



Riksrevisjonen

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Dokument 3:2 (2017–2018)



Riksrevisjonens kontroll med
forvaltningen av statlige
selskaper for 2016

Dokument 3:2 (2017–2018)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:2 (2017–2018) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper* for 2016.

Riksrevisjonen, 12. desember 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Innhold

Del I Riksrevisjonens beretning om kontrollen med statlige selskaper	7
Del II Resultater av forvaltningsrevisjoner	17
Sak 1: Mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet	19
Sak 2: Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten	25
Sak 3: Effektivitet i sykehus	31
Sak 4: Helseforetakenes håndtering av bierverv	37
Sak 5: Tilskudd til forskningsselskaper under Kunnskapsdepartementet	42
Del III Resultater av den årlige kontrollen	49
Sak 1: Tilgangskontroll med helseopplysninger i helseforetakene	51
Sak 2: Eierstyring i AS Vinmonopolet	54
Del IV Oppfølging av tidligere rapporterte saker	57
Styringen av selskaper der universiteter og høgskoler forvalter eierinteressene – Dokument 3:2 (2014–2015)	59
Vedlegg	63
Vedlegg 1: Brev og rapport til sak 1 om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet	65
Vedlegg 2: Brev og rapport til sak 2 om helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten	143
Vedlegg 3: Brev og rapport til sak 3 om effektivitet i sykehus	181
Vedlegg 4: Brev og rapport til sak 4 om helseforetakenes håndtering av bierverv	231
Vedlegg 5: Brev og rapport til sak 5 om tilskudd til forskningsselskaper under Kunnskapsdepartementet	265
Vedlegg 6: Selskaper som omfattes av Riksrevisjonens kontroll for regnskapsåret 2016	307

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 2016 har omfattet 45 heleide aksjeselskaper, 33 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 17 studentsamskipnader. En fullstendig oversikt over selskapene som er kontrollert, finnes i vedlegg 6.

For 2016 har Riksrevisjonen funnet grunnlag for merknader til statsrådets forvaltning av statens interesser under Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Kulturdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energi-departementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet.

Riksrevisjonen har også merknader til tilskuddsforvaltningen under Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskaps-departementet.

2 Sentrale funn fra forvaltningsrevisjonene

Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon av statlige selskaper for 2016 har omfattet fem saksforhold.

Nærmere om Riksrevisjonens merknader:

- Riksrevisjonens undersøkelse viser at departementenes vurdering av den samfunnsmessige effekten for heleide selskaper der staten har forretningsmessige mål og andre spesifikt definerte mål med eierskapet, i hovedsak er basert på selskapenes finansielle resultater. Videre har departementene gitt mange av de heleide selskapene der staten har sektorpolitiske mål med eierskapet, lite tydelige forventninger til selskapenes sektorpolitiske oppgaver, og det er i liten grad stilt krav til at selskapene skal rapportere om sektorpolitisk måloppnåelse og om målene nås effektivt. Dersom departementene legger for stor vekt på selskapenes rapportering og styrenes egne vurderinger av måloppnåelse og økonomiske resultater, kan det etter Riksrevisjonens vurdering innebære at viktige sider ved selskapenes måloppnåelse og drift ikke belyses i eierdialogen. For å være en utfordrende eier, i tråd med forventningene i eierskapsmeldingen, er det viktig at departementene gjør selvstendige vurderinger av selskapenes måloppnåelse og har tydelige forventninger til hva selskapene må oppnå.
- Omfanget av reinnleggelse av pasienter som har vært skrevet ut fra somatiske sykehus, har økt svakt i perioden 2011–2016. Reinnleggelse er en nasjonal kvalitetsindikator som kan være uttrykk for dårlig kvalitet i behandlingsforløpet. I 2016 var det blant pasienter som var skrevet ut til kommunehelsetjenesten, dobbelt så høy andel reinnleggelser som i øvrige pasientgrupper. Informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter, har ikke en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp. Helseforetakene

følger ikke godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Etter Riksrevisjonens vurdering er det mulig å redusere omfanget av unødvendige reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, gjennom bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

- Riksrevisjonens forrige undersøkelse av effektivitet i sykehus, Dokument 3:4 (2013–2014), viste at det var effektivitetsforskjeller mellom helseforetakene, og konkluderte med at det var mulig å øke effektiviteten. Oppfølgingsundersøkelsen viser at det har vært en bedring i sykehusenes effektivitet, men det er fortsatt store forskjeller mellom sykehusene. Etter Riksrevisjonens vurdering er det derfor fortsatt mulig å effektivisere pasientbehandlingen. Den offisielle ventetidsstatistikken gir unøyaktig informasjon om ventetid for hofteproteseoperasjon. Etter Riksrevisjonens mening gir ventetidsstatistikken begrenset mulighet til å kunne vurdere om tilbudet til denne pasientgruppen er likeverdig og i samsvar med nasjonale anbefalinger.
- Ansatte i helseforetakene rapporterer i liten grad om bierverv. Det er stor grad av underreportering i alle foretaksgruppene, og det er store forskjeller i rapporteringspraksis blant helseforetakene i de enkelte regionene. Etter Riksrevisjonens vurdering er det kritikkverdig at helseforetakene ikke har sikret større åpenhet om bierverv. Åpenhet er viktig for å unngå at det kan reises spørsmål om personalets integritet, habilitet og uavhengighet. De regionale helseforetakene har ikke hatt god nok oppfølging av krav som er stilt i foretaksmøter, og retningslinjene som de regionale helseforetakene har fastsatt, er ikke klare nok. Ulik forståelse og praktisering av regelverket er problemer som har vedvart over tid, og dette har blitt tatt opp av Riksrevisjonen i flere tidligere undersøkelser.
- Selskaper i universitets- og høyskolesektoren som driver med forskning, forskningsrelatert virksomhet og/eller TTO-virksomhet (enheter som kommersialiserer ideer basert på offentlig finansiert forskning i samarbeid med universiteter, høyskoler, helseforetak og forskningsinstitutter), og som har tilskudd som en viktig del av sine inntekter, har økt den gjennomsnittlige egenkapitalprosenten med over sju prosentpoeng fra 2011 til 2015. Riksrevisjonen mener at tildeling av tilskuddsmidler har bidratt til oppbygging av egenkapitalen. Dette skyldes at forskningsselskapene i liten grad har etablert organisatoriske og regnskapsmessige skiller mellom konkurranseutsatt og tilskuddsfinansiert virksomhet, samt at tilskuddsforvalterne i liten grad har etablert tiltak for å sikre oppfølging av bruken av tilskudd. Etter Riksrevisjonens vurdering kan konsekvensene være ulovlig kryssubsidiering og konkurransevridning.

3 Riksrevisjonens årlige kontroll

Riksrevisjonen mottar statsrådets beretning om forvaltningen av statens interesser for alle selskaper som Riksrevisjonen fører kontroll med. I hovedsak mottas statsrådets 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 den årlige kontrollen er det grunnlag for merknader i to saker under Helse- og omsorgsdepartementet:

- Riksrevisjonen har de siste årene gjennomført flere undersøkelser av helseforetakenes styring av tilgang til helseopplysninger, og disse har vist at det er svakheter ved informasjonssikkerheten i spesialisthelsetjenesten. I mai 2017 kom det fram at utenlandske IT-arbeidere har hatt tilgang til sensitive pasientdata i Helse

Sør-Østs datasystemer. Etter Riksrevisjonens vurdering er det kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet etter påpekninger over flere år ennå ikke har sørget for at helseforetakene har fått kontroll med tilganger til helseopplysninger. Departementet har etter Riksrevisjonens vurdering et ansvar for aktivt å påse at det etableres helhetlige og systematiske løsninger for styring av tilgang til helseopplysninger.

- Av protokollen fra møte i Vinmonopolets bedriftsforsamling 2. desember 2014 går det fram at strukturen i eierstyringen i Vinmonopolet oppleves som uklar, og at det mangler en formell arena der eier møter selskapet. Etter Riksrevisjonens vurdering er departementets forvaltning av statens eierinteresser i Vinmonopolet ikke i tråd med prinsipper for god eierstyring. Riksrevisjonen mener det er viktig at departementet foretar en generell modernisering av styringsstrukturen i selskapet, og at departementet fastsetter en konkret tidsplan for dette.

4 Oppfølging av tidligere rapporterte forhold

Riksrevisjonen har fulgt opp styringen av selskaper der universiteter og høyskoler forvalter eierinteressene, tidligere rapportert i Dokument 3:2 (2014–2015). Saken 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 2016 sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 29. november 2017

Per-Kristian Foss

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Beate Heieren Hundhammer

Gunn Karin Gjøl

Arve Lønnum

Jens A. Gunvaldsen

Oppsummering av sentrale funn fra undersøkelser om spesialisthelsetjenesten i 2017

I 2017 har Riksrevisjonen overlevert fem forvaltningsrevisjoner om helsetjenesten til Stortinget. I tillegg til de tre revisjonene som rapporteres i Dokument 3:2 (2017–2018), ble *Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene* (Dokument 3:5 (2016–2017)) og *Riksrevisjonens undersøkelse av bruken av poliklinisk bildediagnostikk* (Administrativ rapport 1 2017 (2016–2017)) overlevert våren 2017. Videre er det i Dokument 3:2 (2017–2018) tatt opp en enkeltsak om tilgangskontroll med helseopplysninger som omfatter informasjonssikkerhet i helseforetakene. Selv om undersøkelsene omhandler ulike temaer, og formål og problemstillinger er forskjellige, viser funnene at det er noen svakheter som går igjen.

De regionale helseforetakene sørger ikke for tilstrekkelig ensartet praksis i pasientbehandling og oppfølging av administrativt regelverk

Alle de rapporterte undersøkelsene viser at de regionale helseforetakene bør samordne aktiviteter bedre og være mer aktive pådrivere for å sikre mer ensartet praksis på de områdene som er undersøkt. Dette har betydning både for pasientbehandlingen og for oppfølging av administrativt regelverk.

Undersøkelsen av *utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten* viser at for å få en mer ensartet praksis i pasientbehandlingen, er det viktig at de regionale helseforetakene avklarer hvordan helseforetakene konkret skal overholde den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten. De regionale helseforetakene bør også kunne bidra mer til å redusere variasjon i kvaliteten på de helsetjenestene som tilbys. Undersøkelsen av *bruken av poliklinisk bildediagnostikk* viser at det er behov for klarere prioritering av hvilke CT- og MR-undersøkelser som skal gjennomføres. I undersøkelsen av *effektivitet i sykehus* framheves betydningen av overføring av erfaringer mellom helseforetakene for å få fram beste praksis.

Det er videre viktig at de regionale helseforetakene påser at administrative bestemmelser, som krav til registrering av medisinske koder og rapportering av bierverv, følges opp i helseforetakene og at regelverk blir oppfattet og praktisert ensartet.

På enkelte områder kan det også være formålstjenlig at regionene samarbeider mer på tvers. Et slikt eksempel er enkeltsaken om tilgangskontroll med helseopplysninger, der det påpekes at regionenes innsats er lite samordnet.

De regionale helseforetakene har ansvar for å samordne virksomheten i helseforetakene som de eier, med mål om at ressursene samlet sett skal utnyttes på en hensiktsmessig og rasjonell måte. Ulike tolkninger og ulik forståelse i helseforetakene av kravene som er stilt i regelverket, øker risikoen for at dette ikke etterleves. Det er ikke god ressursbruk at alle helseforetakene selv må foreta slike avklaringer.

De regionale helseforetakenes har for svak oppfølging av vedtak fattet i foretaksmøter

Foretaksmøtet er det regionale helseforetakets øverste organ der statsrådets Eiermyndighet utøves. Det er derfor viktig at de regionale helseforetakene følger opp vedtak som fattes i foretaksmøter.

Undersøkelsen av *helseforetakenes håndtering av bierverv* viser at det har vært stilt krav om registrering av og rapportering om bierverv i foretaksmøter med de regionale helseforetakene siden 2006. Selv om disse kravene har blitt gjentatt og skjerpet, har de regionale helseforetakene og helseforetakene viet temaet lite oppmerksomhet, og det er fortsatt store svakheter på området.

Helseforetakene sørger ikke for at mål og krav til sektoren blir godt nok forankret og fulgt opp

Tre av undersøkelsene – av *medisinsk kodepraksis i helseforetakene*, *helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten* og av *helseforetakenes håndtering av bierverv* – viser at selv om regelverk, rutiner og prosedyrer er på plass, er ikke dette tilstrekkelig til å sikre at pålagte krav blir etterlevd. Dette gjelder både administrativt regelverk og regelverk som direkte gjelder pasientbehandlingen. En sentral forklaring er at regelverk, rutiner og prosedyrer ikke er godt nok kjent blant de ansatte, og at ansatte ikke får nok opplæring i å utføre pålagte oppgaver. Dette kan føre til at oppgaver ikke blir utført i tråd med pålagte krav – som å registrere medisinske koder korrekt, rapportere om bierverv og å sørge for at informasjon om utskrivningsklare pasienter til kommunehelsetjenesten har den nødvendige kvaliteten.

