

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper – 2017

Dokument 3:2 (2018–2019)



HF RHF AS ASA SF



Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Telefon: 22 24 20 00
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra
Bestillinger offentlige publikasjoner
Telefon: 55 38 66 00
Telefaks: 55 38 66 01
E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Fagbokforlaget AS
Postboks 6050 Postterminalen
5892 Bergen
www.fagbokforlaget.no/offpub

ISBN 978-82-8229-446-1

Forsideillustrasjon: Flisa Trykkeri AS

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper – 2017

Kontrollen har omfattet i alt 110 selskaper: 51 heleide aksjeselskaper, 32 deleide aksjeselskaper, ett ansvarlig selskap med delt ansvar, 7 allmennaksjeselskaper (ASA), 8 statsforetak, 4 regionale helseforetak og 7 selskaper som er organisert ved særskilt lov, herunder ett særlovsselskap som omfatter 14 studentsamskipnader.

Det er funnet grunnlag for merknader til statsrådens forvaltning av statens interesser under 11 departementer: Forsvarsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Kulturdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet.

Hovedfunn i seks undersøkelser

Godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper

- Godtgjørelser til styrene i 27 av 43 undersøkte selskaper har de siste årene økt mer enn den generelle lønnsveksten. Det samme gjelder lønn til daglig ledere i 24 av selskapene.
- Det er kritikkverdig at rapporteringen og åpenheten om kostnadene til styrer og daglig ledere, samt til styreansvarsforsikringer, er utilstrekkelig framstilt i årsregnskapene til flere av selskapene.

Internkontroll og rutiner ved håndtering av innsideinformasjon

- Departementenes retningslinjer gir ikke god nok veiledning i å identifisere den innsideinformasjonen de har som sektormyndighet.
- Det føres ikke innsidelister i alle tilfellene der det foreligger innsideinformasjon.
- Det er kritikkverdig at departementene ikke kontrollerer om de ansatte kjenner regelverket, eller om de håndterer informasjon på en forsvarlig måte.
- Det er stor variasjon i hvor strenge retningslinjer departementene har fastsatt for ansattes eierskap til og handel med verdipapirer.

Helseforetakenes bruk av legeressurser

- Helseforetakene utnytter ikke legekapasiteten ved mange poliklinikker godt nok.
- Økende etterspørsel etter spesialisthelsetjenester krever mer effektiv bruk av legeressursene og mer systematisk planlegging og oppfølging av aktiviteten. Det er store forskjeller mellom poliklinikkene i hvor langt framover de planlegger. Viktigste årsak til kort planlegging er manglende oversikt over legeressursene.
- Bedre prioritering av pasienter kan i mange poliklinikker frigjøre legetimer som kan brukes til pasienter med større behov.
- Mer brukervennlige elektroniske systemer kan frigjøre ressurser.

Helse Sør-Østs gjennomføring av radiologiprogrammet RIS/PACS

- Arbeidet med en felles radiologiløsning for helseforetakene i regionen har pågått i sju år, med betydelig ressursbruk og økonomisk tap, og løsningen er ikke god nok.
- Dette kan ha svekket pasientsikkerheten, noe Riksrevisjonen mener er alvorlig. Det er kritikkverdig at Helse Sør-Øst ikke klarte å tydeliggjøre hvilken løsning sykehusene hadde behov for, eller å kvalitetssikre tilbudene godt nok.
- Det er sterkt kritikkverdig at radiologiprogrammet ikke ble styrt etter nytte og risiko, at styrende organer ikke forvaltet styringsmyndigheten sin på en målrettet og god måte, og at oppdragsgiveren ikke fulgte leverandøren godt nok opp.

Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten

- Styrene i helseforetakene er for passive i å påse at de får nødvendig informasjon om vesentlige utfordringer, som er nødvendig for å kunne føre tilsyn med at foretakene drives forsvarlig og jobber systematisk med kvalitetsforbedring.
- Det er kritikkverdig at mange av styrene ikke følger godt nok opp at risikostyringen og styringssystemet fungerer, og at de dermed ikke har tilstrekkelig kjennskap til om det bidrar til kvalitetsforbedring.
- Prosessen med styrevalg i Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sikrer ikke godt nok at hvert styre samlet sett har riktig kompetanse.

Lønnsomhet og kostnadseffektivitet i Avinor AS

- Avinors driftskostnader per passasjer har i 2010–2017 økt kraftig, mens sju lufthavnselskaper som det er sammenlignet med, i gjennomsnitt har hatt en reduksjon.
- Avinor har hatt store investeringsprosjekter, men også kostnadsvekst på andre områder. Etter Riksrevisjonens vurdering er kostnadsveksten og en svekket lønnsomhetsutvikling kritikkverdig og ikke i tråd med kravet om effektiv drift.

- 41 prosent av investeringsprosjektene overholder ikke de opprinnelige kostnadsrammene. Ledelsen og styret følger for lite opp at kostnadene er innenfor vedtatte rammer.
- Samferdselsdepartementet har ikke sikret seg god nok informasjon til å følge med på om Avinor utfører samfunnsoppdraget og oppgavene kostnadseffektivt.

Årlig kontroll

I Riksrevisjonens årlige kontroll av blant annet statsrådens beretning for det enkelte selskapet, protokoller fra generalforsamlinger eller lignende, og årlig rapportering fra selskapene, er følgende tatt opp:

Krav til små foretak om årsberetning

Etter en endring i lov om årsregnskap m.v. er det fra og med 2017 ikke krav om at små foretak skal utarbeide årsberetning. For flere små foretak under Kunnskapsdepartementet er det imidlertid fortsatt krav i selskapenes vedtekter om behandling av årsberetning på generalforsamlingen. Riksrevisjonen har tatt dette opp med departementet og forutsetter at det følger opp at selskapenes vedtekter endres i tråd med regnskapsloven.

Helse Sør-Øst RHF's fornying og standardisering av arbeidsprosesser og teknologi

Stortinget ble høsten 2013 informert om at Helse Sør-Østs program Digital fornying var beregnet å koste 5,5 milliarder kroner. Helse- og omsorgsdepartementet har ikke noe klart estimat av sluttkostnaden. Foreløpig er det bokført tap på rundt 270 millioner kroner. Det synes uklart om ambisjonene blir nådd og når arbeidet på de ulike områdene, som skulle vært ferdig i 2017, ventes avsluttet. Riksrevisjonen mener at Stortinget burde ha fått en samlet orientering om status for programmet.

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper – 2017

Dokument 3:2 (2018–2019)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:2 (2018–2019) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper – 2017*.

Riksrevisjonen benytter følgende begreper for kritikk, med denne rangeringen etter høyest alvorlighetsgrad:

1. **Svært alvorlig** brukes ved forhold der konsekvensene for samfunnet eller berørte borgere er svært alvorlige, for eksempel risiko for liv eller helse.
2. **Alvorlig** benyttes ved forhold som kan ha betydelige konsekvenser for samfunnet eller berørte borgere, eller der summen av feil og mangler er så stor at dette må anses som alvorlig i seg selv.
3. **Sterkt kritikkverdig** angir forhold som har mindre alvorlige konsekvenser, men gjelder saker med prinsipiell eller stor betydning.
4. **Kritikkverdig** brukes for å karakterisere mangelfull forvaltning der konsekvensene ikke nødvendigvis er alvorlige. Dette kan gjelde feil og mangler som har økonomiske konsekvenser, overtredelse av regelverk eller saker som er tatt opp tidligere og som fortsatt ikke er rettet opp.

Riksrevisjonen, 6. november 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Innhold

Del I Riksrevisjonens beretning om kontrollen med statlige selskaper	7
Del II Resultater av forvaltningsrevisjonene	15
Sak 1: Godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper	17
Sak 2: Internkontroll og rutiner ved håndtering av innsideinformasjon	24
Sak 3: Helseforetakenes bruk av legeressurser	32
Sak 4: Helse Sør-Østs gjennomføring av det regionale radiologiprogrammet RIS/PACS	38
Sak 5: Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten	45
Sak 6: Lønnsomhet og kostnadseffektivitet i Avinor AS	52
Del III Resultater av den årlige kontrollen	61
Sak 1: Status for Helse Sør-Øst RHF's regionale program for fornying og standardisering av arbeidsprosesser og teknologi (Digital fornying)	63
Del IV Oppfølging av tidligere rapporterte saker	69
Pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader i selskaper med statlig eierandel – Dokument 3:2 (2015–2016)	71
De regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister – Dokument 3:2 (2015–2016)	77
Helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnekirurgi – Dokument 3:2 (2015–2016)	81
Helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr – Dokument 3:2 (2015–2016)	83
Kostnadseffektiv drift og økonomistyring i scenekunstselskapene og Kulturdepartementets oppfølging – Dokument 3:2 (2015–2016)	86
Landbruks- og matdepartementets eierskapsutøvelse – Dokument 3:2 (2015–2016)	94
NSB Persontogs håndtering av alternativ transport ved innstillinger og forsinkelser – Dokument 3:2 (2015–2016)	98
Vedlegg	103
Vedlegg 1: Brev og rapport til sak 1 om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper	105
Vedlegg 2: Brev og rapport til sak 2 om internkontroll og rutiner ved håndtering av innsideinformasjon	189
Vedlegg 3: Brev og rapport til sak 3 om helseforetakenes bruk av legeressursene	235
Vedlegg 4: Brev og rapport til sak 4 om Helse Sør-Østs gjennomføring av det regionale radiologiprogrammet RIS/PACS	293
Vedlegg 5: Brev og rapport til sak 5 om styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet	337
Vedlegg 6: Brev og rapport til sak 6 om lønnsomhet og kostnadseffektivitet i Avinor AS	387
Vedlegg 7: Selskaper som omfattes av Riksrevisjonens kontroll – regnskapsåret 2017	449

Del I

Riksrevisjonens beretning om kontrollen med statlige selskaper

Riksrevisjonen kontrollerer forvaltningen av statens interesser i selskaper m.m., jf. lov om Riksrevisjonen § 9 andre ledd. Kontrollen er utført i samsvar med lov og instruks om Riksrevisjonen og Riksrevisjonens standarder og retningslinjer for kontrollarbeidet.

1 Omfanget av kontrollen

Riksrevisjonens kontroll for 2017 har omfattet 51 heleide aksjeselskaper, 32 deleide aksjeselskaper, ett ansvarlig selskap med delt ansvar, 7 allmennaksjeselskaper (ASA), 8 statsforetak, 4 regionale helseforetak og 7 selskaper som er organisert ved særskilt lov, herunder ett særlovsselskap som omfatter 14 studentsamskipnader. En fullstendig oversikt over selskapene som er kontrollert, finnes i vedlegg 7.

For 2017 har Riksrevisjonen funnet grunnlag for merknader til statsrådets forvaltning av statens interesser under Forsvarsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Kulturdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet.

2 Sentrale funn fra forvaltningsrevisjonene

Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon av statlige selskaper for 2017 har omfattet seks saksforhold.

Nærmere om Riksrevisjonens merknader:

- Riksrevisjonens undersøkelse av godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper viser at økningen i godtgjørelse til styrene i 27 av 43 selskaper i perioden 2015–2017 har vært større enn den generelle lønnsveksten i samfunnet. For ni av styrelederne var økningen på mer enn 10 prosent. Når det gjelder daglig ledere, har 24 av 43 i perioden 2014–2017 hatt en lønnsvekst som er høyere enn den gjennomsnittlige årlige lønnsveksten i samfunnet. Sju av disse har hatt en samlet vekst i godtgjørelse på mellom 20 og 40 prosent i perioden.
- Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at rapporteringen og åpenheten om kostnadene til styret og daglig ledere samt kostnadene til styreansvarsforsikringer, er utilstrekkelig framstilt i årsregnskapene til flere av selskapene. Antall selskaper med styreansvarsforsikring har økt fra 22 i 2014 til 29 i 2017. I tillegg har kostnadene som selskapene har til styreansvarsforsikringer økt i perioden. Samlet betalte selskapene med styreansvarsforsikring 3 301 914 kroner i forsikringspremie i styreperioden 2016–2017. Etter Riksrevisjonens vurdering bør departementene ta stilling til om denne kostnaden er å anse som en del av styrets samlede godtgjørelse.
- Departementenes retningslinjer gir ikke god nok veiledning i å identifisere den innsideinformasjonen de har som sektormyndighet. Selv om departementene ikke er lovpålagt å føre innsidelister, vil listeføring være et viktig hjelpemiddel for å ivareta kravet som loven stiller om at den som har innsideinformasjon, skal utvise tilbørlig aktsomhet i sin behandling av denne. Riksrevisjonens undersøkelse viser at det ikke føres innsidelister i alle tilfellene der det foreligger innsideinformasjon. Riksrevisjonen mener at alle tilfellene der det er blitt konkret vurdert om det finnes eller skapes innsideinformasjon, bør dokumenteres. Svakheter i håndteringen av innsideinformasjon innebærer risiko for at slike opplysninger kan misbrukes. Det er derfor viktig for tilliten både til verdipapirmarkedene og forvaltningen at departementene håndterer innsideinformasjonen på en betryggende måte. Etter Riksrevisjonens vurdering er det kritikkverdig at departementene ikke har identifisert det som en risiko at innsideinformasjon kan misbrukes eller komme på avveie. Departementene kontrollerer ikke om de ansatte kjenner regelverket, eller om de

håndterer informasjon på en forsvarlig måte. Riksrevisjonen mener at fraværet av slike kontroller er kritikkverdig fordi det innebærer at departementene ikke kan vite om regelverket for informasjonssikkerhet følges, og dette kan svekke tilliten til at staten som eier og sektormyndighet håndterer innsideinformasjon på en tilbørlig aktsom måte. Riksrevisjonen konstaterer at det er stor variasjon i hvor strenge retningslinjer departementene har fastsatt for ansattes eierskap til og handel med verdipapirer, uten at det ser ut til å være gode grunner for disse forskjellene.

- Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes bruk av legeressurser viser at kapasiteten ved mange poliklinikker ikke blir godt nok utnyttet. Etter Riksrevisjonens vurdering kan mange poliklinikker øke aktiviteten og dermed redusere ventetiden for pasienter som venter på utredning. For å kunne møte den forventet voksende etterspørselen etter spesialisthelsetjenester i årene som kommer, er det etter Riksrevisjonens vurdering behov for en mer effektiv bruk av legeressursene gjennom mer systematisk planlegging og oppfølging av aktiviteten ved sykehusene. Helseforetakene skal ha en planlegging for bemanning og timetildeling på minimum seks måneder. Det er stor forskjell mellom poliklinikkene i hvor langt framover de planlegger legenes aktiviteter. Den viktigste årsaken til kort planlegging er manglende oversikt over legeressursene. I poliklinikker med kort planlegging er det relativt sett flere pasienter som ikke får gjennomført konsultasjon innen planlagt tid. Riksrevisjonen mener at en viktig effekt av god og langsiktig planlegging vil være at flere pasienter kommer til time til planlagt tid og innenfor det som er medisinsk forsvarlig. Etter Riksrevisjonens vurdering kan også en bedre prioritering av pasienter i mange poliklinikker frigjøre legetimer som kan brukes til pasienter med større behov. Videre kan ledelsen oppnå mer effektiv bruk av legeressursene med mer brukervennlige elektroniske systemer.
- Helse Sør-Øst har ikke nådd målet om bedre pasientsikkerhet og økt effektivitet ved innføring av en felles radiologiløsning for helseforetakene i regionen. Radiologi-programmet inngår som én av flere satsinger i *Digital fornying* – Helse Sør-Østs regionale program for fornying og standardisering av arbeidsprosesser og teknologi. Planleggingen og gjennomføringen av radiologiprogrammet har pågått i sju år, med betydelig ressursbruk og økonomisk tap. Løsningen har ikke vært god nok, og den har vært til stor belastning for involvert personell. Dette kan ha svekket pasientsikkerheten, noe Riksrevisjonen mener er alvorlig. Etter Riksrevisjonens vurdering er det kritikkverdig at Helse Sør-Øst RHF verken klarte å tydeliggjøre hvilken løsning sykehusene i helseregionen hadde behov for, eller å kvalitetssikre tilbudene godt nok. Manglende beslutningsevne og risikostyring førte til at Helse Sør-Øst RHF verken klarte å heve kjøpet eller å tilpasse produktet. Etter Riksrevisjonens vurdering er det sterkt kritikkverdig at radiologiprogrammet ikke ble styrt etter nytte og risiko, at styrende organer ikke forvaltet styringsmyndigheten sin på en målrettet og god måte og at oppdragsgiveren ikke fulgte leverandøren godt nok opp.
- De fleste styrene i helseforetakene får mye informasjon om kvalitet og pasient-sikkerhet. Etter Riksrevisjonens vurdering er imidlertid styrene for passive i sin rolle med å påse at de får nødvendig informasjon om vesentlige utfordringer. Slik informasjon er nødvendig for at styrene skal kunne føre tilsyn med at foretakene drives forsvarlig, og at de jobber systematisk med kvalitetsforbedring. Mange av styrene i foretakene følger ikke godt nok opp at risikostyringen og styringssystemet fungerer. Styrene har dermed ikke tilstrekkelig kjennskap til om styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring. Etter Riksrevisjonens vurdering er dette kritikkverdig. Videre sikrer ikke prosessen med styrevalg i Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene godt nok at hvert styre samlet sett har riktig

kompetanse. Riktig kompetanse er en forutsetning for at styret skal kunne ivareta sitt overordnede ansvar for forvaltningen av foretaket.

- Riksrevisjonens undersøkelse viser at Avinor AS har hatt en sterk inntektsvekst, men at kostnadsveksten har vært høyere. I perioden 2008–2017 økte konsernets driftsinntekter med 5,1 prosent årlig, mens driftskostnadene økte med 6,1 prosent årlig. Avinors driftskostnader per passasjer har økt kraftig i perioden 2010–2017, mens de sju lufthavnselskapene som Avinor er sammenlignet med, i gjennomsnitt har hatt en reduksjon i disse kostnadene. En stor del av kostnadsveksten kan forklares med selskapets store investeringsprosjekter, men det har også vært kostnadsvekst på andre områder. Etter Riksrevisjonens vurdering er kostnadsveksten og den svekkede lønnsomhetsutviklingen kritikkverdig og ikke i tråd med kravet om effektiv drift. En vesentlig andel av Avinors investeringsprosjekter, 41 prosent, overholder ikke de opprinnelige kostnadsrammene. Sluttkostnaden for Avinors portefølje av prosjekter lå i gjennomsnitt 7 prosent høyere enn kostnadsrammen. Etter Riksrevisjonens vurdering følger både ledelsen og styret for lite opp at sluttkostnadene er innenfor vedtatte kostnadsrammer, og Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at en vesentlig andel av investeringsprosjektene ikke overholder de opprinnelige kostnadsrammene. Samferdselsdepartementet har ikke benyttet eierdialogen godt nok til å sikre seg informasjon som gjør eier i stand til å følge med på om Avinor utfører samfunnsoppdraget og de samfunnsplagte oppgavene på en kostnadseffektiv måte.

3 Riksrevisjonens årlige kontroll

Riksrevisjonen mottar statsrådens beretning om forvaltningen av statens interesser for alle selskapene som Riksrevisjonen fører kontroll med. I hovedsak mottas statsrådens beretning innenfor de fastsatte fristene, og i de fleste tilfeller gir beretningene tilstrekkelig informasjon om de emnene det har blitt forespurt om i brevet til statsråden.

I *lov om aksjeselskaper* § 5-5 andre ledd punkt 2 stilles det krav om at ordinær generalforsamling i aksjeselskaper skal behandle «andre saker som etter loven eller vedtektene hører under generalforsamlingen». Etter en endring i *lov om årsregnskap m.v.* stilles det fra og med 2017 ikke krav om at små foretak skal utarbeide årsberetning. Riksrevisjonen har imidlertid merket seg at det for flere små foretak under Kunnskapsdepartementet fortsatt er stilt krav i selskapenes vedtekter om behandling av årsberetning på generalforsamlingen. Riksrevisjonens gjennomgang av generalforsamlingsprotokoller viser at sju selskaper ikke har behandlet årsberetning i 2017, selv om det er stilt krav om det i selskapenes vedtekter. Riksrevisjonen har tatt dette opp med Kunnskapsdepartementet, som igjen har tatt saken opp med universitetene og høyskolene som forvalter eierskapet i selskapene. Riksrevisjonen forutsetter at Kunnskapsdepartementet følger opp at selskapenes vedtekter endres i tråd med regnskapsloven.

I den årlige kontrollen er det grunnlag for merknader i én sak under Helse- og omsorgsdepartementet:

Stortinget ble informert om Helse Sør-Øst RHF's program for fornying og standardisering av arbeidsprosesser og teknologi – *Digital fornying* – høsten 2013, og ble da opplyst om at programmet var kostnadsberegnet til 5,5 milliarder kroner. Programmet skal sørge for at målene i regionens IKT-strategi nås. Målene er også i tråd med målene i Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Helse- og omsorgsdepartementet har ikke noe

klart estimat av sluttkostnaden for programmet. Foreløpig er det bokført tap på rundt 270 millioner kroner. Det synes uklart om ambisjonen i de opprinnelige programmene blir nådd. Det er heller ikke mulig å si noe om når de ulike satsingsområdene som skulle vært ferdig i 2017, er avsluttet, eller å få en oversikt over gevinster av det opprinnelige programmet. Riksrevisjonen mener at Stortinget burde ha fått en samlet orientering om status for programmet. Stortinget er i etterkant kun orientert om problemer i enkeltprosjekter eller enkelthendelser som er omtalt i media.

4 Oppfølging av tidligere rapporterte forhold

Riksrevisjonen har fulgt opp sju saker som tidligere er rapportert i Dokument 3:2 (2015–2016). Samtlige sju saker er avsluttet.

Det vises for øvrig til Riksrevisjonens merknader til den enkelte sak i del II og del III, og til de anbefalingene som gis der.

Rapporten om Riksrevisjons kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017 sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 30. oktober 2018

Per-Kristian Foss

Per Rune Henriksen

Anne Tingelstad Wøien

Gunn Karin Gjøl

Arve Lønnum

Jens Gunvaldsen

Del II

Resultater av forvaltningsrevisjonene

Sak 1: Godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper

Målet med revisjonen har vært å vurdere utviklingen i styrenes godtgjørelse og departementenes oppfølging og praksis for å fastsette denne. Videre er utbredelse av styreansvarsforsikringer kartlagt. Det har også vært et mål å vurdere styrets fastsettelse av lønn og godtgjørelse til daglig leder, og om den er i samsvar med eiers forventninger og føringer. Undersøkelsesperioden er 2014–2017 og omfatter 45 heleide¹ selskaper som er direkte eid av de 11 eierdepartementene.

Å opprettholde strategiske konkurranseposisjoner for de statlig eide selskapene og klare å skape verdier over tid stiller store krav til styret og den daglige ledelsen i selskapene. Godtgjørelse til styret og daglig leder / administrerende direktør (heretter benyttes betegnelsen daglig leder) er et vesentlig virkemiddel for å stimulere til god forvaltning av de statlige eierinteressene gjennom styring og ledelse. Eier fastsetter styresammensetningen og den samlede godtgjørelsen til styret gjennom generalforsamlingen, mens styret fastsetter daglig leders samlede godtgjørelse.

Det er risiko for at godtgjørelsen til styret ikke står i forhold til selskapets kompleksitet og virksomhetens egenart. Det er også risiko for at godtgjørelsen ikke gjenspeiler andre godtgjørelser som tilfaller styret gjennom vervet. Videre er det risiko for manglende åpenhet rundt prosessene og systemene som benyttes ved fastsettelse av godtgjørelse til styrene.

Videre er det risiko for at fastsettelsen av lønn og bonus (variabel lønn) til daglig leder ikke er i samsvar med statens retningslinjer for lederlønn, og at det er manglende åpenhet om elementene² i den samlede godtgjørelsen.

Det går fram av *statens prinsipper for god eierstyring* (eierstyringsprinsippene i Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap* (eierskapsmeldingen)) at godtgjørelsen skal reflektere styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet.³ Det enkelte styremedlem har et personlig juridisk ansvar for de vedtakene medlemmet er med på å fatte i styret. I juridisk teori vil dette ansvaret beskrives som styremedlemmets «risiko».⁴

I eierskapsmeldingen framheves det at god ledelse av selskapene er avgjørende både for å sikre trygge og gode rammer for næringsvirksomhet og for å nå de overordnede målsettingene for selskapene.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om aksjeselskaper, lov om statsforetak og lov om helseforetak m.m.*
- *lov om årsregnskap m.v.* (regnskapsloven)
- *reglement for økonomistyring i staten*
- Innst. 140 S (2014–2015), jf. Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*

1) To av disse 45 selskapene ble etablert i 2015–2016. 43 av selskapene har eksistert i hele undersøkelsesperioden

2) Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel, definisjoner: «Med godtgjørelsesordning menes ett eller flere av følgende elementer: Fast lønn, variabel lønn (bonus, aksjeprogram, opsjoner og tilsvarende), annen godtgjørelse (naturalytelser og liknende), pensjonsytelser og sluttvederlag».

3) «[A]nsvaret, kompetansen, tidsbruken og virksomhetens kompleksitet», jf. ordlyden i eierskapsmeldingen, s. 72.

4) Se f.eks. <https://www.ageras.no/blog/styre/honorar-dette-sier-aksjeloven> og <http://www.juridiskabc.no/naeringsliv/styrearbeide/styreansvar-aksjeselskaper/>.

Et utkast til rapporten ble forelagt Forsvarsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Kulturdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet i brev av 13. juni 2018.

Departementene har i brev gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Kostnadene til godtgjørelse til styret og daglig leder har i flertallet av selskapene hatt en sterkere økning enn den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet
- Rapporteringen og åpenheten om kostnader til styret og daglig leder i årsregnskapet er utilstrekkelig
- Selskapenes kostnader til styreansvarsforsikringer har økt, og departementene anser ikke styreansvarsforsikringen for å være en del av godtgjørelsen til styrets medlemmer

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Kostnadene til godtgjørelse til styret og daglig leder har i flertallet av selskapene hatt en sterkere økning enn den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet

2.1.1 Styret

I henhold til aksjelovens krav⁵ fastsettes godtgjørelsen til styrene i generalforsamling. Departementene er opptatt av at godtgjørelsen til styrene skal reflektere styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet, og samtidig opprettholdes på et moderat nivå. Dersom departementene vurderer at godtgjørelsen ligger på et riktig nivå, justeres denne etter utviklingen i den generelle lønnsveksten i samfunnet. Som beregningsgrunnlag brukes enten konsumprisindeksen eller indeksen til Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene. Disse to indeksene har i perioden 2015–2017 økt med gjennomsnittlig ca. 2,5 prosent i året.

I undersøkelsesperioden har et flertall av selskapene økt den samlede godtgjørelsen til styret med mer enn samfunnets gjennomsnittlige årlige lønnsvekst. 27 av de 43 selskapene har i perioden 2015–2017 hatt en økning i samlede kostnader til styret som er høyere enn samfunnets gjennomsnittlige årlige lønnsvekst på 2,5 prosent. Åtte av selskapene har hatt en gjennomsnittlig prosentvis vekst i samlede kostnader til styret på mer enn 10 prosent per år. Sju selskaper har hatt en gjennomsnittlig nedgang i samlede kostnader til styret i perioden 2015–2017.

Styrene organiserer fritt sin egen virksomhet og kan etablere utvalg til å utføre spesielle oppgaver for styret. Tendensen i undersøkelsesperioden er at flere selskaper benytter styreutvalg som en del av styrets organisering, og antallet styreutvalg har økt. Ti selskaper har økt kostnadene til styreutvalg med mer enn 5 prosent i perioden 2015–2017, mens enkelte selskaper har økt kostnadene til styreutvalg vesentlig mer enn dette. Kommunalbanken AS har økt kostnadene til styreutvalg med 121 prosent i

5) Lov om aksjeselskaper (aksjeloven) § 17-1 første og andre ledd. Lov om statsforetak (statsforetaksloven) § 56 og lov om helseforetak (helseforetaksloven) § 49 bygger på aksjelovens system.

perioden,⁶ mens Ambita AS har økt sine kostnader til styreutvalg med 230 prosent. Fem selskaper har i perioden hatt en nedgang i samlede kostnader til styreutvalg.

Undersøkelsen viser at økningen i godtgjørelse til styret i mange selskaper har vært større enn den generelle lønnsveksten i samfunnet. Riksrevisjonen konstaterer at 9 av 43 styreledere har hatt en økning på mer enn 10 prosent i fast godtgjørelse i perioden 2015–2017.

2.1.2 Daglig leder

I henhold til aksjeloven er det styret som fastsetter den samlede godtgjørelsen til daglig leder, og undersøkelsen viser at det har vært en vekst i samlet godtgjørelse til daglig leder i undersøkelsesperioden.

24 av 43 daglig ledere har i perioden 2014–2017 hatt en lønnsvekst som er høyere enn den gjennomsnittlige årlige lønnsveksten i samfunnet på 2,5 prosent i perioden. Dette gjelder både ledere som kun har hatt fastlønn, og ledere med fastlønn og bonus. Sju daglig ledere har hatt en samlet vekst i godtgjørelse på mellom 20 og 40 prosent i perioden. Tre av lederne med størst vekst i fastlønn har hatt bonus i alle årene.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig at styrene sørger for at lønnsutviklingen til daglig leder er i samsvar med kravene i retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel, og at de bidrar til moderasjon i godtgjørelsen til daglig leder.

2.2 Rapporteringen og åpenheten om kostnader til styret og daglig leder i årsregnskapet er utilstrekkelig

Regnskapsloven setter krav til at den regnskapspliktige har ansvar for å gi korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet. Undersøkelsen viser at selskapene i årsregnskapene i flere tilfeller ikke har framstilt godtgjørelsene til styret, styrelederen og styreutvalg separat. Godtgjørelser til daglig leder er i liten grad spesifisert i årsregnskapet med hensyn til hvilke beløp som utgjør bonus og øvrige godtgjørelser.

I styreperioden 2016–2017 hadde 29 av 45 selskaper styreansvarsforsikring. 20 styreledere har oppgitt at selskapene har hatt styreansvarsforsikring i perioden, og at kostnadene til forsikringen er ført i årsregnskapet. Revisjonens gjennomgang av årsregnskapene i samtlige 45 selskaper viser at kostnadene til styreansvarsforsikringer ikke er synliggjort i årsregnskapet til noen av disse selskapene, verken i noter eller spesifisert i selve regnskapet.

Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at det i flere av selskapenes årsregnskaper er utilstrekkelige regnskapsspesifikasjoner og manglende noteføring. Etter Riksrevisjonens vurdering skal den informasjonen eieren og offentligheten får om godtgjørelsen til styret og daglig leder, være korrekt og dekkende.

2.3 Selskapenes kostnader til styreansvarsforsikringer har økt, og departementene anser ikke styreansvarsforsikringen for å være en del av godtgjørelsen til styrets medlemmer

Det følger av aksjeloven⁷ at styrelederen og det enkelte styremedlem har et personlig ansvar for de vedtakene de er med på å stemme for i styret, og at de må være forberedt på de følgene hvert vedtak vil få. Aksjeloven beskriver handleplikter for styret og styrets medlemmer. Hvis denne handleplikten forsømmes, kan det enkelte

6) I brev av 9. august 2018 opplyser Kommunal- og moderniseringsdepartementet at økningen i kostnader skyldes regulatoriske krav til opprettelse av risikoutvalg.

7) Lov om aksjeselskaper (aksjeloven) § 17-1 første og andre ledd, Lov om statsforetak (statsforetaksloven) § 56 og lov om helseforetak (helseforetaksloven) § 49 bygger på aksjelovens system.

styremedlem bli stilt til ansvar. Loven åpner for at alle som har økonomisk tap på grunn av styrets klanderverdige eller uaktsomme opptreden, kan rette kravet mot styret eller enkeltmedlemmer (kollektivt ansvar). Et styremedlem hefter med hele sin personlige formue.

Undersøkelsen viser at det i perioden 2014–2017 har blitt mer vanlig for selskapene å ha styreansvarsforsikring. I 2014 var det 22 selskaper som hadde styreansvarsforsikring, og i 2017 hadde 29 selskaper slik forsikring. I tillegg har kostnadene til styreansvarsforsikringer økt per selskap. Samlet betalte selskapene med styreansvarsforsikring 3 301 914 kroner i forsikringspremie i styreperioden 2016–2017. Det er 1 176 400 kroner mer enn den samlede kostnaden til styreansvarsforsikringer i selskapene for styreperioden 2014–2015.

Styrelederne i selskapene som har kjøpt styreansvarsforsikring i undersøkelsesperioden, oppgir at selskapene kjøper forsikring fordi det er vanlig å tegne styreansvarsforsikring. Noen få styreledere gir uttrykk for at kjøp av styreansvarsforsikring også har sammenheng med selskapets risikoeksponering, markedsposisjon eller økonomiske stilling.

Kulturdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet og Samferdselsdepartementet gir uttrykk for at det er opp til selskapene selv å tegne styreansvarsforsikringer. De fleste selskapene under disse fire departementene kjøpte styreansvarsforsikring for perioden 2016–2017. Departementene anser ikke styreansvarsforsikringen for å være en del av styregodtgjørelsen, og departementet har heller ikke vært i dialog med styrene om kjøp av slik forsikring eller om kostnadene til forsikring. Nærings- og fiskeridepartementet, som har ansvaret for eierskapspolitikken og en veiledende og koordinerende rolle overfor de andre eierdepartementene, har ikke utarbeidet noe skriftlig dokument om temaet styreansvarsforsikringer og har heller ikke sett behovet for et slik dokument.

Riksrevisjonen konstaterer at den økte bruken av styreansvarsforsikringer fører til at de samlede kostnadene til styret øker. Etter Riksrevisjonens vurdering bør departementene ta stilling til om denne kostnaden er å anse som en del av styrets samlede godtgjørelse.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- departementene i sin oppfølging av styrene har oppmerksomhet på veksten i godtgjørelsen til styret
- departementene i større grad påser at styrene tar hensyn til moderasjon ved fastsettelsen av fastlønn og eventuell bonus til daglig leder
- departementene påser at regnskapslovens krav til den regnskapspliktige om å gi korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet, følges av selskapene
- Nærings- og fiskeridepartementet i forbindelse med utformingen av den statlige eierskapspolitikken vurderer om styreansvarsforsikringer skal ses på som en del av styrets godtgjørelse

4 Departementenes oppfølging

Forsvarsministeren, helse- og omsorgsministeren og eldre- og folkehelseministeren, klima- og miljøministeren, kommunal- og moderniseringsministeren, kulturministeren, landbruks- og matministeren, næringsministeren, olje- og energiministeren, samferdselsministeren og utviklingsministeren gir i sine svarbrev uttrykk for at departementene i tråd med Riksrevisjonens anbefalinger vil ha oppmerksomhet på utviklingen i godtgjørelsen til styrene framover, samt bidra til at styrene legger vekt på moderasjon i godtgjørelser til ledende ansatte i tråd med statens retningslinjer for lederlønn og statens prinsipper for god eierstyring.

Næringsministeren er enig i at departementene må ha oppmerksomhet på veksten i godtgjørelser til styre, men ministeren gir uttrykk for at veksten i godtgjørelsene ikke alltid gir et tilstrekkelig nyansert bilde. Vurdering av styregodtgjørelser innebærer ofte krevende, men nødvendige avveininger der eier må vurdere om nivået på godtgjørelsene i hvert enkelt styre reflekterer nivået i sammenlignbare selskaper og kriteriene som framgår av eierskapsmeldingen. Næringsministeren uttrykker at også for daglig ledere er nivå like relevant som vekst. Flere av ministrene uttrykker i likhet med næringsministeren at eier også må vurdere nivået på godtgjørelsene.

Kommunal- og moderniseringsministeren påpeker at Kommunalbanken i 2014 ble underlagt nye regulatoriske krav som stiller økte krav til kontroll- og rapporterings-handlinger. Dette påvirket både Kommunalbankens administrasjon og styrende organer. De betydelige kapitalmarkedsaktivitetene nasjonalt og internasjonalt omfatter svært store verdier for Kommunalbankens investorer og motparter. Styret har det overordnede ansvaret for Kommunalbankens kapitalmarkedsaktiviteter. Det er derfor viktig at godtgjørelsen til styret står i forhold til selskapets kompleksitet og virksomhetens egenart, slik Riksrevisjonen peker på.

Forsknings- og høyere utdanningsministeren mener at det er en uheldig vinkling av Riksrevisjonen å si at styremedlemmer og andre skal godtgjøres etter den risikoen de utsettes for ved å delta i styrearbeidet. Videre mener statsråden at det i Riksrevisjonens undersøkelse ikke kommer fram opplysninger som gir grunnlag for anbefalingen om at Kunnskapsdepartementet i større grad bør påse at de aktuelle styrene tar hensyn til moderasjon ved fastsettelse av lønn og eventuelt bonus til daglig leder. Statsråden påpeker videre at Riksrevisjonens beskrivelse og vurdering ikke er treffende for de selskapene der Kunnskapsdepartementet forvalter eierskapet. Departementet legger til grunn at godtgjørelsen til styrene i disse selskapene er rimelige. Statsråden påpeker at det ikke er grunnlag for å si at det har vært mangelfull rapportering og åpenhet om kostnader til styret og daglig leder i årsregnskapet i de fire selskapene underlagt Kunnskapsdepartementet.

Forsvarsministeren, klima- og miljøministeren, kommunal- og moderniseringsministeren, landbruksministeren, næringsministeren og samferdselsministeren påpeker at staten som eier forventer, og legger til grunn, at selskapene følger alle relevante lover og regler for å sikre rapportering og åpenhet om kostnader til styre og daglig ledere. Videre uttaler flere av disse statsrådene at det ikke er eiers oppgave eller ansvar å påse at årsregnskap oppfyller kravene i regnskapsloven. Næringsministeren skriver at det er styrets ansvar å påse dette, jf. rollefordelingen mellom eier og selskapets styre i selskapslovgivningen. Når det gjelder selskapets årsregnskap spesielt, er det også selskapets revisors oppgave å vurdere blant annet om årsregnskapet er utarbeidet og fastsatt i samsvar med lov og forskrifter, jf. revisorloven § 5-1. Nærings- og fiskeridepartementet legger som eier til grunn at dette ivaretas.

Næringsministeren uttrykker i sitt svar at Riksrevisjonen synes å basere sin kritikk på at regnskapsloven oppstiller et prinsipp om at "den regnskapspliktige har ansvar for å gi korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet". Departementet antar at Riksrevisjonen her viser til bestemmelsene om at den regnskapspliktige må gi "opplysninger som er nødvendige for å bedømme den regnskapspliktiges eller konsernets stilling og resultat, og som ikke fremgår av årsregnskapet for øvrig", jf. regnskapsloven § 7-1, og/eller at "årsregnskapet skal gi et rettviseende bilde av den regnskapspliktiges og konsernets eiendeler og gjeld, finansielle stilling og resultat", jf. regnskapsloven § 3-2a. Hvorvidt disse generelle bestemmelsene innebærer at selskapene må gi mer informasjon i regnskapet enn regnskapsloven § 7-31 og § 7-44 angir, må – slik Nærings- og fiskeridepartementet forstår det – vurderes av selskapene og revisor i det enkelte tilfellet. Næringsministeren kan ikke se at Riksrevisjonen i undersøkelsen har foretatt en slik konkret vurdering av selskapenes årsregnskaper. I lys av ovennevnte presiserer næringsministeren at han gjerne vil se mer dokumentasjon og vurderinger fra Riksrevisjonen før han eventuelt kan slutte seg til at det er grunnlag for kritikken slik den er formulert i Riksrevisjonens saksframstilling. Næringsministeren uttaler at på bakgrunn av forventningen i eierskapsmeldingen om åpenhet og Riksrevisjonens anbefaling, vil Nærings- og fiskeridepartementet fortsatt oppfordre selskapene til mest mulig åpenhet og å rapportere om de ulike godtgjørelselementene til styret og ledende ansatte i årsregnskapet. Næringsministeren gir uttrykk for at departementet vil ha oppmerksomhet på dette.

Næringsministeren presiserer i sitt svar at Nærings- og Fiskeridepartementet vil vurdere om styreansvarsforsikringer bør sees på som en del av styrets godtgjørelse.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har merket seg at forsknings- og høyere utdanningsministeren er uenig i Riksrevisjonens hovedfunn og anbefalinger når det gjelder Kunnskapsdepartementets selskaper.

Riksrevisjonen har videre merket seg at statsråden mener at det er en uheldig vinkling av Riksrevisjonen å si at styremedlemmer og andre skal godtgjøres etter den risikoen de utsettes for ved å delta i styrearbeidet. Riksrevisjonen vil presisere at det går fram av eierskapsmeldingen at «[e]n faktor for å bidra til best mulig sammensatte styre, er at styremedlemmene tilbys styregodtgjørelse for arbeidet som reflekterer styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet». Det enkelte styremedlem har et personlig juridisk ansvar for de vedtakene medlemmet er med på å fatte i styret. I juridisk teori vil dette ansvaret beskrives som styremedlemmets 'risiko'.

Hovedprinsippet for fastsettelse av godtgjørelsesordninger i statens retningslinjer for lederlønn er blant annet at det skal legges vekt på moderasjon, at godtgjørelsen skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper.

Riksrevisjonen vil påpeke at undersøkelsen viser at Kunnskapsdepartementets selskaper er blant de som har hatt høyest vekst i fastlønn til daglig leder med et snitt på 22,1 prosent. Den høyeste økningen var på 39,7 prosent. Når det gjelder godtgjørelse til styrene, har disse også hatt en betydelig vekst sammenlignet med de øvrige departementene, med en gjennomsnittlig vekst i godtgjørelse fra 8,4 til 13,2 prosent i perioden 2015–2017.

Riksrevisjonen merker seg at næringsministeren stiller spørsmål ved plikten til noteføring og åpenhet i årsregnskapet, og om regnskapsloven § 7-1 fjerde ledd, jf. 3-2 a første ledd, som Riksrevisjonen henviser til, gir grunnlag for å forutsette ytterligere krav til noteføring enn hva som følger av regnskapsloven §§ 7-31 og 7-44. Riksrevisjonen mener at det er hjemmel for å benytte regnskapsloven § 7-1 fjerde ledd, jf. § 3-2 a første ledd.

Det følger av § 7-1 fjerde ledd i regnskapsloven at dersom «[...] anvendelsen av denne lov ikke er tilstrekkelig for å gi et rettviseende bilde som nevnt i § 3-2a første ledd, skal det gis tilleggsopplysninger». Ifølge regnskapslovens § 3-2a første ledd skal «[Å]rsregnskapet [...] gi et rettviseende bilde av den regnskapspliktiges [...] finansielle stilling [...]». Det følger videre av § 3-2a andre ledd at hvis en bestemmelse i «[...] kapittel 4 til 7 i særlige unntakstilfeller er uforenlig med plikten etter første ledd, skal bestemmelsen fravikes for å gi et rettviseende bilde som fastsatt i første ledd». «[Ordlyden] [...] et rettviseende bilde [oppstiller] [...] et overordnet krav til innholdet av årsregnskapet. [Finansdepartementet] har kommet til at kravet bør framheves særskilt også i regnskapsloven. [Finansdepartementet] mener at presiseringen av et slikt overordnet krav vil tydeliggjøre den regnskapspliktiges ansvar for å gi korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet», jf. Ot.prp. nr. 89 (2003–2004) punkt 5.6, s. 47).

Riksrevisjonen merker seg at næringsministeren ønsker mer dokumentasjon og vurderinger før han kan slutte seg til at det er grunnlag for kritikken slik den er formulert i Riksrevisjonens saksframstilling. Riksrevisjonen har gjennomgått regnskapene for samtlige 48 selskaper i undersøkelsesperioden, og har innhentet og gjennomgått tallmateriale fra selskapene for hvert enkelt år. Gjennomgangen viste at det er til dels store forskjeller mellom de regnskapstallene selskapene har innrapportert til Riksrevisjonen for godtgjørelser til styrer og styreledere, og tallene i årsregnskapet for ett eller flere år i perioden 2014–2017. Videre ble det avdekket at flere av selskapene ikke skiller mellom annen godtgjørelse og bonus for daglig leder. Noen selskaper har inkludert blant annet forsikringer, avis, pensjonskompensasjon for avvirket pensjonsordning, kompensasjon for bortfall av bilgodtgjørelse og telefon i begrepet fastlønn. Ingen av selskapene med styreansvarsforsikring hadde synliggjort i årsregnskapene at de hadde kjøpt en slik forsikring.

Riksrevisjonen vil presisere at det er styret som er ansvarlig for at regnskapet som legges fram i generalforsamlingen, er korrekt og dekkende. Dette er uavhengig av revisors plikt til å vurdere om årsregnskapet er utarbeidet og fastsatt i samsvar med lov og forskrift, jf. revisorlovens § 5-1.

Sak 2: Internkontroll og rutiner ved håndtering av innsideinformasjon

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere systemer og prosesser for håndtering av innsideinformasjon i Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet og Samferdselsdepartementet. Undersøkelsesperioden er fra og med 2016 til og med 1. tertial 2018.

Innsideinformasjon er i *lov om verdipapirhandel* (verdipapirhandelloven) § 3-2 definert som presise opplysninger om de finansielle instrumentene, utstederen av disse eller andre forhold som er egnet til å påvirke kursen på de finansielle instrumentene eller tilknyttede finansielle instrumenter merkbart, og som ikke er offentlig tilgjengelig eller allment kjent i markedet. Ansatte i en del offentlige virksomheter, blant annet departementene, vil regelmessig kunne bli kjent med innsideinformasjon gjennom arbeidsforholdet sitt. Innsideinformasjon kan misbrukes til å oppnå økonomisk vinning.

Nærings- og fiskeridepartementet forvalter statens interesser i flere børsnoterte selskaper. Det vil derfor forholdsvis regelmessig oppstå situasjoner der departementets ansatte kan ha innsideinformasjon, blant annet i forbindelse med børsintroduksjon av statlige selskaper, senere emisjoner, kjøp eller salg av aksjer, eller andre aktuelle transaksjoner i selskaper der staten er aksjonær. Også Olje- og energidepartementet forvalter interesser i et børsnotert selskap, Equinor ASA. Enkelte av selskapene med statlig eierskap har dessuten børsnoterte obligasjoner. Dette gjelder Nærings- og fiskeridepartementet og Olje- og energidepartementet, men også Samferdselsdepartementet.

Gjennom rollen departementene har som sektormyndighet, kan departementsansatte også få kunnskap om offentlige tiltak og reguleringer som kan påvirke kostnadene og inntektene til børsnoterte selskaper. Før offentliggjøring kan planer og forslag om slike reguleringer og tiltak være innsideinformasjon ved at de kan påvirke kursen til finansielle instrumenter merkbart. Eksempler på dette kan være lisenstildelinger og/eller endrede betingelser for oppdrettsselskaper, tildeling av konsesjoner, tildeling av kontrakter, endringer i kapitalkrav for bank og finans, endrede avgifter i flyindustrien, og informasjon om særskatter.

Det er en risiko for at departementene ikke håndterer innsideinformasjon på en tilbørlig aktsom måte, slik det stilles krav om, jf. verdipapirhandelloven § 3-4 andre ledd. Dette kan skyldes at departementenes interne retningslinjer ikke er gode nok, og/eller at retningslinjene ikke følges. Svakheter i håndteringen av innsideinformasjon innebærer risiko for misbruk av slike opplysninger og kan svekke tilliten til verdipapirmarkedet. Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetning fra Stortinget:

- verdipapirhandelloven

1 Hovedfunn

- Departementenes retningslinjer gir ikke god nok veiledning i å identifisere den innsideinformasjonen de har som sektormyndighet.
- Departementene fører ikke innsidelister i alle tilfeller hvor det foreligger innsideinformasjon.
- Departementene dokumenterer ikke godt nok vurderinger som de gjør for å identifisere innsideinformasjon.

- Misbruk av innsideinformasjon er ikke identifisert som en risiko av departementene, og de har derfor ikke iverksatt risikoreduserende tiltak.
- Departementene kontrollerer ikke om de ansatte kjenner regelverket, eller om de håndterer informasjon på en forsvarlig måte.
- Det er stor variasjon i hvor strenge retningslinjer departementene har fastsatt for ansattes eierskap til og handel med verdipapirer.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Departementenes retningslinjer gir ikke god nok veiledning i å identifisere den innsideinformasjonen de har som sektormyndighet

Det følger av verdipapirhandelloven at den som har innsideinformasjon, skal utvise tilbørlig aktsomhet i behandlingen av slike opplysninger, og den som regelmessig har innsideinformasjon, skal ha rutiner for sikker behandling av denne typen informasjon. Dette fordrer at de som har informasjonen, er klar over at den er innsideinformasjon. Det følger videre av *reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet) § 14 om internkontroll at alle virksomheter skal etablere systemer og rutiner som har innebygget internkontroll, blant annet for å sikre at misligheter og økonomisk kriminalitet blir forebygget og avdekket.

Nærings- og fiskeridepartementet forvalter statens eierskap i mange selskaper, og Olje- og energidepartementet forvalter statens eierskap i Equinor ASA. Undersøkelsen viser at innsideinformasjon som relaterer seg til statens forvaltning i disse selskapene, blir korrekt identifisert og fulgt opp. Undersøkelsen viser også at innsideinformasjon som departementene mottar fra andre, blir korrekt identifisert og fulgt opp. Hovedutfordringen ligger i den innsideinformasjonen som departementene av ulike grunner skaper selv, og som ikke omhandler selskapene som departementene forvalter statens eierinteresser i. Dette er illustrert i figur 1.

Figur 1 Departementenes utfordringer med å identifisere innsideinformasjon

	Mottar	Skaper
Sektormyndighet	Ganske lett	Vanskelig
Eier	Lett	Ganske lett

Nærings- og fiskeridepartementets retningslinjer inneholder eksempler på innsideinformasjon som er relevante for staten som eier, men de gir i mindre grad veiledning i å identifisere innsideinformasjon som departementet kan ha i rollen som sektormyndighet. Retningslinjene inneholder i liten grad veiledning om hvordan man vurderer når opplysninger blir å anse som innsideinformasjon.

Undersøkelsen viser at fiskeri- og havbruksavdelingen er den av avdelingene i Nærings- og fiskeridepartementet som oftest har tilgang på den typen innsideinformasjon som departementene har i kraft av å være sektormyndighet. Denne typen innsideinformasjon kan være krevende å identifisere, og det er derfor viktig at det etableres gode systemer og rutiner for slik identifisering. Dette tilsier at det er et stort behov for å ha god veiledning på området. Etter Riksrevisjonen vurdering gir ikke Nærings- og fiskeridepartementets retningslinjer like god veiledning i å identifisere denne typen innsideinformasjon som de gjør i å identifisere innsideinformasjonen departementet har tilgang til som eier.

Samferdselsdepartementet kan motta eller skape innsideinformasjon i mange ulike situasjoner. Departementet bruker de retningslinjene som eierskapsavdelingen i Nærings- og fiskeridepartementet har utarbeidet. Departementenes retningslinjer for å identifisere og håndtere innsideinformasjon er det viktigste virkemiddelet for å etablere systemer og rutiner for dette. Riksrevisjonen mener det er uheldig at disse ikke har vært gjort tilgjengelig for alle i Samferdselsdepartementet, men kun vært tilgjengelig gjort etter behov og ellers har ligget skjermet i arkivet. Departementet har dermed ikke gitt sine medarbeidere tilstrekkelig kunnskap og støtte til å kunne identifisere og håndtere mulig innsideinformasjon på en tilbørlig aktsom måte. Undersøkelsen viser også at departementet i enkelte tilfeller ikke har vurdert nøye nok om saker som det har til behandling, inneholder innsideinformasjon. Dette gjør at saker som kan ha inneholdt innsideinformasjon, ikke har blitt identifisert som dette og behandlet deretter. Samferdselsdepartementet erkjenner at det ikke har etablert rutiner for behandling av innsideinformasjon som det har i egenskap av å være sektormyndighet, og at departementet kan forbedre seg på dette området.

Olje- og energidepartementet har i sine retningslinjer i større grad enn Samferdselsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet omtalt den typen innsideinformasjon som departementet kan motta eller skape som sektormyndighet. Retningslinjene og veiledningene nevner flere konkrete eksempler på hva denne typen innsideinformasjon kan være. Riksrevisjonen mener at slik veiledning vil bidra til å hjelpe medarbeiderne i departementet til å identifisere innsideinformasjonen som departementet har som sektormyndighet, samt sikre lik behandling av saker i departementet.

Riksrevisjonen har merket seg at de tre departementene i løpet av undersøkelsesperioden har startet et arbeid med å oppdatere og forbedre retningslinjene sine for håndtering av innsideinformasjon.

2.2 Departementene fører ikke innsidelister i alle tilfeller hvor det foreligger innsideinformasjon

Den som utsteder finansielle instrumenter, har plikt til å føre lister. Listene skal oppdateres fortløpende og inneholde opplysninger om identiteten til personene med tilgang til innsideinformasjonen, dato og klokkeslett personene fikk tilgang til slik informasjon, funksjonen til personene, årsaken til at personene er på listen og dato for nedtegnning og endring av listen. Departementene er dermed ikke lovpålagt å føre slike lister, men listeføring vil være et viktig hjelpemiddel for å ivareta kravet om å utvise tilbørlig aktsomhet etter verdipapirhandeloven § 3-4, og det vil kunne være en del av rutineplikten. Økokrim går langt i å anbefale forvaltningen å føre innsidelister, og departementene har i stor grad pålagt seg selv å føre slike lister.

I retningslinjene til eierskapsavdelingen i Nærings- og fiskeridepartementet er det stilt krav om at det alltid skal føres innsidelister ved mottak eller generering av innsideinformasjon.

Olje- og energidepartementet krever kun at det skal *vurderes* om det skal føres innsidelite, og i enkelte tilfeller føres det derfor ikke. I slike tilfeller vil departementet fortsatt skjerme innsideinformasjonen internt i saksbehandlingssystemet, og departementet mener at det slik har god nok kontroll med hvem som har tilgang til informasjonen.

I situasjoner der det går svært kort tid før informasjon blir offentlig kjent, finner både Nærings- og fiskeridepartementet og Samferdselsdepartementet det hensiktsmessig ikke å føre innsidelite umiddelbart. I disse tilfellene har bare førstnevnte departement

rutiner for å føre liste i etterkant av at informasjonen ble offentlig kjent, og gjør dette for å dokumentere den interne informasjonsflyten.

I undersøkelsen av et utvalg saker ble det avdekket ett tilfelle der fiskeri- og havbruksavdelingen i Nærings- og fiskeridepartementet hadde konstatert at saken inneholdt innsideinformasjon, men ikke hadde ført innsideliste. Dette gjør at departementet ikke kan si med sikkerhet når medarbeiderne som jobbet med saken, fikk innsideinformasjonen. Dersom det stilles spørsmål ved eller reises mistanke om at innsideinformasjon har blitt misbrukt i denne saken, kan det vanskeliggjøre en eventuell granskning at informasjonsflyten ikke er dokumentert med innsideliste.

Å føre innsideliste virker skjerpende og bevisstgjørende på de ansvarlige i departementet, og det styrker tilliten til forvaltningen og verdipapirmarkedene. Det forenkler også Finanstilsynets tilsyn dersom det skulle være behov for å kontrollere informasjonshåndteringen på et senere tidspunkt. Selv om departementene ikke er pålagt å føre innsidelister, fører de i de aller fleste tilfeller likevel slike lister når de håndterer innsideinformasjon. Riksrevisjonen mener det er uheldig at departementene ikke gjør dette i *alle* tilfellene der de håndterer innsideinformasjon. Å la være å føre innsidelister øker etter Riksrevisjonens vurdering risikoen for at departementene ikke håndterer innsideinformasjon med tilbørlig aktsomhet.

2.3 Departementene dokumenterer ikke godt nok vurderinger som de gjør for å identifisere innsideinformasjon

Som en del av god internkontroll er det viktig at departementenes sentrale vurderinger blir dokumentert. Dersom det blir identifisert innsideinformasjon, blir det i de tre departementene i de fleste sakene satt opp en innsideliste, og departementene mener at dette er tilstrekkelig dokumentasjon på at det er gjort en vurdering. Dersom det blir vurdert om informasjon er innsideinformasjon, men departementet kommer til at det ikke er det, stilles det ikke krav om at denne vurderingen skal dokumenteres. I de fleste tilfeller gjøres heller ikke dette i noen av de tre departementene.

Spørsmålet om det finnes eller skapes innsideinformasjon, er relevant kun i et fåtall av alle saker som departementene behandler. Riksrevisjonen mener at alle tilfellene der det er blitt konkret vurdert om det finnes eller skapes innsideinformasjon, bør dokumenteres. Dette er spesielt viktig i de tilfellene der konklusjonen av vurderingen er at det ikke finnes eller skapes innsideinformasjon. Når dette ikke blir gjort, er det vanskelig å etterprøve vurderingen, og muligheten for læring/erfaringsoverføring i å identifisere innsideinformasjon blir svekket.

2.4 Misbruk av innsideinformasjon er ikke identifisert som en risiko av departementene, og de har derfor ikke iverksatt risikoreduserende tiltak

For å kunne utøve nødvendig internkontroll skal virksomhetens ledelse etablere systemer, rutiner og tiltak for å kunne identifisere risikofaktorer og rutiner for å håndtere og lagre vesentlig informasjon som sikrer konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Risikovurdering innebærer å identifisere risikoer som kan hindre virksomheten i å oppfylle sine mål og krav. Departementene har etablert et felles styringssystem for informasjonssikkerhet basert på den internasjonale standarden ISO 27001:2005. Riksrevisjonen har merket seg at departementene holder styringssystemet oppdatert, og at det er besluttet å oppdatere til 2017-standard.

I den grad departementene har identifisert ulike typer risiko ved innsidehandel, er dette å finne i departementenes felles styringssystem under «børssensitive dokumenter og aksjeinformasjon». Departementene har identifisert fire risikoer: at informasjonen lagres uten tilgangsstyring, at informasjonen lekkes til presse og konkurrenter, at

informasjonen endres uautorisert og at den slettes. Risikoen for at innsideinformasjon misbrukes, ble imidlertid identifisert som egen risiko i Olje- og energidepartementets risikohåndteringssystem per 10. januar 2018. Riksrevisjonen mener det er viktig at innsideinformasjon blir identifisert slik at den blir korrekt håndtert. Det er derfor uheldig at departementene ikke har definert det som en risiko at innsideinformasjon ikke blir identifisert. Det er heller ikke identifisert som en risiko at innsideinformasjon kan misbrukes i departementene eller komme på avveie og dermed bli misbrukt av andre. Etter Riksrevisjonens vurdering er dette kritikkverdig fordi det kan føre til at risiko-reducerende tiltak ikke blir iverksatt. Riksrevisjonen ser positivt på at Olje- og energidepartementet nå har identifisert dette som en egen risiko.

2.5 Departementene kontrollerer ikke om de ansatte kjenner regelverket, eller om de håndterer informasjon på en forsvarlig måte

For å sikre offentlighetens tillit til departementene og selskapene som departementene forvalter eierinteressene i, er det viktig at alle ansatte og embetsmenn er kjent med og overholder aktuelle bestemmelser i verdipapirhandelloven, forvaltningsloven og departementenes interne retningslinjer.

Departementene har ikke på en systematisk måte undersøkt i hvilken grad de ansatte kjenner regelverket. Når departementene ikke har informasjon om hvor godt regelverket er kjent blant de ansatte, har departementene heller ikke godt nok grunnlag til å vurdere risikoen på området. Etter Riksrevisjonens vurdering har departementene da også mangelfullt grunnlag for å vurdere hvilke risikoreducerende tiltak som eventuelt burde ha blitt iverksatt.

Alle de tre departementene har retningslinjer for informasjonssikkerhet, men de har ikke gjennomført kontroller av at regelverket følges, for eksempel om de ansatte faktisk låser kontorer, setter på skjermlås, låser ned sensitive dokumenter og unngår å la sensitive dokumenter ligge igjen på skrivere. Riksrevisjonen mener at fraværet av slike kontroller er kritikkverdig fordi det innebærer at departementene ikke kan vite om regelverket for informasjonssikkerhet følges. Dersom regelverket ikke følges, kan det få konsekvenser for tilliten til at staten som eier og sektormyndighet håndterer innsideinformasjon på en tilbørlig aktsom måte.

2.6 Det er stor variasjon i hvor strenge retningslinjer departementene har fastsatt for ansattes eierskap til og handel med verdipapirer

Det følger av økonomireglementet § 14 om internkontroll at alle virksomheter skal etablere systemer og rutiner som har innebygget internkontroll, blant annet for å sikre at misligheter og økonomisk kriminalitet forebygges. Å ha et internt regelverk i departementene som begrenser hva ansatte kan eie og handle av aksjer, vil være positivt for tilliten til både forvaltningen og verdipapirmarkedene. Samtidig vil det redusere sannsynligheten for misligheter relatert til misbruk av innsideinformasjon.

Olje- og energidepartementet har fastsatt relativt strenge og klare krav til hva de ansatte kan eie av aksjer. Det er satt avdelingsspesifikke forbud mot å eie og handle med visse typer aksjer knyttet til disse avdelingenes arbeidsområder. Verken Nærings- og fiskeridepartementet eller Samferdselsdepartementet har vedtatt eksplisitte forbud mot at ansatte kan eie aksjer i selskaper som departementene forvalter statens eierskap i eller har sektorpolitisk ansvar for. I stedet oppfordrer de til å unngå slikt eierskap. Nærings- og fiskeridepartementet stiller imidlertid krav om at ansatte i eierskapsavdelingen som har aksjer i selskaper der avdelingen forvalter statens eierandel, ikke skal delta i selskapsteam for de samme selskapene.

Olje- og energidepartementet har fastsatt en rapporteringsplikt som inntreffer allerede når den samlede verdien av en handel overstiger 20 000 kroner per enkeltsekskap/papir. Nærings- og fiskeridepartementet pålegger også de ansatte i departementet å rapportere om alt innehav av og all handel med aksjer der Nærings- og fiskeridepartementet forvalter statens eierinteresser. Andre norske sekskaper eller utenlandske sekskaper med aktiviteter i Norge har plikt til å rapportere det når de eier aksjer i enkeltsekskaper og enkelttransaksjoner for over 50 000 kroner. Samferdselsdepartementet har ingen rapporteringsplikt for de ansattes handel med verdipapirer.

Riksrevisjonen konstaterer at de tre departementene har ulike regler for de ansattes eierskap og handel i verdipapirer, uten at det ser ut til å være gode grunner for disse forskjellene.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- departementene utarbeider retningslinjer som gir bedre veiledning i å identifisere den typen innsideinformasjon departementene har som sektormyndighet
- departementene, for å sikre en tilbørlig aktsom håndtering av innsideinformasjon, fører innsideliste i alle tilfellene der det foreligger slik informasjon
- alle tilfeller der departementene konkret vurderer om det finnes eller skapes innsideinformasjon, blir dokumentert
- departementene gjennomfører risikovurderinger av hvorvidt innsideinformasjon kan misbrukes
- departementene gjennomfører kontroller av hvorvidt de ansatte kjenner regelverket for håndtering av innsideinformasjon, og om de ansatte håndterer innsideinformasjonen på en forsvarlig måte

4 Departementenes oppfølging

Samferdselsministeren opplyser at han vil følge opp Riksrevisjonens anbefalinger blant annet ved å la departementets retningslinjer inneholde veiledning i hvordan innsideinformasjon på sektorområdene kan identifiseres. Retningslinjene vil også inneholde et eget kapittel om føring av innsideliste for å sikre tilbørlig aktsom håndtering av innsideinformasjon. I alle sakene som inneholder innsideinformasjon, vil det bli ført innsidelister som vil bli arkivert og oppdatert løpende. Sakene vil bli dokumentert ved at innsidelisten blir journalført på saken som et internt notat. Departementet vil også arbeide for at det felles styringssystemet for departementene vil bli utvidet med risikovurdering for misbruk av innsideinformasjon. Det vil i denne sammenheng bli gjennomført en risikovurdering. Videre vil Samferdselsdepartementet sørge for at de ansatte blir gjort kjent med og bevisste på regelverket for innsideinformasjon gjennom egne tiltak for informasjon, og at retningslinjene blir gjort lett tilgjengelige på departementets intranett.

Olje- og energiministeren opplyser at departementet vil jobbe for at departementets retningslinjer skal være oppdaterte, og forbedre dem dersom departementet ser behov for dette. Statsråden uttaler at departementet tar anbefalingen om å føre innsidelister i alle tilfeller der det foreligger innsideinformasjon, med seg videre når det skal vurdere om det skal føres innsideliste i en sak. Olje- og energiministeren opplyser videre at departementet tar anbefalingen om å dokumentere alle tilfeller der departementet konkret vurderer om det finnes eller skapes innsideinformasjon, med seg i det videre

arbeidet. Olje- og energiministeren er enig i at det er uheldig at departementene ikke har definert det som en risiko i sitt styringssystem for informasjonssikkerhet at innsideinformasjon ikke blir identifisert. Statsråden opplyser at departementet nå har lagt dette inn som en risiko i sitt styringssystem. Riksrevisjonens anbefaling til departementene om å gjennomføre kontroller av hvorvidt de ansatte kjenner regelverket for håndtering av innsideinformasjon, og om de ansatte håndterer innsideinformasjonen på en forsvarlig måte, besvarer statsråden med at departementet i sitt styringssystem for informasjonssikkerhet nå har identifisert seks risikoer knyttet til behandling av innsideinformasjon. Ut fra disse risikoene har departementet utledet sikkerhetstiltak som det har iverksatt. Tiltakene innebærer blant annet at departementet har utarbeidet nye rutiner og gjennomfører årlige informasjonsmøter med de ansatte der rutinene for behandling av innsideinformasjon gjennomgås. Med de tiltakene som departementet har iverksatt, mener statsråden at restrisikoen for behandling av børssensitive dokumenter er akseptabel, og statsråden peker på at risikovurderingene foretas årlig.

Næringsministeren og fiskeriministeren besvarer Riksrevisjonens anbefaling om at departementene bør utarbeide retningslinjer som gir bedre veiledning i å identifisere den typen innsideinformasjon som departementene har som sektormyndighet, med at de opplever at dagens retningslinjer er utformet i tråd med det departementet oppfatter som markedspraksis. Statsrådenes vurdering er at retningslinjene for behandling av innsideinformasjon i Nærings- og fiskeridepartementet derfor er tilstrekkelige og hensiktsmessige, men at de i den pågående revisjonen av retningslinjene vil vurdere om det bør tas inn flere generelle eksempler på innsideinformasjon. Departementet vil også styrke opplæringen i identifisering og håndtering av innsideinformasjon ytterligere, og som del av dette vil det bli diskutert eksempler på situasjoner der det kan foreligge innsideinformasjon, og hvorfor. Departementet vil også framover legge stor vekt på at retningslinjene følges, også at det føres innsidelister.

Selv om det er et relativt lite antall saker hvert år i Nærings- og fiskeridepartementet der det foreligger innsideinformasjon, peker næringsministeren og fiskeriministeren på at dette ikke betyr at det ikke vurderes om det foreligger innsideinformasjon i svært mange saker per år. Statsrådene peker på at selskapet har en selvstendig plikt til å opplyse departementet dersom de formidler innsideinformasjon, men at det også må gjøres en selvstendig vurdering i departementet i det enkelte tilfellet. En slik vurdering må gjøres hver gang departementet genererer informasjon som sektormyndighet. Statsrådene mener derfor at all saksbehandling i prinsippet kan være gjenstand for kontinuerlig vurdering av hvorvidt saken inneholder innsideinformasjon.

Næringsministeren og fiskeriministeren uttaler at det i utgangspunktet vil være uforholdsmessig ressurskrevende å skulle dokumentere alle tilfellene der departementet vurderer om det finnes eller skapes innsideinformasjon, og mener at det heller ikke er behov for dette. Statsrådene peker også på at et slikt dokumentasjonskrav eller en slik dokumentasjonspraksis ikke følger av regelverket, og at det heller ikke er markedspraksis. Statsrådene legger uansett opp til at departementet framover fortsatt vil dokumentere slike vurderinger der departementet anser at det er behov for dette.

I sin kommentar til Riksrevisjonens påpekning av at departementene ikke har identifisert misbruk av innsideinformasjon som en risiko, og at de derfor ikke har iverksatt risikoreduserende tiltak, peker næringsministeren og fiskeriministeren på at det i dialogen med Riksrevisjonen har vist til at departementet i sin virksomhetsstyring legger risiko- og vesentlighetsvurderinger til grunn for å prioritere og iverksette eventuelle nye risikoreduserende tiltak. Statsrådene peker på at departementene (herunder Nærings- og fiskeridepartementet) i forrige risikovurdering identifiserte fire

risikoer på dette området; at informasjonen lagres uten tilgangsstyring, at informasjonen lekkes til presse og konkurrenter, at informasjonen endres uautorisert og at den slettes. Statsrådene peker på at dette implisitt innebærer at risikoen (sannsynlighet og konsekvens) på de to områdene som Riksrevisjonen peker på (at innsideinformasjon blir korrekt gjenkjent, slik at den blir håndtert korrekt og at det kan forekomme misbruk av innsideinformasjon i departementene), til nå ikke har blitt vurdert som tilstrekkelig høy til at det er prioritert å iverksette ytterligere risikoreduserende tiltak ut over gjeldende rutiner, retningslinjer og opplæringstiltak. Statsrådene har imidlertid merket seg Riksrevisjonens anbefalinger og vil vurdere om departementet i kommende risikovurderinger skal gjøre en mer eksplisitt risikovurdering også av disse to områdene.

Næringsministeren og fiskeriministeren kommenterer Riksrevisjonens påpekning om at departementene ikke kontrollerer om de ansatte kjenner regelverket, eller om de håndterer informasjon på en forsvarlig måte, med at deres utgangspunkt er at den mest hensiktsmessige måten å ivareta at innsideinformasjon behandles forsvarlig på, er god kunnskap om regelverket og god intern organisering. De peker på at departementet har gjennomført en rekke tiltak for å dele kunnskap om regelverk og retningslinjer. Næringsministeren og fiskeriministeren uttaler at de er opptatt av å ha en god intern organisering, og at det også ligger i det ordinære ledelsesansvaret til ansvarlig avdelingsdirektør eller prosjektleder å påse at regelverk mv. følges. Statsrådene uttaler at departementet vil ha fortsatt høy oppmerksomhet om god intern organisering.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har merket seg at næringsministeren og fiskeriministeren mener at departementets retningslinjer for behandling av innsideinformasjon er tilstrekkelige og hensiktsmessige og i tråd med markedspraksis, men at departementet i den pågående revisjonen av retningslinjene vil vurdere om det bør tas inn flere generelle eksempler på innsideinformasjon. Riksrevisjonen har merket seg at næringsministeren og fiskeriministeren mener at dagens retningslinjer er utformet i tråd med markedspraksis, men kan ikke se at markedspraksis er relevant for hvordan departementet kan identifisere den type innsideinformasjon det har i kraft av å være sektormyndighet. Dette er innsideinformasjon som kan være krevende å identifisere, og Riksrevisjonen anbefaler derfor departementet å utarbeide retningslinjer og/eller veiledninger med flere generelle eksempler på dette området.

Sak 3: Helseforetakenes bruk av legeressurser

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om helseforetakene styrer og organiserer aktivitet og personell på en slik måte at legeressursene i den somatiske virksomheten brukes effektivt.

I 2017 ble det brukt 76 200 årsverk ved de somatiske sykehusene. Selv om legene ikke utgjør mer enn 17 prosent av årsverkene, er effektiv bruk av legene avgjørende for å utnytte de totale ressursene i helseforetakene effektivt. I perioden fra 2011 til 2017 økte samlet antall årsverk med 13 prosent i de somatiske institusjonene i helseforetakene, mens det var en vekst i antall legeårsverk på 30 prosent. Av totalt 7 250 000 somatiske pasientkontakter/-opphold i 2017 utgjorde ca. 84 prosent polikliniske konsultasjoner. De fleste polikliniske konsultasjoner er planlagte (ikke øyeblikkelig hjelp). Ventetid til utredning eller behandling er en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten. Det er et mål å redusere ventetiden. Ved utgangen av 2017 ventet 186 000 pasienter på helsehjelp innen somatikk. De fleste av disse ventet på poliklinisk utredning. Mange pasienter som allerede er i et behandlingsforløp, får ikke ny time innen fastsatte frister.

Polikliniske konsultasjoner er undersøkelser og behandling som gjennomføres uten innleggelse på døgn- eller dagbasis. God kapasitetsutnyttelse ved poliklinikkene er nær knyttet til bruk av legeressurser fordi de aller fleste polikliniske konsultasjoner utføres av leger.

Revisjonen har belyst problemstillingene ved å analysere informasjon fra helseforetakenes svar på spørrebrev, registerdata, spørreundersøkelser og dybdeundersøkelse, og ved hjelp av tilgjengelig statistikk fra Helsedirektoratet og andre sekundærdata. Undersøkelsen omfatter alle de somatiske sykehusene i helseforetakene og tar utgangspunkt i poliklinisk aktivitet innen fire utvalgte fagområder (nevrologi, gastro-medisin, gastrokirurgi og ortopedi) som til sammen står for 30 prosent av alle polikliniske konsultasjoner. Undersøkelsen bruker i hovedsak data fra perioden 2015–2018.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven)
- *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasientrettighetsloven)
- *lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven)
- *lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven)
- *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* (helsetilsynsloven)
- *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- *forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten* (prioriteringsforskriften)

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev av 29. mai 2018. Departementet har i brev av 21. juni 2018 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Kapasiteten ved mange poliklinikker blir ikke godt nok utnyttet.
- Antall unødvendige konsultasjoner reduseres når et utvalg erfarne leger vurderer henvisninger til poliklinikker.

- De elektroniske systemene legger ikke godt nok til rette for effektiv bruk av legeressursene.
- Ved mange poliklinikker er planleggingen og oppfølgingen av aktiviteten for lite systematisk til å sikre effektiv bruk av legeressursene.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Kapasiteten ved mange poliklinikker blir ikke godt nok utnyttet

Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig. Det er videre et mål at flere pasienter blir behandlet, at ventetidene reduseres, og at kvaliteten i behandlingen styrkes. I tillegg er det et mål å redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene.

Undersøkelsen viser at det er store forskjeller i kapasitetsutnyttelsen mellom poliklinikker. Den maksimale kapasiteten ved en poliklinikk er i undersøkelsen definert som gjennomsnittlig aktivitet de fem ukene med høyest aktivitet på dagtid. Gjennomsnittlig kapasitetsutnyttelse i poliklinikkene varierte i 2017 mellom 45 og 85 prosent. Poliklinikker som systematisk har jevn aktivitet på samme hverdag gjennom året og tilnærmet samme aktivitetsnivå på fredager som andre hverdager, har den høyeste kapasitetsutnyttelsen. Etter Riksrevisjonens vurdering kan det å sørge for jevn aktivitet øke kapasitetsutnyttelsen og dermed aktiviteten generelt. Om dette er mulig, må vurderes lokalt, siden lav aktivitet på enkelte dager eller i enkelte perioder noen steder kan skyldes for eksempel knapphet på tilgjengelige legeressurser eller at det er satt av fast tid til andre relevante aktiviteter. I tillegg må det tas hensyn til hvordan den polikliniske aktiviteten påvirker driften i andre enheter ved sykehuset.

Ved de fleste poliklinikker skjer konsultasjonene innenfor et tidsrom på 6–7 timer. Det varierer mellom poliklinikker innen samme fagområde hvor mange konsultasjoner legene gjennomfører de timene de er på poliklinikken. Noen av forskjellene kan skyldes variasjon i pasientenes tilstand/sykdom/alder eller funksjonsfordeling i eller på tvers av helseforetak. Samtidig utfører legene flere konsultasjoner per time ved poliklinikker som systematisk er opptatt av å tilpasse den avsatte tiden til konsultasjonens art og kompleksitet, og ved poliklinikker som gjennomfører flere telefonkonsultasjoner.

Av de planlagte konsultasjonene i 2017 ble anslagsvis 4 prosent ikke gjennomført. Forutsatt at andelen er representativ for andre fagområder som ikke er undersøkt, tilsvarer dette i underkant av 200 000 polikliniske konsultasjoner årlig. Den viktigste årsaken til at planlagte konsultasjoner ikke blir gjennomført, er at pasientene ikke møter til avtalt time. Det er innført flere tiltak for å redusere antall pasienter som ikke møter. Likevel varierer andelen pasienter som ikke møter, mellom 1 og 6 prosent ved de ulike poliklinikkene. Etter Riksrevisjonens vurdering viser denne variasjonen at det fortsatt er mulig å redusere andelen pasienter som ikke møter, noe som vil gi bedre bruk av legeressursene.

Der tilgjengelige konsultasjonsrom er en flaskehals, kan bruk av telefonkonsultasjoner frigjøre kapasitet på poliklinikken. Mange leger gjennomfører telefonkonsultasjoner når dette er egnet, men mange helseforetak har ikke innført dette som et systematisk virkemiddel. Undersøkelsen indikerer at en forklaring kan være at telefonkonsultasjoner ikke gir inntekt gjennom den innsatsstyrte finansieringen (ISF). Etter Riksrevisjonens vurdering har ledelsen et ansvar for å utnytte kapasiteten best mulig, uavhengig av økonomiske insentiver.

Undersøkelsen viser flere eksempler på at legeressurser har blitt frigjort ved at oppgaver er overført fra legene til annet helsepersonell. For eksempel gjennomfører sykepleiere noen typer kontroller og oppgaver knyttet til pasientopplæring som tidligere ble utført av leger. Ved enkelte sykehus har merkantilt personell overtatt noen av legenes administrative oppgaver. Riksrevisjonen mener at dette kan være viktige grep for å frigjøre legeressurser.

Bare 12 prosent av poliklinikkene har både høy kapasitetsutnyttelse og gjennomfører et høyt antall konsultasjoner per time i løpet av tiden legene er på poliklinikken. Etter Riksrevisjonens vurdering tyder dette på at mange poliklinikker kan øke aktiviteten, enten gjennom å øke kapasitetsutnyttelsen eller ved å utnytte bedre den tiden legene er på poliklinikken. Aktiviteten må bare økes innenfor det som er medisinsk forsvarlig. Dette kan bidra både til å redusere ventetiden for pasienter som venter på utredning, og til at flere pasienter som allerede er i et behandlingsforløp, kan få time innen planlagt tid.

2.2 Antall unødvendige konsultasjoner reduseres når et utvalg erfarne leger vurderer henvisninger til poliklinikker

Det er et mål at helsetjenestene skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå. Helsehjelp som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, bør gis av den kommunale helsetjenesten. Det følger av pasientrettighetsloven at spesialisthelsetjenesten skal vurdere om pasientene som henvises, oppfyller vilkårene for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Mange leger opplever å ha nyhenviste pasienter til konsultasjon på poliklinikken som de mener ikke har behov for spesialisthelsetjenester. Legene opplever sjeldnere å ha slike pasienter når henvisningene vurderes av et utvalg erfarne leger. Ved disse poliklinikkene er det også sjeldnere at legene mener at pasienter de har til konsultasjon, burde vært hos en annen lege.

Kontroller utgjør om lag halvparten av all aktivitet ved poliklinikkene. Denne andelen varierer imidlertid mellom poliklinikker, også innenfor samme fagområde. Deler av variasjonen kan skyldes ulik praksis i oppfølging av pasienter. Mange leger mener at pasienter de har til kontroll, ikke har behov for spesialisthelsetjenester. Etter Riksrevisjonens vurdering kan bedre prioritering av pasienter i mange poliklinikker frigjøre legetimer som kan brukes til pasienter med større behov.

2.3 De elektroniske systemene legger ikke godt nok til rette for effektiv bruk av legeressursene

Et tiltak regnes som mer effektivt enn et annet hvis det oppnår målet med lavere omkostninger i form av blant annet tid og personellinnsats.

Legene i undersøkelsen brukte 60 prosent av arbeidstiden på dagtid på direkte pasientrelaterte oppgaver og 29 prosent på oppgaver som er indirekte pasientrelaterte. I sum brukte de derfor nesten 90 prosent av tiden på pasientrelaterte oppgaver. Når det gjelder de indirekte pasientrelaterte oppgavene, er det klare indikasjoner på at legene bruker mer av arbeidstiden på oppgaver knyttet til journal, epikrise og annen dokumentasjon nå enn tidligere. Mange leger opplever at de bruker unødvendig mye tid på dokumentasjonsoppgaver på grunn av ustabile IT-systemer og manglende integrasjon mellom ulike dataprogrammer. Mer brukervennlige IT-systemer vil bidra til at legene kan bruke mer tid på pasienter.

Etter Riksrevisjonens vurdering kan ledelsen legge til rette for mer brukervennlige støtteverktøy og riktig bruk gjennom bedre styring og opplæring av medarbeiderne. Det

er viktig at støtteverktøyene er tilpasset legens hverdag, og at de er raske og intuitive å bruke. Dette kan effektivisere legenes arbeidsdag og bidra til at de kan utføre flere konsultasjoner i løpet av en dag eller ha mer tid til pasientene uten at det brukes flere legetimer. Brukervennlige systemer kan dessuten redusere behovet for opplæring og risikoen for å bruke systemene feil.

2.4 Ved mange poliklinikker er planleggingen og oppfølgingen av aktiviteten for lite systematisk til å sikre effektiv bruk av legeressursene

Helseforetakene skal ha en planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene på minimum seks måneder. Undersøkelsen viser at det er store forskjeller i hvor lang tid framover man planlegger når legene skal jobbe på poliklinikken. Den viktigste årsaken til at poliklinikkene har en kortere planleggingshorisont enn 5–6 måneder, er manglende oversikt over legeressursene.

Poliklinikker med lang planleggingshorisont utnytter kapasiteten noe bedre enn poliklinikker med kort planleggingshorisont. Det blir også gjennomført flere konsultasjoner per time ved poliklinikker som både har lang planleggingshorisont, og som systematisk tilpasser den planlagte konsultasjonstiden til konsultasjonens art og kompleksitet.

Planleggingshorisonten påvirker hvor raskt pasientene får tildelt timeavtaler. Sykehusene skal vurdere henvisninger og skriftlig informere om utfallet av vurderingen innen ti virkedager etter at de mottar henvisningen. Pasienter som vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal få informasjon om fristen for når helsehjelpen senest skal starte, og om tid og sted for oppmøte. Flere pasienter får informasjon om konkret dato og klokkeslett (time) allerede i første svarbrev ved poliklinikker med lang planleggingshorisont enn ved poliklinikker med kort planleggingshorisont.

En tilsvarende sammenheng er det også for pasienter som allerede er i et behandlingsforløp og skal tilbake til ny time. Ved poliklinikkene med lang planleggingshorisont får pasienter informasjon om tidspunkt for ny timeavtale allerede på konsultasjonsdagen. Ved poliklinikker med kort planleggingshorisont er det mer vanlig at pasienten først får informasjon om ny time mer enn én uke etter konsultasjonsdagen. Å få tildelt time med konkret dato og klokkeslett gir pasienten trygghet for at helsehjelpen skjer til planlagt tid.

Planlagte pasientkontakter registreres enten med konkret dato og klokkeslett eller en foreløpig (tentativ) uke eller måned. Uansett om timen er konkret eller tentativ, skal den tildeles ut fra medisinske vurderinger. I poliklinikker med kort planleggingshorisont blir flere pasienter tildelt timer med tentativ dato enn i poliklinikker med lang planleggingshorisont. I tillegg har poliklinikker med kort planleggingshorisont relativt sett vesentlig flere pasienter som ikke får gjennomført konsultasjon innen tentativ dato. Et flertall av disse pasientene får time mer enn en måned etter den opprinnelige, tentative datoen. Dette tyder på at det ved poliklinikker med kort planleggingshorisont kan være krevende å komme å jour med pasientbehandlingen. I poliklinikker hvor mange pasienter ikke får time innen planlagt tid, går det med mer tid til å prioritere hvilke pasienter som må få tilbud med en gang, og hvilke pasienter det er medisinsk forsvarlig å vente med.

Den nasjonale indikatoren «antall fristbrudd» gjelder bare nyhenviste pasienter. Undersøkelsen indikerer at press på å unngå fristbrudd kan utfordre den faglige prioriteringen slik at pasienter som står nær et fristbrudd, prioriteres foran pasienter med større medisinsk behov, men som er i et behandlingsløp. Etter Riksrevisjonens vurdering er det større risiko for slike prioriteringer i en poliklinikk med relativt mange

pasienter som ikke får time innen planlagt tid. Riksrevisjonen mener bedre planlegging kan bidra til å øke aktiviteten ved flere poliklinikker. Dette forutsetter gode verktøy og kompetanse i logistikk. En annen viktig effekt av god planlegging vil være at flere pasienter kommer til time til planlagt tid og innenfor det som er medisinsk forsvarlig.

Helseforetakene er pålagt å ha et styringssystem som sørger for betryggende kontroll med at ressursbruken er effektiv, og at styringsinformasjonen er tilstrekkelig til å gi forsvarlige beslutningsgrunnlag. I 2017 stilte Helse- og omsorgsdepartementet krav om at variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene skulle reduseres, blant annet gjennom oppfølging av informasjon om andel kontroller som gjennomføres, og antall pasienter som ikke får time innen planlagt tid.

Undersøkelsen viser at nesten alle ledere følger opp informasjon om ventetid og fristbrudd for nyhenviste pasienter hver måned eller oftere, mens det er færre (67 prosent) som like ofte følger opp informasjon om hvorvidt pasienter i et behandlingsforløp får time innen planlagt tid. Siden undersøkelsen viser at mange pasienter ikke får time til planlagt dato, er det etter Riksrevisjonens vurdering behov for en tett oppfølging av denne indikatoren. Det er videre mange ledere som sjeldnere enn hver måned, eller ikke i det hele tatt, følger opp andre viktige styringsindikatorer, som andelen kontroller og antallet pasienter som ikke møter til time.

Det er utbredt at ledere jobber aktivt klinisk ved siden av å være leder. Mange ledere som kombinerer leder- og klinikeroppgaver, opplever at de har begrenset kapasitet til å ivareta lederansvaret på en effektiv måte. Undersøkelsen viser at noen ledere har god tilgang på administrativ støtte, mens andre har begrensede muligheter til å delegere administrative oppgaver. Det er etter Riksrevisjonens vurdering viktig at ledere på operativt nivå har tilstrekkelig beslutningsgrunnlag til å kunne sette i verk målrettede forbedringer. Dette krever at de får oppdatert styringsinformasjon, og at den følges opp med nødvendige tiltak i planleggingen. For å få til dette må spesielt ledere som kombinerer leder- og klinikeroppgaver, ha tilstrekkelig administrativ støtte.

For å kunne møte den forventet voksende etterspørselen etter spesialisthelsetjenester i årene som kommer, er det etter Riksrevisjonens vurdering behov for en mer effektiv bruk av legeressursene gjennom mer systematisk planlegging og oppfølging av aktiviteten ved sykehusene. Dette er viktig for å kunne tilby tjenester av god kvalitet.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene
 - sørger for at styringssystemene fungerer slik at ledere på ulike nivåer kan planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere driften som fremmer effektiv bruk av legeressursene
 - arbeider for at støtteverktøyene blir mer tilpasset legenes kliniske hverdag
 - følger opp at de kliniske enhetene har lang nok planleggingshorisont
 - følger opp at de kliniske enhetene setter i verk tiltak for å prioritere de riktige pasientene, slik at man kan frigjøre legeressurser til pasienter med større behov
 - legger til rette for at ledere som arbeider klinisk, får tilstrekkelig administrativ støtte
- de regionale helseforetakene bistår helseforetakene både med å sikre at ledere på ulike nivåer har brukervennlige hjelpemidler og oppdatert og relevant styringsinformasjon, og at legene får støtteverktøy som er mer tilpasset deres kliniske hverdag

- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene fortsetter arbeidet med å redusere unødvendig venting for pasienter og uønsket variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i driften

4 Departementets oppfølging

Statsråden oppfatter Riksrevisjonens merknader og anbefalinger som relevante. Hovedfunnene fra undersøkelsen viser at dette er et område som vil bli prioritert.

Statsråden støtter Riksrevisjonens anbefaling om at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene bør fortsette arbeidet med å redusere unødvendig venting for pasienter og uønsket variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i driften. Statsråden vil følge opp Riksrevisjonens anbefalinger og vil også stille krav til de regionale helseforetakene i foretaksmøtet i januar 2019 om å følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger. Dette vil blant annet innebære at de regionale helseforetakene skal rapportere til departementet fra arbeidet med oppfølgingen.

Statsråden mener at rapporten gir god drahjelp for arbeid med temaer som allerede er svært sentrale i helseforetakene. Statsråden viser til at helseforetakene arbeider med å følge opp kravet om seks måneders planleggingshorisont. Legene bruker mye tid og ressurser på manuelle rapporteringsrutiner for data til kvalitetsregistre og andre nasjonale rapporteringspunkter. Dette er et område der arbeidet med strukturert journal vil være et viktig bidrag til å forenkle rapporteringen. Statsråden viser også til betydningen av digitale konsultasjoner og andre former for medisinsk avstandsoppfølging som en effektiv og god metode for pasientene både i diagnostisering og kontroller. Dette området vil bli tatt opp i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen som skal legges fram høsten 2019.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Sak 4: Helse Sør-Østs gjennomføring av det regionale radiologiprogrammet RIS/PACS

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere hva som er konsekvensene av manglende måloppnåelse og å finne årsaker til at Helse Sør-Øst RHF ikke har nådd målet om å etablere en felles radiologiløsning i regionen.

Radiologiprogrammet har vært preget av betydelige forsinkelser og feil. I februar 2018 vedtok styret i Helse Sør-Øst RHF å avlyse innføringen av den regionale radiologiløsningen og å avbestille videre leveranser fra leverandøren.

Stortinget har i mange år framhevet hvor viktig informasjons- og kommunikasjons-teknologi (IKT) er for å nå helsepolitiske mål om bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk. I arbeidet med foretaksloven (Ot.prp. nr. 66 (2000–2001)) ble det lagt vekt på standardisering og samordning av radiologiløsninger både innenfor og mellom de regionale helseforetakene.

Målet med radiologiprogrammet var å innføre en felles radiologiløsning for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Radiologiprogrammet inngår som én av flere satsinger i *Digital fornying* – Helse Sør-Østs regionale program for fornying og standardisering av arbeidsprosesser og teknologi. Digital fornying ble etablert i 2013 som et ledd i å oppfylle målet om flere felles og sentrale IKT-løsninger.

Som eier av radiologiprogrammet anskaffet Helse Sør-Øst RHF et nytt regionalt IKT-system for behandling og deling av røntgeninformasjon og -bilder i 2013. Helseforetakene i regionen hadde på dette tidspunktet en rekke radiologiløsninger fra ulike leverandører, og flere av de eksisterende radiologiløsningene måtte oppgraderes for at de fortsatt skulle fungere på en hensiktsmessig måte. Sykehuset Innlandet HF ble valgt som pilot for innføring av løsningen. Deretter skulle løsningen innføres suksessivt i de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst innen utgangen av 2018.

Undersøkelsen er basert på dokumentanalyse og intervjuer med involverte aktører. Datainnsamlingen omfatter perioden 2010–2018.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- Prop. 1 S (2013–2014) Helse- og omsorgsdepartementet og Innst. 11 S (2013–2014)
- Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* og Innst. O. nr. 65 (1998–99)
- Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal. *Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren* og Innst. 224 S (2012–2013)
- Meld. St. 27 (2015–2016) *Digital agenda for Norge* og Innst. 84 S (2016–2017)
- *lov om helseforetak*
- *lov om offentlige anskaffelser*

Rapporten ble lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 15. juni 2017. Departementet har i brev av 9. august 2018 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Radiologiprogrammet har ikke nådd målet om en felles radiologiløsning som skulle sikre bedre pasientsikkerhet og økt effektivitet.
- Helse Sør-Østs arbeid med et felles radiologisystem i regionen har gitt betydelige økonomiske tap og kan ha ført til alvorlig svikt i pasientsikkerheten.
- Manglende vurderinger av regionens behov i forkant av og underveis i forhandlingsprosessen bidro til en radiologiløsning som egnet seg dårlig som felles regional løsning.
- Manglende beslutningsevne og risikostyring førte til at Helse Sør-Øst RHF verken klarte å heve kjøpet eller å tilpasse produktet.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Radiologiprogrammet har ikke nådd målet om en felles radiologiløsning som skulle sikre bedre pasientsikkerhet og økt effektivitet

Et sentralt mål med statens eierskap i de regionale helseforetakene er å sikre at helseforetakene utnytter ressursene godt når de skal drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen. Ett tiltak regnes som mer effektivt enn et annet hvis det oppnår målet med lavere omkostninger i form av tid, personellinnsats, utgifter, antall uheldige bivirkninger, m.m. Det er videre et mål at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger.

Undersøkelsen viser at Helse Sør-Øst ikke har klart å etablere en felles radiologiløsning og ikke har nådd målene om bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk. Planleggingen av løsningen startet i 2010, og i 2013 ble det inngått en kontrakt med en leverandør om en felles radiologisk løsning for foretaksgruppen. Pilotløsningen ved Sykehuset Innlandet HF ble etter omfattende forsinkelser og feil satt i produksjon i september 2016, men løsningen ble ikke godkjent av Helse Sør-Øst RHF. I februar 2018 vedtok styret i Helse Sør-Øst RHF å avlyse den planlagte innføringen av den regionale radiologiløsningen og å avbestille videre leveranser fra leverandøren. Dette betyr at det fremdeles er mange ulike radiologiløsninger i foretaksgruppen, med de konsekvenser det har for intern og ekstern utveksling av bildeinformasjon og for drifts- og vedlikeholdskostnader.

2.2 Helse Sør-Østs arbeid med et felles radiologisystem i regionen har gitt betydelige økonomiske tap og kan ha ført til alvorlig svikt i pasientsikkerheten

Helse Sør-Øst har utført arbeidet med et felles radiologiprogram på en slik måte at det har hatt negative konsekvenser for pasientbehandlingen. Antall brudd på pasientsikkerheten har økt. I 2012 ble det meldt inn fem uønskede hendelser på radiologi-området i forbindelse med pilotprosjektet ved Sykehuset Innlandet HF. I 2017, da den nye radiologiløsningen var i produksjon, var antall uønskede hendelser steget til 110. Situasjonen har skapt usikkerhet om resultatet av de radiologiske undersøkelsene og ført til behov for omfattende manuelle kontrollrutiner.

Ved utgangen av 2017 var det brukt om lag 270 millioner kroner på radiologiprogrammet. Det totale økonomiske tapet er ennå ikke kjent, men Helse Sør-Øst RHF har bokført et tap på 114 millioner kroner i 2017 for radiologiløsningen. Sykehuset Innlandet HF har hatt merkostnader både i utviklings- og driftsperioden ved innføringen av systemet. Det har vært kostnader til vikarer (radiologer og radiografer), overtid, ekstern prosjektledelse og annet. Samtidig har flere helseforetak hatt økt behov for å oppgradere løsningene sine. Helse Sør-Øst planlegger nye anskaffelser for å bedre radiologitilbudet i regionen. Kostnadene for dette er ennå ikke beregnet.

Planleggingen og gjennomføringen av det regionale radiologiprogrammet har pågått i sju år med betydelig ressursbruk uten at målet er nådd. Løsningen har ikke vært god nok, og den har vært til stor belastning for involvert personell. Dette kan ha svekket pasientsikkerheten, noe Riksrevisjonen mener er alvorlig.

2.3 Manglende vurderinger av regionens behov i forkant av og underveis i forhandlingsprosessen bidro til en radiologiløsning som egnet seg dårlig som felles regional løsning

Konkurranser med forhandling er dynamiske og komplekse prosesser. For å legge til rette for så stort handlingsrom som mulig, vil det i mange tilfeller være viktig å holde kravene på et overordnet nivå og å ha få absolutte krav i slike konkurranser.

Konkurransen med forhandling var den innkjøpsmetoden Helse Sør-Øst valgte. Dette virket hensiktsmessig ettersom de hadde behov for å tilpasse produktet. Likevel utarbeidet de en omfattende kravspesifikasjon som inneholdt ønsker fra fagmiljøet som ikke var godt nok bearbeidet. De reelle og ulike behovene til helseforetakene, som til dels var motstridende, ble verken tillagt nok vekt i kravspesifikasjonen eller godt nok oppklart og drøftet under forhandlingene.

I den juridiske gjennomgangen i forkant av anskaffelsen ble det understreket at en kravspesifikasjon ikke ville være nok til å fange opp alle relevante forhold ved løsningen. I forhandlingene ble det lagt ensidig vekt på å forplikte tilbyderne til kravspesifikasjonen i stedet for å utnytte handlingsrommet som forhandlinger normalt skal gi. Dette førte til manglende dialog i forhandlingene og til at det ble lite rom for realitetsvurderinger. Etter Riksrevisjonens vurdering gjorde dette at Helse Sør-Øst RHF i liten grad klarte å avdekke relevant risiko eller gjøre seg nytte av tilbydernes kompetanse. Fordelene ved konkurranse med forhandling ble dermed ikke utnyttet.

I anskaffelsesprosesser er det viktig å prøve ut tilbydernes kompetanse på relevante områder. Prekvalifiseringsprosessen og forhandlingsprosessen avdekket ikke mangler ved leverandørens evne til å levere den tilbudte løsningen. Demonstrasjonen i klinisk miljø ga ikke god nok informasjon om hvordan produktet egnet seg for norske helseforetak. Til tross for denne usikkerheten ble det i forhandlingene lagt liten vekt på å avklare hvor egnet produktet var for Helse Sør-Øst. Etter Riksrevisjonens vurdering førte dette til at beslutningsgrunnlaget for å velge den aktuelle løsningen var ufullstendig.

Utskriftene som revisjonen har fått fra beslutningsverktøyet som er brukt i evalueringen av tilbudene, gir lite grunnlag for å etterprøve vurderingene som er gjort. Selve verktøyet er ikke lenger tilgjengelig. Det har heller ikke vært mulig å få tilgang til annen dokumentasjon som viser de konkrete vurderingene som er gjort, og som ligger til grunn for innstillingen. Riksrevisjonen har derfor ikke kunnet undersøke om det er andre sider ved anskaffelsesprosessen som kan forklare problemene som har oppstått.

Oppdragsgiveren må sikre at det foreligger skriftlige vurderinger og dokumentasjon som har betydning for gjennomføringen av konkurransen, slik at det i ettertid er mulig å få en god forståelse av de vurderingene oppdragsgiveren har gjort. Anskaffelsesprotokollen var ikke journalført i Helse Sør-Øst RHF's sentralarkiv. For å sikre etterprøvbarehet er det etter Riksrevisjonens vurdering viktig at sentral informasjon for beslutningsprosessen dokumenteres, og at arkivverdig materiale journalføres.

Offentlige anskaffelser skal fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser. Etter Riksrevisjonens vurdering er det kritikkverdig at Helse Sør-Øst RHF verken klarte å tydeliggjøre hvilken løsning sykehusene i helseregionen hadde behov for, eller å

kvalitetssikre tilbudene godt nok. Konsekvensen er at den valgte radiologiløsningen ikke er egnet som en regional løsning i foretaksgruppen.

2.4 Manglende beslutningsevne og risikostyring førte til at Helse Sør-Øst RHF verken klarte å heve kjøpet eller å tilpasse produktet

Styringssystemene skal tilpasses etter hvor høy risiko det er for avvik, og hvor vesentlige risikofaktorene er for virksomhetens mål. Prinsipper for god styring av IKT-prosjekter understreker at det er viktig å ha klart definerte roller og ansvarsområder og å styre mot målene etter fastsatte milepæler. Dette innebærer blant annet å ta stilling til om prosjektet skal fortsette.

Tredelingen av programorganisasjonen i de to første årene var uheldig. Den førte til at de tre prosjektene under radiologiprogrammet rapporterte ulik status og risiko, noe som igjen førte til at programstyret fikk et uklart beslutningsgrunnlag.

Fra den tidlige fasen var de sentrale styringsorganene bemannet med radiologisk kompetanse, mens de hadde færre personer med styringskompetanse på IKT-området. Sykehuspartner HF, som leverte IKT-ressurser til radiologiprogrammet, hadde ikke kapasitet til å håndtere alle programmene og prosjektene som Helse Sør-Øst RHF satte i gang. Dette førte til at sentrale posisjoner i programmet var bemannet av eksterne konsulenter. Det store omfanget av eksterne kan etter Riksrevisjonens vurdering ha ført til at nødvendig erfaring og rolleforståelse manglet i sentrale posisjoner i programmet. Programorganiseringen og bemanningen ga ikke et godt nok grunnlag for å ta tydelige beslutninger.

Programstyret fikk gjentatte advarsler og informasjon om høy risiko fra tidlig i programforløpet både fra interne fagpersoner, fra eksterne kvalitetssikrere og fra prosjektledere. Informasjonen viste til knapp tidsplan, svak prosess og mangler ved funksjonaliteten i radiologiløsningen. Kvalitetssikringsrapportene har pekt på de samme utfordringene helt fra 2013. Programstyret som hadde ansvaret for å følge opp programmets og enkeltprosjektenes mål og framdrift, utredet ikke denne informasjonen, og svakhetene ble ikke undersøkt eller håndtert.

For å sikre at målene nås er det viktig med god risikostyring som omfatter både risikovurderinger og risikohåndtering. Kontraktsoppfølging er et viktig grunnlag for risikostyringen og innebærer å passe på at leverandøren leverer det den skal, når den skal, og ellers oppfyller alle sine plikter, og å følge opp kontrakten i egen virksomhet. I en tidlig fase var det uklart hvem som hadde ansvaret for å følge opp leverandøren, og kontraktens innhold var ikke kjent for sentrale prosjektledere. Kontrakten var lite hensiktsmessig som styringsverktøy for programmet og ga etter Riksrevisjonens vurdering ikke et godt grunnlag for risikostyring.

De enkelte aktørene i radiologiprogrammet var uenige om hvordan risiko skulle forstås. Dette førte til at prosjektledere og programlederen vurderte risiko ulikt, særlig i perioden 2013–2015. Risikoen ble moderert i rapporteringen til ledelsen. Dette medførte at tilliten mellom partene i programmet ble svekket, og at ledelsen fikk et mangelfullt beslutningsgrunnlag.

Programstyret iverksatte få korrigerende tiltak, og det var få av forslagene fra den eksterne kvalitetssikreren som ble fulgt opp, med unntak av forslag som gjaldt organisasjonsendringer. Andre tiltak innebar at problemene ble skjøvet framover i tid, eller at de ble overlatt til dem som skulle innføre programmet ved neste helseforetak. Verken styret i Digital fornying eller programstyret har tatt nødvendige beslutninger som forutsatt i programmet.

Det er viktig å sikre at den tekniske løsningen blir sett i sammenheng med endringene som den medfører for arbeidsprosesser og organisering, slik at det er mulig å realisere de ønskede gevinstene. Å standardisere arbeidsprosessene i hele foretaksgruppen var en forutsetning for at sykehusene skulle kunne ta i bruk en felles regional radiologi-løsning. I anskaffelsesprosessen hadde leverandøren sagt ja til å imøtekomme en rekke krav den ikke kunne oppfylle samtidig. Det førte til et behov for å gjennomføre en designfase for å avklare hvordan den endelige løsningen skulle se ut. Dette arbeidet ble avgrenset til en arbeidsgruppe som skulle utarbeide en standardisert arbeidsflyt for regionen. Det regionale standardiseringsarbeidet ble ikke ferdigstilt. Som en konsekvens ble løsningen tilpasset behovene ved Sykehuset Innlandet. Riksrevisjonen konstaterer at dette førte til at systemet i for stor grad ble tilpasset situasjonen ved Sykehuset Innlandet og dermed ikke kunne brukes av andre helseforetak i regionen som forutsatt. Etter Riksrevisjonens vurdering var dette avgjørende for at det ikke ble en regional løsning.

Dersom et prosjekt ikke lenger har god nok begrunnelse ut fra risiko, estimerte kostnader og forventede gevinster, bør det stanses. Nyttestyring og risikovurderinger har ikke vært sentrale deler av arbeidet til styret i Digital fornying. Radiologiprogrammet unnlot å fullføre gevinstrealiseringsplanen ved ikke å etablere et startpunkt for måling av gevinster. Behovet for å avslutte programmet ble ikke behandlet underveis. For Sykehuset Innlandet HF var det ingen alternativer til det nye systemet fordi det ikke lenger var mulig å vedlikeholde eller få brukerstøtte på det gamle systemet. Den kritiske driftssituasjonen ved Sykehuset Innlandet HF gjorde derfor at det ikke kunne startes en ny anskaffelsesprosess fordi det da ville ta to og et halvt år før en ny radiologiløsning kunne settes i drift. Dette gjorde at mye av innsatsen i det regionale radiologiprogrammet ble rettet mot å få en fungerende løsning på plass ved Sykehuset Innlandet HF. Styringen var dermed ikke rettet mot å realisere de opprinnelige gevinstene eller resultatmålene.

Helse Sør-Øst er Norges største foretaksgruppe og består av elleve helseforetak med ulike kultur og mange ulike IKT-systemer. Gjennom satsingen Digital fornying ble det etablert seks programmer i 2013 med ansvar for standardisering på sine respektive områder. Ett av programmene var regional radiologi. Det å ha flere programmer i gang samtidig, i kombinasjon med både organisatorisk og faglig kompleksitet, stiller høye krav til planlegging og gjennomføring. Styringsgruppene tok ikke viktige beslutninger i kritiske faser av radiologiprogrammet. Etter Riksrevisjonens vurdering er det sterkt kritikkverdig at radiologiprogrammet ikke ble styrt etter nytte og risiko, at styrende organer ikke forvaltet styringsmyndigheten sin på en målrettet og god måte, og at oppdragsgiveren ikke fulgte leverandøren godt nok opp.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- Helse Sør-Øst RHF ved anskaffelser og innføring av IKT-systemer
 - utreder aktørenes behov og oppklarer eventuelle uforenlige krav
 - utnytter handlingsrommet som forhandlinger normalt skal gi, for at leverandøren skal kunne gi sitt beste tilbud, og for at produktets egenskaper blir tilstrekkelig belyst
 - oppretter en organisasjonsstruktur som gir klare styringslinjer med kompetente og beslutningsdyktige styringsorganer
 - etablerer og tar i bruk risikostyringssystemer som sikrer at korrekt og relevant informasjon når fram til beslutningsorganer og videreføres til neste fase i prosessen

- sørger for at prosjekter/programmer tidlig avklarer hva som forventes av leverandøren og kreves av produktet, og følger dette tett opp mot målene – blant annet gjelder dette gevinster i planleggings- og i gjennomføringsfasen, og å styre etter nytte
- Helse- og omsorgsdepartementet følger opp at de regionale helseforetakene ved anskaffelser og gjennomføring av IKT-prosjekter har den nødvendige kompetansen, og at styringen og oppfølgingen tilpasses prosjektets kompleksitet

4 Departementets oppfølging

Statsråden oppfatter gjennomgående Riksrevisjonens merknader og anbefalinger som relevante. Helse- og omsorgsdepartementet har forelagt Riksrevisjonens anbefalinger for Helse Sør-Øst RHF, som viser til at rapporten peker på mange områder som burde vært håndtert på en bedre måte underveis i prosjektet.

Statsråden viser til at Helse Sør-Øst RHF mener løsningen har gitt bekymringer om pasientsikkerhet, men at det samtidig er viktig å skille mellom uønskede hendelser og brudd på pasientsikkerhet. Sykehuset Innlandet HF har, basert på feil som er oppdaget og meldinger om uønskede hendelser, satt inn flere tiltak for å ivareta pasientsikkerheten og gi forsvarlig behandling. Det har vært behov for svært mange manuelle kontrollrutiner og risikoreduserende tiltak, blant annet for store serier med røntgensvar for å kontrollere feil i overføring mellom radiologisystemet og den elektroniske pasientjournalen.

Statsråden påpeker at Helse Sør-Øst har iverksatt – eller vil iverksette – flere tiltak for å bedre helseregionens evne til å gjennomføre større IKT-prosjekter. Det skal heretter være en intern forhandlingsleder i anskaffelsen. Erfaringer fra tidligere anskaffelser og erfaring med produktet som tilbys, skal tillegges større vekt, og det skal avklares tydeligere hva som er utviklingsbehov og hva som finnes i leverandørens tilbudte produkt.

Helse Sør-Øst RHF har videre gjennomført endringer for å sikre god forankring og involvering i de beslutningene som fattes. Dette innebærer blant annet at de administrerende direktørene i helseforetakene involveres i alle beslutningsfasene i et prosjekt før de endelige beslutningene tas. I tillegg er organiseringen av teknologi- og e-helseområdet endret for å bidra til tydeliggjøring av roller og ansvar. Videre skal leverandørstyringen styrkes ved at ansvar og roller tydeliggjøres. I tillegg er den juridiske kapasiteten og kompetansen styrket. Denne kompetansen vil bli koblet tettere på leverandørstyringen. Fra og med tertialrapporten for 1. kvartal 2018 er rapporteringen i Helse Sør-Øst endret for å få tydeliggjort utfordringene i de enkelte prosjektene i porteføljen. Det legges også opp til en virksomhetsrapportering av utvalgte gevinster som en del av den ordinære oppfølgingen av helseforetakene i regionen.

Statsråden vil stille krav til Helse Sør-Øst RHF i foretaksmøtet i januar 2019 om å følge opp Riksrevisjonens anbefalinger. Dette innebærer blant annet at Helse Sør-Øst RHF skal rapportere til departementet fra arbeidet med oppfølgingen av denne type prosjekter.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen merker seg statsrådets henvisning til at radiologiløsningen har skapt bekymringer om pasientsikkerhet, men at det er viktig å skille mellom uønskede hendelser og brudd på pasientsikkerheten. De mange uønskede hendelsene førte til at det måtte gjennomføres omfattende manuelle kontrollrutiner, noe også statsråden viser til i sitt svar. Riksrevisjonen er innforstått med at det ikke kan settes likhetstegn mellom økning i uønskede hendelser og brudd på pasientsikkerheten, men manuelle kontroller kan ikke kompensere fullt ut for internkontrollen som ligger i et velfungerende IKT-system. Etter Riksrevisjonens vurdering har dette bidratt til økt risiko for brudd på pasientsikkerheten, noe Riksrevisjonen mener er alvorlig.

Sak 5: Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten

Målet med undersøkelsen er å vurdere om styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene følger opp kvalitet og pasientsikkerhet i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger, samt prinsipper for godt styrearbeid.

Det har fra flere hold blitt påpekt at styrenes arbeid med oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet kan bli bedre. Riksrevisjonen har tidligere konstatert at styrene er for lite involvert i hvordan helseforetakene arbeider med uønskede hendelser. Erfaringer fra tilsyn har vist at det ikke arbeides systematisk nok med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i helseforetakene, og at det er behov for mer kunnskap om kvaliteten på tjenesten. Tilsyn viser ofte svikt i risikostyring og ledelsens ansvar for å sikre forsvarlig behandling av pasienter og brukere, og at de ansvarlige for virksomheten har for lite kunnskap om resultater for kvalitet og pasientsikkerhet. Funn fra tilsyn viser også at det er manglende iverksetting av korrigerende tiltak og manglende oppfølging av tiltakenes effekt. I regjeringens eierskapsmelding blir det understreket at mange styremedlemmer mangler tid, kunnskap og riktig informasjon til å bidra på en effektiv måte.

Undersøkelsen omfatter i hovedsak arbeidet i styrene i de fire regionale helseforetakene og 20 underliggende helseforetak. Det er gjennomført dokumentanalyse av styredokumenter, spørreundersøkelse til alle styremedlemmer, analyse av helseforetakenes resultater på utvalgte kvalitetsindikatorer og intervjuer. Undersøkelsesperioden er hovedsakelig 2017.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven)
- *lov om spesialisthelsetjenester m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven)
- *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* (helsetilsynsloven)
- *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- Innst. 140 S (2014–2015), jf. Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*
- Innst. 392 S (2010–2011), jf. Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi*
- Innst. O. nr. 118 (2000–2001) jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev av 28. juni 2018. Departementet har i brev av 17. august 2018 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- De fleste styrene i helseforetakene får mye informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet men har ikke en praksis med å følge opp utfordringene systematisk nok.
- Mange av styrene i både helseforetak og regionale helseforetak ivaretar ikke godt nok sitt ansvar for å påse at styringssystemet fungerer.
- Prosessen med styrevalg i Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sikrer ikke godt nok at hvert styre samlet sett har riktig kompetanse.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 De fleste styrene i helseforetakene får mye informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet, men har ikke en praksis med å følge opp utfordringene systematisk nok

Styrene har det overordnede ansvaret for at de helsepolitiske målene som settes for foretaket, nås. Videre skal styrene føre tilsyn med at foretakene drives forsvarlig, og at de jobber systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styrene skal sørge for å få informasjon om hvorvidt helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige og om foretakene arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

I 2017 fikk mange av styrene i helseforetakene og de regionale helseforetakene mye informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet. De fleste styrene fikk informasjon om resultatene av de helsepolitiske målene i månedsrapporter og tertialvise eller halvårslige rapporter. De områdene som fikk størst oppmerksomhet, var ventetider og fristbrudd. De fleste styrene i helseforetakene fikk oversikt over utviklingen over tid på sentrale indikatorer. I tillegg behandlet de fleste av styrene minst én sak i 2017 der kvalitet eller pasientsikkerhet var hovedtema.

Undersøkelsen viser imidlertid at informasjonen som styrene i helseforetakene får om kvalitet og pasientsikkerhet, ikke nødvendigvis gjenspeiler de største utfordringene. Styrene får i liten grad informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet utover de områdene det er stilt krav om i oppdragsdokumentene.

Revisjonen har valgt ut tolv sentrale indikatorområder for å vurdere hvorvidt styrene får informasjon om negative resultater. Det varierer både mellom og innad i foretaksgruppene hvorvidt styrene i helseforetakene får informasjon om resultat og tiltak der det er negative resultater på de utvalgte områdene. Seks styrer med negative resultater på indikatorområdene fikk i 2017 lite informasjon om resultatene og eventuelle tiltak som var satt i gang. Disse seks er fordelt på foretak i Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helseforetakene som i størst grad informerer styret om negative resultater på kvalitetsindikatorene, skiller seg ut ved at styrene i disse helseforetakene også har fått mer utfyllende informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet i styredokumentene.

Risikorapporteringen fra administrasjonen til styrene kan også være en sentral kilde til informasjon om utfordringer. Imidlertid viser undersøkelsen at risikorapporteringen ikke nødvendigvis fanger opp de reelle risikoene i helseforetaket. I 2017 rapporterte en del helseforetak kvartalsvis om de samme områdene, selv om risikoen var vedvarende lav. Mange styrer fikk heller ikke informasjon om endringer i risikonivået i løpet av året. Det er bare enkelte helseforetak i Helse Sør-Øst som har fjernet risikoområder eller lagt til nye identifiserte risikoer i løpet av året.

Styrene har et selvstendig ansvar for å sørge for å få informasjon om utfordringer i helseforetaket. Det er få eksempler på at styrene etterspurte informasjon om foretakets utfordringer i 2017 som gjelder kvalitet og pasientsikkerhet, eller ba om å bli oppdatert om effekten av igangsatte tiltak. Bortsett fra i protokollene til foretakene i Helse Vest er det lite dokumentasjon om hva styrene mener om den informasjonen de får, og om de følger opp at nødvendige tiltak settes i verk. Selv når styrene får informasjon om negative resultater som gjelder kvalitet, er det sjelden styrene vedtar noe mer enn at saken tas til orientering.

Protokoll fra møter er det som formelt sett dokumenterer vedtak og gjør dem bindende for administrasjonen i foretakene. Undersøkelsen viser at styrene stiller en del muntlige spørsmål og gir kommentarer og føringer i styremøtene. Det er imidlertid få spor i protokollene av dette. Videre har styrene seminarer der kvalitet og pasientsikkerhet kan være tema, men det fattes ikke vedtak og føres heller ikke protokoll fra slike seminarer. Protokollene til foretakene i Helse Vest skiller seg ut ved at de protokollfører både innspill fra styret og hva styret ønsker at skal bli fulgt opp av administrasjonen. Det er dermed mer sporbart hvilke føringer styret har gitt i disse foretakene.

Styret skal ha en uavhengig rolle og kontrollere ledelsens arbeid, og styret bør utfordre ledelsen når det er nødvendig. Etter Riksrevisjonens vurdering er styrene for passive i sin rolle med å påse at de får nødvendig informasjon om vesentlige utfordringer. Dette gjelder særlig styrene i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Midt-Norge. Slik informasjon er nødvendig for at styrene skal kunne føre tilsyn med at foretakene drives forsvarlig, og at de jobber systematisk med kvalitetsforbedring.

2.2 Mange av styrene i både helseforetak og regionale helseforetak ivaretar ikke godt nok sitt ansvar for å påse at styringssystemet fungerer

En sentral del av styrenes tilsynsansvar er å påse at foretakene har et forsvarlig styringssystem, det vil si en internkontroll som bidrar til kvalitetsforbedring, og at foretakene når målene sine og etterlever kravene til foretaket. Styrene har et selvstendig ansvar for å påse at styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring i virksomheten. Styret skal minimum én gang i året foreta en samlet gjennomgang av foretaksgruppens risikovurderinger, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik.

I 2017 fikk bare 7 av 20 styrer i helseforetakene presentert en samlet gjennomgang av styringssystemet. Blant disse var styrene i det største helseforetaket i hver foretaksgruppe. Disse sju styrene har, etter Riksrevisjonens vurdering, et bedre grunnlag for å påse at styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring. Enkelte av de øvrige 13 styrene fikk imidlertid informasjon om at helseforetaket jobber med å utvikle styringssystemet.

Når det gjelder utvalgte deler av styringssystemet, viser undersøkelsen at over halvparten (14) av styrene i helseforetakene ikke fikk en beskrivelse av prosessen for å identifisere og håndtere risiko i 2017. Disse styrene er fordelt på alle de fire foretaksgruppene. Flere av internrevisjonene i de regionale helseforetakene har vist at det er svakheter ved risikostyringen. Samtidig er det bare styret i Helse Bergen HF som har bedt om endringer i risikostyringsprosessen. Etter Riksrevisjonens vurdering viser dette at mange av styrene ikke i tilstrekkelig grad påser at risikostyringen fungerer etter hensikten. Dette kan føre til at de største risikoene for manglende måloppnåelse ikke identifiseres.

Når det gjelder oppfølging av uønskede hendelser, var det åtte styrer – fordelt på alle foretaksgruppene – som ikke fikk noen informasjon i styresakene om meldekulturen eller hvordan uønskede hendelser er brukt i forbedringsarbeidet. Flere styrer fikk likevel en del muntlig informasjon om blant annet alvorlige enkelthendelser.

De fleste styrene fikk skriftlig informasjon om avvik fra eksterne tilsyn og presentasjon av internrevisjonsrapporter.

Av styrene i de regionale helseforetakene fikk Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF både mest informasjon om de utvalgte delene av styringssystemene og en samlet gjennomgang av systemet.

Få styrer i helseforetakene fikk i 2017 informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet som grunnlag for læring på tvers. I to av foretaksgruppene (Helse Sør-Øst og Helse Nord) er det ikke dokumentert at styrene i 2017 har fått internrevisjonsrapporter der andre helseforetak har vært revisjonsobjekt, og som eget foretak kan lære av. Det var også få styrer som fikk informasjon om nestenhendelser, selv om slike hendelser kan bidra til å forebygge at alvorlige hendelser skjer. Videre fikk få styrer informasjon om kvalitetsindikatorer som viser sammenligninger av resultat med andre helseforetak og regioner. Etter Riksrevisjonens vurdering innebærer dette at styrene i for liten grad følger opp at helseforetakene bruker de mulighetene som ligger i styringssystemet, til å framskaffe informasjon som kan bidra til kvalitetsforbedring.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at *forskrift om kvalitet og ledelse*, først trådte i kraft 1. januar 2017, og kravet om en årlig gjennomgang av styringssystemet har dermed virket i kort tid. Riksrevisjonen vil påpeke at selv om den nye forskriften tydeliggjør kravene til styringssystem, har styrene også før forskriften trådte i kraft, hatt ansvar for å føre tilsyn med virksomhetens internkontroll. I tillegg har det vært stilt krav i foretaksmøte om at styrene minimum én gang i året skal foreta en samlet gjennomgang av foretaksgruppens risikovurderinger, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik.

Helseforetakene er store og komplekse virksomheter med høy risiko. Gode styringssystemer er en forutsetning for at styrene skal kunne påse at mål og krav som blir stilt til kvalitet og pasientsikkerhet, ivaretas. Riksrevisjonen mener at mange av styrene i foretakene ikke godt nok følger opp at risikostyringen og styringssystemet fungerer, og at styrene dermed ikke har tilstrekkelig kjennskap til om styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring. Etter Riksrevisjonens vurdering er dette kritikkverdig.

2.3 Prosessen med styrevalg i Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sikrer ikke godt nok at hvert styre samlet sett har riktig kompetanse

En av de viktigste oppgavene for staten som eier er å sørge for godt sammensatte og kompetente styrer som forvalter ansvaret på vegne av fellesskapet. Styret må settes sammen slik at det samlet sett har den nødvendige kompetansen til å ivareta oppdraget og ansvaret som styret pålegges. Styrets sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drive og utvikle spesialisthelsetjenesten i tråd med nasjonal helsepolitikk. Videre bør styret være en ressurs, diskusjonspartner og støttespiller for selskapets ledelse. I sammensetningen av styrer bør eier legge vekt på at styret har tilstrekkelige forutsetninger for å gjøre selvstendige vurderinger av ledelsens saksframlegg og selskapets virksomhet. I tillegg må styret settes sammen slik at det har kompetanse som samsvarer med de utfordringene det regionale helseforetaket står overfor.

Statsministerens kontor har utarbeidet interne retningslinjer for å etablere tydelige rutiner for forankring av styrevalg i regjeringsapparatet. Denne inneholder særlig retningslinjer for regionale helseforetak. Den delen av retningslinjene som beskriver rutiner for arbeid med styrevalg, for eksempel hvem som skal intervjues, gjelder imidlertid ikke for styrevalg for de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har en egen intern tidsplan/prosess for oppnevning av nye styremedlemmer. Av de regionale helseforetakene er det bare Helse Midt-Norge RHF som har utarbeidet en skriftlig prosedyre for styrevalg.

Både Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene følger en annen praksis enn Nærings- og fiskeridepartementet når det gjelder rutiner for arbeidet med styrevalg.

Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører bare intervjuer med styreleder og administrerende direktør i de regionale helseforetakene. Departementet får dermed begrenset innsikt i styrenes fungeringsmåte og hvilke utfordringer styremedlemmene mener det regionale helseforetaket står overfor. Til sammenligning gjennomfører Nærings- og fiskeridepartementet intervjuer med alle sittende styremedlemmer årlig, også ansattrepresentanter, for å få deres oppfatning av hvordan styret fungerer.

Tre av de regionale helseforetakene intervjuer styreledere og administrerende direktør i hvert helseforetak i forbindelse med valg av nye styremedlemmer, mens to regionale helseforetak (Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF) intervjuer alle eieroppnevnte styremedlemmer – hovedsakelig for å kartlegge om de ønsker gjenvalg.

Alle de regionale helseforetakene opplyser at de har kjennskap til utfordringer i helseforetakene gjennom løpende virksomhetsrapportering, og valgkomiteene diskuterer utfordringer og kompetansebehov i de ulike styrene. Det er imidlertid bare Helse Nord RHF som har laget en kort skriftlig redegjørelse for hvordan styrene i de ulike helseforetakene fungerte, og en oppsummering av utfordringene i to av helseforetakene. Ingen av de regionale helseforetakene har laget referater fra samtaler de har hatt med styreleder, administrerende direktør eller eieroppnevnte styremedlemmer. Dette innebærer at prosessen med styrevalg er lite transparent i de regionale helseforetakene. Nærings- og fiskeridepartementet understreker at det er viktig å ha en skriftlig beskrivelse av utfordringene i det enkelte selskapet og hva som er kompetansebehovet i det enkelte styret for å bidra til å sikre riktig kompetanse i styrene.

De regionale helseforetakene har i ulik grad kompetansekrav som er felles for alle styrene. De har imidlertid ikke laget en kravspesifikasjon som angir hvilken kompetanse det er behov for i de enkelte styrene, og som kan benyttes i søk etter aktuelle kandidater. Til sammenligning opplyser Nærings- og fiskeridepartementet at de utarbeider en kravspesifikasjon som beskriver hva slags kompetanse det skal søkes etter, og som er selve grunnlaget for rekrutteringen.

Helse- og omsorgsdepartementet har bare samtaler med de kandidatene som de velger å innstille, mens det varierer hvorvidt de regionale helseforetakene intervjuer flere kandidater enn de som innstilles. Nærings- og fiskeridepartementet opplyser på sin side at de vanligvis intervjuer flere aktuelle kandidater enn de som blir innstilt til valg, og at vurderingen av styremedlemmenes kapasitet er en viktig del av intervjuene.

Både Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har i innstillingen om nye styremedlemmer bare dokumentert faktaopplysninger som utdanning, yrkesbakgrunn og eventuell styreerfaring. Det er dermed vanskelig å etterprøve hvilke vurderinger som ligger til grunn for valg av de enkelte styremedlemmene. For eksempel er det ikke dokumentert noe om hvilke vurderinger som er gjort av personlig egnethet, habilitet, motivasjon eller kapasitet.

Når det gjelder utviklingen av styrenes kompetanse, tilbyr både Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene opplæring og sørger for at styremedlemmene får en viss innføring i styrearbeidet. Departementet og de regionale helseforetakene gir imidlertid lite opplæring på enkelte områder der styremedlemmene selv etterlyser bedre kompetanse. Det gjelder spesielt internkontroll og risikostyring, der både denne undersøkelsen og de regionale helseforetakenes egne internrevisjoner har vist at det er svakheter. Riksrevisjonen mener at det er mulig å oppnå bedre utnyttelse av evalueringer og mer tilpasset kompetanseutvikling.

Mange av styrene kan følge opp kvaliteten og pasientsikkerheten i foretakene mer aktivt og påse at de systemene som er etablert, bidrar til kvalitetsforbedring. Det er samtidig risiko for at prosessen med styrevalg ikke sikrer at styrene har relevant kompetanse. Det gjelder spesielt valgprosessene i de regionale helseforetakene, men også deler av prosessen som gjennomføres i Helse- og omsorgsdepartementet. Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har en valgprosess som bidrar til at det enkelte styret samlet sett har en kompetanse som står i forhold til utfordringene i det enkelte foretaket. Riktig kompetanse er en forutsetning for at styret skal kunne ivareta sitt overordnede ansvar for forvaltningen av foretaket.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene som del av sitt tilsynsansvar
 - etterspør relevant informasjon om kvalitetsutfordringer i det enkelte foretak og om hvorvidt igangsatte tiltak gir ønsket effekt
 - etterspør sammenligninger med andre foretak, og sørger for å lære av de beste – både i og utenfor offentlig helsesektor – for å bidra til kvalitetsforbedring
 - påser at styringssystemet, inkludert risikostyringen, fungerer i tråd med hensikten og bidrar til kvalitetsforbedring av tjenestene
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sørger for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i risikostyring, slik at styret har forutsetninger for å kunne vurdere om risikostyringsprosessen er egnet til å identifisere de reelle utfordringene i foretaket
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene evaluerer prosessen med valg av styremedlemmer og vurderer hvilke tiltak som kan bidra til at styrene samlet sett får en kompetanse som står i forhold til utfordringene i hvert enkelt foretak

4 Departementets oppfølging

Statsråden oppfatter Riksrevisjonens merknader og anbefalinger som relevante. Hovedfunnene fra undersøkelsen viser at dette er et område som vil bli prioritert.

Statsråden vil legge Riksrevisjonens undersøkelse og anbefalinger til grunn i styringen av de regionale helseforetakene og be de regionale helseforetakene om det samme i sin oppfølging av helseforetakene. Det vil særlig være behov for å styrke kompetansen innen internkontroll og risikostyring.

Når det gjelder styrevalg, vil departementet vurdere om det bør gjennomføres flere samtaler, men ser det ikke som hensiktsmessig at dette uten videre skal gjelde for alle styreverv. Videre opplyser statsråden at kommunikasjon om styrevalgprosessen i Helse- og omsorgsdepartementet skjer både skriftlig og muntlig. Riksrevisjonen viser i sitt saksframlegg til at det ikke er dokumentert noe om hvilke vurderinger som er gjort av personlig egnethet, habilitet, motivasjon eller kapasitet. Statsråden påpeker at dette ikke betyr at slike vurderinger ikke er gjort.

Statsråden viser til Styreveileder for styrene i de regionale helseforetakene, der det går fram at det er viktig at nye styremedlemmer får god opplæring og støtte til å forstå og

utøve styrearbeidet på en god måte. Departementet arbeider med en revidering av veilederen og vil ha en revidert versjon klar til foretaksmøtet i januar 2019. Statsråden viser til at det er naturlig å vurdere hovedfunnene i Riksrevisjonens undersøkelse i dette arbeidet. Det vil også bli vurdert om rapporten gir grunnlag for å stille krav i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2019.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Sak 6: Lønnsomhet og kostnadseffektivitet i Avinor AS

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere lønnsomheten og kostnadseffektiviteten i Avinors virksomhet i perioden 2008–2017 og Samferdselsdepartementets oppfølging av selskapet. Undersøkelsen er basert på en dokumentgjennomgang og analyse av regnskapsdata, skriftlige spørsmål og møter.

Avinor AS ble etablert i 2003 og er et heleid kategori 4-selskap under Samferdselsdepartementet. Selskapet har ansvar for å drive 44 statlig eide lufthavner, og 11 av disse drives i samarbeid med Forsvaret. Stortinget avgjør hvilke lufthavner selskapet skal drive. Statens mål med eierskapet i Avinor er å eie, drive og utvikle et landsomfattende nett av lufthavner for sivil sektor og en samlet flysikringstjeneste for sivil og militær sektor. Målet er sammenfallende med selskapets samfunnsoppdrag. I tillegg til samfunnsoppdraget skal Avinor utføre en rekke samfunnspålagte oppgaver. Selskapet skal blant annet delta i planlegging og gjennomføring av utredninger i forbindelse med Nasjonal transportplan, holde lufthavner åpne for ambulansefly utenfor ordinær åpningstid og bistå redningstjenesten.

Avinors virksomhet er av vesentlig betydning for staten, både gjennom utøvelsen av samfunnsoppdraget og fordi selskapet forvalter store økonomiske verdier og bidrar med avkastning til staten. Selskapet skal innenfor de sektorpolitiske rammene sikre en god forvaltning av statens verdier, og driften skal være effektiv. Videre skal driften i størst mulig grad være selvfinansiert gjennom inntekter fra hovedvirksomheten og annen forretningsvirksomhet i tilknytning til lufthavnene.

Siden etableringen av Avinor AS i 2003 har kostnadsveksten i selskapet vært høy. Riksrevisjonens undersøkelse fra 2009 viste at realveksten i kostnadene var høyere i perioden 2005–2008 enn i årene før selskapet ble omdannet til aksjeselskap. Undersøkelsen viste videre at Avinors drift i samme periode var preget av høy lønnsvekst og en vekst i antall årsverk, særlig innenfor administrative funksjoner. Siden 2009 har Avinor iverksatt en rekke tiltak for å bedre selskapets lønnsomhet. Likevel har selskapet hatt en betydelig kostnadsvekst. Avinors inntekter, særlig fra taxfreesalg, har økt i årene etter 2009, men mindre enn veksten i kostnadene, noe som innebærer at selskapets lønnsomhet er svekket. Avinors virksomhet kjennetegnes av et høyt investeringsnivå, og for perioden 2016–2021 er det planlagt investeringer i størrelsesorden 27–28 milliarder kroner. For flere av Avinors investeringsprosjekter i perioden 2008–2017 har sluttkostnaden vært høyere enn den opprinnelige kostnadsrammen.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om aksjeselskaper* (aksjeloven)
- *reglement for økonomistyring i staten*
- Innst. 140 S (2014–2015), jf. Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*
- Innst. 430 S (2016–2017), jf. Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemnda til Avinor AS*
- Innst. 492 S (2012–2013), jf. Meld. St. 38 (2012–2013) *Verksemnda til Avinor AS*
- Innst. 95 S (2009–2010), jf. St.meld. nr. 48 (2008–2009) *Om verksemnda i Avinor AS*

Et utkast til rapport ble forelagt Samferdselsdepartementet i brev av 31. mai 2018. Departementet har i brev av 10. august 2018 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Avinor har hatt en sterk inntektsvekst, men kostnadsveksten har vært høyere.
- En vesentlig andel av Avinors investeringsprosjekter overholder ikke de opprinnelige kostnadsrammene.
- Samferdselsdepartementet har ikke hatt god nok informasjon om kostnadseffektiviteten i Avinor.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Avinor har hatt en sterk inntektsvekst, men kostnadsveksten har vært høyere

Avinors samfunnsoppdrag er å drive et helhetlig system av 44 lufthavner og den samlede flysikringstjenesten i Norge. Driften skal i størst mulig grad være selvfinansierende gjennom inntekter fra hovedvirksomheten og annen forretningsvirksomhet i tilknytning til lufthavnene. Det innebærer at bedriftsøkonomisk lønnsomme lufthavner finansierer bedriftsøkonomisk ulønnsomme lufthavner. I perioden 2008–2017 har de fire største lufthavnene i Avinor-konsernet hatt et positivt driftsresultat på mer enn 2 milliarder kroner årlig, mens de små og mellomstore lufthavnene har hatt et samlet driftsunderskudd på om lag 1 milliard kroner årlig.

Avinors hovedinntektskilder er trafikkinntekter i form av avgifter fra flyselskaper og passasjerer, og kommersielle inntekter fra utleie av areal til butikkdrift, taxfreesalg, servering og andre servicetilbud til passasjerene. Avinor-konsernets driftsinntekter økte fra 7,4 milliarder kroner i 2008 til 11,5 milliarder kroner i 2017. Dette gir en gjennomsnittlig økning på 5,1 prosent årlig.

Til tross for inntektsøkningen har Avinors driftsresultat blitt betydelig svekket i perioden 2008–2017. Selskapet har gått fra et årsresultat på 765 millioner kroner i 2008 til et årsresultat på 499 millioner kroner i 2017. I 2017 hadde Avinor et spesielt svakt årsresultat, noe som i hovedsak kan forklares med økte kostnader til pensjons- og miljøforpliktelser og et økonomisk oppgjør med Forsvaret. En kraftig kostnadsvekst i perioden 2008–2017 har resultert i at selskapets driftsmargin ble redusert fra 19 prosent i 2008 til 11 prosent i 2017. Det innebærer at Avinor sitter igjen med en mindre andel av hver omsatt krone. Avinor har også hatt svakere utvikling i driftsmarginen enn gjennomsnittet av de sju europeiske lufthavnselskapene som Avinor er sammenlignet med i undersøkelsen.

I Avinors vedtekter legges det til grunn at virksomheten skal drives på en sikker, effektiv og miljøvennlig måte. Etter Riksrevisjonens mening innebærer effektiv drift blant annet at målene som er satt for virksomheten, bør nås til lavest mulig kostnad. I perioden 2008–2017 har Avinors driftskostnader gjennomsnittlig vokst med 6,1 prosent årlig. Dette er 1 prosentpoeng høyere enn den årlige inntektsveksten i Avinor, og vesentlig høyere enn den generelle prisveksten i samfunnet. I 2017 hadde Avinor spesielt høye kostnader og inntekter. Den gjennomsnittlige årlige kostnadsveksten i perioden 2008–2016 var på 5,2 prosent, mens den gjennomsnittlige årlige inntektsveksten var på 4,9 prosent.

Driftskostnadene har økt fra 6 milliarder kroner i 2008 til 10,3 milliarder i 2017. En stor del av kostnadsveksten kan forklares med selskapets store investeringsprosjekter, men det har også vært kostnadsvekst på andre områder. Kostnadene til konsulentbistand og eksterne tjenester har økt med mer enn 1 milliard kroner siden

2008. Det har i tillegg vært vesentlig vekst i kostnadene til drift og vedlikehold, avskrivninger, markedsføring, fellestjenester og miljøtiltak.

Den sterke kostnadsveksten kan videre delvis forklares med en økning i selskapets samfunnspålagte oppgaver, som ifølge Avinor koster drøyt 1 milliard kroner årlig. Avinors samfunnsoppdrag, samfunnspålagte oppgaver og oppgaver som de utfører for å sikre seg kommersielle inntekter, er sammenvevde. Dette innebærer at det i Avinors regnskapssystemer ikke er mulig å skille ut kostnadene for de ulike oppgavene. Avinor klarer derfor ikke å gi en eksakt oversikt over hva selskapets ulike oppgaver har kostet gjennom tiårsperioden. Etter Riksrevisjonens vurdering er det uheldig at det ikke foreligger en mer nøyaktig oversikt over kostnadene ved Avinor-konsernets ulike oppgaver. Manglende oversikt gjør det etter Riksrevisjonens mening krevende for Avinor å ha tilstrekkelig kontroll med kostnadsveksten.

En måte å vurdere kostnadseffektivitet på i luftfartssektoren er å vurdere *utviklingen* i driftskostnader per passasjer. For Avinor-konsernet har driftskostnadene per passasjer økt kraftig i perioden 2010–2017, mens de sju europeiske lufthavnselskapene Avinor er sammenlignet med, i gjennomsnitt har hatt en reduksjon i disse kostnadene. Dette til tross for at utviklingen i passasjerveksten har vært omtrent lik. Avinor drifter et stort antall lufthavner, der flere er små og bedriftsøkonomisk ulønnsomme, mens de andre europeiske lufthavnselskapene i hovedsak drifter større lufthavner. Internt i Avinor-konsernet viser utviklingen at driftskostnadene per passasjer har økt mer for de store lufthavnene enn for de små. Avinor har også hatt høyere vekst i driftskostnader per årsverk sammenlignet med gjennomsnittet for de øvrige lufthavnselskapene. Lønnsnivået i Avinor har utviklet seg på linje med lønnsnivået for andre yrkesgrupper i Norge, men ligger gjennomgående høyere enn for andre grupper. Spesielt flygeledere har et høyt lønnsnivå.

For å redusere kostnadene har Avinor iverksatt flere forbedringsprogrammer og gjennomført interne sammenligninger mellom lufthavnene for å stimulere til effektiv drift. Kostnadsveksten har likevel fortsatt, og innsparingene er oppveid av kostnadsøkninger på andre områder. Ledelsen i Avinor mener selskapet har hatt en akseptabel utvikling i kostnader og lønnsomhet dersom det ses bort fra kostnader til ekstraordinære poster og store investeringsprosjekter. Styreleder understreker at styret bruker mye tid på å forstå kostnadsutviklingen, og mener at Avinor har hatt en akseptabel utvikling i driftskostnader per passasjer dersom det ses bort fra investeringskostnadene. Styreleder understreker at det likevel er behov for å fortsette med tiltak for å redusere selskapets totale driftskostnader.

Riksrevisjonen har merket seg at selskapet har iverksatt tiltak for å begrense kostnadsveksten, men etter Riksrevisjonens vurdering har ledelsen og styret likevel hatt for svak kontroll med kostnadsveksten i selskapet. En vedvarende høy kostnadsvekst kan svekke Avinors evne til å finansiere nødvendige framtidige investeringer i lufthavnstrukturen, noe som kan gjøre det nødvendig for selskapet å heve lufthavn-avgiftene. En kostnadsvekst vil også kunne svekke statens mulighet til å ta utbytte fra selskapet. Etter Riksrevisjonens vurdering er kostnadsveksten og den svekkede lønnsomhetsutviklingen kritikkverdig og ikke i tråd med kravet om effektiv drift.

2.2 En vesentlig andel av Avinors investeringsprosjekter overholder ikke de opprinnelige kostnadsrammene

For å oppfylle samfunnsoppdraget om å drive og utvikle et landsomfattende nett av lufthavner er Avinors virksomhet preget av en rekke store investeringsprosjekter. For å sikre kostnadseffektiv drift er det derfor vesentlig at Avinor har god kontroll over kostnadene i selskapets store investeringsprosjekter.

Avinor er ikke omfattet av statens ordning for ekstern kvalitetssikring av store investeringsprosjekter, men har valgt å bygge selskapets kvalitetssikringsordning på kravene som ligger i statens ordning. I statens kvalitetssikringsordning er det et mål at kun 15 prosent av prosjektene i en portefølje har en sluttkostnad som er høyere enn den opprinnelige kostnadsrammen (P85). I en rapport fra NTNUs Concept-program går det fram at blant statens 78 store investeringsprosjekter hadde 23 prosent en sluttkostnad over vedtatte kostnadsrammer. En tilsvarende oversikt over Avinors 29 investeringsprosjekter viser at 41 prosent av prosjektene hadde en sluttkostnad over opprinnelig vedtatt kostnadsramme.

Sluttkostnaden for den samlede porteføljen av statlige prosjekter lå i gjennomsnitt 7 prosent *lavere* enn den vedtatte kostnadsrammen, mens sluttkostnaden for Avinors prosjekter i gjennomsnitt lå 7 prosent *høyere* enn kostnadsrammen. Ses det kun på de 20 prosjektene i Avinors portefølje som har en sluttkostnad på over 100 millioner kroner, har halvparten av prosjektene overskredet kostnadsrammen P85. Dette viser at Avinor i mindre utstrekning enn staten treffer med sine estimater, og at selskapet ikke har klart å overholde opprinnelige kostnadsrammer for en vesentlig andel av de store investeringsprosjektene.

En vanlig forklaring på at kostnadsrammer ikke overholdes, er omfangsendringer. Nesten halvparten av Avinors 29 investeringsprosjekter har økt i omfang i prosjektperioden. Økt omfang kan være uheldig for prosjekters sluttkostnader, men det kan også være godt begrunnet, og en kostnadsøkning som følge av økt omfang behøver ikke å være negativt. Avinor viser til at tildeling av nye rammer etter opprinnelig beslutningstidspunkt har skjedd ved større premissendringer eller etter kommersielle vurderinger der en omfangsendring gir bedre nåverdi for prosjektet. En annen vanlig årsak til at kostnadsrammer ikke overholdes, er utilstrekkelig estimeringsmetodikk. Til tross for flere forsøk har Avinor ikke klart å utarbeide konkrete krav og retningslinjer for kostnadsestimering. Avinor benytter også i liten utstrekning lister med mulige kostnadsreduksjoner under gjennomføringen av sine store investeringsprosjekter. Det kan gjøre det vanskelig å finne mulige steder å kutte kostnader dersom det skulle oppstå uforutsette hendelser underveis i prosjektgjennomføringen.

Avinor vedgår at selskapets overordnede porteføljestyling ikke er god nok, og at selskapets svekkede soliditet stiller krav til riktig prosjektutvalgelse framover. For å bedre kvaliteten på kostnadsestimeringen og prosjektstyringen og for å forbedre erfaringsutvekslingen og læringen mellom prosjekter, opprettet Avinor i 2017 en sentral utbyggingsenhet. Det er etter Riksrevisjonens mening positivt at Avinor arbeider for å forbedre prosjektstyringen og har et mål om økt kvalitet på kostnadsestimeringen. Det er likevel for tidlig å vurdere effektene den nye utbyggingsenheten vil ha for dette arbeidet.

Styret følger opp både enkeltinvesteringer som er under gjennomføring, og selskapets portefølje av framtidige prosjekter. Styret har imidlertid ikke etterspurt informasjon for å kunne vurdere om selskapets portefølje av prosjekter holder seg innenfor opprinnelig vedtatte kostnadsrammer. Etter Riksrevisjonens vurdering følger både ledelsen og styret for lite opp at sluttkostnadene for Avinors portefølje av fullførte investeringsprosjekter ligger innenfor vedtatte kostnadsrammer. Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at en vesentlig andel av investeringsprosjektene ikke overholder de opprinnelige kostnadsrammene. Til tross for flere forbedringstiltak er det etter Riksrevisjonens mening fremdeles fare for overskridelser og for at Avinors investeringsprosjekter ikke gjennomføres tilstrekkelig kostnadseffektivt.

2.3 Samferdselsdepartementet har ikke hatt god nok informasjon om kostnadseffektiviteten i Avinor

I *Reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet) § 10 står det at eier skal følge opp at målene som er satt for selskapet, nås. Videre er det i eierskapsmeldingen lagt vekt på at staten bør styrke den strategiske og økonomiske oppfølgingen av selskapene. Eiers styring, oppfølging og kontroll skal tilpasses selskapets egenart, risiko og vesentlighet. Som eier fastsetter Samferdselsdepartementet Avinors samfunnsoppdrag og pålegger selskapet å utføre en rekke samfunnspålagte oppgaver som det ikke gis særskilt økonomisk kompensasjon for.

For å stimulere til god finansiell forvaltning og effektiv drift har staten fastsatt et avkastningsmål (referanseavkastning) for Avinor. Avkastningen på Avinors egenkapital har falt fra 8,3 prosent i 2008 til 3,4 prosent i 2017, som er det laveste nivået i tiårsperioden. Avinors avkastning på egenkapitalen har vært lavere enn avkastningsmålet i nesten hele perioden. Samferdselsdepartementet har ikke lagt vesentlig vekt på avkastning i eieroppfølgingen av selskapet. Departementet forventer heller ikke at Avinor vil nå avkastningsmålet i årene framover, blant annet fordi selskapet ikke kompenseres nok for de ulønnsomme oppgavene som staten har pålagt selskapet.

Avinors finansieringsmodell, der bedriftsøkonomisk lønnsomme lufthavner finansierer bedriftsøkonomisk ulønnsomme lufthavner, gir selskapet få incentiver til å drive kostnadseffektivt. Departementet er likevel opptatt av at driften i Avinor skal være effektiv, og at selskapets midler benyttes fornuftig. Eier har ved flere anledninger påpekt at Avinor må finne områder hvor det kan kuttes i kostnadene, men at innsparingene ikke må gå utover sikkerheten, regulariteten eller de samfunnspålagte oppgavene. I oppfølgingen av Avinor har ikke departementet foretatt regelmessige analyser av selskapets økonomiske resultater eller kostnadsutvikling, men bestiller ved enkelte anledninger en ekstern selskapsgjennomgang. Til tross for at Avinor har hatt en betydelig kostnadsvekst, mener departementet at selskapets drift har vært tilfredsstillende. Departementet begrunner det med at kostnadsveksten har vært nært knyttet til samfunnsoppdraget, som har ført til et høyt investeringsnivå på lufthavnene i perioden. Departementet legger likevel til grunn at Avinor må oppnå bedre resultater i årene framover, og forutsetter at selskapet fortsetter arbeidet med å finne kostnadsreducerende tiltak.

Selv om Avinor er et selskap i kategori 4, der gjennomføringen av de sektorpolitiske oppgavene er det vesentligste, skal målene nås så effektivt som mulig og til lavest mulig kostnad. For å kunne følge opp dette er det nødvendig at departementet sikrer seg informasjon som gjør eier i stand til å følge med på om Avinor utfører samfunnsoppdraget og de samfunnspålagte oppgavene på en kostnadseffektiv måte. Etter Riksrevisjonens vurdering har ikke Samferdselsdepartementet benyttet eierdialogen godt nok til å sikre seg informasjon som gjør det mulig å følge opp om Avinor utfører sine oppgaver på en kostnadseffektiv måte.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Samferdselsdepartementet

- stiller krav om at Avinor reduserer selskapets samlede kostnadsvekst og utvikler indikatorer som gjør det lettere å kontrollere om driften er kostnadseffektiv
- stiller krav om at Avinor forbedrer kostnadsestimeringen for store investeringsprosjekter og sikrer at en større andel av prosjektene overholder de opprinnelige kostnadsrammene
- sikrer seg informasjon og gjennomfører regelmessige analyser for å kunne følge opp om samfunnsoppdraget og de samfunnspålagte oppgavene utføres så kostnadseffektivt som mulig

4 Departementets oppfølging

Statsråden viser til at Avinor i perioden 2015–2018 har gjennomført et moderniseringsprogram for å effektivisere driften og redusere kostnadsveksten. Statsråden er opptatt av å effektivisere driften i Avinor ytterligere og vil utfordre selskapet til å utvikle bedre indikatorer for effektiv drift og kostnadskontroll. Nye mål for å redusere kostnadene har vært diskutert i eierdialogen med Avinor i 2018, og Avinor planlegger å sette et mål om 20 prosent kostnadsreduksjon per passasjer for perioden 2019–2023.

Statsråden understreker at departementet framover vil benytte eierdialogen mer til å følge opp Avinors store investeringsprosjekter. Departementet vil be om mer informasjon fra Avinor om planer, kostnadsrammer og kostnadsutvikling i selskapets store investeringsprosjekter. Departementet vil også i den årlige styreevalueringen følge opp hvordan styret arbeider med selskapets store investeringsprosjekter.

Statsråden er enig i at departementet vil ha nytte av bedre informasjon om kostnader til Avinors samfunnsoppdrag og samfunnspålagte oppgaver. Departementet vil benytte eierdialogen til å be Avinor om å synliggjøre kostnadene for samfunnsoppdraget og de samfunnspålagte oppgavene. Dette vil gi departementet bedre grunnlag for analyser av kostnadsutviklingen for disse delene av Avinors virksomhet. Departementet understreker at det er viktig for eier å følge med på kostnadsutviklingen mellom de ulike delene av Avinors virksomhet, blant annet for å kunne vurdere utviklingen i effektiviteten på de mindre lufthavnene, som er viktige for et godt flytilbud i distriktene.

Statsråden påpeker at sammenligningen av Avinors regnskapstall med store europeiske lufthavnselskaper ikke alene er et godt nok grunnlag for å vurdere kostnads- og lønnsomhetsutviklingen i Avinor. Departementet mener at analysen ikke tar hensyn til at samfunnsoppdraget og de samfunnspålagte oppgavene innebærer at Avinor har en plikt til å utføre en rekke kostnadskrevende og ulønnsomme tjenester. Samferdselsdepartementet planlegger en ny sammenlignende studie av effektiviteten i Avinor, og understreker at det i denne vil bli tatt hensyn til selskapets ulønnsomme tjenester.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har merket seg at statsråden påpeker at sammenligningen av Avinors regnskapstall med store europeiske lufthavnselskaper ikke alene er et godt nok grunnlag for å vurdere kostnads- og lønnsomhetsutviklingen i Avinor. Videre mener statsråden at Riksrevisjonens sammenligning med europeiske lufthavnselskaper ikke tar hensyn til at Avinor er pålagt å utføre en rekke ulønnsomme tjenester.

Riksrevisjonen vil understreke at kostnads- og lønnsomhetsutviklingen i Avinor ikke utelukkende er vurdert gjennom sammenligning med andre europeiske lufthavnselskaper. I undersøkelsen er også kostnads- og lønnsomhetsutviklingen vurdert gjennom en mer inngående analyse basert på data fra Avinors interne regnskapssystemer.

For å kunne sammenligne lufthavnselskapene har Riksrevisjonen valgt å sammenligne utviklingen i selskapenes lønnsomhet, inntekter og kostnader i perioden 2010–2017. At selskapene har noen ulike oppgaver og ulik organisering vil påvirke kostnadsnivået, men disse forskjellene vil ha liten betydning når det er kostnadsutviklingen for en periode som vurderes. Avinor har utført ulønnsomme tjenester i hele perioden 2010–2017, men har ikke klart å spesifisere selskapets kostnader til disse tjenestene. Kostnadene for de ulønnsomme tjenestene vil uansett kun forklare en liten del av Avinors kostnadsvekst, og driftskostnadene per passasjer har fortsatt vokst betydelig selv om kostnadene til de ulønnsomme tjenestene holdes utenfor.

Del III

Resultater av den årlige kontrollen

Sak 1: Status for Helse Sør-Øst RHF's regionale program for fornying og standardisering av arbeidsprosesser og teknologi (Digital fornying)

1 Innledning

I henhold til *bevilgningsreglementet* § 10 *Disponering av gitte bevilgninger* skal utgiftsbevilgningene disponeres i samsvar med bevilgningsreglementets § 5 *Bevilgningsvedtak* og på en slik måte at ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til de forutsatte resultater. Av bevilgningsreglementets § 5 går det blant annet fram at utgiftsbevilgninger ikke kan overskrides eller brukes til andre formål enn forutsatt av Stortinget. I henhold til *reglement for økonomistyring i staten* § 10 skal staten, innenfor gjeldende lover og regler, forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring med særlig vekt på blant annet at målene fastsatt for selskapet oppnås.

2 Framstilling av saksforholdet

Digital fornying er Helse Sør-Øst RHF's program for fornying og standardisering av arbeidsprosesser og teknologi. Programmet skal sørge for at målene i regionens IKT-strategi¹ nås. Målene for IKT-strategien var at den skulle gi bedre kvalitet og pasient-sikkerhet, økt effektivitet og bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i pasient-behandlingen. Disse målene er også i tråd med målene i Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

Stortinget ble informert om programmet høsten 2013 i Prop. 1 S (2013–2014) for budsjett-året 2014. Det ble referert til Helse Sør-Øst RHF's regionale IKT-programmer i perioden 2014–2017, og det ble opplyst at hele programmet var kostnadsberegnet til 5,5 milliarder kroner. Satsingsområdene som det ble vist til for disse investeringene, var klinisk dokumentasjon, laboratoriedatasystemer, radiologisystemer, digital samhandling, virksomhetsstyring og infrastrukturmodernisering. Ifølge den opprinnelige gjennomføringsplanen skulle de fleste delprogrammene pågå parallelt fra 2013 til 2016, og enkelte også ut 2020. I desember 2014² besluttet fornyingsstyret i Helse Sør-Øst å reorganisere og forenkle programmet Digital fornying. Som en del av reorganiseringen ble fire av delprogrammene (klinisk dokumentasjon, radiologi-systemer, laboratoriedatasystemer og digital samhandling) slått sammen til ett nytt delprogram som ble kalt regional klinisk løsning.

Riksrevisjonen ba i brev av 21. mars 2018 Helse Sør-Øst RHF redegjøre for status og måloppnåelse for Digital Fornyning. Helse Sør-Øst RHF svarte i brev av 27. april 2018.

Av Helse Sør-Øst RHF's svarbrev går det fram at det underveis i programperioden har vært problemer ved flere av delprogrammene som har ført til at de er enten stanset, forsinket, eller nedskalert. Dette gjelder spesielt delprogrammene regionalt laboratoriedatasystem, virksomhetsstyring, infrastrukturmodernisering og regionalt radiologisystem. I 2018 er status for disse programmene som følger:

- I den opprinnelige planen skulle de åtte helseforetakene som har sluttet seg til avtalen om å innføre et *regionalt laboratoriedatasystem*, ha satt i verk en fullverdig løsning

1) *IKT strategi og handlingsplan* (2013–2016), 17. oktober 2012, jf. styresak 066-2012.

2) Behandlet i fornyingsstyret i Helse Sør-Øst RHF 16. desember 2014.

innen 1. august 2017. Systemet ble først prøvd ut og innført ved Sykehuset Østfold våren 2015 for fagområdene generell kjemi, patologi og mikrobiologi. Ifølge Helse Sør-Øst RHF fungerer dette som en god løsning for helseforetaket. Informasjonsstøtte for blodbank er ikke etablert. Styret i Helse Sør-Øst RHF har nå besluttet at fagområdet patologi skal prioriteres før de øvrige fagområdene for videre innføring i helseforetakene i regionen.³ Dette innebærer at det vil ta lang tid å få på plass en fullverdig regional laboratorieløsning.

- Satsingen innen *virksomhetsstyring* pågår med et prosjekt for regional økonomi- og logistikk-løsning. Det går fram av styrets behandling av saken høsten 2017 at virksomhetsstyringsprogrammet har vært gjennom en periode preget av betydelig usikkerhet både når det gjelder innholdet i den regionale «enterprise resource planning»-løsningen (ERP-løsningen) og hvordan det videre prosjektforløpet vil fortone seg. Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok våren 2018 at det skal utvikles en oppgradert versjon av ERP-løsningen for å tilpasse den bedre til helseforetakenes behov.⁴ Dette gjelder spesielt særskilte behov ved Oslo universitetssykehus, men også hos øvrige helseforetak. I den forbindelse vedtok styret å utvide den økonomiske rammen for prosjektet med 72 millioner kroner, til en samlet ramme på 777 millioner kroner.⁵ Det er også igangsatt et arbeid for å gi bedre brukeropplevelser og mer effektive prosesser for bruk av løsningen.
- Etter at styret i Helse Sør-Øst RHF i 2016 besluttet å inngå avtale med en ekstern leverandør for gjennomføring av *infrastrukturmodernisering* i Helse Sør-Øst RHF, har de nå besluttet å avbestille kontrakten med leverandøren på grunn av skjerpede risiko- og trusselvurderinger og svakheter i informasjonssikkerheten.⁶ Styret i Helse Sør-Øst RHF uttaler blant annet at forutsetningene for infrastrukturmoderniseringen har vært at tilganger til sensitive personopplysninger ivaretas på en trygg og sikker måte, og styret konstaterer at dette ikke er ivarettatt.⁷ Det videre arbeidet med infrastrukturmoderniseringen er stanset inntil videre. Utsettelsen vil påvirke flere av IKT-prosjektene i Helse Sør-Øst RHF, og flere av prosjektene planlegges nå på ny som følge av forsinkelsene som allerede har oppstått. Styret i Helse Sør-Øst RHF har besluttet en ny innretning på det videre arbeidet med å modernisere IKT-infrastrukturen. Den innebærer større bruk av regionens egen IKT-leverandør, Sykehuspartner HF.
- Leveransen av et *regionalt radiologisystem* er avbestilt etter fem års arbeid fordi løsningen ikke tilfredstiller regionale krav, og det planlegges for en ny anskaffelse av radiologiløsning ved Oslo universitetssykehus. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF skal få mulighet til å anskaffe samme løsning. Dette delprogrammet er for øvrig omtalt i sak 4 om Helse Sør-Øst RHF's gjennomføring av det regionale radiologi-programmet RIS/PACS.

Digital fornying er omtalt i de årlige meldingene fra Helse Sør-Øst RHF. Utfordringene i programmet er imidlertid ikke omtalt særskilt.

I Helse Sør-Øst RHF's svarbrev går det fram at de totale kostnadene for de regionale IKT-prosjektene som har vært del av Digital fornying fra 2010 til utgangen av 2017, er på ca. 6,2 milliarder kroner.

I en redegjørelse til Stortinget 30. januar 2018 opplyste statsråden at kostnader til infrastrukturmodernisering og til oppsigelse av avtalen med den eksterne leverandøren

3) Styresak 042-2017.

4) Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 29. juni 2018.

5) Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 29. juni 2018, og Styresak 026-2018.

6) Styresak 048-2018.

7) Styresak 058-2017 og 077-2017.

foreløpig summerer seg til nær 280 millioner kroner.⁸ Videre går det fram av styremøteprotokoll fra 14. juni 2018 at det regionale helseforetaket har bokført et tap på 114 millioner kroner for delprogrammet regionalt radiologisystem. Den endelige økonomiske konsekvensen vil ikke framkomme før forhandlingene med leverandøren av regionalt radiologisystem som er sagt opp, er sluttført.

Helse Sør-Øst RHF viser til flere nytteeffekter av programmet i sitt svarbrev, men disse er så langt ikke kvantifisert. Regionen opplyser videre at det som ledd i den videre innføringen av regionale løsninger skal etableres nullpunktmålinger slik at de kan dokumentere kvantifiserbare gevinster av de nye systemene som skal innføres.

Med bakgrunn i de problemene, merkostnadene og reelle økonomiske tapene som Digital fornying har påført Helse Sør-Øst RHF, tok Riksrevisjonen saken opp med Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 7. juni 2018. Departementet svarte i brev av 29. juni 2018.

Departementet understreker at de regionale IKT-prosjektene, inkludert Digital fornying, ligger innenfor de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar, som blant annet pålegger foretakene å yte forsvarlige helsetjenester til befolkningen. Departementet opplyser at de regionale helseforetakene omtaler IKT-prosjektene i sine årlige meldinger, og at IKT-området har vært tema både i departementets oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF og i felles oppfølgingsmøter med alle helseregionene.

Videre viser departementet til at Helse Sør-Øst RHF nå gjennomgår Digital fornying. Formålet er å vurdere om det bør gjøres endringer for å redusere risiko og kompleksitet og for å skape en bedre forankring av IKT-prosjekter. Det vises til at det nylig har vært en omfattende prosess knyttet til IKT-infrastrukturmodernisering og felles radiologisystem i regionen.

Departementet opplyser at Helse Sør-Øst RHF, på grunn av utfordringer med prosjektenes omfang og kompleksitet, har vurdert en rekke sider ved standardiseringen på IKT-området, og at ambisjonsnivået er redusert. Helse Sør-Øst RHF vurderer om det er nødvendig å gjøre endringer for å oppnå

- redusert risiko og kompleksitet i IKT-porteføljen
- en bedre forankring av beslutninger om og gjennomføring av IKT-prosjektene
- en bedre organisering og styring av IKT-porteføljen

Med bakgrunn i anbefalingene som kommer fram i gjennomgangen av Digital fornying, vil Helse Sør-Øst RHF ifølge departementet iverksette tiltak for å forbedre styringsmodellen og porteføljestyringen, omstrukturering av porteføljen og styrking og tydeliggjøring av regional forvaltning. Departementet ser at Helse Sør-Øst RHF har og har hatt store vanskeligheter med å gjennomføre IKT-prosjektene på en god måte, og merker seg at det nå er gjort en helhetlig gjennomgang og fattet beslutninger for å redusere risiko ved de ulike prosjektene.

Departementet opplyser videre at Helse Sør-Øst RHF vil gå bort fra programbetegnelsen Digital fornying. Bakgrunnen er at programbetegnelsen er misvisende fordi den gir inntrykk av at det digitale fornyingsarbeidet har en begynnelse og en slutt, mens det reelt sett vil være kontinuerlig behov for IKT-prosjekter og IKT-utvikling for å sikre gode og framtidrettede digitale løsninger i regionen. Videre opplyser departementet at Helse Sør-Øst RHF vil følge tettere opp de enkelte regionale IKT-prosjektene.

Etter departementets vurdering er det uklart når det kan forventes at Helse Sør-Øst RHF kommer i mål med de opprinnelige programmene under Digital fornying. Den endelige

8) Dokument 8:197 S (2017–2018), jf. Innst. 386 S (2017–2018).

framdriftsplanen er ikke klar fordi det fortsatt foregår planlegging knyttet til enkelte prosjekter. Departementet kjenner ikke til hvor mye det vil koste å nå de opprinnelige målene for Digital fornying etter de nylig gjennomførte endringene i de ulike prosjektene.

Stortinget har fått informasjon om manglende måloppnåelse og foreløpige økonomiske tap knyttet til enkelte av satsingsområdene (radiologi og infrastrukturmodernisering). Stortinget har imidlertid ikke fått en samlet gjennomgang av status.

3 Riksrevisjonens merknader

Riksrevisjonen merker seg at målene som har blitt satt for Digital fornying, ikke er nådd. Digital fornying besto opprinnelig av ulike programmer med klare program-mandater, definerte framdriftsplaner og kostnadsoverslag. Helse- og omsorgsdepartementet har ikke noe klart bilde av sluttkostnaden, og det synes uklart om ambisjonen i de opprinnelige programmene blir nådd. Det er heller ikke mulig å si noe om når de ulike satsingsområdene som skulle vært ferdig i 2017, er avsluttet, eller å få en oversikt over gevinster av det opprinnelige programmet. Hvor store merkostnader dette programmet, med de opprinnelige seks satsingsområdene, vil medføre, er uklart. De totale kostnadene for de regionale IKT-prosjektene som har vært del av Digital fornying fra 2010 til utgangen av 2017, er ifølge Helse Sør-Øst RHF på ca. 6,2 milliarder kroner. Riksrevisjonen viser til at det vil kreve ytterligere midler dersom målene for Digital fornying skal kunne nås.

Riksrevisjonen vil påpeke at det er departementets ansvar å følge opp at målene som er fastsatt, nås, og merker seg at Helse Sør-Øst RHF ønsker tettere styring og oppfølging. Regionen gjennomgår nå Digital fornying for å vurdere om det bør gjøres endringer for å redusere risiko og kompleksitet og skape en bedre forankring av IKT-prosjekter. Riksrevisjonen er enig i at det er behov for tettere styring og oppfølging, og at Helse Sør-Øst RHF bør iverksette tiltak for å redusere risiko og kompleksitet i IKT-porteføljen.

Stortinget ble informert om Digital fornying høsten 2013 og ble da blant annet opplyst om at programmet var kostnadsberegnet til 5,5 milliarder kroner. Til tross for de vesentlige utfordringene som har oppstått underveis, er Stortinget i etterkant kun orientert om problemer i enkeltprosjekter eller enkelthendelser som er omtalt i media. Det betyr at Stortinget ikke har fått en samlet oversikt over status for Digital fornying i Helse Sør-Øst RHF. Programmet er fullfinansiert av staten, og etter Riksrevisjonens vurdering synes verken ressursbruk eller virkemidler å ha vært effektive for å oppnå de forutsatte resultatene. Målet for IKT-satsingen i den største helseregionen var at den skulle gi bedre kvalitet og pasientsikkerhet, økt effektivitet og bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i pasientbehandlingen. Dette er også i tråd med Regjeringens ønske om å modernisere IKT-plattformen og arbeide for en felles løsning for hele helse- og omsorgssektoren. Riksrevisjonen mener derfor at Stortinget burde ha fått en samlet orientering om status for Digital fornying.

4 Departementets oppfølging

Statsråden påpeker at Stortinget har blitt orientert om noen av utfordringene som Helse Sør-Øst RHF har hatt på IKT-området, blant annet i en egen redegjørelse i Stortinget 30. januar i år i forbindelse med at det ble avdekket svikt i tilgangsstyringen og informasjonssikkerheten i arbeidet med program for moderniseringen av IKT-infrastrukturen i regionen. Videre har statsråden besvart skriftlige spørsmål fra Stortinget om moderniseringen av IKT-infrastrukturen, både fra enkeltrepresentanter og fra kontroll- og konstitusjonskomiteen.

Når det gjelder Helse Sør-Øst RHF's utfordringer med gjennomføring av det regionale radiologiprogrammet RIS/PACS, viser statsråden til at Stortinget har blitt orientert både i spørsmål til skriftlig besvarelse fra representanten Andersen (spørsmål 1609 i 2018) og representanten Kjenseth (spørsmål 1084 i 2017), samt spørsmål fra representanten Aaserud i ordinær spørretime i Stortinget 9. mai 2018.

Statsråden opplyser at det bokførte tapet ved utgangen av 2017 var på rundt 270 millioner kroner. Dette fordeler seg med 114 millioner kroner på radiologiprojektet, 111 millioner kroner knyttet til infrastrukturmodernisering og noen mindre poster for årene 2013–2017. Hvor stort det endelige tapet knyttet til infrastrukturmodernisering blir, er ennå ikke klart. Dette vil avhenge av hvor mye Sykehuspartner HF kan gjenbruke av det arbeidet som allerede er utført, i sitt videre arbeid.

Statsråden understreker at de regionale IKT-prosjektene, herunder Digital fornying, ligger innenfor de regionale helseforetakenes ansvar for å yte forsvarlige helsetjenester til befolkningen, og at departementet følger opp de regionale helseforetakene gjennom eierstyringen.

Helse- og omsorgsdepartementet har forelagt Riksrevisjonens merknader for Helse Sør-Øst RHF. Statsråden viser til at Helse Sør-Øst RHF ønsker å følge opp Sykehuspartner HF og arbeidet med regionale IKT-prosjekter med tettere styring, og at regionen allerede har iverksatt eller planlegger å iverksette flere organisatoriske og styringsmessige endringer.

Helse Sør-Øst RHF har ved flere anledninger uttalt at programbetegnelsen Digital fornying er noe misvisende. Som følge av at det er gjennomført eller pågår replanlegging av IKT-porteføljen, er de opprinnelige programmene og tidsplanene ikke lenger en like hensiktsmessig referanse for det videre arbeidet. Samtidig har det også kommet flere nye prosjekter som påvirker totalbildet. Statsråden viser til at Helse Sør-Øst RHF har vært opptatt av at totalbildet på IKT-området, og at det pågår og er gjennomført flere prosjekter som har vært vellykkede, og hvor det er oppnådd viktige kvalitative effekter. Prosjekter som nevnes er regional elektronisk pasientjournal (EPJ), regional fødejournal, regional kurve- og medikasjonsløsning, regional løsning for medikamentell kreftbehandling og elektronisk samhandling.

Statsråden understreker at Riksrevisjonens funn og merknader er viktige, og vil legge Riksrevisjonens gjennomgang til grunn for sin videre styringsdialog med Helse Sør-Øst RHF.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen registrerer at enkelte av delprosjektene har vært vellykkede, og at flere av disse har kommet til underveis. Saksforholdet har imidlertid tatt utgangspunkt i de satsingsområdene som ble formidlet i Prop. 1 S (2013–2014) for budsjettåret 2014, og som i 2013 gikk under programbetegnelsen Digital fornying. Det er vurdert om disse opprinnelige programmene har nådd sine mål. Det er uvisst når målene vil nås og hva de økonomiske konsekvensene vil være. Riksrevisjonen vil påpeke at departementet har et ansvar for å følge opp at fastsatte mål nås og at bevilgningene disponeres i tråd med Stortingets forutsetninger. Modernisering av IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst er vesentlig både helsepolitisk og økonomisk. Etter Riksrevisjonens vurdering tilsier det at Stortinget burde ha fått en samlet orientering om status for de opprinnelige satsingsområdene som ble skissert i 2013.

Del IV

Oppfølging av tidligere
rapporterte saker

Pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader i selskaper med statlig eierandel – Dokument 3:2 (2015–2016)

1 Innledning

Målet med undersøkelsen var å synliggjøre omfanget av balanseførte og reelle pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader i selskaper med statlige eierinteresser. Videre var det et mål å synliggjøre hvordan de reelle forpliktelsene og kostnadene påvirket selskapenes økonomiske stilling. Departementenes oppfølging ble også vurdert. Undersøkelsen omfattet i utgangspunktet alle selskaper og øvrige fristilte virksomheter underlagt Riksrevisjonens selskapskontroll, inkludert 22 selveiende studentsamskipnader, til sammen 103 selskaper.

Dokument 3:2 (2015–2016) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014* ble overlevert Stortinget 17. november 2015. Kontroll- og konstitusjonskomiteen ga sin innstilling 1. mars 2016, jf. Innst. 186 S (2015–2016). Stortinget behandlet saken 7. april 2016.

Riksrevisjonens undersøkelse viste at det i mange selskaper var store forskjeller mellom de balanseførte og de reelle netto pensjonsforpliktelsene. Videre var pensjon av vesentlig økonomisk betydning for mange selskaper, og for enkelte selskaper hadde de reelle pensjonsforpliktelsene og -kostnadene til dels stor innvirkning på resultat og kapitalstruktur. Undersøkelsen viste også at eier i ulik grad hadde oversikt over hvordan pensjonsforpliktelsene og pensjonskostnadene påvirket selskapenes økonomiske stilling.

Riksrevisjonen anbefalte at departementene systematisk vurderte hvilken påvirkning de reelle pensjonsforpliktelsene og pensjonskostnadene hadde på selskapenes økonomiske stilling, og oppfordret selskapene til å synliggjøre dette i regnskapene. Riksrevisjonen anbefalte også at Nærings- og fiskeridepartementet vurderte hvordan kunnskap og erfaringer om pensjon kunne deles på en god måte mellom fagdepartementene, for eksempel gjennom Eierskapsforum.

Kontroll- og konstitusjonskomiteen viste i sin innstilling til Riksrevisjonens anbefalinger og delte disse. I innstillingen bemerket komiteen videre at det var uheldig med store avvik mellom balanseførte og reelle pensjonsforpliktelser, særlig i de tilfellene der det heller ikke gikk fram av regnskapenes noter hva som var de reelle pensjonsforpliktelsene. Komiteen mente dette kunne gjøre det vanskelig for styret og eier å ta riktige strategiske beslutninger tilpasset selskapets reelle økonomiske situasjon. Komiteen delte videre Riksrevisjonens vurdering om at selskapene, uavhengig av hvilken regnskapsstandard som ble benyttet, måtte ha god kunnskap om hvordan pensjonen påvirket selskapets økonomiske stilling.

2 Departementenes oppfølging

Riksrevisjonen ba i brev 9. mai 2018 Finansdepartementet, Forsvarsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Kulturdepartementet, Kunnskapsdepartementet,

Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet om å redegjøre for hvordan Riksrevisjonens merknader og anbefalinger er fulgt opp. Det ble spesielt bedt om en redegjørelse for hvilke analyser som benyttes for systematisk vurdering av hvordan reelle pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader påvirker selskapets økonomiske stilling. Departementene ble også bedt om å gi en oversikt over hvilke selskaper i deres portefølje som har endret pensjonsordning siden 2014. Departementene ga sine redegjørelser i brev i perioden fra 29. mai til 18. august 2018.¹

Svarene fra de tolv eierdepartementene viser at oppmerksomheten om selskapenes pensjonsordninger og den betydningen disse har for selskapenes økonomiske stilling, er langt mer framtrædende i eierdialogen enn hva som var tilfelle i 2014. Kun i spesielle tilfeller tas pensjon opp som eget tema, men det inngår normalt som ett av flere momenter i den løpende dialogen om selskapenes økonomiske stilling. At pensjon ikke tas opp som et eget tema, begrunnes av flere departementer med at mange selskaper har endret, eller er i en prosess med å endre pensjonsordning fra ytelsesbasert til innskuddsbasert pensjon. I forbindelse med endringene har det vært tett dialog mellom selskapene og eierdepartementene, særlig om overgangens betydning for selskapets framtidige pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader, og selskapenes egenkapital. I tillegg har et fåtall selskaper valgt å føre sine ytelsesordninger direkte, slik at effekten går fram av balansen og resultatregnskapet med noter.

Enkelte departementer har i tillegg valgt å iverksette særskilte tiltak overfor ett eller flere av sine selskaper, for ytterligere å kunne følge opp hvordan pensjonsforpliktelsene og pensjonskostnadene påvirker selskapets økonomiske stilling. Blant annet har *Kulturdepartementet* videreutviklet flere av skjemaene scenekunst-selskapene benytter i sin rapportering om utviklingen i sentrale økonomiske forhold. Rapporteringen viser nå tydeligere det reelle omfanget av selskapenes pensjonsforpliktelser og hvordan disse påvirker selskapenes resultat, egenkapital og likviditet. I tillegg legges det større vekt på å synliggjøre situasjonen to år fram i tid. Departementet viser også til at Spekter og LO Stat i 2016 ble enige om å etablere en innskuddsordning for alle scenekunstselskapene. Foreløpig er det enighet om å videreføre innskuddsordningen fram til 2020. Avtalen omfatter ikke selskapenes kunstneriske ansatte, som har en ytelsesbasert ordning regulert i egen lov. I etterkant av Riksrevisjonens undersøkelse satte *Nærings- og fiskeridepartementet* ned en arbeidsgruppe som så nærmere på problemstillingene som undersøkelsen tok opp. Blant annet utarbeidet gruppen i 2015 en veileder med forslag til spørsmål. Veilederen benyttes sammen med departementets øvrige veiledere i forberedelse og gjennomføring av møter med selskapene. I tillegg ble det samlet inn og analysert informasjon om pensjon for alle selskapene i departementets portefølje.

For andre departementer har strukturelle endringer ført til at pensjonsrelaterte temaer er gitt særlig oppmerksomhet. Blant annet er *Forsvarsdepartementet* i en prosess med sikte på helt eller delvis salg av Aerospace Industrial Maintenance Norway AS (AIM Norway AS). I den forbindelse har omfanget og virkningene av selskapets pensjonsordning vært tema i eierdialogen. I tillegg er det gjort en ekstern verdivurdering der selskapets pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader har vært grundig kartlagt. Samferdselssektoren har vært gjennom en omfattende reform. Som et resultat av dette har *Samferdselsdepartementet* fått fem nye selskaper i sin eierskapsportefølje. Dette er selskaper som i stor grad opererer i markeder med konkurranse, noe som har gjort valg av pensjonsordning til et sentralt virkemiddel for å påvirke selskapenes

1) HOD 29.05.2018, KMD, KUD, KD og NFD 31.05.2018, FIN 01.06.2018, OED 04.06.2018, LMD og SD 11.06.2018, UD 14.06.2018, KLD 25.06.2018 og FD 16.08.2018.

økonomiske stilling og konkurransekraft. Pensjon har derfor vært en viktig del av departementets eierdialog de siste årene.

Kunnskapsdepartementet legger til grunn at ansvaret for lønn og pensjon ligger hos daglig ledelse og styret. Departementet understreker likevel at pensjonsrelaterte forhold kan vurderes som en del av forberedelsen til selskapenes generalforsamling. Ifølge departementet hadde pensjon så stor betydning for UNINETT AS og Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) sine økonomiske resultater i 2015 at det ble kommentert på generalforsamling. For selskaper der forvaltningen av eierskapet er gitt til universiteter og høyskoler, forutsetter Kunnskapsdepartementet at pensjon vurderes som en del av universitetenes og høyskolenes forberedelse til generalforsamling.

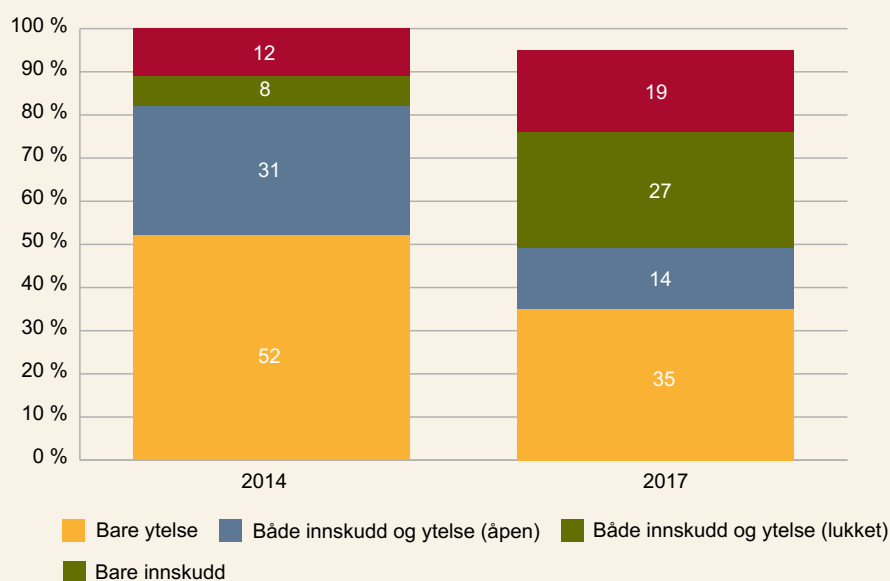
Som ansvarlig for regjeringens overordnede eierskapspolitikk gjennomførte *Nærings- og fiskeridepartementet* et miniseminar om pensjon i 2015. Seminaret tok blant annet opp hvilke forhold eier bør være særlig oppmerksom på når det gjelder selskapenes pensjon og betydningen den har for selskapenes økonomiske stilling. I den forbindelse presenterte Nærings- og fiskeridepartementet også sin nye veileder for de øvrige eierdepartementene. I tillegg har Nærings- og fiskeridepartementet som et prøvetiltak i 2018 avholdt en «eierlunsj» for ledere i departementene med ansvar for forvaltning av statens eierskap i selskaper. Målet har vært å øke kunnskapen og oppmerksomheten på ulike eiertemaer, deriblant pensjon.

3 Utvikling på området

Riksrevisjonen har gått gjennom omtalen av pensjon i årsrapportene til alle selskapene som var med i undersøkelsen i 2014. På grunn av sammenslåinger blant student-samskipnadene og at enkelte selskaper er avviklet, har regnskapsgjennomgangen for 2017 omfattet 95 selskaper, mens undersøkelsen i 2014 omfattet 103 selskaper.

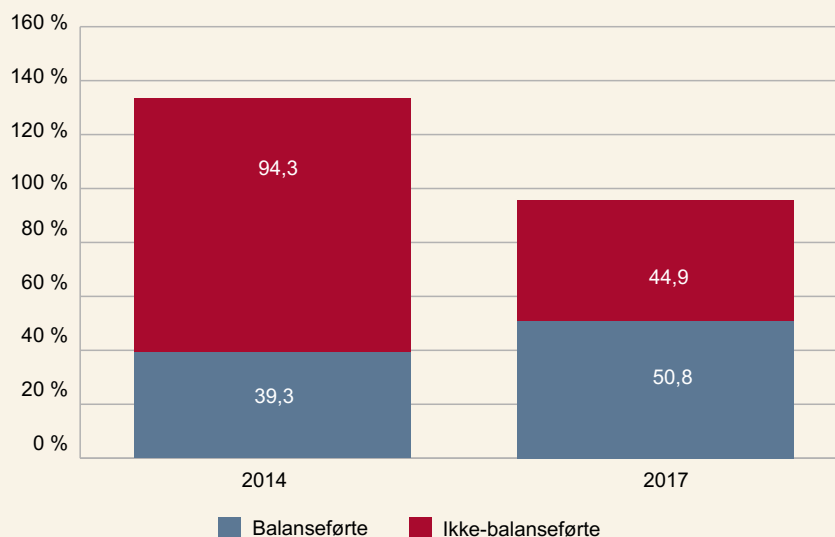
Gjennomgangen viser at flere selskaper de seneste årene har gått over til innskuddspensjon eller er i en prosess for å endre pensjonsordning. I 2014 hadde 50 prosent av selskapene (51 av 103 selskaper) innskuddspensjon for alle eller grupper av ansatte. I 2017 var andelen økt til 63 prosent (60 av 95 selskaper).

Figur 1 Antall selskaper med ulike pensjonsordninger, 2014 og 2017



Fra 2014 til 2017 har det skjedd en vesentlig reduksjon i de reelle pensjonsforpliktelsene for de statlige selskapene som var en del av undersøkelsen.² Samtidig har andelen av de reelle pensjonsforpliktelsene som balanseføres økt.

Figur 2 Selskapenes totale netto pensjonsforpliktelser i milliarder kroner, 2014 og 2017



Selskapenes netto pensjonsforpliktelser (summen av reelle pensjonsforpliktelser og reelle pensjonsmidler) beregnes ved hjelp av beregningsforutsetninger som justeres årlig. Endringer i beregningsforutsetningene kan potensielt gi store årlige utslag i

2) Reelle pensjonsforpliktelser er selskapenes netto pensjonsforpliktelser. Det vil si brutto pensjonsforpliktelser inkludert arbeidsgiveravgift – pensjonsmidler = netto pensjonsforpliktelser

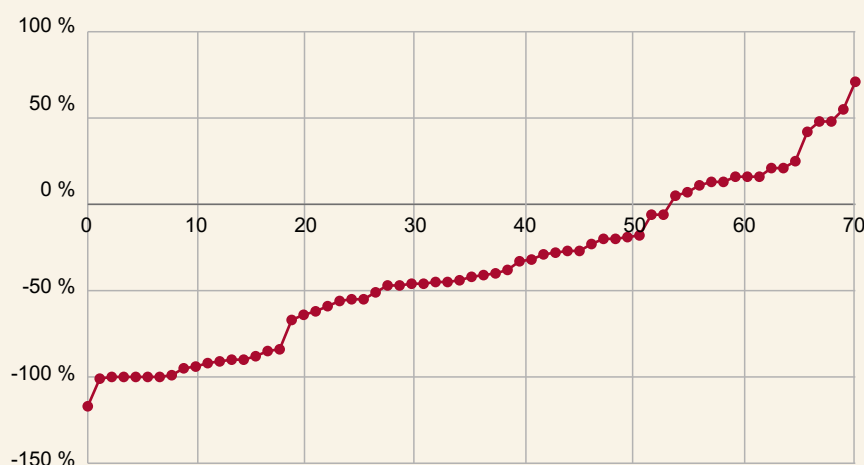
størrelsen på selskapenes netto pensjonsforpliktelser. Blant de 91 selskapene som i 2014 hadde ytelsespensjon for alle eller grupper av ansatte, var de reelle pensjonsforpliktelsene totalt på 133,6 milliarder kroner. Av dette var kun 30 prosent balanseført, noe som ga en underdekning på 94,3 milliarder kroner. I 2017 er de reelle pensjonsforpliktelsene for de 76 selskapene som fortsatt har en form for ytelsespensjon, redusert til 95,7 milliarder kroner. Av dette er 53 prosent balanseført, noe som gir en underdekning på 44,9 milliarder kroner.

Nærmere halvparten av de 95 selskapene hadde en reduksjon i pensjonsforpliktelsene fra 2014 til 2017, hvorav flere opplevde en betydelig reduksjon. Av den samlede reduksjonen i netto reelle pensjonsforpliktelser på 37,9 milliarder kroner fra 2014 til 2017, skyldes 32,7 milliarder kroner en reduksjon i pensjonsforpliktelsen hos de regionale helseforetakene.

17 prosent av selskapene har hatt en økning i sine pensjonsforpliktelser i perioden 2014 til 2017, mens 52 prosent har hatt en reduksjon. For om lag 13 prosent (12 selskaper) har det ikke vært noen endring i perioden, da disse selskapene i 2014 bare hadde innskuddspensjon og derfor ingen pensjonsforpliktelser. For de resterende 19 prosentene (18 selskaper) der det ikke har vært noen endringer, er det ikke mulig å beregne endringen fordi det ikke finnes noteopplysninger om størrelsen på pensjonsforpliktelsene i regnskapene for 2014.

Figur 3 viser spredningen i endringen i pensjonsforpliktelsen fra 2014 til 2017 for de selskapene som har noteopplysninger om pensjonsforpliktelser i årsregnskapet for 2014. Medianendringen for disse 65 selskapene har vært en reduksjon i pensjonsforpliktelsene på 42 prosent. Fem selskaper opplevde en økning i pensjonsforpliktelsene på 40 prosent eller mer fra 2014 til 2017.

Figur 3 Endringer i netto pensjonsforpliktelser fra 2014–2017 for de 65 selskapene med noteopplysninger om pensjonsforpliktelser i 2014



Pensjonsforpliktelsene er å anse som gjeld og påvirker derfor selskapenes økonomiske stilling. I 2014 hadde 29 selskaper reelle pensjonsforpliktelser som utgjorde mer enn 10 prosent av totalkapitalen. I 2017 gjelder dette 21 selskaper, der flere er de samme som i 2014, men hvor det også er kommet til nye.

Antallet selskaper som ville fått en vesentlig lavere egenkapitalandel dersom hele den reelle pensjonsforpliktelsen ble balanseført, er mer enn halvert siden 2014.³ Mens antallet selskaper som ville fått negativ egenkapital dersom de totale pensjonsforpliktelsene ble balanseført, er redusert fra 13 til 3 selskaper.

4 Riksrevisjonens vurdering

Riksrevisjonen merker seg at oppmerksomheten om pensjon har økt i flere departementer og at oppfølgingen er mer aktiv enn i 2014. Problemet med finansiell underdekning av pensjonsforpliktelser, og regnskapsmessige problemer med store ikke-balanseførte reelle pensjonsforpliktelser, er også mindre i 2017 enn i 2014. Gjennomgangen av selskapenes regnskaper for 2017 viser at flere selskaper har gått over til innskuddspensjon eller er i en prosess for å endre pensjonsordning. Dette kan tyde på økende forståelse for den betydningen framtidige pensjonsforpliktelser har for selskapenes økonomiske stilling.

Riksrevisjonen ser positivt på at departementene har økt oppmerksomheten på pensjon og at temaet er mer framtrædende i eierdialogen med selskapene. Det er også positivt at Nærings- og fiskeridepartementet fortsetter å bygge opp sin kompetanse på området, og at de gjennom sin rolle som ressurs- og kompetansesenter bidrar til å spre kunnskap og god praksis til øvrige departementer.

Selv om en større andel av selskapenes pensjonsforpliktelser er balanseført, viser gjennomgangen at det fremdeles er en betydelig underdekning. Etter Riksrevisjonens vurdering er det derfor fortsatt nødvendig at departementene er oppmerksomme på utviklingen i selskapenes framtidige pensjonsforpliktelser. Riksrevisjonen vil i forbindelse med det årlige kontrollarbeidet fortsette å følge med på pensjon og dens betydning for selskapenes økonomiske stilling.

Saken er avsluttet.

3) I undersøkelsen fra 2014 ble det for hvert selskap beregnet en korrigert egenkapitalandel, der de ikke-balanseførte pensjonsforpliktelsene ble trukket fra egenkapitalen. Den korrigerende egenkapitalandelen ble så sammenlignet med den ujusterte egenkapitalandelen.

De regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister – Dokument 3:2 (2015–2016)

1 Innledning

Målet med Riksrevisjonens undersøkelse var å vurdere hvordan de regionale helseforetakenes bruk av avtalespesialister bidrar til å oppfylle sørge-for-ansvaret.

Avtalespesialister er private lege- og psykologspesialister som de regionale helseforetakene har inngått driftsavtale med. Avtalespesialistenes aktivitet utgjorde 28 prosent av den totale polikliniske aktiviteten innen somatiske fagområder og 23 prosent innen psykisk helsevern for voksne i 2014. To rammeavtaler regulerer forholdet mellom de regionale helseforetakene og avtalespesialistene. De regulerer også betingelser for tildeling og drift av avtalepraksis. Parter i avtalene er henholdsvis de regionale helseforetakene og Den norske legeforening (Legeforeningen), og de regionale helseforetakene og Norsk Psykologforening (Psykologforeningen).

Riksrevisjonens undersøkelse viste at tilgangen til avtalespesialister ikke gjennomgående bidrar til et geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester, og at de regionale helseforetakene ikke utnytter handlingsrommet sitt godt nok for å sikre samsvar mellom plasseringen av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester. Videre viste undersøkelsen at det varierer hvor godt de regionale helseforetakene følger opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og god kvalitet på helsetilbudet.

Riksrevisjonen anbefalte at

- Helse- og omsorgsdepartementet forsikrer seg om at de regionale helseforetakenes bruk av avtalespesialister bidrar til å gi befolkningen en geografisk likeverdig tilgang til polikliniske spesialisthelsetjenester
- de regionale helseforetakene sørger for at avtalespesialistenes hjemler bidrar til et mer geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester, blant annet ved at de
 - systematisk vurderer om avtalespesialistenes ledige hjemler bør videreføres eller benyttes innen andre fagområder og/eller andre geografiske områder
 - har planer for å disponere hjemler som bygger på relevante og oppdaterte analyser av behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester
- de regionale helseforetakene sørger for å ha en felles forståelse av rammeavtalenes bestemmelser når det gjelder vilkår for å omdisponere ledige hjemler, slik at de regionale helseforetakene får en mer lik praktisering av bestemmelsene om når ledige hjemler skal videreføres
- de regionale helseforetakene følger opp avtalespesialister som ikke oppfyller krav stilt i rammeavtalene eller i de individuelle avtalene, noe som forutsetter at de regionale helseforetakene har tilstrekkelig informasjon
- de regionale helseforetakene benytter Norsk pasientregister som kilde til informasjon om avtalespesialistene og sikrer at avtalespesialistene rapporterer til Norsk pasientregister på sentrale variabler som kan gi relevant informasjon om kvaliteten på helsetjenestene, for eksempel epikrisetid
- de regionale helseforetakene følger opp avtalespesialister med særlig høy produksjon for å kunne vurdere om tjenestetilbudet er forsvarlig

Ved behandlingen av Dokument 3:2 (2015–2016) viste flertallet i kontroll- og konstitusjonskomiteen til at det er ulik praksis for omdisponering av hjemler (det vil si flytting av ledige hjemler til andre fagfelt eller geografiske områder). Komiteen understreket Riksrevisjonens anbefaling om at vilkårene for omdisponering bør klargjøres for å gi en mer enhetlig forståelse av mulighetsrommet. Flertallet merket seg at det varierer om de regionale helseforetakene har informasjon om kvaliteten på helsetilbudet fra avtalespesialistene, og delte Riksrevisjonens anbefalinger når det gjaldt avtalespesialistene.

Flertallet i komiteen støttet ikke Riksrevisjonens konklusjon om at tilgangen til avtalespesialister ikke gjennomgående bidrar til et mer geografisk likeverdig tilbud. Riksrevisjonen har derfor ikke undersøkt hvordan denne konklusjonen og tilhørende anbefalinger er fulgt opp av Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene.

2 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging

Riksrevisjonen ba i brev av 7. mars og 15. mai 2018 Helse- og omsorgsdepartementet om å redegjøre for hvordan Riksrevisjonens anbefalinger og kontroll- og konstitusjonskomiteens merknader er fulgt opp. Departementet svarte i brev av henholdsvis 23. april og 6. juni 2018.

Riksrevisjonen har i tillegg innhentet informasjon fra de fire regionale helseforetakene og har gått gjennom de to nye rammeavtalene om avtalepraksis, relevante styringsdokumenter og protokollen fra forhandlingene mellom de regionale helseforetakene og Legeforeningen fra 3. november 2015.

Departementet viser til at de to rammeavtalene ble reforhandlet høsten 2015 og gjort virksomme fra januar 2016. Avtalene regulerer rammebetingelser for tildeling og drift av avtalepraksis. Departementet mener at aktiv oppfølging av de nye rammeavtalene fra de regionale helseforetakenes side vil være viktig for å kunne bruke avtalespesialistene riktig.

Departementet påpeker at det er en ambisjon å anvende avtalespesialistene mer. I foretaksmøtet mellom departementet og de fire regionale helseforetakene i januar 2017 ble det vist til de nye rammeavtalene, og de regionale helseforetakene ble bedt om å inngå flere driftsavtaler med avtalespesialister, slik at antall avtalte årsverk i hver region i 2017 skulle bli vesentlig høyere enn i 2016.

I det videre utviklingsarbeidet vil departementet ta hensyn til Riksrevisjonens hovedfunn om at de regionale helseforetakene ikke utnytter handlingsrommet sitt godt nok, og at det varierer hvor godt de følger opp aktiviteten til avtalespesialistene og kvaliteten på helsetjenestene de leverer. Etter departementets vurdering var det en intensjon i flere bestemmelser i de tidligere rammeavtalene som ikke var blitt benyttet av de regionale helseforetakene. For eksempel var det anledning til å flytte praksiser, både mellom fagfelt og mellom geografiske områder, uten at de regionale helseforetakene hadde gjort dette i nevneverdig grad.

Vilkårene for å omdisponere er endret i den nye rammeavtalen mellom de regionale helseforetakene og Legeforeningen. Hovedregelen er fortsatt at ledige avtalehjemler skal videreføres ved behov. Dersom de omdisponeres, skal dette være forankret i regionale planer for utvikling og fordeling av avtalepraksis i regionen. Et slikt krav

fantas ikke i den gamle rammeavtalen og inngår heller ikke i den nye rammeavtalen mellom de fire regionale helseforetakene og Psykologforeningen.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har vedtatt regionale planer som legger føringer for hvilke fagområder som skal prioriteres framover, mens Helse Midt-Norge RHF er i slutfasen i arbeidet med sin plan. Planene angir en retning for hvilke hjemler som skal opprettes og eventuelt omdisponeres. Helse Sør-Øst RHF viser til at de i arbeidet med sin nye regionale plan har analysert befolkningens samlede forbruk av spesialisthelsetjenester og eventuelle skjevheter i forbruket, og at de lyser ut og eventuelt planlegger å omdisponere hjemler i tråd med sine analyser. Helse Vest RHF har fortsatt ikke utarbeidet en slik plan, men departementet viser til at det regionale helseforetaket har behandlet avtalespesialistområdet, inkludert etablering og lokalisering av praksiser, i flere styresaker de senere årene.

Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF viser til at de følger opp kvaliteten på helsetjenestene som avtalespesialistene leverer, gjennom møter og eventuelt ved å besøke dem i praksisen deres. Det kan for eksempel være møter med spesialister som de har mottatt klager på. Helse Sør-Øst RHF påpeker at de ikke klarer å følge opp alle like tett gjennom året på grunn av det store antallet avtalespesialister i regionen. Både Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF viser til at de har lagt ned mye arbeid de siste årene for å få på plass gode rutiner for tett oppfølging av avtalespesialistene.

Helse Midt-Norge RHF peker på at avtalespesialistene har egne, lukkede journal-systemer som ikke er transparente slik systemene er i helseforetakene. Mulighetene for innsyn og kontroll er derfor ikke de samme. De regionale helseforetakene har i samarbeidsmøter med de to profesjonsforeningene tatt initiativ til at de skal kunne gjennomføre revisjoner hos avtalespesialister. Helse Midt-Norge RHF skriver at dette også vil gi internrevisjonen i det regionale helseforetaket mulighet til å gjøre nødvendige revisjoner.

Helse Sør-Øst RHF påpeker at det har vært vanskelig å følge avtalespesialistene tett opp ettersom de ikke har vært pålagt å rapportere kvalitetsindikatorer på samme måte som sykehusene. Departementet viser til at partene er enige om at avtalespesialistene skal bidra med en kvalitetsregistrering som er mest mulig på linje med den rapporteringen som skjer i sykehus. Ifølge departementet forutsetter innføringen av en slik registreringsplikt at IKT-systemene må utvikles slik at det blant annet kan gjøres automatiske uttrekk av kvalitetsdata. Avtalespesialistene har i dag plikt til å rapportere virksomhetsdata til Norsk pasientregister. Avtalespesialistene rapporterer også til Helfo. I praksis innebærer det at data sendes to steder i to forsendelser. Departementet viser til at Helsedirektoratet har ansvar for å etablere ett system som vil ivareta dagens to rapporteringer. Det tas sikte på å ha løsningen ferdig innen utgangen av 2018. Departementet viser til at dette arbeidet vil ligge til grunn for en systematisk oppfølging av kvalitet fra de regionale helseforetakenes side.

Avtalepartene har etablert normtall for hvor høy aktivitet en spesialistpraksis normalt skal ha. De regionale helseforetakene får tilsendt data fra Norsk pasientregister (NPR) som kan brukes for å følge opp aktiviteten til hver enkelt avtalespesialist. Helse Sør-Øst RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF viser til at de årlig følger opp avtalespesialistenes aktivitet basert på NPR-data. Helse Vest RHF skriver at alle avtalespesialister med lav aktivitet ble tilskrevet sist i 2014, men at de i ettertid har fulgt opp enkelte avtalespesialister hvor de har hatt mistanke om at det er liten eller ingen aktivitet. Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF har etter 2014 i enkelte tilfeller redusert driftstilskuddet til avtalespesialister med lav aktivitet, slik avtalen gir rom for,

og Helse Vest RHF har stoppet utbetalingen av hele tilskuddet til én spesialist som ikke hadde aktivitet i det hele tatt. Helse Nord RHF har gjennom dialog kommet fram til andre løsninger uten å redusere driftstilskuddet.

3 Riksrevisjonens vurdering

Riksrevisjonen merker seg at partene har inngått nye rammeavtaler med virkning fra 2016. Rammeavtalen mellom de regionale helseforetakene og Legeforeningen inneholder krav om at hjemler skal disponeres i henhold til regionale planer.

Riksrevisjonen registrerer at et slikt krav ikke inngår i den nye rammeavtalen mellom de regionale helseforetakene og Psykologforeningen. Etter Riksrevisjonens forståelse innebærer kravet en presisering av hvilket handlingsrom de regionale helseforetakene har for å omdisponere hjemler, noe som er i tråd med Riksrevisjonens anbefaling. Slike planer kan etter Riksrevisjonens vurdering gi et bedre kunnskapsgrunnlag for forvaltningen av ordningen med avtalespesialister, bidra til å sikre et bedre samsvar mellom forbruk av og behov for spesialisthelsetjenester og gi større forutsigbarhet for de involverte partene, inkludert avtalespesialistene. Riksrevisjonen ser det som positivt at tre av fire regionale helseforetak, alle unntatt Helse Vest RHF, har oppdaterte planer for forvaltningen av avtalespesialistområdet eller er i ferd med å slutføre slike planer.

Riksrevisjonen merker seg at departementet mener de regionale helseforetakene må følge opp de nye rammeavtalene for å sikre at avtalespesialistene brukes riktig. Etter Riksrevisjonens vurdering er det positivt at de regionale helseforetakene ser ut til å følge opp avtalespesialister som ikke oppfyller krav stilt i avtalene, blant annet om hvor høy aktivitet det skal være i praksisen, noe som er i tråd med Riksrevisjonens anbefaling.

Riksrevisjonen registrerer at partene er enige om at avtalespesialistene skal rapportere kvalitetsdata på lik linje med spesialisthelsetjenesten for øvrig så langt det er mulig, og at elektroniske systemer som legger til rette for dette, vil være på plass innen utgangen av 2018. Etter Riksrevisjonens vurdering vil en slik rapportering gi mer informasjon om kvaliteten på helsetjenestene avtalespesialistene leverer. Avtalespesialistene utgjør en stor del av spesialisthelsetjenesten, og departementet har som mål å bruke dem mer. Det er derfor viktig at det er tilstrekkelig informasjon om kvaliteten i denne delen av spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonen konstaterer at departementet vil legge Riksrevisjonens hovedfunn til grunn i det videre utviklingsarbeidet.

Saken er avsluttet.

Helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnekirurgi – Dokument 3:2 (2015–2016)

1 Innledning

Målet med Riksrevisjonens undersøkelse var å vurdere helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnekirurgi i perioden 2007–2014 og hvilke forhold som har påvirket utviklingen.

Riksrevisjonens undersøkelse viste at helseforetakenes dagkirurgiske aktivitet hadde økt lite etter 2010, og at finansieringsordningen synes å ha bremsert helseforetakenes satsing på dagkirurgi. Videre viste undersøkelsen at det er mulig for helseforetakene å dreie den kirurgiske aktiviteten fra døgn- til dagbehandling.

Riksrevisjonen anbefalte at

- Helse- og omsorgsdepartementet vurderer å sette i verk tiltak som i større grad stimulerer til kostnadseffektiv kirurgisk pasientbehandling innenfor rammen av hva som er medisinsk forsvarlig
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sørger for at kunnskapsbaserte tiltak, som sikrer mer ensartet og god faglig praksis for dagkirurgi, settes i verk i helseforetakene
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sørger for at helseforetakene vurderer potensialet for dagkirurgi på forskjellige kirurgiske fagområder, og setter i verk tiltak for å utnytte potensialet for dagkirurgi bedre. Det bør blant annet legges til rette for systematisk læring av helseforetakenes positive erfaringer knyttet til dagkirurgi.

Ved behandling av Dokument 3:2 (2015–2016) merket kontroll- og konstitusjonskomiteen seg at den dagkirurgiske aktiviteten har økt lite etter 2010, til tross for at dagkirurgi er fordelaktig både for den enkelte pasient og for ressursutnyttelsen samlet sett. Komiteen merket seg også at finansieringssystemet synes å være konserverende, og at flere helseforetak oppgir at de har mulighet ressursmessig og medisinsk til å øke andelen dagkirurgi. Videre la komiteen til grunn at statsråden jevnlig vurderer om finansieringen er innrettet på en hensiktsmessig måte.

2 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging

Riksrevisjonen ba i brev av 7. mars 2018 Helse- og omsorgsdepartementet om å redegjøre for hvordan Riksrevisjonens anbefalinger og kontroll- og konstitusjonskomiteens merknader er fulgt opp. Departementet svarte i brev av 11. april 2018.

Departementet oppgir at andelen dagkirurgisk behandling fremdeles varierer på tvers av helseforetakene. Det er ønskelig med mindre variasjon og en større andel dagkirurgisk behandling. Tall fra Helsedirektoratet viser at det på nasjonalt nivå har vært en svak, men positiv utvikling i andelen dagkirurgi fra 60,1 prosent i 2014 til 61,2 prosent i 2017. Dette innebærer en økning på 1,8 prosent. Samtidig har antall dagkirurgiske opphold økt med 8,3 prosent.

Departementet har satt i verk flere tiltak knyttet til dagkirurgisk behandling siden 2015, både for å redusere uberettiget variasjon og for å øke andelen dagkirurgiske behandlinger. I 2015 ble det lagt inn et påslag på 10 prosent på dagkirurgiske kostnadsvekter i systemet for innsatsstyrt finansiering for å stimulere til dagkirurgi der dette var hensiktsmessig. Fra 2017 ble påslaget økt til 15 prosent. Fra 2018 er det gjort endringer i innsatsstyrt finansiering basert på en modell der utvalgte diagnoserelevante grupper (DRG-er) for korresponderende døgn- og dagkirurgi får lik vekt når tjenesteinnholdet og pasientsammensetningen er sammenlignbar. Departementet påpeker at målsettingen med endringene i den innsatsstyrte finansieringen som er innført fra 2018, er å gi insentiver til økt andel dagkirurgi og å legge til rette for mindre praksisvariasjon, samtidig som prioriteringsnøytralitet opprettholdes.

Departementet presiserer at endringer i finansieringssystemet bare er ett av flere virkemidler for å øke andelen dagkirurgi, og at oppmerksomhet fra ledelsen og vilje til omstilling er viktige premisser for å oppnå endring. Departementet har videre gitt de regionale helseforetakene ulike oppdrag om å redusere uberettiget variasjon i både forbruk og kapasitetsutnyttelse siden 2015. Arbeidet har særlig vært rettet mot å etablere kunnskap og statistikk om uberettiget variasjon og systematisk ta denne informasjonen i bruk i lokalt forbedringsarbeid.

Departementet oppgir at det følger med på utviklingen i andelen dagkirurgi, og presiserer at det er for tidlig å angi noen effekter av omleggingen av finansieringssystemet som er satt i verk fra 2018.

3 Riksrevisjonens vurdering

Riksrevisjonen merker seg at departementet siden 2015 har satt i verk flere tiltak for å legge til rette for en økning i andelen dagkirurgi. At det fremdeles er variasjon i andelen dagkirurgi mellom helseforetakene, kan imidlertid tyde på at tiltakene som er iverksatt så langt, har hatt beskjeden effekt. Riksrevisjonen merker seg videre at departementet fra 2018 har endret finansieringssystemet slik at det gir lik inntekt for utvalgte behandlinger hvor tjenesteinnhold og pasientsammensetning er sammenlignbar, uavhengig av om behandlingen gis døgn- eller dagkirurgisk.

Siden det er for tidlig å angi effekter av den siste omleggingen av finansieringssystemet, forutsetter Riksrevisjonen at departementet fortsetter å følge med på utviklingen i andelen dagkirurgi. Riksrevisjonen legger til grunn at departementet vil sette i verk nødvendige tiltak dersom andelen dagkirurgisk behandling ikke øker som forutsatt, og dersom variasjonen i denne behandlingen på tvers av helseforetakene ikke blir mindre.

Saken er avsluttet.

Helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr

– Dokument 3:2 (2015–2016)

1 Innledning

Målet med Riksrevisjonens gjennomgang var å undersøke om helseforetakene har god nok informasjonssikkerhet ved bruk av medisinsk-teknisk utstyr.

Riksrevisjonens undersøkelse viste at helseforetakene ikke stiller tilstrekkelige krav om informasjonssikkerhet i avtaler med leverandører av medisinsk-teknisk utstyr, og at de ikke følger opp leverandørene godt nok. Videre viste undersøkelsen at helseforetakene har mangelfull oversikt over risiko knyttet til informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr, og at det er uklare ansvarlinjer for informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr internt i helseforetakene og mellom helseforetakene og de regionale IT-enhetene.

Riksrevisjonen anbefalte i Dokument 3:2 (2015–2016) at

- Helse- og omsorgsdepartementet forsikrer seg om at de regionale helseforetakene og helseforetakene etterlever gjeldende regelverk for informasjonssikkerhet og behandling av helseopplysninger
- de regionale helseforetakene sørger for bedre samordning mellom regionene og innad i den enkelte region for å sikre at kravene som stilles til leverandører av medisinsk-teknisk utstyr om informasjonssikkerhet, blir mer ensartede
- de regionale helseforetakene og helseforetakene klargjør ansvarlinjene for håndtering av informasjonssikkerhet mellom de regionale IT-enhetene og helseforetakene og innad i helseforetakene, slik at rollene til hver enkelt er klart definert og forstått
- de regionale helseforetakene og helseforetakene sørger for at lover og regler for informasjonssikkerhet blir ivaretatt, ved å stille klarere krav til informasjonssikkerhet overfor leverandørene av medisinsk-teknisk utstyr
- helseforetakene følger opp at leverandørene overholder kravene i leverandøraftalene
- helseforetakene utarbeider risikovurderinger av informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr for å få oversikt over informasjonen som ligger i utstyret, og hvordan informasjonen blir eksponert

Ved behandlingen av Dokument 3:2 (2015–2016) understreket kontroll- og konstitusjonskomiteen at informasjonssikkerhet og personvern innen helsesektoren må tas på det største alvor hos alle som er involvert i ulike prosesser i helsevesenet. Komiteen noterte seg at leverandørene i stor grad er premissgiver i avtalene om leveranser av medisinsk-teknisk utstyr, og at behandling av personopplysninger i liten grad er omtalt i avtalene. Komiteen bemerket at til tross for at leverandørene tilbyr løsninger til det internasjonale markedet som har andre lovkrav, vil en mer koordinert innkjøpspraksis kunne motivere leverandørene til å imøtekomme kravene i personopplysningsforskriften. Komiteen merket seg også at helseforetakene ikke foretar kontroller av leverandørene eller innhenter uavhengige revisjoner. Komiteen delte Riksrevisjonens oppfatning av at manglende risikovurderinger, retningslinjer og rutiner, i tillegg til uklare ansvarlinjer kan føre til at ingen vurderer sensitiviteten i

informasjonen som ligger i utstyret, og at det dermed blir vanskelig å få en klar oversikt over trusselbildet og eventuelle tiltak.

2 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging

Riksrevisjonen ba i brev av 1. mars 2018 Helse- og omsorgsdepartementet om å redegjøre for hvordan Riksrevisjonens anbefalinger og kontroll- og konstitusjonskomiteens merknader er fulgt opp. Departementet svarte i brev av 5. april 2018.

Departementet har fulgt opp saken gjennom blant annet eierkrav i foretaksmøtene i de regionale helseforetakene i januar 2016 og i oppfølgingsmøter med foretakene i 2016 og 2017 hvor status har blitt presentert. Departementet viser til at de regionale helseforetakene og helseforetakenes arbeid er forankret i de respektive styrene. Alle de regionale helseforetakene har satt i verk konkrete tiltak for å forbedre informasjons-sikkerheten ved bruk av medisinsk-teknisk utstyr, og det gjennomføres tiltak i alle helseforetakene.

I svarbrevet går det fram at Helse Vest RHF har implementert alle tiltakene knyttet til Riksrevisjonens anbefalinger, mens de tre andre regionene forventer at alle tiltakene vil være på plass innen utgangen av 2018. Det går videre fram at det felleseide helseforetaket Sykehusinnkjøp HF, som er etablert for å foreta anskaffelser for alle regionene, har økt oppmerksomhet på å sette riktig sikkerhetsnivå for personvern og informasjonssikkerhet i anskaffelser for medisinsk-teknisk utstyr.

Departementet rapporterer at den enkelte helseregionen har utarbeidet regionale rutiner eller malverk eller utviklet felles kravsett som må benyttes ved anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr. Helseregionene har også utviklet rutiner for å sikre at bare godkjente og autoriserte leverandører har tilgang til regionenes infrastruktur og systemer. For ytterligere å forbedre kontrollen og overvåkingen av leverandørenes tilgang til helseopplysninger har Helse Nord RHF satt i gang en prosess med å anskaffe en løsning for å administrere privilegerte tilganger og leverandørtilganger. Med unntak av Helse Sør-Øst RHF opplyser de regionale helseforetakene overfor departementet at de nå har oversikt over hvem som har fjerntilgang til deres regionale infrastruktur og systemer. Helse Sør-Øst RHF opplyser at de er i ferd med å gjennomgå leverandørenes tidligere tilganger lokalt i helseforetakene for å sikre at alle foretakene bruker regionens felles tekniske løsning for fjerntilgang til medisinsk-teknisk utstyr for eksterne leverandører. Hvis noen ikke bruker løsningen, må den løsningen de bruker, risikovurderes, og man må sørge for å oppnå tilsvarende kontroll som fellesløsningen gir.

Tre av helseregionene har også utviklet egne maler for avtaler med leverandører av medisinsk-teknisk utstyr med krav til informasjonssikkerhet. Det framkommer ikke om Helse Nord RHF har utarbeidet tilsvarende malverk.

Departementet opplyser at samtlige regionale helseforetak har et felles regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt Norge RHF rapporterer at de har oppdatert eller er i ferd med å oppdatere sine regionale styringssystemer for informasjonssikkerhet. Videre har alle de regionale helseforetakene utviklet maler for risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr med utgangspunkt i Norm for informasjonssikkerhets *Veileder i personvern og informasjonssikkerhet – medisinsk utstyr*.

Alle de regionale helseforetakene har gjennomgått eller er i ferd med å gjennomgå ansvarslinjer for informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr internt i helseforetakene og mellom helseforetakene og de regionale IT-enhetene. Helse Vest RHF rapporterer at regionen har gjennomgått ansvarslinjene for informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr, og at organiseringen sikrer ansvars- og oppgavedeling mellom de databehandlingsansvarlige (helseforetakene), databehandleren (Helse Vest IKT) og tredjepart (andre databehandlere/leverandører). I Helse Midt-Norge RHF er det utviklet rutiner for å sikre at bare autoriserte og godkjente leverandører har tilgang til regional infrastruktur og regionale systemer. Et pågående personvernforordningsprosjekt, som etter planen skal ferdigstilles i 2018, skal sikre tydelige ansvarslinjer. Helse Sør-Øst RHF har etablert et regionalt senter for anskaffelse og et felles regionalt forum for IKT enheter og enheter for medisinsk-teknisk utstyr. For å sikre ansvarslinjer for informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr internt i helseforetakene og mellom helseforetakene og Sykehuspartner HF, er det igangsatt et arbeid med å utrede eventuelle behov for nødvendige organisasjonsendringer i helseforetakene i regionen. Helse Nord RHF planlegger et prosjekt etter modell fra Helse Sør-Øst RHF om organiseringen av ulike avdelinger med ansvar for IKT og medisinsk-teknisk utstyr med tanke på informasjonssikkerhet.

3 Riksrevisjonens vurdering

Riksrevisjonen merker seg at departementet har fulgt opp komiteens merknader både gjennom eierkrav og gjennom oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene. Riksrevisjonen registrerer at de regionale helseforetakene har satt i verk flere konkrete tiltak som enten er gjennomført eller som etter planen vil komme på plass i løpet av 2018. Etter Riksrevisjonens vurdering synes dette å være relevante tiltak både for å få bedre kontroll og overvåking av leverandørenes tilganger til helseopplysninger og bedre risikostyring, og for å tydeliggjøre ansvarslinjene for informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr. Det er viktig at alle de regionale helseforetakene fullfører tiltakene som er skissert, og at retningslinjer og rutiner følges opp i praksis.

Riksrevisjonen merker seg at det har blitt bedre samordning innen den enkelte region, og at det gjennomføres tiltak i fellesskap mellom helseregionene. Etter Riksrevisjonens vurdering vil dette kunne bidra til å styrke sikkerheten nasjonalt.

Saken er avsluttet.

Kostnadseffektiv drift og økonomistyring i scenekunstselskapene og Kulturdepartementets oppfølging – Dokument 3:2 (2015–2016)

1 Innledning

Formålet med Riksrevisjonens undersøkelse i 2015 var å vurdere om scenekunstselskapene har kostnadseffektiv drift og god økonomistyring, og om Kulturdepartementet følger opp selskapenes økonomiske utvikling og drift på en tilfredsstillende måte. Undersøkelsen omfattet de seks scenekunstselskapene som staten eier helt eller delvis: Den Norske Opera & Ballett AS (DNO&B), Nationaltheatret AS, AS Den Nationale Scene (DNS), Carte Blanche AS, Rogaland Teater AS og Trøndelag Teater AS.

Riksrevisjonens undersøkelse viste at scenekunstselskapene ikke har lagt godt nok til rette for kostnadseffektiv drift. Videre viste undersøkelsen at Kulturdepartementet følger opp scenekunstselskapenes kostnadseffektivitet på en lite helhetlig måte, og at departementet ikke utnytter de styringsmulighetene det har som eier, i oppfølgingen av scenekunstselskapene.

Riksrevisjonen anbefalte at Kulturdepartementet

- følger opp scenekunstselskapenes kostnadseffektivitet mer systematisk ved å fastsette tydeligere mål og krav til kostnadseffektiv drift og ved å sørge for mer konsistent rapportering
- utfordrer selskapene til å forbedre sin styringsinformasjon og bruke denne til å sikre tettere kobling mellom kunstneriske aktiviteter, kostnader og inntekter
- i større grad bruker de styringsmulighetene departementet har som eier, i oppfølgingen av scenekunstselskapene, og tilpasser styringen etter selskapenes egenart og risiko

Ved behandlingen av Dokument 3:2 (2015–2016) noterte kontroll- og konstitusjonskomiteen seg Riksrevisjonens funn om at dagens systemer ikke bidrar godt nok til å fordele personalkostnadene på den enkelte produksjon og dermed ikke synliggjør de reelle kostnadene for produksjonen. Dette gjør det vanskelig å budsjettere riktig og å veie økonomiske hensyn opp mot kunstneriske, og det bidrar heller ikke til kostnadseffektiv drift.

Komiteen merket seg at Riksrevisjonen fant at departementet ikke i tilstrekkelig grad utfordrer eller skaper incentiver for selskapene til kostnadseffektiv drift, og at de heller ikke bruker eierstyring i særlig grad for å oppnå dette. Komiteen mente at det kan være rom for å bruke disse virkemidlene mye mer, uten at det behøver å gå på bekostning av verken kunstnerisk frihet eller prinsippet om armlengdes avstand. Komiteen sa seg enig i Riksrevisjonens påpekning om at budsjettbalanse ikke nødvendigvis betyr at driften er tilstrekkelig kostnadseffektiv.

2 Kulturdepartementets oppfølging

Riksrevisjonen ba i brev av 1. mars 2018 Kulturdepartementet om å redegjøre for hvilke endringer og tiltak som er iverksatt for å følge opp Riksrevisjonens anbefalinger og kontroll- og konstitusjonskomiteens merknader. Departementet svarte i brev av 5. april 2018.

For ytterligere å følge opp saken har Riksrevisjonen innhentet informasjon fra scenekunstselskapene om nøkkeltall for årene 2015–2017 og om tiltak som er iverksatt siden den opprinnelige undersøkelsen. I tillegg er aktuelle styringsdokumenter og andre dokumenter fra departementet og selskapene gjennomgått.

2.1 Departementets oppfølging

Kulturdepartementet følger scenekunstselskapene opp gjennom eierstyring og gjennom tilskuddsforvaltning. I sitt svarbrev viser departementet til at det er tatt flere grep for å bedre oppfølgingen av selskapene.

Kulturdepartementet fastsatte nye retningslinjer for eierstyring av selskaper under dets ansvarsområde 23. mars 2017 og la fram en ny veileder for forvaltning av statens eierinteresser i disse selskapene 22. mars 2018. Retningslinjene klargjør ifølge departementet rollefordelingen mellom eierne, styret og selskapsledelsen ved å presisere styrets ansvar for forvaltningen av selskapet. Dette ansvaret omfatter blant annet at styret skal ivareta en uavhengig kontrollfunksjon overfor selskapets ledelse på vegne av eierne. Retningslinjene presiserer også styrets ansvar for at målene nås, og at selskapet har effektiv drift. Veilederen skal supplere retningslinjene ved å gi en samlet oversikt over og beskrivelse av hvilke elementer som skal inngå i utøvelsen av eierskapet. Veilederen understreker styrets og selskapsledelsens ansvar for at de sektorpolitiske målene nås med mest mulig effektiv ressursutnyttelse.

Departementet opplyser at det er lagt vekt på å utvikle og forbedre den dialogbaserte delen av eierstyringen framfor å utvikle nye måleparametere. Departementet viser til at kontaktmøtene gir departementet anledning til å ta opp ulike sider ved selskapenes økonomiske utvikling og deres oppfølging av effektiv ressursutnyttelse. Departementet understreker at det i disse møtene uttrykker sine forventninger om, og understreker betydningen av, at driften er effektiv og økonomisk forsvarlig. Departementet skriver at de kontrollerer at likviditeten er god, at det settes av tilstrekkelig med midler til investeringer, og at det settes av midler til fri egenkapital som sikkerhet mot uforutsette kostnads- og inntektssvingninger.

Kulturdepartementet presiserer at statlige midler til kulturformål forvaltes etter prinsippet om armlengdes avstand. Som eier har departementet dialog med styrene om betydningen av effektiv drift, mens det er styrene som må ta de endelige avgjørelsene om hvordan det aktuelle selskapet kan styre mest mulig effektivt i den gitte konteksten. Departementet viser til at det er et mål at selskapene skal utnytte ressursene sine best mulig og drive god økonomistyring, men understreker samtidig at det er krevende å måle kostnadseffektivitet i selskaper som har sektorpolitiske mål. Departementet skriver at en forutsetning for å måle kostnadseffektivitet er at man kan definere produksjonen, noe som oppleves som vanskelig innenfor scenekunst. Departementet viser i denne forbindelsen til notatet *Kostnadseffektivitet og god økonomistyring i scenekunstselskapene* fra 2016, som ble utarbeidet på oppdrag fra Norsk teater- og orkesterforening i etterkant av Riksrevisjonens undersøkelse.

Departementet viser til brev av 8. oktober 2015, der statsråden påpekte at hun var «[...] enig med Riksrevisjonen i at det er viktig å være opptatt av selskapenes økonomi

og finansielle situasjon i et lengre perspektiv. Ettårsprinsippet for den statlige budsjetteringen bør ikke være til hinder for helhetlige vurderinger og langsiktighet.» Departementet viser til at dette er fulgt opp gjennom videreutvikling av de periodiske evalueringene. Disse evalueringene, som tar for seg en periode på fire år om gangen, trekkes fram som et av de viktigste skriftlige verktøyene departementet har til rådighet. Den siste evalueringsrunden (2016–2017) ble gjennomført som et eksternt oppdrag. Målet var ifølge departementet å styrke den forskningsmessige kvaliteten på evalueringene og å få anbefalinger til hvordan metoden for evaluering av kunst-institusjoner kan videreutvikles. Departementet vurderer denne evalueringsformen som god og framhever at den sikrer en hensiktsmessig avstand mellom departementet og institusjonene som blir evaluert. Ifølge departementet fikk effektiv ressursutnyttelse en sentral plass i denne evalueringen.

Fra og med 2017 er det innført en ny, digital søknadsløsning for de faste tilskuddsmottakerne, herunder de seks scenekunstselskapene der staten er eier. I den forbindelse er det utarbeidet nye søknadsskjemaer. Kulturdepartementet mener det nye søknadsskjemaet i stor grad utfordrer selskapene til å drive økonomisk effektivt, og at det gir departementet informasjon som er nyttig når det skal vurdere selskapenes mål- og resultatoppgåelse og om selskapene har tilstrekkelig god ressursutnyttelse. De nye skjemaene spør hva slags aktivitet som skal skapes *innenfor* eksisterende økonomiske rammer, framfor å spørre hva slags aktivitet selskapene kan skape med *utvidede* økonomiske rammer. Selskapene kan fremdeles søke om friske midler til tiltak, men må forklare hvorfor de ikke kan oppnå tiltaket innenfor eksisterende rammer. Departementet mener dette tvinger selskapene til vurdere om det er mulig å omprioritere i budsjettet sitt, og at selskapenes ressursutnyttelse og deres begrunnelse for den på denne måten blir synliggjort for departementet. Ifølge departementet er søknadsskjemaene nå innrettet med et treårsperspektiv. Selskapene bes også om å redegjøre for tiltak for å sikre effektiv ressursutnyttelse. Departementet viser til at rapporteringskravene er revidert, og at det er satt noen felles parametere som søknader og rapporter vurderes på grunnlag av.

Departementet skriver at det fortsatt bruker risikoanalyser som grunnlag for sin oppfølging og kontroll av tilskuddene. Ved særlige utfordringer følges institusjonene opp tettere. Departementet trekker fram dialogen med scenekunstselskapene om økte pensjonskostnader som eksempel på dette.

2.2 Scenekunstselskapenes utvikling og oppfølging

Tabell 1 viser gjennomsnittlig antall forestillinger, publikumsbesøk og egenproduksjoner ved teatrene i periodene 2011–2014 (den opprinnelige undersøkelsesperioden) og 2015–2017.

Tabell 1 Utvikling i antall forestillinger, publikumsbesøk og egenproduksjoner. Gjennomsnitt for perioden 2011–2014 og perioden 2015–2017

	Antall forestillinger		Antall publikumsbesøk		Antall egenproduksjoner	
	Snitt 2011–2014	Snitt 2015–2017	Snitt 2011–2014	Snitt 2015–2017	Snitt 2011–2014	Snitt 2015–2017
Den Norske Opera & Ballett	337	314	300 090	340 159	58	58
Nationaltheatret	862	770	212 757	251 220	18	25
Den Nationale Scene	780	714	138 037	129 176	17	27
Carte Blanche	108	79	26 844	16 569	2	4
Rogaland Teater	715	508	114 174	85 077	13	19
Trøndelag Teater	472	507	93 267	105 136	10	15

Kilder: Aktivitetsrapport til budsjettsøknad og Scenekunstselskapene (grønn: positiv utvikling, gul: uendret, rød: negativ utvikling)

Som tabellen viser, hadde alle scenekunstselskapene bortsett fra Trøndelag Teater i gjennomsnitt færre årlige forestillinger i perioden 2015–2017 enn i perioden 2011–2014. Samtidig har det årlige antallet egenproduksjoner økt for alle selskapene i perioden. Å sette opp egenproduksjoner er scenekunstselskapenes mest kostnadsdrivende aktivitet. For Trøndelag Teater var 2016 og 2017 rekordår med 20 egenproduksjoner per år, men teateret erfarte at dette førte til slitasje på både personal og utstyr. Ifølge teateret vil derfor nivået ligge lavere de neste årene.

Halvparten av scenekunstselskapene har økt gjennomsnittlig antall årlige publikumsbesøk i perioden 2015–2017 sammenlignet med perioden 2011–2014, mens den andre halvparten har hatt en nedgang. Carte Blanche, som har opplevd en betydelig nedgang i antall publikummere, har også hatt en økning i andelen fribilletter – fra 7 prosent i 2014 til 19 prosent i 2017. For de øvrige teatrene har andelen fribilletter og sponsorbilletter falt eller holdt seg på omtrent samme nivå. Carte Blanche viser til at det siden 2008 ikke har hatt tilfredsstillende visningslokaler, og at billettsalget har blitt redusert siden 2013. Teateret har i perioden 2014–2018 valgt en kunstnerisk profil som ikke når like bredt ut som tidligere, noe Kulturdepartementet mener er akseptabelt.¹

Scenekunstselskapenes inntekter består av offentlig tilskudd og egeninntekter. De heleide selskapene (DNO&B og Nationaltheatret) får hele driftstilskuddet fra staten, mens de deleide får om lag 70 prosent av tilskuddet fra staten og den resterende andelen fra fylke og kommune.

1) Kulturdepartementet ba styret gjøre rede for nedgangen i publikumstall og antall forestillinger på den ordinære generalforsamlingen i 2017. Kilde: Statsrådens beretning for 2016 om forvaltningen av statens interesser i Carte Blanche AS.

Tabell 2 Utviklingen i selskapenes totale inntekter i perioden 2011–2017 i 1000 kroner (prisjustert)

	Endring 2011–2014	2014	2017	Endring 2014–2017
Den Norske Opera & Ballett	9 %	781 219	782 618	0 %
Nationaltheatret	10 %	262 360	262 322	0 %
Den Nationale Scene	4 %	152 197	148 635	–2 %
Carte Blanche	8 %	40 369	40 065	–1 %
Rogaland Teater	1 %	106 919	112 038	5 %
Trøndelag Teater	–1 %	120 337	132 907	10 %
Totale inntekter	7 %	1 463 401	1 478 585	1 %

Kilde: Selskapenes årsrapporter. Regnskapstallene for 2014 er justert for prisutviklingen i perioden. Alle prosentandeler som oppgis i den videre teksten, er basert på prisjusterte regnskapstall. (Grønn: positiv utvikling, gul: uendret, rød: negativ utvikling)

Tabell 2 viser at selskapenes totale inntekter samlet sett har økt med 1 prosent i perioden 2014–2017, justert for prisutviklingen i perioden. Til sammenligning økte inntektene med 7 prosent i perioden 2011–2014.

Inntektsøkningen fra 2014 til 2017 skyldes i sin helhet økte egeninntekter. Selskapene har, prisutviklingen tatt i betraktning, økt de samlede egeninntektene med 10 prosent i perioden 2014–2017, samtidig som offentlige tilskudd har gått ned med 2,7 prosent. I den opprinnelige undersøkelsesperioden 2011–2014 ble egeninntektene redusert med 4 prosent (prisjustert). DNO&B, Nationaltheatret, Trøndelag Teater og Rogaland Teater har økt egeninntektene fra 2014 til 2017, mens DNS og Carte Blanchés egeninntekter er redusert. Sistnevntes egeninntekter er redusert med 38 prosent.

Billettinntekter er selskapenes viktigste egeninntektskilde. I tillegg har scenekunst-selskapene andre inntekter, så som sponsorinntekter, inntekter fra programsalg, salg av arrangementer, leieinntekter og inntekter fra kantinedrift, restaurant og kafé. Samlet sett har billettinntektene økt med 6 prosent fra 2014 til 2017, mens andre inntekter har økt med 19 prosent. Det er særlig en økning i andre egeninntekter ved DNO&B og Nationaltheatret og en økning i billettinntekter ved Trøndelag Teater som trekker de samlede egeninntektene opp. Fallet i egeninntekter ved Carte Blanche skyldes sviktende billettsalg.

Tabell 3 Utvikling i totale driftskostnader, inkludert pensjonskostnader i perioden 2011–2014 i 1000 kroner (prisjustert)

	Endring 2011–2014	2014	2017	Endring 2014–2017
Den Norske Opera & Ballett	13 %	796 434	774 619	-3 %
Nationaltheatret	9 %	257 729	275 475	7 %
Den Nationale Scene	-4 %	139 717	146 520	5 %
Carte Blanche	6 %	39 341	39 707	1 %
Rogaland Teater	-4 %	100 541	108 518	8 %
Trøndelag Teater	0 %	117 830	133 114	13 %
Totalte driftskostnader	8 %	1 451 592	1 477 953	2 %

Kilde: Selskapenes årsrapporter. Regnskapstallene for 2014 er justert for prisutviklingen i perioden. Alle prosentandeler som oppgis i den videre teksten, er basert på prisjusterte regnskapstall. (Grønn: positiv utvikling, gul: uendret, rød: negativ utvikling)

Tabell 3 viser at med unntak av DNO&B så har samtlige scenekunstselskaper økt de totale driftskostnadene i perioden 2014–2017. Samlet var økningen på 2 prosent (prisjustert). Til sammenligning økte de totale driftskostnadene med 8 prosent i perioden 2011–2014.

Personalkostnader er den største utgiftsposten hos alle selskapene. DNO&B, DNS og Trøndelag Teater har redusert personalkostnadene i perioden, mens de har økt for de øvrige. Samlet for alle selskapene er personalkostnadene i 2017 på om lag samme nivå som i 2014.

Produksjonskostnader er den nest største kostnadsposten for alle selskapene. Dette er kostnader knyttet til den enkelte produksjon og omfatter blant annet lønnskostnader til innleid personell, overtid til fast ansatte og innleide, salgs- og markedsføringskostnader og dekorasjonskostnader. Med unntak av DNO&B har samtlige scenekunstselskaper økt produksjonskostnadene sine i perioden 2014–2017. Dette må ses i sammenheng med at årlig antall egenproduksjoner har økt i perioden.

Samlet har de totale pensjonskostnadene for selskapene blitt redusert med 4 prosent fra 2014 til 2017, mens det var en økning på 114 prosent i perioden fra 2011 til 2014. Scenekunstselskapene gikk i 2016 fra ytelsespensjonsordninger til en midlertidig ordning med innskuddspensjon. Ordningen omfattet ikke alle ansatte ved DNO&B, ettersom pensjonsordningene til ballettdanserne, sangerne og solistene er regulert i egen lov.² I selskapenes årsrapporter for 2016 og 2017 går det fram at dette har bidratt til å holde pensjonskostnadene nede. DNO&B, som har hatt en reduksjon i pensjonskostnadene på 11 prosent fra 2014 til 2017, hadde imidlertid ved utgangen av 2017 en bokført negativ egenkapital på 100,3 millioner kroner. I tillegg er det et estimert avvik på 242 millioner kroner mellom DNO&Bs oppsparte pensjonsmidler og nåverdien av selskapets pensjonsforpliktelser. Dette er ikke regnskapsført.

Med unntak av Nationaltheatret har alle scenekunstselskapene gjort endringer i ressursplanleggingen. Nationaltheatret, som var et av teatrene som kom best ut på dette området i foregående undersøkelse, planlegger å innføre et system for tidsregistrering som vil gi automatisert dataflyt for timelister, fraværsmeldinger osv. De øvrige teatrene har gjort følgende endringer:

2) Lov om pensjonsordning for ballettdansere, sangsolister og korsangere ved Den Norske Opera & Ballett (operapensjonsloven).

- DNO&B utviklet en ny estimeringsmodell for produksjonskostnader i 2015. De er nå i ferd med å innføre et mer finmasket virksomhetsstyringssystem som samler sentral informasjon om planlegging, vedlikehold, produksjon, økonomi og ressursoppfølging i ett sentralt system.
- DNS har gjennomgått bruken av overtid og ekstrahjelp og innført en kalender som gir oversikt over ressursbruken på verkstedene. De har også innført et nytt digitalt planleggingsverktøy og en tidsregistreringsløsning som gir oversikt over brukte ressurser.³
- Carte Blanche har inngått avtale om gjennomsnittsberegning av arbeidstiden for teknisk personell, slik at arbeidstiden bedre kan fordeles over de enkelte fasene i produksjons- og turnéperioder.
- Rogaland Teater har lagt om måten de strukturerer forestillingene på, fra en såkalt suitemodell, med én forestilling om gangen og et forhåndsbestemt antall forestillinger, til en mer fleksibel modell, der de har mulighet til å velge mellom produksjoner og utnytte åpne spilleflater. Teateret har også evaluert styringssystemene sine og gjennomført noen endringer som følge av dette.
- Trøndelag Teater har lagt om måten de strukturerer hovedscene-forestillingene på. I 2016 gikk de fra en suitemodell til en repertoarmodell, med flere produksjoner samtidig. I 2018 har de kombinert elementer fra begge modellene – i lys av de erfaringene de har gjort. Teateret har også gjennomgått strukturen i produksjonsprosessene.

Alle teatrene rapporterer om tiltak for å øke egeninntektene. DNO&B har blant annet innført ny struktur for oppfølging av egeninntekter, med dybdeanalyser av billettsalg og kommersielle inntekter hvert kvartal, og analyser av publikums kjøpsatferd og demografi en gang i året. Nationaltheatret har innført et nytt billettsystem og en ny nettside som skal gjøre billett kjøp på nett enklere. Rogaland Teater rapporterer om at de har innført et lojalitetskonsept (årskort) og et nytt system for å styrke salget mot bedrifter. DNS rapporterer at de analyserer og tester prissensitivitet mer nå enn tidligere. Trøndelag Teater rapporterer om at billettprisene er økt med i gjennomsnitt ca. 20 prosent i perioden 2015–2017. Carte Blanche har foretatt seg minst av de seks scenekunstselskapene, men rapporterer at de har inngått avtale om et felles billett-system i regi av Kultur Vest AS. Selskapet viser til at de fleste billettene til Carte Blanchés forestillinger blir solgt av andre.

Det er videre gjennomført enkelte innsparingstiltak i perioden, særlig ved DNO&B. I perioden 2014–2016 har Kulturdepartementet forutsatt at DNO&B gjennomfører innsparinger på 20 millioner kroner årlig for å kunne motta et ekstraordinært likviditetstilskudd.⁴ Dette har DNO&B gjort, blant annet ved å redusere antall konserter og forestillinger og antall turneer. I tillegg har det blitt noe færre ansatte.

3 Riksrevisjonens vurdering

Riksrevisjonen merker seg at Kulturdepartementet har iverksatt relevante tiltak i form av å oppdatere retningslinjene for eierstyringen, utvikle de periodiske evalueringene og forbedre søknadsprosessen for tilskudd. Riksrevisjonen er enig i at det er et godt tiltak å utvikle den dialogbaserte delen av styringen, siden nøkkeltall om økonomi og produksjon ikke gir et godt nok bilde av kostnadseffektiv drift alene. Riksrevisjonen registrerer imidlertid at departementet har lagt mindre vekt på å utvikle nye måleparametere.

3) Det er også startet innføring av et datavarehus som ifølge DNS vil gi et bedre analysegrunnlag for ulike områder i organisasjonen.

4) Styrets årsberetning for 2014, 2015 og 2016.

Videre merker Riksrevisjonen seg at scenekunstselskapene har iverksatt relevante tiltak for å sikre mer kostnadseffektiv drift og god økonomistyring, og at de arbeider med å få til bedre ressursstyring av produksjoner. Det er positivt at scenekunstselskapene samlet sett har økt egeninntektene. Riksrevisjonen merker seg også at det har vært en moderat økning i de totale kostnadene til scenekunstselskapene i perioden 2014–2017 sammenlignet med kostnadsveksten i perioden 2011–2014. Samtidig har scenekunstselskapene økt antall egenproduksjoner. Riksrevisjonen registrerer for øvrig at det er store forskjeller mellom selskapenes utvikling når det gjelder både økonomi og produksjon. Dette viser at det er viktig at Kulturdepartementet fortsetter å følge opp området.

Saken er avsluttet.

Landbruks- og matdepartementets eierskapsutøvelse – Dokument 3:2 (2015–2016)

1 Innledning

Målet med undersøkelsen var å vurdere om Landbruks- og matdepartementets eierskapsutøvelse er i samsvar med statens prinsipper for god eierstyring når det gjelder åpenhet om statens mål og forventninger, oppfølging og rollehåndtering overfor selskapene.

Dokument 3:2 (2015–2016) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014* ble overlevert Stortinget 17. november 2015. Kontroll- og konstitusjonskomiteen ga sin innstilling 1. mars 2016, jf. Innst. 186 S (2015–2016). Stortinget behandlet saken 7. april 2016.

Riksrevisjonens undersøkelse viste at Landbruks- og matdepartementet ikke hadde klare forventninger til selskapenes resultater. Undersøkelsen viste også at departementet i liten grad fulgte opp den delegerte eierskapsforvaltningen i Norsk institutt for bioøkonomi (NIBIO), og at NIBIOs eierskapsutøvelse overfor selskapene Instrumenttjenesten og ITAS Eierdrift hadde vært svak. Riksrevisjonen anbefalte Landbruks- og matdepartementet å tydeliggjøre hva de årlige resultatene for Statskogs forretningsvirksomhet skal måles opp mot. Videre ble det anbefalt at departementet fastsetter tydelige mål og forventninger til utvikling og drift for selskapene Kimen Såvarelaboratoriet og Staur gård og at departementet tydeliggjør skillet mellom konkurranseutsatt og sektorpolitisk virksomhet for Staur gård. Det ble også anbefalt at departementet følger opp at eierskapsutøvelsen i NIBIO er i tråd med gjeldende regelverk og føringene som er gitt.

Ved behandlingen av Dokument 3:2 (2015–2016) uttalte kontroll- og konstitusjonskomiteen at de merket seg hovedfunnene i undersøkelsen, og at de støttet Riksrevisjonens anbefalinger.

2 Landbruks- og matdepartementets oppfølging

Riksrevisjonen ba i brev av 1. mars 2018 Landbruks- og matdepartementet om å gjøre rede for endringene og tiltakene som er iverksatt for å følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og for hvilke endringer og resultater som er oppnådd. Departementet svarte i brev av 13. april 2018.

2.1 Kriterier for å vurdere Statskogs forretningsvirksomhet

Departementet forventer at Statskog skal drive eiendommene effektivt og utnytte ressursene og produksjonsgrunnlaget bærekraftig. Ved verdsettinger og nyinvesteringer skal det brukes markedsbaserte avkastningskrav, jf. Prop. 1 (2015–2016).

Departementet viser til at jevnlig verdsettinger kan være et verktøy for å vurdere den økonomiske utviklingen for virksomheten over tid, men at den lange tidshorisonen i inntektsstrømmene fra skogbruket kan gjøre at dette blir lite sammenlignbart ved endringer i avkastningskravene. Departementet mener det er vanskelig å vurdere de årlige resultatene opp mot et bestemt avkastningskrav, fordi de årlige inntekts-

strømmene vil variere etter skogtilstand, drifts- og markedsforhold og virksomhetsområder, noe som gjør at en stor del av verdiøkningen i foretaket ikke blir realisert årlig.

Den beste måten å følge opp de økonomiske resultatene fra skogsdriften i foretaket på er etter departementets oppfatning å vurdere avvirkningen (hogst av skog) og investeringsnivået ut fra tilstanden i skogen, aldersfordeling, produksjonsevne og tilgjengelighet for skogsdrift. I tillegg følger departementet opp utviklingen i driftskostnader og tømmerpriser, som blir sammenlignet med gjennomsnittstall for markedet. Oppfølging av større enkeltinvesteringer skjer ifølge departementet ut fra de forutsetningene som ble lagt til grunn på investeringstidspunktet, og utviklingen i markedsforholdene etter dette.

Den økonomiske virksomheten i foretaket følges opp både i foretaksmøtet og i kontaktmøtene mellom departementet og foretaket. Siden 2016 har kvartalsresultatene og utviklingen i skogbruket vært sentrale tema på kontaktmøtene.

Høsten 2017 engasjerte departementet en ekstern rådgiver til å gjøre en ny verdivurdering av Statskog. I oppdraget ba departementet om å få vurdert inntektene, kostnadene, lønnsomheten siden 2011, verdiutviklingen, kapitalstrukturen, utbyttekapasiteten og avkastningsmålene. I tillegg ba det om en overordnet vurdering av markedet foretaket opererer i. Verdivurderingen skal ifølge departementet være med på å gi grunnlag for å vurdere om utviklingen i foretaket har vært i tråd med eierens forventninger.

2.2 Forventninger til utvikling i drift og økonomi for Kimen Såvarelaboratoriet og Staur gård

2.2.1 Kimen Såvarelaboratoriet

Landbruks- og matdepartementet oppgir at det gir styringssignaler og andre synspunkter til Kimen Såvarelaboratoriet på generalforsamlingen. Generalforsamlingen har hvert år i perioden 2015–2018 vedtatt styrets forslag til årsberetning og årsregnskap, og departementet mener at dette bekrefter at et moderat positivt resultat over tid er i tråd med eierens forventninger, forutsatt at selskapet har god soliditet. I tillegg opplyser departementet at styret er bedt om å komme tilbake til eierne med forslag til langsiktige mål for selskapets økonomiske utvikling.

2.2.2 Staur gård

På generalforsamlingen i 2015 stilte Landbruks- og matdepartementet krav om at driftsresultatet for Staur gård måtte bringes i balanse, og at selskapet skulle oppnå et overskudd på nivå med resultatet i 2012 og 2013. I tillegg ble det stilt krav om at likviditeten måtte opp på et forsvarlig nivå. Resultatet for 2016 var ikke i tråd med forventningene fra eieren, og styret ble bedt om å vurdere grunnlaget for videre drift. Dette resulterte i at departementet i Prop. 19 S (2016–2017) ba om fullmakt til å avvike selskapet og som følge av dette selge gården. Stortinget ønsket imidlertid å opprettholde driften av selskapet og vedtok at det skulle tilføres mer egenkapital. Departementet uttaler at det arbeider med å avklare selskapets framtidige driftsmodell, og når dette er avklart, vil departementet på nytt vurdere mål og forventninger til utvikling i drift og økonomi for Staur gård.

2.3 Skillet mellom konkurranseutsatt og sektorpolitisk virksomhet for Staur gård

Virksomheten på Staur gård består av både konkurranseutsatt gjestegårdsvirksomhet og sektorpolitisk virksomhet. Den sektorpolitiske virksomheten er knyttet til utleie av lokaler til forsøksvirksomhet og vedlikehold av bygningene og parkanlegget på gården, som Riksantikvaren har fredet.

Det er Landbruks- og matdepartementet som eier eiendommen, og Staur gård leier denne. I henhold til leieavtalen har Staur gård ansvar for ordinært vedlikehold av eiendommen. Departementet uttaler at det gjennomfører vedlikeholdsoppgaver som innebærer større faste investeringer, og at det ved behov har dekket ekstraordinære oppgraderinger av eiendomsmassen som det etter departementets vurdering er naturlig at eieren er ansvarlig for. Ved tilførselen av egenkapital i 2017 ble det gjort en helhetlig gjennomgang av økonomien ved Staur gård, hvor det kom fram at vedlikeholdsforpliktelsen i leieavtalen ikke var økonomisk bærekraftig med hensyn til omsetningen selskapet har. Departementet opplyser at det arbeider med å avklare hvilke områder selskapet skal satse på framover, og at det er behov for å se an hvordan økonomien utvikler seg for å kunne sette en hensiktsmessig og bærekraftig leie. Departementet oppgir at det tas sikte på å utarbeide en ny leieavtale i løpet av 2018.

2.4 Oppfølging av eierskapsutøvelsen i NIBIO

Landbruks- og matdepartementet oppgir at de i 2015 utarbeidet nye retningslinjer for delegert eierskapsforvaltning, som gjelder for NIBIOs eierskapsutøvelse i Instrumenttjenesten og ITAS Eierdrift. Det er videre etablert en plattform for samhandling og dialog mellom departementet og NIBIO om den delegerte eierskapsutøvelsen. I tildelingsbrevene til NIBIO for 2015 og 2016 ble instituttet bedt om å vurdere eierskapet i Instrumenttjenesten og ITAS Eierdrift og gi en anbefaling om hvorvidt eierskapet bør avvikles. NIBIO svarte i brev av 21. september 2016 at ITAS Eierdrift kunne avvikles, og at NIBIO ikke så behov for å beholde aksjene i Instrumenttjenesten. I etterkant av dette er det satt i gang en utredning av en samlokalisering av NIBIO på Ås, hvor det er aktuelt å ta i bruk ett av byggene som eies av et datterselskap i Instrumenttjenesten. Det vil bli tatt hensyn til dette når statens engasjement i Instrumenttjenesten skal vurderes på ny. Når det gjelder ITAS Eierdrift, er dette selskapet nå under avvikling.

3 Riksrevisjonens vurdering

3.1 Statskog

Riksrevisjonen registrerer at Landbruks- og matdepartementet følger opp utviklingen i de økonomiske resultatene fra skogsdriften i Statskog gjennom å vurdere avvikningen og investeringsnivået ut fra tilstanden i skogen, aldersfordeling, produksjonsevne og tilgjengelighet for skogsdrift. Videre registrerer Riksrevisjonen at departementet også følger opp utviklingen i driftskostnader for foretaket og sammenligner tømmerpriser med gjennomsnittlige markedspriser. Riksrevisjonen merker seg at departementet vil bruke verdivurderinger i oppfølgingen av om foretakets utvikling har vært i tråd med eierens forventninger. Riksrevisjonen forutsetter at Landbruks- og matdepartementet i oppfølgingen av den økonomiske utviklingen i foretaket legger vekt på at eiendommene drives effektivt, og at ressursene og produksjonsgrunnlaget utnyttes bærekraftig.

3.2 Kimen Såvarelaboratoriet

Riksrevisjonen merker seg at Landbruks- og matdepartementet har bedt styret om å komme tilbake til eierne med forslag til langsiktige mål for selskapets økonomiske utvikling. Riksrevisjonen forutsetter at departementet følger opp dette arbeidet.

3.3 Staur gård

Riksrevisjonen registrerer at Landbruks- og matdepartementet arbeider med en framtidig driftsmodell for Staur gård, og at departementet vil vurdere mål og forventninger til utvikling i drift og økonomi for Staur gård når driftsmodellen er avklart.

Riksrevisjonen vil følge med på dette arbeidet gjennom den årlige kontrollen av selskapet. Riksrevisjonen merker seg at det skal utarbeides en ny leieavtale mellom Landbruks- og matdepartementet og Staur gård i løpet av 2018. Etter Riksrevisjonens vurdering ga ikke leieavtalen fra 2013 klare nok vilkår for den forretningsmessige gjestegårdsvirksomheten, og revisjonen ber om det tas hensyn til dette i den nye avtalen, slik at det ikke skapes usikkerhet om offentlig støtte gis til konkurranseutsatt virksomhet. Riksrevisjonen vil gjennom den årlige kontrollen av selskapet følge arbeidet med ny leieavtale og vurdere avtalen som inngås.

3.4 NIBIO

Riksrevisjonen merker seg at NIBIO har fulgt opp Landbruks- og matdepartementets føringer fra tildelingsbrevet om å vurdere eierskapet i Instrumenttjenesten og ITAS eierdrift, og at ITAS Eierdrift nå blir avviklet. Riksrevisjonen forutsetter at Landbruks- og matdepartementet følger opp NIBIO i den pågående prosessen med å vurdere statens engasjement i Instrumenttjenesten.

Saken er avsluttet.

NSB Persontogs håndtering av alternativ transport ved innstillinger og forsinkelser – Dokument 3:2 (2015–2016)

1 Innledning

Målet med undersøkelsen var å vurdere effektiviteten i NSB Persontogs alternative transport ved innstillinger og større forsinkelser.

Dokument 3:2 (2015–2016) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014* ble overlevert Stortinget 17. november 2015. Kontroll- og konstitusjonskomiteen ga sin innstilling 1. mars 2016, jf. Innst. 186 S (2015–2016). Stortinget behandlet saken 7. april 2016.

Riksrevisjonens undersøkelse viste at det alternative transporttilbudet ikke var tilstrekkelig effektivt for passasjerene, og at det var lav kostnadseffektivitet i NSBs alternative transporttilbud. Videre var det svak koordinering mellom NSB og andre samferdselsaktører ved planlagte avvik fra ordinær togtrafikk. Samferdselsdepartementet hadde begrenset informasjon om effektiviteten i det alternative transporttilbudet.

Riksrevisjonen anbefalte at Samferdselsdepartementet videreutviklet kravene til NSBs rapportering om effektiviteten i det alternative transporttilbudet, slik at rapporteringen ville gi departementet et mer helhetlig grunnlag for å vurdere om passasjerene får et tilfredsstillende transporttilbud, og om NSB har kostnadseffektive løsninger. Riksrevisjonen anbefalte også at departementet følger opp at NSB og de andre samferdselsaktørene koordinerer innsatsen i forbindelse med innstillinger og større forsinkelser.

Ved behandlingen av Dokument 3:2 (2015–2016) viste kontroll- og konstitusjonskomiteen til Riksrevisjonens anbefalinger og støttet disse.

2 Samferdselsdepartementets oppfølging

Riksrevisjonen ba i brev av 20. februar 2018 Samferdselsdepartementet om å redegjøre for endringene og tiltakene som er iverksatt for å følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og for hvilke faktiske endringer og resultater som er oppnådd. Departementet ble også bedt om å redegjøre for eventuelle endringer i organiseringen av «buss for tog»-tilbudet og i kundetilfredsheten og for hvordan departementet ser på kostnadseffektiviteten i gjennomføringen av «buss for tog»-tilbudet. Videre stilte Riksrevisjonen spørsmål om risikoen Bane NOR SF selv har identifisert ved «buss for tog»-ordningen, hvor Bane NOR og Jernbanedirektoratet har forskjellige utregninger av hvilke kostnader dette vil medføre.

Samferdselsdepartementet svarte i brev av 3. april 2018.

2.1 Videreutvikling av kravene til rapportering av effektiviteten i det alternative transporttilbudet

Ifølge Trafikkavtalen mellom Samferdselsdepartementet og NSB for perioden 2012–2017 var NSBs rapportering av avvikstransport begrenset til en generell beskrivelse av større sporbrudd. Riksrevisjonen anbefalte Samferdselsdepartementet å videreutvikle kravene til også å omfatte rapportering av effektiviteten i det alternative transporttilbudet. Etter Samferdselsdepartementets vurdering ivaretar de nye trafikkavtalene med NSB AS for periodene 2018 og 2019–2022 Riksrevisjonens anbefaling om en mer detaljert rapportering, som vil gi departementet grunnlag for å vurdere om passasjerene får et tilfredsstillende transporttilbud, og om løsningene er kostnadseffektive. I nevnte trafikkavtaler er det etablert KPI-er for å identifisere effektiviteten i det alternative transporttilbudet. I tillegg er trafikkavtalene supplert med et eget rapporteringskapittel, som omhandler avvikstransport fordelt på områder, krav og rapporteringsfrekvens.

Parameterne vil gi en indikasjon på omfanget av alternativ transport sammenlignet med ordinær togtransport for en periode, og som egen rapport for større planlagte avvik. Videre vil rapportering av avvikskostnader per togprodukt gi en god pekepinn på hvordan ressursbruken samsvarer med omfanget av planlagte og oppståtte avvik. Tilsvarende rapporteringskrav for alternativt transporttilbud er definert i trafikkavtaler med NSB Gjøvikbanen AS, og det er forutsatt at disse blir implementert i trafikkavtaler ved konkurranseutsetting av trafikkpakker.

2.2 Oppfølging av NSB og øvrige samferdselsaktører for å styrke koordineringen ved innstillinger og større forsinkelser

Trafikkavtalen 2012–2017 med NSB AS inneholdt ingen forpliktelser for leverandøren om å samhandle med andre samferdselsaktører ved avvik i togtrafikken.

Riksrevisjonen anbefalte Samferdselsdepartementet å følge opp at NSB og de øvrige samferdselsaktørene styrket koordineringen ved innstillinger og større forsinkelser. Departementet opplyser at NSB i egen regi har etablert prosjektet «Alternativ reise» med følgende hovedmålsettinger:

- koordinere samarbeid mellom Statens vegvesen, regionale myndigheter, kollektivselskaper, togselskaper og Bane NOR
- lede fora for berørte parter for å identifisere behov for tiltak og gjøre tiltak der det pågår flere aktiviteter samtidig
- nøytral skilting ved avvikssituasjoner

Konseptet med «Alternativ reise» er i dag implementert i Østlandsområdet. Fra 1. januar 2019 har Jernbanedirektoratet forutsatt at infrastrukturforvalteren overtar ansvaret for prosjektet «Alternativ reise», og at det utvides til øvrige storbyområder, som Bergen, Trondheim, Stavanger og Bodø. Jernbanedirektoratet er i dialog med Bane NOR for å diskutere overføring av prosjektansvaret.

I de nye trafikkavtalene med NSB AS for 2018 og 2019–2022 er det stilt krav om at togoperatøren skal delta i infrastrukturforvalterens prosjekt «Alternativ reise». Tilsvarende krav er stilt i trafikkavtaler med NSB Gjøvikbanen AS, og dette skal også inn i kommende trafikkavtaler for trafikkpakkene som konkurranseutsettes.

Etter Samferdselsdepartementets vurdering er det hensiktsmessig at Bane NOR har et overordnet ansvar for koordinering, og at togoperatørene plikter å delta gjennom trafikkavtalene. En slik organisering vil legge til rette for bedre samordning av ressursene og bedre løsninger for kundene.

2.3 Organiseringen av «buss for tog»-tilbudet, kundetilfredsheten og hvordan departementet ser på kostnadseffektiviteten i gjennomføringen av «buss for tog»-tilbudet

Samferdselsdepartementet legger til grunn at NSB, som en operatør som har nettokontrakt med staten med ansvar for inntekts- og kostnadsrisikoen i trafikkavtalen, generelt har det største incitamentet til å finne de beste løsningene ut fra kundebehov og ressurseffektivitet. I Trafikkavtalen 2012–2017 med NSB AS var det færre incitamenter for togoperatøren til å finne kostnadseffektive løsninger for alternativ transport ved planlagte avvik. I trafikkavtalen for 2019–2022 med NSB AS er det forutsatt at det skal inngås «Avtale om sportilgang og bruk av tjenester» (AST) med infrastrukturforvalteren. I AST er det etablert en ytelsesordning med økonomiske incitamenter for Bane NOR og togoperatørene ved oppståtte avvik.

Etter Samferdselsdepartementets vurdering vil ytelsesordningen ved oppståtte avvik og kompensasjonsordningen ved planlagte avvik gi gode incitamenter for NSB og andre togoperatører til å finne kostnadseffektive løsninger for alternativ transport. Begge ordningene har økonomiske mekanismer, som gir togoperatøren et bedre driftsresultat dersom den etablerer kostnadseffektive løsninger for alternativ transport.

Kundens tilfredshet med avvikshåndteringen måles gjennom kundetilfredshetsundersøkelser. Gjennom undersøkelsen er det mulig å registrere kundenes synspunkter på ulike parametere, som informasjon ved avvik og kvalitet på selve bussreisen. Jernbanedirektoratet følger opp eventuelle endringer i kundetilfredsheten overfor NSB.

2.4 Usikkerhet ved kostnadsnivået på «buss for tog»-ordningen

Et viktig mål med jernbanereformen har vært å etablere et tydelig kunde-/leverandørforhold mellom Bane NOR og togselskapene og å plassere økonomisk risiko hos den aktøren som er best i stand til å redusere denne risikoen. I tillegg til at det er etablert en ytelsesordning, og økt prissetting av sentrale innsatsfaktorer, er det også gjort endringer i dekning av kostnadene for alternativ transport ved planlagte stengninger av infrastrukturen. Fra og med 2018 dekker Bane NOR 80 prosent av togoperatørenes utgifter til alternativ transport ved planlagte innstillinger, i stedet for at dette er dekket gjennom trafikkavtalen mellom togselskapene og staten. Hensikten med denne omleggingen er å gi Bane NOR et økonomisk incitament til å holde infrastrukturen åpen for trafikk i størst mulig grad, samtidig som togselskapene vil bære en andel av kostnadene, noe som gir dem motivasjon til å finne kostnadseffektive løsninger. Endringen innebærer økt økonomisk risiko for Bane NOR, siden omfanget av stengninger påvirker foretakets utgifter til alternativ transport. Det pågår nå en prosess for å detaljere og konkretisere hvilke utgiftsposter som skal være med i beregningene av Bane NORs andel av utgiftene.

3 Riksrevisjonens vurdering

Riksrevisjonen er kjent med at organiseringen av jernbanesektoren har endret seg betydelig siden undersøkelsen ble gjennomført. Riksrevisjonen registrerer at kjøp av persontransporttjenester med tog fra 1. januar 2017 er delegert til Jernbanedirektoratet.

Riksrevisjonen merker seg at det er innført endrede krav i de nye trafikkavtalene mellom Jernbanedirektoratet og NSB, og at avtalen inneholder krav om mer detaljert rapportering, som vil gi departementet bedre grunnlag for å vurdere om passasjerene får et tilfredsstillende transporttilbud, og om løsningene er kostnadseffektive.

Riksrevisjonen ser positivt på at departementet forutsetter at tilsvarende krav også blir implementert i trafikkavtaler ved konkurranseutsetting av jernbanepakker.

Riksrevisjonen registrerer at prosjektet «Alternativ reise» er etablert for å koordinere samarbeidet mellom ulike samferdselsaktører, identifisere og etablere tiltak med videre, og at dette konseptet allerede er implementert i østlandsområdet. Videre registrerer Riksrevisjonen at det er stilt tilsvarende krav i de nye trafikkavtalene, og at dette også skal inn i kommende trafikkavtaler for trafikkpakkene som konkurranseutsettes.

Videre merker Riksrevisjonen seg at det i de nye trafikkavtalene er etablert flere incitamenter for togoperatøren til å finne kostnadseffektive løsninger for alternativ transport ved planlagte avvik. I tillegg er det etablert en ytelsesordning ved oppståtte avvik. Begge ordningene har økonomiske mekanismer som skal gi togoperatøren et bedre driftsresultat dersom denne etablerer kostnadseffektive løsninger for alternativ transport.

Riksrevisjonen mener at det i årene framover, hvor det er planlagt en rekke arbeider på ulike jernbanestrekninger, er svært viktig å følge nøye med på avvikshåndteringen.

Saken er avsluttet.

Vedlegg

Vedlegg 1:
Brev og rapport til sak 1 om
godtgjørelse til styret og daglig
leder i statlig heleide selskaper

1.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i
Forsvarsdepartementet,
Helse- og omsorgsdepartementet,
Klima- og miljødepartementet,
Kommunal- og moderniseringsdepartementet,
Kulturdepartementet, Kunnskapsdepartementet,
Landbruks- og matdepartementet,
Nærings- og fiskeridepartementet,
Olje- og energidepartementet,
Samferdselsdepartementet og
Utenriksdepartementet

1.2 Statsrådenes svar

1.3 Rapport fra forvaltningsrevisjon av godtgjørelse
til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper

Vedlegg 1.1



Vår saksbehandler	22241451
Fredrik Marius Wold	Vår referanse
Vår dato	2018/01251-36
26.09.2018	Deres referanse
Deres dato	

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

FORSVARSDEPARTEMENTET
Postboks 8126 DEP
0032 OSLO

Att.: Statsråd Frank Bakke-Jensen

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Forsvarsdepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 21. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att.: Statsråd Bent Høie

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 17. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

KLIMA- OG MILJØDEPARTEMENTET
Postboks 8013 DEP
0030 OSLO

Att.: Statsråd Ola Elvestuen

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Klima- og miljødepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 14. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

KOMMUNAL- OG
MODERNISERINGSDEPARTEMENTET
Postboks 8112 DEP
0032 OSLO

Att.: Statsråd Monica Mæland

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Kommunal- og moderniseringsdepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 9. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

KULTURDEPARTEMENTET
Postboks 8030 DEP
0030 OSLO

Att.: Statsråd Trine Skei Grande

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Kulturdepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 13. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

KUNNSKAPSDEPARTEMENTET
Postboks 8119 DEP
0032 OSLO

Att.: Statsråd Jan Tore Sanner

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Kunnskapsdepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 14. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

LANDBRUKS- OG MATDEPARTEMENTET
Postboks 8007 Dep
0030 OSLO

Att.: Statsråd Bård Hoksrud

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Landbruks- og matdepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 22. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg

Utsatt offentlighet jf reavl § 18 (2)

NÆRINGS- OG FISKERIDEPARTEMENTET
Postboks 8090 Dep
0032 OSLO

Att.: Statsråd Torbjørn Røe Isaksen
Att.: Statsråd Harald T. Næsvik

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Nærings- og fiskeridepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 15. august 2018.

Statsrådene bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådenes svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

OLJE- OG ENERGIDEPARTEMENTET
Postboks 8148 Dep
0033 OSLO

Att.: Statsråd Kjell-Børge Freiberg

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Olje- og energidepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 13. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

SAMFERDSELSDEPARTEMENTET
Postboks 8010 DEP
0030 OSLO

Att.: Statsråd Jon Georg Dale

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Samferdselsdepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 15. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg

Utsatt offentlighet jf rrevl § 18 (2)

UTENRIKSDEPARTEMENTET
Postboks 8114 DEP
0032 OSLO

Att.: Statsråd Ine Eriksen Søreide

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Utenriksdepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 30. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep.
0032 OSLO

U.off.: offl. § 18

Deres ref.:
2018/01251-36

Vår ref.:
2018/821-3/FD III 2/LIN

Dato:
12.10.2018

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Jeg viser til brev fra Riksrevisjonen datert 26. september 2018, om Riksrevisjonens undersøkelse av godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig eide selskaper.

Forsvarsministeren bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger i sin eierskapsforvaltning, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen. I det videre følger Forsvarsdepartementets (FDs) kommentarer.

Riksrevisjonens merknader

Kostnadene til godtgjørelse til styret og daglig leder har i flertallet av selskapene hatt en sterkere økning enn den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet.

Forsvarsdepartementet (FD) forvalter eierskapet til Aerospace Industrial Maintenance Norway AS (AIM Norway). Styremedlemmenes godtgjørelse har de siste tre årene stått stille. I 2016 ble godtgjørelsen justert etter prisveksten. Samtidig gjennomfører vi nå en nedsalgsprosess med sikte på helt eller delvis salg av selskapet.

Etter selskapslovgivningens rollefordeling, er det styrets ansvar å fastsette godtgjørelse til daglig leder. Statens rolle som eier er å vurdere styrenes erklæringer om lederlønn og stemme over styrets retningslinjer på selskapets generalforsamling.

FD foretar en årlig gjennomgang av styrets lederlønnserklæring før denne behandles på generalforsamlingen. Blant annet vurderes om godtgjørelsesordningene er utformet for å bygge opp under selskapets mål og strategi, og hvordan styret har ivaretatt hensynet til moderasjon i godtgjørelsen til daglig leder.

Rapporteringen og åpenheten om kostnader til styret og daglig leder i årsregnskapet er utilstrekkelig.

Riksrevisjonen anbefaler at departementene «påser at regnskapslovens krav til den regnskapspliktige om å gi korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet, følges av selskapene.»

Jeg vil påpeke at det er selskapets revisor som har ansvar for å vurdere om årsregnskapet er utarbeidet og fastsatt i samsvar med lov og forskrifter, jfr. Revisorloven § 5.1. FD kan heller ikke se at selskapet ikke har fulgt regnskapslovens bestemmelser i forhold til å synliggjøre denne informasjonen i årsregnskapet for 2017. I forbindelse med nedsalgsprosessen har det naturlig nok også vært en grundig gjennomgang av alle sider ved selskapet.

Selskapenes kostnader til styreansvarsforsikringer har økt, og departementene anser ikke styreansvarsforsikringen for å være en del av godtgjørelsen til styrets medlemmer.

Fra 2015 og frem til 2017 økte kostnaden for styreansvarsforsikring for styret i AIM Norway AS med totalt 5000 kroner. Styreansvarsforsikringer økte fra 25 000 kroner i 2017 til 47 000 kroner i 2018. Hovedårsaken til økningen er oppkjøpet av Belgium Engine Center i 2016. FD avventer konklusjonene i den nye eierskapsmeldingen når det gjelder om styreansvarsforsikringen skal anses som en del av styrets godtgjørelse.

Oppfølging

FD har når det gjelder godtgjørelsen til styret og fastsettelsen av godtgjørelse til ledende ansatte vært opptatt av å følge prinsippet om balanse mellom moderasjon og hensiktsmessighet i forhold til å bidra til måloppnåelse og verdier for selskapet. Vi vil fortsette å fokusere på dette så lenge FD forvalter et statlig eierskap i selskapet.

Med hilsen



Frank Bakke-Jensen

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref
2018/01251-37

Vår ref
17/3570-17

Dato
9. oktober 2018

Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper

Vi tar Riksrevisjonens anbefalinger til etterretning. Det kan bemerkes at ingen av selskapene Helse- og omsorgsdepartementet forvalter eierskapet til er spesifikt omtalt i Riksrevisjonens saksfremstilling. Helse- og omsorgsdepartementet har hatt oppmerksomhet på vekst i godtgjørelsen til styrene og vil fortsatt ha det. Dagens nivå på godtgjørelse til styrene i selskapene Helse- og omsorgsdepartementet forvalter eierskapet til oppleves ikke å være for høyt i forhold til det ansvar styrene har og tidsbruken som forventes.

Nærings- og fiskeridepartementet har fastsatt "*Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel*" med virkning fra 13. februar 2015. Hovedprinsippene i retningslinjene om at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende, er videreført. Det skal legges vekt på moderasjon. Gjennom den formelle eierstyringen er det tydeliggjort for styrene at retningslinjene skal gjøres gjeldende i sin helhet.

Med hilsen



Bent Høie
Helse- og
omsorgsminister



Åse Michaelsen
Eldre- og
folkehelseminister



**DET KONGELIGE
KLIMA- OG MILJØDEPARTEMENT**

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref
2018/01251

Vår ref
17/2460-10

Dato
15. oktober 2018

Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 26. september 2018 om Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper. Undersøkelsen er en del av Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av det statlige eierskapet for 2017. Riksrevisjonen ber om en redegjørelse for hvordan Klima- og miljødepartementet vil følge opp merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Klima- og miljødepartementet er i sin eierskapsutøvelse opptatt av å følge opp eierskapspolitikken og prinsippene fastsatt Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap (eierskapsmeldingen). Særlig viktig i denne sammenheng er statens prinsipp 9 for god eierstyring *"Lønns- og incentivordninger bør utformes slik at de fremmer verdiskapingen i selskapet og fremstår som rimelige"*. Det fremkommer videre av eierskapsmeldingen at *"regjeringen har en ambisjon om å opprettholde et moderat nivå på styregodtgjørelsene... Staten [vil] i sin vurdering av godtgjørelse til styret i selskaper med statlig eierandel legge vekt på at godtgjørelsen skal reflektere styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet ... Staten vil også legge vekt på at styregodtgjørelsene skal bidra til riktig og god kompetanse i styret."*

Momentene ovenfor er avgjørende i Klima- og miljødepartementets samlede vurdering ved fastsettelsen av godtgjørelsen til styrene i selskapene hvor vi forvalter det statlige eierskapet. Jeg vil i tråd med eierskapsmeldingen og Riksrevisjonens anbefalinger ha oppmerksomhet

på utviklingen i godtgjørelsen til styrene fremover, samt bidra til at styrene vektlegger moderasjon i godtgjørelsen til ledende ansatte. For øvrig viser jeg til næringsministerens oversendelse og merknader til Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelsen til styret og daglig leder i statlige heleide selskaper.

Med hilsen



Ola Elvestuen



Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0130 OSLO

Unntatt offentlighet jf. offl. § 5
andre ledd

Deres ref
2018/1251

Vår ref
17/22-22

Dato
8. oktober 2018

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Jeg viser til Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper.

Kommunalbanken er eid 100 pst. av staten, og Kommunal- og moderniseringsdepartementet forvalter eierskapet. Målet med statens eierskap i Kommunalbanken AS er å legge til rette for finansiering for kommunesektoren, samtidig som selskapet skal gi staten tilfredsstillende avkastning på innskutt kapital.

Kommunalbanken ble i 2014 definert av Finansdepartementet som en systemviktig finansinstitusjon. Denne statusen førte til at Kommunalbanken ble stilt overfor nye regulatoriske pålegg og økte krav til kontroll- og rapporteringshandling. Dette påvirket både Kommunalbankens administrasjon og styrende organer.

Kommunalbanken finansierer utlån til kommunal sektor med innlån i nasjonale og internasjonale kapitalmarkeder. For å begrense finansieringsrisiko, benytter Kommunalbanken diversifiserte internasjonale markeder, valutaer og instrumenter, og har bl.a. utstedt obligasjoner i en rekke ulike markeder og valutaer. Verdien ved slutten av andre kvartal 2018 var på om lag 353 mrd. kroner. I tillegg benyttes sikringsinstrumenter med ulike internasjonale banker som motparter for å redusere rente- og valutarisiko. De betydelige kapitalmarkedsaktivitetene nasjonalt og internasjonalt omfatter svært store verdier for Kommunalbankens investorer og motparter. Styret har det overordnede ansvaret for Kommunalbankens kapitalmarkedsaktiviteter. Det er derfor viktig at godtgjørelsen til styret står i forhold til selskapets kompleksitet og virksomhetens egenart, slik Riksrevisjonen peker på.

Postadresse: Postboks 8112 Dep 0032 Oslo
Kontoradresse: Akersg. 59 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 972 417 858

Riksrevisjonen anbefaler at (1) departementene i sin oppfølging av styrene har oppmerksomhet på veksten i godtgjørelsen til styret, (2) departementene i større grad påser at styrene tar hensyn til moderasjon ved fastsettelsen av fastlønn og eventuell bonus til daglig leder og at (3) departementene påser at regnskapslovens krav til den regnskapspliktige om å gi korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet, følges av selskapene.

Når det gjelder oppmerksomhet på veksten i godtgjørelsen til styret, er dette noe som jeg er svært opptatt av. I Kommunalbanken har satsene til styret i all hovedsak blitt justert opp med veksten i lønnsutgiftene i samfunnet generelt det enkelte år. Når utgiftene til styreutvalg har økt mer enn prisveksten, skyldes altså dette hovedsakelig at styret har blitt pålagt å etablere et nytt, lovpålagt utvalg, og at omfanget av oppgaver har økt som følge av regulatoriske krav. Jeg vil fortsatt ha oppmerksomhet på at godtgjørelsene til styret står i forhold til selskapets kompleksitet og virksomhetens egenart.

Jeg vil i min dialog med styret også legge vekt på at lønnsutviklingen til daglig leder er i samsvar med kravene i retningslinjer for lønn og godtgjørelser til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel (Eierskapsmeldingen). Jeg legger til grunn at regnskapslovens krav om å gi korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet blir fulgt opp av Kommunalbanken og dens revisor.

Med hilsen



Monica Mæland

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref
2018/01251-32

Vår ref
18/1947-

Dato
10. oktober 2018

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 26. september 2018 vedlagt saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018-2019).

Det bes om redegjørelse for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Min redegjørelse til Riksrevisjonens merknader og anbefalinger følger nedenfor.

Kostnader til godtgjørelse til styret

Riksrevisjonen viser til at økningen i godtgjørelsen til styret i mange selskaper har vært større enn den generelle lønnsveksten i samfunnet. Riksrevisjonen anbefaler at departementene i sin oppfølging av styrene har oppmerksomhet på veksten i godtgjørelsen til styret.

Kulturdepartementets prosedyrer for godtgjørelse til styrene i selskapene skjer i tråd med retningslinjer og prinsipper i Meld. St. 27 (2013- 2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*.

Jeg følger opp at nivået på styregodtgjørelser er i samsvar med kravene til styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetenes kompleksitet. Departementet påser samtidig at godtgjørelsene speiler selskapenes risiko, markedseksposering, egenart, resultater, kompleksitet samt at godtgjørelsene ligger på et moderat nivå.

Jeg mener departementet har etablert systematiske og grundige prosedyrer i forbindelse med fastsettelsen av styregodtgjørelsen til våre selskaper. Godtgjørelse til styrende organer besluttet på generalforsamling, og fra 2018 fastsettes godtgjøringen til alle de fire heleide selskapene etter konsumprisindeksen (KPI).

Jeg konstaterer at godtgjørelsen til styrene i de heleide selskapene har hatt en moderat vekst i undersøkelsesperioden (2014-2017), og er i tråd med gjeldende prinsipper og retningslinjer for statens eierpolitikk. Jeg deler Riksrevisjonens anbefaling og vil fortsatt ha oppmerksomhet på veksten i godtgjørelsen til styrene.

Kostnader til godtgjørelse til daglig leder

Riksrevisjonen anbefaler at departementene i større grad påser at styrene tar hensyn til moderasjon ved fastsettelsen av fastlønn og eventuell bonus til daglig leder.

I Kulturdepartementets selskaper har behandling av lederlønnserklæringer vært et eget punkt ved avholdelse av generalforsamling i alle selskapene fra og med 2017. I generalforsamlingsnotatene, for hvert selskap, påser departementet at selskapene etterlever de aktuelle vedtekts- og lovkrav og følger statens retningslinjer for lederlønn. Jeg mener at lederlønnserklæringene og dialog om disse med selskapenes styrer, bidrar til å gi styret et godt grunnlag for å fastsette lønnsnivået for daglig leder.

Kulturdepartementet omtaler i generalforsamlingsnotatene at lederlønnsnivået skal være rimelig i forhold til selskapets størrelse og posisjon. Hovedelementet i godtgjørelsen til daglig leder skal være den faste grunnlønnen, og den samlede godtgjørelsen skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende, sammenlignet med tilsvarende selskaper, og det skal legges vekt på moderasjon i samsvar med Meld. St. 27 (2013-2014).

Jeg vurderer at lederlønnene i departementets heleide selskaper er moderate sammenliknet med andre statlige selskaper, og ligger lavere enn børsnoterte og forretningsmessige selskaper. Behovet for moderasjon i fastsettelse av lederlønningene drøftes i dialog med selskapene, men departementet presiserer at det er styret som er ansvarlig for rekrutteringen og fastsettelsen av godtgjørelsen til daglig leder. Departementet legger ikke direkte føringer på lønnsnivået utover å vise til retningslinjene og statens holdninger til moderasjon. I Kulturdepartementets årlige budsjettproposisjon inngår omtale av lederens ansettelsesvilkår i heleide statlige selskaper som eget vedlegg.

Siden alle selskapene under Kulturdepartementet i undersøkelsen er kategori 4 - selskaper anser departementet det som lite hensiktsmessig at lederne skulle motta bonus.

Jeg deler Riksrevisjonens anbefaling og vil fortsatt påse at styrene tar hensyn til moderasjon ved fastsettelsen av fastlønn og eventuell bonus til daglig leder.

Rapportering om kostnader til styret og daglig leder i årsregnskapet

Riksrevisjonen anbefaler at departementene påser at regnskapslovens krav til den regnskapspliktige om å gi korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet følges opp i selskapene.

Kulturdepartementet vektlegger åpenhet om kostnader til godtgjørelse til styret og daglig leder i de heleide selskapene.

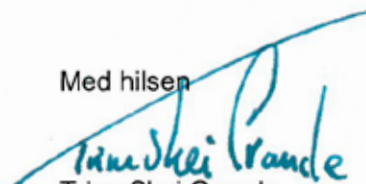
Kostnader til godtgjørelser til styret og daglig leder fremgår i notene til de revisorgodkjente årsregnskapene for selskapene. Som nevnt omtales daglig leders ansettelsesvilkår i eget vedlegg til Prop. 1 S, og er basert på tallene som fremgår av selskapenes årsregnskaper. I tillegg redegjøres det også årlig i Statens eierberetning for godtgjørelse til styret og daglig leder i selskapene.

Kostnader til styreansvarsforsikringer

Det er kun styret i Norsk Tipping AS som kjøper styreansvarsforsikring. Departementet har lagt til grunn at styreansvarsforsikring først og fremst er et spørsmål som styrene selv bør ta opp og eventuelt må ta initiativ til. Departementet har ikke eksplisitt tatt opp temaet i styringsdialogen, og dette har hittil fremstått som lite relevant å vurdere i sammenheng med fastsettelse av godtgjørelser.

Jeg konstaterer at Riksrevisjonen anbefaler overfor Nærings- og fiskeridepartementet at det i forbindelse med utformingen av den statlige eierskapspolitikken bør vurderes om styreansvarsforsikringer skal ses på som en del av styrets godtgjørelse. Departementet avventer denne vurderingen og vil endre praksis i tråd med ev. nye retningslinjer for eierpolitikken på dette området.

Med hilsen



Trine Skei Grande

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref

Vår ref
17/4168-

Dato
4. oktober 2018

Godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper - Dokument 3:2 (2018-2019)

Jeg viser til brev 26. september 2018, mottatt her 28. september 2018.

Kunnskapsdepartementet forvalter eierskapet i NSD- Norsk senter for forskningsdata AS (NSD), Simula Research Laboratory AS (Simula), UNINETT AS og Universitetssenteret på Svalbard AS. Dette hører inn under forsknings- og høyere utdanningsministerens ansvarsområder, og besvares derfor av denne.

1. Omtale av risiko

Riksrevisjonen mener det er risiko for at godtgjørelse til styrene ikke står i forhold til selskapets kompleksitet og virksomhetens egenart mv. Riksrevisjonen mener også det er risiko for at godtgjørelsen ikke gjenspeiler andre godtgjørelser som tilfaller styret gjennom vervet. Videre mener Riksrevisjonen at det er risiko for manglende åpenhet rundt prosessene og systemene som benyttes ved fastsettelse av godtgjørelsene. Riksrevisjonen mener også at det er risiko for at fastsettelse av lønn og bonus til daglig leder ikke er i samsvar med statens retningslinjer, og at det er manglende åpenhet om elementene i den samlede godtgjørelsen.

Kunnskapsdepartementet mener det er uklart om disse risikovurderingene skyldes resultater av undersøkelsen, eller om det er generelle betraktninger av risikomomenter som alltid vil foreligge og som departementene håndterer som del av eierskapsutøvelsen. Kunnskapsdepartementet mener at resultatene av undersøkelsen ikke gir grunnlag for å konkludere med det risikobildet som Riksrevisjonen trekker opp.

Departementet mener det er lite treffende og at det gir en uheldig vinkling å si at styremedlemmer og andre skal godtgjøres etter den risiko de utsettes for ved å delta i styrearbeidet. I vurderingen av godtgjørelse til styret i selskapene legger departementet vekt på at godtgjørelsen skal reflektere styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet. Dette er også ordlyden i Meld. St. 27 (2013-2014) (eierskapsmeldingen) og tilsvarende omtalen i Norsk anbefaling om eierstyring og selskapsledelse (NUES). Dersom Riksrevisjonen i rapporten vil omtale godtgjørelsen som kompensasjon for risiko, bør det komme frem at departementet har innvendinger til dette.

2. Hovedfunn og anbefalinger

2.1. Økning i godtgjørelse til styret og daglig leder

Riksrevisjonen har tidligere opplyst at den har innhentet informasjon om ulike ytelser for å få et samlet bilde av ytelsene som tilflyter daglig leder, men at pensjon ikke er medregnet i beregningene. Kunnskapsdepartementet mener at det er nødvendig å inkludere pensjon for å få et samlet bilde av godtgjørelsen til daglig leder, og viser til at f.eks. lønnen til daglig leder i Simula er reforhandlet for å tilpasse den til statens retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel. Departementet har lagt til grunn at endringer i statens pensjonspolitikk kan ha medført at enkelte ledende ansatte har blitt kompensert for dette med økt fastlønn.

Riksrevisjonen viser til at kostnadene til godtgjørelse til styret og daglig leder i flertallet av selskapene har hatt en sterkere økning enn den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet. Kunnskapsdepartementet viser til at i en undersøkelse av godtgjørelse av styrer må en bl.a. se på endringer i antall styremedlemmer. Fom. høsten 2016 ble UNIS' styre utvidet med ett styremedlem, noe som naturlig vil gi større utgifter til styregodtgjørelse. På grunn av tidligere opplysninger legger Kunnskapsdepartementet til grunn at Riksrevisjonen ikke i tilstrekkelig grad er tatt høyde for slike forhold. Kunnskapsdepartementet mener derfor at Riksrevisjonens beskrivelse og vurdering ikke er treffende for de selskaper der Kunnskapsdepartementet forvalter eierskapet. Departementet legger til grunn at godtgjørelsen til styrene i disse selskapene er rimelig, jf. statens prinsipper for godt eierskap.

2.2. Styrenes hensyn til moderasjon ved fastsettelse av lederlønn

Daglig leders godtgjørelse fastsettes av styret. Staten har utarbeidet retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel, og departementet forutsetter at styrene legger disse til grunn når de fastsetter godtgjørelse til daglig leder.

Kunnskapsdepartementet deler Riksrevisjonens vurdering av at det er viktig at styrene sørger for at lønnsutviklingen til daglig leder er i samsvar med statens retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte. Departementet kan imidlertid ikke se at det av Riksrevisjonens undersøkelse kommer frem opplysninger som gir grunnlag for anbefalingen om at Kunnskapsdepartementet i større grad påser at de aktuelle styrene tar hensyn til moderasjon ved fastsettelse av lønn og ev. bonus til daglig leder.

2.3. Åpenhet

Riksrevisjonen mener at rapporteringen og åpenheten om kostnader til styret og daglig leder i årsregnskapet er utilstrekkelig, og anbefaler at departementene påser at regnskapslovens krav følges.

Kunnskapsdepartementet viser til at selskapenes revisorer har bekreftet at regnskapene til selskapene der Kunnskapsdepartementet forvalter eierskapet, er avlagt i tråd med regelverket. Kunnskapsdepartementet mener det ikke er grunnlag for å si at det har vært mangelfull rapportering og åpenhet om kostnader til styret og daglig leder i årsregnskapet i Simula, NSD, UNINETT AS og UNIS. Kunnskapsdepartementet forutsetter at dette kommer tydelig frem i rapporten.

Med hilsen


Iselin Nybø

Kopi

Nærings- og fiskeridepartementet

**DET KONGELIGE
LANDBRUKS- OG MATDEPARTEMENT**

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs Plass
0130 OSLO

Deres ref
2018/01251

Vår ref
18/1042-

Dato
9. oktober 2018

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper 2017

Jeg viser til brev av 26. september 2018 om Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper 2017. Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Landbruks- og matdepartementet (LMD) eier to av selskapene i undersøkelsen; Staur gård AS og Statskog SF. LMD vil fortsatt utøve eierskapet i tråd med regjeringens eierskapspolitikk, og samarbeide med andre eierdepartementer, og da spesielt Nærings- og fiskeridepartementet (NFD), når det anses relevant.

Nedenfor følger mitt svar på Riksrevisjonens rapport når det gjelder Staur gård AS og Statskog. Jeg gir min tilbakemelding basert på hovedfunnene i undersøkelsen. Jeg er videre kjent med at næringsministeren har avgitt svar på Riksrevisjonens henvendelse. Jeg slutter meg til næringsministerens svar.

Kostnadene til godtgjørelse til styret og daglig leder har i flertallet av selskapene hatt en sterkere økning enn den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet

Godtgjørelse til styret

Jeg er enig i at departementet må ha oppmerksomhet på kostnadene til styregodtgjørelse. Det er flere hensyn som må tas når kompensasjon til styrene i de heleide selskapene under LMD blir vurdert. Det tas blant annet utgangspunkt i eierskapsmeldingen, der det vises til ansvar, kompetanse, tidsbruk, kompleksitet og moderasjon. Det er også hensyn som må tas som sørger for kompetente styrever som er godt sammensatte.

Postadresse: Postboks 8007 Dep 0030 Oslo
Kontoradresse: Teatergata 9 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 972 417 874

Jeg vil fremover fortsatt ha oppmerksomhet på nivået på godtgjørelsene til styrene.

Godtgjørelse til daglig leder

Det er styrets ansvar å fastsette godtgjørelse til daglig leder. Staten skal bidra til at styrene vektlegger moderasjon i godtgjørelsen til ledende ansatte. Dette vil LMD ha oppmerksomhet på i den løpende eierstyringen.

Rapporteringen og åpenheten om kostnader til styret og daglig leder i årsregnskapet er utilstrekkelig

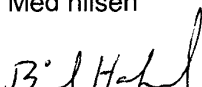
Når det gjelder selskapets årsregnskap spesielt, er det også selskapets revisors oppgave å vurdere bl.a. om årsregnskapet er utarbeidet og fastsatt i samsvar med lov og forskrifter, jf. revisorloven § 5-1. LMD som eier legger til grunn at dette ivaretas. Det er altså ikke eiers oppgave eller ansvar å påse at årsregnskapet oppfyller kravene i regnskapsloven.

På bakgrunn av forventningen i eierskapsmeldingen om åpenhet, og Riksrevisjonens anbefaling, vil LMD fortsatt oppfordre selskapene til mest mulig åpenhet og at det rapporteres om de ulike godtgjørelseselementene til ledende ansatte i årsregnskapet. Departementet vil ha oppmerksomhet på dette.

Selskapenes kostnader til styreansvarsforsikringer har økt, og departementene anser ikke styreansvarsforsikringen for å være en del av godtgjørelsen til styrets medlemmer

Statskog SF og Staur gård AS har ikke styreansvarsforsikringer.

Med hilsen


Bård Hoksrud

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref

Vår ref
17/4365-37

Dato
10. oktober 2018

Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 26. september 2018 om Riksrevisjonens undersøkelse om godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper. Undersøkelsen er en del av Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av det statlige eierskapet for 2017.

Riksrevisjonen ber om en redegjørelse for hvordan Nærings- og fiskeridepartementet (NFD) vil følge opp deres merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Arbeidet med å vurdere godtgjørelser til styret og oppfølging av styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte (lederlønnserklæring) er sentrale oppgaver for staten som eier, jf. statens prinsipp 9 for god eierstyring: *"Lønns- og insentivordninger bør utformes slik at de fremmer verdiskapingen i selskapet og fremstår som rimelige"*. Det er positivt at Riksrevisjonen belyser departementenes arbeid med dette. I det følgende gir jeg kommentarer til Riksrevisjonens anbefalinger og redegjør for hvordan NFD tar sikte på å følge opp disse. For ordens skyld gjør jeg oppmerksom på at jeg baserer mine kommentarer på Riksrevisjonens saksfremstilling og utkast til rapport (og ikke den endelige, som jeg ikke har mottatt).

Godtgjørelse til styret

Riksrevisjonen finner at *"kostnadene til godtgjørelse til styret [...] har i flertallet av selskapene hatt en sterkere økning enn den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet"* og anbefaler at *"departementene i sin oppfølging av styrene har oppmerksomhet på veksten i godtgjørelsen til styret"*.

Det å sørge for godt sammensatte og kompetente styrer er en av statens viktigste oppgaver som eier, og en hensiktsmessig kompensasjon til styrene er ett virkemiddel for å bidra til at disse selskapene oppnår statens mål med eierskapet og bidrar til fellesskapet.

Jeg er enig i at departementene må ha oppmerksomhet på veksten i godtgjørelsen til styret. Det fremgår av Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap (eierskapsmeldingen) at *"staten i sin vurdering av godtgjørelse til styret i selskaper med statlig eierandel [vil] legge vekt på at godtgjørelsen skal reflektere styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet. Staten vil også legge vekt på at styregodtgjørelsene skal bidra til riktig og god kompetanse i styret. [...] Regjeringen har en ambisjon om å opprettholde et moderat nivå på styregodtgjørelsene."* Dette vektlegges av departementet i vurderingene som gjøres av godtgjørelsene.

Det er imidlertid ikke alltid at *veksten* i godtgjørelsene gir et tilstrekkelig nyansert bilde. Ofte innebærer vurderingene av styregodtgjørelsene krevende men nødvendige avveininger, der eier må vurdere om *nivået* på godtgjørelsene i hvert enkelt styre reflekterer nivået i sammenlignbare selskaper og kriteriene som fremgår av eierskapsmeldingen jf. over (bl.a. kompetanse, ansvar, tidsbruk, kompleksitet og moderasjon). Departementet bruker mye tid på dette arbeidet hvert år. Departementets praksis på generalforsamling er å stemme for en oppjustering av styregodtgjørelse i tråd med gjennomsnittlig lønnsvekst i samfunnet i de tilfellene godtgjørelsen vurderes å ligge på et hensiktsmessig nivå ut fra de nevnte kriteriene i eierskapsmeldingen. I selskaper hvor styregodtgjørelsen har hatt et lavt utgangspunkt, kan dette i noen tilfeller ha nødvendiggjort justeringer ut over lønnsveksten i samfunnet.

Hvilken vekst kompensasjonen til styrene i de heleide selskapene vil ha fremover må derfor fortsatt følge av en helhetsvurdering av hensynene som trekkes frem i eierskapsmeldingen: ansvar, kompetanse, tidsbruk, kompleksitet og moderasjon. I denne vurderingen vil vi også ha oppmerksomhet på veksten i godtgjørelsen til styret.

Godtgjørelse til daglig leder

Riksrevisjonen finner at *"kostnadene til godtgjørelse til [...] daglig leder har i flertallet av selskapene hatt en sterkere økning enn den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet"* og anbefaler at *"departementene i større grad påser at styrene tar hensyn til moderasjon ved fastsettelsen av fastlønn og eventuell bonus til daglig leder"*.

Det fremgår av eierskapsmeldingen (statens prinsipper for god eierstyring, prinsipp 9) at *"riktig utforming av lønns- og insentivordninger kan bidra til verdiskaping i selskapet og til sammenfall mellom aksjeeiernes og selskapets interesser. Utformingen av lønns- og insentivordninger har også betydning for muligheten til å rekruttere og holde på ønsket kompetanse."*

Også for daglig ledere er imidlertid *nivå* like relevant som *vekst*. Det følger av statens retningslinjer for lederlønn at *"godtgjørelsen til ledende ansatte skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper"* og at *"styret skal bidra til moderasjon i godtgjørelsen til ledende ansatte"*. Så vidt jeg kan se har ikke Riksrevisjonen gjort en vurdering av om godtgjørelsene i selskapene har vært på et konkurransedyktig nivå. Hvilken vekst godtgjørelsene vil ha fremover må fortsatt bero på blant annet styrenes vurdering av hva som er et konkurransedyktig men ikke lønnsledende nivå.

Jeg merker meg at kostnadene til de godtgjørelseselementene Riksrevisjonen ser på har hatt en sterkere økning enn gjennomsnittlig lønnsvekst i samfunnet for et flertall av selskapene i undersøkelsen. Etter selskapslovgivningens rollefordeling, er det styrets ansvar å fastsette

godtgjørelse til daglig leder. Staten som eier kan følgelig ikke *påse* at styrene tar visse hensyn i den konkrete fastsettelsen av godtgjørelse til den enkelte leder. Jeg vil imidlertid også fremover bidra til at styrene vektlegger hensynet til moderasjon i størst mulig grad, i tråd med statens retningslinjer for lederlønn og statens prinsipper for god eierstyring.

Statens forventninger på lederlønnsområdet følges opp i dialog med de aktuelle selskapene særlig ifm. deres arbeid med lederlønn: NFD foretar en årlig og grundig gjennomgang av styrets lederlønnserklæring før denne behandles på generalforsamlingen. I den sammenhengen gjøres det normalt også en vurdering av i hvilken grad godtgjørelsesordningene er utformet for å bygge opp under selskapets mål og strategi og hvordan styret har ivare tatt hensynet til konkurransedyktig, men ikke lønnsledende nivå, samt moderasjon i godtgjørelsen til daglig leder. Forhold som vurderes å avvike fra statens retningslinjer for lederlønn, drøftes med selskapet og kan også føre til at staten stemmer i mot styrets retningslinjer under generalforsamlingens rådgivende avstemmingen om denne, eller har en protokolltilførsel når lederlønnserklæringen behandles på selskapets generalforsamling. Vurderingen av lederlønn inngår i vurderingene av styret i forbindelse med styrevalgarbeidet.

Vi vil fremover vurdere om arbeidet med oppfølging av lederlønn kan forbedres ytterligere.

For ordens skyld gjør jeg oppmerksom på at Riksrevisjonen i sin undersøkelse synes å se kun på fastlønn og bonus, og ikke på den *samlede godtgjørelsen* til daglig leder, som for unoterte selskaper er summen av fastlønn, bonus, annen godtgjørelse og pensjonskostnader. Staten som eier er opptatt av utviklingen i *samlet* godtgjørelse, jf. statens retningslinjer for lederlønn. Jeg har likevel ikke grunn til å tro at Riksrevisjonens anbefalinger ville vært annerledes dersom det ble benyttet en definisjon av godtgjørelser i tråd med statens retningslinjer.

Rapportering og åpenhet om kostnader til styret og daglig leder i årsregnskapet

Riksrevisjonen finner at *"rapporteringen og åpenheten om kostnader til styret og daglig leder i årsregnskapet er utilstrekkelig"* og anbefaler at *"departementene påser at regnskapslovens krav til den regnskapspliktige om å gi korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet, følges av selskapene"*.

Staten som eier forventer og legger til grunn at selskapene følger alle relevante lover og regler. Det er styrets ansvar å påse dette, jf. rollefordelingen mellom eier og selskapets styre i selskapslovgivningen. Når det gjelder selskapets årsregnskap spesielt, er det også selskapets revisors oppgave å vurdere bl.a. om årsregnskapet er utarbeidet og fastsatt i samsvar med lov og forskrifter, jf. revisorloven § 5-1. NFD som eier legger til grunn at dette ivaretas. Det er altså ikke eiers oppgave eller ansvar å *påse* at årsregnskapet oppfyller kravene i regnskapsloven.

Videre følger det av regnskapsloven § 7-31 og § 7-44 at det for selskaper som ikke er "store foretak" iht. til samme lov, er tilstrekkelig i notene til årsregnskapet å oppgi godtgjørelser som et samlet beløp for henholdsvis daglig leder og styret. Ved avtale om bonus og sluttvederlag og lignende skal det også opplyses om arten og omfanget av forpliktelser til å gi en eventuell bonus, overskuddsdelinger, sluttvederlag og lignende til daglig leder og styreleder, jf. regnskapsloven § 7-31 annet ledd. Etter regnskapsloven § 7-31 fjerde ledd skal det blant

annet også redegjøres for forpliktelser knyttet til aksjeverdibaserte godtgjørelser til fordel for ledende ansatte og styre. Det er nesten ingen av NFDs heleide selskaper som er *store foretak* etter regnskapsloven. Det synes ikke som om Riksrevisjonen mener at disse bestemmelsene i regnskapsloven er brutt, og NFD har heller ikke sett eksempler på dette i Riksrevisjonens undersøkelse.

Riksrevisjonen synes derimot å basere sin kritikk på at regnskapsloven oppstiller et prinsipp om at "den regnskapspliktige har ansvar for å gi korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet". Departementet antar at Riksrevisjonen her viser til bestemmelsene om at den regnskapspliktige må gi "opplysninger som er nødvendige for å bedømme den regnskapspliktiges eller konsernets stilling og resultat og som ikke fremgår av årsregnskapet for øvrig" jf. regnskapsloven § 7-1 og/eller "årsregnskapet skal gi et rettviseende bilde av den regnskapspliktiges og konsernets eiendeler og gjeld, finansielle stilling og resultat" jf. regnskapsloven § 3-2a. Hvorvidt disse generelle bestemmelsene innebærer at selskapene må gi mer informasjon i regnskapet enn det de spesielle bestemmelsene beskrevet ovenfor angir, må slik NFD forstår det, vurderes av selskapene og revisor i det enkelte tilfelle. Jeg kan ikke se at Riksrevisjonen i undersøkelsen har foretatt en slik konkret vurdering av selskapenes årsregnskaper. Jeg er heller ikke kjent med at NFD i undersøkelsesperioden har sett tilfeller hvor selskapets revisor har bemerket at regnskapet ikke oppfyller lovens krav på dette punktet.

I lys av ovennevnte vil jeg gjerne se mer dokumentasjon og vurderinger fra Riksrevisjonen før jeg eventuelt kan slutte meg til at det er grunnlag for kritikken slik den er formulert i Riksrevisjonens saksfremstilling.

Jeg vil likevel understreke at staten som eier har en klar forventning om at selskapene med statlig eierandel er åpne om viktige forhold knyttet til virksomheten, jf. eierskapsmeldingen. Departementet har derfor blant annet oppfordret selskapene til å rapportere om de ulike godtgjørelseselementene til ledende ansatte, herunder daglig leder, i årsregnskapet. Etter min vurdering har det bidratt til større åpenhet i de nyeste årsregnskapene. Jeg viser også til at departementet i den årlige publikasjonen Statens eierberetning gir en detaljert oversikt over godtgjørelser til styret og daglig leder for alle selskapene hvor staten er eier. Fra og med beretningen for 2016 er den prosentvise veksten i samlet godtgjørelse til daglig leder fra året før tatt inn. Formålet er å bidra til størst mulig åpenhet.

På bakgrunn av forventningen i eierskapsmeldingen om åpenhet og Riksrevisjonens anbefaling vil NFD fortsatt oppfordre selskapene til mest mulig åpenhet og å rapportere om de ulike godtgjørelseselementene til styret og ledende ansatte i årsregnskapet. Departementet vil ha oppmerksomhet på dette.

Styreansvarsforsikringer

Riksrevisjonen finner at *"selskapenes kostnader til styreansvarsforsikringer har økt, og departementene anser ikke styreansvarsforsikringen for å være en del av godtgjørelsen til styrets medlemmer"* og anbefaler at *"[NFD] i forbindelse med utformingen av den statlige eierskapspolitikken vurderer om styreansvarsforsikringer skal sees på som en del av styrets godtgjørelse"*.

NFD vil vurdere om styreansvarsforsikringer bør sees på som en del av styrets godtgjørelse.

Annet

Arbeidet med å vurdere godtgjørelser til styret og å følge opp styrets lederlønnserklæring er sentrale oppgaver for staten som eier. NFD vil fortsette å videreutvikle arbeidet på disse områdene som beskrevet over, bl.a. i lys av Riksrevisjonens funn og anbefalinger.

Med hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Torbjørn R. Isaksen'.

Torbjørn Røe Isaksen



**DET KONGELIGE
OLJE- OG ENERGIDEPARTEMENT**

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref

Vår ref
17/1599-

Dato
11. oktober 2018

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 26. september 2018 vedrørende godtgjørelse til styret og daglig leder i statlige heleide selskaper og foretak.

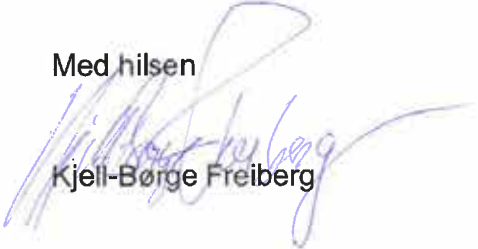
Jeg har følgende kommentarer til Riksrevisjonens anbefalinger:

Olje- og energidepartementet vil fortsatt ha oppmerksomhet på utviklingen i godtgjørelsen til styrene for selskap og foretak hvor statens eierskap forvaltes av departementet.

Som understreket i Meld. St. 27 (2013-2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap* er det styrets ansvar å fastsette godtgjørelsen til selskapets ledende ansatte. Lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Ved fastsettelsen skal styret også legge vekt på moderasjon.

Departementet vil overfor selskapene og foretakene legge til grunn at de følger regnskapslovens krav til rapportering.

Med hilsen


Kjell-Børge Freiberg

Postadresse: Postboks 8148 Dep 0033 Oslo
Kontoradresse: Akersgata 59 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 977 161 630



**DET KONGELEGE
SAMFERDSSELSDEPARTEMENT**

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Unnateke offentlegheit,
§ 5 andre ledd

Dykkar ref
2018/01251-31

Vår ref
17/1479-

Dato
11. oktober 2018

**Riksrevisjonens kontroll med forvaltninga av statlige selskap for 2017-
godtgjersle til styret og dagleg leiar i heileigde selskap**

Eg viser til brev 26. september 2018 med sak om Riksrevisjonen si undersøking av godtgjersle til styret og dagleg leiar i selskap som er heileigd av staten. Riksrevisjonen ber meg greie ut om korleis departementet vil følgje opp Riksrevisjonen sine merknader og tilrådingar, og eventuelt om departementet er usamd med Riksrevisjonen.

Innleiande merknader

Samferdselsdepartementet (SD) har i brev av 15. august gitt utfyllande kommentarar til rapportutkastet frå Riksrevisjonen. Kommentaranne gjaldt både ramma for undersøkinga og revisjonskriteria, delar av faktabeskrivinga, vurderingane i rapporten og kva informasjon som etter departementet sitt syn bør vere unnateke offentlegheit. Sidan rapporten i si heilheit ikkje er gjort kjent for SD i etterkant, vil eg gjenta nokre av kommentarane som tidlegare er gitt frå SD.

Oppfølging frå departementet

Riksrevisjonen anbefaler at eigardepartementa er merksame på veksten i godtgjersle til styra. Riksrevisjonen legg i undersøkinga særskilt vekt på kostnader forbundet med styreansvarsforsikringar og gjer uttrykk for at slike kostnader bør inngå i vurderingane av den samla godtgjersla til styret. SD har tidlegare kommentert at det verken følgjer av statens eigarskapspolitikk eller marknadspraksis at generalforsamlinga behandlar styreansvarsforsikring som ein del av samla godtgjersla til styret. Sjølv om eg saknar ei betre grunngjeving for kvifor Riksrevisjonen legg særskilt vekt på dette kostnadselementet, vil eg oppmode til at SD bidrar i vurderingar om at styreansvarsforsikring bør sjåast på som ein del av den samla godtgjersla til styret i den vidare utforminga av statens eigarskapspolitikk, slik Riksrevisjonen anbefaler.

Postadresse: Postboks 8010 Dep 0030 Oslo
Kontoradresse: Akersg. 59 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 972 417 904

Riksrevisjonen anbefaler vidare at eigardepartementa i større grad ser til at styra tek omsyn til moderasjon i fastsettinga av leiarløn. Sjølv om moderasjon er eit viktig omsyn som går fram av dei statlege retningslinjene for leiarløn, vil eg vise til at SD tidlegare har tatt opp at moderasjon er eit av fleire overordna omsyn som bør vegast mot kvarandre, irekna omsynet til å sikre riktig og god kompetanse på leiarnivå. I tillegg vil fleire andre kriterium vurderast i behandlinga av styrets erklæring om fastsetting av løn og anna godtgjersle.

Eg viser elles til at SD arbeidar systematisk og grundig med vurderingar av godtgjersle til styret, under dette kva for kriterier som er relevante i vurderinga, om fast godtgjersle ligg på riktig nivå og betydinga av at styret nyttar utval og kva for nivå godtgjersle til utvala bør ligge på. På tilsvarande vis legg SD eit betydeleg arbeid i å vurdere styra sine erklæringar om leiarløn, medrekna i kva for grad leiarlønspolitikken er i samsvar med statens retningslinjer på området og om den samla godtgjersla til daglig leiar kan vurderast å vere moderat. I samband med at SD gjer vedtak om godkjenning av årsrekneskapa til selskapa har departementet også vurdert om rapporteringa synast å vere i samsvar med krav i rekneskapslova. I den vidare eigaroppfølginga legg eg vekt på at departementet hold fram med ei slik systematisk og grundig tilnærming i vurderinga av godtgjersle til styret og utviklinga i løn og anna godtgjersle til daglig leiar samt vurderer om årsrekneskapa til selskapa på desse områda er opne nok.

Med helsing



Jon Georg Dale

Riksrevisjonen
Storgata 16
0130 Oslo

Deres ref.:
2018/01251-38

Vår ref.:
18/334 -

Dato:
10.10.2018

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Det vises til brev av 26. september 2018 og den vedlagte rapport om 'Godtgjørelse til styret og daglig leder i statlige heleide selskaper – Dokument 3:2 (2018-2019)'. Som konstitusjonell ansvarlig for Norfund vil jeg som utviklingsminister besvare Riksrevisjonens. Jeg merker meg Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger i rapporten.

Godtgjørelse til styret

Jeg opplyser om at det i Norfunds vedtekter fastslås at ordinær generalforsamling fastsetter styres godtgjørelse. I forberedelsene til regulering av godtgjøring til styret arbeider departementet grundig med begrunnelsen for å justere satsene. En viktig føring ligger i Meld St 27 (2013 – 2014) om 'Et mangfoldig og verdiskapende eierskap' der det fremkommer at *"Staten vil i sin vurdering av godtgjørelse til styret i selskaper med statlig eierandel legge vekt på at godtgjørelsen skal reflektere styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet. Staten vil også legge vekt på at styregodtgjørelsene skal bidra til riktig og god kompetanse i styret. [...] Regjeringen har en ambisjon om å opprettholde et moderat nivå på styregodtgjørelsene. Samtidig er det viktig at godtgjørelsene ligger på et nivå som bidrar til riktig og god kompetanse i styret, og som reflekterer styrets ansvar og arbeidsmengde. [...]."*

Norfunds forvaltningskapital har økt betydelig de seneste sju årene i tråd med regjeringen og stortingets ønske om årlige kapitaltildelinger til Norfund over statsbudsjettet. Norfund ses på som et sentralt virkemiddel for 'næringsutvikling og jobbskaping', som er sentrale forutsetninger for å nå FNs bærekraftsmål. Verdijustert egenkapital var ved utgangen av 2011 på drøyt kr 10 mrd med 99 investeringer. Ved utgangen av 2017 var verdijustert egenkapital nær kr 24 mrd og kommiterte investeringer var på kr 20,4 mrd, henholdsvis i 136 direkte

Postadresse:
Postboks 8114 Dep
0032 Oslo

post@mfa.no

Kontoradresse:
7. juni plassen 1
0251 Oslo

www.regjeringen.no/ud

Telefon:
23 95 00 00
Org. nr.:
972417920

Næringslivsseksjonen

investeringer og 738 indirekte investeringer. Antall ansatte i Norfund har i samme periode økt fra 49 ansatte til over 70 ansatte. I utviklingsmeldingen har regjeringen uttrykt vilje til å øke årlig kapitaltilførsel til Norfund med til sammen 50% i stortingsperioden med utgangspunkt i nivået i 2017 (kr 1,5 mrd). I budsjettproposisjonen for 2019 foreslås det et kapitaltilskudd til Norfund på kr 1 875 millioner.

Som en følge av denne satsningen har styret i Norfund fått mere krevende oppgaver og større ansvar. I vedtektene har også eier satt krav om at Norfund skal prioritere investeringer i de vanskeligste landene, dvs i Afrika sør for Sahara og i de minst utviklede landene. For å holde tritt med arbeidsbyrden må det holdes flere styremøter (opptil 10 møter i året), styrearbeidet har blitt mere omfattende og virksomhetens kompleksitet har økt. Departementet har samtidig krav på seg til å bidra til et godt sammensatt styre som har de kvalifikasjoner som trengs og som kan ta Norfund videre. Styret er en del av Norfunds ledelse og er gitt stor myndighet gjennom Norfund-loven.

Økningen i honorarsatsene til styret i Norfund har vært forsiktige over flere år. Politisk ledelse har lagt vekt på moderasjon. Styrehonoraret bør likevel være riktig i forhold til styrets rolle, oppgaver og kompleksiteten i beslutningene. Det forventes at styrerepresentantene avsetter tilstrekkelig tid til å gjøre en god jobb. Det er derfor over flere år blitt jobbet for å kalibrere styrehonoraret.

Fortsatt ligger styrehonoraret relativt lavt i Norfund sammenlignet med mange andre statlige selskaper. Styremedlemmene ser det likevel som en ære å få lov til å sitte i Norfunds styre. Jeg fant det imidlertid nødvendig ved årets justering å løfte styreleders godtgjøring. Det er forventet at hun legger ned et langt større arbeid enn øvrige styremedlemmer i det hun fronter Norfund sammen med administrerende direktør. Honoraret til styremedlemmene fikk også et lite løft i 2018, men har stort sett ligget nær årlig lønnsjustering de seneste sju år.

Fastsettelse av lønn og eventuell bonus til daglig leder

Jeg merker meg Riksrevisjonens anbefaling om at departementet i større grad påser at styret tar hensyn til moderasjon ved fastsettelsen av fastlønn og eventuell bonus til daglig leder. Godtgjørelsen til ledende ansatte skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper. Det er styrets ansvar å fastsette lønn til administrerende direktør. I de årlige styreevaluerings-samtalene gjennomgås styrets ansvar. Norfund har i år fått ny administrerende direktør. Han har fått en mindre total årlig kompensasjonspakke enn hans forgjenger. I Norfund er ikke administrerende direktør del av en bonusordning.

Før årets generalforsamling ble lederlønnserklæringen revidert og presisert for å være i overensstemmelse med *statens retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel, av 13.02.2015*.

Korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet

Styret har ansvaret med å påse at årsregnskapet inneholder korrekt og dekkende informasjon. Jeg ser det som viktig at det tilstrebes størst mulig åpenhet om Norfunds virksomhet. I eier-

styringsdialogen med Norfund vil det bli etterspurt god note-informasjon om avlønning og godtgjøringer til ledende ansatte. Dette følger av den gjennomgangen som er gjort av lederlønnserklæringen.

Med vennlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, reading "Nikolai Astrup". The signature is written in a cursive, flowing style.

Nikolai Astrup

Ordliste og forkortelser

Kompensasjonsutvalg	Et kompensasjonsutvalg/godtgjørelsesutvalg er et underutvalg av styret som velges av og blant styrets medlemmer. De viktigste arbeidsoppgavene er å sikre at selskapets lønnspolitikk er i tråd med aksjonærenes langsiktige interesser. Det er ikke noe generelt lovkrav til å etablere et godtgjørelsesutvalg i styret, men i henhold til forskrift om godtgjørelsesordninger i finansinstitusjoner, verdipapirforetak og forvaltningsselskap for verdipapirfond har bl.a. banker m.v. plikt til å ha et eget godtgjørelsesutvalg. I henhold til NUES-anbefalingen bør "Styret [...] også vurdere bruk av kompensasjonsutvalg for å bidra til grundig og uavhengig behandling av saker som gjelder godtgjørelse til ledende ansatte"
NUES	Norsk utvalg for eierstyring og selskapsledelse
Revisjonsutvalg	Et revisjonsutvalg, er et underutvalg av styret i allmennaksjeselskaper, (lov om allmennaksjeselskaper), samt i særlovgivningen for forretningsbanker (lov om forretningsbanker), sparebanker (lov om sparebanker), forsikringsselskaper (lov om forsikringsvirksomhet) og finansieringsforetak (finansieringsvirksomhetsloven). Medlemmene velges av og blant styrets medlemmer. NUES-anbefalingens kapittel 9 har også en anbefaling om at mindre selskaper bør vurdere å etablere revisjonsutvalg. Revisjonsutvalgets rolle vil kunne bidra til å øke selskapets tillit i kapitalmarkedet ved å • Bidra til økt kvalitet på den finansielle rapporteringen • Bidra til effektiv intern kontroll over finansiell rapportering • Bidra til at virksomheten etterlever lover, regler og forskrifter • Bidra til at virksomheten etterlever etiske retningslinjer Allmennaksjeloven angir revisjonsutvalgets arbeidsoppgaver. Utvalget skal • forberede styrets oppfølging av regnskaps-rapporteringsprosessen • overvåke systemene for intern kontroll og risikostyring samt selskapets internrevisjon • ha løpende kontakt med selskapets valgte revisor om revisjonen av årsregnskapet • vurdere og overvåke revisors uavhengighet

Vedlegg 1.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Staten har et betydelig eierskap i selskaper og legger vekt på å være en ledende eier når det gjelder å fremme god eierstyring og selskapsledelse. Å opprettholde strategiske konkurranseposisjoner for de statlig eide selskapene og klare å skape verdier over tid stiller store krav til styret og den daglige ledelsen i selskapene. Godtgjørelse til styret og daglig leder/administrerende direktør¹ (heretter benyttes bare betegnelsen daglig leder) er et vesentlig virkemiddel for å stimulere til god forvaltning av de statlige eierinteressene gjennom styring og ledelse. Eier(ne) fastsetter styresammensetningen og den samlede godtgjørelsen til styret gjennom generalforsamlingen, mens styret fastsetter daglig leders samlede godtgjørelse.

Det er risiko for at godtgjørelsen til styrene ikke står i forhold til selskapets kompleksitet og virksomhetens egenart. Det er også risiko for at godtgjørelsen ikke gjenspeiler andre kostnader som tilfaller styret gjennom vervet, for eksempel styreansvarsforsikringer. Videre er det risiko for at det er manglende åpenhet rundt prosesser og systemer for fastsettelse av godtgjørelse til styrene, hvilke rutiner, prosesser og vurderinger som ligger til grunn for fastsettelsen av godtgjørelsen, og hvilke elementer som inngår i den samlede godtgjørelsen.

Det er risiko for at fastsettelsen av lønn og bonus (variabel lønn)² til daglig leder ikke er i samsvar med statens retningslinjer for lederlønn, og at det er manglende åpenhet om elementene³ i den samlede godtgjørelsen.

Det framkommer av «Statens prinsipper for god eierstyring» (eierstyringsprinsippene i Meld. St. 27 (2013–2014), «Et mangfoldig og verdiskapende eierskap» (eierskapsmeldingen), at godtgjørelsen skal reflektere styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet⁴. Det enkelte styremedlem har et personlig juridisk ansvar for de vedtakene medlemmet er med på å fatte i styret. I juridisk teori vil dette ansvaret beskrives som styremedlemmets «risiko»⁵.

Det direkte statlige eierskapet skal forvaltes på en profesjonell og forutsigbar måte gjennom åpenhet om eierstyringsprinsipper, med aksept for rolledelingen i selskapslovgivningen, eierstyring gjennom generalforsamling eller lignende, og med vekt på å velge kompetente og uavhengige styrever. Videre står det i eierskapsmeldingen at god ledelse av selskapene er avgjørende både for å sikre trygge og gode rammer for næringsvirksomhet og for å nå de overordnede målsettingene for selskapene.

1) I statsforetak kalles daglig leder administrerende direktør.

2) I Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel defineres godtgjørelsesordning som «ett eller flere elementer: fastlønn og variabel lønn (bonus, aksjeprogram, opsjoner og tilsvarende), annen godtgjørelse (naturalytelser ol.) pensjonsytelser og sluttvederlag». I denne framstillingen har vi bare sett på fastlønn og bonus.

3) Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel, definisjoner: «Med godtgjørelsesordning menes ett eller flere av følgende elementer: Fast lønn, variabel lønn (bonus, aksjeprogram, opsjoner og tilsvarende), annen godtgjørelse (naturalytelser og liknende), pensjonsytelser og sluttvederlag».

4) «[A]nsvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet», jf. ordlyden i eierskapsmeldingen, s. 72.

5) Bl.a. <https://www.ageras.no/blog/styre/honorar-dette-sier-aksjeloven> og <http://www.juridiskabc.no/naeringsliv/styrearbeid/styreansvar-aksjeselskaper/>

Eierskapsmeldingen viser til at dersom nivået på styregodtgjørelse ligger for lavt er det risiko for at staten ikke får rekruttert styremedlemmer med relevant kompetanse og sørge for at styremedlemmer bruker nok tid på styrearbeidet, selv om det ikke bør være hovedmotivasjon for styrevervet.

I Innst. 140 S (2014–2015), jf. Meld. St. 27 (2013–2014), viser næringskomiteen til studier som viser at det er lite sammenheng mellom størrelsen på daglig leders godtgjørelser og om selskapet har gode resultater.⁶ Flere studier viser også at det faktisk er en negativ sammenheng mellom størrelsen på godtgjørelsen og hvordan firmaet gjør det. Det finnes et bredt utvalg av forskningsresultater på området der resultatene ikke er entydige. Komiteen viser til at det er stor oppmerksomhet knyttet til dette området, og at utviklingen i lederlønninger i selskapene med statlig eierandel samlet sett ikke har vært i tråd med skiftende regjeringers mål om moderasjon.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med revisjonen har vært å vurdere utviklingen i styrenes godtgjørelse, og departementenes oppfølging og praksis for å fastsette denne. Videre er utbredelse av styreansvarsforsikringer kartlagt. Det har også vært et mål å vurdere styrets fastsettelse av lønn og godtgjørelse⁷ til daglig leder, og om den er i samsvar med eiers forventninger og føringer.

1. Hvordan har utviklingen i godtgjørelse til styret og daglig leder i heleide statlige selskaper vært i perioden 2014–2017?
2. Hvordan er departementenes rutiner, prosesser og vurderinger for å fastsette og følge opp godtgjørelse til styret?
3. Er styrets fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder i samsvar med forventninger og føringer fra eier i enkelte utvalgte selskaper?

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

2.1 Utvalg av selskaper

Undersøkelsen omfatter 45 heleide selskaper som er direkte eid av de elleve eierdepartementene Forsvarsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Kulturdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet

Den statlige selskapsporteføljen har siden 2006 vært kategorisert i fire ulike kategorier på bakgrunn av statens begrunnelse for og mål med eierskapet. I undersøkelsen inngår alle heleide selskaper i de fire kategoriene ifølge Nærings- og fiskeridepartementet nettsider per 2. januar 2017.⁸ Vedlegg 1 i denne rapporten inneholder en oversikt over selskapene og kategoriene fordelt etter departement.

6) Philippe Jacquart J. Scott Armstrong, 17. august, 2013; The Ombudsman: «Are top executives paid enough? An evidence-based review interfaces» 43(6): 580–589.

7) Godtgjørelse i denne rapporten er fastlønn og bonus, som er et utvalg av elementer i en godtgjørelsesordning

8) <<https://www.regjeringen.no/no/tema/naringsliv/statlig-eierskap/statlig-eierskap1/id2009187/>>

Kategori 1	Selskaper med forretningsmessige mål
Kategori 2	Selskaper med forretningsmessige mål og nasjonal forankring av hovedkontorfunksjoner
Kategori 3	Selskaper med forretningsmessige mål og andre spesifikt definerte mål, det vil si andre samfunnsmessige begrunnelser med eierskapet
Kategori 4	Selskaper med sektorpolitiske mål

4 av selskapene i undersøkelsen er kategori 1-selskaper, 1 av selskapene er et kategori 2-selskap, 8 av selskapene er kategori 3-selskaper, og hele 32 av selskapene er kategori 4-selskaper. De statlig heleide selskapene utgjør en sammensatt gruppe av virksomheter med ulik størrelse, ulike formål, ulik regulering, ulik finansiering og ulik juridisk organisasjonsform.

Samtlige av de 45 statlig heleide selskapene⁹ og eierdepartementene til disse selskapene inngår i undersøkelsens problemstilling 1. Revisjonen har undersøkt utviklingen i godtgjørelsen i alle de heleide statlige selskapene. Videre har revisjonen innhentet tall fra både departementene og selskapene, og i tillegg har den gjennomgått tilgjengelige regnskaper og årsrapporter for perioden 2014–2017.

I forbindelse med problemstilling 2 har revisjonen undersøkt hvilke rutiner og prosesser hver av de elleve departementene har for å fastsette godtgjørelsen til styret og eventuelle styreutvalg. I de tilfellene der styreutvalg benyttes og godtgjøres særskilt, er disse godtgjørelsene omfattet av undersøkelsen.

Alle de elleve eierdepartementene er i utgangspunktet omfattet av undersøkelsen, men for å beskrive hvilke vurderinger departementene har lagt til grunn for å fastsette og følge opp godtgjørelsen til styrets medlemmer og styreutvalg, har revisjonen gjort et utvalg blant eierdepartementene som forvalter eierskapet i flere heleide selskaper og selskaper under disse. Kriteriene for valg av departementer til undersøkelsen var departementenes bredde i eierporteføljen, med hensyn til både selskapsform, kategorisering og selskapenes grad av markedseksposering. De utvalgte departementene er Nærings- og fiskeridepartementet, Samferdselsdepartementet, Olje- og energidepartementet og Kulturdepartementet, som samlet forvalter eierskapet i 34 heleide selskaper.

For å belyse problemstilling 3 har revisjonen innhentet informasjon fra de fire forannevnte departementene om deres arbeid med lederlønn, samt benyttet seg av resultatene fra de analysene som er gjennomført i forbindelse med problemstilling 1 og 2 i denne rapporten.

2.2 Kontakt med revisjonsobjektene

Kontakten med alle eierdepartementene har i utgangspunktet vært begrenset til skriftlig dialog med kontaktpersoner for hvert departement. Kontaktpersonene har formidlet departementenes svar. For de utvalgte eierdepartementene som er omfattet av problemstilling 2 og 3, ble det gjennomført intervju med personer fra de respektive avdelingen/seksjonene som forvalter statlig eierskap. Etter hvert intervju ble det skrevet et omforent referat som er benyttet som dokumentasjon i undersøkelsen. Dersom departementene hadde behov for å komme med ytterligere opplysninger i forbindelse med spørsmålene fra revisjonen, ble de bedt om å komme med utfyllende informasjon i referatet og/eller ettersende dokumentasjon.

9) Bane NOR SF og Nye Veier AS har vært i operativ drift i henholdsvis 1. januar 2017 og 1. januar 2016, men er likevel med i undersøkelsen. Kings Bay AS og Bjørnøen AS har felles daglig leder. Lønn til daglig leder kostnadsføres bare i Kings Bay AS.

Kontakten med selskapene har vært begrenset til brev med informasjon og revisjonen stilte konkrete spørsmål til hvert selskap vedrørende daglig leders fastlønn og bonus, samt styrets godtgjørelser. I tillegg har det blitt gjennomført en spørreundersøkelse overfor styrelederne. Opplysningene fra spørreundersøkelsen har vært viktige for å kunne si noe nærmere om styrenes organisering og arbeid med godtgjørelsen av daglig leder. Også de tallene som har blitt innrapportert fra selskapene til revisjonen, har vært viktige i den forbindelse.

Der revisjonen har hatt konkrete spørsmål om avvik i tallene fra selskapene og tallene fra årsregnskapene, har selskapene fått anledning til å uttale seg og kommentere avvikene som gjelder lønn og bonus til daglig leder. Spørsmål fra departementene og selskapene om bestillinger fra revisjonen har vært avklart via e-post eller telefon. Revisjonen har i form av brev løpende informert departementene og selskapene om kommende bestillinger.

2.3 Bruk av datamaterialet

Undersøkelsen omfatter årene 2014–2017. Etter dialog med Nærings- og fiskeridepartementet ba revisjonen høsten 2017 alle eierdepartementene og alle selskapene som var omfattet av undersøkelsen, om å komme med detaljert informasjon om styregodtgjørelser og utvalgsgodtgjørelser for styrelederen og styrets øvrige medlemmer samt lønn og andre godtgjørelser avgrenset til bonus¹⁰ til daglig leder. Øvrige godtgjørelser, som avis, telefon, bil etc., ble ikke tatt med. For å få et samlet bilde av ytelsene som tilflyter daglig leder, ble informasjon om slike tilleggssytelser framskaffet gjennom datainnhenting fra selskapene. Revisjonen sendte ut brev til hvert departement og hvert selskap hvor de ble bedt om å sende inn opplysninger om godtgjørelsene. Pensjon er ikke tatt med i beregningene. Dette er presisert flere ganger overfor eierdepartementene og selskapene i dialogen med disse og i bestillinger fra revisjonen.

Revisjonen har gjennomgått offentlig tilgjengelig informasjon fra selskapenes årsrapporter og de tallene selskapene har rapportert inn til revisjonen i forbindelse med undersøkelsen. Gjennomgangen viste at tallene fra årsrapportene og tallene selskapene hadde rapportert inn til revisjonen, i flere tilfeller ikke var sammenfallende. Revisjonen har i undersøkelsen valgt å benytte de tallene selskapene har oppgitt, fordi det er disse som er primærkilden, også til årsregnskapet. Nærings- og fiskeridepartementet har opplyst at det er selskapene som sitter på informasjonen og dette sikrer en konsistent behandling av definisjoner mv.¹¹.

Styreperioden og regnskapsåret er ikke alltid sammenfallende, og ikke alle selskaper fastsetter godtgjørelsen til styret framover i tid. Som oftest strekker styreperioden seg fra vår/sommer til neste vår/sommer, da styregodtgjørelsen vedtas i generalforsamlingen/foretaksmøtet. I beregningene har revisjonen tatt utgangspunkt i periodene fra generalforsamling til generalforsamling, det vil si de tre styreperiodene 2014–2015, 2015–2016 og 2016–2017. Godtgjørelsen til daglig leder vil normalt følge regnskapsåret i perioden 2014–2017. Daglig ledere som har avtale om bonus, får imidlertid bonusen utbetalt etterskuddsvis.

Alle eierdepartementene har kommet med tilbakemelding om hvilke retningslinjer, rutiner og prosesser som ligger til grunn for fastsettelsen av godtgjørelsen til styrets leder og styrets øvrige medlemmer.

10) I retningslinjene for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel defineres godtgjørelsesordning som blant annet fastlønn og variabel lønn (bonus, aksjeprogram, opsjoner og tilsvarende). I denne framstillingen har vi bare sett på bonus.