Statsråden viste i foretaksmøtene med de regionale helseforetakene i januar 2017 til at den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten¹ er et sentralt virkemiddel der ledelsens ansvar er tydeliggjort. De undersøkelsene som Riksrevisjonen har gjennomført, støtter behovet for å stille klarere krav til lederskap i sektoren. Det er nødvendig at ledelsen har god nok oppmerksomhet mot relevante og viktige temaer for å sikre effektiv drift, og legger til rette for å utvikle kunnskap og ferdigheter hos ansatte. Flere av undersøkelsene viser også at ledelsen har en viktig rolle i forbedringsarbeid. I for eksempel undersøkelsen av *effektivitet i sykehus* kommer det fram at ledelsens tilrettelegging for kontinuerlig forbedringsarbeid lokalt er avgjørende for å sikre effektiv pasientbehandling.

Riksrevisjonen vil påpeke betydningen av at helseforetakene, med tydelig forankring i ledelsen, har systematisk styring av aktiviteter med sikte på å levere forsvarlige og gode helsetjenester, og å forbedre tjenester som ikke er gode nok. I tillegg til å ha egnede systemer og rutiner er det viktig at svakheter i kontrollmiljøet avdekkes og følges opp for å sikre at mål og krav blir fulgt opp i praksis.

Kvaliteten på styringsinformasjonen og bruken av den er ikke god nok

To av undersøkelsene – *Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene* og av *effektivitet i sykehus* – tar opp svakheter i helseforetakenes praksis med registrering av henholdsvis medisinske koder og ventetider for hofteoperasjoner. Dette fører til unøyaktig informasjon i statistikkgrunnlaget og gjør at styringsinformasjonen som skal brukes på ulike nivåer i helsesektoren, blir mindre pålitelig. Ulik registreringspraksis fører til at pasientstatistikken om ventetider ikke blir sammenlignbar mellom sykehus og har konsekvenser for styringen av tjenestetilbudet. Medisinske koder har bred anvendelse og brukes av mange aktører til ulike formål, og er derfor et viktig grunnlag både for styring på ulike nivåer i helsetjenesten og som grunnlag for forskning. 73 av de nasjonale kvalitetsindikatorene er basert på informasjonen fra medisinske koder. I tillegg benyttes data fra medisinske koder i DRG-systemet (for pasientklassifisering i diagnoserelaterte grupper) som blant annet brukes til å finansiere helseforetakene gjennom innsatsstyrt finansiering.

1) *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* av 28. oktober 2016. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017.

Flere av undersøkelsene² viser også at relevant styringsinformasjon ikke brukes selv om den finnes. I for eksempel undersøkelsen av *effektivitet i sykehus* går det fram at mange ortopediske ledere ikke bruker informasjon om reinnleggelser som styringsparameter for den ortopediske virksomheten.

God kvalitet på og bruk av styringsinformasjon er nødvendig for å kunne sikre god nasjonal styring av spesialisthelsetjenesten, og for at ledelsen i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal kunne basere beslutninger på riktige premisser.

2) Undersøkelsene av helseforetakenes håndtering av bierverv, medisinsk kodepraksis i helseforetakene og effektivitet i sykehus.

Del II

Resultater av forvaltningsrevisjoner

Sak 1: Mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse for eller et sektorpolitisk mål med eierskapet, benytter mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift og rapporterer med bakgrunn i disse. Videre er det vurdert i hvilken grad departementene følger opp og vurderer samfunnsmessige effekter eller sektorpolitisk måloppnåelse og effektiv drift i selskapene.

Som eier skal staten utarbeide et tydelig mål for eierskapet, fastsette vedtekter og velge styre, samt følge opp statens forventninger. Staten kan også benytte virkemidler som sektorspesifikk lovgivning, konsesjoner, statlige tilsyn og finansielle virkemidler som tilskudd, kjøp av tjenester og brukerfinansiering. Valg av styringsvirkemidler og selskapsform setter rammer for selskapets virksomhet og for statens eieroppfølging. Selskapets styre skal utarbeide klare mål og strategier innenfor rammene av selskapets vedtekter og rapportere om oppnåelse av disse til eier.

Flere av Riksrevisjonens tidligere undersøkelser har vist at staten i liten grad benytter eierdialogen til å følge opp de samfunnsmessige effektene eller den sektorpolitiske måloppnåelsen som ligger til grunn for eierskapet. Undersøkelsene har også vist at det er behov for å styrke selskapenes arbeid med å fastsette mål og indikatorer som gjør det mulig å vurdere måloppnåelse og effektiv drift. Studier foretatt av blant annet Sørensen og Rattsø og Direktoratet for forvaltning og IKT har pekt på lignende utfordringer.

For å tydeliggjøre statens mål med eierskapet i det enkelte selskap har den statlige selskapsporteføljen siden 2006 vært inndelt i fire kategorier. Denne undersøkelsen omfatter selskaper i kategori 3 og 4. Selskapenes og departementenes situasjon undersøkes med utgangspunkt i årene 2015 og 2016. Undersøkelsen er basert på skriftlige besvarelser fra styreledere i 29 selskaper og intervjuer og skriftlige besvarelser fra 9 eierdepartementer.

Statens mål med eierskapet i selskaper under kategori 3 og 4

Kategori 3 omfatter selskaper der staten har forretningsmessige mål og andre spesifikt definerte mål med eierskapet. Det innebærer at det også er en samfunnsmessig begrunnelse for eierskapet.

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.

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

- *reglement for økonomistyring i staten*
- *lov om aksjeselskaper (aksjeloven)*
- Innst. 140 S (2014-2015), jf. Meld St. 27 (2013-2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal - og moderniseringsdepartementet, Kulturdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet i brev av 30. juni 2016.

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

1 Hovedfunn

- For de fleste selskapene i kategori 3 baserer departementene sine vurderinger av samfunnsmessige effekter hovedsakelig på selskapenes finansielle resultater.
- Departementene har for mange av selskapene i kategori 4 gitt lite tydelige forventninger til selskapenes sektorpolitiske mål.
- De fleste styrene i kategori 4-selskapene setter egne mål for selskapets sektorpolitiske oppgaver, mens færre setter mål for effektiv drift.
- Departementene stiller i liten grad krav til innholdet i kategori 4-selskapenes rapportering om oppnåelse av sektorpolitiske mål og effektiv drift.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 For de fleste selskapene i kategori 3 baserer departementene sin vurdering av samfunnsmessige effekter hovedsakelig på selskapenes finansielle resultater

Departementene har satt avkastningsmål (referanseavkastning) og utbytteforventninger til alle de seks kategori 3-selskapene. Overfor NSB AS har Samferdselsdepartementet også stilt konkrete forventninger til selskapets samfunnsoppdrag.

Styrene har utarbeidet en rekke mål og indikatorer for selskapenes forretningsmessige virksomhet, mens de i mindre utstrekning har utarbeidet mål for å kunne vurdere de samfunnsmessige effektene av selskapenes virksomhet. Styrelederne begrunner dette med at de samfunnsmessige effektene kan vurderes ved hjelp av målene som er satt for den forretningsmessige virksomheten. Alle styrene har utarbeidet effektivitetsmål og lønnsomhetsmål for selskapenes forretningsmessige virksomhet, og alle følger opp effektiv drift ved hjelp av indikatorer.

Alle selskapene i kategori 3 har en omfattende rapportering til eier om finansielle resultater. Med bakgrunn i et vedtektsfestet krav rapporterer NSB AS, som eneste selskap, også om utvikling og resultater relatert til statens samfunnsmessige begrunnelse for eierskapet.

Etter Riksrevisjonens vurdering ville en mer systematisk og tydelig rapportering om selskapenes samfunnsmessige effekter være nyttig for at staten skal kunne vurdere om selskapenes virksomhet ivaretar den samfunnsmessige begrunnelsen for eierskapet. Utfyllende informasjon om selskapenes samfunnsmessige effekter vil også være nyttig for departementene som strategiske og utfordrende eiere, i tråd med forventningene i eierskapsmeldingen. Informasjon om samfunnsmessige effekter kan være relevant i eiers vurdering av selskapenes innretning eller i en vurdering av om andre virkemidler enn statlig eierskap er best egnet for å oppnå det staten ønsker. For ensidig oppmerksomhet fra eier på selskapenes finansielle resultater og avkastning

kan, etter Riksrevisjonens mening, gjøre det vanskelig å vurdere om selskapenes virksomhet bidrar til de ønskede samfunnsmessige effektene. Etter Riksrevisjonens vurdering burde departementene gå lenger i å kreve rapportering fra selskapene som også synliggjør hvordan den forretningsmessige virksomheten bidrar til å ivareta de samfunnsmessige effektene som legges til grunn for det statlige eierskapet.

2.2 Departementene har for mange av selskapene i kategori 4 gitt lite tydelige forventninger til selskapenes sektorpolitiske mål

I henhold til eierskapsmeldingen skal staten som eier søke å utvikle tydelige resultatforventninger og resultatindikatorer for selskapene i kategori 4. Det forventes også at selskapene utfører oppgavene på en ressurseffektiv måte.

Departementene har primært satt forventninger til de elleve selskapene som mottar tilskudd for hele eller deler av virksomheten. Departementets forventninger til disponeringen av tilskuddet framgår av selskapenes årlige tilskuddsbrev. For tre selskaper har departementet stilt forventninger til selskapets virksomhet gjennom et oppdragsbrev. Det er stor variasjon i hvor tydelige forventninger departementene har utformet, og om det er angitt spesifikke måltall. Departementene som ikke har satt tydelige forventninger med måltall, begrunner dette enten med at det er styrets oppgave, eller at det er vanskelig og lite hensiktsmessig på grunn av selskapets egenart. Blant de ti selskapene som verken mottar tilskudds- eller oppdragsbrev, er det kun overfor Norsk Tipping AS under Kulturdepartementet og Avinor AS under Samferdselsdepartementet at det er satt forventninger til både sektorpolitisk måloppnåelse og effektiv drift.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig at departementene setter forventninger som støtter opp om de målene som er satt for eierskapet. Tydelige forventninger vil gjøre det enklere for departementet å vurdere både graden av måloppnåelse og om målene nås ressurseffektivt. Etter Riksrevisjonens vurdering kan tydeligere forventninger også gjøre det enklere for departementene å benytte eierdialogen til å utfordre selskapene på om de mål og indikatorer som styret har utarbeidet, reflekterer statens mål med eierskapet på en god måte.

2.3 De fleste styrene i kategori 4-selskapene setter egne mål for selskapets sektorpolitiske oppgaver, mens færre setter mål for effektiv drift

Styret har det øverste ansvaret for selskapets resultater og for å realisere forventningene som er satt av eier. Styrene skal utarbeide klare mål og strategier innenfor rammen av vedtektene, og rapportere til eier med bakgrunn i disse.

Med unntak av NSD AS og UNINETT AS under Kunnskapsdepartementet har de fleste sektorpolitiske selskapene som mottar tilskudd for hele eller deler av virksomheten, utarbeidet egne mål og indikatorer for selskapets sektorpolitiske oppgaver. Bare tre av de elleve selskapene som mottar tilskudd, har utarbeidet mål, indikatorer og måltall for effektiv drift. Styrene i de øvrige selskapene foretar kun kvalitative vurderinger av hvorvidt selskapets drift er effektiv.

Styrene i seks av de tolv selskapene som ikke mottar tilskudd, har utarbeidet egne mål og indikatorer for både selskapets sektorpolitiske oppgaver og effektiv drift. Blant de øvrige styrene har enkelte fastsatt mål og indikatorer for selskapets sektorpolitiske oppgaver, men ikke for effektiv drift. For Simula AS under Kunnskapsdepartementet og Space Norway AS under Nærings- og fiskeridepartementet har styrene verken satt mål for selskapets sektorpolitiske oppgaver eller for effektiv drift.

Selskapene som ikke har utarbeidet konkrete mål og indikatorer, baserer sin vurdering av måloppnåelse utelukkende på beskrivende kvalitative mål, om budsjettet går i balanse eller på gjennomførte aktiviteter. Fastsettelse av konkrete mål og indikatorer for selskapenes sektorpolitiske oppgaver og effektiv drift kan etter Riksrevisjonens mening gjøre det enklere for styrene å vurdere og rapportere til eier om grad av måloppnåelse og effektiv drift. Å styre etter et fastsatt budsjett gir etter Riksrevisjonens mening begrenset informasjon om hvorvidt driften er effektiv.

Av OECDs prinsipper for god eierstyring går det fram at benchmarking kan være et godt hjelpemiddel til å vurdere om selskapets drift er effektiv sammenlignet med andre selskaper i samme bransje. Om lag en fjerdepart av de 23 selskapene i kategori 4 har i undersøkelsesperioden funnet sammenlignbare selskaper og benyttet seg av benchmarking for å vurdere om driften er effektiv. Etter Riksrevisjonens mening kan både benchmarking og ulike effektiviseringsprogrammer bidra til at både styrene og departementene øker oppmerksomheten om effektiv drift.

2.4 Departementene stiller i liten grad krav til innholdet i kategori 4-selskapenes rapportering om oppnåelse av sektorpolitiske mål og effektiv drift

Ifølge OECDs prinsipper for eierstyring er det en viktig oppgave for staten å stille forventninger til selskapenes rapportering. Selskapenes rapportering skal sikre eier relevant informasjon, samtidig skal rapporteringen gjøre det mulig for eier å føre regelmessig tilsyn med og vurdere selskapenes resultater. Det går videre fram av OECDs prinsipper for eierstyring at eier bør utarbeide ordninger for å vurdere selskapenes resultater i forhold til fastsatte mål.