11) Mail av 5. oktober 2017 fra Nærings- og fiskeridepartementet

3 Revisjonskriterier

3.1 Selskapslovgivningen – aksjeloven, statsforetaksloven og helseforetaksloven¹²

De ulike selskapslovene fastsetter rammene for styrets og daglig leders virksomhet og kompetanse¹³ i de statlig heleide selskapene samt rammene for eiers styrings- og kontrollmyndighet som aksjonær.

Hvert selskap utgjør et selvstendig rettssubjekt, og generalforsamlingen eller foretaksmøtet¹⁴ er det viktigste forumet der eier blant annet fastsetter godtgjørelsen til styrets medlemmer, samt gir føringer for godtgjørelsen til daglig leder ved godkjenning av årsregnskapet, lederlønnserklæringer eller annet generalforsamlingsvedtak¹⁵. Godtgjørelsen blir fastsatt for enten foregående eller kommende år i forbindelse med at generalforsamlingen/foretaksmøtet godkjenner årsregnskapet¹⁶.

3.1.1 Rettslige rammer for styrets virksomhet, organisering og ansvar i selskapene

Styret i de statlig heleide selskapene velges av generalforsamlingen eller foretaksmøtet og består i et avtalerettslig forhold mellom selskapet som rettssubjekt og hvert enkelt medlem. Styrets ansvar er komplekst, men samtidig innskrenket av lover, vedtekter¹⁷ og eventuelle generalforsamlingsvedtak / vedtak i foretaksmøte.

Ifølge selskapslovene har styret det overordnede forvaltnings- og tilsynsansvaret i selskapet.¹⁸ Styret skal blant annet føre tilsyn med den daglige ledelsen og selskapets virksomhet for øvrig og kan fastsette instruks for den daglige ledelsen. Styret er ansvarlig for å ansette en daglig leder¹⁹ til å utøve den «daglige ledelsen»²⁰ og skal blant annet fastsette lønn og annen godtgjørelse til daglig leder.

I eierskapsmeldingen står det at styreutvalg kan være hensiktsmessig for å sikre tilstrekkelig forberedelse av sentrale temaer.²¹ Styrene organiserer fritt sin egen virksomhet og kan etablere utvalg til å utføre spesielle oppgaver i styret. Eksempler på slike utvalg er revisjonsutvalg og kompensasjonsutvalg. Etter norsk lov har styret et felles ansvar for de beslutningene som fattes. Dersom det benyttes styreutvalg, må disse betraktes som et saksforberedende organ, mens de endelige beslutningene må fattes i styret. For enkelte typer selskaper stiller loven krav om at det er etablert revisjonsutvalg. Norsk utvalg for eierstyring og selskapsledelse (NUES) har kommet med anbefalinger om styrets arbeid og etablering av styreutvalg.²² Ifølge NUES går utviklingen internasjonalt i retning av en mer utstrakt bruk av styreutvalg for å løse konkrete oppgaver for styret.

12) *Lov om aksjeselskaper* (aksjeloven), *lov om statsforetak* (statsforetaksloven) og *lov om helseforetak* (helseforetaksloven)

13) I juridisk språkbruk betyr kompetanse det myndighetsområdet en organisasjon eller person har til å treffe avgjørelser.

14) I statsforetak kalles generalforsamlingen foretaksmøte.

15) Aksjeloven § 20-4 og § 20-5, jf. § 6-10, statsforetaksloven § 19 tredje ledd, jf. § 38 og helseforetaksloven § 16.

16) For AS Vinmonopolet følger det av vinmonopolloven § 15 at "Kongen fastsetter godtgjørelsen til styrets, bedriftsforsamlingens og kontrollkomiteens medlemmer. Styret fastsetter lønnen til administrerende direktør." Myndigheten til å fastsette godtgjørelse er delegert til Helse- og omsorgsdepartementet ved kgl. res. av 30. juni 2006.

17) Aksjeloven § 6-12 første ledd første punktum, jf. § 2-2 første ledd punkt 3, statsforetaksloven § 23 og helseforetaksloven § 28.

18) Aksjeloven § 6-12 første ledd første punktum, statsforetaksloven § 23 og helseforetaksloven § 28.

19) Hvilken juridisk betegnelse som brukes på den som utøver den daglige ledelsen i selskapet, avhenger av hvilken lov som regulerer selskapsformen.

20) Aksjeloven § 6-14, statsforetaksloven § 27 og helseforetaksloven § 36.

21) St. Meld. 27 (2013–2014), punkt 8.2.9, s. 71.

22) <<http://nues.no/9-styrets-arbeid/>>

3.1.2 Lov om årsregnskap mv. – rapporteringskrav

Både statlige aksjeselskaper, statsforetak, helseforetak og særlovselskaper²³ er regnskapspliktige etter *lov om årsregnskap m.v.* (regnskapsloven).²⁴ Det stilles imidlertid ulike krav til noteopplysninger i «små foretak» og noteopplysninger i «store foretak» for godtgjørelser til både styret og daglig leder.²⁵ Flere av selskapene i denne undersøkelsen omfattes av regnskapsloven § 1-2, men oppfyller ikke kravene til å være «små foretak»²⁶ eller «store foretak» og utgjør derfor en egen gruppe av øvrige selskaper med alminnelig regnskapsplikt.

Det skal gis opplysninger i noter til regnskapet²⁷ som er tilstrekkelige til å gi et «rettvisende bilde»²⁸ av selskapets kostnader til godtgjørelse til styret og daglig leder. I forarbeidene til regnskapsloven står det at kravet til «rettvisende bilde» bør framheves særskilt også i regnskapsloven. Presiseringer av et slikt overordnet krav vil tydeliggjøre den regnskapspliktiges ansvar for å gi korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet, jf. Ot.prp. nr. 89 (2003–2004), punkt 5.6, s. 47.

I følge *Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel*, «[...] skal [styret] ha en oversikt over den totale verdien av den enkelte leders avtalte godtgjørelse og redegjøre for denne på en lett tilgjengelig måte i selskapets årsregnskap».

3.1.3 Reglement for økonomistyring i staten

I henhold til *reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet), skal staten som eier forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring. Det skal legges særlig vekt på at utøvelsen av eierskapet understøtter en klar fordeling av myndighet og ansvar mellom eieren og styret, og at målene som er fastsatt for selskapet, nås. Styring, oppfølging og kontroll skal i henhold til regelverkets § 10 tilpasses statens eierandel og selskapets egenart, risiko og vesentlighet.

3.1.4 Eierskapsmeldingen, Meld. St. 27 (2013–2014)

Staten skal ifølge Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap* (eierskapsmeldingen) utøve sitt eierskap profesjonelt og i tråd med allment aksepterte eierstyringsprinsipper og selskapslovgivningen og annet lovverk. Staten skal legge vekt på å være en ledende eier når det gjelder å fremme god eierstyring og selskapsledelse.

3.2 Styregodtgjørelser

3.2.1 Åpenhet

Staten har fastsatt ti prinsipper for god eierstyring, og disse prinsippene står i eierskapsmeldingen. Prinsipp nr. 2 går ut på at det skal være åpenhet knyttet til statens eierskapsutøvelse og selskapets virksomhet. Ifølge eierskapsmeldingen har «[å]penhet [...] betydning for tilliten til det statlige eierskapet, og som følge av det store statlige eierskapet i Norge, til det norske kapitalmarkedet. Åpenhet imøtekommer også et

23) Hvis dette følger av vedkommende særlov (for eksempel loven som gjelder for studentsamskipnadene).

24) Regnskapsloven § 1-2 første ledd første, andre og tredje punktum samt § 1-2 første ledd tolvte punktum, jf. lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) § 43.

25) Regnskapsloven § 7-31, jf. § 1-5 (små foretak), og § 7-31b, jf. § 1-6 (store foretak), jf. § 7-1 første ledd.

26) Bjørnøen AS, Kings Bay AS og Staur Gård AS er «små foretak» etter regnskapsloven.

27) Blant annet regnskapsloven § 7-11, jf. §§ 6-1 første ledd nr. 6 og 7-8 bokstav b første ledd nr. 4, § 7-31, § 7-31 bokstav b og § 7-44, jf. § 7-1 fjerde ledd, jf. § 3-2 bokstav a.

28) Regnskapsloven § 7-1 fjerde ledd, jf. § 3-2 bokstav a første ledd. «Dersom enkelte av kravene iht. regnskapslovens ordinære bestemmelser i kapittel 4 til 7 ikke gir et 'rettvisende bilde' av den regnskapspliktiges eller konsernets [...] finansielle stilling [...], kan de fravikes, og det skal da gis tilleggsoplysninger om dette i noter til årsregnskapet». «[Ordlyden][...] et rettvisende bilde [oppstiller][...] et overordnet krav til innholdet av årsregnskapet. Departementet har kommet til at kravet bør framheves særskilt også i regnskapsloven. Departementet mener at presiseringen av et slikt overordnet krav vil tydeliggjøre den regnskapspliktiges ansvar for å gi korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet», jf. Ot.prp. nr. 89 (2003–2004) punkt 5.6, s. 47).

demokratisk hensyn ved at allmennheten får tilgang til informasjon. Høy grad av åpenhet kan begrense misforståelser og øke forutsigbarheten knyttet til statens eierskapsutøvelse». Videre står det i meldingen at «[d]et påligger et ansvar om åpenhet både for staten som eier og for selskapene».

3.2.2 Moderasjon

Ifølge statens prinsipper nr. 6 om god eierstyring skal eierdepartementene ha etablert systematiske og grundige prosesser i tilknytning til evaluering og utvelgelse av styret. Men det finnes ingen lovregulering av hvordan godtgjørelsen skal fastsettes, ut over at det er generalforsamlingen eller foretaksmøtet²⁹ som skal godkjenne godtgjørelsen. Regjeringen har en ambisjon om å opprettholde et moderat nivå på styregodtgjørelsene.³⁰ Nærings- og fiskeridepartementets *Retningslinjer for forberedelse av valg til styrer i heleide selskaper (og deleide uten eksterne valgkomiteer), for Nærings- og fiskeridepartementet ved Eierskapsavdelingen* av 26. april 2013³¹ og Nærings- og fiskeridepartementets *Veiledning for vurdering av godtgjørelse til tillitsvalgte i styrende organer* av 13. januar 2017³² er også sentrale dokumenter i arbeidet for å opprettholde et moderat nivå på godtgjørelsene.

Det følger av eierskapsmeldingen at staten normalt vil stemme for tilleggsgodtgjørelse for arbeid i styreutvalg, men at dette må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle.³³ Styremedlemmer har ikke krav på godtgjørelse, med mindre det er fastsatt i vedtekter eller generalforsamlingsvedtak.³⁴ I en prinsipputtalelse fra Justis- og Beredskapsdepartementet av 9. juni 1997³⁵ heter det som en oppsummering at «[p]oenget er at loven overlater dette til forhandlinger og avtale mellom partene».

3.2.3 Forhold ved vurdering av styregodtgjørelsen

I eierskapsmeldingen står det at «[e]n faktor for å bidra til best mulig sammensatte styrer, er at styremedlemmene tilbys styregodtgjørelse for arbeidet som reflekterer styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet. Riktig kompensasjon kan være viktig for å tiltrekke seg relevant kompetanse og sørge for at styremedlemmer bruker nok tid på styrearbeidet, selv om det ikke bør være hovedmotivasjonen for styrevervet». Dette samsvarer med *Norsk Anbefaling for eierstyring og selskapsledelse (NUES)*³⁶ punkt 11.

Videre står det i eierskapsmeldingen punkt 8.2.10 at staten også vil legge vekt på at styregodtgjørelsene skal bidra til riktig og god kompetanse i styrene, og at styreleder bør godtgjøres særskilt i tråd med det større omfanget av oppgaver som normalt ligger til dette vervet.

29) I aksjeloven § 6-10 og statsforetaksloven § 19 tredje ledd står det at godtgjørelse til styret skal fastsettes av generalforsamlingen/foretaksmøtet.

30) Meld. St. 27 (2013–2014), punkt 8.3.2, s. 78.

31) revisjonen har hatt tilgang til Retningslinjer for forberedelse av valg til styrer i heleide selskaper (og deleide uten eksterne valgkomiteer), for Nærings- og fiskeridepartementet ved Eierskapsavdelingen for årene 2016 og 2017.

32) Veilederen skal gi en «mest mulig enhetlig tilnærming på tvers av avdelingene i Nærings- og fiskeridepartementet, men også overfor de andre eierdepartementene», og i tilnærmingen til fastsettelse av godtgjørelse skal det tas utgangspunkt i de kriteriene som følger av eierskapsmeldingen.

33) Meld. St. 27 (2013–2014), punkt 8.2.10, s. 72.

34) Aksjeloven skiller ikke mellom godtgjørelse for faste styremedlemmer, varamedlemmer og observatører mv., jf. Kommunal- og arbeidsdepartementets brev av 6. mai 1997 om forståelsen av aksjelovens regler om styrehonorar.

35) 1997/4795 E.

36) Anbefalingen er ikke rettslig bindende for aksjeselskaper, og den tar heller ikke spesielt sikte på slike selskaper. Den er likevel anbefalt som standard i eierskapsmeldingen.

3.2.4 Styreansvarsforsikring

Styreansvaret har i de senere år blitt skjerpet i lov og rettspraksis med en betydelig vekst i styreansvarssaker for domstolene.³⁷ Det følger av selskapslovgivningen³⁸ at styrelederen og det enkelte styremedlem har et personlig ansvar for de vedtakene de er med på å stemme *for* i styret, og må være forberedt på de følgene hvert vedtak vil få.³⁹ Aksjeloven⁴⁰ beskriver handleplikter for styret og styrets medlemmer. Hvis denne handleplikten forsømmes, kan det enkelte styremedlem bli stilt til ansvar.⁴¹ På områder som ikke er lovregulert, må det vurderes om styret har utvist «uaktsomhet». Loven åpner for at alle som har økonomisk tap på grunn av styrets klanderverdige eller uaktsomme opptreden, kan rette kravet mot styret eller enkeltmedlemmer (kollektivt ansvar). Et styremedlem hefter med hele sin personlige formue.

For å avhjelpe denne risikoen for økonomisk tap kan styrene tegne styreansvarsforsikring for enkeltmedlemmer eller for styret samlet. Selv om en forsikring ikke dekker alle sider ved styrevirket, er en forsikring en kostnad for selskapet og et gode for styremedlemmet.⁴² «[D]et har vært antatt at styreansvarsforsikring må regnes som en godtgjørelse, og således må besluttet av generalforsamlingen», jf. Reiersen (2007)⁴³

3.3 Godtgjørelse til daglig leder

Prinsipp nr. 9 i *statens prinsipper for god eierstyring og selskapsledelse* uttrykker at lønns- og incentivordninger bør utformes slik at de fremmer verdiskaping i selskapet og framstår som rimelige. Ifølge eierskapsmeldingen kan «[r]iktig utforming av lønns- og incentivordninger [...] bidra til verdiskaping i selskapet og til sammenfall mellom aksjeeiernes og selskapets interesser. Utformingen av lønns- og incentivordninger har også betydning for muligheten til å rekruttere og holde på ønsket kompetanse».

3.3.1 Åpenhet

På samme måte som for godtgjørelsen til styrets medlemmer bør det være åpenhet⁴⁴ om fastsettelsen av godtgjørelsen til daglig leder.⁴⁵ For daglig leder legger ikke lovgivningen føringer for hvilke godtgjørelser som kan følge med stillingen, eller størrelsen på de eventuelle godtgjørelsene som gis til daglig leder. Dette er elementer som fastsettes i en avtale mellom selskapet ved styret og daglig leder. Begrunnelsen for at det gjøres på denne måten, er at aksjonærene, gjennom styret, skal kunne avgjøre hva slags godtgjørelse som er i selskapets og aksjonærenes interesse. Styret må sørge for at størrelsen på den samlede godtgjørelsen til daglig leder er i samsvar med eiers forutsetninger. Styret skal også passe på at godtgjørelsesordningene ikke gir uheldige virkninger for selskapet eller svekker selskapets omdømme.⁴⁶

Ifølge retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel gjøres reglene om lederlønnserklæringer i lov om allmennaksjeselskaper (allmennaksjeloven – asal – § 6-16 bokstav a, jf. § 5-6) gjeldende gjennom vedtektsbestemmelser for alle selskaper som staten har eierandel i, og som ikke defineres som «små foretak», jf. regnskapsloven § 1-6. Dette gjelder

37) Advokatfirmaet Schjødt hadde i 2015 en gjennomgang av antallet dommer som omhandlet styreansvar, og utviklingen i antallet slike dommer i perioden fra 2000 til 2014. Opptellingen viste at antallet styreansvarssaker økte kraftig i perioden, og at styreansvaret er høyst reelt i Norge. Trenden er den samme i perioden 2016 til 2018, jf. søk i Lovdata.

38) Aksjeloven § 17-1 første og andre ledd, statsforetaksloven § 56 og helseforetaksloven § 49.

39) I forarbeidene framheves det at erstatningsansvaret er en viktig reaksjonsmåte dersom selskapsledelsen tilsidesetter plikter aksjeloven pålegger dem, jf. NOU 1996:3, s. 82 f. og s. 130 f.

40) Lov om statsforetak (statsforetaksloven), lov om helseforetak (helseforetaksloven) og særlovgivningen bygger på aksjelovens system.

41) Aksjeloven § 17-1 første og andre ledd, statsforetaksloven § 56 og helseforetaksloven § 49.

42) Det enkelte styremedlem kan i tillegg inngå private styreansvarsforsikringer for å avhjelpe den risikoen han eller hun utsetter seg for ved å delta i styrearbeid.

43) Se også kommentar til aksjeloven § 6-10 i Aarbakke mfl. (2012)

44) Åpenhetsprinsippet følger av statens prinsipper for godt eierskap, prinsipp nr. 2

45) Meld. St. 27 (2013–2014), s. 70.

46) Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel av 13. februar 2015.

uavhengig av selskapsform og gjelder også helseforetak.⁴⁷ Retningslinjene skal formidle hvilke forhold staten vil legge vekt på i sin stemmegivning når styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte behandles på selskapets generalforsamling, foretaksmøte eller lignende.

Det skal årlig utformes en lederlønnserklæring for hvert selskap, som det enkelte eierdepartement skal vurdere i forkant av generalforsamlingen/foretaksmøtet. Erklæringene skal behandles i selskapenes ordinære generalforsamling/foretaksmøte. I henhold til allmennaksjeloven § 5-6 tredje og fjerde ledd skal det avholdes en rådgivende avstemning over styrets lederlønnserklæring det kommende regnskapsåret. Lederlønnserklæringen godkjennes som en del av årsregnskapet og behandles også som eget punkt på generalforsamlingen. Eier kan protokollføre eventuelle synspunkter ved avvik fra statens retningslinjer.

3.3.2 Kriterier ved vurdering av lederlønn

*Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel*⁴⁸ angir hvilke forhold staten vektlegger når styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte behandles i generalforsamlingen, foretaksmøtet eller lignende. I retningslinjene framheves det at det er selskapet selv som har myndighet til å fastsette lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte.

Hovedprinsipper for fastsettelse av godtgjørelsesordninger i statens retningslinjer for lederlønn er blant annet at det skal legges vekt på moderasjon, at godtgjørelsen skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende sammenliknet med tilsvarende selskaper. At fastlønnen bør være hovedelementet i godtgjørelsesordningen og at ordningene utformes slik at det ikke oppstår urimelig godtgjørelse på grunn av eksterne forhold som ledelsen ikke kan påvirke.

For daglig leder vil den samlede godtgjørelsen avhenge av hva som er avtalt med styret i den framforhandlede arbeidsavtalen. Dette kan være fastlønn, variabel lønn (bonus), pensjon og eventuelle andre ytelser. Staten som eier legger til grunn at styret følger statens *Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel*.

Dersom det benyttes bonus, skal bonusordningen følge visse prinsipper, for eksempel at det skal være en klar sammenheng mellom de målene som ligger til grunn for den variable lønnen, og selskapets mål. Videre skal bonusordningen være basert på objektive, definerbare og målbare kriterier som lederen kan påvirke. Ordningen skal være transparent, klart forståelig og tidsbegrenset, og det maksimale beløpet for utbetalingen bør ikke overstige 50 prosent av fastlønnen.⁴⁹

47) <<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nye-retningslinjer-for-lonn-og-annen-godtgjorelse-til-ledende-ansatte-i-foretak-og-selskaper-med-statlig-eierandel/id2400900/>> forventer at statens retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel også gjelder for helseforetakene.>

48) Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel av 13. februar 2015.

49) Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel av 13. februar 2015.

4 Resultatet av undersøkelsen

4.1 Utviklingen i godtgjørelse til styret og daglig leder i statlig heleide selskaper i perioden 2014–2017

Godtgjørelsen til styret består av den faste årlige godtgjørelsen og eventuelle styreutvalgsgodtgjørelser som er vedtatt i generalforsamling. Alle eierdepartementene opplyser at godtgjørelsen til styrene i det vesentligste skal følge den generelle lønnsveksten i samfunnet dersom godtgjørelsen vurderes å ligge på riktig nivå. Det er imidlertid forskjeller departementene imellom når det gjelder hvorvidt de tar utgangspunkt i konsumprisindeksen (KPI)⁵⁰ fra Statistisk sentralbyrå, beregninger fra Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU)⁵¹ eller andre lignende indekser eller prosentmål. Nærings- og fiskeridepartementet anbefaler eierdepartementene å rette seg etter TBU⁵² når de skal fastsette godtgjørelsen til tillitsvalgte i styrende organer.

De prosentvise beregningene i KPI og beregningene fra TBU er ulike fra år til år, men når det gjelder gjennomsnittlig årlig vekst basert på år-til-år-vekstratene for perioden 2015–2017, gir indeksene et tilnærmet likt utfall på 2,5 prosent. Tabellen under viser forholdet mellom KPI og TBU.

	2014–2015	2015–2016	2016–2017	Geometrisk gjennomsnitt i perioden 2015–2017*
KPI	2,0	3,6	1,8	2,5
TBU	2,5	2,3	2,8	2,5

* Årlig geometrisk gjennomsnitt (gjennomsnittlig årlig vekst basert på år-til-år-vekstratene for perioden 2015–2017).

Beregningene kan variere fra departement til departement avhengig av om godtgjørelsen beregnes framover eller bakover i tid fra generalforsamlingen. Det mest vanlige er imidlertid at godtgjørelsene til styrets leder og øvrige medlemmer fastsettes framover i tid.

50) Hensikten med konsumprisindeksen (KPI) er å ha en levekostnadsindeks som skal gi svar på hvilken inntekstkompensasjon som er nødvendig for at en gjennomsnittlig husholdning skal kunne opprettholde sin levestandard når prisene på varer og tjenester endres. KPI måler i all hovedsak prisutviklingen på en fast varekurv som endres årlig.

51) Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU) legger til rette for at partene i arbeidslivet og myndighetene skal ha en best mulig felles forståelse av situasjonen i norsk økonomi. TBU lager vanligvis to rapporter hvert år. Den første rapporten blir laget før lønnsoppgjørene. Den andre rapporten kommer i juni og er en oppsummering av lønnsoppgjørene i inneværende år. Det oppgis en gjennomsnittsprosent for lønnsveksten.

52) I Veiledning for vurdering av godtgjørelsen til tillitsvalgte i styrende organer står det at det «anbefales en justering i tråd med alminnelig lønnsvekst foregående år».

4.1.1 Utviklingen i samlet godtgjørelse til styrene i perioden 2014–2017

Tabell 1 Samlet godtgjørelse til styret (inkludert styrevalg) for hvert selskap (eksklusiv styreansvarsforsikring) og gjennomsnittlig vekst i samlet godtgjørelse til styrene, tall for perioden 2014–2017

Selskap	Eier	Total godtgjørelse til styret vedtatt for 2015 i 2014	Total godtgjørelse til styret vedtatt for 2016 i 2015	Total godtgjørelse til styret vedtatt for 2017 i 2016	Utvikling i kroner 2014–2017	Gjennomsnittlig årlig vekst i perioden 2015–2017
Aerospace Industrial Maintenance Norway AS (AIM Norway)	FD	kr 1 249 000	kr 1 284 000	kr 1 310 000	kr 61 000	2,4 %
AS Vinmonopolet	HOD	kr 1 114 750	kr 1 286 150	kr 1 215 986	kr 101 236	4,4 %
Helse Midt-Norge RHF	HOD	kr 1 371 000	kr 1 166 000	kr 1 313 000	kr -58 000	-2,1 %
Helse Nord RHF	HOD	kr 1 338 000	kr 1 196 000	kr 1 603 000	kr 265 000	9,5 %
Helse Sør-Øst RHF	HOD	kr 1 801 848	kr 1 717 000	kr 1 812 176	kr 10 328	0,3 %
Helse Vest RHF	HOD	kr 1 287 000	kr 1 202 000	kr 1 277 000	kr -10 000	-0,4 %
Norsk Helsenett SF	HOD	kr 1 066 940	kr 958 567	kr 1 083 099	kr 16 159	0,8 %
Norsk senter for forskningsdata AS (NSD)	KD	kr 330 000	kr 340 000	kr 387 900	kr 57 900	8,4 %
Simula AS	KD	kr 400 000	kr 461 425	kr 509 150	kr 109 150	12,8 %
Uninett AS	KD	kr 330 000	kr 349 100	kr 402 900	kr 72 900	10,5 %
Universitetssenteret på Svalbard AS (UNIS)	KD	kr 709 993	kr 980 447	kr 909 032	kr 199 039	13,2 %
Bjørnøen AS	KLD	kr 46 000	kr 68 000	kr 68 000	kr 22 000	21,6 %
Kings Bay AS	KLD	kr 330 000	kr 552 000	kr 552 500	kr 222 500	29,4 %
Kommunalbanken AS	KMD	kr 1 405 000	kr 1 913 000	kr 2 070 000	kr 665 000	21,4 %
Den Norske Opera & Ballett AS	KUD	kr 435 660	kr 526 562	kr 473 745	kr 38 085	4,3 %
Nationaltheatret AS	KUD	kr 389 043	kr 403 493	kr 417 892	kr 28 849	3,6 %
Norsk rikskringkasting AS (NRK)	KUD	kr 998 400	kr 1 035 400	kr 1 044 990	kr 46 590	2,3 %
Norsk Tipping AS	KUD	kr 1 207 000	kr 1 224 000	kr 1 303 000	kr 96 000	3,9 %
Statskog SF	LMD	kr 746 000	kr 754 000	kr 779 000	kr 33 000	2,2 %
Staur Gård AS	LMD	kr 150 000	kr 180 000	kr 180 000	kr 30 000	9,5 %
Ambita AS	NFD	kr 950 000	kr 939 345	kr 1 047 050	kr 97 050	5,0 %
Argentum AS	NFD	kr 865 000	kr 974 000	kr 1 006 000	kr 141 000	7,8 %
Baneservice AS	NFD	kr 1 791 000	kr 1 749 000	kr 1 764 000	kr -27 000	-0,8 %
Electronic Chart Centre AS (ECC)	NFD	kr 452 708	kr 303 364	kr 276 801	kr -175 907	-21,8 %
Eksportkreditt AS	NFD	kr 1 258 000	kr 1 297 000	kr 1 347 000	kr 89 000	3,5 %
Flytoget AS	NFD	kr 1 115 500	kr 1 185 000	kr 1 198 000	kr 82 500	3,6 %
GIEK Kredfr. AS	NFD	kr 976 400	kr 1 076 432	kr 1 171 965	kr 195 565	9,6 %
Investinor AS	NFD	kr 1 163 000	kr 873 000	kr 907 000	kr -256 000	-11,7 %
Mesta AS	NFD	kr 1 972 000	kr 2 066 350	kr 1 990 200	kr 18 200	0,5 %
Norges Sjømatråd AS	NFD	kr 790 000	kr 840 000	kr 989 000	kr 199 000	11,9 %
Posten AS	NFD	kr 2 374 000	kr 2 471 000	kr 2 491 000	kr 117 000	2,4 %

Tabell 1 Samlet godtgjørelse til styret (inkludert styreutvalg) for hvert selskap (eksklusiv styreansvarsforsikring) og gjennomsnittlig vekst i samlet godtgjørelse til styrene, tall for perioden 2014–2017						
Selskapet for Industrivekst SF (SIVA)	NFD	kr 1 140 000	kr 1 174 000	kr 1 205 000	kr 65 000	2,8 %
Store Norske Spitsbergen Kullkompani AS (SNSK)	NFD	kr 1 789 000	kr 1 364 000	kr 1 527 000	kr -262 000	-7,6 %
Space Norway AS	NFD	kr 400 000	kr 416 000	kr 457 200	kr 57 200	6,9 %
Statkraft SF	NFD	kr 2 664 100	kr 2 752 000	kr 2 651 500	kr -12 600	-0,2 %
Enova SF	OED	kr 1 740 460	kr 1 105 500	kr 2 208 000	kr 467 540	12,6 %
Gassco AS	OED	kr 1 732 000	kr 1 781 000	kr 1 809 000	kr 77 000	2,2 %
Gassnova SF	OED	kr 1 221 996	kr 1 155 006	kr 1 284 000	kr 62 004	2,5 %
Petoro AS	OED	kr 1 690 000	kr 1 737 000	kr 1 778 000	kr 88 000	2,6 %
Statnett SF	OED	kr 2 370 500	kr 2 440 000	kr 2 527 000	kr 156 500	3,2 %
Avinor AS	SD	kr 2 411 500	kr 2 587 250	kr 2 644 000	kr 232 500	4,7 %
Bane NOR SF	SD	kr -	kr -	kr 2 109 700	kr -	
NSB AS (Norges Statsbaner)	SD	kr 2 713 000	kr 3 124 000	kr 3 122 000	kr 409 000	7,3 %
Nye Veier AS	SD	kr -	kr 1 288 667	kr 1 581 854	kr 293 187	
Norfund	Udp	kr 699 000	kr 727 000	kr 759 000	kr 60 000	4,2 %

53

Kilde: Tall oppgitt av selskapene

Tabell 1 viser at 36 selskaper har hatt en økning i samlet godtgjørelse til styret i perioden 2015–2017, og for 27 av styrene har utviklingen i samlet godtgjørelse i perioden økt mer enn den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet på 2,5 prosent⁵⁴. For åtte selskaper har den gjennomsnittlige veksten i samlede kostnader til styret vært høyere enn 10 prosent. Disse åtte selskapene er Simula AS, Uninett AS, Universitetssenteret på Svalbard AS, Bjørnøen AS, Kings Bay AS, Kommunalbanken AS⁵⁵, Norges sjømatråd AS og Enova SF. Sju selskaper har hatt en gjennomsnittlig reduksjon i samlede kostnader til styret i perioden 2015–2017.

Undersøkelsen viser at den samlede vekst/reduksjon i kostnadene til styret kan påvirkes av blant annet endringer i antallet medlemmer, antallet utvalg og antall møter i utvalg som honoreres per møte.

4.1.2 Utviklingen i bruk av og godtgjørelse til styreutvalg i perioden 2014–2017

Styrene kan ha både faste styreutvalg og styreutvalg av mer midlertidig karakter. Svarene fra spørreundersøkelsen til de 45 styrelederne viser at 11 selskaper i 2017 ikke hadde styreutvalg, men kun møter i plenum, mens 34 styreleder hadde styremøter både i plenum og i ett eller flere styreutvalg. Opplysninger fra styrelederne viser at antallet styreutvalg i selskapene har økt vesentlig, fra 18 faste og 2 midlertidige styreutvalg i 2014 til 28 faste og 6 midlertidige styreutvalg i 2017. Styrelederen satt selv i ett eller flere styreutvalg i 28 av selskapene i 2017.

Det er hovedsakelig to typer styreutvalg som benyttes: kompensasjonsutvalg (også kalt godtgjørelsesutvalg) og revisjonsutvalg. Kompensasjonsutvalgets hovedoppgave

53) NSB har i sine tall til Riksrevisjonen inkludert lønn til ansattrepresentanter i styret. Ansattrepresentantene får ikke noe eget honorar. Dette går inn i alminnelig lønn.

54) Årlig geometrisk gjennomsnitt (gjennomsnittlig årlig vekst basert på år-til-år-vekstratene for perioden 2015–2017).

55) Samlet kostnad til Kommunalbanken AS påvirkes av at selskapet i mai 2014 ble gitt status som systemviktig finansinstitusjon. Som en direkte følge av dette måtte selskapet etablere et risikoutvalg. Godtgjørelsen ble vedtatt på generalforsamlingen i 2015 og etterbetalt for 2014.

er å sikre at selskapets generelle lønnspolitikk er i tråd med aksjonærenes langsiktige interesser. Revisjonsutvalget er et forberedende og rådgivende arbeidsutvalg for styret i forbindelse med styrets utøvelse av sin plikt til å utføre regnskapsrapportering, revisjon og intern kontroll, samt styrets arbeid med å sørge for den samlede risiko-styringen. 22 av de 45 styrene i undersøkelsen hadde kompensasjonsutvalg, og 19 av 45 hadde revisjonsutvalg. Noen av styrene hadde både revisjonsutvalg og kompensasjonsutvalg. To av styrene hadde budsjettutvalg, og ett styre hadde et HMS-utvalg. Noen få styrever oppretter i enkelte tilfeller også midlertidige utvalg, for eksempel prosjektutvalg.

Styremedlemmenes godtgjørelse for å delta i faste og midlertidige styreutvalg skal ifølge aksjeloven fastsettes i generalforsamlingen/foretaksmøtet. Styremedlemmene i ulike utvalg godtgjøres på forskjellig måte, men som regel gis det en fast årlig godtgjørelse til hvert styremedlem for hvert utvalg medlemmet sitter i. I noen selskaper får det enkelte utvalgsmedlem godtgjørelse per møte. I generalforsamling fastsettes også godtgjørelsen til de midlertidige styreutvalgene.

Tabell 2 Utviklingen i godtgjørelse til styreutvalg i de 22 selskapene med styreutvalg i perioden 2014–2017

Selskap	Eier	Kategori	Godtgjørelse til styreutvalg 2014–2015	Godtgjørelse til styreutvalg 2015–2016	Godtgjørelse til styreutvalg 2016–2017	Utvikling i kroner i fra 2014/2015 til 2016/2017	Utvikling i prosent i fra 2014/2015 til 2016/2017
Kommunalbanken AS	KMD	3	kr 287 000	kr 607 000	kr 633 000	kr 346 000	121 %
Statkraft SF	NFD	3	kr 389 250	kr 401 950	kr 392 500	kr 3 250	1 %
Statnett SF	OED	4	kr 257 500	kr 265 000	kr 292 000	kr 34 500	13 %
Nye Veier AS	SD	4	kr -	kr -	kr 240 480	kr 240 480	
Avinor AS	SD	4	kr 156 000	kr 179 250	kr 178 250	kr 22 250	14 %
GIEK Kredittforsikring AS	NFD	3	kr 275 675	kr 385 034	kr 167 325	kr -108 350	-39 %
NSB AS	SD	3	kr 157 000	kr 161 000	kr 166 000	kr 9 000	6 %
Helse Sør-Øst RHF	HOD	4	kr 120 000	kr 120 000	kr 127 000	kr 7 000	6 %
Norsk Tipping AS	KUD	4	kr 121 500	kr 123 333	kr 126 850	kr 5 350	4 %
Posten Norge AS	NFD	3	kr 117 138	kr 120 765	kr 124 266	kr 7 128	6 %
Mesta AS	NFD	1	kr 155 600	kr 153 100	kr 124 200	kr -31 400	-20 %
Investinor AS	NFD	3	kr 100 000	kr 87 700	kr 90 100	kr -9 900	-10 %
SNSK AS	NFD	4	kr 75 500	kr 78 000	kr 80 000	kr 4 500	6 %
Helse Vest RHF	HOD	4	kr 58 000	kr 61 000	kr 68 000	kr 10 000	17 %
Helse Midt-Norge RHF	HOD	4	kr 60 000	kr 60 000	kr 64 000	kr 4 000	7 %
Helse Nord RHF	HOD	4	kr 68 000	kr 60 000	kr 61 000	kr -7 000	-10 %
Ambita AS	NFD	1	kr 16 000	kr 17 750	kr 52 800	kr 36 800	230 %
Argentum AS	NFD	3	kr 50 000	kr 50 000	kr 50 000	kr -	0 %
Eksportkreditt AS	NFD	4	kr -	kr -	kr 50 000	kr 50 000	
Gassco AS	OED	4	kr 30 000	kr 30 000	kr 30 000	kr -	0 %
Petoro AS	OED	4	kr 20 000	kr 20 000	kr 20 000	kr -	0 %
Flytoget AS	NFD	1	kr 20 000	kr 16 500	kr 8 250	kr -11 750	-59 %

Kilde: Tall oppgitt av selskapene

Tabell 2 viser at kostnadene til styreutvalg og antallet selskaper som har styreutvalg, har økt i perioden 2014–2017, og at for ti selskaper har kostnadene til styreutvalg økt med mer enn 5 prosent i perioden. Kommunalbanken AS og Ambita AS har hatt en utvikling i samlede kostnader til styreutvalg i perioden på henholdsvis 121 prosent og 230 prosent. For fem selskaper har imidlertid kostnadene til styreutvalg gått ned med mellom 10 og 59 prosent fra 2014 til 2017. De samlede kostnadene til styreutvalg i alle selskapene har økt fra ca. 2,5 millioner kroner i 2014 til drøyt 3,15 millioner kroner i 2017, uavhengig av når styreutvalgene ble etablert. Dette er en økning på 24,14 prosent i perioden.

4.1.3 Utviklingen i kjøp av og kostnader til styreansvarsforsikringer i perioden 2014–2017

Informasjon fra selskapenes styreledere viser at antallet selskaper som har styreansvarsforsikring, har økt fra 22 i styreperioden 2014–2015 til 29 i styreperioden 2016–2017. Styrelederne begrunner kjøpet av styreansvarsforsikring med at det i dag er vanlig for styrer å kjøpe slik forsikring. Som begrunnelse for å kjøpe slike forsikringer trekker enkelte styreledere fram selskapets økonomiske situasjon, markedsrisikoen for selskapet, at selskapet har stor risikoeksponering, og lignende.

Undersøkelsen viser at utbredelsen av og kostnadene til styreansvarsforsikringer har økt i perioden 2014–2017. I styreperioden 2014–2015 var det 23 selskaper som hadde kjøpt en styreansvarsforsikring, mens det i styreperioden 2016–2017 var 29 selskaper som hadde kjøpt en slik forsikring. For to av selskapene som hadde styreansvarsforsikring i hele undersøkelsesperioden, nesten doblet selskapets kostnader til styreansvarsforsikring seg i perioden. For tolv av selskapene som hadde styreansvarsforsikring i hele perioden, holdt kostnadene seg på samme nivå hvert år. Totalt betalte selskapene som hadde styreansvarsforsikring 3 301 914 kroner i forsikringspremie i styreperioden 2016–2017, noe som er 1 176 400 kroner mer enn den samlede kostnaden til styreansvarsforsikringer i selskapene for styreperioden 2014–2015.

Tabell 3 Oversikt over selskapene som kjøpte styreansvarsforsikring ett eller flere år i undersøkelsesperioden

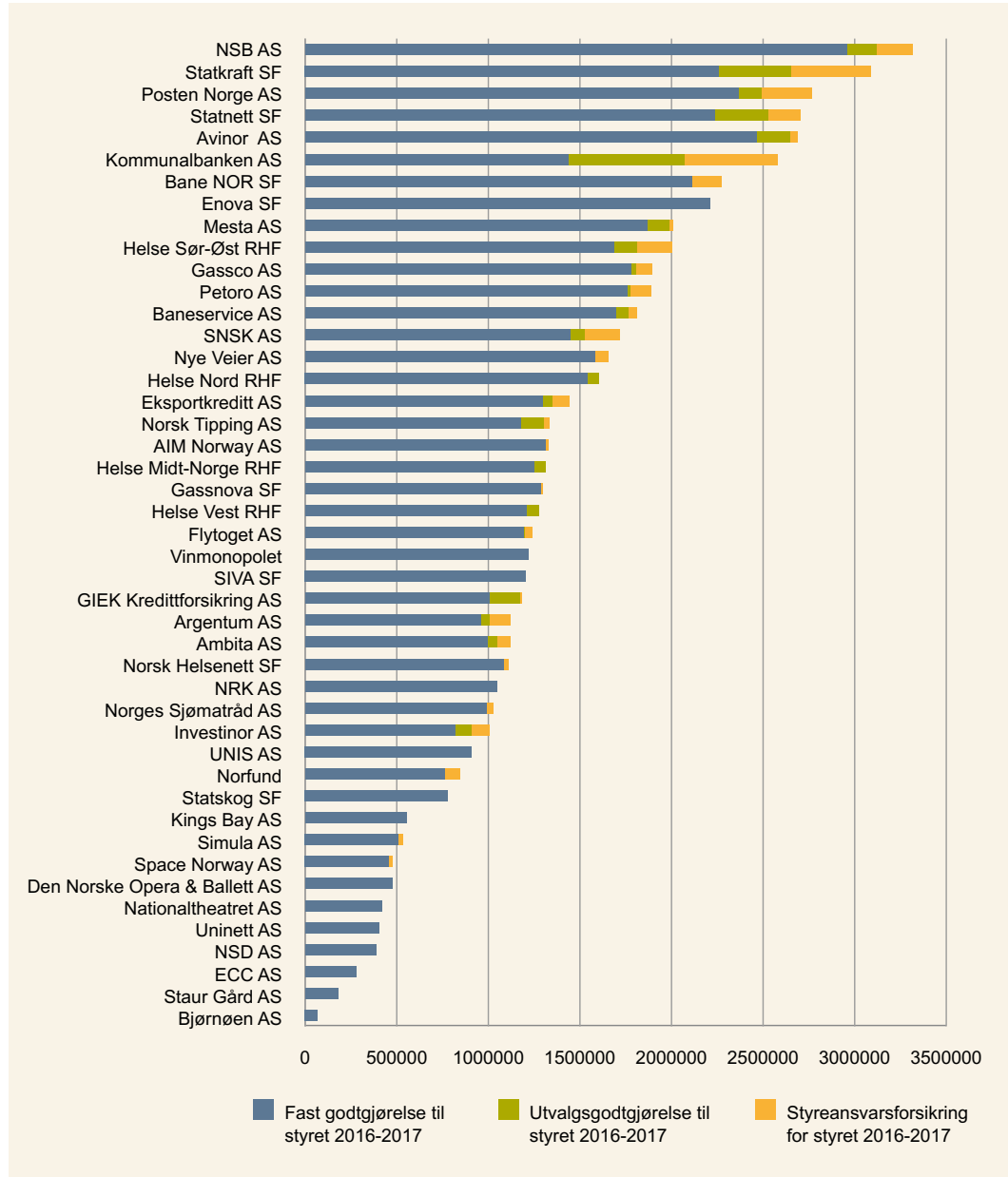
Selskap	Eier	Kategori	Kostnad styreansvarsforsikring 2014-2015	Kostnad styreansvarsforsikring 2015-2016	Kostnad styreansvarsforsikring 2016-2017
Kommunalbanken AS	KMD	3	kr -	kr 575 000	kr 509 000
Statkraft SF	NFD	3	kr 218 194	kr 215 499	kr 436 438
Posten Norge AS	NFD	3	kr 295 065	kr 295 065	kr 276 225
NSB AS (Norges Statsbaner)	SD	3	kr 195 000	kr 196 000	kr 197 000
Store Norske Spitsbergen Kullkompani AS (SNSK)	NFD	4	kr 119 000	kr 130 000	kr 190 000
Helse Sør-Øst RHF	HOD	4	kr 187 137	kr 187 137	kr 187 137
Statnett SF	OED	4	kr 190 000	kr 178 500	kr 178 500
Bane NOR SF	SD	4	kr -	kr -	kr 162 000
Argentum AS	NFD	3	kr 116 000	kr 116 000	kr 116 000
Petoro AS	OED	4	kr 114 000	kr 114 000	kr 114 000
Investinor AS	NFD	3	kr 84 100	kr 84 100	kr 98 941
Eksportkreditt AS	NFD	4	kr 94 780	kr 94 780	kr 94 780
Norfund	Ude	4	kr 87 000	kr 87 000	kr 87 000
Gassco AS	OED	4	kr 84 619	kr 84 619	kr 85 000
Universitetssenteret på Svalbard AS (UNIS)	KD	4	kr 73 470	kr 80 346	kr 83 376
Nye Veier AS	SD	4	kr -	kr -	kr 74 260
Ambita AS	NFD	1	kr -	kr -	kr 72 518
Baneservice AS	NFD	1	kr 49 000	kr 49 000	kr 49 000
Flytoget AS	NFD	1	kr 36 823	kr 36 823	kr 42 960
Avinor AS	SD	4	kr 41 667	kr 41 667	kr 41 667
Norges Sjømatråd AS	NFD	4	kr -	kr -	kr 39 000
Norsk Tipping AS	KUD	4	kr 30 000	kr 30 000	kr 30 000
Norsk Helsenett SF	HOD	4	kr 27 000	kr 27 000	kr 27 000
Simula AS	KD	4	kr 25 500	kr 25 500	kr 25 500
Aerospace Industrial Maintenance Norway AS (AIM Norway)	FD	2	kr -	kr 20 000	kr 20 640
Mesta AS	NFD	1	kr 20 000	kr 20 000	kr 20 000
Space Norway AS	NFD	4	kr 18 015	kr 18 015	kr 18 015
Gassnova SF	OED	4	kr 12 154	kr 13 837	kr 14 114
GIEK Kredittforsikring AS	NFD	3	kr 6 990	kr 8 429	kr 11 548

Kilde: Tall oppgitt av selskapene

4.1.4 Samlet kostnad til styret i perioden 2016–2017

Samlet kostnad til styret består av fast styregodtgjørelse, godtgjørelse for å delta i styreutvalg og styreansvarsforsikring.

Figur 1 Samlet kostnad til styret i de 45 selskapene i perioden (2016–2017) fordelt på fast godtgjørelse, styreutvalgsgodtgjørelse og styreansvarsforsikring



Kilde: Tall oppgitt av selskapene

Figur 1 viser at 9 av 45 selskaper har hatt en samlet kostnad til styret på mer enn to millioner kroner i styreperioden 2016–2017. For NSB AS⁵⁶ og Statkraft SF var samlet kostnad til styret på mer enn tre millioner kroner i samme periode.

Det er spesielt de ti store infrastrukturselskapene innenfor transport, kommunikasjon og kraft- og energisektorene i kategori 3 og 4 som har høyest samlet kostnad til styret.

56) NSB har i sine tall til Riksrevisjonen inkludert lønn til ansattrepresentanter i styret. Ansattrepresentantene får ikke noe eget honorar. Dette går inn i alminnelig lønn.

Dette reflekterer i stor grad selskapenes samfunnsmessige vesentlighet og/eller økonomiske størrelse. Det er kun Mesta AS som er kategori 1-selskap av de ti selskapene som har høyest samlet kostnad til styrene. De øvrige selskapene er kategori 3- eller kategori 4-selskaper.

Det er store forskjeller mellom de regionale helseforetakene (RHF) når det gjelder økonomi, ansvar, omfang, antallet ansatte og underliggende virksomheter, m.m. Helse Sør-Øst RHF er det største av de regionale helseforetakene og har høyest kostnad til styret. Det er kun Helse Sør-Øst RHF av helseforetakene som har styreansvarsforsikring.

4.1.5 Utviklingen i godtgjørelse til styrelederen i perioden 2014–2017

Godtgjørelsen til styrelederen fastsettes, som godtgjørelsen til resten av styremedlemmene, i generalforsamlingen/foretaksmøtet. Styrelederens godtgjørelse skal reflektere det ansvaret og den risikoen som ligger til vervet. I tillegg til den faste godtgjørelsen kan styrelederen motta godtgjørelse for å delta i utvalg.

Tabell 4 Samlet vekst i kroner og prosent i fast styregodtgjørelse til styrelederen (eksklusiv styre-utvalgsgodtgjørelse) i perioden 2014–2017 i det enkelte selskap samt gjennomsnittlig vekst i godtgjørelsen til styrelederen i perioden 2015–2017

Selskap	Eier	Kate- gori	Godt- gjørelse styreleder 2014–2015	Godt- gjørelse styreleder 2015–2016	Godt- gjørelse styreleder 2016–2017	Utvikling i kroner for perioden 2014–2017	Utvikling i prosent i perioden 2014–2017	Gjennomsnitt- lig årlig vekst i perioden 2015–2017
Aerospace Industrial Maintenance Norway AS (AIM Norway)	FD	2	kr 300 000	kr 300 000	kr 308 000	kr 8 000	2,7 %	1,3 %
AS Vinmonopolet	HOD	4	kr 200 000	kr 240 000	kr 240 000	kr 40 000	20,0 %	9,5 %
Helse Sør-Øst RHF	HOD	4	kr 333 999	kr 335 000	kr 357 000	kr 23 001	6,9 %	3,4 %
Helse Vest RHF	HOD	4	kr 235 000	kr 235 000	kr 253 000	kr 18 000	7,7 %	3,8 %
Helse Midt-Norge RHF	HOD	4	kr 235 000	kr 235 000	kr 251 000	kr 16 000	6,8 %	3,3 %
Norsk Helsennett SF	HOD	4	kr 245 400	kr 254 600	kr 254 600	kr 9 200	3,7 %	1,9 %
Helse Nord RHF	HOD	4	kr 235 000	kr 235 000	kr 244 000	kr 9 000	3,8 %	1,9 %
Norsk senter for forskningsdata AS (NSD)	KD	4	kr 82 500	kr 85 000	kr 87 500	kr 5 000	6,1 %	3,0 %
Uninett AS	KD	4	kr 82 500	kr 85 000	kr 87 500	kr 5 000	6,1 %	3,0 %
Universitetssenteret på Svalbard AS (UNIS)	KD	4	kr 82 500	kr 85 000	kr 87 500	kr 5 000	6,1 %	3,0 %
Simula AS	KD	4	kr 83 500	kr 85 000	kr 87 500	kr 4 000	4,8 %	2,4 %
Kings Bay AS	KLD	4	kr 150 000	kr 162 000	kr 162 000	kr 12 000	8,0 %	3,9 %
Bjørnøen AS	KLD	4	kr 26 000	kr 26 800	kr 26 800	kr 800	3,1 %	1,5 %
Kommunalbanken AS	KMD	3	kr 282 000	kr 386 000	kr 405 000	kr 123 000	43,6 %	19,8 %
Norsk rikskringkasting AS (NRK)	KUD	4	kr 241 750	kr 246 500	kr 253 022	kr 11 272	4,7 %	2,3 %
Norsk Tipping AS	KUD	4	kr 226 375	kr 230 500	kr 237 400	kr 11 025	4,9 %	2,4 %
Den Norske Opera & Ballett AS	KUD	4	kr 165 000	kr 175 000	kr 175 000	kr 10 000	6,1 %	3,0 %
Nationaltheatret AS	KUD	4	kr 136 993	kr 148 613	kr 142 812	kr 5 819	4,2 %	2,1 %
Statkog SF	LMD	4	kr 168 650	kr 173 300	kr 178 200	kr 9 550	5,7 %	2,8 %
Staur Gård AS	LMD	4	kr 60 000	kr 60 000	kr 60 000	kr -	0,0 %	0,0 %
Norges Sjømatråd AS	NFD	4	kr 130 000	kr 150 000	kr 260 000	kr 130 000	100,0 %	41,4 %

Tabell 4 Samlet vekst i kroner og prosent i fast styregodtgjørelse til styrelederen (eksklusiv styre-utvalgsgodtgjørelse) i perioden 2014–2017 i det enkelte selskap samt gjennomsnittlig vekst i godtgjørelsen til styrelederen i perioden 2015–2017								
GIEK Kredittforsikring AS	NFD	3	kr 204 375	kr 227 834	kr 254 958	kr 50 583	24,8 %	11,7 %
Argentum AS	NFD	3	kr 284 000	kr 320 000	kr 331 000	kr 47 000	16,5 %	8,0 %
Ambita AS	NFD	1	kr 233 500	kr 218 600	kr 268 550	kr 35 050	15,0 %	7,2 %
Eksportkreditt Norge AS	NFD	4	kr 300 000	kr 309 000	kr 330 000	kr 30 000	10,0 %	4,9 %
Posten Norge AS	NFD	3	kr 407 543	kr 420 504	kr 432 756	kr 25 213	6,2 %	3,0 %
Statkraft SF	NFD	3	kr 509 850	kr 526 150	kr 533 900	kr 24 050	4,7 %	2,3 %
Flytoget AS	NFD	1	kr 246 500	kr 259 000	kr 269 000	kr 22 500	9,1 %	4,5 %
Electronic Chart Centre AS (ECC)	NFD	3	kr 147 000	kr 162 500	kr 167 000	kr 20 000	13,6 %	6,6 %
Space Norway AS	NFD	4	kr 125 000	kr 130 000	kr 143 000	kr 18 000	14,4 %	7,0 %
Selskapet for Industri-vekst SF (SIVA)	NFD	4	kr 208 000	kr 214 000	kr 220 000	kr 12 000	5,8 %	2,8 %
Investinor AS	NFD	3	kr 243 000	kr 247 000	kr 254 000	kr 11 000	4,5 %	2,2 %
Baneservice AS	NFD	1	kr 385 000	kr 385 000	kr 392 000	kr 7 000	1,8 %	0,9 %
Mesta AS	NFD	1	kr 415 000	kr 390 500	kr 416 400	kr 1 400	0,3 %	0,2 %
Store Norske Spitsbergen Kullkompani AS (SNSK)	NFD	4	kr 517 000	kr 318 000	kr 329 000	kr -188 000	-36,4 %	-20,2 %
Enova SF	OED	4	kr 315 760	kr 225 000	kr 390 000	kr 74 240	23,5 %	11,1 %
Gassco AS	OED	4	kr 371 000	kr 384 000	kr 395 000	kr 24 000	6,5 %	3,2 %
Gassnova SF	OED	4	kr 361 002	kr 374 512	kr 385 000	kr 23 998	6,6 %	3,3 %
Statnett SF	OED	4	kr 392 000	kr 404 000	kr 415 000	kr 23 000	5,9 %	2,9 %
Petoro AS	OED	4	kr 392 000	kr 399 000	kr 412 000	kr 20 000	5,1 %	2,5 %
Bane NOR SF	SD	4	kr -	kr -	kr 832 000	kr 832 000		
Nye Veier AS	SD	4	kr -	kr -	kr 614 792	kr 614 792		
Avinor AS	SD	4	kr 403 500	kr 409 750	kr 421 500	kr 18 000	4,5 %	2,2 %
NSB AS (Norges Statsbaner)	SD	3	kr 432 000	kr 411 000	kr 427 000	kr -5 000	-1,2 %	-0,6 %
Norfund	Udp	4	kr 189 000	kr 196 500	kr 205 000	kr 16 000	8,5 %	4,1 %

57

Kilde: Tall oppgitt av selskapene

Tabell 4 viser at 41 selskaper har hatt en økning i kostnadene til godtgjørelse til styrelederen i perioden 2014–2017. Ti styreledere har hatt en økning i godtgjørelsen på mellom 10 og 100 prosent. Dette gjelder styrelederne i Kommunalbanken AS, Argentum AS, Ambita AS, Electronic Chart Centre AS, Norges sjømatråd AS, GIEK Kredittforsikring AS, Space Norway AS og Enova SF. Seks av disse er styreledere i selskaper under Nærings- og fiskeridepartementet.

For 26 styreledere har godtgjørelsen i perioden 2015–2017 økt mer enn den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet på 2,5 prosent⁵⁸. I selskapet Store Norske

57) For Eksportkreditt Norge AS har selskapet i rapporteringen til Riksrevisjonen ikke skilt mellom den faste godtgjørelsen for styreledervervet og styreleders deltakelse i kompensasjonsutvalg selv om dette har vært presisert. For styreleder i Norges Sjømatråd fikk styreleder i overgangen mellom skifte av daglig leder et særskilt honorar på kr 105 000 i 2016. Justert for dette blir økningen i styrehonorar til styreleder i Norges Sjømatråd AS 19,2 prosent i den aktuelle perioden.

58) Årlig geometrisk gjennomsnitt (gjennomsnittlig årlig vekst basert på år-til-år-vekstratene for perioden 2015–2017).

Spitsbergen Kulkompani AS har godtgjørelsen til styrelederen gått betydelig ned i samme periode. I Store Norske Spitsbergen Kulkompani AS skyldes nedgangen i godtgjørelsen at styreleder var arbeidende styreleder i 2015.

4.1.6 Utviklingen i godtgjørelse til daglig leder i perioden 2014–2017

Det er arbeidsavtalen mellom styret og den enkelte daglig leder som regulerer godtgjørelsens samlede omfang og innhold, og godtgjørelsen kan omfatte både faste og variable elementer. I undersøkelsen er godtgjørelsen avgrenset til fastlønn og bonus. Andre goder som pensjon, mobilordninger, forsikringer, bilordninger mv., er svært utbredt blant selskapene, men slike goder inngår ikke i undersøkelsen.

Tabell 5 Samlet lønnsvekst i kroner og gjennomsnittlig prosentvis vekst i totalgodtgjørelsen (lønn og bonus (der dette er aktuelt)) til daglig leder i perioden 2014–2017

Selskap	Eier	Utvikling total godtgjørelse daglig leder 2014 (lønn + bonus)	Utvikling total godtgjørelse daglig leder 2015 (lønn + bonus)	Utvikling total godtgjørelse daglig leder 2016 (lønn + bonus)	Utvikling total godtgjørelse daglig leder 2017 (lønn + bonus)	Utvikling i kroner 2014–2017	Gjennomsnittlig årlig vekst 2014–2017
Aerospace Industrial Maintenance Norway AS (AIM Norway)	FD	kr 1 676 019	kr 1 890 495	kr 2 075 000	kr 2 236 026	kr 560 007	10,1 %
AS Vinmonopolet	HOD	kr 1 997 314	kr 2 067 458	kr 910 757	kr 2 300 000	kr 302 686	4,8 %
Helse Midt-Norge RHF	HOD	kr 1 740 000	kr 708 000	kr 1 820 000	kr 1 887 500	kr 147 500	2,7 %
Helse Nord RHF	HOD	kr 1 848 000	kr 1 909 000	kr 1 994 000	kr 2 009 301	kr 161 301	2,8 %
Helse Sør-Øst RHF	HOD	kr 2 024 218	kr 1 892 308	kr 2 243 808	kr 2 250 426	kr 226 208	3,6 %
Helse Vest RHF	HOD	kr 2 206 000	kr 2 268 000	kr 2 323 000	kr 2 379 000	kr 173 000	2,5 %
Norsk Helsenett SF	HOD	kr 1 548 964	kr 1 586 651	kr 1 625 063	kr 1 665 000	kr 116 036	2,4 %
Norsk senter for forskningsdata AS (NSD)	KD	kr 1 077 886	kr 1 096 611	kr 1 148 113	kr 1 138 400	kr 60 514	1,8 %
Simula AS	KD	kr 2 240 398	kr 2 038 340	kr 2 508 297	kr 2 624 839	kr 384 441	5,4 %
Uninett AS	KD	kr 1 252 000	kr 1 295 000	kr 1 346 631	kr 1 510 606	kr 258 606	6,5 %
Universitetssenteret på Svalbard AS (UNIS)	KD	kr 1 011 033	kr 1 029 086	kr 1 204 417	kr 1 235 724	kr 224 691	6,9 %
Bjørnøen AS	KLD	kr -	kr -	kr -	kr -	kr -	
Kings Bay AS	KLD	kr 812 600	kr 915 000	kr 936 045	kr 971 574	kr 158 974	6,1 %
Kommunalbanken AS	KMD	kr 2 780 000	kr 2 902 000	kr 3 256 000	kr 3 426 931	kr 646 931	7,2 %
Den Norske Opera & Ballett AS	KUD	kr 1 804 011	kr 1 811 230	kr 1 986 555	kr 1 973 452	kr 169 441	3,0 %
Nationaltheatret AS	KUD	kr 1 279 287	kr 1 290 574	kr 1 394 805	kr 1 343 488	kr 64 201	1,6 %
Norsk rikskringkasting AS (NRK)	KUD	kr 2 745 400	kr 2 836 000	kr 2 912 600	kr 3 011 671	kr 266 271	3,1 %
Norsk Tipping AS	KUD	kr 2 561 000	kr 2 630 000	kr 3 013 333	kr 2 263 739	kr -297 261	-4,0 %
Statskog SF	LMD	kr 1 862 000	kr 1 928 088	kr 1 684 000	kr 1 707 906	kr -154 094	-2,8 %
Staur Gård AS	LMD	kr 914 673	kr 936 696	kr 854 258	kr 880 000	kr -34 673	-1,3 %
Ambita AS	NFD	kr 1 959 934	kr 2 230 577	kr 2 298 552	kr 2 031 944	kr 72 010	1,2 %
Argentum AS	NFD	kr 6 300 480	kr 6 513 500	kr 5 073 688	kr 6 904 482	kr 604 002	3,1 %
Baneservice AS	NFD	kr 2 215 000	kr 3 279 000	kr 2 721 000	kr 2 705 000	kr 490 000	6,9 %
Electronic Chart Centre AS (ECC)	NFD	kr 1 094 789	kr 675 513	kr 1 092 273	kr 1 225 307	kr 130 518	3,8 %
Eksportkreditt Norge AS	NFD	kr 2 672 000	kr 2 752 000	kr 2 034 000	kr 2 837 600	kr 165 600	2,0 %

Tabell 5 Samlet lønnsvekst i kroner og gjennomsnittlig prosentvis vekst i totalgodtgjørelsen (lønn og bonus (der dette er aktuelt)) til daglig leder i perioden 2014–2017							
Flytoget AS	NFD	kr 2 301 299	kr 2 368 279	kr 2 064 280	kr 2 461 446	kr 160 147	2,3 %
GIEK Kredfr. AS	NFD	kr 1 663 500	kr 1 679 913	kr 1 925 499	kr 1 867 543	kr 204 043	3,9 %
Investinor AS	NFD	kr 2 406 000	kr 2 279 000	kr 3 348 000	kr 2 452 000	kr 46 000	0,6 %
Mesta AS	NFD	kr 2 856 000	kr 2 856 000	kr 2 800 000	kr 2 856 000	kr -	0,0 %
Norges Sjømatråd AS	NFD	kr 1 750 000	kr 1 750 000	kr 1 868 500	kr 2 076 923	kr 326 923	5,9 %
Posten AS	NFD	kr 4 691 081	kr 4 582 755	kr 4 564 115	kr 4 687 356	kr -3 725	0,0 %
Selskapet for Industri- vekst SF (SIVA)	NFD	kr 1 859 400	kr 1 859 400	kr 1 859 400	kr 1 904 260	kr 44 860	0,8 %
Store Norske Spitsber- gen Kullkompani AS (SNSK)	NFD	kr 2 049 000	kr 1 773 542	kr 2 109 260	kr 2 327 239	kr 278 239	4,3 %
Space Norway AS	NFD	kr 1 205 979	kr 1 306 362	kr 1 229 650	kr 1 369 332	kr 163 353	4,3 %
Statkraft SF	NFD	kr 4 838 030	kr 5 021 402	kr 5 564 811	kr 5 926 000	kr 1 087 970	7,0 %
Enova SF	OED	kr 1 524 983	kr 1 684 694	kr 1 770 751	kr 1 943 490	kr 418 507	8,4 %
Gassco AS	OED	kr 3 535 000	kr 4 592 000	kr 3 139 000	kr 3 363 000	kr -172 000	-1,6 %
Gassnova SF	OED	kr 2 236 042	kr 2 491 787	kr 1 967 846	kr 2 147 591	kr -88 451	-1,3 %
Petoro AS	OED	kr 3 474 600	kr 3 311 900	kr 3 474 516	kr 3 495 000	kr 20 400	0,2 %
Statnett SF	OED	kr 2 725 000	kr 2 800 000	kr 2 868 000	kr 2 937 000	kr 212 000	2,5 %
Avinor AS	SD	kr 2 430 900	kr 2 491 700	kr 2 551 500	kr 2 646 194	kr 215 294	2,9 %
Bane NOR SF	SD	kr -	kr -	kr 1 272 000	kr 2 750 000	kr 2 750 000	
NSB AS (Norges Stats- baner)	SD	kr 4 350 000	kr 4 702 000	kr 5 067 000	kr 5 076 880	kr 726 880	5,3 %
Nye Veier AS	SD	kr -	kr 320 680	kr 2 150 000	kr 2 201 600	kr 2 201 600	
Norfund	Udp	kr 2 292 000	kr 2 328 118	kr 2 382 216	kr 2 508 742	kr 216 742	3,1 %

59

Kilde: Tall oppgitt av selskapene

Tabell 5 viser at det er store variasjoner (både økning og reduksjon) i utviklingen i samlet godtgjørelse til daglig leder i kroner og i prosent i undersøkelsesperioden. Av 43 selskaper som har eksistert i hele undersøkelsesperioden, har 24 daglig ledere hatt en lønnsvekst på mer enn 2,5 prosent, som er den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet i den aktuelle perioden.⁶⁰ Utviklingen i totalgodtgjørelsen til daglig leder (uavhengig av om daglig leder har bare fastlønn eller fastlønn og bonus) i perioden 2014–2017 varierte fra en nedgang på 4 prosent til en økning på 10,1 prosent. Utviklingen i kroner i perioden 2014–2017 for daglig leders totale godtgjørelse varierte fra en økning på 1 087 970 kroner til en nedgang på 297 261 kroner.

Undersøkelsen viser at den samlede vekst/reduksjon i samlet godtgjørelse (fastlønn og bonus) til daglig leder kan påvirkes av blant annet lederskifter, reforhandlede arbeidsavtaler, overganger ved lederskifter med mer.

59) For Helse Midt-Norge RHF ble det i 2015 foretatt et lederskifte i løpet av året. Tallet for 2015 dekker bare lønn til ny daglig leder Jf. opplysninger oppgitt fra Helse Midt- Norge RHF. I AS Vinmonopolet ble daglig leder erstattet 01. november 2016. Dette påvirker lønnsutviklingen for daglig leder i selskapet. Tallet selskapet har oppgitt avviker fra informasjon i årsregnskapet.

60) Årlig geometrisk gjennomsnitt (gjennomsnittlig årlig vekst basert på år-til-år-vekstratene for perioden 2015–2017).

Tabell 6 Fastlønn og bonus til daglig leder i perioden 2014–2017 og bonusens prosentvise andel av fastlønnen fra år til år samt utviklingen i fastlønn i prosent i perioden*

Selskap	Eier	2014		2015		2016		2017		Bonus i prosent av fastlønn 2017	Utvikling i fast-lønn fra 2014 til 2017 i prosent
		Fastlønn	Bonus	Fastlønn	Bonus	Fastlønn	Bonus	Fastlønn	Bonus		
Aerospace Industrial Maintenance Norway AS	FD	kr 1 523 387	kr 152 632	kr 1 575 126	kr 315 369	kr 1 648 000	kr 427 000	kr 1 936 026	kr 300 000	15,5 %	27,1 %
AS Vinmonopolet	HOD	kr 1 997 314	kr -	kr 2 067 459	kr -	kr 910 757	kr -	kr 2 300 000	kr -	0,0 %	15,2 %
Helse Midt-Norge RHF	HOD	kr 1 740 000	kr -	kr 708 000	kr -	kr 1 820 000	kr -	kr 1 887 500	kr -	0,0 %	8,5 %
Helse Nord RHF	HOD	kr 1 848 000	kr -	kr 1 909 000	kr -	kr 1 994 000	kr -	kr 2 009 301	kr -	0,0 %	8,7 %
Helse Sør-Øst RHF	HOD	kr 2 024 218	kr -	kr 1 892 308	kr -	kr 2 243 808	kr -	kr 2 250 426	kr -	0,0 %	11,2 %
Helse Vest RHF	HOD	kr 2 206 000	kr -	kr 2 268 000	kr -	kr 2 323 000	kr -	kr 2 379 000	kr -	0,0 %	7,8 %
Norsk Helsenett SF	HOD	kr 1 548 964	kr -	kr 1 586 651	kr -	kr 1 625 063	kr -	kr 1 665 000	kr -	0,0 %	7,5 %
Norsk senter for forskningsdata AS (NSD)	KD	kr 1 077 886	kr -	kr 1 096 611	kr -	kr 1 148 133	kr -	kr 1 138 400	kr -	0,0 %	5,6 %
Simula AS	KD	kr 1 878 546	kr 361 852	kr 2 038 340	kr -	kr 2 508 297	kr -	kr 2 624 839	kr -	0,0 %	39,7 %
Uninett AS	KD	kr 1 252 000	kr -	kr 1 295 990	kr -	kr 1 346 631	kr -	kr 1 510 606	kr -	0,0 %	20,7 %
Universitetssenteret på Svalbard AS (UNIS)	KD	kr 1 011 033	kr -	kr 1 029 086	kr -	kr 1 204 417	kr -	kr 1 235 724	kr -	0,0 %	22,2 %
Bjørnøen AS	KLD	kr -	kr -	kr -	kr -	kr -	kr -	kr -	kr -	0,0 %	0,0 %
Kings Bay AS	KLD	kr 812 600	kr -	kr 915 000	kr -	kr 936 045	kr -	kr 971 574	kr -	0,0 %	19,6 %
Kommunalbanken AS	KMD	kr 2 474 000	kr 306 000	kr 2 551 000	kr 351 000	kr 2 895 000	kr 361 000	kr 3 056 009	kr 370 922	12,1 %	23,5 %
Den Norske Opera & Ballett AS	KUD	kr 1 804 011	kr -	kr 1 811 230	kr -	kr 1 986 555	kr -	kr 1 973 452	kr -	0,0 %	9,4 %
Nationaltheatret AS	KUD	kr 1 279 287	kr -	kr 1 290 574	kr -	kr 1 394 805	kr -	kr 1 343 488	kr -	0,0 %	5,0 %
Norsk rikskringkasting AS (NRK)	KUD	kr 2 745 400	kr -	kr 2 836 000	kr -	kr 2 912 600	kr -	kr 3 011 671	kr -	0,0 %	9,7 %
Norsk Tipping AS	KUD	kr 2 561 000	kr -	kr 2 630 000	kr -	kr 3 013 333	kr -	kr 2 263 739	kr -	0,0 %	-11,6 %
Statkog SF	LMD	kr 1 862 000	kr -	kr 1 928 088	kr -	kr 1 684 000	kr -	kr 1 707 906	kr -	0,0 %	-8,3 %
Staur Gård AS	LMD	kr 791 338	kr 123 335	kr 845 861	kr 90 835	kr 848 513	kr 5 745	kr 880 000	kr -	0,0 %	11,2 %
Ambila AS	NFD	kr 1 454 808	kr 505 126	kr 1 641 346	kr 589 231	kr 1 676 923	kr 621 629	kr 1 900 000	kr 131 944	6,9 %	30,6 %
Argentum AS	NFD	kr 4 239 000	kr 2 061 480	kr 4 392 000	kr 2 121 500	kr 4 529 000	kr 544 688	kr 4 660 382	kr 2 244 100	48,2 %	9,9 %
Baneservice AS	NFD	kr 1 992 000	kr 223 000	kr 2 038 000	kr 1 241 000	kr 2 067 000	kr 654 000	kr 2 176 000	kr 529 000	24,3 %	9,2 %
Electronic Chart Centre AS (ECC)	NFD	kr 1 094 789	kr -	kr 675 513	kr -	kr 1 092 273	kr -	kr 1 225 307	kr -	0,0 %	11,9 %
Eksporthkredit Norge AS	NFD	kr 2 672 000	kr -	kr 2 752 000	kr -	kr 2 034 000	kr -	kr 2 605 000	kr 232 600	8,9 %	-2,5 %
Flytoget AS	NFD	kr 1 811 678	kr 489 621	kr 1 863 529	kr 504 750	kr 1 805 091	kr 259 189	kr 1 972 607	kr 488 839	24,8 %	8,9 %
GIEK Kredittforsikring AS	NFD	kr 1 599 000	kr 64 500	kr 1 662 197	kr 14 716	kr 1 741 743	kr 183 756	kr 1 748 948	kr 118 594	6,8 %	9,4 %
Investinor AS	NFD	kr 2 216 000	kr 190 000	kr 2 279 000	kr -	kr 2 197 000	kr 1 151 000	kr 2 452 000	kr -	0,0 %	10,6 %
Mesta AS	NFD	kr 2 856 000	kr -	kr 2 856 000	kr -	kr 2 800 000	kr -	kr 2 856 000	kr -	0,0 %	0,0 %
Norges Sjømatråd AS	NFD	kr 1 750 000	kr -	kr 1 750 000	kr -	kr 1 868 500	kr -	kr 2 076 923	kr -	0,0 %	18,7 %
Posten Norge AS	NFD	kr 3 856 831	kr 834 250	kr 4 087 653	kr 495 102	kr 3 989 259	kr 574 856	kr 4 000 000	kr 687 356	17,2 %	3,7 %
Selskapet for Industrivest SF (SIVA)	NFD	kr 1 859 400	kr -	kr 1 859 400	kr -	kr 1 859 400	kr -	kr 1 904 260	kr -	0,0 %	2,4 %
Store Norske Spitsbergen Kullkompani AS (SNSK)	NFD	kr 1 934 000	kr 115 000	kr 1 596 042	kr 177 500	kr 1 908 868	kr 200 392	kr 1 931 404	kr 395 835	20,5 %	-0,1 %
Space Norway AS	NFD	kr 1 205 979	kr -	kr 1 306 362	kr -	kr 1 229 650	kr -	kr 1 369 332	kr -	0,0 %	13,5 %
Statkraft SF	NFD	kr 4 630 000	kr 208 030	kr 4 800 000	kr 221 402	kr 4 930 000	kr 634 811	kr 5 043 000	kr 883 000	17,5 %	8,9 %
Enova SF	OED	kr 1 524 983	kr -	kr 1 684 694	kr -	kr 1 770 751	kr -	kr 1 943 490	kr -	0,0 %	27,4 %
Gassco AS	OED	kr 3 251 000	kr 284 000	kr 4 276 000	kr 316 000	kr 3 030 000	kr 109 000	kr 3 105 000	kr 258 000	8,3 %	-4,5 %
Gassnova SF	OED	kr 2 236 042	kr -	kr 2 491 787	kr -	kr 1 967 846	kr -	kr 2 147 591	kr -	0,0 %	-4,0 %
Petoro AS	OED	kr 3 231 000	kr 243 600	kr 3 221 000	kr 90 900	kr 3 184 000	kr 290 516	kr 3 291 000	kr 204 000	6,2 %	1,9 %
Statnett SF	OED	kr 2 725 000	kr -	kr 2 800 000	kr -	kr 2 868 000	kr -	kr 2 937 000	kr -	0,0 %	7,8 %
Avinor AS	SD	kr 2 430 900	kr -	kr 2 491 700	kr -	kr 2 551 500	kr -	kr 2 646 196	kr -	0,0 %	8,9 %
Bane NOR SF	SD	kr -	kr -	kr -	kr -	kr 1 272 000	kr -	kr 2 750 000	kr -	0,0 %	0,0 %
NSB AS (Norges Statsbaner)	SD	kr 3 586 000	kr 764 000	kr 3 655 000	kr 1 047 000	kr 3 690 000	kr 1 377 000	kr 3 741 696	kr 1 325 184	35,4 %	4,3 %
Nye Veier AS	SD	kr -	kr -	kr 320 680	kr -	kr 2 150 000	kr -	kr 2 201 600	kr -	0,0 %	0,0 %
Norfund	Udp	kr 2 292 000	kr -	kr 2 328 118	kr -	kr 2 382 216	kr -	kr 2 508 742	kr -	0,0 %	9 %

* For Helse Midt-Norge RHF ble det i 2015 foretatt et lederskifte i løpet av året. Fastlønnen for 2015 dekker lønn for konstituert daglig leder og lønn til ny daglig leder. Jf. opplysninger oppgitt fra Helse Midt-Norge RHF. Etterlønn til avgående daglig leder på 2 450 000 framgår ikke av tabellen over. I AS Vinmonopolet ble daglig leder erstattet 01.11.2016. Dette påvirker lønnsutviklingen for daglig leder i selskapet. Tallet selskapet har oppgitt avviker fra informasjon i årsregnskapet.

Kilde: Tall oppgitt av selskapene

Tabell 6 viser at det er store forskjeller i utviklingen i både fastlønn og bonus til daglig leder. 27 av 43 daglig ledere har kun hatt fastlønn i hele perioden 2014–2017. Antallet daglig ledere med kun fastlønn har økt fra 27 i 2014 til 31 i 2017. De øvrige daglig lederne har hatt bonus i ett eller flere av årene.

Den prosentvise veksten i fastlønn for perioden 2014–2017 varierer fra en økning på 39,7 prosent til en nedgang på 11,6 prosent. Sju daglig ledere har hatt en vekst i fastlønn i perioden 2014–2017 på mellom 20 og 40 prosent.

For de daglig lederne som har fastlønn og bonus, kan bonusen være en årsak til enkelte store utslag i samlet godtgjørelse. Det er ulike beregninger og kriterier som ligger til grunn for innslagspunktet for bonus i selskapene og/eller krav om at ulike mål nås. For NSB AS, Ambita AS og Baneservice AS utgjorde bonusen mer enn 20 prosent av fastlønnen i tre eller fire år i undersøkelsesperioden.

De daglig lederne i Baneservice AS, NSB AS, Investinor AS og Ambita AS hadde alle en bonus på rundt 40 prosent av fastlønnen i 2016. I 2014, 2015 og 2017 utgjorde bonusen til daglig leder i Argentum AS nærmere 50 prosent (henholdsvis 48,6, 48,3 og 48,2 prosent) av fastlønnen, mens bonusen til daglig leder i Baneservice AS for 2015 utgjorde hele 60,9 prosent av fastlønnen. Daglig leder i Investinor AS fikk en bonus på 52,4 prosent av fastlønnen i 2016⁶¹.

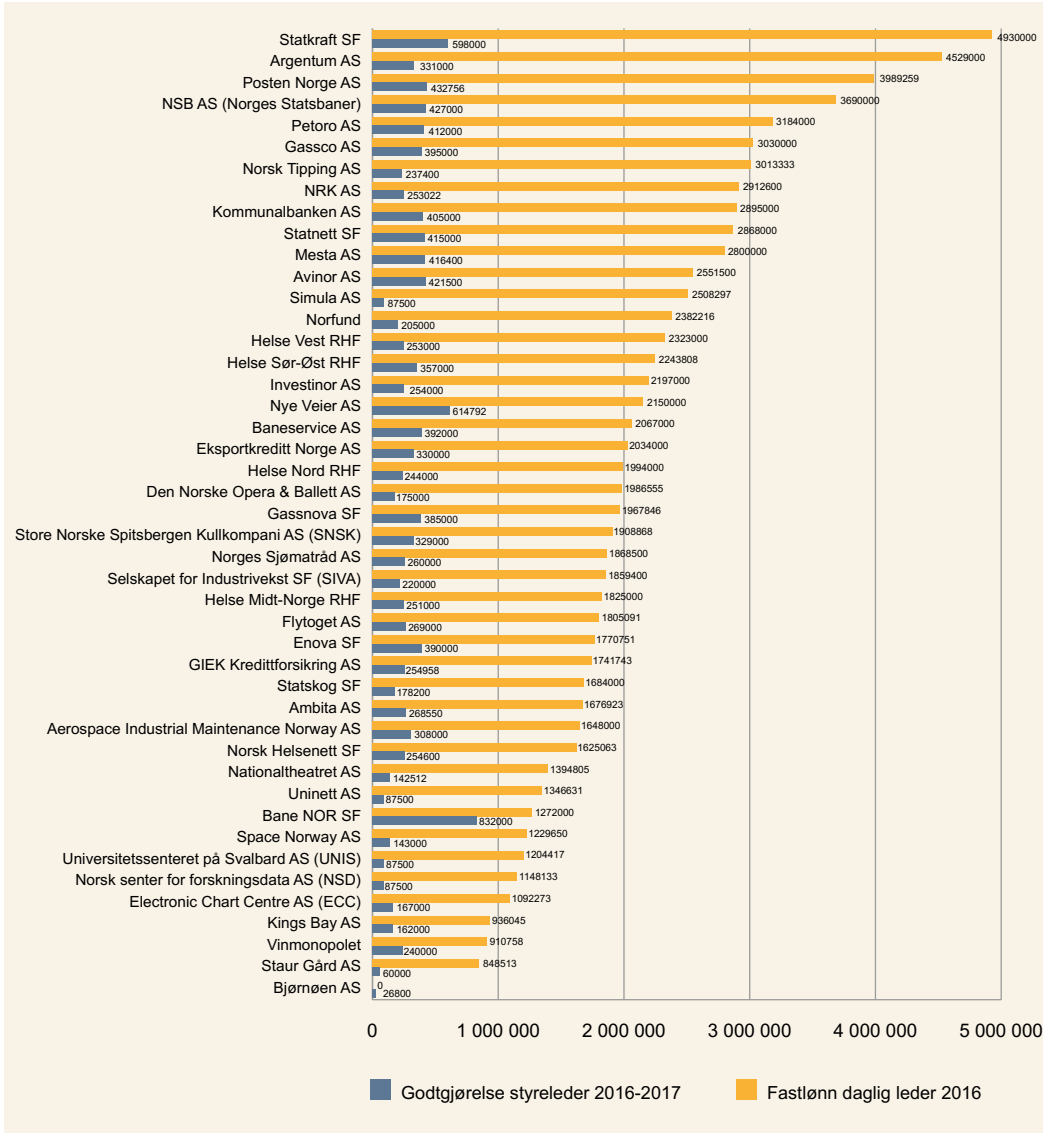
4.1.7 Forholdet mellom daglig leders fastlønn og styrelederens godtgjørelse

I eierskapsmeldingen står det at «[s]tyreleder bør godtgjøres særskilt i tråd med det større omfanget av oppgaver som normalt ligger til dette vervet»⁶².

61) I Investinor AS ble det utbetalt bonus for både 2015 og 2016 i 2016.

62) Eierskapsmeldingen, punkt 8.2.10, s. 72 («Prinsipp 9. Lønns og insentivordninger bør utformes slik at de fremmer verdiskapingen i selskapet og framstår som rimelige»).

Figur 2 Forholdet mellom daglig leders fastlønn i 2016 og styrelederens godtgjørelse i styreperioden 2016–2017 for alle selskapene*



* 2016-tall benyttes for daglig leder, da det er disse som ble vedtatt i lederlønnsrklæringen under generalforsamling i 2017. Styregodtgjørelsen for perioden 2016–2017 ble vedtatt i 2016.

Kilde: Tall oppgitt av selskapene

Figur 2 viser at det er store forskjeller i forholdet mellom daglig leders fastlønn og styrelederens faste godtgjørelse i 2016. 4 styreledere hadde en godtgjørelse som utgjorde mer enn 20 prosent av daglig leders lønn, mens 14 hadde en godtgjørelse som utgjorde fra 15 til 20 prosent av daglig leders lønn. Videre hadde 16 styreledere en godtgjørelse som utgjorde mellom 10 og 14 prosent av daglig leders lønn, og 11 styreledere hadde en godtgjørelse som utgjorde mellom 9 og 3 prosent av daglig leders lønn. Eksempelvis utgjorde styrelederens godtgjørelse i selskapene Simula AS, Argentum AS og Universitetssenteret på Svalbard AS henholdsvis 3,5 prosent, 7,3 prosent og 7,3 prosent av daglig leders fastlønn.

4.2 Åpenhet og rapportering om godtgjørelse til styret og daglig leder

Undersøkelsen viser at mange av selskapene i årsregnskapene ikke har framstilt godtgjørelsene til styret, styrelederen og styreutvalg separat. De har ikke spesifisert hva det enkelte styremedlem har fått utbetalt i godtgjørelse, og heller ikke hva

styreutvalgene har kostet, og hvem av styremedlemmene som godtgjøres for utvalgsarbeid. Årsregnskapene er for flere av selskapene lite tilgjengelige og det er vanskelig å få et helhetlig og korrekt bilde av selskapets kostnader til styret og daglig leder.

Et eksempel er Mesta AS, hvor opplysninger om styregodtgjørelse i årsrapportene kun er formidlet i en note med et samlet beløp for kostnad til styret for alle årene i undersøkelsesperioden. Godtgjørelser til daglig leder er i flere tilfeller utilstrekkelig rapportert og spesifisert. For eksempel er bilgodtgjørelse inkludert i fastlønningen til daglig leder i Posten AS for 2016. Utbetalingen av etterlønn til daglig leder i Helse Midt-Norge RHF i 2014–2015 på kr 2 450 000, er kun nevnt i en note i årsregnskapene for 2014 og 2015, men framgår ikke av tallmaterialet.

4.2.1 Styreansvarsforsikring

En gjennomgang av samtlige av de 45 selskapenes årsregnskaper for årene 2014, 2015 og 2016 viser at kostnaden til styreansvarsforsikring ikke er synliggjort verken i noter eller i selve regnskapet. 28 av 45 styreledere oppgir at det ble kjøpt en styreansvarsforsikring for styreperioden 2016–2017.

4.2.2 Avvik i selskapenes innrapporterte tall til revisjonen og tallene i årsregnskapene vedrørende styret og daglig leder

Når det gjelder godtgjørelsen til styret og styrelederen, er det til dels store forskjeller mellom regnskapstallene selskapene har innrapportert til revisjonen, og tallene i årsregnskapet for ett eller flere år for 30 av de 45 selskapene i perioden 2014–2017. Eksempelvis varierte avvikene i størrelse i 2015 fra 1700 kroner i Norsk Rikskringkasting AS til 97 500 kroner i Avinor AS for styret samlet og fra 2500 kroner i Electronic Chart Centre AS til 170 500 kroner i Statnett SF for styrelederen. Totalt avdekket undersøkelsen 82 avvik i tallene i rapporteringen om godtgjørelse til styret og styrelederen i perioden 2014–2017 mellom disse to kildene.

Når det gjelder godtgjørelsen til daglig leder, er det til dels store variasjoner mellom tallene selskapene har innrapportert til revisjonen, og tallene i årsregnskapet for 28 av de 45 selskapene i perioden 2014–2017. Det største avviket er på 942 000 kroner, og dette var i 2016.

Mange av selskapene forklarer avvikene⁶³ i tallmaterialet med manglende rapportering om godtgjørelser ved lederskifter i løpet av året, etterbetalinger eller feilføringer, men flere av selskapene gir ingen forklaring på avvikene. Gjennomgangen av tallmaterialet viser at flere selskaper ikke skiller mellom annen godtgjørelse og bonus. Noen selskaper har inkludert forsikringer, avis, pensjonskompensasjon for avviklet pensjonsordning, kompensasjon for bortfall av bilgodtgjørelse og telefon, m.m. i begrepet fastlønn⁶⁴.

Kulturdepartementet mener at honoraret til daglig leder og styret er oppgitt i notene til de revisorgodkjente årsregnskapene, og departementet opplever at det er stor grad av åpenhet på området. Kulturdepartementet mener også at årsrapportene gir en tilstrekkelig omtale av lederlønn.⁶⁵ Daglig leders ansettelsesvilkår omtales årlig også i eget vedlegg til Prop. 1 S.

63) Ved avvik for daglig leder har revisjonen bedt selskapene om forklaring.

64) Med godtgjørelsesordning menes; «ett eller flere følgende elementer: fastlønn, variabel lønn (bonus, aksjeprogram, opsjoner og tilsvarende), annen godtgjørelse (naturalytelser og liknende), pensjonsytelser og sluttvederlag» jf. Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel.

65) Verifisert referat fra intervju med Kulturdepartementet og Riksrevisjonen 7. mars 2018.

Nærings- og fiskeridepartementet legger til grunn at selskapene følger opp generalforsamlingens vedtak om fastsettelse av styregodtgjørelsene på samme måte som øvrige vedtak. Departementet forventer at selskapene etterlever gjeldende lover og regler for rapportering om godtgjørelse til styret og daglig leder, og departementet viser til at selskapene og selskapenes revisor gjennomgår rapporteringen.⁶⁶

Olje- og energidepartementet er fornøyd med hvordan styrets totale godtgjørelse synliggjøres i selskapenes årsrapporter, og mener at rapportene gir et rettviseende bilde, og at det er åpenhet rundt daglig lederes totale godtgjørelse i årsrapporten. Departementet oppgir at det har vært i dialog med selskapene for å sikre at alle opplysninger kommer med – også blant annet opplysninger om variable elementer og pensjonsforpliktelser som departementet ønsker at skal komme tydeligere fram. Departementet forventer at notene gir gode opplysninger, og det har vært i dialog med selskapene om hvor spesifikk rapporteringen skal være. Departementet ønsker at alle selskapene skal rapportere relativt likt i årsrapporten.⁶⁷

Samferdselsdepartementet har ikke merket seg noe spesielt ved selskapenes rapportering om godtgjørelse til styret og daglig leder i årsrapportene. Departementet mener at det skal være enkelt å lese disse opplysningene ut av årsregnskapet, og at det er åpenhet rundt selskapets kostnader til både styret og daglig leder.⁶⁸

4.3 Departementenes rutiner, prosesser og vurderinger i arbeidet med å fastsette og følge opp godtgjørelsen til styret

4.3.1 Departementenes arbeid med å fastsette godtgjørelsen til styret

Alle de elleve eierdepartementene legger til grunn at godtgjørelsen til styrets medlemmer og varamedlemmer fastsettes i forbindelse med den ordinære generalforsamlingen/foretaksmøtet.⁶⁹ Alle de elleve eierdepartementene i undersøkelsen følger ulike rutiner ved fastsettelsen av godtgjørelsen til styret i sine selskaper, og departementene opplyser at de tar utgangspunkt i eierskapsmeldingen. Flere departementer følger også Nærings- og fiskeridepartementets *Retningslinjer for forberedelse av valg til styrer i heleide selskaper (og deleide uten eksterne valgkomiteer)*, for Nærings- og fiskeridepartementet ved Eierskapsavdelingen av 26. april 2013⁷⁰ og Nærings- og fiskeridepartementets *Veiledning for vurdering av godtgjørelse til tillitsvalgte i styrende organer* av 13. januar 2017.

Kulturdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Samferdselsdepartementet har utarbeidet egne retningslinjer eller rutinebeskrivelser for arbeidet med å fastsette godtgjørelsen til styrets medlemmer.

Noen eierdepartementer⁷¹ viser til NUES-anbefalingen⁷². Olje- og energidepartementet viser i tillegg til økonomireglementet § 10 om oppfølging av statens eierinteresse m.m. som et element i departementenes rammer for vurdering av godtgjørelsen til styret.

Nærings- og fiskeridepartementet har ansvaret for eierskapspolitikken og har en veiledende og koordinerende rolle overfor de andre eierdepartementene. Veiledningen skjer blant annet gjennom eierlunsjer og «eierskapsforum» der Nærings- og fiskeridepartementet holder kurs og seminarer om blant annet eierskapsforvaltning og

66) Verifisert referat fra intervju med Nærings- og fiskeridepartementet og Riksrevisjonen 21. mars 2018.

67) Verifisert referat fra intervju med Olje- og energidepartementet og Riksrevisjonen 8. mars 2018.

68) Verifisert referat fra intervju med Samferdselsdepartementet og Riksrevisjonen 12. mars 2018.

69) Aksjeloven § 6-10, statsforetaksloven § 19 tredje ledd, mfl.

70) Revisjonen har hatt tilgang til Retningslinjer for forberedelse av valg til styrer i heleide selskaper (og deleide uten eksterne valgkomiteer), for Nærings- og fiskeridepartementet ved Eierskapsavdelingen for årene 2016 og 2017.

71) Dette gjelder Nærings- og fiskeridepartementet, Samferdselsdepartementet og Olje- og energidepartementet.

72) Norsk anbefaling for eierstyring og selskapsledelse, 7. desember 2004. I Meld. St. 27 (2013–2014) anbefales det at alle heleide statlige selskaper følger NUES anbefalingen der den passer.

kommer med anbefalinger ut fra sin egen praksis i forbindelse med det å fastsette styregodtgjørelser og følge opp lederlønnserklæringer.

Nærings- og fiskeridepartementet opplyser at de til nå i liten grad har benyttet nivåer på styregodtgjørelsene i de øvrige nordiske landene eller andre land som sammenligningsgrunnlag i arbeidet med å fastsette godtgjørelsen til styrene i de heleide statlige selskapene. En grunn til at de ikke har gjort det, er at departementet mener det er mest nærliggende å se hen til norske selskaper når de skal velge peergrupper. I tillegg har departementet lite datamateriale om utenlandske godtgjørelser. Departementet mener imidlertid at det for *noen* selskaper kan være relevant i større grad å se hen til nivået på godtgjørelsen til styrene i de heleide statlige selskapene i de nordiske landene.⁷³

4.3.2 Departementenes vurderinger i arbeidet med å fastsette og følge opp godtgjørelsen til styret

Kulturdepartementet, Olje- og energidepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Samferdselsdepartementet gjennomfører en vurdering når de skal fastsette styregodtgjørelsen. Departementene har en litt ulik praksis når det gjelder hvor mye av vurderingen som er skriftlig, hvilke kriterier de følger, og hvordan disse kriteriene vektlegges når godtgjørelsen til styrene fastsettes. Ifølge Nærings- og fiskeridepartementets *Veiledning for vurdering av godtgjørelse til tillitsvalgte i styrende organer* av 13. januar 2017 bør departementet blant annet for hvert selskap forsøke å identifisere selskaper med tilsvarende kompleksitet og selskaper hvor det kreves tilsvarende ansvar, kompetanse og tidsbruk fra styrene. På den måten kan de begrunne hvorvidt godtgjørelsen er høy eller lav i et selskap, ved å sammenligne den med disse selskapenes godtgjørelser. Ifølge veilederen vil et sammenlignbart selskap for sektorpolitiske selskaper ofte være andre sektorpolitiske selskaper.

Kulturdepartementet

I Kulturdepartementet blir nivået på godtgjørelsene til styrene i de fire selskapene oppjustert ulikt avhengig av selskapenes egenart.

Ifølge Kulturdepartementet justeres godtgjørelser i Norsk Rikskringkasting AS (NRK) og Norsk Tipping AS årlig opp i henhold til konsumprisindeksen (KPI-nivået). Departementet har valgt å øke godtgjørelsen med konsumprisindeksen jevnt for både styrelederen og styremedlemmene fordi godtgjørelsen i disse to selskapene (opprinnelig) har blitt vurdert til å ligge på et akseptabelt nivå.⁷⁴

I Nationaltheatret AS og Den Norske Opera & Ballett AS justeres godtgjørelsene til styremedlemmene etter endringer i statens veiledende satser for utvalgsgodtgjørelse (utvalgssatsene i *Statens personalhåndbok*, SPH⁷⁵). Honoraret til styrelederen og nestlederen justeres normalt annethvert år, men spørsmålet om godtgjørelse vurderes årlig i forbindelse med generalforsamlingen. Kulturdepartementet ser i utgangspunktet ingen grunn til å justere godtgjørelsen til styrelederen og nestlederen oftere. Det å bruke satser fra Statens personalhåndbok har vært vanlig praksis i mange år, og departementet opplyser at de årlige justeringene i satsene tilsvarer omtrent veksten i KPI for de andre to selskapene. Departementet vil likevel på sikt legge opp til at godtgjørelsen til styrene i alle selskapene fastsettes etter samme prinsipp.⁷⁶ Dette skjedde i ordinær generalforsamling for 2017.⁷⁷

73) Verifisert referat fra intervju med Nærings- og fiskeridepartementet og Riksrevisjonen 21. mars 2018.

74) Verifisert referat fra intervju med Kulturdepartementet og Riksrevisjonen 7. mars 2018.

75) Personalhåndboken: <https://lovdata.no/dokument/SPH/sph-2018/KAPITTEL_10-14-2#KAPITTEL_10-14-2>.

76) Verifisert referat fra intervju med Kulturdepartementet og Riksrevisjonen 7. mars 2018.

77) Kulturdepartementet opplyser i brev av 13. august 2018, at departementet i generalforsamlingene i 2018 endret praksisene med bruk av satser i personalhåndboken til justering i henhold til konsumprisindeksen. Nå fastsettes godtgjøringen til alle de fire heleide selskapene etter samme prinsipp.

Kulturdepartementet sammenligner ikke med andre selskaper utenfor egen selskapsportefølje når det gjelder nivået på styregodtgjørelsene i scenekunst-selskapene. For disse selskapene er det i utgangspunktet naturlig at godtgjørelsene ligger lavere enn for forretningsmessige selskaper i statens eierportefølje. Departementet påpekte imidlertid i intervju at det er viktig at godtgjørelsen ligger på et tilstrekkelig høyt nivå som sikrer at det er mulig å få rekruttert personer med nødvendig kompetanse og erfaring til styrene. Når det gjelder NRK AS og Norsk Tipping AS er det naturlig å sammenligne med andre selskaper utenfor egen selskapsportefølje.⁷⁸

I forbindelse med bytte av styreleder kan det gjøres spesifikke vurderinger av nivået på godtgjørelsen, men departementet tar vanligvis sikte på at godtgjørelsen videreføres på samme nivå. Siden vervet som styreleder innebærer mer ansvar og arbeid enn vervet til de øvrige styremedlemmene, er det også naturlig at styrelederen har en høyere godtgjørelse enn de øvrige styremedlemmene.⁷⁹

Av Kulturdepartementets selskaper er det kun Norsk Tipping AS som har styreutvalg, og det er departementet som fastsetter utvalgets godtgjørelse. Utvalget godtgjøres med et fast beløp per år for lederen og medlemmene av utvalget. De siste årene har denne godtgjørelsen økt prosentvis likt med den faste styregodtgjørelsen etter KPI.

Nærings- og fiskeridepartementet

Nærings- og fiskeridepartementet utarbeider årlige interne evalueringsnotater med forslag til justeringer.⁸⁰ Det har de gjort siden 2010, og arbeidet og vurderingene har blitt videreutviklet fra år til år. De siste tre årene har departementet vært opptatt av å styrke dialogen på tvers av avdelingene i departementet.⁸¹

Evalueringsnotatene inneholder vurderinger av nivået på og anbefalinger om godtgjørelsen til de fleste styrene, og det varierer hvor omfattende disse notatene er. Flere elementer inngår i departementets vurderinger, for eksempel virksomhetenes kompleksitet, omfang, størrelse og risiko, omsetning, egenkapitalsituasjon, markedsposisjon og markedsituasjon, og det varierer derfor fra selskap til selskap hvilke faktorer som vektlegges ved justeringen av godtgjørelsen til styrelederen, styremedlemmene og eventuelle styreutvalg.⁸²

Anbefalingene i evalueringsnotatene kan innebære enten nullvekst, justering i forhold til lønnsvekst eller en oppjustering i de tilfellene der departementet kommer fram til at godtgjørelsene ligger for lavt.

Nærings- og fiskeridepartementet gir uttrykk for at moderasjon er et skjønnsmessig begrep, og at det ikke er noe fasitsvar for hvordan dette begrepet skal tolkes. Det er vanlig å oppfatte en økning på 2–4 prosent som en moderat økning, men nivået på godtgjørelsen kan være moderat selv med en betydelig høyere økning enn dette. Det vil ifølge departementet si at for eksempel en økning på 30 prosent kan bli ansett for å være det som vil bringe godtgjørelsene til et riktig nivå sett ut fra styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet, men ut fra moderasjonshensyn (nivåmessig) kan det ende med at departementet foreslår en økning på 15 prosent på ett år.⁸³

78) Verifisert referat fra intervju med Kulturdepartementet og Riksrevisjonen 7. mars 2018.

79) Verifisert referat fra intervju med Kulturdepartementet og Riksrevisjonen 7. mars 2018.

80) Evalueringsnotater kalt «Godtgjørelse til styrende organer ved generalforsamlinger 2016 – forslag til justeringer» og «Godtgjørelse til styrende organer ved generalforsamlinger 2017 – forslag til justeringer» for et utvalg selskaper.

81) Verifisert referat fra intervju med Nærings- og fiskeridepartementet og Riksrevisjonen 21. mars 2018.

82) Veiledning for vurdering av godtgjørelsen til tillitsvalgte i styrende organer av 13. januar 2017.

83) Verifisert referat fra intervju med Nærings- og fiskeridepartementet og Riksrevisjonen 21. mars 2018.

I arbeidet med å fastsette styregodtgjørelser sammenligner departementet styregodtgjørelsene på tvers av avdelingene og finner fram til et godtgjørelsesnivå for sammenlignbare selskaper. Relevante selskaper kan være andre selskaper med statlig eierandel eller mediannivåer på Oslo Børs.

Styrehonorarundersøkelsen⁸⁴ er ifølge Nærings- og fiskeridepartementet et viktig grunnlag i dette arbeidet. Dersom departementet mener at nivået på styregodtgjørelsene er for lave / for høye, gjør de en mer omfattende vurdering. I forbindelse med Nærings- og fiskeridepartementets vurdering av godtgjørelse til styrende organer vurderes også eventuelle innspill fra styreleder/ øvrige styremedlemmer om nivået på godtgjørelsen.

Nærings- og fiskeridepartementet viser til at det å opprette styreutvalg ligger til selskapets styre, og dersom det vurderes å utbetale særskilt godtgjørelse til medlemmene av styreutvalgene, må generalforsamlingen ta stilling til dette. Godtgjørelse til medlemmene av styreutvalgene blir sett i sammenheng med vurderingen av hele godtgjørelsen til styret. Departementet har hatt en restriktiv holdning til godtgjørelse av medlemmer av midlertidige styreutvalg. Noen selskaper tar kontakt med Nærings- og fiskeridepartementet før de oppretter utvalg.⁸⁵

Olje- og energidepartementet

Olje- og energidepartementet har i de senere år justert godtgjørelsene i henhold til alminnelig lønnsvekst og har i stor grad forholdt seg til TBU ved oppjustering av styrehonorarene,⁸⁶ noe blant annet notatet *Styregodtgjørelse våren 2016* og notatet *Styregodtgjørelse selskaper underlagt Olje- og energidepartementet 2017* viser. Departementet gir uttrykk for at styregodtgjørelsene i eierporteføljen bør være tilnærmet like. Alle selskapene har sentrale roller innenfor energisektoren i Norge. Tidligere har det ifølge departementet vært større forskjeller mellom godtgjørelsene til styrene, men i dag er det etter departementets syn vanskelig å begrunne hvorfor det eventuelt skulle være store forskjeller i styregodtgjørelsene. Olje- og energidepartementet har ikke i vesentlig grad sammenlignet departementets selskaper med andre selskaper.

Departementet legger vekt på at godtgjørelsen til styrene i selskapene og foretakene er i samsvar med Norsk anbefaling om eierstyring og selskapsledelse (NUES-anbefalingen) og reflekterer styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet. Styrehonorarene vedtas etterskuddsvis i generalforsamling eller foretaksmøte.

Det er ikke utarbeidet vurderinger for hvert enkelt selskap når det gjelder fastsettelsen av godtgjørelsen til styret, men det utarbeides årlig et samlenotat om styrehonorar per selskap og foretak. Olje- og energidepartementets justering går fram av generalforsamlingsvedtaket i generalforsamlingsprotokollen / protokollen fra foretaksmøtet. Departementet opplyser at «det er mye informasjon å hente gjennom utarbeidelse av kompetansebeskrivelser for styrene, og krav til dets styremedlemmer. Da gjennomgår departementet også selskapenes utfordringer de nærmeste årene».⁸⁷

Videre viser Olje- og energidepartementet til at det har skjedd at departementet har gjennomført særskilte vurderinger ved fusjon mellom selskaper. Departementet viser

84) Siden 2010 har Norsk Institutt for Styremedlemmer undersøkt styrehonorarene i børsnoterte og statseide selskaper.

85) Verifisert referat fra intervju med Nærings- og fiskeridepartementet og Riksrevisjonen 21. mars 2018.

86) Verifisert referat fra intervju med Olje- og energidepartementet og Riksrevisjonen 8. mars 2018.

87) Verifisert referat fra intervju med Olje- og energidepartementet og Riksrevisjonen 8. mars 2018.

eksempelvis til notatet om styregodtgjørelse til Enova SF i 2015, da Transnova ble innlemmet i Enova SF.⁸⁸

Samferdselsdepartementet

Samferdselsdepartementets forslag til justeringer av styregodtgjørelser legges fram i generalforsamlingen. Departementet utarbeider notater med vurderinger av og anbefalinger om størrelsen på styregodtgjørelsene for departementets selskaper. Departementet utarbeider årlig et samlenotat som omfatter vurderinger av departementets selskaper. Styregodtgjørelsen i departementets selskaper vurderes ut fra at godtgjørelsen skal reflektere styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetenes kompleksitet. Videre skal styregodtgjørelsene holdes på et moderat nivå. Vurderingen viser at departementet anser styregodtgjørelsene i Avinor, NSB og Nye Veier for å ligge på «riktig» nivå, og at departementet vil nedjustere Bane NOR SFs styregodtgjørelse til samme nivå som disse tre selskapene.

Departementets samlenotat viser at vurderingene av styregodtgjørelsen bygger på en avveining av to forhold. Det ene er at selskapenes særskilte utfordringer sammen med økt generelt styreansvar og risikoeksponering kan forsvare en oppjustering av godtgjørelsen ut over den alminnelige lønnsveksten. Det andre er at departementet mener selskapene ligger i øvre sjikt av godtgjørelsesnivået blant sammenlignbare statlig eide selskaper. Departementet mener at det ikke foreligger særlige forhold som kan forsvare en differensiering i styregodtgjørelsene mellom Avinor AS, Bane NOR SF, NSB AS og Nye Veier AS, og de anbefaler at styregodtgjørelsen til de fire selskapene justeres i tråd med den alminnelige lønnsveksten.⁸⁹

Ifølge Samferdselsdepartementet har det vært særlig relevant å vurdere kompleksiteten i rammevilkårene, for eksempel betydelige endringer og særlige utfordringer som følge av transportreformen. I selskapene Bane NOR SF og Nye Veier AS har selskapsstyrene i interimperioden blitt gitt en særlig kompensasjon som følge av styrets arbeidsmengde. Godtgjørelsen ble/blir satt ned til normalnivå når departementet mener selskapet er i normal drift igjen.⁹⁰

Ifølge departementet utgjør en eventuell godtgjørelse for det å delta i styreutvalg en separat del av den samlede godtgjørelsen til styret. Departementet anser godtgjørelse for å delta i styreutvalg som en tilleggsytelse til den ordinære godtgjørelsen til styrets medlemmer.⁹¹

Samferdselsdepartementet vurderer ikke hvorvidt styrene har behov for styreutvalg, men departementet fastsetter godtgjørelsen til utvalgene i generalforsamling. Det har i noen tilfeller vært dialog mellom departementet og enkeltselskaper i forbindelse med opprettelsen av nye styreutvalg. Samferdselsdepartementet blir gjerne informert ved opprettelsen av nye styreutvalg, men påpeker at det å opprette styreutvalg ligger innenfor styrets ansvar og organisering. Blant annet i forbindelse med at Avinor AS' HMS-utvalg ble opprettet, ble det diskutert om utvalget skulle honoreres, og departementet la godtgjørelsesnivået på samme nivå som kompensasjonsutvalgets godtgjørelse, som i dette tilfellet var lav.⁹²

Samferdselsdepartementet har dialog med styrene om hvordan utvalgene fungerer, før honorarene til styreutvalgene blir fastsatt i generalforsamling. Det skal en særskilt begrunnelse til for å øke honoraret til styreutvalgene, men for inneværende år (2018)

88) Verifisert referat fra intervju med Olje- og energidepartementet og Riksrevisjonen 8. mars 2018.

89) Denne er ifølge SSB beregnet til 1,7 prosent.

90) Verifisert referat fra intervju med Samferdselsdepartementet og Riksrevisjonen 12. mars 2018.

91) Samferdselsdepartementets samlenotat av 25. april 2017 om fastsettelse av styrehonorarer 2017.

92) Verifisert referat fra intervju med Samferdselsdepartementet og Riksrevisjonen 12. mars 2018.

vil departementet se nærmere på godtgjørelsen til styreutvalg. I vurderingen av styrets samlede kostnader er utvalgsgodtgjørelsene et element departementet vektlegger, og departementet er klar over at bruken av utvalg trekker opp den samlede kostnaden til styret.⁹³

4.3.3 Styreansvarsforsikringer

Dialog med selskapene om og bruk av styreansvarsforsikringer

Informasjon fra selskapene viser at 29 av 45 selskaper kjøpte styreansvarsforsikring for styreperioden 2016–2017. Det er imidlertid bare 20 av de 45 styrelederne som oppgir at selskapene kjøpte styreansvarsforsikring for samme periode. Disse 20 styrelederne opplyser at eieren ikke har ytret ønske om eller oppmuntret styret til å kjøpe en styreansvarsforsikring.

De fire eierdepartementene bekrefter at ingen av departementene har hatt dialog med selskapenes styrer om styreansvarsforsikring eller har bedt styrene om å kjøpe slik forsikring.

Kulturdepartementet gir uttrykk for at spørsmålet om styreansvarsforsikring først og fremst er noe styrene selv bør ta opp, og hvis det er aktuelt å kjøpe slik forsikring, er det i så fall noe styrene selv må ta initiativ til å gjøre. Det er kun styret i Norsk Tipping AS som kjøper styreansvarsforsikring. Departementet mener at det er lite relevant å vurdere temaet styreansvarsforsikringer når de fastsetter godtgjørelser. Departementet har ikke eksplisitt tatt opp temaet i styringsdialogen.⁹⁴

Nærings- og fiskeridepartementets syn på styreansvarsforsikringer er at det er vanlig å ha slike forsikringer i næringslivet. Antallet styreansvarssaker for domstolene er økende, så styreansvarsforsikringer virker etter departementets syn å være kommet for å bli⁹⁵. Eksempelvis oppfatter departementet det slik at det normalt trolig vil være uaktuelt for styremedlemmer i store heleide selskaper å påta seg slike verv uten forsikring. Nærings- og fiskeridepartementet har ikke utarbeidet noe skriftlig dokument om temaet styreansvarsforsikringer, og departementet har ikke sett behovet for noe slikt dokument. Departementet har ingen formening om hvorvidt det er behov for styreansvarsforsikring, eller hvor stor den samlede kostnaden for slik forsikring er. Etter departementets syn er styreansvarsforsikringen ikke en del av styregodtgjørelsen, og den inngår ikke i departementets vurderinger av samlet godtgjørelse til styrets medlemmer.⁹⁶

Olje- og energidepartementet mener at det er naturlig at styrene kjøper styreansvarsforsikring, men understreker at det er opp til styrene selv om de vil gjøre det. Departementet har derfor ingen dialog med styrene om styreansvarsforsikringer. Departementet mener at forsikringen kan dekkes av selskapene, og kan komme i tillegg til den ordinære styregodtgjørelsen. Departementet forklarer at styregodtgjørelsene i utgangspunktet ikke er spesielt høye, og er av den oppfatning at styreansvarsforsikringer ikke er et element ved vurderingen av størrelsen på styregodtgjørelsene.⁹⁷

Samferdselsdepartementet har ingen formening om selskapenes bruk av styreansvarsforsikringer, og er av den oppfatning at det er opp til styret å tegne forsikring. Departementet har ikke vurdert om styreansvarsforsikringer skal anses som

93) Verifisert referat fra intervju med Samferdselsdepartementet og Riksrevisjonen 12. mars 2018.

94) Verifisert referat fra intervju med Kulturdepartementet og Riksrevisjonen 7. mars 2018.

95) Korrigert i henhold til Nærings- og fiskeridepartementet innspill til rapport av 15. august 2018

96) Verifisert referat fra intervju med Nærings- og fiskeridepartementet og Riksrevisjonen 21. mars 2018.

97) Verifisert referat fra intervju med Olje- og energidepartementet og Riksrevisjonen 8. mars 2018.

en del av styregodtgjørelsen, men mener det kan være argumenter både for og mot dette.⁹⁸

4.4 Oppfølging og fastsettelse av lederlønn

For alle selskapene i undersøkelsen er det tatt inn krav til utarbeidelse av lederlønnserklæring i selskapenes vedtekter.

Alle selskapsstyrene fastsetter godtgjørelse til daglig leder gjennom vedtak i styret og utarbeider årlig en lederlønnserklæring. Både revisjonens dokumentgjennomgang og spørreundersøkelsen til styrelederne i de 45 selskapene viser at det er stor variasjon i hvilken godtgjørelse som er gitt, og på hvilket grunnlag og hvordan styrene beslutter daglig leders godtgjørelse. Styrelederne oppgir også at det er stor variasjon i om det er dialog med eller gis innspill fra eierdepartementet om nivået på godtgjørelsen.

Undersøkelsen viser at styrene i de 45 selskapene legger vekt på lederens dyktighet og kompetanse når de fastsetter samlet godtgjørelse til daglig leder. I tillegg tar de selskapets resultater med i vurderingen. Over 90 prosent av styrelederne oppgir at styret i det enkelte selskap vurderer daglig leders lønn opp mot sammenlignbare selskapers lederlønnninger. I om lag halvparten av selskapene fastsettes daglig leders lønn etter forhandlinger mellom styret og daglig leder, mens for den andre halvparten er det styret som fastsetter lederens lønn uten forhandlinger.

38 av 45 styreledere opplyser at de har fått forventninger fra eieren om nivået på godtgjørelsen til daglig leder gjennom formell eller uformell eierdialog. 20 styreledere oppgir at eieren har lagt føringer for nivået på godtgjørelsen gjennom skriftlig dialog i brev, instruks eller lignende.

34 av 45 styreledere oppgir at nivået på godtgjørelsen til daglig leder er et eget tema i eierdialogen årlig/jevnlig, i tillegg til behandlingen av årsregnskapet og eventuell dialog i generalforsamling. Av disse 34 er 23 styreledere i selskaper under Kulturdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet og Samferdselsdepartementet. 7 av 45 styreledere oppgir at eieren ikke har gitt styret forventninger om nivået på daglig leders godtgjørelse, og at det heller ikke er noen jevnlig dialog med eieren om daglig leders lønnsnivå. Disse sju styrelederne har styrelederverv i selskaper under Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Kommunaldepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet.

4.4.1 Kulturdepartementets oppfølging av lederlønn

I Kulturdepartementets selskaper har behandlingen av lederlønnserklæringer vært et eget punkt i generalforsamlingen i alle selskapene fra og med 2017. I generalforsamlingsnotatene for hvert enkelt selskap kontrollerer Kulturdepartementet at selskapene etterlever aktuelle vedtekts- og lovkrav og følger statens retningslinjer for lederlønn. Departementet mener at lederlønnserklæringene og dialogen om disse med selskapenes styrer bidrar til å gi styret et godt grunnlag for å fastsette lønnsnivået for daglig leder.⁹⁹

Kulturdepartementet omtaler i generalforsamlingsnotatene at lederlønnsnivået skal være rimelig i forhold til selskapets størrelse og posisjon, men departementet gir ingen ytterligere begrunnelse for vurderingen eller på hvilket grunnlag rimelighetsvurderingen er gjort. Hovedelementet i godtgjørelsen til daglig leder skal være den faste grunnlønnen, den samlede godtgjørelsen skal være konkurransedyktig, men ikke

98) Verifisert referat fra intervju med Samferdselsdepartementet og Riksrevisjonen 12. mars 2018.

99) Verifisert referat fra intervju med Kulturdepartementet og Riksrevisjonen 7. mars 2018.

lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper, og det skal legges vekt på moderasjon, i samsvar med Meld. St. 27 (2013–2014).

Kulturdepartementet mener at begrepet moderasjon i retningslinjene for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel må vurderes konkret for hvert selskap. Departementet er av den oppfatning at lederlønningene i departementets selskapsportefølje er moderate sammenlignet med andre statlige selskaper, og at de ligger lavere enn for børsnoterte og forretningsmessige selskaper. Behovet for moderasjon i fastsettelsen av lederlønningene drøftes i dialog med selskapene, men departementet presiserer at det er styret som er ansvarlig for rekrutteringen og fastsettelsen av godtgjørelsen til daglig leder. Departementet legger ikke direkte føringer for lønnsnivået ut over å vise til retningslinjene og statens holdninger til moderasjon. I Kulturdepartementets årlige budsjettproposisjon inngår omtale av ledernes ansettelsesvilkår i statlig heleide selskaper som et eget vedlegg.¹⁰⁰

I Norsk Rikskringkasting AS (NRK) har lederlønn vært et tema i generalforsamlingen årlig i hele undersøkelsesperioden. I henhold til styrets erklæring om godtgjørelsesordning for ledere i NRK skal godtgjørelsesordningene til lederne understøtte NRKs strategiske og økonomiske mål samt selskapets verdigrunnlag. Kringkastingssjefen og øvrige leders lønn har de seneste årene blitt regulert opp årlig med en gitt prosentsats, det vil si den samme som er rammen for lønnsoppgjøret i staten. Departementet vurderer ikke eksplisitt selve lønnsnivået til kringkastingssjefen i generalforsamlingsnotatet.

Nivået på lønnen til daglig leder i Norsk Tipping AS ble vurdert i forbindelse med generalforsamlingen i 2017. Departementets kom fram til at årslønnen og pensjonsavtalene er i tråd med statens retningslinjer. Det har ikke vært dialog med styret i Norsk Tipping AS om nivået på lønnen til daglig leder ut over brev om statens retningslinjer for lederlønn samt styrets lederlønnserklæring.

Styrene i Nationaltheatret AS og Den Norske Opera & Ballett AS har til og med 2017 ikke utarbeidet egne lederlønnserklæringer, men departementet har bedt selskapene om å legge fram en slik erklæring på den ordinære generalforsamlingen i 2018. Kulturdepartementet opplyser at styrene la fram lederlønnserklæringer på den ordinære generalforsamling i 2018 og at vedtektene ble endret til at lederlønnserklæring skal behandles i de ordinære generalforsamlingene.¹⁰¹ Det har tidligere år vært referatført i generalforsamlingsprotokollene at departementet har behandlet daglig leders lønn, og at det har vært dialog med selskapets styre og ledelse i forbindelse med generalforsamlingen.

Departementet viser til at det heller ikke har vært noen dialog med styrene i de øvrige selskapene om hvorvidt det bør gis bonus til daglig leder. Temaet har heller ikke vært lagt fram for eierne av selskapsstyrene. Siden alle selskapene i undersøkelsen under Kulturdepartementet er kategori 4-selskaper, anser departementet det som lite hensiktsmessig at lederne skal motta bonus.¹⁰²

4.4.2 Nærings- og fiskeridepartementets oppfølging av lederlønn

Nærings- og fiskeridepartementet vurderer årlig om lederlønnserklæringene er i tråd med eierens forventninger som er fastsatt i *Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel*.

100) Verifisert referat fra intervju med Kulturdepartementet og Riksrevisjonen 7. mars 2018.

101) Brev fra Kulturdepartementet av 13. august 2018

102) Verifisert referat fra intervju med Kulturdepartementet og Riksrevisjonen 7. mars 2018.

Nærings- og fiskeridepartementet mener statens *Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel* gir styret et godt grunnlag for å fastsette styrets lederlønnserklæring, som igjen danner grunnlaget for å fastsette godtgjørelsen til daglig leder. Departementet er opptatt av åpenhet rundt selskapenes lederlønnspolicy. Hvilke kriterier som ligger til grunn for vurderingene av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder, vil kunne variere, men departementet forventer at statens retningslinjer legges til grunn når styrets lederlønnserklæring utarbeides.¹⁰³

I gjennomgangen av lederlønnserklæringene før generalforsamling/foretaksmøte avholdes, følger Nærings- og fiskeridepartementet opp at lederlønnserklæringene er i henhold til statens *Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel*. Det skal blant annet legges vekt på *moderasjon*, at lønnsnivået skal være *konkurransedyktig*, men ikke *lønnsledende*, og at hovedelementet i lederlønningene skal være den faste grunnlønnen.

Eierdialogen med selskapene om innholdet i lederlønnserklæringene er det viktigste virkemiddelet for å følge opp statens forventninger knyttet til lederlønnserklæringene. Det kan være en uformell eierdialog mellom selskapene og departementet om innholdet i lederlønnserklæringene i forkant av generalforsamlingen. I generalforsamlingen kan Nærings- og fiskeridepartementet komme med protokolltilførsler dersom det er mangler ved erklæringene og/eller erklæringene ikke er i samsvar med statens retningslinjer. Ved mindre avvik kan dette påpekes i eierdialogen. I tilfeller der styret i erklæringen har redegjort for avvik og begrunnelsen anses for å være akseptabel, kan behovet for protokolltilførsel falle bort.

Nærings- og fiskeridepartementet uttaler at departementet ikke har noen formening om kompensasjoner for bortfall av pensjon, firmabilavtaler og lignende, men at de blant annet er klar over at endringer i statens pensjonspolitikken har ført til at enkelte ledende ansatte har blitt kompensert for dette med økt fastlønn. Det råder imidlertid et generelt prinsipp om åpenhet, og departementet forventer derfor at selskapene rapporterer om slike kompensasjonsordninger ved bortfall av andre goder.¹⁰⁴

I rapporteringen om bonus skal selskapene blant annet rapportere om sammenhengen mellom mål/strategi og målparametere som bonusmodellen baseres på, og som ikke er forretningsmessig sensitive.¹⁰⁵ Også når det gjelder oppfølging av rapportering om bonus, har departementet en dialog med selskapene i forkant av generalforsamlingen for å presisere innholdet i lederlønnserklæringene.

4.4.3 Olje- og energidepartementets oppfølging av lederlønn

Olje- og energidepartementet gir uttrykk for at lederlønningene i selskaper med helt eller delvis statlig eierskap skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper. I forkant av generalforsamling/foretaksmøte utarbeider departementet et notat for det aktuelle selskapet. Departementet kontrollerer lederlønnserklæringer blant annet for å se til at statens retningslinjer for lederlønn følges. Departementet forventer at styrene følger statens retningslinjer for lederlønn. Selskapsstyrene baserer seg ofte på egne konsulentrapporter for å sette nivået på lederlønn. I dag er det åpenhet rundt hvordan ledere i sammenlignbare selskaper er avlønnet, noe som er med på å gi styrene gode indikatorer på hva som er en «riktig» godtgjørelse.¹⁰⁶

103) Verifisert referat fra intervju med Nærings- og fiskeridepartementet og Riksrevisjonen 21. mars 2018.

104) Verifisert referat fra intervju med Nærings- og fiskeridepartementet og Riksrevisjonen 21. mars 2018.

105) Departementet tar utgangspunkt i vedlegg 2b til veiledningsnotatet Generalforsamlingsforberedelser 2016 og 2017.

106) Verifisert referat fra intervju med Olje- og energidepartementet og Riksrevisjonen 8. mars 2018.

Olje- og energidepartementet opplyser at departementet har bidratt i arbeidet med å justere/revidere statens retningslinjer for lederlønn. Departementet mener at retningslinjene og eierskapspolitikken legger sterke nok føringer for hvordan hvert enkelt departement skal sikre at lederlønnserklæringer etterleves. Departementet framhever at en del av lederlønnsnivået er gitt av det som avtales som startlønn ved oppstart av et selskap, og det er da viktig at det settes et rett nivå.¹⁰⁷ I forbindelse med lederskifter er det forventninger fra eierdepartementet om moderat nivå på godtgjørelse til ny leder. Det ses i den forbindelse blant annet hen til selskapets markedssituasjon. Ellers er daglig leders løpende ansettelsesforhold styrets ansvar, og det er styret som inngår en lederlønnssavtale med daglig leder.¹⁰⁸

I tilfeller der styret ikke har satt et tilstrekkelig moderat nivå for daglig leders lønn, har det hendt at departementet i ettertid har stilt spørsmål ved fastsettelsen av lederlønnen. Når det gjelder bonusordninger til daglig leder, viser departementet til at det aksepterer bonusordninger for ledere i statlige selskaper, men ordningene må naturlig nok være innenfor retningslinjene for lederlønn.¹⁰⁹

4.4.4 Samferdselsdepartementets oppfølging av lederlønn

I sin gjennomgang av lederlønnserklæringer kontrollerer Samferdselsdepartementet at selskapene etterlever departementets forventninger til aktuelle vedtekts- og lovkrav, samt følger statens retningslinjer for lederlønn. I tillegg kontrollerer departementet at tidligere protokolltilførsler som har blitt gitt i generalforsamling, er håndtert på en tilfredsstillende måte. Samferdselsdepartementet forventer at vedtektsbestemmelser og lovkrav overholdes.

Departementet legger i forbindelse med sin gjennomgang av lederlønnserklæringene vekt på de forholdene som er formidlet gjennom statens retningslinjer for lederlønn. Lederlønnen skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper, og hovedelementet i lederlønningene skal være den faste grunnlønnen. Når det gjelder bonus, kan det inngås avtaler med ledende ansatte på grunnlag av individuelle mål. Departementet legger også vekt på at godtgjørelsesnivået til ledende ansatte i Samferdselsdepartementets selskaper skal være moderat.

I sine forberedelser til ordinære generalforsamlinger utarbeider Samferdselsdepartementet notater som omhandler gjennomgangen av lederlønnserklæringer. Departementet har dialog med selskapene om innholdet i lederlønnserklæringene. Departementet mener at lederlønnserklæringene gir et godt grunnlag for styret til å fastsette lederlønnsnivået. Det varierer hvor konkrete lederlønnserklæringene er, men Samferdselsdepartementet har en forventning om at selskapene følger statens lederlønnsprinsipper. I de tilfeller hvor departementet har spørsmål om bruk av for eksempel bonusordninger, søkes dette avklart i eierdialogen.

Gjennomgangen av lederlønnserklæringene for 2017 viser at departementet har vurdert at lederlønnserklæringen for både NSB AS, Avinor AS, Nye Veier AS og Bane NOR SF er i samsvar med vedtekts- og lovkrav, og at styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelsen for det kommende regnskapsåret er i samsvar med statens retningslinjer for lederlønn. Departementet har også vurdert at hensynet til moderasjon i daglig leders godtgjørelsesnivå og lønnsutvikling er ivarett.¹¹⁰

Av departementets fire selskaper er det kun NSB AS som har en bonusordning. Departementet har blant annet hatt en dialog med NSB AS for å få en avklaring med

107) Verifisert referat fra intervju med Olje- og energidepartementet og Riksrevisjonen 8. mars 2018.

108) Verifisert referat fra intervju med Olje- og energidepartementet og Riksrevisjonen 8. mars 2018.

109) Verifisert referat fra intervju med Olje- og energidepartementet og Riksrevisjonen 8. mars 2018.

110) Notat fra Luft-, post- og teleavdelingen til politisk ledelse datert 16. mai 2017, saksnr. 17/392.

hensyn til hva bonusordningene til daglig leder innebærer, hvilke kriterier bonusmodellen bygger på, og hvordan kriteriene vektes. Samferdselsdepartementet har hatt dialog med selskapet om dette, og avgitt noen protokolltilførsler. Ifølge departementet har de også hatt dialog med Bane NOR SF om foretakets lederlønnserklæring for 2017, og departementet viser til at foretaket har gjort de endringene som departementet hadde bedt dem om å gjøre.¹¹¹

5 Vurderinger

5.1 Kostnadene til godtgjørelse til styret og daglig leder har i flertallet av selskapene hatt en sterkere økning enn den gjennomsnittlige lønnsveksten i samfunnet

5.1.1 Styret

Godtgjørelsen til styrene fastsettes i generalforsamling. Departementene er opptatt av at godtgjørelsen til styrene skal reflektere styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet, og samtidig opprettholdes på et moderat nivå. Dersom godtgjørelsen vurderes å ligge på et riktig nivå justeres denne etter utviklingen i den generelle lønnsveksten i samfunnet, etter konsumprisindeksen eller Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene. Disse to indeksene har i perioden 2015–2017 økt med gjennomsnittlig ca. 2,5 prosent, basert på år-til-år-vekstratene for perioden.

I undersøkelsesperioden har et flertall av selskapene økt den samlede godtgjørelsen til styret med mer enn samfunnets gjennomsnittlige årlige lønnsvekst på 2,5 prosent. 36 av 43 selskaper har hatt en økning i samlet godtgjørelse til styret i perioden 2015–2017. 27 av disse har hatt en økning i samlet kostnad til styret som er høyere enn samfunnets gjennomsnittlige årlige lønnsvekst på 2,5 prosent. Åtte av selskapene har hatt en gjennomsnittlig prosentvis vekst i samlede kostnader til styret på mer enn 10 prosent.

Sju selskaper har hatt en gjennomsnittlig nedgang i samlede kostnader til styret i perioden 2015–2017.

Styrene organiserer fritt sin egen virksomhet og kan etablere utvalg til å utføre spesielle oppgaver for styret. Tendensen i undersøkelsesperioden er at flere selskaper benytter styreutvalg som en del av styrets organisering, og antall styreutvalg har økt og dermed kostnadene til slike utvalg. Ti selskaper har økt kostnadene til styreutvalg med mer enn 5 prosent i perioden 2015–2017, mens enkelte selskaper har økt kostnadene til styreutvalg vesentlig mer enn dette. Fem selskaper har hatt en nedgang i samlede kostnader til styreutvalg på mellom 10 og 59 prosent. Kommunalbanken AS har økt kostnadene til styreutvalg med 121 prosent i perioden¹¹², mens Ambita AS har økt sine kostnader til styreutvalg med 230 prosent. GIEK Kredittforsikring har redusert kostnadene til styreutvalg med 39 prosent.

Undersøkelsen viser også at 9 av 43 styreledere har hatt en økning på mer enn 10 prosent i fast godtgjørelse i perioden 2015–2017. I eierskapsmeldingen står det at styrelederen bør godtgjøres særskilt i tråd med det større omfanget av oppgaver som normalt ligger til vervet, og at godtgjørelsen til styret skal ha en moderat utvikling.

111) Verifisert referat fra intervju med Samferdselsdepartementet og Riksrevisjonen 12. mars 2018.

112) Kommunal- og moderniseringsdepartementet opplyser at økningen i kostnader skyldes regulatoriske krav til opprettelse av risikoutvalg i brev av 9. august 2018.

Revisjonen har merket seg at økningen i godtgjørelse til styret har vært større enn den generelle lønnsveksten i samfunnet og mener det er grunn til å ha oppmerksomhet på veksten framover for hvert enkelt selskap og samlet.

5.1.2 Daglig leder

Det er styret som fastsetter den samlede godtgjørelsen til daglig leder, og undersøkelsen viser at det har vært en vekst i samlet godtgjørelse til daglig leder i undersøkelsesperioden.

24 av 43 daglig ledere har i perioden 2014–2017 hatt en lønnsvekst som er høyere enn den gjennomsnittlige årlige lønnsveksten i samfunnet på 2,5 prosent i perioden, uavhengig av om daglig leder kun har hatt fastlønn eller har hatt fastlønn og bonus. 27 av 43 daglig ledere har kun hatt fastlønn i hele perioden 2014–2017, mens de øvrige daglig lederne har hatt bonus i ett eller flere år i undersøkelsesperioden. Sju daglig ledere har hatt en samlet vekst i godtgjørelse på mellom 20 og 40 prosent i perioden. Tre av disse med størst vekst i fastlønn har hatt bonus i alle årene.

I 2014, 2015 og 2017 utgjorde bonusen til daglig leder i Argentum AS nærmere 50 prosent av fastlønnen, mens bonusen til daglig leder i Baneservice AS utgjorde hele 60,9 prosent av fastlønnen for 2015. Daglig leder i Investinor AS hadde ingen bonus i 2015, men fikk en bonus på 52,4 prosent av fastlønnen i 2016.

Veksten i godtgjørelse til daglig leder er i halvparten av selskapene over grensen for hva som kan anses for å være moderat lønnsvekst.

5.2 Rapporteringen og åpenheten om kostnader til styret og daglig leder i årsregnskapet er utilstrekkelig

Undersøkelsen viser at kostnadstallene for godtgjørelse til styret og daglig leder som er oppgitt i selskapenes årsregnskap, i flere tilfeller avviker fra de kostnadstallene selskapene selv har oppgitt til revisjonen for godtgjørelse til styret og daglig leder for perioden 2014–2017.

Det er til dels store variasjoner mellom tallene, og en gjennomgang av årsregnskaper og tall selskapene har innrapportert, viser at det er avvik mellom selskapenes innrapporterte tall og tallene i årsrapportene når det gjelder styregodtgjørelse i 30 av 45 selskaper i ett eller flere av årene i undersøkelsesperioden. For godtgjørelsen til daglig leder er det avvik mellom selskapets innrapporterte tall og årsregnskapet for 28 av 45 selskaper i ett eller flere av årene i undersøkelsesperioden.

Regnskapsloven setter krav til at den regnskapspliktige har ansvar for å gi korrekt og dekkende informasjon i årsregnskapet. Undersøkelsen viser at selskapene i årsregnskapene i flere tilfeller ikke har framstilt godtgjørelsene til styret, styrelederen og styreutvalg separat. Godtgjørelser til daglig leder er i liten grad spesifisert i årsregnskapet med hensyn til hvilke beløp som utgjør bonus og øvrige godtgjørelser.

I styreperioden 2016–2017 hadde 28 selskaper styreansvarsforsikring. 20 av 45 styreledere har oppgitt at selskapene har hatt styreansvarsforsikring i perioden, og at kostnadene til forsikringen er ført i årsregnskapet. Revisjonens gjennomgang av årsregnskapene i samtlige 45 selskaper viser at kostnadene til styreansvarsforsikringer ikke er synliggjort i årsregnskapet til noen av disse selskapene, verken i noter eller spesifisert i selve regnskapet.

Revisjonen har merket seg at det i flere av selskapenes årsregnskaper er utilstrekkelig regnskapsspesifikasjoner og manglende noteføring, og det gjør at årsregnskapene

ikke gir et rettviseende bilde av selskapets kostnader. Etter revisjonens mening skal den informasjonen eieren og offentligheten får om godtgjørelsen til styret og daglig leder, være korrekt og dekkende.

5.3 Selskapenes kostnader til styreansvarsforsikringer har økt, og departementene anser ikke styreansvarsforsikringen for å være en del av godtgjørelsen til styrets medlemmer

Kjøp av styreansvarsforsikringer utgjør en kostnad for det enkelte selskap. Undersøkelsen viser at det i perioden 2014–2017 har blitt mer vanlig for selskapene å ha styreansvarsforsikring. I 2014 var det 22 selskaper som hadde styreansvarsforsikring, og i 2017 hadde 29 selskaper slik forsikring. I tillegg har kostnadene til styreansvarsforsikringer økt per selskap. Samlet betalte selskapene med styreansvarsforsikring 3 301 914 kroner i forsikringspremie i styreperioden 2016–2017. Det er 1 176 400 kroner mer enn den samlede kostnaden til styreansvarsforsikringer i selskapene for styreperioden 2014–2015.

Styrelederne i selskapene som har kjøpt styreansvarsforsikring i undersøkelsesperioden, oppgir at selskapene kjøper forsikring fordi det er vanlig å tegne styreansvarsforsikring. Noen få styreledere gir uttrykk for at kjøp av styreansvarsforsikring også har sammenheng med selskapets risikoeksponering, markedsposisjon eller økonomiske stilling.

Kulturdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet og Samferdselsdepartementet gir uttrykk for at det er opp til selskapene selv å tegne styreansvarsforsikringer. De fleste selskapene under disse fire departementene kjøpte styreansvarsforsikring for perioden 2016–2017. Departementene anser ikke styreansvarsforsikringen for å være en del av styregodtgjørelsen, og departementet har heller ikke vært i dialog med styrene om kjøp av slik forsikring og kostnadene til forsikring. Nærings- og fiskeridepartementet som har ansvaret for eierskapspolitikken og en veiledende og koordinerende rolle overfor de andre eierdepartementene har ikke utarbeidet noe skriftlig dokument om temaet styreansvarsforsikringer og har heller ikke sett behovet for et slik dokument.

Den økte bruken av styreansvarsforsikringer fører til at de samlede kostnadene til styret øker. Etter revisjonens mening bør Nærings- og fiskeridepartementet som ansvarlig for eierskapspolitikken og utformingen av denne, ta stilling til om kostnaden til styreansvarsforsikring er å anse som en del av styrets samlede godtgjørelse, og inngå i vurderingen av godtgjørelsens størrelse.

5.4 Departementene har gode rutiner og prosesser i forbindelse med fastsettelse av styregodtgjørelser

Kulturdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet og Samferdselsdepartementet har etablert systematiske og grundige prosesser i forbindelse med arbeidet med å fastsette styregodtgjørelse til sine selskaper, og departementene er opptatt av at styregodtgjørelsen reflekterer styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet.

Undersøkelsen viser at de fire departementene vurderer nivået på styregodtgjørelsene og følger opp at nivået på godtgjørelsene samsvarer med kravene til styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og virksomhetens kompleksitet. Videre kontrollerer departementene at godtgjørelsene gjenspeiler selskapenes risiko, markeds-eksponering, egenart, resultater og kompleksitet, samt at godtgjørelsene ligger på et moderat nivå, jf. eierskapsmeldingens krav og Veiledning for vurdering av godtgjørelse av tillitsvalgte i styrende organer, når de fastsetter og følger opp godtgjørelsen til

styrene. Revisjonen har merket seg at departementene ikke vektlegger styreansvarsforsikringer ved vurderingen av styregodtgjørelsene. Endringer i styregodtgjørelsene fastsettes i generalforsamling.

5.5 Departementene følger opp at styrene utarbeider lederlønnserklæringer

Undersøkelsen viser at de fire departementene har dialog med styrene om innholdet i lederlønnserklæringen. I forbindelse med forberedelsene til ordinær generalforsamling følger departementene opp at innholdet i lederlønnserklæringen samsvarer med eierens forventninger, som blant annet inneholder et krav om at lederlønnen skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskaper, og legger vekt på moderasjon. Revisjonen har merket seg at de fire departementenes oppfølging av styrets arbeid med lederlønnserklæringer i stor grad følger samme praksis.

Departementene mener at lederlønnserklæringene gir et godt grunnlag for styret til å fastsette lederlønnsnivået. Når det gjelder bonusordninger, viser undersøkelsen at departementene er opptatt av at selskapene skal rapportere om sammenhengen mellom mål/strategi og de målene som bonusmodellen baserer seg på, og at det er dialog om innholdet i lederlønnserklæringene i forkant av generalforsamlingene for å få avklart hva bonusmodellene innebærer. Undersøkelsen viser at eier i noen tilfeller har protokolltilførsler i generalforsamlingen dersom lederlønnserklæringene er mangelfulle.

6 Referanseliste

Lov

- Lov om aksjeselskaper (aksjeloven)
- Lov om allmenaksjeselskaper (allmennaksjeloven)
- Lov om statsforetak (statsforetaksloven)
- Lov om helseforetak (helseforetaksloven)
- Lov om årsregnskap m.v. (regnskapsloven)
- Lov om finansforetak og finanskonsern (finansforetaksloven)
- Lov om skatt av formue og inntekt (skatteloven)

Forarbeid/annet regelverk

- Ot.prp. nr. 55 (2005–2006)
- Ot.prp. nr. 89 (2003–2004)
- NOU 1996:3

Reglementer

- *Reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet).

Stortingsmeldinger

- Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap* (eierskapsmeldingen)

Retningslinjer/veiledninger

- *Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel.*
- *Retningslinjer for godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel* av 13.02.2015.
- *Retningslinjer for forberedelse av valg til styret i heleide selskaper (og deleide uten eksterne valgkomiteer), for Nærings- og fiskeridepartementet ved Eierskapsavdelingen* av 26. april 2013.
- *Veiledning for vurdering av godtgjørelsen til tillitsvalgte i styrende organer, NFD – ved Eierskapsavdelingen* av 17. januar 2017.

Prinsipputtalelser/rundskriv

- (Justis- og beredskapsdepartementet – 1997) *Prinsipputtalelse fra Justis- og beredskapsdepartementet* av 9. juni 1997 (1997/4795E)
- (Finanstilsynet – 2014) *Finanstilsynets kontroll med finansiell rapportering i 2014*. Rundskriv 16/2014

Bøker og andre faglige tidsskrifter

- Huse, Morten (1994) *Distansert nærhet: En studie om betydningen av relasjonene mellom styre og ledelse i forhold til faktisk styreatferd*. Bodø, Nordlandsforskning. (ISBN 82-7321-252-1)
- Ward, Howell, Talent Equity Institute (2016) *Board Chairs' Practices across Countries. Commonalities, Differences and Future Trends*. INSEAD (01/16), Corporate governance initiative.
- Jacquart, Philippe og J. Scott Armstrong (2013) "Are top executives paid enough? An evidence-based review interfaces. I: The Ombudsman 43(6), 580–589. The Wharton School, University of Pennsylvania, by Swiss National Science Foundation [Grant PBLAP1-132966]
- Andenæs, Mads Henry (2007): *Selskapsrett*, Oslo: M.H. Andenæs forlag
- Aarbakke, Magnus, Asle Aarbakke og Gudmund Knudsen (2012): *Aksjeloven og allmennaksjeloven kommentarutgave*, 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget

- Reiersen, Hedvig Bugge (2007) *Ansvarsbegrensning og ansvarsfrihet i aksjeselskaper*, Bergen: Fagbokforlaget

Digitale kilder

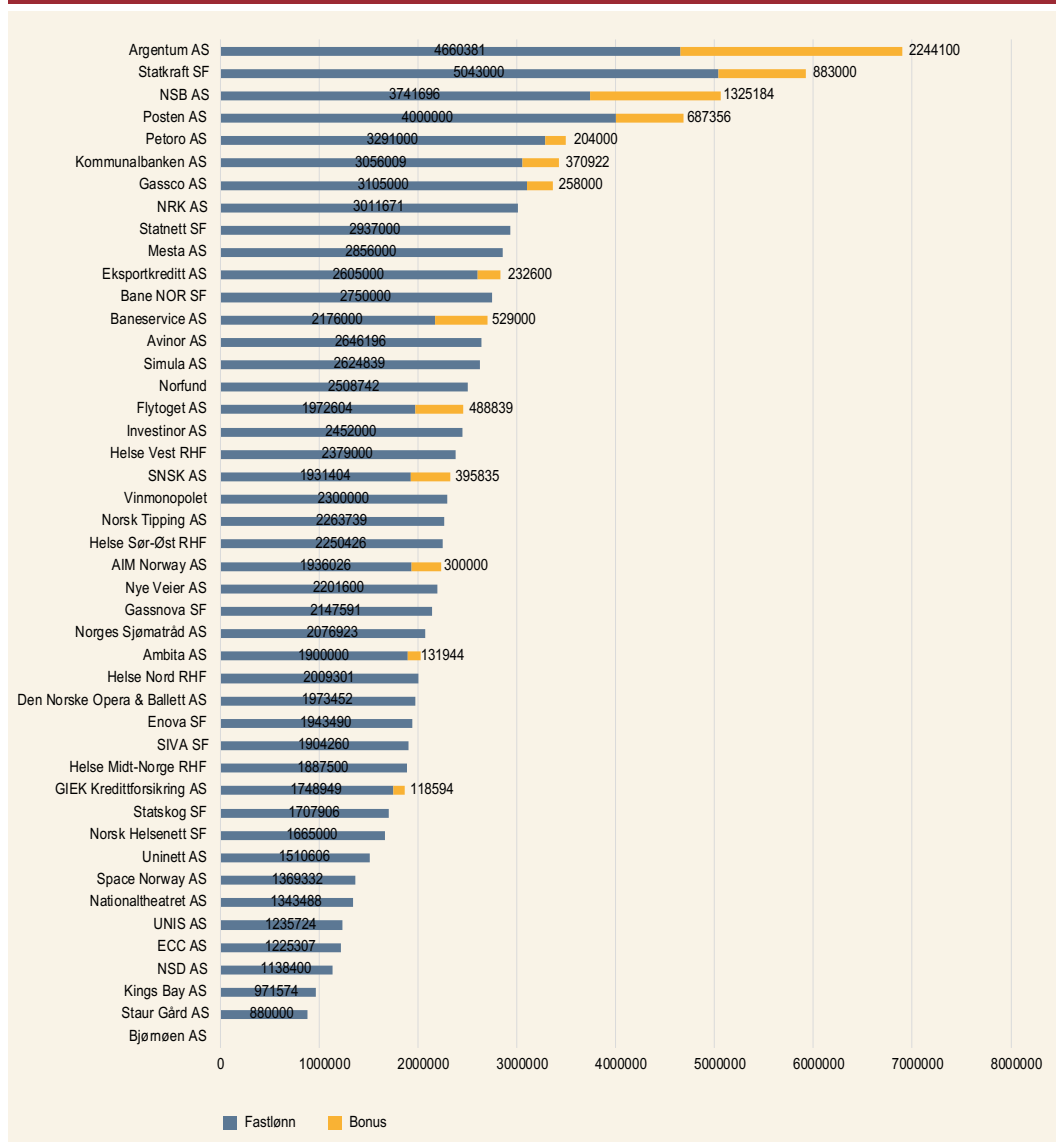
- www.nues.no
- www.regjeringen.no
- www.ssb.no
- www.lovdatab.no
- www.rettssdata.no
- www.surveymact.no
- www.deloittes.no

7 Vedlegg

Vedlegg 1 Oversikt over selskaper som er omfattet av undersøkelsen. Listen er ordnet alfabetisk etter departement

Departement	Kategori	Selskapsnavn
Forsvarsdepartementet	2	Aerospace Industrial Maintenance AS (AIM AS)
Helse- og omsorgsdepartementet	4	AS Vinmonopolet
Helse- og omsorgsdepartementet	4	Helse Midt-Norge RHF
Helse- og omsorgsdepartementet	4	Helse Nord RHF
Helse- og omsorgsdepartementet	4	Helse Sør-Øst RHF
Helse- og omsorgsdepartementet	4	Helse Vest RHF
Helse- og omsorgsdepartementet	4	Norsk Helsenett AS
Kunnskapsdepartementet	4	Norsk senter for forskningsdata AS (NSD AS)
Kunnskapsdepartementet	4	Simula AS
Kunnskapsdepartementet	4	Uninett AS
Kunnskapsdepartementet	4	Universitetssenteret på Svalbard AS (UNIS AS)
Klima- og miljødepartementet	4	Bjørnøen AS
Klima- og miljødepartementet	4	Kings Bay AS
Kommunal- og moderniseringsdepartementet	3	Kommunalbanken AS
Kulturdepartementet	4	Den Norske Opera & Ballett AS
Kulturdepartementet	4	Nationaltheatret AS
Kulturdepartementet	4	Norsk Rikskringkasting AS
Kulturdepartementet	4	Norsk Tipping AS
Landbruks- og matdepartementet	4	Statskog SF
Landbruks- og matdepartementet	4	Staur Gård AS
Nærings- og fiskeridepartementet	1	Ambita AS
Nærings- og fiskeridepartementet	3	Argentum AS
Nærings- og fiskeridepartementet	1	Baneservice AS
Nærings- og fiskeridepartementet	3	Electronic Chart Centre AS (ECC AS)
Nærings- og fiskeridepartementet	4	Eksportkreditt Norge AS
Nærings- og fiskeridepartementet	1	Flytoget AS
Nærings- og fiskeridepartementet	3	GIEK Kredittforsikring AS
Nærings- og fiskeridepartementet	3	Investinor AS
Nærings- og fiskeridepartementet	1	Mesta AS
Nærings- og fiskeridepartementet	4	Norges sjømatråd AS
Nærings- og fiskeridepartementet	3	Posten AS
Nærings- og fiskeridepartementet	4	Siva SF
Nærings- og fiskeridepartementet	4	Store Norske Spitsbergen Kulkompani AS (SNSK AS)
Nærings- og fiskeridepartementet	4	Space Norway AS
Nærings- og fiskeridepartementet	3	Statkraft SF
Olje- og energidepartementet	4	Enova SF
Olje- og energidepartementet	4	Gassco AS
Olje- og energidepartementet	4	Gassnova SF
Olje- og energidepartementet	4	Petoro AS
Olje- og energidepartementet	4	Statnett SF
Samferdselsdepartementet	4	Avinor AS
Samferdselsdepartementet	4	Bane NOR SF
Samferdselsdepartementet	3	Norske Statsbaner AS (NSB AS)
Samferdselsdepartementet	4	Nye Veier AS
Utenriksdepartementet	4	Norfund (særlovsselskap)

Vedlegg 2 Samlet godtgjørelse (fastlønn og eventuell bonus) til daglig leder for hvert selskap for 2017 fra høyest til lavest samlet godtgjørelse. Oversikten baserer seg på tall oppgitt fra selskapene



Figuren viser en oppstilling over fastlønn og bonus utbetalt til hver daglig leder for 2017. Det er store forskjeller mellom selskapene i samlet godtgjørelse til daglig leder. Eksempelvis hadde daglig leder i Argentum AS nærmere 7 millioner kroner i samlet lønn, etter at bonusen økte fra vel 500 000 kroner i 2016 til over 2,2 millioner kroner i 2017. Deretter følger daglig leder i Statkraft SF med nærmere 6 millioner kroner i samlet godtgjørelse. De åtte daglig lederne med høyest samlet godtgjørelse hadde alle bonus i tillegg til fastlønn.

8 Oversikt over tabeller og figurer

- Tabell 1 Samlet godtgjørelse til styret (inkludert styreutvalg) for hvert selskap (ekskludert styreansvarsforsikring) og gjennomsnittlig vekst i samlet godtgjørelse til styrene, tall for perioden 2014–2017
- Tabell 2 Samlet godtgjørelse til styreutvalg i de 22 selskapene med styreutvalg i perioden 2014–2017
- Tabell 3 Oversikt over selskapene som kjøpte styreansvarsforsikring ett eller flere år i undersøkelsesperioden
- Tabell 4 Samlet vekst i kroner og prosent i fast styregodtgjørelse til styrelederen (ekskludert styreutvalgsgodtgjørelse) i perioden 2014–2017 i det enkelte selskap samt gjennomsnittlig vekst i godtgjørelsen til styrelederen i perioden 2015–2017
- Tabell 5 Samlet lønnsvekst i kroner og gjennomsnittlig prosentvis vekst i totalgodtgjørelsen (lønn og bonus (der dette er aktuelt)) til daglig leder i perioden 2014–2017
- Tabell 6 Fastlønn og bonus til daglig leder i perioden 2014–2017 og bonusens prosentvis andel av fastlønnen fra år til år samt utviklingen i fastlønn i prosent i perioden
- Figur 1 Samlet kostnad til styret i de 45 selskapene i perioden (2016–2017) fordelt på fast godtgjørelse, styreutvalgsgodtgjørelse og styreansvarsforsikring
- Figur 2 Forholdet mellom daglig leders fastlønn i 2016 og styreleders godtgjørelse i styreperioden 2016–2017 for alle selskapene

Vedlegg 2:
Brev og rapport til sak 2 om
internkontroll og rutiner ved
håndtering av innsideinformasjon

2.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet og Samferdselsdepartementet

2.2 Statsrådenes svar

2.3 Rapport fra forvaltningsrevisjon av internkontroll og rutiner ved håndtering av innsideinformasjon

Vedlegg 2.1



Vår saksbehandler	22241265
John Østhassel	
Vår dato	Vår referanse
26.09.2018	2018/01251-40
Deres dato	Deres referanse

Utsatt offentlighet jf rrevl § 18 (2)

NÆRINGS- OG FISKERIDEPARTEMENTET
Postboks 8090 Dep
0032 OSLO

Att.: Statsråd Torbjørn Røe Isaksen
Att.: Statsråd Harald T. Næsvik

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om internkontroll og rutiner ved håndtering av innsideinformasjon*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Nærings- og fiskeridepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 16. august 2018.

Statsrådene bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådenes svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

OLJE- OG ENERGIDEPARTEMENTET
Postboks 8148 Dep
0033 OSLO

Att.: Statsråd Kjell-Børge Freiberg

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om internkontroll og rutiner ved håndtering av innsideinformasjon*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Olje- og energidepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 8. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg

Utsatt offentlighet jf rrevl § 18 (2)

SAMFERDSELSDEPARTEMENTET
Postboks 8010 DEP
0030 OSLO

Att.: Statsråd Jon Georg Dale

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om internkontroll og rutiner ved håndtering av innsideinformasjon*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Samferdselsdepartementet fikk et utkast til 13. juni 2018, og på departementets svar 13. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg



Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass

Deres ref
2018/01251-40

Vår ref
17/4212-34

Dato
15. oktober 2018

Riksrevisjonens undersøkelse av internkontroll og rutiner ved håndtering av innsideinformasjon

Vi viser til Riksrevisjonens brev datert 26. september 2018 vedlagt saksframstillingen av Riksrevisjonens undersøkelse om internkontroll og rutiner ved håndtering av innsideinformasjon, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Nærings- og fiskeridepartementet (NFD) er bedt om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Riktig håndtering av innsideinformasjon er viktig for tilliten til staten som eier og sektormyndighet, og dette er noe NFD legger stor vekt på. Vi ser det derfor som positivt at Riksrevisjonen gjennomgår og belyser departementenes arbeid med dette. Vi mener videre at hovedbildet fra undersøkelsen viser at innsideinformasjon håndteres på en forsvarlig måte i tråd med gjeldende lovbestemmelser.

I det følgende gir vi kommentarer til Riksrevisjonens anbefalinger og redegjør for hvordan departementet tar sikte på å følge opp disse. For ordens skyld gjør vi oppmerksom på at vi baserer våre kommentarer på Riksrevisjonens saksframstilling og utkast til rapport (og ikke den endelige rapporten som vi ikke har mottatt).

Departementenes retningslinjer om innsideinformasjon

Riksrevisjonen finner at: *"Departementenes retningslinjer gir ikke god nok veiledning i å identifisere den innsideinformasjonen de har som sektormyndighet"* herunder at *"Retningslinjene inneholder i liten grad veiledning om hvordan man vurderer når opplysninger blir å anse som*

Postadresse: Postboks 8090 Dep 0032 Oslo
Kontoradresse: Kongens gate 8 Telefon*: 22 24 90 90
Org no. 912 660 680

innsideinformasjon". Riksrevisjonen anbefaler at: "departementene utarbeider retningslinjer som gir bedre veiledning i å identifisere den typen innsideinformasjon departementene har som sektormyndighet".

Det er viktig for NFD at det er etablert gode rutiner og god praksis for håndtering av innsideinformasjon, og dette gjelder selvsagt også der departementet er sektormyndighet. Vi opplever at dagens retningslinjer er utformet i tråd med markedspraksis. En vurdering av om det foreligger innsideinformasjon skal alltid være konkret og foretas med utgangspunkt i lovens vilkår. Departementets retningslinjer gir leseren veiledning i hvordan en slik konkret vurdering skal gjøres og generelle eksempler. Forståelsen av regelverket er imidlertid helt avgjørende for å kunne foreta vurderingen. Det finnes ingen liste i regelverket over tilfeller som alltid er innsideinformasjon, og vår oppfatning er derfor at forsøk på å skreddersy retningslinjene med en slik liste eller lignende potensielt kan føre til mangelfulle eller uriktige vurderinger fordi man da ikke nødvendigvis tar utgangspunkt i en konkret vurdering utfra lovens vilkår i hver enkelt sak.

Vår vurdering er derfor at retningslinjene for behandling av innsideinformasjon i NFD er tilstrekkelige og hensiktsmessige. Som departementet tidligere har opplyst om, vil departementet i den pågående revisjonen av retningslinjene vurdere om det bør tas inn flere generelle eksempler. Departementet vil også styrke opplæringen i identifisering og håndtering av innsideinformasjon ytterligere. Som del av opplæringen vil det også være naturlig at det diskuteres eksempler på situasjoner der det kan foreligge innsideinformasjon og hvorfor.

Departementenes føring av innsidelister

Riksrevisjonen finner at: *"Departementene fører ikke innsidelister i alle tilfeller hvor det foreligger innsideinformasjon"* og anbefaler at: *"departementene, for å sikre en tilbørlig aktsom håndtering av innsideinformasjon, fører innsideliste i alle tilfellene der det foreligger slik informasjon"*.

Riksrevisjonen skriver at: *"I situasjoner der det går svært kort tid før informasjon blir offentlig kjent, finner [...] Nærings- og fiskeridepartementet [...] det hensiktsmessig å ikke føre innsideliste umiddelbart."* Vi gjør oppmerksom på at det departementet har uttalt i denne sammenheng er at det i denne type situasjoner *"ofte ikke vil være praktisk å straks opprette innsideliste"*, og at dette opprettes for eksempel neste dag. Vi mener at det er en forskjell i disse formuleringene.

Riksrevisjonen skriver videre at: *"Departementene er [...] ikke lovpålagt å føre slike lister, men listeføring vil være et viktig hjelpemiddel for å ivareta kravet om å utvise tilbørlig aktsomhet etter verdipapirhandelloven § 3-4, og det vil kunne være en del av rutineplikten"* (vår understreking). Departementet er lovpålagt å ha rutiner for sikker behandling av innsideinformasjon. Dette er rutineplikten og følger av verdipapirhandelloven § 3-4. Det følger av departementets rutine at det skal føres innsideliste da dette kan bidra til aktsom behandling av innsideinformasjon. Vi vil imidlertid gjøre oppmerksom på at loven ikke legger føringer på innholdet i en slik rutine, og Riksrevisjonen er derfor etter vår vurdering ikke helt presise i sin beskrivelse når det henvises til at føring av innsideliste vil kunne være del av rutineplikten.

Riksrevisjonen viser for øvrig til ett tilfelle hvor NFD ikke har ført liste i sin rolle som sektor-myndighet. Vi vil påpeke at selv om liste ikke ble ført i dette ene konkrete tilfellet, så ble informasjonen håndtert forsvarlig blant annet gjennom skjerming i departementets arkiv- og saks-behandlingssystem. I tillegg vil det være mulig å rekonstruere hvem som fikk tilgang til informasjonen i denne saken dersom det skulle det bli behov for det.

Det følger av departementets retningslinjer for håndtering av innsideinformasjon at det skal føres innsidelister i alle saker der departementet er i besittelse av innsideinformasjon. Departementet vil også fremover legge stor vekt på at retningslinjene følges, herunder at det føres innsidelister.

Departementenes dokumentasjon av vurdering av innsideinformasjon

Riksrevisjonen finner at: *"Departementene dokumenterer ikke godt nok vurderinger som de gjør for å identifisere innsideinformasjon"* og anbefaler at: *"alle tilfeller der departementene konkret vurderer om det finnes eller skapes innsideinformasjon, blir dokumentert"*.

Riksrevisjonen skriver i sin saksfremstilling: *"Spørsmålet om det finnes eller skapes innsideinformasjon, er relevant kun i et fåtall av alle saker som departementene behandler."* For NFDs del medfører dette ikke riktighet. Selv om det er et relativt lite antall saker hvert år i NFD der det foreligger innsideinformasjon, betyr ikke det at det ikke vurderes om det foreligger innsideinformasjon i svært mange saker per år. For eksempel må NFD som aksjonær i et børsnotert selskap, eller et selskap med børsnoterte obligasjoner, kontinuerlig vurdere hvorvidt innholdet i dokumenter eller telefonsamtaler med dette selskapet, eller saker som genereres internt i departementet som vedrører dette selskapet, utgjør innsideinformasjon. Selskapet har en selvstendig plikt til å opplyse NFD dersom de formidler innsideinformasjon, men det må også gjøres en selvstendig vurdering i NFD i det enkelte tilfellet. NFD må videre gjøre en slik vurdering hver gang departementet genererer informasjon som sektormyndighet. I prinsippet kan derfor all saksbehandling i NFD være gjenstand for en kontinuerlig vurdering av om saken inneholder innsideinformasjon. Vurderingen er i de fleste tilfeller rask og uproblematisk. I tvilstilfeller følger det av retningslinjene at nærmeste leder og jurist skal involveres i vurderingen. Ved behov nedtegnes vurderingen skriftlig.

Vårt utgangspunkt er at det for NFDs del vil være uforholdsmessig ressurskrevende å skulle dokumentere alle tilfeller der departementet vurderer om det finnes eller skapes innsideinformasjon, og vår vurdering er videre at det heller ikke er behov for å gjøre dette. Et slikt dokumentasjonskrav eller dokumentasjonspraksis følger ikke av regelverket, og det er heller ikke markedspraksis. Vi legger uansett opp til at departementet fremover fortsatt vil dokumentere slike vurderinger der departementet anser at det er behov for dette.

Misbruk av innsideinformasjon som identifisert risiko

Riksrevisjonen finner at: *"Misbruk av innsideinformasjon er ikke identifisert som en risiko av departementene, og de har derfor ikke iverksatt risikoreduserende tiltak"* og anbefaler at: *"departementene gjennomfører risikovurderinger av om innsideinformasjon kan misbrukes"*.

NFD har i dialogen med Riksrevisjonen vist til at departementet i sin virksomhetsstyring legger risiko- og vesentlighetsvurderinger til grunn for å prioritere og iverksette eventuelle nye risikoreduserende tiltak. Riksrevisjonen viser i saksframstillingen til at departementene (herunder NFD) i forrige risikovurdering har identifisert fire risikoer på dette området; at informasjonen lagres uten tilgangsstyring, at informasjonen lekkes til presse og konkurrenter, at informasjonen endres uautorisert og at den slettes. NFD har videre vist til at dette implisitt innebærer at risikoen (sannsynlighet og konsekvens) på de to områdene Riksrevisjonen peker på (at innsideinformasjon blir korrekt gjenkjent slik at den blir håndtert korrekt og at det kan forekomme misbruk av innsideinformasjon i departementene) til nå ikke har blitt vurdert som tilstrekkelig høy til at det er prioritert å iverksette ytterligere risikoreduserende tiltak utover gjeldende rutiner, retningslinjer og opplæringstiltak.

Vi merker oss Riksrevisjonens anbefalinger og vil vurdere om NFD i kommende risikovurderinger skal gjøre en mer eksplisitt risikovurdering også av disse to områdene. En eventuell mer eksplisitt risikovurdering skal i seg selv ikke påvirke vurderingen av hvorvidt risikoen er tilstrekkelig høy til at det bør iverksettes ytterligere risikoreduserende tiltak, men det vil i større grad sikre en dokumentasjon av den faktiske risikovurderingen.

Kontroll av at de ansatte kjenner regelverket

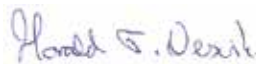
Riksrevisjonen finner at: *"Departementene kontrollerer ikke om de ansatte kjenner regelverket, eller om de håndterer informasjon på en forsvarlig måte"* og anbefaler at: *"departementene gjennomfører kontroller av om de ansatte kjenner regelverket for håndtering av innsideinformasjon, og om de ansatte håndterer innsideinformasjonen på en forsvarlig måte"*.

Vårt utgangspunkt er at den mest hensiktsmessige måten å ivareta at innsideinformasjon behandles forsvarlig, er god kunnskap om regelverket og god intern organisering. Det er gjennomført en rekke tiltak for å dele kunnskap om regelverk og retningslinjer på området i NFD, herunder at temaet tas opp på ledermøter, informasjon på departementets intranett, og det er tema i opplæringen av nyansatte. NFD legger som nevnt også opp til å styrke opplæringen i identifisering og håndtering av innsideinformasjon ytterligere. NFD er opptatt av å ha en god intern organisering. Det ligger også i det ordinære ledelsesansvaret til ansvarlig avdelingsdirektør eller prosjektleder å påse at regelverk mv. følges. NFD vil ha fortsatt høy oppmerksomhet om god intern organisering.

Med hilsen



Torbjørn Røe Isaksen
næringsminister



Harald Tom Nesvik
Fiskeriminister



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref

Vår ref
17/1559-

Dato
10. oktober 2018

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017 - Riksrevisjonens undersøkelse om internkontroll og rutiner ved håndtering av innsideinformasjon

Jeg viser til Riksrevisjonens brev datert 26. september 2018, vedlagt saksfremstillingen av Riksrevisjonens undersøkelse om internkontroll og rutiner ved håndtering av innsideinformasjon, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Riksrevisjonens merknader i undersøkelsen er på flere punkter ulike for de tre departementene som har vært omfattet. I dette brevet redegjør jeg for hvordan Olje- og energidepartementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger.