Det viktigste informasjonsgrunnlaget i departementenes vurdering av måloppnåelse og effektiv drift er selskapenes årsrapporter og kvartalsrapporter, samt presentasjoner gitt i møter mellom selskapene og departementene. Selskapenes rapportering om måloppnåelse baserer seg hovedsakelig på styrenes egne vurderinger og i mindre grad på konkrete mål og indikatorer. Selskapene som mottar tilskudd, rapporterer i tillegg om bruken av tilskuddsmidlene. For selskaper som ikke mottar tilskudd, har departementene i liten utstrekning etterspurt konkret rapportering om grad av måloppnåelse. Dette kan etter Riksrevisjonens mening innebære at departementene ikke har tilstrekkelig objektiv informasjon til å vurdere om selskapene når de målene som er satt for selskapet, og om målene nås effektivt.

Ut over årsrapporter og kvartalsrapporter mottar enkelte departementer for alle, eller noen av sine selskaper eksterne vurderinger av selskapenes måloppnåelse. Etter Riksrevisjonens mening kan eksterne vurderinger av selskapenes måloppnåelse og effektiv drift være et nyttig supplement til selskapenes egen rapportering. Eksterne vurderinger vil også, etter Riksrevisjonens mening, gi departementene et bredere grunnlag for å gjøre egne vurderinger av hvorvidt målene for statens eierskap nås, og om målene nås effektivt.

Departementene skal ifølge økonomiregelverket og eierskapsmeldingen sørge for at det gjennomføres evalueringer av effektivitet, måloppnåelse og resultater. Evalueringer vil gi departementene grunnlag for å kunne vurdere hensiktsmessigheten av eierskapet, organisering og virkemidler, herunder tilskuddsordninger. Med unntak av Nærings- og fiskeridepartementet og Samferdselsdepartementet gjennomfører departementene få systematiske analyser eller evalueringer av selskapenes resultater og utvikling over tid. Videre har kun et fåtall av departementene som gir tilskudd, dokumentert at det gjøres analyser eller evalueringer av tilskuddsmidlenes anvendelse og selskapenes måloppnåelse over tid.

Det er Riksrevisjonens vurdering at dersom departementene legger for stor vekt på selskapenes rapportering og styrenes egne vurderinger av måloppnåelse og økonomiske resultater, kan det innebære at viktige sider ved selskapenes måloppnåelse og drift ikke belyses i eierdialogen. For å være en utfordrende eier, i tråd med forventningene i eierskapsmeldingen, er det viktig at departementene gjør selvstendige vurderinger av selskapenes måloppnåelse og har tydelige forventninger til hva selskapene må oppnå.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- departementene i eierdialogen gir tydeligere uttrykk for sine forventninger til hva selskapene skal oppnå av samfunnsmessige effekter eller sektorpolitiske mål for at statens mål med eierskapet skal nås
- departementene overfor selskaper i kategori 3 stiller tydeligere forventninger til selskapenes samfunnsmessige effekter og krav til at selskapene i sin rapportering viser hvordan den forretningsmessige virksomheten ivaretar de samfunnsmessige effektene som staten ønsker med eierskapet
- departementene overfor kategori 4-selskapene
 - setter egne forventninger til selskapenes sektorpolitiske mål og effektiv drift, for å sikre at selskapenes virksomhet bidrar til å nå målene som ligger til grunn for statens eierskap
 - følger opp at styrene utarbeider mål og indikatorer som dekker statens mål med eierskapet, og rapporterer om disse
- de tverrdepartementale foraene benyttes til erfaringsutveksling og koordinering for å sikre at alle departementene har tilstrekkelig kompetanse til å utfordre styrene og selskapene på om de mål som er satt for virksomheten, bidrar til å ivareta målene som staten har lagt til grunn for eierskapet

4 Departementenes oppfølging

Næringsministeren understreker at det er viktig å følge med på hvordan selskapenes virksomhet bidrar til å nå de samfunnsmessige effektene som ligger til grunn for statens eierskap, men minner samtidig om viktigheten av at *selskaper i kategori 3* skal drives på forretningsmessig grunnlag. For å videreutvikle sitt arbeid vil statsråden søke å utforme forventninger til selskapenes samfunnsmessige effekter og følge opp disse. Næringsministeren vil også se nærmere på om det er behov for å justere forventningene til selskapenes rapportering, samt om det er behov for å innhente informasjon om samfunnsmessige effekter fra andre kilder enn selskapene.

Helse- og omsorgsministeren, næringsministeren og samferdselsministeren understreker alle i sine svarbrev at departementene på sikt vil søke å utvikle egne resultatforventninger til *kategori 4-selskapenes* sektorpolitiske mål og effektiv drift. Næringsministeren og utenriksministeren understreker videre at departementet for å kunne utfordre styrenes valg av mål og indikatorer, må ha en god forståelse av selskapenes virksomhet, og være i stand til å danne seg en selvstendig oppfatning av om de valgte målene er vesentlige. Samferdselsministeren understreker også at de vil

forsøke å arbeide videre med systematiske analyser for å kunne vurdere selskapenes verdidrivere og videreutvikling, gjerne opp mot sammenlignbare selskaper.

Kulturministeren understreker i sitt svarbrev at det for enkelte selskaper ikke vil være formålstjenlig å sette konkrete mål, og at en løpende kvalitativ totalvurdering av selskapets virksomhet vil kunne gi en bedre vurdering av om statens mål med eierskapet nås.

Flere av statsrådene støtter Riksrevisjonens anbefaling om å følge opp at styrene i kategori 4-selskapene utarbeider mål og indikatorer som dekker statens mål med eierskapet og rapporterer på disse. Både helse- og omsorgsministeren, kulturministeren, kunnskapsministeren, næringsministeren, olje- og energiministeren og utenriksministeren understreker i sine svarbrev at de i dialogen med selskapene og styrene vil videreutvikle og styrke eieroppfølgingen av styrenes arbeid, for å sikre at mål og indikatorer som utarbeides, dekker statens mål med eierskapet og at selskapene rapporterer på disse.

Statsrådene i Kulturdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Samferdselsdepartementet understreker i sine svarbrev at de tverrdepartementale møteplassene er viktige arenaer for å nyttiggjøre seg av den samlede kompetansen som finnes i de ulike eierdepartementene, og at de gjennom disse foraene vil søke å videreutvikle og styrke egen eierskapsutøvelse overfor sine selskaper.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Sak 2: Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter legger til rette for helhetlige og koordinerte pasientforløp. Undersøkelsen er basert på spørrebrev, analyse av statistikk, dokumenter og dybdeintervjuer. Datainnsamlingen omfatter perioden 2011–2017.

I 2016 var det nær 800 000 døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten. 108 000 av disse gjelder pasienter som ble skrevet ut fra somatiske sykehus til sykehjem, institusjon eller hjem, med behov for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten – også kalt de utskrivningsklare pasientene. Over halvparten av de utskrivningsklare pasientene var over 80 år. Den typiske pasienten som skrives ut til kommunehelsetjenesten, er eldre og har flere lidelser, og mer enn ni av ti pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester, har mer enn én sykdom. Disse pasientene er svært sårbare for forflytninger, og å bli lagt inn igjen på sykehuset kort tid etter utskrivning kan være krevende for pasienten og kostbart for samfunnet.

Spesialisthelsetjenesten har et selvstendig ansvar for å bidra til et helhetlig pasientforløp av god kvalitet, og helseforetakene skal legge til rette for nødvendig samarbeid med kommunehelsetjenesten. Et viktig mål med samhandlingsreformen er å skape gode helhetlige pasientforløp på tvers av behandlingsnivåene. Helseforetakene er pålagt å inngå samarbeidsavtaler med kommunene om de pasientene som skrives ut for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*, viste at liggetiden er redusert spesielt for personer som skrives ut til kommunehelsetjenesten. Det gikk videre fram at mange fastleger og kommuner mente at pasienter blir skrevet ut for tidlig, slik at det var vanskelig for kommunen å tilby pasienten et godt tjenestetilbud. For tidlig utskrivning kan føre til at flere pasienter blir reinnlagt etter utskrivning til kommunen.

Både Riksrevisjonens undersøkelse, Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2015 og oppsummeringsrapport fra internrevisjonen i Helse Sør-Øst i 2014 viser at det er utfordringer i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter. Dette gjelder særlig informasjonsutvekslingen mellom de to nivåene og kvaliteten på den informasjonen som utveksles. Internrevisjonens undersøkelse viser at det er risiko for at helseforetakenes interne styrings- og kontrollsystemer ikke bidrar godt nok til nødvendig kommunikasjon og informasjonsutveksling med kommunehelsetjenesten.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven)
- *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven)
- *lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven)
- *forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*
- *forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*
- *forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten* (internkontrollforskriften), som fra 1. januar 2017 ble erstattet med *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

- Innst. 217 S (2015–2016), jf. Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*
- Innst. 424 L (2010–2011), jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- St. meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev av 30. juni 2017. Departementet har i brev av 21. august 2017 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Omfanget av reinnleggelser har økt svakt i perioden 2011–2016.
- Informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter, har ikke en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp.
- Helseforetakene følger ikke godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.
- Det er mulig å redusere omfanget av unødvendige reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, gjennom en bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Omfanget av reinnleggelser har økt svakt i perioden 2011–2016

Antall døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten har vært forholdsvis stabilt i undersøkelsesperioden og utgjorde nær 800 000 i 2016. Antall opphold av utskrivningsklare pasienter, som utgjorde 108 000 i 2016, har økt i perioden 2011–2016 i alle helseregioner og for de aller fleste helseforetakene. Økningen skyldes blant annet at registreringspraksis er endret slik at flere pasienter blir registrert som utskrivningsklare etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette gjelder særlig i starten av perioden.

I undersøkelsesperioden har den totale andelen akutte innleggelser innen 30 dager etter tidligere utskrivning fra sykehus – reinnleggelser – økt fra 9 til 10 prosent. Blant disse har andelen av utskrivningsklare pasienter økt, og økningen har vært størst fra 2011 til 2012. For pasienter som skrives ut til hjemmet, uten oppfølging fra kommunehelsetjenesten, har andelen reinnleggelser gått noe ned i perioden. Endringene skyldes blant annet forbedringer av sykehusenes registreringspraksis.

I 2016 var andelen reinnleggelser over dobbelt så høy for pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, som for øvrige pasienter. Hver femte pasient som ble skrevet ut til kommunehelsetjenesten, ble lagt inn på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter at han eller hun ble skrevet ut. Reinnleggelse er en nasjonal kvalitetsindikator som det er viktig å følge med på, fordi det kan være uttrykk for dårlig kvalitet i behandlingsforløpet. Etter Riksrevisjonens vurdering viser statistikken over reinnleggelser at det er særlige utfordringer med pasientgruppen som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

2.2 Informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, har ikke en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp

En vesentlig forutsetning for å sikre at utskrivningsklare pasienter får helhetlige og koordinerte pasientforløp, er at det er god kvalitet på pasientinformasjonen som helseforetakene sender til kommunehelsetjenesten, og at informasjonen kommer i rett tid. Helseforetakene er pålagt å legge til rette for nødvendig samarbeid med kommunehelsetjenesten, og formen på og innholdet i kommunikasjonen mellom tjenestenivåene er lov- og forskriftsregulert.

Denne undersøkelsen bekrefter tidligere funn om at kvaliteten på informasjon om utskrivningsklare pasienter ikke er god nok, og at helseforetakene har utfordringer med den informasjonen de gir til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig feil og mangler i epikriser, medisinlister og vurderinger av pasienters funksjonsnivå.

Det er flere forklaringer på at kvaliteten på informasjonen til kommunehelsetjenesten ikke er god nok. Når pasienter legges inn, har informasjonen fra kommunehelsetjenesten ofte feil og mangler om hvilke medisiner pasienten bruker til daglig og hva som er pasientens normale funksjonsnivå. Dette vanskeliggjør sykehusenes oppgaver med å utarbeide korrekt medisinliste og å vurdere pasientens faktiske funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskrivning. Helsepersonell som arbeider med utskrivning av pasienter på sykehusene, gjør i liten grad kommunehelsetjenesten oppmerksom på disse feilene og manglene.

Innholdet i pasientjournalene utgjør grunnlaget for informasjonen som sendes kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen viser at pasientjournalene til tider ikke er oppdatert, og at vesentlig informasjon ikke alltid er dokumentert. Dette øker etter Riksrevisjonens vurdering risikoen for at blant annet sammenfatningen av journalopplysninger som gis i epikrisen, ikke gir kommunehelsetjenesten god nok informasjon til å kunne ta stilling til hvilken hjelp pasienten skal motta etter utskrivning.

Det er i liten grad etablert en systematisk opplæring av utførende helsepersonell i regelverk, prosedyrer og rutiner for utskrivning av pasienter i de undersøkte helseforetakene. I tillegg gjennomføres det i liten grad rutinemessige kontroller på utførende nivå for å kvalitetssikre informasjonen som sendes til kommunehelsetjenesten i eksempelvis pleie- og omsorgsmeldinger, epikriser og medisinlister. Videre er tidspress på sykehus en forklaring på at dialogen med kommunehelsetjenesten nedprioriteres, og at kvaliteten på informasjonen som sendes kommunehelsetjenesten blir svekket eller at informasjonen blir forsinket.