Riksrevisjonen anbefaler at departementene utarbeider retningslinjer som gir bedre veiledning i å identifisere den typen innsideinformasjon departementene har som sektormyndighet

Jeg merker meg at Riksrevisjonen mener Olje- og energidepartementets retningslinjer vil hjelpe medarbeiderne i departementet til å gjenkjenne innsideinformasjonen som departementet har som sektormyndighet, og at retningslinjene vil sikre lik behandling av saker i departementet. Vi vil jobbe for at retningslinjene skal være oppdaterte og forbedre dem dersom vi ser behov for det.

Riksrevisjonen anbefaler at departementene, for å sikre en tilbørlig aktsom håndtering av innsideinformasjon, fører innsideliste i alle tilfellene der det foreligger slik informasjon

Forvaltningsloven § 13 pålegger ansatte i forvaltningen, herunder departementene, en generell taushetsplikt om blant annet forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.

Postadresse: Postboks 8148 Dep 0033 Oslo
Kontoradresse: Akersgata 59 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 977 161 630

I tillegg til denne generelle bestemmelsen i forvaltningsloven, inneholder verdipapirhandelloven bestemmelser som pålegger den som har innsideinformasjon en plikt til å behandle denne informasjonen tilbørlig aktsomt slik at informasjonen ikke kommer i uvedkommendes besittelse eller misbrukes. Denne plikten kan oppfylles på flere måter – bl.a. ved å føre innsidelister, ved skjerming eller tilgangsstyring. Den løsningen Olje- og energidepartementet har valgt fremgår av departementets retningslinjer, som fastslår at den seksjonen som behandler eller har innsideinformasjon, skal vurdere om det skal føres innsideliste. Jeg merker meg Riksrevisjonens anbefaling og vi tar denne med oss når vi fremover vurderer om det skal føres innsideliste i en sak.

Riksrevisjonen anbefaler at alle tilfeller der departementene konkret vurderer om det finnes eller skapes innsideinformasjon, blir dokumentert

Jeg merker meg Riksrevisjonens anbefaling og vi tar denne med oss i det videre arbeidet. De fleste saker som behandles i departementet, inneholder ikke innsideinformasjon. I de saker der det besluttes å føre liste, anser jeg selve listeføringen som tilstrekkelig dokumentasjon.

Riksrevisjonen anbefaler at departementene gjennomfører risikovurderinger av om innsideinformasjon kan misbrukes

Jeg merker meg at Riksrevisjonen ser positivt på at Olje- og energidepartementet har identifisert misbruk av innsideinformasjon som en risiko i sitt styringssystem for informasjonssikkerhet.

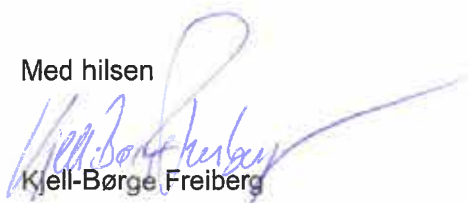
Riksrevisjonen sier i sine merknader at det er uheldig at departementene ikke har definert det som en risiko at innsideinformasjon ikke blir identifisert. Jeg er enig, og Olje- og energidepartementet har dette som en risiko i sitt styringssystem nå.

Riksrevisjonen anbefaler at departementene gjennomfører kontroller av om de ansatte kjenner regelverket for håndtering av innsideinformasjon, og om de ansatte håndterer innsideinformasjonen på en forsvarlig måte.

Olje- og energidepartementet har et styringssystem for informasjonssikkerhet. I dette styringssystemet har vi nå identifisert seks risikoer knyttet til behandlingen av innsideinformasjon. Ut i fra disse risikoene har vi utledet sikkerhetstiltak som vi har iverksatt. Tiltakene innebærer blant annet at vi har utarbeidet nye rutiner og gjennomfører årlige informasjonsmøter med de ansatte hvor rutinene for behandling av innsideinformasjon gjennomgås.

Min vurdering er at restrisikoen for behandlingen av børssensitive dokumenter er akseptabel med de tiltak vi har iverksatt. Risikovurderinger foretas årlig.

Med hilsen



Kjell-Børge Freiberg

**DET KONGELEGE
SAMFERDSSELSDEPARTEMENT**

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Dykkar ref
2018-01251-41

Vår ref
17/1712-

Dato
11. oktober 2018

**Riksrevisjonen sin kontroll med forvaltninga av statlege selskap for 2017
- Internkontroll og rutinar ved handtering av innsideinformasjon**

Eg viser til Riksrevisjonen sitt brev av 26. september 2018 vedlagt saksframstillinga av sak 2 i Dokument 3:2 (2018-2019) til Stortinget.

Eg vil følge opp Riksrevisjonen sine tilrådingar slik:

- Samferdselsdepartementet sine retningslinjer for behandling av innsideinformasjon vil gi rettleiing i å identifisere innsideinformasjon på sektorområda ved å liste opp nokre konkrete eksempel på saker som kan innehalde slik informasjon.
- Retningslinjene vil innehalde eit eige kapittel om føring av innsideliste for å sikre tilbørleg aktsam handtering av innsideinformasjon.
- I alle sakene som inneheld innsideinformasjon vil det bli ført innsidelistar som vil bli arkiverte og oppdaterte løpande. Sakene blir dokumenterte ved at innsidelista blir journalført på saka som eit internt notat.
- Departementet vil arbeide for at det felles styringssystemet for departementa vil bli utvida med risikovurdering for misbruk av innsideinformasjon. Det vil i den samanhengen bli gjort ei risikovurdering.
- Departementet vil sørge for at dei tilsette blir gjorde kjent med, og medvitne på, regelverket for innsideinformasjon gjennom eigna tiltak for informasjon og at retningslinjene blir gjorde lett tilgjengelege på departementet sitt intranett.

Med helsing



Jon Georg Dale

Postadresse: Postboks 8010 Dep 0030 Oslo
Kontoradresse: Akersg. 59 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 972 417 904

Ordliste og forkortelser

Børssensitiv informasjon	er opplysninger som kan påvirke børskurser..
eInnsyn	felles innsynsløsning for staten og kommunene som har erstattet Offentlig elektronisk postjournal
ekomtilbydere	tilbydere av elektronisk kommunikasjonsnett og offentlige elektroniske kommunikasjonstjenester
DFØ	Direktoratet for økonomistyring
Difi	Direktoratet for forvaltning og IKT
Diskontert i kursen	innebærer at en opplysning allerede har påvirket kursen på et verdipapir
Informasjonsaktiva	er et begrep brukt om informasjonsbærende ressurser innen risikostyring
OPS	offentlig–privat samarbeid
Winback	at en leverandør kontakter en kunde som har tegnet abonnement hos en konkurrent, for å vinne kunden tilbake
Økonomiregelverket	fellesbetegnelse på reglement for økonomistyring i staten og bestemmelser om økonomistyring i staten

Vedlegg 2.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av internkontroll og rutiner ved håndtering av innsideinformasjon

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Lov om verdipapirhandel (verdipapirhandelloven) kapittel 3 omhandler generelle atferdsbestemmelser. Kapitlet gjelder for finansielle instrumenter som er eller søkes notert på norsk regulert marked, men noen av bestemmelsene i kapitlet gjelder også for andre typer finansielle instrumenter. Innsideinformasjon er i verdipapirhandelloven § 3-2 definert som presise opplysninger om de finansielle instrumentene, utstederen av disse eller andre forhold som er egnet til å påvirke kursen på de finansielle instrumentene eller tilknyttede finansielle instrumenter merkbart, og som ikke er offentlig tilgjengelig eller allment kjent i markedet. Ansatte i en del offentlige virksomheter, blant annet departementene, vil regelmessig kunne bli kjent med innsideinformasjon gjennom arbeidsforholdet sitt. Innsideinformasjon kan misbrukes til å oppnå økonomisk vinning. Se faktaboks 1.

Faktaboks 1 Misbruk av innsideinformasjon

Verdipapirhandelloven § 3-3 lyder:

(1) Tegning, kjøp, salg eller bytte av finansielle instrumenter eller tilskyndelse til slike disposisjoner, må ikke direkte eller indirekte foretas for egen eller fremmed regning av noen som har innsideinformasjon.

(2) Første ledd gjelder bare ved misbruk av innsideinformasjon nevnt i § 3-2. Første ledd er ikke til hinder for normal utøvelse av tidligere inngått opsjons- eller terminkontrakt ved kontraktens utløp.

Nærings- og fiskeridepartementet forvalter statens interesser i flere børsnoterte selskaper. Det vil derfor forholdsvis regelmessig oppstå situasjoner der departementets ansatte kan ha innsideinformasjon, blant annet i forbindelse med børsintroduksjon av statlige selskaper, senere emisjoner, kjøp eller salg av aksjer eller andre aktuelle transaksjoner i selskaper der staten er aksjonær. Også Olje- og energidepartementet forvalter interesser i et børsnotert selskap, Equinor ASA¹. Enkelte av selskapene med statlig eierskap har dessuten børsnoterte obligasjoner. Dette gjelder Nærings- og fiskeridepartementet og Olje- og energidepartementet, men også Samferdselsdepartementet.

1) Statoil ASA skiftet navn til Equinor ASA etter et vedtak på generalforsamlingen 15. mai 2018.

Faktaboks 2 Hva som regnes som innsideinformasjon

For at opplysninger skal regnes som innsideinformasjon må de være tilstrekkelig presise. Det holder at opplysningen indikerer at én eller flere omstendigheter eller begivenheter har inntruffet eller med rimelig grunn kan ventes å ville inntreffe. Det er ikke noe krav om at opplysningen er fullstendig, nøyaktig eller ubetinget, så lenge den er tilstrekkelig spesifikk til å trekke en slutning om den mulige påvirkningen den vil ha på kursen.

For at opplysningene skal regnes som innsideinformasjon, må de også være egnet til å påvirke kursen på de finansielle instrumentene eller tilknyttede finansielle instrumenter "merkbar". Med det menes opplysninger som «en fornuftig investor sannsynligvis ville benytte som en del av grunnlaget for sin investeringsbeslutning», jf. verdipapirhandelloven § 3-2 tredje ledd. Effekten som opplysningen har på kursen trenger ikke å være kvantifiserbar for å være innsideinformasjon. Om en opplysning vil kunne påvirke kursen, må vurderes før opplysningen er allment kjent og dermed diskontert i kursen. En slik vurdering vil ofte måtte basere seg på hvilken betydning en lignende opplysning, som har blitt kjent i markedet, erfaringsmessig har på kursen.

På hvilket tidspunkt i en prosess opplysninger blir innsideinformasjon må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. Momenter i vurderingen vil være sannsynligheten for at prosessen vil ende med et gitt utfall for utstederselskapet, begivenhetens betydning for utstederselskapet og markedets forventninger.

Informasjon som er offentlig tilgjengelig eller allment kjent i markedet omfattes ikke av bestemmelsen i verdipapirhandelloven § 3-2 om innsideinformasjon. Dette vil typisk være informasjon som er gjort tilgjengelig gjennom media eller informasjonssystemer, for eksempel børsens meldingssystem.

Kilde: Finanstilsynets veiledning Lov om verdipapirhandel – enkelte kommentarer til kapittel 3 og 4 av 25. april 2014 (siste versjon er oppdatert 18. august 2015)

Gjennom rollen departementene har som sektormyndighet, kan departementsansatte også få kunnskap om offentlige tiltak og reguleringer som kan påvirke kostnadene og inntektene til børsnoterte selskaper. Før offentliggjøring kan planer og forslag om slike reguleringer og tiltak være innsideinformasjon ved at de kan påvirke kursen til finansielle instrumenter merkbart. Eksempler på dette kan være lisenstildelinger og/eller endrede betingelser for oppdrettsselskaper, tildeling av konsesjoner på norsk kontinentalsokkel, konsesjoner etter energi- og vassdragslovgivningen, tildeling av kontrakter til norsk næringsliv, endringer i kapitalkrav for bank og finans, endrede avgifter i flyindustrien, endringer i støtteordninger for fornybar energi og informasjon om særskatter.

De siste årene har det vært eksempler på at enkelte departementer ikke har hatt tilfredsstillende håndtering av innsideinformasjon. Se faktaboks 3 og 4.

Faktaboks 3 Grønne laksekonsesjoner

I 2013 ila Økokrim staten ved Nærings- og fiskeridepartementet en bot på 1,4 millioner kroner for brudd på verdipapirhandelloven. Departementet vedtok boten. Bakgrunnen for boten var at en faggruppe som var nedsatt av Nærings- og fiskeridepartementet for å fordele oppdrettskonsesjoner i Troms og Finnmark, ikke hadde håndtert innsideinformasjon om disse konsesjonene på en aktsom måte. Innsideinformasjon om hvilke selskaper som var tildelt konsesjon, ble gitt til selskaper som hadde fått avslag på søknadene sine, selv om det ikke var noe som tilsa at de skulle ha denne informasjonen før offentligheten. Dermed ble det også skapt en ekstra risiko for misbruk av innsideinformasjonen. Økokrim så alvorlig på bruddet på plikten til å håndtere innsideinformasjon på en tilbørlig aktsom måte. Til grunn for både illeggingen av boten og størrelsen på den lå blant annet at innsideinformasjonen ble sendt til flere uvedkommende, og at denne feilen med enkle midler kunne vært unngått.

Kilde: melding publisert på Økokrims nettside 27. mars 2015

Faktaboks 4 Nordic Mining

I 2013 la Miljøverndepartementet ut et brev på nettstedet sitt. Brevet var adressert til det børsnoterte selskapet Nordic Mining ASA (NOM) og kommunene Naustdal og Askvoll. I forkant av at brevet ble offentliggjort, var innholdet også gjort kjent for journalister i flere medier. I brevet meddelte Miljøverndepartementet de respektive partene at kunnskapsgrunnlaget var mangelfullt, og at departementet derfor foreløpig ikke kunne ta stilling til innsigelsene deres til reguleringsplanen etter *lov om planlegging og byggesaksbehandling* og NOMs søknad om en utslippstillatelse etter *lov om vern mot forurensninger og om avfall*. Offentliggjøringen av brevet ble etterfulgt av et kraftig fall i aksjekursen til NOM, og det var, etter Finanstilsynets vurdering, grunn til å tro at offentliggjøringen av brevet utløste kursfallet. Basert på Miljøverndepartementets opplysninger mente Finanstilsynet at innholdet i brevet var innsideinformasjon i verdipapirhandellovens forstand, og at journalistene som mottok informasjonen om innholdet i brevet før det ble offentliggjort, ikke kunne anses som vedkommende i lovens forstand. Finanstilsynet mente at Miljøverndepartementet burde ha vist større aktsomhet i sin håndtering av informasjon om brevets innhold forut for offentliggjøringen av brevet.

Kilde: brev fra Finanstilsynet til Miljøverndepartementet 12. september 2013

Det er en risiko for at departementene ikke håndterer innsideinformasjon på en tilbørlig aktsom måte, slik det stilles krav om for den som har innsideinformasjon, jf. verdipapirhandelloven § 3-4 andre ledd. Dette kan skyldes at departementenes interne retningslinjer ikke er gode nok, og/eller at retningslinjene ikke følges. Svakheter i håndteringen av innsideinformasjon innebærer risiko for misbruk av slike opplysninger og kan svekke tilliten til verdipapirmarkedet.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med revisjonen er å belyse systemer og prosesser for håndtering av innsideinformasjon i Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet og Samferdselsdepartementet, samt etterlevelsen og håndhevelsen av dette.

Undersøkelsen har et internkontrollperspektiv, og har følgende problemstillinger:

1. Har departementene fastsatt hensiktsmessige retningslinjer og rutiner for å forebygge misbruk av innsideinformasjon og sikre at den identifiseres og håndteres på en forsvarlig måte?
2. Gjør departementene gjennom sin internkontroll systematiske risikovurderinger av om de praktiserer en forsvarlig informasjonshåndtering, og hvordan følger de i så fall opp dette?
3. Har departementene etablert en praksis som sikrer identifisering av innsideinformasjon, og hvordan gjennomfører de i så fall denne?

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Undersøkelsen omfatter de delene av departementene som har eierstyring som ansvarsoppgave, og de delene av departementene som kan ha innsideinformasjon gjennom rollen som sektormyndighet. Undersøkelsesperioden er fra og med 2016 til og med 1. tertial 2018.

Alle de tre problemstillingene er undersøkt gjennom en kombinasjon av dokumentanalyse, skriftlige spørsmål og intervjuer med departementene.

2.1 Problemstilling 1: Har departementene fastsatt hensiktsmessige retningslinjer og rutiner for å forebygge misbruk av innsideinformasjon og sikre at den identifiseres og håndteres på en forsvarlig måte?

Revisjonen har hentet inn relevante interne retningslinjer fra de tre departementene. I de tilfellene der departementene har oppdatert retningslinjene sine i løpet av undersøkelsesperioden, har vurderingene av hensiktsmessighet tatt utgangspunkt i de oppdaterte retningslinjene. Rutinene er kartlagt gjennom intervjuer. Retningslinjene og rutinene er vurdert opp mot kravene i verdipapirhandelloven og prinsipper for internkontroll. Retningslinjenes og rutinenes hensiktsmessighet er undersøkt gjennom sammenligninger mellom de tre departementene.

Det er avholdt intervju i form av møter med Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet og Samferdselsdepartementet. I forkant av møtene fikk departementene tilsendt en liste med problemstillinger og spørsmål på overordnet nivå slik at departementene kunne velge ut de mest relevante deltakerne til møtene. De tre departementene har stilt med representanter fra administrasjonsavdelingene og fagavdelingene. Intervjuene ble gjennomført med bakgrunn i intervjuguider. Referatene fra intervjuene med departementene ble oversendt til verifisering, og det ble i denne forbindelse også lagt inn enkelte nye spørsmål i referatene.

For å undersøke om departementene håndterer innsideinformasjon med tilbørlig aktsomhet, er det kartlagt hvilke systemer og rutiner departementene har etablert for informasjonssikkerhet, for både elektroniske og papirbaserte dokumenter. Dette er kartlagt i et internkontrollperspektiv og uavhengig av om slik internkontroll er beskrevet i retningslinjene eller ikke. Departementenes praksis er også belyst gjennom en vurdering av hvordan konkrete journalførte saker har blitt håndtert når det gjelder innsideinformasjon, blant annet hvordan innsidelister er ført. Det ble bedt om alle innsidelister som hadde vært aktive i undersøkelsesperioden, men der innsideproblematikken hadde opphørt og listen var avsluttet.

Som et ledd i vurderingen av om departementene har fastsatt retningslinjer og rutiner for å forebygge misbruk, er det hentet inn dokumenter som fastsetter hvilke begrensninger departementene har satt for ansattes adgang til å kjøpe og selge aksjer. Departementenes regler på dette området er sammenlignet med hverandre.

Departementenes behov for å ha systemer og rutiner for å håndtere innsideinformasjon henger sammen med omfanget av innsideinformasjon som er i omløp i departementet. Omfanget av og hvilke typer innsideinformasjon departementene mottar og skaper, er derfor også kartlagt.

2.2 Problemstilling 2: Gjør departementene gjennom sin internkontroll systematiske risikovurderinger av hvorvidt de praktiserer en forsvarlig informasjonsåndtering, og hvordan følger de i så fall opp dette?

For å vurdere departementenes risikoarbeid er risikovurderingene knyttet til innsideinformasjon hentet inn og analysert. Det er også vurdert om departementene har identifisert relevante risikoer på området, om de har planlagt eller gjennomført tiltak for å redusere risiko, og om tiltakene er dokumentert og evaluert i tråd med økonomiregelverkets krav til internkontrollen.

Dokumentanalysen er komplementert med intervjuer med departementene og skriftlige spørsmål. Kartleggingen har omfattet spørsmål om internkontroll av både informasjons-sikkerheten i departementene generelt og håndtering av innsideinformasjon spesielt.

2.3 Problemstilling 3: Har departementene etablert en praksis som sikrer identifisering av innsideinformasjon, og hvordan gjennomfører de i så fall denne?

Departementenes praksis for å identifisere innsideinformasjon har blitt belyst gjennom intervjuer der departementene har redegjort for praksisen de har, og gjennomføringen i konkrete saker.

Intervjuene har blitt komplementert med en undersøkelse av et utvalg konkrete saker som har vært til behandling i de tre departementene i undersøkelsesperioden. Utvalget er tatt fra offentlig tilgjengelige kilder: elnnsyn, departementenes pressemeldinger og nyhetssaker, børsmeldinger og medieoppslag. Det ble valgt ut saker der det var regnet som sannsynlig at departementet på ett eller annet tidspunkt har hatt innsideinformasjon. De sakene som med størst sannsynlighet inneholdt innsideinformasjon, ble valgt ut. I utvelgelsen ble det lagt vekt på følgende elementer:

- Det var sannsynlig at saken omhandlet eller ville føre til en forbedring eller forverring av inntekter eller kostnader for et børnotert selskap, enten direkte eller indirekte.
- Den økonomiske betydningen av saken er stor i forhold til det børnoterte selskapets størrelse når det gjelder blant annet omsetning, resultat, egenkapital og børsverdi. Jo større økonomisk betydning saken vil ha, og jo mindre det involverte børnoterte selskapet er, desto større er sannsynligheten for at informasjon om saken er kurspåvirkende og derfor regnes som innsideinformasjon.
- Informasjonen i saken ble skapt av departementet, eller det var sannsynlig at departementet mottok informasjonen før den ble offentlig kjent.
- Dersom det er selve utfallet av en prosess i departementet som utgjør den antatte innsideinformasjonen, må det videre antas at utfallet ikke er fullt ut forventet i markedet før offentliggjøring.

På bakgrunn av dette ble det valgt ut henholdsvis seks, fire og sju saker fra Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet og Samferdselsdepartementet. Departementene ble bedt om å redegjøre for sine vurderinger av hvorvidt det fantes innsideinformasjon i de utvalgte sakene. Disse vurderingene har så blitt gjennomgått.

3 Revisjonskriterier

Relevante revisjonskriterier er verdipapirhandelloven, *Etiske retningslinjer for statstjenesten, reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet), *bestemmelser om økonomistyring i staten* (økonomibestemmelsene), *prinsipper for internkontroll, forskrift om elektronisk kommunikasjon med og i forvaltningen* (eForvaltningsforskriften) og ISO-standarder.

3.1 Verdipapirhandelloven

Verdipapirhandelloven § 3-4 stiller krav om at den som har innsideinformasjon, skal utvise tilbørlig aktsomhet i behandlingen av slike opplysninger, slik at innsideinformasjonen ikke kommer i uvedkommendes besittelse eller blir misbrukt. I henhold til Finanstilsynets veileder til utstederforetakene innebærer kravet om tilbørlig aktsomhet blant annet å ha kontroll med hvem som har mottatt innsideinformasjon, både internt i selskapet og eksternt.² Utsteder³ av finansielle instrumenter og andre juridiske personer som regelmessig er i besittelse av innsideinformasjon, skal ha rutiner for sikker behandling av innsideinformasjon. Ifølge Finanstilsynets veiledning *Lov om verdipapirhandel – enkelte kommentarer til kapittel 3 og 4* skal personen som har innsideinformasjon, sørge for at denne informasjonen oppbevares og distribueres på en forsvarlig måte.⁴ Ifølge *Norsk lovkommentar*⁵ er det bare juridiske personer som har denne rutineplikten. Foruten utstederselskapet peker *Norsk lovkommentar* på at praksis fra Finanstilsynet viser at også departementer er underlagt rutineplikt.⁶

Verdipapirhandelloven § 3-5 stiller krav om at det skal føres lister over personer som gis tilgang til innsideinformasjon. Plikten til å føre lister ligger hos utstederen av finansielle instrumenter. Departementene er dermed ikke lovpålagt å føre slike lister, men tilsvarende listeføring vil være et viktig hjelpemiddel for å ivareta kravet om å utvise tilbørlig aktsomhet etter § 3-4, og vil kunne være en del av rutineplikten.

Listen skal oppdateres fortløpende og inneholde opplysninger om identiteten til personene med tilgang til innsideinformasjonen, dato og klokkeslett personene fikk tilgang til slik informasjon, funksjonen til personene, årsaken til at personene er på listen, og dato for nedtegnning og endring av listen. Listen skal oppbevares på betryggende vis i minst fem år etter utarbeidelse eller oppdatering, og oversendes Finanstilsynet på forespørsel.⁷

Alle som har innsideinformasjon, vil være underlagt den straffesanksjonerte taushetsregelen i verdipapirhandelloven § 3-4. Bestemmelsen skal sikre at det kun er personer med et saklig og velbegrunnet behov for innsideinformasjon som får tilgang til slike opplysninger. Hvem som er vedkommende for informasjonen, må vurderes konkret. Innsideinformasjon skal ikke omtales i nærvær av uvedkommende.⁸ For offentlig ansatte vil slike opplysninger også være underlagt taushetsplikt som følge av ansettelsesforholdet, herunder taushetsregler i arbeidsavtalen.

- 2) Jf. Finanstilsynets veiledning *Lov om verdipapirhandel – enkelte kommentarer til kapittel 3 og 4* av 25. april 2014 (siste versjon er oppdatert 18. august 2015).
- 3) Når det gjelder hvem som skal regnes som utsteder, uttaler verdipapirsentrallovutvalget (NOU 2000:10 s. 144): «For aksjer er det vedkommende aksjeselskap som er utsteder, mens det for obligasjoner og andre låneinstrumenter er låntakeren som er utsteder. For andeler i verdipapirfond er det vedkommende forvaltningsselskap som forestår utstedelsen av nye andeler.»
- 4) Jf. Finanstilsynets veiledning *Lov om verdipapirhandel – enkelte kommentarer til kapittel 3 og 4* av 25. april 2014 (siste versjon er oppdatert 18. august 2015).
- 5) Kommentar til vphl. § 3-4 andre ledd, andre punktum (note 60 pr. 20. desember 2017).
- 6) Jf. bl.a. brev fra Finanstilsynet til Miljøverndepartementet 12. september 2013.
- 7) Verdipapirhandelloven § 3-5 andre ledd.
- 8) Finanstilsynets veiledning *Lov om verdipapirhandel – enkelte kommentarer til kapittel 3 og 4* av 25. april 2014 (siste versjon er oppdatert 18. august 2015), punkt 5.2 og 5.3.

3.2 Etiske retningslinjer for statstjenesten

I *Etiske retningslinjer for statstjenesten* punkt 4.2 står det at en statsansatt ikke kan eie eller handle med finansielle instrumenter der dette er uforenelig med den statlige arbeidsgiverens legitime interesser eller egnet til å svekke tilliten til forvaltningen. I kommentarene til bestemmelsen heter det at arbeidstakeren ikke kan eie eller handle med verdipapirer der dette kan skade arbeidsgiverens saklige og legitime interesser. Slik skade kan oppstå der aktiviteten eller eierskapet er i konkurranse med den statlige virksomheten hvor vedkommende er ansatt, og dette gjør at vedkommende kan bli inhabil i mer enn sporadiske tilfeller, eller skader stillingens eller arbeidsgiverens anseelse.

Uheldige interessekonflikter vil for eksempel kunne oppstå ved at ansatte eier verdipapirer tilhørende de samme selskapene som de forvalter statens eierinteresser i. Statsansatte med denne typen oppgaver må ha et særlig bevisst forhold til informasjon de får tilgang til gjennom arbeidet sitt, og god kjennskap til reglene om habilitet og behandling av innsideinformasjon.

Når det kan være tvil om aktiviteten er forenlig med arbeidsgiverens legitime interesser, kan ansatte ha plikt til uoppfordret å gi opplysninger om bierverv og eierskap til og handel med verdipapirer.

3.3 Krav og anbefalinger til internkontroll i økonomireglementet, økonomibestemmelsene og DFØs veileder i internkontroll

Det følger av økonomireglementet § 14 om internkontroll at alle virksomheter skal etablere systemer og rutiner som har innebygget intern kontroll, for blant annet å sikre at de forebygger og avdekker misligheter og økonomisk kriminalitet.

Direktoratet for økonomistyring (DFØ) og Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) har utarbeidet flere veiledere som utdyper og konkretiserer kravene til risikostyring og internkontroll i økonomireglementet.⁹ Reglementet inneholder krav om at styring, oppfølging, kontroll og forvaltning skal tilpasses virksomhetens egenart samt risiko og vesentlighet. Kravene til internkontroll i økonomiregelverket er dermed også krav om risikostyring.¹⁰

For å kunne overholde lover og regler må virksomhetens ledere og medarbeidere ha oversikt over hvilke lover, forskrifter, rundskriv og instruksjoner som gjelder for virksomheten, og hvilke interne policyer og prosedyrer som er etablert. Videre forutsettes det at virksomheten har oversikt over i hvilke prosesser, enheter/funksjoner og arbeidsoppgaver gjeldende lover og regler er relevante. Effektiv internkontroll innebærer at det er etablert tiltak som i nødvendig grad sikrer at krav som følger av lover og regelverk, ivaretas i de ulike prosessene og enhetene i virksomheten.¹¹

Virksomhetene kan gjennom ulike former for tiltak sørge for at lover og regler blir overholdt, eksempelvis gjennom å kreve at ansatte har en gitt type kompetanse, etablere opplæringsprogrammer, ha maler og prosedyrer som sikrer at sakene gjennomgår gitte steg, ha klar arbeidsdeling og å ha sjekklister. Lover og regler kan endres, og det er derfor viktig at virksomheten har prosedyrer for å fange opp nye og endrede krav, og at ansvaret for å følge opp dette er definert.¹²

9) Jf. blant annet SSØ (2005), *Risikostyring i staten – håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen*, DFØ (2013), *Veileder i internkontroll* og Difi (2011), *Veileder for internkontroll i offentlige anskaffelser*.

10) Jf. SSØ (2005), *Risikostyring i staten – håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen*, s. 13.

11) Jf. DFØs veileder i internkontroll.

12) Jf. DFØs veileder i internkontroll.

Ledelsen har ansvaret for å påse at internkontrollen er tilpasset risiko og vesentlighet, at den fungerer på en tilfredsstillende måte, og at den kan dokumenteres. Internkontroll skal primært være innebygget i virksomhetens interne styring. Internkontrollen skal også ha til hensikt å forebygge og avdekke tilsiktede handlinger utført i strid med gjeldende lover og regler. For å kunne utøve nødvendig internkontroll, skal virksomhetens ledelse etablere systemer, rutiner og tiltak med vekt på identifisering av risikofaktorer og rutiner for håndtering og lagring av vesentlig informasjon som sikrer konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Alle tiltak skal forankres på overordnet nivå for å sikre at risikobildet er relevant og fullstendig.¹³

3.3.1 Dokumentasjon av etablert og gjennomført internkontroll

Effektiv internkontroll forutsetter at ledelsen fastsetter rammer for hvordan virksomheten skal innrettes for å realisere samfunnsoppdraget. Dette innebærer at ledelsen formaliserer og dokumenterer overordnede føringer og prinsipper samt myndighet, roller og ansvar for virksomhetskritiske og risikoutsatte områder og prosesser. Slike dokumenter tilsvarer det som i økonomiregelverket omtales som virksomhetens instruks. Ledelsen må videre formalisere og dokumentere hvordan overordnede føringer og prinsipper er operasjonalisert til konkrete prosesser, aktiviteter og kontroller som setter standarden for hvordan oppgavene i virksomheten skal utføres.¹⁴

Internkontrollen stiller krav om dokumentasjon av policyer og prosedyrer samt gjennomførte kontroller og oppfølging. Økonomiregelverket inneholder også krav til hva som skal dokumenteres, og krav til oppbevaring av dokumentasjonen. Virksomhetens krav til dokumentasjonen og hvor denne skal oppbevares, bør være beskrevet i prosedyrene.

3.3.2 Risikovurderinger

En risikovurdering innebærer å identifisere risikoer som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav, herunder internkontrollmålsettingene, overholdelse av lover og regler, målrettet og effektiv drift og pålitelig rapportering. Med bakgrunn i mål og krav kan virksomheten avgjøre hvilke områder og prosesser som bør ha høyest prioritet i internkontrollarbeidet den kommende perioden. Videre vil risikovurderinger gi grunnlag for å vurdere behovet for forbedringer i form av tiltak og prioritere hva som bør følges opp. Når det er klart hvilke mål og krav virksomheten har å forholde seg til, kan det gjøres risikovurderinger av disse. Dersom identifiserte risikoer ikke kan aksepteres, kan de reduseres ved å iverksette tiltak.

Når virksomheten skal vurdere tiltak, må det pekes ut en *risikoeier*, som i kraft av denne rollen får ansvar for å identifisere, vurdere og prioritere aktuelle tiltak som kan håndtere risikoen. Det er viktig at avgjørelser om *hvilke* tiltak som skal iverksettes, fattes på riktig nivå i virksomheten og av personer som har myndighet til å ta slike avgjørelser.

3.3.3 Implementering av tiltak for å håndtere risikoen

Nyutformede eller oppdaterte tiltak gjøres kjent og forankres i virksomheten gjennom ulike implementeringsaktiviteter. Hvilke implementeringsaktiviteter som må til for at de vedtatte tiltakene skal iverksettes og fungere som forutsatt, avhenger av typen tiltak og hvor viktig, komplekst og stort tiltaket er.

13) *Bestemmelser om økonomistyring i staten*, fastsatt av Finansdepartementet 12. desember 2003 med endringer av 21. desember 2005, 14. november 2006, 8. juni 2010, 18. september 2013 og 5. november 2015.

14) Jf. DFØs veileder i internkontroll. Opplysninger i de neste avsnittene er innhentet fra den samme kilden.

3.3.4 Oppfølging og rapportering

Oppfølging innebærer en systematisk vurdering av utformingen av internkontrollsystemet og om internkontrollen følges og fungerer som forutsatt. Gjennom oppfølgingen får ledelsen informasjon om hvorvidt målsettingene for internkontrollen blir nådd, og om implementerte tiltak etterleves og gir ønsket effekt. I tillegg vil regelmessig og systematisk oppfølging bidra til å rette opp i svakheter før de går ut over virksomhetens evne til å oppfylle fastsatte mål og krav. Resultatene fra oppfølgingen vil gi verdifull informasjon til forbedringsarbeidet i virksomheten.

3.4 eForvaltningsforskriften og ISO-standarder

Forvaltningsorgan som kommuniserer benytter elektronisk kommunikasjon skal i henhold til eForvaltningsforskriften § 15 ha beskrevet mål og strategi for informasjonssikkerhet i virksomheten (sikkerhetsmål og sikkerhetsstrategi). Disse skal danne grunnlaget for forvaltningsorganets internkontroll (styring og kontroll) på informasjonssikkerhetsområdet. Bestemmelsen krever at sikkerhetsstrategien og internkontrollen adresserer, og om nødvendig stiller krav til, blant annet prosedyrer for behandling av taushetsbelagt informasjon. Sikkerhetsstrategien og internkontrollen skal inkludere relevante krav som er fastsatt i andre lover, forskrifter eller instruksjoner. Internkontrollen på informasjonssikkerhetsområdet skal i henhold til eForvaltningsforskriften § 15 være basert på anerkjente standarder.

Ifølge Difis¹⁵ veiledningsmateriell Internkontroll i praksis – *informasjonssikkerhet, for toppledere* er standarden ISO/IEC 27001 den anbefalte anerkjente standarden for offentlige virksomheter. Difi har utarbeidet veiledningsmateriellet *Internkontroll i praksis – informasjonssikkerhet, grunnleggende innføring*, som er basert på og konkretiserer denne standarden og dekker det Difi anser som de viktigste kravene. I offentlig sektor er det anbefalt å bruke Difis veiledningsmateriell for å tilfredsstille kravene i eForvaltningsforskriften § 15 som referanse og støtte ved analyse av status, og ved etablering og forbedring av internkontroll på informasjonssikkerhetsområdet.¹⁶

I tillegg til at Difis veiledningsmateriell er basert på den anbefalte anerkjente standarden ISO/IEC 27001, støtter det seg også på ISO 31000 og anerkjente forskningsmiljøer innen risikostyring. Veiledningsmateriellet konkretiserer det Difi mener er de mest sentrale delene av standarden ISO/IEC 27001. Det inneholder samtidig pragmatiske tilpasninger til norske offentlige virksomheter. Materiellet dekker ikke alle krav i ISO/IEC 27001.

Difi peker i veiledningsmateriellet på at den enkelte virksomhet må avgjøre om den vil implementere alle kravene i standarden og eventuelt sertifisere hele eller deler av virksomheten. Veiledningsmateriellet omfatter helhetlig internkontroll på informasjonssikkerhetsområdet. Det dekker de grunnleggende kravene om internkontroll, styringssystem og sikkerhetsadministrasjon i eForvaltningsforskriften, *lov om behandling av personopplysninger* (personopplysningsloven) og *lov om forebyggende sikkerhetstjeneste* (sikkerhetsloven).

4 Fakta

4.1 Innsideinformasjon i departementene

Departementene kan både motta og skape innsideinformasjon, og de kan ha innsideinformasjonen i kraft av å være eier og i kraft av å være sektormyndighet. Tabell 1

15) Jf. Direktoratet for forvaltning og ikt.

16) Jf. Difis veiledningsmateriell Internkontroll i praksis – informasjonssikkerhet, for toppledere pkt. 3.1.

viser eksempler på innsideinformasjon som departementene vil kunne motta eller skape.¹⁷

Tabell 1 Eksempler på innsideinformasjon som departementene vil kunne motta eller skape fordi de er eier og/eller sektormyndighet

	Som eier	Som sektormyndighet
Nærings- og fiskeri-departementet	• strategiske planer for selskaper med statlig eierandel • nedslag i statens eierandel • børsintroduksjon	• lisenstildelinger • forskriftsendringer som påvirker rammebetingelser til oppdrettsselskaper og andre • behandling av klagesaker om oppdrett
Olje- og energi-departementet	• Equinor ASAs strategiske planer, som utbytteaksjeprogram • endringer i statens eierandel i Equinor ASA	• konsesjonstildelinger på norsk sokkel • konsesjoner etter energi- og vassdragslovgivningen • endringer i støtteordninger for fornybar energi
Samferdsels-departementet	• informasjon som kan påvirke prisingen av obligasjonslånene til NSB AS* og Avinor AS, eksempelvis forespørsler om kapitalinnskudd	• endrede rammebetingelser for flyindustrien, telekom og andre • kontraktstildeling i samferdsel** • behandling av klagesaker om telekom

* NSB AS' obligasjonslån ble overført til Materiellselskapet AS (senere Norsk tog AS) per desember 2016.

** Det finnes eksempler på tilfeller der Samferdselsdepartementet også mottar innsideinformasjon om kontrakter som underliggende etater gjennomfører, men dette er sjelden, for slike anskaffelser må ikke klareres med departementet. Imidlertid gjør Samferdselsdepartementet enkelte anskaffelser selv.

4.1.1 Innsideinformasjon i Nærings- og fiskeridepartementet

Eierskapsavdelingen i Nærings- og fiskeridepartementet har i undersøkelsesperioden mottatt og generert innsideinformasjon for flere av selskapene avdelingen forvalter statens eierskap i. I utgangspunktet kan ethvert forhold være innsideinformasjon så lenge det omfattes av ordlyden i loven, og det er vanskelig å peke på særskilte typetilfeller av innsideinformasjon som departementet mottar som eier.¹⁸ Etter verdipapirhandeloven § 3-5 tredje ledd skal utsteder av finansielle instrumenter sørge for at personer som gis tilgang til innsideinformasjon er kjent med de plikter og ansvar dette innebærer, samt straffeansvaret som er forbundet med misbruk eller uberettiget distribusjon av slike opplysninger.

Utsteder av finansielle instrumenter skal kunne dokumentere overfor Finanstilsynet at personer som gis tilgang til innsideinformasjon er kjent med sine plikter etter første punktum. Informasjonsutvekslingen skjer som regel i møter med selskapene eller per telefon. Nærings- og fiskeridepartementet får bare unntaksvis innsideinformasjon i kvartals- eller samfunnsansvarsmøter med selskapene. Det er mer sjelden at Nærings- og fiskeridepartementet mottar slik informasjon skriftlig, med mindre det dreier seg om såkalte eiersaker der staten som eier bes om å ta stilling til en sak, for eksempel på generalforsamling.¹⁹ Som eier vil Nærings- og fiskeridepartementet også kunne generere innsideinformasjon i saksbehandlingen sin, og et eksempel er nedsalgsprosesser.²⁰ I undersøkelsesperioden har staten solgt seg ned i Entra ASA og SAS AB. Ved begge anledninger sendte departementet ut børs melding om nedsalget.²¹ Eierskapsavdelingen hadde avsluttet 14 innsidelister i løpet av undersøkelsesperioden, enkelte i samme sak.²²

17) Basert på departementenes retningslinjer for håndtering av innsideinformasjon, verifiserte referater fra møter med departementene og identifiserte saker med innsideinformasjon i departementene for 2016 og 2017.

18) Jf. verifisert referat fra møte med Nærings- og fiskeridepartementet 6. mars 2018 og Nærings- og fiskeridepartementets brev av 16. august 2018.

19) Jf. Nærings- og fiskeridepartementets brev av 16. august 2018.

20) Jf. verifisert referat fra møte med Nærings- og fiskeridepartementet 6. mars 2018.

21) Børs melding fra Nærings- og fiskeridepartementet 14. september 2016 og 13. oktober 2016.

22) Jf. gjennomgangen av innsidelister som er avsluttet i departementet i perioden fra 2016 til og med april 2018.

I tillegg til eierskapsavdelingen forvalter handelspolitisk avdeling og forsknings- og innovasjonsavdelingen statens eierinteresser i selskaper. Selv om ingen av disse selskapene er børsnotert, kan disse avdelingene i prinsippet motta innsideinformasjon i kraft av å være eier. Det har imidlertid ikke blitt registrert tilfeller av at disse avdelingene har mottatt innsideinformasjon i undersøkelsesperioden.

Sammenlignet med øvrige avdelinger i Nærings- og fiskeridepartementet og de to andre departementene som inngår i undersøkelsen, har fiskeri- og havbruksavdelingen ofte innsideinformasjon. Dette i egenskap av å være sektormyndighet for fiskeri- og oppdrettsnæringen. Flere selskaper med virksomhet innen fiskeri- og oppdrettsnæringen er notert på Oslo Børs.²³ I saker der fiskeri- og havbruksavdelingen treffer enkeltvedtak, vil departementet kunne skape innsideinformasjon relatert til disse selskapene. Nærings- og fiskeridepartementet kan også skape innsideinformasjon når det som sektormyndighet fastsetter rammevilkår som får konsekvenser for børsnoterte selskaper, for eksempel gjennom forskriftsendringer. Som klageinstans i enkeltsaker kan Nærings- og fiskeridepartementet motta innsideinformasjon fra underliggende etater, som Fiskeridirektoratet.²⁴ Fiskeri- og havbruksavdelingen hadde avsluttet ti innsidelister i løpet av undersøkelsesperioden, enkelte i samme sak.²⁵

Konkurransopolitisk avdeling i Nærings- og fiskeridepartementet har tidligere hatt innsideinformasjon gjennom å være sektormyndighet for konkurransepolitikken. Avdelingen har imidlertid ikke behandlet saker der den har mottatt eller skapt innsideinformasjon i undersøkelsesperioden. I ett tilfelle var det aktuelt å føre innsideliste, men etter at avdelingen tok kontakt med det aktuelle foretaket for å avklare om avgjørelsen kunne være kurspåvirkende, opplyste foretaket at det ikke anså dette som innsideinformasjon.²⁶ Også de øvrige fagavdelingene nevnt over kan tenkes å ha innsideinformasjon gjennom sin rolle som sektormyndighet. Det har imidlertid ikke skjedd i undersøkelsesperioden.

Fordelingen av Nærings- og fiskeridepartementets 24 innsidelister i undersøkelsesperioden er vist i tabell 2. Innsideinformasjon som har resultert i at departementet har opprettet innsideliste, har i flere tilfeller blitt mottatt av departementet (16 lister) enn skapt i departementet (8 lister). Departementet har innsideinformasjonen i egenskap av å være sektormyndighet (fiskeri- og havbruksavdelingen) om lag like ofte som i egenskap av å være eier (eierskapsavdelingen).

Tabell 2 Fordeling av innsidelister i Nærings- og fiskeridepartementet etter hvor innsideinformasjonen stammer fra, og hvorfor departementet har den

	Mottar	Skaper	Sum
Sektormyndighet	5	5	10
Eier	11	3	14
Sum	16	8	24

23) Selskaper notert på Oslo Børs inkluderer blant annet Austevoll Seafood ASA, Grieg Seafood ASA, Lerøy Seafood Group ASA, Marine Harvest ASA, Norway Royal Salmon ASA, NTS ASA og SalMar ASA.

24) Jf. verifisert referat fra møte med Nærings- og fiskeridepartementet 6. mars 2018.

25) Jf. gjennomgangen av innsidelister som er avsluttet i departementet i perioden fra 2016 til og med april 2018.

26) Jf. verifisert referat fra møte med Nærings- og fiskeridepartementet 6. mars 2018.

4.1.2 Innsideinformasjon i Olje- og energidepartementet

Gjennom forvaltningen av statens eierskap i Equinor ASA kan Olje- og energidepartementet både motta og skape innsideinformasjon. På grunn av Equinor ASAs størrelse mener Olje- og energidepartementet at det meste av informasjonen departementet mottar fra selskapet, ikke vil være innsideinformasjon, fordi den ikke er egnet til å påvirke aksjekursen merkbart. Det gjelder også sakene som har handlet om samfunnsansvar. Det finnes imidlertid enkelte tilfeller der Equinor ASA har gitt departementet innsideinformasjon, som for eksempel i forbindelse med fusjonen med Norsk Hydro ASAs oljevirksomhet i 2006/07 og i forbindelse med utbytte-aksjeprogrammet, som departementet ble orientert om mot slutten av 2015.²⁷

Statlig oppkjøp og nedsalg i Equinor ASA er et eksempel på at Olje- og energidepartementet kan skape innsideinformasjon i kraft av å være eier. Dette har imidlertid ikke skjedd i undersøkelsesperioden og skjedde sist i 2008/2009.

Olje- og energidepartementet mener det er sjelden at informasjon som departementet mottar fra underliggende etater vil kunne være innsideinformasjon. I den grad departementet blir orientert om store anskaffelser i underliggende etater eller børsnoterte oljeselskaper, så skjer dette i etterkant av at de er blitt offentlig kjent, slik at informasjonen ikke lenger utgjør innsideinformasjon.

Olje- og energidepartementet har mye kontakt med børsnoterte selskaper, for eksempel gjennom konsesjonsrundene på norsk kontinentalsokkel. Gjennom tildelingen av rettigheter på kontinentalsokkelen kan departementet skape innsideinformasjon. Vurderingen av om tildelinger i konsesjonsrundene utgjør innsideinformasjon, vil være ulik fra selskap til selskap, da utfallet av en konsesjonsrunde typisk kan påvirke kursen merkbart for små børsnoterte selskaper, men ikke alltid for de større.

Gjennom *lov om petroleumsvirksomhet* (petroleumsloven) skal departementet gi sitt samtykke til overdragelse av en tillatelse eller andel i tillatelse til petroleumsvirksomhet. Det samme gjelder overdragelse av aksjeposter og andre eierandeler som kan gi bestemmende innflytelse over en rettighetshaver som har andel i en tillatelse.²⁸ Ifølge Olje- og energidepartementet vil det normalt være offentlig kjent at en avtale er inngått, og dette er derfor ikke innsideinformasjon, når avtalen sendes til departementet for samtykkebehandling.²⁹ Ifølge departementet kunne det tenkes at behandlingen av disse sakene skaper innsideinformasjon, men dette vil være avhengig av at utfallet av behandlingen avviker fra markedets forventninger, typisk at departementet ikke gir samtykke til de ønskede transaksjonene fra oljeselskapene. Dette skjer imidlertid sjelden og har ikke skjedd i undersøkelsesperioden når det gjelder børsnoterte selskaper.³⁰

Olje- og energidepartementet samarbeider videre med Petroleurstilsynet og Oljedirektoratet om prekvalifisering av rettighetshavere og operatører på norsk sokkel. Også her kunne det tenkes at departementet mottok eller skapte innsideinformasjon i forbindelse med at børsnoterte selskaper søker om prekvalifisering. Dette har imidlertid ikke vært aktuelt i undersøkelsesperioden. Saker om prekvalifisering vil som hovedregel ikke inneholde informasjon som kan være innsideinformasjon, og det finnes ingen eksempler i undersøkelsesperioden på at departementet ikke innvilget søknad om prekvalifisering fra børsnoterte selskaper.

27) Jf. verifisert referat fra møte med Olje- og energidepartementet 27. februar 2018. Opplysninger i de neste avsnittene er innhentet fra den samme kilden.

28) Lov om petroleumsvirksomhet § 10-12.

29) Jf. Olje- og energidepartementets brev av 9. april 2018.

30) Jf. Olje- og energidepartementets brev av 23. april 2018. Opplysningene i neste avsnitt er hentet fra samme kilde.

Olje- og energidepartementet hadde avsluttet tre innsidelister i løpet av undersøkelsesperioden, alle i ulike avdelinger.³¹ Som tabell 3 viser, er de tre sakene fordelt på ulike kombinasjoner av de mulige årsakene til at departementet har innsideinformasjon.

Tabell 3 Fordeling av innsidelister i Olje- og energidepartementet etter hvor innsideinformasjonen stammer fra og hvorfor departementet har den

	Mottar	Skaper	Sum
Sektormyndighet	1	1	2
Eier	1	0	1
Sum	2	1	3

4.1.3 Innsideinformasjon i Samferdselsdepartementet

Ingen av selskapene som Samferdselsdepartementet forvalter statens eierinteresser i, er børsnoterte, men enkelte – blant andre NSB AS og Avinor AS – har børsnoterte obligasjoner.³² Forespørsler fra selskaper som Samferdselsdepartementet eier, for eksempel om kapitalinnskudd eller saker de orienterer departementet om etter § 10 i selskapenes vedtekter,³³ kan være innsideinformasjon.³⁴

Det hender at Samferdselsdepartementet mottar informasjon om større anskaffelser i slutfasen av anskaffelsesprosessene som enten selskapene eller underliggende etater gjennomfører. Departementet kan da få informasjon om hvem som er tildelt en kontrakt, før dette blir offentlig kjent.

I enkelte tilfeller er det ønskelig at departementet deltar i forbindelse med offentliggjøring av valg av tilbydere, og departementet vil da kunne bli gitt informasjon som setter enkelte departementsansatte i en innsideposisjon. Samferdselsdepartementet har ingen formell rolle i forbindelse med anskaffelser som foretas av selskaper hvor departementet forvalter statens eierinteresser eller av departementets underliggende virksomheter. I enkelte, særlige tilfeller kan departementet imidlertid motta slik informasjon, og denne informasjonen vil kunne være skriftlig eller muntlig.

Som sektormyndighet kan Samferdselsdepartementet for eksempel motta innsideinformasjon gjennom kontakt med børsnoterte ekomtilbydere. Departementet kan også skape innsideinformasjon gjennom å tildele kontrakter innen samferdselssektoren.³⁵

Samferdselsdepartementet har avsluttet tre innsidelister i løpet av undersøkelsesperioden, alle i forskjellige avdelinger.³⁶ Som tabell 4 viser er de tre sakene fordelt på ulike kombinasjoner av de mulige årsakene til at departementet har innsideinformasjon. Det ene tilfellet av innsideinformasjon som departementet skapte selv, var knyttet til jernbanereformen. Departementet hadde innsideinformasjonen i denne saken fordi det forvalter eierskapet i NSB AS, men også fordi det er sektorpolitisk myndighet for jernbanen.³⁷

31) Jf. gjennomgangen av innsidelister som er avsluttet i departementet i perioden fra 2016 til og med april 2018.

32) NSB AS' obligasjonslån ble overført til Materiellselskapet AS (senere Norsk tog AS) per desember 2016.

33) Bestemmelse om at styret i selskapet skal legge fram saker for statsråden som antas å være av vesentlig samfunnsmessig eller prinsipiell betydning.

34) Jf. verifisert referat fra møte med Samferdselsdepartementet 21. februar 2018. Opplysninger i de neste avsnittene er innhentet fra den samme kilden.

35) Jf. Samferdselsdepartementets brev av 11. april 2018 til Riksrevisjonen.

36) Jf. gjennomgangen av innsidelister som er avsluttet i departementet i perioden 2016 til og med april 2018.

37) Jf. e-post fra Samferdselsdepartementet 15. mai 2018.

Tabell 4 Fordeling av innsidelister i Samferdselsdepartementet etter hvor innsideinformasjonen stammer fra, og hvorfor departementet har den

	Mottar	Skaper	Sum
Sektormyndighet	2	1*	3
Eier	0	1*	1
Sum	2	2	4

* Dette gjelder samme sak.

Alle tre departementer mottar også innsideinformasjon som skapes i andre departementer. I disse tilfellene er det avsender som er ansvarlig for å informere om at informasjonen er innsideinformasjon, og for å føre mottakerne opp på innsidelisten.³⁸

4.2 Retningslinjer og rutiner for å forebygge misbruk av innsideinformasjon og sikre at den identifiseres og håndteres på en forsvarlig måte

4.2.1 Bestemmelser om ansattes eierskap til og handel med verdipapirer

Nærings- og fiskeridepartementet har utarbeidet retningslinjer for handel med verdipapirer for ansatte og embetsmenn i departementet. Retningslinjene pålegger departementets ansatte rapporteringsplikt for alt innehav og all handel med aksjer der Nærings- og fiskeridepartementet forvalter statens eierinteresser. Videre heter det at alle ansatte og embetsmenn bør vise særlig varsomhet i forbindelse med verdipapirer og andre rettigheter knyttet til selskaper (inkludert datterselskaper og tilknyttede selskaper) der Nærings- og fiskeridepartementet forvalter statens eierinteresser. De har dessuten plikt til å rapportere om innehav av aksjer, eller enkelttransaksjoner for over 50 000 kroner i andre norske selskaper eller utenlandske selskaper med aktiviteter i Norge. I særskilte tilfeller kan departementet fastsette tidsavgrensede handleforbud og/eller bestemmelser om bindingstid for verdipapirer knyttet til selskaper som departementet forvalter.³⁹

Ansatte i eierskapsavdelingen som har aksjer i selskaper der avdelingen forvalter statens eierandel, deltar ikke i selskapsteam⁴⁰ for selskaper de eier aksjer i. Dette er ifølge Nærings- og fiskeridepartementet en etablert praksis som ikke er nedfelt i skriftlige retningslinjer.⁴¹

Olje- og energidepartementet har detaljerte og omfattende bestemmelser som setter en rekke begrensninger på de ansattes adgang til å eie eller handle bestemte typer verdipapirer.⁴²

Departementsråden har vedtatt forbud mot å eie visse typer aksjer for ansatte i enkelte avdelinger: Ansatte i olje- og gassavdelingen skal ikke eie eller handle aksjer og verdipapirer i rettighetshavere i utvinnings- eller anleggstillatelser på norsk sokkel. Ansatte i energi- og vannressursavdelingen skal ikke eie eller handle aksjer og verdipapirer i selskaper med eierskap eller andre rettigheter til norske vannkraftressurser samt selskaper med rettigheter til bygging eller drift av norske vindkraftanlegg, fjernvarmeanlegg eller kraftledningsnett. Ansatte i avdelingen har også forbud mot eierskap i selskaper med kraftintensiv virksomhet i Norge. Ansatte i økonomi- og

38) Jf. verifiserte referater fra møter med de tre departementene.

39) Retningslinjer for handel med verdipapirer for ansatte og embetsmenn i Nærings- og fiskeridepartementet, 17. desember 2013.

40) Hvert enkelt selskap i eierskapsavdelingens portefølje blir forvaltet av en liten gruppe medarbeidere som kalles selskapsteam.

41) Jf. e-post av 8. mai 2018 fra Nærings- og fiskeridepartementet til Riksrevisjonen.

42) Bestemmelser om ansattes eierskap og handel med aksjer og verdipapir, departementsråden 12. juni 2015.

administrasjonsavdelingen har forbud mot å eie eller handle aksjer eller verdipapirer i Equinor ASA. Departementets ledergruppe, departementsråd, avdelingsledere, kommunikasjonssjef og leder for internasjonal koordinering er underlagt alle ovennevnte begrensninger.⁴³

Bestemmelsene sier videre at ansatte i olje- og gassavdelingen og ansatte i avdeling for klima, industri og teknologi bør unngå å handle i gitte verdipapirer i selskaper som potensielt kan bli rettighetshavere på norsk sokkel, totalleverandører til utbygginger på sokkelen, som Aker Solutions ASA, Kværner ASA og Aibel AS, samt seismikk- og riggselskaper og leverandørselskaper til olje- og gassektoren. Eventuell handel i disse verdipapirene skal avklares med nærmeste leder i forkant og rapporteres i henhold til rapporteringsplikten.

Rapporteringsplikten gjelder for ansatte som eier aksjer eller verdipapirer som kan knyttes til Olje- og energidepartementets ansvarsområder, der samlet verdi overstiger 20 000 kroner per enkeltselskap/papir, samt ved kjøp og salg i en beholdning som overstiger denne beløpsgrensen før eller etter handelen. Den ansatte skal rapportere til nærmeste leder og til leder av personalseksjonen.⁴⁴

Samferdselsdepartementet har utarbeidet *Bestemmelser om ansattes kjøp og salg av verdipapirer*, som ligger tilgjengelig på departementets intranett. Det er forventet at ansatte er særlig varsomme med økonomiske engasjementer knyttet til selskaper der departementet forvalter statens eierinteresser. Ved tvil om et økonomisk engasjement i et selskap kan komme i konflikt med reglene, bør forholdet drøftes med nærmeste overordnede. Bestemmelsene godtar investeringer i generelle fond, men presiserer at spesialiserte fond innenfor Samferdselsdepartementets ansvarsområder, eksempelvis innenfor IT, lett vil kunne være i konflikt med regelverket og bør unngås. I bestemmelsene er det dessuten frarådd å investere eller engasjere seg i enkeltselskaper der Samferdselsdepartementet forvalter statens eierinteresser eller har en regulatorrolle, for eksempel tele-/kommunikasjonsselskaper, flyselskaper, busselskaper og ferjeselskaper.

Samferdselsdepartementet har, som det eneste av de tre departementene, ingen rapporteringsplikt for de ansattes aksjehandel. Samferdselsdepartementet har heller ikke fastsatt konkrete forbud mot å eie bestemte aksjer for de ansatte. Kommunal- og moderniseringsdepartementet har ved årsskiftet 2017/2018 hatt på høring et utkast til veiledende retningslinjer for registreringsordning for statsansattes økonomiske interesser. Samferdselsdepartementet opplyser at det avventer fastsettelse av slike sentrale retningslinjer før det eventuelt etablerer nærmere regler internt.⁴⁵

I et regelverk⁴⁶ Statsministerens kontor har fastsatt, står det i punkt 15.3 at politiske medarbeidere som tiltrer i departementene/ved Statsministerens kontor, skal melde fra dersom de har finansielle instrumenter (jf. særlig omsettelige verdipapirer og opsjoner) for mer enn 20 000 kroner knyttet til et norsk selskap eller et utenlandsk selskap med aktiviteter i Norge. På samme måte skal de melde fra om handel med finansielle instrumenter i norske selskaper eller utenlandske selskaper med aktiviteter i Norge som de gjør for egen regning, i eget navn eller på vegne av mindreårige barn, når transaksjonen gjelder beløp over 20 000 kroner.

43) «Forbud mot å eie og handle gitte typer aksjer og verdipapir», datert 12. juni 2015. Opplysningene i neste avsnitt er innhentet fra samme kilde.

44) «Bestemmelser om ansattes eierskap og handel med aksjer og verdipapir», datert 12. juni 2015.

45) Jf. brev fra Samferdselsdepartementet 3. mai 2018.

46) *Håndbok for politisk ledelse*, fastsatt januar 2017.

4.2.2 Departementenes retningslinjer og rutiner for håndtering av innsideinformasjon

Eierskapsavdelingen i Nærings- og fiskeridepartementet har fastsatt retningslinjer kalt *Rutiner for behandling av innsideinformasjon i Eierskapsavdelingen* (eierskapsavdelingens retningslinjer), sist revidert og omarbeidet i januar 2018. Dokumentet har fem vedlegg i form av maler som kan brukes i forbindelse med håndtering av innsideinformasjonen. For øvrige avdelinger i Nærings- og fiskeridepartementet har det vært henvist til eierskapsavdelingens retningslinjer. Per august 2018 arbeider Nærings- og fiskeridepartementet med å ferdigstille retningslinjer for hele departementet.⁴⁷

Olje- og energidepartementet satte i 2016 ned en arbeidsgruppe som gikk gjennom ulike sider ved behandlingen av innsideinformasjon i departementet. Arbeidet resulterte i ajourførte rutiner for behandling av innsideinformasjon i Olje- og energidepartementet, *Rutine for håndtering av innsideinformasjon* datert september 2017, én mal for føring av innsidelister og én for e-post som skal sendes til dem som blir ført opp på innsidelister, samt et internt drøftingsnotat om behandlingen av innsideinformasjon i Olje- og energidepartementet.⁴⁸ Det utfyllende notatet som bygger på Finanstilsynets veileder,⁴⁹ er også datert september 2017, og omhandler hvordan departementet bør forholde seg til innsideinformasjon som det mottar eller skaper.⁵⁰

Samferdselsdepartementet har ikke egne retningslinjer for identifisering og håndtering av innsideinformasjon, men bruker retningslinjene som eierskapsavdelingen i Nærings- og fiskeridepartementet har utarbeidet.⁵¹ Samferdselsdepartementet opplyser at det er i gang med å utarbeide egne retningslinjer for håndtering av innsideinformasjon og føring av innsidelister. Samferdselsdepartementet antar at disse kommer til å være relativt like de oppdaterte retningslinjer som andre departementer har, men at de vil være tilpasset Samferdselsdepartementets virksomhetsområder.⁵²

Retningslinjer og rutiner for å sikre at innsideinformasjon blir identifisert

Retningslinjene til eierskapsavdelingen i Nærings- og fiskeridepartementet inneholder eksempler på innsideinformasjon som er relevante både for staten som eier og staten som sektormyndighet. I tillegg framgår det av retningslinjene hvordan innsideinformasjon defineres og hvordan slik informasjon skal behandles. Retningslinjene inneholder imidlertid i liten grad veiledning i hvilke vurderinger som må gjøres av hvilket tidspunkt opplysninger blir å anse som innsideinformasjon eller vurderinger av om opplysninger ikke er å anse som innsideinformasjon fordi de er offentlig tilgjengelige eller allment kjent i markedet. Retningslinjene fastslår at enhver i departementet har plikt til løpende å vurdere om informasjonen vedkommende mottar eller skaper i kraft av sin stilling i departementet, er innsideinformasjon. I en trinnvis prosess der forhold utvikler seg over tid, krever retningslinjene at ansatte vurderer om informasjon er innsideinformasjon, på hvert trinn.⁵³

Ettersom Nærings- og fiskeridepartementets retningslinjer er utarbeidet av og for eierskapsavdelingen, er eksemplene i veiledningen primært relevante for denne avdelingen. Retningslinjene gir derfor noe mindre veiledning til identifikasjon av innsideinformasjon for andre avdelinger og den type innsideinformasjon som de ofte mottar eller skaper. I retningslinjenes første kapittel «Bakgrunn og formål» framgår det at «Rutinen gir retningslinjer for håndtering av innsideinformasjon som avdelingen

47) Jf. e-post fra Nærings- og fiskeridepartementet til Riksrevisjonen av 8. mai 2018 og Nærings- og fiskeridepartementets brev av 16. august 2018.

48) Jf. e-post fra Olje- og energidepartementet 19. september 2017.

49) Finanstilsynets veiledning *Lov om verdipapirhandel – enkelte kommentarer til kapittel 3 og 4*.

50) Olje- og energidepartementet: Behandling av innsideinformasjon, september 2017.

51) Dvs. de retningslinjene som gjaldt før Nærings- og fiskeridepartementet oppdaterte dem i januar 2018.

52) Jf. Samferdselsdepartementets e-post til Riksrevisjonen av 15. september 2017 og verifisert referat fra møte med Samferdselsdepartementet 21. februar 2018.

53) Jf. Nærings- og fiskeridepartementets «Rutiner for behandling av innsideinformasjon i Eierskapsavdelingen», punkt 4.

både mottar og selv genererer (som eier). I tillegg gis det retningslinjer for undersøkelse av om det finnes innsideinformasjon i NFD og/eller øvrige departementer i forkant av transaksjoner i avdelingens noterte finansielle instrumenter.»

Retningslinjene som foreligger per august 2018 er således avgrenset mot den innsideinformasjonen departementet har som sektormyndighet.⁵⁴ Nærings- og fiskeridepartementet opplyser at det innen sommeren 2018 vil bli gjort mindre endringer i retningslinjene, slik at de blir tydeligere og mer generelle, blant annet i henvisningene til avdelingene og i maler.⁵⁵

Eierskapsavdelingen i Nærings- og fiskeridepartementet er organisert i selskapsteam der hvert team har ansvar for oppfølgingen av ett selskap i porteføljen. Problemstillinger om innsideinformasjon skal ifølge departementet vurderes av teamet. Teamet består av en analytiker, en forvalter og en avdelingsdirektør. Teamet får støtte av juristene i avdelingen, som alle har verdipapirrettslig kompetanse. Departementet mener at blant annet denne organiseringen, i tillegg til medarbeidernes erfaring og kompetansesammensetning, bidrar til at all innsideinformasjon som kommer inn til eller genereres i avdelingen, blir identifisert som innsideinformasjon.⁵⁶ De andre fagavdelingene i Nærings- og fiskeridepartementet har ikke tilsvarende organisering.

I Fiskeri- og havbruksavdelingen er det den enkelte saksbehandleren som sammen med seksjonslederen vurderer om informasjon er innsideinformasjon, og eventuelt velger å føre innsidelister.⁵⁷ I enkelte tilfeller har rutineene sviktet i fiskeri- og havbruksavdelingen når det gjelder å opprette innsidelister. Ved ett tilfelle tok det nærmere én måned fra departementet mottok innsideinformasjon, til det ble opprettet en liste.⁵⁸ Som det er redegjort for i kapittel 4.3, har det også vært tilfeller der avdelingen glemmer å føre liste, uten at dette har blitt avdekket i internkontrollen.

Olje- og energidepartementets retningslinjer plasserer ikke ansvar for å gjennomføre vurderinger av om opplysninger som kommer inn eller skapes i departementet, er innsideinformasjon eller ikke. Departementet opplyser imidlertid at ansatte som behandler eller mottar informasjon, uavhengig av vedkommendes rolle, har ansvar for å ta stilling til om den kan være innsideinformasjon. Ved gjennomgang av retningslinjene på avdelingsmøtene i departementet er det understreket at det er den enkelte som behandler informasjonen som selv må foreta vurderingen. I den enkelte sak kan det være krevende å vurdere om opplysninger er innsideinformasjon eller ikke. Ved behov blir derfor ledere i linjen konferert, og eventuelt juristene i departementet. Opplysninger som er innsideinformasjon, vil sjelden komme direkte til saksbehandleren, men til lederne. Disse vil derfor være de første som vurderer opplysningenes art. At flere går gjennom sakene på denne måten, mener departementet fungerer som en ekstra kontroll med at eventuell innsideinformasjon blir identifisert.⁵⁹

Olje- og energidepartementets retningslinjer gir veiledning i å identifisere innsideinformasjon. Veiledningen gjengir lovkravene og gir eksempler på innsideinformasjon som departementene kan tenkes å ha, både den de mottar, og den de skaper selv. Retningslinjene inneholder eksempler som er relevante for alle statsansatte, deriblant ansatte i Olje- og energidepartementet.⁶⁰ Departementets notat går gjennom hvordan innsideinformasjon defineres, og gir eksempel på saker i departementet og hvilke krav

54) Jf. Nærings- og fiskeridepartementets «Rutiner for behandling av innsideinformasjon i Eierskapsavdelingen»

55) Jf. e-post fra Nærings- og fiskeridepartementet til Riksrevisjonen 8. mai 2018.

56) Jf. verifisert referat fra møte med Nærings- og fiskeridepartementet 6. mars 2018 og Nærings- og fiskeridepartementets brev av 16. august 2018.

57) Jf. verifisert referat fra møte med Nærings- og fiskeridepartementet 6. mars 2018.

58) Jf. e-post fra Nærings- og fiskeridepartementet 8. mai 2018.

59) Jf. verifisert referat fra møte med Olje- og energidepartementet 27. februar 2018 og Olje- og energidepartementets brev av 8. august 2018

60) Olje- og energidepartementet: Behandling av innsideinformasjon, september 2017 (punkt 2.2).

verdipapirhandelloven stiller til behandlingen av slik informasjon.⁶¹ Notatet inneholder i tillegg saker som departementet håndterer som sektormyndighet, og gir eksempler på håndtering av saker, som konsesjonssaker og kontraktstildelinger.

Samferdselsdepartementet har ikke egne retningslinjer og har heller ikke etablert faste rutiner eller fastsatt konkrete kriterier for hva det skal legges vekt på ved vurderingen av om informasjon skal regnes som innsideinformasjon, men baserer seg på veiledningen som er gitt i lovverket om hva som regnes som innsideinformasjon.

Det er saksbehandler og nærmeste leder som har ansvaret for vurderingen av om informasjon departementet mottar eller skaper, kan være innsideinformasjon. Ekspedisjonssjefen blir involvert ved behov. Departementet mener det har et bevisst forhold til spørsmålet og temaet, og opplyser at det arbeider med å etablere rutiner for å forbedre identifiseringen av innsideinformasjon.⁶²

Ifølge Samferdselsdepartementet er børsnoterte ekomtilbydere som gir innsideinformasjon til departementet i bilaterale møter, påpasselige med å informere om at informasjonen er sensitiv og/eller konfidensiell, men selskapene opplyser ikke nødvendigvis om at informasjonen er å anse som innsideinformasjon. Samferdselsdepartementet mener selv at departementet kunne ha spurt mer spesifikt om dette. Departementet har i slike møter mottatt innsideinformasjon uten å føre innsidelister. Samferdselsdepartementet sier også selv at det ikke har etablert rutiner for behandling av innsideinformasjon det har i egenskap av å være sektormyndighet, og at departementet kan forbedre seg på området.

Ingen av de tre departementene har i sine retningslinjer satt krav om at det skal gjennomføres rutinemessige kontroller av om innsideinformasjon har blitt korrekt identifisert i en sak.

Det er heller ikke noen av de tre departementene som i sine skriftlige retningslinjer, eller i etablert praksis, har stilt krav om at de ansatte skal dokumentere vurderingen av om opplysninger er innsideinformasjon som de ifølge retningslinjene er pliktige til å gjøre. Nærings- og fiskeridepartementet opplyser imidlertid at det kan forekomme at man i enkelttilfeller dokumenterer vurderingen. Dersom innsideinformasjon blir identifisert, setter departementene normalt opp en innsideliste, som fungerer som dokumentasjon på at det er gjort en vurdering. Dersom det blir gjort en vurdering av om informasjon er innsideinformasjon, og man kommer til at den ikke er det, blir vurderingen vanligvis ikke dokumentert.⁶³ Olje- og energidepartementet ser at det i framtiden, hvor man i tvilstilfeller skulle konkludere med at det ikke foreligger innsideinformasjon, i større grad, på kortfattet vis kan dokumentere hvilke vurderinger som er gjort.⁶⁴

Plikt til listeføring

I utgangspunktet er det selskapet som, i kraft av å være utsteder, plikter å føre opp personer i departementene på en innsideliste dersom disse mottar innsideinformasjon fra utstederen. I forståelse med utsteder fører Nærings- og fiskeridepartementet liste over personer som får tilgang til innsideinformasjon som departementet har mottatt fra selskapet. Dette er fordi departementet ikke ønsker å gi utstederen informasjon om interne beslutningsprosesser i Nærings- og fiskeridepartementet eller regjeringen. I tilfeller hvor departementet selv skaper innsideinformasjon, er ikke departementet

61) Olje- og energidepartementet: Behandling av innsideinformasjon, september 2017.

62) Jf. verifisert referat fra møte med Samferdselsdepartementet 21. februar 2018. Opplysningene i neste avsnitt er hentet fra samme kilde.

63) Jf. verifiserte referater fra møte med Samferdselsdepartementet 21. februar 2018, Olje- og energidepartementet 27. februar 2018 og Nærings- og fiskeridepartementet 6. mars 2018.

64) Jf. Olje- og energidepartementets brev av 8. august 2018.

forpliktet til å føre innsideliste etter verdipapirhandelloven. Også i slike tilfeller skal det imidlertid, etter eierskapsavdelingens retningslinjer, av hensyn til taushetsplikten og plikten til tilbørlig informasjonshåndtering, føres interne innsidelister. Departementet opplyser at det ved tvilstilfeller vil kunne opprettes lister for å være på den sikre siden. Listene skal føres i tråd med kravene i verdipapirhandelloven § 3-5 og skal omfatte enhver som får tilgang til informasjonen, både internt i Nærings- og fiskeridepartementet og eksternt (for eksempel eksterne konsulenter, andre departementer mv.). Plikten til å føre innsideliste gjelder fra det tidspunktet departementet har innsideinformasjon slik det er definert i verdipapirhandelloven § 3-2.⁶⁵

Dersom det er sannsynlig at en prosess internt i Nærings- og fiskeridepartementet vil utvikle seg til å bli kursrelevant, er det i eierskapsavdelingens retningslinjer åpnet opp for å føre liste over informasjonsflyt og -tilgang før vilkårene for innsideinformasjon etter verdipapirhandelloven § 3-2 er oppfylt. Slike deltakerlister føres etter samme mal som innsidelisten. Listen kalles en «prosjektliste» og angir eksplisitt at det ikke ligger til grunn innsideinformasjon for listeføringen. Dersom departementet får innsideinformasjon i forbindelse med saken, oppretter det en egen innsideliste på vanlig måte.

I Olje- og energidepartementets retningslinjer er det ikke stilt krav om at det skal føres innsidelister når den enkelte har innsideinformasjon, men seksjonen som behandler eller har slik informasjon skal vurdere om dette skal gjøres. Olje- og energidepartementet opplyser at denne løsningen er valgt fordi departementet etter loven ikke har plikt til å føre liste, og at plikten til å behandle innsideinformasjon tilbørlig aktsomt slik at informasjonen ikke kommer i uvedkommendes besittelse eller misbrukes, også kan oppfylles på andre måter enn å føre lister, eksempelvis ved skjerming og tilgangsstyring. I Olje- og energidepartementets notat av september 2017 går det fram at vurderingen skal gjøres ut fra lovkravet om sikker håndtering av innsideinformasjon, og det gis der eksempler på tilfeller der det kan foreligge slik informasjon. I notatet legges det også vekt på at Økokrim går langt i å anbefale forvaltningen å føre innsidelister selv om det ikke er lovpålagt.⁶⁶

Både Nærings- og fiskeridepartementets og Olje- og energidepartementets retningslinjer inneholder krav til hvem som har ansvar for å føre liste, og hvem som skal settes på innsidelisten, blant annet at det er tilstrekkelig at noen har hatt tilgang til opplysningene. I retningslinjene til eierskapsavdelingen i Nærings- og fiskeridepartementet er det i tillegg navngitt hvilke personer som alltid skal stå på listen når innsideinformasjonen lagres elektronisk i arkivsystemet, og når innsideinformasjonen sendes i linjen til departementsråd og politisk ledelse. Retningslinjene for begge departementene stiller krav om at vedkommende som føres på listen, blir orientert om dette. De stiller også krav til hvordan innsidelistene skal føres, og har maler for føring av listene.

I de nye retningslinjene for behandling av innsideinformasjon i Samferdselsdepartementet, som er under utarbeidelse, er det lagt opp til at innsidelister skal opprettes etter tilsvarende regler som etter verdipapirhandelloven gjelder for utstederforetak.⁶⁷

Tilfeller der departementet ikke fører eller utsetter å føre innsidelister

Det finnes eksempler i alle de tre departementene på at de mottar innsideinformasjon uten at de fører innsideliste eller at de venter med å føre slik liste.

65) Nærings- og fiskeridepartementets «Rutiner for behandling av innsideinformasjon i Eierskapsavdelingen», sist revidert og omarbeidet i januar 2018. Opplysningene i neste avsnitt er innhentet fra samme kilde.

66) Jf. Olje- og energidepartementets brev av 8. august 2018.

67) Jf. Samferdselsdepartementets brev av 11. april 2018.

Det finnes tilfeller av at selskaper har informert ansatte i Nærings- og fiskeridepartementet per telefon kvelden før om noe som vil offentliggjøres tidlig neste morgen. Med den begrunnelsen at få personer har mottatt denne informasjonen og at det er meget kort tid til den blir offentlig kjent, har departementet da unnlatt å straks opprette innsideliste. I slike tilfeller skal det aktuelle selskapet føre den ansatte i Nærings- og fiskeridepartementet som fikk formidlet innsideinformasjon, på deres egen innsideliste. Departementets interne bestemmelser krever imidlertid at departementet i disse tilfellene skal opprette en egen innsideliste i etterkant for å dokumentere den interne informasjonsflyten i avdelingen.⁶⁸ Ifølge departementet skjer dette ofte allerede neste dag.⁶⁹

Samferdselsdepartementet har også hatt situasjoner der ansatte har blitt informert om saker som skal offentliggjøres neste morgen. I Samferdselsdepartementets tilfeller har det imidlertid ikke blitt ført innsideliste i etterkant, slik tilfellet har vært i Nærings- og fiskeridepartementet.⁷⁰

Olje- og energidepartementet opplyser at det finnes eksempler på at departementet har opplysninger som kan være innsideinformasjon, uten at det er ført innsideliste. Hele sakskomplekset skjermes da internt i saksbehandlingssystemet, slik at bare de som jobber med saken, har tilgang til informasjonen. Behandling av konsesjonsrunder er et eksempel på slike saker. I slike tilfeller kan det være usikkert om utfallet av konsesjonsrunden vil være innsideinformasjon for det enkelte selskap.⁷¹ Utfallet vil typisk være innsideinformasjon for små selskaper med stor andel, men ikke for store selskaper med liten andel. Departementet opplyser at man i saksbehandlings- og arkivsystemet kan se hvem som har hatt tilgang til informasjonen til hvilke tidspunkter, basert på informasjon om tilgangsrettigheter og historikken til den enkelte sak og journalpost.⁷²

Kontroll av listene

I Nærings- og fiskeridepartementets eierskapsavdeling går avdelingsdirektøren gjennom innsidelistene før de avsluttes. Fiskeri- og havbruksavdelingen fører ingen regelmessig kontroll av innsidelistene. Det gjør de heller ikke i de andre departementene. Olje- og energidepartementet har imidlertid planlagt å ta noen stikkprøver av innsidelistene som en del av internkontrollen i 2018.⁷³

Krav til sikker håndtering av innsideinformasjon

Av det innsamlede materialet framgår det at alle de tre departementene har utarbeidet retningslinjer, instruksjer og rutiner for informasjonssikkerhet, som enten har spesifikke regler for håndtering av innsideinformasjon eller generelle regler for dokumenthåndtering som også omfatter dokumenter med innsideinformasjon.

Regelverket stiller blant annet krav om at informasjonen skal lagres på skjermet område, i tilgangsstyrte mapper eller arbeidsrom. Ansatte skal låse PC-skjermen når de forlater arbeidsplassen, og dokumenter skal sendes på forsvarlig måte.

Departementene bruker løsninger som krever identifisering med personlig kort på skriveren for å få skrevet ut dokumenter, og det er stilt krav om at papirdokumenter skal oppbevares nedlåst, og at kopier av dokumenter med innsideinformasjon skal makuleres. Det er også stilt krav om at de ansatte skal være bevisst på hvor de snakker om innsideopplysninger.

68) Jf. verifisert referat fra møte med Nærings- og fiskeridepartementet 6. mars 2018.

69) Jf. Nærings- og fiskeridepartementets brev av 16. august 2018.

70) Jf. verifisert referat fra møte med Samferdselsdepartementet 21. februar 2018.

71) Jf. verifisert referat fra møte med Olje- og energidepartementet 27. februar 2018.

72) Jf. Olje- og energidepartementets brev av 9. april 2018.

73) Jf. Olje- og energidepartementets arbeidsdokument «Årshjul informasjonssikkerhet 2018».

For å hindre uautorisert adgang til departementets lokaler og områder som inneholder informasjon og informasjonsbehandlingsutstyr, er det etablert fysiske sikkerhetssoner og adgangskontroller. Videre er det etablert rutiner for at gjester i departementene skal følges rundt.

Ingen av departementene gjennomfører imidlertid kontroller av om regelverket faktisk følges: om papirdokumenter er nedlåst utenom arbeidstid, om det ligger igjen sensitive dokumenter på skrivere, eller om PC-skjermer er låst når ansatte forlater arbeidsplassen i kortere perioder.

4.3 Departementenes vurderinger av hvorvidt konkrete saker har inneholdt innsideinformasjon

Tabell 5 viser de 17 sakene der det ble undersøkt hvilke vurderinger departementene gjorde av om det forelå innsideinformasjon.

Tabell 5 Utvalgte saker til undersøkelsen om departementenes vurderinger av innsideinformasjon			
	Nærings- og fiskeridepartementet	Olje- og energidepartementet	Samferdselsdepartementet
1	Marine Harvest får 6 utviklingstillatelser	Departementets samtykke til overdragelse mellom Exxon Mobil og Point Resources	Widerøe vinner kontrakt på alle ruteområdene i Nord-Norge
2	Departementet omgjør Mattilsynets vedtak om tvangsmulkt	Departementet gir konsesjon til Gilja vindkraftverk	Sogn og Fjordane fylkeskommune selger eierandel i Fjord1 til Torghatten ASA
3	Departementet godkjenner Lerøys kjøp av Havfisk og Norway Seafoods	Departementet pålegger Aker BP å selge deler av funn	Luftfartsforhandlinger med Russland
4	Departementet viderefører unntak fra konkurranseloven for samarbeid ved omsetning av bøker	DNO ASA og arbeidstakerrettigheter i Jemen	Samferdselsdepartementet innfører forbud mot «winback» for mobiloperatørene
5	Departementet endrer markedsavgift på sjømat		Klage på Nkoms vedtak 220715 om overtredelsesgebyr
6	Norsk Hydro ASA - situasjon ved aluminaraffineri i Alunorte, Brasil		Klage på Nkoms vedtak 150317 om overtredelsesgebyr
7			Klage på Nkoms vedtak 090516 om pålegg av retting av Telenors tilgangspriser

Av de seks utvalgte sakene som har vært til behandling i Nærings- og fiskeridepartementet, har departementet vurdert spørsmålet om innsideinformasjon i samtlige og konkludert med at det forelå innsideinformasjon i to av dem. I ett av disse tilfellene, saken som gjaldt tildeling av utviklingstillatelser til Marine Harvest ASA, førte ikke Fiskeri- og havbruksavdelingen innsideliste, hvilket ifølge Nærings- og fiskeridepartementet skyldes en forglemmelse. Saken ble riktignok skjermet som ekstra sensitiv i departementets saksbehandlingssystem (Websak) i henhold til rutinen, og departementet opplyser at det har en uttømmende oversikt over hvilke personer som har hatt kjennskap til departementets vurderinger i saken. Ettersom det

ikke er ført innsideliste, har departementet imidlertid ikke oversikt over det nøyaktige tidspunktet for når saksbehandlerne ble gjort kjent med opplysningene i saken.⁷⁴

I saken som gjaldt endringen av markedsavgift på sjømat, mente Nærings- og fiskeridepartementet først at avgiftsjusteringen kunne være børssensitiv. Etter en nærmere vurdering fant departementet at endringen var for liten til å være kurspåvirkende, og informasjonen ble derfor ikke behandlet som innsideinformasjon. Av forsiktighetshensyn ble saken likevel skjermet internt i departementets saksbehandlingssystem.

Nærings- og fiskeridepartementet vurderte at de øvrige sakene som ble behandlet i departementet ikke inneholdt innsideinformasjon, fordi departementets avgjørelse i sakene var forventet i markedet. I ett tilfelle var saken for ubetydelig sammenlignet med det børsnoterte selskapets størrelse, slik at effekten av vedtaket ikke ville være merkbart kurssensitiv.

En av de fire utvalgte sakene som har vært til behandling i Olje- og energidepartementet gjaldt en søknad om samtykke til overdragelse av deltakerandeler fra Exxon Mobil til Point Resources samt godkjenning av Point Resources som ny operatør. Olje- og energidepartementet påpeker at disse sakene kun unntaksvis inneholder innsideinformasjon ettersom transaksjonene er annonsert offentlig i forkant. I unntakstilfeller kan utstederforetak gi innsideinformasjon til departementet, men de plikter da etter verdipapirhandelloven § 3-5 å underrette departementet om dette, noe som ikke ble gjort i denne saken. Departementet opplyser at det ikke var noe i denne saken som tilsa at den inneholdt innsideinformasjon. Det var heller ingen andre forhold ved saken som tilsa at det var nødvendig med en særskilt vurdering av om det forelå innsideinformasjon.⁷⁵ Utfallet av departementets behandling av slike søknader kan i prinsippet være børssensitivt dersom det avviker fra markedets forventninger, men som vist i punkt 4.1.2 har det ikke vært tilfeller der departementet ikke innvilger søknader om andelsoverdragelse fra børsnoterte selskaper.⁷⁶ Dette indikerer at slike avgjørelser er forventet i markedet.

I de øvrige tre sakene som har vært til behandling i Olje- og energidepartementet, mener departementet at det av ulike grunner ble vurdert at det ikke ble mottatt eller skapt innsideinformasjon. I saken om DNO ASA i Jemen var det risiko for negativ omtale, men denne saken var offentlig kjent da den kom inn til departementet, og informasjonen ble derfor ikke regnet som innsideinformasjon. Den andre saken gjaldt en søknad om konsesjon til Gilja vindkraftverk fra Fred Olsen Renewables AS, som har børsnotert eier – Bonheur ASA. Departementet mente det var helt usannsynlig at utfallet av klagebehandlingen av konsesjon til et enkeltstående vindkraftverk skulle være egnet til å påvirke børsverdien for Bonheur ASA vesentlig. Det tredje tilfellet som var valgt ut i revisjonen, gjaldt departementets krav om at Aker BP ASA måtte redusere deltakerandelen sin i en utvinningstillatelse. Ifølge departementet var denne avgjørelsen forventet av markedet og inneholdt derfor ikke innsideinformasjon.⁷⁷

Av de sju utvalgte sakene som har vært til behandling i Samferdselsdepartementet, har departementet i tre tilfeller ikke vurdert om sakene inneholdt innsideinformasjon.⁷⁸

En av sakene gjaldt tildeling av kontrakt til Widerøe AS på alle ruteområdene i Nord-Norge. Samferdselsdepartementet opplyser at saken ble behandlet i henhold til

74) Jf. e-post fra Nærings- og fiskeridepartementet til Riksrevisjonen av 19. april 2018. Informasjon i de neste avsnittene er innhentet fra samme kilde.

75) Jf. Olje- og energidepartementets brev av 12. april 2018 og 8. august 2018.

76) Jf. Olje- og energidepartementets brev av 23. april 2018.

77) Jf. Olje- og energidepartementets brev av 12. april 2018.

78) Jf. Samferdselsdepartementets brev av 11. april 2018.

regelverket om kjøp av transporttjenester i luftfarten, og at sensitive opplysninger er dekket av den ordinære taushetsplikten. Widerøe AS er eid av Torghatten ASA, som er notert på NOTC-listen.⁷⁹ Riksrevisjonen har lagt til grunn at informasjonen i tildelingssaken inneholdt opplysninger som var egnet til å påvirke kursen på aksjene i Torghatten ASA, og at informasjonen derfor burde vært håndtert på samme måte som annen innsideinformasjon, selv om innsideregulene i verdipapirhandelloven ikke gjelder for selskaper på NOTC-listen.

Det andre tilfellet omhandlet luftfartsforhandlinger med Russland. Samferdselsdepartementet opplyser at det ikke ble vurdert om saken inneholdt innsideinformasjon, ettersom den er generell i den forstand at den ikke nevner spesifikke flyselskaper, men i prinsippet gir rettigheter til alle flyselskaper som er hjemmehørende i en av avtalestatene som kan sies å oppfylle avtalens forpliktelser. I den skandinaviske delegasjonen deltok fire flyselskaper, som alle i etterkant mottok kopi av referatet fra forhandlingen. Saker som fører til endrede rammevilkår, er en typisk situasjon der departementet kan tenkes å skape innsideinformasjon gjennom saksbehandlingen sin.

En annen sak som gjaldt endrede rammebetingelser, var innføringen av et forbud mot «winback» for mobiloperatørene, som ble gjort gjennom endringer i *forskrift om elektronisk kommunikasjonsnett og elektronisk kommunikasjonstjeneste* (ekomforskriften) i 2016. Departementet vurderte at siden forslaget ble sendt ut på alminnelig høring og omfattet alle mobiloperatørene, forelå det ikke innsideinformasjon i saken, for eksempel for det børsnoterte selskapet Telenor ASA.

Det siste tilfellet der Samferdselsdepartementet ikke gjorde en selvstendig vurdering av om informasjonen var innsideinformasjon, var da departementet mottok en kopi fra Møre og Romsdal fylkeskommune av et brev som var sendt til Konkurransetilsynet om salg av Sogn og Fjordane fylkeskommunes eierandel i Fjord1 til Torghatten ASA. Saken ble journalført som en sak «til orientering».

Undersøkelsen av et utvalg konkrete saker omfattet videre tre saker der Samferdselsdepartementet behandlet klager på Nasjonal kommunikasjonsmyndighets vedtak.⁸⁰ I alle tre tilfellene mente departementet at sakene ikke inneholdt eller skapte innsideinformasjon. Vedtakene var offentlig kjent, og departementets behandling og justering av vedtakene ville ikke påvirke børskursene for de berørte selskapene.

4.4 Departementenes risikoarbeid når det gjelder innsideinformasjon

4.4.1 Felles risikohåndteringssystem

De tre departementene i undersøkelsen har samme IKT-plattform som noen andre departementer. I fellesskap innledet disse i 2013 et samarbeid om å etablere departementsvise styringssystem for informasjonssikkerhet basert på den internasjonale standarden ISO 27001:2005. Det er bestemt at denne skal oppdateres til 2017-standard, og arbeidet ble påbegynt i 2017.⁸¹ Departementene samarbeider på felles IKT-plattform om gjennomføringen av sentrale risikovurderinger og internkontrollaktiviteter. Samarbeidet skal bidra til at departementene har en felles og omforent tilnærming til informasjonssikkerhetsarbeidet og oppfølgingen av DSS som deres felles tjenesteleverandør. Departementene har også samarbeidet om verddivurderinger og risikovurderinger i tilknytning til ulike informasjonsaktiva, herunder børssensitive dokumenter. I tråd med vanlig internkontrollpraksis har aktivaene blitt gitt

79) NOTC er en markedsplass for unoterte aksjer. NOTC eies av Oslo Børs AS.

80) Klage fra Telenor på Nkoms vedtak 22. juli 2015 om overtredelsesgebyr, klage fra NextGenTel på Nkoms vedtak 15. mars 2017 om overtredelsesgebyr og klage fra Telenor på Nkoms vedtak 9. mai 2016 om retting av Telenors tilgangspriser for fiberbasert bredbåndsaksess.

81) Jf. Samferdselsdepartementets brev av 23. februar 2018.

en verdi basert på tre aspekter som er viktige innen informasjonssikkerhet: konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Aktivumet «Børssensitive dokumenter og aksjeinformasjon» har blitt vurdert som så viktige at departementene har gitt dem høyest mulig verdi på alle tre parameterne.

Det er identifisert fire risikoer når det gjelder dokumenter med børssensitiv informasjon. Av disse er to vurdert som høy risiko (at informasjon kan komme på avveie, og at informasjon kan bli lagret uten tilgangsstyring) og to som lav risiko (informasjon kan bli endret eller slettet). Det er også identifisert en felles risiko blant annet i tilknytning til saksbehandlingssystemene, at informasjon blir liggende på skrivere, og at skjermer ikke låses når arbeidsplassen forlates.⁸²

Departementene har ikke identifisert som en risiko at informasjon ikke blir korrekt identifisert som innsideinformasjon. Risikoen for at innsideinformasjon misbrukes ble identifisert som egen risiko i Olje- og energidepartementets risikohåndteringssystem per 10. januar 2018.⁸³ De to andre departementene har fortsatt ikke identifisert dette som en egen risiko.

4.4.2 Risikoreduserende tiltak

På bakgrunn av de identifiserte risikoene har det blitt gjennomført et felles tiltak i form av en holdningskampanje. Denne skulle redusere de to risikoene som var vurdert som høye, gjennom å styrke de ansattes bevissthet om informasjonssikkerhet. Kampanjen bestod av fire videofilmer om håndtering av sensitiv informasjon og ble vist i departementene i forbindelse med sikkerhetsmåneden.

De tre departementene har i løpet av undersøkelsesperioden satt i gang eller fullført arbeidet med å oppdatere retningslinjene sine for identifisering og håndtering av innsideinformasjon, noe som også er registrert som et risikoreduserende tiltak i departementenes risikostyringssystemer.

De tre departementene har iverksatt tiltak for informasjonssikkerhet i departementet, som også omfatter tiltak som reduserer sannsynligheten for at innsideinformasjon havner hos uvedkommende. Dette omfatter regler for låsing av kontorer og PC-er samt oppbevaring av sensitiv informasjon. Det er løsninger som krever identifisering med adgangskort på skrivere for å få skrevet ut dokumenter, og det er krav til sikker makulering av dokumenter. Departementets lokaler er dessuten definert som «beskyttet område», og gjester skal følges rundt.

4.4.3 Medarbeidernes kjennskap til regelverket

Nærings- og fiskeridepartementet og Olje- og energidepartementet har lagt sine retningslinjer med tilhørende maler på intranettene sine, og disse er således tilgjengelige for alle ansatte i departementet.⁸⁴ Samferdselsdepartementets har ikke lagt retningslinjene de har mottatt fra Nærings- og fiskeridepartementet, på intranettet. De har ligget på skjermede sider i Samferdselsdepartementets arkivsystem og har kun vært tilgjengelige for dem som jobbet med jernbanereformen, og dem som jobber med forvaltningen av Samferdselsdepartementets selskaper. Samferdselsdepartementet opplyser at departementets nye retningslinjer vil bli lagt på intranettet når de er endelig fastsatt, slik at de blir tilgjengelige for alle ansatte.⁸⁵

82) Jf. e-post fra Nærings- og fiskeridepartementet til Riksrevisjonen av 28. februar 2018.

83) Jf. Olje- og energidepartementets brev av 8. august 2018

84) Jf. verifisert referat fra møte med Nærings- og fiskeridepartementet 6. mars 2018 og verifisert referat fra møte med Olje- og energidepartementet 27. februar 2018.

85) Jf. verifisert referat fra møte med Samferdselsdepartementet 21. februar 2018.

Ingen av departementene har på en systematisk måte undersøkt om de ansatte kjenner til regelverket.

Olje- og energidepartementet har avholdt avdelingsmøter i alle avdelinger i løpet av 2017, hvor de nye rutinene for innsideinformasjon ble gjennomgått. I årshjulet for informasjonssikkerhet for 2018 er det satt opp en repetisjon av disse møtene for alle avdelinger. Departementet planlegger å gjøre dette til en fast, årlig gjennomgang.⁸⁶

Nærings- og fiskeridepartementet gir både informasjon og opplæring om verdivurdering av alle typer informasjon, herunder innsideinformasjon. Dette er en del av både arkiv- og sikkerhetskursene som også ble avholdt internt i Nærings- og fiskeridepartementet for alle avdelinger i forbindelse med etableringen av det nye departementet i 2014. Det gis også informasjon om dette i kursene som avholdes for alle nyansatte. I tillegg påminnes ansatte om regelverket for innsideinformasjon i sine avdelinger og/eller gjennom intranett. Det var også en egen gjennomgang av eierskapsavdelingens retningslinjer på "cafemøtet" i 2017 (hvor alle ledere i Nærings- og fiskeridepartementet med personalansvar deltar). I tillegg må alle ansatte signere for at de har lest sikkerhetsinstruksen, som også omhandler verdivurdering og håndtering av innsideinformasjon.

Eierskapsavdelingen i departementet gir sine medarbeidere innføring i de interne rutinene og regelverket om verdipapirhandelloven i tillegg til den generelle opplæringen. Avdelingens retningslinjer ble gjennomgått på et avdelingsmøte i mars 2018. Departementet mener erfaringen med og kompetansen om verdipapirhandelloven i eierskapsavdelingen generelt er høy, også blant de nyansatte, som gjerne kommer fra andre forvaltermiljøer eller andre miljøer som regelmessig behandler innsideinformasjon. Ansatte i de øvrige avdelingene, som i fiskeri- og havbruksavdelingen, får ikke særskilt opplæring i det interne regelverket eller i verdipapirhandelloven.⁸⁷

I Olje- og energidepartementet tas sikker behandling av informasjon opp i samtalen med nytilsatte. Videre gjennomføres det autorisasjonssamtaler med den enkelte ansatte hvert femte år og ellers ved behov. I autorisasjonssamtalen gjennomgås taushetserklæringen, trusselvurdering og departementets forebyggende tiltak med blant annet soneinndeling og gjennomgang av generelle kontorsikkerhetsrutiner osv. Innsideinformasjon er en del av «verdiene» og omfattes av orienteringen ved gjennomgang av taushetserklæring og kontorsikkerhetsrutiner.⁸⁸

Bestemmelsene om innsideinformasjon har ikke vært et eget tema i introduksjonen for nyansatte i Samferdselsdepartementet. På den felles introduksjonsdagen i departementsfellesskapet er etiske retningslinjer et tema, men Samferdselsdepartementet kjenner ikke til om innsidereglene blir spesielt berørt. Departementet ser heller ikke behov for rutinemessig å minne sine ansatte på de spesielle problemstillingene som innsideinformasjon reiser. Departementet mener dette er problemstillinger som få møter, og de som gjør det, gjør det sjelden. Samferdselsdepartementet ser også for seg at temaet innsideinformasjon og informasjons-håndtering jevnlig vil være oppe på avdelingsmøter og lignende framover, og mener dette vil styrke den allerede sterke bevisstheten om at konfidensiell informasjon skal behandles i tråd med reglene for taushetsplikt.⁸⁹

86) Jf. Olje- og energidepartementets brev av 8. august 2018

87) Jf. verifisert referat fra møte med Nærings- og fiskeridepartementet 6. mars 2018, Nærings- og fiskeridepartementets e-post av 28. februar 2018 og Nærings- og fiskeridepartementets brev av 16. august 2018.

88) Jf. verifisert referat fra møte med Olje- og energidepartementet 27. februar 2018.

89) Jf. verifisert referat fra møte med Samferdselsdepartementet 21. februar 2018.

De tre departementene har rutiner for å sende ut påminnelser til personene som blir ført opp på innsidelister, for å minne dem om hvilke plikter man har når man mottar innsideinformasjon.

4.4.4 Gjennomførte kontroller

Nærings- og fiskeridepartementet ved eierskapsavdelingen er de eneste som rutinemessig kontrollerer om innsideinformasjon er identifisert. Verken fiskeri- og havbruksavdelingen i Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet eller Samferdselsdepartementet gjør dette. Olje- og energidepartementet mener at selv om det vil være alvorlig dersom informasjon som departementet har eller skaper, ved en feil ikke skulle bli identifisert som innsideinformasjon, er risikoen liten for at dette skal skje. Olje- og energidepartementet har imidlertid som en del av risikoarbeidet i 2018, som nevnt i punkt 4.2.2, planlagt å ta noen stikkprøver av om det er saker hvor det burde vært ført innsideliste.⁹⁰ Samferdselsdepartementet mener det har så få saker at det ikke er nødvendig å ha et kontrollregime med regelmessig kontroll av innsidelistene.⁹¹

I oktober 2017 gjennomførte Nærings- og fiskeridepartementet en elektronisk spørreundersøkelse for å kartlegge om informasjonssikkerhetsarbeidet var godt kjent i departementet, og for å måle effekten av tiltakene departementet har satt i verk. Departementet har planer om å gjennomføre flere slike undersøkelser i framtiden.⁹²

Nærings- og fiskeridepartementet mener at tiltakene departementet har etablert, har bidratt til å redusere sannsynligheten for at hendelsene vil inntreffe, til et akseptabelt nivå, og har derfor ikke pekt ut håndtering av innsideinformasjon som prioritert område i senere revisjoner av departementets styringssystem for informasjonssikkerhet. For øvrig har Nærings- og fiskeridepartementet ikke registrert avvik tilknyttet departementets håndtering av innsideinformasjon.⁹³

Hvilke kontroller og tiltak som administrasjonen i Olje- og energidepartementet gjennomfører, tar utgangspunkt i departementets risikovurderinger. Gjennom avvikssystemet identifiserer departementet risiko, som tas med i risikovurderingene. Avvik fra sikkerhetsbestemmelsene i departementet, herunder om det oppdages at innsideinformasjon ikke er tilstrekkelig sikret, skal meldes iht. rutinene.⁹⁴ Departementet opplyser at det ikke har blitt meldt avvik eller registrert hendelser tilknyttet innsideinformasjon som har gjort det nødvendig å iverksette risiko-reducerende tiltak for dette området.⁹⁵

Avviksrapportering er en del av kontrollen på om tiltakene som er iverksatt følges og fungerer etter hensikten, eller om ytterligere tiltak må iverksettes. For aktivaet Børssensitive dokumenter opplyser departementet at det ikke er mottatt avviksrapporter som tyder på at tiltakene som er iverksatt ikke er tilstrekkelige.⁹⁶

90) Jf. «Årshjul informasjonssikkerhet 2018» – vedlegg til brev fra Olje- og energidepartementet 26. januar 2018.

91) Jf. verifisert referat fra møte med Samferdselsdepartementet 21. februar 2018.

92) Jf. verifisert referat fra møte med Nærings- og fiskeridepartementet 6. mars 2018 og e-post fra Nærings- og fiskeridepartementets til Riksrevisjonen 28. februar 2018.

93) Jf. e-post fra Nærings- og fiskeridepartementet til Riksrevisjonen 28. februar 2018.

94) Jf. Olje- og energidepartementets brev av 8. august 2018.

95) Jf. verifisert referat fra møte med Olje- og energidepartementet 27. februar 2018.

96) Jf. Olje- og energidepartementets brev av 8. august 2018.

5 Vurderinger

5.1 Departementenes retningslinjer gir ikke tilstrekkelig veiledning til identifisering av den innsideinformasjonen de har som sektormyndighet

Det følger av verdipapirhandelloven at den som har innsideinformasjon, skal utvise tilbørlig aktsomhet i behandlingen av slike opplysninger, og den som regelmessig har innsideinformasjon, skal ha rutiner for sikker behandling av denne typen informasjon. Dette fordrer at de som har informasjonen, er klar over at den er innsideinformasjon. Det følger videre av økonomireglementet § 14 om internkontroll at alle virksomheter skal etablere systemer og rutiner som har innebygget internkontroll, for blant annet å sikre at misligheter og økonomisk kriminalitet blir forebygget og avdekket.

Undersøkelsen viser at innsideinformasjon som departementene mottar fra andre, og innsideinformasjon som direkte gjelder de selskapene som departementene forvalter statens eierskap i, blir korrekt identifisert og fulgt opp. Hovedutfordringen ligger i den innsideinformasjonen som departementene av ulike grunner skaper selv, og som ikke omhandler selskapene som departementene forvalter statens eierinteresser i. Dette er illustrert i figur 1.

Figur 1 Departementenes utfordringer med å identifisere innsideinformasjon

	Mottar	Skaper
Sektormyndighet	Ganske lett	Vanskelig
Eier	Lett	Ganske lett

Samferdselsdepartementet kan motta eller skape innsideinformasjon i mange ulike situasjoner. Departementet bruker de retningslinjene som eierskapsavdelingen i Nærings- og fiskeridepartementet har utarbeidet. Departementenes retningslinjer for å identifisere og håndtere innsideinformasjon er det viktigste virkemiddelet for å etablere systemer og rutiner for dette. Revisjonen mener det er uheldig at disse ikke har vært gjort tilgjengelig for alle i Samferdselsdepartementet, men kun etter behov og ellers har ligget skjernet i arkivet. Departementet har dermed ikke gitt sine medarbeidere tilstrekkelig kunnskap og støtte til å kunne identifisere og håndtere mulig innsideinformasjon på en tilbørlig aktsom måte.

Undersøkelsen viser også at departementet ved enkelte tilfeller ikke har gjort en tilstrekkelig vurdering av om saker som det har til behandling, inneholder innsideinformasjon. Dette gjør at saker som kan ha inneholdt innsideinformasjon, ikke har blitt identifisert som dette og behandlet deretter. Departementenes rutiner er en viktig del av internkontrollen for å sikre at innsideinformasjon blir identifisert. Samferdselsdepartementet erkjenner at det ikke har etablert rutiner for behandling av innsideinformasjon som det har i egenskap av å være sektormyndighet, og at departementet kan forbedre seg på dette området. Det er positivt at departementet nå ser behov for egne tilpassede retningslinjer og har satt i gang utarbeidelsen av et eget sett med retningslinjer som vil bli publisert på departementets intranett.

Nærings- og fiskeridepartementets retningslinjer avgrenser i det innledende formålskapitlet mot innsideinformasjon som departementet har som sektormyndighet og bærer preg av å være utarbeidet av og for eierskapsavdelingen. Retningslinjene har likevel også blitt benyttet av de andre avdelingene i departementet. Retningslinjene inneholder eksempler på innsideinformasjon som er relevante for staten som eier, men gir i mindre grad veiledning i å identifisere innsideinformasjon som departementet kan ha i rollen som sektormyndighet. Retningslinjene inneholder i liten grad veiledning om

hvilke vurderinger som må gjøres av hvilket tidspunkt opplysninger blir å anse som innsideinformasjon eller av om opplysninger ikke er å anse som innsideinformasjon fordi de er offentlig tilgjengelige eller allment kjent i markedet.

Undersøkelsen viser at fiskeri- og havbruksavdelingen er den av avdelingene i Nærings- og fiskeridepartementet som har oftest tilgang på den type innsideinformasjon som departementene har i kraft av å være sektormyndighet. Denne type innsideinformasjon kan være krevende å identifisere, og det er derfor viktig at det etableres gode systemer og rutiner for slik identifisering. Dette tilsier at det er et stort behov for å ha en god veiledning på området. Revisjonen mener at Nærings- og fiskeridepartementets retningslinjer ikke gir like god veiledning i å identifisere denne type innsideinformasjon som den innsideinformasjon departementet har tilgang til som eier.

Olje- og energidepartementet har i sine retningslinjer i større grad enn Samferdselsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet omtalt den typen innsideinformasjon som departementet kan motta eller skape som sektormyndighet. Retningslinjene og veiledningene nevner flere konkrete eksempler på hva denne typen innsideinformasjon kan være. Revisjonen mener at slik veiledning vil bidra til å hjelpe medarbeiderne i departementet til å identifisere innsideinformasjonen som departementet har som sektormyndighet, samt sikre lik behandling av saker i departementet.

Revisjonen har merket seg at de tre departementene i løpet av undersøkelsesperioden har startet et arbeid med å oppdatere og forbedre retningslinjene sine for håndtering av innsideinformasjon.

5.2 Departementene fører ikke innsidelister i alle tilfeller hvor det foreligger innsideinformasjon

Den som utsteder finansielle instrumenter, har plikt til å føre lister. Departementene er dermed ikke lovpålagt å føre slike lister, men listeføring vil være et viktig hjelpemiddel for å ivareta kravet om å utvise tilbørlig aktsomhet etter verdipapirhandelloven § 3-4, og vil kunne være en del av rutineplikten. Økokrim går langt i å anbefale forvaltningen å føre innsidelister, og departementene har i stor grad pålagt seg selv å føre slike lister.

I retningslinjene til eierskapsavdelingen i Nærings- og fiskeridepartementet er det stilt krav om at det alltid skal føres innsidelister ved mottak eller generering av innsideinformasjon.

Olje- og energidepartementet krever kun at det skal *vurderes* om det skal føres innsidelite, og i enkelte tilfeller føres det derfor ikke. I slike tilfeller vil departementet fortsatt skjerme innsideinformasjonen internt i saksbehandlingssystemet, og departementet mener at det slik har tilstrekkelig kontroll med hvem som har tilgang til informasjonen.

I situasjoner der det går svært kort tid før informasjon blir offentlig kjent finner både Nærings- og fiskeridepartementet og Samferdselsdepartementet det hensiktsmessig å ikke føre innsidelite umiddelbart. I disse tilfellene har bare førstnevnte departement rutiner for å føre liste i etterkant av at informasjonen ble offentlig kjent, og gjør dette for å dokumentere den interne informasjonsflyten.

I undersøkelsen av et utvalg saker ble det avdekket ett tilfelle der fiskeri- og havbruksavdelingen i Nærings- og fiskeridepartementet, hadde konstatert at saken inneholdt innsideinformasjon, men ikke førte innsidelite. Dette gjør at departementet ikke med sikkerhet kan si når medarbeiderne som jobbet med saken, fikk

innsideinformasjonen. Dersom det stilles spørsmål ved eller reises mistanke om at innsideinformasjon har blitt misbrukt i denne saken, kan det vanskeliggjøre en eventuell granskning at informasjonsflyten ikke er dokumentert med innsideliste.

Å føre innsideliste virker skjerpene og bevisstgjørende på de ansvarlige i departementet og styrker tilliten til forvaltningen og verdipapirmarkedene. Det forenkler også Finanstilsynets tilsyn dersom det skulle være behov for å kontrollere informasjonshåndteringen på et senere tidspunkt. Selv om departementene ikke er pålagt å føre innsidelister, fører de i de aller fleste tilfeller likevel slike lister når de håndterer innsideinformasjon. Revisjonen mener det er uheldig at departementene ikke gjør dette i alle tilfeller der de håndterer innsideinformasjon. Å ikke føre innsidelister øker risikoen for at departementene ikke håndterer innsideinformasjon med tilbørlig aktsomhet.

5.3 Departementene dokumenterer ikke godt nok vurderinger som gjøres for å identifisere innsideinformasjon

Som en del av god internkontroll er det viktig at departementenes sentrale vurderinger blir dokumentert. Dersom det blir identifisert innsideinformasjon, blir det i de tre departementene i de fleste sakene satt opp en innsideliste, og departementene mener at dette er tilstrekkelig dokumentasjon på at det er gjort en vurdering. Dersom det blir vurdert om informasjon er innsideinformasjon, men departementet kommer til at det ikke er det, stilles det ikke noe krav om at denne vurderingen skal dokumenteres, og i de fleste tilfeller gjøres dette heller ikke i noen av de tre departementene.

Av alle saker som departementene behandler er spørsmålet om det finnes eller skapes innsideinformasjon relevant kun i et fåtall. Revisjonen mener at der det er foretatt en kvalifisert vurdering av om det finnes eller skapes innsideinformasjon, bør denne dokumenteres. Dette er spesielt viktig i de tilfellene der konklusjonen av en vurdering er at det ikke finnes eller skapes innsideinformasjon. Når dette ikke blir gjort, er det vanskelig å etterprøve vurderingen, og muligheten for læring/erfaringsoverføring i å identifisere innsideinformasjon blir svekket.

5.4 Departementene har ikke identifisert det som risikoer at innsideinformasjon kan misbrukes eller ikke identifiseres

For å kunne utøve nødvendig internkontroll, skal virksomhetens ledelse etablere systemer, rutiner og tiltak med vekt på identifisering av risikofaktorer og rutiner for håndtering og lagring av vesentlig informasjon, som sikrer konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Risikovurdering innebærer å identifisere risikoer som kan hindre virksomheten i å oppfylle sine mål og krav. Videre vil risikovurderinger gi grunnlag for å vurdere behovet for forbedringer i form av tiltak og prioritere hva som bør følges opp.

Departementene har etablert et felles styringssystem for informasjonssikkerhet basert på den internasjonale standarden ISO 27001:2005. Revisjonen har merket seg at departementene holder styringssystemet oppdatert, og at det er besluttet å oppdatere til 2017-standard.

I den grad departementene har identifisert ulike typer risiko ved innsidehandel, er dette å finne i departementenes felles styringssystem under «børssensitive dokumenter og aksjeinformasjon». Departementene har identifisert fire risikoer: at informasjonen lagres uten tilgangsstyring, at informasjonen lekkes til presse og konkurrenter, at informasjonen endres uautorisert, og at den slettes. Risikoen for at innsideinformasjon misbrukes ble imidlertid identifisert som egen risiko i Olje- og energidepartementets risikohåndteringssystem pr. 10. januar 2018. Revisjonen mener det er viktig at innsideinformasjon blir korrekt identifisert slik at den blir korrekt håndtert. Det er derfor

uheldig at departementene ikke har identifisert som en risiko at innsideinformasjon ikke blir identifisert. Det er heller ikke identifisert som en risiko at innsideinformasjon kan misbrukes i departementene eller kommet på avveie og dermed bli misbrukt av andre. Revisjonen mener at dette er uheldig, fordi det kan føre til at risikoreduserende tiltak ikke blir iverksatt. Revisjonen ser positivt på at Olje- og energidepartementet nå har identifisert dette som en egen risiko.

5.5 Departementene gjennomfører ikke noen kontroll med hvorvidt de ansatte kjenner regelverket, og om de håndterer informasjon på en forsvarlig måte

For å sikre offentlighetens tillit til departementene og selskapene som departementene forvalter eierinteressene i, er det viktig at alle ansatte og embetsmenn er kjent med og overholder aktuelle bestemmelser i verdipapirhandelloven, forvaltningsloven og departementenes interne retningslinjer.

Departementene har ikke på en systematisk måte undersøkt i hvilken grad de ansatte kjenner regelverket. Når departementene ikke har tilstrekkelig informasjon om hvor godt regelverket er kjent blant de ansatte, har departementene heller ikke tilstrekkelig grunnlag til å vurdere risikoen på området. Departementene har da også mangelfullt grunnlag for å vurdere hvilke risikoreduserende tiltak som eventuelt burde ha blitt iverksatt.

Alle de tre departementene har retningslinjer for informasjonssikkerhet, men har ikke gjennomført kontroller av at regelverket følges, herunder om de ansatte faktisk låser kontorer, setter på skjermlås, låser ned sensitive dokumenter eller om sensitive dokumenter ligger igjen på skrivere. Revisjonen mener at fraværet av slike kontroller innebærer at departementene ikke kan vite om regelverket for informasjonssikkerhet følges.

5.6 Det er stor variasjon i hvor strenge retningslinjer departementene har fastsatt for ansattes eierskap til og handel med verdipapirer

Det følger av økonomireglementet § 14 om internkontroll at alle virksomheter skal etablere systemer og rutiner som har innebygget internkontroll, for blant annet å sikre at misligheter og økonomisk kriminalitet forebygges. Å ha et internt regelverk i departementene som begrenser hva ansatte kan eie og handle av aksjer, vil være positivt for tilliten til både forvaltningen og verdipapirmarkedene. Samtidig vil det redusere sannsynligheten for misligheter relatert til misbruk av innsideinformasjon.

Olje- og energidepartementet har fastsatt relativt strenge og klare krav til hva de ansatte kan eie av aksjer. Det er satt avdelingsspesifikke forbud mot å eie og handle med visse typer aksjer knyttet til disse avdelingenes arbeidsområder. Verken Nærings- og fiskeridepartementet eller Samferdselsdepartementet har vedtatt eksplisitte forbud mot at ansatte kan eie aksjer i selskaper som departementene forvalter statens eierskap i eller har sektorpolitisk ansvar for, men oppfordrer i stedet til å unngå slikt eierskap. Nærings- og fiskeridepartementet stiller imidlertid krav om at ansatte i eierskapsavdelingen som har aksjer i selskaper der avdelingen forvalter statens eierandel, ikke skal delta i selskapsteam for de samme selskapene.

Olje- og energidepartementet har fastsatt en rapporteringsplikt som inntreffer allerede når den samlede verdien av en handel overstiger 20 000 kroner per enkeltsekskap/papir. Nærings- og fiskeridepartementet pålegger også de ansatte i departementet å rapportere om alt innehav og all handel med aksjer der Nærings- og fiskeridepartementet forvalter statens eierinteresser. Andre norske selskaper eller utenlandske selskaper med aktiviteter i Norge har plikt til å rapportere det når de eier

aksjer i enkeltselskaper og enkelttransaksjoner for over 50 000 kroner. Samferdselsdepartementet har ingen rapporteringsplikt for de ansattes handel med verdipapirer.

Revisjonen mener det er uheldig at de tre departementene har såpass ulike regler for de ansattes eierskap og handel i verdipapirer, når det ikke ser ut til å være gode grunner for disse forskjellene.

6 Oversikt over tabeller, faktabokser og figurer

- Tabell 1 Eksempler på innsideinformasjon som departementene har fordi de er eier og sektormyndighet
- Tabell 2 Fordeling av innsidelister i Nærings- og fiskeridepartementet etter hvor innsideinformasjonen stammer fra, og hvorfor departementet har den
- Tabell 3 Fordeling av innsidelister i Olje- og energidepartementet etter hvor innsideinformasjonen stammer fra, og hvorfor departementet har den
- Tabell 4 Fordeling av innsidelister i Samferdselsdepartementet etter hvor innsideinformasjonen stammer fra, og hvorfor departementet har den
- Tabell 5 Utvalgte saker til undersøkelsen om departementenes vurderinger av innsideinformasjon
- Figur 1 Departementenes utfordringer med å identifisere innsideinformasjon
- Faktaboks 1 Hva som regnes som innsideinformasjon
- Faktaboks 2 Grønne laksekonsesjoner
- Faktaboks 3 Nordic Mining

Vedlegg 3:
Brev og rapport til sak 3 om
helseforetakenes bruk av
legeressursene

3.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i
Helse- og omsorgsdepartementet

3.2 Statsrådens svar

3.3 Rapport fra forvaltningsrevisjon av
helseforetakenes bruk av legeressursene



Vår saksbehandler
Børre Fylling 22241214
Vår dato 26.09.2018 Vår referanse 2018/01251-28
Deres dato Deres referanse

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att.: Statsråd Bent Høie

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressurser*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 29. mai 2018, og på departementets svar 21. juni 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref
2018/01251

Vår ref
17/1471-14

Dato
9. oktober 2018

Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressurser, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018?2019)

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 26. september 2018 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017, og Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakens bruk av legeressurser.

Jeg oppfatter Riksrevisjonens merknader og anbefalinger knyttet til helseforetakenes bruk av legeressurser som relevante. Hovedfunnene fra undersøkelsen viser at dette er et område som vil kreve stor grad av oppmerksomhet og prioritet. Jeg viser for øvrig til departementets brev av 21. juni i år.

Jeg støtter Riksrevisjonens anbefaling om at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene bør fortsette arbeidet med å redusere unødvendig venting for pasienter og uønsket variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i driften. Jeg vil følge opp Riksrevisjonens anbefalinger og vil stille krav til de regionale helseforetakene i foretaksmøtet i januar 2019 om å følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger. Dette innebærer blant annet at de regionale helseforetakene skal rapportere til departementet fra arbeidet med oppfølgingen.

Riksrevisjonens rapport gir god drahjelp for arbeid med tema som allerede er svært sentrale i helseforetakenes arbeid. Seks måneders planleggingshorisont er allerede adressert i helseforetakene og arbeides med. De regionale helseforetakene viser til at det brukes mye tid og ressurser for legene knyttet til manuelle rapporteringsrutiner for data til kvalitetsregistre og andre nasjonale rapporteringspunkter. Dette er et område der arbeidet med strukturert

Postadresse: Postboks 8011 Dep 0030 Oslo
Kontoradresse: Teatergt. 9 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 983 887 406

journal vil være et viktig bidrag til å forenkle rapporteringen. Et annet område de regionale helseforetakene peker på er betydningen av digitale konsultasjoner, og andre former for medisinsk avstandsoppfølging, som en effektiv og god metode for pasientene både i diagnostisering og kontroller. Dette området vil adresseres i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen, som skal legges frem høsten 2019.

Med hilsen



Bent Høie

Vedlegg 3.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av helseforetakenes bruk av legeressursene

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Utgiftene til de regionale helseforetakene var i 2017 mer enn 140 milliarder kroner.¹ Lønnskostnadene utgjorde mellom 65 og 70 prosent av driftskostnadene.² Å bruke personalet effektivt er dermed avgjørende for å utnytte ressursene i helseforetakene på en god måte.

Helsedirektoratets årlige Samdata-rapport om spesialisthelsetjenesten viser at det er store variasjoner mellom helseforetakene i hvor effektivt de bruker personalressursene.³ Ifølge rapporten for 2015 er det store forskjeller mellom helseforetakene i produktiviteten målt i kostnader per DRG-poeng.⁴ Helseforetakene med lavest produktivitet har et kostnadsnivå som er minst 50 prosent høyere per produserte DRG-poeng enn helseforetaket med høyest produktivitet.⁵

En forskningsstudie viser at legeproduktiviteten ble redusert med 6 prosent i perioden 2001–2013 målt som antall DRG-poeng per lege.⁶ Produktiviteten øker dersom legene får administrativ støtte eller sykepleiere gjør oppgaver som tidligere ble utført av leger. Videre ble det funnet stor variasjon mellom sykehusene med høyest og lavest legeproduktivitet. Studien gir imidlertid i begrenset grad forklaringer på disse forskjellene.

Legeforskningsinstituttet har siden 1994 gjennomført regelmessige spørreskjemaundersøkelser hos et representativt utvalg leger. Blant leger i indremedisinske fag er andelen tid brukt til direkte pasientarbeid i perioden fra 1994 til 2014 redusert fra 61 til 43 prosent. For leger i kirurgiske fag var reduksjonen fra 69 til 52 prosent.

I 2017 ble det brukt 76 200 årsverk ved de somatiske sykehusene. Selv om legene ikke utgjør mer enn 17 prosent av årsverkene, er effektiv bruk av legene avgjørende for å utnytte de totale ressursene i helseforetakene effektivt.⁷ I perioden fra 2011 til 2017 økte samlet antall årsverk med 13 prosent i de somatiske institusjonene i helseforetakene, mens det var en vekst i antall leger på 30 prosent.⁸ Av totalt 7 250 000 somatiske pasientkontakter/-opphold i 2017 utgjorde ca. 84 prosent polikliniske konsultasjoner, 5 prosent dagbehandling⁹ og 11 prosent døgnopphold.¹⁰ Ventetid til utredning eller behandling er en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet

1) Prop. 1 S (2016–2017), Innst. 11 S (2016–2017).

2) Meld St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

3) Meld St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

4) DRG-poeng (DRG – diagnoserelaterte grupper) er et aktivitetsmål på pasientbehandlingen. DRG-systemet gjør det mulig å sammenligne sykehus uavhengig av forskjeller i hvilke pasientgrupper de ulike sykehusene behandler.

5) OUS, Helse Førde HF, samt de fire helseforetakene i Helse Nord RHF har lavest produktivitet, mens Sykehuset i Vestfold har høyest produktivitet.

6) Johannessen, Kittelsen og Hagen (2016) «Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform», gjennomført av Universitetet i Oslo.

7) SSB, Spesialisthelsetjenesten, 2017 Avtalte årsverk eksklusiv lange fravær.

8) SSB, Spesialisthelsetjenesten, 2011–2017, avtalte årsverk eksklusiv lange fravær, somatiske institusjoner i helseforetakene

9) Med dagbehandling menes poliklinisk behandling eller behandling der pasienten blir innlagt uten overnatting.

Behandlingen er mer omfattende enn vanlig poliklinisk kontakt og forutsetter tilgang til seng eller behandlingsplass.

10) Norsk pasientregister. Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2017.

i helsetjenesten. Ved utgangen av 2017 ventet 186 000 pasienter på helsehjelp innen somatikk. De fleste av disse ventet på poliklinisk utredning.

Ifølge *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* vil samfunnet gjennomgå store endringer fram mot 2030. Utviklingen i folketall, alderssammensetningen i befolkningen, endringer i sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planleggingen av framtidens sykehus. Det vil bli ca. 300 000 flere eldre over 70 år enn i dag, en økning på over 50 prosent.¹¹ For å møte utviklingen må helseforetakene utnytte ressursene godt.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet har vært å undersøke om helseforetakenes styrer og organiserer aktivitet og personell på en slik måte at legeressursene i den somatiske virksomheten brukes effektivt.

Målet er belyst gjennom følgende problemstillinger:

1. Blir legeressursene brukt effektivt?
2. Bidrar styringen til at legeressursene blir brukt effektivt?

Legeressursene skal bidra til å løse de lovpålagte oppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende på en effektiv måte. Denne undersøkelsen har først og fremst tatt for seg pasientbehandling.

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Revisjonen har belyst problemstillingene ved å analysere informasjon fra spørrebrev til helseforetakene, registerdata, spørreundersøkelser, dybdeundersøkelse, og ved hjelp av tilgjengelig statistikk fra Helsedirektoratet og annen sekundærdata. Undersøkelsen omfatter alle de somatiske sykehusene i helseforetakene og bruker i hovedsak data fra perioden 2015–2018.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i poliklinisk aktivitet innen fire utvalgte fagområder, som til sammen står for 30 prosent av alle polikliniske konsultasjoner.¹² Fagområdene er nevrologi, gastromedisin (fordøyelse), gastrokirurgi og ortopedi. Undersøkelsen inkluderer 89 spesialiserte poliklinikker som har pasienter innen et av de fire fagområdene. I tillegg er det tatt med 53 generelle medisinske eller generelle kirurgiske poliklinikker for at også de minste sykehusene skulle bli inkludert i undersøkelsen.

De fleste sykehusleger veksler i hovedsak mellom å utføre oppgaver på sengepostene, operasjonsstuene og poliklinikkene. Legene er normalt ikke organisatorisk tilknyttet poliklinikkene, men i faglige enheter. Selv om undersøkelsen tar utgangspunkt i poliklinisk aktivitet, belyser den også legenes samlede tidsbruk på oppgavene de utfører på dagtid, og hvordan legeressursene styres samlet på avdelingen hvor legene er organisatorisk tilknyttet, for eksempel en ortopedisk eller medisinsk avdeling.

11) Meld St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, side 19.

12) Norsk pasientregister, Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2017, tabell V1, V2 og V3

2.1 Informasjon innhentet i spørrebrev

I september 2017 ble det sendt brev til alle helseforetakene for å få informasjon om organisering, kapasitet og planleggingsverktøy for legebemannning og timetildeling ved sykehusenes poliklinikker på hvert av fagområdene.

2.2 Analyse av registerdata

2.2.1 Datagrunnlag

Det er samlet inn data fra helseforetakenes pasientadministrative systemer om poliklinisk aktivitet i perioden 2015–2017. For Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord er det samlet data fra DIPS standardrapport *6817 Polikliniske besøk i periode*.¹³ For Helse Midt-Norge er det gjort tilsvarende uttrekk fra helseforetakenes databaser.

Det er i tillegg samlet inn data om alle konsultasjoner som er planlagt framover i tid. For Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord er det samlet inn data fra DIPS standardrapport *4829 Pasienter som venter på behandling seksjonsvis*. Denne rapporten inneholder pasienter som venter på utredning, behandling eller kontroll. For Helse Midt-Norge er tilsvarende uttrekk gjort fra helseforetakenes databaser om både forløpsspasienter og nyhenviste. Datagrunnlaget gir informasjon om planlagte pasientkonsultasjoner og hvorvidt pasienten er tildelt dato og tidspunkt for time. I tilfeller hvor pasienten ikke er tildelt dato og tidspunkt for time, har helseforetaket registrert en foreløpig/tentativ dato (måned) for konsultasjon. Ettersom datagrunnlaget for planlagte konsultasjoner framover i tid er et øyeblikksbilde, er det gjort uttrekk av disse dataene på fem datoer per helseforetak.¹⁴ Alle helseforetakene har levert registerdata om timetildeling framover i tid. Oversikt over datagrunnlag og leveranser per HF er gitt i vedlegg 1.

2.2.2 Identifisering av poliklinikker

I registerdataene er variabelen *lokalisering* (Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord) og variablene *enhetsnavn* eller *ik4489beskrivelse* (Helse Midt-Norge) brukt for å identifisere poliklinikker innenfor nevrologi, ortopedi, gastrokirurgi og gastromedisin, i tillegg til generelle medisinske og generelle kirurgiske poliklinikker.¹⁵ Lokaliseringsvariabelen angir den fysiske enheten hvor pasientaktiviteten foregår, for eksempel «Ortopedisk poliklinikk, Førde».¹⁶

Ved en poliklinikk kan det være utført konsultasjoner innen andre fagområder enn det dominerende ved poliklinikken. Dette innebærer at undersøkelsen også inkluderer konsultasjoner som er gjennomført innen andre fagområder enn de utvalgte. Dette vil gjelde spesielt for de generelle medisinske og generelle kirurgiske poliklinikkene. Det innebærer også at undersøkelsen ikke inkluderer alle gjennomførte konsultasjoner innen de utvalgte fagområdene, fordi det på samme måte kan ha blitt gjennomført konsultasjoner som er registrert som «ortopedisk kirurgi», ved enn annen lokalisering enn «Ortopedisk poliklinikk».

2.2.3 Analyser av aktivitetsvariasjoner, kapasitetsutnyttelse og antall konsultasjoner per behandlerstime ved poliklinikkene

Det er gjennomført analyser av aktivitetsvariasjoner, kapasitetsutnyttelse og antall konsultasjoner per behandlerstime ved poliklinikkene. Samtlige analyser belyser elektiv aktivitet gjennomført på hverdager mellom 08:00 og 16:00. I analysene er påske, jul og juli måned utelatt.

13) Alle helseforetakene unntatt Helse Finnmark HF har levert registerdata om gjennomført poliklinisk aktivitet til Riksrevisjonen.

14) Data ble trukket ut på ulike datoer per HF i (i) oktober 2017, (ii) november 2017, (iii) desember 2017, (iv) januar 2018 og (v) februar 2018.

15) Skade- og akuttpoliklinikker er ikke inkludert i analysene, med unntak av Oslo legevakt.

16) http://admininfo.helse-sorost.no/regionalt/_Documents/Standard%20Organisasjonsenheter-%20benevnelse.pdf

Det finnes ikke et enkelt mål som kan si noe om poliklinikkens kapasitet. Kapasiteten vil avhenge av tilgang på ressurser som personell, rom og medisinsk-teknisk utstyr. Det finnes ikke standardisert informasjon om antall rom og tilgang/kvalitet på medisinsk teknisk utstyr for de ulike poliklinikkene. Data om personellressurser i form av dags- eller årsverk kan heller ikke brytes ned per poliklinikk. Kapasiteten ved en poliklinikk er i undersøkelsen derfor beregnet med utgangspunkt i gjennomsnittlig aktivitetsnivå på dagtid de fem ukene i året med høyest aktivitet. Kapasitetsutnyttelsen måles ved å sammenligne aktivitetsnivået i de resterende ukene med gjennomsnittlig aktivitetsnivå i de fem beste ukene.

Graden av variasjon i aktiviteten innenfor samme ukedag er beregnet med variasjonskoeffisienten relativt standardavvik¹⁷ per ukedag per poliklinikk. Deretter brukes gjennomsnittet av variasjonskoeffisientene for hver enkelt ukedag (gjennomsnitt for mandager, gjennomsnitt for tirsdager osv.) til å vurdere graden av variasjon i aktiviteten på samme ukedag gjennom året.

Det er i tillegg beregnet hvor stort potensial hver poliklinikk har for høyere aktivitet, ved å beregne hva dens årlige aktivitet hadde vært dersom aktiviteten i alle uker med et aktivitetsnivå lavere enn gjennomsnittet hadde økt til snittet. Revisjonen mener dette er et konservativt mål på potensial for økt aktivitet.

For å tallfeste variasjonen i antall konsultasjoner per behandlertime mellom poliklinikker er det beregnet et forholdstall mellom disse størrelsene. Denne indikatoren er beregnet per dag, som i neste omgang er brukt til å beregne poliklinikkens gjennomsnitt for hele året.

Ved de fleste sykehus blir det ikke dokumentert hvor mange timer en lege har vært på poliklinikkene en gitt dag. Antallet timer en lege har vært på poliklinikken, er derfor estimert basert på informasjon i registerdata. Estimater tar utgangspunkt i starttidspunktene for første og siste konsultasjon per unike behandlernavn per dag per poliklinikk. Tidspunktet den siste konsultasjon ble avsluttet, er estimert ved å legge til median konsultasjonstid ved poliklinikken til starttidspunktet for den siste konsultasjonen. Antallet timer en behandler har vært på poliklinikken en bestemt dag, er dermed estimert som differansen mellom avslutningen av siste konsultasjon og starttidspunktet for første konsultasjon.¹⁸

Undersøkelsen legger til grunn at det i stort er registrert riktig behandlernavn per konsultasjon, og at starttidspunkt og varigheter stort sett er planlagt starttidspunkt og varighet for de gjennomførte konsultasjonene. Den siste antakelsen er basert på at det for de fleste konsultasjoner er lite variasjon i angitt varighet.¹⁹

Det finnes i datagrunnlaget ikke informasjon om stillingskategori for behandlere, noe som betyr at det ikke er mulig å identifisere hvorvidt behandleren er lege eller annet helsepersonell. Undersøkelsen legger til grunn at de aller fleste konsultasjoner utføres av leger, men at andelen som utføres av annet helsepersonell, kan variere mellom poliklinikker og helseforetak.

For å vurdere i hvilken grad den målte kapasitetsutnyttelsen og antallet konsultasjoner per behandlertime samvarierer med hverandre og med andre beregnede indikatorer i registerdataene, er det gjennomført bivariate korrelasjonsanalyser. Som mål på

17) Standardavvik/gjennomsnitt.

18) For Vestre Viken HF er ikke tidspunkt (klokkeslett) mulig å identifisere, og helseforetaket er derfor utelatt fra disse beregningene. I datagrunnlaget for Helse Midt-Norge er konsultasjonene registrert med starttid og sluttid. Varigheten på konsultasjonene er for Helse Midt-Norge beregnet ved å ta differansen mellom start- og sluttid.

19) Datagrunnlaget fra Helse Midt-Norge, hvor hver konsultasjon har både start- og sluttidspunkt, gir større variasjon i varighet.

sammenheng brukes korrelasjonskoeffisienten Pearsons r , som varierer mellom -1 (perfekt negativ sammenheng) og 1 (perfekt positiv sammenheng). I undersøkelsen tolker vi en positiv sammenheng med styrke mellom $0,1$ og $0,3$ som svak, mellom $0,3$ og $0,5$ som middels sterk og over $0,5$ som sterk. Tilsvarende tolkning ligger til grunn for negative sammenhenger.

2.2.4 Analyse av planleggingshorisont og antall pasientkontakter med passert planlagt tid

For å vurdere planleggingshorisonten ved de ulike poliklinikkene har revisjonen analysert registerdata om timetildeling framover i tid. Det er tatt utgangspunkt i antallet pasientkontakter som er planlagt per uke framover i tid. Analysen beregnet forholdet mellom antallet konsultasjoner som var planlagt for hver uke framover i tid, og antallet konsultasjoner som var planlagt én uke fram i tid. I disse beregningen er planlagte konsultasjoner med tentativ dato utelatt. Med utgangspunkt i dette forholdstallet er poliklinikkene deretter kategorisert med lang, middels eller kort planleggingshorisont.

Registerdataene gir både informasjon om pasientkontakter hvor pasienten er tildelt en reell dato og reelt tidspunkt for time (har time), og om pasientkontakter hvor pasienten er gitt en tentativ (foreløpig) dato for time. Tentative datoer er som regel angitt per måned.²⁰ Dersom en pasient i det pasientadministrative systemet er gitt en tentativ måned for time i februar 2018, tolkes dette som at pasienten skal ha time innen utgangen av februar 2018. Andelen pasientkontakter med foreløpig dato framover i tid er beregnet per måned per poliklinikk. I tillegg er antallet og andelen pasientkontakter som har overskredet foreløpig dato for time, beregnet. I analysene regnes en foreløpig dato som overskredet dersom en konsultasjonen som var planlagt måneden før, ikke har blitt gjennomført på tidspunktet for datauttrekket.

2.3 Spørreskjemaundersøkelser

Det ble gjennomført tre spørreundersøkelser i desember 2017 for blant annet å finne faktorer som henholdsvis hindrer og fremmer effektiv bruk av legeressursene. Én undersøkelse er rettet mot alle legene som har konsultasjoner ved de utvalgte poliklinikkene, én mot merkantilt personell som håndterer timeavtaler på de samme poliklinikkene, og én mot nærmeste og overordnet (nest nærmeste) leder for legene.

1378 leger, 579 merkantilt personell og 197 ledere i målgruppen mottok spørreundersøkelsen. Svarandelen var 52 prosent for legene,²¹ 63 prosent for det merkantile personalet og 72 prosent for lederne.²² De tre undersøkelsene hadde noen særskilte og noen felles tema, jf. tabell 1.

20) Unntaket er Helse Midt-Norge, hvor de tentative datoene er angitt per dag (dato for intern hast).

21) Av legene som besvarte undersøkelsen, er 34 prosent LIS-leger, og 66 prosent er overleger.

22) Utvalget til spørreundersøkelsen ble levert av helseforetakene. Siden poliklinikkene som oftest ikke er egne organisatoriske enheter i sykehusene, har det vært nødvendig å be respondentene oppgi hvilken poliklinikk de jobber ved. Derfor har det ikke vært mulig å gjøre en frafallsanalyse på poliklinikknivå, da det ikke er mulig å finne ut hvilke poliklinikker de respondentene som ikke har svart, tilhører. En frafallsanalyse viser imidlertid at det er ubetydelige skjevheter i svarandelene på helseforetaksnivå. Det er videre en liten overrepresentasjon av overleger sammenlignet med LIS-leger, men dette kan forklares med at LIS-legene roterer. Det er derfor vurdert at det ikke er hensiktsmessig å vekte resultatene til populasjonen.

Tabell 1 Oversikt over tema belyst i undersøkelsene av de ulike personellgruppene

Tema	Leger	Ledere	Merkantilt personell
Bakgrunnsvariabler	x	x	x
Aktiviteten på poliklinikken	x		
Årsaker til at konsultasjoner ikke blir gjennomført	x	x	x
Faktorer som hindrer økt poliklinisk aktivitet	x	x	x
Tiltak gjennomført på poliklinikken	x	x	x
Planlegging av aktiviteten på poliklinikken	x	x	x
Informasjon til pasient	x	x	x
Håndtering av timeavtaler			x
Overføring av oppgaver mellom leger og annet personell	x	x	x
Hendelser som forsinker utførelsen arbeidsoppgavene	x		
Tidsbruk på ulike arbeidsoppgaver og endring over tid	x		
Organisering og kapasitet		x	
Ansvar og myndighet		x	
Bruk av styringsinformasjon		x	
Leders oppmerksomhet på sentrale tema	x		x

Som en del av spørreundersøkelsen ble det kartlagt hvilke oppgaver legene bruker arbeidstiden sin på. Formålet var å få informasjon om hvor mye av legenes arbeidstid på dagtid som brukes på oppgaver som er henholdsvis direkte pasientrelaterte, indirekte pasientrelaterte og ikke-pasientrelaterte. Utvalget omfatter leger som gjennomfører polikliniske konsultasjoner og som ikke var i utdanningspermisjon eller annen permisjon i perioden oktober 2017 – februar 2018.

Legene ble bedt om å fylle ut hvor mange minutter de brukte på en rekke forhåndsdefinerte oppgaver siste arbeidsdag på en hverdag mellom 07:00 og 17:00. De ble videre bedt om å oppgi hvilken dag de svarte for. Antallet svar varierer mellom dagene. I resultatene er det vektet slik at ukedagene teller likt innenfor hvert av de fire fagområdene. På den måten vil resultatene gjenspeile hvor mye tid legene bruker på ulike oppgaver på dagtid på hverdager. Resultatene er basert på svar fra 530 leger.²³

Kartleggingen inkluderer ikke tidsrommet mellom kl. 17:00 og 07:00. Tid på vakt er derfor ikke en del av kartleggingen av arbeidstiden. Vaktbærende fag fører til at legene har færre arbeidstimer på dagtid. Kartleggingen viser derfor ikke hvor stor del av legenes samlede arbeidstid som brukes på de forhåndsdefinerte oppgavene.

Det er brukt flere kilder for å undersøke endringer i legenes arbeidsoppgaver over tid. Riksrevisjonen gjennomførte en lignende undersøkelse blant kirurger i 2003, og tidsregistreringsskjemaet er, med enkelte justeringer, basert på skjemaet som ble brukt den gangen.²⁴ Selv om det er noen metodiske forskjeller når det gjelder datainnsamling og utvalg, er dataene for gastrokirurgene og ortopedene (kirurger) for 2003 og 2017 sammenliknet for å identifisere hovedtrekk i endringer av legenes tidsbruk på ulike oppgaver. Videre ble leger på alle de fire fagområdene med minst tre års erfaring ved

23) For den enkelte lege skulle summen av registrert fritid og tid brukt på ulike arbeidsoppgaver bli 600 minutter (10 timer i perioden kl. 07:00 til 17:00). 365 av legene registrerte nøyaktig 600 minutter. De andre legene som inngår i resultatene, har et avvik på maksimalt 100 minutter fra 600. Nærmere analyser viser at det er små forskjeller mellom hva legene som har registrert nøyaktig 600 minutter, bruker arbeidstiden på, og de legene som har avvik på maksimalt 100 minutter. Svar fra leger hvor den registrerte tidssummen avviker mer enn 100 minutter fra 600, er utelatt fra resultatene.

24) Skjemaet ble utarbeidet med bistand fra ledelsen for kirurgisk klinikk og lederteamet ved operasjonsavdelingen på Aker sykehus. I tillegg har en forsker ved SINTEF Unimed, som har gjennomført en lignende undersøkelse, bistått i utviklingen av tidsregistreringsskjemaet, jf. Dokument 3:4 (2004–2005) *Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av operasjonskapasitet i sykehus*. Utvalget den gangen var begrenset til 14 sykehus, og dataene ble samlet inn på en annen måte der legene ble bedt om å anslå for hver dag gjennom en uke hva de brukte arbeidstiden på.

sykehuset spurt om hvilke oppgaver de bruker henholdsvis mer, mindre eller like mye tid på i 2017 sammenlignet med for tre år siden.

2.4 Dybdeundersøkelse

For å få en grundigere forståelse av resultatene fra spørreundersøkelsen ble seks poliklinikker valgt ut til dybdeundersøkelse. De utvalgte poliklinikkene oppfylte helt eller delvis sentrale forhåndsdefinerte kriterier for effektiv styring av legeressursene. De seks poliklinikkene er

- ortopedisk poliklinikk, Trondheim, St. Olavs hospital HF
- ortopedisk poliklinikk, Stavanger, Helse Stavanger HF
- nevrologisk poliklinikk, Drammen, Vestre Viken HF
- nevrologisk poliklinikk, Molde, Helse Møre og Romsdal HF
- generell medisinsk poliklinikk, Arendal (gastromedisin), Sørlandet Sykehus HF
- generell kirurgisk poliklinikk, Førde (gastrokirurgi), Helse Førde HF

Utvalget av poliklinikker i dybdeundersøkelsen dekker de fire fagområdene og både spesialiserte og generelle poliklinikker.

I perioden januar til mars 2018 ble det ved hver poliklinikk gjennomført kvalitative intervju med en LIS-lege, en overlege, legenes nærmeste leder og dennes nærmeste overordnede. Videre ble det gjennomført intervju med merkantilt personell som håndterer timeavtaler. Enkelte steder ble det også gjennomført intervju med annet personell som er sentralt for styringen av legeressursene på poliklinikken.²⁵ Intervjuene ble strukturert etter tema. For å få de ulike personellgruppenes perspektiver belyst var noen tema felles, mens andre tema var særskilte, jf. tabell 2.

Tabell 2 Oversikt over tema belyst i intervjuene med de ulike personellgruppene

Tema	Leger	Ledere	Merkantilt personell
Aktiviteten på poliklinikken	x	x	x
Planlegging av aktivitet	x	x	x
Avbestillinger og endringer av timeavtaler			x
Legenes tidsbruk på oppgaver i hverdagen og endring over tid	x	x	
Oppgavefordeling mellom leger og andre profesjoner	x	x	
Endringer og tiltak på poliklinikken	x	x	x
Organisering, kapasitet, ansvar og myndighet		x	
Styring av legeressursene, bruk av styringsinformasjon		x	
Suksesskriterier for oppnå en god bruk av legeressursene	x	x	x

3 Revisjonskriterier

3.1 Krav til oppgaver og god ressursutnyttelse

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 3-8 pålegger sykehus å ivareta følgende oppgaver:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning
- opplæring av pasienter og pårørende

25) Disse har forskjellige roller og titler, eksempelvis leder for poliklinikk eller driftskoordinator.

Ifølge *lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven) § 11 skal helseforetakene ha vedtekter som blant annet skal angi hvilke oppgaver foretaket skal ha. De fastsatte vedtektene slår fast at helseforetakene, i tillegg til de fire oppgavene ovenfor, skal planlegge, organisere og fremme utvikling av medisinsk metode, praksis, pleie og kompetanseutvikling.

Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig.²⁶ God ressursutnyttelse sikter til graden av måloppnåelse i forhold til ressursinnsatsen. Et tiltak regnes gjerne som mer effektivt enn et annet hvis det oppnår målet med lavere omkostninger i form av tid, personellinnsats, utgifter, uheldige bivirkninger mv.²⁷

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) stiller også krav til god ressursutnyttelse ved å pålegge helsepersonell å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjonen, trygden eller andre unødige tidstap eller utgifter.²⁸ Plikten til hensiktsmessig ressursbruk gjelder ved organisering av virksomheten og inkluderer prioritering av pasienter, utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av den enkelte pasient.²⁹

Stortinget har lagt til grunn at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå, i tråd med det såkalte LEON-prinsippet.³⁰ Helsehjelp som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, bør gis av den kommunale helsetjenesten.³¹ Det følger av *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-1 b at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene ved tiltaket står i et rimelig forhold til effekten.

Fordi etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, er det et mål å behandle flere samtidig som ventetidene skal reduseres og kvaliteten i behandlingen skal styrkes.³² Det er derfor behov for omstillinger i sykehussektoren for å redusere ventetidene, bedre kvaliteten og oppnå mer effektiv ressursbruk.³³

I forbindelse med samhandlingsreformen uttalte Helse- og omsorgsdepartementet at oppmerksomhet på logistikkarbeid kan endre pasientforløpene i form av mer dagbehandling og poliklinikk, som igjen vil gi mulighet for å behandle flere pasienter uten kostnadsvekst.³⁴ Helseforetak og sykehus som gir tilbud om poliklinisk behandling, er pålagt å innføre en planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene på minimum seks måneder innen 1. januar 2016.³⁵

Den store variasjonen mellom sykehusene når det gjelder kvalitet, effektivitet og ventetid, viser at sykehusene har gode muligheter til å lære av hverandre. Erfaringene fra sykehus med kort liggetid, effektive behandlingsforløp og høy kapasitetsutnyttelse bør overføres til andre sykehus.³⁶ Helse- og omsorgsdepartementet stilte for 2017³⁷ krav om at variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene skulle reduseres målt ved blant annet disse indikatorene:

26) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 1-1 nr. 4.

27) Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

28) *Lov om helsepersonell m.v.* § 6.

29) Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) *Om lov om helsepersonell m.v.*

30) Innst. 424 L (2010–2011).

31) Prop. 91 L (2010–2011).

32) Prop. 1 S (2013–2014) fra Helse- og omsorgsdepartementet, side 15.

33) Prop. 1 S (2013–2014) fra Helse- og omsorgsdepartementet, side 13.

34) St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen*, side 113.

35) Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2015.

36) Meld St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

37) Oppdragsdokument 2017.

- andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, der planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet
- andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten sett mot samlet antall polikliniske konsultasjoner på fagområdet
- andel kontroller i spesialisthelsetjenesten sett mot samlet antall polikliniske konsultasjoner på fagområdet
- andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

3.2 Krav til likeverdige helsetjenester og god kvalitet

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet.³⁸ Helsetjenestene som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige.³⁹ Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt at for mye variasjon i kvalitet mellom ulike sykehus, kommuner og tilbud vitner om forbedringsmuligheter.⁴⁰ Videre har helse- og omsorgskomiteen uttalt at styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet ikke må stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken.⁴¹ Å vektlegge disse områdene likeverdig er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen.

Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt at ventetid til utredning eller behandling er en viktig indikator på tilgjengeligheten og kvaliteten i helsetjenesten. Lang ventetid kan redusere pasientens muligheter for å oppnå maksimalt utbytte av behandling og kan tyde på kapasitetsproblemer i sykehusene. God informasjon om ventetid er derfor viktig i den daglige driften av sykehusene og for pasientenes valg av behandlingssted.⁴² Gjennom flere år har Helse- og omsorgsdepartementet stilt krav om at ventetidene skal reduseres, og for 2017 skulle den gjennomsnittlig ventetiden reduseres sammenlignet med 2016 og være under 60 dager.⁴³

Spesialisthelsetjenesten er i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven⁴⁴ og prioriteringsforskriften⁴⁵ pålagt å vurdere henvisninger og informere pasienten og henviseren skriftlig om utfallet av vurderingen innen ti virkedager etter at henvisningen er mottatt. Pasienter som vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal samtidig informeres om den rettslige bindende fristen for når helsehjelpen ut fra helsefaglig forsvarlighet senest skal starte, og om sted og tidspunkt for oppmøte. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 13. juni 2016 anmodet de fire regionale helseforetakene om å følge opp at helseforetakene følger hovedregelen om at alle pasienter som får en frist innen fire måneder, skal få en konkret dato og et konkret klokkeslett (time) i første svarbrev om utfallet av henvisningen.⁴⁶

38) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* §§ 1-1 og 2-1.

39) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 2-2.

40) Prop. 1 S (2016–2017) Helse- og omsorgsdepartementet, s. 9

41) Innst S. nr. 11 (2010–2011).

42) Prop. 1 S (2016–2017) Helse- og omsorgsdepartementet, s. 256.

43) Oppdragsdokument 2015, 2016 og 2017.

44) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* § 2-2, jf. § 2-1 b.

45) *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd* § 5.

46) Brevet gjelder en presisering av hva kravet om informasjon til pasienter iht. pasient- og brukerrettighetsloven innebærer.

3.3 Krav til godt system for styring og kontroll

Ifølge helseforetaksloven § 28 skal styret sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med måloppnåelsen, økonomien og ressursbruken i foretaket.⁴⁷ God styring og oppfølging innebærer at helseforetakene må etablere en internkontroll som bidrar til at de fastsatte målene og resultatkravene blir oppnådd. Internkontrollen skal bidra til at

- ressursbruken er effektiv
- virksomheten drives i samsvar med lover og regler
- virksomheten har tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag

Helseforetakets statistikk, analyser, økonomisystem og andre relevante systemer bør sammen gi informasjon om hvorvidt virksomheten drives effektivt. Helseforetakene må etablere systemer og rutiner i helseforetakene for å fastsette mål for virksomheten, måle resultatene, sammenligne resultatene med målene og bruke denne informasjonen til styring, kontroll og kontinuerlig forbedringsarbeid.

Spesialisthelsetjenesteloven⁴⁸ og helsetilsynsloven⁴⁹ pålegger helseforetakene å ha et internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav som er fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er styringssystemet definert som den delen av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav som er fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Forskriften slår fast at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at det blir etablert og gjennomført systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften, og at medarbeiderne bidrar til dette.

I de regionale helseforetakene og helseforetakene er det daglig leder som har det overordnede ansvaret, mens styrene gjennom sin kontrollfunksjon etter helseforetaksloven aktivt må følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem. Styrene må også sørge for å være orientert om informasjon som sier noe om hvorvidt helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige, og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.⁵⁰

Styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene skal minimum én gang i året ha en samlet gjennomgang av virksomheten basert på sammenlignbar statistikk om kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet. Gjennomgangen skal bidra til å sikre at ledelsen aktivt støtter dette arbeidet, og at det gjøres sammenligninger og læringsoverføring både innad og mellom sykehusene.⁵¹

På foretaksmøtene i de regionale helseforetakene i januar 2017 ble det vist til at forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er et sentralt virkemiddel som plasserer ansvar og beskriver helt grunnleggende krav som virksomheter i helsetjenesten må styre etter for å gi forsvarlige og gode helsetjenester og for å forbedre tjenester som ikke er gode nok.

47) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*, side 212.

48) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 2-1 a tredje ledd.

49) *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* § 3.

50) Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-IS-2620.

51) Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

4 Legenes tidsbruk på ulike arbeidsoppgaver

4.1 Legenes tidsbruk på ulike oppgaver i 2017

Det legene bruker arbeidstiden på, skal bidra til å løse de lovpålagte oppgavene – pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende – på en effektiv måte. De fleste sykehusleger veksler mellom å utføre oppgavene ved sengepostene, i operasjonsstuene og på poliklinikken.

Det er kartlagt hva legene som utfører polikliniske konsultasjoner innen de fire fagområdene, bruker arbeidstiden sin på. I kartleggingen registrerte legene hvor mye tid de brukte på ulike oppgaver mellom klokken 07:00 og 17:00 siste hverdag de var på jobb. Legenes arbeidsoppgaver er kategorisert i direkte pasientrelaterte, indirekte pasientrelaterte og ikke-pasientrelaterte oppgaver, jf. tabell 3.

Tabell 3 Legenes tidsbruk på ulike arbeidsoppgaver (%)

	Samlet	Medisinske fag		Kirurgiske fag	
		Nevrologi	Gastro-medisin	Gastro-kirurgi	Ortopedi
<i>n</i> =	530	100	85	132	213
Visitter	8	7	6	12	7
Journalopptak	2	4	1	2	2
Operasjoner	13	0	1	20	20
Poliklinikk	26	34	39	14	24
Tilsyn ved andre enheter	1	2	2	1	1
Samtaler med pasienter/pårørende	5	5	4	5	5
Telefonkontakt med pasient	2	3	4	1	1
Annen direkte pasientrelatert aktivitet	2	3	3	3	2
Direkte pasientrelaterte oppgaver	60	58	59	58	62
Møter (morgenmøter etc.)	9	9	8	9	9
Rapportering mellom leger og øvrig helsepersonell	3	3	2	3	3
Vurdering av henvisninger	3	3	3	4	2
Journal, epikrise, annen dokumentasjon	11	15	11	11	9
Supervisjon	2	2	3	2	2
Annen indirekte pasientrelatert aktivitet	2	2	2	1	2
Indirekte pasientrelaterte oppgaver	29	33	30	30	27
Forskning, faglig utvikling, kurs, løpende veiledning og opplæring	3	3	3	3	2
Administrative oppgaver, møter	3	2	2	3	3
Ufrivillig venting	2	1	1	2	2
Pauser (inkl. lunsj)	3	3	3	3	4
Ikke-pasientrelaterte oppgaver	11	9	10	12	11
Sum	100	100	100	100	100

Kilde: Spørreundersøkelse til leger

Tabellen viser at legene i 2017 gjennomsnittlig brukte 60 prosent av arbeidstiden på dagtid på hverdager på oppgaver som er direkte pasientrelaterte.⁵² Videre bruker de 29 prosent av arbeidstiden på arbeidsoppgaver som er indirekte pasientrelaterte. Dette betyr at legene på dagtid bruker nesten 90 prosent av arbeidstiden på oppgaver som er pasientrelaterte. Resten av arbeidstiden bruker legene på ikke-pasientrelaterte oppgaver som forskning, faglig utvikling, kurs, løpende veiledning og administrative oppgaver. Ettersom leger i forsknings- og utdannelsespermisjon ikke er med i utvalget, og tid brukt på vakt ikke registreres, kan ikke resultatene i tabellen tolkes som representative for hvordan sykehuslegene fordeler hele sin arbeidstid på å løse de lovpålagte oppgavene.⁵³

Av de direkte pasientrelaterte oppgavene bruker legene mest tid på poliklinikken (26 prosent). Det mest vanlige er at legene jobber hele dager på poliklinikken⁵⁴, og et klart flertall av legene (70 prosent) jobber på poliklinikken én eller to dager i uken. Av de indirekte pasientrettede oppgavene bruker legene mest tid på *journal, epikrise og annen dokumentasjon* (11 prosent) og pasientrelaterte møter (9 prosent).

Det er små forskjeller mellom de fire fagområdene med hensyn til hvor stor del av arbeidstiden de bruker på henholdsvis direkte, indirekte og ikke-pasientrelaterte oppgaver. Det er imidlertid, som forventet, forskjeller mellom de fire fagområdene med hensyn til hvor mye tid legene bruker på de enkelte oppgavene innenfor de tre hovedkategoriene. For eksempel varierer det hvor mye tid legene bruker på poliklinikken, fra 14 prosent blant gastrokirurgene til mer enn 30 prosent blant legene på de to medisinske fagområdene.

Innen alle de fire fagområdene bruker overlegene noe mer av tiden sin på direkte pasientrelaterte oppgaver enn det LIS-legene (leger i spesialisering) gjør. Blant annet bruker overleger forholdsvis mer av tiden sin på poliklinikken. Av de indirekte pasientrelaterte oppgavene bruker overlegene mer tid på vurderinger av henvisninger enn det LIS-legene gjør, og mindre tid på journalføring, epikrise og annen dokumentasjon.

Leger ved universitetssykehusene bruker noe mer tid på ikke-pasientrelaterte oppgaver (2,5 prosentpoeng mer), mindre tid på direkte pasientrelaterte oppgaver (1,8 prosentpoeng mindre) og litt mindre tid på indirekte pasientrelaterte oppgaver (0,7 prosentpoeng mindre) sammenlignet med legene ved andre sykehus. En grunn til dette er at legene ved universitetssykehusene bruker mer tid på forskning.

4.2 Oppgaver som leger brukte mer tid på i 2017 enn før

Riksrevisjonen gjennomførte i 2003 en lignende arbeidstidskartlegging blant kirurger. Selv om ulike metodiske opplegg gjør at kartleggingene ikke er direkte sammenlignbare⁵⁵, tyder resultatene på at kirurgene⁵⁶ i 2017 brukte mer av arbeidstiden sin på direkte pasientrelaterte oppgaver enn i 2003 (+ 5 prosentpoeng). Kirurgene bruker mer av arbeidstiden sin på poliklinikk og samtaler med pasientene (direkte eller over telefon), mens de bruker omtrent like mye tid på operasjoner og visitter.

52) I spørreundersøkelsen ble legene bedt om å angi antallet timer de var på jobb sist arbeidsdag. Median arbeidstid i utvalget er 9 timer. Med dette utgangspunktet innebærer det at legene i snitt bruker 27 timer i uken på direkte pasientrelaterte oppgaver.

53) Det er også vanlig at noe av tiden på morgenmøtene brukes på internundervisning. Tiden som er brukt på kompetanseutvikling, kan derfor være noe underestimert ved at leger har registrert denne internundervisningen på oppgaven morgenmøter.

54) For alle hverdagene er det slik at ca. ni av ti leger jobber hele dager på poliklinikken.

55) Se kapittel 2.4.

56) Gastrokirurger og ortopeder samlet.

At tidsbruken på direkte pasientrelaterte oppgaver har økt, går også fram av legenes svar på andre spørsmål i spørreundersøkelsen. Leger innen alle de fire fagområdene med minst tre års erfaring på sykehuset ble spurt om hvilke oppgaver de bruker henholdsvis mer, mindre og like mye tid på i 2017 sammenlignet med for tre år siden. Av de direkte pasientrelaterte oppgavene svarer halvparten av legene at de bruker mer tid på poliklinikken i 2017. Svært få leger bruker mindre tid på poliklinikken.⁵⁷ Hovedbildet er at legene bruker minst like mye tid på direkte pasientrelaterte oppgaver i 2017 som for tre år siden.

Blant de indirekte pasientrelaterte oppgavene indikerer arbeidstidskartleggingene at tid brukt på *journalføring, epikrise og annen dokumentasjon* har økt. Mens kirurgene brukte 5 prosent av arbeidstiden sin på denne oppgaven i 2003, brukte de dobbelt så mye tid på denne oppgaven i 2017. Dette går også fram av legenes svar på andre spørsmål i spørreundersøkelsen. Et flertall av legene på alle fagområdene oppgir i spørreundersøkelsen at de brukte mer av arbeidstiden på journalføring, epikrise, annen dokumentasjon i 2017 enn for tre år siden.

I dybdeundersøkelsen blir det gitt flere forklaringer på at tiden som blir brukt på *journalføring, epikrise og annen dokumentasjon*, har økt. Én forklaring er at legene opplever et generelt høyere krav til dokumentasjon, blant annet for å øke pasientsikkerheten. I dybdeundersøkelsen peker flere ledere og erfarne leger på at mange, spesielt yngre, leger likevel bruker unødvendig mye tid på journalføring. Én leder ved et av de utvalgte sykehusene oppgir at de derfor har utviklet maler for at legene skal konsentrere seg om de viktige opplysningene og ikke bruke tid på å dokumentere unødvendige opplysninger.

En annen forklaring på at legene bruker mer tid på *journalføring, epikrise og annen dokumentasjon*, er relatert til innføringen av såkalt talegjenkjenning. Mens sekretærer tidligere skrev journalene basert på diktat fra legene, leser nå leger ved mange sykehus inn journalnotatene i et dataprogram som gjør tale om til tekst. En åpenbar fordel med talegjenkjenning er at legene kan gjøre seg ferdig med journalnotatet med en gang. Flere av respondentene i dybdeundersøkelsen mener talegjenkjenning fungerer bra. For at verktøyet skal fungere, kreves det imidlertid at legen aktivt lærer opp – og vedlikeholder – programmet. Det kan se ut til at terskelen for å gjøre dette arbeidet er høy for enkelte leger, noe som fører til at de må bruke mye tid på å korrigere det de dokumenterer. Mange leger som sliter med talegjenkjenningsteknologien, velger derfor heller å skrive notatene selv. Dette kan være uproblematisk for legene som har god erfaring med tekstbehandling og høy digital kompetanse, men kan virke ineffektivt for legene som syntes den tidligere praksisen med diktering gikk raskere enn å skrive selv.

4.3 Hendelser som forsinker arbeidet unødvendig

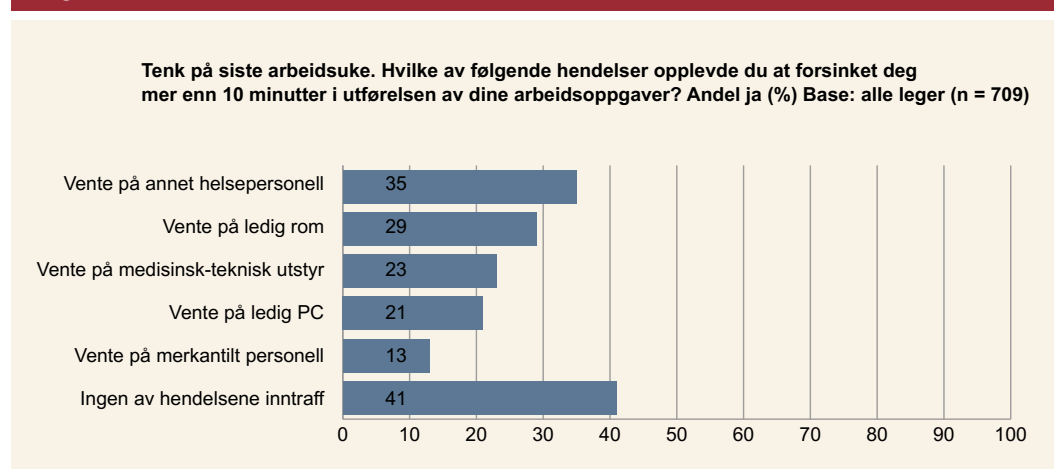
Dybdeundersøkelsen viser at legene bruker en del av arbeidstiden sin på å gjøre registreringer i ulike dataprogrammer. Eksempler på slike registreringer er bestilling av undersøkelser og ulike oppgaver knyttet til journalføring og dokumentasjon. Flere leger ga uttrykk for at systemene er lite tilpasset klinikernes arbeid og opplever at disse oppgavene tar unødvendig lang tid. Legene ønsker derfor mer brukervennlige verktøy som gjør at disse oppgavene kan utføres raskere.