De fleste pasientene som skrives ut til kommunehelsetjenesten, har sammensatte lidelser, og det er viktig med tverrfaglige vurderinger av disse pasientene. Av undersøkelsen går det fram at geriatriske enheter i langt større grad enn andre enheter systematisk gjennomfører tverrfaglige vurderinger av eldre pasienter med sammensatte lidelser. Ved å involvere fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre faggrupper øker sannsynligheten for at pasientinformasjonen til kommunehelsetjenesten får bedre kvalitet og blir mer helhetlig. Etter Riksrevisjonens vurdering er det behov for et bedre system for tverrfaglig involvering i arbeidet med vurdering av eldre pasienter med sammensatte lidelser.

Innføringen av det elektroniske pleie- og omsorgssystemet har forbedret samhandlingen mellom behandlingsnivåene. Det er likevel ikke lagt godt nok til rette for å formidle vurderingene fra fysioterapeuter og ergoterapeuter til kommunehelsetjenesten og for å kommunisere effektivt med fastleger. Etter Riksrevisjonens vurdering kan dette føre til at informasjon som er sentral og nødvendig for å vurdere hva som er forsvarlig hjelp for den enkelte pasient, ikke kommer fram.

2.3 Helseforetakene følger ikke godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

Samarbeidsavtaler er et lovpålagt verktøy for å fremme helhetlige pasientforløp og samarbeid mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten. Helseforetakene har inngått samarbeidsavtaler med kommunene. Avtalene har i hovedsak likt innhold og er i tråd med kravene i den nasjonale veilederen om samarbeidsavtaler. I tillegg har helseforetakene etablert en rekke prosedyrer og rutiner som omfatter de avtalefestede forpliktelsene og hvordan brudd på forpliktelsene skal meldes, håndteres, evalueres og følges opp for å sikre læring. Av undersøkelsen går det fram at prosedyrene og rutinene ikke er godt nok kjent blant helsepersonell som til daglig arbeider med pasientbehandling og skriver ut pasienter.

Individuell plan og koordinator er andre lovpålagte samarbeidsfremmende virkemidler for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Selv om de fleste helseforetakene har prosedyrer for individuell plan og koordinator, er disse virkemidlene i praksis lite kjent, og de brukes i liten grad for eldre pasienter med sammensatte lidelser. Når helsepersonell ikke har tilstrekkelig kunnskap om pålagte virkemidler som skal fremme viktige pasientrettigheter, helhetlige pasientforløp og samarbeid mellom forvaltningsnivåene, mener Riksrevisjonen at helseforetakene i sin styring ikke legger godt nok til rette for at virkemidlene tas i bruk.

Spesialisthelsetjenesten har en generell, lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten, og helsepersonell på sykehusene skal gi råd, veiledning og opplysninger om helseforhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Samtidig følger det av samarbeidsavtaler at helseforetak ikke skal legge føringer for hvilke tjenester kommuner skal yte til pasienten etter utskrivning, eller vurdere om det kommunale hjelpetilbudet er forsvarlig. Dette gjør at det i praksis er krevende å følge opp veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten på en balansert måte. Etter Riksrevisjonens vurdering har helseforetakene ikke avklart godt nok hvordan helsepersonell skal ivareta denne plikten.

Det er forskriftsregulert at en somatisk pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten, og at beslutningen skal være basert på en individuell, helsefaglig vurdering. Videre er det lovregulert at kommuner fra dag én skal dekke utgifter for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i spesialisthelsetjenesten i påvente av kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Det kommer fram av undersøkelsen at det kommunale tjenestetilbudet som eldre pasienter tilbys, i mange tilfeller ikke samsvarer med det tjenestebehovet som sykehuset mener pasientene har behov for etter utskrivning. Det er eksempler på at leger i slike situasjoner utsetter å melde pasienten utskrivningsklar, blant annet for å redusere risikoen for eventuell reinnleggelse. En slik praksis er etter Riksrevisjonens vurdering forståelig ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv, men den understøtter ikke samhandlingsreformens intensjon om at tjenester skal ytes på laveste nivå. En slik praksis kan også føre til at helseforetakenes liggetider og kostnader øker.

2.4 Det er mulig å redusere omfanget av unødvendige reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, gjennom en bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

Mer enn ni av ti pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, har flere enn én sykdom. Liggetiden for disse pasientene har blitt kortere i perioden 2011–2016, mens andelen som reinnlegges, har økt. Dette henger blant annet sammen med at kortere liggetid på sykehus gir høyere sannsynlighet for reinnleggelse for denne pasientgruppen.

Kortere liggetid på sykehus er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner, men det stiller særskilte krav til helseforetakene om å ha etablert en praksis som sikrer en god utskrivningsprosess. Påpekte svakheter i pasientinformasjonen kan være en årsak til at pasienter blir unødvendig reinnlagt, fordi kommunehelsetjenesten ikke får godt nok informasjonsgrunnlag til å følge opp pasienten. Unødvendige reinnleggelser skal unngås, og etter Riksrevisjonens vurdering er det mulig å redusere antallet slike reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene
 - følger opp at sykehusene har interne systemer og kontroller som sikrer at de ansatte kjenner til og bruker virkemidler, prosedyrer og rutiner i arbeidet med utskrivning av pasienter. Dette skal sikre at lovpålagte krav blir fulgt og bidra til god informasjonsutveksling og samhandling mellom tjenestenivåene.
 - bidrar til en praksis for utskrivning av pasienter som oppfyller samhandlingsreformens intensjon om at tjenester skal ytes på laveste nivå. Dette må skje innenfor rammen av hva som er medisinsk forsvarlig og gjennom samhandling med kommunehelsetjenesten.
- de regionale helseforetakene tydeliggjør hvordan helseforetakenes lovpålagte veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten i forbindelse med utskrivning av pasienter konkret skal utføres for å være i tråd med samarbeidsavtalene.
- Helse- og omsorgsdepartementet følger opp at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter bidrar til at liggetider ved helseforetakene ikke øker unødige i omfang og kostnad innenfor rammen av hva som er medisinsk forsvarlig.

4 Departementets oppfølging

Statsråden påpeker at Riksrevisjonens anbefalinger vil bli fulgt opp på egnet måte og omtaler flere aktuelle virkemidler og tiltak i sitt svarbrev.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 1. januar 2017, har som mål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Statsråden påpeker at det er satt i gang flere tiltak for å legge til rette for å forbedre kommunikasjonen og informasjonsutvekslingen i tjenesten. Det blir vist til en pågående utredning av en felles legemiddelliste, som er en oppfølging av Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse*. Her vil det bli etablert en komplett, oppdatert og strukturert felles legemiddelliste som er tilgjengelig for helsepersonell. En felles oversikt over pasientens legemidler vil, ifølge statsråden, gjøre det mulig for helsepersonell å dele informasjon om pasientens faktiske legemiddelbruk på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Statsråden påpeker at det er mange både i sykehus, kommuner, hos fastleger og i resten av helsetjenesten som sliter med gammel informasjonsteknologi, og at dette skaper problemer for kommunikasjon og informasjonsutveksling. Pasientjournalssystemene tilfredsstillter ikke dagens krav til funksjonalitet og informasjonssikkerhet. Statsråden mener at informasjonen må deles mellom aktørene i stedet for å bli sendt slik det gjøres i dag. Det arbeides derfor med å modernisere IKT-plattformen og for en felles løsning for helse- og omsorgssektoren. Helsesektoren er i gang med å realisere "Én innbygger – én journal". Det langsiktige målet er en felles nasjonal løsning som gir en gjennomgående digital journalløsning for hele helsetjenesten.

Når det gjelder å bidra til at liggetider ikke øker unødige, påpeker statsråden at tidlig innsats med tjenester på laveste effektive omsorgsnivå og en bedre helhet og sammenheng i tilbudene vil stå sentralt i helsepolitikken framover. Som et eksempel viser statsråden til stortingsmeldingen "Leve hele livet". Meldingen er under utarbeiding og vil ha helhet og sammenheng som tema.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Sak 3: Effektivitet i sykehus

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om sykehusene har effektivisert organiseringen av pasientbehandlingen i perioden 2011–2015, og å identifisere faktorer som kan bidra til å effektivisere pasientbehandlingen.

Riksrevisjonens forrige undersøkelse av effektivitet i sykehus, Dokument 3:4 (2013–2014), viste at det var effektivitetsforskjeller mellom helseforetakene, og konkluderte med at det var mulig å øke effektiviteten. Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité støttet i sin innstilling, Innst. 135 S (2013–2014), enstemmig Riksrevisjonens anbefalinger om tiltak for å redusere forskjellene. Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp disse forventningene i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i 2015 og 2016.

Effektivisering av pasientbehandlingen krever lokal forankring og oppfølging i sykehusene. Det er imidlertid en vei å gå fra departementets tiltak og forventninger til å få organisert pasientbehandlingen i sykehusene på en effektiv måte. Det er derfor risiko for at sykehus ikke klarer å effektivisere pasientbehandlingen og sikre god kvalitet i tjenestene.

Spesialisthelsetjenesten står overfor store utfordringer med omstilling i årene framover, blant annet på grunn av økende behov for spesialisthelsetjenester, aldrende befolkning og strammere offentlige budsjetter. Det er derfor viktig at ressursene i spesialisthelsetjenesten utnyttes best mulig, og at kvaliteten i tjenestene styrkes.

Undersøkelsen omfatter behandlingsforløpene for hoftebrudds- og hofteprotesepasienter, utnyttelsen av de ortopediske operasjonsstuene og sykehusenes gjennomføring av planlagte operasjoner. Datagrunnlaget er blant annet hentet fra helseregistre, sykehusenes planleggingssystemer, nasjonale kvalitetsindikatorer og intervju i sykehusene.

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

- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven)
- Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- *lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven)
- Ot.prp. nr. 13 (1998–99) *Om lov om helsepersonell m.v.*
- Innst. 135 S (2013–2014) *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus*
- Innst. S nr. 11 (2010–2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2011*
- Innst. S nr. 11 (2013–2014) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2014*
- *forskrift om ventelisteregistrering*
- *lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven)
- *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

Rapporten ble lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 27. juni 2017. Departementet har i brev 16. august 2017 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Det har vært en bedring i sykehusenes effektivitet.
- Det er store forskjeller i effektivitet mellom sykehusene, og det er fortsatt mulig å effektivisere pasientbehandlingen.
- Den offisielle statistikken gir unøyaktig informasjon om ventetid for hofteproteseoperasjoner.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Det har vært en bedring i sykehusenes effektivitet

Helseforetakene skal drive et kontinuerlig forbedringsarbeid for å sikre at fastsatte mål og resultatkrav nås. Riksrevisjonens forrige undersøkelse av effektivitet i sykehus viste at sykehusene kan bli mer effektive ved å redusere antall liggedøgn og bedre utnyttelsen av operasjonsstuene.

I perioden 2011–2015 har det vært en nedgang i liggetiden for hofteprotese- og hoftebruddspasienter. Den gjennomsnittlige liggetiden for hofteprotesepasienter gikk ned fra 6,6 til 4,7 dager, mens liggetiden for hoftebruddspasienter gikk ned fra 7,4 til 5,5 dager. Samtidig har variasjonen mellom sykehusene blitt mindre. En del av nedgangen i liggetid for hoftebruddspasienter kan forklares med samhandlingsreformen, som trådte i kraft 1. januar 2012. Reformen har ført til at kommunene mottar hoftebruddspasienter som skal skrives ut til kommunene, tidligere enn før reformen trådte i kraft.

Det har videre vært en svak bedring i utnyttelsen av de ortopediske operasjonsstuene for sykehusene totalt fra 2011 til 2015. I 2011 ble operasjonsstuene i gjennomsnitt utnyttet 61 prosent av dagen på vanlige arbeidsdager, mens andelen var 63 prosent i 2015. Enkelte sykehus har hatt sterk økning i utnyttelsen av operasjonsstuene i perioden. Den nasjonale indikatoren for utsettelse av operasjoner viser at det har vært en moderat nedgang i andelen utsatte operasjoner på landsbasis, fra 6,4 prosent i 2011 til 5,8 prosent i 2016.

Sykehus som har lagt vekt på kontinuerlig forbedringsarbeid lokalt, har lyktes med å effektivisere driften. Flere av disse sykehusene framhever betydningen av å ha god styringsinformasjon, riktig kompetanse for å drive fram forbedringsarbeidet og god logistikk i pasientbehandlingen.

Det er forskjeller mellom sykehusene i hvor systematisk de har jobbet med å iverksette de tiltakene som er kartlagt i undersøkelsen. For flere av tiltakene er det slik at sykehusene i Helse Nord skiller seg ut ved at de i mindre grad enn andre oppgir å ha iverksatt dem, samtidig som flere av disse sykehusene har lange liggetider, mange utsettelser eller mindre effektiv utnyttelse av operasjonsstuene.

Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp Stortingets forventninger om å effektivisere pasientbehandlingen. I 2015 stilte departementet krav om at de regionale helseforetakene skal sørge for å redusere variasjoner i effektiviteten i sykehusene, standardisere pasientforløp, identifisere flaskehals, utvikle indikatorer og sikre læring på tvers av nivåer og enheter i spesialisthelsetjenesten. Departementet har i 2016 og 2017 stilt ytterligere krav om å redusere variasjon og bedre kapasitetsutnyttelsen.

De regionale helseforetakene har i hovedsak videreført departementets krav. I samarbeid med Helsedirektoratet har de utviklet indikatorer for effektivitet og

kapasitetsutnyttelse, og lagt vekt på å bruke innsikt i variasjon mellom sykehusene til å redusere forskjellene mellom dem på flere områder.