57) For de andre direkte pasientrelaterte oppgavene (operasjoner, visitter, tilsyn ved andre enheter, pasientsamtaler) er det flest leger som svarer at de bruker like mye tid på oppgaven i 2017 som for tre år siden. Med unntak for operasjoner er det også flere leger som svarer at de bruker mer tid på oppgaven, enn leger som svarer at de bruker mindre tid på oppgaven.

I spørreundersøkelsen ble legene spurt om de i løpet av den siste uken hadde opplevd at IT-systemene var trege. Fire av fem svarte ja.⁵⁸ I dybdeundersøkelsen utdypet flere leger dette og fortalte om ustabile IT-systemer som «henger», manglende integrasjon mellom ulike dataprogrammer og at det går med mye tid til å logge inn i de ulike dataprogrammene. Innloggingsregimet kan ses som en nødvendig konsekvens av strenge krav til IT-sikkerhet, men noen informanter pekte på at mer integrasjon mellom de ulike dataprogrammene kunne gi en mer effektiv arbeidsflyt.

Arbeidstidskartleggingen viser at 2 prosent av arbeidstiden til legene går med til ufrivillig venting, noe som utgjør ca. én time i uken. I spørreundersøkelsen ble legene spurt om å tenke på den siste arbeidsuken og svare på hvilke hendelser de hadde opplevd som forsinket dem med mer enn ti minutter i arbeidet.

Figur 1 Forsinkelser



Kilde: Spørreundersøkelse til leger.

Figur 1 viser at tre av fem leger oppgir å ha blitt forsinket av én eller flere hendelser. Omfanget av denne typen ufrivillig venting ser ut til å variere noe på tvers av stillingskategori og fagområde. Bakgrunns materialet viser at det særlig er LIS-leger som opplever å vente på annet helsepersonell: Nesten annenhver LIS-lege, mot i overkant av hver fjerde overlege, svarer bekreftende på dette spørsmålet. Dette kan trolig forklares med at LIS-leger i større grad trenger veiledning («supervisjon») før de tar beslutninger. Dette bekreftes i dybdeintervjuene, hvor flere leger påpeker at det er viktig å ha enkel tilgang på overleger for LIS-leger når de arbeider på poliklinikken.

Når det gjelder venting på ledig rom, er det betydelige forskjeller på tvers av fagområdene: Andelen som oppgir å ha ventet på ledig rom, er dobbelt så høy blant gastromedisinere som blant ortopeder.⁵⁹ Gastromedisinere er også noe mer utsatt for å bli forsinket av å måtte vente på medisinsk-teknisk utstyr. Nevrologer ser på sin side ut til å være mindre utsatt for disse hendelsene, noe som trolig skyldes at de i mindre grad er avhengig av spesielle undersøkelsesrom og medisinsk-teknisk utstyr enn det for eksempel gastromedisinere er.

Når det gjelder venting på PC, er det kun mindre forskjeller på tvers av stillingskategori og fagområde. I dybdeundersøkelsen oppgir flere leger at de mangler tilgang til ledig

58) I tillegg svarte én av fire at de opplevde at det var vanskelig å finne pasientopplysninger i IT-systemene, mens en like høy andel svarte at de opplevde at nødvendige pasientopplysninger i IT-systemene var ufullstendige.

59) Blant gastromedisinere svarer 45 % (n = 112) bekreftende på spørsmålet, mens andelen blant ortopeder er 22 %, (n = 289).

PC på sengeposten. De må da bruke tid på å gå til andre enheter eller eget kontor, eventuelt utsette oppgaven til senere.

5 Kapasitetsutnyttelse og effektivitet ved poliklinikkene

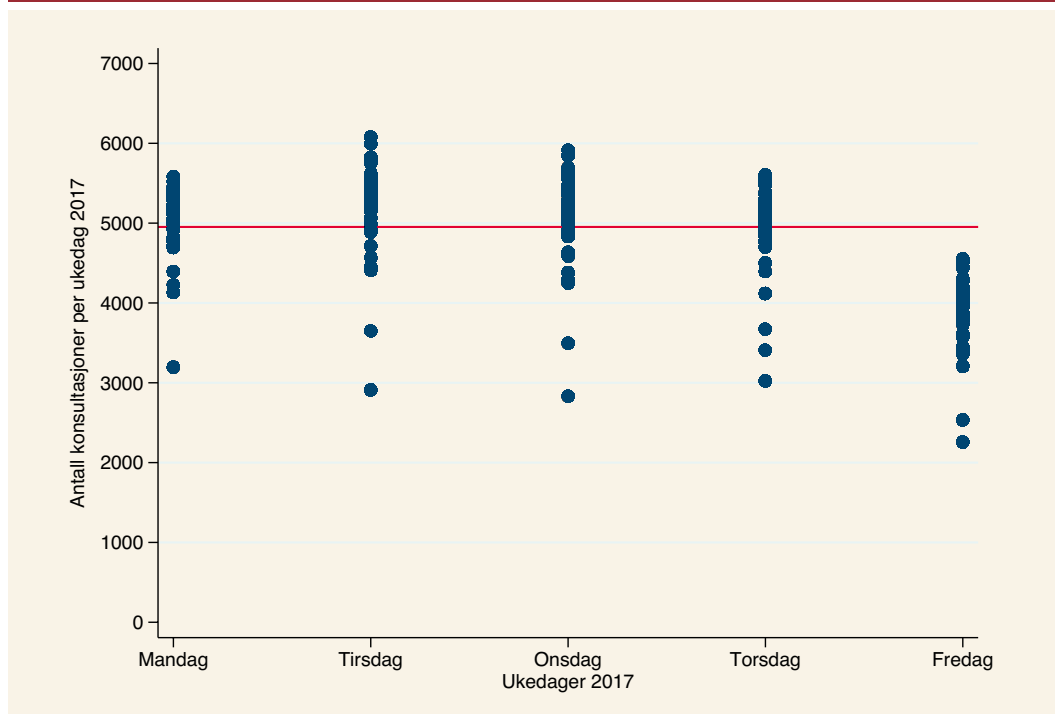
God kapasitetsutnyttelse ved poliklinikkene er nært knyttet til bruken av legeressurser fordi de aller fleste polikliniske konsultasjoner utføres av leger.⁶⁰ Poliklinisk aktivitet kan deles inn i tre hovedgrupper: utredning, behandling og kontroll. De aller fleste konsultasjoner gjennomføres fysisk på poliklinikken, mens enkelte gjennomføres over telefon.⁶¹

5.1 Variasjoner i aktivitet og kapasitetsutnyttelse

Ved i underkant av halvparten av poliklinikkene⁶² starter vanligvis første konsultasjon klokken 09:00, mens ved hver tredje poliklinikk starter de mellom 08:30 og 09:00. Ved de fleste poliklinikker skjer konsultasjonene innenfor et tidsrom på seks–sju timer de dagene poliklinikken er åpen.⁶³ Dette betyr at siste konsultasjon ved mange poliklinikker starter mellom klokken 14:00 og 15:00.

Det er en antakelse at poliklinikker som er veldrevne, som regel vil ha gjennomgående jevn og høy aktivitet gjennom året, uker og på samme ukedag. Analyse av registerdata viser at aktiviteten på dagtid ikke bare varierer mellom ukedagene, men også innenfor samme ukedag gjennom året, jf. figur 2.

Figur 2 Totalt antall konsultasjoner per ukedag i 2017 samlet for alle poliklinikkene. Rød linje angir gjennomsnittlig aktivitet på mandager til torsdager.



Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

60) Data fra Norsk pasientregister (2016).

61) Disse er i registerdataene registrert som konsultasjonstype «indirekte pasientkontakt». I rapporten omtales disse konsultasjonene som telefonkonsultasjoner. Det er imidlertid usikkert hva denne aktiviteten innebærer ved de ulike poliklinikkene, og i hvilken grad alle telefonkonsultasjoner som gjennomføres, faktisk blir registrert.

62) 44 % (n = 140).

63) Varigheten mellom starttid for første og starttid for siste konsultasjon er for åtte av ti poliklinikker mellom fem og seks timer.

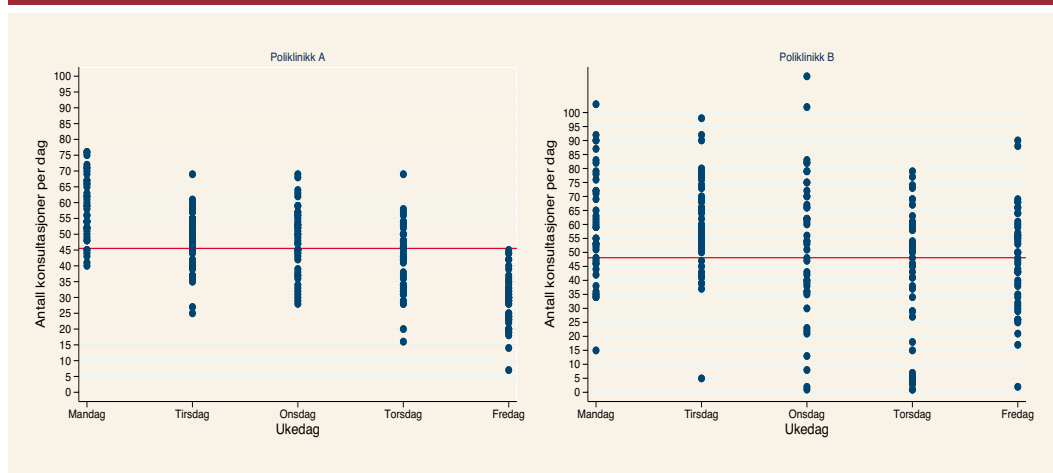
Det går fram av figur 2 at antallet konsultasjoner på de fleste fredager er lavere enn de andre ukedagene (de blå datapunktene representerer dager i 2017). Aktiviteten på fredager er for samtlige enkeltdager lavere enn gjennomsnittlig aktivitet på mandager–torsdager (rød linje).

Analysen viser at aktivitetsnivået på fredager ved de ulike poliklinikkene varierer mellom 43 og 113 prosent av gjennomsnittlig aktivitet på de andre ukedagene. Det vanligste er at aktivitetsnivået på fredager er noe lavere enn på andre ukedager (om lag 20 prosent lavere enn gjennomsnittet de andre ukedagene). Enkelte poliklinikker har imidlertid lik eller høyere aktivitet på fredager.

At aktiviteten generelt er lavere på fredager enn andre dager, kan ha ulike årsaker. I planleggingen kan dette være et bevisst valg for eksempel ved at en avdeling velger å gjennomføre veiledning og traumetrening på fredager. Et annet eksempel er at legene bruker fredager til annen ikke-pasientrelatert aktivitet. Ved en av poliklinikkene som inngår i dybdeundersøkelsen, mente lederen at enten måtte den polikliniske aktiviteten på de andre dagene reduseres, eller så måtte legeressurser omprioriteres fra andre oppgaver, som sengepost, for å kunne øke den polikliniske aktiviteten på fredager. En annen leder mente at generelt lavere aktivitet på fredager delvis gir uttrykk for en generell trend i samfunnet om at ansatte ønsker å ha fri hele eller deler av fredagen.

Det går også fram av figur 2 at det varierer gjennom året hvor mange konsultasjoner som gjennomføres på de ulike ukedagene. Analysen av registerdataene viser også at det er store forskjeller mellom poliklinikkene i hvor jevn aktiviteten er på samme ukedag gjennom året. Figur 3 viser to poliklinikker med likt gjennomsnittlig antall konsultasjoner per dag, men ulik grad av aktivitetsvariasjoner innenfor ukedagene.

Figur 3 Variasjoner i aktivitetsnivå innenfor samme ukedag gjennom året for to utvalgte poliklinikker (2017). Rød linje angir gjennomsnittlig aktivitetsnivå per dag.

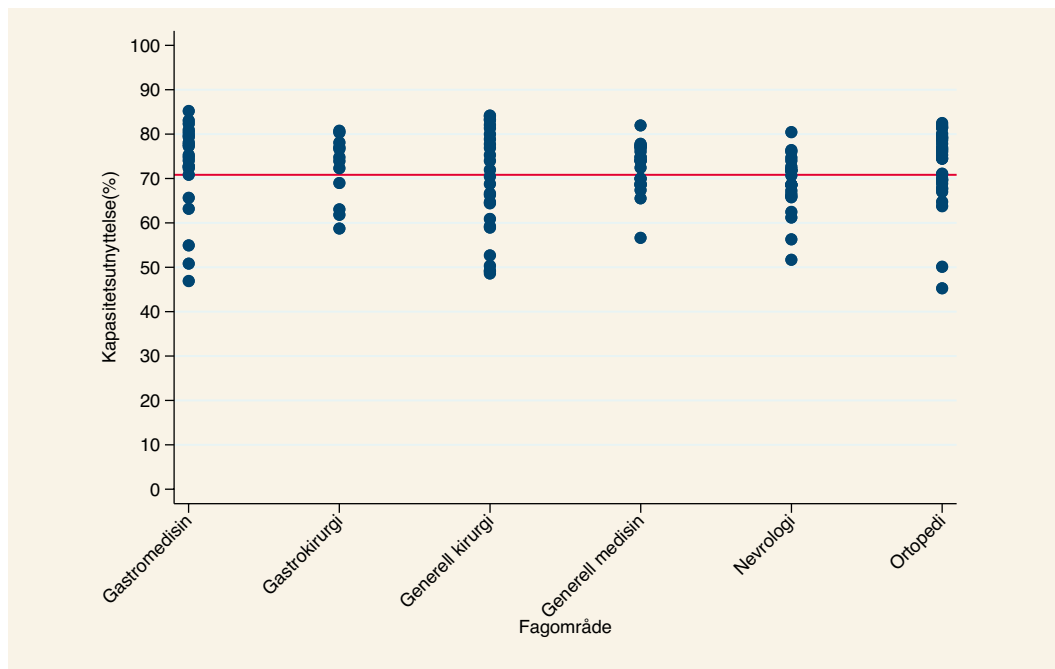


Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Det går fram av figur 3 at poliklinikken til venstre (poliklinikk A) har en noe jevnere aktivitet på samme ukedag gjennom året, enn poliklinikken til høyre (poliklinikk B). For alle ukedagene er forskjellen i antall konsultasjoner på samme ukedag mye større ved poliklinikk B enn ved poliklinikk A.

Ujevn aktivitet medfører lavere kapasitetsutnyttelse. Registerdataene viser at gjennomsnittlig kapasitetsutnyttelse⁶⁴ i 2017 varierte mellom 45 og 85 prosent.⁶⁵ Gjennomsnittlig kapasitetsutnyttelse er 71 prosent. Kapasitetsutnyttelsen for poliklinikk A og B i figuren over er henholdsvis 76 og 68 prosent.

Figur 4 Kapasitetsutnyttelse i 2017 ved de utvalgte typene poliklinikker



Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Det er relativt stor spredning i kapasitetsutnyttelsen innenfor de seks undersøkte typene poliklinikker, jf. figur 4.

Det kan være mange årsaker til variasjoner i kapasitetsutnyttelse, hvorav flere kan være de samme som årsakene til lavere aktivitet på fredager. I dybdeundersøkelsen ble det påpekt at enkelte leger kun er tilgjengelige på poliklinikken enkelte dager. Dersom tilstedeværelsen til enkelte leger som kan utføre spesielle konsultasjoner varierer mellom ukene, vil dette kunne påvirke kapasitetsutnyttelsen. Det ble også pekt på at poliklinikken noen dager er mer avhengig av samarbeid med andre enheter enn andre dager. Dersom muligheten til å gjennomføre konsultasjoner i samarbeid med andre enheter varierer fra uke til uke, vil det påvirke den samlede kapasitetsutnyttelsen. Det er også mangel på leger enkelte perioder, som gjør at flere leger må prioritere andre oppgaver enn poliklinikken.

Poliklinikker med høy kapasitetsutnyttelse har jevnere aktivitet på samme ukedag gjennom året. Stor variasjon i aktivitetsnivået vil kunne trekke kapasitetsutnyttelsen ned fordi det vil være flere dager og uker hvor aktivitetsnivået er mye lavere sammenlignet med ukene med høyest aktivitet.⁶⁶

Poliklinikker med god kapasitetsutnyttelse har også noe mindre avvik mellom aktivitetsnivået på fredager og de andre ukedagene, men denne sammenhengen er

64) Se kapittel 2.2 for hvordan kapasitetsutnyttelse er beregnet.

65) (n = 135)

66) Samtidig vil en poliklinikk med lav og jevn aktivitet score høyt på kapasitetsutnyttelse, uavhengig av om aktivitetsnivået er for lavt eller ikke.

ikke like sterk for alle fagområdene som sammenhengen mellom kapasitetsutnyttelse og variasjon i antall konsultasjoner på samme ukedag gjennom året.^{67, 68}

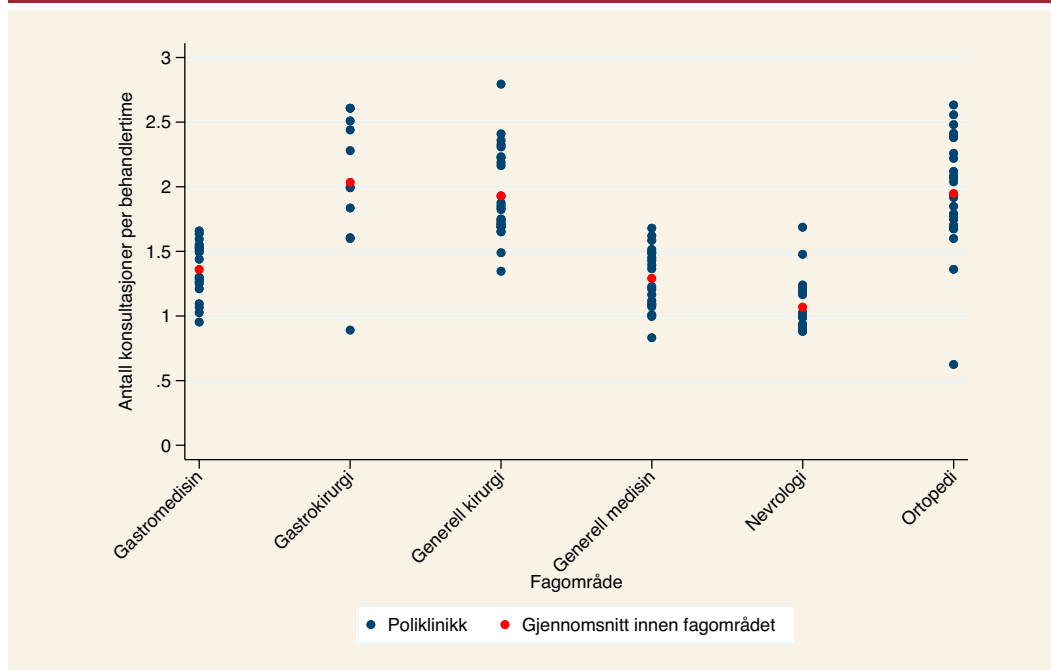
Kontroller utgjør ca. halvparten av konsultasjonene som gjennomføres. Disse konsultasjonene varer i snitt kortere enn behandlinger/utredninger. Én hypotese er at poliklinikker som har høy kapasitetsutnyttelse, gjennomfører flere kontroller – eventuelt flere kontroller per pasient. Analysene viser imidlertid at andelen kontroller ikke forklarer forskjeller i kapasitetsutnyttelse.

Undersøkelsen viser derimot at for alle fagområdene har poliklinikker med høyere kapasitetsutnyttelse en noe lavere andel konsultasjoner som avlyses fordi pasienten ikke møtte til planlagt time.⁶⁹ Andelen pasientkonsultasjoner som ble avlyst fordi pasient ikke møtte, varierte i 2017 mellom 1 og 6 prosent ved poliklinikkene. I 2017 var det ved de utvalgte poliklinikkene ca. 28 000 planlagte pasientkonsultasjoner som ikke ble gjennomført, fordi pasienten ikke møtte. Dette tilsvarer ca. 3 prosent av de planlagte konsultasjonene ved poliklinikkene.

5.2 Antall konsultasjoner per behandlerstime

Det er beregnet hvor mange konsultasjoner legene gjennomfører i løpet av de timene de er på poliklinikken.⁷⁰

Figur 5 Gjennomsnittlig daglig antall konsultasjoner per behandlerstime i 2017 ved poliklinikkene innen de utvalgte fagområdene



Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Det går fram av figur 5 at gjennomsnittlig antall konsultasjoner per behandlerstime varierer både mellom fagområdene og mellom poliklinikker innen samme fagområde. Antallet konsultasjoner det er mulig å gjennomføre for en lege i løpet av en time, vil

67) Sammenhengen er sterkest for poliklinikker innen fagområdene gastrokirurgi (–0,4) og nevrologi (–0,4).

68) Det er en viss sammenheng (0,296) mellom gjennomsnittlig ukentlig kapasitetsutnyttelse og det generelle volumet (antall konsultasjoner) på poliklinikken.

69) Sammenhengen mellom andel ikke møtt og kapasitetsutnyttelse varierer mellom fagområdene. Sammenhengen er sterk til middels sterk negativ innenfor fagområdene ortopedi (–0,54), gastrokirurgi (–0,32), gastromedisin (–0,45) og generell kirurgi (–0,38).

70) Slik beregnet gir dette gjennomsnittlig antall konsultasjoner per klokke per behandler per dag per poliklinikk. Se også kapittel 2.2.

varierte med hvor tidkrevende det er å gjennomføre konsultasjonen (konsultasjonstid), som igjen avhenger av pasientens sykdom eller tilstand. Dette kan også være en forklaring på variasjoner mellom poliklinikker innen samme fagområde, eksempelvis som en konsekvens av funksjonsfordeling mellom poliklinikker i helseforetaket eller mellom helseforetak.

Tabell 4 Antall konsultasjoner per behandlertime og konsultasjonstid for ulike typer konsultasjoner

	Nevrologi	Ortopedi	Gastro-kirurgi	Gastro-medisin
Antall konsultasjoner per behandlertime	1.1	2	2	1.5
Median konsultasjonstid (minutter) innen fagområdet				
Alle konsultasjoner	50	29	30	30
Behandling/utredning	60	30	30	45
Kontroller	45	20	30	30
Telefonkonsultasjoner*	15	15	15	30

* Aktivitet registrert som «indirekte pasientkontakt»

Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Det går fram av tabell 4 at konsultasjonstiden for behandlinger/utredninger innen de fleste fagområdene er lengre enn konsultasjonstiden for kontroller og telefon-konsultasjoner. Én hypotese er at poliklinikker med en høyere andel kontroller og/eller telefon-konsultasjoner, får gjennomført flere konsultasjoner per behandlertime. Analyser viser at dette stemmer for poliklinikker med en høy andel telefon-konsultasjoner.⁷¹

Selv om også kontroller tar kortere tid enn andre konsultasjoner, viser analysen at det ikke er noen entydig sammenheng mellom andelen kontroller og antallet konsultasjoner per behandlertime. Unntaket er innen ortopedi, hvor poliklinikker som har en høyere andel kontroller, gjennomfører flere konsultasjoner per behandlertime.⁷²

I dybdeundersøkelsene påpekte ledere, leger og merkantilt personell ved flere av poliklinikkene at det settes av mer tid til konsultasjoner av nyhenviste enn til kontroller, og at konsultasjonstiden også differensieres basert på andre kriterier. For eksempel kan både typen prosedyre, pasienten eller hvilken type lege som skal gjennomføre konsultasjonen (overlege eller LIS-lege), påvirke hvor mye tid som settes av. Det ble også gitt eksempler på at det i timeoppsettet ble tatt hensyn til enkeltlegers ønsker eller behov for kortere eller lengre konsultasjonstid enn «standard».

Basert på dette vil man forvente at det planlegges med ulike konsultasjonstider for samme konsultasjonstype avhengig av konsultasjonens art og kompleksitet. Analysen av registerdataene viser at det er forskjeller mellom poliklinikkene når det gjelder i hvilken grad de varierer konsultasjonstiden innenfor kontroller. Antallet konsultasjonstider som er i bruk, varierer fra én til åtte.⁷³

71) Det er en svak til middels sterk sammenheng mellom andelen telefonkonsultasjoner som gjennomføres ved poliklinikken, og antallet konsultasjoner per behandlertime innen alle fagområdene unntatt ortopedi.

72) Innenfor fagområdene varierer disse sammenhengene både i retning og styrke. Innenfor ortopedi er det for eksempel en sterk positiv sammenheng mellom andelen kontroller og antallet konsultasjoner per behandlertime, mens det innenfor gastrokirurgi er en svak negativ sammenheng.

73) Det er tatt utgangspunkt i de konsultasjonstidene som utgjør 95 prosent av konsultasjonene, etter avrundning til henholdsvis nærmeste fem minutter (Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord) og nærmeste ti minutter (Helse Midt-Norge).

Tabell 5 Antall konsultasjoner per behandlertime og antall ulike konsultasjonstider for kontroller

	1–2 konsultasjonstider	3–4 konsultasjonstider	5 eller flere konsultasjonstider
Gastromedisin	1,19 (n = 4)	1,44 (n = 11)	1,30 (n = 5)
Gastrokirurgi	1,67 (n = 4)	2,30 (n = 5)	1,90 (n = 2)
Nevrologi	1,07 (n = 4)	1,10 (n = 10)	1,02 (n = 7)
Ortopedi	1,82 (n = 10)	2,22 (n = 10)	1,76 (n = 8)

Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Analysen viser at poliklinikker som bruker tre til fire ulike konsultasjonstider for kontroller, i snitt gjennomfører flere konsultasjoner per behandlertime enn poliklinikker som bruker én til to eller flere enn fem konsultasjonstider, jf. tabell 5. Dette indikerer at å øke antallet ulike konsultasjonstider for hver konsultasjonstype inntil et visst punkt kan øke antallet konsultasjoner som gjennomføres per behandlertime.

Ved poliklinikker som har flere enn fire konsultasjonstider, kan det hende at valget av konsultasjonstid i større grad er tilfeldig eller personavhengig. Noe av denne forskjellen kan også skyldes variasjon i pasientsammensetningen. Undersøkelsen indikerer samtidig at hvor mange ulike konsultasjonstider som brukes for kontroller, også kan være et uttrykk for kvaliteten i planleggingen ved poliklinikken, jf. kapittel 6.1.2.

5.3 Mulighet for økt aktivitet

Spørreundersøkelsen viser at et flertall av poliklinikkene i 2017 hadde et mål om å øke den polikliniske aktiviteten,⁷⁴ og at ledere mente de største hindrene for dette framover var tilgangen på leger innen fagområdet og antallet tilgjengelige konsultasjonsrom.⁷⁵

Undersøkelsen viser at det ikke nødvendigvis er slik at legene ved poliklinikker med høy kapasitetsutnyttelse også gjennomfører flere konsultasjoner i løpet av tiden de er tilgjengelige på poliklinikken. Flere av poliklinikkene med høy kapasitetsutnyttelse har et lavt antall konsultasjoner per behandlertime, jf. tabell 6.

Tabell 6 Antall poliklinikker kategorisert med lav, middels eller høy kapasitetsutnyttelse i kombinasjon med lavt, middels eller høyt antall konsultasjoner per behandlertime

		Kapasitetsutnyttelse		
		Lav (< 65 %)	Middels (65–74 %)	Høy (> 74 %)
Antall konsultasjoner per time	Lavt*	15	19	16
	Middels*	6	21	17
	Høyt*	7	14	16

* Antall konsultasjoner per behandlertime er delt inn i tre grupper basert på poliklinikkens avstand fra gjennomsnittet innen type poliklinikk (hvh. nevrologisk, gastromedisinsk, gastrokirurgisk, ortopedisk, generell medisinsk og generell kirurgisk). Middels antall innebærer inntil et halvt standardavvik fra gjennomsnittet, mens høyt og lavt antall innebærer hhv. et halvt standardavvik eller mer over og et halvt standardavvik eller mindre under gjennomsnittet.

Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

74) To av tre av legenes nærmeste ledere svarte at de hadde et mål om å øke den polikliniske aktiviteten i 2017.

75) Lederne ble bedt om å oppgi hvilke faktorer de mente var de største hindringene for å kunne øke antallet polikliniske konsultasjoner i 2018. Lederne hadde mulighet til å oppgi flere faktorer. De fleste lederne (82 %) mente at tilgangen på leger innen fagområdet var et av de største hindrene. Videre mente hhv. 62 og 24 % av lederne at antallet tilgjengelige rom og tilgangen på sykepleiere var blant de største hindrene.

Tabell 6 viser hvordan poliklinikkene fordeler seg på kombinasjonen av indikatoren kapasitetsutnyttelse (horisontalt) og en tredeling av antall konsultasjoner legene gjennomfører per time når de er tilgjengelige på poliklinikken (vertikalt). Kun 16 poliklinikker (12 prosent) har både høy kapasitetsutnyttelse og gjennomfører et høyt antall konsultasjoner per time legene er tilgjengelige på poliklinikken. Blant poliklinikkene med lav kapasitetsutnyttelse gjennomfører mer enn halvparten også et lavt antall konsultasjoner per behandlertime. Dette indikerer at mange poliklinikker kan øke aktiviteten gjennom å bedre kapasitetsutnyttelsen ved å øke tilstedeværelsen til legene og/eller gjennom å øke antallet konsultasjoner legene gjennomfører den tiden de er tilgjengelige på poliklinikken.

Revisjonen har gjort en beregning som viser at det ved de fleste poliklinikkene er mulig å øke aktiviteten. Dersom aktiviteten i alle ukene der aktivitetsnivået ved poliklinikken er under gjennomsnittet, hadde blitt hevet til gjennomsnittet, ville aktiviteten økt med mer enn 10 prosent ved 38 av 141 poliklinikker. 137 av de 141 poliklinikkene ville kunnet øke aktiviteten med mer enn 5 prosent. Om en slik aktivitetsøkning er mulig, må vurderes ut fra lokale forhold og hvordan den polikliniske aktiviteten påvirker driften i resten av sykehuset.⁷⁶

Jevn aktivitet ved poliklinikken og differensierte konsultasjonstider i planleggingen, både på tvers av konsultasjonstype (utredning/behandling og kontroll) og på tvers av prosedyre/pasienttype, vil gjøre det mulig å ta imot flere pasienter og dermed øke aktiviteten på poliklinikken. Å begynne den første polikliniske konsultasjonen tidligere og/eller avslutte den siste senere kan være en annen måte å øke aktiviteten på, forutsatt at det finnes tilgjengelige legeressurser.

Spørreundersøkelsen viser at det er få poliklinikker som har utvidet den generelle åpningstiden i løpet av de siste tre årene, men at det er relativt mange som har innført kveldspoliklinikk enkelte dager. Analysene som er gjort, inkluderer ikke aktivitet etter klokken 16. I dybdeundersøkelsen vises det til flere eksempler på at kveldspoliklinikk kan være et viktig tiltak for å holde tritt med pasientbehandlingen i perioder der ventelistene vokser. Kveldspoliklinikk kan være et nødvendig tiltak både i tilfeller der rommangel er en begrensning, og der det mangler leger på dagtid. Samtidig vil bemanningen av kveldspoliklinikker påføre helseforetakene ekstra utgifter.

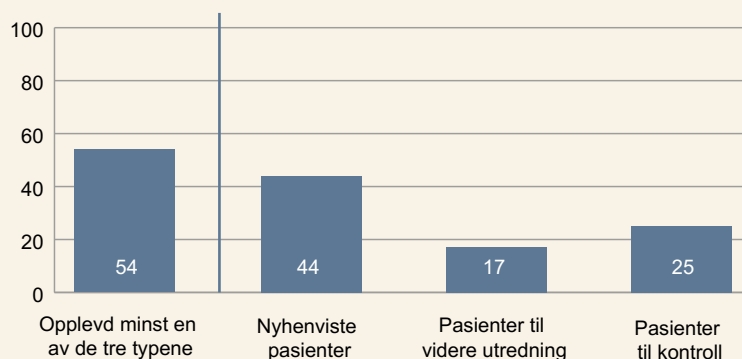
5.4 Prioritering og vurdering av pasienters behov for konsultasjon

Det er stor variasjon i kommunenes og fastlegenes henvisningsrater, som ikke lar seg forklare fullt ut av kommunenes størrelse og beliggenhet, andelen eldre eller om fastlegen er spesialist i allmennmedisin. Dette kan indikere at det i mange tilfeller er andre forhold enn sykелighet som påvirker hvorvidt en pasient blir henvist til spesialisthelsetjenesten.

76) I brev av 21. juni 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen påpekes det at en poliklinikk kan være effektiv, men at det kan føre til flaskehalser andre avdelinger som gjør at den totale effektiviteten lider.

Figur 6 Pasienter uten behov

Tenk på siste arbeidsuke på poliklinikken. Opplevde du da at pasienter du hadde til konsultasjon, ikke syntes å ha behov for utredning, behandling eller kontroll i spesialisthelsetjenesten?
Andel ja (%) Base: alle leger (n = 718)



Kilde: Spørreundersøkelse til leger

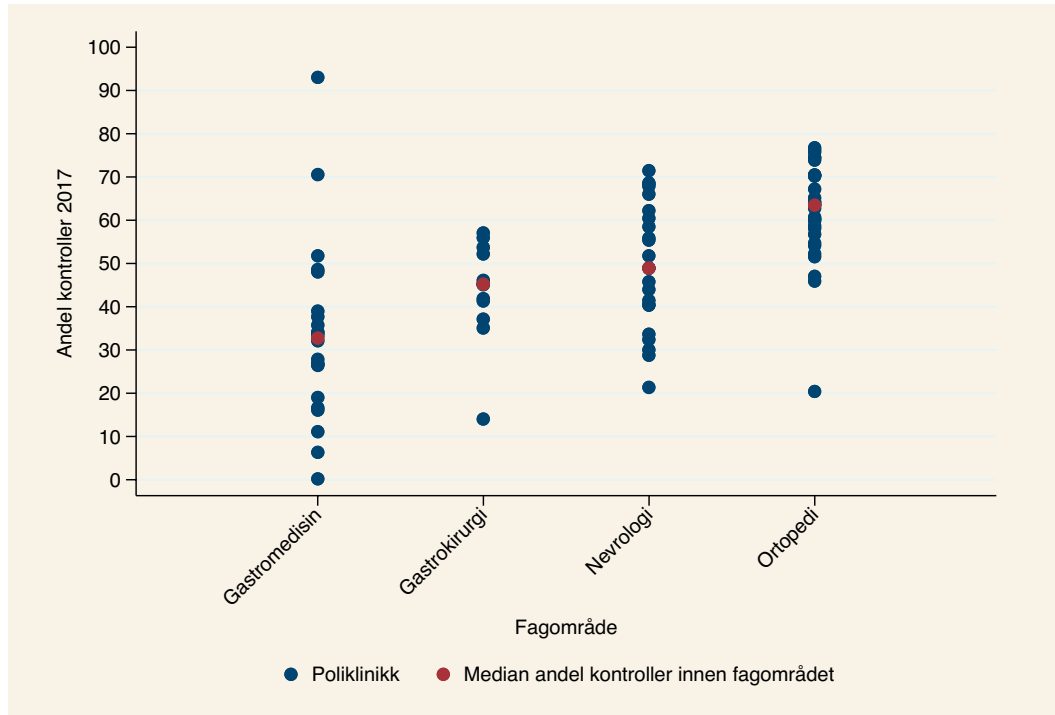
Figur 6 viser at mange leger opplever å ha pasienter til konsultasjon som de mener ikke har behov for spesialisthelsetjenester. Dette indikerer at en del av aktiviteten ved poliklinikker kan erstattes med pasienter med større behov.

Et flertall av legene jobber bare én eller to dager i uken på poliklinikken. Likevel opplevde mer enn halvparten av legene sist arbeidsuke å ha pasienter til konsultasjon som de mente ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. Innen alle de fire fagområdene er det flest leger som opplever dette i poliklinikker med lav kapasitetsutnyttelse.

Det er vanligere at legene opplever at nyhenviste pasienter ikke har behov (44 prosent), enn pasienter som er til videre utredning eller kontroll. Spesielt var det mange LIS- leger (57 prosent) som opplevde å ha en konsultasjon med nyhenviste pasienter de mente at ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. Én grunn kan være at pasientene sorteres i forbindelse med vurderingen av henvisningene, slik at pasientene blir tildelt time hos overlege i de tilfellene der tilstandens alvorlighetsgrad krever spesialistkompetanse. Samtidig opplevde også mange av overlegene (38 prosent) den siste arbeidsuken å ha en konsultasjon med en nyhenvist pasient som de mente ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester.

Om lag halvparten av konsultasjonene på poliklinikkene er kontroller. Det går fram av figur 6 at hver fjerde lege den siste arbeidsuken opplevde å ha kontrollpasienter som de mente ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. I poliklinikker med kapasitetsutfordringer vil omfanget av kontroller påvirke ventetiden til spesialisthelsetjenester for nyhenviste pasienter.

Figur 7 Andel kontroller av samlet antall konsultasjoner i 2017 ved poliklinikkene innen de utvalgte fagområdene



Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Figur 7 viser at andelen kontroller av samlet antall konsultasjoner varierer mellom poliklinikkene. Hver prikk i figuren representerer en poliklinikk. Andelen kontroller varierer også mellom fagområdene. Samtidig er det stor variasjon innad i fagområdene. Noen av forskjellene skyldes at poliklinikkene konsulerer ulike pasientgrupper innen fagområdet, som følge av organisering innad i sykehusene eller funksjonsfordeling mellom helseforetakene.

Ett av målene med samhandlingsreformen er at behandling skal skje på laveste effektive omsorgsnivå. Dette innebærer blant annet at fastleger eller annet helsepersonell i primærhelsetjenesten kan utføre kontroller som ikke krever legespesialistkompetanse. Spørreundersøkelsen viser at mange sykehus har overført kontroller til primærhelsetjenesten i løpet av de siste tre årene. I dybdeundersøkelsen kommer det imidlertid fram at kapasiteten i primærhelsetjenesten, og kommunenes vilje til å overta kontroller fra spesialisthelsetjenesten, kan være en utfordring for å lykkes med dette.

De regionale helseforetakene har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet opprettet en nasjonal arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM). Det framgår av rapporten fra arbeidsgruppen til Helse- og omsorgsdepartementet at det er gjort analyser av antall kontroller i forhold til antall innbyggere i opptaksområdet.⁷⁷ Analysene viser store variasjoner i andelen kontroller per 1000 innbyggere. En analyse utført av Helse Nord viser at forskjellene blant annet skyldes ulike registreringsrutiner og manglende definisjoner på hvilke typer konsultasjoner som registreres som behandling, og hvilke konsultasjoner som registreres som kontroll. Det ble imidlertid også avdekket ulik praksis i oppfølgingen av pasienter innen samme fagområde. Videre viser rapporten at Helse Sør-Øst har belyst omfanget av kontroller i forbindelse

77) Oversendt oktober 2017 i forbindelse med de fire RHF-enes arbeid med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet, jf. oppdragsdokumentet for 2017.

med arbeidet med å redusere ventetidene innen utvalgte fagområder.⁷⁸ På bakgrunn av dette arbeidet skal det utarbeides faglige anbefalinger for poliklinisk oppfølging / polikliniske kontroller av pasienter innenfor de største pasientgruppene i fagene for å redusere uønsket variasjon i både forbruk og kontroller.⁷⁹

Resultatene i denne undersøkelsen viser at man for å utnytte legeressursene best mulig, både må legge til rette for høy aktivitet og sørge for at det er de rette pasientene som behandles. Dette er også AIM opptatt av. I rapporten fra 2017 skilles det mellom indre og ytre effektivitet. Indre effektivitet handler om forholdet mellom ressursbruk og måloppnåelse. Fra virksomhetens perspektiv vil det «å gjøre tingene riktig» innebære at arbeidsprosessene utføres med et optimalt forhold mellom ressursbruk og produksjon. Ytre effektivitet handler på den annen side om å gjøre de «riktige tingene». For å oppnå målene i helsetjenesten, må effektiviseringsarbeidet ha perspektiv ut over å kunne si at en arbeider raskere og utnytter ressurser / kapasitet effektivt. Indikatorer og tiltak må også bidra til at vi oppnår positive effekter for pasienter og samfunn. For eksempel må helsetjenesten sørge for at man behandler de riktige pasientene (ytre effektivitet).

6 Styring av aktivitet og ressurser

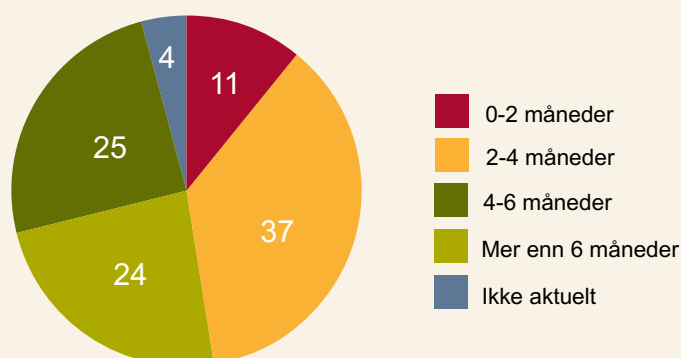
6.1 Planlegging av poliklinisk aktivitet

6.1.1 Planleggingshorisont

I spørreundersøkelsen svarer to av tre av de nærmeste lederne til legene at pasienter kan få tildelt time fem–seks måneder eller lenger fram i tid. Det er imidlertid mindre vanlig at de kan få tildelt time med navngitt lege så langt fram i tid. Den viktigste årsaken til dette er ifølge lederne manglende oversikt over legeressursene.⁸⁰

Figur 8 Timetildeling med navngitt lege

Hvor langt fram i tid kan det bookes timeavtaler på poliklinikken?
Forutsett at pasienten har behov for time så langt fram i tid, f.eks.
en pasient som skal til kontroll. Timeavtale med navn på legen (%)
Base: nærmeste leder (n = 102)



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere

78) Nevrologi, ortopedi, plastikkirurgi og øyesykdommer.

79) For eksempel dreier dette seg innen nevrologi om parkinson, multipel sklerose, epilepsi, hodepine, hjernesvulst og amyotrofisk lateralsklerose.

80) Spørsmålet er stilt til ledere som oppgir at planleggingshorisonten for timetildeling er kortere enn 5-6 måneder.

Figur 8 viser at i underkant av halvparten av legenes nærmeste ledere svarer at det ikke kan tildeles timeavtaler med navngitt lege mer enn null til fire måneder fram i tid.^{81, 82}

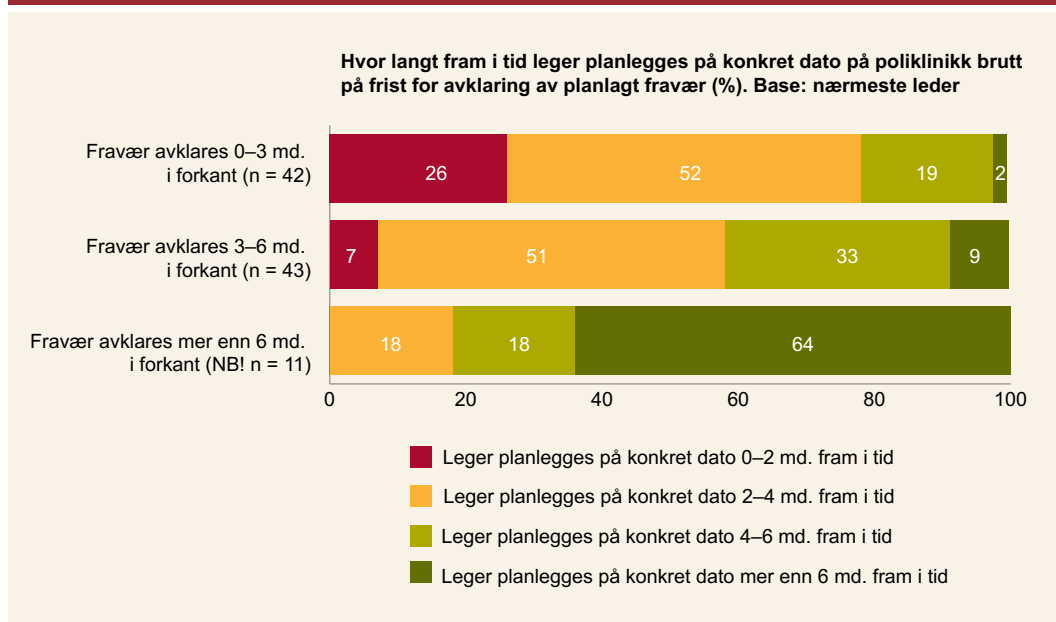
Ved de fleste poliklinikkene i dybdeundersøkelsen er det slik at det merkantile personellet ikke tildeler time før de kan knytte timen til en konkret lege. De kan derfor ikke tildele time lenger fram i tid enn det merkantile personellet har oversikt over når legene er på poliklinikken.

Spørreundersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom lederne med hensyn til hvor langt fram i tid de planlegger når legene skal jobbe på poliklinikken. Om lag hver tredje nærmeste leder oppgir at de gjør dette mer enn fire måneder fram i tid, mens halvparten oppgir to–fire måneder fram i tid. 14 prosent har enda kortere planleggingshorisont.

Dybdeundersøkelsen gir to eksempler på hvordan planleggingshorisonten for når legene skal jobbe på poliklinikken, påvirker muligheten til å tildele timer. Poliklinikken med lengst planleggingshorisont kunne februar 2018 tildele timer ut året, mens ved poliklinikken med kortest planleggingshorisont kunne ikke det merkantile personalet tildele timer lenger fram i tid enn halvannen måned. Dette skyldtes at legenes planlagte fravær i forbindelse med kurs, permisjoner og ferier og så videre ennå ikke var avklart, slik at det merkantile personalet ikke hadde oppdatert fraværsinformasjon tilgjengelig.

Spørreundersøkelsen viser at bare 53 prosent av lederne oppgir at legens framtidige planlagte fravær skal avklares med nærmeste leder minst tre måneder i forkant. Videre viser spørreundersøkelsen at hvor lang tid i forkant det framtidige planlagte fraværet skal avklares med leder, påvirker lengden på planleggingshorisonten.

Figur 9 Sammenheng planleggingshorisont bemanning av leger på poliklinikk og frist for avklaring av planlagt fravær



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere.

81) De som svarer ikke aktuelt knytter ikke pasientenes tildelte timer til en navngitt lege.

82) Også de merkantilt ansatte ble stilt samme spørsmål. Deres svar indikerer at den reelle planleggingshorisonten ved enkelte poliklinikker kan være kortere enn det lederne svarer. Hver tredje merkantilt ansatte svarer at det ikke kan tildeles timer mer enn to måneder fram i tid.

I gruppen med poliklinikker med kort frist for avklaring av planlagt fravær (0–3 måneder) er det flere poliklinikker som også har kort planleggingshorisont for når legene skal arbeide på poliklinikken (0–2 måneder), jf. figur 9.⁸³ Figuren viser at i gruppen med poliklinikker med lang frist for avklaring av planlagt fravær (mer enn 6 måneder) er det flere poliklinikker som også har lang planleggingshorisont for når legene skal arbeide på poliklinikken (mer enn 6 måneder).

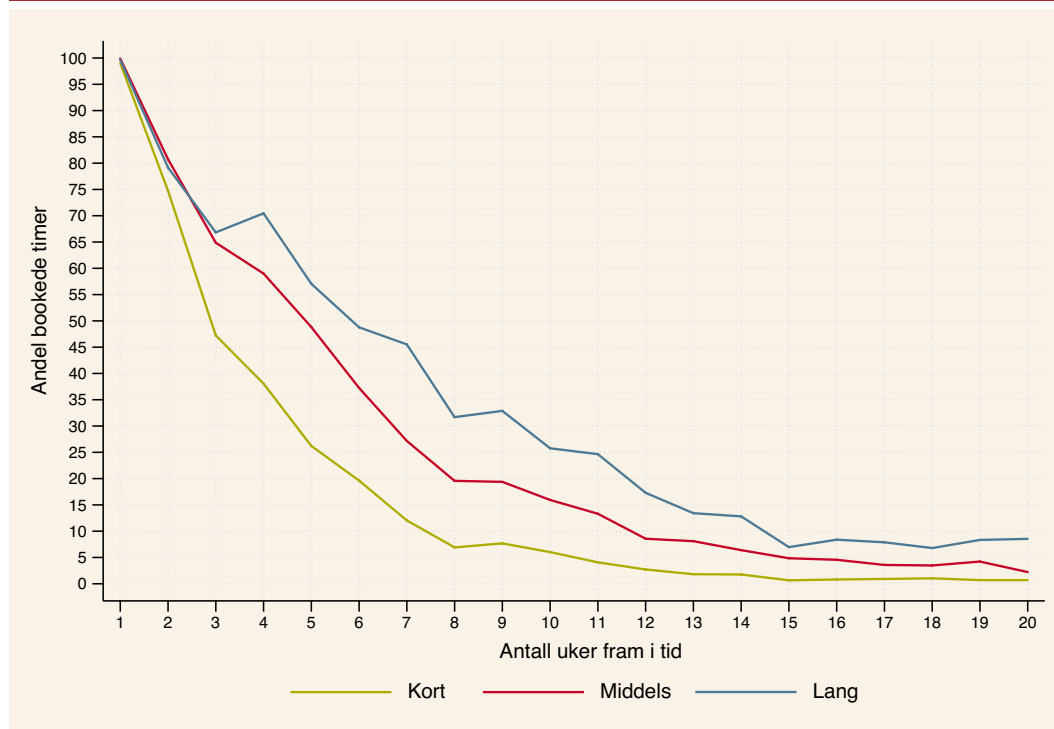
6.1.2 Konsekvenser av kort planleggingshorisont og hindre for lengre planleggingshorisont

Registerdata viser at poliklinikker som både har lang eller middels planleggingshorisont og samtidig planlegger med tre–fire konsultasjonstider for kontroller (jf. kapittel 5.2), har et noe høyere antall konsultasjoner per behandlertime enn poliklinikker med kort planleggingshorisont og færre/flere konsultasjonstider.

Videre viser registerdata at det er en sammenheng mellom planleggingshorisont og kapasitetsutnyttelse. Ved alle spesialiserte poliklinikker er kapasitetsutnyttelsen høyere ved dem med lang planleggingshorisont enn dem med kort planleggingshorisont. Samlet sett er kapasitetsutnyttelsen ved spesialiserte poliklinikker 73 prosent der planleggingshorisonten er lang, mens den er 68 prosent der planleggingshorisonten er kort.

Revisjonen har gjort beregninger på bakgrunn av registerdataene for å belyse planleggingshorisonten i de utvalgte poliklinikkene, jf. figur 10.

Figur 10 Gjennomsnittlig andel konsultasjoner planlagt per uke framover i tid sammenlignet med det som var planlagt én uke fram i tid (kapasitet) for poliklinikker med hhv. kort, middels og lang planleggingshorisont



Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Figuren viser at poliklinikker med lang planleggingshorisont har tildelt flere timer av kapasiteten lenger fram i tid enn poliklinikker med kort planleggingshorisont. For

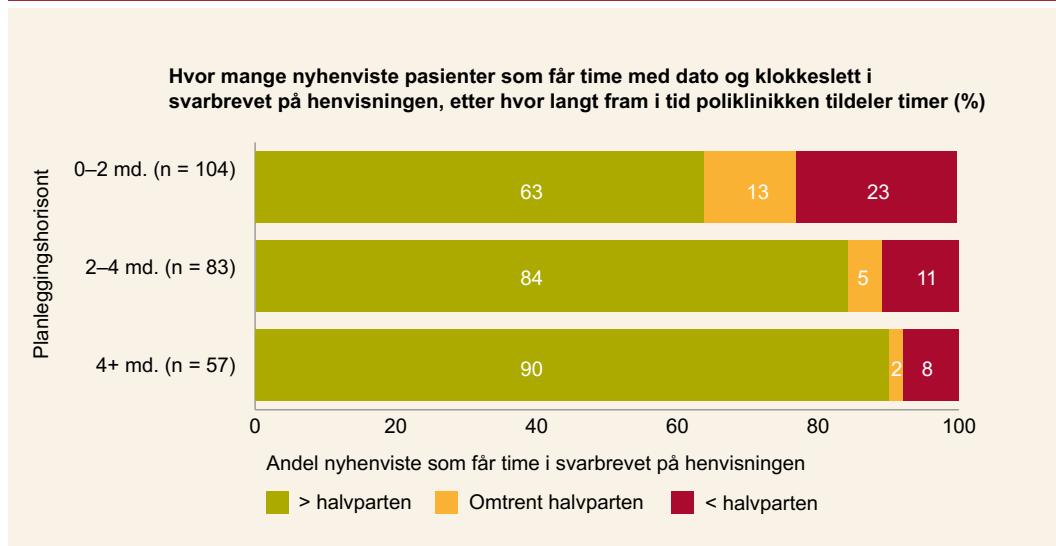
83) Spørsmålet om planleggingshorisont for bemanning på poliklinikken lød: «Hvor langt fram i tid planlegges det med hvilke leger som skal jobbe på poliklinikken konkrete datoer? Svar det alternativet som passer best.»

eksempel har poliklinikker med lang planleggingshorisont tildelt 35 prosent av kapasiteten ni uker fram i tid, mens poliklinikker med kort planleggingshorisont har tildelt under 10 prosent av kapasiteten i samme uke. Samtidig viser figuren at de fleste poliklinikker har tildelt få timer av kapasiteten lenger enn 15 uker fram i tid.

I tilfellene der pasienter ikke får tildelt time med konkret dato og klokkeslett, får pasienten angitt et tidspunkt for når de kan forvente å få time (såkalt «tentativ dato», ofte angitt med uke/måned). Uansett om timen er konkret eller tentativ, skal den tildeles ut fra medisinske vurderinger. Når pasienten får time med dato og klokkeslett, gir det pasienten trygghet for at utredninger og kontroller skjer til planlagt tid. Det skaper også forutsigbarhet for legene og for lederne som har ansvar for driften. Det er blant annet viktig i arbeidet med å allokere rett kompetanse og tiltak til rett tid.

Undersøkelsen viser at planleggingshorisonten til poliklinikkene påvirker i hvilken grad nyhenviste pasienter får informasjon om timeavtale med konkret dato og klokkeslett i svarbrevet på henvisningen, jf. figur 11.

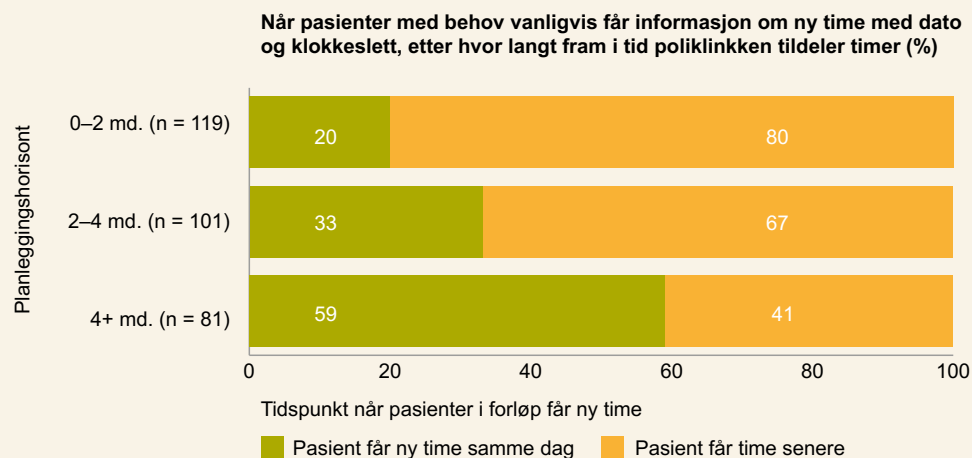
Figur 11 Andel av det merkantile personellet som svarer at flere enn halvparten av pasientene får informasjon om timeavtale allerede i svarbrevet avhengig av planleggingshorisonten til poliklinikken



Kilde: Spørreundersøkelse til merkantilt personale.

Merkantilt ansatte som tildeler timer ved poliklinikker som har innført lang planleggingshorisont, gir i større grad nyhenviste pasienter time i svarbrevet. Ni av ti merkantilt ansatte som arbeider ved poliklinikkene med lengst planleggingshorisont, oppga i spørreundersøkelsen at mer enn halvparten av pasientene får time allerede i svarbrevet, mens bare to av tre merkantilt ansatte ved poliklinikkene med kortest planleggingshorisont oppga det samme. Dette fører til at mange pasienter ved poliklinikkene med kortest planleggingshorisont får informasjon om timeavtalen relativt kort tid i forveien.

Figur 12 Andel av det merkantile personalet som svarer at pasienter får informasjon om ny timeavtale allerede på konsultasjonsdag avhengig av planleggingshorisonten til poliklinikken

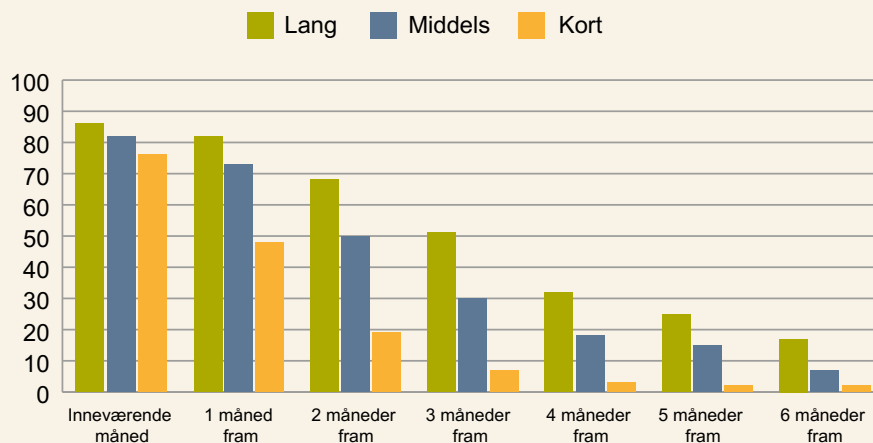


Kilde: Spørreundersøkelse til merkantilt personale

Figur 12 viser at tilsvarende sammenheng gjelder for pasienter som skal tilbake til poliklinikken. Merkantilt ansatte som jobber ved poliklinikker som har innført lang planleggingshorisont, gir i større grad pasienter i behandlingsforløp informasjon om ny time med konkret dato og klokkeslett allerede samme dag som de er på sykehuset.

Tre av fem merkantilt ansatte (59 prosent) som tildeler timer ved poliklinikkene med lengst planleggingshorisont, oppga at de fleste pasientene som var i et behandlingsforløp, fikk ny time allerede samme dag, mens bare én av fem merkantilt ansatte ved poliklinikkene med kortest planleggingshorisont oppga det samme. Ved poliklinikkene med kortest planleggingshorisont svarte mer enn halvparten av de merkantilt ansatte at pasienten fikk informasjon om ny time først mer enn én uke etter konsultasjonsdagen.

Figur 13 Andel av totalt antall planlagte konsultasjoner som er tildelt time med dato og klokkeslett framover i tid



Kilde: Registerdata fra helseforetakenes pasientadministrative systemer (2017)

Registerdataene viser at poliklinikker med lang planleggingshorisont i større grad enn poliklinikker med kortere planleggingshorisont tildeler timeavtaler med dato og klokkeslett framover i tid, jf. figur 13.

Stolpene i figuren viser andelen av totalt antall planlagte pasientkontakter som har fått tildelt konkrete timer, mens differansen mellom stolpene og 100 prosent består av pasienter som kun har fått tildelt tentativ dato. Poliklinikker med lang planleggingshorisont (grønn stolpe) har tildelt en gjennomgående høyere andel av de planlagte pasientkontaktene time med dato og klokkeslett framover i tid enn poliklinikker med kort eller middels planleggingshorisont (gul og blå stolpe). Blant pasienter som skal til konsultasjon en måned fram i tid ved poliklinikker med lang planleggingshorisont, har i overkant av 80 prosent fått tildelt konkret time, mens det tilsvarende er under halvparten ved poliklinikker med kort planleggingshorisont. Poliklinikker med kort planleggingshorisont gir veldig få pasienter time med dato og klokkeslett tre måneder fram i tid.

Registerdataene viser at poliklinikkene har pasienter i såkalt etterslep, det vil si pasienter som ikke har fått gjennomført konsultasjon innen tentativ dato. Å ha mange pasienter i etterslep innebærer at ved starten av måneden må mye av kapasiteten på poliklinikken neste måned brukes til å gi disse pasientene timeavtale, hvis disse pasientene ikke skal være i etterslep også neste måned. I tillegg vil poliklinikken ved starten av måneden ha mange pasienter som har siste frist for utredning eller kontroll den måneden. For å unngå fristbrudd for nyhenviste pasienter gir både merkantilt personell og ledere i dybdeundersøkelsen uttrykk for at nyhenviste pasienter prioriteres før pasienter som allerede er i et behandlingsforløp. I poliklinikker med relativt mange pasienter i etterslep er det derfor allerede ved starten av måneden stor risiko for at poliklinikken også vil ha mange pasienter i etterslep ved slutten av måneden. Registerdata viser også at 70 prosent av pasientene som har havnet i etterslep, er mer enn én måned forsinket, noe som tyder på at mange poliklinikker ikke klarer å komme à jour.

Registerdataene viser videre at det er en sammenheng mellom lengden på planleggingshorisonten og andelen pasienter i etterslep. Ved poliklinikker med kort planleggingshorisont tilsvarer antallet pasienter i etterslep 25 prosent av det forventede antallet konsultasjoner neste måned, mens tilsvarende andel ved poliklinikker med lang planleggingshorisont er 7 prosent.⁸⁴

I brev av 21. juni 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen pekes det på at andelen kontakter med passert planlagt tid utgjør om lag 10 prosent av alle pasientkontakter ved hvert tertial det siste året.

Dybdeundersøkelsen viser at utstrakt bruk av tentativ dato fører til at både det merkantile personalet og ledelsen må bruke mye tid på å sikre pasientene et forsvarlig tilbud. Dette forsterkes i perioder der poliklinikken ikke klarer å innfri denne fristen for mange pasienter. Det merkantile personalet og ledelsen må da bruke mye tid på å skille mellom hvilke pasienter som må få tilbud med en gang, og hvilke pasienter det er medisinsk forsvarlig å vente med å gi konkret time. I brev av 21. juni 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen pekes det på at her kan press på å unngå fristbrudd utfordre den faglige prioriteringen slik at pasienter som står nær et fristbrudd prioriteres foran pasienter i et behandlingsforløp med større medisinske behov.

84) Målet på forventet antall konsultasjoner neste måned er basert på gjennomsnittlig aktivitet ved poliklinikken i 2017. Prosenttallene er angitt i medianverdien til forholdstallet mellom antall pasienter i etterslep ved månedsslutt og forventet månedlig aktivitet ved poliklinikkene i de to gruppene.

En av poliklinikkene i dybdeundersøkelsen opplevde for noen år tilbake voksende ventelister, høyt antall langtidsventende og stadig flere kontrollpasienter i etterslep. Bakgrunnen var at de hadde fått utvidet opptaksområde og derfor større pågang på innlagte pasienter. Dette førte til behov for å overføre mange pasienter fra døgn- til dagbehandling. De hadde derfor erkjent at de måtte gjøre noe med driften av poliklinikken. Det ble brukt mye tid på å skape engasjement hos alle involverte yrkesgrupper i valg av tiltak, jf. faktaboks 1. Prosessen førte til at ventetiden ble redusert fra mer enn 100 dager i 2014 til under 50 dager i 2016.

Faktaboks 1 Gjennomførte tiltak ved nevrologisk poliklinikk Drammen

- 1 LIS-poliklinikk – sette opp egne kontrollertimer (læring, fordypning)
- 2 kontrolltimer på vakt, hver lege rydder sin liste
- 3 telefonid med konsultasjoner og tilbakemeldinger
- 4 samordne/samorganisere dagpost, poliklinikk, EEG og kontortjeneste
- 5 mye ressurser og styring over egen kontortjeneste
- 6 flere oppgaver til spesialsykepleiere på dagpost/poliklinikk
- 7 endre vurderingspraksis, to overleger vurderer henvisningen
- 8 forutsigbarhet i legenes arbeidsplaner
- 9 god driftsoppfølging

Med høy bruk av tentativ timetildeling øker de administrative kostnadene. Dette innebærer unødvendig merarbeid for det merkantile personalet som kunne vært brukt på andre oppgaver, som for eksempel tid til bedre planlegging. Flere respondenter i dybdeundersøkelsen påpekte at høy bruk av tentativ timetildeling fører til flere henvendelser fra pasientene. Det dreier seg både om flere pasienter som purrer på time, og pasienter som ønsker å endre timen de har fått tildelt. Det gjelder spesielt hvis informasjonen om timeavtale kommer kort tid før timeavtalen. Det må også sendes ut flere brev når pasienter ikke får time ved første anledning. I en spørreundersøkelse gjennomført av Helse Sør-Øst svarte flertallet av det merkantile personalet at det tar ca. tre–fem minutter å lage, skrive ut, pakke og poste et brev til en pasient.⁸⁵

Flere av poliklinikkene i dybdeundersøkelsen med kort planleggingshorisont hadde som mål å ha lengre planleggingshorisont. Samtidig mente flere respondenter fra disse poliklinikkene at en lengre planleggingshorisont enn fire–fem måneder ville føre til for mange endringer i det planlagte programmet. Samtidig uttrykker både merkantilt ansatte og ledere ved poliklinikkene med lengst planleggingshorisont at lengre planleggingshorisont tvert imot fører til færre avbestillinger og endringer i programmet. De begrunner dette med at lengre planleggingshorisont gir forutsigbarhet for både legene, pasientene, det merkantile personalet og ledelsen.

I prinsippet er arbeidsplanene til legene rullerende, men planene er ikke alltid gjort tilgjengelig for det merkantile personalet. En viktig grunn til dette er ifølge dybdeundersøkelsen at det kan komme endringer på grunn av tilgang på leger, permisjoner og annet fravær. Det kan være vanskelig for lederne å vite hvor mange og hvilke leger de har tilgjengelig mange måneder fram i tid. Dette gjelder særlig hvor mange LIS-leger de disponerer. Mens overlegene jobber på poliklinikkene over lengre tid, ruller LIS-legene mellom fagområder, avdelinger og sykehus som et ledd i utdanningsforløpet.

Selv om overlegene er fast tilknyttet enheten og det dermed er mer forutsigbart når de vil være der i framtiden, er det få poliklinikker som har ulik planleggingshorisont for

85) Spørreundersøkelse vedrørende registreringspraksis av timeavtaler i DIPS og bruk av MinJournal i 2017 i prosjektet Digitale innbyggertjenester i Helse Sør-Øst.

overlegene og LIS- legene. Dette skyldes delvis at tilgangen på overleger på poliklinikken også avhenger av det totale antallet LIS-leger som er tilgjengelige for avdelingen legene arbeider ved. Et eksempel fra dybdeundersøkelsen er at overlegene som ellers kunne hatt konsultasjoner på poliklinikken, må prioritere sengeposten hvis fagområdet får tilgang på færre LIS-leger.

Et annet hinder for å ikke ha lengre planleggingshorisont som trekkes fram i dybdeundersøkelsen, er relatert til kursing av LIS-leger. De skal delta på en rekke obligatoriske kurs som er viktige deler av spesialiseringen. Dybdeundersøkelsen viser at det ofte er usikkert når de kommer med på disse kursene. Derfor søker de ofte på flere kurs samtidig. Ofte får noen plass på kurs senere enn ved første opptak på grunn av at andre kursdeltakere har meldt forfall. Flere ledere ga uttrykk for at måten dette gjøres på forstyrrer planleggingen av driften i sykehusene. Både fordi det flere steder ikke tildeles timer på tidspunkt når LIS-legene har søkt på kurs, og fordi planleggingen må endres når en LIS-lege får plass på et kurs etter å ha stått på venteliste. Flere ledere mener kursarrangøren burde endre prosessen for på- og avmelding til disse kursene, og at dette kunne bidra til større forutsigbarhet i planleggingen av aktiviteten i sykehusene.

Helse- og omsorgsdepartementet svarer i sitt brev av 21. juni 2018 til Riksrevisjonen at det er mulig å unngå at kurs for LIS-leger hindrer god planlegging. Det vises til at man ikke trenger å planlegge polikliniske konsultasjoner for LIS-legene de dagene de har søkt om kurs. Dersom de ikke får plass på kurs, kan aktuelle dager frigjøres til poliklinikk.

6.1.3 Planlegging av oppsett av timeavtaler

Dybdeundersøkelsen viser noen eksempler på at timene settes opp i en bestemt rekkefølge, eller at like pasienter samles på bestemte dager. Ett eksempel er i tilfellene der kun enkelte leger kan utføre spesielle utredninger. I andre tilfeller kan rekkefølgen av konsultasjonene planlegges etter ønske fra leger som ønsker variasjon i arbeidsdagen. Et tredje eksempel kan være at poliklinikken enkelte dager er avhengig av tjenester/personell fra andre enheter.

Dybdeundersøkelsen viser likevel at timene ofte settes opp på tilfeldige dager, og i tilfeldig rekkefølge, og det er vanlig at det merkantile personalet fyller opp ledige timer fortløpende så snart de får oversikt over legelistene. Innføring av emnepoliklinikken på nevrologisk avdeling ved sykehuset i Molde er ett eksempel på hvordan timeoppsettet inngår i et tiltak som øker kvaliteten i pasientbehandlingen, jf. eksemplet i faktaboks 2.

Faktaboks 2 Eksempel fra nevrologisk poliklinikk, Molde, Helse Møre og Romsdal

Ved nevrologisk avdeling i Molde er det innført emnepoliklinikk for LIS-legene. Hver LIS-lege har et emne, leser seg opp og får samtidig eierskap til emnet. I denne perioden får LIS-legen konsentrere seg om polikliniske konsultasjoner på dette området. LIS-legen får da mer erfaring ved å ha flere pasienter innen samme fagområde. Etter en viss tid bytter LIS-legen emne fra for eksempel parkinsonpasienter til MS-pasienter. LIS-legen beholder likevel parkinsonpasientene sine. Emne-poliklinikken er begrunnet med ønske om høyere kvalitet. For å legge til rette for dette kreves det at samme type utredninger eller kontroller samles på samme dag.

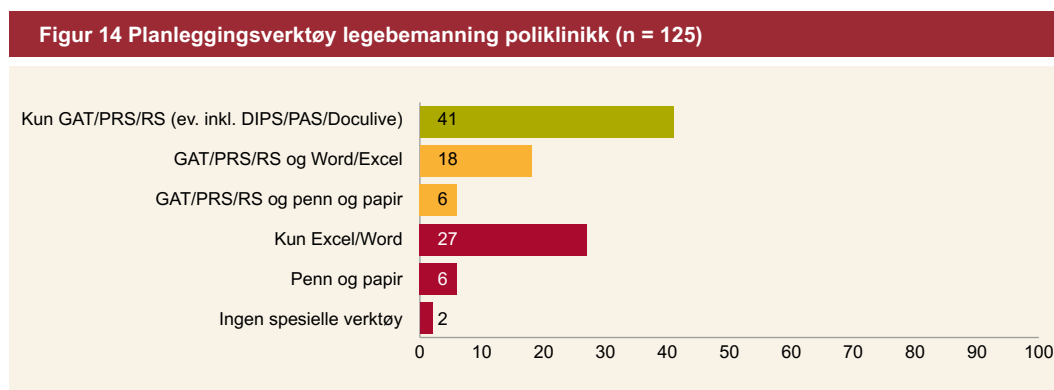
For øvrig viste respondenter i dybdeundersøkelsen til erfaringer fra andre land hvor annet personell klargjør neste pasient på et annet konsultasjonsrom mens legen avslutter forrige konsultasjon. Dette forutsetter imidlertid god tilgang på rom. Andre

leger har erfaring fra andre sykehus der det kunne gjennomføres flere konsultasjoner ved at merkantilt personell skriver ferdig journalen legen har diktert, rett etter konsultasjonen.

Riksrevisjonens undersøkelse av *effektivitet i sykehus* rapportert i Dokument 3:2 (2017–2018) viser at sykehusene bruker mye tid på å planlegge effektive operasjonsprogram, som hvilke dager det er hensiktsmessig å operere hvilke pasienter, og rekkefølgen i operasjonsprogrammet. Denne undersøkelsen tyder på at det det ikke er like utbredt å gjøre tilsvarende grep i forbindelse med timeoppsettet på poliklinikken for å øke den polikliniske aktiviteten.

6.1.4 Bruk av planleggingsverktøy

Flere ledere framhevet i dybdeundersøkelsen at det er viktig å ha gode verktøy når man planlegger driften. Det finnes mange ulike systemer for planlegging av bemanning, oppgaver og timetildeling ved sykehusene. De fleste sykehusene bruker GAT eller RS til å planlegge når legene skal være på jobb. Færre sykehus bruker GAT til å planlegge hvilke oppgaver legenes arbeidstid skal fordeles på. Med oppgaver er det her ment for eksempel sengepost, operasjon og poliklinikk.



Kilde: Informasjon innhentet i spørrebrev

Figur 14 viser at 41 prosent av poliklinikkene utelukkende bruker spesialiserte verktøy i planleggingen av når legene skal jobbe på poliklinikken. Videre bruker 24 prosent slike verktøy i kombinasjon med Excel, Word eller penn og papir, mens hver tredje poliklinikk ikke bruker spesialiserte verktøy i det hele tatt. Dette viser at verktøy som Excel, Word eller penn og papir fortsatt brukes i planleggingen av legebemanningen ved 59 prosent av poliklinikkene.

Tilnærmet alle enheter bruker elektroniske støtteverktøy som DIPS⁸⁶ når de tildeler timer til pasienter. Ved de fleste sykehusene er imidlertid systemet for oppgaveplanlegging og systemet for tildeling av timer ikke integrert. Ved flere av sykehusene i dybdeundersøkelsen må informasjon om når legene er til stede på poliklinikken, legges inn flere steder og i flere trinn. Ofte gjøres dette manuelt i både oppgaveplanleggings- og timetildelingssystemet. Tilsvarende vil man måtte oppdatere endringer i når legene er til stede, flere steder, også dette manuelt. Dette innebærer en risiko for at det gjøres feil, samtidig som det er tidkrevende for de merkantilt ansatte.

Ved noen sykehus er systemet for tildeling av timeavtalene integrert med personellplanleggingssystemet. I dybdeundersøkelsen framhevet én leder at integreringen av disse to systemene er viktig i planleggingen av driften, fordi det reduserer manuelt

86) Helse Midt-Norge bruker et annet system.

arbeid for merkantilt personell og gir større forutsigbarhet og bedre oversikt over legeressursene, jf. faktaboks 3.

Faktaboks 3 Eksempel fra ortopedisk poliklinikk, Stavanger, Helse Stavanger HF

Lederen planlegger når legene skal være til stede, og tildeler arbeidsoppgaver i bemanningsplanleggeren, mens integrasjonen med timetildelingssystemet gjør at det merkantile personellet som håndterer timeavtaler, automatisk får oversikt over når legene er til stede ved poliklinikken, i timetildelingssystemet. Oppgaveplanleggeren har også en egen modul for kommunikasjon mellom legene og lederne, slik at forespørsler om fravær sendes via denne modulen i stedet for for eksempel e-post. Lederen har oversikt over hvilke oppgaver (vakt, poliklinikk og operasjon) den enkelte lege skal gjøre. Samtidig har det merkantile personellet oppdatert oversikt over når det er mulig å tildele timer til pasientene. Alt fravær for legene må meldes seks uker før. Lederen mener dette er essensielt for å ha oversikt, og ved søknad om fravær vil lederen raskt se konsekvensene av fraværet og dermed ha grunnlag for å ta en beslutning.

6.1.5 Planlagt bruk av telefonkonsultasjoner som erstatning for oppmøte

Dybdeundersøkelsen viser at telefonkonsultasjoner kan være aktuelt i noen tilfeller hvor det ikke er nødvendig at pasienten fysisk møter opp til time. Også spørreundersøkelsen viser at mange leger gjennomfører telefonkonsultasjoner. Over 40 prosent av legene oppga at de sist arbeidsuke brukte telefon som erstatning for oppmøte for pasienten. I dybdeundersøkelsen opplyste flere leger at de ikke nødvendigvis bruker kortere tid på en telefonkonsultasjon enn en vanlig konsultasjon. En fordel med telefonkonsultasjoner er imidlertid at dette kan gjøres fra legens kontor, noe som kan frigjøre rom på poliklinikken til andre konsultasjoner. Dette vil være spesielt relevant på poliklinikker hvor rom er en flaskehals. En annen fordel med telefonkonsultasjoner er at de kan spare pasienter for unødige reiser, noe som også indirekte sparer helseforetaket for reisekostnader.

Helseforetakene oppgir i svar på spørrebrev at telefonkonsultasjoner ikke brukes systematisk ved mange poliklinikker.⁸⁷ Dybdeundersøkelsen indikerer at det er opp til den enkelte lege å bruke dette virkemiddelet. Selv om mer bruk av telefonkonsultasjon ville ha frigjort kapasitet ved poliklinikken, uttrykte flere av lederne i dybdeundersøkelsen at de ikke har prioritert dette, fordi telefonkonsultasjoner ikke gir inntekt gjennom den innsatsstyrte finansieringen (ISF).

6.2 Grunner til at planlagte konsultasjoner ikke gjennomføres

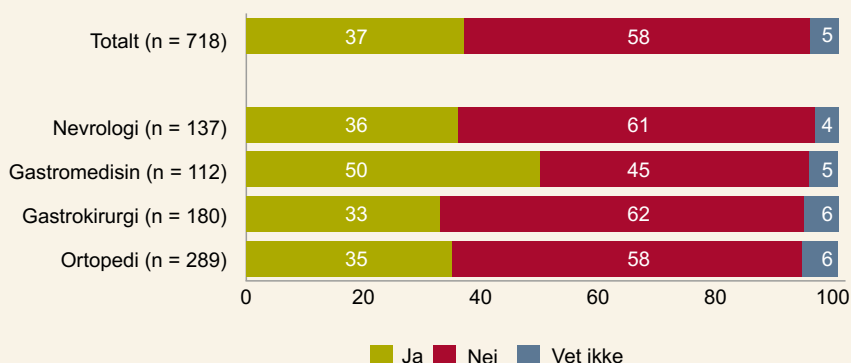
I spørreundersøkelsen ble legene bedt om å ta utgangspunkt i de ti siste planlagte konsultasjonene på poliklinikken og svare på om det var noen av disse som ikke ble gjennomført, i betydningen av at pasientaktiviteten i det planlagte tidsrommet bortfalt.

Figur 15 viser at svarfordelingen blant legene totalt og per fagområde.

87) I følge svarene gjennomføres det ikke systematiske telefonkonsultasjoner ved 73 av 131 poliklinikker.

Figur 15 Bortfall av pasientaktivitet på poliklinikken

Tenk på de 10 siste konsultasjonene på poliklinikken.
Var det noen av disse som ikke ble gjennomført?
Med dette menes at pasientaktiviteten i det planlagte tidsrommet bortfalt. (%) Base: alle leger



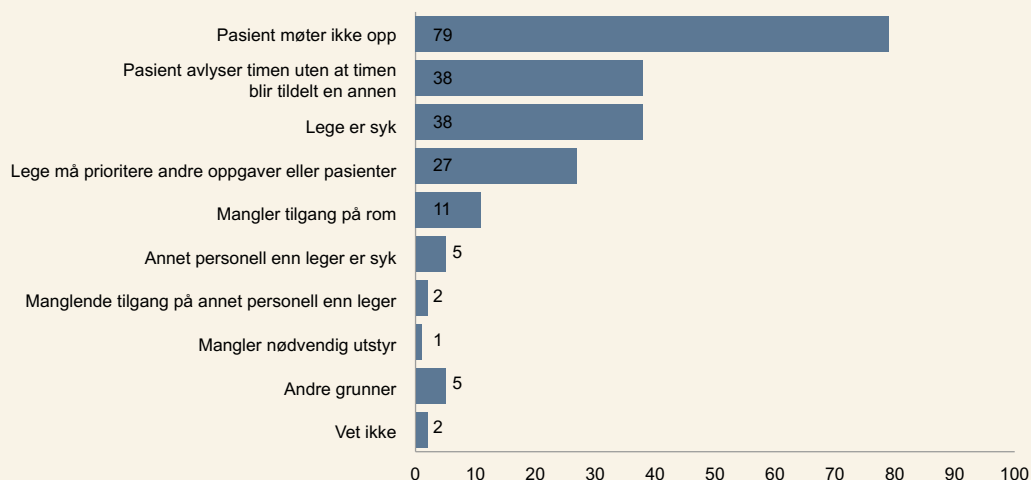
Kilde: Spørreundersøkelse til leger

Mer enn hver tredje lege svarte ja, og de fleste av disse oppga at dette var tilfellet for én konsultasjon. Dette innebærer at 3,7 prosent av alle planlagte konsultasjoner ikke ble gjennomført.⁸⁸ Forutsatt at denne andelen er representativ for alle fagområder, tilsvarer dette i underkant av 200 000 konsultasjoner årlig.⁸⁹

I spørreundersøkelsen ble legenes nærmeste leder bedt om å oppgi det de mener er de inntil tre viktigste årsakene til at planlagt pasientkontakt ikke blir gjennomført, i betydningen av at pasientaktiviteten i det planlagte tidsrommet bortfaller,⁹⁰ jf. figur 16.

Figur 16 Årsaker til bortfall av pasientaktivitet på poliklinikken

Hva mener du er de viktigste grunnene til at planlagte konsultasjoner ikke blir gjennomført på poliklinikken? Med dette menes at pasientaktiviteten i det planlagte tidsrommet bortfaller. Angi inntil 3 svar. (%). Base: nærmeste leder (n = 104)



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere

88) Hver tiende konsultasjon for 37 % av legene.

89) Beregnet med utgangspunkt i at det årlig finner sted mer enn 5 millioner planlagte polikliniske somatiske konsultasjoner på dagtid.

90) Lederne oppga i snitt to faktorer hver.

At pasienten ikke møter opp, er ifølge lederne den viktigste årsaken til at planlagte konsultasjoner ikke blir gjennomført. Både registerdataene og dybdeundersøkelsen indikerer at tiltak overfor pasientene har bidratt til å redusere andelen pasienter som ikke møter til time. Eksempler er bedret kommunikasjon ved SMS-påminnelse og dobling av gebyret for å ikke møte opp fra 320 til 640 kroner i 2015.⁹¹ Samtidig viser registerdataene at variasjonen mellom poliklinikkene fortsatt er stor, fra 1 til 6 prosent, jf. kapittel 5.1. Dette indikerer at mange sykehus fortsatt har muligheter til å øke oppmøtet på poliklinikkene.

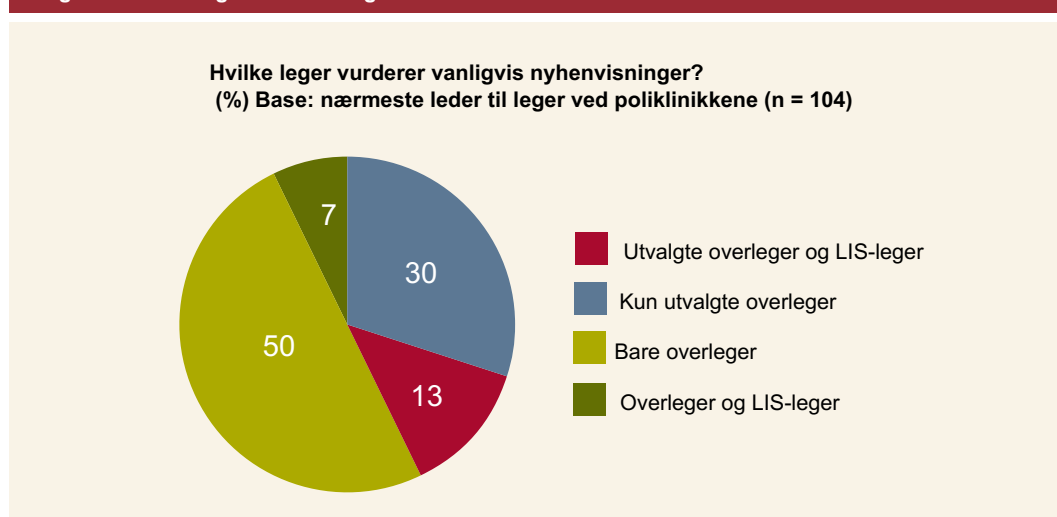
Spørreundersøkelsen til merkantilt personell som håndterer timeavtaler på poliklinikken, viser at det er forskjeller i hvor nært opp til konsultasjonsdagen de klarer å erstatte en avlyst konsultasjon med en ny pasient. De fleste poliklinikkene har lister med pasienter som kan komme på kort varsel. Mange merkantilt ansatte oppgir at de klarer å erstatte med en ny pasient selv om avlysningen skjer samme dag, mens andre oppgir at de ikke klarer å erstatte en pasient som avlyser, med mindre avlysningen skjer mer enn én dag før konsultasjonen.

6.3 Organisering av oppgaver og samarbeid mellom personellgruppene som jobber på poliklinikken

6.3.1 Vurdering av henvisninger

Nesten alle planlagte pasientforløp ved sykehusene begynner med en henvisning fra primærhelsetjenesten, i all hovedsak fra fastlegene. God henvisningspraksis innebærer at kun pasienter som har reelt behov for utredning eller behandling, blir identifisert og henvist, og at henvisningsdokumentet har et innhold som bidrar til god og forsvarlig behandling og riktige prioriteringer.⁹² Basert på henvisningen skal sykehusene vurdere hvorvidt pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste.

Figur 17 Vurdering av henvisninger



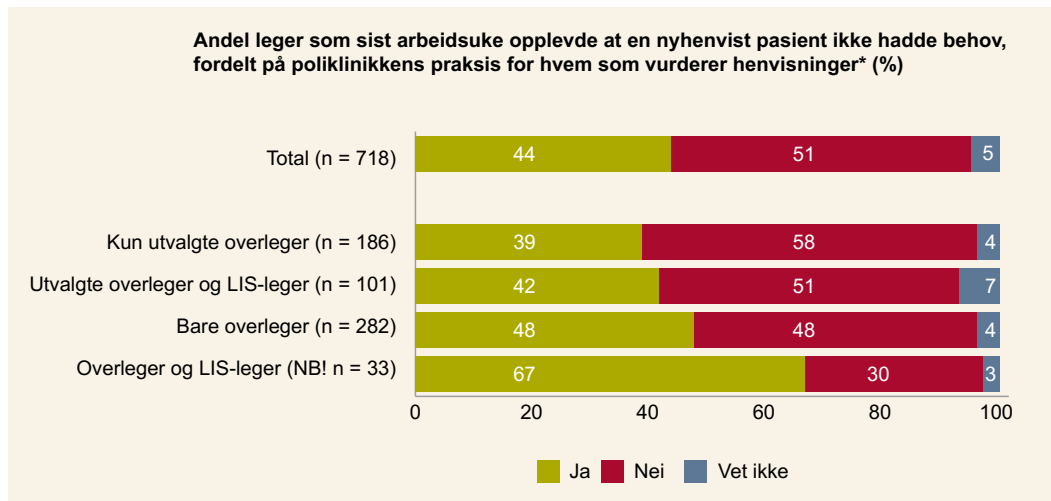
Kilde: Spørreundersøkelse til ledere

Figur 17 viser at det er vanligst at det ikke er en gruppe spesielt utvalgte leger som vurderer nyhenvisninger. Ved en del sykehus er praksis imidlertid slik at et utvalg leger gjør denne oppgaven. I underkant av hver tredje leder svarer at det kun er utvalgte overleger som vurderer henvisninger.

91) Jf. krav i Oppdragsdokument 2015.

92) Ut fra gjeldende prinsipp for organisering av norsk helsetjeneste, LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå).

Figur 18 Sammenheng mellom pasienter uten behov og praksis for vurdering av henvisninger



* Spørsmåltekst: «Tenk på siste arbeidsuke på poliklinikken. Opplevde du da at pasienter du hadde til konsultasjon ikke syntes å ha behov for utredning, behandling eller kontroll i spesialisthelsetjenesten? Ny-henvist pasient (første kontakt).» Base: total / alle leger hvor leder har svart på praksis for vurdering av henvisninger (påkoblet fra spørreundersøkelsen til ledere).

Kilde: Spørreundersøkelse til leger/spørreundersøkelse til ledere

Figur 18 viser at der kun utvalgte overleger vurderer henvisningene, opplevde 39 prosent av legene sist arbeidsuke på poliklinikken å ha konsultasjon med nyhenviste pasienter de mente ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. Nesten halvparten (48 prosent) av legene opplevde dette der overleger generelt vurderer henvisningene.

Dybdeundersøkelsen viste at et viktig styringsgrep for å oppnå riktige prioriteringer og riktig bruk av legeressursene kan være at et begrenset utvalg overleger eller erfarne LIS-leger vurderer henvisninger. Dette kan skyldes at mer erfarne leger vil ha bedre forutsetninger for å vurdere om pasienter har reelt behov for spesialist-helsetjenester, og hvilke fagområder og leger pasientene bør konsulteres hos.

Det kom fram i dybdeundersøkelsen at flere sykehus har endret praksis for vurdering av henvisninger ved at utvalgte erfarne overleger tar seg av denne oppgaven, og ikke lenger mange leger. Argumentene som trekkes fram, er at dette bidrar til

- at flere pasienter som ikke har behov for spesialisthelsetjenester, får grunngitte avvisninger
- at fastleger får informasjon om eventuelle tiltak som bør prøves før henvisningen sendes til spesialisthelsetjenesten
- at flere pasienter blir utredet hos riktig lege på poliklinikken
- likere prioriteringspraksis

Flere av legerespondentene pekte på at det er viktig at fastlegen får grunngitte tilbakemeldinger om eventuelle avvisninger, slik at fastlegene kan lære av det. På den måten kan antall unødvendige henvisninger reduseres på sikt.

Spørreundersøkelsen viste videre at der utvalgte leger vurderte henvisningene, var det også færre leger som opplevde å ha pasienter til kontroll som de ikke mente hadde behov for spesialisthelsetjenester. 20 prosent av legene ved poliklinikker der nyhenvisningene var vurdert av utvalgte leger, opplevde dette siste arbeidsuke, mens det tilsvarende var 30 prosent ved poliklinikker der nyhenvisningene var vurdert av mange leger. Dette indikerer at det ved poliklinikker der kun utvalgte leger vurderer henvisningene, også i det videre behandlingsforløpet er et mer bevisst forhold til om pasientene har reelt behov for spesialisthelsetjenester.

Videre viste spørreundersøkelsen at hver fjerde lege opplevde at de sist arbeidsuke på poliklinikken hadde en nyhenvist pasient til konsultasjon som burde vært hos en annen lege på sykehus på grunn av pasientens tilstand eller behov. Flere LIS-leger enn overleger opplevde dette.

En grunn til at pasienten konsulteres hos «feil» lege, er at pasienten burde vært hos en mer erfaren lege. Flere leger i dybdeundersøkelsen mente at dette var en del av utdannelsesforløpet for LIS-leger. I disse tilfellene er nytten av utredningen for pasienten avhengig av at LIS-legen har tilgang på en mer erfaren lege å rådføre seg med, slik at pasienten kan unngå en unødvendig ny konsultasjon. Dybdeundersøkelsen viste at ved flere poliklinikker er legebemanningen planlagt slik at en overlege alltid er til stede når LIS-legene har poliklinikk.

6.3.2 Organisatorisk tilhørighet og lokalisering for personellgruppene

Personellgruppene som jobber på poliklinikken, er i hovedsak leger, sykepleiere og merkantilt personell / helsesekretærer. Mens de fleste leger og mange sykepleiere veksler mellom å jobbe på flere enheter, som sengepost, operasjonsstue og poliklinikk, jobber merkantilt personell hovedsakelig bare for poliklinikken.

Informasjonen fra spørrebrevene viste at det er store forskjeller i hvordan leger, sykepleiere og merkantilt personell som jobber på poliklinikken, er organisert. De tre gruppene har ofte verken samme nærmeste leder eller samme leder på neste ledernivå. Ved mange poliklinikker er det derfor minst tre ledernivåer opp til felles leder for de tre personellgruppene.

I spørreundersøkelsen oppga om lag halvparten av de overordnede lederne (lederne til legenes nærmeste leder) at de ikke hadde beslutningsmyndighet over merkantilt personell på poliklinikken, mens to av fem oppga at de ikke hadde slik myndighet over sykepleiere. Flere ledere i dybdeundersøkelsen påpekte at ulempen med en slik organisering er at beslutningsprosesser må samordnes og koordineres med flere ledere og ledernivåer. Flere ledere påpekte at det er viktig at samme leder har myndighet til å styre all ressursbruken innen de tre personellgruppene på en helhetlig måte for løpende å tilpasse bemanning og aktivitet på poliklinikken og iverksette andre forbedringstiltak, som for eksempel endringer i oppgavefordeling mellom leger og annet personell.

I dybdeundersøkelsen framhevet flere ledere at det er essensielt at merkantiltjenesten er integrert i fagavdelingen. De merkantilt ansatte har en viktig støttefunksjon for behandleren (lege eller sykepleier) i tilknytning til pasientkonsultasjonene og for ledere som styrer bemanning og aktivitet på poliklinikken. Samtidig framhevet andre ledere på overordnet nivå at plasseringen av merkantiltjenesten utenfor fagavdeling kan føre til høyere profesjonalisering av merkantiltjenesten.

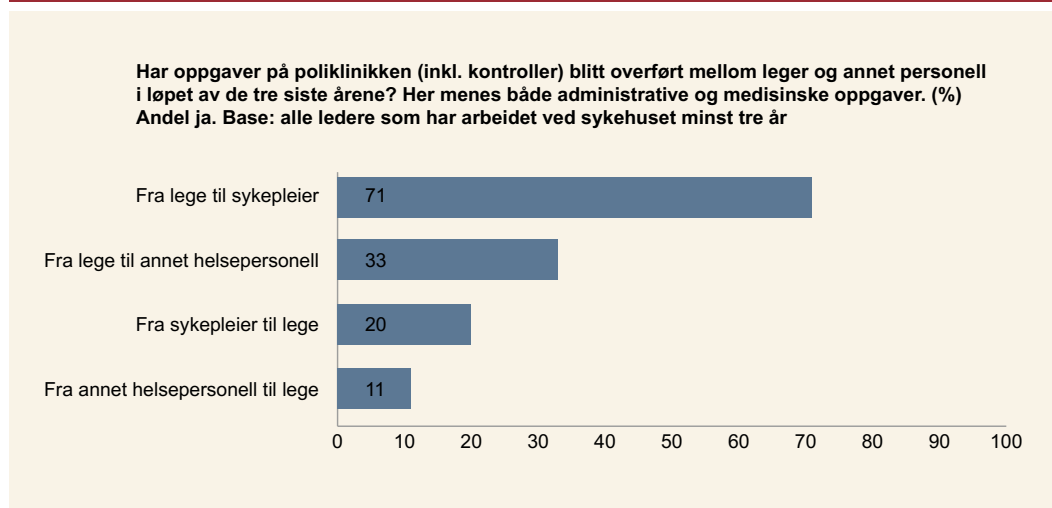
Dybdeundersøkelsen viste også at hvordan merkantilt personell er lokalisert, påvirker kommunikasjonen og samarbeidet mellom dem og legene. Mye av kommunikasjonen mellom legene og det merkantile personellet som håndterer pasientenes timeavtaler, skjer elektronisk gjennom blant annet såkalte «gule meldinger». Det varierer i hvor stor grad disse personellgruppene kommuniserer utover dette. Der hvor merkantilt personell er lokalisert i poliklinikken, framhevet både leger, merkantilt personell og ledere hvor viktig jevnlig kommunikasjon ansikt til ansikt er for å fremme godt samarbeid. Dette bidrar blant annet til å fremme forståelse for de merkantiles rolle og støttefunksjon i den polikliniske aktiviteten og hvor viktig det er at oppdatert informasjon om legenes framtidige fravær er tilgjengelig for merkantile.

6.3.3 Fordeling av oppgaver på poliklinikken mellom leger og personell

Som omtalt i kapittel 5.3 anså lederne tilgang på leger innen fagområdet som det viktigste hinderet for å øke aktiviteten framover. Å overføre oppgaver fra leger til annet personell er noe som kan bidra til å frigjøre legeressurser.

Spørreundersøkelsen viste at mange ledere oppga at oppgaver er overført mellom leger og øvrig helsepersonell i løpet av de siste tre årene, jf. figur 19.

Figur 19 Overføring av oppgaver på poliklinikken



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere

Figuren viser at flere ledere oppga at det har blitt overført oppgaver fra leger, enn det er ledere som oppga å ha overført oppgaver til leger. Det er flest ledere (71 prosent) som oppga at det er overført oppgaver fra leger til sykepleiere. Gjennom dybdeundersøkelsen kom det fram at det særlig er kontroller som er overført fra leger til sykepleiere. Spørreundersøkelsen til legene indikerer at å overføre kontroller er vanligst innen fagområdene ortopedi og nevrologi. Innen nevrologi dreier det seg særlig om kontroller for pasientkronikere, jf. faktaboks 4.

Faktaboks 4 Eksempel på overføring av kontroller fra leger til sykepleiere - nevrologi, Drammen, Vestre Viken HF

På den spesialiserte poliklinikken innen nevrologi på sykehuset i Drammen ble kontrollregimet for pasienter med epilepsi, MS og parkinson endret som følge av et regionalt prosjekt i 2014. Tidligere ble kontrollene utført av leger, mens nå utføres en stor andel av kontrollene av egne sykepleiere.

Andre eksempler på fordeling av oppgaver er knyttet til opplæring av pasienter og pårørende. En del opplæring vil naturlig være inkorporert i de individuelle pasientkonsultasjonene legene har. Dybdeundersøkelsen gir to eksempler på at det er mulig å lære opp pasienter i grupper, jf. faktaboks 5. Lederne påpekte at kollektiv opplæring ikke bare vil være tidsbesparende i seg selv, men også vil kunne redusere den enkelte pasients behov for individuelle legekonsultasjoner, fordi det å treffe andre pasienter i samme situasjon gjør pasientene tryggere på sin egen tilstand.

På den generelle medisinske poliklinikken ved sykehuset i Molde gjennomfører de en kollektiv heldagsopplæring av hodepinepasienter etter inspirasjon fra Dansk Hovedpinecenter i Glostrup. Sykepleiere tar seg av opplæringen, noe som bidrar til å frigjøre legeressurser. Videre ble det framhevet at opplæringen hever kvaliteten i tilbudet til hodepinepasienter, og at Molde er alene i Norge om et slikt pasienttilbud.

St. Olavs hospital har siden 2016 kalt inn pasienter med milde til moderate slitasjeplager i kne- og hoftedeidd til en egen tverrfaglig, gruppebasert «artroseskole». Tilbudet gjelder for pasienter det ikke er åpenbart at operasjon er den beste løsningen for. Gjennom et totimers kurs med ortoped, fysioterapeut og farmasøyt får pasientene informasjon om alternativer til operasjon og mulighet til å utveksle erfaringer. Tilbudet har frigjort kapasitet ved å redusere antall individuelle legekonsultasjoner og redusert ventetiden på poliklinikken. Tilbudet er også omtalt i vedlegg 3 Rapport om *effektivitet i sykehus* i Dokument 3:2 (2017–2018).

Spørreundersøkelsen viser også at oppgaver på poliklinikken har blitt overført mellom leger og merkantilt personell i løpet av de siste tre årene. En del oppgaver er blitt overført fra merkantilt personell til leger. Dybdeundersøkelsen viser at dette særlig dreier seg om oppgaver i forbindelse med innføringen av talegjenkjenning (jf. kapittel 4.2), men også andre oppgaver. Tidligere fylte legen ut et papirskjema når en poliklinisk konsultasjon var ferdig, som pasienten deretter tok med til merkantilt personell i ekspedisjonen til videre behandling. I dag fyller legene ved mange poliklinikker i stedet informasjonen rett inn i de elektroniske verktøyene. Dette kan dreie seg om bestilling av røntgen, blodprøver eller andre prøver og registrering av takster for å få rett oppgjør. Det er en utbredt oppfatning blant legene at å overføre konkrete oppgaver, som grovsortering av nyhenvisninger til fagområder, klargjøring av røntgenbilder og registrering av informasjon til medisinske fagregistre, fra leger til merkantilt personell eller sykepleiere har bidratt eller vil kunne bidra til å frigjøre legeressurser.

6.4 Oppfølging av aktivitet og ressurser

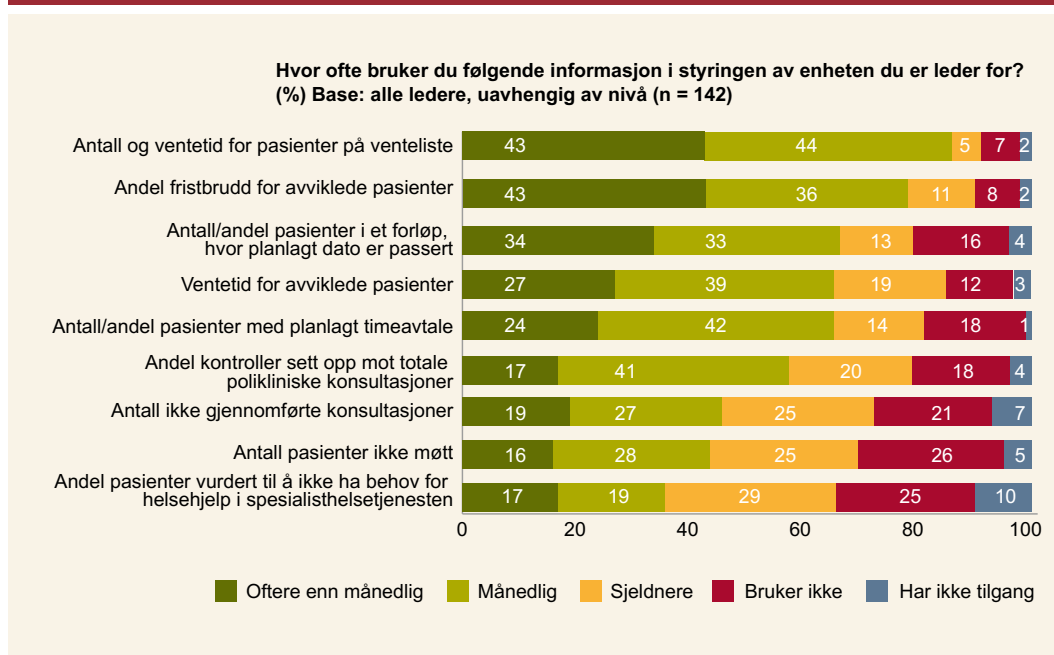
6.4.1 Ledernes bruk av oppdatert styringsinformasjon

Lederne er resultatansvarlige for den polikliniske aktiviteten innen sine respektive fagområder. I dybdeundersøkelsen framhevet flere ledere at det er viktig å ha tilgang til oppdaterte og relevante styringsdata. På den måten får ledelsen informasjon i tide og kan løpende gjøre nødvendige korrigeringer i driften. Oppdatert styringsdata er også en forutsetning for at alle aktørene (leger, sykepleiere og merkantilt personell) skal forstå driftssituasjonen, og for at ledere effektivt skal kunne styre og følge opp ressursbruken og aktiviteten løpende.

Spørreundersøkelsen viser at det er store forskjeller når det gjelder hvilken informasjon lederne har tilgjengelig eller bruker, og hvor ofte lederne bruker informasjonen, jf. figur 20.⁹³

93) Forskjellene mellom svarene til nærmeste leder og overordnet leder er små.

Figur 20 Ni styringsindikatorer og hvor ofte de brukes av andel ledere nasjonalt



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere

Figur 20 viser at de fleste ledere bruker indikatorer for ventetid til time og fristbrudd månedlig eller oftere. Av figuren går det også fram at ledere oftere bruker styringsdata om pasienter som venter på tilbud i spesialisthelsetjenesten, enn de bruker styringsdata om pasienter som er i et behandlingsforløp. Nesten alle ledere bruker hver måned eller oftere informasjon om antall pasienter og ventetid hos pasienter som står på venteliste, mens 67 prosent like ofte bruker informasjon om antall/andel pasienter i et behandlingsforløp hvor planlagt dato er passert. Hver femte leder svarer at de ikke bruker denne styringsindikatoren. Denne indikatoren er omtalt i rapporten fra arbeidsgruppen for indikator- og metodeutvikling (AIM)⁹⁴ til Helse- og omsorgsdepartementet. Ifølge rapporten er indikatoren blant annet et middel for bedre å forstå og forklare variasjon i praksis og et nyttig middel for å planlegge aktiviteten og sørge for at den planlagte aktiviteten blir gjennomført til rett tid.

Andre indikatorer bruker lederne sjeldnere i styringen. Som omtalt i kapittel 6.2 indikerer registerdataene at mange planlagte konsultasjoner ikke blir gjennomført, og at dette i hovedsak skyldes at pasienter ikke møter opp. Likevel viser figuren at færre enn halvparten av lederne bruker indikatorene «Antall ikke gjennomførte konsultasjoner» og «Antall pasienter ikke møtt» månedlig eller oftere i styringen.

I kapittel 5.4 framgår det at kontroller utgjør om lag halvparten all poliklinisk aktivitet innen de utvalgte fagområdene, og at spørreundersøkelsen indikerer at mange leger opplever å ha pasienter til kontroll som de mente at ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. Likevel viser figuren at under 60 prosent av lederne bruker indikatoren «Andel kontroller sett opp mot totale konsultasjoner» månedlig eller oftere.

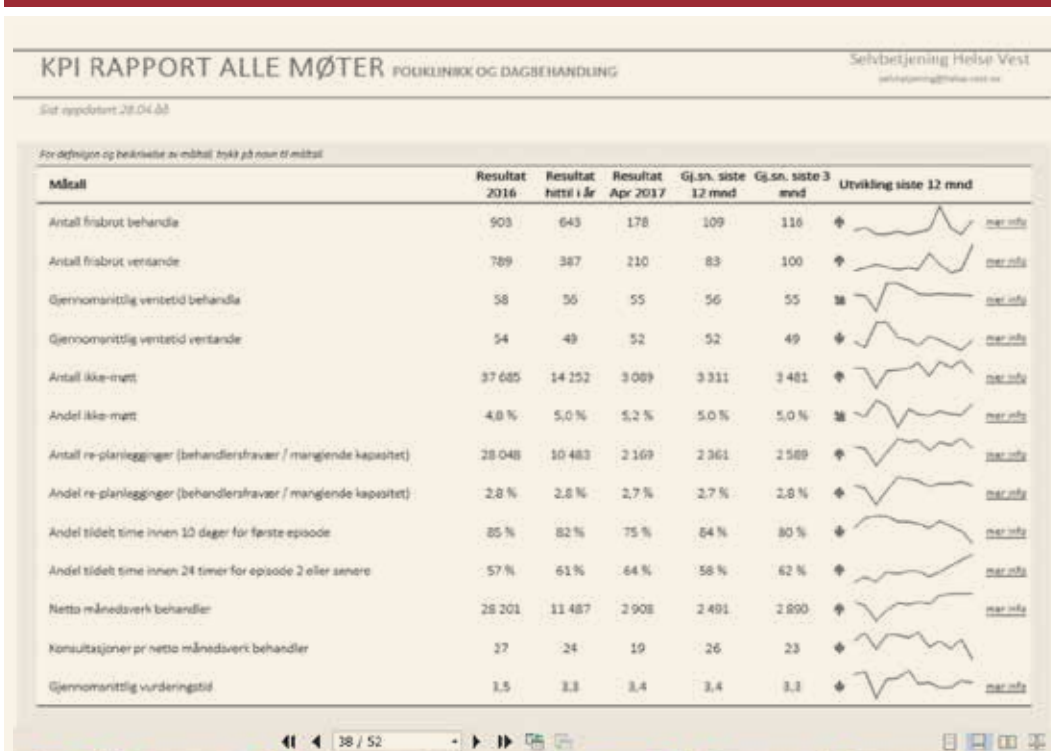
Dybdeundersøkelsen viste eksempler på at det varierer hvilken styringsinformasjon som brukes, og hvor strukturert og systematisk de ni styringsindikatorne følges opp. Innen ortopedi ved sykehuset i Stavanger oppgir en leder at alle de ni styrings-

94) Rapporten ble oversendt oktober 2017 i forbindelse med de fire RHF-enes arbeid med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet, jf. oppdragsdokumentet for 2017.

indikatorne brukes. Seks av indikatorne følges opp ukentlig, mens de resterende tre følges opp månedlig. Innen et medisinsk fagområde ved et annet sykehus oppgir en leder at kun fem av styringsindikatorne brukes. To følges opp månedlig, mens de resterende tre følges opp sjeldnere.

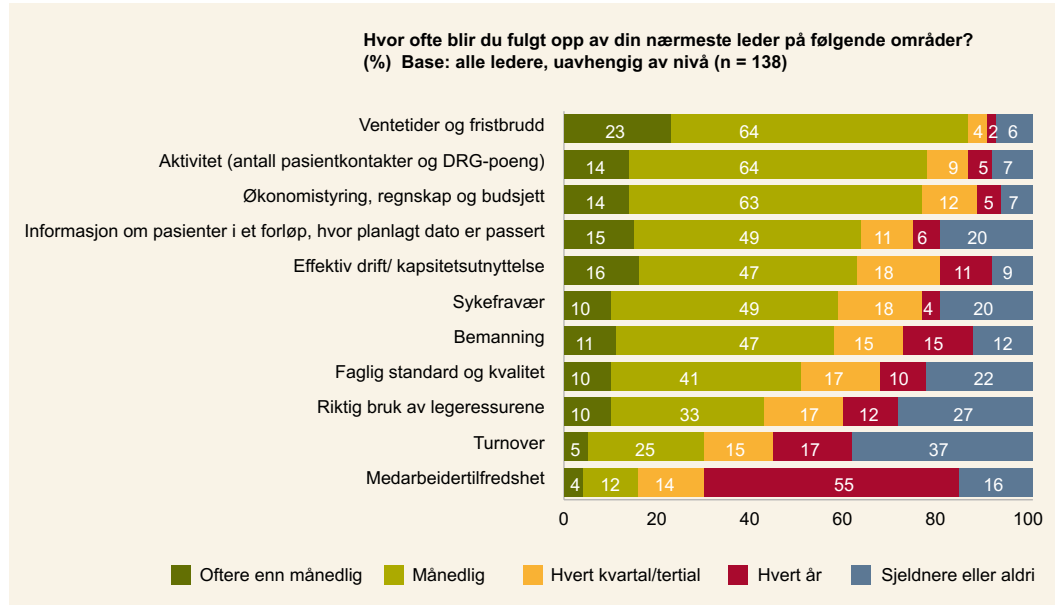
Dybdeundersøkelsen viste at flere ledere savner oppdatert styringsinformasjon om sentrale indikatorer. I rapporten fra arbeidsgruppen for indikator- og metodeutvikling (AIM) er det gitt eksempler på regionalt utviklings- og endringsarbeid knyttet til styring. Ett konkret eksempel på å forbedre styringsinformasjonen er utviklingen av IKT-løsninger og verktøy i forbindelse med etableringen av programmet «Alle møter» i Helse Vest. Gjennom programmet har helseforetakene fått tilført nye IKT-løsninger som legger til rette for bedre kvalitet i pasientbehandlingen og mer kostnadseffektiv drift. Videre er det utviklet et KPI-verktøy (Key Performance Indicator), som følges opp gjennom et eget dashboard se figur 21.

Figur 21 KPI-dashbord for Helse Vest



Spørreundersøkelsen viser at det er store forskjeller når det gjelder hvor ofte lederne blir fulgt opp av sin nærmeste leder på bestemte områder, jf. figur 22.

Figur 22 Elleve områder og hvor ofte lederne følges opp på disse av sin nærmeste leder



Kilde: Spørreundersøkelse til ledere

Figuren viser at de fleste ledere følges opp månedlig eller oftere når det gjelder ventetid og fristrudd, aktivitet og økonomistyring. Det er færre ledere som blir fulgt opp like ofte når det gjelder informasjon om pasienter i et behandlingsforløp hvor planlagt dato er passert. Dybdeundersøkelsen og registerdataene understøtter også at det satses mer på å unngå fristrudd for nyhenviste pasienter enn på oppfølging av pasienter som allerede er i et behandlingsforløp på sykehuset.

6.4.2 Ledernes behov for styringsstøtte

Av lederne som har svart på spørreundersøkelsen, oppga 57 prosent å være på nærmeste ledernivå, 27 prosent å være på leder på neste nivå mens 16 prosent ivaretar begge ledernivåene. De fleste lederne hadde fungert i lederstillingen i mer enn tre år og oppga at de tidligere hadde jobbet i enheten de leder, og at de hadde tilstrekkelig kompetanse til å styre legeressursene på en effektiv måte. De fleste lederne er leger.⁹⁵

Det er også vanlig at leger med lederansvar på ulike ledernivåer bruker en del av arbeidstiden sin på klinisk arbeid i tillegg til å være leder. Blant de nærmeste lederne oppgir åtte av ti at de i tillegg til lederoppgaven jobber klinisk. Også på høyere ledernivåer er det mange som kombinerer lederrollen med klinisk arbeid.⁹⁶

I dybdeundersøkelsen framhevet både ledere og leger gjennomgående betydningen av å ha merkantilt personell eller sykepleiere med kompetanse i logistikk for å oppnå effektiv drift. Flere understreket at det er viktig med tverrfaglige møter ukentlig eller hver 14. dag for å diskutere status og utfordringer og vurdere og gjennomføre tiltak for

95) Av lederne på nærmeste ledernivå er fire av fem leger. På overordnet ledernivå er sju av ti leger, mens ni av ti er leger blant lederne som ivaretar begge ledernivåene. Av de overordnede lederne oppga dessuten seks av ti at deres leder også er lege.

96) 68 % av lederne på overordnet nivå oppga at de også jobber klinisk. Dessuten oppga 23 % av lederne på overordnet nivå at lederen jobber klinisk (dvs. ledernivå tre nedenfra).

å oppnå effektiv drift. Flere ledere mente det var helt sentralt å få samlet medarbeiderne, koordinert oppgavene og truffet de rette beslutningene. Videre viste flere ledere til at det er viktig å ha tilgang på administrativ støtte som kan bistå med oppdatert og relevant styringsinformasjon og på annen måte bistå lederen i planlegging og oppfølging. På den måten får ledelsen informasjon i tide til å kunne justere kursen.

Lederne ble i spørreundersøkelsen bedt om å ta stilling til påstanden «Jeg har tilstrekkelig kapasitet til å lede enhetens legeressurser på en effektiv måte». 60 prosent av de nærmeste lederne var helt eller delvis enig, mens 70 prosent av de overordnede lederne var helt eller delvis enig. Blant de nærmeste lederne som kombinerte leder- og klinikerrollen, oppga imidlertid 40 prosent at de var helt eller delvis uenige i påstanden. Dette betyr at mange ledere som kombinerer leder- og klinikerrollen, opplever å ha for lite kapasitet til å ivareta lederansvaret på en effektiv måte.

Ledernes svar på andre spørsmål illustrerte også dette. Sammenlignet med ledere som kombinerer leder- og klinikerrollen, oppga de få lederne som kun ivaretar lederrollen, at

- de har hyppigere løpende oppfølging av flere av de ni styringsindikatorene som er angitt i kapittel. 6.4.1
- de i større grad kommuniserer ukentlig med merkantilt personell og leder for poliklinikken om legebemanningen på poliklinikken
- det er innført flere forbedringstiltak for den polikliniske aktiviteten i løpet av de siste tre årene, som blant annet lengre planleggingshorisont på poliklinikken

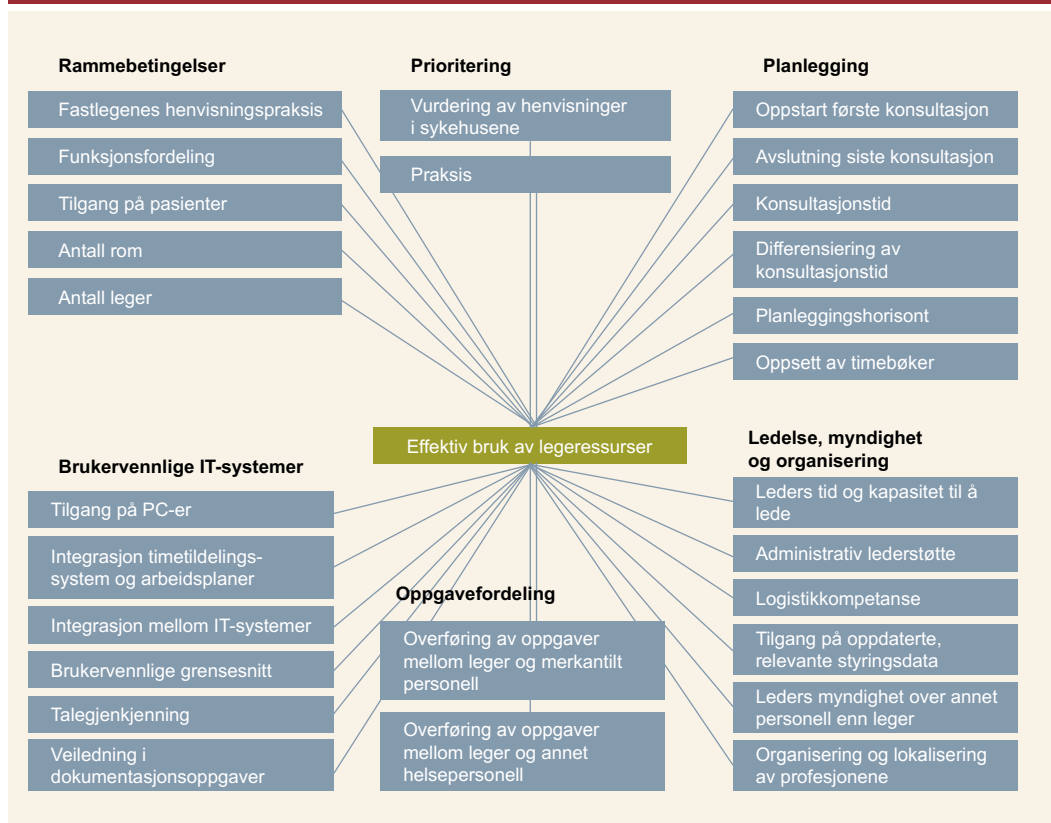
Ledere som kombinerer leder- og klinikerrollene, får mindre tid til løpende å følge opp sentral styringsinformasjon på en tilstrekkelig strukturert og systematisk måte og til å kunne gjøre nødvendige korrigeringer og justeringer underveis av bemanning og aktivitet. Disse lederne blir dermed mer avhengig av å få styringsstøtte fra merkantile for å ha tilstrekkelig kontroll og oversikt til å kunne styre ressursbruken og aktiviteten på en effektiv måte.

Dybdeundersøkelsen ga eksempler på at ledere i ulik grad har tilgang på styringsstøtte og avlastning i hverdagen. Innen ortopedi ved sykehuset i Stavanger har avdelingslederen, som selv jobber klinisk, styringsrett over de merkantile ressursene fordi merkantiltjenesten organisatorisk er en del av avdelingen. Avdelingslederen har delegert mye myndighet til å iverksette nødvendige tiltak i den daglige ressurs- og aktivitetsoppfølgingen til en egen driftskoordinator i merkantiltjenesten. Andre steder opplevde ledere som jobber klinisk, at reduksjon i antall, flytting eller omorganisering av administrativt (merkantilt) personell ut av fagavdeling har ført til at de har mistet viktig styringsstøtte og avlastning i hverdagen, og at lederne derfor bruker mye tid på oppgaver som ikke naturlig er en lederoppgave.

6.5 Faktorer som påvirker effektiv bruk av legeressursene

Undersøkelsen har identifisert en rekke faktorer som påvirker bruken av legeressursene. De ulike faktorene vil ha ulik påvirkningsgrad avhengig av lokale forhold, og mange av dem vil virke i samspill med hverandre. Figur 23 viser en forenklet oppsummering av faktorene og kompleksiteten.

Figur 23 Skjematisk oversikt over hva som påvirker effektiv bruk av legeressursene til pasientbehandling



7 Vurderinger

7.1 Kapasiteten ved mange poliklinikker blir ikke godt nok utnyttet

Et av hovedformålene med *lov om spesialisthelsetjenesten* (spesialisthelsetjenesteloven) er å bidra til at ressursene blir best mulig utnyttet. Videre er det et mål å behandle flere pasienter, at ventetidene reduseres, og at kvaliteten i behandlingen skal styrkes. I tillegg er det et mål å redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene.

Av totalt 7 250 000 somatiske pasientkontakter/-opphold i 2017 var 84 prosent polikliniske konsultasjoner. Av disse står de fire undersøkte fagområdene (nevrologi, gastromedisin, gastrokirurgi og ortopedi) for 30 prosent. God kapasitetsutnyttelse ved poliklinikkene henger tett sammen med bruk av legeressurser fordi de aller fleste polikliniske konsultasjoner utføres av leger.

Undersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom poliklinikker i kapasitetsutnyttelse. Den maksimale kapasiteten ved en poliklinikk er her definert som gjennomsnittlig aktivitet de fem ukene med høyest aktivitet på dagtid. Gjennomsnittlig kapasitetsutnyttelse varierte i 2017 mellom 45 og 85 prosent. Poliklinikker som både har jevn aktivitet på samme hverdag gjennom året og tilnærmet samme aktivitetsnivå på fredager som andre hverdager, har den høyeste kapasitetsutnyttelsen. Etter revisjonens vurdering kan det å sørge for jevn aktivitet øke kapasitetsutnyttelsen og dermed aktiviteten generelt. Om dette er mulig, må vurderes lokalt, siden lav aktivitet på enkelte dager eller i enkelte perioder noen steder kan skyldes for eksempel knapphet på tilgjengelige legeressurser eller at det satt av fast tid til andre aktiviteter. I

tillegg må det tas hensyn til hvordan den polikliniske aktiviteten påvirker driften i andre enheter ved sykehuset.

Ved mer enn halvparten av poliklinikkene starter legenes første konsultasjon klokken 9:00 eller senere. Ved de fleste poliklinikker skjer konsultasjonene innenfor et tidsrom på seks–sju timer. Det varierer mellom poliklinikker innen samme fagområde hvor mange konsultasjoner legene gjennomfører de timene de er på poliklinikken. Noen av forskjellene kan skyldes pasientenes tilstand/sykdom og funksjonsfordeling i eller på tvers av helseforetak. Samtidig utfører legene flere konsultasjoner per time ved poliklinikker som systematisk er opptatt av å tilpasse tiden som settes av til kontroller, til kontrollens art og kompleksitet, og ved poliklinikker som gjennomfører flere telefonkonsultasjoner.

Av de planlagte konsultasjonene i 2017 ble anslagsvis 4 prosent ikke gjennomført. Forutsatt at andelen er representativ for andre fagområder som ikke er undersøkt, tilsvarer dette i underkant av 200 000 polikliniske konsultasjoner årlig. Den viktigste årsaken til at planlagte konsultasjoner ikke blir gjennomført, er at pasientene ikke møter til avtalt time. Andelen pasienter som ikke møter, varierer mellom 1 og 6 prosent ved de ulike poliklinikkene. Selv om det er innført flere tiltak, som gebyr for å ikke møte og påminnelser på SMS, viser denne variasjonen at det fortsatt er mulig å redusere andelen pasienter som ikke møter. En slik reduksjon vil etter revisjonens vurdering gi mer effektiv bruk av legeressursene.

Der tilgjengelige konsultasjonsrom er en flaskehals, kan bruk av telefonkonsultasjoner frigjøre kapasitet på poliklinikken. Mange leger gjennomfører telefonkonsultasjoner når dette er egnet, men mange helseforetak har ikke innført dette som et systematisk virkemiddel. Undersøkelsen indikerer at en forklaring kan være at telefonkonsultasjoner ikke gir inntekt gjennom den innsatsstyrte finansieringen (ISF). Etter revisjonens vurdering har ledelsen likevel et ansvar for å utnytte kapasiteten best mulig, uavhengig av økonomiske incentiver.

Ved mange poliklinikker har oppgaver, som kontroller, blitt overført fra leger til sykepleiere. Undersøkelsen viser også eksempler på at legeressurser har blitt frigjort ved at oppgaver knyttet til pasientopplæring har blitt overført fra leger til annet helsepersonell og/eller blir gjennomført kollektivt i stedet for individuelt i de enkelte pasientkonsultasjonene. I samme kategori kommer tilgang til støttepersonell. Dersom leger kan overlate merkanlige oppgaver til andre kan dette føre til at disse oppgavene blir bedre og raskere utført. Etter revisjonens vurdering kan dette være viktige grep for å frigjøre legeressurser for å øke den polikliniske aktiviteten.

Undersøkelsen viser at bare 12 prosent av poliklinikkene både har høy kapasitetsutnyttelse og gjennomfører et høyt antall konsultasjoner per time i løpet av tiden legene er på poliklinikken. Revisjonen mener dette tyder på at mange poliklinikker kan øke aktiviteten, enten gjennom å øke kapasitetsutnyttelsen eller utnytte den tiden legene er på poliklinikken, bedre. Aktiviteten må bare økes innenfor det som er medisinsk forsvarlig.

Ved utgangen av 2017 ventet 186 000 pasienter på helsehjelp innen somatikk. De fleste av disse ventet på poliklinisk utredning. Selv om det gjelder et mindretall, får mange pasienter som allerede er i et behandlingsforløp ikke time innen planlagt tid. Etter revisjonens vurdering er det ved mange poliklinikker mulig å øke den polikliniske aktiviteten gjennom bedre bruk av legeressursene. Dette kan bidra både til å redusere ventetiden for pasienter som venter på utredning, og at flere pasienter som allerede er i et behandlingsforløp, kan få time innen planlagt tid.

7.2 Antall unødvendige konsultasjoner reduseres når et utvalg erfarne leger vurderer henvisningene til poliklinikkene.

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Helsetjenestene skal være forsvarlige og bli utført på laveste effektive omsorgsnivå. Helsehjelp som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, bør gis av den kommunale helsetjenesten. Det følger av *lov om pasient- og brukerrettigheter* at spesialisthelsetjenesten skal vurdere om pasientene som henvises, oppfyller vilkårene for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dersom en pasient ikke gjør det, skal henvisningen avvises.

Nesten halvparten av legene opplevde den siste arbeidsuken å ha nyhenviste pasienter til konsultasjon på poliklinikken som de mente ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. Undersøkelsen viser at et viktig styringsgrep for å oppnå riktige prioriteringer og god bruk av legeressursene kan være at et begrenset antall erfarne leger vurderer henvisningene. Ved poliklinikker der alle henvisninger vurderes av utvalgte erfarne leger, opplever færre leger å få pasienter til konsultasjon som de mener ikke har behov for spesialisthelsetjenester. Ved disse poliklinikkene er det også sjeldnere at legene mener at pasienter de har til konsultasjon, burde vært hos en annen lege.

Kontroller utgjør om lag halvparten av all aktivitet ved poliklinikkene. Denne andelen varierer imidlertid mellom poliklinikker, også innenfor samme fagområde. Deler av variasjonen kan skyldes ulik praksis i oppfølging av pasienter. Undersøkelsen viser at hver fjerde lege opplevde å ha pasienter til kontroll den siste arbeidsuken som de mente ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester. Etter revisjonens vurdering kan bedre prioritering av pasienter i mange poliklinikker frigjøre legetimer som kan brukes til pasienter med større behov.

7.3 De elektroniske systemene legger ikke godt nok til rette for effektiv bruk av legeressursene.

Et av hovedmålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene blir best mulig utnyttet. God ressursutnyttelse sikter til graden av måloppnåelse i forhold til ressursinnsatsen. Et tiltak regnes gjerne som mer effektivt enn et annet hvis det oppnår målet med lavere omkostninger i form av blant annet tid og personellinnsats.

Undersøkelsen viser at legene innen de fire fagområdene brukte nesten 90 prosent av arbeidstiden på dagtid på pasientrelaterte oppgaver. Gjennomsnittlig brukte legene 60 prosent av tiden på oppgaver som er direkte pasientrelaterte, og 29 prosent på oppgaver som er indirekte pasientrelaterte.

Når det gjelder de indirekte pasientrelaterte oppgavene, er det klare indikasjoner på at legene bruker mer av arbeidstiden på oppgaver knyttet til journal, epikrise og annen dokumentasjon enn tidligere. En forklaring på dette er generelt høyere krav til dokumentasjon. Dette kan være ønskelig for å oppnå god pasientbehandling og pasientsikkerhet. Legene gjør mange av dokumentasjonsoppgavene med elektroniske støtteverktøy. Undersøkelsen viser at mange leger opplever å bruke mye unødvendig tid på dokumentasjonsoppgaver på grunn av ustabile IT-systemer og manglende integrasjon mellom ulike dataprogrammer, tid som kunne vært brukt på andre oppgaver.

En annen forklaring på at legene bruker mer tid på dokumentasjon, er relatert til innføringen av såkalt talegjenkjenning, som er et dataprogram som gjør tale om til tekst. For mange leger fungerer talegjenkjenning bra, mens andre sliter med teknologien og er avhengig av god opplæring og støtte i bruken av verktøyet. Konsekvensen er at

disse legene må bruke mer tid på dokumentasjon enn tidligere og dermed ikke kan dra full nytte av dette verktøyet.

Etter revisjonens vurdering kan ledelsen legge til rette for mer brukervennlige støtteverktøy og riktig bruk gjennom bedre styring og opplæring av medarbeiderne. Det er viktig at støtteverktøyene er tilpasset legenes kliniske hverdag, og at de er raske og intuitive å bruke. Dette kan effektivisere legenes arbeidsdag og bidra til at de kan utføre flere konsultasjoner i løpet av en dag eller ha mer tid til pasientene uten at det brukes flere legetimer. Brukervennlige systemer kan dessuten redusere behovet for opplæring og muligheten for å bruke systemene feil.

7.4 Planleggingen av poliklinisk aktivitet bidrar ikke godt nok til effektiv bruk av legeressurser

Helseforetak og sykehus som gir tilbud om poliklinisk behandling, er pålagt å innføre en planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene på minimum seks måneder.

To av tre ledere oppga at de kan tildele timer til pasienter fem–seks måneder eller lenger fram i tid, men det var færre som oppga at timen kan knyttes til en bestemt lege like langt fram i tid. Den viktigste årsaken til at poliklinikkene har en kortere planleggingshorisont enn fem–seks måneder, er manglende oversikt over legeressursene. Det er store forskjeller mellom lederne med hensyn til hvor langt fram i tid de planlegger når legene skal jobbe på poliklinikken. Poliklinikken med lengst planleggingshorisont i dybdeundersøkelsen kunne i februar 2018 tildele timer ut året, mens poliklinikken med kortest planleggingshorisont ikke kunne tildele timer lenger fram i tid enn halvannen måned.

Planleggingshorisonten påvirker driften ved poliklinikkene. Undersøkelsen viser at poliklinikkene med lang planleggingshorisont utnytter kapasiteten noe bedre enn poliklinikker med kort planleggingshorisont. Det blir også gjennomført flere konsultasjoner per time ved poliklinikker som både har lang planleggingshorisont, og som systematisk tilpasser den planlagte konsultasjonstiden til konsultasjonens art og kompleksitet. En forklaring på dette kan være at poliklinikkene med lang planleggingshorisont har bedre oversikt over legeressurser og pasienter, noe som i sin tur gjør at de kan planlegge bedre lenger fram i tid. For eksempel har poliklinikker med lang planleggingshorisont tildelt 35 prosent av kapasiteten ni uker fram i tid, mens poliklinikker med kort planleggingshorisont har tildelt under 10 prosent av kapasiteten i samme uke.

Planleggingshorisonten påvirker også hvor raskt pasientene får tildelt timeavtaler. Sykehusene skal vurdere henvisninger og skriftlig informere om utfallet av vurderingen innen ti virkedager etter at de mottar henvisningen. Pasienter som vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal få informasjon om fristen for når helsehjelpen senest skal starte, og om tid og sted for oppmøte. Pasienter som får oppstartfrist innen fire måneder, skal få oppgitt konkret dato og klokkeslett (time) i første svarbrev. Undersøkelsen viser at flere pasienter får informasjon om konkret dato og klokkeslett (time) allerede i første svarbrev ved poliklinikker med lang planleggingshorisont enn ved poliklinikker med kort planleggingshorisont.

En tilsvarende sammenheng er det også for pasienter som allerede er i et behandlingsforløp og skal tilbake til ny time. Ved poliklinikkene med lengst planleggingshorisont, får pasienter informasjon om tidspunkt for ny timeavtale allerede på konsultasjonsdagen. Ved poliklinikker med kortest planleggingshorisont, er det mer vanlig at pasienten først får informasjon om ny time mer enn én uke etter konsultasjonsdagen. Å få tildelt time

med konkret dato og klokkeslett gir pasienten trygghet for at helsehjelpen skjer til planlagt tid.

Planlagte pasientkontakter registreres enten med konkret dato og klokkeslett eller en foreløpig (tentativ) uke eller måned. Tentativ tid beskriver når pasienten er planlagt inn for oppmøte. Uansett om timen er konkret eller tentativ, skal den tildeles ut fra medisinske vurderinger. I poliklinikker med kort planleggingshorisont blir flere pasienter tildelt timer med tentativ dato enn i poliklinikker med lang planleggingshorisont. I tillegg har poliklinikker med kort planleggingshorisont relativt sett vesentlig flere pasienter som ikke får gjennomført konsultasjon innen tentativ dato, enn poliklinikker med lang planleggingshorisont har. Andelene utgjør henholdsvis 25 og 7 prosent av forventet aktivitet neste måned. Et flertall av disse pasientene har allerede passert planlagt dato med mer enn en måned. Dette tyder på at det ved poliklinikker med kort planleggingshorisont kan være krevende å komme å jour på grunn av et stort pasientetterslep.

Undersøkelsen viser at utstrakt bruk av tentativ dato fører til at både merkantilt personell og ledelsen må bruke mye ekstra tid på administrasjon. Dette forsterkes i perioder der poliklinikken ikke klarer å innfri fristen for mange pasienter. Det vil da gå med mye tid til å prioritere hvilke pasienter som må få tilbud med en gang, og hvilke pasienter det er medisinsk forsvarlig å vente med.

Den nasjonale indikatoren «antall fristbrudd» gjelder bare nyhenviste pasienter. Press på å unngå fristbrudd kan utfordre den faglige prioriteringen slik at pasienter som står nær et fristbrudd, prioriteres foran pasienter med større medisinsk behov, men som er i et behandlingsforløp. Etter revisjonens vurdering er det større risiko for slike prioriteringer ved en poliklinikker med relativt mange pasienter som ikke får time innen planlagt tid.

Få sykehus har integrerte systemer for håndtering av bemannings-, oppgave- og timeplanlegging. Ved mange sykehus bruker de regneark, tekstbehandling eller penn og papir til deler av planleggingen. Dette innebærer mye manuelt arbeid, større risiko for feil og mindre forutsigbarhet for både ledere, leger og merkantilt personell.

Å sørge for rett kompetanse og tiltak til rett tid krever god oversikt over kommende aktivitet. Dette forutsetter gode verktøy, kompetanse i logistikk og lang planleggingshorisont. Lang planleggingshorisont påvirker kapasitetsutnyttelsen og har også betydning for hvor mange konsultasjoner legene klarer per time den tiden de er på poliklinikken. Det er derfor etter revisjonens vurdering mulig for mange poliklinikker å øke aktiviteten med bedre planlegging. En viktig effekt av lang planleggingshorisont vil også være at flere pasienter kommer til time til planlagt tid og innenfor det som er medisinsk forsvarlig.

7.5 Oppfølgingen av aktivitet og ressurser er for lite systematisk til å sikre en effektiv bruk av legeressursene

Helseforetakene er pålagt å ha et styringssystem som sørger for at aktivitetene planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i lov og forskrift. Styringssystemet skal sikre betryggende kontroll med at ressursbruken er effektiv, og at styringsinformasjonen er tilstrekkelig til å gi forsvarlige beslutningsgrunnlag. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at aktivitetene styres systematisk, og at medarbeiderne bidrar til dette. De regionale helseforetakene har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet opprettet en nasjonal arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling. Gruppen arbeider med å redusere uønsket variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse.

Oppdatert styringsinformasjon er viktig for at alle aktørene – leger, sykepleiere og merkantilt personell – skal forstå driftssituasjonen, og for at ledere effektivt skal kunne styre og følge opp ressursbruken og aktiviteten løpende. Likevel viser undersøkelsen at sentrale styringsindikatorer enten følges opp sjeldnere enn månedlig eller ikke brukes av mange ledere.

Helse- og omsorgsdepartementet hadde for 2017 stilt krav om at variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene skulle reduseres, blant annet gjennom oppfølging av indikatoren «andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et behandlingsforløp, hvor planlagt dato er passert på rapporteringstidspunktet». Undersøkelsen viser at mens nesten alle ledere følger opp slik informasjon for nyhenviste pasienter hver måned eller oftere, er det bare 67 prosent som like ofte følger opp tilsvarende informasjon for pasienter i et behandlingsforløp. Siden undersøkelsen viser at mange pasienter ikke får time til planlagt dato, er det etter revisjonens vurdering behov for tett oppfølging av pasienter i et behandlingsforløp. Dette vil kunne bidra til at flere pasienter kommer til time innen det som er medisinsk forsvarlig tid.

Videre har Helse- og omsorgsdepartementet stilt krav om å følge opp indikatoren andelen kontroller innen fagområdet. Undersøkelsen viser likevel at mer enn 40 prosent av lederne sjeldnere enn månedlig eller ikke i det hele tatt fulgte opp denne indikatoren. Siden undersøkelsen indikerer at mange leger opplever å ha pasienter til kontroll som de mener ikke har behov for spesialisthelsetjenester, er det etter revisjonens vurdering viktig at flere ledere følger opp denne indikatoren tettere. Ved å sikre at bare nødvendige kontroller gjennomføres, kan man frigjøre legeressurser til viktigere oppgaver.

Mer enn halvparten av lederne følger sjeldnere enn månedlig opp indikatorer med informasjon om antallet ikke gjennomførte konsultasjoner og antallet pasienter som ikke har møtt til time. En viktig grunn til at planlagte konsultasjoner ikke blir gjennomført, er at pasienter ikke møter opp. Etter revisjonens vurdering er det viktig at denne informasjonen følges opp jevnlig, og at det settes i verk tiltak for å redusere antallet planlagte konsultasjoner som ikke blir gjennomført.

Det er utbredt at ledere jobber aktivt klinisk ved siden av å være leder. Mange ledere som kombinerer leder- og klinikeroppgaver, opplever at de har begrenset kapasitet til å ivareta lederansvaret på en effektiv måte. Enheter i spesialisthelsetjenesten er ofte komplekse og krevende å lede. Undersøkelsen viser at noen ledere har god tilgang til administrativ støtte, mens andre ledere har begrensede muligheter til å delegere administrative oppgaver. Etter revisjonens vurdering er det viktig at ledere på operativt nivå har tilstrekkelig beslutningsgrunnlag til å kunne sette i verk målrettede forbedringer. Dette krever at de får oppdatert styringsinformasjon, og at den følges opp med nødvendige tiltak i planleggingen. For å få til dette må spesielt ledere som kombinerer leder- og klinikeroppgaver, ha tilstrekkelig administrativ støtte.

Leger, sykepleiere og merkantilt personell som jobber på poliklinikken, har ofte verken samme nærmeste leder eller samme leder på neste ledernivå. Om lag halvparten av de overordnede lederne (lederne til legenes nærmeste leder) har oppgitt at de ikke har beslutningsmyndighet over det merkantile personellet på poliklinikken, mens to av fem har oppgitt at de ikke har slik myndighet over sykepleierne. Undersøkelsen viser at ledere har begrenset mulighet til å gjennomføre korrigeringer og forbedringer i aktivitet og ressursbruk når de ikke har beslutningsmyndighet over alle personellgrupper som jobber ved poliklinikken. Konsekvensen av en slik organisering er at beslutningsprosesser om endringer i oppgavefordeling, ressursinnsats og forbedringstiltak må

samordnes og koordineres med flere ledere og ledernivåer, noe som gjør prosessen både tid- og ressurskrevende. Ved en slik organisering vil det etter revisjonens vurdering være viktig å iverksette kompenserende tiltak som sikrer at organisasjons-modellen ikke hemmer forbedringstiltak som involverer personell som har en annen leder.

For å kunne møte den forventet voksende etterspørselen etter spesialisthelsetjenester i årene som kommer, er det etter revisjonens vurdering viktig at ledere på operativt nivå har tilstrekkelig beslutningsgrunnlag til å kunne iverksette målrettede forbedringer. Videre må ledelsen ved helseforetakene sørge for at virksomheten og styrings-systemene er innrettet slik at de fremmer kontinuerlig og nødvendig forbedringsarbeid i sykehusene og dermed bidrar til effektiv bruk av legeressursene. Dette vil være avgjørende for å kunne behandle flere pasienter, redusere ventetider, styrke kvaliteten og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen framover. Samtidig må det alltid etterstrebes at hensynet til effektiv drift ikke går på bekostning av muligheten til å ta gode faglige beslutninger for den enkelte pasient.

8 Referanseliste

Regelverk

- *Lov om spesialisthelsetjenester m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. Sist endret: LOV-2018-06-22-76.
- *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* (helsetilsynsloven). LOV-1984-03-30-15. Sist endret: LOV-2015-12-18-121 fra 01.01.2016.
- *Lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven). LOV-2001-06-15-93. Sist endret: LOV-2013-06-14-41 fra 01.07.2013.
- *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Sist endret: LOV-2018-06-15-38 fra 20.07.2018.
- *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Sist endret: LOV-2018-06-15-38 fra 20.07.2018
- *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. FOR-2016-10-28-1250. Endrer FOR-12-20-1731.
- *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd*. FOR-2000-12-01-1208. Sist endret: FOR-2017-12-01-1905 fra 01.01.2018

Instrukser og veiledere

- Veileder til *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* IS-IS-2620.

Stortingsdokumenter

Stortingsproposisjoner

- Ot.prp.nr 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.
- Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) Om lov om helsepersonell m.v.
- Prop. 1 S. Helse- og omsorgsdepartementet (2016-2017) og (2013-2014)
- Innst. 11 S (2016-2017)
- Meld. St. Nr. 27 (2013-2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap
- Meld. St. Nr 13 (2010-2011) Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi

Stortingsmeldinger

- Meld St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019).
- St. meld. nr. 10 (2012-2013) God kvalitet-trygge tjenester-Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten

- Innst. 250 S (2012–2013)
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen*

Oppdragsdokumenter

- Oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2015, 2016 og 2017.
- Tilleggsdokument til oppdrag og bestilling 2015.

Andre kilder

- SSB, Spesialisthelsetjenesten, 2011-2017, avtalte årsverk eksklusive lange fravær, somatiske institusjoner i helseforetakene
- Johannessen, Kittelsen og Hagen (2016) «Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform», gjennomført av Universitetet i Oslo.
- Norsk pasientregister. Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2017.
- Norsk pasientregister, Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2017, tabell V1, V2 og V3
- Rapport fra regional arbeidsgruppe (AIM) oversendt oktober 2017 til Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med de fire RHF-enes arbeid med å redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet, jf. oppdragsdokumentet for 2017.

9 Vedlegg

Vedlegg 1 Oversikt over uttrekk av data om planlagte pasientkontakter per helseforetak*

Helseforetak	Uttrekk 1	Uttrekk 2	Uttrekk 3	Uttrekk 4
Akershus universitetssykehus HF	oktober 2017	desember 2017	-	februar 2018
Oslo universitetssykehus HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Sykehuset Østfold HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Sykehuset Innlandet HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Sykehuset Telemark HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Sykehuset i Vestfold HF	oktober 2017	desember 2017	-	februar 2018
Sørlandet sykehus HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Vestre Viken HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Helse Stavanger HF**	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Helse Bergen HF**	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Helse Fonna HF**	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Helse Førde HF**	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
St. Olavs hospital HF	november 2017	desember 2017	-	februar 2018
Helse Møre og Romsdal HF	november 2017	desember 2017	-	februar 2018
Helse Nord-Trøndelag HF	november 2017	desember 2017	-	februar 2018
Helgelandssykehuset HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Nordlandssykehuset HF	oktober 2017	desember 2017	januar 2018	-
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	november 2017	desember 2017	januar 2018	februar 2018
Finnmarkssykehuset HF	-	-	januar 2018	februar 2018

* For det første datauttrekket varierer uttrekksdatoene mellom HF-ene. For resten av uttrekkene er det for de aller fleste HF tatt ut data 3. desember 2017, 8. januar 2018 og 2. februar 2018.

** Det er i tillegg mottatt data fra alle helseforetak i Helse Vest RHF i november 2017.

Vedlegg 4:
Brev og rapport til sak 4 om
Helse Sør-Østs gjennom-
føring av det regionale
radiologiprogrammet RIS/PACS

4.1 Riksrevisjonens brev til statsråden
i Helse- og omsorgsdepartementet

4.2 Statsrådens svar

4.3 Rapport fra forvaltningsrevisjon av
Helse Sør-Østs gjennomføring av det regionale
radiologiprogrammet RIS/PACS



Vår saksbehandler	22241218
Sven Antonsen	
Vår dato	Vår referanse
26.09.2018	2018/01251-26
Deres dato	Deres referanse

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att.: Statsråd Bent Høie

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om Helse Sør-Østs gjennomføring av det regionale radiologiprogrammet RIS/PACS*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 15. juni 2018, og på departementets svar 9. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018.

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg



Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

17/3054-16

9. oktober 2018

Riksrevisjonens undersøkelse om Helse Sør-Øst RHF's gjennomføring av det regionale radiologiprogrammet RIS/PACS

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 26. september 2018 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017, vedlagt Riksrevisjonens undersøkelse av Helse Sør-Østs gjennomføring av det regionale radiologiprogrammet RIS/PACS. Jeg viser videre til departementets brev av 9. august i år.

Helt innledningsvis vil jeg påpeke en liten feil på side to i rapporten, hvor det står at «Rapporten ble lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 15. juni 2017.» Det riktige skal være 15. juni 2018.

Jeg oppfatter gjennomgående Riksrevisjonens merknader og anbefalinger knyttet til Helse Sør-Østs gjennomføring av det regionale radiologiprogrammet RIS/PACS som relevante. Hovedfunnene fra undersøkelsen peker på en rekke forhold som må følges opp i regionen i tiden fremover.

Hovedfunnene i revisjonen viser (1) at radiologiprogrammet ikke har nådd målet om en felles radiologiløsning som skulle sikre bedre pasientsikkerhet og økt effektivitet, (2) at Helse Sør-Østs arbeid med et felles radiologisystem i regionen har gitt betydelige økonomiske tap og kan ha ført til alvorlig svikt i pasientsikkerheten, (3) at manglende vurderinger av regionens behov i forkant av og underveis i forhandlingsprosessen bidro til en radiologiløsning som egnet seg dårlig som felles regional løsning, og (4) at manglende beslutningsevne og risikostyring førte til at Helse Sør-Øst RHF verken klarte å heve kjøpet eller å tilpasse produktet.

Postadresse: Postboks 8011 Dep 0030 Oslo
Kontoradresse: Teatergt. 9 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 983 887 406

Med bakgrunn i Riksrevisjonens rapport vedlagt i brev av 26. september i år, har departementet innhentet informasjon fra Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF oppfatter at rapporten peker på mange områder som burde vært håndtert på en bedre måte underveis i prosjektet. Helse Sør-Øst RHF har særlig sett behov for å kommentere omtalen av pasientsikkerhet. Utover dette vises det også til hvilke tiltak som er iverksatt eller som pågår for å bedre Helse Sør-Østs evne til å gjennomføre større IKT-prosjekter.

Pasientsikkerhet

Helse Sør-Øst RHF viser til pkt 2.2 i rapporten hvor det fremgår:

«Helse Sør-Østs arbeid med et felles radiologisystem i regionen har gitt betydelige økonomiske tap og kan ha ført til alvorlig svikt i pasientsikkerheten.»

Helse Sør-Øst RHF mener løsningen har gitt bekymringer knyttet til pasientsikkerhet. Helse Sør-Øst RHF vil samtidig peke på at det er viktig å skille mellom uønskede hendelser og brudd på pasientsikkerhet. Ved melding om avvik/uønskede hendelser i avvikssystemet, skal det settes inn tiltak og gjøres endringer for å sikre forsvarlig behandling og forebygge at hendelser oppstår på nytt.

Ifølge Helse Sør-Øst RHF har Sykehuset Innlandet HF, basert på feil som er oppdaget og meldinger om uønskede hendelser, satt inn flere tiltak for å ivareta pasientsikkerheten og gi forsvarlig behandling. Det har vært behov for svært mange manuelle kontrollrutiner og risikoreduserende tiltak. I tillegg har det vært behov for å gjennomgå store serier med røntgensvar for å kontrollere feil i overføring mellom radiologisystemet og den elektroniske pasientjournalen.

Tiltak knyttet til gjennomføring av IKT-prosjekter

Som et ledd i sitt arbeid med reorganiseringen av styring og oppfølging av større IKT-prosjekter, har Helse Sør-Øst RHF iverksatt eller vil iverksette flere tiltak. Dette gjelder tiltak innenfor følgende områder:

- Beslutningsprosess og forankring
Helse Sør-Øst RHF har gjennomført endringer for å sikre god forankring og involvering i de beslutninger som fattes. Dette innebærer blant annet at de administrerende direktørene i helseforetakene involveres i alle beslutningsfasene i et prosjekt før de endelige beslutningene tas.
- Prosjektstyring og -oppfølging
Helse Sør-Øst RHF viser til at det er iverksatt ny organisering av teknologi- og e-helse området i Helse Sør-Øst. De endringene som er iverksatt skal bl.a. bidra til tydeliggjøring av roller og ansvar, med kortere ansvarslinjer og ansvar lagt i den ordinære linjen. Dette anses viktig for god gjennomføring og oppfølging av IKT-prosjekter.

- Anskaffelser
Helse Sør-Øst RHF vil iverksette endringer i hvordan anskaffelser gjennomføres. Dette innebærer at det skal være en intern forhandlingsleder, at erfaringer fra tidligere anskaffelser og erfaring med produktet som tilbys skal tillegges større vekt, og at det er en tydeligere avklaring av hva som er utviklingsbehov og hva som finnes i leverandørens tilbudte produkt. Det skal også være en større bevissthet i forhold til ulike behov i foretaksgruppen, og at det i enkelte tilfeller også må være mulighet for variasjon der standardisering ikke er mulig eller er svært krevende.
- Leverandørstyring
Området leverandørstyring skal styrkes, og i styringsmodellen skal ansvar og roller tydeliggjøres. Helse Sør-Øst RHF har også styrket sin juridiske kapasitet og kompetanse innenfor dette området, og vil koble denne kompetansen tettere på leverandørstyringen.
- Rapportering
Fra og med tertialrapporten for 1. kvartal 2018 er rapporteringen i Helse Sør-Øst endret slik at det rapporteres til styret per styrevedtatt prosjekt, og ikke samlet for et program. På denne måten ønsker Helse Sør-Øst RHF å få tydeliggjort utfordringene knyttet til gjennomføringen av de enkelte prosjektene i porteføljen. Dette vil også sette styret i bedre stand til å følge opp det enkelte prosjekt de har vedtatt. Rapporten har fokus på avviksrapportering med beskrivelse av tiltak for prosjekter med avvik.
- Gevinstoppfølgning
Ifølge Helse Sør-Øst RHF skal det legges opp til virksomhetsrapportering av utvalgte gevinster i tertialrapportering, som del av den ordinære oppfølgingen av helseforetakene. Det pågår forbedring inkludert en utvidelse av denne rapporteringen.

Jeg vil stille krav til Helse Sør-Øst RHF i foretaksmøtet i januar 2019 om å følge opp Riksrevisjonens anbefalinger i denne rapporten. Dette innebærer blant annet at Helse Sør-Øst RHF skal rapportere til departementet fra arbeidet med oppfølgingen. Gjennomføring av konkrete prosjekter ligger imidlertid innenfor de regionale helseforetakenes ansvar for å yte forsvarlige helsetjenester.

Med hilsen



Bent Høie

Vedlegg 4.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av Helse Sør-Østs gjennomføring av det regionale radiologiprogrammet RIS/PACS

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Stortinget har i mange år framhevet hvor viktig informasjons- og kommunikasjons-teknologi (IKT) er for å nå helsepolitiske mål om bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk. I arbeidet med helseforetaksloven (Ot.prp. nr. 66 (2000–2001)) ble det lagt vekt på standardisering og samordning av radiologiløsninger både innenfor og mellom de regionale helseforetakene. I Innst. 224 S (2012–2013) ble det understreket at det er behov for å sikre en helhetlig og forutsigbar IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren.

I Meld. St. 27 (2015–2016) *Digital agenda* understrekes det at mange digitaliserings-prosjekter, både offentlige og private, er krevende, ambisiøse og komplekse. Dette gir høy risiko. En av regjeringens hovedprioriteringer i IKT-politikken er å profesjonalisere planleggingen og gjennomføringen av slike prosjekter, slik at kompleksiteten og risikoen reduseres og de planlagte gevinstene realiseres.

Som et ledd i arbeidet med å etablere felles IKT-løsninger i regionen inngikk Helse Sør-Øst RHF i 2013 en avtale med en leverandør om å innføre et nytt regionalt IKT-system for behandling av røntgeninformasjon og -bilder (RIS/PACS). Systemet som ble anskaffet, ble ansett som hylleware¹ med begrensede behov for utvikling og tilpasning. Pilotløsningen ved Sykehuset Innlandet HF skulle etter planen være ferdig implementert i juli 2014. Deretter skulle løsningen innføres suksessivt i de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst innen utgangen av 2018. Pilotløsningen ved Sykehuset Innlandet HF ble satt i produksjon² i september 2016, men er ikke godkjent av Helse Sør-Øst.

Radiologiprogrammet har vært preget av betydelige forsinkelser og feil. I februar 2018 vedtok styret i Helse Sør-Øst RHF å avlyse innføringen av den regionale radiologiløsningen³ og å avbestille videre leveranser fra leverandøren.

Radiologiprogrammet inngår som en av flere satsinger i *Digital fornying* – Helse Sør-Østs regionale program for fornying og standardisering av arbeidsprosesser og teknologi. Digital fornying ble etablert i 2013 som et ledd i å oppfylle målet om mer felles og sentrale IKT-løsninger.

Helse Sør-Øst RHF eier radiologiprogrammet, og Sykehuspartner HF drifter løsningen og har bidratt til å stille tekniske krav, det vil si krav om at løsningen skal kunne passe inn i teknologiplattformen. Radiologiprogrammet ble først opprettet som prosjektet *Felles RIS/PACS Helse Sør-Øst* i mars 2011, men ble i november samme år omgjort til *Program regional RIS/PACS*. I 2015 ble Digital fornying omorganisert, og *Regional radiologi* ble opprettet som et prosjekt under programmet *Regional klinisk løsning*

1) Ifølge Difi er «hylleware» ferdige systemer som du kan kjøpe og begynne å bruke uten installasjon eller tilpasninger.

2) En applikasjon er satt i produksjon når løsningen er testet i et testmiljø og den installeres på en produksjonsserver i påvente av at brukeren skal godkjenne den.

3) Med radiologiløsningen forstås IKT-programvaren med de nødvendige tilpasninger til radiologienhetens arbeidsprosesser.

(RKL). I denne undersøkelsen brukes betegnelsen *radiologiprogrammet* gjennomgående.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere årsaker til at Helse Sør-Øst RHF ikke har nådd målet om å etablere en felles radiologiløsning i regionen.

Målet er belyst gjennom følgende problemstillinger:

1. Hva er statusen for etableringen av en regional radiologiløsning i foretaksgruppen i Helse Sør-Øst, og hva er konsekvensene av at foretaksgruppen ikke har nådd målet?
2. Hva er årsakene til at målet ikke er nådd?
 - a) Hvilke årsaker er å finne i anskaffelsen?
 - b) Hvilke årsaker er å finne i styringen av prosjektet?

2 Metodisk til nærmring og gjennomføring

Problemstillingene er belyst gjennom dokumentanalyse og dybdeintervjuer. De innsamlede dataene stammer fra perioden 2010 til våren 2018.

2.1 Dokumentanalyse

Dokumentanalysen omfatter flere arkiver i hele programperioden. Det er innhentet dokumentasjon både fra arkivene til Helse Sør-Øst, Sykehuspartner og Sykehuset Innlandet og fra enkeltpersoner som har hatt viktige roller i ulike deler av radiologiprogrammet.

For å få informasjon om årsakene til den manglende måloppnåelsen har revisjonen analysert dokumenter som berører henholdsvis planleggingen og gjennomføringen av anskaffelsen og gjennomføringen og styringen av programmet. Dokumentene omfatter kravspesifikasjon og kontrakt, program- og prosjektmandater, planer og strategier, eksterne og interne evalueringsrapporter, ulike styringsdokumenter og styreprotokoller. Ved å analysere disse dokumentene ønsket revisjonen å få en oversikt over planer og mål og selve gjennomføringen av programmet. I tillegg har revisjonen gått gjennom referater fra ulike styringsgrupper, referansegrupper og kjernegrupper for å få kjennskap til styringen underveis og eventuelle korrigerende tiltak som er iverksatt.

Etter en innledende dokumentanalyse ble det utarbeidet en tidslinje over radiologiprogrammets forløp. Hensikten var å identifisere perioder i prosjektløpet som var av spesiell interesse for revisjonen. Deretter foretok revisjonen en systematisk innhenting av ytterligere dokumentasjon knyttet til disse periodene.

Over tusen dokumenter inngår i dokumentanalysen. All dokumentasjon er i elektronisk format og importert og analysert i Nvivo, et elektronisk dokumentanalyseverktøy. Der ble innholdet i dokumentene først systematisert i ulike temaer. En analyse av denne systematiseringen identifiserte noen trender i materialet som revisjonen gikk dypere inn i for å finne hovedårsakene til at en regional radiologiløsning ikke er innført. Denne systematiseringen bidro også til å identifisere de mest sentrale dokumentene.

Revisjonen brukte i tillegg dokumentene til å lage en oversikt over nøkkelaktører på ulike organisasjonsnivåer. Denne oversikten ble benyttet til å velge relevante

intervjuobjekter. Informasjon fra intervjuene har også bidratt til at flere dokumenter er blitt innhentet, og til å utdype innholdet i de foreliggende dokumentene.

For å belyse økonomiske konsekvenser har revisjonen brukt Helse Sør-Østs egen beregning.⁴

For å undersøke hvordan innføringen av en ny radiologiløsning har påvirket forekomsten av uønskede hendelser ved driften, har revisjonen innhentet rapport fra Sykehuspartners hendelsesregistreringsverktøy for Sykehuset Innlandet HFs radiologiløsning. For å sammenligne med et annet helseforetak har revisjonen innhentet informasjon om Vestre Viken HF, som har en eldre radiologiløsning fra samme leverandør.

For å undersøke om innføringen av radiologiløsningen har fått konsekvenser for pasientsikkerheten ved Sykehuset Innlandet HF, har revisjonen innhentet oversikter over pasientrelaterte uønskede hendelser som er blitt registrert i kvalitetssystemene i 2012, 2015 og 2017. Begrunnelsen for å velge disse årene er at revisjonen ønsket å få et bilde av hvordan uønskede hendelser utviklet seg i perioden. 2012 var året før den nye radiologiløsningen ble innført, og Sykehuset Innlandet hadde da en radiologiløsning som ikke lenger ble oppdatert. I 2015 var den nye radiologiløsningen installert, testet og akseptert med forbehold. I 2017 var løsningen i produksjon i hele Sykehuset Innlandet.

I den lange programperioden har det vært gjennomført mange endringer i rutiner og i organiseringen av programmet som har medført oppdateringer av sentrale programdokumenter. Rapporten gir et helhetsbilde og framstiller ikke detaljene i disse endringene.

2.2 Dybdeintervjuer

For å utdype årsakene til hva som gikk galt i planleggingen og gjennomføringen av programmet, har revisjonen gjennomført dybdeintervjuer. Det er gjennomført i alt 18 intervjuer. Før intervjuene kartla revisjonen de involverte aktørene systematisk for å sikre at intervjuene ville bidra til å belyse utfordringen både med anskaffelsen og med styringen av programmet fra flere ståsteder. Intervjuobjektene er valgt med bakgrunn i sin rolle og posisjon og sin kunnskap til å utdype funn fra dokumentanalysen. I tillegg har det vært et mål å få representert hele bredden av aktører. Rekkefølgen på intervjuene ble planlagt slik at de hele tiden kunne bygge på informasjon fra tidligere intervjuer. Informanter med lederansvar ble intervjuet til slutt.

For å forstå selve anskaffelsesprosessen og forhandlingene bedre har revisjonen intervjuet forhandlingslederen og medlemmer av forhandlingsutvalget. I tillegg er det gjennomført intervjuer med nøkkelpersonell hos leverandøren og en av de andre tilbyderne.

Når det gjelder kunnskap om styringen og gjennomføringen av programmet, har revisjonen intervjuet nøkkelpersonell i ulike faser av programmet. Det gjelder programlederen for radiologiprogrammet (RAD) og det etterfølgende programmet Regional klinisk løsning (RKL) og dessuten ledere for leveranseprosjektet, mottaksprosjektet og programstyret, medlemmer av prosjekter, styringsgrupper og referansegrupper samt andre sentrale personer i Helse Sør-Øst, fornyingsstyret og Sykehuset Innlandet.

4) Helse Sør-Øst (2018) styresak 013-2018 *Regional radiologiløsning*.

Radiologiprogrammet har strukket seg over åtte år, og mange personer har gått inn og ut av programmet. For å hjelpe intervjuobjektene med å huske tilbake utarbeidet revisjonen tegninger av sentrale hendelser og de ulike organiseringene underveis. Ingen av dem som ble intervjuet, hadde den totale oversikten over hvordan programmet/prosjektet har vært organisert og utviklet seg over tid.

Intervjuguiden ble utformet på bakgrunn av dokumentanalysen, men samtidig designet for å fange opp nye elementer og forklaringer som dukket opp i intervjuene. De vesentligste funnene fra hvert intervju ble oppsummert umiddelbart etter at intervjuet var ferdig. Enkeltuttalelser i rapporten er verifisert av informantene. Etter hvert intervju ble det vurdert om det var nødvendig å justere eller legge til spørsmål før de påfølgende intervjuene.

Etter at alle intervjuene var gjennomført, ble rapportene fra intervjuene sammenstilt for å synliggjøre tverrgående mønster. Disse mønstrene underbygget hovedfunn fra dokumentanalysene. I tillegg ble dokumentmaterialet brukt til å verifisere ny informasjon fra intervjuene.

Når faktadelen beskriver hva analysen viser, dreier det seg om den samlede analysen av dokumenter og intervjuer.

3 Revisjonskriterier

3.1 Overordnede mål og krav til Helse Sør-Østs styring av IKT-prosjekter

Et sentralt mål med statens eierskap i de regionale helseforetakene er å sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen.⁵ God ressursutnyttelse vil si god måloppnåelse i forhold til ressursinnsatsen.⁶ Ett tiltak regnes gjerne som mer effektivt enn et annet hvis det oppnår målet med lavere omkostninger i form av tid, personellinnsats, utgifter, uheldige bivirkninger med mer.

I stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren* vises det til overordnede mål for IKT-utviklingen blant annet at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger.⁷ I et foretaksmøte 7. januar 2015 understreker Helse Sør-Øst RHF at de regionale helseforetakene skal bidra til at IKT-utviklingen er i tråd med den nevnte stortingsmeldingen.

I stortingsmeldingen om digital agenda⁸ påpekes det at digitalisering ikke handler primært om teknologi, men innebærer omlegginger av virksomheten som endrer arbeidsprosesser, organisering, regelverk eller teknologi. Digitalisering handler derfor i stor grad om styring, organisasjonsutvikling og ledelse.

3.2 Anskaffelsen

Loven om offentlige anskaffelser skal fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser. Den skal også bidra til at det offentlige opptrer med integritet, slik at allmennheten har tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte.⁹

5) Prop. 1 S (2013–2014) for Helse- og omsorgsdepartementet, s. 68.

6) Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*, kap. 4.1.4.

7) Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*, s. 10.

8) Meld. St. 27 (2015–2016) *Digital agenda for Norge*, s. 52.

9) *Lov om offentlige anskaffelser* § 1.

Formålet med forhandlinger er å gi leverandøren mulighet til å levere sitt beste tilbud. Konkurranser med forhandlinger er dynamiske og komplekse prosesser. For å oppnå gode resultater må man følge den framgangsmåten som er best i situasjonen som foreligger.¹⁰

Ved offentlige anskaffelser skal alle leverandørene behandles likt. I en konkurranse med forhandlinger betyr det at alle de gjenværende leverandørene i konkurransen skal få samme mulighet til å levere sitt beste tilbud.¹¹ Det innebærer blant annet at de skal få tilgang til den samme relevante informasjonen til samme tid.¹² Kravet innebærer imidlertid ikke at oppdragsgiveren må bruke like mye tid på hver drøftelse, eller at alle forhandlingsmøtene må gjennomføres helt likt. De ulike tilbudene vil ha forskjellige styrker og svakheter, og oppdragsgiveren kan tilpasse forhandlingene med de enkelte leverandørene avhengig av fordelene og svakhetene ved deres respektive tilbud.

Det er viktig at innkjøperen er i stand til å evaluere leverandørene. Undersøkelser har vist at innkjøpere ofte har liten evne og mulighet til å evaluere kompetansen til leverandører i anskaffelsesprosessen.¹³ Leverandørvalg bør i større grad skje gjennom utprøving av leverandørens kompetanse på relevante områder.

Ifølge fagsidene om offentlige anskaffelser til Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) er kvalitetskrav de kravene som dreier seg om egenskaper ved løsningen, det vil si krav som *ikke* gjelder funksjonaliteten i løsningen.¹⁴ Funksjonaliteten bør beskrives i form av behov istedenfor krav, og gjerne i en sammenhengende tekst. Eksempler på kvalitetskrav er krav til den tekniske plattformen for løsningen, responstid, kapasitet og sikkerhet. For å legge til rette for et størst mulig handlingsrom er det viktig å holde kravene på et overordnet nivå og ha så få absolutte krav som mulig.

Kontraktsoppfølging gjelder alle forhold og situasjoner som oppstår fra en kontrakt er signert, til den er avsluttet og partene ikke lenger har rettigheter og plikter etter den.¹⁵ Dette innebærer særlig å kontrollere og sørge for at leverandøren leverer det han skal, når han skal, og ellers oppfyller alle sine plikter. Men det innebærer også blant annet å implementere kontrakten i sin egen virksomhet, så man selv etterlever forpliktelsene overfor leverandøren. Det er da viktig at oppdragsgiveren etablerer kommunikasjon med brukerne av varene/tjenestene eller på andre måter fører kontroll med at leverandøren leverer i henhold til kontrakten.

Oppdragsgiveren skal ved offentlige anskaffelser opptre i samsvar med grunnleggende prinsipper om etterprøvnbarhet.¹⁶ Dette kravet innebærer at oppdragsgiveren må kunne dokumentere hva som har gått for seg i anskaffelsesprosessen, og hvilke beslutninger som er tatt i den. Oppdragsgiveren må sikre at vurderinger og dokumentasjon som har betydning for gjennomføringen av konkurransen, foreligger skriftlig og i tilstrekkelig klar og tydelig form til at det senere er mulig å få en god forståelse av de vurderingene oppdragsgiveren har gjort. Kravet til etterprøvnbarhet innebærer også at forhandlingene må dokumenteres i tilstrekkelig grad.¹⁷ Det betyr at forhandlingsmøter og annen muntlig kommunikasjon mellom oppdragsgiveren og leverandørene dokumenteres

10) Difi (2017) *Gjennomføring av forhandlinger – praktisk veileder*, s. 2.

11) Difi (2017) *Gjennomføring av forhandlinger – praktisk veileder*, s. 4.

12) Nærings- og fiskeridepartementet (2017) *Veileder til reglene om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften)*, s. 60 og 265.

13) Jørgensen, Magne (2015) *Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter. En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak*. Oslo: Simula.

14) Difi (2017) *Kvalitetskrav i en systemanskaffelse*. <<https://www.anskaffelser.no/prosess/it/systemanskaffelser/forberede-konkurransen/kravspesifikasjon/kvalitetskrav>> [Hentedato 25. april 2018]

15) Difi (2016) *Veileder for kontraktoppfølging ved offentlige anskaffelser*, s. 2 og 11.

16) Lov om offentlige anskaffelser § 5 og *Veileder til reglene om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften)*, pkt. 7.5.2 s. 63.

17) Nærings- og fiskeridepartementet (2017) *Konkurranse med forhandling etter forutgående kunngjøring*, pkt. 7.3. <<https://www.regjeringen.no/no/tema/naringsliv/konkurransepolitikk/offentlige-anskaffelser/-andre-kolonne/anskaffelsesprosedyrer-i-del-iii/konkurranse-med-forhandling-etter-forutgaende-kunngjoring/id2568588/>> [Hentedato 25. april 2018]

gjennom skriftlige referater, lydopptak eller lignende. Ifølge *forskrift om offentlege arkiv* § 9 skal et offentlig organ ha én eller flere journaler for registrering av dokumenter i de sakene som organet oppretter, og som har verdi som dokumentasjon.

3.3 God praksis for styring av IKT-prosjekter

Prosjektveiviseren er Difis overordnede prosjektmodell for god styring av IKT-prosjekter i staten. Denne bygger på Prince2, som er et internasjonalt anerkjent rammeverk for beste praksis for prosjektgjennomføring. Disse prinsippene vil gjelde for alle faser av prosjektgjennomføringen. I tillegg viser Difi også til veiledere, sjekklister og standarder som er aktuelle ved innføring av IKT-systemer. De grunnleggende prinsippene er blant annet

- å hele tiden forankre prosjektet i det forretningsmessige
 - Dersom prosjektet ikke lenger har en god nok begrunnelse ut fra estimerte kostnader, uvisshet og forventede gevinster, bør det stanses.
- å ha definerte roller og ansvar
 - Både eier, bruker, leverandør og gevinstansvarlig må være representert i styret, og rollene må være klart definert.
- å styre i faser
 - Prosjektet blir planlagt, overvåket og kontrollert i faser. Ledelsen har faste kontrollpunkter gjennom hele prosjektet. Prosjektets status og grunnlag for å fortsette blir vurdert for hver fase, og avgjørelser om hvorvidt prosjektet skal fortsette eller ikke, tas på disse tidspunktene.

God ledelse og lederforankring er viktig for å lykkes med digitale endringsprosjekter.¹⁸ Tydelig ledelse fra toppen med klare prioriteringer, bred forankring internt og klart ansvar er noen av de viktige strategiske grepene for å støtte opp under endringsprosessen. Det er avgjørende at endringen blir ledet og drevet i det daglige.

For å sikre at målene nås, er det viktig med god risikostyring som omfatter både risikovurderinger (risikoidentifikasjon, risikoanalyse og risikoevaluering/-prioritering) og risikohåndtering (utforming av risikoreduserende tiltak og oppfølging av risiko).¹⁹

Ifølge prosjektveiviseren er det viktig å sikre at prosjektets tekniske løsning blir sett i sammenheng med nødvendige endringer i arbeidsprosesser og organisering, slik at det er mulig å realisere de ønskede gevinstene.²⁰ Videre må løsningen være forenlig med tekniske rammebetingelser, virksomhetens IT-strategi, interne standarder og retningslinjer, og den må ivareta informasjonssikkerheten.²¹

3.4 Krav til internkontroll

Ifølge *lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven) § 28 skal styret sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk.²² God styring og oppfølging innebærer at helseforetakene må etablere en internkontroll som bidrar til at fastsatte mål og resultatkrav nås. Internkontrollen skal bidra til at

- ressursbruken er effektiv
- virksomheten drives i samsvar med lover og regler
- virksomheten har tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag

18) Difi (2013) rapport 2013:5 Å lede digitale endringsprosjekter – hva er suksesskriteriene?, s. 52.

19) Direktoratet for økonomistyring i staten (DFØ) (2018) *Risikostyring i staten*. <<https://dfo.no/fagomrader/risikostyring/risikostyring-i-staten>> [Hentedato 25. april 2018]

20) Difi (2018) *Prosjektveiviseren. Beskrive behovet for endringer i arbeidsprosesser og organisering*. <<https://www.prosjektveiviseren.no/planleggingsfasen/beskrive-behovet-enderinger-i-arbeidsprosesser-og-organisering>> [Hentedato 25. april 2018]

21) Difi (2018) *Prosjektveiviseren. Beskrive tekniske rammer for prosjektet*. <<https://www.prosjektveiviseren.no/planleggingsfasen/beskrive-tekniske-rammer-prosjektet>> [Hentedato 25. april 2018]

22) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*, s. 212.

Det følger av retningslinjer²³ for oppfølging av eierinteressene i de regionale helseforetakene at Helse- og omsorgsdepartementet skal sørge for at styrene har etablert rammeverk for kontroll som sørger for at internkontrollen er sikret i tilstrekkelig omfang, og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Hovedelementene i rammeverket er målrettet, hensiktsmessig og effektiv drift, pålitelig intern og ekstern rapportering og overholdelse av gjeldende lover og regler. Styringssystemene skal tilpasses etter hvor høy risiko det er for avvik, og hvor vesentlige risikofaktorene er for virksomhetens mål.

4 Status for radiologiprogrammet og konsekvenser av manglende måloppnåelse

4.1 Status for den regionale RIS/PACS-løsningen i Helse Sør-Øst

Gjennom satsingen Digital fornying for hele foretaksgruppen i Helse Sør-Øst ble det i 2013 etablert seks programmer med ansvar for standardisering på sine respektive områder. Ett av programmene var regional radiologi.²⁴ Digital fornying er forankret i den vedtatte strategien for foretaksgruppen for 2013–2020. Strategien har pasientsikkerhet, kvalitet, fornying og standardisering som hovedprioriteringer. Det er forventet at felles regionale løsninger og standardiserte prosesser skal bidra til bedre pasientsikkerhet og kvalitet, mer effektiv drift og en bedre hverdag for de ansatte.

Det overordnede effektmålet for radiologiprogrammet omfattet blant annet å etablere et felles regionalt standardsystem for radiologi i Helse Sør-Øst. Videre skulle det etableres en løsning for kommunikasjons- og informasjonsutveksling på tvers av helseforetak og andre interessenter, som pasienter, primærhelsetjeneste og institusjoner innenfor og utenfor regionen (inkludert private røntgeninstitutter).

Et annet mål vedtatt av styret i Helse Sør-Øst har vært å redusere driftsutgiftene til Sykehuspartner HF som felles tjenesteleverandør. Dette målet har vært gjeldende siden det ble planlagt for en regional oppgradering av RIS/PACS i 2009, og før det ble et eget regionalt program.

Målene skulle nås ved at man anskaffet ett system fra én leverandør.

På styremøte i Helse Sør-Øst 1. februar 2018 vedtok styret, på administrerende direktørs anbefaling, at videre leveranser fra leverandøren av den regionale radiologiløsningen skulle avbestilles, og at det skulle etableres en ny plan for anskaffelse av radiologiløsning. Styret besluttet i april 2018 å anskaffe en leverandøruavhengig regional kommunikasjonsløsning for radiologisk informasjon. Målet om å få etablert en felles radiologiløsning (RIS/PACS) med tilhørende informasjons- og kommunikasjonsløsning i helseregionen innen 2018 er ikke nådd. Styret vedtok å forlate målet om en felles konsolidert radiologiløsning for hele regionen.

23) Helse og omsorgsdepartementet (2008) *Retningslinjer for oppfølging av Helse- og omsorgsdepartementets eierinteresser i Helse Sør-Øst RHF*.

24) De fem andre satsingsområdene var klinisk dokumentasjon, laboratedatasystemer, digital samhandling, virksomhetsstyring og IKT-plattform/-infrastruktur.

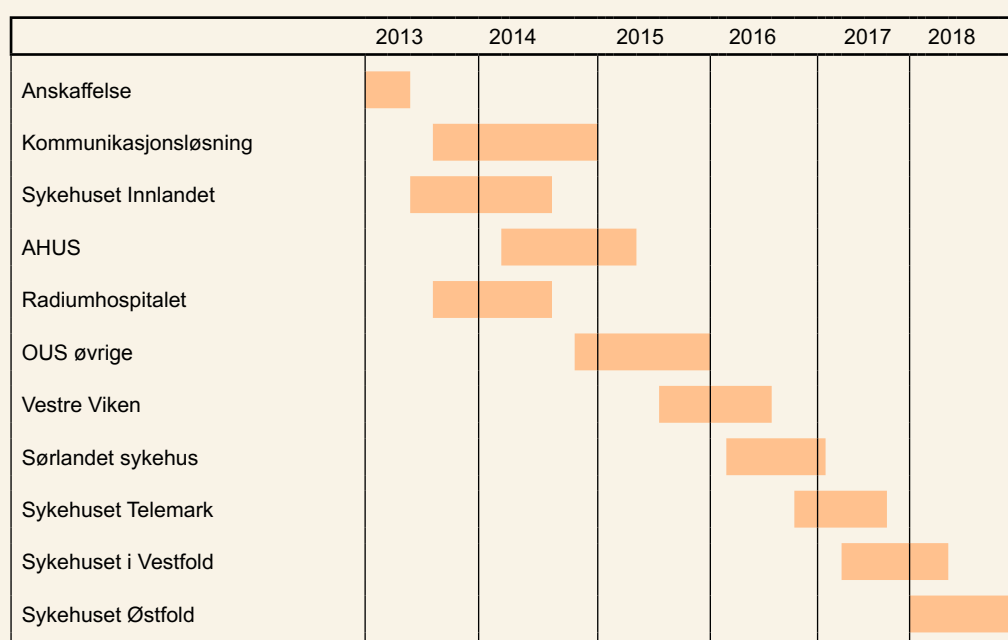
Faktaboks 1 RIS/PACS

PACS står for Picture Archive and Communication System og er en betegnelse som brukes om digital røntgen. I et PACS-system blir røntgenbildene generert, lagret og distribuert digitalt, og alt behov for film og framkalling er borte. PACS er blitt nødvendig for å kunne behandle, lagre og distribuere den store datamengden som dagens moderne røntgenutstyr genererer.

PACS er normalt koblet opp mot et RIS (radiologisk informasjonssystem) som håndterer arbeidsflyt og statusoppdateringer for en bildediagnostisk undersøkelse.

Kilde: Direktoratet for e-helse

Figur 1 Framdriftsplan for radiologiprogrammet per mai 2013*



* Radiumhospitalet ble et eget prosjekt som løp tilnærmet parallelt med Sykehuset Innlandet.

Kilde: Helse Sør-Øst fornyingsprogrammet, *Masterplan*, 06.05.2013

Den 6. mars 2013 ble det undertegnet en kontrakt med Carestream om en ny regional radiologiløsning for Helse Sør-Øst, og etter den opprinnelige planen skulle løsningen innføres over en femårsperiode og være i bruk i hele foretaksgruppen i 2018 (se figur 1). Kommunikasjonsløsningen var det sentrale delprosjektet under den regionale radiologiløsningen som skulle sørge for at helseforetakene kunne utveksle bilder med hverandre og med eksterne radiologiinstitutter. Etter planen skulle kommunikasjonsløsningen settes i drift i 2. kvartal 2014, men oppdraget ble kansellert i desember 2014.

I 2012 var en rekke systemer fra ulike leverandører i bruk i Helse Sør-Øst, og flere av de eksisterende radiologiløsningene trengte oppgradering for at de fortsatt skulle fungere på en hensiktsmessig måte. Planlagte oppgraderinger ble stilt i bero i påvente av det regionale radiologiprogrammet. Både Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus hadde akutt behov for å anskaffe nye radiologiløsninger. I tillegg var det stort behov for å få på plass en felles intern radiologiløsning ved Oslo universitetssykehus. For Sykehuset Innlandet var det ingen alternativer til det nye

systemet fordi det ikke lenger var mulig å vedlikeholde eller få brukerstøtte på det gamle systemet. I Sykehuset Innlandets områdeplan for 2011–2015 framkommer det at den daværende radiologiløsningen var i «havarimodus». Dette var en viktig årsak til at Sykehus Innlandet HF ble valgt som pilotforetak.²⁵

Tabell 1 Oversikt over leverandører av radiologiløsninger i Helse Sør-Øst i 2012 og 2017

Foretak	Januar 2012		September 2017	
	RIS	PACS	RIS	PACS
Oslo universitetssykehus	Siemens	Siemens	Siemens	Siemens
	Sectra	Sectra	Sectra	Sectra
	Agfa	Agfa	Sectra	Sectra
Akershus universitetssykehus	Siemens	Siemens	Siemens	Carestream
Vestre Viken	Carestream	Carestream	Carestream	Carestream
	Siemens	Siemens	Carestream	Carestream
Sykehuset Innlandet	Siemens	Siemens	Carestream	Carestream
Sykehuset Østfold	Sectra	Sectra	Sectra	Sectra
Sykehuset i Vestfold	Sectra	Sectra	Sectra	Sectra
Sykehuset i Telemark	Agfa	Agfa	Agfa	Agfa
Sørlandet sykehus	DIPS RIS	Sectra	DIPS RIS	Sectra

Kilde: Styresak 055-2013 ved Helse Sør-Øst – applikasjonsoversikt 5. september 2012 og Helse Sør-Øst, *Konseptutredning av alternative strategier og veivalg for videre implementering av regional radiologi* av 21. desember 2017

Tabell 1 viser at antallet radiologiløsninger i regionen ikke er redusert siden 2012. Oslo universitetssykehus HF har redusert sine radiologiløsninger fra tre til to ulike systemer ved at Radiumhospitalet i 2014 installerte den samme radiologiløsningen som finnes på Rikshospitalet. Alle sykehus tilhørende Vestre Viken HF har nå den samme leverandøren av radiologiløsninger, men antallet leverandører er ikke redusert i regionen. Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Telemark HF har ikke behov for å oppgradere sine radiologiløsninger i den nærmeste framtid. Sykehuset Vestfold HF planlegger å oppgradere Sectra-systemet i 2018. For Sørlandet sykehus HF rapporteres det at det haster mest med å få på plass en ny løsning, med RIS og PACS fra samme leverandør.

Akershus universitetssykehus HF har en løsning med Carestream PACS og Siemens RIS, mens anbefalingen er å bruke samme leverandør for RIS og PACS innenfor samme helseforetak. I tillegg til at helseforetakene i regionen benytter fem ulike leverandører av RIS/PACS, har de også ulike versjoner av løsninger fra samme leverandør. For eksempel er Vestre Vikens versjon av RISet helt ulik Sykehuset Innlandets versjon av samme løsning. Målet om å kunne formidle informasjon mellom ulike lokalisasjoner og dermed unngå tunge manuelle rutiner for radiologi er derfor ikke nådd. Dette gjelder i hovedsak for undersøkelsesinformasjon og utredningshistorikk. For bilder er det etablert en del digitale løsninger mellom helseforetakene. Samlet sett betyr dette at situasjonen med mange ulike radiologiløsninger er som før.

Etter at leveransen fra Carestream ble avbestilt, vedtok styret i Helse Sør-Øst i april 2018 å planlegge for ny anskaffelse av radiologiløsning ved Oslo universitetssykehus. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst skal få mulighet til å anskaffe samme løsning.

25) Sykehuset Innlandet HF (2011) *Områdeplan 2011–2015*, kap. 5.2.

Målet er å utvikle løsninger som gjør det mulig å dele radiologisk informasjon mellom helseforetakene uavhengig av hvilke leverandører løsningene kommer fra.

4.1.1 Påløpte kostnader til radiologiprogrammet

På styremøtet i Helse Sør-Øst 1. februar 2018 redegjorde administrerende direktør for Helse Sør-Øst for kostnadene for radiologiløsningen. Den 20. juni 2013 ble det vedtatt et budsjett på 478 millioner kroner til innføringen av en regional radiologiløsning i hele helseregionen. Budsjettet omfattet blant annet betaling til leverandøren og til konsulenter. Det omfattet ikke mottakskostnader ved helseforetakene, blant annet til opplæring. Per 31. desember 2017 har det totalt blitt brukt 273,3 millioner kroner til innføringen av den regionale radiologiløsningen. Kostnadene fordeler seg slik:

- Sykehuset Innlandet HF og regionale aktiviteter – 221,0 millioner kroner
- Akershus universitetssykehus HF – 38,4 millioner kroner
- konsolidering Vestre Viken HF – 13,9 millioner kroner

Helse Sør-Øst RHF har bokført et tap for radiologiprogrammet på omlag 114 millioner kroner i 2017. I tillegg til dette tapet er det grunn til å anta at de helseforetakene som må fortsette med de gamle radiologiløsningene, vil ha høye vedlikeholdskostnader. I en statusrapportering om Digital fornying fra 19. august 2016 påpekes det at de mange ulike radiologiløsningene i Helse Sør-Øst gir høye drifts- og vedlikeholdskostnader.

Det at målet om å redusere den store variasjonen i løsninger ikke er nådd, påvirker også driften hos Sykehuspartner ved at systemporteføljen deres ikke er redusert. I langtidsplanen for IKT 2011–2014 bemerkes det at antall systemer påfører Helse Sør-Øst og Sykehuspartner betydelige merkostnader ved at helseforetakene må ha kompetanse på mange ulike systemer, tilpasse vedlikeholdet og vedlikeholde mange ulike systemer for samme formål. Videre må de gjøre store lokale tilpasninger i forbindelse med utvikling, siden de har så mange radiologiløsninger som skal kobles mot en rekke andre IKT-systemer.

Det foreligger foreløpig ikke noe kostnadsoverslag for en planlagt ny anskaffelse av radiologiløsning.

4.2 Konsekvenser for Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandet har møtt på en del utfordringer i pilotfasen (fra 2013 til september 2016) og i den etterfølgende driftsfasen som har påvirket driften av helseforetaket, inkludert pasientsikkerheten.

4.2.1 Pasientsikkerhet

Det foreligger en rekke eksempler på bekymringsmeldinger og meldte uønskede hendelser som viser at problemene underveis med radiologiprogrammet kan ha påvirket pasientsikkerheten ved Sykehuset Innlandet. Antall innmeldte uønskede hendelser på radiologiområdet ved Sykehuset Innlandet har økt fra henholdsvis 5 og 6 registrerte hendelser i 2012 og i 2015 til hele 110 uønskede hendelser i 2017 da den nye radiologiløsningen var satt i produksjon.

Dokumentanalysen viser at de mange feilsituasjonene som har oppstått etter at radiologiløsningen ble satt i produksjon i september 2016, kan ha fått konsekvenser for pasientsikkerheten. Dette eksemplifiseres ved akutsituasjoner hvor driftsavbrudd i radiologiløsningen kan forsinke oppstarten av operasjoner eller forlenge anestesi. I et internt notat fra november 2017 til divisjonsdirektørene i Sykehuset Innlandet mente en gruppe bestående av fagpersoner og avdelingsledere ved sykehuset å kunne dokumentere at driftssituasjonen med leverandørens radiologiløsning i svært stor grad truet pasientsikkerheten.

Se faktaboks 2 for eksempler på uønskede hendelser og feilsituasjoner.

Faktaboks 2 Eksempler fra Sykehuset Innlandet HF høsten 2017

Eksempler fra Rapport over uønskede hendelser:

«Ved smitte, så registreres dette korrekt ved henvisning i pasientjournalen (DIPS), men blir ikke videreført til nytt røntgensystem. Det er gitt tilbakemelding om denne svikten flere ganger. Utgjør en sikkerhetsrisiko for alle involverte i pasientbehandling.»

«Ordet 'Ingen' falt ut av en røntgenbeskrivelse opprettet med talegjenkjenning. Dette er en kjent feil for både Sykehuset Innlandet, Sykehuspartner og Carestream. Vi på billediagnostikk-Kongsvinger har meldt dette gjentatte ganger som feil til Sykehuspartner, da dette er en hyppig forekommende feil i talegjenkjenning.»

«Oppdatering av røntgensystemet Carestream - Alle mine personlige display-protokoller var borte. Jeg fikk derfor kun opp det ene brystet på en mammografiundersøkelse. Tilfeldig kom en kollega og sa at det også var bilder av det andre brystet. Der var en CANCER!»

Eksempler fra konseptutredningen:

Et røntgensvar med diagnosen brystkreft ligger i journalen til en annen kvinne, som ikke har brystkreft, men som har vært til samme type undersøkelse.

Det har vært flere alvorlige hendelser der RIS har vært nede og medført stans i arbeidet og i kommunikasjonen mellom den elektroniske pasientjournalen DIPS og RIS. Dette har bl.a. ført til stopp i mottak av henvisninger i RIS og/eller radiologisvar i DIPS, noe som igjen kan forsinke pasientutredninger.

Cirka 800 røntgensvar ble berørt av feil versjonshåndtering i DIPS, og 665 røntgensvar med statusen «endelig svar» ble ikke synlige for klinikere i DIPS fordi det endelige svaret skjulte seg bak det foreløpige svaret.

Flere eldre mammografibilder har ikke vært tilgjengelige for sammenligning på grunn av feil ved overføring av data.

Det er sendt ut et endelig røntgensvar uten pasientidentifikasjon og undersøkelsesdato.

Da en ansatt skulle lese henvisningen til den neste pasienten på dagsprogrammet, kom henvisningen til den forrige pasienten opp.

Kilde: Rapport over uønskede hendelser, jf. Sykehuset Innlandets svar av 6. mars 2018 på Riksrevisjonens brev av 24. januar 2018 og Helse Sør-Øst, Konseptutredning av alternative strategier og veivalg for videre implementering av regional radiologi av 21. desember 2017

4.2.2 Informasjonssikkerhet

I kravspesifikasjonen for anskaffelsen stilte Helse Sør-Øst som betingelse at systemene skulle oppfylle kravene til informasjonssikkerhet som gjelder for behandling av helseopplysninger. Kravene innebærer blant annet at det skal registreres hvem som har vært inne i systemet, og hvilke endringer de har gjort (logging), at det skal sikres at bare brukere med tjenstlige behov får se helseopplysninger, og at det skal være mulig å sperre en journal dersom brukeren ber om det.

Dokumentanalysen viser at det i 2016 ble påpekt flere utfordringer med informasjonssikkerheten når det gjaldt tilgangsstyring, sperring av journal, skjerming av

opplysninger m.m. Se faktaboks 3 for et eksempel på informasjonssikkerhetsbrudd ved Sykehuset Innlandet. Helse Sør-Østs konseptutredning viser til påviste avvik i informasjonssikkerhet og personvern.

Faktaboks 3 Eksempel på informasjonssikkerhetsbrudd

Sykehus Innlandet HF sendte en avviksmelding om sårbarheter i RIS-løsningen til Data-tilsynet 24. november 2016. Datatilsynet så alvorlig på de skisserte sårbarhetene og at det foreløpig ikke fantes tekniske tiltak som kunne redusere den. Sykehuset Innlandet var i dialog med leverandøren for at avviket skulle lukkes umiddelbart. Det ble laget en rettelse som ble testet, og avviket ble lukket. Avviket ble imidlertid åpnet igjen fordi feilen fortsatt var der.

Kilde: Datatilsynets brev av 22. desember 2016 til Sykehuset Innlandet HF, brev av 12. januar 2017 fra Sykehuset Innlandet HF til Datatilsynet, styresak nr. 065-2017 ved Sykehuset Innlandet 29. september 2017

Det er ikke kjent om alle avvik knyttet til informasjonssikkerhet nå er lukket.

Faggruppen som utarbeidet konseptutredningen, konkluderte i 2017 med at statusen for informasjonssikkerhet og personvern i radiologiløsningene må utredes. Samtidig framkommer det at det trolig finnes tilsvarende avvik i de eksisterende radiologiløsningene fra andre leverandører.

4.2.3 Ressursbruk

Sykehuset Innlandet har hatt merkostnader både i utviklings- og i driftsperioden ved innføringen av systemet. Det har vært kostnader til vikarer (radiologer og radiografer), overtid, ekstern prosjektledelse og annet. Helse Sør-Øst var våren 2018 i dialog med Sykehuset Innlandet for å avklare grunnlaget for vurdering av størrelsen på en eventuell kompensasjon fra Helse Sør-Øst. Dokumentanalysen viser at Sykehuset Innlandet vil beregne hva merkostnadene samlet utgjør.

En viktig forklaring på den økte ressursbruken er at det har vært en rekke feil og problemer med den nye radiologiløsningen både under innføringen og i driftsperioden. Sykehuspartner har ansvaret for å drifte radiologiløsningen og registrerer hendelser og feilsituasjoner i sitt registreringsverktøy for innmeldte saker.

Tall som er innhentet fra Sykehuspartner, viser at antall innmeldte feilmeldinger fra Sykehuset Innlandet økte sterkt etter at RIS/PACS ble satt i produksjon i september 2016, og siden har holdt seg høyt. For eksempel ble det meldt inn 556 hendelser den første måneden løsningen var i produksjon (oktober 2016). Året etter ble det meldt inn 390 hendelser (oktober 2017). Selv om tallene ikke er direkte sammenlignbare, kan det trekkes fram at det for Vestre Viken HF i samme periode ble registrert henholdsvis 80 og 70 hendelser. De to helseforetakene har ulike versjoner av radiologiløsningen og er ulikt organisert. Det opplyses også i konseptutredningen at statistikk for innmeldte saker til leverandører viser at det er forholdsvis flere saker som gjelder den nye løsningen ved Sykehuset Innlandet enn de andre radiologiløsningene i regionen.

Statistikk over antall A-, B- og C-feil, som er forklart i faktaboks 4, og Helse Sør-Østs egen konseptutredning viser at det etter at systemet ble satt i produksjon høsten 2016, er blitt avdekket mange nye kritiske og alvorlige feil. Disse feilene ble ikke avdekket i testene som ble gjennomført før systemet ble satt i produksjon. I tillegg har alvorlige feil som leverandøren angivelig skal ha rettet, dukket opp igjen. Det er foretatt endringer, feilrettinger og testing av feilrettinger i hele driftsperioden. Oppsummert har

det vært feilsituasjoner som er definert som kritiske både i pilotfasen (ved avslutning av systemtesting, rett etter godkjent akseptansetest²⁶ og ved produksjonssetting) og i driftsfasen.

Faktaboks 4 Definisjon av feilkategorier

Ifølge Statens standardavtale for IKT regnes A- og B-feil som vesentlige feil i en godkjenningsperiode for et IKT-system. Feil på nivå A er kritiske feil som medfører at systemet stopper, at data går tapt, eller at andre vesentlige funksjoner for kunden ikke er levert eller ikke virker som avtalt. Nivå-B-feil er alvorlige feil, det vil si feil som fører til at funksjoner som er viktige for kunden, ikke virker som beskrevet i avtalen, og feil som det er tids- og ressurskrevende å omgå. Nivå-C-feil er mindre alvorlige feil.

Kravspesifikasjonen for regional radiologiløsning legger samme definisjon til grunn. A-feil i en radiologiløsning får konsekvenser for pasientsikkerheten. B-feil regnes som alvorlige feil. I avtalen med Carestream anses A- og B-feil hver for seg som vesentlige. Det aksepteres ikke flere enn fem B-feil til enhver tid i henhold til avtalen.

Dokumentanalysen viser at A-feil som er avdekket, har medført at viktige funksjoner i løsningen ikke har vært operative, og at fagmiljøet har måttet være ekstra aktsomme fordi de har opplevd at dette har satt pasientsikkerheten i fare. Ifølge en radiograf fra radiologiprogrammet har slike feil skapt merarbeid for radiologer og radiografer fordi de har måttet ha manuelle rutiner for å ivareta pasientsikkerheten. Alle feilsituasjonene ved Sykehuset Innlandet har også påvirket driftssiden hos Sykehuspartner ved at de har måttet håndtere flere feilmeldinger og henvendelser fra Sykehuset Innlandet i 2017.

Allerede i 2014 uttrykte fagmiljøet bekymring for at den nye løsningen ikke ville øke effektiviteten. Etter en befaring av en tilsvarende radiologiløsning ved sykehuset i Uppsala går det fram at leverandørens løsning ville kreve en vesentlig høyere radiologbemannning enn de eksisterende radiologiløsningene i Helse Sør-Øst for å gi tilstrekkelig produksjon. Blant annet var søkefunksjonen og annen funksjonalitet dårligere enn i de eksisterende løsningene.

Analysen viser at radiografene mot slutten av 2016 opplevde en tyngre administrativ og mer uoversiktlig hverdag som ga mindre tid til pasientbehandlingen. Det framgikk at de oppfattet stabiliteten i systemet som utilfredsstillende, og at tregheter i RISet var mer utbredt enn forventet. Feilmeldinger, frys og krasj i systemet ble rapportert å være det største problemet i perioden etter produksjonssetting fra høsten 2016 og i 2017. Det ble også hevdet at funksjonaliteten i RISet som brukes ved granskning av bilder, i liten grad bidro til effektivisering sammenlignet med den forrige RIS-løsningen. Dette ble forklart med at det i konfigureringen av RISet ble inngått for mange kompromisser og innført for mange omveier som en nødløsning.

Analysen viser at det våren 2017 ble konstatert at framdriften i arbeidet med analyse, feilretting og problemløsning i godkjenningsperioden ikke hadde vært som forventet. Det har i hele perioden vært nødvendig med manuelle rutiner for å opprettholde en sikker pasientbehandling, noe som har ført til et vedvarende økt ressursbehov. Avdelingene fortsatte gjennom hele 2017 å rapportere at de var i en krevende situasjon på grunn av den nye radiologiløsningen.

26) En akseptansetest er en formalisert form for programvaretesting hvor det undersøkes om programvaren tilfredsstillende brukerbehov, funksjonelle krav og forretningsprosesser.

4.3 Konsekvenser for andre helseforetak

Det at en regional radiologiløsning ikke har kommet på plass, har også fått konsekvenser for de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst som ikke har tilfredsstillende radiologiløsninger. Analysen viser at alle helseforetakene og Sykehuspartner har bidratt med ressurser til radiologiprogrammet i hele perioden. Dette gjelder blant annet bistand fra faglige nøkkelpersoner, testressurser og ressurser til drift, feilretting og brukerstøtte.

I tillegg til effektivitetstapet ved Sykehuset Innlandet er det også et effektivitetstap for de andre helseforetakene som må vente på nye radiologiløsninger. For eksempel er det sendt bekymringsmeldinger om risikoen ved at Oslo universitetssykehus har to (i en periode tre) ulike radiologiløsninger. Radiologer ved Ullevål og Aker kan dermed ikke se bildeundersøkelser eller bildediagnostisk utredningshistorikk fra Rikshospitalet og Radiumhospitalet i eget RIS/PACS, og omvendt. Dette medfører merarbeid og påvirker kvaliteten på de bildediagnostiske utredningene siden radiologene ikke har oversikt over hva som har vært gjort av undersøkelser tidligere, og ikke har tilgang til relevante bildedata for sammenligning. I avvikssystemet til Oslo universitetssykehus er det meldt en rekke uønskede pasienthendelser der systemårsaken er manglende felles RIS/PACS innad i sykehuset, se faktaboks 5.

Faktaboks 5 Eksempler på ineffektive rutiner fra Oslo universitetssykehus

- Merkantilt personell bruker flere årsverk på å overføre undersøkelser og historikk mellom systemene.
- Radiografer må dobbeltsjekke i flere systemer når en pasient sist fikk intravenøs kontrast.
- Radiologer må sjekke undersøkelseshistorikk i DIPS og utsette tolkning til gamle undersøkelser er innhentet.
- Klinikere bruker ekstra tid på å finne diagnostisk informasjon om pasientene sine.
- Klinikkleddelsen ved Klinikk for radiologi og nukleærmedisin (KRN) må basere beslutninger på heterogene styringsdata fordi de to systemene har forskjellige datamodeller og forskjellig terminologi.
- Klinikens kapasitet og kompetanse kan ikke utnyttes optimalt på tvers av lokasjoner.

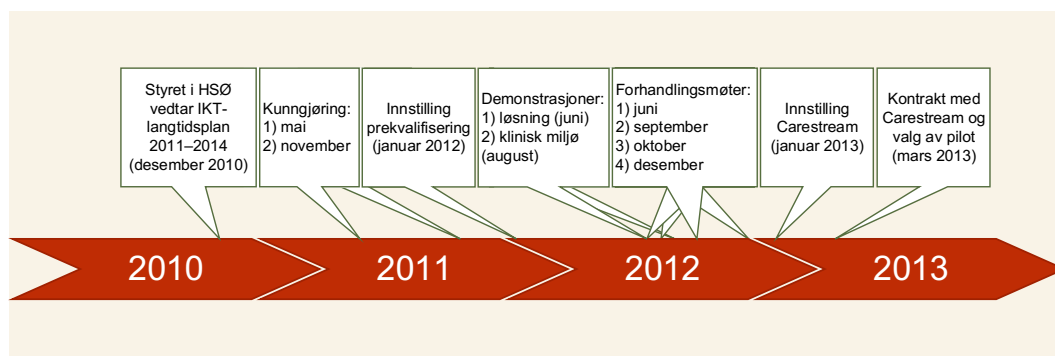
Kilde: Konseptutredning av alternative strategier og valg for videre implementering av regional radiologi

5 Årsaker til manglende måloppnåelse

5.1 Anskaffelsen

5.1.1 Valg av anskaffelsesform

Figur 2 Tidslinje for anskaffelsesprosessen i radiologiprogrammet



Figur 2 viser at anskaffelsen, som var hjemlet i IKT-langtidsplanen for 2011–2014, begynte med en veiledende kunngjøring i mai 2011 og ble ferdigstilt ved at kontrakten med den valgte leverandøren ble signert i mars 2013.

Anskaffelsen av en ny radiologiløsning ble gjort som en konkurranse med forhandling, se faktaboks 6. Denne anskaffelsesformen brukes blant annet i situasjoner der det ikke er mulig å fastsette nøyaktige kravspesifikasjoner på forhånd. Sykehuspartner HF, som foretok anskaffelsen på vegne av Helse Sør-Øst, mottok seks søknader for prekvalifisering. Fire av leverandørene ble invitert til å delta i konkurransen. Tre av disse leverte inn tilbud. Det ble avholdt fire forhandlingsrunder. Alle de tre gjenværende leverandørene ble med i forhandlingene og var med helt fram til den endelige evalueringen.

Faktaboks 6 Konkurranse med forhandling

Konkurranse med forhandling gjennomføres i to trinn. Først gjennomføres en kvalifiseringsfase (prekvalifisering) som er åpen for alle interesserte leverandører. Bare de som oppfyller kvalifikasjonskravene, blir invitert til å levere tilbud. Oppdragsgiveren kan sette en grense for hvor mange leverandører som skal inviteres til å gi tilbud (ikke færre enn tre). Som oppdragsgiver kan man velge å gjennomføre forhandlingene i flere faser og i hver fase redusere antallet tilbud som er med i forhandlingene. Formålet med forhandlinger er å gi leverandøren mulighet til å levere sitt beste tilbud.

Kilde: Difi

Den valgte anskaffelsesformen ble vurdert i en ekstern gjennomgang som advokatfirmaet Wikborg, Rein & Co gjorde forut for anskaffelsen. Denne gjennomgangen vektla behovet for å nyttiggjøre seg tilbyderens kompetanse på gode radiologiløsninger siden det ikke fantes systemer i det norske markedet som oppfylte alle kravene i kravspesifikasjonen. Det ville derfor være behov for en omfattende dialog med tilbyderne om de tilbudte løsningene og planen for suksessiv innføring i alle helseforetakene.

Selv om det i en konkurranse med forhandling også foreligger en kravspesifikasjon, vil denne ifølge advokatuttalelsen ikke være tilstrekkelig til å fange opp alle relevante forhold ved løsningen. I denne typen konkurranser må oppdragsgiveren derfor diskutere kravene og de foreslåtte løsningene med tilbyderne for å få en leveranse som er mest mulig i samsvar med oppdragsgiverens behov.

I konkurransegrunnlaget var det et betydelig antall krav (1800)²⁷ som tilbudsbesvarelsene skulle bygge på. Analysen viser at kravene ikke var godt nok samordnet mellom de ulike helseforetakene og fagmiljøene. De bar preg av lokale ønsker uten tilstrekkelig bearbeidelse, og de tok ikke nok hensyn til hva som var behovet og etablert praksis i regionen. I den interne evalueringen²⁸ som ble gjort av anskaffelsen, kommer det fram at man kanskje i for stor grad hadde tatt utgangspunkt i tidligere kravspesifikasjoner som ikke var like relevante for denne konkrete anskaffelsen.

5.1.2 Forhandlingsprosessen

Analysen viser at forhandlingene la klare begrensninger på tilbyderens mulighet til å komme med gode løsninger. Forhandlingslederen ga en tydelig instruks om at forhandlingsgruppen²⁹ bare skulle forholde seg til de skriftlige tilbudene. I hver forhandlingsrunde med den enkelte tilbyder stilte forhandlingsgruppen muntlige spørsmål som leverandørene måtte besvare skriftlig til neste runde. Tilbyderne måtte følge de instruksene de fikk fra forhandlingslederen, og selv notere. De fikk også tydelige tilbakemeldinger om at de ville redusere sine sjanser til få oppdraget dersom de ikke forbedret tilbudet i tråd med forbedringspunktene de var gjort oppmerksomme på. Ifølge forhandlingslederen var det viktig å sikre at de kravene som var stilt, ble ivarettatt i tilbudene fra leverandørene. Hvis de svarte at de ikke kunne imøtekomme et krav, ble dette gjenstand for forhandlinger. Der forhandlingsteamet anså at tilbyderne både kunne og burde levere på kravet, anmodet forhandlingslederen dem om å svare ja, fortrinnsvis uten forbehold. Dette bekreftes av en tilbyder som opplevde at hvis de svarte at de ikke kunne imøtekomme et krav, eller nyanserte svaret basert på kjennskap til forholdene i helseregionen, ble de likevel anmodet om å svare ja uten forbehold. Nyanseringer ble av forhandlingsteamet ansett som negative forbehold. Den valgte leverandøren svarte ja til krav som de i prinsippet kunne imøtekomme, men som ikke var forenlige med andre krav de hadde svart ja til.

Ifølge konkurransegrunnlaget skulle tilbyderne demonstrere den tilbudte løsningen i et klinisk miljø – så langt som mulig i et lignende miljø med tilsvarende kompleksitet som i Helse Sør-Øst. Ifølge konkurransegrunnlaget skulle oppdragsgiveren evaluere tilbyderne etter disse demonstrasjonene og kunne da redusere antallet tilbud det skulle forhandles videre om.

Analysen viser at det bare var én av tilbyderne som kunne vise til en tilsvarende løsning som var i drift i et nordisk klinisk miljø. Leverandøren som fikk kontrakten, hadde levert radiologiløsninger til Vestre Viken og Stavanger Universitetssykehus, men dette var tidligere versjoner som ikke var sammenlignbare med versjonen til Sykehuset Innlandet. Leverandøren kunne vise til løsninger som var satt i drift utenfor Norden,³⁰ men kravene til disse radiologiløsningene var grunnleggende forskjellige fra dem som ble stilt til systemet i Helse Sør-Øst. Den valgte leverandøren demonstrerte løsningen sin ved et sykehus i Israel med et radiologisk miljø som avviker betydelig fra det som finnes ved norske sykehus, og de kravene som ble satt i konkurransegrunnlaget.

27) Det er ikke vanlig med så mange krav i denne typen anskaffelser. En tilsvarende anskaffelse på regionalt nivå i Danmark hadde 675 krav.

28) Helse Sør-Øst (2013) *Sluttrapport regional RIS/PACS anskaffelse*.

29) Forhandlingsgruppen besto av åtte personer. Disse var, foruten forhandlingslederen, en merkantil ressursperson, funksjonelle og tekniske ressurspersoner og en ressursperson på vedlikehold og support.

30) Tilsvarende løsning som den som ble valgt i Helse Sør-Øst, ble satt i drift ved Rikshospitalet Herning i april 2014. Akademiska sjukhuset i Uppsala gikk først i juni 2016 i gang med RIS 11.

Ifølge forhandlingslederen var formålet med demonstrasjonene å avdekke risikofaktorer, slik at man kunne ta opp disse i forhandlingene. Analysen av intervjuene viser at demonstrasjonene i liten grad var et tema i forhandlingene. Det finnes ingen skriftlig dokumentasjon som bekrefter at demonstrasjonene ble brukt i forhandlingene.

Det er heller ikke framlagt dokumentasjon som viser hvordan oppdragsgiveren har vurdert tilbudene underveis i prosessen, hvilke tilbakemeldinger leverandørene har fått, og hvordan oppdragsgiveren har vurdert de endringene som leverandørene gjorde i tilbudene sine. Det er ikke dokumentert at det er gjennomført risikovurderinger i anskaffelsesprosessen utover en vurdering av tilbydernes framdriftsplaner.

I sluttrapporten for anskaffelsesprosjektet kom det fram at tilbyderne mente at anskaffelsesprosessen hadde vært ryddig og forutsigbar, men at prosessen kanskje ikke hadde gitt et optimalt tilpasset produkt på grunn av oppdragsgiverens frykt for manglende likebehandling. Ifølge leverandørene som er intervjuet, foregikk forhandlingene i stor grad som enveiskommunikasjon, og den strenge rammen ga lite rom for realitetsvurderinger.

Tilbudene ble evaluert etter tildelingskriterier fastsatt i konkurransegrunnlaget: løsningskvalitet og egnethet (50 prosent), oppdragsforståelse og innføringsplan (15 prosent), kvalitet i support og vedlikehold (10 prosent) og samlede priser (25 prosent). I innstillingsrapporten hadde den valgte leverandøren høyest bedømming på alle kriteriene unntatt kvalitet i support og vedlikehold. Utskriftene som revisjonen har fått fra beslutningsverktøyet som er benyttet i evalueringen av tilbudene, gir i liten grad grunnlag for å etterprøve de vurderingene som er gjort. Selve verktøyet er ikke lenger tilgjengelig. Det har heller ikke vært mulig å få tilgang til annen dokumentasjon som viser de konkrete vurderingene som er foretatt, og som ligger til grunn for innstillingsrapporten. Dette omfatter også eventuelle risikovurderinger knyttet til de enkelte tilbudene. Anskaffelsesprotokollen, som skal dokumentere vurderinger og beslutninger i anskaffelsesprosessen, var ikke arkivert i Helse Sør-Østs arkiv på kontrolltidspunktet, men ble framskaffet i etterkant.

En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak viser til at utilstrekkelige prosesser for valg av leverandør er en viktig årsak til at offentlige IKT-prosjekter ikke lykkes.³¹

5.2 Styling av programmet

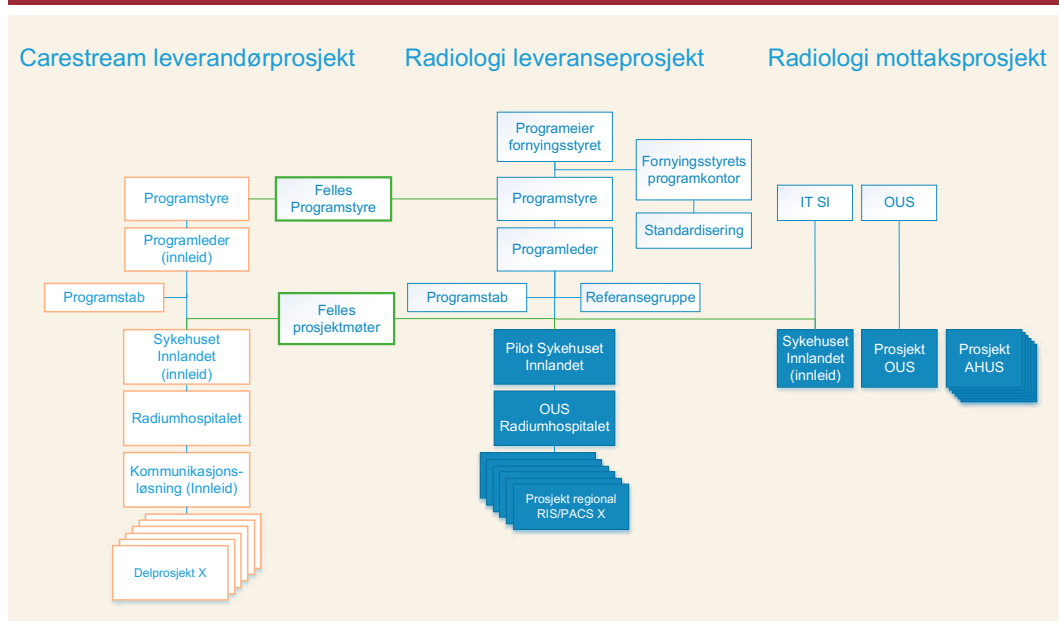
Ifølge Helse Sør-Østs langtidsplan for IKT 2011–2014 fra 2010 la Sykehuspartners kapasitet begrensinger på omfanget av IKT-omstillinger. Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble slått sammen til Helse Sør-Øst RHF i 2007. På sammenslåingstidspunktet hadde helseforetakene helt ulik IKT-infrastruktur og ulike systemer. Dette skapte store utfordringer på IKT-området. I Riksrevisjonens undersøkelse om Sykehuspartners styling på IKT-området, Dokument 3:2 (2016–2017), jf. Innst. 206 S 2016–2017, ble det anført at Sykehuspartners ressurser ikke er tilstrekkelige til å dekke Helse Sør-Østs behov for IKT-tjenester til Digital fornyning.

5.2.1 Ansvar og roller i radiologiprogrammet

Programstyring ble innført som et sentralt prinsipp for alle de seks opprinnelige programmene som var omfattet av satsingen Digital fornyning i Helse Sør-Øst.

31) Jørgensen, Magne (2015) *Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter. En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak*. Oslo: Simula.

Figur 3 Program for regional RIS/PACS 2013–2014



Kilde: Dokumentanalyse og intervju

Figur 3 viser organiseringen av radiologiprogrammet fra 2013 til 2015. Programmet var inndelt i tre prosjekter: leverandør-, leveranse- og mottaksprosjektet. For å få en forståelse av fornyingsstyrets, programstyrets og programlederens plassering er det tilstrekkelig å forholde seg til visualiseringen av leveranseprosjektet.

Fornyingsstyret var programeier for alle programmene under Digital fornying og besto av direktørene i foretaksgruppen og representanter for konsernledelsen i Helse Sør-Øst samt konserntillitsvalgte og lederen av brukerutvalget. Ifølge mandatet skulle fornyingsstyret som programeier på vegne av ledelsen i Helse Sør-Øst styre hele porteføljen under Digital fornying og gjennomføringen av de regionale standardiseringsprogrammene. I tillegg skulle det sørge for at nytteeffekter ble realisert. Fornyingsstyret skulle blant annet beslutte rekkefølge og tidsplan for de regionale standardene i foretaksgruppen, prioritere ressurser mellom programmene ved eventuelle ressurskonflikter og iverksette korrigerende tiltak for å sikre at målet ble nådd. Representasjonen i fornyingsstyret viser at det ikke ble lagt vekt på relevant/ særskilt IKT-kompetanse.

Ifølge lederen for fornyingsstyret fra det ble etablert i 2013, til det ble nedlagt i 2016, fungerte styret i praksis mer som et rådgivende organ for ledelsen enn et organ med selvstendig beslutningsmyndighet slik det framgår av mandatet. Beslutningsmyndigheten lå, ifølge styrelederen, hele tiden i linjen. Ifølge lederen av fornyingsstyrets programkontor³² fra september 2013 til fornyingsstyret ble nedlagt i 2016, var hovedformålet med å etablere fornyingsstyret å sikre forankring av Digital fornying i Helse Sør-Øst.

Ifølge lederen av fornyingsstyret skulle styret diskutere seg fram til enighet. Dette var ifølge lederen av programkontoret egnet i oppstartsfasen for å legge strategiske føringer, men ikke så egnet i den operative oppfølgingen. Ifølge styrelederen fikk fornyingsstyret presentert saker som var forberedt av programkontoret, og tok i mindre grad selvstendige initiativ. De stilte ifølge lederen kritiske spørsmål om framdriften og

32) Sekretariat for fornyingsstyret underlagt avdeling for e-helse og teknologi i Helse Sør-Øst.

økonomien i prosjektene, men behandlet aldri spørsmål om radiologiprogrammet burde vært stoppet.

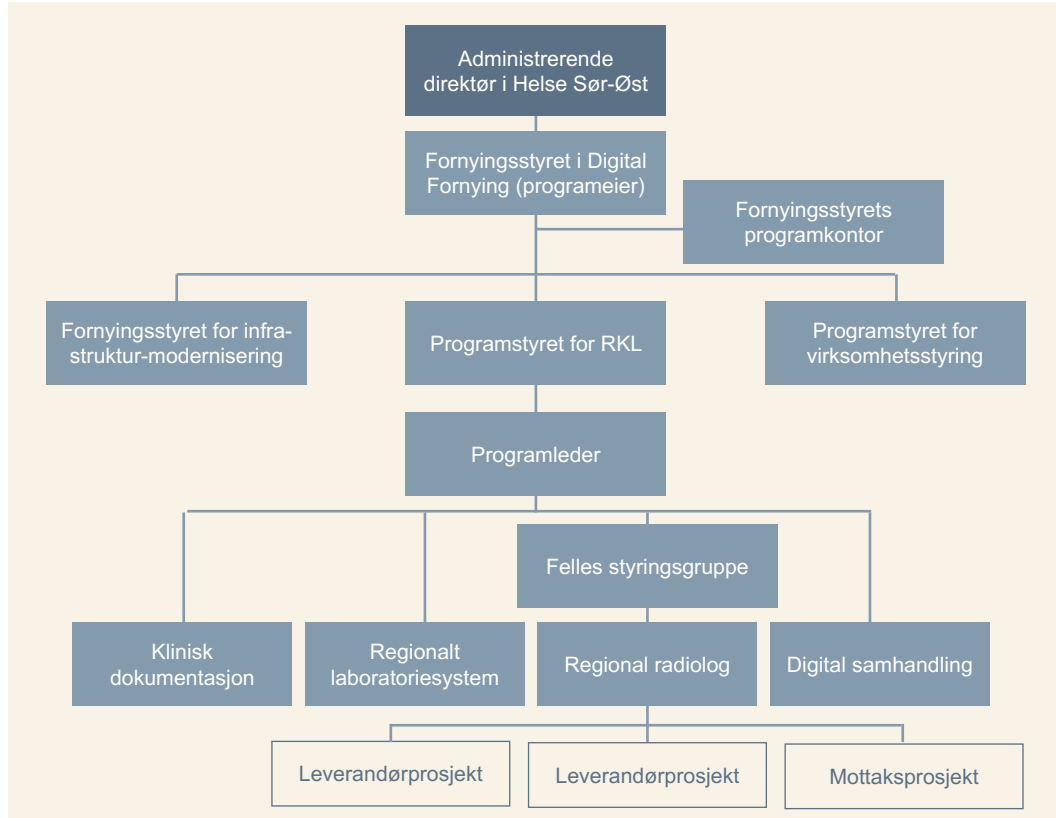
Programstyret var ansvarlig for realiseringen av radiologiprogrammets strategiske mål innenfor programmets mandat og for å sikre gode arbeidsforhold for programmet. Programstyret skulle styre programmet og ta nødvendige beslutninger innenfor programmets mandat og programstyrets myndighet. Videre skulle programstyret sikre styring og oppfølging av framdrift, kostnad, risiko og kvalitet.

Programstyrelederen skulle ifølge programdirektivet lede arbeidet i programstyret ved å være kontaktpunkt mellom programleder og programeier (fornyingsstyret) og gi styringssignaler til programlederen underveis. I avtalen med leverandøren går det fram at programlederen hadde ansvar for å sikre gjennomføringen av kontrakten og for utvikling, kvalitetsoppfølging og ledelse av programmet. Dette omfattet blant annet ansvar for de samlede aktivitets-, kvalitets- og leveranseplanene. I tillegg skulle fornyingsstyrets programkontor støtte programmene og sikre enhetlige statusrapporter, planlegging og bruk av metodikk med mer.

Ifølge mandatet skulle programstyret ha et faglig fokus, og fra 2013 til 2015 var det en overvekt av styremedlemmer med radiologikompetanse. Flere har påpekt at programstyret for radiologi hadde liten styringserfaring. De to første programstyrelederne i perioden 2011–2015 hadde ingen IKT-styringskompetanse. Den andre programstyrelederen hadde heller ingen fagbakgrunn innenfor radiologi. Kriteriet for valg av programstyreleder var at en representant fra det helseforetaket som var mest aktivt i programmet, skulle ha denne rollen. Valget falt på fagdirektøren ved Sykehuset Innlandet fordi helseforetaket var pilot. Det ble ifølge informanter ikke vurdert hva slags kompetanse programstyrelederrollen krevde. Det ble dessuten vanskelig å inneha rollen som programstyreleder samtidig med å være øverste faglige ansvarlig på Sykehuset Innlandet. Referatene fra programstyremøtene viser at det til tider var over tjue personer til stede på møtene. Flere av informantene mente at programstyret var vanskelig å lede.

Radiologiprogrammet ble organisert i tre prosjekter i 2013, jf. figur 3. De tre prosjektene – leverandørens prosjekt, Helse Sør-Østs leveranseprosjekt og mottaksprosjektet hos Sykehuset Innlandet – hadde egne prosjektledere som skulle se til at prosjektene ble styrt og gjennomført i samsvar med prosjektmandatet. Det ble opprettet et felles programstyre som et møtepunkt for leverandøren og representanter for det ordinære programstyret der endringer i kontrakten kunne vedtas. Underveis i prosjektløpet ble det også etablert flere referansegrupper og kjernegrupper som senere ble nedlagt.

Figur 4 Plasseringen av Regional klinisk løsning (RKL) som ett av tre programmer under Digital fornying



Kilde: Dokumentanalyse og intervju

I januar 2015 ble de kliniske programmene under Digital fornying samlet under ett program, Regional klinisk løsning (RKL), som igjen var ett av de tre gjenstående programmene under Digital fornying (se figur 4). Programstyret i RKL styrte alle de fire kliniske programmene. Hensikten med omorganiseringen var å sette programmene bedre i stand til å nå de målene som var satt, ved å forenkle styringen.

Analysen viser at radiologiprogrammet våren 2015 ble opplevd som svært krevende å styre fordi det var mange interessenter involvert, og fordi samarbeidet mellom prosjektlederne var vanskelig. Programlederen utfordret de tre prosjektlederne til å samarbeide og rapportere daglig og enhetlig om status. Intervjuene viser at tredelingen og speilingen av prosjektorganisasjonene var uheldig. De tre prosjektene hadde ulike rapporteringslinjer, og de rapporterte ulik status og risiko på samme forhold. Dette betød at det var stor uenighet om hva statusen faktisk var. Leverandørens prosjektgruppe rapporterte til sitt eget programstyre og det felles programstyret. Leverandøren og leveranseprosjektet satt i felles prosjektlokaler, samtidig som mesteparten av konfigureringsarbeidet foregikk ved Sykehuset Innlandets testsenter på Kjonerud. Mottaksprosjektet etablerte et eget programstyre i Sykehuset Innlandet, og etter hvert rapporterte det også status til programstyret for radiologi.

En kvalitetssikringsrapport fra høsten 2015³³ påpekte at ansvaret og mandatet for prosjektlederne ikke var tydelig beskrevet. Det ble dermed uklart hvem som skulle ta hvilke beslutninger, og hvem som hadde hvilket ansvar. Videre framkom det at styringslinjene i programmet opplevdes som utydelige, og at ansvaret og myndigheten

33) EY (2015) *Digital fornying. Helsesjekk: 1. Regional radiologi*, 23. september 2015.

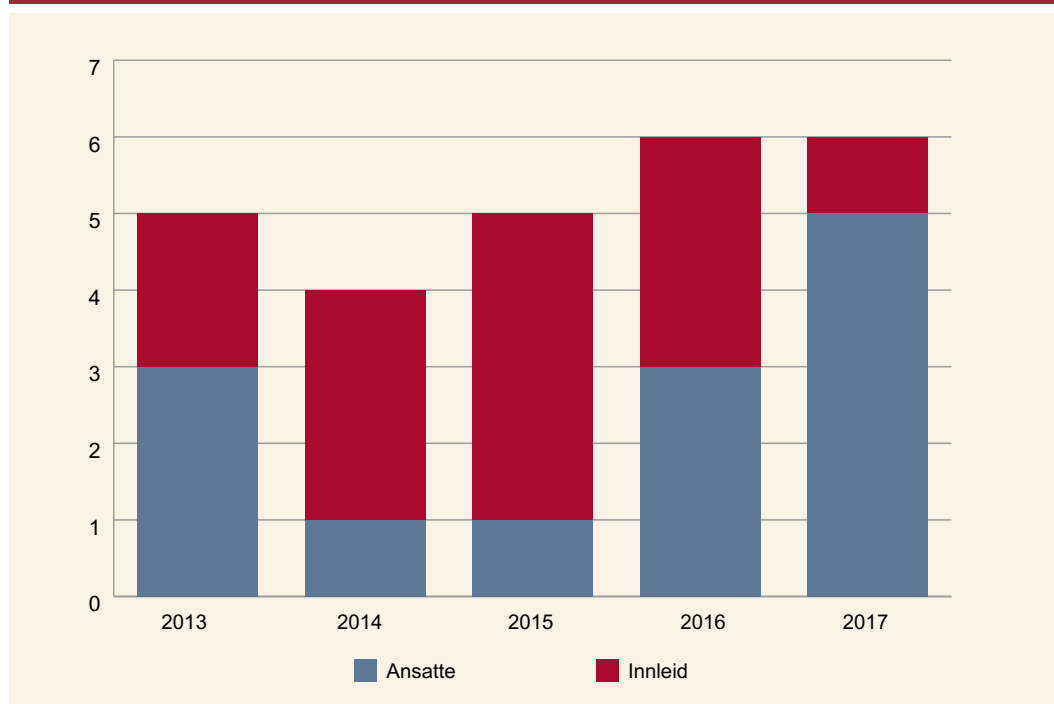
knyttet til flere sentrale roller ikke var tilstrekkelig definert. Rapporten medførte at prosjektene ble slått sammen.

Analysen viser at styringen av programmet ble bedre etter etableringen av RKL-programmet og sammenslåingen av prosjektene under radiologi. Det ble videre etablert en felles styringsgruppe med representasjon fra leverandøren, programledelsen og etter hvert Sykehuset Innlandet som skulle sikre effektiv programgjennomføring. Den felles styringsgruppen skulle arbeide på et operativt nivå, tett på prosjektene.

Problemene og frustrasjonen blant radiologene og radiografene ved Sykehuset Innlandet fortsatte etter den nye organiseringen med Regional klinisk løsning og beslutningen om å sette den valgte løsningen i drift. En konsekvens av den nye organiseringen var at det var færre fagpersoner representert i det nye programstyret. Selv om det var fagpersoner i den felles styringsgruppen, oppfattet de at de ikke fikk tilstrekkelig gjennomslag i programmet.

Alle programmer i Digital fornying hadde ifølge dokumentanalysen behov for Sykehuspartners tjenester, som dermed ble en flaskehals. Parallell innføring av løsningen på Sykehuset Innlandet og Radiumhospitalet, som begge hadde gamle løsninger som var i ferd med å bryte sammen, medførte betydelige ressursutfordringer for Sykehuspartner. I sluttrapporten om ny radiologiløsning på Radiumhospitalet kommer det fram at programmet ikke har hatt mulighet til å styre leverandørens og Sykehuspartners ressurser på en god måte. Sykehuspartner hadde dermed ikke nok interne ressurser til å bidra med sentral fagkompetanse og prosjektstyringskompetanse i radiologiprogrammet.

Figur 5 Antall innleide program- og prosjektledere i radiologiprogrammet



Kilde: Dokumentanalyse

Figur 5 viser at programmet i hele perioden har vært preget av et høyt forbruk av konsulent tjenester. Både programmet, prosjektene og leverandøren har hatt innleide

konsulenter som prosjektledere. I tillegg har nøkkelposisjoner som testledere og arkitekt vært innleide konsulenter. Helse Sør-Øst engasjerte også en innleid konsulent som ledet forhandlingene ved anskaffelsen.

Det enkelte helseforetaket er databehandlingsansvarlig³⁴ for dataene som behandles i de regionale fellessystemene, og ansvarlig for pasientsikkerheten. Sykehuspartner er ansvarlig for drift og vedlikehold av alle systemer og dermed også databehandler³⁵ for informasjonen som ligger i disse systemene. Dette har gitt uklare ansvarsforhold. Rapporten «Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører» fra Direktoratet for e-helse påpeker at helsesektoren opplever at styringsmodellene er komplekse og uklare når det gjelder ledelsesansvar og hvilket nivå ansvaret ligger på. Særlig ansvaret som ligger på den databehandlingsansvarlige, oppleves som uklart. Styret i Helse Sør-Øst understreket i april 2018 at det er viktig å få på plass en hensiktsmessig modell for styring og organisering, inkludert tiltak som kan bidra til styrket gjennomføringsevne for de regionale programmene.³⁶

5.2.2 Radiologiprogrammets oppfølging av leverandøren

I intervjuer med representanter for den valgte leverandøren og program- og prosjektledere fra perioden 2013–2014 kommer det fram at det var uklart hvem som hadde ansvaret for å følge opp leverandørens forpliktelser i kontrakten. Det var etablert et møtepunkt med leverandøren – felles programstyremøter – der programstyreleder, representanter fra programstyret, programleder, prosjektledere og representanter fra leverandøren møtte. Analysen viser at denne oppfølgingen ble tettere etter omorganiseringen og etableringen av en felles styringsgruppe i 2015. Som et tiltak for å følge opp leverandøren tettere fikk den felles styringsgruppen tilført representanter fra høyere nivå i RKL-programorganisasjonen.

En ekstern kvalitetssikringsrapport fra høsten 2015 slår fast at kontrakten var en vesentlig svakhet ved programmet fordi den ikke egnet seg som styringsverktøy. Den var for kompleks, og den detaljerte kravspesifikasjonen var uegnet for kontraktstypen.³⁷ Det ble brukt en utviklings- og tilpasningsavtale som er egnet for kjøp av programvare som skal utvikles eller tilpasses for kunden dersom kunden ikke på forhånd kan spesifisere nøyaktig hvordan programvaren skal utvikles eller tilpasses.³⁸ Analysen viser at denne kontraktstypen kunne vært egnet i dette tilfellet, men at mulighetene ikke ble utnyttet fordi man tok utgangspunkt i at dette var en hylleware. De aktuelle program- og prosjektlederne uttalte i intervju at det ikke var utarbeidet en strategi for kontrakts- og leverandøroppfølging, og at kontraktens innhold var lite kjent blant prosjektmedarbeidere og prosjektledere. Rapporten påpeker videre at det ikke var gjennomført en tilstrekkelig designfase med detaljering av kravene i kontrakten, og at det ikke var anført noen prosess for dokumentasjon av krav, designvalg og beslutninger og uformell involvering av brukere.³⁹ Kontrakten overlot hovedsakelig ansvaret for leveransen til leverandøren, der kunden bare fikk innsikt i kvaliteten på leveransen ved milepæler.

34) Den databehandlingsansvarlige er den som bestemmer formålet med behandlingen av opplysningene og hvilke hjelpemidler som skal brukes, og den som i eller i medhold av lov er pålagt databehandlingsansvar.

35) Databehandleren er den som behandler personopplysninger på vegne av den databehandlingsansvarlige.

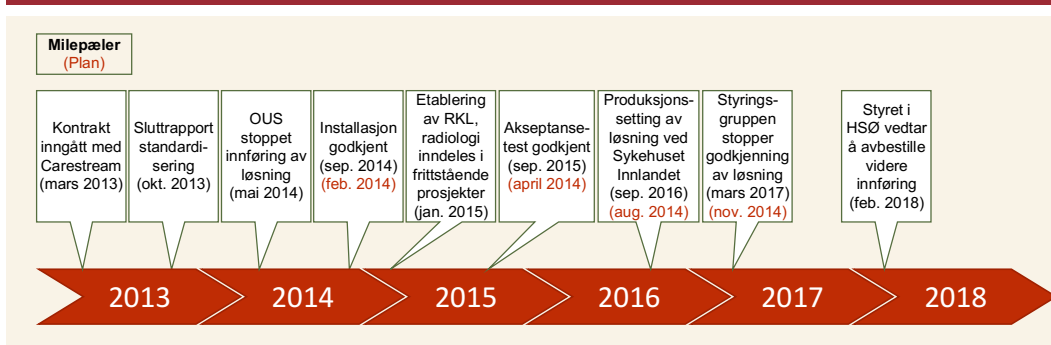
36) Styret ved Helse Sør-Øst Sak nr 041-2018 *Status og rapportering regional IKT-portefølje per 2017*, 26. april 2018.

37) Ernst & Young (2015) *Digital Forrying, Helsesjekk: 1. Regional Radiologi*, 23. september 2015.

38) Difi (2018) *Utviklings- og tilpasningsavtalen*.

39) Ernst & Young (2015) *Digital Forrying, Helsesjekk: 1. Regional Radiologi*, 23. september 2015.

Figur 6 Tidslinje for radiologiprogrammet med milepæler og sentrale hendelser



Kilde: Dokumentanalyse og intervju

Milepælene var installasjon av løsningen, godkjenning av akseptansetest (som skal avgjøre om et produkt dekker kundens behov og stemmer overens med kravspesifikasjonen og annen dokumentasjon) og produksjonssetting av løsningen, se figur 6. Det var ikke avtalt delleveranser, og dermed hadde programmet liten innsikt i kvaliteten på leveransene før hovedmilepælene, utover det som kom fram gjennom interne advarsler og eksterne kvalitetssikringsrapporter.

Figur 6 viser videre at ingen av de fire milepælene ble nådd i henhold til planen. Ifølge den opprinnelige planen skulle løsningen installeres på Sykehuset Innlandet i februar 2014. Installasjonsdagen ble utsatt fire ganger fordi radiologiløsningen ikke holdt høy nok kvalitet. Installasjonen ble først godkjent i september 2014. I løpet av disse sju månedene ble det krevd dagbøter for én måned.

Det var flere runder hvor leverandøren meldte installasjonsdag og hvor prosjektet avviste dette og påpekte mangler ved installasjonen. Ifølge programstyrelederen og lederen for leveranseprosjektet ble installasjonen godkjent til tross for at de ikke var fornøyd med systemtestingen. Selv om leverandørens tester ikke viste feil ved produktet, var leveranseprosjektet fortsatt i tvil om at løsningen var av god nok kvalitet. Ved å akseptere installasjonen håpet programmet gjennom egen testing av løsningen å ha et bedre grunnlag for å stille krav til leverandøren. I praksis førte dette til at programmet tok over mye av ansvaret for den videre testingen av løsningen.

5.2.3 Standardisering av arbeidsprosesser

Standardisering av arbeidsprosessene i hele foretaksgruppen var en forutsetning for å kunne ta i bruk en felles regional radiologiløsning. I praksis ville det måtte medføre endringer i innarbeidede arbeidsrutiner og pasientbehandlinger i de åtte helseforetakene.

Digital fornying definerte ikke hvilken grad av standardisering av arbeidsprosesser som var ønskelig eller nødvendig i de underliggende programmene for å nå målene. Det ble derfor overlatt til radiologiprogrammet selv å avklare hvor mye arbeidsprosessene skulle standardiseres.

I radiologiprogrammet konkluderte en utredende arbeidsgruppe i forkant av kontraktsinngåelsen med at alt av arbeidsprosesser med få unntak «kan og skal standardiseres». De påpekte at standardisering av arbeidsprosessene oppnås gjennom konfigurering⁴⁰ av systemene. Det var dermed viktig å etablere arbeidsprosesser som kunne brukes på tvers av regionens sykehus og radiologiske

40) Konfigurering vil si å velge eller designe hvordan bestanddelene i et IKT-system skal fungere eller interagere med andre elementer for å gjennomføre en oppgave eller bidra til en spesifikk ferdighet.

spesialiteter og fungere som løsningsdesign for den funksjonelle konfigureringen av den regionale løsningen.

Anskaffelsesprosessen, der leverandøren hadde svart ja til å en rekke krav de ikke kunne oppfylle samtidig, medførte at det var nødvendig å ta stilling til hvordan dette skulle håndteres. Det var behov for en utstrakt løsningsdesignfase der slike konflikter ble identifisert og partene kunne enes om akseptable løsninger. På programstyremøtet 2. mai 2013 ble det besluttet at et forprosjekt for pilotprosjektet ved Sykehuset Innlandet skulle løse utfordringene med de tekniske løsningsdesignene, mens det ble opprettet en egen standardiseringsgruppe som skulle utarbeide et løsningsdesign for arbeidsflyt. Hensikten var å sikre at arbeidsflyten skulle inneholde arbeidsprosesser som kunne brukes regionalt ved alle helseforetakene.

Standardiseringsgruppen med representanter fra leverandøren, alle helseforetakene og Sykehuspartner ble opprettet med mål å utarbeide felles arbeidsrutiner og lik konfigurasjon for radiologiløsningen der det var formålstjenlig. Den brede representasjonen skulle sikre forankring av resultatet. Gruppens sluttrapport i september 2013, den første leveransen i radiologiprogrammet, viste at 6 av 23 arbeidsflytprosesser (hver fjerde prosess) ikke ble ferdigbeskrevet.

En av prosessene som ikke ble ferdigstilt, var undersøkelsesrepertoaret som er førende for hvordan valg av undersøkelse registreres i systemet. Det var her de største forskjellene mellom helseforetakene ble avdekket. Eksempelvis har Akershus universitetssykehus et helautomatisk system der valg av undersøkelse gjøres tidlig i prosessen. På Rikshospitalet velges ofte en overordnet undersøkelsestype tidlig i prosessen, mens de endelige valgene av hvordan undersøkelsen skal gjennomføres, detaljeres av radiologen senere. Dette betyr at radiologene har større fleksibilitet og kan tilpasse undersøkelsen etter behov for også å imøtekomme de mest komplekse og uvanlige diagnosene, som ofte overføres til Rikshospitalet. Analysen viser at det ikke ble funnet en permanent løsning for undersøkelsesrepertoaret som kunne brukes regionalt.

I programstyrets behandling av sluttrapporten i oktober 2013 ble det besluttet at både fornyingsstyrets programkontor og en ny referansegruppe, basert på standardiseringsgruppen, skulle følge opp uferdige saker fra standardiseringsarbeidet. Dette arbeidet skulle involvere leverandøren og leveranseprosjektet. I intervju uttaler leverandør, programleder og prosjektleder for leveranseprosjektet at de ikke var kjent med denne beslutningen. Standardiseringsarbeidet ble dermed ikke fullført.

Selv om leverandøren hadde hovedansvaret for konfigurering, medførte forsinkelser⁴¹ og mangel på ressurser og kompetanse at store deler av konfigureringen ble gjennomført under tidspress av personale ved Sykehuset Innlandet på Kjeller i Stange, isolert fra resten av leveranseprosjektet og leverandøren, som satt på Skøyen i Oslo. For prosessene som ikke ble ferdigstilt i standardiseringsarbeidet, eller der det var behov for mer detaljerte beskrivelser, tok personalet på Kjeller beslutninger underveis uten å konsultere med andre for å unngå ytterlige forsinkelser. Dette førte til at konfigureringsprosessen manglet forankring i de øvrige helseforetakene og dokumentasjon av beslutninger.

I slutten av 2013 ble programstyret gjort oppmerksom på at radiologiløsningen ble mer og mer tilpasset og lik arbeidsprosessene lokalt ved Sykehuset Innlandet, og ikke de arbeidsprosessene som standardiseringsgruppen hadde foreslått. Programstyret

41) Forsinkelsene forklares i statsrådets brev til kontroll- og konstitusjonskomiteen av 22. mai 2018 med at det viste seg ikke å være mulig å gjenbruke oppsettet fra Akademiska sjukhuset i Uppsala.

utrykte bekymring for om leverandørens radiologiløsning holdt god nok kvalitet og var egnet som regional løsning. Analysen viser at dette bidro til å underminere konseptet om en regional radiologiløsning som skulle implementeres suksessivt i de andre helseforetakene med bare mindre lokale tilpasninger. Radiologiløsningen var ikke konfigurert i tråd med standardiseringsgruppens føringer og ville kreve mer enn lokale tilpasninger for å implementeres i andre helseforetak.

I april 2014 besluttet programstyremøtet at pilotløsningen til leveranseprosjektet ikke kunne benyttes som en regional løsning, men at den likevel kunne implementeres som en foreløpig løsning ved Sykehuset Innlandet, der den eksisterende radiologiløsningen nærmet seg kollaps. Det ble besluttet at de helseforetakene som etter planen var de neste på lista for å implementere den regionale løsningen, Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus, skulle videreutvikle løsningen ved Sykehuset Innlandet i tråd med standardiseringsarbeidet. Denne regionale løsningen skulle deretter implementeres suksessivt ved de øvrige helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Halvannet år senere trakk en ekstern kvalitetssikringsrapport fram at det fortsatt ikke var dokumentert hva en standardisert løsning innebar.⁴² Ved ikke å ferdigstille standardiseringsarbeidet eller sikre at konfigureringen ble gjennomført i tråd med standardiseringsarbeidet, kom ikke programmet i mål med å utarbeide en løsning som kunne brukes regionalt.

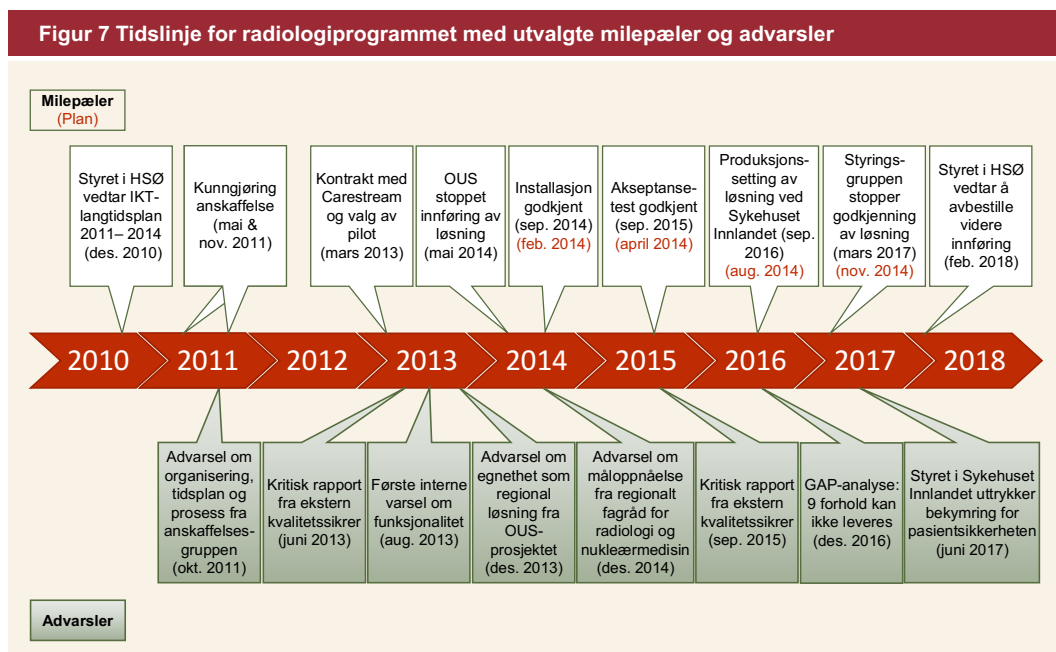
Helse Sør-Østs konseptutredning av alternative strategier og veivalg for videre implementering av regional radiologi fra 21. desember 2017 (unntatt offentlighet) viser til at det er et svært krevende endringsarbeid å etablere felles arbeidsprosesser til det detaljeringsnivået som er nødvendig for et felles RIS. Videre går det fram at arbeidet i radiologiprogrammet har vist at forskjellene i arbeidsprosesser i og mellom enkelte av foretakene er vesentlige, og i noen grad også begrunnet i deres ulike virksomhet. Det vises for eksempel til forskjellene mellom Oslo universitetssykehus, med en betydelig spesialisert elektiv virksomhet, og Akershus universitetssykehus, som har mye akuttvirksomhet.

5.2.4 Risiko og risikohåndtering

Informasjon om risiko

Gjennom hele programløpet har det kommet informasjon som viser at det har vært stor risiko i prosjektet, i form av både interne advarsler, rapporter fra den eksterne kvalitets-sikreren og programmets egne rapporter. Et utvalg av disse er framstilt i figur 7.

42) Ernst & Young (2015) *Digital Fornyning. Helsesjekk: 1. Regional Radiologi*, 23.09.2015.



Kilde: Dokumentanalyse

Figur 7 viser at det ble sendt kritiske interne advarsler og bekymringsmeldinger om radiologiprogrammet allerede i planleggingsperioden før anskaffelsesprosessen startet i 2011. Advarslene innhentet i forbindelse med revisjonen kom hovedsakelig fra prosjektmedarbeidere, men også fra regionalt fagråd for radiologi og ansatte og ledelse ved Sykehuset Innlandet. Mottakerne av advarslene var fram til 2014 hovedsakelig lederen for leveranseprosjektet, programmet og programstyrelederen. I perioden 2015–2017 var det ledelsen ved Sykehuset Innlandet, fylkesmannen i Hedmark og ledelsen i Helse Sør-Øst som mottok advarslene.

Tabell 2 Sammenstilling av de viktigste temaene som er omtalt i interne advarsler om RIS/PACS-programmet

Dato	Tidsplan	Prosess	Funksjonalitet
okt. 2011			
aug. 2013			
sep. 2013			
des. 2013			
mars 2014			
des. 2014			
nov. 2015			
des. 2016			
des. 2016			
juni 2017			

Kilde: Analyse av bekymringsmeldinger

Tabell 2 viser at innholdet i meldingene varierer lite, og at tre temaer gjentas ofte. Presset tidsplan og mangelfull prosess tas opp kort tid etter at programmet starter opp,

og blir tatt opp igjen fram til 2016. Mangler i produktets funksjonalitet blir tatt opp i samtlige advarsler i hele perioden etter kontraktsinngåelsen.

Fornyingsstyrets programkontor engasjerte en ekstern kvalitetssikrer, Terramar, som løpende skulle vurdere leveranseprosjektets grunnlag for gjennomføringsfasen og kvalitetssikre gjennomføringer og leveranser underveis. Kvalitetssikreren rapporterte muntlig til programstyremøtene, med en tilhørende PowerPoint-presentasjon som eneste skriftlige dokumentasjon. Kvalitetssikreren tok opp vurderinger av hendelser og status for prosjektene, forslag til tiltak og oppfølging av tiltak.

Den eksterne kvalitetssikreren påpekte i juni 2013 at prosjektlederen for leveranseprosjektet og programlederen hadde ulik oppfatning av risikobildet, der programlederen framstilte statusen som mer positiv enn prosjektlederen gjorde. Videre rapporterte kvalitetssikreren at leveranseprosjektet hadde et uakseptabelt høyt risikonivå.⁴³ Det ble videre påpekt at leveranseprosjektet var tidskritisk, at det ble kjørt i et delvis parallelt innføringsløp med Radiumhospitalet, og at det hadde kritiske avhengigheter mot tre programmer i Helse Sør-Øst. Ett av disse var infrastrukturprogrammet, som stilte store krav til styring, koordinering og samspill mellom leveranseprosjektet og Radiumhospitalet.

Den løpende kvalitetssikreren anbefalte å utarbeide en mer fullstendig plan som blant annet omfattet Helse Sør-Østs egne aktiviteter og avhengigheter. I oktober 2013 var ikke planen ferdigstilt. Da varslet kvalitetssikreren om manglende styringsgrunnlag på bakgrunn av planen og kvaliteten på rapporteringen til programmet.⁴⁴ Ett år senere ble samme forhold tatt opp av en annen ekstern kvalitetssikrer. I desember 2014 varslet den løpende kvalitetssikreren om kritiske forsinkelser i programmet, kritisk risiko, mangelfull styring av leverandøren og bekymringer for leveranse kvaliteten.⁴⁵ De viste til at deres tidligere anbefalinger ikke var fulgt opp.

Indikasjoner på at leverandøren ikke kunne framvise et ferdig produkt, framkom i forbindelse med standardiseringsarbeidet. Leverandørens representant kunne ikke vise en fullstendig radiologiløsning. Bare deler av RIS ble vist fram, mens PACS i liten grad ble vist fram. Standardiseringsgruppen rapporterte at den kontraktsfestede funksjonaliteten på sju områder ikke eksisterte i radiologiløsningen. Dette gjaldt blant annet det interne meldingssystemet og den eksterne kommunikasjonsløsningen.

I oktober 2014 ble EY (tidligere Ernst & Young) engasjert til å gjennomføre en revisjon av leverandøren. Konklusjonen var at leverandøren hadde tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å kunne levere i henhold til kontrakten. Revisjonen så på leverandørens organisasjon og økonomi, men vurderte ikke produktet og dets egnethet sammenlignet med kravene i kontrakten. Først i desember 2016 – etter at løsningen er satt i produksjon ved Sykehuset Innlandet – gjøres det en formell analyse av gap i løsningen sett opp mot krav i kontrakten. Gap-analysen (avviksanalysen) konkluderte med at funksjonaliteten på ni områder ikke kunne leveres, og at bare to av åtte helseforetak kunne akseptere løsningen. De funksjonelle manglene var forverret i forhold til det som ble rapportert i sluttrapporten til standardiseringsgruppen, men rapporten konkluderte med at manglene ville bli utbedret i framtidige versjoner av løsningen. Av de sju områdene som manglet i 2013, var fire fortsatt ikke på plass i 2016.

Det framkommer i intervju at aktørene ikke hadde et felles begrepsapparat for det innførte risikovurderingssystemet, noe som førte til at risiko ble vurdert ulikt innad i radiologiprogrammet. Da programmet startet, ble risikoen vurdert både av de underliggende prosjektene og av programlederen, som rapporterte dette til

43) Skåre og Mjåset Terramar (2013) *Vurdering av beslutningsgrunnlaget til B4 for RIS/PACS pilot – SIHF*, 22.06.2013.

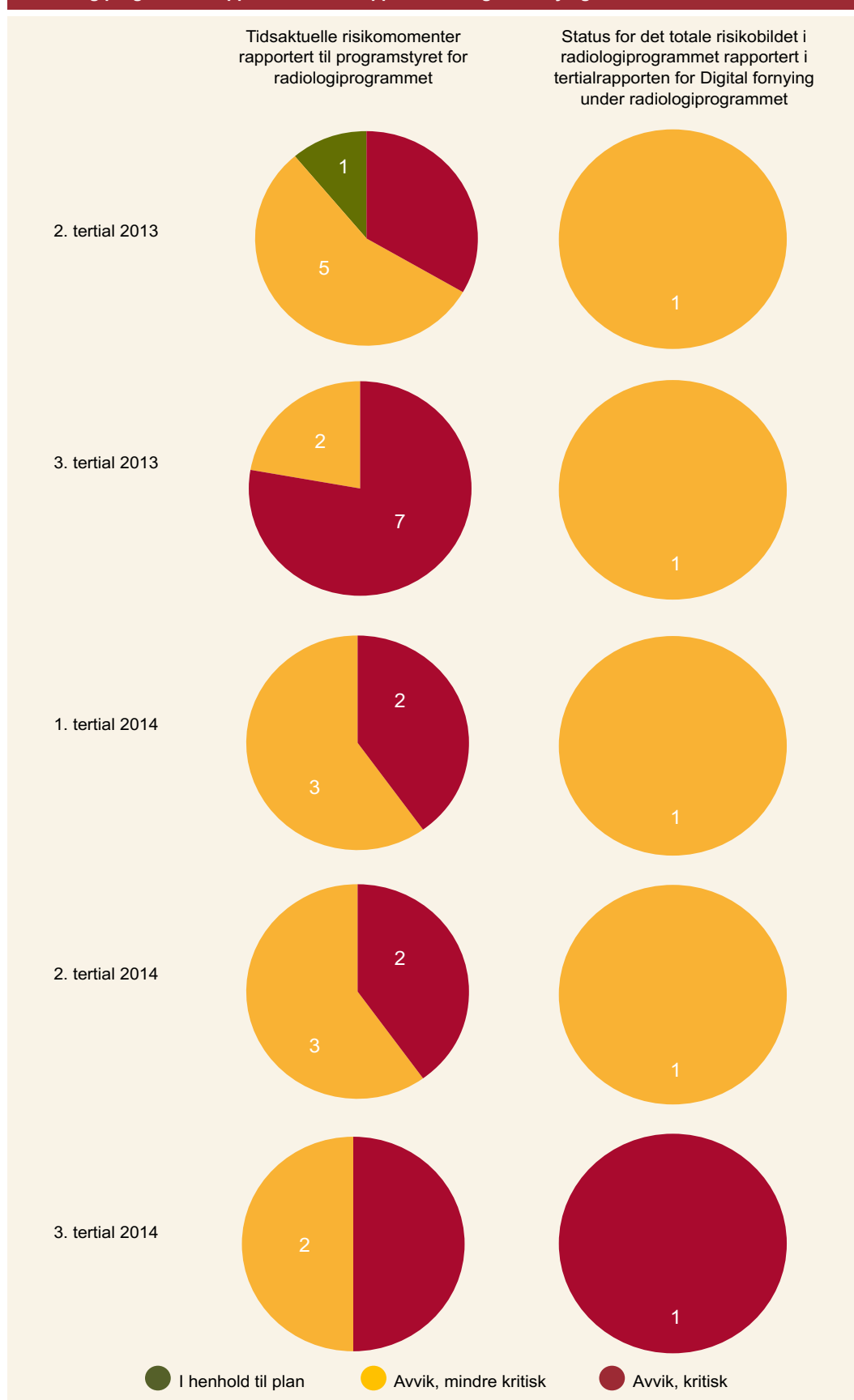
44) Skåre og Mjåset Terramar (2013) *Vurdering av beslutningsgrunnlaget til B4 for RIS/PACS pilot – SIHF*, 16.10.2013.

45) Skåre og Mjåset Terramar (2013) *Vurdering av beslutningsgrunnlaget til B4 for RIS/PACS pilot – SIHF*, 11.12.2013.

programstyret uavhengig av hverandre. Prosjektenes rapportering hadde ulikt innhold, og programlederen rapporterte mer positivt enn prosjektene. Det var risikovurderingen fra programlederen som ble rapportert videre til fornyingsstyrets programkontor.

Programkontoret sammenstilte risikomomentene for å utarbeide en indikator som skulle oppsummere statusen for risikoen i radiologiprogrammet. Denne indikatoren ble rapportert til styret i Helse Sør-Øst som en del av tertialrapporteringen for Digital fornying. I en rekke intervjuer kommer det fram at programkontoret gjorde denne sammenstillingen i samtale med programlederen, og at innrapporterte risikomomenter da ofte ble revurdert.

Figur 8 Risiko for radiologiprogrammet rapportert til programstyret og status for risikoen i radiologiprogrammet rapportert i tertialrapporter for Digital fornying



Kilde: Helse Sør-Østs tertialrapporter om digital fornying, presentasjoner⁴⁶ til programstyremøte og felles programstyremøte i radiologiprogrammet

46) Programstyremøte 27. august 2013, 30. april 2014, 10. september 2014, 15. desember 2014 og felles programstyremøte 15. januar 2014.

En sammenstilling av tidsaktuelle risikoer for radiologiprogrammet rapportert til programstyret og status for risikoene i radiologiprogrammet rapportert i tertialrapportene for Digital fornying viser hvordan risikoene ble moderert av programkontoret (se figur 8).

En rød risiko anses som kritisk for programmet, og på det mest alvorlige er konsekvensen at programmet ikke kan gjennomføres.

Figuren viser at mot slutten av 2013 ble 7 av 9 risikoer rapportert som kritiske til programstyret. De ble likevel rapportert som en mindre kritisk risiko i tertialrapporten. To av programmets tre pågående prosjekter, leveranseprosjektet og Radiumhospitalet, ble rapportert til programstyret med rød status for risiko. Likevel påpekte programlederen på samme møte at den overordnede statusen i programmet ikke var rød fordi det ikke var vesentlig risiko for at programmet ikke kunne gjennomføres. Det tredje prosjektet, kommunikasjonsprosjektet, var i oppstartsfasen og rapporterte stor usikkerhet om kostnader, men ingen avvik. Flere i programstyret var – i likhet med den eksterne kvalitetssikreren – uenig i denne vurderingen. Statusen for programmet ble derfor endret til rød i programstyremøtet, men i årsrapporten for Digital fornying for 2013 framkom ikke statusen for radiologi som kritisk. Det var først i slutten av 2014 at programmet ble rapportert med rød status i tertialrapporten til Digital fornying.

En programleder som begynte i mars 2015, mente det var noen som flagget høy risiko for å skape uro, og at rapporteringen ofte var lite basert på de faktaene som programledelsen mente å ha kjennskap til. Programlederen gjennomgikk rapportene sammen med prosjektlederne for å diskutere risikovurderingene, og det resulterte ofte i at risikoen ble nedgradert. Dokumentanalysen har avdekket flere tilfeller der referater fra møter er forsøkt tonet ned. Fra Sykehuset Innlandet og annet radiologifaglig hold blir det hevdet at problemer ble glattet over og bagatellisert. Ifølge saksframlegg for styret i Helse Sør-Øst fra februar 2018 ble en kvalitetssikringsrapport utført av EY i 2015 som påviste vesentlige mangler i radiologiprogrammet ikke tatt videre til administrerende direktør. Videre går det fram at det i årene siden 2013 har vokst fram en betydelig skepsis i det radiologiske fagmiljøet til hvor realistisk og hensiktsmessig det er å standardisere driften av radiologiske avdelinger til det nivået en felles regional installasjon vil kreve. Analysen gir et bilde av en kultur av mistillit til rapporteringen.

Lederen for fornyingsstyrets programkontor har i intervju uttalt at de prioriterte å videreutvikle risikostyringssystemet i perioden. Sykehuspartner ansatte en medarbeider for å øke forståelsen av risikostyringssystemet blant brukerne og oppnå konsistens i risikorapporteringen. Analysen viser at arbeidet ikke ble ferdigstilt.

Risikohåndtering

Programstyret hadde, i henhold til programdirektivet, beslutningsmyndighet og ansvar for å følge opp programmet og prosjektenes mål og framdrift m.m. En analyse av referatene fra programstyremøtene i perioden 2013–2015 viser at programstyret var passiv i sin risikostyring og bare unntaksvis tok beslutninger dersom det ikke forelå et forslag til beslutning. Problemene i denne perioden var av en natur som krevde en mer aktiv respons. Den sprikende rapporteringen fra prosjektlederne, programlederen og den eksterne kvalitetssikreren, i tillegg til advarsler, ble ikke utredet videre for å avklare faktiske forhold og ta stilling til nødvendige tiltak.

Analysen viser at de tiltakene som ble gjennomført, bar sterkt preg av å skyve problemene framover heller enn å håndtere dem idet de oppsto. Da standardiseringsgruppen ikke ferdigstilte sitt arbeid, ble dette overført til andre grupperinger og i praksis til Sykehuset Innlandet. Da det framkom mangler i konfigureringen av den regionale

løsningen, besluttet programstyret at dette kunne løses av neste helseforetak. Da leverandørens testing av løsningen ble vurdert som utilfredsstillende, valgte programstyret å akseptere installasjon av systemet i september 2014 for å kunne ta over testingen selv og bruke dette som brekkstang overfor leverandøren. Når tester viste feil i løsningen, og da gap-analysen viste en funksjonalitet som fortsatt ikke kunne leveres, skulle dette løses ved neste oppgradering.

Advarslene som ble rettet til programstyret, ble behandlet der, men utløste få tiltak for å håndtere problemene som ble tatt opp. I januar 2014 ble det gjennomført et møte med representanter fra programmet og programstyret og representanter fra prosjektet på Radiumhospitalet. De sistnevnte hadde sendt en advarsel der de blant annet påpekte at det ennå ikke forelå en komplett fungerende løsning fra leverandøren, men at leverandøren bare viste skjermbilder i PowerPoint. Programstyrets representanter foreslo at Radiumhospitalet så på løsningen som var innført ved Vestre Viken. Vestre Viken har et system levert av samme leverandør, men dette er en tidligere versjon som er bygget opp på en annen måte, og som dermed ikke er sammenlignbar. En intern advarsel fra Sykehuset Innlandet i oktober 2015 tok blant annet opp at innføringsarbeidet hadde medført utsettelse av pasienttimer, uten at det var mulig å spore pasientene. I sitt svar forklarer administrerende direktør for Sykehuset Innlandet prosessen framover og påpeker at «en forutsetning for å lykkes er at alle medarbeidere tar positivt imot det nye systemet og aksepterer at noen tilvante arbeidsprosesser endres», men tar ikke opp risikoen for pasientene. Det kommer også fram i intervjuene at det er en gjengs holdning blant programmedarbeidere at misnøyen som fagpersoner uttrykte, var ubegrunnet.

Den eksterne kvalitetssikreren foreslo en rekke tiltak for å håndtere risikoer i programmet, blant annet å utarbeide et mer fullstendig plandokument, å identifisere og gjennomføre risikoreduserende tiltak, å detaljere rapporteringen til programstyret, å ferdigstille en standardisert arbeidsflyt, å ansvarliggjøre programstyremedlemmer og å reforhandle kontrakten.⁴⁷ Flere av vurderingene til kvalitetssikreren har i etterkant vist seg å være korrekte. Dokumentanalysen viser at det sjelden ble vedtatt tiltak på bakgrunn av forslagene til kvalitetssikreren, unntatt når forslagene gjaldt organisasjonsendringer.

Organisatoriske tiltak ble også iverksatt for å håndtere risiko og problemer. Dette omfattet utskifting av nøkkelpersoner og endringer i organisasjonsstrukturen i både radiologiprogrammet og Digital fornying. Dokumentanalysen viser at i perioden 2011–2017 ble radiologiprogrammets organisasjonsstruktur endret årlig. Intervjuene med de ulike aktørene viser at de har svært ulik oppfatning av hva den faktiske organisasjonsstrukturen til enhver tid var.

Risiko som vedrørte leverandøren, ble håndtert ved at leverandøren ble fulgt tettere opp i løpet av programperioden. Det var også et gjennomgående risikohåndteringstiltak å oppfordre prosjektmedarbeidere til å ha en mer positiv holdning både til produktet og til leverandørens representanter.

5.2.5 Nyttestyring⁴⁸

I behandlingen av IKT-langtidsplanen for 2011–2014 vedtok styret i Helse Sør-Øst at hvert prosjekt skulle utarbeide gevinstrealiseringsplaner med vekt på kvalitative og kvantitative gevinster sett i forhold til investeringene og de forventede effektene. I planen går det fram at gevinster skal følges opp og rapporteres gjennom det regionale prosjekt- og porteføljestyingsverktøyet. Verktøyet legger opp til at det skal utpekes en

47) Skåre og Mjåset Terramar (2013) *Vurdering av beslutningsgrunnlaget til B4 for RIS/PACS pilot – SIHF*, 25.06.2013 og 16.10.2013. EY (2015), *Digital fornying, Helsesjekk: 1. Regional radiologi*, 23.09.2015.

48) Med nyttestyring menes løpende å sikre at forventede mål og effekter oppnås.

gevinstansvarlig under prosjektarbeidet som skal identifisere relevante og realistiske gevinster og utarbeide gevinstplaner i samarbeid med linjen. Videre skal det utpekes en gevinstleder i linjen som skal ha ansvaret for uttak av gevinster i driftsperioden.

Dokumentanalysen viser at arbeidet ble påbegynt, men at man ikke kom så langt som til å utpeke gevinstleder og -ansvarlig. Radiologiprogrammet planla å gjennomføre nullpunktmålinger⁴⁹ ved Sykehuset Innlandet da installasjonsdagen var godkjent, men arbeidet ble ikke gjennomført fordi systemet ble installert et halvt år etter planen. I et brev til Riksrevisjonen om statusen for Digital fornying i 2018 opplyser Helse Sør-Øst at de som ledd i den videre innføringen av regionale løsninger skal etablere nullpunktmålinger.⁵⁰

Det var flere større hendelser i programmet som tydet på at målene ikke var mulige å nå. Den første var at standardiseringsarbeidet ikke ble ferdigstilt samtidig som det ble identifisert mangler ved funksjonaliteten i produktet. Deretter kom beslutningen om at pilotløsningen ikke kunne brukes regionalt. I slutten av 2014 avbestilte programstyret kommunikasjonsløsningen som skulle gjøre det mulig å dele radiologisk undersøkelsesinformasjon og utredningshistorikk både internt mellom sykehusene og helseforetakene og med eksterne aktører. Programstyret innhentet ikke ytterligere informasjon for å belyse hvilke konsekvenser disse hendelsene og beslutningene ville ha for måloppnåelsen.

Flere har informert om at behovet for å avslutte programmet er blitt diskutert underveis, men at det ikke ble vurdert som ønskelig å utarbeide et formelt forslag til diskusjon i programstyret. Analysen viser at det umiddelbare behovet for å erstatte gamle radiologiløsninger ga lite rom for å styre radiologiprogrammet. Da radiologiprogrammet ble opprettet, var det tre helseforetak som vurderte at radiologiløsningen deres var i en kritisk tilstand. Uten en radiologiløsning kunne ikke sykehusene fungere, og den var avgjørende for å kunne ivareta pasientsikkerheten. I intervju har lederen for fornyingsstyrets programkontor anslått at det ville ta to og et halvt år å få et nytt system på plass fra beslutningen var tatt. Dermed ble det å avslutte programmet ikke vurdert som et reelt alternativ sett i lys av Sykehuset Innlandets behov for å få et nytt system.

6 Vurderinger

Undersøkelsen viser at de mest kritiske fasene i innføringen av den regionale radiologiløsningen var anskaffelsesprosessen og innføringsperioden de to første årene etter at leverandør var valgt.

6.1 Radiologiprogrammet har ikke nådd målet om en felles radiologiløsning som skulle sikre bedre pasientsikkerhet og økt effektivitet

Et sentralt mål med statens eierskap i de regionale helseforetakene er å sikre god ressursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen. Ett tiltak regnes gjerne som mer effektivt enn et annet hvis det oppnår målet med lavere omkostninger i form av tid, personellinnsats, utgifter, antall uheldige bivirkninger, mv. Det er videre et mål at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger.

49) Ifølge DFØs (Direktoratet for økonomistyring) veileder om gevinstrealisering vil det å gjennomføre en nullpunktmåling si å måle tilstanden før et tiltak eller prosjekt implementeres i linjeorganisasjonen. Det betyr at man måler tilstanden på de områdene der man forventer gevinster som følge av tiltaket. Senere skal nullpunktmålingen sammenlignes med tilstanden etter at tiltaket har blitt implementert og har fått virke en stund. Hensikten er altså å finne ut hva effekten av tiltaket har vært. Hvis man ikke gjør en nullpunktmåling, blir det vanskelig og arbeidskrevende å dokumentere realiserede gevinster.

50) Helse Sør-Øst (2018) *Status for Digital fornying*. Brev til Riksrevisjonen, 27. april 2018.

Målet med radiologiprogrammet var å innføre en felles radiologiløsning for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Undersøkelsen viser at Helse Sør-Øst ikke har klart å etablere en felles radiologiløsning og ikke har nådd målene om bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk. Planleggingen av løsningen startet i 2010, og i 2013 ble det inngått en kontrakt med en leverandør om en felles radiologisk løsning for foretaksgruppen i Helse Sør-Øst. Over fem år senere besluttet styret i Helse Sør-Øst å avlyse den planlagte innføringen av den regionale radiologiløsningen og å avbestille videre leveranser fra leverandøren. Samlet sett betyr dette at situasjonen med mange ulike radiologiløsninger fortsatt er til stede i foretaksgruppen, med de konsekvenser det har for intern og ekstern utveksling av bildeinformasjon og for drifts- og vedlikeholdskostnader.

6.2 Helse Sør-Østs arbeid med et felles radiologisystem i regionene har gitt betydelige økonomiske tap og kan ha ført til alvorlig svikt i pasientsikkerheten

Utarbeidelsen av et felles radiologiprogram for helseforetakene i Helse Sør-Øst har blitt løst på en slik måte at det har fått negative konsekvenser for pasientbehandlingen. Antall brudd på pasientsikkerheten har økt. I 2012 ble det meldt inn 5 uønskede hendelser på radiologiområdet i forbindelse med pilotprosjektet ved Sykehuset Innlandet. I 2017, da den nye radiologiløsningen var i produksjon, var antall uønskede hendelser steget til 110. Hele situasjonen har skapt usikkerhet om resultatet av de radiologiske undersøkelsene og medført behov for omfattende manuelle kontrollrutiner.

Ved utgangen av 2017 var det brukt om lag 270 millioner kroner på radiologi-programmet. Det totale økonomiske tapet er ennå ikke kjent. Sykehuset Innlandet har hatt merkostnader både i utviklings- og driftsperioden ved innføringen av systemet. Det har vært kostnader til vikarer (radiologer og radiografer), overtid, ekstern prosjektledelse og annet. Samtidig har flere helseforetak hatt økt behov for å oppgradere sine løsninger. Helse Sør-Øst planlegger nye anskaffelser for å bedre radiologitilbudet i regionen. Kostnadene for dette er ennå ikke beregnet.

Planleggingen av gjennomføringen av det regionale radiologiprogrammet har pågått i sju år og har etter revisjonens vurdering medført en betydelig ressursbruk og belastning for involverte medarbeidere og pasienter i helseregionen, samtidig som det ikke har gitt planlagte resultater.

6.3 Manglende vurderinger av foretaksgruppens behov i forkant og underveis i forhandlingsprosessen bidro til en radiologtiløsning som var lite egnet som en felles regional løsning

Formålet med forhandlinger er å gi leverandøren mulighet til å levere sitt beste tilbud. Konkurranser med forhandlinger er dynamiske og komplekse prosesser. For å oppnå gode resultater må man følge den framgangsmåten som er best i den aktuelle situasjonen. For å legge til rette for størst mulig handlingsrom er det viktig å holde kravene på et overordnet nivå og ha få absolutte krav.

Undersøkelsen viser at innkjøpsmetoden som ble valgt, konkurranse med forhandling, virker hensiktsmessig fordi det var behov for å tilpasse produktet. Likevel ble det utarbeidet en omfattende kravspesifikasjon som inneholdt ønsker fra fagmiljøet som ikke var godt nok bearbeidet. Undersøkelsen viser at de reelle og ulike behovene til helseforetakene, som til dels var motstridende, verken ble tillagt nok vekt i kravspesifikasjonen eller ble godt nok oppklart og drøftet under forhandlingene.

Den juridiske gjennomgangen i forkant av anskaffelsen understreket at en kravspesifikasjon ikke ville være tilstrekkelig til å fange opp alle relevante forhold ved løsningen. I forhandlingene la forhandlingslederen ensidig vekt på å forplikte tilbyderne

til kravspesifikasjonen i stedet for å utnytte handlingsrommet som forhandlinger normalt skal gi. Dette førte til manglende dialog i forhandlingene og ga lite rom for realitetsvurderinger. Etter revisjonens vurdering gjorde dette at Helse Sør-Øst RHF i liten grad klarte å få fram relevant risiko og nyttiggjøre seg tilbyderens kompetanse på gode løsninger for å få et best mulig produkt. Fordelene ved konkurranse med forhandling ble dermed ikke utnyttet.

I anskaffelsesprosessen er det viktig å prøve ut tilbyderens kompetanse på relevante områder. Undersøkelsen viser at prekvalifiseringsprosessen og forhandlingsprosessen ikke avdekket mangler ved leverandørens evne til å levere den tilbudte løsningen. Demonstrasjonen i klinisk miljø ga ikke tilstrekkelig informasjon om produktets egnethet for norske helseforetak. Til tross for denne usikkerheten ble det i forhandlingene ikke lagt nok vekt på å avklare hvor egnet produktet var for Helse Sør-Øst. Etter revisjonens vurdering medførte dette at beslutningsgrunnlaget for å velge den aktuelle løsningen var ufullstendig.

Utskriftene som revisjonen har fått fra beslutningsverktøyet som er benyttet i evalueringen av tilbudene gir i liten grad grunnlag for å etterprøve de vurderingene som er gjort. Selve verktøyet er ikke lenger tilgjengelig. Det har heller ikke vært mulig å få tilgang til annen dokumentasjon som viser de konkrete vurderingene som er gjort, og som ligger til grunn for innstillingen. Revisjonen har derfor ikke kunnet undersøke om det er andre sider ved anskaffelsesprosessen som kan forklare problemene som har oppstått.

Oppdragsgiveren må sikre at det foreligger skriftlige vurderinger og dokumentasjon som har betydning for gjennomføringen av konkurransen, slik at det i ettertid er mulig å få en god forståelse av de vurderingene oppdragsgiveren har gjort. Anskaffelsesprotokollen var ikke journalført i Helse Sør-Øst RHF's sentralarkiv. For å sikre etterprøvbarehet er det etter revisjonens vurdering viktig at sentral informasjon for beslutningsprosessen dokumenteres, og at arkivverdige materialer journalføres.

Offentlige anskaffelser skal fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser. Etter revisjonens vurdering bidro anskaffelsesprosessen til at Helse Sør-Øst RHF ble en uklar bestiller som verken klarte å tydeliggjøre hvilken løsning sykehusene i helseregionen hadde behov for, eller å kvalitetssikre tilbudene godt nok. Konsekvensen er at den valgte radiologiløsningen ikke er egnet som en regional løsning i foretaksgruppen.

6.4 Manglende beslutningsevne og risikostyring førte til at Helse Sør-Øst RHF verken klarte å heve kjøpet eller å tilpasse produktet

Styringssystemene skal tilpasses etter hvor høy risiko det er for avvik, og hvor vesentlige risikofaktorene er for virksomhetens mål. Prinsipper for god styring av IKT-prosjekter understreker hvor viktig det er å ha klart definerte roller og ansvar og å styre i faser mot målene, blant annet å ta stilling til om prosjektet skal fortsette.

Undersøkelsen viser at tredelingen av programorganisasjonen i de to første årene var uheldig. Den førte til at de tre prosjektene under radiologiprogrammet rapporterte ulik status og risiko, noe som igjen førte til at programstyret fikk et uklart beslutningsgrunnlag som det var vanskelig å forholde seg til. Undersøkelsen viser at etableringen av programmet Regional klinisk løsning i 2015 ga klarere styrings- og rapporteringslinjer.

Fra den tidlige fasen var de sentrale styringsorganene bemannet med radiologisk kompetanse, men med mindre representasjon av personer med styringskompetanse

på IKT-området. Sykehuspartner hadde ikke kapasitet til å håndtere alle programmene og prosjektene som Helse Sør-Øst RHF satte i gang. Dette medførte at sentrale posisjoner i programmet var bemannet av eksterne konsulenter. Det store omfanget av eksterne kan, etter revisjonens vurdering, ha ført til at nødvendig erfaring og rolleforståelse manglet i sentrale posisjoner i programmet. Programorganiseringen og bemanningen ga ikke et godt nok grunnlag for å ta tydelige beslutninger.

Programstyret fikk gjentatte advarsler og opplysninger om høy risiko fra tidlig i programforløpet både fra interne fagpersoner, fra eksterne kvalitetssikrere og fra prosjektledere. Informasjonen pekte på knapp tidsplan, svak prosess og mangler ved funksjonaliteten i radiologiløsningen. Kvalitetssikringsrapportene har pekt på de samme utfordringene helt fra 2013. De sentrale føringene gikk ut på å fortsette innføringen med en positiv innstilling. Programstyret, som hadde ansvaret for å følge opp programmet og enkeltprosjektenes mål og framdrift, utredet ikke denne informasjonen videre, og svakhetene ble ikke undersøkt og håndtert.

For å sikre at målene nås, er det viktig med god risikostyring som omfatter både risikovurderinger og risikohåndtering. Kontraktsoppfølging er et viktig grunnlag for risikostyringen og innebærer å kontrollere og sørge for at leverandøren leverer det den skal, når den skal, og ellers oppfyller alle sine plikter, og å følge opp kontrakten i sin egen virksomhet. Undersøkelsen viser at det i en tidlig fase var uklart hvem som hadde ansvaret for å følge opp leverandøren, og kontraktens innhold var ikke kjent for sentrale prosjektledere. Kontrakten var lite hensiktsmessig som styringsverktøy for programmet og ga etter revisjonens vurdering ikke et godt grunnlag for risikostyring.

De enkelte aktørene i radiologiprogrammet var ikke enige om hvordan risiko skulle forstås. Dette medførte at prosjektlederne og programlederen vurderte risiko ulikt, særlig i perioden 2013–2015. Risikoen ble moderert i rapporteringen til ledelsen. Dette medførte at tilliten mellom partene i programmet ble svekket, og at beslutningsgrunnlaget for ledelsen ble mangelfullt.

Programstyret iverksatte få korrigerende tiltak, og det var få av forslagene fra den eksterne kvalitetssikreren som ble fulgt opp, med unntak av forslag som gjaldt organisasjonsendringer. Andre tiltak bar preg av å skyve problemene framover i tid, eller de ble overlatt til innføringen ved neste helseforetak. Undersøkelsen viser at verken fornyingsstyret eller programstyret har fungert som beslutningsorgan og tatt nødvendige beslutninger som forutsatt i programmet.

Det er viktig å sikre at den tekniske løsningen blir sett i sammenheng med nødvendige endringer i arbeidsprosesser og organisering, slik at det skal være mulig å realisere de ønskede gevinstene. Å standardisere arbeidsprosessene i hele foretaksgruppen var en forutsetning for at sykehusene skulle kunne ta i bruk en felles regional radiologiløsning. I anskaffelsesprosessen hadde leverandøren svart ja til å imøtekomme en rekke krav de ikke kunne oppfylle samtidig. Derfor hadde leveranseprosjektet ansvaret for å ta stilling til hvordan dette skulle håndteres, og å gjennomføre en designfase for å bestemme hvilken løsning som skulle utvikles. I stedet ble en standardiseringsgruppe opprettet for å utarbeide en standardisert arbeidsflyt som skulle brukes som løsningsdesign. Det regionale standardiseringsarbeidet ble ikke ferdigstilt. Dette medførte at konfigurasjonsarbeidet ble gjennomført og tilpasset behovene ved Sykehuset Innlandet. Revisjonen konstaterer at dette førte til at systemet i for stor grad ble tilpasset situasjonen i Sykehuset Innlandet og dermed ikke kunne benyttes av andre helseforetak i regionen som forutsatt. Etter revisjonens vurdering var dette avgjørende for at det ikke ble en regional løsning.

Dersom et prosjekt ikke lenger har en god nok begrunnelse ut fra estimerte kostnader, uvisshet og forventede gevinster, bør det stanses. Undersøkelsen viser at nyttestyring og risikovurderinger ikke har vært sentrale deler av fornyingsstyrets agenda. Programmet unnlot å fullføre gevinstrealiseringsplanen ved ikke å etablere et startpunkt for måling av gevinster. Behovet for å avslutte programmet ble ikke behandlet underveis. Den kritiske driftssituasjonen ved Sykehuset Innlandet gjorde at det ikke kunne startes en ny anskaffelsesprosess fordi det da ville ta to og et halvt år før en ny radiologiløsning kunne settes i drift. Dette gjorde at mye av innsatsen i det regionale radiologiprogrammet ble rettet mot å få en fungerende løsning på plass ved Sykehuset Innlandet. Styringen var dermed ikke rettet mot å realisere de opprinnelige gevinstene eller resultatmålene.

Helse Sør-Øst er Norges største foretaksgruppe og består av elleve helseforetak med ulike kultur og mange ulike IKT-systemer. Gjennom satsingen Digital fornying ble det etablert seks programmer i 2013 med ansvar for standardisering på sine respektive områder. Ett av programmene var regional radiologi. Det å ha flere programmer i gang samtidig, i kombinasjon med både organisatorisk og faglig kompleksitet, stiller høye krav til planlegging og gjennomføring. Undersøkelsen viser at styringsgruppene ikke tok viktige beslutninger i kritiske faser av radiologiprogrammet. Etter revisjonens vurdering skyldes dette mangelfull nytte- og risikostyring, at styrende organer ikke forvaltet den styringsmyndigheten de hadde fått, på en målrettet og god måte, og at oppdragsgiveren ikke fulgte leverandøren godt nok opp.

7 Referanseliste

Lover

- *Lov om offentlige anskaffelser* (anskaffelsesloven). LOV-2016-06-17-73. Sist endret: LOV-2017-04-21-18.
- *Lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven). LOV-2001-06-15-93. Sist endret: LOV-2013-06-14-41 fra 01.07.2013.

Stortingsdokumenter

Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).*

Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).*

Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.*

Prop. 1 S (2013–2014) Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 27 (2015–2016) *Digital agenda for Norge.*

Annet regelverk og retningslinjer

Helse og omsorgsdepartementet (2008) *Retningslinjer for oppfølging av Helse- og omsorgsdepartementets eierinteresser i Helse Sør-Øst RHF.*

Rundskriv, veiledere og strategier

Difi (2016) *Veileder for kontraktoppfølging ved offentlige anskaffelser.*

Difi (2017) *Gjennomføring av forhandlinger – praktisk veileder, juni 2017.*

Difi (2017) *Kvalitetskrav i en systemanskaffelse*. <<https://www.anskaffelser.no/prosess/it/systemanskaffelser/forberede-konkurransen/kravspesifikasjon/kvalitetskrav>> [Hentedato 25.04.18].

Nærings- og fiskeridepartementet (2017) *Veileder til reglene om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften)*, november 2017.

Nærings- og fiskeridepartementet (2017) *Konkurranse med forhandling etter forutgående kunngjøring*, <<https://www.regjeringen.no/no/tema/naringsliv/konkurransepolitikk/offentlige-anskaffelser/-andre-kolonne/anskaffelsesprosedyrer-i-del-iii/konkurranse-med-forhandling-etter-forutgaende-kunngjoring/id2568588/>> [Hentedato 25.04.18].

Difi (2018) *Prosjektveiviseren. Beskrive behovet for endringer i arbeidsprosesser og organisering*. <<https://www.prosjektveiviseren.no/planleggingsfasen/beskrive-behovet-enderinger-i-arbeidsprosesser-og-organisering>> [Hentedato 25.04.18].

Difi (2018) *Prosjektveiviseren. Beskrive tekniske rammer for prosjektet*. <<https://www.prosjektveiviseren.no/planleggingsfasen/beskrive-tekniske-rammer-prosjektet>> [Hentedato 25.04.18]

Difi (2018) *Utviklings- og tilpasningsavtalen*.

Direktoratet for økonomistyring i staten (DFØ) (2018) *Risikostyring i staten*. <<https://dfo.no/fagomrader/risikostyring/risikostyring-i-staten>> [Hentedato 25.04.18].

Rapporter, evalueringer og artikler

Difi (2013) Å lede digitale endringsprosjekter – hva er suksesskriteriene? Rapport 2013:5.

Jørgensen, Magne (2015) *Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter. En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak*. Oslo:Simula.

Intervjuer

Det er gjennomført intervjuer med følgende aktører tilknyttet Helse Sør-Øst:

- forhandlingsleder og medlemmer av forhandlingsutvalget.
- programleder for radiologiprogrammet (RAD) og det etterfølgende programmet Regional klinisk løsning (RKL).
- ledere for leveranseprosjektet, mottaksprosjektet og programstyret, medlemmer av prosjekter, styringsgrupper og referansegrupper, samt andre sentrale personer i Helse Sør-Øst, Fornyingsstyret og Sykehuset Innlandet.

Det er også gjennomført intervjuer med nøkkelpersonell hos leverandøren og en av de andre tilbyderne.

Avtale

- *Avtale om kjøp og vedlikehold av regionalt RIS/PACS med tilhørende kommunikasjons- og informasjonsutvekslingssystem mellom Carestream Health Norway AS og Helse Sør-Øst*, datert 06.03.2013. Med endringsordrer 1–24 fra perioden 23.04.2013 – 05.10.2017.

Dokumenter fra helseforetakene, brev, epost og tildelingsbrev

- Helse Sør-Øst RHF (2018), *Status for Digital fornying*. Brev til Riksrevisjonen, 27.04.2018.

- Dokumenter hentet inn fra interne prosjektarkiv fra RIS/PACS programmet i Helse Sør-Øst RHF, Sykehuspartner HF og Sykehuset Innlandet HF.

Referater og styreprotokoller

- Referater og behandlede møtedokumenter fra programstyremøter i radiologiprogrammet for perioden 27.04.2011 – 15.02.2015.
- Referater og behandlede møtedokumenter fra felles programstyremøter i radiologiprogrammet for perioden 14.03.2013 – 24.03.2014.
- Referater og behandlede møtedokumenter fra felles styringsgruppemøter radiologi for perioden 09.06.2015 – 28.06.2017.
- Referater fra programstyremøter i Regional klinisk løsning for perioden 26.03.2015 – 23.11.2017.
- Referater og behandlede møtedokumenter fra fornyingsstyret for perioden 06.03.2013 – 03.03.2016.
- Styredokumenter og saksframlegg fra relevante styremøter i Helse Sør-Øst i perioden 2009 – 2018.
- Referat fra fagnettverk radiologi og nukleærmedisin, 23.08.2016.
- Referat fra referansegruppen regionalt RIS/PACS, 28.10.2014 og 15.12.2014.
- Referat fra arbeidsutvalget til Referansegruppen regionalt RIS/PACS 16.04.2015.
- Referat fra referansegruppemøte (prosjekt leveranse, prosjekt mottak, utvalgte representanter fra Sykehuset Innlandet radiologi- og IKT-miljø) for perioden 31.01.2014 – 02.09.2016.
- Referat fra prosjektmøter i regional RIS/PACS pilot SIHF for perioden 21.03.2013 – 27.03.2015.
- Referat fra møter i Strategisk IKT-forum (SIKT) for perioden 2010 – 2011.

Andre kilder

Sykehuset Innlandet HF (2011) *Områdeplan 2011 -2015*.

Helse Sør-Øst (2013) *Sluttrapport regional RIS/PACS anskaffelse*.

EY (2015) *Digital fornying. Helsesjekk: 1. Regional radiologi*, 23. september 2015.

Skåre og Mjåset Terramar (2013) *Vurdering av beslutningsgrunnlaget til B4 for RIS/PACS pilot – SIHF*, 22.06.2013.

Vedlegg 5:
Brev og rapport til sak 5
om styrenes oppfølging av
kvalitet og pasientsikkerhet

5.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i
Helse- og omsorgsdepartementet

5.2 Statsrådets svar

5.3 Rapport fra forvaltningsrevisjon av styrenes
oppfølging av kvalitet og pasient-sikkerhet



Vår saksbehandler	22241402
Ingrid Engstad Risa	Vår referanse
Vår dato	2018/01251-25
26.09.2018	Deres referanse
Deres dato	

Utsatt offentlighet jf revl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att.: Statsråd Bent Høie

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 28. juni 2018, og på departementets svar 17. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg



Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref
2018/01251-25

Vår ref
17/2952-27

Dato
9. oktober 2018

Oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 26. september 2018 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017, og Riksrevisjonens undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten.

Jeg oppfatter Riksrevisjonens merknader og anbefalinger knyttet til styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten som relevante. Hovedfunnene fra undersøkelsen viser at dette er et område som vil kreve stor grad av oppmerksomhet og prioritet. Jeg viser for øvrig til departementets brev av 17. august i år.

Hovedfunnene i revisjonen viser (1) at de fleste styrene i helseforetakene får mye informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet, men ikke har en praksis med å følge opp utfordringene systematisk nok, (2) at mange av styrene i både helseforetak og regionale helseforetak ikke godt nok ivaretar sitt ansvar for å påse at styringssystemet fungerer, og (3) at prosessen med styrevalg i Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene ikke godt nok sikrer at hvert styre samlet sett har riktig kompetanse.

Jeg vil legge til grunn Riksrevisjonens undersøkelse og anbefalinger i styringen av de regionale helseforetakene, og vil be de regionale helseforetakene om det samme i sin oppfølging av helseforetakene. Jeg vil særlig peke på behovet for å styrke kompetansen knyttet til internkontroll og risikostyring.

Når det gjelder utviklingen av styrenes kompetanse, så viser Riksrevisjonen til at departementet og de regionale helseforetakene gir lite opplæring på enkelte områder der styremedlemmene selv etterlyser bedre kompetanse. Dette gjelder ifølge Riksrevisjonen spesielt internkontroll og internrevisjon. Departementet har ansvaret for oppnevningen av selve styret, og har utarbeidet en *Styreveileder for styrene i de regionale helseforetakene*. Her går det frem at det er viktig at nye styremedlemmer får god opplæring og støtte til å forstå og utøve styrearbeidet på en god måte. Videre at styreleder selv kan sørge for dette eller delegere til andre. Styret kan også gjennomføre styreseminarer for å styrke styret som kollegium. Departementet gjennomfører felles styreseminar hvert annet år når nye styre er valgt i foretaksmøtet. Her gis styremedlemmer i de regionale helseforetakene relevant informasjon, og temaene på styreseminaret er områder som departementet vurderer som relevant for den perioden styrene er valgt for.

I Meld. St. 27 (2013–2014) - *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap* (eierskapsmeldingen) presenteres Statens prinsipper for god eierstyring. Prinsipp 8 beskriver hvordan styret bør ha en plan for eget arbeid, arbeide aktivt med egen kompetanseutvikling og evaluere sin virksomhet.

Departementet arbeider nå med en revidering av styreveilederen, og vil ha en revidert versjon klar til foretaksmøtet i januar 2019. Det er naturlig å vurdere hovedfunnene i Riksrevisjonens undersøkelse i dette arbeidet. Det vil også bli vurdert om rapporten gir grunnlag for å stille krav i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2019.

Som Riksrevisjonen påpeker har det vært gitt egne retningslinjer fra statsministerens kontor knyttet til styrevalg i de regionale helseforetakene. Disse er fulgt av departementet. For øvrige statlig eide selskaper gjaldt det andre retningslinjer. Retningslinjene er nå revidert.

Riksrevisjonen viser i rapporten til at departementet gjennomfører samtaler kun med de kandidatene som de velger å innstille som nye styremedlemmer. Rapporten viser videre til at Nærings- og fiskeridepartementet intervjuer flere enn de som oppnevnes. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere om det bør gjennomføres flere samtaler, men ser det ikke som hensiktsmessig at dette uten videre skal gjelde for alle styreverv.

I heleide statlige selskaper er det eierdepartementene som fastsetter kompetansekrav og oppnevner styrene. Vurderinger og dokumentasjon offentliggjøres ikke. Kommunikasjon rundt styrevalgprosessen i Helse- og omsorgsdepartementet skjer både skriftlig og muntlig. Riksrevisjonen viser til at det ikke er dokumentert noe om hvilke vurderinger som er gjort av personlig egnethet, habilitet, motivasjon eller kapasitet. Dette betyr ikke at slike vurderinger ikke er gjort.

Det er naturlig at departementet, de regionale helseforetakene og helseforetakene går gjennom Riksrevisjonens rapport og vurderer forbedringsarbeid knyttet til hovedfunn, merknader og anbefalinger. Som nevnt over vil jeg vurdere oppfølging av rapporten gjennom endringer i egne rutiner, i arbeidet med å revidere styreveilederen og eventuelt gjennom krav i foretaksmøtet i januar 2019.

Med hilsen



Bent Høie

Ordliste og forkortelser

Faglig forsvarlighet	Helse- og omsorgstjenester som tilbys og ytes, skal være forsvarlige. I dette ligger at kvaliteten på tjenestene skal ligge på et visst nivå. Forsvarlighetskravet gjelder på alle nivåer i helse- og omsorgstjenester i både privat og offentlig sektor. Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.
Kvalitet	Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.
Kvalitetsforbedring	Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester.
Pasientsikkerhet	Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.
Risiko	De regionale helseforetakenes og helseforetakenes beskrivelser av risiko sammenfaller med COSO-rammeverket ¹ , som beskriver risiko som hendelser med negative konsekvenser.
Risikostyring	Risikostyring er en sentral del av arbeidet med internkontroll og inkluderer å identifisere, vurdere, håndtere og følge opp hendelser som kan påvirke måloppnåelse negativt.
Styringssystem	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten definerer styringssystem som den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Begrepet <i>styringssystem</i> er i stor grad sammenfallende med kravene til internkontroll.

1) COSO (the Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission): Helhetlig risikostyring – et integrert rammeverk

Ledelsens gjennomgang

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav til at ledelsen minst en gang årlig systematisk skal gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten

Intern revisjon

Intern revisjon er definert som en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsaktivitet som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine mål ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, kontroll og virksomhetsstyring.

Vedlegg 5.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Det har i flere år vært et overordnet helsepolitisk mål å skape pasientens helse-tjeneste,² og de regionale helseforetakene har blitt bedt om å innrette virksomheten med sikte på å nå målet om bedre kvalitet og pasientsikkerhet.³ Spesialist-helsetjenesten er organisert gjennom fire regionale helseforetak (RHF), som eier helseforetakene (HF) i egen region. Foretakene på begge nivåer er selvstendige rettssubjekter med egne styrever. Det er styrene som har det overordnede ansvaret for måloppnåelsen i foretakene. Stortinget har lagt til grunn at ansatte i foretakene skal oppleve at styrene engasjerer seg i et aktivt og konstruktivt pasientsikkerhetsarbeid, og at styrene må være bevisst på ansvaret sitt og ha kompetanse innen kvalitet og pasientsikkerhet.⁴

Det har fra flere hold blitt påpekt at styrenes arbeid med oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet kan bli bedre. I en evaluering av styrene fra 2012 som ble bestilt av Helse- og omsorgsdepartementet, ble det gitt uttrykk for at styrene kan bruke mer tid på risikostyring, kvalitet og pasientrelaterte temaer, og flere styremedlemmer og direktører mente at den helsefaglige og profesjonelle styrekompetansen kunne styrkes.⁵ Riksrevisjonen har tidligere påpekt at styrene er for lite involvert i hvordan helseforetakene arbeider med uønskede hendelser.⁶

Erfaringer fra tilsyn har vist at det ikke arbeides systematisk nok med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i helseforetakene, og at det er behov for mer kunnskap om kvaliteten på tjenesten.⁷ Tilsyn viser ofte svikt i risikostyring og ledelsens ansvar for å sikre forsvarlig behandling av pasienter og brukere, og at de ansvarlige for virksomheten har for lite kunnskap om resultater for kvalitet og pasientsikkerhet.⁸ Funn fra tilsyn viser også at det er manglende iverksetting av korrigerende tiltak og manglende oppfølging av tiltakenes effekt.⁹ Forskning viser at styrenes involvering har betydning for kvaliteten i tjenestene.¹⁰ I regjeringens eierskapsmelding blir det understreket at mange styremedlemmer mangler tid, kunnskap og riktig informasjon til å bidra på en effektiv måte.¹¹

Styrenes ansvar innebærer blant annet å fastsette strategiske planer og budsjetter, og holde seg orientert om foretakets virksomhet.¹² Styret har det øverste ansvaret for forvaltningen av foretaket og skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar

2) Prop. 1 S. Helse- og omsorgsdepartementet (2016–2017), (2015–2016) og (2014–2015).

3) Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2015, 2016 og 2017.

4) Innst. 250 S (2012–2013), jf. Meld. St. 10 (2012–2013).

5) Agenda Kaupang (Kaupang: 13) *Evaluering av styrene i helseforetakene, en evaluering av roller og funksjoner for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene.*

6) Dokument 3:2 (2016–2017) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015.*

7) Høringsnotat til forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten og Nasjonal helse- og sykehusplan.

8) Høringsnotat til forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten.

9) Høringsnotat til forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten.

10) Pasientsikkerhetsprogrammet viser blant annet til forskningsartikkelen Jiang HJ, Lockee C, Bass K, Fraser I. *Board oversight of Quality: Any Differences in Process of Care and Mortality.* *Journal of Healthcare Management* 2009 Jan;54(1):15–30.

11) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 76.

12) Helseforetaksloven § 28 og veilederen for styrearbeid i regionale helseforetak.

med lover og forskrifter.¹³ Det er derfor viktig at styrene påser at foretakene jobber systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og påser at det er etablert et styringssystem som støtter opp under kvalitetsarbeidet.¹⁴

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har ansvaret for å velge styrene i de fire regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene velger på sin side styrene i sine underliggende helseforetak. I 2017 var det til sammen etablert 20 underliggende helseforetak som hadde ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester innenfor sitt opptaksområde.¹⁵ Styrene i de fire regionale helseforetakene og 20 underliggende helseforetakene hadde mellom åtte og tolv styremedlemmer. Mellom tre og fire av medlemmene var ansattrepresentanter.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere om styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene følger opp kvalitet og pasientsikkerhet i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger, samt prinsipper for godt styrearbeid.

Følgende problemstillinger belyses:

1. Påser styrene at virksomhetene arbeider systematisk med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet?
 - a) Påser styrene at de behandler relevant informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet?
 - b) Påser styrene at det blir satt i gang nødvendige tiltak for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet?
 - c) Påser styrene at styringssystemet bidrar til å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten?
2. Sørger Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene for å velge styrer med hensiktsmessig kompetanse, og sørger styrene selv for å evaluere og videreutvikle denne kompetansen?

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene er belyst ved hjelp av dokumentanalyse, spørreundersøkelser, intervjuer og analyse av tilgjengelig statistikk og annen sekundærdata.

Undersøkelsen omfatter i hovedsak arbeidet i styrene i de fire regionale helseforetakene og 20 underliggende helseforetakene som yter spesialisthelsetjenester i 2017.¹⁶ Styrene i HF-ene har ansvaret for den utøvende virksomheten, og det er dermed grunn til å forvente at disse styrene har en tettere oppfølging av pasientbehandlingen enn styrene på RHF-nivå. Revisjonen har derfor hatt størst oppmerksomhet mot styrene i HF-ene. I tillegg er styrene i tre private ideelle sykehus som har et bredt tilbud av spesialisthelsetjenester, og som har avtale med et RHF, inkludert i problemstillingen, for å undersøke om styrearbeidet i disse sykehusene skiller seg fra styrenes arbeid i de regionale helseforetakene og deres underliggende

13) Helseforetaksloven § 28.

14) FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

15) De fire regionale helseforetakene eide per 2017 i tillegg 13 underliggende helseforetak, som var ansvarlig for andre tjenester som står i naturlig sammenheng med oppgavene i spesialisthelsetjenesten, for eksempel sykehusapotekene og selskaper med ansvar for IKT og bygg.

16) Styrenes oppfølging av enkelte saker er fulgt lenger tilbake i tid. Det gjelder to internrevisjonsrapporter med særlig relevans for tematikken i denne undersøkelsen, enkelte risikoanalyser og tilsynsrapporter. Samtidig er årlige meldinger som ble rapportert i 2018, undersøkt, fordi disse gjelder for 2017.

helseforetak. Hvilke foretak og sykehus som er inkludert i undersøkelsen, går fram av vedlegg 1.

2.1 Dokumentanalyse

Revisjonen har gjennomført dokumentanalyse av styredokumenter for å undersøke hva slags informasjon styrene får, og hvilke vedtak styrene fatter.

Følgende dokumenter for 2017 er gjennomgått for de fire regionale helseforetakene, de tjue helseforetakene og tre private sykehus:

- styremøteprotokoller
- månedsrapportering
- tertialrapportering og/eller halvårlig rapportering
- risikovurderinger
- dokumenter som omhandler ledelsens gjennomgang av styringssystemet
- årlig melding for 2017
- styresaker som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet, eksterne tilsyn og interne revisjoner¹⁷

Revisjonen har analysert saksdokumentene for å få oversikt over hvilke temaer styrene får informasjon om. Videre har revisjonen undersøkt om styrene får informasjon om utfordringer foretakene og de private ideelle sykehusene står overfor, og tiltak de setter i gang for å sørge for forbedringer.

I kapittel 4.1, som omhandler virksomhetsrapporteringen, er månedsrapporter for oktober 2017¹⁸, tertialrapportene for 2. tertial og/eller halvårlig rapportering lagt til grunn.

Gjennomgangen av styreprotokoller er brukt til å belyse styrenes aktivitet, blant annet hvilke vedtak styrene fatter, og om styrets saksbehandling går fram av protokollene. Det er også undersøkt om styrene har oversikt over status på oppfølgingen av egne vedtak, enten gjennom protokoller eller andre oversikter. For å se om de grunnleggende styringsdokumentene er på plass, har revisjonen gjennomgått instruks for styret og daglig leder og overordnede retningslinjer for risikostyring og internkontroll.

Det er i tillegg gjennomført en dokumentanalyse av innhentet dokumentasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene for å undersøke hva slags opplæring styremedlemmene får, og hvordan valg av nye styremedlemmer foregår. Dokumentasjonen omfatter blant annet styrets egenevaluering, presentasjonsmaterieell fra styreseminarer, eventuelle rutiner og for opplæring og styrevalg. Det er også hentet inn eventuell dokumentasjon fra styrevalgene i 2016 og 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet, og tilsvarende dokumentasjon er hentet inn fra de regionale helseforetakene for styrevalget i 2016.

Styrene i de tre private ideelle sykehusene som er omfattet av undersøkelsen,¹⁹ er ikke pålagt å ha åpne styremøter, slik foretakene som hovedregel skal ha. Revisjonen har derfor ikke tilgang til alle styredokumentene deres,²⁰ og dette gjør dokumentanalysen av disse sykehusene noe mer begrenset. Revisjonen har bedt om instruks for styret og

17) Informasjonen som er tilgjengelig på foretakenes nettsider, er lastet ned og analysert. I tillegg ble det hentet inn ytterligere dokumentasjon per brev. Når det gjelder internrevisjonsrapportene, er enkelte rapporter som ikke dekkes av denne undersøkelsens tematikk, utelatt. Det gjelder revisjon av avtalelojalitet, behandlingshjelpemidler ved Sykehusinnkjøp HF og Sørlandet Sykehus HF og revisjon av forvaltning av programvarelisenser ved Sykehuspartner HF, Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset i Telemark HF.

18) I de tilfellene det ikke forelå månedsrapport for oktober, ble månedsrapporten for september lagt til grunn i analysen.

19) Helseforetaksloven § 2 a.

20) Åpne styremøter er regulert i helseforetaksloven § 26 a. Styrene i foretakene kan likevel vedta å behandle saker for lukkede dører der det følger av lovbestemt taushetsplikt eller det foreligger et reelt og saklig behov, jf. helseforetaksloven § 26 a andre ledd.

daglig leder, protokoller fra alle styremøter i 2017, ledelsens gjennomgang og styrets behandling av denne, måneds-/tertialrapporter og risikoanalyser og annet saksgrunnlag som er relevant for styrets oppfølging av kvaliteten og pasientsikkerheten i sykehuset for 2017, og overordnede retningslinjer for risikostyring og internkontroll.

2.2 Spørreundersøkelser

I februar 2018 ble det sendt ut to spørreundersøkelser. Den ene spørreundersøkelsen ble sendt til alle styremedlemmene i de 20 helseforetakene og i tre private ideelle sykehus. Den andre spørreundersøkelsen ble sendt til alle styremedlemmene i de fire regionale helseforetakene. I den første gruppen var svarprosenten 81, og i den andre gruppen var svarprosenten 84. Frafallsanalysen viser at det ikke er noen systematiske skjevheter i utvalget. I begge gruppene var respondentene styremedlemmer som hadde sittet i styret i 2017.²¹

Formålet med spørreundersøkelsene var å få styremedlemmenes oppfatning om utvalgte deler av styrets arbeid og fange opp informasjon styremedlemmene kan ha fått utover den skriftlige dokumentasjonen. Temaene i spørreundersøkelsene var opplæring til styremedlemmer, styrenes egevalueringer, bruk av kvalitetsindikatorer, uønskede hendelser, interne revisjoner, risikostyring, styrenes saksbehandling og saksdokumentene styrene behandler.

Med noen få unntak var spørsmålene de samme i de to spørreundersøkelsene. Det ble gjort noen tilpasninger i spørreundersøkelsen til de regionale helseforetakene fordi disse styrene har et mer overordnet ansvar enn de underliggende helseforetakene.

2.3 Analyse av tilgjengelig statistikk

Revisjonen har analysert helseforetakenes resultater på utvalgte kvalitetsindikatorer innenfor tolv områder. Datagrunnlaget er hentet fra Helsedirektoratets nettsider helsenorge.no. Indikatorene er analysert på helseforetaksnivå²², og i all hovedsak er dataene for 2016.²³ Formålet med analysen er å vurdere hvorvidt helseforetakenes resultater på indikatorene tilsier at styrene bør følge opp helseforetakets resultater og tiltak innenfor de aktuelle områdene.

For å komme fram til de tolv utvalgte indikatorområdene har revisjonen lagt til grunn flere prinsipper. Samlet sett skal områdene dekke både indikatorer som har fastsatte mål (i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet eller anbefalte mål fra Helsedirektoratet), og indikatorer uten slike fastsatte mål. Det skal være indikatorer av relevans for sentrale deler av spesialisthelsetjenesten. Indikatorene skal samlet sett dekke et bredt spekter av pasientgruppene. De skal dekke flere dimensjoner av begrepet «kvalitet», og de skal dekke både psykisk og somatisk helsetjeneste. Revisjonen har gjennomført møter med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet for å diskutere hvilke indikatorområder som vil være mest relevante å undersøke basert på formålet med revisjonen. Indikatorer for ventetider, fristbrudd og pakkeforløp for kreft er ikke inkludert i analysen. Begrunnelsen for dette er at nesten alle helseforetakene rapporterer til styrene om statusen på disse tre områdene, uavhengig av resultat.

21) Når det gjelder Lovisenberg, ble tre av styremedlemmene byttet ut i desember 2017. Siden de nye medlemmene ikke kunne svare for styrets arbeid i 2017, ble spørreundersøkelsen sendt til styret som hadde sittet fram til desember 2017. Det var også fire personer som satt i to styre hver. Der disse var styreleder i ett av styrene, ble personen bedt om å svare med utgangspunkt i dette styret. Der de var vanlige styremedlemmer i to styre, ble styret personen skulle svare med utgangspunkt i, valgt tilfeldig.

22) Enkelte indikatorer er bare publisert på sykehus-/klinikknivå. Dette gjelder alle indikatorer om barnediabetes og for noen helseforetak på indikatoren om pasientskader (målt med GTT). Se vedlegg 2 for mer informasjon.

23) For enkelte indikatorer har revisjonen også sett på utvikling over tid, men det perioden hvor utvikling er analysert varierer mellom indikatorene. For enkelte indikatorer er det også beregnet gjennomsnitt for flere årganger. Se vedlegg 2 for mer informasjon.

Tabell 1 Oversikt over områder og kvalitetsindikatorer som er inkludert i analysen

Indikatorområde	Delindikator – kvalitetsindikator	Hovedregel brukt for å angi negativt resultat
Korridorpasienter	Andel korridorpasienter på sykehus	Nivået er et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet.
Reinnleggelser	Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre pasienter ved somatiske sykehus	Folkehelseinstituttets rapportering av hvilke HF som er signifikant dårligere enn andre.
Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus	30-dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus uansett årsak 30-dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus ved hjerneslag 30-dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus ved hjerteinfarkt	Folkehelseinstituttets rapportering av hvilke HF som er signifikant dårligere enn andre.
Sykehusinfeksjoner	Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus på målingstidspunktet	Nivået er lik eller høyere enn 3,5 prosent (landsgjennomsnittet i 2016 og mål i oppdragsdokumentet for 2018), eller hvis andelen har økt.
Tvang	Andel tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne. Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne	Nivået er et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet, eller andelen har økt (krav i oppdragsdokumentet å redusere bruk av tvang).
Antibiotika	Antall definerte døgndoser (DDD) av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn/periode	Nivået er et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet, eller andelen har økt.
Trombolyse	Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet innen 40 min etter innleggelse. Andel pasienter 18–80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (akutt)	Nivået er under kravet i oppdragsdokumentet om 50 prosent. Nivået er et halvt standardavvik under landsgjennomsnittet.
Barnediabetes	Andel pasienter med akutt komplikasjon siste måleperiode Andel pasienter som hadde HbA1c $\geq 9,0\%$, målt ved sentralt laboratorium, ved siste årskontroll Andel pasienter som hadde HbA1c $< 7,5\%$, målt ved sentralt laboratorium, ved siste årskontroll	Nivået er et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet (gjelder indikatorene om akutte komplikasjoner og HbA1c $\geq 9,0\%$). Nivået er et halvt standardavvik under landsgjennomsnittet (gjelder indikator HbA1c $< 7,5\%$)
Fødselsrifter	Andel store rifter blant alle vaginalt fødende Andel store rifter blant førstegangsfødende som føder vaginalt Andel store rifter blant førstegangsfødende forløst instrumentelt	Nivået er et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet.
Hjemmedialyse	Andel pasienter med kronisk nyresvikt som får hjemmedialyse første dag i tertialet	Estimert andel er under 30 prosent (krav i oppdragsdokumentet)
Pasientskader*	Andel pasientskader målt ved journalgjennomgang – Global Trigger Tool (GTT)	Reduksjonen har vært mindre enn kravet i oppdragsdokumentet på 25 prosent nedgang fra 2012 til 2018
Overlevelse 5 år etter behandling av kreft	5 års relativ overlevelse etter behandling av – brystkreft – lungekreft – tykktarmkreft – endetarmskreft – høyrisiko prostatakreft	Nivået er under fastsatt mål i omtale av hver enkelt delindikator på helsenorge.no

* Andel pasientskader målt gjennom Global Trigger Tool er ingen nasjonal kvalitetsindikator. Det er imidlertid en måling av pasientskader som skal rapporteres i årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet, og det er satt som mål fra Helse- og omsorgsdepartementet at andel pasientskader målt med GTT skal reduseres med 25 prosent fra 2012 til 2018.

Tabell 1 viser oversikt over de 12 utvalgte indikatorområdene, og hvilke delindikatorer som ligger til grunn for hvert område. Enkelte områder har bare en indikator, mens andre områder har flere delindikatorer som til sammen beskriver området. Revisjonens valg av delindikatorer er basert på hvilken informasjon som er tilgjengelig, og på en vurdering av relevans og pålitelighet.

Tabellen viser også en oversikt over hvordan grenseverdien mellom positivt og negativt resultat er satt for hver enkelt delindikator. I hovedsak er følgende framgangsmåter lagt til grunn for å angi grenseverdien:

1. *Hvorvidt helseforetaket har dårligere resultat enn landsgjennomsnittet.*
Grenseverdien er hovedsakelig beregnet som et halvt standardavvik²⁴ fra landsgjennomsnittet.
2. *Hvorvidt helseforetaket har hatt en negativ utvikling de siste årene.* Hvilken periode og hvor stor økningen/nedgangen må være for å få tildelt negativt resultat, varierer mellom indikatorene.
3. *Hvorvidt helseforetaket ikke har nådd, eller er på vei til å nå, fastsatte mål i oppdragsdokumentet eller faglige mål.*
4. *Beregninger gjennomført av Folkehelseinstituttet i omtale av hver enkelt indikator og som angir hvilke helseforetak som har signifikant dårligere resultat enn andre.*

Vedlegg 2 gir en fullstendig oversikt over hvilke beregninger som er gjort for hver delindikator, hvilke regler som er brukt for å angi negativt resultat samlet sett for hvert enkelt indikatorområdet, og eventuelle unntak fra regelen.

2.4 Intervjuer

For å få en bedre forståelse av hvordan styrene følger opp kvalitet og pasientsikkerhet, og hvilke utfordringer og muligheter styrene har i dette arbeidet, har revisjonen gjennomført individuelle intervjuer med styremedlemmer og deler av administrasjonen i fire utvalgte foretak.²⁵ Med utgangspunkt i funn fra dokumentanalysen og spørreundersøkelsen er det gjort et utvalg på fire foretak som hadde ulik grad av involvering fra styret i kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet. For å få en best mulig forståelse for styrearbeidet har revisjonen gjennomført intervjuer med informanter som har ulike roller. I to av foretakene er administrerende direktør, ansattvalgt styremedlem og styreleder intervjuet. I de to andre er i tillegg medisinsk fagsjef intervjuet.

Revisjonen har også gjennomført intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet og de fire regionale helseforetakene for å belyse prosessen med valg av styremedlemmer og opplæringen som gis til nye styremedlemmer. I tillegg er det gjennomført intervju med Nærings- og fiskeridepartementet for å få informasjon om prosessen for å velge styremedlemmer. Prosessen til Nærings- og fiskeridepartementet er lagt til grunn som beste praksis.

3 Revisjonskriterier

3.1 Krav til styrets overordnede tilsynsansvar

Det følger av helseforetaksloven at foretaket skal ledes av styret og en daglig leder.²⁶ Styret har det overordnede ansvaret for oppnåelse av de helsepolitiske målene som

24) Flere av indikatorene må tolkes med varsomhet. Grenseverdien er satt til et halvt standardavvik fra landsgjennomsnittet for å gjøre den mer robust.

25) Foretakene som ble valgt, var Sykehuset Innlandet HF, Helse Bergen HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Sør-Øst RHF. I tillegg ble det gjennomført et kort intervju med administrasjonen i Helse Vest, for å utdype enkelte funn fra dokumentanalysen.

26) Helseforetaksloven § 20.

settes for foretaket, at virksomheten i alle ledd drives forsvarlig, og at driften holdes innenfor de rammene som er satt.²⁷ I statens prinsipper for god eierstyring er det presisert at styrets rolle omfatter mer enn kontroll av selskapets ledelse, fordi styret også har det overordnede ansvaret for forvaltningen av selskapet.²⁸

Styrets rolle med å føre tilsyn med den daglige ledelsen og selskapets virksomhet er en av styrets kjerneoppgaver.²⁹ Tilsynsansvaret med virksomheten innebærer at styret skal forvisse seg om at foretaket er på rett kurs innenfor rammebetingelsene, sørge for internkontroll og risikostyring, og om nødvendig sørge for at korrigerende tiltak blir satt i verk.³⁰

De regionale helseforetakene skal hvert år lage en melding til departementet om året som har gått. Der skal de blant annet redegjøre for de kravene departementet har stilt til virksomheten. Meldingen skal også omfatte de helseforetakene det regionale helseforetaket eier.³¹

3.2 Krav til styrets ansvar for styringssystemet

Spesialisthelsetjenesteloven og helsetilsynsloven pålegger helseforetakene og sykehusene å ha et internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav som er fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.³² Det følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten at det er daglig leder for foretakene som skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften.³³ Det går samtidig fram at styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene aktivt skal følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem. Styrene må sørge for å få informasjon om hvorvidt helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige, og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.³⁴

Daglig leder har ansvaret for at virksomheten minst én gang årlig systematisk går gjennom og vurderer hele styringssystemet. Vurderingen skal gjøres opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.³⁵ Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfanget som er nødvendig.³⁶ Selv om daglig leder har ansvaret for gjennomgangen, skal styret selv danne seg en oppfatning om selskapets interne kontroll. Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøte stilt krav om at styret minimum én gang i året skal gjøre en samlet gjennomgang av foretaksgruppens risikovurderinger, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik.³⁷

Styret skal påse at selskapet har hensiktsmessige systemer for risikostyring. Formålet med risikostyringen og selskapets interne kontroll er ikke å eliminere risiko, men å håndtere risikoer i virksomhetsutøvelsen på en forsvarlig måte. Styret bør være en ressurs, diskusjonspartner og støttespiller for selskapets ledelse. Samtidig må styret kontrollere ledelsens arbeid og dermed ha en uavhengig rolle.³⁸ Styret og toppladelsen

27) Ot.prop. nr 66 (2000–2001), kap. 4.10.

28) Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap, s. 66, prinsipp 7.

29) Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap.

30) Veileder for styrearbeid i regionale helseforetak, s. 13.

31) Helseforetaksloven § 34.

32) Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helsetilsynsloven § 3.

33) FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3.

34) Veileder og høringsnotat til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

35) Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8 f.

36) Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 5.

37) Foretaksmøter i januar 2008 og januar 2012.

38) Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap, s. 71.

setter tonen på toppen for viktigheten av internkontroll, og det er god praksis at styret etablerer retningslinjer for og forventninger til hvordan styret skal føre tilsyn med virksomhetens internkontroll. Styret bør utfordre ledelsen når det er nødvendig, stille de vanskelige spørsmålene og søke innspill og støtte fra internrevisorer, eksterne revisorer og andre.³⁹

De regionale helseforetakene har etablert internrevisjoner som blant annet skal sikre at virksomhetene driver systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Hensikten med å etablere en lovfestet internrevisjon er at den skal være en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som skal tilføre merverdi og forbedre virksomhetens drift. Internrevisjonen skal ha en viktig rolle på vegne av styret når det gjelder å påse at virksomheten har etablert god risikostyring og internkontroll, og at det etterleves i praksis.⁴⁰

3.3 Krav til styrets sammensetning og kompetanse

Rekrutteringen av gode styrer er en vesentlig del av eierstyringen. En av de viktigste oppgavene for staten som eier er å sørge for godt sammensatte og kompetente styrer som forvalter ansvaret på vegne av fellesskapet.⁴¹ Krav til styrets sammensetning går fram av helseforetaksloven.⁴² Styremedlemmene skal styre til beste for foretaket.⁴³ Helseforetaksloven stiller ingen kompetansekrav til styremedlemmene, men for å sikre en forsvarlig eierforvaltning må styret settes sammen på en slik måte at det til sammen har den nødvendige kompetansen til å ivareta oppdraget og ansvaret styret pålegges. Det er understreket at styret i et regionalt helseforetak derfor må ha tilstrekkelig kompetanse om pasientrollen og pasientenes interesser, og om primærhelsetjenesten.⁴⁴

I selskaper med sektorpolitiske mål bør det være balanse mellom styremedlemmer som har kompetanse om de relevante sektorpolitiske oppgavene, og styremedlemmer med kompetanse på selskapsledelse og forretningsmessig virksomhet. I tillegg må styret settes sammen slik at det har kompetanse som står i forhold til de utfordringene det regionale helseforetaket står overfor. Styrets sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drive og utvikle spesialisthelsetjenesten i tråd med nasjonal helsepolitikk.⁴⁵ Det bør legges vekt på at styret har tilstrekkelige forutsetninger til å foreta selvstendige vurderinger av ledelsens saksframlegg og selskapets virksomhet.⁴⁶

Norsk anbefaling for eierstyring og selskapsledelse (NUES) anbefaler at selskaper setter ned en valgkomité som skal forberede styrevalget. Anbefalingen gjelder i utgangspunktet bare børsnoterte selskaper. I de senere årene er det imidlertid også mange andre selskaper som har satt ned en valgkomité for å forberede styrevalget.⁴⁷ Komiteens oppgave er i første rekke å vurdere styrets arbeid og fremme forslag om styremedlemmer for generalforsamlingen.⁴⁸ Innstillingen med forslag til nye styremedlemmer bør begrunnes. Begrunnelsen bør blant annet inkludere informasjon om

39) COSO (the Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission): *Helhetlig risikostyring - et integrert rammeverk*, og Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi* og «Norsk anbefaling om eierstyring og selskapsledelse»

40) Prop. 120 L (2011–2012) *Endringer i helseforetaksloven kap. 11.4.*

41) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 70.

42) Helseforetaksloven §§ 21, 22 og 23.

43) Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi* og Veileder for styrearbeid i regionale helseforetak

44) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001), kap. 7.

45) Veileder for styrearbeid i regionale helseforetak.

46) NUES.

47) Dokument av 9. oktober 2017 utgitt av Nærings- og fiskeridepartementet om statsrådens forvaltning av statens eierskap i selskaper som staten eier alene eller er deleier i.

48) Dokument av 9. oktober 2017 utgitt av Nærings- og fiskeridepartementet om statsrådens forvaltning av statens eierskap i selskaper som staten eier alene eller er deleier i.

kandidatenes kompetanse, kapasitet og uavhengighet. Styret må ha kapasitet til å utføre sine oppgaver. I praksis betyr det at styremedlemmene hver for seg må ha tilstrekkelig tid til å utføre styrevervet.⁴⁹

Styret har selv et ansvar for å evaluere og videreutvikle kompetansen.⁵⁰ I veileder for styrearbeid i regionale helseforetak går det fram at styret skal gjennomføre evaluering av egen virksomhet én gang per år. Evalueringen kan avdekke områder der nåværende praksis må klargjøres eller endres. Resultatet av evalueringen skal presenteres og behandles i et senere styremøte. Styret må klargjøre hva som er styrets viktige oppgaver og foretakets utfordringer, slik at evalueringen kan gjøres ut fra dette. Styrets evaluering av eget arbeid er først og fremst et verktøy for internt forbedringsarbeid i styret (utviklingsevaluering).⁵¹ Det bør gis en oversikt over eventuelle tiltak som er satt i gang for å bedre styrearbeidet.⁵²

Styret skal også oppsummere og formidle deler av resultatene av evalueringen til eieren i en årlig melding og på forespørsel. Hensikten er at eieren skal få et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere styrets fungeringsmåte – særlig om styrets sammensetning er hensiktsmessig for å ivareta oppgaver og utfordringer (rekrutteringsevaluering).⁵³ Som grunnlag for å vurdere gjenvalg og utskiftninger av styremedlemmer bør departementet skaffe seg et godt faktagrunnlag om hvor godt styremedlemmene og styret klarer å løse selskapets utfordringer. Dette kan for eksempel skje gjennom kontakt med styremedlemmer og daglig ledelse.⁵⁴

Styret skal videre legge til rette for at styremedlemmene får nødvendige kompetanse til å ivareta styrevervet, og bør sørge for tiltak for å heve kompetansen når det er nødvendig. Det vil ofte være hensiktsmessig med et introduksjonsprogram for nye styremedlemmer som for eksempel gir en detaljert innføring i selskapet og selskapets strategi, samt en beskrivelse av bransjen. Gode styrer legger ofte til rette for at kompetanseutviklingen bygger på styrets identifiserte kompetansebehov i tiden framover.⁵⁵

4 Fakta

I 2017 gjennomførte hvert av styrene i helseforetakene (HF-ene), de regionale helseforetakene (RHF-ene) og i de private ideelle sykehusene mellom sju og elleve ordinære styremøter, og behandlet mellom 67 og 130 styresaker hver. Samtlige styrer har et årshjul eller en møteplan som angir møtefrekvens og hvilke saker som skal behandles, jf. figur 1.

49) Norsk anbefaling om eierstyring og selskapsledelse.

50) Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi*) og «Norsk anbefaling om eierstyring og selskapsledelse», pkt. 9.

51) Veileder om styrearbeid i regionale helseforetak.

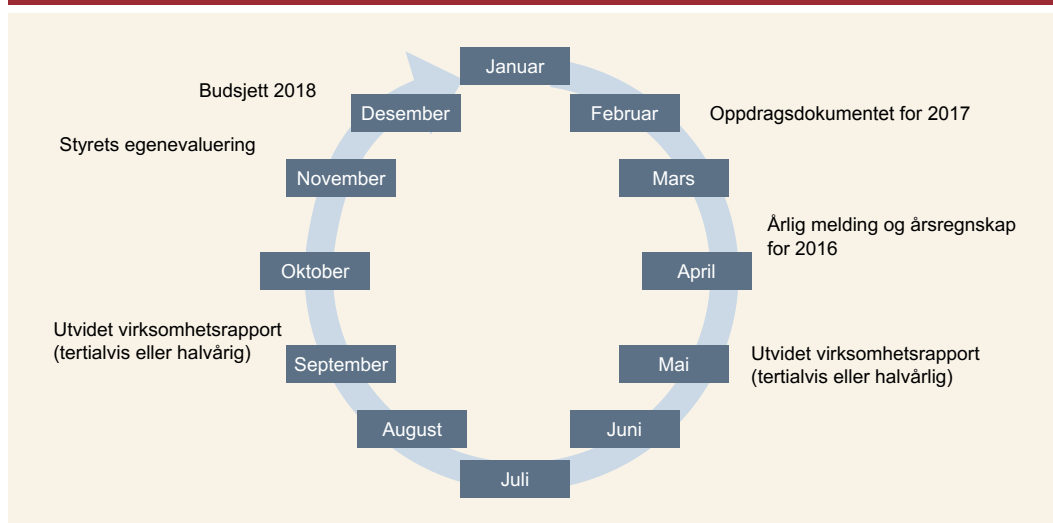
52) Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi*) og «Norsk anbefaling om eierstyring og selskapsledelse».

53) Styrearbeid i regionale helseforetak.

54) Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi*) og «Norsk anbefaling om eierstyring og selskapsledelse».

55) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 76.

Figur 1 Typisk årshjul med tidspunkt for behandling av faste saker



Kilde: Dokumentanalyse av styreprotokoller og styrenes møteplaner for 2017.

I tillegg til mer utvidede virksomhetsrapporter tertialvis eller halvårlig behandler et flertall av styrene månedlige virksomhetsrapporter på hvert styremøte. De månedlige rapportene inneholder stort sett status på nøkkelindikatorer for økonomi, aktivitet, kvalitet og bemanning, mens de utvidede virksomhetsrapportene er mer omfattende.

Behandlingen av årlig melding skal sikre at eieren får rapportering om de kravene som er satt i foretaksmøter og oppdragsdokumenter for året. Både de regionale helseforetakene, helseforetakene og de private ideelle sykehusene mottar oppdragsdokumenter.

4.1 Informasjonen styrene behandler om kvalitet og pasientsikkerhet Virksomhetsrapporteringen

Virksomhetsrapporteringen, i form av månedsrapporter og utvidede virksomhetsrapporter, er det viktigste grunnlaget for styrenes løpende oppfølging av målene som er satt for virksomhetene. Helse- og omsorgsdepartementet satte tre overordnede styringsmål til de regionale helseforetakene i 2017. Det ble også satt mer spesifikke resultatmål og krav til andre typer oppgaver for hvert av styringsmålene, jf. faktaboks 1. Målene ble videreformidlet til de underliggende HF-ene og de tre private ideelle sykehusene.⁵⁶

56) Målene ble videreformidlet til de tilfellene der virksomhetene utfører de aktuelle oppgavene. For eksempel er ikke bruk av tvang aktuelt for alle.

I oppdragsdokumentene gir Helse- og omsorgsdepartementet den helsepolitiske bestillingen til RHF-ene. I 2017 var de tre styringsmålene i oppdragsdokumentet, med tilhørende resultatmål, følgende:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen:
 - Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenlignet med 2016.
 - Gjennomsnittlig ventetid skal være under 60 dager i alle regioner.
 - Det skal ikke oppstå fristbrudd.
 - Andelen nye kreftpasienter som inngår i et pakkeforløp, skal være minst 70 prosent.
 - Andelen pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp, skal være minst 70 prosent.
 - Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene.
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling:
 - Oppnå høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk (måles i ventetid, kostnader, årsverk og aktivitet).
 - Redusere antall tvangsinnleggelser innen psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere sammenlignet med 2016.
 - Registrere, med mål om å redusere, antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.
 - Registrere, og sikre færrest mulig, avbrudd i døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet:
 - Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016.
 - Minst 50 prosent av pasientene med hjerneinfarkt skal få trombolysbehandling innen 40 minutter etter innleggelse
 - Ingen korridorpasienter.
 - Andelen dialysepasienter som får hjemmedialyse, skal være minst 30 prosent.
 - 30 prosent reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenlignet med 2012.