Samtidig gjenstår et viktig arbeid med å gjøre styringsinformasjonen relevant for sykehusene lokalt. Det er for eksempel få sykehus som bruker kostnad per pasient (KPP) som styringsindikator for de behandlingene som er undersøkt i denne undersøkelsen, og det er vanskelig å identifisere fagområder og behandlinger som gjør det mulig å sammenligne på tvers av nivåer og enheter i spesialisthelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet understreker at arbeidet med å redusere variasjonen i tjenestene er et langsiktig utviklingsarbeid, og at det er for tidlig å se noen effekter av arbeidet. Etter Riksrevisjonens vurdering er det avgjørende at ledelsen i helseforetakene legger til rette for et kontinuerlig forbedringsarbeid lokalt, for å bidra til mer effektiv pasientbehandling. Dette er spesielt nødvendig for de sykehusene som har kommet kortest i arbeidet med å effektivisere pasientbehandlingen.

2.2 Det er store forskjeller i effektivitet mellom sykehusene, og det er fortsatt mulig å effektivisere pasientbehandlingen

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven skal sykehusene utnytte ressursene best mulig og samtidig sikre forsvarlige helsetjenester av god kvalitet. Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasientene eller sykehusene unødvendig tidstap eller unødvendige utgifter.

Liggetiden i sykehusene er en av de viktigste kostnadsdriverne i pasientbehandlingen og har betydning for kvaliteten og tilbudet til pasientene. I 2015 var det fortsatt stor variasjon i den gjennomsnittlige liggetiden for både hofteprotese- og hoftebruddspasienter. Den gjennomsnittlige liggetiden varierte fra

- tre til åtte dager for hofteprotesepasienter
- fire til åtte dager for hoftebruddspasienter

Dersom sykehus med lange liggetider reduserer liggetiden, kan det frigjøre sengekapasitet og gjøre det mulig å behandle flere pasienter og følgelig redusere helsekostene. Reduksjon i liggetider må baseres på gode medisinskfaglige vurderinger og må ikke gå på bekostning av kvaliteten i tjenestene.

Når det gjelder hofteproteseoperasjoner, er det ikke noe i undersøkelsen som tyder på at sykehus med kort liggetid for denne pasientgruppen har dårligere kvalitet på behandlingen enn sykehus med lengre liggetid. Det viser at det er mulig for mange sykehus å redusere liggetiden for hofteprotesepasienter.

Når det gjelder hoftebruddsoperasjoner, har derimot sykehus med korte liggetider en noe høyere andel reinnleggelser enn sykehus med lange liggetider. For denne pasientgruppen har det videre vært en svak økning i andelen reinnleggelser i perioden 2011 til 2015. Selv om det er flere faktorer som påvirker om en pasient blir reinnlagt enn varigheten på det tidligere sykehusoppholdet, mener Riksrevisjonen det er viktig at helseforetakene følger med på utviklingen i denne kvalitetsindikatoren. Kun halvparten av de ortopediske lederne ved sykehusene oppgir at de bruker reinnleggelser som styringsparameter i den ortopediske virksomheten.

De store forskjellene i gjennomsnittlig liggetid indikerer likevel at flere av sykehusene kan redusere liggetiden også for gruppen av hoftebruddspasienter. I mange tilfeller vil dette imidlertid avhenge av kommunenes kapasitet til å ta imot pasienter som er utskrivningsklare. Det er derfor viktig med en velfungerende samhandling mellom sykehus og kommune.

Videre er det store forskjeller mellom sykehusene i hvor raskt pasientene blir behandlet etter hoftebrudd. Etter Riksrevisjonens vurdering er det mulig for mange av sykehusene å operere flere av hoftebruddspasientene innen 24 timer og på den måten oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen.

Operasjonsstuene er en betydelig flaskehals i behandlingen av hoftebrudds- og hofteprotesepasienter i mange av sykehusene. Det er fortsatt store forskjeller mellom sykehusene i hvor godt de ortopediske operasjonsstuene utnyttes i løpet av en vanlig arbeidsdag. I 2015 ble operasjonsstuene utnyttet 38 prosent av dagen ved sykehuset som hadde lavest utnyttelse, og 75 prosent av dagen ved sykehuset som hadde høyest utnyttelse av operasjonsstuene. Dette viser at det er mulig å utnytte operasjonsstuene bedre ved mange sykehus.

Det er også betydelige forskjeller mellom sykehusene i andelen planlagte operasjoner som utsettes. I 2016 varierte andelen utsettelse fra 0,9 til 13,5 prosent mellom sykehusene. Mange av utsettelsene skyldes forhold som sykehusene kan påvirke. Det er for eksempel mange operasjoner som utsettes eller avlyses fordi pasienten ikke er godt nok utredet eller forberedt til operasjonen, eller fordi det på operasjonsdagen viser seg at det likevel ikke er nødvendig med operasjon. En utsatt eller avlyst operasjon kan føre til at operasjonsstuene blir stående ledige, eller at pasienter må reise hjem etter at de har blitt innlagt. Riksrevisjonen mener at mange utsettelse kunne vært unngått dersom planleggingen ved sykehusene hadde vært bedre.

Riksrevisjonens forrige undersøkelse av effektivitet i sykehus avdekket at det var store forskjeller mellom sykehusene i bruk av opptreningsinstitusjoner for hofteprotesepasienter, og de regionale helseforetakene ble derfor anbefalt å vurdere omfanget av opptrening for denne pasientgruppen. Selv om de regionale helseforetakene har vurdert omfanget av hofteprotesepasienter som blir sendt til en opptreningsinstitusjon, er det fortsatt store forskjeller i sykehusenes praksis. I undersøkelsen understreker flere at det ikke har dokumentert effekt å sende en høy andel hofteprotesepasienter til rehabiliteringsopphold.

Videre varierer det mye mellom sykehusene hvor mange etterkontroller hofteprotesepasientene innkalles til. Det er også ulik praksis for hvem som utfører kontrollene. Ved de fleste sykehusene utføres etterkontrollene av kirurger, men noen sykehus har overlatt oppgaven til andre personellgrupper for å frigjøre ressurser hos legene.

Den store variasjonen i omfanget av pasienter som blir sendt til rehabiliteringsopphold, og hvor mange etterkontroller hofteprotesepasienter blir innkalt til, tyder på at det er mulig å bruke ressursene på en bedre måte, og at ressursene dermed kan komme andre pasienter og behandlinger til nytte.

2.3 Den offisielle statistikken gir unøyaktig informasjon om ventetid for hofteproteseoperasjoner

Det er et mål at befolkningen skal gis likeverdig tilgang til nødvendige helsetjenester, og at sykehusene skal redusere ventetidene. Ventetiden skal registreres som avsluttet når pasienten får påbegynt den helsehjelpen vedkommende er vurdert å ha behov for.

Sykehusene har ulik praksis for registrering av ventetider for hofteprotesepasienter. Ved mange sykehus registreres ventetiden i de fleste tilfellene som avsluttet når pasienten møter til utredning ved poliklinikken, mens andre sykehus registrerer ventetiden som avsluttet når pasienten legges inn til operasjon. Dette samsvarer med Helsedirektoratets rapport om ventetider fra 2017, som viser at det er variasjoner i registreringen av ventetider for flere typer behandlinger. Dette innebærer at

ventetidene for operasjon ved flere sykehus kan være lengre enn det den offisielle statistikken viser.

Ulik praksis fører til at pasientstatistikken om ventetider ikke blir sammenlignbar mellom sykehus. Det innebærer at ledelsen i de regionale helseforetakene og i helseforetakene kan mangle grunnlag for å kunne vurdere om pasientene i eget opptaksområde har god tilgang på denne behandlingen, og om ventetidene samsvarer med anbefalt ventetid i de nasjonale prioriteringsveilederne.

Etter Riksrevisjonens vurdering gir den offisielle ventetidsstatistikken et unøyaktig bilde av ventetidene for hofteproteseoperasjon. Den gir også begrenset mulighet til å kunne vurdere om tilbudet til denne pasientgruppen er likeverdig og i samsvar med nasjonale anbefalinger.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene
 - følger opp at det arbeides kontinuerlig lokalt for mer effektiv pasientbehandling. Dette er særlig viktig i sykehus med lange liggetider, mange utsatte operasjoner eller svak utnyttelse av operasjonsstuene. Helseforetak med mange utsatte operasjoner bør gjennomgå rutinene for operasjonsplanlegging for å redusere antall unødvendige utsettelse
 - følger med på utviklingen i reinnleggelser og andre effektmål for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen
- de regionale helseforetakene og helseforetakene vurderer hva som er beste praksis for etterkontroll av hofteprotesepasienter, og om nivået på rehabilitering ved opptreningsinstitusjoner for disse er riktig ut fra faglige og økonomiske hensyn
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene fortsetter arbeidet med å effektivisere pasientbehandlingen, og at erfaringer fra sykehus som har lyktes med god organisering av pasientbehandlingen, overføres til andre sykehus
- Helse- og omsorgsdepartementet sørger for en mer ensartet og troverdig ventetidsstatistikk

4 Departementets oppfølging

Statsråden vil følge opp Riksrevisjonens anbefalinger overfor de regionale helseforetakene.

Statsråden er enig i at den observerte variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse tyder på at det er potensial for å øke effektivitet og kapasitetsutnyttelse i norske sykehus og at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene bør fortsette arbeidet med å effektivisere pasientbehandlingen. Videre bør erfaringer fra sykehus som har lyktes med god organisering av pasientbehandlingen, overføres til andre sykehus.

Statsråden støtter anbefalingen om at de regionale helseforetakene og helseforetakene vurderer hva som er beste praksis for etterkontroll for hofteprotesepasienter.

De regionale helseforetakene har de siste årene redusert rehabiliteringsoppholdene for ortopediske pasienter for å prioritere andre pasientgrupper. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*, som også er fulgt opp i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Statsråden er enig i at det er uheldig at det er variasjon i hvordan ventetider registreres, og viser til at departementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre et utredningsarbeid for å vurdere eventuelle endringer i reguleringen av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten og registrering av ventetider.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Sak 4: Helseforetakenes håndtering av bierverv

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om de regionale helseforetakene (RHF), med underliggende helseforetak, styrer og følger opp de ansattes bierverv for å sikre at lover og vedtak i foretaksmøtene om bierverv etterleves.

Med bierverv menes lønnet eller ulønnet aktivitet for en annen oppdragsgiver eller arbeidsgiver, samt eierinteresser og styreverv i annen virksomhet. Helsepersonell har en lovfestet plikt til å melde fra til arbeidsgiver om bierverv. Bakgrunnen er at biervervet kan bli så omfattende at det kan gå utover hovedstillingen, og at helsepersonell som følge av biervervet kan havne i interesse- eller lojalitetskonflikter med hovedarbeidsgiveren sin. For helsepersonell er kravet til forsvarlig tjenesteutøvelse lovfestet. Stort omfang av bierverv kan dessuten gjøre det krevende å organisere arbeidet.

Tidligere undersøkelser¹ har vist at mange har hatt bierverv som har vært i strid med de regionale helseforetakenes retningslinjer, og at helseforetakene har hatt ulik forståelse og praktisering av dem. Selv om retningslinjer og elektroniske rapporterings-systemer nå er på plass, er det risiko for at de ikke blir etterlevd og brukt.

Omfanget av bierverv kan forventes å øke framover. De regionale helseforetakene er gjennom oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet pålagt å øke bruken av private aktører som private sykehus, avtalespesialister og private laboratorie- og røntgeninstitutt. Samtidig ble det i 2015 innført fritt behandlingsvalg. Utvidede pasientrettigheter og skjerpede krav til reduksjon av ventetider kan også bidra til økt bruk av private aktører.

Undersøkelsen omfatter de fire regionale helseforetakene og alle landets helseforetak. I tillegg er det innhentet data fra enhetsregisteret i Brønnøysund, Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret samt data fra Skattedirektoratet for utvalgte stillingsgrupper. Registrerte bierverv i helseforetakene er sammenlignet med opplysningene fra de tre offentlige registrene. Det er videre gjennomført dybdeintervjuer med ledere og ansatte i tre avdelinger i tre helseforetak.² Undersøkelsesperioden er hovedsakelig 2016 og 2017.

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

- *lov om helsepersonell av 2. juli 1999* (helsepersonelloven)
- *lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999* (spesialisthelsetjenesteloven)
- *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten av 30. mars 1984*
- *forskrift om intern kontroll i helse- og omsorgstjenesten av 20. desember 2002* (internkontrollforskriften)
- Innst. 62 S (2014–2015) fra helse- og omsorgskomiteen, jf. Dokument 8:70 S (2013–2014)

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet 28. juni 2017. Departementet har i brev av 18. august 2017 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er i all hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1) Dokument 1 (2005–2006) og Dokument 3:2 (2011–2012)

2) Helse Stavanger HF, St Olavs Hospital, Ahus

1 Hovedfunn

- Ansatte i helseforetakene rapporterer i liten grad om bierverv
- Systemene som er etablert for å rapportere og følge opp bierverv, brukes i liten grad.
- De regionale helseforetakene har ikke hatt god nok oppfølging av krav som er stilt i foretaksmøter.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Ansatte i helseforetakene rapporterer i liten grad om bierverv

Helsepersonell har plikt til å opplyse arbeidsgiver om bierverv. Hensikten med denne meldeplikten er å forebygge at det kan reises spørsmål og tvil om integritet, habilitet og uavhengighet. I tillegg er det for helsepersonell lovfestet krav om forsvarlig tjenesteutøvelse. Det foreligger ingen klar definisjon av hvilke bierverv helsepersonell skal opplyse arbeidsgiver om. Riksrevisjonen har definert opplysningspliktige bierverv til å dreie seg om helserelevante bierverv, selv om andre typer bierverv også kan komme i konflikt med arbeidsgivers interesser og forsvarlig tjenesteutøvelse.

Det er betydelig underrapportering om bierverv i alle helseforetak. Undersøkelsen omfatter alle faste og midlertidig ansatte leger, psykologer og ambulanspersonell i helseforetakene. Av de om lag 23 000 ansatte som omfattes av undersøkelsen, har om lag 8300 meldepliktige bierverv på helseområdet. I underkant av 1400 ansatte har registrert sine bierverv i helseforetakenes oversikter. Det betyr at nesten 7000 ansatte som har meldepliktige bierverv, ikke har registrert sine bierverv.

Underrapporteringen fordeler seg relativt likt mellom helseregionene. Blant helseforetakene er det imidlertid store variasjoner i rapporteringen. Helse Sør-Øst RHF har både helseforetakene med høyest og lavest grad av rapportering.

Psykologer og ambulanspersonell rapporterer om sine bierverv i nesten dobbelt så stor grad som legene. Det er ingen vesentlig forskjell mellom ledere og ansatte i grad av rapportering. De som er fast ansatt og jobber fulltid, rapporterer mest, men underrapporteringen er stor også for denne gruppen. Det er ikke nevneverdige forskjeller i tilbøyeligheten til å rapportere mellom de som har bierverv i privat og offentlig virksomhet.

Det er en jevn fordeling mellom antall meldepliktige bierverv som er registrert i Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (AA-registeret), og bierverv i form av roller (styreverv, eierinteresser m.m.) i selskaper som er oppført i Brønnøysundregisteret. Et flertall av stillingene som er oppført i AA-registeret, er i offentlig virksomhet.

I flere av de regionale retningslinjene understrekes det at leders identifikasjon med arbeidsgiver er så tydelig at lojalitetsplikten generelt vil sette stramme grenser for retten til å ta bierverv. Det er likevel relativt mange ledere på høyere ledernivåer, det vil si administrerende direktører og klinikk-/divisjonsdirektører, som har bierverv (40 prosent). Kun 22 prosent av disse hadde registrert et bierverv på kontrolltidspunktet. Intervjuer med ledere og ansatte indikerer at oppmerksomhet fra ledelsens side har betydning for om de ansatte registrerer sine bierverv.

Bierverv kan ha positive sider, som faglig utvikling for de ansatte og at det samlede helsetilbudet til pasientene blir større. Samtidig tyder undersøkelsen på at bierverv kan ha negative konsekvenser ved at de ansatte får for stor total arbeidsbelastning og at helseforetakenes ressursstyring blir mindre fleksibel. Lederne opplever at den største utfordringen ved bierverv er at ansatte ønsker å gå ned i stillingsprosent for å ta

bierverv, slik at det ofte blir et valg mellom ansatte med ugunstige stillingsprosent eller å miste personell med nøkkelkompetanse. Noen helseforetak melder om utfordringer med legespesialister som foretrekker å ta bistilling ved privat klinikk framfor å arbeide på kveldstid på poliklinikken. De siste årene har det blitt mindre utfordringer med habilitet, blant annet fordi systemer for henvisning i større grad betjenes av administrativt personell, det er etablert felles innkjøpsavtaler og det er mer åpenhet om samhandling med næringslivet.

Helseforetakene kan fastsette begrensninger for ansattes bierverv i kraft av sin styringsrett. Styringsretten innebærer at arbeidsgiver har rett til å organisere, lede, kontrollere og fordele arbeidet. Når en stor andel av helsepersonell ikke har rapportert sine bierverv, fører dette til at helseforetakene ikke har tilstrekkelig oversikt over sine ansattes bierverv. Manglende oversikt sikrer heller ikke åpenhet om de ansattes bierverv og gir en risiko for uheldig rolleblanding, som mulighet for å henvise pasienter til egen praksis. Etter Riksrevisjonens vurdering er det kritikkverdig at helseforetakene ikke har sikret større åpenhet om bierverv. Åpenhet er viktig for å unngå at det kan reises spørsmål om personalets integritet, habilitet og uavhengighet.

2.2 Systemene som er etablert for å rapportere og følge opp bierverv, brukes i liten grad

Helseforetakene er pålagt å ha et internkontrollsystem, og å sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav i lov eller forskrift. Det er forutsatt at det enkelte helseforetaket skal følge opp brudd på retningslinjer, orienteringsplikten, habilitetsregler mv.

Alle helseforetakene har retningslinjer for bierverv tilgjengelig på sine nettsider, og bestemmelser om bierverv er beskrevet i arbeidsavtaler. Alle helseforetakene har også fått på plass elektroniske systemer for registrering av bierverv. Det er imidlertid lite kunnskap om meldeplikten og innholdet i regelverket blant både ledere og ansatte.

Retningslinjene er uklare på flere punkter. Ingen av retningslinjene er klare på hva de ansatte skal rapportere, om det er en meldeplikt om bierverv eller om det kun er en orienteringsplikt. Mange mener at retningslinjene er for generelle til at de bidrar som støtte til saksbehandling for ledere i vurdering av bierverv. De regionale helseforetakene påpeker at det er manglende rettslig grunnlag for å avgrense, prioritere og ta i bruk generelle vurderingskriterier for aksept av bierverv. Videre påpeker de at det heller ikke er rettslig grunnlag for å praktisere generell meldeplikt for bierverv, eller til å stille krav om forhåndsgodkjenning av bierverv.

Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF har i større grad enn de andre regionene jobbet med å få på plass rutiner og veiledninger, men forskjeller i retningslinjer og annet veiledningsmateriell ser ikke ut til å forklare forskjellene mellom foretakene i rapportering. Undersøkelsen tyder på at god informasjon om regelverket og aktiv lederinvolvering gir høyere bevissthet om reglene og bedre registreringspraksis. Der ledelsen er opptatt av at de ansatte skal registrere sine bierverv, er også rapporteringen bedre enn der ledelsen ikke er det. Ved kardiologisk avdeling ved Helse Stavanger HF har en kombinasjon av jevnlig informasjonskampanjer og aktiv involvering fra ledelsen ført til at de fleste har rapportert om sine bierverv.

Helseforetakene har gitt bierverv lite oppmerksomhet, og foreliggende oversikter over bierverv benyttes ikke som styringsinformasjon verken av helseforetak eller i underliggende klinikk eller avdeling. Vedlikeholdet av opplysningene i registrene overlates i stor grad til den enkelte ansatte. Ingen helseforetak har gjennomført egne kontroller for å avdekke underrapportering.

Helsepersonell har plikt til å opplyse om sine bierverv på helseområdet, og har et selvstendig ansvar for å sette seg inn i gjeldende retningslinjer når de tar på seg bierverv. Riksrevisjonen vil likevel påpeke at verken de regionale helseforetakene eller helseforetakene i sin interne styring og kontroll har fulgt godt nok opp de kravene som er stilt om bierverv i lover, regler og foretaksmøter. Retningslinjene er uklare på flere punkter, noe som blant annet påvirker rapportering og saksbehandling. Det er et ledelsesansvar å sørge for at retningslinjer følges opp i praksis, og at temaet vies større oppmerksomhet. Etter Riksrevisjonens mening har helseforetakene ikke tilstrekkelig grunnlag til å vurdere om bierverv har konsekvenser for ansattes arbeidsbelastning, fleksibilitet i ressursstyringen eller omdømme.

2.3 De regionale helseforetakene har ikke hatt god nok oppfølging av krav som er stilt i foretaksmøter

I foretaksmøtene med RHF-ene i januar 2013 ble det forutsatt at eventuelle brudd på retningslinjer, orienteringsplikten, habilitetsregler mv. blir fulgt opp av det enkelte helseforetaket som arbeidsgiver. Det ble videre stilt krav om at helseforetakene skal påse at rutiner for bierverv følges, og om at det rapporteres om status for tall på bierverv per 31. desember i årlig melding.

Alle RHF-ene har omtalt bierverv i de årlige meldingene for 2013, men ingen har rapportert om bierverv i påfølgende år eller etterspurt slik rapportering fra underliggende helseforetak, slik de ble bedt om. Bierverv er i liten grad omtalt i styringsdialogen mellom RHF-ene og helseforetakene i perioden 2014–2016, med unntak av Helse Sør-Øst RHF, som satte ned en arbeidsgruppe i 2016 for å følge med på utviklingen i antall bierverv ved innføringen av fritt behandlingsvalg. Videre har Helse Vest RHF behandlet spørsmål om bierverv i styremøte etter at internrevisjonen i Helse Vest gjennomførte en revisjon av bierverv i 2015.

De regionale helseforetakene har i varierende grad fulgt opp egne pålegg om å omtale krav til bierverv i rammeavtaler med leverandører av helsetjenester. I de to generelle rammeavtalene for henholdsvis legespesialister og psykologspesialister spesifiseres det at spesialisten plikter å opplyse om bierverv. Det er i tillegg inngått flere særskilte rammeavtaler mellom det enkelte regionale helseforetaket og ulike avtalespesialister og leverandører. Ingen av disse avtalene omtaler bierverv spesifikt, eller henviser til helsepersonelloven, der opplysningsplikten reguleres.

Undersøkelsen viser at det er stor grad av underrapportering i alle foretaksgruppene, at det er store forskjeller mellom rapporteringspraksis i helseforetak innad i hver region, og at retningslinjene som de regionale helseforetakene har fastsatt, ikke er klare nok. Ulik forståelse og praktisering av regelverket er problemer som har vedvart over tid og blitt tatt opp av Riksrevisjonen i flere tidligere undersøkelser. Etter Riksrevisjonens vurdering har de regionale helseforetakene ikke bidratt til å klargjøre regelverket og fulgt opp godt nok at retningslinjene fungerer etter intensjonen, er forankret i helseforetakene og praktiseres ensartet.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene
 - legger til rette for at ansatte får nødvendig og oppdatert kunnskap om retningslinjene og systemene for å rapportere om bierverv, og at ledelsen på alle nivåer gir tydelige signaler om at det forventes at de ansatte følger regelverket om bierverv, og at krav stilt til bierverv innarbeides og følges opp i de ansattes arbeidsavtaler
 - øker kvaliteten på rapporteringen om bierverv og benytter denne styringsinformasjonen som grunnlag for å vurdere om de ansattes bierverv er forenlig med deres arbeid i helseforetaket
- de regionale helseforetakene sørger for at helseforetakene følger de kravene som er stilt i foretaksmøtene om bierverv, og at disse kravene også blir stilt og fulgt opp i rammeavtaler som regionene inngår med private leverandører av spesialisthelsetjenester
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene avklarer regelverket for helseforetakene slik at opplysningsplikten om bierverv praktiseres likt. En slik presisering av regelverket vil bidra til å gjøre det klarere hva som skal regnes som rapporteringspliktig bierverv og hva som eventuelt skal ligge til grunn av vurderingskriterier for å vurdere den enkeltes bierverv.

4 Departementets oppfølging

Statsråden mener at undersøkelsen peker på konkrete mangler og svakheter som må følges opp på flere nivåer, og viser til at det er behov for å tydeliggjøre helseforetakenes retningslinjer. I tillegg må informasjon om bierverv og registrering gjøres til et tema på ledelsesnivå og i styringsdialogen mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Statsråden vil følge opp kravet som ble stilt i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2013, og be de regionale helseforetakene om å følge opp hovedfunnene i undersøkelsen, og da spesielt Riksrevisjonens merknader og anbefalinger.

Statsråden viser til at enkelte helseforetak og avdelinger etterlever kravene om rapportering på en bedre måte enn andre, og understreker derfor viktigheten av at foretakene samarbeider om nødvendig forbedringsarbeid, og at de lærer av hverandre. Statsråden vil også etablere en dialog med de regionale helseforetakene for å avklare et eventuelt behov for tydeliggjøring av regelverket.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Sak 5: Tilskudd til forskningsselskaper under Kunnskapsdepartementet

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om selskaper under Kunnskapsdepartementet, som driver med forskning eller forskningsrelatert virksomhet, benytter deler av tilskuddsmidlene til å bygge opp egenkapitalen i strid med de forutsetninger for tilskudd som er satt i bestemmelser om økonomistyring i staten (økonomi-bestemmelsene). Det har videre vært et mål å vurdere om tilskuddsforvalterne har etablert gode nok kontrollrutiner for å unngå at dette skjer.