I foretaksmøtene for 2017 ble det samtidig stilt krav om å videreføre arbeidet med å bedre pasientsikkerheten og se dette i sammenheng med HMS.

Kilde: Oppdragsdokumentene og foretaksmøteprotokollene for 2017.

Analysen av virksomhetsrapporteringen i 2017 til styrene i RHF-ene, HF-ene og de tre private ideelle sykehusene viser at det er enkelte resultatmål som fikk stor oppmerksomhet i samtlige styrever. Målene om ventetider og fristbrudd ble gjennomgående høyt prioritert, både i saksframleggene som oppsummerer det viktigste innholdet, og i rapportene som legges ved saken.

De tertialvise og halvårslige rapportene inneholder stort sett mer informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet enn den månedlige rapporteringen. Årsaken til dette er at flere av temaene ikke egner seg for månedlig rapportering. De fleste tertial/halvårsrapportene inneholder i større grad informasjon om blant annet uønskede hendelser, antibiotikaforbruk, sykehusinfeksjoner og bruk av tvang.

En analyse av utvalgte måneds- og tertialrapporter viser at de fleste HF-styrene fikk informasjon om utviklingen over tid på sentrale indikatorer som ventetid, fristbrudd og pakkeforløp. Analysen viser imidlertid at det varierer hvor konkrete tiltaksbeskrivelser styrene fikk der det ble presentert utfordringer med kvalitet og pasientsikkerhet. Enkelte var svært generelle – for eksempel at «det jobbes med forbedringer». Åtte

HF-styrer⁵⁷, fikk i liten grad konkrete tiltaksbeskrivelser sammenlignet med de andre HF-styrene. Alle HF-styrene i Helse Vest fikk tiltaksbeskrivelser.

Dokumentanalysen viser videre at få styrer fikk informasjon som viser sammenligninger med andre helseforetak og regioner. Tre av fire HF-styrer i Helse Vest og enkelte HF-styrer i Helse Sør-Øst og Helse Nord fikk slike sammenligninger. I Helse Midt-Norge var det ingen av HF-styrene som fikk presentert sammenligninger i de utvalgte måneds- og tertialrapporteringene.

I spørreundersøkelsen oppgir 27 prosent av styremedlemmene i HF-ene at de har bedt om flere sammenligninger. Analysen viser at styremedlemmene i Helse Vest i større grad enn styremedlemmene i de øvrige tre foretaksgruppene oppgir at de ber om sammenligninger.⁵⁸

Virksomhetsrapportene på RHF-nivå viser at alle RHF-styrene fikk presentert sammenligninger, både innad i egen foretaksgruppe og med andre RHF. RHF-styrene fikk også presentert utvikling over tid og beskrivelser av tiltak.

En analyse av virksomhetsrapportene til de tre private ideelle sykehusene viser at alle styrene får presentert beskrivelse av tiltak og utvikling over tid, mens to av tre styrer⁵⁹ får presentert sammenligninger.

Andre saker om kvalitet og pasientsikkerhet

Hvilke type saker styrene setter opp om kvalitet og pasientsikkerhet utover den faste rapporteringen, og om disse prioriteres høyt eller lavt på agendaen, kan indikere hvor opptatt styret er av kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet i foretakene.

Figur 2 Antall HF-styrer som satte opp ulike typer saker på agendaen i 2017 (N = 20 styrer)



Kilde: Dokumentanalyse av styreprotokoller fra HF-ene.

Figur 2 viser at de fleste styrene på HF-nivå behandlet minst en sak i 2017 som var en oppfølging av et kvalitetstema (her omtalt som dypdykk).⁶⁰ Flere av dypdykkene var oppfølging av områder med konkrete utfordringer, som for eksempel forbruket av antibiotika og utfordringer med ventetider og fristbrudd i barne- og ungdomspsykiatrien.

57) Helgelandssykehuset HF, Finnmarkssykehuset HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Ahus HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF og Sørlandet sykehus HF.

58) I Helse Vest oppgir 38 prosent av styremedlemmene at de ber om sammenligninger. I de andre foretaksgruppene oppgir mellom 22 og 24 prosent det samme.

59) Haraldsplass Diakonale sykehus får ikke sammenligninger.

60) Egen sak vil her si at styret fikk informasjonen som orienteringssak, eller til behandling, og ikke som en del av annen rapportering.

Under halvparten (sju) av alle HF-styrene hadde imidlertid et helsefaglig tema om kvalitet på agendaen på hvert styremøte.

Brukererfaringer er sentralt i arbeidet med å skape pasientens helsevesen. Representanter fra brukerutvalgene deltar med tale- og forslagsrett på styremøtene. I tillegg er det også flere andre måter styrene kan få belyst brukerperspektivet på, som ellers i liten grad inngår i den løpende virksomhetsrapporteringen. Figur 2 viser at omtrent halvparten av styrene enten satte opp egne saker med informasjon fra brukerutvalget og/eller pasient- og brukerombudet i 2017. Det var få av styrene som ble orientert om resultatene fra brukerundersøkelser i egne saker. Helsedirektoratets brukerundersøkelser om pasientopplevd kvalitet (PasOpp), hvor det både publiseres nasjonale rapporter og egne rapporter per foretak, ble satt opp som egen sak i bare to av styrene.⁶¹ Det er bare foretakene i Helse Vest som i 2017 har behandlet egne brukerundersøkelser som er gjennomført i foretaksgruppen.

Figur 2 viser videre at ti av HF-styrene behandlet egne saker om uønskede hendelser. Dokumentanalysen viser at seks av disse regelmessig fikk presentert alvorlige hendelser eller pasienthistorier i styremøtene.⁶² Styremedlemmene i to av foretakene som fikk presentert slike gjennomganger, forteller i intervju at erfaringene med dette er gode, og at de får en annen type innsikt i pasientbehandlingen enn gjennom øvrig rapportering. Bruk av pasienthistorier i styremøtene har vært anbefalt av Pasient-sikkerhetsprogrammet og i internasjonal litteratur om styrets involvering i pasient-sikkerheten.⁶³

I oppdragsdokumentene har det vært presisert at pasientsikkerhet skal ses i sammenheng med arbeidsmiljø. Dokumentanalysen viser likevel at disse områdene i liten grad ses i sammenheng. Det er for eksempel ingen av styrene i HF-ene som i 2017 fikk presentert pasientrelaterte hendelser i sammenheng med sykefravær, arbeidspress eller lignende. Enkelte styrer fikk likevel presentert mer kvalitativ informasjon om risikoen for at arbeidsmiljøet kan ha konsekvenser for pasient-sikkerheten. For eksempel fikk styret ved St. Olavs hospital HF slike sammenhenger belyst i den årlige samlede gjennomgangen av styringssystemet (ledelsens gjennomgang). Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at i 2018 har alle helseforetakene og de regionale helseforetakene gjennomført en undersøkelse som kartlegger både pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø. Departementet viser til at alle foretakene har utarbeidet en plan for oppfølging av resultatene.⁶⁴

I intervjuer med styremedlemmer som har sittet i styrene over en lengre periode, gir de uttrykk for at kvalitet og pasientsikkerhet er mer framtreddende i styrearbeidet enn tidligere. Flere understreker samtidig at det er langt enklere å bruke tid på kvalitets-saker når økonomien er i orden. Dokumentanalysen viser imidlertid ikke at foretakene som nådde de økonomiske resultatkravene, i større grad enn andre prioriterte egne saker om kvalitet og pasientsikkerhet i 2017.⁶⁵

Dokumentanalysen av styreprotokollene viser at det ikke er vesentlige forskjeller i hvilke type saker om kvalitet og pasientsikkerhet styrene i de private ideelle sykehusene og HF-styrene behandler, men at det er enkelte regionale forskjeller. Helse Vest og Helse Nord er de foretaksgruppene hvor flest HF-styrer behandler flere egne

61) Folkehelseinstituttet publiserte i september 2017 PasOpp-undersøkelse av Pasienters erfaringer med døgnoophold innen psykisk helsevern, og i november 2016 en brukerundersøkelse om Pakkeforløp for kreft.

62) Nordland HF, Finnmark HF, UNN HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Telemark HF og Innlandet HF.

63) How-to Guide: Governance Leadership (Get Boards on Board). Institute for Healthcare Improvement Cambridge, Massachusetts, USA.

64) Brev av 17. august 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet og rapport av 25. juni 2018.

65) De økonomiske resultatene for HF er undersøkt i sammenheng med funn fra dokumentanalysen.

saker om kvalitet og pasientsikkerhet.⁶⁶ Blant de regionale helseforetakene behandlet styret i Helse Vest RHF flere egne saker om kvalitet og pasientsikkerhet enn de tre andre regionale helseforetakene. I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet viser departementet til at alle styrene også har styreseminarer der pasientsikkerhet og kvalitet kan være tema.⁶⁷

Informasjon om områder der det er utfordringer med kvalitet og pasientsikkerhet

Styrene har flere måter å følge opp områder der kvaliteten og pasientsikkerheten ikke er god nok. To sentrale kilder til informasjon om slike områder er nasjonale kvalitetsindikatorer og risikorapporteringen fra administrasjonen til styret.

Resultater fra kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten kan gi viktig informasjon om hvordan helseforetakene utvikler seg på en rekke områder i pasientbehandlingen, og hvordan de ligger an sammenlignet med andre foretak. I det løpende kvalitetsarbeidet bør indikatorene som regel ikke tolkes separat, men ses i sammenheng med annen kunnskap om kvaliteten på samme område.

Revisjonen har analysert 12 utvalgte indikatorområder for å finne ut på hvilke områder de ulike helseforetakene har negativt resultat, hvorvidt styrene får informasjon om negative resultater, og om det eventuelt er satt i gang tiltak for å forbedre situasjonen.

Figur 3 viser hvorvidt styrene har fått informasjon om resultater og igangsatte tiltak i tilfeller der helseforetaket har negative⁶⁸ resultater for de 12 utvalgte områdene. Indikatorområdene i figur 3 er alle kvalitetsindikatorer som på hver sin måte kan gi relevant informasjon til styrene som del av deres kontroll og oppfølging av helseforetakenes forbedringsarbeid. Disse områdene dekker flere dimensjoner av begrepet *kvalitet*.

Faktaboks 2 Nærmere om Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Det er publisert mer enn 100 kvalitetsindikatorer om spesialisthelsetjenesten på helsenorge.no. Indikatorene måler seks ulike dimensjoner av kvalitet på tjenesten: hvorvidt helsetjenesten er tilgjengelig, om behandlingen virker, om tjenesten er trygg og sikker, om tjenesten er samordnet og preget av kontinuitet, om den involverer brukerne og om den utnytter ressursene på en god måte.

Det er vanlig å dele inn i tre typer indikatorer:

- strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre m.m.)
- prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet, for eksempel diagnostikk, behandling)
- resultatindikatorer (sier noe om utfallet/resultatet av behandlingen, for eksempel overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.)

5 av de 12 utvalgte indikatorområdene er prosessindikatorer: korridorpasienter, tvang, antibiotika, trombolysse, hjemmedialyse. De øvrige 7 utvalgte indikatorområdene er resultatindikatorer.

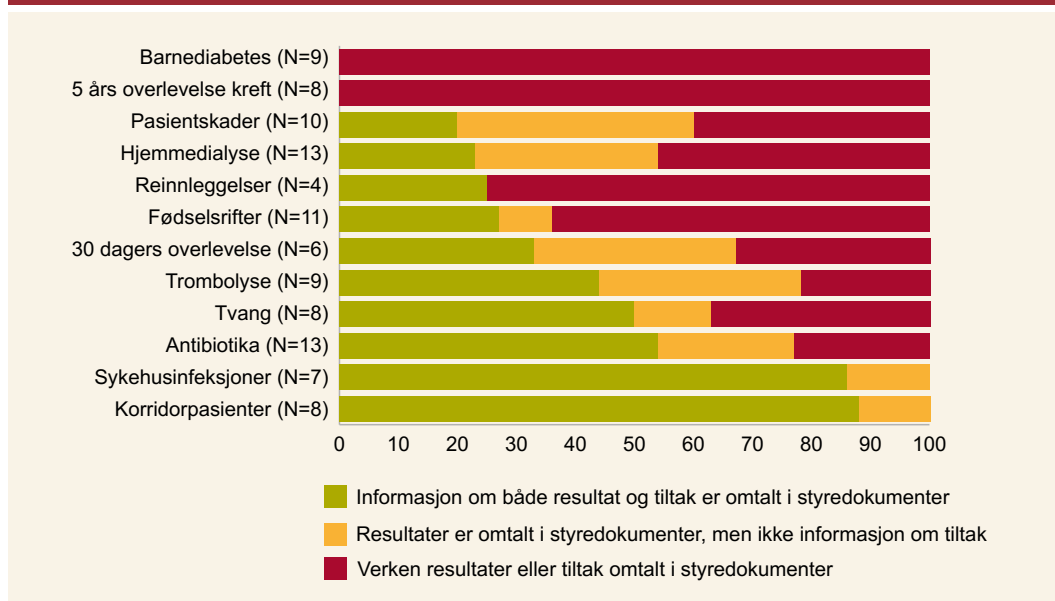
Kilde: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

66) I gjennomsnitt fem saker i Helse Vest og Helse Nord, fire i Helse Sør-Øst og tre i Helse Midt-Norge.

67) Brev av 17. august 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet og rapport av 25. juni 2018.

68) Når et helseforetak får kategorien «negativt resultat» på en indikator, betyr det i de fleste tilfeller at helseforetaket har minst et halvt standardavvik dårligere resultat enn landsgjennomsnittet. For enkelte indikatorer er det også analysert utviklingen over tid. Poenget er at resultatet er av en slik art at helseforetaket bør se nærmere på område og vurdere om det er behov for å sette i gang tiltak for å øke kvaliteten eller pasientsikkerheten. Se detaljer i metodekapittelet og vedlegg 2.

Figur 3 Helseforetak* som har negativt resultat per indikator, fordelt etter om styrene har fått informasjon om resultat og tiltak. Prosent. (N=antall helseforetak med negativt resultat på den aktuelle indikator).



*) Det er til sammen 19 helseforetak som er med i analysen som ligger til grunn for figuren. De regionale helseforetakene, Sunnaas sykehus og de tre private ideelle sykehusene er ikke med i figuren. Når det gjelder de private ideelle sykehusene, er det flere av de utvalgte indikatorene som ikke er publisert på Helsenorge.no. I de få tilfellene der de private ideelle sykehusene har negative resultater på de indikatorene som er publisert, får styrene i hovedsak informasjon om både resultater og tiltak.

Kilde: Kvalitetsindikatorer (helsenorge.no), tilsendt data om andel pasientskader målt med GTT i e-post fra Helsedirektoratet, dokumentanalyse av styredokumenter.

Figur 3 viser at det er flere kvalitetsindikatorer hvor helseforetakene har negativt resultat uten at styrene har fått informasjon om verken resultater eller tiltak (rød stolpe).

Et fellestrekk ved de fleste av indikatorene hvor et mindretall av styrene får informasjon om både resultat og tiltak, er at de er såkalte resultatindikatorer (faktaboks 2). En resultatindikator er en kvalitetsindikator som sier noe om effekten av behandlingen. Negativt resultat på ett eller flere av disse områdene kan være indikasjoner på at helseforetaket har et forbedringspotensial når det gjelder pasientsikkerhet og kvalitet på behandlingen, og kan dermed være relevant informasjon for styret i oppfølgingen av helseforetakets forbedringsarbeid. Det at ingen eller få styrever får informasjon om negative resultater på disse indikatorene, kan dermed ikke forklares med at de ikke er relevante for kvaliteten på behandlingen.

Fire av de fem indikatorene flest styrever får informasjon om (se figur 3), er såkalte prosessindikatorer. Dette er kvalitetsindikatorer som beskriver ulike aktiviteter i pasientforløpet, og er indikatorområder de fleste styrever uansett får informasjon om både når resultatet er positivt og negativt. I mange helseforetak er dette faste temaer i den jevnliggjorte virksomhetsrapporten (se kapittel 4.1 om virksomhetsrapporteringen), noe som medfører at styrever får informasjon om disse områdene uavhengig av hva resultatet på indikatorene viser.

Analysen viser at hva som er angitt som krav i oppdragsdokumentet, er mer førende for hvilke kvalitetsindikatorer styrever skal få informasjon om, enn hvilke kvalitetsindikatorer det enkelte helseforetaket har negative resultater på.

Et fellestrekk ved indikatorene flest styre får informasjon om (jf. figur 3), er at de er nevnt med fastsatte mål i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2017 (se faktaboks 1). Tilsvarende viser analysen at de indikatorområdene få eller ingen styre får informasjon om, ikke er nevnt med spesifikke mål i oppdragsdokumentet. I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet står det imidlertid at helseforetakene også bør følge med på de andre kvalitetsindikatorene, utover de indikatorene som har fastsatte mål.

I intervjuene med styremedlemmer var det flere som pekte på at krav i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet har stor betydning for hvilke områder og kvalitetsindikatorer styrene får informasjon om. I tillegg nevnte flere styremedlemmer at saker i media, tilsynssaker og funn fra internrevisjoner har betydning for hvilke saker styret får informasjon om, og også påvirker hva styremedlemmene selv tar opp på styremøter.

Noen helseforetak får oftere informasjon enn andre både om resultat og tiltak når kvalitetsindikatorene viser negative resultater. Tabell 2 gir en oversikt over hvilke helseforetak som får informasjon om negative resultater på de 12 utvalgte indikatorområdene, og hvilke som ikke får slik informasjon.

Tabell 2 Oversikt over helseforetak etter i hvilken grad de får informasjon om negative resultater på 12 utvalgte kvalitetsindikatorer

Helseforetak hvor styret i størst grad har fått informasjon om negative resultater (Styret har fått informasjon om resultat og tiltak for minst halvparten av indikatorområdene med negativt resultat.)	Helseforetak hvor styret i middels grad har fått informasjon om negative resultater (Styret har fått informasjon om resultat og tiltak for minst tre indikatorområder, hvorav minst ett gjelder negativt resultat.)	Helseforetak hvor styret i minst grad har fått informasjon om negative resultater (Styret har fått informasjon om resultat og tiltak for mindre enn tre indikatorområder, eller styret har fått informasjon om tre indikatorområder, men ingen med negativt resultat.)
Sykehuset Østfold HF Helse Stavanger HF Helse Bergen HF St. Olavs hospital HF Nordlandssykehuset HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Vestre Viken HF Sørlandet sykehus HF Sykehuset Innlandet HF Oslo universitetssykehus HF Helse Møre og Romsdal HF Helse Førde HF Helse Fonna HF	Akershus universitetssykehus HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset i Telemark HF Helse Nord-Trøndelag HF Helgelandsykehuset HF Finnmarkssykehuset HF

Kilde: Kvalitetsindikatorer (helsenorge.no), tilsendte data om andel pasientskader målt med GTT i e-post fra Helsedirektoratet, dokumentanalyse av styredokumenter.

Tabell 2 viser at det varierer både mellom foretaksgruppene og innad i foretaksgruppene hvorvidt styrene får informasjon om resultat og tiltak der det er negative resultater på de utvalgte kvalitetsindikatorene.

Fem av de seks helseforetakene som i størst grad informerer om negative resultater på kvalitetsindikatorene, skiller seg også ut ved at styrene får mer utfyllende informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet i styredokumentene.

Når det gjelder prioritering av hvilke indikatorer styret skal få informasjon om, har revisjonen bare funnet ett styre som aktivt har tatt stilling til hvilke indikatorer styret særskilt skal følge med på. Styret ved UNN HF styrebehandler årlig hvilke mål som skal prioriteres, og hvilke hovedindikatorer som kan brukes til å følge opp måloppnåelsen.⁶⁹

69) Styresak 101/2017 UNN HF.

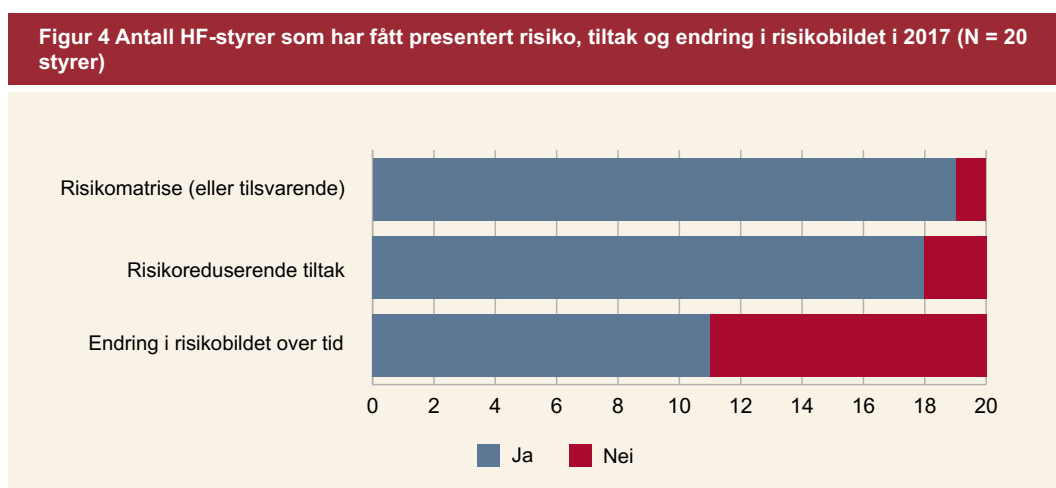
Når det gjelder å prioritere egne saker på styrets agenda som gjelder kvalitet og pasientbehandling, skiller styret i Nordlandssykehuset HF seg ut. Styret hadde flere egne styresaker på agendaen som handler om kvalitet i pasientbehandling og/eller pasientsikkerhet. Sammenlignet med andre styrer fikk styret ved Nordlandssykehuset HF også mye informasjon om det faglige innholdet i tjenestene, blant annet om resultater fra kvalitetsregistre.

Når det gjelder innholdet i informasjonen om tiltak, er det fire helseforetak – Helse Stavanger HF, St. Olavs Hospital HF, Helse Bergen HF og Nordlandssykehuset HF – som skiller seg ut ved at styrene får mer detaljert informasjon om tiltak og hva som er forventet effekt av tiltakene. De to førstnevnte har i tillegg en egen oversikt over helsefaglige tiltak i virksomhetsrapportene. Undersøkelsen⁷⁰ viser videre at det er få eksempler på at styrene følger opp om igangsatte tiltak gir ønsket effekt.

Risikorapportering om utfordringer til styrene

Risikorapportering kan være et godt verktøy for styrene i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det kan gi styret nødvendig informasjon om hvor det er størst risiko for å ikke nå målene, hva som gjøres for å redusere risiko, og hvor det må settes inn tiltak for å sørge for at foretaket når målene sine. Risikorapporteringen kommer i tillegg til måneds- og tertial/halvårsrapporteringen.

Figur 4 viser hva slags type informasjon styrene i helseforetakene fikk om risiko i 2017. Dette omfatter risiko også på andre områder enn kvalitet og pasientsikkerhet.⁷¹



Kilde: Analyse av styredokumenter på HF-nivå fra 2017.

Figur 4 viser at alle styrene i helseforetakene, med unntak av ett⁷², fikk informasjon om risiko i 2017. Videre viser figuren at de fleste styrene fikk noe informasjon om risikoreducerende tiltak.⁷³

Det går fram av figuren at drøyt halvparten av HF-styrene (11 av 20) fikk informasjon om endringer i risikobildet i løpet av året. Det vil si at styrene fikk informasjon om hvorvidt risikoene forholder seg på samme nivå eller har gått opp eller ned sammenlignet med forrige periode.

70) Funn fra dokumentanalyse, spørreundersøkelse og intervju bekrefter dette.

71) Her er det kun den overordnede risikovurderingen av måloppnåelse som er vurdert. Mange foretak gjennomfører også risikovurderinger på bestemte områder, som store investeringer og IKT-sikkerhet.

72) Helse Nord-Trøndelag HF.

73) Styrene i Helse Nord-Trøndelag HF og Ahus HF fikk ikke presentert tiltak

De regionale helseforetakene har etablert rammeverk for risikostyring⁷⁴ hvor styrenes ansvar for å behandle risikovurderingene er beskrevet.⁷⁵ I Helse Sør-Øst står helseforetakene fritt til å velge hva som skal risikovurderes, mens i de tre andre foretaksgruppene har RHF-et gitt klarere føringer for hva som skal risikovurderes.

Selv om alle helseforetakene i Helse Vest også må risikovurdere de samme målene, har disse helseforetakene i større grad selv identifisert egne risikoområder. I Helse Nord og Helse Midt-Norge samsvarer målene foretakene er bedt om å risikovurdere, i stor grad med målene i oppdragsdokumentene.⁷⁶ Blant disse helseforetakene var det mange som rapporterte på områder med lav risiko hvert tertial.

Tabell 3 Eksempel på risikomatrikse til et helseforetak hvor målene som risikovurderes, er fastsatt av RHF-et.

	Starten av året	Tertial 1	Tertial 2
Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet			
Sykehuspårte infeksjoner skal være <4,5 prosent			
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager			
Ingen fristbrudd			
Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid			
Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk (aktivitet)			
Mer enn 80 prosent skal ha fått legemiddelsamstemming (måling fra andre halvår 2017)			
Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 prosent sammenlignet med 2012			

Kilde: Riskomatrikse fra Finnmarkssykehuset HF, styresak 83/17

Tabell 3 illustrerer et helseforetak som har risikovurdert områder som er forhåndsbestemt av RHF-et, og hvor flere områder er vurdert å ha lav risiko gjennom hele året.⁷⁷

En konsekvens av at noen RHF har forhåndsbestemt hva som skal risikovurderes, er at det blir dobbeltrapportert til styret. For helseforetakene i Helse Nord og Helse Midt-Norge overlappet risikoområdene med mange av de samme målene som rapporteres i de månedlige eller tertialvise virksomhetsrapportene.

Det er bare helseforetakene i Helse Sør-Øst som har fjernet risikoområder fra matrisen eller lagt til nye identifiserte risikoer i løpet av året.⁷⁸ I denne foretaksgruppen er det også flere helseforetak som har tatt ut risiko som er redusert til et akseptabelt nivå.⁷⁹ Det er videre større variasjon mellom foretakene i denne foretaksgruppen enn i andre foretaksgrupper når det gjelder hva som presenteres av risiko for styret. Noen av

74) Retningslinjer for risikostyring i Helse Vest (Versjon 4.0 Februar 2012), Risikostyring i Helse Sør-Øst: En veileder for arbeidet med risikostyring i Helse Sør-Øst (Versjon 3.1 070808), Rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge (Versjon 1.1, Revisjon januar 2017), Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (Versjon: 5, 29. juni 2015).

75) HSØ minst en gang i året, Helse Vest to ganger per år, Helse Midt-Norge og Helse Nord tertialvis.

76) HF-ene har også lagt til noen selv, men hovedvekten av det som er risikovurdert er bestemt av RHFet.

77) I tillegg rapporterte ikke Helse Nord-Trøndelag HF noe risiko i 2017 og St. Olavs hospital HF og Norlands sykehuset HF rapportere risiko kun en gang i løpet av året.

78) Sykehuset i Telemark HF og Sykehuset i Østfold HF forklarer hvilke som er lagt til og hvilke som ikke anses som risiko lenger, mens de andre foretakene kun fjerner og legger til risiko i matrisen.

79) Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet Sykehus HF og OUS HF

helseforetakene i foretaksgruppen presenterer konkrete risikoer som er relatert til eget helseforetak⁸⁰, mens andre foretak⁸¹ presenterer overordnet risiko – se faktaboks 3.

Faktaboks 3 Eksempler på henholdsvis konkret risiko og overordnet risiko rapportert i helseforetak i Helse Sør-Øst

Eksempler på konkret risiko som er rapportert til styret:

- fare for å overse alvorlige tilstander hos pasienten på grunn av stor pasientpågang og opphopning i akuttmodtak
- feil i håndtering av legemidler

Eksempler på overordnet risiko som er rapportert til styret:

- oppdragsdokument 2017
- kvalitet og pasientsikkerhet

Kilde: Risikorapportering fra helseforetak i Helse Sør-Øst

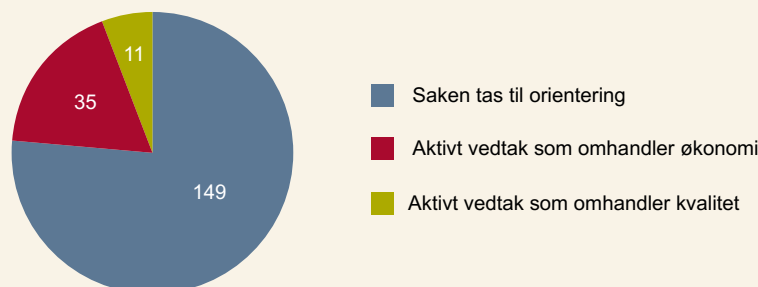
I intervjuer med styremedlemmer og administrasjonen i Helse Sør Øst RHF ble det påpekt at det er fare for at risikoene som presenteres av den samlede foretaksgruppen, blir for overordnede. Det er dermed en risiko for at vesentlig risiko og variasjoner over tid – og innad i foretaksgruppen – ikke blir synlig i rapporteringen til RHF-styret.

Når det gjelder RHF-ene, viser dokumentanalysen at alle styrene har fått informasjon om risiko. Tre av styrene i de regionale helseforetakene har fått informasjon om tiltak. Styrene i Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF har i tillegg fått informasjon om endring i risikobildet over tid. Styret i Helse Nord RHF har verken fått informasjon om tiltak eller endring i risikobildet.

Blant de tre private ideelle sykehusene er det ett sykehus⁸² som ikke har styrebehandlet risiko i 2017, mens de to andre sykehusene både har styrebehandlet risiko og fått informasjon om tiltak og endring i risikobilde.

Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet

Figur 5 Antall virksomhetsrapporter (måneds-, tertial- og halvårsrapporter) hvor HF-styrene har fattet vedtak i 2017, fordelt etter type vedtak.



Kilde: Dokumentanalyse av styreprotokoller i HF-ene.

80) For eksempel Sykehuset Østfold HF, Sykehuset i Vestfold HF og OUS HF.

81) For eksempel Sykehuset Telemark HF og Helse Sør-Øst RHF.

82) Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Figur 5 viser hvorvidt HF-styrene fatter aktive vedtak i behandlingen av virksomhetsrapportene. Aktive vedtak betyr at vedtaket inneholder noe mer enn at «saken tas til orientering». Figur 5 illustrerer at de aller fleste virksomhetsrapportene ble tatt til orientering, uten at det ble fattet noe aktivt vedtak. Figuren viser videre at i de tilfellene det ble fattet aktive vedtak, omhandlet disse stort sett økonomi. Bare i 11 av 195 saker, det vil si i 6 prosent av virksomhetsrapportene, ble det fattet aktive vedtak om kvalitet, se figur 5.

Dokumentanalysen viser at det i styrebehandlingen av månedsrapportene bare er fire HF-styrer⁸³ som har fattet ett eller flere vedtak som handler om kvalitet i pasientbehandlingen (se eksempler i faktaboks 4). I behandlingen av tertialrapportene er det bare to HF-styrer⁸⁴ som har fattet vedtak hvor utfordringer med kvalitet i pasientbehandlingen nevnes. Innholdet i disse vedtakene er imidlertid generelle formuleringer med identisk ordlyd i 1. og 2. tertial, og konkrete utfordringer nevnes ikke.

Faktaboks 4 Eksempler på aktive vedtak

Aktivt vedtak: Styret i Helse Fonna HF er uroa over talet på fristbrot på Stord. Styret i Helse Fonna HF ber administrerende direktør gjøre greie for tiltak for å redusere talet på fristbrot på Stord. (Kilde: Sak 21/17 Helse Fonna HF)

Aktivt vedtak: Styret tar statusrapport oktober 2017 til orientering og konstaterer at det gjennomgående er svært gode resultater. Styret påpeker imidlertid at prevalensmålingene av sykehusinfeksjoner er for høye, og ber om en egen sak med forslag til nye tiltak som kan iverksettes for å få ned sykehusinfeksjoner. (Kilde: Sak 70/17 St. Olavs Hospital HF)

Aktivt vedtak: Styret ber om at det utarbeides en statusrapport for psykisk helsevern for barn og unge (BUP), som også inneholder hvordan helseforetaket tenker å håndtere «den gylne regel». Saken legges fram for styret i neste møte. (Kilde: Sak 50/2017 Helse Nord-Trøndelag HF)

Dokumentanalysen viser at blant RHF-styrene og styrene i de private ideelle sykehusene er det styrene i Helse Nord RHF og Lovisenberg diakonale sykehus som har fattet minimum ett aktivt vedtak om kvalitet i forbindelse med behandlingen av virksomhetsrapportene. Styret i Helse Vest RHF skiller seg ut ved at selv om styret tar virksomhetsrapportene til orientering, har styret i flere tilfeller protokollført hva de ønsker at administrasjonen skal følge opp når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet, se eksempel i faktaboks 5.⁸⁵

At så få styrer fatter aktive vedtak, innebærer at styrene i forbindelse med behandlingene av de fleste virksomhetsrapportene ikke forplikter administrasjonen til å følge opp konkrete saker som gjelder kvalitet.

Helse - og omsorgsdepartementet viser til at gjennom styrets diskusjoner i møtene blir mange problemstillinger tatt opp og besvart underveis av administrasjonen.⁸⁶ En analyse av styreprotokollene⁸⁷ for 2017 viser at det bare er styrene⁸⁸ i Helse Vest som har protokoller som konsekvent gjengir både en oppsummering av sakene, styrets diskusjoner og hvilke saker som skal følges opp av administrasjonen. I styreprotokollene til foretakene i Helse Vest er det ofte protokollført hva styret stiller

83) Helse Fonna HF, Nordland sykehuset HF, St. Olavs hospital HF, Helse Nord Trøndelag HF.

84) Møre og Romsdal sykehus HF og Finnmarkssykehuset HF.

85) Helse Vest RHF styresak 004/17, 040/17, 050/17, 083/17 og 101/17.

86) Brev av 17. august 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

87) Analysen omfatter protokoller fra både HF-ene, RHF-ene og de tre private ideelle sykehusene.

88) Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Haraldsplass Diakonale sykehus og Helse Vest RHF.

spørsmål ved, og hva styret ønsker at administrasjonen skal følge opp – se faktaboks 5. Dette gjør styrets aktivitet og bidrag mer synlig. Et flertall av styrene har imidlertid protokoller med lite informasjon om innholdet i sakene og det går heller ikke fram hva styret ønsker at administrasjonen skal følge opp. Protokollene gjengir i hovedsak saksoverskrift, vedtakene som er fattet, og eventuelt endring av foreslåtte vedtak. Der styreprotokollene bare inneholder et minimum av informasjon og styrene i tillegg tar alle virksomhetsrapportene til orientering, er det ikke sporbart hva styret ønsker at skal bli fulgt opp, eller hva det stiller spørsmål ved.

I intervju med administrasjonen i Helse Vest RHF går det fram at det var et bevisst valg at protokollene ble endret slik at de bedre reflekterte grunnlaget for vedtakene, og gjorde det enklere for styremedlemmene å følge opp tidligere saker. Styreleder i Helse Bergen HF uttaler også i intervju at denne type protokoller gjør det enklere å følge opp styrets vedtak over tid. I intervju med andre styremedlemmer der styret har lite informasjon i protokollene, har det blant annet blitt vist til at det blir for mye diskusjon om hva som skal protokollføres, og at det dermed blir for tidkrevende å utforme protokoller.

Faktaboks 5 Eksempler på protokollføring i behandling av månedsrapporter der vedtaket er at rapporten tas til orientering

Til oppfølging: Styret ønskjer å få samanlikna Helse Bergen sine resultat på dei nasjonale kvalitetsindikatorane med resultata frå dei andre regionsjukehusa. (Kilde: Styresak 72-17 Helse Bergen HF)

Kommentar i protokoll: Styret kommenterte sengetal og registrering, at føretaket må ha same tilnærming til registrering av sengetal som andre i Helse-Noreg for å ha samanliknbare data. I tillegg kan ein gjerne utvikle nye kapasitetsindikatorar for den reelle sengekapasiteten. (Kilde: Styresak 093/2017 Helse Førde HF)

Fra protokoll: Styret ønskja å få opp ein oversikt over ventetid per fagområde og eit grunnlag for ein breiare diskusjon om kva som er rett ventetid for ulike fagområde, også sett opp mot økonomi og andre mål. Styret vil vurdere differensierte ventetider også innan somatikk. I helseføretak med lang ventetid på enkelte område, bør tilgjengeleg kapasitet i andre føretak nyttast. Det er og venta ein indikator på tid frå 1. kontakt til vidare behandling, og styret ønskja også å sjå på om det er fagområde der vi det er for lang tid frå 1. kontakt til episode 2 og 3. (Kilde: Styresak 004/17, protokoll fra 2. februar 2017 Helse Vest RHF)

Det er få protokoller eller vedtak som har spor av at styrene aktivt etterspør informasjon om hvor de største utfordringene i helseforetaket er, eller at styret ber om rapportering på andre områder utover de kvalitetsindikatorene styrene allerede får rapportering om. I intervjuer påpeker flere styremedlemmer at de stoler på at administrasjonen rapporterer om sentrale utfordringer. I intervjuer med styremedlemmer blir det imidlertid gitt flere eksempler på at styrene muntlig har etterspurt mer informasjon i styremøtene, noe som også bekreftes av administrasjonen.

Dokumentanalysen viser at det i liten grad er dokumentert at styrene har bedt om endringer i innholdet rapporteringen. Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at muntlige spørsmål og kommentarer fra styret i styremøtene er en viktig kilde for administrasjonen til å forbedre for eksempel virksomhetsrapporter og sette ulike temasaker på styrets agenda.⁸⁹ I intervjuene med styremedlemmer kommer det fram at

89) Brev av 17. august 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

det varierer om styremedlemmene oppfatter at de kan be om endringer i virksomhetsrapporteringen. I et av helseforetakene er det en oppfatning blant både ansatte i administrasjonen og styremedlemmer at det ikke er mulig å be om endringer i den løpende virksomhetsrapporteringen. Det er samtidig enkelte eksempler på at styret har bedt om endringer i rapporteringen. Blant annet har styret i Helse Bergen HF bedt om flere sammenligninger med andre universitetssykehus, og styret i St. Olavs hospital HF har bedt om at spesifikke kvalitetsindikatorer tas inn i den løpende virksomhetsrapporteringen.

4.2 Styrenes oppfølging av styringssystemet

For å følge med på om foretakene driver i samsvar med regelverket og jobber systematisk med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet, er det viktig for styrene å få informasjon om hvordan styringssystemet fungerer. Informasjon om risikostyringsprosessen, uønskede hendelser, rapporter fra internrevisjon og tilsyn er sentrale elementer i styrenes oppfølging av styringssystemet.

Tabell 4 Hvilke styrer som fikk hvilken informasjon om styringssystemet i 2017

	Styrer	Samlet gjennomgang av styringssystemet	Informasjon om utvalgte deler av styringssystemet			
			Beskrivelse av risikostyringsprosessen	Oppfølging av uønskede hendelser	Behandlet internrevisjons-rapporter	Samlet oversikt over eksterne tilsyn
HF	OUS					
	Finnmarkssykehuset					
	Helse Bergen					
	Helse Stavanger					
	Sykehuset Innlandet					
	Nordlandssykehuset					
	Sykehuset Telemark					
	UNN					
	A-hus					
	Helse Fonna					
	Sunnaas Sykehus					
	Helse Førde					
	St.Olavs hospital					
	Sykehuset i Vestfold					
	Sykehuset Østfold					
	Sørlandet sykehus					
	Vestre Viken					
	Helgelandssykehuset					
	Helse Møre og Romsdal					
	Helse Nord-Trøndelag					
RHF	Helse Nord					
	Helse Midt-Norge					
	Helse Sør-Øst					
	Helse Vest					
Farge	Grønn farge	Har en samlet gjennomgang av relevante områder/ dokumenter i samme sak, og det er gjort en vurdering av hvorvidt de ulike delene faktisk fører til kvalitetsforbedring.	Har fått beskrevet hvordan risiko identifiseres, for eksempel hvilke kilder de legger til grunn, hvem som er involvert i prosessen, og hvorfor de valgte områdene anses å utgjøre de største risikoene.	Har fått beskrevet hvordan foretaket jobber med å forebygge og lære av hendelser som gjelder kvalitet og pasientbehandling.	Har behandlet alle rapporter.	Har fått oversikt over eksterne tilsyn som er gjennomført, enten som samlet oversikt i hvert styremøte eller i tertialrapport.
	Gul farge	Ikke aktuelt her - kun grønn eller rød.	Har fått noe beskrivelse av hvordan risiko identifiseres.	Har fått statistikk og enkelte beskrivelser av f.eks meldekultur eller typer hendelser.	Har behandlet enkelte rapporter.	Ikke aktuelt her - kun grønn eller rød.
	Rød farge	Har ikke en samlet gjennomgang av relevante deler eller vurderinger av hvorvidt systemet bidrar til kvalitetsforbedring.	Svært begrenset informasjon om prosessen med å identifisere og håndtere risiko. Mange får informasjon om hvilke mål som skal risikovurderes, men det framgår ikke hvorfor de utvalgte områdene skal risikovurderes.	Har bare fått statistikk /har ikke fått noe.	Har ikke behandlet rapporter.	Har ikke fått skriftlig oversikt over eksterne tilsyn.

Kilde: Dokumentanalyse av styredokumenter til RHF- og HF-styrene.

Tabell 4 viser at styrene i det største HF-et i hver foretaksgruppe er blant de styrene som fikk mest informasjon om styringssystemet i 2017. Både styrene i Helse Bergen HF, OUS HF, UNN HF og St. Olavs hospital HF fikk en samlet gjennomgang av styringssystemet (grønn). Det er samtidig om lag en tredel av styrene som fikk lite eller ingen informasjon om sentrale deler av styringssystemet (gul eller rød). Disse styrene er fordelt på alle de fire foretaksgruppene. Tabellen viser at det særlig var styringssystemet og risikostyringsprosessen mange styrer fikk begrenset informasjon om.

Av RHF-styrene var det bare styrene i Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF som fikk presentert en samlet gjennomgang av styringssystemet i 2017, og det var også disse styrene som fikk mest informasjon om de utvalgte delene av styringssystemet.

Nedenfor er det gitt en nærmere beskrivelse av hvordan styrene har fulgt opp de ulike delene av styringssystemet som er omtalt i tabell 4.

Samlet gjennomgang av styringssystemet

Foretakets ledelse skal minimum én gang i året ha en samlet gjennomgang (ledelsens gjennomgang) av hvordan styringssystemet fungerer.

Tabell 4 viser at det var sju HF-styrer og to RHF-styrer som i 2017 fikk presentert en samlet gjennomgang av styringssystemet som ga informasjon om hvorvidt de ulike systemene bidrar til kvalitetsforbedring (grønn). Innholdet i gjennomgangen varierte mellom disse foretakene. Enkelte styrer fikk hovedsakelig presentert en gjennomgang av resultater og driften ved ulike avdelinger, mens andre fikk en gjennomgang av utfordringer på ulike områder og tiltak for forbedring. Eksempler på områder som er gjennomgått, er dokumenthåndtering, status for HMS-arbeidet, egne kvalitetsindikatorer, avvikssystemet, smittevern og dokumentasjon av pårørendetilfredshet. Faktaboks 6 viser eksempler på noen av de konkrete vurderingene som er gjort av styringssystemet i ledelsens gjennomgang i Helse Stavanger HF.

Faktaboks 6 Eksempler fra ledelsens gjennomgang på konkrete vurderinger av om styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring

- Vurdering av internkontroll når det gjelder uønskede hendelser:
 - Det finnes overordnede rutiner for hva som skal meldes i Synergi for HMS og pasientrelaterte uønskede hendelser.
 - De fleste uønskede hendelser blir håndtert i klinikkene, men det er fortsatt ikke et godt nok system for å sikre læring på tvers.
 - Det pågår et arbeid for å etablere et bedre system for hvilke hendelser som skal utløse hendelsesanalyser og hvem som skal gjennomføre disse. Alvorlige pasientrelaterte hendelser publiseres fortsatt i liten grad på foretakets nettside.
- Vurdering av internkontroll når det gjelder legemidler:
 - Klinikken bruker e-post som en informasjonskanal for prosedyrer. Dersom dette er hovedkanalen for informasjon bør det tas en vurdering på om ansatte har tid til å lese e-post ofte, eventuelt kan en be om lesebekreftelse på slike e-poster.
 - Det bør standardiseres hvordan en prosedyre skal informeres om. Hvis det systematisk informeres gjennom flere kanaler, vil det være større sjanse for at beste praksis blir implementert.

Kilde: Helse Stavanger HF, styresak 98/17 Ledelsens gjennomgang

Tabell 4 viser at seks av de sju styrene som fikk en samlet gjennomgang av styringssystemet, også fikk informasjon om hvordan uønskede hendelser brukes i forbedringsarbeidet, funn fra internrevisjonsrapporter og en samlet oversikt over tilsyn.

De øvrige 2 RHF-styrene og 13 HF-styrene fikk ikke en samlet presentasjon av om systemene bidrar til kvalitetsforbedring, og om det er satt i gang tiltak for å eventuelt forbedre systemene (rød). Enkelte av disse styrene har fått presentert et dokument som kalles ledelsens gjennomgang, men det er ikke gjort en vurdering av alle relevante deler av systemet, og det framgår heller ikke en vurdering av om systemene fungerer slik at de bidrar til kvalitetsforbedring. Tabell 4 viser imidlertid at flere av de 15 styrene likevel fikk informasjon om internrevisjoner og eksterne tilsyn. I tillegg har enkelte av de 13 HF-styrene fått en gjennomgang av hvordan styringssystemet skal utvikles og implementeres.⁹⁰

Det går ikke fram av styreprotokollene at de styrene som ikke har fått en samlet gjennomgang av styringssystemet, har bedt om å få dette.

Beskrivelse av risikostyringsprosessen

Tabell 4 viser at over halvparten (14) av HF-styrene fikk svært begrenset informasjon om prosessen for å identifisere og håndtere risiko i 2017 (rød). Fem HF-styrer fikk en kortere beskrivelse av prosessen og en gjengivelse enten av hvem som hadde ansvar for prosessen eller hvilke kilder risikoen var hentet fra (gul). Det var bare fem styrer som fikk beskrivelser av hvordan foretaket identifisere risiko, inkludert hvem som er involvert i prosessen, og hvilke kilder som er lagt til grunn (grønn). I beskrivelsen av risikoprosessen til for eksempel Sykehuset i Vestfold HF står det at oppdragsdokument, budsjett, eksterne og interne tilsyn, omdømmesaker eller informasjon fra avvikssystemet har inngått i vurderingene av risiko.

Tre av de fire HF-styrene som fikk mest informasjon om risikostyringsprosessen, er i Helse Sør-Øst, som er den eneste foretaksgruppen hvor foretakene selv bestemmer hva som skal risikovurderes. Samtidig er det HF-styrer i Helse Sør Øst som ikke har fått noen beskrivelse av hvordan risiko identifiseres.

Felles for de øvrige tre foretaksgruppene er at RHF-et har bestemt en rekke mål HF-ene skal risikovurdere.⁹¹ Styrene i disse foretaksgruppene har stor sett fått informasjon om hvilke mål som skal risikovurderes, og hvem som er involvert i risikostyringsprosessen.

Av helseforetakene i Helse-Nord er det bare styret i Finnmarksykehuset HF som fikk utfyllende informasjon om risikostyringsprosessen i 2017. Styret fikk slik informasjon gjennom behandling av en internrevisjonsrapport om risikostyring.⁹² I Helse Midt-Norge fikk HF-styrene svært begrenset informasjon om risikostyringsprosessen, selv om det i 2015 ble gjennomført internrevisjon som viste at det var utfordringer med å ta i bruk risikostyring i helseforetakene i regionen. Ingen av HF-styrene i Helse Midt-Norge har fått eller bedt om rapportering av status om tiltaksarbeidet i etterkant av internrevisjonsrapporten. Styret i Helse Midt-Norge RHF har bedt om at det gjennomføres en ny internrevisjon i 2018, for å undersøke om risikostyringen har blitt bedre.⁹³

Det er bare styret i Helse Bergen HF som i 2017 har bedt om endring i risikostyringsprosessen. Styret ba om at det ble formidlet til det regionale helseforetaket at

90) Dette gjelder for eksempel Helse Møre og Romsdal HF.

91) RHF-et velger ut noen mål alle skal risikovurdere. Helseforetakene i Helse Vest kan imidlertid definere egne mål som skal risikovurderes. I Helse Midt-Norge er de tre helseforetakene i tillegg bedt om å identifisere ti på topp-risiko, dette er ikke gjort.

92) Helse Nord RHF, Internrevisjonsrapport 01/2017 *Risikostyring i Helse Nord*.

93) Oktober 2016, sak 73/16.

systematikken for overordnet risikostyring burde forenkles.⁹⁴ Styret påpekte at metoden gjør at det mister målet med risikovurderingen av syne, og at det er viktig med forankring i organisasjonen for at arbeidet med risikovurdering av utvalgte styringsmål skal ha verdi.⁹⁵ Det går imidlertid ikke fram av protokollene at styret har bedt om at det settes i gang tiltak for å forbedre prosessen internt i eget foretak, eller har bedt foretaket identifisere egne risiko.

Oppfølging av uønskede hendelser

Samtlige helseforetak som er omfattet av undersøkelsen, har etablert systemer for rapportering om uønskede hendelser. Tabell 4 viser at det var 12 HF-styrer som fikk informasjon om oppfølgingen av uønskede hendelser i 2017 (gul og grønn).⁹⁶ Det var åtte av disse som fikk eksempler på hvordan foretaket jobber med å forebygge og lære av uønskede hendelser og informasjon om hva som eventuelt gjenstår for at meldesystemet skal fungere etter sin hensikt (grønn). For eksempel har et styre fått informasjon om at sykehusinfeksjoner *ikke* meldes i systemet for uønskede hendelser.⁹⁷ Videre går det fram av tabellen at fire styrer fikk presentert statistikk over antall uønskede hendelser og en beskrivelse av type hendelser eller meldekulturen i foretaket (gul). Imidlertid var det åtte HF-styrer, fordelt på alle foretaksgruppene, som ikke fikk noen informasjon om ulike typer hendelser, informasjon om meldekulturen eller hvordan uønskede hendelser var brukt i forbedringsarbeidet (rød).

Det er gjennom analysene av styreprotokollene ikke identifisert styrer som har stilt spørsmål ved bruken av avvikssystemet eller kulturen for å melde hendelser. I intervjuene er det ingen av styremedlemmene som gir konkrete eksempler på at styret har interessert seg for oppfølgingen av avvikssystemet, utover å lære av enkelt-hendelser som blir rapportert til styret. Dokumentanalysen viser også at det bare var fire styrer⁹⁸ som fikk informasjon om antall nestenhendelser, selv om slik informasjon kan bidra til å forebygge at uønskede hendelser oppstår.⁹⁹ Tre¹⁰⁰ av disse fire styrene fikk også mye informasjon om hvordan uønskede hendelser brukes i forbedringsarbeidet (grønn i tabell 4).

Av styrene i de regionale helseforetakene var det bare styret i Helse Nord RHF som fikk informasjon om hvordan foretakene i foretaksgruppen jobbet med å forebygge og lære av uønskede hendelser. Imidlertid viser dokumentanalysen at både styret i Helse Nord RHF og styret i Helse Midt-Norge RHF fattet vedtak i saker om bruken av systemet for uønskede hendelser. Styret i Helse Nord RHF ba administrerende direktør fortsette arbeidet med åpenhet og en god melde- og varslingskultur i foretaksgruppen. I oppfølgingen av en internrevisjonsrapport om samhandling ba styret i Helse Midt-Norge RHF administrasjonen om at det konkret settes i gang et arbeid for å utvikle et bedre system for å melde avvik innenfor samhandling.¹⁰¹

Riksrevisjonen har tidligere påpekt problemer ved helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser.¹⁰² Ett av funnene i revisjonen var at styrene er for lite involvert i hvordan helseforetakene arbeider med uønskede hendelser.

94) Protokoll for styremøtet i juni 2017.

95) Under styrets kommentarer i protokoll for oktober 2017.

96) Det varierer hvor ofte disse har fått slik informasjon, noen har fått det en gang i løpet av 2017, andre har fått det tertieltvis og noe har fått presentert statistikk og hendelser i hver månedsrapport.

97) Helse Stavanger HF, styresak 98/17 Ledelsens gjennomgang

98) Helse Bergen HF, Helse Førde HF, Nordlandssykehuset HF og OUS HF.

99) En *nestenhendelse* er en hendelse som kunne fått alvorlige konsekvenser, men som ikke gjorde det.

100) Helse Bergen HF, Nordlandssykehuset HF og OUS HF.

101) Sak 24/17 Internrevisjonsrapport – Samhandlingsreformen.

102) Dokument 3:2 (2016–2017) *Riksrevisjonens undersøkelse av Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser*.

Internrevisjoner

Tabell 4 viser at de fleste (16) HF-styrer behandlet alle revisjonsrapportene fra internrevisjonen (grønn i tabell 4). Dokumentanalysen viser at to av HF-styrene bare har behandlet enkelte av revisjonsrapportene fra internrevisjonen (gul i tabell 4), og to HF-styrer har ikke behandlet noen slike rapporter.

Alle RHF-styrene behandler og godkjenner årlig planene til internrevisjonene.

Dokumentanalysen viser at det var få HF-styrer som ga innspill til temaer i revisjonsplanene for konsernrevisjonen i sitt regionale helseforetak i 2017. Unntaket er styret ved St. Olavs hospital HF og samtlige HF-styrer i Helse Vest. Styret i Helse Bergen HF foreslo at internrevisjonen i Helse Vest skulle undersøke om tiltaksarbeidet som var satt i gang for å redusere tvangsbruken i foretaket, hadde gitt ønsket effekt. Det er i undersøkelsen ikke funnet andre eksempler på slik styreinvolvering i 2017, verken på RHF- eller HF-nivå.

Det er ingen eksempler på at funn fra internrevisjoner i ett foretak spres til styrene i andre helseforetak, som kunne ha bidratt til læring.¹⁰³ Ingen styrer har etterspurt internrevisjonsrapporter hvor andre helseforetak har vært revisjonsobjekt, men som deres eget foretak kan lære av.

Eksterne tilsyn

Eksterne tilsyn som blant andre Statens helsetilsyn og fylkesmannen gjennomfører, kan gi viktig informasjon om pasientbehandlingen og påvise svikt i tjenestene.

Alle styrene i helseforetakene i Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Nord, bortsett fra ett¹⁰⁴, fikk presentert en oversikt over pågående og avsluttede tilsynssaker som berører eget foretak, enten i hvert styremøte eller tertialvis. Alle disse styrene fikk informasjon om hvorvidt tilsynene er lukket. Helse Midt-Norge skiller seg ut ved at ingen av HF-styrene fikk skriftlig oversikt over pågående og avsluttede tilsynssaker.¹⁰⁵ Mangel på oversikt over tilsyn i foretaksgruppen ble identifisert som et forbedringsområde i en styrerapport til Helse Midt-Norge RHF i 2017.¹⁰⁶

De private ideelle sykehusene

Dokumentanalysen viser at ingen av styrene i de tre private ideelle sykehusene fikk presentert en samlet gjennomgang av styringssystemet. Styrene i Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus fikk imidlertid presentert mer om styringssystemet enn Haraldsplass Diakonale Sykehus. Bare styret i Lovisenberg Diakonale Sykehus fikk informasjon om hvordan uønskede hendelser brukes i forbedringsarbeidet. Alle de tre styrene fikk presentert en oversikt over pågående og avsluttede tilsynssaker i løpet av 2017. Styrene i Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus hadde en evaluering av sentrale nøkkeldokumenter i 2017.

Nærmere om styrets instruks og retningslinjer

Det er flere dokumenter som er sentrale for styret i utførelsen av tilsynsrollen, og som styret selv har et ansvar for å gjøre eventuelle endringer i. Det gjelder blant annet instruks for styret og daglig leder i foretakene¹⁰⁷. Dokumentanalysen viser at disse

103) Denne problemstillingen var ikke aktuell for foretakene i Helse Vest og Helse Midt-Norge, siden revisjonene omfattet alle HF-ene i disse foretaksgruppene.

104) Sykehuset i Vestfold HF.

105) St. Olavs hospital HF har styrebehandlet enkelt tilsyn, og Helse Møre og Romsdal HF hadde i 2017 tre tilsynssaker som vedlegg under orienteringssaker. Men ingen av de to HF-ene fikk en skriftlig samlet oversikt over alle pågående tilsyn.

106) Ledelsens gjennomgang, sak 66-17, Helse Midt-Norge RHF.

107) Styret fastsetter selv instruks for daglig leder og styret.

dokumentene i all hovedsak er på plass, men at tre av helseforetakene mangler egen instruks for daglig leder.¹⁰⁸

Det er god styrepraksis å evaluere instruks og nøkkeldokumenter for styret årlig. Det er bare 5 av 20 styrer på HF-nivå som hadde en slik gjennomgang i 2017. Tre av disse er i Helse Vest.

Av styrene i de regionale helseforetakene var det Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF som hadde en lignende gjennomgang i 2017.¹⁰⁹ Styret i Helse Vest RHF er også det eneste RHF-styret som evaluerte etiske retningslinjer for foretaksgruppen. For eksempel inneholder retningslinjene i Helse Vest informasjon om melding av hendelser og hvordan ansatte skal møte pasienten. I intervju med administrasjonen i Helse Vest RHF blir det utdypet at en årlig gjennomgang av nøkkeldokumenter er viktig for at styret skal stille seg bak de mest sentrale dokumentene, få en jevnlig påminnelse om innholdet i dem og sørge for at det gjøres endringer når det er nødvendig.

Rapporteringen om styringssystemet til eier

En årlig melding er styrets rapportering til eieren, og hver helseregion har en egen mal som helseforetakene skal bruke. Innholdet i rapporteringen varierer både mellom regionene og innad i hver region. Om lag halvparten av helseforetakene har omtalt styringssystemet i sin årlige melding for 2017, men de fleste av disse har ikke utdypet hvordan systemene fungerer.

I Helse Sør-Øst er det et fast punkt hvor de underliggende foretakene skal rapportere på virksomhetsstyringen i foretaket. Alle foretakene i Helse Sør-Øst har omtalt styringssystemet. Helseforetakene i Helse Vest og Helse Midt-Norge er bare bedt om å si noe om risikostyring i sin årlige melding. Dette gjør de fleste ved å bekrefte at de har fulgt rammeverkene for risikostyring. I Helse Nord omtaler foretakene oppnåelse av de målene foretakene er pålagt å risikovurdere, og hvorvidt ledelsens gjennomgang er gjennomført.

I RHF-enes årlige meldinger til Helse- og omsorgsdepartementet står det lite om styringssystemet.¹¹⁰ Helse Vest RHF og Helse Nord RHF har ikke skrevet om styringssystemet, mens Helse Midt-Norge RHF informerer om hvordan to av de underliggende foretakene jobber med økt bruk av meldesystemet, læring og forbedring. Helse Sør-Øst RHF gir i sin årlige melding mer informasjon om styringssystemet, risikostyringen og bruken av interne revisjoner enn de øvrige RHF-ene.

Når det gjelder styrene i de private ideelle sykehusene, gir to av tre styrer informasjon om hvordan deler av styringssystemet fungerer, i en årlig melding.¹¹¹

4.3 Valg og opplæring av styremedlemmer i foretakene

Valg av styremedlemmer for å sikre riktig kompetanse

Det er Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene som velger styrene i henholdsvis de regionale helseforetakene og helseforetakene. I Helse- og omsorgsdepartementet er det eieravdelingen (EIA) som har hovedansvaret for prosessen med oppnevning av nye styremedlemmer til de regionale helseforetakene. I de regionale helseforetakene er det opprettet egne valgkomiteer som består av

108) Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs hospital HF (daglig leder), Helgelandssykehus HF (daglig leder).

109) Helse Sør-Øst RHF opplyser at de har en etablert praksis med slik gjennomgang annenhvert år, sammenfallende med styrevalg.

110) Det var ikke et krav i oppdragsdokumentet for 2017 at de regionale helseforetakene skulle rapportere på dette.

111) Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus gir noe informasjon om deler av styringssystemet i årlig melding.

styreleder i tillegg til to eller tre styremedlemmer.¹¹² Administrasjonen i RHF-ene innehar en sekretariatsfunksjon for valgkomiteen og tilrettelegger det praktiske arbeidet med styrevalg.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at retningslinjer fra Statsministerens kontor (SMK) for arbeid med styrevalg i selskaper der staten er eier, ble lagt til grunn for styrevalgprosessene i regionale helseforetak i 2016 og 2018. Formålet med retningslinjene er å etablere tydelige rutiner for forankring av styrevalgene i regjeringsapparatet, og er utformet for intern bruk i regjeringsapparatet. I retningslinjene er det gitt særlige føringer for klarering av eieroppnevnte styremedlemmer i de regionale helseforetakene. I tillegg er det en del to i retningslinjene som gjelder rutiner for arbeid med styrevalg i statlige selskaper. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at del to av retningslinjene fra SMK ikke gjelder for styrevalg til de regionale helseforetakene.¹¹³ Departementet har en egen tidsplan for styrevalg i de regionale helseforetakene. Videre opplyser Helse- og omsorgsdepartementet at de særlige retningslinjene som gjelder styrevalg i de regionale helseforetakene er fulgt av departementet.

De regionale helseforetakene har ikke felles retningslinjer for styrevalg. Dette har heller ikke vært et tema, verken i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet eller internt i de regionale helseforetakene. I intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet og RHF-ene, er det heller ingen som oppgir at de bruker Norsk anbefaling for eierstyring og selskapsledelse (NUES) i sitt arbeid med styrevalg.

De regionale helseforetakene beskriver en forholdsvis lik praksis når det gjelder styrevalg.¹¹⁴ Helse Vest RHF har en egen styresak om prosess og føringer ved styrevalg, hvor det vises til viktige kompetansekrav som vil være sentrale i sammensetningen av styrene i alle underliggende helseforetak. Også Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har generelle kompetansekrav som er felles for alle HF-styrene. Det er bare Helse Midt-Norge RHF som har en skriftlig prosedyre. Denne prosedyren inneholder generelle kompetansekrav til styrets sammensetning.

For å kartlegge hvordan styret har fungert, hvilke styremedlemmer som bør skiftes ut og hvilken kompetanse styrene trenger, gjennomfører departementet samtaler med styreleder og administrerende direktør i de regionale helseforetakene. Basert på samtalene lages det en kort oppsummering av de vurderingene som kommer fram. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at denne oppsummeringen er et av flere elementer som danner grunnlag for diskusjoner med politisk ledelse om hvilke styremedlemmer som bør byttes ut.

Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF har samtaler med alle eieroppnevnte styremedlemmer der hovedformålet er å finne ut om styremedlemmene ønsker gjenvalg.¹¹⁵ Videre gjennomfører Helse Sør-Øst RHF samtaler med administrerende direktør i helseforetakene, mens styrelederne i HF-styrene fyller ut et skjema om styremedlemmenes bidrag i styret.¹¹⁶ Helse Vest RHF og Helse Nord RHF¹¹⁷ gjennomfører samtaler med styreleder og administrerende direktør i hvert helseforetak i forbindelse med valg av nye styremedlemmer. Disse to RHF-ene får også tilbakemelding fra de eieroppnevnte representantene i HF-styrene om hvordan styret

112) Både eieroppnevnte og ansattvalgte styremedlemmer. I Helse Vest har de nedsatt et arbeidsutvalg som tilsvarende valgkomite.

113) Brev av 17. august 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

114) I intervju og i skriftlige redegjørelser.

115) Jf. intervju med henholdsvis HMN RHF og HSØ RHF.

116) Jf. intervju med og skriftlig redegjørelse fra HSØ RHF.

117) I HN har styreleder i RHF-et samtaler med styreledere i underliggende HF, og folk fra administrasjonen har samtaler med administrerende direktør i HF-ene.

fungerer. Ingen av RHF-ene skriver referat fra intervjuene/samtalene, men flere av RHF-ene opplyser at samtalene refereres muntlig til valgkomiteen.

Helse Nord RHF er det eneste regionale helseforetaket som i forbindelse med styrevalget i 2016 laget en kort skriftlig redegjørelse hvor det delvis framgår hvordan styrene i de ulike helseforetakene hadde fungert. Når det gjelder utfordringene i RHF-ene, lager EIA et kort oppsummeringsnotat¹¹⁸ der de gir en beskrivelse på noen setninger av de fire styrenes sammensetning, fungeringsmåte og kompetanse.

Med unntak av Helse Nord RHF, har ingen av de regionale helseforetakene skriftlig oppsummert hvilke konkrete utfordringer de ulike helseforetakene står overfor, eller hvilken konkret kompetanse det er behov for i de ulike HF-styrene.¹¹⁹ Alle de regionale helseforetakene opplyser imidlertid at kompetansebehovet og utfordringsbildet i de enkelte helseforetakene diskuteres i forbindelse med valg av nye styremedlemmer.

Helse Nord RHF har i forbindelse med styrevalget i 2016 utarbeidet en kort skriftlig vurdering av hovedutfordringer i helseforetakene. Helse Nord RHF uttaler i intervju at skriftliggjøringen er viktig for valgkomiteens bevisstgjøring, slik at de er oppmerksom på hvordan situasjonen i det enkelte helseforetak er. I tillegg bidrar den skriftlige oppsummeringen til at de kan kommunisere utfordringsbildet mest mulig likt til nye kandidater. Både RHF-ene og Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at de kjenner til utfordringsbildet i foretakene de eier gjennom månedlige oppfølgingsmøter og øvrig kontakt.

Det er et overordnet hensyn at styrene i de regionale helseforetakene skal ha legitimitet i befolkningen. Ved styrevalget i 2018 ble fylkeskommunene og Sametinget invitert til å komme med innspill til nye styremedlemmer til styrene i de regionale helseforetakene. Her framkommer også hvilken kompetanse styrene samlet sett bør inneha. Departementet har også et dokument med forslag til styresammensetning i de ulike RHF-styrene, her framkommer det forslag til kandidater samt hvilken kompetanse det er behov for i det enkelte styre.

Det er vanlig praksis at det blir gjennomført samtaler med aktuelle kandidater før innstillingen utarbeides. I disse samtalene tas det forbehold om at endelig sammensetning av styrene skal gjennom en politisk forankring som kan medføre endringer. Det gjennomføres vanligvis ikke samtaler med flere kandidater enn de som innstilles. Listen over forslag til kandidater i 2018 var en oversikt med personalia, det vil si navn, fylke og bosted til foreslåtte kandidater. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det ble gjort en vurdering av personlig egnethet og en vurdering av hvorvidt personen har kapasitet til å inneha et styreverv i et regionalt helseforetak. Denne vurderingen foreligger imidlertid ikke skriftlig.

De regionale helseforetakene utarbeider ikke en kravspesifikasjon når de skal finne nye styremedlemmer. Helse Nord RHF sender brev til regionens fylkeskommuner, KS og Sametinget med forespørsel om forslag til kandidater. Ingen av de andre RHF-ene gjør noe tilsvarende.¹²⁰ Alle RHF-ene har opparbeidet seg en liste over aktuelle kandidater som er foreslått av sittende styremedlemmer og administrasjonen. Denne listen oppdateres ved hvert styrevalg, og RHF-ene opplyser at de da ser etter personer som er tilpasset utfordringene i helseforetakene. Det gjennomføres intervju med de kandidatene valgkomiteen mener er mest aktuelle. Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst

118) Det går fram av notatet at det ikke er EIAs vurderinger, men informasjon som vil være nyttig bakgrunnsinformasjon for statsråden før samtalene med styreleder. Notatet er basert på samtaler mellom EIA og henholdsvis styreleder og administrerende direktører.

119) Helse Sør-Øst RHF opplyser at slike oppsummeringer foreligger i interne notater fra valgkomiteens arbeid.

120) HSØ RHF og Helse- og omsorgsdepartementet oppgir at de tidligere har benyttet eksternt firma til å finne nye styremedlemmer, men de syntes ikke dette ga noen merverdi.

RHF opplyser at de intervjuer flere kandidater enn de som innstilles. Ingen av RHF-ene har laget referat eller skriftlig oppsummering fra intervjuene. Men noen av RHF-ene opplyser at samtale refereres muntlig til valgkomiteene.

Det lages ikke noen innstilling hvor valget av aktuelle kandidater begrunnes. RHF-ene opplyser imidlertid at valgkomiteene gir en muntlig redegjørelse av de aktuelle kandidatene for resten av RHF-styret.

Både Helse- og omsorgsdepartementet og RHF-ene har en annen praksis enn Nærings- og fiskeridepartementet når det gjelder styrevalg. Nærings- og fiskeridepartementet uttaler at deres arbeid med styrevalg begynner med en vurdering av selskapets situasjon og måloppnåelse, og det lages en hypotese per selskap om hva som eventuelt bør gjøres med styresammensetningen ved neste års valg. Deretter gjennomføres individuelle samtaler med alle styremedlemmer. Nærings- og fiskeridepartementet uttaler at disse samtale gir verdifull innsikt i selskapets situasjon, styrets arbeid og hvert styremedlems bidrag i styret. Det er også en god anledning til å bli bedre kjent med styremedlemmene, inkludert deres personlige egenskaper og dynamikken i styret. Nærings- og fiskeridepartementet gjennomfører en slik vurdering av styrene hvert år. Nærings- og fiskeridepartementet gir også uttrykk for at det normalt ikke er tilstrekkelig å gjennomføre intervjuer med bare styreleder og/eller administrerende direktør.¹²¹

Nærings- og fiskeridepartementet opplyser at departementet utarbeider en kompetansebeskrivelse/kravspesifikasjon som også er en vurdering av eventuelle behov for utskiftninger i styret. Kompetansebeskrivelsen er selve mandatet for rekrutteringen og beskriver hva slags kompetanse man søker etter. Departementets innstilling til nye styremedlemmer inneholder biografi, arbeidserfaring og Nærings- og fiskeridepartementets vurdering av kandidaten. For å bidra til å sikre riktig kompetanse i styrene understreker Nærings- og fiskeridepartementet at det er viktig å ha en skriftlig beskrivelse av utfordringene i det enkelte selskap, og hva som er kompetansebehovet i det enkelte styret. I forbindelse med rekrutteringen av kandidater intervjuer Nærings- og fiskeridepartementet normalt flere aktuelle kandidater enn de som blir innstilt til valg. Vurderingen av styremedlemmenes kapasitet og habilitet er en viktig del av intervjuene.¹²²

I et høringsforslag til endringer i den norske anbefalingen for eierstyring og selskapsledelse går det fram at innstillingene til nye styremedlemmer ofte er preget av faktiske opplysninger framfor vurderinger. NUES foreslår derfor å endre sin anbefaling slik at det blir tydeligere at valgkomiteen forventes å begrunne forslaget om hver kandidat.¹²³

Opplæring av styremedlemmer

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en veileder for styrearbeid som blir delt ut til alle nye styremedlemmer i de regionale helseforetakene. Veilederen inneholder omtale av sentrale deler av styrets ansvar og oppgaver, samt rammebetingelser som gjelder spesielt for helseforetaksmodellen. De regionale helseforetakene deler ut departementets veileder, eller en versjon med enkelte tilpasninger, til nye styremedlemmer i de underliggende helseforetakene.

Departementet arrangerer hvert år et felles seminar for styremedlemmene i de fire regionale helseforetakene. Alle de regionale helseforetakene holder også felles

121) Jf. intervju med Nærings- og fiskeridepartementet.

122) Jf. intervju med Nærings- og fiskeridepartementet.

123) Forslag til endringer i den norske anbefalingen for eierstyring og selskapsledelse av 22. mars 2018 fra NUES.

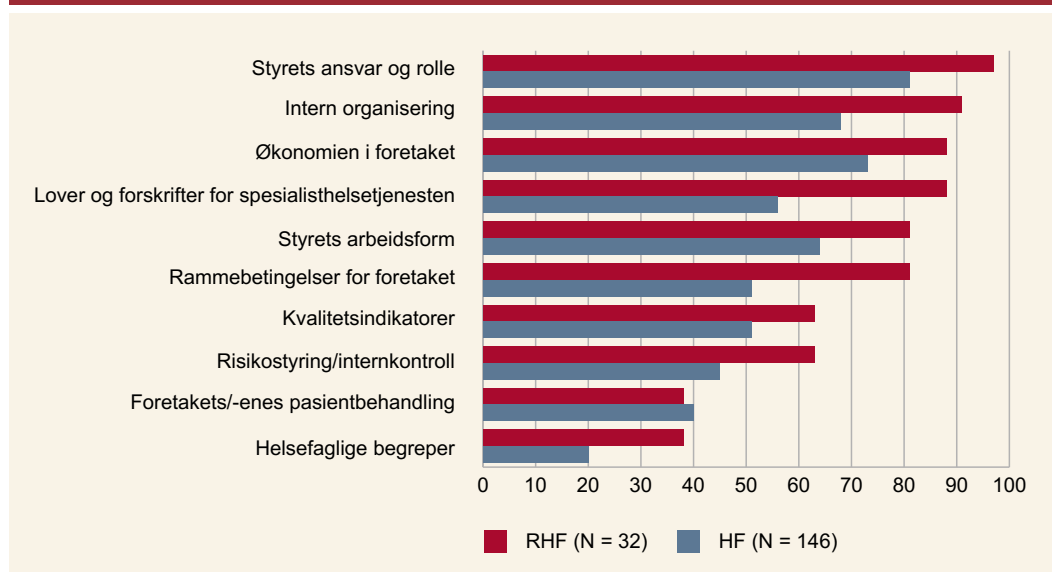
styreseminarer for styremedlemmene i de underliggende helseforetakene. Alle de underliggende helseforetakene har egne rutiner for opplæring av styremedlemmer.¹²⁴

I spørreundersøkelsen svarer 61 prosent av styremedlemmene på helseforetaksnivå at de er delvis eller helt enig i at styret har fått god støtte fra eieren i arbeidet med å styrke egen kompetanse. Styremedlemmene på HF-nivå i Helse Nord og Helse Vest er i størst grad fornøyd.¹²⁵ På RHF-nivå svarte til sammen 66 prosent at de var delvis eller helt enig i at styret har fått god støtte fra eieren i arbeidet med å styrke egen kompetanse.

Presentasjonsmaterialet og agendaene som er hentet inn fra styreseminarer i 2016 og 2017, viser at styrene får informasjon om ansvar og oppgaver, og strategiske og aktuelle temaer for helsesektoren. I intervjuene med de regionale helseforetakene og med utvalgte styremedlemmer ble det gitt uttrykk for at seminarene fungerer godt for å få en felles forståelse for styrets oppgaver og aktuelle temaer styrene bør kjenne til.

Skriftlig materiell som de regionale helseforetakene og helseforetakene oppgir at de sender til nye styremedlemmer, er stort sett knyttet til økonomi, driftssituasjon og informasjon om styrets rolle og oppgaver.

Figur 6 Andel styremedlemmer i RHF- og HF-ene som oppgir at de har fått innføring i ulike temaer, i prosent



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til alle styremedlemmer i RHF-ene og HF-ene.

Figur 6 viser at flest styremedlemmer på begge nivåer oppgir at de har fått innføring i styrets ansvar og rolle, intern organisering og foretakets økonomi, altså de samme temaene som de får tilsendt skriftlig materiell om som nye styremedlemmer. Det er færre styremedlemmer, både i RHF-ene og HF-ene, som oppgir at de har fått innføring i helsefaglige begreper, pasientbehandling og risikostyring/internkontroll.

Analyse av svarene i spørreundersøkelsen viser at det er enkelte forskjeller i når man tar høyde for bakgrunnen til styremedlemmene. Ansattrepresentantene på HF-nivå ønsker i større grad enn de eieroppnevnte medlemmene å få mer opplæring i

124) Bortsett fra Helse Fonna HF, som oppgir at de ikke har noen egen rutine for opplæring.

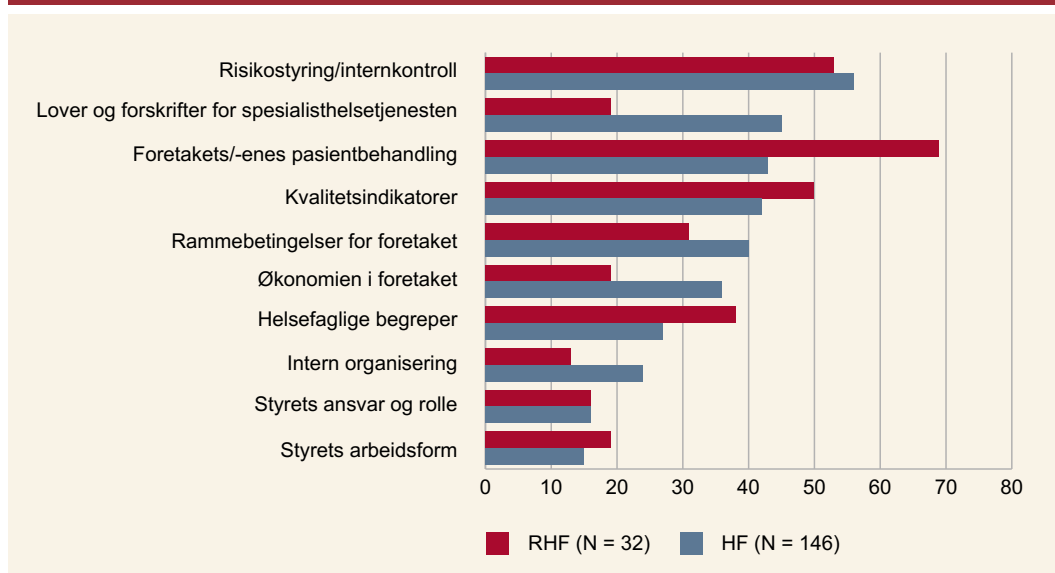
125) HN: 74 prosent, HV: 62 prosent, HMN: 56 prosent, HSØ: 52 prosent.

økonomien i foretaket og mindre opplæring i temaer som gjelder kvalitet i pasientbehandlingen. Det er ikke systematiske forskjeller mellom regionene.

Egenevaluering kan være et nyttig verktøy for å kartlegge hva styret eventuelt trenger mer opplæring i. Alle de regionale helseforetakene og helseforetakene, bortsett fra ett helseforetak¹²⁶, oppgir at de gjennomfører egnevalueringer av styret årlig.

Det er 14 HF-styrer som har gjennomført egnevalueringene som en spørreundersøkelse til styremedlemmene, men det varierer hvorvidt det er laget noen oppsummering av utfordringer, læringspunkter og eventuelle tiltakspunkter. En gjennomgang av egnevalueringene som er gjennomført som spørreundersøkelser, viser at disse i seg selv gir lite informasjon om forbedringspunkter og at styrene i all hovedsak godt fornøyd med egen innsats og hvordan styrene fungerer. For de styrene som ikke har laget en oppsummering, er det uklart hvordan spørreundersøkelsen er brukt av styret. Blant de fire styrene som ikke har gjennomført en spørreundersøkelse, men som bare har en muntlig diskusjon hvor de evaluerer styret, er det samtidig eksempler på gode oppsummeringer med tiltak.

Figur 7 Andel styremedlemmer i RHF- og HF-ene som oppgir at det er behov for å styrke kompetansen innenfor ulike temaer (enten mer opplæring eller samlet sett bedre kompetanse), i prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til alle styremedlemmer

I spørreundersøkelsen oppgir over halvparten av styremedlemmene på begge nivåer at styret samlet sett burde ha mer kompetanse i risikostyring/internkontroll, jf. figur 7. Styremedlemmene på begge nivåer oppgir også kvalitetsindikatorer som et område der det er behov for mer kompetanse.

Styremedlemmer i helseforetakene ønsker seg i tillegg mer kompetanse om lover for spesialisthelsetjenesten, mens det på RHF-nivå er flest som mener det er behov for å styrke styrets kompetanse om pasientbehandling i regionen. Det er ikke vesentlige forskjeller i kompetansebehovet mellom foretaksgruppene, men analysen viser at styremedlemmene på begge nivåer gir uttrykk for at det er behov for å styrke kompetansen på områder det gis relativt lite innføring i. Det gjelder blant annet risikostyring/internkontroll og lover og forskrifter som regulerer spesialisthelsetjenesten.

126) Helse Møre og Romsdal HF.

I fritekstsvarene i spørreundersøkelsen gir mange av styremedlemmene for øvrig uttrykk for at det er behov for bedre IKT-kompetanse.

I intervju med styremedlemmer i utvalgte RHF og HF gis det på ulikt vis uttrykk for at det er en krevende oppgave å følge med på innholdet i tjenestene. Flere opplever omfanget av indikatorer og kompleksiteten i foretakene som utfordrende. Styremedlemmene som ble intervjuet gir uttrykk for at kontinuiteten i styrene er viktig, fordi det tar tid for nye styremedlemmer å bli kjent med sektoren. Flere av dem som ble intervjuet fra administrasjonen, gir samtidig uttrykk for at de i liten grad blir utfordret av styret med kritiske spørsmål om kvalitetsarbeidet. Selv om ansattrepresentantene bidrar med viktig kunnskap om det helsefaglige, er ikke kompetansen nødvendigvis knyttet til erfaring med sykehusdrift og systematisk kvalitetsarbeid.

I evalueringen som Agenda Kaupang gjennomførte i 2012, ga styremedlemmene også uttrykk for at de ønsket å bruke mer tid på pasientbehandling og risikostyring i styremøtene.¹²⁷

5 Vurderinger

5.1 De fleste styrene i helseforetakene får mye informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet, men har ikke en praksis med å følge opp utfordringene systematisk nok

Styrene har det overordnede ansvaret for at de helsepolitiske målene som settes for foretaket, nås. Videre skal styrene føre tilsyn med at foretakene drives forsvarlig, og at de jobber systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styrene skal sørge for å få informasjon om hvorvidt helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige, og om foretakene arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

I 2017 fikk mange av styrene i helseforetakene og de regionale helseforetakene mye informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet. De fleste styrene fikk informasjon om resultatene av de helsepolitiske målene i månedsrapporter og tertialvise eller halvårslige rapporter. De områdene som fikk størst oppmerksomhet, er ventetider og fristbrudd. De fleste styrene i helseforetakene fikk oversikt over utviklingen over tid på sentrale indikatorer. I tillegg behandlet de fleste av styrene minst én sak i 2017 der kvalitet eller pasientsikkerhet var hovedtema.

Undersøkelsen viser imidlertid at informasjonen som styrene får om kvalitet og pasientsikkerhet, ikke nødvendigvis gjenspeiler de største utfordringene i helseforetakene. To sentrale kilder til informasjon om utfordringer er resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer og risikorapporteringen fra administrasjonen til styret.

Revisjonen har valgt ut tolv sentrale indikatorområder for å vurdere hvorvidt styrene får informasjon om negative resultater. Undersøkelsen viser at det varierer både mellom foretaksgruppene og innad i foretaksgruppene hvorvidt styrene i helseforetakene får informasjon om resultat og tiltak der det er negative resultater på de tolv utvalgte indikatorområdene.

Seks styrer med negative resultater på indikatorområdene fikk i 2017 i liten grad informasjon om resultatene og eventuelle tiltak som var satt i gang. Disse seks styrene er fordelt på Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helseforetakene som i

¹²⁷) Agenda Kaupang (2012). «Evaluering av styrene i helseforetakene. En evaluering av roller og funksjon for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene».

størst grad informerer om negative resultater fra kvalitetsindikatorne, skiller seg ut ved at styrene i disse helseforetakene også får mer utfyllende informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet i styredokumentene.

Undersøkelsen viser videre at risikorapporteringen ikke nødvendigvis gir styrene informasjon om de reelle risikoene i helseforetaket. I 2017 rapporterte en del helseforetak på områder med lav risiko hvert tertial, og mange styrer fikk heller ikke informasjon om endringer i risikonivået i løpet av året. Det er bare enkelte helseforetak i Helse Sør-Øst som har fjernet risikoområder eller lagt til nye identifiserte risikoer i løpet av året.

Styrene får i liten grad informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet ut over de områdene det er stilt krav om i oppdragsdokumentene. Dette fører til at den informasjonen som styrene får om resultatene fra kvalitetsindikatorne og fra risikorapporteringene, ikke nødvendigvis gjenspeiler de største utfordringene i det enkelte helseforetak.

Styrene har et selvstendig ansvar for å sørge for å få informasjon om utfordringer i helseforetaket. Undersøkelsen viser at det er få eksempler på at styrene etterspurte informasjon om foretakets utfordringer i 2017, eller ba om å bli oppdatert om effekten av igangsatte tiltak. Bortsett fra i protokollene til foretakene i Helse Vest er det lite dokumentasjon om hva styrene mener om den informasjonen de får, og om de følger opp at nødvendige tiltak settes i verk. Selv når styrene får informasjon om negative resultater som omhandler kvalitet, er det sjelden styrene vedtar noe mer enn at saken tas til orientering.

Protokoll fra møter er det som formelt sett dokumenterer vedtak og gjør dem bindende for administrasjonen i foretakene. Undersøkelsen viser at styrene stiller en del muntlige spørsmål og gir kommentarer og føringer i styremøtene. Det er imidlertid få spor i protokollene av dette. Videre har styrene seminarer der kvalitet og pasientsikkerhet kan være tema, men det fattes ikke vedtak og føres heller ikke protokoll fra slike seminarer. Protokollene til foretakene i Helse Vest skiller seg ut ved at de protokollfører både innspill fra styret og hva styret ønsker at skal bli fulgt opp av administrasjonen. Det er dermed mer sporbart hvilke føringer styret har gitt i disse foretakene.

Styret skal ha en uavhengig rolle og kontrollere ledelsens arbeid, og styret bør utfordre ledelsen når det er nødvendig. Etter revisjonens vurdering er styrene for passive i sin rolle med å påse at de får nødvendig informasjon om vesentlige utfordringer. Dette gjelder særlig styrene i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Midt-Norge. Slik informasjon er nødvendig for at styrene skal kunne føre tilsyn med at foretakene drives forsvarlig, og at det jobbes systematisk med kvalitetsforbedring.

5.2 Mange av styrene i både helseforetak og regionale helseforetak ivaretar ikke godt nok sitt ansvar for å påse at styringssystemet fungerer

En sentral del av styrenes tilsynsansvar er å påse at foretakene har et forsvarlig styringssystem, det vil si en internkontroll som bidrar til kvalitetsforbedring, og at foretakene når målene sine og etterlever kravene til foretaket. Styrene har et selvstendig ansvar for å påse at styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring i virksomheten. Styret skal minimum én gang i året foreta en samlet gjennomgang av foretaksgruppens risikovurderinger, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik.

Undersøkelsen viser at i 2017 fikk kun 7 av 20 styrer i helseforetakene presentert en samlet gjennomgang av styringssystemet. Blant disse var styrene i det største helseforetaket i hver foretaksgruppe. Disse sju styrene har, etter revisjonens vurdering,

et bedre grunnlag for å påse at styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring. Enkelte av de øvrige 13 styrene fikk imidlertid informasjon om at helseforetaket jobber med å utvikle styringssystemet.

Når det gjelder utvalgte deler av styringssystemet, viser undersøkelsen at mange styreverger fikk informasjon om hvilke mål som skulle risikovurderes. Men over halvparten (14) av HF-styrene fikk ikke en beskrivelse av prosessen for å identifisere og håndtere risiko i 2017. Disse styrene er fordelt på alle de fire foretaksgruppene. Flere av internrevisjonene i de regionale helseforetakene har vist at det er svakheter ved risikostyringen. Samtidig er det bare styret i Helse Bergen HF som har bedt om endringer i risikostyringsprosessen. Etter revisjonens vurdering viser dette at mange av styrene ikke i tilstrekkelig grad påser at risikostyringen fungerer etter hensikten. Dette kan føre til at de største risikoene for manglende måloppnåelse ikke identifiseres.

Når det gjelder oppfølging av uønskede hendelser, viser undersøkelsen at det var åtte styreverger – fordelt på alle foretaksgruppene – som ikke fikk noen informasjon i styresakene om ulike typer uønskede hendelser, meldekulturen eller hvordan uønskede hendelser er brukt i forbedringsarbeidet. Flere styreverger fikk imidlertid en del muntlig informasjon om blant annet alvorlige enkelthendelser.

Undersøkelsen viser videre at de fleste styrene fikk skriftlig informasjon om avvik fra eksterne tilsyn og presentasjon av internrevisjonsrapporter.

Av styrene i de regionale helseforetakene, fikk Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF både mest informasjon om de utvalgte delene av styringssystemene og en samlet gjennomgang av systemet.

Undersøkelsen viser at få HF-styreverger i 2017 fikk informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet som grunnlag til læring på tvers. I to av foretaksgruppene (Helse Sør-Øst og Helse Nord) er det ikke dokumentert at styrene i 2017 har fått internrevisjonsrapporter der andre helseforetak har vært revisjonsobjekt og som eget foretak kan lære av. Det var også få styreverger som fikk informasjon om nestenhendelser, selv om slike hendelser kan bidra til å forebygge at alvorlige hendelser skjer. Videre fikk få styreverger informasjon om kvalitetsindikatorer som viser sammenligninger av resultat med andre helseforetak og regioner. Etter revisjonens vurdering innebærer dette at styrene i for liten grad følger opp at helseforetakene bruker de mulighetene som ligger i styringssystemet til å framskaffe informasjon som kan bidra til kvalitetsforbedring.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at *forskrift om kvalitet og ledelse*, først trådte i kraft 1. januar 2017, og kravet om en årlig gjennomgang av styringssystemet har dermed virket i kort tid. Revisjonen vil påpeke at selv om den nye forskriften tydeliggjør kravene til styringssystem, har styrene også før forskriften trådte i kraft, hatt ansvar for å føre tilsyn med virksomhetens internkontroll. I tillegg har det vært stilt krav i foretaksmøte om at styrene minimum én gang i året skal foreta en samlet gjennomgang av foretaksgruppens risikovurderinger, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik.

Helseforetakene er store og komplekse virksomheter med høy risiko. Gode styringssystemer er en forutsetning for at styrene skal kunne påse at mål og krav som blir stilt til kvalitet og pasientsikkerhet, ivaretas. Etter revisjonens vurdering viser undersøkelsen samlet sett at mange av styrene i foretakene ikke følger godt nok opp at risikostyringen og styringssystemet fungerer. Dette innebærer at mange av styrene ikke har tilstrekkelig kjennskap til om styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring.

5.3 Prosessen med styrevalg i Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sikrer ikke godt nok at hvert styre samlet sett har riktig kompetanse

En av de viktigste oppgavene for staten som eier er å sørge for godt sammensatte og kompetente styrever som forvalter ansvaret på vegne av fellesskapet. Styret må settes sammen slik at det samlet sett har den nødvendige kompetansen til å ivareta oppdraget og ansvaret som styret pålegges. Styrets sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drive og utvikle spesialisthelsetjenesten i tråd med nasjonal helsepolitikk. Videre bør styret være en ressurs, diskusjonspartner og støttespiller for selskapets ledelse. I sammensetningen av styrever bør eier legge vekt på at styret har tilstrekkelige forutsetninger til å gjøre selvstendige vurderinger av ledelsens saksframlegg og selskapets virksomhet. I tillegg må styret settes sammen slik at det har kompetanse som samsvarer med de utfordringene det regionale helseforetaket står overfor.

Statsministerens kontor har utarbeidet interne retningslinjer for å etablere tydelige rutiner for forankring av styrevalg i regjeringsapparatet. Denne inneholder særlig retningslinjer for regionale helseforetak. Den delen av retningslinjene som beskriver rutiner for arbeid med styrevalg gjelder imidlertid ikke for styrevalg for de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har dermed ingen skriftlig prosedyre som blant annet beskriver prosessen med intervju av styremedlemmer, slik de andre eierdepartementene har. Av de regionale helseforetakene er det bare Helse Midt-Norge RHF som har utarbeidet en skriftlig prosedyre for styrevalg.

Både Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene følger en annen praksis enn Nærings- og fiskeridepartementet når det gjelder rutiner for arbeidet med styrevalg.

Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører bare intervjuer med styreleder og administrerende direktør i de regionale helseforetakene. Departementet får dermed begrenset innsikt i styrenes fungeringsmåte og hvilke utfordringer styremedlemmene mener det regionale helseforetaket står overfor. Til sammenligning gjennomfører Nærings- og fiskeridepartementet intervjuer med alle sittende styremedlemmer årlig, også ansattrepresentanter, for å få deres oppfatning av hvordan styret fungerer.

Tre av de regionale helseforetakene intervjuer styreledere og administrerende direktør i hvert helseforetak i forbindelse med valg av nye styremedlemmer, mens to regionale helseforetak (Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF) intervjuer alle eieroppnevnte styremedlemmer – hovedsakelig for å kartlegge om de ønsker gjenvalg.

Alle de regionale helseforetakene opplyser at de har kjennskap til utfordringer i helseforetakene gjennom løpende virksomhetsrapportering, og valgkomiteene diskuterer utfordringer og kompetansebehov i de ulike styrene. Det er imidlertid bare Helse Nord RHF som har laget en kort skriftlig redegjørelse for hvordan styrene i de ulike helseforetakene fungerte og en oppsummering av utfordringene i to av helseforetakene. De andre regionale helseforetakene har ikke gjort dette. Det er heller ingen av de regionale helseforetakene som har laget referat fra samtaler de har hatt med styreleder, administrerende direktør eller eieroppnevnte styremedlemmer. Dette innebærer at prosessen med styrevalg er lite transparent i de regionale helseforetakene. Nærings- og fiskeridepartementet understreker at det er viktig å ha en skriftlig beskrivelse av utfordringene i det enkelte selskapet og hva som er kompetansebehovet i det enkelte styret for å bidra til å sikre riktig kompetanse i styrene.

Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene i ulik grad har kompetansekrav som er felles for alle styrene. Men de har ikke laget en kravspesifikasjon som angir hvilken kompetanse det er behov for i de enkelte styrene, og som kan benyttes i søk etter aktuelle kandidater. Til sammenligning opplyser Nærings- og fiskeridepartementet at de utarbeider en kravspesifikasjon som beskriver hva slags kompetanse det skal søkes etter, og som er selve grunnlaget for rekrutteringen.

Helse- og omsorgsdepartementet har bare samtaler med de kandidatene som de velger å innstille, mens det varierer hvorvidt de regionale helseforetakene intervjuer flere kandidater enn de som innstilles. Nærings- og fiskeridepartementet opplyser på sin side at de vanligvis intervjuer flere aktuelle kandidater enn de som blir innstilt til valg, og at vurderingen av styremedlemmenes kapasitet er en viktig del av intervjuene.

Både Helse- og departementet og de regionale helseforetakene har i innstillingen om nye styremedlemmer bare dokumentert faktaopplysninger som utdanning, yrkesbakgrunn og eventuell styreerfaring. Det er dermed vanskelig å etterprøve hvilke vurderinger som ligger til grunn for valg av de enkelte styremedlemmene. For eksempel er det ikke dokumentert noe om hvilke vurderinger som er gjort av personlig egnethet, habilitet, motivasjon eller kapasitet.

Når det gjelder utviklingen av styrenes kompetanse, viser undersøkelsen at både Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene tilbyr opplæring og sørger for at styremedlemmene får en viss innføring i styrearbeidet. Undersøkelsen viser samtidig at det departementet og de regionale helseforetakene gir lite opplæring på enkelte områder der styremedlemmene selv etterlyser bedre kompetanse. Det gjelder spesielt internkontroll og risikostyring, der både denne undersøkelsen og de regionale helseforetakenes egne internrevisjoner har vist at det er svakheter. Revisjonen mener at det er mulig å oppnå bedre utnyttelse av evalueringer og mer tilpasset kompetanseutvikling.

Undersøkelsen viser at mange av styrene kan følge opp kvaliteten og pasient-sikkerheten i foretakene mer aktivt og å påse at de systemene som er etablert, bidrar til kvalitetsforbedring. Samtidig viser undersøkelsen at det er risiko for at prosessen med styrevalg ikke sikrer at styrene har relevant kompetanse. Det gjelder spesielt valgprosessene i de regionale helseforetakene, men også deler av prosessen som gjennomføres i Helse- og omsorgsdepartementet. Etter revisjonens vurdering er det viktig at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har en valgprosess som bidrar til at det enkelte styret samlet sett har en kompetanse som står i forhold til utfordringene i det enkelte foretaket. Riktig kompetanse er en forutsetning for at styret skal kunne ivareta sitt overordnede ansvar for forvaltningen av foretaket.

6 Referanseliste

Regelverk

- *Lov om spesialisthelsetjenester m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. Sist endret: LOV-2018-06-22-76.
- *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* (helsetilsynsloven). LOV-1984-03-30-15. Sist endret: LOV-2015-12-18-121 fra 01.01.2016.
- *Lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven). LOV-2001-06-15-93. Sist endret: LOV-2013-06-14-41 fra 01.07.2013.
- *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.* FOR-2016-10-28-1250. Endrer FOR-12-20-1731.

Instrukser og veiledere

- Veileder til *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* IS-IS-2620.

Stortingsdokumenter

Stortingsproposisjoner

- Ot.prp.nr 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m.*
- Prop. 1 S. Helse- og omsorgsdepartementet (2016–2017), (2015–2016) og (2014–2015)
- Innst. 250 S (2012–2013), jf. St. meld. Nr. 10 (2012–2013) *God kvalitet-trygge tjenester-Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*
- Meld. St. Nr. 27 (2013-2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*
- Meld. St. Nr 13 (2010-2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi*

Oppdragsdokumenter

Oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2015, 2016 og 2017.

Riksrevisjonsrapporter

Dokument 3:2 (2016–2017) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015*

Sekundær litteratur

Agenda Kaupang (Kaupang: 13) *Evaluerings av styrene i helseforetakene, en evaluering av roller og funksjoner for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene.*

Andre kilder

- Høringsnotat til forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten
- Protokoll fra foretaksmøte i de regionale helseforetakene av 31. januar 2012
- Nærings- og fiskeridepartementet dokument av 9. oktober 2017 om *statsrådets forvaltning av statens eierskap i selskaper som staten eier alene eller er deleier i.*
- NUES *Forslag til endringer i den norske anbefalingen for eierstyring og selskapsledelse* av 22. mars 2018.

7 Vedlegg

Vedlegg 1 Oversikt over hvilke foretak og private ideelle sykehus som er omfattet av undersøkelsen

Helse Vest RHF
Helse Stavanger HF
Helse Fonna HF
Helse Bergen HF
Helse Førde HF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Møre og Romsdal HF
Helse Nord-Trøndelag HF
St. Olavs hospital HF
Helse Nord RHF
Helgelandssykehuset HF
Finnmarkssykehuset HF
Nordlandssykehuset HF
Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Helse Sør-Øst RHF
Akershus universitetssykehus HF
Oslo universitetssykehus HF
Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Telemark HF
Sykehuset Østfold HF
Sørlandet sykehus HF
Vestre Viken HF
Sunnaas sykehus HF
Private ideelle sykehus
Haraldsplass Diakonale Sykehus
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Diakonhjemmet Sykehus

Vedlegg 2 Oversikt over delindikatorer, datagrunnlag og beregninger for tolv utvalgte indikatorområder

Indikator-område	Delindikatorer	Periode	N del-indikatorer	Hvordan sette grenseverdien mellom positivt og negativt resultat	Begrunnelse negativt resultat totalt for indikatorområdet	Unntak fra regel
Antibiotika	Antall definerte døgn-doser (DDD) av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn/periode, 2012–2016	2012–2016	1	Nivå: negativt resultat hvis andelen i 2016 er et halvt standardavvik over snittet . Utvikling: negativt resultat hvis prosentvis reduksjon er under 10 prosent fra 2012 til 2016.	Hvis negativt resultat enten på nivå eller utvikling.	Et HF har ikke redusert nok, men ligger lavest i landet (får positiv score).
Barne-diabetes	Andel pasienter med akutt komplikasjon siste måleperiode. Andel pasienter som hadde HbA1c <7,5 %, målt ved sentralt laboratorium, ved siste årskontroll. Andel pasienter som hadde HbA1c ≥9,0 %, målt ved sentralt laboratorium, ved siste årskontroll	2016 (2015 og 2016 for akutte komplikasjoner)	3	Andel akutte komplikasjoner: Dårlig score hvis et halvt standardavvik over gjennomsnittet både i 2015 og i 2016. Andel HbA1C mindre enn 7,5: dårlig score hvis et halvt standardavvik under gjennomsnittet. Andel HbA1C større enn 9: dårlig hvis et halvt standardavvik over gjennomsnittet.	Hvis negativt resultat på enten delindikator «Andel HbA1C større enn 9» eller negativt resultat på delindikator «Andel HbA1C mindre enn 7,5»	Ingen
Fødselsrifter	Andel store rifter blant alle vaginalt fødende. Andel store rifter blant førstegangsfødende som føder vaginalt. Andel store rifter blant førstegangsfødende forløst instrumentelt	2014–2016	3	For hver delindikator er det beregnet et gjennomsnitt for perioden 2014–2016. Negativt resultat hvis et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet i perioden 2014–2016	Hvis negativt resultat på flere enn én delindikator	Ingen
Sykehus-infeksjoner	Andel helsetjeneste-assosierte infeksjoner	2015 og 2016	1	Nivå: negativt resultat hvis andelen er lik eller høyere enn 3,5 (landsgjennomsnitt 2016 og mål i OD for 2018). Utvikling: negativt resultat hvis andelen har økt med 0,5 prosentpoeng eller mer fra 2015–2016 (krav om reduksjon i OD 2017)	Hvis negativt resultat enten på nivå eller utvikling	Ingen
Hjemmedialyse	Andel dialysepasienter som har hjemmedialyse	Tertialvis utvikling 2016–2017	1	Det er estimert andel i 1. tertial 2018 basert på endring 1. tertial 2016–1. tertial 2017. Negativt resultat hvis estimert andel 1.tertial 2018 er under 30 prosent	Hvis estimert andel 1. tertial 2018 er under 30 prosent (målet i oppdragsdokumentet er minst 30 prosent i 2018)	Ett HF har veldig høy andel 2. tertial 2017 og får god score pga. dette uavh. av estimert utvikling.
Korridor-pasienter	Andel korridorpasienter på sykehus	2016	1	Negativt resultat hvis et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet.	Negativt resultat hvis et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet.	Ingen
Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus	30 dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus uansett årsak. 30 dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus ved hjerneslag. 30-dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus ved hjerteinfarkt	2016	3	Helsenorges rapportering av hvilke HF som er signifikant dårligere enn andre	Hvis signifikant høyere enn snittet ifølge Helsenorge på én av tre indikatorer	Ingen

Overlevelse 5 år etter behandling av kreft	5 års overlevelse etter behandling av brystkreft, lungekreft, tykktarmskreft, høy-risiko prostatakreft, endetarmskreft	2016	5	Negativt resultat hvis andelen som overlever 5 år, er under målet som er angitt på helsenorge.no (gjelder alle delindikatorer unntatt prostata). Delinindikator om prostatakreft: negativt resultat hvis andelen er et halvt standardavvik under landsgjennomsnittet. For lungekreft, tykktarmskreft og endetarmskreft er det angitt data fordelt på kvinner og menn. Dersom ett av kjønnene ligger under målet, har hele delindikatoren for kreftformen fått tildelt negativt resultat.	Hvis negativt resultat på tre eller flere delindikatorer	Ingen
Pasient-skader	Andel pasientskader målt med Global Trigger Tool (GTT)	2012–2016	1	Snittreduksjon i andel over år. Målet i OD: reduksjon fra 2012 til 2018 på 25 prosent.	Hvis snittreduksjon per år i perioden er mindre enn –0,5 prosentpoeng	Enkelte avvik basert på vurdering av trend
Re-innleggelser	Sannsynlighet for reinnleggelse eldre	2016	1	Helsenorges rapportering av hvilke HF som er signifikant dårligere enn andre	Hvis signifikant høyere enn snittet ifølge Helsenorge	Ingen
Trombolyse	Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet innen 40 min etter innleggelse; andel pasienter innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (akutt)	2016	2	Andel trombolysebehandlet 40 min hjerneinf: negativt resultat hvis nivået er under 50 prosent (mål i OD). Andel trombolysebehandlet akutt: negativt resultat hvis et halvt standardavvik under gjennomsnittet.	Hvis negativt resultat på minst én delindikatorer	Ingen
Tvang	Andel tvangsinnleggelser; utvikling andel tvangsinnleggelser 2015–2016; andel pasienter med tvangsmiddelvedtak i psyk. helsevern døgnoophold; utvikling andel tvangsmiddelvedtak 2015–2016		2	For begge delindikatorer er det beregnet resultat både for nivå og utvikling. Dette gir fire beregninger. Nivå: negativt resultat hvis et halvt standardavvik over snittet. Utvikling: negativt resultat hvis utviklingen fra 2015 til 2016 viser 0,5 prosentpoeng økning eller høyere	Hvis negativt resultat på minst to av fire beregninger.	Hvis negativt resultat på andel tvangsinnleggelser, får HF-et alltid negativt resultat på området for tvang

Vedlegg 6:
Brev og rapport til sak 6
om lønnsomhet og
kostnadseffektivitet i Avinor AS

6.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i
Samferdselsdepartementet

6.2 Statsrådens svar

6.3 Rapport fra forvaltningsrevisjon av
lønnsomhet og kostnadseffektivitet i Avinor AS



Vår saksbehandler	22241263
Turid Mette Nilsen	
Vår dato	Vår referanse
26.09.2018	2018/01251-43
Deres dato	Deres referanse

Utsatt offentlighet jf rrevl § 18 (2)

SAMFERDSELSDEPARTEMENTET
Postboks 8010 DEP
0030 OSLO

Att.: Statsråd Jon Georg Dale

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om lønnsomhet og kostnadseffektivitet i Avinor AS*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2018–2019).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Samferdselsdepartementet fikk et utkast til 31. mai 2018, og på departementets svar 10. august 2018.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 10. oktober 2018

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur.

Vedlegg



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Dykkar ref

Vår ref
17/1739-

Dato
5. oktober 2018

Undersøking om lønsemd og kostnadseffektivitet i Avinor AS

Eg viser til brev 26. september 2018 med sak om Riksrevisjonens undersøking av lønsemd og kostnadseffektivitet i Avinor AS. Riksrevisjonen ber meg greie ut om korleis departementet vil følgje opp Riksrevisjonens merknader og tilrådingar, og eventuelt om departementet ikkje er samd med Riksrevisjonen.

Kostnad- og lønsemdutvikling i Avinor

Første hovudfunn i undersøkinga er at Avinor har hatt sterkare inntektsvekst enn andre europeiske lufthamnselskap, men at kostnadsveksten har vore enda sterkare enn dette. Riksrevisjonen har merka seg at Avinor har gjort tiltak for å avgrense kostnadsveksten, men etter Riksrevisjonens vurdering har leiinga og styret hatt for svak kontroll med kostnadsveksten i selskapet. Etter Riksrevisjonens vurdering er kostnadsveksten og den svekka lønsemdutviklinga kritikkverdig og ikkje i tråd med krav om effektiv drift.

Eg vil påpeike at Riksrevisjonens vurderingar knytt til dette bygger på ei samanlikning mellom regnskapstal for Avinor-konsernet og regnskapstal for store europeiske lufthamnselskap/konsern. Regnskapstala har vore skjønsmessig justert for å kunne samanlikne dei, uten at det har vore mogeleg for departementet å vurdere desse justeringane. Riksrevisjonen tek vidare ikkje omsyn til at samfunnsoppdraget og dei samfunnspålagde oppgåvene gir Avinor ei plikt til å levere ei rekkje kostnadskrevjande og bedriftsøkonomisk ulønnsame tenester. Eg meiner såleis at samanlikninga av Avinors regnskapstal med store europeiske lufthamnselskap/konsern ikkje åleine er eit godt nok grunnlag for å vurdere kostnad- og lønsemdutvikling i Avinor.

Eg viser til at Samferdselsdepartementet har vore opptatt av kostnadseffektivisering i Avinor. Stortinget blei i Meld. St. 38 (2012-2013) *Verksemda til Avinor AS* orientert om ei undersøking i 2012 (GAP-rapporten) som samanlikna kostnadseffektiviteten ved lufthamner i Avinor med kvarandre og med lufthamner i andre land. Denne undersøkinga var basert på detaljerte opplysningar om drift av ulike lufthamner. Undersøkinga konkluderte med at dei store lufthamnene til Avinor var relativt kostnadseffektive, men det blei tilrådd å auke effektiviteten på dei mindre lufthamnene.

På grunnlag av undersøkinga i 2012 la departementet til grunn ei forventning om å effektivisere Avinor. Dette blei følgt opp i eigardialogen med Avinor, som i 2014 avgjorde å setje ned eit moderniseringsprogram for å effektivisere drifta og redusere kostnadsveksten. Målet i moderniseringsprogrammet har vore å gradvis redusere dei årlege driftskostnadane til et kostnadskutt på 600 mill. kr årleg fram til 2018. Avinor reknar med å nå målet for moderniseringsprogrammet i 2018.

Eg viser til at Stortinget i Meld. St. 30 (2016-2017) *Verksemda til Avinor AS* blei orientert om at Samferdselsdepartementet vil setje i gang ein ny samanliknande studie av effektiviteten i Avinor. Studien vil ta omsyn til at samfunnsoppdraget til Avinor og dei samfunnspålagde oppgåvene gir selskapet ei plikt til å levere ei rekkje kostnadskrevjande og bedriftsøkonomisk ulønnsame tenester.

Riksrevisjonens tilråding er at departementet sett krav om at Avinor reduserer selskapet sin samla kostnadsvekst og utviklar indikatorar som gjer det lettare å kontrollere om drifta er kostnadseffektiv. Eg er opptatt av å effektivisere Avinor vidare og vil følgje opp dette ved å utfordre selskapet på å utvikle betre indikatorar for effektiv drift og kostnadskontroll. Nye mål for å redusere kostnadane når moderniseringsprogrammet blir avslutta har vore diskutert i eigardialogen med Avinor i 2018. Avinor planlegg i ny finansiell plan for verksemda å sette eit mål om 20 % kostnadsreduksjon per passasjer i femårsperioden (2019-2023).

Kostnadsestimering for investeringsprosjekt

Andre hovudfunn i undersøkinga er at ein vesentleg del av Avinors investeringsprosjekt ikkje overheld den opphavlege kostnadsramma. Riksrevisjonens vurdering er at leiinga og styret ikkje har følgt opp at sluttkostnadane for Avinors portefølje av investeringsprosjekt overheld kostnadsramma. Avinor har vedgått at den overordna porteføljestyringa ikkje har vore god nok, og etablerte i 2017 ei sentral eining for utbygging.

Riksrevisjonens tilråding er å setje krav om at Avinor betrar kostnadsestimeringa for store investeringsprosjekt og sikrar at ein større del av prosjekta held dei opphavlege kostnadsrammene. Samferdselsdepartementet vil følgje opp dette i eigardialogen framover, blant anna ved i større grad å be om informasjon om planar, kostnadsrammer og kostnadsutvikling i dei større prosjekta. Eigars utbyttepolitikk samt krav til eigenkapital og mål på avkastning i selskapet er viktige styringssignal for å sikre ein god kapitaldisiplin og kostnadskontroll internt i selskapet. Eigar vil også i den årlige styreevalueringa følgje opp korleis styret arbeider med desse spørsmåla.

Samferdselsdepartementets informasjon om kostnadseffektivitet i Avinor

Tredje hovudfunn i undersøkinga er at Samferdselsdepartementet ikkje har hatt god nok informasjon om kostnadseffektiviteten i Avinor. Riksrevisjonens vurdering er at departementet ikkje har nytta eigardialogen godt nok til å sikre seg informasjon som gjer det mogeleg å følgje opp om Avinor utfører oppgåvene på ein kostnadseffektiv måte. Riksrevisjonen tilråding er at Samferdselsdepartementet sikrar seg informasjon og gjennomfører regelmessige analyser for å kunne følgje opp om samfunnsoppdraget og dei samfunnspålagte oppgåvene blir utført så kostnadseffektivt som mogleg.

Eg er samd i at Samferdselsdepartementet har nytte av betre informasjon om kostnader knytt til Avinors samfunnsoppdrag og samfunnspålagte oppgåver. I eigardialogen framover vil departementet utfordre Avinor på å gjere kostnadene for samfunnsoppdraget og samfunnspålagde oppgåver synlege, noko som vil danne grunnlag for analyser av kostnadsutviklinga ved desse delane av verksemda til Avinor. Det er viktig for eigar å følge med på kostnadsutviklinga mellom dei ulike delane av Avinor si verksemd, blant anna korleis effektiviteten på dei mindre lufthamnene som er viktig for eit godt flytilbod i distrikta kan bli betre.

Med helsing



Jon Georg Dale

Ordliste og forkortelser

Kostnadseffektivitet	Målene for en virksomhet nås til en lavest mulig kostnad.
Avkastning på totalkapital	Driftsresultatet (EBIT) og finansinntekter deles på gjennomsnittlig totalkapital i løpet av året. Omtales også som totalkapitalrentabilitet.
Avkastning på egenkapital	Resultatet etter skattekostnad deles på gjennomsnittlig egenkapital i løpet av året. Omtales også som egenkapitalrentabilitet.
Driftsresultat	Driftsinntekter minus driftskostnader. Driftsresultatet viser virksomhetens lønnsomhet før finanskostnader og skattekostnader. Det varierer litt hvilke kostnader som tas med i dette resultatbegrepet. EBIT er et mål på virksomhetens lønnsomhet når også av- og nedskrivninger regnes med, <i>Earnings before interests and taxes</i> , det vil si inntjening før renter og skatt. Begrepet EBITDA er vanlig i investeringstunge virksomheter og står for <i>Earnings before interests, taxes, depreciations and amortizations</i> , det vil si inntjening før renter, skatt samt av- og nedskrivninger.
Driftsmargin	Driftsresultatet (EBIT) i prosent av driftsinntekter ($\text{driftsresultat} \cdot 100 \% / \text{driftsinntekter}$). Driftsmarginen forteller hvor stor andel et selskap sitter igjen med for hver omsatte krone før finanskostnader og skatt.
EBITDA-margin	Driftsresultatet før av- og nedskrivninger (EBITDA) dividert med driftsinntekter. Nøkkeltallet viser hvor stor andel av hver omsatte krone et selskap sitter igjen med før finanskostnader, skatt og av- og nedskrivninger.
Kostnad per passasjer	Sum driftskostnader dividert med antall passasjerer, driftskostnaden per passasjer (enhetskostnaden). Nøkkeltallet kan brukes for å se om en økning i kostnadene skyldes passasjervekst, eller om enhetskostnaden har økt.
Inntekt per passasjer	Sum driftsinntekter dividert med antall passasjerer, driftsinntekter per passasjer (enhetsinntekten). Nøkkeltallet kan brukes for å se om en økning i inntektene skyldes økt passasjervekst, eller om enhetsinntekten per passasjer har økt.

**Statens ordning for
ekstern
kvalitetssikring
av store
investerings-
prosjekter**

For å sørge for en mest mulig effektiv bruk av fellesskapets ressurser skal statlige investeringsprosjekter med antatt kostnad over 750 millioner kroner gjennomgå ekstern kvalitetssikring før prosjektet eventuelt legges fram for Stortinget. Målet med ordningen, som ble innført i år 2000 (KS2) og senere utvidet i 2005 (KS1), er å sørge for at prosjektene er tilstrekkelig utredet, og at beslutningstakerne har all nødvendig informasjon når de skal fatte beslutninger om statlige investeringer. Ordningen omtales også som KS-ordningen.

KS1 og KS2:

Statens ordning for ekstern kvalitetssikring av store investeringsprosjekter omfatter to kontrollpunkter i investeringsprosjektets planleggingsprosess:

- KS1 – kvalitetssikring av konseptvalg før det fattes beslutning i regjeringen om å starte forprosjekt
- KS2 – kvalitetssikring av styringsunderlag samt kostnadsoverslag før en eventuell investeringsbeslutning fattes i Stortinget

Styringsramme P50

Styringsrammen i et prosjekt settes normalt til P50, det vil si det nivået hvor det er like stor sannsynlighet for at kostnaden overskrides, som det er for at kostnaden blir lavere enn budsjettet. Det antas at halvparten av prosjektene går *over* styringsrammen og halvparten *under*. Det er med andre ord 50 prosent sannsynlighet for at kostnadene går den ene eller den andre veien, og derfor kalles styringsrammen også P50 – «Probability 50 percent».

Kostnadsramme P85

Når Stortinget vedtar et stort statlig prosjekt, setter de en kostnadsramme. Rammen er satt ut fra et punkt hvor det er beregnet 85 prosent sannsynlighet for at kostnadene ikke overstiger rammen. Av den grunn beregnes kostnadsrammen med utgangspunkt i P85, som betyr «Probability 85 percent», altså 85 prosent sannsynlighet. I en del tilfeller fastsettes kostnadsrammen til P85 fratrullet kutt som ikke er vesentlige for funksjonen til prosjektet.

§ 10-plan

I § 10 i Avinors vedtekter står det at styret skal forelegge for samferdselsministeren alle saker som antas å være av vesentlig samfunnsmessig eller prinsipiell betydning, herunder saker om hel-/delprivatisering av basisvirksomhet. Styret skal hvert år legge frem for samferdselsministeren en plan for virksomheten med datterselskaper, som omfatter følgende forhold:

1. Statusbeskrivelse av markedet og konsernet, herunder utviklingen i konsernet siden den forrige planen ble lagt frem.
2. Hovedtrekk ved konsernets virksomhet de kommende år, herunder større omorganiseringer, videreutvikling og avvikling av eksisterende virksomheter og utvikling av nye.
3. Konsernets investeringsnivå, vesentlige investeringer og finansieringsplaner.
4. Vurderinger av den økonomiske utvikling i planperioden.
5. Rapport om tiltak og resultater vedrørende selskapets samfunnsoppdrag, samfunnspålagte oppgaver og samfunnsansvar.

Styret skal forelegge for samferdselsministeren vesentlige endringer i slike planer som tidligere er lagt frem.

Vedlegg 6.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av lønnsomhet og kostnadseffektivitet i Avinor AS

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Avinor AS ble etablert i 2003 og er et heleid kategori 4-selskap under Samferdselsdepartementet.¹ Selskapet har ansvar for å drive 44 statlig eide lufthavner og 11 av disse drives i samarbeid med Forsvaret.² Det er Stortinget som avgjør hvilke lufthavner selskapet skal drive. I tillegg til lufthavnene driver Avinor kontrolltårn, kontrollsentraler og annen teknisk infrastruktur for sikker flynavigasjon. Flysikringstjenester for sivil og militær luftfart er organisert i datterselskapet Avinor Flysikring AS. I tillegg består konsernet av datterselskapene Svalbard Lufthavn AS og Avinor Utvikling AS.³

Statens mål med eierskapet i Avinor er å eie, drive og utvikle et landsomfattende nett av lufthavner for sivil sektor og en samlet flysikringstjeneste for sivil og militær sektor. Målet er sammenfallende med selskapets samfunnsoppdrag. I tillegg til samfunnsoppdraget skal Avinor utføre en rekke samfunnspålagte oppgaver.⁴ Selskapet skal blant annet delta i planleggingen av og gjennomføre utredninger i forbindelse med Nasjonal transportplan, holde lufthavner åpne for ambulansefly og ambulanshelikopter utenfor ordinær åpningstid og bistå redningstjenesten. Avinor skal også være pådriver og legge til rette for at transporten til og fra lufthavner skal skje med kollektive transportmidler, medvirke i det nasjonale arbeidet med samfunnssikkerhet og kunngjøre informasjon om luftfarten i Norge.⁵

Avinors virksomhet er av vesentlig betydning for staten, både gjennom utøvelsen av samfunnsoppdraget og fordi selskapet forvalter store økonomiske verdier og bidrar med avkastning til staten. Selskapet skal innenfor de sektorpolitiske rammene sikre god forvaltning av statens verdier, og driften skal være effektiv. Videre skal driften i størst mulig grad være selvfinansiert gjennom inntekter fra hovedvirksomheten og annen forretningsvirksomhet i tilknytning til lufthavnene. Bedriftsøkonomisk lønnsomme lufthavner finansierer bedriftsøkonomisk ulønnsomme lufthavner.

Avinors virksomhet kjennetegnes av et høyt investeringsnivå, og for perioden 2016–2021 har Avinor planlagt med et samlet prosjektinvesteringsbehov i størrelsesordenen 27–28 milliarder kroner.⁶ Dette dreier seg om en rekke større investeringer i form av nybygg, utvidelser av eksisterende terminalbygg og rullebaneforlengelser. Investeringene skal dekkes innenfor selskapets økonomiske ramme. Utover kontantstrøm fra den løpende driften har konsernet et forventet finansieringsbehov på nærmere 17,5 milliarder kroner i perioden. Samtidig er selskapets rentebærende gjeld forventet å øke til nærmere 26 milliarder kroner ved utgangen av 2020.

1) For å tydeliggjøre statens mål med eierskapet i det enkelte selskap har den statlige selskapsporteføljen siden 2006 vært inndelt i fire kategorier. Kategori 4 omfatter selskaper der staten har sektorpolitiske mål med eierskapet. For disse selskapene er det et overordnet mål at de sektorpolitiske målene nås mest mulig effektivt.

2) Vedlegg 1 gir en nærmere oversikt over lufthavnstrukturen.

3) Avinor Utvikling AS består av seks eiendomsselskaper som er organisert som aksjeselskaper.

4) Med samfunnspålagte oppgaver menes oppgaver som ikke er nødvendig for å utføre samfunnsoppdraget, og som heller ikke følger av lov eller forskrift. De samfunnspålagte oppgavene kan i prinsippet finansieres av mottakeren av tjenestene, av andre brukere gjennom lufthavnavgiftene eller gjennom de kommersielle inntektene til Avinor.

5) Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemnda til Avinor AS og Avinors års- og samfunnsansvarsrapport 2016*.

6) Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemnda til Avinor AS* (s. 66).

Avinor har hatt en høy kostnadsvekst siden selskapet ble opprettet i 2003. Riksrevisjonens undersøkelse fra 2009 viste at realveksten i kostnadene var høyere i perioden 2005–2008 enn i årene før selskapet ble omdannet til aksjeselskap. Undersøkelsen viste videre at driften i selskapet i perioden 2005–2008 var preget av høy lønnsvekst og en økning i antall årsverk, særlig innenfor administrative funksjoner.⁷

Avinor har siden 2009 iverksatt en rekke tiltak for å bedre selskapets lønnsomhet. Likevel viser selskapets årsrapporter at det har vært en betydelig økning i selskapets kostnader. Avinors inntekter, og da særlig fra taxfreesalg, har også økt i perioden, men mindre enn kostnadene. Avinor har også gjennomført en rekke store investeringsprosjekter. For flere av Avinors investeringsprosjekter i perioden 2008–2017 har sluttkostnaden vært høyere enn den opprinnelige kostnadsrammen.

For å stimulere til god finansiell forvaltning og effektiv drift har staten satt et avkastningsmål (referanseavkastning) for Avinor. Avinors avkastning har ligget under avkastningsmålet i undersøkelsesperioden 2008–2017, med unntak av 2014 og 2015 da avkastningsmålet ble nådd på grunn av ekstraordinære forhold.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere lønnsomheten og kostnadseffektiviteten i Avinors virksomhet i perioden fra 2008 til 2017 og Samferdselsdepartementets oppfølging av selskapet.

Problemstillinger:

1. Har Avinor hatt tilfredsstillende lønnsomhetsutvikling?
2. Har Avinor kostnadseffektiv drift?
3. Har Samferdselsdepartementet tilstrekkelig oppfølging av om Avinor har tilfredsstillende lønnsomhetsutvikling og kostnadseffektiv drift?

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Undersøkelsens problemstillinger er besvart gjennom analyse av dokumenter og regnskapsdata og svar på skriftlige spørsmål. I tillegg er det gjennomført møter med Avinors administrasjon og styreleder samt Samferdselsdepartementet. For å få bedre kjennskap til luftfartssektoren er det også gjennomført møter med NHO Luftfart og de tre flyselskapene med hovedbase i Norge. Undersøkelsen omfatter i hovedsak perioden 2008–2017.

2.1 Dokumentanalyse, skriftlige spørsmål og møter

For å vurdere Avinors arbeid med lønnsomhet og kostnadseffektivitet og departementets oppfølging av selskapets arbeid med disse forholdene er dokumenter for perioden 2008–2017 gjennomgått. Dokumentanalysen omfatter blant annet årsrapporter, Samferdselsdepartementets melding til Stortinget om virksomheten i Avinor (eiermeldingen), Statsrådets beretning om eierstyringen av Avinor og styreprotokoller med underlagsdokumentasjon. Videre omfatter dokumentanalysen Samferdselsdepartementets referater og forberedende notater i forbindelse med kvartalsmøter og kontaktmøter samt Avinors presentasjoner av selskapets resultater fra kvartalsmøter og kontaktmøter. I tillegg er selskapets vedtekter og Samferdsels-

⁷) Dokument 3:2 (2009–2010) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2008*, jf. Innst. 132 S (2009–2010) Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen.

departementets retningslinjer for eierskapet, gjennomføring av kvartalsmøter og styrevalg gjennomgått.

Det er gjennomført tre møter med administrasjonen i Avinor og ett møte med konsernets styreleder. I tillegg har selskapet og styreleder svart på skriftlige spørsmål. Dialogen har dreid seg om Avinors arbeid for å sikre god lønnsomhet og effektiv drift av selskapet. Spørsmål om lønnsomhet, kostnader, inntekter og investeringsprosjekter har blitt tatt opp. I tillegg har det vært løpende dialog med Avinor for å sikre at det oversendte materialet har blitt forstått riktig, særlig når det gjelder de økonomiske dataene.

Det er gjennomført fire møter med Samferdselsdepartementet. I tillegg har departementet svart på skriftlige spørsmål. Hovedtemaet for både møter og skriftlige spørsmål har vært departementets oppfølging av Avinors lønnsomhet, inntekter, kostnader og investeringsprosjekter.

For å få en bredest mulig innsikt i luftfartssektoren er det gjennomført møter med flyselskapene SAS, Norwegian og Widerøe samt med NHO Luftfart. I tillegg til spørsmål om sektoren har flyselskapene og NHO Luftfart svart på spørsmål om Avinors virksomhet og Samferdselsdepartementets styring og regulering av Avinor.

2.2 Analyse av Avinors regnskapsdata

For å vurdere Avinors lønnsomhet, inntekter og kostnader er det benyttet data fra Avinors interne regnskapssystem for perioden 2008–2017. Det er innhentet data spesifisert på ulike inntekts- og kostnadsgrupper for både Avinor-konsernet og Avinors 46 lufthavner.⁸ Dataene er sammenstilt og analysert i Excel. I analysene er det ikke justert for prisstigningen i perioden, men benyttet nominelle tall.

Data fra Avinors interne regnskapssystem er benyttet i analysene av Avinors virksomhet og i analysene av hvor stor andel de ulike divisjonene utgjør av konsernet. Avinors flysikringsvirksomhet og øvrig administrasjon inngår i alle analyser på konsernnivå, men er utelatt i analysene av lufthavnkonseptene. Inntektene består av lufthavnavgifter, kommersielle inntekter, øvrige inntekter og interne salg. Kostnadene består av refunderbare kostnader, lønn og personalkostnader, andre driftskostnader, interne kjøp og av- og nedskrivninger.

Avinors lønnsomhet er undersøkt ved å analysere utviklingen for nøkkeltall som EBIT, EBITDA, driftsmargin og avkastning på egenkapitalen og totalkapitalen. Det er gjort analyser av utviklingen både i kroner og i prosent. Avinors lønnsomhet er vurdert opp mot avkastningsmålet (referanseavkastningen) som er fastsatt av Samferdselsdepartementet. I analysene av Avinors avkastning på totalkapital opp mot avkastningsmålet for totalkapitalen er avkastningen på *investert kapital* benyttet istedenfor totalkapital. Nøkkeltallene som brukes, er nærmere forklart foran i rapporten, under Ordliste og forkortelser.

Kostnadseffektiviteten er i hovedsak belyst gjennom å analysere utviklingen i Avinor-konsernets totale driftskostnader samt driftskostnader per passasjer og årsverk. Inntektsutviklingen er analysert gjennom å analysere inntektsutviklingen for hele Avinor-konsernet og per passasjer. I tillegg er Avinors ulike inntektskilder analysert. For å måle utviklingen i inntekts- og kostnadsstørrelser over tid er det sett på både total prosentvis endring fra 2008 til 2017 og gjennomsnittlig årlig vekst i perioden. Det er benyttet geometrisk gjennomsnitt. Lønnsomheten for Avinor-konsernet har vært det

8) Narvik lufthavn ble lagt ned i 2017. For 2017 omfatter undersøkelsen derfor bare 45 lufthavner. Videre opphørte Avinors drift av Fagernes lufthavn 1. juli 2018.

sentrale i analysene, men også utviklingen for Avinors ulike lufthavnkonsepter har blitt analysert.⁹

Analyse av Avinors lønnskostnader sammenlignet med andre grupper

I forbindelse med analysene av kostnadsutviklingen i Avinor er det gjennomført en analyse av lønnsnivået i Avinor sammenlignet med andre grupper i samfunnet. Lønnsdataene er hentet fra Avinors interne regnskapssystem fordelt på flysikring, lufthavnvirksomhet og øvrig virksomhet. Avinors lønnsdata inkluderer lønninger, pensjoner og andre ytelser. For å benytte lønnsdata som bare inkluderer lønninger, er lønnsdataene justert etter samme andel som lønninger utgjør av selskapets totale lønnskostnader i årsrapportenes noteopplysninger.

Lønnsdata fra privat og statlig sektor er hentet fra hjemmesiden til Statistisk sentralbyrå (SSB).¹⁰ Disse dataene har blitt sammenlignet med lønnsdata fra Avinor. SSB har gjort endringer i utvalget som ligger til grunn for lønnsdataene. Derfor er det tatt utgangspunkt i lønnsstatistikk for periodene 2008–2015 og 2015–2017. Med utgangspunkt i lønnsstatistikken fra de to periodene er det utarbeidet en tidsserie for hele perioden 2008–2017. For å fjerne ulikheter i lønnsstatistikdataene som skyldes nivåforskjeller mellom de to tidsseriedataene, er det benyttet nominelle tall (nivå) fra den nyeste tidsserien. Tallene fra den avsluttede tidsserien er brukt for å finne årlig prosentvis lønnsvekst for perioden 2008–2015. Formålet med analysen har vært å undersøke om det er forskjeller i nivå og utvikling mellom Avinor og øvrige sektorer. Tallene er ikke justert for generell prisstigning ettersom det ikke vil endre det relative nivået og differansen i den årlige veksten mellom sektorene.

2.3 Sammenligning med andre lufthavnselskaper

Utviklingen i Avinors lønnsomhet, inntekter og kostnader er sammenlignet med utviklingen i sju lignende selskaper som driver lufthavnvirksomhet i Europa. Disse selskapene er Københavns Lufthavne A/S, Flughafen Zürich AG, Fraport AG, Flughafen Wien AG, Groupe ADP (tidligere Aéroports de Paris), Swedavia AB og Finavia Oyj. De fem lufthavnselskapene København, Wien, Fraport, Zürich og Paris ble også benyttet i tidligere undersøkelser. I tillegg er lufthavnselskapene Swedavia og Finavia tatt med. Disse selskapene har tilnærmet like rammebetingelser som Avinor. Alle de sju lufthavnselskapene opererer i samme luftrom og innenfor det samme regelverket som Avinor, men har ulik eierstruktur og omfatter et ulikt antall lufthavner.¹¹ Swedavia og Finavia er i likhet med Avinor statlig eid og driver en portefølje av lufthavner, mens de øvrige i hovedsak drifter et fåtall store lufthavner. Selv om både Swedavia og Finavia drifter noen små lufthavner er det betydelig færre enn Avinor.

Sammenligningen mellom Avinor og de andre selskapene tar utgangspunkt i selskapenes årsrapporter for perioden 2010–2017. Det er benyttet resultattall, balansetall, regnskapsnoter og annen relevant informasjon. Det foreligger ikke sammenlignbare data for alle lufthavnselskapene før 2010. 2010 er derfor benyttet som startår i analysen.

For å kunne sammenligne lufthavnselskapene er det *utviklingen* i selskapenes lønnsomhet, inntekter og kostnader for perioden 2010–2017 som er analysert. Det felles startnivået i 2010 er satt til 100, og utviklingen er målt fra dette nivået, også kalt indeksering. Det er ikke foretatt sammenligninger av *nivået* på inntekter og kostnader, fordi ulikheter mellom selskapene gjør det krevende å sammenligne nivået. Det er

9) Punkt 4.1 og vedlegg 1 og 2 i rapporten inneholder mer informasjon om Avinors lufthavnkonsepter.

10) Det er benyttet lønnsdata fra 11423: *Lønn for ansatte, etter kjønn, desil og sektor 2015–2017* og 08059: *Gjennomsnittlig månedslønn for ansatte, heltidsekvivalenter, etter arbeidstid, sektor, kjønn og yrkesgruppe (avslutta serie) 2008–2015*.

11) For nærmere informasjon om antall lufthavner de ulike selskapene drifter se vedlegg 4.

ulikheter mellom selskapene med hensyn til lufthavnstruktur og hvilke oppgaver som er en del av driften i selskapene, for eksempel flysikringstjeneste og bakketjenester.

For å unngå svingninger i inntekts- og kostnadsutviklingen som skyldes valutaeffekter, er alle inntekter og kostnader målt i lokal valuta. Selskapenes resultater er derfor ikke omregnet til kroner. Videre gir årsrapportene i ulik grad informasjon om enkelthendelser og ekstraordinære forhold som kan påvirke tallene for det enkelte år. For at selskapene skal kunne behandles likt, er det derfor ikke justert for disse forholdene. Dette innebærer at det heller ikke er justert for Avinors eiendomssalg i 2015, selv om det er gjort i analysene som kun omfatter Avinor.

Justering av enkelte resultat-, balanse- og trafikktall

Enkelte av lufthavnselskapene drifter og/eller eier lufthavner i flere ulike land. Hvordan resultatene fra disse selskapene er tatt inn i morselskapets regnskaper, varierer. For noen selskaper er disse resultatene i sin helhet tatt inn i regnskapet, mens for andre selskaper er de bare delvis tatt inn, eller de er behandlet som en finansiell investering (egenkapitalmetoden). Det er gjort noen justeringer slik at trafikktallene gjenspeiler selskapets faktiske resultat- og balansetall. Trafikktall fra lufthavner hvor selskapet er regnskapsført etter egenkapitalmetoden, er ikke inkludert. Informasjon om antall passasjerer er i hovedsak hentet fra selskapenes årsrapporter og nettsider. Databasen Knoema er benyttet som et supplement i de tilfellene der informasjonen i selskapenes årsrapporter eller på selskapenes nettsider har vært utilstrekkelig.¹²

I de tilfellene der datterselskaper er fullt ut konsolidert i morselskapets resultat og balanse, er det gjort en skjønnsmessig vurdering av om resultat- og balansetall og/eller passasjertall bør justeres. For Wien-gruppen er det gjort korreksjoner i 2016 og 2017, etter at Malta-gruppen i 2016 gikk over fra å være en finansiell investering til å bli et datterselskap av Wien-gruppen. Det er gjort justeringer i resultat-, balanse-, ansatte- og trafikktall, slik at tallene i tidsserien 2010–2017 har blitt sammenlignbare. Det er altså valgt å holde Malta utenfor i hele perioden.

For Frankfurt-gruppen er det gjort korreksjoner i tallet på ansatte i hele perioden. I analysen er det kun ansatte i Fraport AG som er tatt med i analysen, og ikke totalt antall ansatte for Frankfurt-gruppen. Flyplasser/flyplassgrupper som er resultatført etter egenkapitalmetoden, er heller ikke tatt med i analysen. I perioden 2010–2017 er det gjort enkelte korreksjoner når det gjelder hvilke flyplasser som er med i passasjertallene, fordi det har vært endringer i hvilke lufthavner som er regnskapsført etter egenkapitalmetoden. Før 2014 inngikk lufthavnvirksomheten Antalya i konserntallene til Frankfurt-gruppen. Dette ble imidlertid endret, slik at Antalya etter 2014 er regnskapsført etter egenkapitalmetoden. Det er valgt å inkludere vektete passasjertall for Antalya for perioden 2010–2014 uten å justere resultat- og balansetall for hele perioden. Fra og med 2014 er passasjerer fra Ljubljana inkludert i trafikktallene, ettersom lufthavnen ble fullt ut konsolidert i konsernregnskapstallene fra og med 2014. I 2017 er det gjort korreksjoner slik at lufthavnvirksomheten for Hellas er ekskludert fra resultat-, balanse- og passasjertallene til Fraport-gruppen.

I 2012 ble strukturen i Paris-gruppen endret, slik at antall flyplasser/flyplassgrupper økte fra to (Orly og Charles-de-Gaulle) til å inneholde Group ADP og TAV Airports Group. I analysene er det kun brukt passasjertall for de to flyplassene i Paris i hele perioden. TAV Airports Group-flyplassene er holdt utenfor analysen på grunn av den regnskapsmessige føringen av selskapet. I 2017 kom det en ny stor endring, da flyplassene i TAV Airports Group ble inkorporert i konsernet på samme måte som Group ADP. I 2017 er det derfor gjort korreksjoner i resultatet og balansen, slik at

12) Knoema.com er en søkemotor for data der data fra offentlige og private kilder kobles på en sømløs måte.

tidsserien 2010–2017 er sammenlignbar og TAV Airports Group er holdt utenfor i hele perioden.

2.4 Analyse av investeringsprosjekter i Avinor

For å undersøke kostnadene ved Avinors investeringer er det innhentet informasjon fra Avinor om de 29 største investeringsprosjektene som er ferdigstilt de siste ti årene. Det er vurdert i hvilken grad Avinors investeringsprosjekter har overholdt opprinnelig vedtatte styringsrammer (P50) og kostnadsrammer (P85). Styringsrammen P50 er den rammen som det med 50 prosent sannsynlighet forventes at prosjektets sluttkostnad vil ende innenfor ved ferdigstillelse, mens kostnadsrammen P85 er den rammen som det med 85 prosent sannsynlighet forventes at prosjektets sluttkostnad vil ende innenfor ved ferdigstillelse.

Sluttkostnadene for Avinors prosjekter er sammenlignet med opprinnelig vedtatte rammer og 78 statlige investeringsprosjekter hvor det har vært gjennomført en ekstern kvalitetssikring gjennom statens kvalitetssikringsordning. Som grunnlag for de 78 statlige prosjektene er det benyttet informasjon fra forskningsprogrammet Concept ved NTNU.¹³ Når Avinors investeringsprosjekter er sammenlignet med statens prosjekter, er det rammene som er vedtatt på beslutningstidspunktet for igangsetting av prosjektene, som har blitt benyttet. Concept-programmets analyser er basert på rammene som er vedtatt av Stortinget i forbindelse med den formelle investeringsbeslutningen og igangsettingen av prosjektene, ikke senere vedtatte rammer – noe som også er vanlig praksis i tilsvarende akademiske studier av investeringsprosjekter.¹⁴ I Faktaboks 1 er det redegjort for enkelte utfordringer ved sammenligning av resultater for ulike investeringsprosjekter.

Avinors prosjekter er færre og mindre i størrelse enn statens prosjekter som har vært gjenstand for ekstern kvalitetssikring gjennom statens kvalitetssikringsordning. Mens statens prosjekter som har vært underlagt ekstern kvalitetssikring, dreier seg om prosjekter i størrelsesordenen mer enn 250 millioner kroner og har vært forventet å koste i gjennomsnitt 1 milliard kroner, er de fleste av Avinors prosjekter forventet å koste under 1 milliard kroner. Ifølge Concept-programmet er forskningslitteraturen delt i spørsmålet om hvorvidt store prosjekter er mer utsatt for overskridelser enn små.¹⁵

De viktigste parameterne i analysen av investeringsprosjekter er styrings- og kostnadsramme og sluttkostnad. For å beregne andel prosjekter som har overholdt opprinnelig vedtatte styrings- og kostnadsrammer, er antall prosjekter med sluttkostnader over opprinnelige rammer summert og delt på antall prosjekter i porteføljen. Gjennomsnittlige prosentvise avvik mellom sluttkostnader og opprinnelige rammer for hvert prosjekt er sluttkostnaden fratrasket opprinnelig ramme delt på opprinnelig ramme multiplisert med 100. De ulike prosjektene teller like mye, uavhengig av størrelse.

Avinors investeringsprosjekter er også sammenlignet med Statsbyggs prosjekter. Informasjon om Statsbyggs prosjekter er hentet fra forvaltningsbedriftens årsrapport for 2017. Fra Statsbygg er det i tillegg innhentet en oversikt over kostnader per kvadratmeter for selskapets byggeprosjekter.

13) Forskningsprogrammet Concept skal utvikle kunnskap og kompetanse om prosjekter i tidligfasen, fra en idé oppstår, til endelig finansiering er vedtatt. Programmet skal utvikle kunnskap som sikrer bedre konseptvalg, ressursutnyttning og effekt av store statlige investeringer. En av hovedaktivitetene i programmet er å drive forskning relatert til store, statlige investeringsprosjekter. Programmet er finansiert av Finansdepartementet.

14) Morten Welde, Concept-rapport nr. 51 (2017) *Kostnadskontroll i store statlige investeringer underlagt ordningen med ekstern kvalitetssikring*, s. 18; Morten Welde, Arbeidsrapport (2015) *Oppdaterte sluttkostnader – prosjekter som har vært underlagt KS2 per september 2015*, s. 4.

15) Morten Welde, Concept-rapport nr. 51 (2017) *Kostnadskontroll i store statlige investeringer underlagt ordningen med ekstern kvalitetssikring*, s. 61.

For Avinors investeringsprosjekter er det også gjennomgått en rekke dokumenter som har blitt utarbeidet av Avinor i forbindelse med gjennomføringen av prosjektene. I tillegg er styreprotokoller med underlagsdokumentasjon gjennomgått for å kunne vurdere styrets oppfølging av investeringsprosjektene. Oppfølging av investeringsprosjektene har også vært tema i spørrebrev og møter med Avinor, styreleder og Samferdselsdepartementet.

Faktaboks 1 utfordringer ved sammenligning av resultater*

I Concept-programmets rapport nr. 51 *Kostnadskontroll i store statlige investeringer underlagt ordningen med ekstern kvalitetssikring* påpekes tre utfordringer ved sammenligning av resultater. Disse er også gyldige for sammenligningen av Avinors investeringsprosjekter med statens investeringsprosjekter. De tre utfordringene gjengis kort i det følgende:

1. Formelt beslutningstidspunkt

Størrelsen på kostnadsoverskridelser påvirkes av hvilket kostnadsestimat sluttkostnaden sammenlignes med. Usikkerheten blir redusert gjennom prosjektutviklingen, slik at avvikene blir mindre dersom det sammenlignes med et estimat utarbeidet på et senere tidspunkt. Det er gode grunner for å sammenligne sluttkostnaden med estimatet ved det formelle beslutningstidspunktet. Dette er vanlig praksis i de fleste akademiske studier. Siden Stortinget vedtar kostnadsrammer for store investeringsprosjekter, er dette et naturlig formelt beslutningspunkt å sammenligne med. Concept-programmet bruker det første stortingsvedtaket som var den formelle investeringsbeslutningen og avgjørende for igangsetting av prosjektet.

2. Forskjeller i estimeringsmetodikk

Et kostnadsestimat er et anslag for sannsynlig sluttkostnad i et prosjekt. Et realistisk kostnadsestimat er viktig for å unngå kostnadsoverskridelser. Det er ulike måter å estimere på, og det som i litteraturen framheves som beste praksis, er å lage et såkalt basisestimat, med en tilhørende usikkerhetsanalyse. Overskridelser kan skyldes både underestimering, som følge av for eksempel utilstrekkelig estimeringsmetodikk, og sviktende prosjektgjennomføring.

3. Ulike indekser og ulik metodikk for prisjustering

Rammer reguleres basert på prisutviklingen innen den relevante sektoren. Det benyttes ulike indekser for ulike deler av statlig sektor, som konsumprisindeksen og bygge-kostnadsindekser i bygge- og anleggsnæringen.

* Morten Welde, Concept-rapport nr. 51 (2017) *Kostnadskontroll i store statlige investeringer underlagt ordningen med ekstern kvalitetssikring*, s. 18–23.

3 Revisjonskriterier

3.1 Forventninger og krav til Avinors virksomhet

Avinor skal eie, drive og utvikle et landsomfattende nett av lufthavner for sivil sektor og en samlet flysikringstjeneste for sivil og militær sektor. Avinor er kategorisert som et selskap med sektorpolitiske mål, og skal ha effektiv drift. Virksomheten skal drives på en sikker, effektiv og miljøvennlig måte, og sikre god tilgjengelighet for alle grupper reisende. Det er Stortinget som avgjør hvilke lufthavner selskapet skal drive.¹⁶

16) Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemnda til Avinor AS*, s. 9.

I tillegg til samfunnsoppdraget har Avinor en rekke samfunnspålagte oppgaver.¹⁷ Ifølge Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemnda til Avinor AS*, jf. Innst. 430 S (2016–2017), bør hvilke oppgaver selskapet pålegges, vurderes i lys av de overordnede effektiviseringskravene og utvikling av konkurranse på enkelte tjenesteområder. I meldingen står det videre at det ut fra hensynet til konkurranse, benchmarking og forutsigbarhet bør synliggjøres hvilke av Avinors oppgaver som er samfunnspålagt.¹⁸

Ifølge Meld. St. 30 (2016–2017) skal virksomheten i Avinor i størst mulig grad være selvfinansiert gjennom inntekter fra avgifter som flyselskapene betaler for de tjenestene Avinor yter, og inntekter fra forretningsvirksomhet i tilknytning til lufthavnene. Internt i selskapet skal det skje en samfinansiering mellom bedriftsøkonomisk lønnsomme og ulønnsomme lufthavner. Som øverste nasjonale luftfartsmyndighet regulerer Samferdselsdepartementet inntektene Avinor får fra lufthavnavgiftene. Departementet legger til grunn at Avinor effektiviserer driften slik at lufthavnavgiftene kan holdes på et konkurransedyktig nivå.¹⁹

Innenfor de sektorpolitiske rammene som er satt for virksomheten, skal Avinor sikre en god forvaltning av statens verdier. For å stimulere til god finansiell forvaltning og effektiv drift har eier satt et avkastningsmål (referanseavkastning) for den kapitalen staten har investert i selskapet. Eiers nåværende avkastningsmål på totalkapitalen er satt til 5,1 prosent for Avinor-konsernet som helhet, mens avkastningsmålet på egenkapitalen er satt til 9 prosent. For ytterligere å stimulere til effektiv drift har eier valgt å benytte utbytte som et virkemiddel. For perioden 2014–2017 har utbyttet vært satt til 50 prosent av overskuddet i konsernet opptil 1 milliard kroner. Det skal ikke tas utbytte for resultater over 1 milliard kroner. Eier legger også til grunn at dersom utviklingen i selskapet blir svakere enn forventet, må selskapet tilpasse sine investeringsplaner etter dette.²⁰

Krav til styret

Styret har det øverste ansvaret for selskapets resultater og skal realisere målene som er satt av eier. Styret skal videre sørge for at virksomheten drives i samsvar med selskapets formål, vedtekter og retningslinjer mv.²¹ I *lov om aksjeselskaper* (aksjeloven) § 6-12 står det at styret skal holde seg orientert om selskapets økonomiske stilling og plikter å påse at dets virksomhet, regnskap og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.

3.2 Krav til eiers oppfølging

I *reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet) § 10 står det at eier skal forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring. Det innebærer blant annet å følge opp at målene som er satt for selskapet, nås, og at selskapets styre har en sammensetning som støtter opp om selskapets formål. Eierskapet skal støtte opp under en klar fordeling av myndighet og ansvar mellom eier og styret og sikre likebehandling av alle aksjonærer. Styring, oppfølging, kontroll og tilhørende retningslinjer skal tilpasses statens eierandel og selskapets egenart, risiko og vesentlighet.

17) Ifølge Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemnda til Avinor AS*, s. 64–65, er de viktigste samfunnspålagte oppgavene: beredskap og utvidede åpningstider for ambulansetjenesten og opplæring innen brann- og redningstjenester; opplæring av flygeledere og betjenter til flygeinformasjonstjeneste (AFIS), militær flysikringstjeneste (underveis), flyværtjeneste (allmennflyging), kunngjøringstjenester og myndighetsrelatert internasjonal flysikringsdeltagelse; oppgaver knyttet til allmennflyging (GA) og luftsport, planlegging og utredning (NTP i hovedsak), forskning og utvikling (inkl. nasjonale reisevaneundersøkelser), statistikk (for alle lufthavner i Norge) og samfunnssikkerhet og beredskap; samt assistansetjenester.

18) Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemnda til Avinor AS*, s. 64.

19) Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemnda til Avinor AS*, s. 7 og 9.

20) Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemnda til Avinor AS*, s. 42 og 43. Det ble tatt et utbytte på 550 millioner kroner i 2017 i budsjettavtalen mellom Regjeringen og samarbeidspartiene, Innst. 13 S (2016–2017) Innstilling til Stortinget fra transport- og kommunikasjonskomiteen, s. 45.

21) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 68–69 og 75–78 og *lov om aksjeselskaper* § 6-12.

Eier kan kun utøve sin myndighet gjennom generalforsamling, foretaksmøte eller tilsvarende. Dette gjelder for alle selskaper uavhengig av statens eierandel.²² Rammene for eierstyringen er likevel ikke til hinder for at staten kan ta opp forhold som selskapene bør vurdere i tilknytning til sin virksomhet og utvikling, i dialog med selskapene. De synspunktene staten gir uttrykk for i eierdialogen med selskapene, er å betrakte som innspill til selskapets administrasjon og styre. Eventuelle saker som etter lov eller vedtekter krever tilslutning fra eier, må tas opp på generalforsamling eller tilsvarende.²³

I eierskapsmeldingen, Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, understrekes det at staten innenfor de etablerte rammene for god eierstyring og selskapsledelse bør legge vekt på å styrke den strategiske og økonomiske oppfølgingen av selskapene. Det vil skje gjennom analytisk oppfølging, gjennom å videreutvikle strategiske oppfatninger om selskapenes utvikling og gjennom å ha klare forventninger til selskapenes resultater. For det enkelte selskap kan det også være en styrke å ha en strategisk dialog med en utfordrende eier innenfor rammene av den statlige eierstyringen.²⁴ I Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemda til Avinor AS* har Samferdselsdepartementet gjort nærmere rede for de sektorpolitiske målene og resultatforventninger eier har til Avinors virksomhet og som skal følges opp i eierdialogen.

I eierskapsmeldingen står det at en av statens viktigste oppgaver er å sørge for godt sammensatte og kompetente styrer, som samlet har den ønskede kompetansen ut fra selskapets formål, virksomhetsområde, utfordringer og statens mål med eierskapet.²⁵ Staten er ikke selv representert i styrene i selskapene, der eierinteressene forvaltes av departementene. Eierdialogen med selskapene er derfor et viktig virkemiddel for å ivareta statens interesser.

4 Fakta

4.1 Lønnsomhetsutvikling i perioden fra 2008 til 2017

Staten som eier legger føringer for en rekke forhold som har betydning for Avinors lønnsomhet, blant annet lufthavnstrukturen, beredskapsnivået, nivået på luftfartsavgiftene og hvilke samfunnspålagte oppgaver selskapet til enhver tid skal utføre. I tillegg er selskapets operative drift i stor grad regulert av både nasjonale og internasjonale lover og forskrifter.²⁶ Blant annet derfor har Avinor en høy andel faste kostnader som i liten grad varierer med endringer i trafikkvolumet og kapasitetsutnyttelsen ved lufthavnene. Konsernets inntjening og finansielle verdi er i langt større grad påvirket av endringer i trafikkvolumet. Flybevegelser er en av de viktigste driverne for Avinors kostnader til flysikring og terminaldrift, mens antall flypassasjerer har stor betydning for selskapets inntekter.

Avinor er en kapitalintensiv virksomhet. Lønnsomheten påvirkes derfor av hvor i investeringssyklusen selskapets prosjekter befinner seg. Investeringer som fører til kapasitetsøkninger ved lufthavnene, vil gi trinnvise hopp i kostnadene og samtidig påvirke lønnsomheten negativt inntil kapasiteten utnyttes optimalt.

22) Statens prinsipper for god eierstyring, punkt 3. Det rettslige grunnlaget for statsrådets eiermyndighet i et aksjeselskap er aksjeloven § 5-1.

23) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 68.

24) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 60.

25) Meld. St. 27 (2013–2014), s. 70 og statens prinsipper for god eierstyring, punkt 6.

26) Store deler av regelverket på luftfartsområdet er felles for hele Europa og er tatt inn i norsk lov gjennom EØS-avtalen. Regelverket i EU bygger igjen på internasjonale standarder som blant annet er gitt gjennom FNs internasjonale luftfartsorganisasjon, ICAO (International Civil Aviation Organization), Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemda til Avinor AS*.

Sammenlignet med de øvrige virksomhetene i Avinor-konsernet er det lufthavn-virksomheten som gir det største bidraget til konsernets samlede driftsresultat. I hele perioden fra 2008 til 2017 har om lag 95 prosent av konsernets resultat kommet fra lufthavnvirksomheten. Driftsmarginen, det vil si hvor store driftsinntekter selskapet sitter igjen med, har for lufthavnvirksomheten ligget på om lag 20 prosent i hele perioden.²⁷ Det indikerer at kostnadene har utviklet seg tilnærmet likt med inntektene for lufthavnvirksomheten. Avinor Flysikring har gjennomgående hatt lavere driftsmargin enn lufthavnvirksomheten.

Tabell 1 Oversikt over lufthavnkonsepter med tilhørende lufthavner

Konsept A <i>Internasjonal HUB</i>	Konsept B <i>Internasjonale lufthavner</i>	Konsept C <i>Nasjonale lufthavner</i>	Konsept D <i>Regionale lufthavner</i>	Konsept E	
				Konsept E1 <i>Lokale lufthavner</i>	Konsept E2 <i>Lokale lufthavner</i>
Oslo	Bergen	Bodø	Kristiansund	Lakselv	Røros
	Stavanger	Tromsø	Svalbard	Vadsø	Rørvik
	Trondheim	Kristiansand	Alta	Stokmarknes	Sandane
		Ålesund	Kirkenes	Mosjøen	Namsos
		Evenes	Bardufoss	Sandnessjøen	Berlevåg
		Haugesund	Hammerfest	Sogndal	Båtsfjord
			Brønnøysund	Andøya	Honningsvåg
			Florø	Ørsta-Volda	Sørkjosen
			Molde	Leknes	Vardø
				Svolvær	Mehamn
				Førde	Røst
				Mo i Rana	Hasvik
					Værøy
					(Narvik)
					(Fagernes)

Kilde: Avinor AS

Narvik lufthavn ble lagt ned 1. april 2017 og Avinors drift av Fagernes lufthavn opphørte 1. juli 2018.

Avinors 44 lufthavner er delt inn i fem ulike konsepter, jf. tabell 1. Hovedinndelingen er gjort på bakgrunn av parameterne produksjon (antall flybevegelser, antall passasjerer, kategori og type) og infrastruktur (rullebanestørrelse og terminalstørrelse). I tillegg vektlegges hvilke produkter og tjenester som tilbys, og servicenivået på de tjenestene som tilbys. Vedlegg 2 inneholder en nærmere beskrivelse av de ulike konseptene.

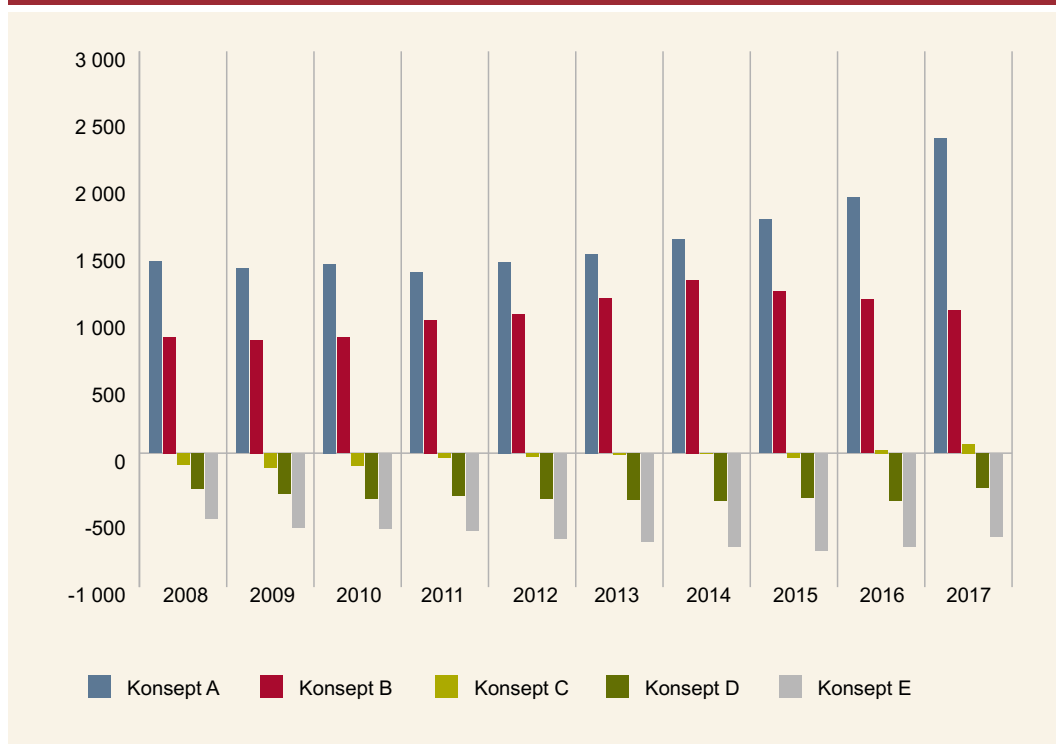
En stor del av Avinors lufthavner er bedriftsøkonomisk ulønnsomme og har få passasjerer. I Norge er det et mål at luftfart skal være tilgjengelig for alle. For landet totalt har to tredeler av innbyggerne en lufthavn innenfor en times reisevei, mens to tredeler av innbyggerne i Nord-Norge og på Vestlandet har en lufthavn innenfor en halvtimes reisevei. Lufthavnene innenfor konseptene C, D og E har i perioden 2008–2017 hatt et samlet driftsunderskudd på om lag 1 milliard kroner årlig. De fire største lufthavnene har på sin side bidratt med et positivt driftsresultat på mer enn 2 milliarder kroner årlig i perioden.²⁸

27) Driftsmarginen viser driftsresultat i prosent av driftsinntekter (driftsresultat*100% / driftsinntekter).

28) Dette dreier seg i hovedsak om lufthavner i konsept A og B: Oslo lufthavn Gardermoen, Bergen lufthavn Flesland, Stavanger lufthavn Sola og Trondheim lufthavn Værnes.

Sammen med statlige kjøp av innenlandske flyruter innebærer krysssubsidieringen mellom de bedriftsøkonomisk lønnsomme og de bedriftsøkonomisk ulønnsomme lufthavnene, en subsidiering av de regionale og lokale lufthavnene og flytilbudet ved disse lufthavnene. I 2017 ble de regionale og lokale lufthavnene subsidiert med 1 milliard kroner gjennom en intern krysssubsidiert i Avinor. I tillegg ble det bevilget 700 millioner kroner over statsbudsjettet til kjøp av innenlandske flyruter.²⁹

Figur 1 Utviklingen i driftsresultatet for Avinors lufthavnvirksomhet og lufthavnkonsepter i perioden 2008–2017, i millioner kroner*



* Øvrige driftsinntekter, interne kjøp- og salg og refunderbare kostnader er tatt med i beregningen av driftsresultatet (EBIT) for lufthavnvirksomheten og lufthavnkonseptene. Divisjon flysikring og øvrig administrasjon er ikke medregnet.

Figur 1 viser at lufthavnkonseptene A og B har hatt et positivt driftsresultat i hele perioden fra 2008 til 2017. Også konsept C har hatt en positiv utvikling, og konseptet hadde et positivt driftsresultat i årene 2014, 2016 og 2017. Konsept E (E1 og E2) har hatt negative driftsresultater i hele perioden og har samlet sett hatt en nedgang i driftsresultatet fram til 2015. De to siste årene har det vært en forbedring i driftsresultatet for alle lufthavnkonseptene samlet.

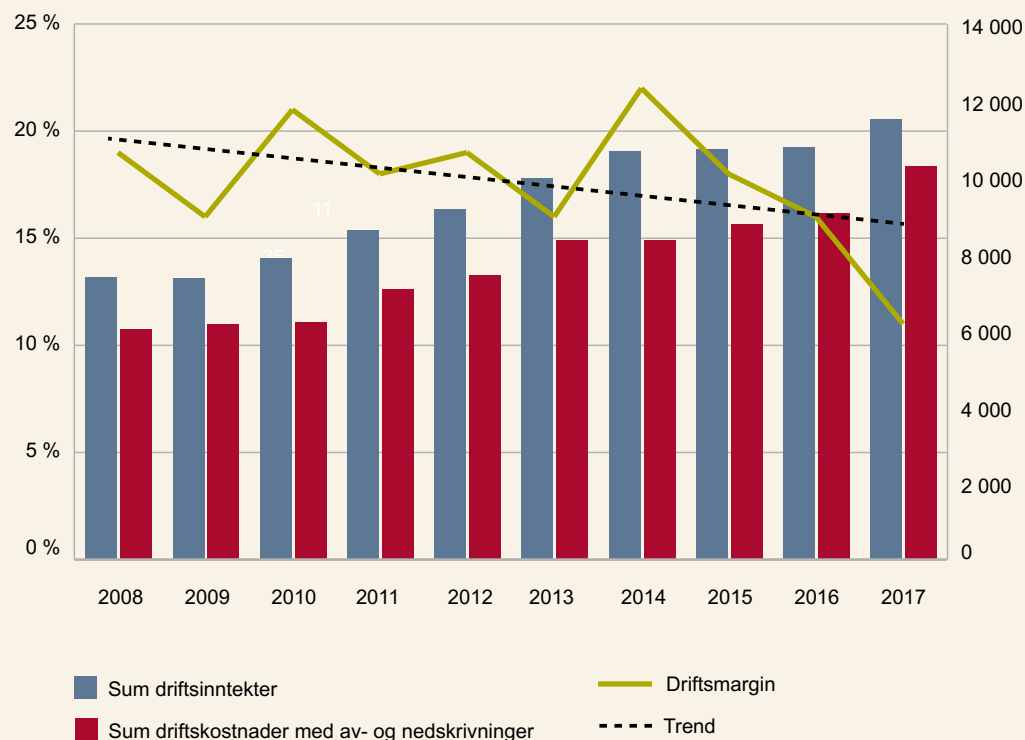
Avinor-konsernet består av lufthavndrift, flysikring og øvrig administrasjon³⁰. For Avinor-konsernet som helhet har driftsresultatet gått ned i perioden 2008–2017. I 2008 hadde konsernet et årsresultat på 765,1 millioner kroner, mens årsresultatet i 2017 var på 499,3 millioner kroner. Avinor-konsernet hadde sitt beste driftsresultat i 2015, på drøyt 2,4 milliarder kroner. Det positive resultatet i 2015 skyldes i hovedsak en regnskapsmessig gevinst på 1,3 milliarder kroner fra salg av Radisson Blu-hotellet ved Oslo lufthavn Gardermoen. I 2017 hadde konsernet sitt svakeste årsresultat i perioden. Årsresultatet på 499,3 millioner kroner var en halvering av årsresultatet for 2016. Det svake resultatet i 2017 kan i stor grad forklares med økte kostnader til pensjons- og miljøforpliktelser og et økonomisk oppgjør med Forsvaret. I tillegg har Avinor hatt økte

29) Meld. St. 3 (2017–2018) *Statsrekneskapen 2017*, kapittel 1310 *Flytransport*, post 70 *Kjøp av innenlandske flyruter*.

30) Øvrig administrasjon er i hovedsak eiendomsvirksomhet, konsernstab og fellestjenester.

kostnader som følge av ferdigstillingen av utbyggingsprosjektene på Oslo lufthavn Gardermoen og Bergen lufthavn Flesland.³¹

Figur 2 Utviklingen i Avinor-konsernets driftsinntekter og driftskostnader med av- og nedskrivninger i perioden 2008–2017, i millioner kroner*



Kilde: Årsrapporter Avinor, 2009–2017

* For 2015 er engangsgevinsten fra salget av Radisson Blu-hotellet ved Oslo lufthavn Gardermoen tatt ut

Figur 2 viser at Avinor-konsernets driftsinntekter har økt med 4,1 milliarder kroner i perioden 2008–2017, fra 7,4 milliarder kroner i 2008 til 11,5 milliarder kroner i 2017. Det gir en gjennomsnittlig årlig vekst i inntektene på 5,1 prosent. Kostnadene har i samme periode økt med 4,3 milliarder kroner, fra 6,0 milliarder kroner i 2008 til 10,3 milliarder kroner i 2017. Dette tilsvarer en årlig gjennomsnittlig vekst på 6,1 prosent. Kostnadsveksten ligger derfor over inntektsveksten i Avinor-konsernet, og betydelig over den generelle prisveksten i samfunnet, som er på 2 prosent årlig.³² På grunn av en rekke spesielle forhold var Avinors kostnadsvekst i 2017 spesielt høy. Dersom 2016 benyttes som sluttår vil den årlig gjennomsnittlige kostnadsveksten være på 5,2 prosent, mens den gjennomsnittlige inntektsveksten vil være på 4,9 prosent i perioden 2008–2016.

Kostnadsveksten har ført til at Avinors lønnsomhet har blitt svekket gjennom perioden. Driftsmarginen har gått ned fra 19 prosent i 2008 til 11 prosent i 2017. For perioden som helhet er den gjennomsnittlige årlige driftsmarginen 18,4 prosent. Dersom 2016 benyttes som sluttår har den gjennomsnittlige årlige driftsmarginen vært 17,6 prosent.

Ledelsen i Avinor mener selskapet har hatt en akseptabel lønnsomhetsutvikling i undersøkelsesperioden dersom det korrigeres for kostnadene til pensjon, økonomisk

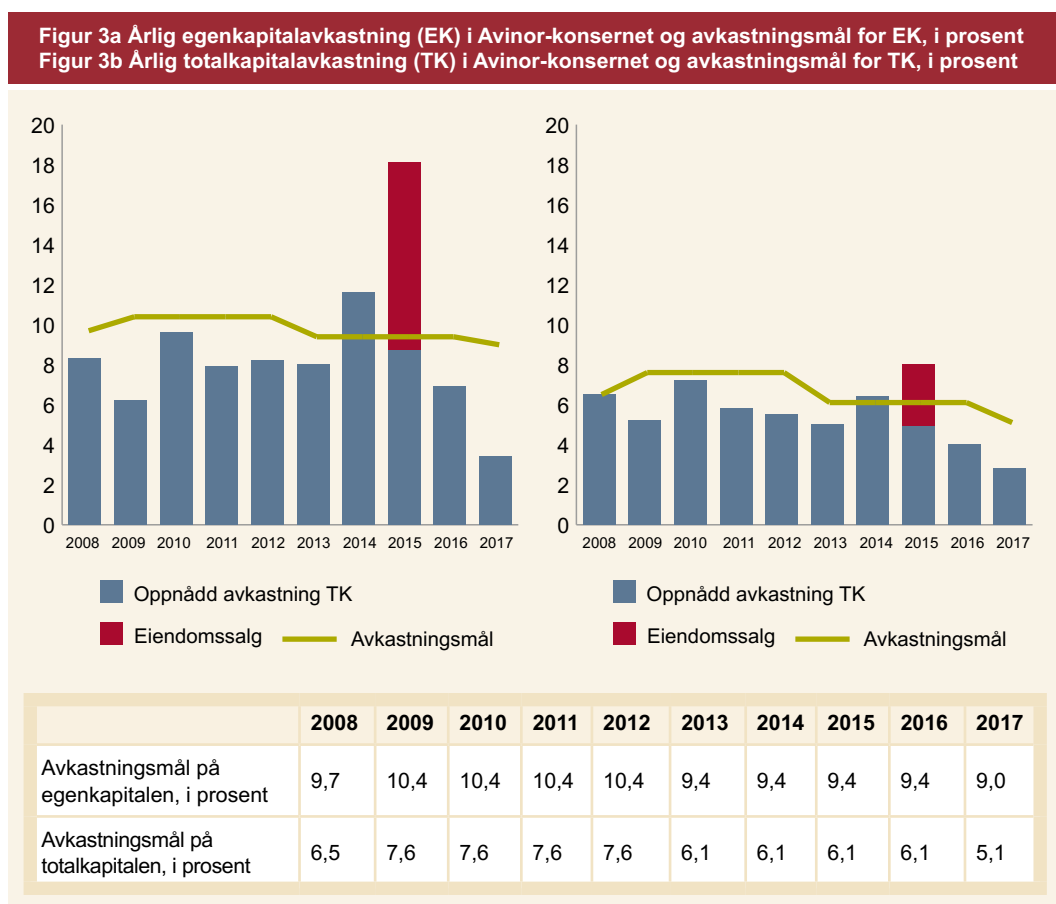
31) Balanseførte/aktiverte kostnader har blitt kostnadsført i resultatregnskapet ved ferdigstilling av terminalene.

32) Prisveksten er beregnet ut fra Statistisk sentralbyrås årlige konsumprisindeks for årene 2008–2017.

oppgjør med Forsvaret og avsetninger til miljøopprydding. Både ledelsen og styreleder legger vekt på at Avinor har gjennomført en rekke større investeringsprosjekter, og at en stor del av selskapets kostnader kan relateres til disse, blant annet veksten i av- og nedskrivninger.

Eiers avkastningsmål og utbytteforventning

Som eier har staten valgt å fastsette et avkastningsmål (referanseavkastning) for den kapitalen staten har investert i Avinor.³³ Eier har satt et avkastningsmål på totalkapitalen, et mål på selskapets økonomiske resultater. Eier har også satt et avkastningsmål på konsernets egenkapital, som viser eiers avkastning på den kapitalen som er investert i selskapet. Figur 3 viser en oversikt over avkastningsmålene og oppnådd avkastning.³⁴



Figur 3 viser at Avinor, bortsett fra i 2014 og 2015, har hatt lavere faktisk avkastning enn avkastningsmålet for konsernets egenkapital. Oppnådd avkastning ble høyere enn avkastningsmålet i 2014 og 2015 på grunn av henholdsvis en endring i beregningen av selskapets pensjonskostnader og eiendomssalg.³⁵ I 2008 oppnådde Avinor en avkastning på egenkapitalen på 8,3 prosent, mens avkastningen var redusert til 3,4 prosent i 2017.

33) Avkastningsmålet skal reflektere den forventede avkastningen eier kunne oppnådd ved tilsvarende investeringer i det åpne markedet. Dersom selskapets avkastning ligger under avkastningsmålet, er det en indikasjon på at driften i selskapet ikke er effektiv nok. For selskaper som Avinor, som er pålagt å utføre en rekke bedriftsøkonomisk ulønnsomme oppgaver, kan lav avkastning også være en konsekvens av at selskapet ikke blir tilstrekkelig kompensert for disse oppgavene.

34) Avkastning på egenkapitalen, egenkapitalrentabiliteten, er resultat etter skattekostnad delt på gjennomsnittlig egenkapital i løpet av året. Avkastning på totalkapitalen er i disse analysene avkastningen på investert kapital, fordi det er det Avinor benytter når avkastningen på totalkapitalen skal vurderes opp mot avkastningsmålet på totalkapitalen.

35) Avinors pensjonskostnader varierer mye i tiårsperioden. Enkelte år gir det negative effekter på resultatet, mens det andre år bedrer resultatene.

Figur 3 viser videre at utviklingen i Avinors avkastning på totalkapitalen (investert kapital) har hatt samme utvikling som selskapets avkastning på egenkapitalen, men at den ligger noe lavere. Bortsett fra i 2008, 2014 og 2015 har Avinor heller ikke nådd eiers avkastningsmål på totalkapitalen (investert kapital). Avkastningen på totalkapitalen var på 6,5 prosent i 2008, mens den i 2017 var redusert til 2,8 prosent. Gjennomsnittlig avkastning for en femårsperiode (uten eiendomssalg) på både egenkapitalen og totalkapitalen har ligget under avkastningsmålet for perioden 2008–2017, men var tett opp mot målet i 2014. I perioden 2008–2017 har Avinor oppnådd en årlig gjennomsnittlig avkastning på egenkapitalen og totalkapitalen på henholdsvis 7,9 og 5,7 prosent.

Ifølge både daglig ledelse og styreleder legges det liten vekt på avkastningsmålene i den daglige styringen av Avinor. Avinors ledelse begrunner dette med at avkastningsmålet i liten grad oppleves å reflektere de faktiske forholdene selskapet opererer under, og eier gjennomgående oppfatter å være mest opptatt av hvordan selskapet utfører samfunnsoppdraget. Avinors ledelse understreker likevel at det er positivt at det er satt et avkastningsmål for selskapets drift.

Ledelsen mener økende kapitalbinding kombinert med redusert driftsmargin er en vesentlig forklaring på hvorfor konsernet ikke har nådd eiers avkastningsmål de seneste årene. Ledelsen viser til at konsernet ikke har hatt sterk nok driftsmargin til å innfri eiers forventede avkastning, med unntak av år med eiendomssalg. Det vises videre til at oppnådd avkastning også henger nøye sammen med ekstraordinære kostnader, hvor i investeringssyklusen konsernet er og metodikken for regulering av luftfartsavgiftene.

I tillegg til avkastningsmålene har eier satt en utbytteforventning til selskapet.³⁶ For perioden 2014–2017 har utbyttet vært satt til 50 prosent av overskuddet i konsernet opptil 1 milliard kroner. Det skal ikke tas utbytte for resultater over 1 milliard kroner. Utbyttetaket ble satt for å gi Avinor et handlingsrom til å gjennomføre større investeringer og samtidig gi selskapet bedre insentiver til å drive kostnadseffektivt. Stortinget vedtok likevel å ta et utbytte på 550 millioner kroner i 2017. Økningen på 50 millioner kroner var en del av budsjettavtalen mellom regjeringspartiene og samarbeidspartiene på Stortinget.³⁷ Utbyttetaket er fjernet fra og med 2018.

Eier har tatt utbytte fra Avinor-konsernets virksomhet hvert år, bortsett fra i 2009 og 2010. I 2009 og 2010 valgte eier å ikke ta utbytte på grunn av investerings- og finansieringsutfordringene som selskapet sto overfor i forbindelse med finanskrisen. Istedenfor bevilget Stortinget i disse årene investeringstilskudd til regionale lufthavner på til sammen 200 millioner kroner.³⁸

I Avinors vedtekter står det at Avinor ikke kan ta opp mer langsiktige lån enn at konsernets egenkapital holder seg over 40 prosent av summen av konsernets netto rentebærende gjeld og egenkapital. Avinor legger vekt på dette i sin finansielle virksomhetsplanlegging, og har i hele perioden klart å overholde vedtektene på dette punktet. Konsernets egenkapitalandel har imidlertid blitt redusert i perioden. I 2017 var selskapets egenkapital på 41,8 prosent. Det innebærer en reduksjon fra 2010, da egenkapitalen var på sitt høyeste nivå, 60,9 prosent.

36) For årene 2008 og 2009 var utbytteforventningen satt til statens innlånsrente multiplisert med verdijustert egenkapital begrenset oppad til 75 prosent av overskuddet etter skatt. For perioden 2010–2013 var det en forventning om et utbytte på 50 prosent av årsresultatet etter skatt, men det konkrete utbyttet skulle likevel fastsettes hvert år, med hensyn til de spesielle utfordringene selskapet sto overfor, jf. Samferdselsdepartementets St.prp. nr. 1 (2007–2008) og (2009–2010).

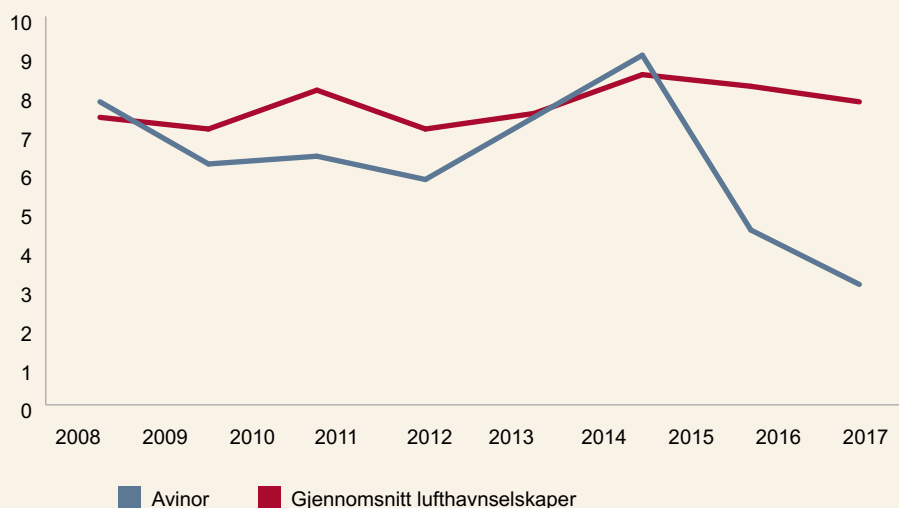
37) Innst. 13 S (2016–2017) Innstilling til Stortinget fra transport- og kommunikasjonskomiteen, s. 45.

38) Samferdselsdepartementets St.prp. nr. 1 (2009–2010).

Avinor-konsernets lønnsomhetsutvikling i perioden 2010–2017 sammenlignet med andre lufthavnselskaper

Når utviklingen i Avinor-konsernets lønnsomhet sammenlignes med andre lufthavnselskaper, er det mest relevant å se på rentabiliteten på totalkapitalen, da dette måltallet er uavhengig av måten selskapene finansieres på.³⁹

Figur 4 Utviklingen i totalkapitalrentabiliteten for Avinor-konsernet og sju europeiske lufthavnselskaper i perioden 2010–2017, i prosent



År	København	Wien	Frankfurt	Zürich	Paris	Swedavia	Finavia	Gjennomsnitt sju lufthavnselskaper	Avinor AS
2010	16,6	5,5	5,3	7,1	7,9	4,8	4,6	7,4	7,8
2011	14,0	3,5	5,9	7,8	8,1	6,7	3,5	7,1	6,2
2012	22,3	5,4	6,1	5,3	8,0	6,3	3,2	8,1	6,4
2013	14,1	5,8	5,2	8,2	7,8	6,2	2,7	7,1	5,8
2014	15,1	6,3	5,8	7,4	8,0	9,0	0,8	7,5	7,4
2015	15,4	7,6	6,2	6,9	8,3	12,5	2,3	8,5	9,0
2016	16,5	7,2	8,2	8,4	6,6	7,2	3,3	8,2	4,5
2017	16,0	8,0	6,0	8,3	7,7	4,3	4,6	7,8	3,1
Gjennomsnitt	16,2	6,2	6,1	7,4	7,8	7,1	3,1	7,7	6,3

Figur 4 viser at Avinor-konsernets rentabilitet på totalkapitalen har ligget under den gjennomsnittlige totalkapitalrentabiliteten for de sju andre europeiske lufthavnselskapene i størstedelen av perioden.⁴⁰ Avinor-konsernets totalkapitalrentabilitet var høyere enn gjennomsnittet for de andre lufthavnselskapene i 2015 grunnet eiendomssalg. Avinor-konsernet har hatt en årlig gjennomsnittlig totalkapitalrentabilitet på 6,3 prosent, mens rentabiliteten for gjennomsnittet av de andre lufthavnselskapene har vært på 7,7 prosent. Den gjennomsnittlige totalkapitalrentabiliteten for lufthavnselskapene Wien og Frankfurt har ligget på om lag samme nivå som Avinor, mens

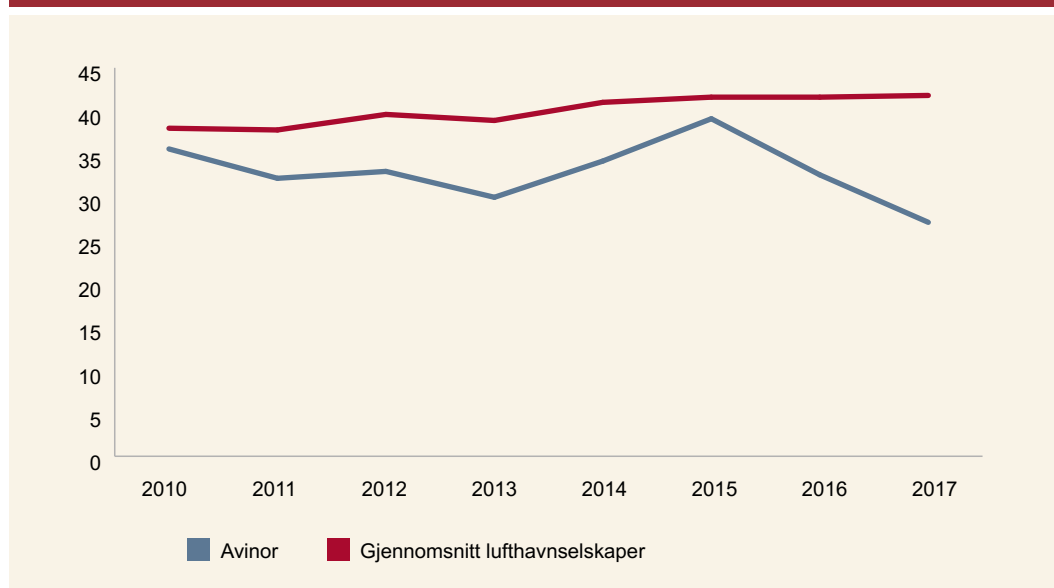
39) Totalkapitalrentabilitet er avkastning uavhengig av om finansieringen består av gjeld eller egenkapital. Avkastning på totalkapital beregnes ved at driftsresultatet (EBIT) og finansinntekter deles på gjennomsnittlig totalkapital i løpet av året.

40) Det er ikke korrigert for ekstraordinære forhold for noen av selskapene, som Avinors høye engangsinntekt i 2015 fra salg av Radisson Blu-hotellet ved Oslo lufthavn Gardemoen.

Finavia har gjennomgående hatt en lav rentabilitet, med et årlig gjennomsnitt på 3,1 prosent.

København lufthavn skiller seg vesentlig ut fra de øvrige lufthavnselskapene, med en årlig gjennomsnittlig total kapitalrentabilitet på 16,2 prosent. Den gode lønnsomheten for København lufthavn kan delvis forklares med effektiv drift, men det kan også forklares med at kun deler av selskapets kommersielle overskudd går til subsidiering av lufthavnavgiftene. De kommersielle inntektene i Avinor tas i sin helhet inn i grunnlaget for beregningen av Avinors lufthavnavgifter. Lave lufthavnavgifter kan være med på å forklare at Avinors rentabilitet er lavere enn gjennomsnittet for de sju øvrige lufthavnselskapene.

Figur 5 Utviklingen i EBITDA-marginen for Avinor-konsernet og sju europeiske lufthavnselskaper, i prosent



Figur 5 viser at Avinors EBITDA-margin var lavere i 2017 enn i 2010. Avinors eiendomssalg i 2015 gir en topp dette året. Avinor har hatt en lavere EBITDA-margin i perioden 2010–2017 enn gjennomsnittet for de sju andre selskapene.⁴¹ Det innebærer at Avinor sitter igjen med en mindre andel av hver omsatte krone ved utgangen av 2017 enn hva selskapet gjorde i 2010. Til sammenligning har den gjennomsnittlige lønnsomhetsutviklingen bedret seg noe for de sju lufthavnselskapene i perioden.

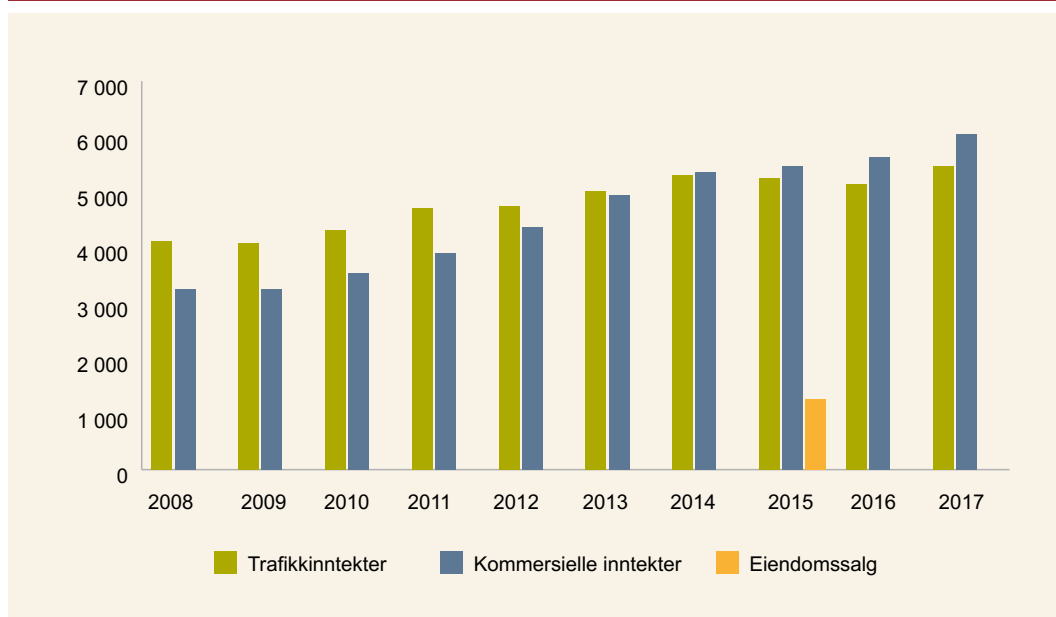
4.2 Inntektsutvikling i perioden fra 2008 til 2017

Avinors virksomhet skal være selvfinansierende. Det innebærer at lufthavnvirksomheten drives som en samlet enhet hvor lufthavner med overskudd finansierer lufthavner med underskudd. Selskapets hovedinntektskilder er trafikkinntekter fra flyselskapene og passasjerene og inntekter fra utleie av areal til butikkdrift, taxfreesalg, servering og andre servicetilbud til passasjerene. I tillegg har Avinor inntekter fra utleie av arealer til lufthavshoteller og parkeringsanlegg.

41) Driftsresultatet før av- og nedskrivninger (EBITDA) dividert med driftsinntekter. Nøkkeltallet viser hvor stor andel av hver omsatte krone et selskap sitter igjen med før finanskostnader, skatt og av- og nedskrivninger.

Trafikkinntekter består av inntekter fra lufthavnavgifter og flysikringsavgifter.⁴² Lufthavnavgifter er teknisk sett ett gebyr som skal tilsvare kostnadene lufthavnen har ved ulike tjenester. En sammenligning av lufthavnavgiftene blant de fire største skandinaviske lufthavnene viser at avgiftene ved Oslo lufthavn Gardermoen er lave.⁴³ Inntekter som ikke er trafikkinntekter, omtales gjerne som kommersielle inntekter. Inntektene fra Avinors kommersielle aktiviteter er et viktig bidrag for å holde nivået på avgiftene nede. Det innebærer at Avinors avgifter ikke er direkte kostnadsbaserte.

Figur 6 Utviklingen i Avinor-konsernets driftsinntekter i perioden 2008–2017, i millioner kroner



Figur 6 viser at Avinor-konsernets trafikkinntekter har økt fra 4,1 milliarder kroner i 2008 til drøyt 5,5 milliarder kroner i 2017. Det gir en vekst på 33 prosent, eller en gjennomsnittlig vekst på 3,2 prosent årlig. I samme periode har de kommersielle inntektene økt med 86 prosent, fra knapt 3,3 milliarder kroner i 2008 til vel 6 milliarder kroner i 2017. Det gir en gjennomsnittlig vekst på 7,1 prosent årlig.

I løpet av perioden fra 2008 til 2017 har trafikkinntektenes andel av Avinor-konsernets totale inntekter blitt mindre. Samtidig har de kommersielle inntektene blitt stadig viktigere for å finansiere både de bedriftsøkonomisk ulønnsomme lufthavnene og den øvrige virksomheten i Avinor. I 2008 utgjorde de kommersielle inntektene 44 prosent av de totale driftsinntektene, mens andelen hadde økt til 52 prosent i 2017.

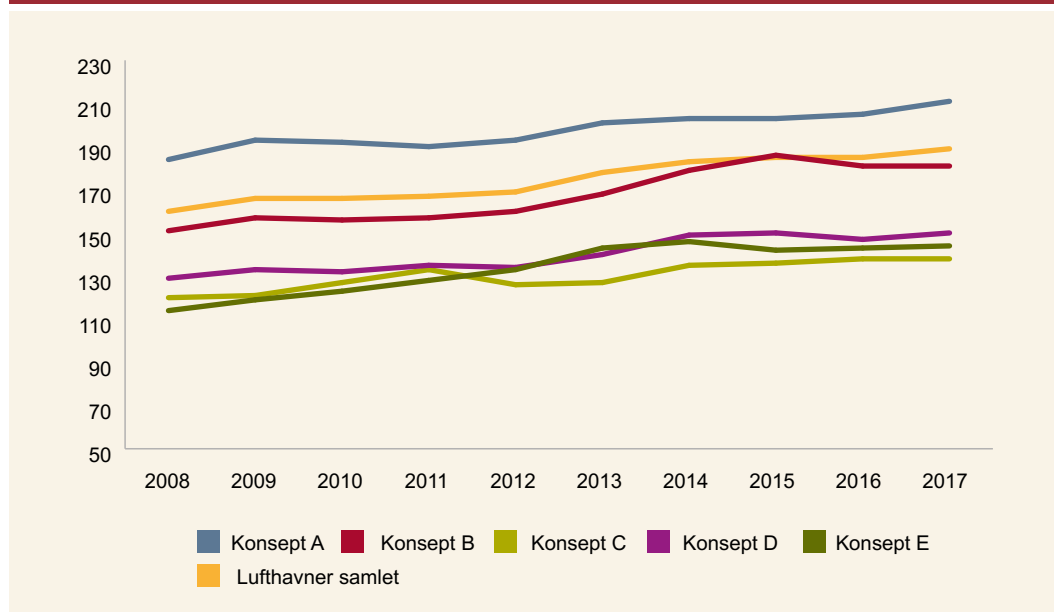
Avinor-konsernets kommersielle inntekter henger sammen med utviklingen i antall passasjerer. For perioden fra 2008 til 2017 har Avinor hatt en passasjervekst på 33,8 prosent, noe som gir en årlig gjennomsnittlig vekst på 3,3 prosent. Veksten har særlig vært stor ved Oslo lufthavn Gardermoen, hvor veksten har vært på 42,2 prosent, eller

42) Trafikkinntekter består av inntekter fra lufthavnavgifter (startavgift, passasjeravgift, sikkerhetsavgift og avisingsavgift) og flysikringsavgifter (underveisavgift og terminalavgift). Avgiftene er betaling for tjenester flyselskapene og passasjerene benytter på Avinors nett av lufthavner. *Start- og passasjeravgiften* skal dekke generelle kostnader til drift, vedlikehold og investeringer ved lufthavnene. *Sikkerhetsavgiften* skal dekke kostnadene for sikkerhetskontroll og andre relaterte tiltak. *Avisingsavgiften* skal dekke Avinors driftskostnader ved å håndtere glykolen som samles opp på avisingsplattformene. *Terminalavgiften* (Terminal Navigation Charge – TNC) skal dekke kostnadene til tårntjenesten ved lufthavnene. *Underveisavgift* handler om flysikringstjenester for lufttrafikken i, inn i, ut av eller gjennom norsk luftrom. Grunnlaget for beregningen av underveisavgiften er såkalte tjenesteenheter basert på felles europeisk regelverk. Lufthavnavgifter fastsettes av Samferdselsdepartementet gjennom *forskrift om avgifter for bruk av lufthavner drevet av Avinor AS*, med hjemmel i lov 11. juni 1993 nr. 101 om luftfart (luftfartsloven), og innkreves av Avinor. Flysikringsavgifter fastsettes gjennom *forskrift om avgift på flysikringstjenester* med hjemmel i luftfartsloven.

43) Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemnda til Avinor AS*.

mer enn 8 millioner passasjerer. Vedlegg 3 inneholder mer informasjon om de enkelte lufthavnene.

Figur 7 Utviklingen i driftsinntektene per passasjer for Avinors lufthavnvirksomhet totalt og lufthavnkonseptene i perioden 2008–2017, i kroner*



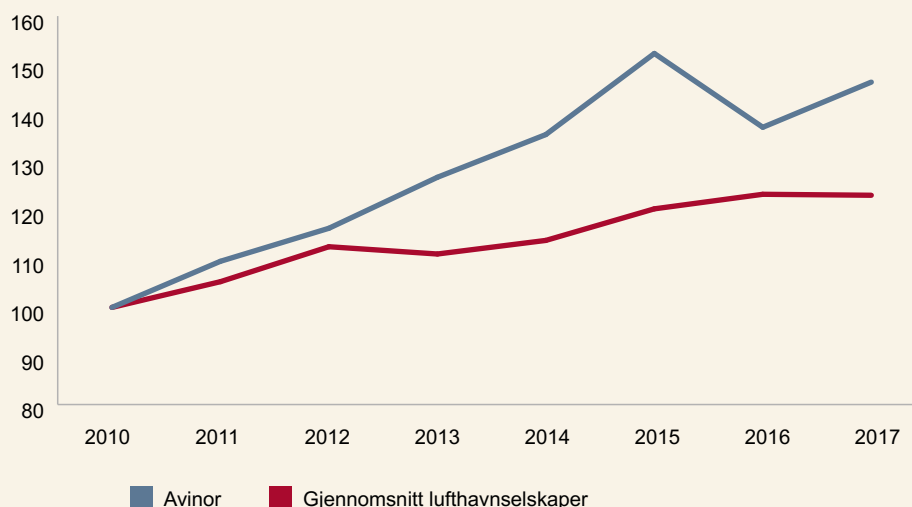
* Driftsinntekter består av avgiftsinntekter, kommersielle inntekter, øvrige driftsinntekter og interne salg for de ulike lufthavnkonseptene. Flysikringsvirksomheten og øvrig administrasjon er ikke medregnet.

Figur 7 viser at inntektene per passasjer er størst ved de fire største lufthavnene (konsept A og B). I perioden fra 2008 til 2017 har Avinors lufthavner samlet sett hatt en økning i driftsinntektene per passasjer (Lufthavner samlet). Driftsinntektene per passasjer har økt fra 160 kroner i 2008 til 189 kroner i 2017, noe som utgjør en økning på 1,9 prosent årlig. Ledelsen i Avinor påpeker at kapasitetsutvidelsen på Oslo lufthavn Gardermoen ga lavere inntektsvekst i 2017 enn forventet. Det kan blant annet forklares med en økning i andelen utenlandske passasjerer. Disse passasjerene har ifølge Avinor andre handlevaner enn nordmenn, noe som særlig gir utslag på alkoholsalget. Videre er det ifølge Avinor lavere prisdifferanse på alkoholholdige varer mellom lufthavnene og Vinmonopolet enn tidligere, og økt netthandel har påvirket kosmetikksalget negativt.

4.2.1 Avinor-konsernets inntektsutvikling i perioden 2010–2017 sammenlignet med andre lufthavnselskaper

I likhet med Avinor-konsernet har også de andre europeiske lufthavnselskapene betydelige inntekter fra salg av varer og tjenester til flyselskaper og passasjerer. Kommersielle inntekter fra passasjerene og lufthavnavgifter er viktige elementer i selskapenes driftsinntekter.

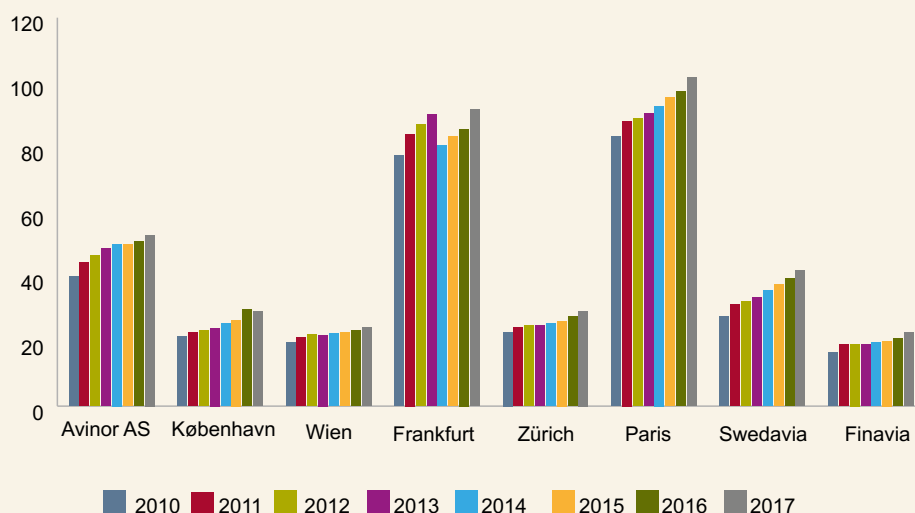
Figur 8 Utviklingen i de totale driftsinntektene for Avinor-konsernet og sju europeiske lufthavnselskaper i perioden 2010–2017, i prosent, indeksert lokal valuta*



* I begrepet *driftsinntekter* inngår trafikkinntekter, salgs- og leieinntekter, andre driftsinntekter og andre inntekter. Verdiendringer andre gevinster samt finansinntekter inngår ikke. Ekstraordinære poster er inkludert.

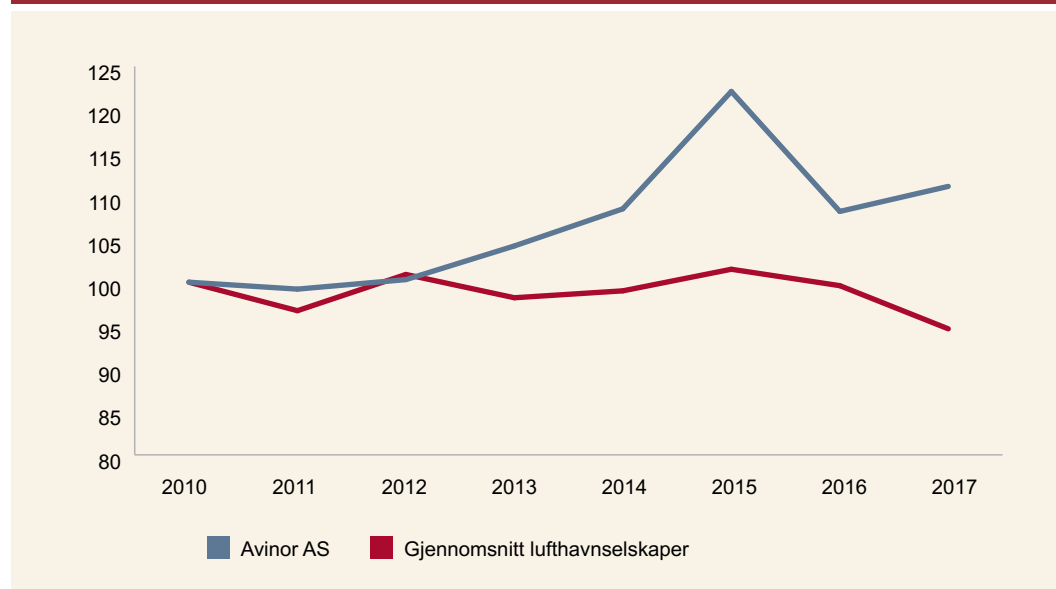
Som figur 8 viser, har både Avinor-konsernet og de europeiske lufthavnselskapene i gjennomsnitt hatt en inntektsvekst i perioden fra 2010 til 2017. Ingen av selskapene har hatt en nedgang i driftsinntektene. Forskjeller i fastsettelsen av lufthavnavgiftene blant de europeiske lufthavnselskapene og ulike muligheter for kommersielle inntekter vil ha betydning for inntektsutviklingen hos de ulike lufthavnselskapene. Avinor-konsernet har gjennomgående hatt en sterkere inntektsvekst enn de andre selskapene, men den store økningen i 2014 og 2015 skyldes i hovedsak ekstraordinære forhold på grunn av en endring i beregningen av pensjonsforpliktelsene og eiendomssalg. Paris-gruppen har hatt en inntektsvekst som er nesten like høy som Avinors, mens Finavia har hatt den svakeste inntektsveksten.

Figur 9 Utviklingen i antall passasjerer for Avinor-konsernet og sju europeiske lufthavnselskaper i perioden 2010–2017, i millioner



Inntektsveksten kan i stor grad forklares med at alle lufthavnselskapene har hatt en passasjervekst i perioden fra 2010 til 2017. Figur 9 viser at det kun er lufthavnselskapene i Frankfurt og Paris som har hatt flere passasjerer enn Avinor-konsernet. Alle lufthavnselskapene har hatt en passasjervekst i perioden, men veksten har vært størst for Swedavia. Avinor-konsernets vekst er omtrent på linje med gjennomsnittet for de sju selskapene.

Figur 10 Utviklingen i de totale driftsinntektene per passasjer for Avinor-konsernet og sju europeiske lufthavnselskaper i perioden 2010–2017, indeksert lokal valuta



Figur 10 viser at utviklingen i Avinor-konsernets driftsinntekter per passasjer har vært sterkere enn for de andre europeiske lufthavnselskapene. De europeiske lufthavnselskapene har i gjennomsnitt opplevd en nedgang i driftsinntektene per passasjer, til tross for en vekst i de totale driftsinntektene. Det innebærer at passasjerveksten i snitt har vært høyere enn inntektsveksten for disse selskapene. Det er kun Paris-gruppen som har hatt en nesten like høy vekst som Avinor. Blant de ulike lufthavnkonseptene i Avinor har konseptene B og C hatt den sterkeste inntektsveksten, etterfulgt av konseptene D, A og E.⁴⁴

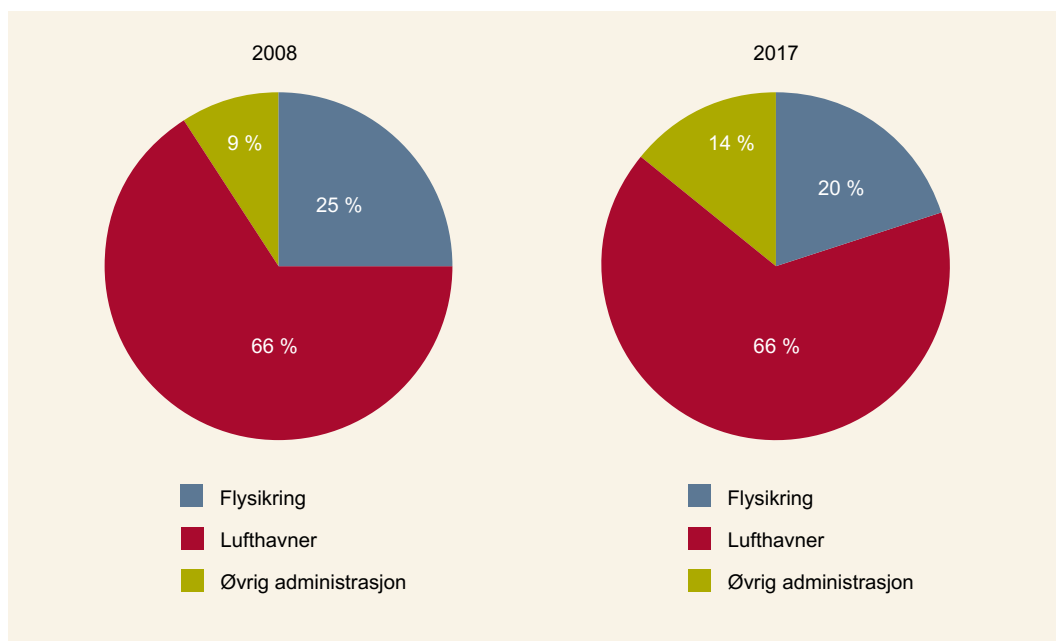
Ses selskaperes driftsinntekter i sammenheng med antall ansatte, har Avinor hatt høyere inntektsvekst per årsverk enn de europeiske lufthavnselskapene.

4.3 Kostnadsutvikling i perioden fra 2008 til 2017

Avinors kostnader er nær knyttet til driften av lufthavnene og flysikringstjenesten for norsk luftrom. Den omfattende infrastrukturen, med tilhørende høy andel faste kostnader, gjør Avinors økonomi og investeringsevne følsom for volumendringer i flybevegelser og passasjerer. Store volumøkninger vil gjøre det nødvendig med kapasitetsutvidelser i form av terminalutvidelser, noe som innebærer at Avinors kostnadsvekst gjerne er trinnvis og irreversibel.

44) Inntektene består av kommersielle inntekter, avgiftsinntekter og øvrige driftsinntekter for hele Avinorkonsernet. Divisjon flysikring og øvrig administrasjon er fordelt på lufthavnkonseptene ut i fra antall passasjerer.

Figur 11 Avinors driftskostnader i 2008 og 2017 fordelt på divisjoner, i prosent *



* Driftskostnader består av refunderbare kostnader, lønn og personalkostnader, andre driftskostnader og avskrivninger.

Figur 11 viser at 66 prosent av Avinors totale driftskostnader gjelder driften av lufthavnene. I 2017 utgjorde driftskostnadene totalt 6,7 milliarder kroner, mens de i 2008 utgjorde 3,9 milliarder kroner. Lufthavnenes andel av Avinors totale driftskostnader har vært ganske stabil i hele tiårsperioden, med en gjennomsnittlig årlig vekst i driftskostnadene til lufthavnvirksomheten på 6,3 prosent.

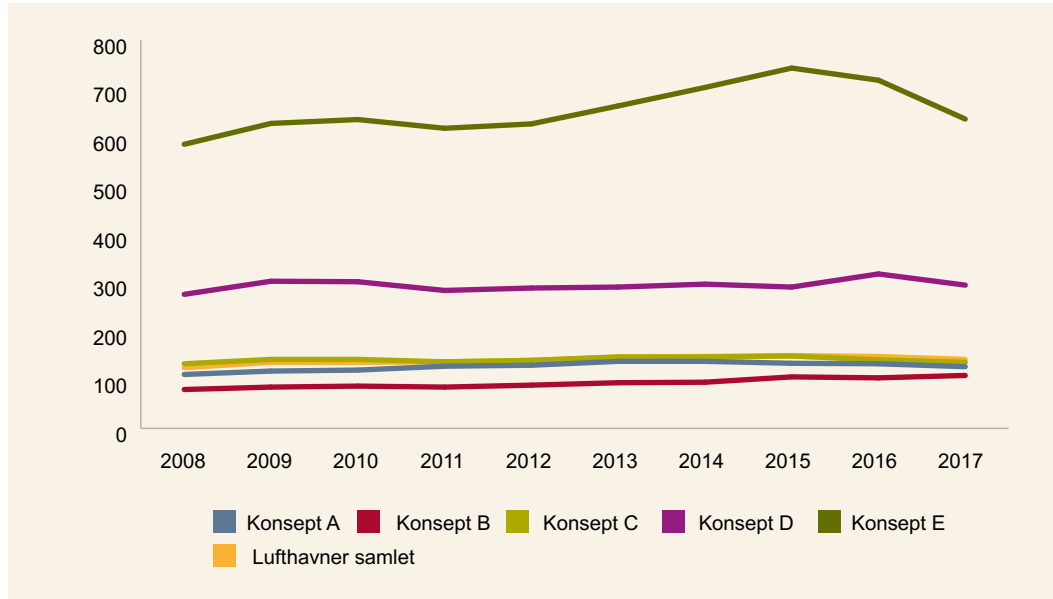
I samme periode har driftskostnadene til øvrig administrasjon hatt en gjennomsnittlig vekst på 11,5 prosent årlig – det har vært en økning i disse kostnadene fra 536 millioner kroner i 2008 til 1427 millioner kroner i 2017. Noe av den kraftige økningen i driftskostnadene til øvrig administrasjon kan forklares med at flere oppgaver som tidligere har ligget direkte under de enkelte lufthavnene, har blitt sentralisert. Hensikten med å sentralisere disse oppgavene har vært å samle kompetanse, utnytte mulige stordriftsfordeler og finne kostnadseffektive løsninger. Noen av oppgavene som har blitt sentralisert, er adgangskontroll, HR, kommersiell utvikling, Security, miljø og deler av it.

For å si noe om kostnadseffektiviteten benytter Avinor-konsernet måltallet kostnad per flypassasjer. I undersøkelsesperioden har kostnaden per passasjer økt fra 152 kroner i 2008 til 194 kroner i 2017. Det gir en gjennomsnittlig vekst på 2,8 prosent årlig.

En økning i antall flypassasjerer vil normalt ikke føre til vesentlig kostnadsvekst gitt at lufthavnene har kapasitet til å ta imot økningen. Dersom passasjerveksten krever nyinvesteringer i form av terminalutvidelser, vil det påføre konsernet store kostnader i perioder. Dette henger sammen med at kapasitetsutvidelser vil medføre uutnyttet kapasitet umiddelbart etter ferdigstillelsen, noe som vil gi økte driftskostnader per passasjer. Ved økt trafikkvolum og høyere kapasitetsutnyttelse, vil driftskostnader per passasjer igjen reduseres. Holdes prosjektkostnader og av- og nedskrivninger utenfor, har driftskostnadene per passasjer økt fra 123 kroner i 2008 til 143,5 kroner i 2017.⁴⁵

45) Dette inkluderer engangseffekter i forbindelse med pensjon (reguleringsansvar) og oppgjør til Forsvaret (forlik) for tidligere år. Justert for disse effektene er tallet 130 kroner per passasjer.

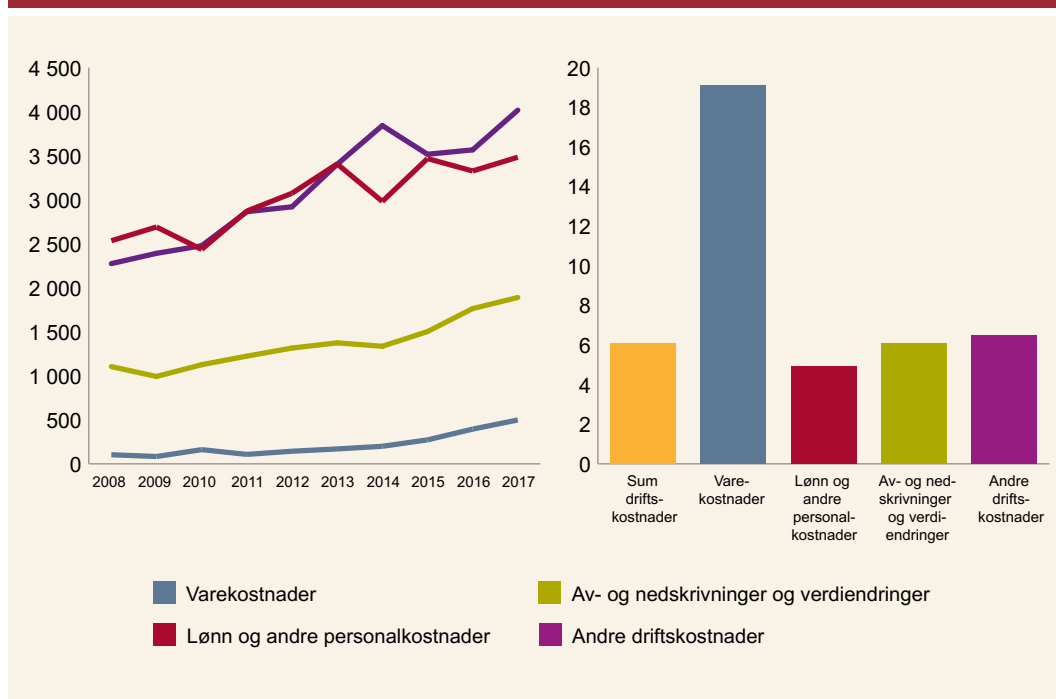
Figur 12 Utviklingen i driftskostnadene per passasjer for Avinors lufthavnvirksomhet og lufthavnkonseptene i perioden 2008–2017, i kroner*



* Driftskostnader består av refunderbare kostnader, lønn og personalkostnader, andre driftskostnader, interne kjøp og avskrivninger. Divisjonene flysikring og øvrig administrasjon er ikke medregnet.

Figur 12 viser at driftskostnadene per passasjer har ligget relativt lavt og stabilt for de største lufthavnene (konsept A, B og C) i hele perioden fra 2008 til 2017. For de mindre lufthavnene har driftskostnadene ligget betydelig høyere, og særlig for konsept E har det vært større svingninger. For både konsept D og konsept E har driftskostnadene per passasjer gått ned mot slutten av perioden, noe som kan forklares med igangsettingen av selskapets moderniseringsprogram og sentralisering av oppgaver. Driftskostnadene per passasjer varierte i 2017 fra 84 kroner ved Trondheim lufthavn Værnes til 4 472 kroner ved Berlevåg lufthavn.

Figur 13 Utviklingen i Avinor-konsernets driftskostnader i millioner kroner og gjennomsnittlig årlig vekst i prosent i perioden 2008–2017



*Andre kostnader i 2017 er inkludert i lønn og personalkostnader, ref. Avinors årsrapport

Figur 13 viser utviklingen for de store kostnadspostene i perioden 2008–2017. Figuren viser at gjennomsnittlig årlig vekst har vært størst for varekostnader, med 19,1 prosent. Varekostnader består hovedsakelig av kjøp av varer og tjenester som Avinor selger videre til leietakere ved lufthavner og får dekket inn senere gjennom inntekter.

Som følge av en rekke større investeringsprosjekter har det vært en relativt stor vekst i av- og nedskrivninger og verdiendringer i perioden 2008–2017. Årlig gjennomsnittlig vekst har ligget på 6,1 prosent. En stor del av veksten henger sammen med nye terminalbygg på Oslo lufthavn Gardermoen og Bergen lufthavn Flesland. Avinor anslår at selskapets prosjektkostnader har økt med om lag 600 millioner kroner i perioden 2011–2017, og at de lå på om lag 800 millioner kroner i 2017.⁴⁶ Utbyggingsprosjektene har også ført til økte kostnader for å opprettholde sikker og stabil drift parallelt med utbyggingene, og høyere faste kapasitetskostnader når anleggene er ferdigstilt og tatt i bruk.

Andre driftskostnader er en annen stor kostnadspost – i 2017 var denne på drøyt 4 milliarder kroner. Kostnadene gjelder drift, vedlikehold og reparasjoner av bygninger og driftsmateriell, innleie av personell til kontroll, Security og vakthold samt konsulentbistand og andre eksterne tjenester. I perioden 2008–2017 har årlig gjennomsnittlig vekst for andre driftskostnader ligget på 6,5 prosent.

Innenfor andre driftskostnader har det vært en vekst i kostnadene til konsulenter og eksterne tjenester på over 1 milliard kroner siden 2008. I tillegg kommer balanseførte konsulenttjenester i forbindelse med store investeringsprosjekter. Disse har det ikke vært mulig for Avinor å spesifisere. Om lag halvparten av økningen på 1 milliard kroner gjelder kostnader til innleid kontrolltjeneste, Security og vakthold. Den andre halvparten av økningen gjelder kostnader til konsulentbistand, meteorologiske tjenester og øvrige

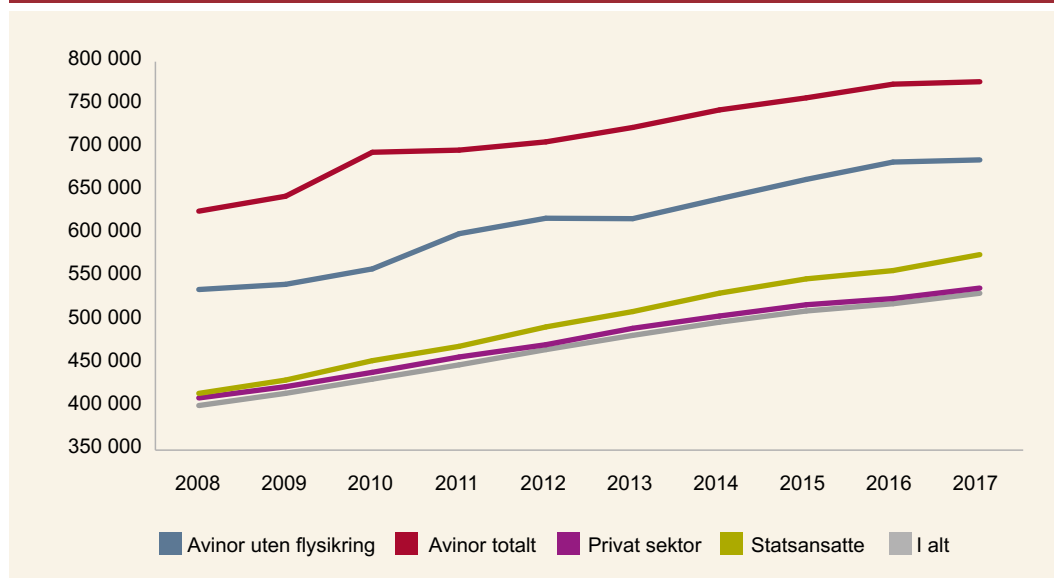
46) Prosjektkostnader er kostnader som påløper i forbindelse med konkrete prosjekter, men som ikke skal balanseføres. I perioden fra 2011 til og med 2017 økte prosjektkostnadene fra ca. 200 millioner kroner til opp mot 800 millioner kroner. Prosjektkostnadene har økt i takt med kapasitetsutbyggingene på Oslo lufthavn og Bergen lufthavn.

eksterne tjenester. Kostnadene til konsulenttjenester på it-området og øvrige konsulenttjenester er mer enn fordoblet i tiårsperioden. I kostnadsposten øvrige eksterne tjenester ligger Avinors kostnader til forsvarsavtalen, brøytetjenester, transporttjenester, assistansetjeneste, bistand til ordinær drift og juridisk bistand. Honorarer til juridisk bistand har økt blant annet som følge av selskapsomdannelser, rettssaker og tvistesaker.

Andre driftskostnader inneholder også kostnader i forbindelse med Avinors satsing på merkevare, visuell profilering og synlighet samt ruteutvikling. Ifølge Avinor har kostnadene til markedsføring og profilering økt med 70 millioner kroner i perioden 2008–2016, til 108 millioner kroner i 2016. Midlene har gått til å lage reklamefilmer, tv-serien «Fly med oss» og andre markedsførings- og ruteutviklingsaktiviteter i samarbeid med flyselskaper og andre reiselivsaktører. For å øke antallet flyruter som benytter Avinors lufthavner som destinasjon, har Avinor hatt en stor satsing på arbeidet med ruteutvikling. Siden 2008 har lønns- og driftskostnadene til ruteutvikling økt med om lag 64 millioner, til 92 millioner i 2016.

Figur 13 viser videre at lønns- og personalkostnader har økt med i underkant av 5 prosent per år i tiårsperioden. Siden 2008 har lønnsveksten i Avinor vært på linje med den generelle lønnsveksten i samfunnet. Figur 14 viser at lønningene for ansatte i Avinor i gjennomsnitt er høyere enn lønningene for både ansatte i staten og ansatte i privat sektor. Lønningene i Avinor er også høyere enn lønningene for alle grupper i samfunnet samlet. Gjennomsnittslønningene for ansatte innenfor flysikring er høyere enn for ansatte innenfor øvrig virksomhet i Avinor, noe som kan forklares med flygeledernes høye lønninger. Selv når flygelederne tas ut, ligger det gjennomsnittlige lønnsnivået i Avinor over gjennomsnittet for andre grupper i samfunnet.

Figur 14 Utviklingen i nivået for lønnskostnadene i Avinor-konsernet sammenlignet med andre sektorer i perioden 2008–2017, i kroner*



* «I alt» inkluderer kommunalt ansatte, statsansatte og ansatte i privat sektor.

Den sterke kostnadsveksten i Avinor henger også sammen med en økning i kostnader knyttet til selskapets samfunnspålagte oppgaver. I Avinors interne regnskapssystemer er det ikke mulig å tallfeste kostnadene som gjelder samfunnsoppdraget og samfunnspålagte oppgaver. Dette henger sammen med både måten inntekter og

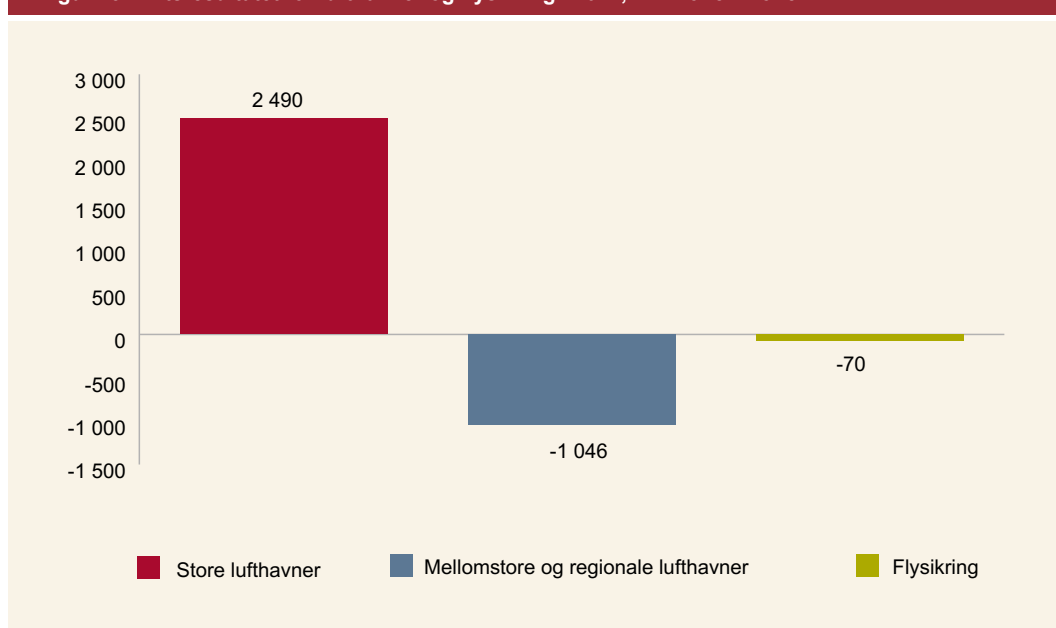
kostnader føres på for ulike oppgaver i det interne regnskapssystemet, og at det ikke er definert et klart skille mellom hvilke aktiviteter som kan knyttes til samfunnsoppdraget, samfunnspålagte oppgaver eller selskapets rent forretningsmessige virksomhet.

På oppdrag fra Samferdselsdepartementet gjorde Avinor i 2016 en større kartlegging for å forsøke å anslå kostnadene for ulike samfunnspålagte oppgaver. Kartleggingen viste at Avinor i 2016 benyttet mellom 500 og 600 millioner kroner på samfunnspålagte oppgaver. De største kostnadselementene er ambulanseberedskap og oppgaver knyttet til flysikringstjenestene for forsvaret og kunngjøringstjenesten.

Ifølge Avinor er imidlertid den mest presise beregningen av kostnadene til de samfunnspålagte oppgavene den som benyttes i forbindelse med fastsettelsen av de årlige lufthavnavgiftene. Beregningen baserer seg på kalkyler for produkter og tjenester som går med underskudd. Avinor går blant annet med underskudd på tjenester som utføres i forbindelse med ambulanseberedskap og redningstjenester, den militære virksomheten ved lufthavner, og driften av tjenester og anlegg knyttet til tårntjenestene ved lufthavnene. Beregningen viser at kostnadene til samfunnspålagte oppgaver har vært på om lag 1 milliard kroner årlig i perioden 2014–2017. Det har ikke vært mulig for Avinor å anslå kostnadene til samfunnspålagte oppgaver før 2014, fordi det tidligere ikke ble gjort slike beregninger. Dette henger blant annet sammen med at det ikke er et klart skille mellom hvilke aktiviteter som ligger under samfunnsoppdraget og de samfunnspålagte oppgavene og det har vært store endringer.

Forenklet transfer ved Oslo lufthavn Gardermoen for passasjerer som kommer fra utlandet og skal fly videre i Norge, er et eksempel på aktiviteter Avinor er pålagt å utføre. Siden 2014 har Avinor investert mer enn 200 millioner kroner, og hatt om lag 70 millioner kroner i økte årlige driftskostnader siden 2015. I underkant av 40 millioner kroner årlig er kostnadsdekning for tollvesenet og politiet.

Figur 15 Driftsresultatet for lufthavner og flysikring i 2017, i millioner kroner*



* Driftsresultatet (EBIT) er beregnet på samme måte som i figur 1, men øvrig administrasjon er fordelt på store lufthavner og mellomstore og regionale lufthavner etter antall passasjerer.

Figur 15 viser at driften av de fem store lufthavnene gikk med overskudd, mens gruppen av de resterende lufthavnene og flysikring gikk med underskudd i 2017. Underskuddet for de små og mellomstore lufthavnene kan i stor grad forklares med at mange av disse har få passasjerer og få flyginger. I tillegg er både lufthavnene og flysikring pålagt å utføre samfunnsoppgaver som det ikke gis kompensasjon for.

Avinors virksomhet skal drives på en miljøvennlig måte, og kostnadene til klima- og miljøtiltak har økt de siste ti årene. Som følge av at miljøgiften PFOS tidligere ble benyttet i brannskum, har Avinor hatt betydelige kostnader til undersøkelser, kartlegging og opprydding på forurensset grunn. Økt bruk av biodrivstoff er også en viktig satsing for Avinor, og for perioden 2013–2022 er det planlagt å benytte inntil 100 millioner kroner på tiltak og prosjekter som kan bidra til å realisere norsk biodrivstoffproduksjon, samt fase inn jet biodrivstoff i norsk luftfart.

For å bedre inntjeningen på særlig utenlands-flyginger ønsker Avinor å øke mengden flyfrakt. Som et ledd i dette arbeidet har selskapet tatt initiativ til å etablere en ny sjømatterminal ved Oslo lufthavn Gardermoen. Klargjøring av tomt, bygging av ny grensekontrollstasjon og ny sikkerhetskontroll antas å koste mellom 140 og 150 millioner kroner.⁴⁷

Avinors ledelse påpeker at kostnadsutviklingen er påvirket av en rekke faktorer, men trekker særlig fram de store investeringsprosjektene. Det har vært ressurskrevende å opprettholde full drift ved de store lufthavnene samtidig med gjennomføringen av store byggeprosjekter. Som årsak til kostnadsveksten trekker Avinor også fram endringer i beregninger av selskapets pensjonskostnader, det økonomiske oppgjøret med Forsvaret, miljøopprydding, forenklet transfer på Oslo lufthavn Gardermoen og bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift. Tidlig i undersøkelsesperioden førte også strengere sikkerhetskrav til økte kostnader ved en rekke lufthavner.

Styreleder opplyser at styret bruker mye tid på å forstå kostnadsutviklingen i selskapets prosjekter. Styreleder mener økte kostnader i den siste tiårsperioden i hovedsak kan henføres til store prosjekter hvor direkte utgiftsføring av både ekstraordinær drift og ikke-aktiverbare prosjektkostnader er et vesentlig element. Justert for dette er det styreleders erfaring at Avinor har en akseptabel kostnadsutvikling med referanse til driftskostnader per passasjer. Styreleder understreker at det likevel er behov for å fortsette med kostnadsreducerende tiltak for å kutte i selskapets totale driftskostnader.

4.3.1 Tiltak for å redusere kostnadsveksten

Avinor har iverksatt flere tiltak som kan bidra til å redusere selskapets kostnader og bedre selskapets lønnsomhet. I 2008 sto Avinor overfor et betydelig investeringsbehov samtidig som selskapets økonomiske situasjon var svært utfordrende, blant annet på grunn av stor usikkerhet rundt trafikktutviklingen. Det ble derfor besluttet å etablere et resultatforbedringsprogram, både for å identifisere områder hvor det var mulig å kutte kostnader, og for å finne områder med mulighet for å øke selskapets inntekter. Programmet hadde et mål om å oppnå en resultatforbedring på 350 millioner kroner. Da programmet ble avsluttet i 2012, hadde Avinor oppnådd innsparinger på 342 millioner kroner. Om lag 60 prosent av resultatforbedringen skjedde gjennom kostnadsreduksjoner, mens 40 prosent skjedde gjennom inntektsøkninger. Innsparingene skjedde blant annet gjennom endringer i driftskonsepter i tårn, reduserte åpningstider, reduserte kostnader til Security og endrede retningslinjer for bruk av overtid.

47) Avinor har opplyst at kostnader til bygging av ny sikkerhetskontroll, ny grensekontrollstasjon, avslutning av festeforhold med Statsbygg og rivning av eksisterende bygg samt grunnarbeider i forbindelse med infrastruktur og finansieringsrådgivning fra Pareto vil komme på om lag 140–150 millioner kroner.

Målene for moderniseringsprogrammet som ble startet i 2015, har vært å modernisere virksomheten, effektivisere driften, redusere veksten i driftskostnadene og synliggjøre samfunnsnyttene. Programmet ble igangsatt på bakgrunn av at Samferdselsdepartementet og flyselskapene hadde uttrykt bekymring for kostnadsutviklingen i konsernet. Det ble blant annet pekt på at utviklingen i Avinors driftskostnader per passasjer var i utakt med konkurrentenes, og at økningen i driftskostnader var høyere enn økningen i både passasjerer og antall flybevegelser. Moderniseringsprogrammet består av ulike delprogrammer innenfor lufthavnkonseptene, flysikring, stab og faglige støttefunksjoner og standardisering og effektivisering av infrastruktur.

Avinor har satt som mål at moderniseringsprogrammet for perioden 2015–2018 skal gi en akkumulert innsparing på 1,5 milliarder kroner sammenlignet med en forventet kostnadsvekst uten et moderniseringsprogram. Avinor har et mål om oppnå en årlig varig innsparing i driftskostnadene på 600 millioner kroner fra og med 2018. Fram til andre halvår av 2017 har de største innsparingene skjedd ved Oslo lufthavn Gardermoen, de regionale lufthavnene og Avinor Flysikring AS. En vesentlig del av innsparingene har kommet gjennom reduserte lønns- og personalkostnader som følge av en bemanningsreduksjon. Bemanningen har blitt redusert som følge av naturlig avgang, pensjoner og frivillige sluttpakker. Samtidig har Avinor flyttet i overkant av hundre ansatte internt. Innsparingsprognosen var ved årsslutt 2017 bedre enn det som var målet, og Avinor forventer at selskapet vil nå målet med god margin.⁴⁸

I forbindelse med utarbeidelsen av *Nasjonal transportplan 2018–2029* gjennomførte Avinor en utredning om lufthavnstruktur. Konklusjonen var at det ikke skulle legges ned noen lufthavner. Istedenfor skulle driftskostnadene ved lufthavnene reduseres gjennom moderniseringsprogrammet. Utredningen viste at den statlige støtten per passasjer var særlig stor ved Berlevåg, Båtsfjord, Honningsvåg, Mehamn og Hasvik. Også for Sandane lufthavn og Vardø lufthavn var den statlig støtten høy, og for disse lufthavnene kan det i tillegg hevdes at nivået på den statlige støtten ikke står i forhold til ulempene en eventuell nedleggelse får for passasjerene.⁴⁹ Som et ledd i arbeidet med å redusere driftskostnadene har Avinor valgt å gjennomføre en intern sammenligning av lufthavnene, blant annet for å skape intern konkurranse om å redusere driftskostnadene.

Ifølge styreleder er moderniseringsprogrammet det første omfattende grepet Avinor har tatt for å redusere kostnadene i selskapet. Både styreleder og daglig ledelse understreker likevel at det selv etter at moderniseringsprogrammet er avsluttet, må jobbes videre med å redusere kostnadene. Daglig ledelse og styreleder mener at målene som er satt for moderniseringsprogrammet, så langt er nådd. Styreleder mener videre at innsparingene har vært betydelige på de områdene styret har vurdert hittil. Styreleder understreker at selskapets revisjonsutvalg skal gjennomgå programmet i detalj i 2018, et arbeid som forventes å være av stor verdi for styrets kontrollarbeid.

Ledelsen i Avinor understreker at selskapet vil fortsette arbeidet med å effektivisere driften i Avinor i årene som kommer, og at selskapet har et mål om å redusere driftskostnadene per passasjer. Etter hvert som den økte kapasiteten ved Oslo lufthavn Gardermoen og Bergen lufthavn Flesland fylles opp med flere passasjerer, forventer Avinor at driftskostnadene per passasjer vil gå ned.

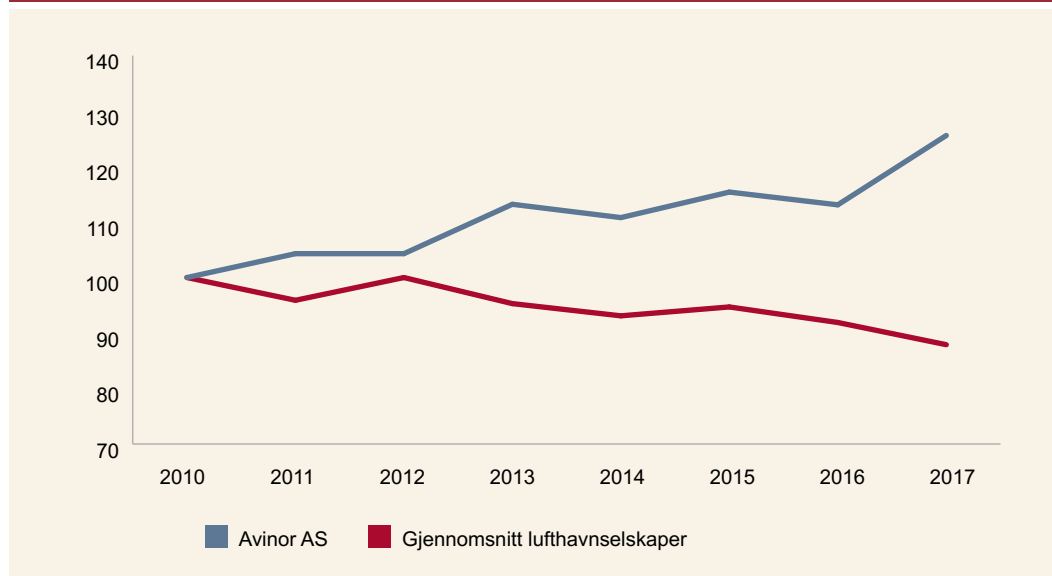
48) Avinors års- og samfunnsrapport 2017.

49) Lufthavnstruktur av 20. mai 2015, rapport av Avinor.

4.3.2 Avinor-konsernets kostnadsutvikling i perioden 2010–2017 sammenlignet med andre lufthavnselskaper

I undersøkelsesperioden har Avinor-konsernet hatt en stor økning i driftskostnadene både totalt og per passasjer. Også sammenlignet med andre lufthavnselskaper har konsernets kostnadsvekst vært betydelig.⁵⁰ Seks av de sju europeiske lufthavnselskapene har hatt en vekst i de totale driftskostnadene i perioden, men Avinor har hatt den høyeste veksten.⁵¹

Figur 16 Utviklingen i driftskostnadene per passasjer i Avinor-konsernet og sju europeiske lufthavnselskaper i perioden 2010–2017, i lokal valuta, indeksert



Figur 16 viser at Avinor har hatt en kraftig vekst i driftskostnadene per passasjer i perioden 2010–2017. Utviklingen for de andre europeiske lufthavnselskapene viser at disse i gjennomsnitt har hatt en reduksjon i driftskostnadene per passasjer. Avinor har hatt en vekst på 26 prosent, mens de andre lufthavnselskapene i gjennomsnitt har hatt en reduksjon på 12 prosent i perioden. Seks av de europeiske lufthavnselskapene har hatt en reduksjon i driftskostnadene per passasjer, mens Frankfurt har hatt en svak vekst (1 prosent). Finavia har hatt størst reduksjon i driftskostnadene per passasjer (–28 prosent).

Kostnadsveksten for Avinors største lufthavner (konsept A og B) har vært høyere enn for de mindre lufthavnene i Avinor (konsept C, D og E), forutsatt at konsernets kostnader til flysikringstjenester og fellestjenester fordeles på lufthavnene etter størrelsen på flytrafikken. En sammenligning av kostnadsutviklingen for Avinors største lufthavner og de sju lufthavnselskapene ville derfor med en slik kostnadsfordeling økt kostnadsgapet i figur 16 ytterligere.

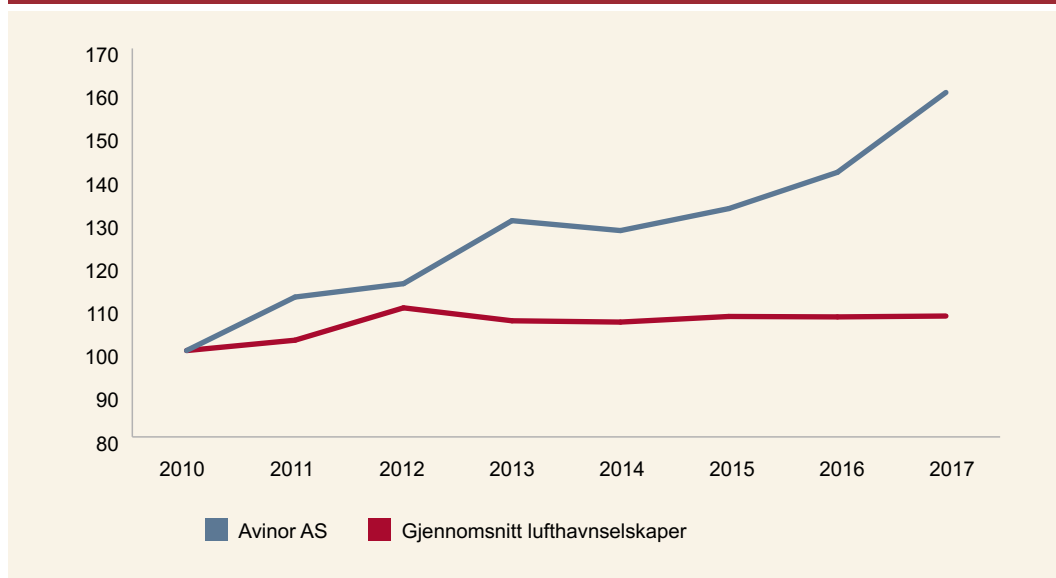
Pris- og lønnsveksten i Norge har vært høyere enn i resten av Europa i perioden 2010–2017, og antas å kunne forklare en liten del av differansen i kostnadsutviklingen for Avinor og de andre europeiske lufthavnselskapene. En annen forklaring kan være lufthavnenes investeringssyklus. En gjennomgang av de ulike lufthavnselskapenes avskrivninger viser imidlertid at andel avskrivninger i prosent av totale driftskostnader

50) Driftskostnadene består av refunderbare kostnader, lønn og personalkostnader og andre driftskostnader. Avskrivninger er ikke med i driftskostnadene i denne analysen.

51) Finavia har hatt en svak nedgang i sum driftskostnader i perioden 2010–2017 (–1 prosent).

har vært høyere for de andre lufthavnselskapene, noe som indikerer at også disse har foretatt store investeringer i perioden.⁵²

Figur 17 Utviklingen i driftskostnadene per årsverk for Avinor-konsernet og sju europeiske lufthavnselskaper i perioden 2010–2017, i lokal valuta, indekstert



Figur 17 viser at Avinor har hatt en langt sterkere vekst i driftskostnadene per årsverk enn gjennomsnittet for andre lufthavnselskaper i perioden 2010–2017. Avinor har hatt en vekst på 60 prosent, mens de andre lufthavnselskapene i gjennomsnitt har hatt en vekst på 8 prosent i perioden. Avinors vekst skyldes sterk kostnadsvekst, fordi antallet årsverk i Avinor-konsernet har vært tilnærmet uendret i perioden. København og Zürich har redusert driftskostnadene per årsverk fra 2010 til 2017, i motsetning til de andre lufthavnselskapene. Frankfurt-gruppen har hatt den største veksten blant de sju lufthavnselskapene, med en vekst på 27 prosent. Antallet årsverk har blitt redusert i perioden for Finavia, Paris-gruppen og Frankfurt, mens antallet årsverk har økt for København, Wien, Zürich og Swedavia. Samtidig har antallet årsverk per passasjer blitt redusert i perioden for alle lufthavnselskapene, inkludert Avinor.

4.4 Kostnadskontroll av investeringsprosjekter

Avinor har gjennomført en rekke store investeringsprosjekter de siste ti årene, og selskapet står også overfor store investeringer i årene framover. Statlige investeringsprosjekter med antatt kostnad over 750 millioner kroner skal gjennom ekstern kvalitetssikring før prosjektet eventuelt legges fram for Stortinget.⁵³ Målet med denne ordningen er å sørge for at prosjektene er tilstrekkelig utredet, og at beslutningstakerne har all nødvendig informasjon når beslutningen fattes, slik at statlige midler benyttes mest mulig effektivt. Samferdselsdepartementet har overfor Avinor påpekt at styrets overordnede ansvar for selskapets økonomi også inkluderer kvalitetssikring av konseptvalg og kostnadsgrunnlaget for selskapets investeringsprosjekter. Avinor er ikke omfattet av statens ordning for ekstern kvalitetssikring av store investeringsprosjekter, men har i sin kvalitetssikring valgt å bygge på statens kvalitetssikringsordning.

Avinor stiller krav til ekstern kvalitetssikring av prosjekter med en forventet kostnadsramme på over 300 millioner kroner. Hovedformålet med kvalitetssikringen er

52) Avskrivninger utgjør om lag 18 prosent av Avinors totale driftskostnader når avskrivninger inkluderes, mens gjennomsnittet for de andre europeiske lufthavnselskapene er 21 prosent i perioden 2010–2017.

53) Finansdepartementets informasjonsside om ekstern kvalitetssikring (KS-ordningen), fra regjeringen.no.

å gi konsernledelsen en uavhengig analyse av kvaliteten på beslutningsunderlaget, før dette legges fram for konsernstyret. Ekstern kvalitetssikring av store prosjekter ble innført i 2013 og har gradvis blitt tatt mer i bruk. Fram til i dag er det hovedsakelig gjennomført eksterne kvalitetssikringer av styringsunderlag og kostnadsoverslag før investeringsbeslutninger, KS2.⁵⁴ Ved utgangen av 2017 var det gjennomført om lag ti kvalitetssikringer av styringsunderlag og kostnadsoverslag, KS2, og to kvalitets-sikringer av konseptvalg, KS1.⁵⁵ Ifølge Avinor er den eksterne kvalitetssikrerens anbefalinger hovedsakelig fulgt, og kvalitetssikrerer har hatt en rådgivende rolle i kvalitetssikringsprosessen for investeringsprosjektene.

I statens prosjektmodell settes styringsrammen normalt til P50. Dette er det beløpet som det er 50 prosent sannsynlighet for at prosjektets sluttkostnad vil ende innenfor når prosjektet er ferdigstilt. P50 tilsvarer altså det nivået hvor det er like stor sannsynlighet for overskridelse som for mindreforbruk. På samme måte kan det for et selskaps totale prosjektportefølje forventes at halvparten av prosjektene har slutt-kostnader over P50, mens halvparten har sluttkostnader *under* P50. På grunn av normale utslag av usikkerhet må det både forventes og aksepteres avvik fra styringsrammen, men idealet er at prosjektene på porteføljenivå skal ha et gjennomsnittlig avvik fra P50 lik null.⁵⁶

I tillegg til styringsrammen gis statlige investeringsprosjekter også en kostnadsramme, P85. Denne kostnadsrammen er satt høyere da den også inneholder en avsetning som skal kunne dekke usikkerhet og uforutsette kostnader. I statlige investeringsprosjekter er dette den rammen Stortinget vedtar i forbindelse med igangsetting av prosjektene. For Avinor er det prosjektets økonomiske størrelse som avgjør om det er styret eller administrasjonen som vedtar prosjektets kostnadsramme. Kostnadsrammen settes lik P85, som er den rammen det med 85 prosent sannsynlighet forventes at prosjektets sluttkostnad vil ende innenfor ved ferdigstilling. For et selskaps totale portefølje kan det på samme måte forventes at 85 prosent av prosjektene vil ende opp med en sluttkostnad som ligger *under* kostnadsrammen, mens 15 prosent av prosjektene vil ende opp med en sluttkostnad som ligger *over* den opprinnelige kostnadsrammen.⁵⁷

Avinor har i sin kvalitetssikringsordning valgt begreper som avviker fra statens kvalitetssikringsordning. Avinors investeringsprosjekter vedtas med styringsmål og kostnadsramme. Kostnadsrammen er som for statens prosjekter satt til P85. Styringsrammen P50 har Avinor valgt å kalle styringsmål. I rapporten er begrepet styringsramme gjennomgående benyttet for P50. Styreprotokoller for perioden 2008–2017 viser at styret i Avinor i første halvdel av perioden fattet beslutninger om både P50 og P85 for store investeringer, mens det senere hovedsakelig er fattet vedtak om investeringsprosjektenes kostnadsramme P85.⁵⁸ Styreleder mener at P50 til P85 først og fremst skal benyttes av konsernsjefen i den administrative styringen.

4.4.1 Avinors investeringsprosjekter sammenlignet med statlige investeringsprosjekter

De største prosjektene i undersøkelsesperioden er ny terminal på Oslo lufthavn Gardermoen, ny terminal på Bergen lufthavn Flesland og fornyelse av sikkerhets-områder og lysanlegg ved en rekke lufthavner. Til sammen hadde disse prosjektene en sluttkostnad på 19,5 milliarder kroner. Tabell 2 viser at Avinor hadde en samlet sluttkostnad på 23,2 milliarder kroner for sine 29 store investeringsprosjekter. 20 av

54) KS2 er ekstern kvalitetssikring av et prosjekts kostnadsramme og styringsunderlag.

55) KS1 er ekstern kvalitetssikring av valg av konsept før beslutning om å starte forprosjekt fattes.

56) Morten Welde, Arbeidsrapport (2015) *Oppdaterte sluttkostnader – prosjekter som har vært underlagt KS2 per september 2015*, s. 10.

57) Morten Welde, Arbeidsrapport (2015) *Oppdaterte sluttkostnader – prosjekter som har vært underlagt KS2 per september 2015*, s. 4 og 8.

58) Dette gjelder blant annet prosjektene for terminalutvikling på Værnes, avisingsplattform på Flesland og fjernstyrte tårn.

prosjektene hadde en sluttkostnad på over 100 millioner kroner. Avinor opplyser at 9 investeringsprosjekter ble ferdigstilt noe forsinket, mens 20 ble ferdigstilt før eller på planlagt sluttdato. Avinor har kun gjennomført ekstern kvalitetssikring av beslutningsgrunnlaget for 2 av de 29 ferdigstilte prosjektene, som er de nye terminalene på Oslo lufthavn Gardermoen og Bergen lufthavn Flesland. For flere av Avinors pågående prosjekter er det gjennomført en ekstern kvalitetssikring.

Forskningsprogrammet Concept ved NTNU gjennomgikk i 2017 sluttkostnadene for 78 statlige investeringsprosjekter. Prosjektene dreier seg om investeringer i bygg, veier, jernbane, ikt og forsvarsmateriell.⁵⁹ Programmet peker på at andelen prosjekter som overholder opprinnelig vedtatte rammer, er et viktig suksesskriterium.⁶⁰ Av statens 78 prosjekter hadde 52,5 prosent en sluttkostnad som var høyere enn styringsrammen P50, marginalt over målet på 50 prosent for prosjektene i en portefølje. Av Avinors 29 prosjekter hadde 17 prosjekter, eller 58,6 prosent, en sluttkostnad over styringsrammen P50.

Det kan forventes at 85 prosent av prosjektene i en portefølje overholder kostnadsrammen P85, altså bør kun 15 prosent av prosjektene overstige denne rammen. Som vist i tabell 3 hadde 23,0 prosent av statens 78 investeringsprosjekter en sluttkostnad over opprinnelig kostnadsramme, mens hele 41,4 prosent av Avinors investeringsprosjekter hadde en sluttkostnad over opprinnelig kostnadsramme.

Videre bør sluttkostnadene for en portefølje av prosjekter i gjennomsnitt treffe P50. Det innebærer at gjennomsnittlig sluttkostnad for porteføljen bør ligge *under* kostnadsrammen P85. Sluttkostnaden for de 78 prosjektene i statens portefølje ble i gjennomsnitt 6,9 prosent *lovere* enn den opprinnelige kostnadsrammen P85.⁶¹ For Avinor er den gjennomsnittlige sluttkostnaden for prosjektporteføljen 6,6 prosent *høyere* enn P85.

59) Informasjon om de 78 statlige prosjektene er hentet fra Morten Welde, Concept-rapport nr. 51 (2017) *Kostnadskontroll i store statlige investeringer underlagt ordningen med ekstern kvalitetssikring*. Prosjektene fordeler seg slik: Statens vegvesen 41 prosjekter, Statsbygg 14 prosjekter, Forsvaret 7 prosjekter, Jernbaneverket 7 prosjekter, NAV 3 prosjekter, Forsvarsbygg 3 prosjekter og Andre 3 prosjekter, jf. tabell 6-3, s. 52 i Concept-rapporten. Vedlegg 2 og 3 i Concept-rapporten inneholder informasjon om styringsramme og sluttkostnader for de ulike prosjektene.

60) Knut Samset og Gro Volden, Concept-rapport nr. 35 (2013) *Statens prosjektmodell Bedre kostnadsstyring. Erfaringer med de første investeringstiltakene som har vært gjennom ekstern kvalitetssikring*, s. 32 og kapittel 2.1.

61) Tall for statens 78 prosjekter er hentet fra tabell 6-1 i Morten Welde, Concept-rapport nr. 51 (2017) *Kostnadskontroll i store statlige investeringer underlagt ordningen med ekstern kvalitetssikring*, s. 46.

Tabell 2 Styringsramme, kostnadsramme og sluttkostnad for 29 av Avinors ferdigstilte investeringsprosjekter i perioden 2008–2017, i millioner kroner

	Prosjekt	Opprinnelig ramme på beslutnings-tidspunktet		Endringer i gjennomføringen		Slutt-kostnad	Prosentvis differanse mellom sluttkostnad og opprinnelige rammer	
		Styrings-ramme (P50)	Kostnads-ramme (P85)	Styrings-ramme (P50)	Kostnads-ramme (P85)		P50	P85
1	Ny terminal T2, Oslo lufthavn *	10 445	12 354	13 007	14 050	13 680	31,0 %	10,7 %
2	Ny terminal T3, Bergen lufthavn	3 400	4 200			3 620	6,5 %	-13,8 %
3	Sikkerhetsområder og lysesanlegg **	1 700	1 700	2 626	3 117	2 192	28,9 %	28,9 %
4	Utbygging Flyside, Bergen lufthavn	762	831			751	-1,4 %	-9,7 %
5	Terminalutvikling 2013, Trondheim lufthavn	325	351	353	379	375	15,6 %	6,9 %
6	Etablering flyoppstillingsplasser, Trondheim lufthavn	217	229	242	254	233	7,3 %	1,7 %
7	Flyplasshotell Værnes, Trondheim lufthavn***	139	145	214	220	223	60,3 %	54,0 %
8	Oppgradering terminal Fase 7, Stavanger lufthavn****	98	98	178	178	203	107,1 %	107,1 %
9	Flyplasshotell Sola, Stavanger lufthavn	190	190	220	220	200	5,4 %	5,4 %
10	Reasfaltering vestre bane, Oslo lufthavn	159	186			154	-3,1 %	-17,5 %
11	Utvidelse av parkeringshus (P-hus), Stavanger lufthavn	163	172			151	-7,7 %	-12,6 %
12	Utbygging sentralt område (USO), Stavanger lufthavn	129	143			142	9,9 %	-0,3 %
13	Forlengelse av taksebane Tango, OSL	169	189			131	-22,3 %	-30,5 %
14	Infrastruktur Vest Fase 1	141	141			126	-10,3 %	-10,3 %
15	Oppgradering terminalbygg, Stavanger lufthavn	104	117	122	135	126	20,5 %	7,5 %
16	Bravo Nord avvisnings-plattform, OSL	95	95			115	21,0 %	21,0 %
17	Ny avisningsplattform, Bergen lufthavn	117	125			112	-3,7 %	-9,8 %
18	Ny Utenlandsterminal, Kristiansand lufthavn	103	111			112	8,7 %	1,1 %
19	Nytt driftsbygg, Bergen lufthavn	103	116			108	4,4 %	-7,3 %
20	Ombygging (utvidet kapasitet) Non Schengen areal, OSL	97	107	100	110	106	8,8 %	-1,4 %
21	Nytt Driftsbygg, Kristiansund lufthavn	82	95	77	90	81	-1,6 %	-14,7 %
22	S&L-tiltak BP2/AP3 (XS008900)	70	79			77	9,2 %	-3,2 %
23	Betongrehabilitering RWY øst	82	92			61	-25,3 %	-33,5 %
24	S&L-tilknyttet tiltak BP2/AP3 (A0245700)	19	20			48	151,1 %	138,5 %
25	S&L-tiltak BP1/AP1 (XS008300)	28	28			27	-4,4 %	-4,4 %
26	S&L-tilknyttet tiltak BP1/AP1 (A0212800)	22	22			25	15,2 %	15,2 %
27	S&L-tilknyttet tiltak BP2/AP2 (A0228000)	21	21			18	-12,3 %	-12,3 %
28	S&L-tiltak BP2/AP2 (XS008600)	17	17			16	-6,9 %	-6,9 %
29	Ny LOC27 og GP09, del av S&L-prosjektet (XS009200)	4	4			3	-19,1 %	-19,1 %
	SUM og gjennomsnittlig avvik	19 000	21 977			23 215	13,5 %	6,6 %

*Økte rammer som følge av økt kompleksitet og økte kostnader ved parallell drift og utbygging grunnet stor trafikkvekst.

**Opprinnelig ramme omfattet lokale lufthavner. Økt omfang grunnet inkludering av store og regionale lufthavner.

***Økt omfang som følge av utvidelse fra 135 til 180 rom. Økt ramme for å ta høyde for byggelånsrenter.

****Økt omfang som følge av utvidelse av terminalbygg og flyoppstillingsplasser.

Antall prosjekter med sluttkostnader over opprinnelig P50:	17
Andel prosjekter med sluttkostnader over opprinnelig P50:	58,6 %
Antall prosjekter med sluttkostnader over opprinnelig P85:	12
Andel prosjekter med sluttkostnader over opprinnelig P85:	41,4 %

Fordi mange av Avinors prosjekter er byggeprosjekter, kan prosjektene også sammenlignes med Statsbyggs prosjekter. Gjennomsnittlig sluttkostnad for Statsbyggs portefølje av ferdigstilte prosjekter i perioden 2013–2017 lå 4 prosent under styringsrammen P50.⁶² Til sammenligning var gjennomsnittlig sluttkostnad for statens 78 prosjekter 2,3 prosent over styringsrammen, mens sluttkostnaden for Avinors 29 prosjekter i gjennomsnitt lå 13,5 prosent over styringsrammen, jf. tabell 3.

Statens prosjektportefølje består utelukkende av store prosjekter som har vært gjennom ekstern kvalitetssikring, og det minste prosjektet hadde en sluttkostnad på 257 millioner kroner. Om det kun ses på de 20 investeringsprosjektene i Avinor som hadde en sluttkostnad på mer enn 100 millioner kroner, viser tabell 3 at hele 70 prosent hadde en sluttkostnad over styringsrammen P50, og halvparten hadde en sluttkostnad over kostnadsrammen P85. Det er altså langt flere av Avinors store prosjekter som ikke overholder den opprinnelige styringsrammen og kostnadsrammen enn hva som er tilfelle for de mindre prosjektene. Noe av forklaringen på dette kan være at for flere av Avinors store prosjekter er det tildelt nye rammer etter opprinnelig beslutningstidspunkt på bakgrunn av større premissendringer eller etter kommersielle vurderinger hvor selskapet har vurdert at en omfangsendring gir prosjektet bedre nåverdi.

Tabell 3 Avinors investeringsprosjekter sammenlignet med målet, statens prosjekter og Statsbyggs prosjekter

	Andel prosjekter med sluttkostnad høyere enn P50, i prosent	Andel prosjekter med sluttkostnad høyere enn P85, i prosent	Gjennomsnittlig sluttkostnad for en portefølje, sammenlignet med P50, i prosent	Gjennomsnittlig sluttkostnad for en portefølje, sammenlignet med P85, i prosent
Målet	50,0	15,0	Nær null*	Negativt tall**
Statens 78 investeringsprosjekter	52,5	23,0	2,3	-6,9
Avinors 29 investeringsprosjekter	58,6	41,4	13,5	6,6
Avinors 20 prosjekter over 100 mill. kroner	70,0	50,0	14,3	6,6
Avinors utvalgte 24 prosjekter***	50,0	33,3	10,9	4,4
Statsbyggs byggeprosjekter over 5 år	-	-	-4,0	-

* Sluttkostnaden for en portefølje bør i gjennomsnitt treffe P50. Gjennomsnittet bør derfor være så nær null som mulig.

** Sluttkostnaden for en portefølje bør være vesentlig lavere enn P85. Gjennomsnittet bør derfor være et negativt tall.

*** De tre største prosjektene og flyplasshotellene på Sola og Værnes er tatt ut.

Både administrativ ledelse og styret vurderer løpende Avinors pågående prosjekter. Det gjennomføres blant annet månedlige vurderinger av status for alle pågående prosjekter opp mot vedtatte rammer. Avinor mener det er små avvik i selskapets prosjektportefølje opp mot vedtatte styringsrammer, og at selskapet i snitt har truffet ganske bra i kostnadsestimeringen om det ses bort fra de tre største prosjektene. Avinor mener at økningene i rammene for prosjektene flyplasshoteller ved Værnes og

62) Informasjon om Statsbyggs prosjekter er hentet fra Statsbyggs årsrapport for 2017. Her går det fram at Statsbygg som byggherre bidrar med utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter. Dette dreier seg i hovedsak om nybygg, rehabilitering og tilbygg/påbygg. Det er stor spredning i størrelsen på prosjektene. I 2017 hadde fire pågående prosjekter en styringsramme på over 1 milliard kroner, mens 16 hadde en styringsramme på under 50 millioner kroner. Det samlede investeringsnivået var i 2017 på 5,7 milliarder kroner. Statsbygg har et krav om at samlet sluttkostnad for porteføljen av ferdigstilte prosjekter de siste fem årene ikke skal overstige samlet styringsramme. Sluttkostnaden delt på styringsrammen er i gjennomsnitt 0,96. Det betyr at sluttkostnaden for Statsbyggs prosjekter ligger i gjennomsnitt 4,0 prosent under styringsrammen. Av de ferdigstilte prosjektene i 2017 er det ingen som har gått over styringsrammen (s. 17).

Sola som følge av økt antall rom på hotellene ikke sier noe om Avinors treffsikkerhet i estimerer. Dersom de tre største prosjektene og flyplasshotellene tas ut, jf. Avinors utvalgte 24 prosjekter i tabell 3, bedres Avinors resultater noe. Andelen prosjekter med sluttkostnader over P50 er i tråd med målet på 50 prosent. Andelen prosjekter med sluttkostnader over P85 er 33,3 prosent, og dermed fortsatt vesentlig høyere enn målet på 15 prosent. Det gjennomsnittlige avviket fra P50 og P85 er noe lavere enn for hele porteføljen på 29 prosjekter.⁶³

Konsernstyret har ikke etterspurt en samlet oversikt over sluttkostnadene for gjennomførte investeringsprosjekter i perioden 2008–2017. Styreleder viser til at enkeltprosjekter vurderes løpende i forbindelse med kvartalsrapporteringen, men at det ikke gjøres en samlet vurdering av sluttkostnadene for alle prosjektene i porteføljen over en periode. Styreleder mener at Avinor i all hovedsak har god kontroll med selskapets pågående prosjekter.

En konsekvens av høyere sluttkostnader på investeringsprosjekter enn opprinnelig vedtatt kan være at nye investeringsprosjekter må utsettes. I forbindelse med konsernstyrets gjennomgang av Avinors finansielle virksomhetsplan gjøres det en helhetsvurdering av hvilke nye prosjekter selskapet kan iverksette ut fra selskapets likviditetssituasjon. Avinors investeringer er ifølge styreleder begrunnet i en strategisk satsing eller en forventning om at investeringen vil gi økt lønnsomhet. Investeringer kan også være begrunnet i kapasitetsutvidelser eller økte krav til sikkerhet i eksisterende drift. Enhver utsettelse av investeringer er derfor etter styreleders vurdering uheldig. Tidlig i tiårsperioden måtte Avinor, på grunn av investeringsprosjekter som var pålagt selskapet i forbindelse med samfunnsoppdraget, utsette prosjekter som ville vært kommersielt mer gunstig for selskapet å gjennomføre. Selskapet ble pålagt å investere i infrastruktur på mindre lufthavner med liten trafikk og lav lønnsomhet for Avinor. Siden 2011 har prosjekter ved de store lufthavnene, som er mer lønnsomme for selskapet, fått høyest prioritet.⁶⁴

Tabell 2 viser at styrings- og kostnadsrammene er justert for 10 av Avinors 29 investeringsprosjekter. Det er særlig i forbindelse med oppgraderingen av sikkerhetsområder og lysanlegg og ny terminal på Oslo lufthavn Gardermoen at det er gjort store justeringer underveis. For sikkerhetsområder og lysanlegg skyldes justeringen et vesentlig utvidet omfang underveis. For ny terminal på Gardermoen, derimot, kan justeringen blant annet forklares med et stramt bygg- og anleggsmarked med få tilbydere og dertil hørende prispress samt stor trafikkøkning som økte kompleksiteten og kostnadene ved å drive utbygging parallelt med ordinær drift.

I den eksterne evalueringen av ny terminal på Oslo lufthavn Gardermoen konkluderes det med at gjennomføringen i hovedsak har vært vellykket, men at det har vært store utfordringer på kostnadssiden, med behov for justeringer underveis. Videre pekes det på at kostnadsestimeringen og kontrollen med kostnadene i forbindelse med prosjektering og bygging bør forbedres i framtiden.⁶⁵

Sammenligning av kostnad per kvadratmeter for byggeprosjekter

En annen måte å vurdere kostnadene ved Avinors investeringer på er å sammenligne kostnader per kvadratmeter for byggeprosjekter i Avinor med kostnader per kvadratmeter for byggeprosjekter i Statsbygg. Gjennomsnittlig kostnad per kvadratmeter for

63) Gjennomsnittlige avvik mellom sluttkostnad og P50 og P85 for en portefølje uten de tre største prosjektene er på henholdsvis 12,6 prosent og 6,3 prosent. Dersom også flyplasshotellene på Sola og Værnes tas ut, er disse avvikene på henholdsvis 10,9 prosent og 4,4 prosent.

64) Avinor har anslått nåverdien for de nye terminalene på Oslo lufthavn Gardermoen og Bergen lufthavn Flesland til henholdsvis 11,2 milliarder kroner og 3,6 milliarder kroner.

65) SINTEF Teknologi og samfunn (2018) *Evaluering av T2-prosjektet ved Oslo Lufthavn*, s. 38 og 40.

Statsbyggs 57 nybygg- og rehabiliteringsprosjekter er om lag 43 800 kroner.⁶⁶ Tabell 4 viser kostnader per kvadratmeter for Avinors tolv byggeprosjekter. Gjennomsnittlig kostnad per kvadratmeter er lavere for disse byggeprosjektene enn for Statsbyggs byggeprosjekter.

Kostnaden per kvadratmeter for den nye terminalen på Oslo lufthavn Gardermoen (75 000 kroner) er betydelig høyere enn for de øvrige byggeprosjektene til Avinor, noe som i stor grad kan forklares med at prosjektet hadde et klart mål om at bygget skulle ha en høy arkitektonisk og visuell kvalitet og være et praktbygg. I den eksterne evalueringen av terminalutvidelsen pekes det på at prosjektet har vært kostbart og vanskelig å sammenligne med andre flyplassprosjekter. Videre pekes det på at integreringen med eksisterende systemer, bygging uten driftsforstyrrelser og høy standard synes å ha hatt stor betydning for kostnadsnivået. Et normalt flyplassprosjekt koster ifølge evalueringen mellom 40 000 og 50 000 kroner per kvadratmeter.⁶⁷ Kvadratmeterprisen for den nye terminalen på Torp lufthavn lå til sammenligning på mellom 18 000 og 19 000 kroner, med en totalpris på 180 millioner kroner for hele terminalutvidelsen.⁶⁸

Tabell 4 Kostnader per kvadratmeter for tolv av Avinors byggeprosjekter

	Omfang i antall kvadratmeter	Kostnader per kvadratmeter
Ny terminal T2, Oslo Lufthavn	120 000	75 000
Ny terminal T3, Bergen Lufthavn	65 000	40 700
Terminalutvikling 2013, Trondheim Lufthavn	8 600	43 643
Utbygging sentralt område, Stavanger Lufthavn *)	4 224	33 000
Ny utenlandsterminal, Kristiansand Lufthavn	4 150	27 040
Oppgradering terminal Fase 7, Stavanger Lufthavn	7 230	26 000
Flyplasshotell Værnes, Trondheim Lufthavn	9 630	23 182
Oppgradering terminalbygg, Stavanger Lufthavn	ikke oppgitt	22 750
Nytt driftsbygg, Kristiansund Lufthavn	3 580	22 600
Flyplasshotell Sola, Stavanger Lufthavn	9 350	21 415
Nytt driftsbygg, Bergen Lufthavn	5 065	21 230
Utvidelse av P-hus, Stavanger Lufthavn	37 500	4 015
Gjennomsnitt	24 939	30 048

*) Prosjektet besto av flere delprosjekter med ulik kvadratmeterpris, det er angitt et gjennomsnitt

4.4.2 Prosjektstyring og læring av gjennomførte prosjekter

Concept-programmet har presentert noen generelle forklaringer på hvorfor kostnadsrammer ikke overholdes, jf. faktaboks 2. Her trekkes blant annet omfangsendringer fram som en vanlig forklaring på at opprinnelig vedtatte rammer ikke overholdes. Det understrekes samtidig at omfangsendringer kan være godt begrunnet og ikke behøver

66) E-post fra Statsbygg 31. mai 2018, *Kostnader per kvadratmeter for ferdigstilte bygg*.

67) SINTEF Teknologi og samfunn (2018) *Evaluering av T2-prosjektet ved Oslo Lufthavn*, s. 39 og 40.

68) Beløpene er verifisert av Torp lufthavn per e-post 15. februar 2018.

å være negativt. Som vist i tabell 2 har 45 prosent av Avinors 29 investeringsprosjekter økt i omfang i løpet av prosjektperioden. For om lag 30 prosent av prosjektene er omfangsendringen dekket av prosjektenes risikoavsetning. Det er flere forklaringer på omfangsendringer i Avinors investeringsprosjekter. For flyplasshotellene ved lufthavnene på Sola og Værnes førte en beslutning om å øke antall hotellrom til en vesentlig økning i kostnadsrammen. Videre ble kostnadsrammen økt betydelig for prosjektet som gjaldt oppgradering av sikkerhetsanlegg og lysanlegg, på grunn av en økning i antall lufthavner som inngikk i prosjektet.

Avinor er bevisst på faren for at prosjekter øker i omfang under gjennomføringen, og har oppmerksomheten rettet mot dette gjennom prosjektperioden. For å bedre selskapets prosjektledelse og prosjektstyring besluttet Avinor i 2017 å etablere en sentral utbyggingsenhet. Selskapet forventer at etableringen av denne utbyggingsenheten vil bidra til å bedre prosjektstyringen og gi færre omfangsøkninger. Det er et mål å ha flere egne, erfarne prosjektledere med kompetanse og myndighet i kommende prosjekter. Selskapet forventer også at etableringen av den sentrale utbyggingsenheten vil åpne for enklere og mer systematisk erfaringsutveksling og læring mellom prosjekter.

En annen vanlig forklaring på at opprinnelige rammer ikke overholdes, er at estimeringsmetodikken er utilstrekkelig. I den eksterne kvalitetssikringen av den nye terminalen på Oslo lufthavn Gardermoen er det pekt på at Avinor mangler konkrete krav og retningslinjer for kostnadsestimering, og at dette bør utvikles for å sikre høy kvalitet på framtidige estimer. Avinor har per i dag ikke utarbeidet konkrete krav og retningslinjer for kostnadsestimering. Selskapet peker på at dette er et komplisert område, og at selskapet tidligere har forsøkt ulike tilnærmingsmåter uten å lykkes godt nok. Selskapet understreker samtidig at arbeidet med å øke kvaliteten i kostnadsestimeringen er en oppgave som skal ligge i den nye utbyggingsenheten.

Faktaboks 2 Forklaringer på at kostnadsrammer ikke overholdes*

Concept-programmet har i rapport nr. 51 *Kostnadskontroll i store statlige investeringer underlagt ordningen med ekstern kvalitetssikring* presentert noen mulige forklaringer på kostnadsoverskridelser. Disse gjengis kort her:

Omfangsendringer underveis og mangler i kontraktgrunnlaget: Omfangsendringer er den viktigste kostnadsdrivende årsaken og kan skyldes feil og svakheter i detaljprosjekteringen og kontraktgrunnlaget. Det kan være feil og mangler i kontrakter med entreprenører og underleverandører. Det utføres tilleggsarbeider eller velges løsninger som ikke var en del av det opprinnelig planlagte prosjektomfanget.

Taktisk underestimering og overoptimisme: Dette dreier seg om bevisst å underdrive kostnaden og overdrive nytten for å få aksept for prosjekter som ellers ville ha blitt avvist.

Underestimering av risiko og utilstrekkelig estimeringsmetodikk: Store og komplekse prosjekter er utsatt for usikkerhet, og kostnadsestimater skal ideelt sett ta høyde for denne usikkerheten. En kostnadsoverskridelse kan derfor skyldes underestimering av risiko. Optimistiske kalkyler i planleggingsprosessen og at det i liten grad er tatt høyde for uforutsette kostnader kan være en forklaring her. Underestimering av usikkerhet kan gjerne skje dersom investeringsbeslutningen tas på et umodent grunnlag.

Svak prosjekteierstyring og svak byggeledelse: Overskridelser kan skyldes måten prosjekter blir styrt på. Det kreves aktiv styring av prosjekter underveis for å unngå at mulige besparelser undergraves ved kostnadsøkende «gode formål».

Andre forklaringer: For eksempel kan økt gjennomføringstid øke størrelsen på kostnadsoverskridelsen.

* Morten Welde, Concept-rapport nr. 51 (2017) *Kostnadskontroll i store statlige investeringer underlagt ordningen med ekstern kvalitetssikring*, s. 24–32.

I statens ordning med kvalitetssikring av store investeringsprosjekter stilles det krav om at det skal utarbeides en liste som spesifiserer hvordan kostnadene kan reduseres dersom den fastsatte kostnadsrammen ikke er tilstrekkelig.⁶⁹ En slik liste kalles kuttliste, og hensikten med listen er å bidra til å holde oppmerksomheten rettet mot kostnadene i gjennomføringen av prosjekter. Tiltakene som utarbeides, er isolert sett ikke ønskelige å iverksette, men gir en oversikt over kutt som kan gjennomføres om nødvendig.⁷⁰

Ifølge Avinor er det noe ulik praksis for hvorvidt det utarbeides kuttlistor for prosjektene, men selskapet understreker at behovet for kuttlistor og andre besparende tiltak vurderes kontinuerlig underveis i investeringsprosjektene. Blant de 29 investeringsprosjektene som er gjennomgått, er det kun utarbeidet kuttlistor for 6 av prosjektene. Ifølge Avinor er en av årsakene til at det ikke benyttes kuttlistor, at prosjektenes omfang nedskaleres i en tidlig fase. For 10 av prosjektene er det ifølge Avinor innarbeidet kutt i rammen som er gitt på beslutningstidspunktet, og det er derfor ikke utarbeidet kuttlistor for bruk under gjennomføringen. For 13 av investeringsprosjektene er det ikke utarbeidet kuttlistor i det hele tatt. For 23 av Avinors investeringsprosjekter er det altså ikke utarbeidet kuttlistor til bruk under prosjektgjennomføringen.

69) St.prp. nr. 1 (1999–2000) *Statsbudsjettet medregnet folketrygden*, s. 79.

70) Nils Olsson, Arbeidsrapport (2014) *Bruk av kuttlistor i store statlige investeringer*, s. 5.

Avinor mener prosjektstyringen og rammeverket som ligger til grunn for selskapets prosjekteringsarbeid har blitt betydelig bedre de siste årene. Det vises blant annet til at retningslinjer for prosjekter nå er angitt i en egen policy, og at prosjektmodellene har tydeligere faseinndelinger med fastlagte beslutningspunkter og krav til beslutningsunderlaget. Det er også definert klare roller i prosjekterings- og gjennomføringsfasen, med en tydelig fullmaktstruktur. Ifølge Avinor har det vært noen utfordringer når det gjelder hvordan prosjekteieren opplever sitt ansvar og utøver sin rolle. Det har også variert hvor aktivt prosjekteieren har fulgt opp prosjektene underveis. I forbindelse med at den sentrale utbyggingsenheten ble opprettet, la Avinor klarere føringer for hvem som kan være prosjektleder, og hvilke oppgaver og ansvar som ligger til rollen.

Gevinstrealisering vies mindre oppmerksomhet i gjennomføringen av investeringsprosjekter enn Avinors ledelse ønsker. I dag handler prosjekteierstyringen i stor grad om oppfølging av kostnad, tid og kvalitet, og i mindre grad om overordnede spørsmål som nytte og effekter på lengre sikt. Avinor vedgår at det er svakheter i selskapets overordnede porteføljestyling, og at selskapets svekkede soliditet innebærer at riktig prosjektutvalgelse blir viktig i tiden framover. Dette vil også kreve en mer aktiv styring av prosjektporteføljen gjennom året.

I henhold til Avinors konsernpolicy skal det utarbeides en sluttrapport for alle ferdigstilte prosjekter på over 20 millioner kroner. Rapporten skal inneholde en kort oppsummering av prosjektets resultater ut fra mål innenfor prosjektets leveranser, kvalitet, tidsplan og kostnadsrammer. I tillegg skal erfaringer fra prosjektet beskrives. Avinor viser til at det ikke har vært en fast praksis å utarbeide sluttrapporter, men at slike rapporter utarbeides stadig oftere. Av de 29 investeringsprosjektene er det utarbeidet sluttrapporter for 18 prosjekter. Styreleder understreker at det også tidligere har vært vektlagt å ha god erfaringsoverføring mellom de store investeringsprosjektene. Styret er opptatt av sluttoppfølging og læring, men har valgt å kun gjennomgå sluttrapporter fra de største investeringsprosjektene. Styreleder viser til at sluttrapportene for utvidelsene av terminalbyggene på Oslo lufthavn Gardermoen og Bergen lufthavn Flesland må benyttes for å forbedre gjennomføringen i kommende investeringsprosjekter.

4.5 Samferdselsdepartementets oppfølging av Avinor

Samferdselsdepartementet er øverste myndighet for luftfarten i Norge. Departementet utøver myndigheten blant annet gjennom eierstyring av Avinor AS og etatsstyring av Luftfartstilsynet. Departementet utøver også myndigheten gjennom rettslig regulering, kjøp av flytransporttjenester og tilskudd til ikke-statlige lufthavner.

4.5.1 Samferdselsdepartementets ulike roller overfor Avinor

Samferdselsdepartementet har roller både som eier og som regulator av Avinor. Som eier fastsetter departementet selskapets samfunnsoppdrag og pålegger Avinor å utføre en rekke samfunnspålagte oppgaver. Det dreier seg om oppgaver Avinor skal utføre, men som det ikke er nødvendig å utføre for å løse samfunnsoppdraget, og som heller ikke følger av lov eller forskrift. Som eier skal også Samferdselsdepartementet følge opp Avinors samfunnspålagte oppgaver. Departementet har en tett dialog med Avinor både som eier og som regulator. Det skilles klart mellom rollene i både styring og oppfølging av selskapet, men det understrekes likevel at informasjonen som mottas i de ulike rollene som regel deles.

Gjennom rollen som regulator og øverste nasjonale luftfartsstyresmakt fastsetter Samferdselsdepartementet årlig Avinors samlede inntektsbehov fra lufthavnavgifter i et rammevedtak. Avinors forventede kommersielle inntekter er et viktig element i den forbindelse. Med utgangspunkt i vedtaket foreslår Avinor i samarbeid med fly-

selskapene fordelingen mellom startavgift og passasjeravgift, som endelig vedtas av Luftfartstilsynet.⁷¹ Som regulator er departementet også ansvarlig for å sette resultatmål for flysikringstjenesten.

For å sikre et tilfredsstillende flyrutetilbud over hele landet kjøper departementet flyruter av flyselskapene etter en anbudskonkurranse. Departementet fastsetter billettprisene for rutene samtidig som de kan stille krav til hvordan flyrutetilbudet skal utformes. For budsjettåret 2017 ble det bevilget vel 700 millioner kroner til kjøp av innenlandske flyruter.⁷²

Som *eier* har Samferdselsdepartementet pålagt Avinor å ivareta en rekke samfunns-pålagte oppgaver som det ikke kompenseres økonomisk for. Da selskapet ble opprettet, ble det likevel med henvisning til en effektiv allokering av samfunnets ressurser og for å stimulere til effektiv drift besluttet at det skulle settes et avkastningsmål (referanseavkastning) for virksomheten.⁷³ Avkastningen påvirkes i stor grad av rammevilkårene for samfunnsoppdraget, hvilke samfunns-pålagte oppgaver selskapet pålegges, og reglene som legges til grunn for taxfreesalget. Dette må ifølge departementet tas med i betraktningen når Avinors avkastning vurderes opp mot avkastningsmålet.

I tillegg til avkastningsmål har staten som eier satt en utbytteforventning for å stimulere til effektiv drift. Gjennom utbytte får staten avkastning på den innskutte kapitalen i selskapet. Utbytteforventningen skal normalt ligge fast over en periode. Departementet legger likevel opp til at forventningen skal være så fleksibel at utbyttet kan vurderes og endres dersom selskapets økonomiske situasjon tilsier det.

Gjennom vedtektenes formålsbestemmelse har Samferdselsdepartementet fastsatt rammen for Avinors samfunnsoppdrag, blant annet selskapets mulighet til å drive forretningsvirksomhet i tilknytning til lufthavnene. I tillegg gir departementet Avinor oppgaver og forventninger gjennom departementets fireårige melding om virksomheten (eiermelding) og Nasjonal transportplan (NTP).⁷⁴

4.5.2 Samferdselsdepartementets eieroppfølging av lønnsomheten og kostnadsutviklingen i Avinor

I tråd med økonomireglementet § 10 har Samferdselsdepartementet utarbeidet retningslinjer for forvaltningen av eierinteressene i Avinor.⁷⁵ Retningslinjene beskriver oppgavene som inngår i departementets eierskapsforvaltning. I retningslinjene står det at eventuelle instruksjoner skal gis i generalforsamlingen. Det er likevel ikke til hinder for at departementet i den øvrige dialogen kan gi uttrykk for sine synspunkter på aktuelle saker som tas opp. Den formelle eierstyringen skjer i generalforsamlingen, hvor blant annet selskapets årsregnskap godkjennes og statens utbytte fra selskapet fastsettes. I forbindelse med ordinær generalforsamling avholdes det også et kontaktmøte mellom departementet og styret i Avinor. Avinor har ikke fått noen formelle instruksjoner i forbindelse med generalforsamling i perioden fra 2008–2017.

71) Grunnlaget er forankret i *forskrift om avgifter for bruk av lufthavner drevet av Avinor AS*, FOR-2014-12-17. Forskriften bygger på EØS-avtalens vedlegg XIII kapittel VI nr. 65a (beslutning 2012/64/EU, direktiv 2009/12/EF om avgifter på lufthavner).

72) Meld. St. 3 (2017–2018) *Statsregnskapen 2017*, kapittel 1310 *Flytransport*, post 70 *Kjøp av innenlandske flyruter*. Departementet inngår flerårige kontrakter for drift av rutene som tildeles etter konkurranse, jf. Prop. 1 S Samferdselsdepartementet (2017–2018), s. 45.

73) St.meld. nr. 36 (2003–2004) *Om virksomheten i Avinor AS*, s. 15.

74) Det er siden Avinor AS ble opprettet i 2003 utarbeidet fire planer: St.meld. nr. 36 (2003–2004) *Om virksomheten til Avinor AS*, St.meld. nr. 48 (2008–2009) *Om verksemda i Avinor AS*, Meld. St. 38 (2012–2013) *Verksemda til Avinor AS* og Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemda til Avinor AS*. Nasjonal transportplan (NTP) presenterer grunnlaget for regjeringens transportpolitikk og skal legge grunnlaget for helhetlige politiske vurderinger, effektiv bruk av virkemidler og styrket samspill mellom transportformene. Som grunnlag for planen utarbeider Avinor og de øvrige transportetatene en rekke utredninger. Planen har en varighet på tolv år, men revideres hvert fjerde år.

75) Retningslinjer for forvaltningen av Samferdselsdepartementets eierinteresser i Avinor AS, utarbeidet 11. november 2010.

Det holdes kvartalsvise møter mellom den administrativ ledelsen i Avinor og embetsverket i Samferdselsdepartementet. På møtene informerer Avinor om selskapets virksomhet, inkludert økonomiske resultater for perioden og framtidige forventninger. Videre informerer Avinor om selskapets strategi og planarbeid samt arbeid og utvikling innenfor sikkerhetsområdet. Ved behov avholdes det ytterligere møter mellom departementet og Avinor. Disse møtene dreier seg gjerne om saker som Avinor finner det naturlig å informere departementet om i tråd med § 10 i vedtektene, det vil si saker av vesentlig samfunnsmessig eller prinsipiell betydning.

Avinor er ett av få selskaper i kategori 4 hvor staten har satt avkastningsmål (referanseavkastning) og en utbytteforventning, og Samferdselsdepartementet har vist til at det ikke legges vesentlig vekt på avkastningsmålet i oppfølgingen av selskapet. I forbindelse med departementets fireårige eiermelding gjennomføres det normalt en ekstern verdivurdering. Her vurderes avkastningsmålet og sannsynligheten for at Avinor vil oppnå denne framover.⁷⁶ I eiermeldingen fra 2009 ga departementet uttrykk for usikkerhet om hvorvidt det er korrekt å forvente samme avkastning for de regionale lufthavnene som for de øvrige lufthavnene. Videre vurderte departementet om en av årsakene til at avkastningsmålet ikke ble nådd, var at Avinor ikke ble kompensert nok for de pålagte bedriftsøkonomisk ulønnsomme oppgavene.⁷⁷ Dette ble imidlertid ikke hensyntatt ved fastsetting av nytt avkastningsmål.

I eiermeldingen fra 2013 ble det fastsatt et lavere avkastningsmål. Historisk hadde Avinors faktiske avkastning vært lavere enn avkastningsmålet. Det ble videre understreket at Avinor gikk inn i en periode med store investeringer, og at det derfor ikke kunne forventes at selskapet ville oppnå avkastningsmålet på kort eller mellomlang sikt.⁷⁸

Selv om Avinor nesten aldri har nådd avkastningsmålet, noe som ifølge departementet kan forklares med store investeringer til sikkerhet og senere nødvendige kapasitetsutvidelser, er departementet opptatt av at selskapets drift skal være effektiv. Statsråden har flere ganger uttrykt bekymring for kostnadsutviklingen og understreket at selskapet må ta interne grep som sikrer at framtidige investeringer i størst mulig grad kan finansieres innenfor egne rammer. Statsråden har også gitt uttrykk for at Avinor gjennom salg av eiendommer og grunn kan bidra til å bedre selskapets egenkapitalsituasjon, og at dette må vurderes før selskapet ber om friske midler fra eier. Gjennom justeringer i utbyttepolitikken kan staten likevel bidra til at selskapets egenkapitalsituasjon bedres.

I kvartals- og kontaktmøtene legger departementet størst vekt på Avinors arbeid med samfunnsoppdraget. Som en del av både samfunnsoppdraget og de samfunnspålagte oppgavene er Avinor påført en rekke kostnader for oppgaver som utføres overfor blant annet Forsvaret og helsesektoren. Dette dreier seg for eksempel om utgifter til vaktordninger for å holde lufthavner åpne for ambulansefly utenom ordinære åpningstider og flysikringstjenester til militær luftfart uten kompensasjon.

Avinor har hatt en kostnadsvekst i hele perioden 2008–2017. Departementet mener likevel at kostnadsutviklingen de siste årene har vært akseptabel om det justeres for kostnader til store prosjekter og enkelte samfunnspålagte oppgaver. Ifølge departementet er heller ikke en kostnadsvekst utelukkende negativ dersom den følger av oppgaver som understøtter samfunnsoppdraget. Dette begrunnes med eiers ønske om å ha en så god standard som mulig på infrastruktur som lufthavner og rullebaner.

76) I forbindelse med den eksterne verdivurderingen gjennomføres det også gjerne en ekstern vurdering av Avinors investeringsplaner og framtidige finansieringsbehov.

77) St.meld. nr. 48 (2008–2009) *Om verksemda til Avinor AS*, s. 8, 22 og 36.

78) Meld. St. 38 (2012–2013) *Om verksemda til Avinor AS*, s. 7–8 og 39–40.

Departementet understreker i den sammenheng at kostnader som følger av politiske pålegg, ikke alltid er tilstrekkelig tydeliggjort, og kan påføre Avinor uforutsette kostnader. Det forventes likevel at driften er effektiv, og at selskapets midler benyttes fornuftig. Avinor foretok i 2016 en gjennomgang av samfunnspålagte oppgaver og tilhørende kostnader, men departementet har ikke etterspurt en slik spesifisering ved andre anledninger.⁷⁹

I forkant av kvartalsmøtene gjennomfører departementet kun overordnede vurderinger av Avinors økonomi. Departementet gjennomfører ingen egne spesifikke analyser eller vurderinger av selskapets økonomiske stilling eller kostnadene som gjelder samfunnsoppdraget og de samfunnspålagte oppgavene. Ved flere anledninger har departementet likevel understreket at Avinor må finne områder hvor det kan kuttes i kostnadene, men at dette ikke må gå utover sikkerhet, regularitet eller andre oppgaver som gjøres som en del av samfunnsoppdraget eller de samfunnspålagte oppgavene. Departementet har også en klar forventning om at Avinor vil levere bedre resultater framover, men ikke like gode som tidligere. Departementet legger heller ikke skjul på at Avinor nok har vært for optimistisk i sine inntektsprognoser de siste årene.

Samferdselsdepartementet understreker at det i en sammenlignende studie fra 2012, ble pekt på at Avinors finansieringsmodell der bedriftsøkonomisk lønnsomme lufthavner finansierer bedriftsøkonomisk ulønnsomme lufthavner, gir selskapet få incentiver til kostnadseffektiv drift.⁸⁰

Departementet har de siste årene fulgt resultatene fra Avinors moderniseringsprogram tett. Departementet oppfatter det som positivt at Avinor har satt i gang et arbeid, og at selskapet tar interne grep som kan kutte kostnadene. Likevel understreker departementet at moderniseringsprogrammet er et internt forbedringsprogram, og at det er styret som er ansvarlig for å følge opp og vurdere resultatene av programmet. Departementet har derfor ikke stilt konkrete forventninger til programmet, men stiller i forbindelse med kvartalsmøtene spørsmål om resultatene, selskapets forventninger framover og hvorvidt resultatene som er oppnådd, forventes å ha varig effekt.

Driften i Avinor er investeringsintensiv, og Avinor har gjennomført en rekke større investeringsprosjekter. Prosjektene er tema på kvartalsmøtene, men departementet går ikke detaljert inn i enkeltprosjekter. Det begrunner departementet med at det er styrets ansvar å fastsette og følge opp styrings- og kostnadsrammene for selskapets investeringsprosjekter. Departementet er også tydelig på at det er styrets ansvar å vurdere hvilke investeringer som skal gjennomføres innenfor Avinors finansielle rammer, og at styret til enhver tid må tilpasse selskapets investeringsplaner til selskapets økonomiske rammer. I oppfølgingen av Avinors store investeringer legger departementet i likhet med konsernstyret mest vekt på investeringer under gjennomføring og framtidige investeringer, mens det i liten grad vurderer måloppnåelsen for Avinors samlede investeringsportefølje over en tidsperiode.

Selv om Samferdselsdepartementet understreker at det er styret som har det overordnede ansvaret for Avinors investeringsprosjekter, har status for pågående og framtidige prosjekter stort sett vært tema på kvartalsmøter og kontaktmøter i perioden 2008–2017. Blant annet understreket departementet på møter i 2013 at overskridelsen i forbindelse med den nye terminalen på Oslo lufthavn Gardermoen var uheldig. Avinor måtte redegjøre for hvordan overskridelsen ville påvirke gjennomføringen av øvrige prosjekter i selskapets investeringsplan. Videre ble styret bedt om å redegjøre for

79) I 2016 ble Avinor som en egen bestilling i forbindelse med § 10-planene bedt om å utarbeide en oversikt over samfunnspålagte oppgaver med tilhørende kostnader. Samferdselsdepartementet har ikke bedt om en oversikt over kostnadene ved samfunnsoppdraget.

80) German Airport Aviation (2012) *Comparative study (benchmarking) on the efficiency of Avinor's airport operations*

hvilke tiltak som var iverksatt for å hindre tilsvarende overskridelser i framtidige prosjekter.

Skulle Avinor komme i en situasjon hvor det er behov for å justere selskapets finansielle rammer for å unngå å utsette større planlagte investeringer, tas dette opp med departementet som en egen sak i eierdialogen. Ut fra en helhetsvurdering vil departementet vurdere om det skal foreslås bevilget ekstra økonomiske midler, eller om investeringene må finansieres innenfor eksisterende rammer. Eventuelle bevilgninger må legges fram for, og vedtas av, Stortinget på vanlig måte.

Også i forbindelse med Avinors årlige § 10-planer og departementets eiermelding er selskapets investeringer et tema. Det legges da særlig vekt på Avinors investeringsplaner framover og hvordan selskapets nåværende og forventede økonomiske utvikling vil påvirke gjennomføringen av planlagte investeringer.

Styrevalg er et av de viktigste virkemidlene i Samferdselsdepartementets eierskapsutøvelse. Departementet skal sørge for å ha et styre som er tilpasset selskapets behov og statens mål med eierskapet. Det innebærer at departementet må ha en klar oppfatning av selskapets utfordringer. Det er utarbeidet interne retningslinjer for arbeidet med styrevalg, som beskriver både hva departementet skal gjøre, og tidsrammen for prosessen. Som en del av styrevalgprosessen gjennomfører departementet årlig intervjuer med alle eiervalgte styremedlemmer, administrerende direktør og én eller flere av de ansatte-valgte representantene i styret.

Samferdselsdepartementet mener at dialogen med styret er god, og departementet er fornøyd med måten styret følger opp Avinors arbeid med store investeringer og kostnadsreducerende tiltak på. I dialogen med konsernstyret i 2017 understreket departementet at det er viktig at Avinor driver kostnadseffektivt, og at økt bruk av konkurranse kan være et virkemiddel for å få til en kostnadseffektiv drift. Departementet mener derfor at det er positivt at Avinor legger deler av virksomheten ut for konkurranse.

5 Vurderinger

5.1 Avinor har hatt en sterk inntektsvekst, men kostnadsveksten har vært høyere

Avinors samfunnsoppdrag er å drive et helhetlig system av 44 lufthavner og den samlede flysikringstjenesten i Norge. Driften skal i størst mulig grad være selvfinansierende gjennom inntekter fra hovedvirksomheten og annen forretningsvirksomhet i tilknytning til lufthavnene. Det innebærer at bedriftsøkonomisk lønnsomme lufthavner finansierer bedriftsøkonomisk ulønnsomme lufthavner. I perioden 2008–2017 har de fire største lufthavnene i Avinor-konsernet hatt et positivt driftsresultat på mer enn 2 milliarder kroner årlig, mens de små og mellomstore lufthavnene har hatt et samlet driftsunderskudd på om lag 1 milliard kroner årlig.

Avinors hovedinntektskilder er trafikkinntekter i form av avgifter fra flyselskaper og passasjerer, og kommersielle inntekter fra utleie av areal til butikkdrift, taxfreesalg, servering og andre servicetilbud til passasjerene. Avinor-konsernets driftsinntekter økte fra 7,4 milliarder kroner i 2008 til 11,5 milliarder kroner i 2017. Dette gir en gjennomsnittlig økning på 5,1 prosent årlig.

Til tross for inntektsøkningen har Avinors driftsresultat blitt betydelig svekket i perioden 2008–2017. Selskapet har gått fra et årsresultat på 765 millioner kroner i 2008 til et

årsresultat på 499 millioner kroner i 2017. I 2017 hadde Avinor et spesielt svakt årsresultat, noe som i hovedsak kan forklares med økte kostnader til pensjons- og miljøforpliktelser og et økonomisk oppgjør med Forsvaret.

En kraftig kostnadsvekst i perioden 2008–2017 har resultert i at selskapets driftsmargin ble redusert fra 19 prosent i 2008 til 11 prosent i 2017. Det innebærer at Avinor sitter igjen med en mindre andel av hver omsatt krone. Avinor har også hatt svakere utvikling i driftsmarginen enn gjennomsnittet av de sju andre europeiske lufthavnselskapene som Avinor er sammenlignet med i undersøkelsen.

I Avinors vedtekter legges det til grunn at virksomheten skal drives på en sikker, effektiv og miljøvennlig måte. Etter Riksrevisjonens mening innebærer effektiv drift blant annet at målene som er satt for virksomheten, bør nås til lavest mulig kostnad. I perioden 2008–2017 har Avinors driftskostnader gjennomsnittlig vokst med 6,1 prosent årlig. Dette er 1 prosentpoeng høyere enn den årlige inntektsveksten i Avinor, og vesentlig høyere enn den generelle prisveksten i samfunnet. I 2017 hadde Avinor spesielt høye kostnader og inntekter. Den gjennomsnittlige årlige kostnadsveksten i perioden 2008–2016 var på 5,2 prosent, mens den gjennomsnittlige årlige inntektsveksten var på 4,9 prosent.

Driftskostnadene har økt med 4,3 milliarder kroner i perioden, fra 6 milliarder kroner i 2008 til 10,3 milliarder i 2017. En stor del av kostnadsveksten kan forklares med selskapets store investeringsprosjekter, men det har også vært kostnadsvekst på andre områder. Kostnadene til konsulentbistand og eksterne tjenester har økt med mer enn 1 milliard kroner siden 2008. Det har i tillegg vært vesentlig vekst i kostnadene til drift og vedlikehold, avskrivninger, markedsføring, fellestjenester og miljøtiltak.

Den sterke kostnadsveksten kan videre delvis forklares med økning i selskapets samfunnspålagte oppgaver, som ifølge Avinor koster drøyt 1 milliard kroner årlig. Avinors samfunnsoppdrag, samfunnspålagte oppgaver og oppgaver som de utfører for å sikre seg kommersielle inntekter, er sammenvevde. Dette innebærer at det i Avinors regnskapssystemer ikke er mulig å skille ut kostnadene for de ulike oppgavene. Avinor klarer derfor ikke å gi en eksakt oversikt over hva selskapets ulike oppgaver har kostet gjennom tiårsperioden. Etter Riksrevisjonens vurdering er det uheldig at det ikke foreligger en mer nøyaktig oversikt over kostnadene ved Avinor-konsernets ulike oppgaver. Manglende oversikt gjør det etter Riksrevisjonens mening krevende for Avinor å ha tilstrekkelig kontroll med kostnadsveksten.

En måte å vurdere kostnadseffektivitet på i luftfartssektoren er å vurdere *utviklingen* i driftskostnader per passasjer. For Avinor-konsernet har driftskostnadene per passasjer økt kraftig i perioden 2010–2017, mens de sju europeiske lufthavnselskapene Avinor er sammenlignet med i gjennomsnitt har hatt en reduksjon. Dette er til tross for at utviklingen i passasjerveksten har vært omtrent lik. Avinor drifter et stort antall lufthavner, der flere er små og bedriftsøkonomisk ulønnsomme, mens de andre europeiske lufthavnselskapene i hovedsak drifter større lufthavner. Internt i Avinor-konsernet viser utviklingen at driftskostnadene per passasjer har økt mer for de store lufthavnene enn for de små. Avinor har også hatt høyere vekst i driftskostnader per årsverk sammenlignet med gjennomsnittet for de øvrige lufthavnselskapene. Lønnsnivået i Avinor har utviklet seg på linje med lønnsnivået for andre yrkesgrupper i Norge, men ligger gjennomgående høyere enn for andre grupper. Spesielt flygeledere har et høyt lønnsnivå.

For å redusere kostnadene har Avinor iverksatt flere forbedringsprogrammer og gjennomført interne sammenligninger mellom lufthavnene for å stimulere til effektiv

drift. Kostnadsveksten har likevel fortsatt, og innsparingene er oppveid av kostnadsøkninger på andre områder. Ledelsen i Avinor mener selskapet har hatt en akseptabel utvikling i kostnader og lønnsomhet dersom det ses bort fra kostnader til ekstraordinære poster og store investeringsprosjekter. Styreleder understreker at styret bruker mye tid på å forstå kostnadsutviklingen, og mener at Avinor har hatt en akseptabel utvikling i driftskostnader per passasjer dersom det ses bort fra investeringskostnadene. Styreleder understreker at det likevel er behov for å fortsette med tiltak for å redusere selskapets totale driftskostnader.

Riksrevisjonen har merket seg at selskapet har iverksatt tiltak for å begrense kostnadsveksten, men etter Riksrevisjonens vurdering har ledelsen og styret likevel hatt for svak kontroll med kostnadsveksten i selskapet. En vedvarende høy kostnadsvekst kan svekke Avinors evne til å finansiere nødvendige framtidige investeringer i lufthavnstrukturen, noe som kan gjøre det nødvendig for selskapet å heve lufthavn-avgiftene. En kostnadsvekst vil også kunne svekke statens mulighet for å ta utbytte fra selskapet. Etter Riksrevisjonens vurdering er kostnadsveksten og den svekkede lønnsomhetsutviklingen kritikkverdig og ikke i tråd med kravet om effektiv drift.

5.2 En vesentlig andel av Avinors investeringsprosjekter overholder ikke de opprinnelige kostnadsrammene

For å oppfylle samfunnsoppdraget om å drive og utvikle et landsomfattende nett av lufthavner er Avinors virksomhet preget av en rekke store investeringsprosjekter. For å sikre kostnadseffektiv drift er det derfor vesentlig at Avinor har god kontroll over kostnadene i selskapets store investeringsprosjekter.

I statens ordning for ekstern kvalitetssikring av store investeringsprosjekter er målet at kun 15 prosent av prosjektene i en portefølje har en sluttkostnad som er høyere enn kostnadsrammen (P85). Av 78 av statens store investeringsprosjekter var det 23 prosent som hadde en sluttkostnad over vedtatte kostnadsrammer, mens av Avinors 29 investeringsprosjekter var det 41 prosent som hadde en sluttkostnad over opprinnelig vedtatte kostnadsrammer. Sluttkostnaden for den samlede porteføljen av statlige prosjekter lå i gjennomsnitt 7 prosent *lavere* enn den vedtatte kostnadsrammen, mens sluttkostnaden for Avinors prosjekter lå i gjennomsnitt 7 prosent *høyere* enn kostnadsrammen.

Ses det kun på de 20 prosjektene i Avinors portefølje som har en sluttkostnad på over 100 millioner kroner, har halvparten av prosjektene overskredet kostnadsrammen P85. Dette viser at Avinor i mindre utstrekning enn staten treffer med sine estimer og at selskapet ikke har klart å overholde opprinnelige kostnadsrammer for en vesentlig andel av de store investeringsprosjektene.

En vanlig forklaring på at kostnadsrammer ikke overholdes, er omfangsendringer. Nesten halvparten av Avinors 29 investeringsprosjekter har økt i omfang i prosjektperioden. Økt omfang kan være uheldig for prosjekters sluttkostnader, men det kan også være godt begrunnet, og en kostnadsøkning som følge av en omfangsendring behøver ikke å være negativt. Avinor viser til at tildeling av nye rammer etter opprinnelig beslutningstidspunkt har skjedd ved større premissendringer eller etter kommersielle vurderinger der en omfangsendring gir bedre nåverdi for prosjektet. En annen vanlig årsak til at kostnadsrammer ikke overholdes, er utilstrekkelig estimeringsmetodikk. Til tross for flere forsøk har Avinor ikke klart å utarbeide konkrete krav og retningslinjer for kostnadsestimering. Avinor benytter også i liten utstrekning lister med mulige kostnadsreduksjoner under gjennomføringen av sine store investeringsprosjekter. Det kan gjøre det vanskelig å finne mulige steder å kutte

kostnader dersom det skulle oppstå uforutsette hendelser underveis i prosjektgjennomføringen.

En annen måte å vurdere kostnader for investeringsprosjekter på er å sammenligne gjennomsnittlig kostnad per kvadratmeter. En sammenligning mellom byggeprosjekter i Avinor og Statsbygg viser at gjennomsnittlig kostnad per kvadratmeter ligger noe lavere for Avinor enn for Statsbygg. Gjennomsnittlig kostnad per kvadratmeter for Statsbyggs 57 nybygg- og rehabiliteringsprosjekter er om lag 43 800 kroner, mens den er om lag 30 000 kroner for Avinors 12 byggeprosjekter. Et normalt flyplassprosjekt er ifølge SINTEF forventet å ha en kostnad per kvadratmeter på 40 000–50 000 kroner. Den nye terminalen på Oslo lufthavn Gardermoen endte til sammenligning på en kostnad per kvadratmeter på 75 000 kroner. Den høye kostnaden skyldes blant annet at det var krevende å bygge på en lufthavn i full drift og det var ønskelig at terminalen skulle være et nasjonalt praktbygg.

Avinor vedgår at selskapets overordnede porteføljestyring ikke er god nok, og at selskapets svekkede soliditet stiller krav til riktig prosjektutvelgelse framover. For å bedre kvaliteten på kostnadsestimeringen og prosjektstyringen og for å forbedre erfaringsutvekslingen og læringen mellom prosjekter opprettet Avinor i 2017 en sentral utbyggingsenhet. Det er etter Riksrevisjonens mening positivt at Avinor arbeider for å forbedre prosjektstyringen, og har et mål om økt kvalitet på kostnadsestimeringen. Det er likevel for tidlig å vurdere effektene den nye utbyggingsenheten vil ha for dette arbeidet.

Styret følger opp både enkeltinvesteringer som er under gjennomføring, og selskapets portefølje av framtidige prosjekter. Styret har imidlertid ikke etterspurt informasjon for å kunne vurdere om selskapets portefølje av prosjekter holder seg innenfor opprinnelig vedtatte kostnadsrammer. Etter Riksrevisjonens vurdering følger både ledelsen og styret for lite opp at sluttkostnadene for Avinors portefølje av fullførte prosjekter er innenfor vedtatte kostnadsrammer. Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at en vesentlig andel av investeringsprosjektene ikke overholder de opprinnelige kostnadsrammene. Til tross for flere forbedringstiltak er det etter Riksrevisjonens mening fremdeles fare for overskridelser og for at Avinors investeringsprosjekter ikke gjennomføres tilstrekkelig kostnadseffektivt.

5.3 Samferdselsdepartementet har ikke hatt god nok informasjon om kostnadseffektiviteten i Avinor

I *reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet) § 10 står det at eier skal følge opp at målene som er satt for selskapet, nås. Videre er det i eierskapsmeldingen lagt vekt på at staten bør styrke den strategiske og økonomiske oppfølgingen av selskapene. Eiers styring, oppfølging og kontroll skal tilpasses selskapets egenart, risiko og vesentlighet. Som eier fastsetter Samferdselsdepartementet Avinors samfunnsoppdrag og pålegger selskapet å utføre en rekke samfunnspålagte oppgaver som det ikke gis særskilt økonomisk kompensasjon for.

For å stimulere til god finansiell forvaltning og effektiv drift har staten fastsatt et avkastningsmål (referanseavkastning) for Avinor. Avinors avkastning på egenkapitalen har falt fra 8,3 prosent i 2008 til 3,4 prosent i 2017, som er det laveste nivået i tiårsperioden. Avinors avkastning på egenkapitalen har vært lavere enn avkastningsmålet i nesten hele perioden. Samferdselsdepartementet har ikke lagt vesentlig vekt på avkastning i eieroppfølgingen av selskapet. Departementet forventer heller ikke at Avinor vil nå avkastningsmålet i årene framover, blant annet fordi selskapet ikke kompenseres nok for de ulønnsomme oppgavene som staten har pålagt selskapet.

Avinors finansieringsmodell, der bedriftsøkonomisk lønnsomme lufthavner finansierer bedriftsøkonomisk ulønnsomme lufthavner, gir selskapet få incentiver til å drive kostnadseffektivt. Departementet er likevel opptatt av at driften i Avinor skal være effektiv, og at selskapets midler benyttes fornuftig. Eier har ved flere anledninger påpekt at Avinor må finne områder hvor det kan kuttes i kostnadene, men at innsparingene ikke må gå utover sikkerheten, regulariteten eller de samfunnspålagte oppgavene. I oppfølgingen av Avinor har ikke departementet foretatt regelmessige analyser av selskapets økonomiske resultater eller kostnadsutvikling, men bestiller ved enkelte anledninger en ekstern selskapsgjennomgang.

Til tross for at Avinor har hatt en betydelig kostnadsvekst, mener departementet at selskapets drift har vært tilfredsstillende. Departementet begrunner det med at kostnadsveksten i stor grad har vært nært knyttet til samfunnsoppdraget som har ført til et høyt investeringsnivå på lufthavnene i perioden. Departementet legger likevel til grunn at Avinor må oppnå bedre resultater i årene framover, og forutsetter at selskapet fortsetter arbeidet med å finne kostnadsreducerende tiltak.

Selv om Avinor er et selskap i kategori 4, der gjennomføringen av de sektorpolitiske oppgavene er det vesentligste, skal målene nås så effektivt som mulig og til lavest mulig kostnad. For å kunne følge opp dette er det nødvendig at departementet sikrer seg informasjon som gjør eier i stand til å følge med på om Avinor utfører samfunnsoppdraget og de samfunnspålagte oppgavene på en kostnadseffektiv måte. Etter Riksrevisjonens vurdering har ikke Samferdselsdepartementet benyttet eierdialogen godt nok til å sikre seg informasjon som gjør det mulig å følge opp at Avinor utfører sine oppgaver på en kostnadseffektiv måte.

6 Referanseliste

Lover

- *Lov om aksjeselskaper* (aksjeloven). LOV-1997-06-13-44.

Stortingsdokumenter

- Meld. St. 30 (2016–2017) *Verksemnda til Avinor AS*, jf. Innst. 430 S (2016–2017) *Innstilling fra transport- og kommunikasjonskomiteen om Verksemnda til Avinor AS*.
- Meld. St. 38 (2012–2013) *Verksemnda til Avinor AS*, jf. Innst. 492 S (2012–2013) *Innstilling frå transport- og kommunikasjonskomiteen om verksemnda til Avinor AS*.
- St.meld. nr. 48 (2008–2009) *Om verksemnda i Avinor AS*, jf. Innst. 95 S (2009–2010) *Innstilling fra transport- og kommunikasjonskomiteen om verksemnda i Avinor AS*.
- St.meld. nr. 36 (2003–2004) *Om virksomheten til Avinor AS*, jf. Innst. S. nr. 262 (2003–2004) *Innstilling fra samferdselskomiteen om virksomheten til Avinor AS*.
- Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, jf. Innst. 140 S (2014–2015) *Innstilling fra næringskomiteen om et mangfoldig og verdiskapende eierskap*.
- Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi*.
- Dokument 3:2 (2009–2010) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2008*, jf. Innst. 132 S (2009–2010) *Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2008*.
- Innst. 13 S (2016–2017) *Innstilling til Stortinget fra transport- og kommunikasjonskomiteen*.
- Samferdselsdepartementets St.prp. nr. 1 (2007–2008) og (2009–2010).
- Stortingsproposisjon nr. 1 (1999–2000) *Gul bok for 2000*, kapittel 7.4 *Styring av statlige investeringer*.
- Meld. St. 3 (2017–2018) *Statsrekneskapen 2017*.

Forskrifter, reglement og retningslinjer

- *Forskrift om avgifter for bruk av lufthavner drevet av Avinor AS*, FOR-2014-12-17, med hjemmel i lov 11. juni 1993 nr. 101 om luftfart (luftfartsloven).
- *Forskrift om avgift på flysikringstjenester*, FOR-2014-12-19, med hjemmel i lov 11. juni 1993 nr. 101 om luftfart (luftfartsloven).
- *Reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet) § 10, fastsatt 12.12.2003 med endringer senest 5.11.2015, Finansdepartementet.
- *Retningslinjer for forvaltningen av Samferdselsdepartementets eierinteresser i Avinor AS*, utarbeidet 11. november 2010.
- *Interne retningslinjer for arbeidet med styrevalg i selskaper* av 13.11.2014, Samferdselsdepartementet.

Rapporter

- Avinor (2008-2017), *Års- og samfunnsansvarsrapporter 2008–2017*.
- Statsbygg (2017), *Årsrapport 2017*.
- Avinor (2015), *Lufthavnstruktur*.
- Avinors vedtekter av 21. august 2008, 23. juni 2010 og 29. mai 2017.
- Morten Welde, Concept-rapport nr. 51 (2017) *Kostnadskontroll i store statlige investeringer underlagt ordningen med ekstern kvalitetssikring*.
- Morten Welde, Arbeidsrapport (2015) *Oppdaterte sluttkostnader – prosjekter som har vært underlagt KS2 per september 2015*.
- Nils Olsson, Arbeidsrapport (2014) *Bruk av kuttlister i store statlige investeringer*.
- Knut Samset og Gro Volden, Concept-rapport nr. 35 (2013) *Statens prosjektmodell Bedre kostnadsstyring. Erfaringer med de første investeringstiltakene som har vært gjennom ekstern kvalitetssikring*.

- SINTEF Teknologi og samfunn (2018) *Evaluering av T2-prosjektet ved Oslo Lufthavn.*
- German Airport Aviation (2012) *Comparative study (benchmarking) on the efficiency of Avinor's airport operations.*
- Københavns Lufthavne A/S (2010-2017), *Koncernårsrapport for Københavns Lufthavne A/S, CPH, 2010–2017.*
- Flughafen Wien AG (2010-2017) *Annual Report Flughafen Wien AG, 2010–2017.*
- Fraport AG, *Annual Report Fraport AG, 2010–2017.*
- Flughafen Zürich AG (2010-2017), *Annual Report Flughafen Zürich AG, 2010–2017.*
- Aéroports de Paris (2010–2017), *Annual Financial Report Groupe ADP, Aéroports de Paris, 2010–2017.*
- Swedavia Airports (2010–2017), *Annual and Sustainability Report, 2010–2017.*
- Finavia (2010–2017), *Annual Responsibility Report, 2010–2017.*

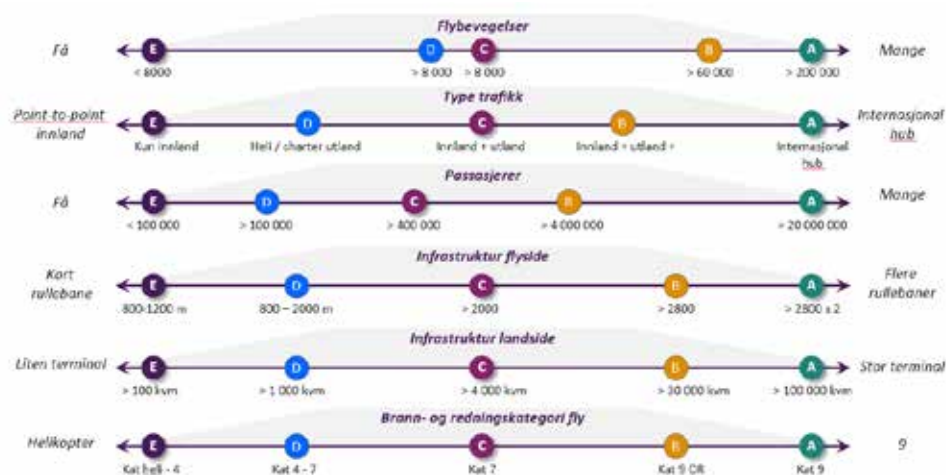
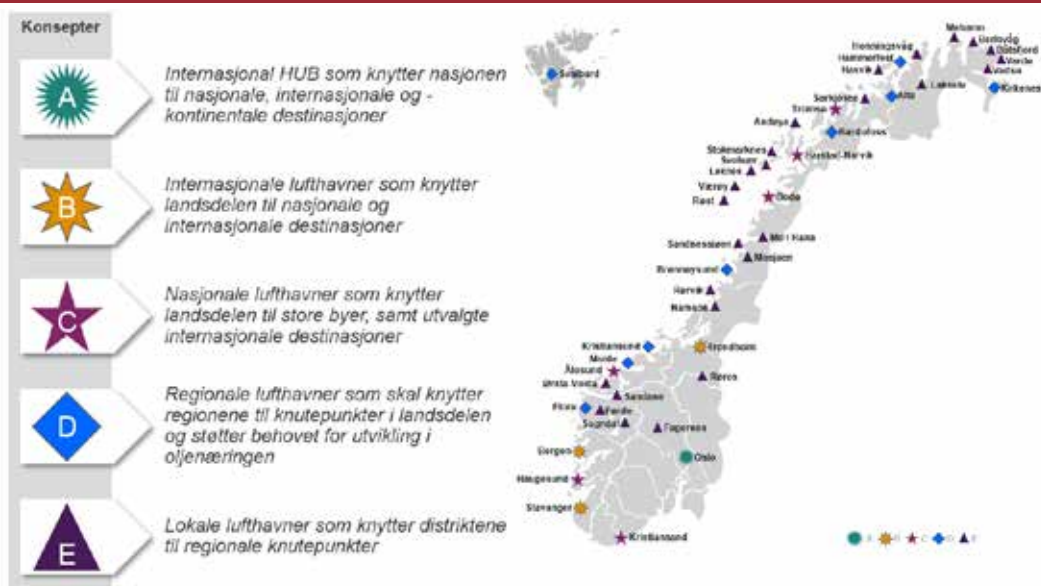
7 Vedlegg

Vedlegg 1 Oversikt over Avinors lufthavnstruktur*



* Narvik lufthavn ble lagt ned 1.4.2017 og Avinors drift av Fagernes lufthavn opphørte 1.7.2018

Vedlegg 2 Oversikt over lufthavnskonsepter



Vedlegg 3 Informasjon om Avinors lufthavner 2017

Lufthavn	Antall årsverk	Antall passasjerer	Salgs- og leie- inntekt* (millioner kroner)	Avgifts- inntekt (millioner kroner)	Drifts- kostnad (millioner kroner) **	Driftsresultat (EBIT) (millioner kroner)**	Driftskostnad per passasjer (kroner)**
Konsept A							
Oslo	547	27 457 597	3 722	2 101	3 474	2 349	127
Konsept B							
Bergen	147,2	6 035 567	562	549	767	343	127
Stavanger	111,6	4 160 274	445	409	458	396	110
Trondheim	97,2	4 411 114	327	368	371	325	84
Konsept C							
Bodø	31,9	1 695 214	95	140	231	4	136
Tromsø	61,9	2 171 499	92	161	212	42	98
Kristiansand	35,4	1 028 983	86	88	143	31	139
Ålesund	34	1 067 542	97	85	161	21	151
Evenes	36,2	744 551	46	59	126	-20	169
Haugesund	29,5	632 633	66	53	129	-9	204
Konsept D							
Kristiansund	26	291 456	13	34	95	-49	327
Svalbard	19	169 278	115	13	106	22	627
Alta	28	367 932	11	30	85	-44	232
Kirkenes	30	315 701	9	25	79	-45	252
Bardufoss	4	240 934	5	19	52	-28	218
Hammerfest	25,3	163 433	5	22	60	-32	366
Brønnøysund	20,7	104 750	5	13	48	-30	454
Florø	16,5	129 865	4	17	40	-18	305
Molde	34,7	472 560	30	39	99	-31	210
Konsept E1							
Lakselv	23,7	57 780	10	5	56	-40	964
Vadsø	19	76 849	2	9	40	-29	519
Stokmarknes	16	102 891	3	10	35	-22	340
Mosjøen	15	64 057	2	6	34	-25	528
Sandnessjøen	18	73 494	2	7	39	-30	528
Sogndal	15,8	68 946	2	7	32	-23	462
Andøya	2	45 270	1	5	38	-32	836
Ørsta-Volda	17,8	108 553	3	9	37	-25	338
Leknes	17,1	123 339	2	11	38	-24	308
Svolvær	15,5	95 798	2	9	34	-24	357
Førde	15	82 541	3	7	32	-22	387
Mo i Rana	18,1	114 154	4	10	36	-22	319
Konsept E2							
Røros	6,6	24 473	2	2	30	-26	1 206
Rørvik	13	35 433	1	4	26	-21	730
Sandane	12	35 692	2	4	23	-18	642
Namsos	15,7	23 908	1	3	26	-22	1 097
Berlevåg	12,8	5 766	0	1	26	-24	4 472
Båtsfjord	13,9	14 832	1	2	26	-23	1 757
Honningsvåg	13	13 385	1	2	30	-27	2 223
Sørkjosen	12	13 391	0	2	24	-22	1 791
Vardø	12,4	11 937	1	2	26	-23	2 168
Mehamn	12,6	14 915	1	2	31	-27	2 050
Røst	10,6	9 209	0	1	26	-25	2 839
Hasvik	11,3	9 663	0	2	23	-22	2 429
Værøy	5,4	8 793	0	1	10	-8	1 145
(Narvik)	***	6 957	0	1	7	-5	944
(Fagernes)	4	3 073	1	0	10	-9	3 110

*Inkluderer avgiftsfritt salg og består av lufthavnavgifter, salgsinntekter, øvrige driftsinntekter og interne salg.

**Ufordelte felleskostnader til konsernstab og øvrig administrasjon mv. er ikke inkludert. Driftskostnadene i tabellen består av lønn og personalkostnader, andre driftskostnader, refunderbare kostnader, interne kjøp og avskrivninger. Divisjon flysikring er ikke inkludert.

***Narvik lufthavn ble lagt ned 1.4.2017 og Avinors drift av Fagernes lufthavn opphørte 1.7.2018

Kilde: Avinor

Vedlegg 4 Informasjon om europeiske lufthavnselskaper

Selskap	År	Passasjerer (M)	Antall lufthavner**	Årsverk	Sum driftsinntekter	Sum driftskostnader	Årsresultat
	2010	40,1	47	3 073	7 871 MNOK	5 072 MNOK	1 008 MNOK
	2017	52,9	46	3 185	11 526 MNOK	8 400 MNOK	499 MNOK
	2010	16,5	21	2 407	341 MEUR	262 MEUR	36 MEUR
	2017	22,7	19	2 172	382 MEUR	258 MEUR	38 MEUR
	2010	27,6	10	2 496	2 491 MSEK	1 568 MSEK	20 MSEK
	2017	41,9	10	3 074	3 097 MSEK	1 809 MSEK	408 MSEK
	2010	21,5	2	1 959	3 526 MDKK	1 562 MDKK	909 MDKK
	2017	29,2	2	2 431	4 442 MDKK	1 831 MDKK	1 286 MDKK
	2010	23,3	1*	4 266	550 MEUR	382 MEUR	76 MEUR
	2017	30,9	1*	4 317	682 MEUR	404 MEUR	117 MEUR
	2010	77,5*	6*	10 788	2 284 MEUR	1 573 MEUR	272 MEUR
	2017	91,7*	6*	10 204	2 776 MEUR*	1 890 MEUR*	346 MEUR*
	2010	22,9	1	1 292	851 MCHF	415 MCHF	1 389 MCHF
	2017	29,4	1	1 618	1 037 MCHF	453 MCHF	286 MCHF
	2010	83,4	2	9 550	4 369 MEUR	2 969 MEUR	300 MEUR
	2017	101,5*	2*	9 004	5 781 MEUR	4 078 MEUR	545 MEUR

M er millioner.

* Enkelte tall er korrigerte, slik at de ikke er identiske med det som oppgis i årsrapporten. Se metodekapitlet for nærmere forklaring.

** Antall flyplasser betyr antall lufthavner for samtlige selskaper med unntak av Frankfurt-gruppen og Paris-gruppen. For disse to gruppene er det snakk om eierandeler i andre flyplassgrupper og driften av flere flyplasser i ett land, slik at det reelle antallet flyplasser er mye høyere.

Vedlegg 7:
Selskaper som omfattes av
Riksrevisjonens kontroll
– regnskapsåret 2017

Selskaper som omfattes av Riksrevisjonens kontroll for regnskapsåret 2017

Finansdepartementet	
Folketrygdfondet	Særlovselskap
Norges Bank	Særlovselskap
Forsvarsdepartementet	
Aerospace Industrial Maintenance Norway AS	Heleid AS
Helse- og omsorgsdepartementet	
Helse Midt-Norge RHF	Regionalt helseforetak
Helse Nord RHF	Regionalt helseforetak
Helse Sør-Øst RHF	Regionalt helseforetak
Helse Vest RHF	Regionalt helseforetak
Norsk Helsenet SF	Statsforetak
A/S Vinmonopolet	Særlovselskap
Klima- og miljødepartementet	
Bjørnøen AS	Heleid AS
Kings Bay AS	Heleid AS
Framsenteret AS	Deleid AS
Kommunal- og moderniseringsdepartementet	
Kommunalbanken AS	Heleid AS
Samisk hus Oslo	Deleid AS
Aarjelhsaeminen Teatre AS	Deleid AS
Kulturdepartementet	
Norsk Tipping AS	Særlovselskap
Den Norske Opera & Ballett AS	Heleid AS
Nationaltheatret AS	Heleid AS
Norsk rikskringkasting AS	Heleid AS
Carte Blanche AS	Deleid AS
Den Nationale Scene AS	Deleid AS
Filmparken AS	Deleid AS
Rogaland Teater AS	Deleid AS
Trøndelag Teater AS	Deleid AS
Kunnskapsdepartementet	
Studentsamskipnadene	Særlovselskap
Cessda AS	Heleid AS
Digforsk AS	Heleid AS
Dnf Production AS	Heleid AS
Mechatronics Innovation Lab AS	Heleid AS
Nord Innovasjon AS	Heleid AS
Norwegian Research Centre AS	Heleid AS
NSD - Norsk senter for forsknings data AS	Heleid AS
NTNU Ocean Training AS	Heleid AS
NTNU Samfunnsforskning AS	Heleid AS
Sem Gjestegård AS	Heleid AS
Simula Research Laboratory AS	Heleid AS
Unifond AS	Heleid AS

Uninett AS	Heleid AS
Unirand AS	Heleid AS
UNIS AS (Universitetsssenteret på Svalbard)	Heleid AS
Universitetet i Bergen Eiendom AS	Heleid AS
Vangslund AS	Heleid AS
Agderforskning AS	Deleid AS
Bergen Teknologioverføring AS	Deleid AS
Christian Michelsen Research AS	Deleid AS
Havbruksstasjonen i Tromsø AS	Deleid AS
Int. Research Institute of Stavanger AS (IRIS AS)	Deleid AS
Inven2 AS	Deleid AS
Møreforskning AS	Deleid AS
Nordlandsforskning AS	Deleid AS
Norkveite AS	Deleid AS
Northern Research Institute Tromsø AS	Deleid AS
NTNU Technology Transfer AS	Deleid AS
OsloTech AS	Deleid AS
Prekubator TTO AS	Deleid AS
Samfunns- og næringslivsforskning AS	Deleid AS
Senter for økonomisk forskning AS	Deleid AS
Stavanger Research Holding AS	Deleid AS
Studiesenteret AS	Deleid AS
Trøndelag Forskning og Utvikling AS	Deleid AS
Trådløse Trondheim AS	Deleid AS
Uni Research AS	Deleid AS
Landbruks- og matdepartementet	
Statskog SF	Statsforetak
Instrumenttjenesten AS	Heleid AS
ITAS Eierdrift AS	Heleid AS
Staur gård AS	Heleid AS
Kimen Såvarelaboratoriet AS	Deleid AS
Nærings- og fiskeridepartementet	
SIVA SF	Statsforetak
Statkraft SF	Statsforetak
Innovasjon Norge	Særlovsselskap (Deleid)
Ambita AS	Heleid AS
Argentum fondsinvesteringer AS	Heleid AS
Baneservice AS	Heleid AS
Box Holdco AS	Heleid AS
Box Topco AS	Heleid AS
Eksportkreditt Norge AS	Heleid AS
Electronic Chart Center AS	Heleid AS
Flytoget AS	Heleid AS
GIEK Kredittforsikring AS	Heleid AS
Investinor AS	Heleid AS

Mesta Konsern AS	Heleid AS
Norges Sjømatråd AS	Heleid AS
Posten Norge AS	Heleid AS
Space Norway AS	Heleid AS
Store Norske Spitsbergen Kullkompani AS	Heleid AS
Andøya Space Center AS	Deleid AS
Nammo AS	Deleid AS
Nofima AS	Deleid AS
DNB ASA	Deleid ASA
Entra ASA	Deleid ASA
Kongsberg Gruppen ASA	Deleid ASA
Norsk Hydro ASA	Deleid ASA
Telenor ASA	Deleid ASA
Yara International ASA	Deleid ASA
Olje- og energidepartementet	
Enova SF	Statsforetak
Gassnova SF	Statsforetak
Statnett SF	Statsforetak
Gassco AS	Heleid AS
Petoro AS	Heleid AS
CO2 Technology Centre Mongstad DA (avviklet i 2017)	Deleid ansvarlig selskap med delt ansvar
Technology Centre Mongstad DA (opprettet i 2017)	Deleid ansvarlig selskap med delt ansvar
Statoil ASA (Equinor ASA)	Deleid ASA
Samferdselsdepartementet	
Bane NOR SF	Statsforetak
Avinor AS	Heleid AS
NSB AS	Heleid AS
Nye Veier AS	Heleid AS
Entur AS	Heleid AS
Norske Tog AS	Heleid AS
Mantena AS	Heleid AS
Svinesundsforbindelsen AS	Heleid AS
Utenriksdepartementet	
NORFUND	Særlovsselskap

3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 23 781 329 7



Flisa Trykkeri AS 2018



Riksrevisjonen
Storgata 16
Postboks 6835 St, Olavs plass
0030 Oslo

Sentralbord 22 24 10 00
postmottak@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no

37 564 597 2 090 45 332 889 821 527 4 707 -421 -8 572 87 4 543 651