Riksrevisjonen kontrollerer i alt 17 selskaper under Kunnskapsdepartementet som driver med forskning eller forskningsrelatert virksomhet og mottar statlige tilskudd tildelt av Norges forskningsråd, Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) eller Kunnskapsdepartementet. For mange av disse er tilskudd også den viktigste inntektskilden, og de mottok samlet over én milliard kroner i tilskudd i 2015. Fra Norges forskningsråd ble det i 2016 utbetalt i overkant av 600 millioner kroner til selskapene (inkludert til deres datterselskaper). Samtidig har mange av selskapene inntekter fra konkurranseutsatt virksomhet. En gjennomgang av regnskapene viser at de fleste av de undersøkte selskapene har bygget opp egenkapitalen mye, og at flere av dem har plassert store beløp som bankinnskudd eller i verdipapirer. I en undersøkelse av kapitaloppbygging og forvaltning av omløpsmidler i selskaper forvaltet av universiteter og høyskoler tok Riksrevisjonen i Dokument 3:2 (2013–2014) opp om det er behov for den sterke veksten i omløpsmidler for disse selskapene ettersom de ikke har til formål å bygge opp kapital ut over det som er nødvendig for å sikre den daglige driften.

I tillegg til Forskningsrådet, har undersøkelsen omfattet tilskuddsforvaltningen til Helsedirektoratet, Bufdir og Kunnskapsdepartementet, som er de tre største tilskuddsgiverne til selskapene etter Forskningsrådet. 14 av selskapene som inngår i undersøkelsen, eies helt eller delvis av universiteter/høyskoler, mens de tre øvrige eies av Kunnskapsdepartementet.

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

- *bevilgningsreglementet*
- Innst. 140 S (2014–2015), jf. Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*

Undersøkelsen bygger også på at de ulike typene av tilskudd som selskapene mottar, alle faller inn under det statlige økonomiregelverket. Dessuten vil EØS-avtalens artikkel 61 nr. 1 om forbud mot kryssubsidiering, dersom det er en risiko for at dette kan vri eller true med å vri konkurransen, komme til anvendelse.

Utkast til rapport ble forelagt Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet i brev av 30. juni 2017. Departementene har i brev av henholdsvis 22. august, 21. august og 11. august 2017 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- De fleste av selskapene benytter tilskuddsmidler til å bygge opp egenkapital i strid med de forutsetninger for tilskudd som er satt i økonomibestemmelsene
- Flere av tilskuddsforvalterne har i liten grad etablert tiltak for å sikre oppfølging av bruken av tilskudd.
- Forskningsrådets kontrollordninger har ikke sikret at tilskuddene til selskapene blir brukt som forutsatt.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 De fleste av selskapene benytter tilskuddsmidler til å bygge opp egenkapital i strid med de forutsetninger for tilskudd som er satt i økonomibestemmelsene

Undersøkelsen viser at selskaper innenfor universitets- og høgskolesektoren som driver med forskning, forskningsrelatert virksomhet og/eller TTO-virksomhet, og som har tilskudd som en viktig del av sine inntekter, har økt egenkapitalen mye i perioden 2011–2015. Den gjennomsnittlige egenkapitalprosenten for selskapene økte med over sju prosentpoeng fra 39,6 prosent i 2011 til 46,8 prosent i 2015. 12 av de 16 selskapene som eksisterte både i 2011 og 2015, har økt egenkapitalprosenten fra 2011 til 2015. Undersøkelsen viser også at alle de fem selskapene der tilskuddene utgjorde høyest prosent av inntektene, økte egenkapitalprosenten fra 2011 til 2015.

Undersøkelsen viser at tilskuddsmidler har bidratt til å øke mange av selskapenes egenkapital. For flere selskaper er egenkapitaløkningen fra 2011 til 2015 så stor at det ikke er sannsynlig at overskuddet bare kan stamme fra marginene i selskapenes konkurranseutsatte virksomhet. Videre viser analyser av Forskningsrådets oversikt over timesatser som benyttes for beregning av tilskudd, at timesatsene gir en overdekning av selskapenes indirekte prosjektkostnader. I tillegg er regelverket uklart om hvilke utgifter som kan klassifiseres som andre driftskostnader. Etter Riksrevisjonens vurdering er en oppbygging av egenkapital med tilskuddsmidler ikke i samsvar med forutsetningene for tildelingen av midlene.

Mange av selskapene i undersøkelsen har så store omløpsmidler at de kan foreta langsiktige investeringer. Dette tyder på at størrelsen på tilskuddene ikke er godt nok tilpasset selskapenes gjennomføringskapasitet.

2.2 Flere av tilskuddsforvalterne har i liten grad etablert tiltak for å sikre oppfølging av bruken av tilskuddene

Tilskuddsforvalternes sentrale ansvar er å etablere en tilskuddsforvaltning som gir akseptabel sikkerhet for at tilskuddsmidlene brukes til sitt angitte formål. Som en del av dette er det viktig å sikre at regler om offentlig støtte og kryssubsidiering overholdes.

For de fleste av selskapene er finansieringen sammensatt, med grunnbevilgning, tilskudd til annen bidragsfinansiert aktivitet og inntekter fra oppdragsfinansiert aktivitet fra både private og statlige aktører. Deler av selskapenes virksomhet er i konkurranse med andre aktører.

Forskningsselskapene har i liten grad etablert organisatoriske og regnskapsmessige skiller mellom konkurranseutsatt og tilskuddsfinansiert virksomhet. Riksrevisjonen mener derfor at hver enkelt tilskuddsforvalter har liten mulighet for å etterprøve om de rapporterte og regnskapsførte kostnadene reelt er knyttet til det prosjektet eller den aktiviteten som tilskuddet er ment å dekke. Unntaket er Kunnskapsdepartementet, som

i tillegg til å være tilskuddsforvalter også er eier av enkelte av selskapene, og dermed har bedre forutsetninger for å kunne følge med på selskapenes drift.

Undersøkelsen viser at det for mange av selskapene er en risiko for at det kan forekomme kryssubsidiering i strid med EØS-avtalen. For selskaper som har oppdragsfinansiert aktivitet av et visst omfang, er det viktig at det etableres fordelingsnøkler som sikrer at kostnader til støttefunksjoner/fellestjenester hos tilskuddsmottakerne blir riktig fordelt. Dersom kostnader til støttefunksjoner/fellestjenester som gjelder den oppdragsfinansierte aktiviteten, urettmessig belastes selskapenes tilskuddsfinansierte virksomhet, vil dette gi bedre regnskapsresultater for selskapenes konkurranseutsatte virksomhet. Det vil være kryssubsidiering i strid med EØS-avtalen at et selskap oppnår overskudd på en slik måte. En slik kryssubsidiering vil også kunne gi tilskuddsmottakeren en konkurransemessig fordel i forhold til sine konkurrenter. Riksrevisjonen mener at de kontrollsystemene som tilskuddsforvalterne har etablert, ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å avdekke og forhindre kryssubsidiering.

Videre benytter tilskuddsforvalterne, med unntak av Kunnskapsdepartementet, i liten grad selskapenes årsregnskaper som kilde til informasjon om selskapenes virksomhet og bruk av tilskudd. Kunnskapsdepartementet, som er både eier og tilskuddsforvalter, foretar en mer omfattende analyse og vurdering som forberedelse til generalforsamlingene og ved gjennomgangen av selskapenes rapportering om bruk av tilskudd.

Selskapenes årsregnskap er den eneste samlede framstillingen av hvordan selskapene forvalter tilskudd og andre inntekter. Informasjon fra regnskapene om hvor stor andel av virksomheten som finansieres gjennom tilskudd, og i hvilken grad selskapet går med overskudd og bygger opp egenkapitalen, vil gi tilskuddsforvalterne nyttig informasjon som grunnlag for videre oppfølging av selskapene. Riksrevisjonens tidligere undersøkelse viser at de statlige eierne har lite oppmerksomhet mot om ubrukte tilskuddsmidler bidrar til kapitaloppbygging. Tettere dialog mellom tilskuddsforvalterne og selskapenes eiere om årsregnskapene vil, etter Riksrevisjonens mening, kunne gi mer fullstendig og presis informasjon om de tilskuddene som selskapene mottar.

I *Norsk RegnskapsStandard 4* (NRS 4) pkt. 3.5 anbefales det at det i noter til regnskapet gis tilleggsopplysninger om tilskudd. Riksrevisjonens gjennomgang av selskapenes årsregnskaper viser at tilskuddene generelt er lite spesifisert både i selskapenes resultatregnskaper og i notene. Ofte mangler det opplysninger om hvor stor del tilskuddene utgjør av selskapenes inntekter, hvem som har gitt tilskuddene, hvilke typer tilskudd som er mottatt, og hvordan de er periodisert.

2.3 Forskningsrådets kontrollordninger har ikke sikret at tilskuddene til selskapene blir brukt som forutsatt

Forskningsrådet er den vesentligste tilskuddsgiveren for de fleste selskapene som er omfattet av undersøkelsen, og utbetalte i overkant av 600 millioner kroner til selskapene i 2016.

Fram til 2012 hadde Forskningsrådet en regel om at timesatsen som noen av forskningsinstituttene kunne budsjettere med ved søknad om midler til FoU-prosjekter, ikke skulle overstige 1,6 promille av nominell årslønn. Fra 2012 ble denne øvre grensen fjernet i alle prosjekter som ble tildelt midler etter utlysninger samme år, slik at alle forskningsinstituttene skulle budsjettere med timesatser som de selv beregnet. Med en gjennomsnittlig årslønn på 600 000 kroner tilsvarer 1,6 promille en timesats på 960 kroner. Både de gjennomsnittlig innrapporterte timesatsene i Forskningsrådet, og

særlig de høyeste timesatsene i prosjektrevisjonsrapportene som Riksrevisjonen har gjennomgått, framstår som høye sammenlignet med en timesats på 960 kroner. Dersom det beregnes for høye timesatser, vil det være mulig for tilskuddsmottaker å skape et overskudd i strid med forutsetningene for tilskuddene. Forskningsrådet opplyser at det foretar rimelighetsvurderinger av de timesatsene som benyttes. Når timesatsene i flere tilfeller har vært svært høye, mener Riksrevisjonen at Forskningsrådet burde vært mer kritisk til nivået på disse satsene.

Riksrevisjonen har merket seg at internrevisjonen i Forskningsrådet i sin årsrapport har pekt på at den ikke har ressurser til å foreta systematiske revisjoner av et utvalg institutter hvert år. Riksrevisjonen mener at det samlede omfanget av Forskningsrådets faste kontroller og periodiske revisjoner ikke er tilstrekkelig til å kunne avdekke om selskapene rapporterer for høye timesatser, og på den måten bygger opp egenkapitalen i strid med forutsetningene for tilskuddene. I tillegg mener Riksrevisjonen at Forskningsrådet ikke har foretatt tilstrekkelige systematiske risikovurderinger på dette området.

Undersøkelsen viser at det er et visst omfang av kjøp og salg av FoU-tjenester mellom selskaper som begge mottar tilskudd fra Forskningsrådet. Hvis det statlige selskapet er en underleverandør i prosjektet, mener Forskningsrådet at underleverandøren kan benytte seg av markedsbaserte timesatser når den fakturerer sitt arbeid til prosjektansvarlig. Når to selskaper som begge mottar tilskudd til forskning, kjøper forskningsarbeid av hverandre, vil det etter Riksrevisjonens oppfatning være i strid med forutsetningene å benytte markedsbaserte timesatser på disse forsknings-tjenestene. Ved på denne måten å benytte markedsbaserte timesatser, som er betydelig høyere enn selvkost, vil selskapene kunne gå med overskudd og bygge opp egenkapitalen. Etter Riksrevisjonens vurdering er en slik organisering av tilskuddsfinansiert forskningsarbeid i strid med forutsetningene for bruken av tilskuddene i henhold til *bestemmelser om økonomistyring i staten* punkt 6.3.5, hvor det framgår at tilskuddsbeløp skal utbetales etter hvert som mottakeren har behov for å dekke de aktuelle utgiftene.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- tilskuddsforvalterne gjennomfører tiltak for å unngå at selskapene benytter tilskuddsmidler til å bygge opp egenkapital, blant annet gjennom krysssubsidiert som er i strid med EØS-avtalen. Det innebærer blant annet at tilskuddsforvalterne må
 - påse at det for selskaper som har oppdragsfinansiert aktivitet av et visst omfang, blir etablert fordelingsnøkler som sikrer at kostnader til støttefunksjoner/fellestjenester hos tilskuddsmottakerne blir riktig fordelt
 - gå gjennom selskapenes årsregnskaper som kilde til informasjon om selskapenes virksomhet og bruk av tilskudd
- Forskningsrådet, Helsedirektoratet og Bufdir etablerer en tettere dialog med universiteter, høyskoler og Kunnskapsdepartementet som eiere av selskapene, for å bringe fram presis informasjon om bruken av tilskuddene som selskapene mottar.
- Forskningsrådet foretar mer konkrete vurderinger av omfanget av de indirekte kostnadene som beregnes inn i timesatsene hos tilskuddsmottakerne.

4 Departementenes oppfølging

Kunnskapsministeren peker på at det er gode forklaringer på hvorfor enkelte av de undersøkte selskapene har hatt en kraftig økning i egenkapitalen i den perioden Riksrevisjonen har undersøkt. Han mener også det er vanskelig å se at Forskningsrådets etablerte system med standardiserte timesatser i seg selv gir overdekning for selskapenes faktiske kostnader. Etter statsrådets vurdering kan det derfor stilles spørsmål ved grunnlaget for å trekke så generelle og vidtgående konklusjoner som Riksrevisjonen gjør i sitt saksframlegg med hensyn til oppbygging av egenkapital.

Kunnskapsdepartementet har forelagt Riksrevisjonens anbefalinger for Forskningsrådet, og kunnskapsministeren opplyser at rådet allerede har iverksatt og vil iverksette ytterligere tiltak som oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse og anbefalinger. Forskningsrådet har utarbeidet en oversikt over egenkapitalutvikling hos forskningsinstitutter som er omfattet av retningslinjene for basisfinansiering. Videre utarbeider Forskningsrådet en analyse av forholdet mellom instituttens timesatser og tilgjengelig regnskapsinformasjon som skal gi grunnlag for en gjennomgang av enkelte institutter, samt en vurdering av hvorvidt og eventuelt hvordan regelmessige revisjoner av instituttene kan gjøres. Forskningsrådet vil også foreta en gjennomgang av hvordan forholdet til de såkalte teknologioverføringskontorene forvaltes, og presisere hvordan kostnadsarter og timesatser skal benyttes for samarbeidspartnere i prosjekter. I tillegg vil Forskningsrådet se nærmere på kjøp og salg av tjenester mellom selskap som mottar tilskudd fra Forskningsrådet.

Kunnskapsministeren mener at Forskningsrådets oppfølging må ta utgangspunkt i den ulike myndighet og rolle som Forskningsrådet har overfor de forskjellige selskapene, og vurderinger av risiko og vesentlighet. Etter kunnskapsministerens vurdering vil disse konkrete oppfølgingspunktene bidra til å imøtekomme Riksrevisjonens anbefalinger. Departementet vil følge opp dette arbeidet overfor Forskningsrådet i styringsdialogen. Kunnskapsministeren opplyser at Forskningsrådet også vil tydeliggjøre hvilke utgifter som kan klassifiseres som andre driftskostnader.

Kunnskapsministeren peker på at tilskudd skal brukes i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger, men at departementet også legger til grunn at oppfølging og kontroll bør basere seg på vurderinger av risiko for at disse ikke blir fulgt og vesentligheten av konsekvensene. Kunnskapsministeren legger til grunn at det samlede omfanget av kontrolltiltak som Riksrevisjonens uttalelser og anbefalinger skisserer, vil medføre kostnader for både Forskningsrådet og tilskuddsmottakere.

Barne- og likestillingsministeren er enig i Riksrevisjonens anbefalinger, og opplyser at det i styringsdialogen med Bufdir vil gjøre direktoratet kjent med disse, og be direktoratet gå gjennom sine rutiner for å sikre at de mottar tilstrekkelig informasjon om bruken av tilskuddene. Statsråden opplyser også at Bufdir i løpet av inneværende år vil foreta en helhetlig vurdering av oppbygging av egenkapital hos de tre tilskuddsmottakerne.

Helse- og omsorgsministeren opplyser at han har arbeidet med en gjennomgang av forsknings- og kompetansesentre organisert utenfor spesialisthelsetjenesten og som mottar tilskudd fra Helsedirektoratet. Departementet har i statsbudsjettene for årene 2014–2018 omtalt arbeidet med å gjennomgå samfunnsoppdrag, organisering og finansiering av slike sentre. I statsbudsjettet for 2017 og 2018 varsles det om at det vil bli lagt til rette for en gradvis overgang fra en fast bevilgning til sentrene til at en større andel av tilskuddsmidlene til forskning styres mot resultatbasert finansiering. Det tas sikte på at de av sentrene som driver forskning, fra og med 2018 skal rapportere

vitenskapelige publiseringer, avlagte doktorgrader og ekstern finansiering fra Norges forskningsråd. Departementet vil i løpet av 2019 forberede uttrekk av en andel av tilskuddsmidlene til forskning fra hvert forsknings- og kompetansesenter som i dag får midler fra Helsedirektoratet, og overføre disse til Forskningsrådet. Statsråden mener at omleggingen av forskningsfinansieringen av sentrene vil bidra til at de i større grad blir samordnet med de regionale helseforetakene, samt institutt- og UH-sektoren. Helse- og omsorgsministeren opplyser videre at han vil fortsette arbeidet med å sikre at tilskuddene går til de formål og tjenester de er tiltenkt. Videre vil han sørge for at Helsedirektoratet som tilskuddsforvalter etterlever anbefalingene som framkommer i Riksrevisjonens rapport. Departementet vil i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for 2018 varsle at det vil komme nærmere tilbake med et eget oppdrag om det videre arbeidet med tilskuddsforvaltningen av forsknings- og kompetansesentrene.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonens merker seg at statsråden mener at det er gode forklaringer på hvorfor enkelte av de undersøkte selskapene har hatt en kraftig økning i egenkapitalen i undersøkelsesperioden. Videre mener statsråden at det er vanskelig å se at Forskningsrådets etablerte system med standardiserte timesatser i seg selv gir overdekning for selskapenes faktiske kostnader, og at det kan stilles spørsmål ved grunnlaget for å trekke så generelle og vidtgående konklusjoner som Riksrevisjonen gjør i sitt saksframlegg når det gjelder oppbygging av egenkapital.

Riksrevisjonen har konstatert en gjennomsnittlig økning i egenkapitalen på 7 prosentpoeng i undersøkelsesperioden i selskapene som har tilskudd som en viktig inntektskilde. I alle selskapene hvor tilskuddene utgjorde den største andelen av inntektene, økte egenkapitalprosenten fra 2011 til 2015. At forskningsselskapene i liten grad har etablert organisatoriske og regnskapsmessige skiller mellom konkurranseutsatt og tilskuddsfinansiert virksomhet innebærer en risiko for ulovlig krysssubsidiert og konkurransevridning. Tilskuddsforvalterne har heller ikke etablert tiltak for å sikre oppfølging av bruken av tilskuddene og at de innrapporterte kostnadene er reelle. Oppbygging av egenkapital med tilskuddsmidler er ikke i samsvar med forutsetningene for bruken av slike midler i henhold til *bestemmelser om økonomistyring i staten* punkt 6.3.5.

Del III

Resultater av den årlige kontrollen

Sak 1: Tilgangskontroll med helseopplysninger i helseforetakene

1 Innledning

Opplysninger om helseforhold er definert som sensitive personopplysninger i *lov om behandling av personopplysninger* (personopplysningsloven). Det stilles i en rekke lover krav til helseforetakenes håndtering av taushetsbelagte helse- og personopplysninger. De samme kravene gjelder overfor eventuelle leverandører som gis tilgang til slike opplysninger.

Etter at *lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* (pasientjournalloven) trådte i kraft 1. januar 2015, er det innført adgang til å gi tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter. Helseopplysninger kunne tidligere kun gis til ansatte innen samme virksomhet. I tillegg er det vedtatt en ny personvernforordning i EU som stiller nye og strengere krav til bruken av personopplysninger av borgere i både EU- og EØS-landene. Dette vil kunne medføre nye og strengere krav i personopplysningsloven.

Riksrevisjonen har de siste årene gjennomført flere undersøkelser av helseforetakenes styring av tilgang til helseopplysninger, og disse har vist at det er svakheter ved informasjonssikkerheten i spesialisthelsetjenesten.

Riksrevisjonens undersøkelse av styring og kontroll av tilgang til helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler i fire helseforetak, gjengitt i Dokument 3:2 (2014–2015), viste at gjeldende regelverk om informasjonssikkerhet og behandling av helseopplysninger ikke var tilstrekkelig implementert, at ansatte hadde tilgang til helseopplysninger ut over tjenstlig behov, og at det ikke var noen systematisk kontroll og oppfølging av ansattes tilganger. Ved oppfølging av denne saken i Dokument 3:2 (2016–2017)¹ viste departementet til at de regionale helseforetakene har rapportert at igangsatte tiltak i hovedsak forventes å være gjennomført innen utgangen av 2016 eller i løpet av 2017.

Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes beredskap innen IKT, vann og strøm (Dokument 3:2 (2014–2015)) viste at helseforetakene ikke hadde fulgt opp det ansvaret de har som eiere av data og som databehandleransvarlige. Helseforetakene overlot mye av beredskapsarbeidet for IKT til de regionale IT-enhetene, som er deres driftsleverandører og databehandlere. Dette medførte blant annet risiko for svekket informasjonssikkerhet.

I Dokument 3:2 (2015–2016) rapporterte Riksrevisjonen at helseforetakene ikke stilte tilstrekkelige krav om informasjonssikkerhet i avtaler med leverandører av medisinsk-teknisk utstyr, og at de hadde mangelfull oppfølging av leverandører og mangelfull oversikt over risiko knyttet til informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr.

I behandlingen av Dokument 3:2 (2014–2015)² uttalte Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité at den ser alvorlig på at helseforetakene ikke har systematisk kontroll og oppfølging av de ansattes tilganger i systemer for elektronisk pasientjournal.

1) Dokument 3:2 (2016–2017) side 51.

2) Innst. 179 S (2014–2015) side 9.

I behandlingen av Dokument 3:2 (2015–2016)³ uttalte komiteen at informasjonssikkerhet og personvern innen helsesektoren må tas på det største alvor hos alle som er involvert i ulike prosesser i helsevesenet.

I mai 2017 kom det fram at utenlandske IT-arbeidere har hatt tilgang til sensitive pasientdata i Helse Sør-Østs datasystemer. IT-arbeiderne hadde i en periode tilgang til å kopiere pasientjournaler og mulighet til å dele ut nye tilganger til andre eksterne personer. Helse Sør-Øst RHF's moderniseringsprogram for IKT-infrastrukturen ble som følge av dette stilt i bero. En slik modernisering er ifølge Helse Sør-Øst RHF nødvendig for å rette opp mangler ved informasjonssikkerheten, men foretaket har så langt ikke tatt stilling til hvordan eller om prosjektet skal føres videre. I juni 2017 kom det også fram at Oslo universitetssykehus HF's elektroniske pasientjournalssystem tillater at ansatte direkte kan styre egen tilgang til pasientjournaler.

Med bakgrunn i at Riksrevisjonen i flere tilfeller har tatt opp svakheter ved informasjonssikkerheten i helseforetakene, og at det fortsatt oppstår informasjonssikkerhetsbrudd, er saken lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 3. juli 2017. Departementet har svart i brev av 18. august 2017.

Departementet opplyser at helseforetakenes styring og kontroll med tilgang til helseopplysninger, på bakgrunn av Riksrevisjonens rapport, ble fulgt opp med eierkrav i foretaksmøtene med de regionale helseforetakene i januar 2015. Foretakene ble her pålagt å følge opp med tiltak for å lukke avvikene som ble påpekt av Riksrevisjonen. De regionale helseforetakene har i møter i 2015 og 2016 presentert status for dette arbeidet for departementet. I møtet i august 2016 ble det besluttet å ha et nytt oppfølgingsmøte etter et år. Dette møtet ble avholdt i juli 2017.

Departementet viser til at de regionale helseforetakene har planlagt å utrede et felles nasjonalt prosjekt for å avdekke urettmessig tilgang til pasientjournaler. Denne utredningen har blitt utsatt og er foreløpig ikke påbegynt. Departementet vil følge dette videre opp i dialog med de regionale helseforetakene. Departementet opplyser at det er planlagt et nytt møte med de regionale helseforetakene høsten 2017 om arbeidet med å lukke avvikene ved tilganger.

De regionale helseforetakene har iverksatt eller planlagt en rekke løsninger i egen region for å oppnå kontroll med tilganger i datasystemer som håndterer pasientdata. Foretakene har rapportert at de fleste tiltakene vil bli utført eller ferdigstilt i perioden 2017–2019. Tilgangsstyringen i det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS er ikke standardisert mellom de tre helseregionene som bruker dette systemet. I disse tre helseregionene benyttes det ulike former for tilgangsstyring. Departementet opplyser at det for Helse Sør-Øst RHF er etablert regionale prinsipper for tilgangsstyring i et felles arbeid i regionen. Ved innføring av teknisk løsning og regionale prinsipper for tilgangsstyring i det enkelte helseforetaket er det helseforetaket selv som må vurdere iverksettelse og justering i eget foretak.

Departementet viser til at det, i etterkant av at Helse Sør-Øst RHF i mai 2017 ga tilganger til ansatte i et eksternt selskap, har gitt et oppdrag til Direktoratet for e-helse om innen 1. november 2017 å undersøke helsesektorens håndtering av informasjonssikkerhet ved bruk av private underleverandører. Departementet opplyser videre at det blant annet på bakgrunn av denne undersøkelsen og rapportert status for de regionale helseforetakenes oppfølgingsarbeid, vil vurdere om det er behov for ytterligere oppfølging av de regionale helseforetakene. Eventuelle tiltak og korrigeringer vil kunne skje i forbindelse med felles foretaksmøte i de regionale helseforetakene i januar 2018.

3) Innst. 186 S (2015–2016) side 12.

2 Riksrevisjonens merknader

Riksrevisjonen merker seg at departementet har fulgt opp avvik avdekket i Riksrevisjonens rapporter gjennom eierkrav i foretaksmøter og på egne oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene, men at det ikke er stilt krav om helhetlig og systematisk tilnærming til forvaltning av helseopplysninger.

Departementet vil vurdere behovet for ytterligere oppfølging, basert på statusrapportering fra helseforetakene og rapport fra Direktoratet for e-helse om foretakenes bruk av private leverandører. Riksrevisjonen merker seg samtidig at arbeidet har pågått over relativt lang tid og at flere tiltak har blitt utsatt, og at det er uvisst når de planlagte tiltakene vil være gjennomført og få effekt. Etter Riksrevisjonens vurdering er det uklart når de dokumenterte svakhetene ved informasjonssikkerhet vil være rettet opp.

Videre merker Riksrevisjonen seg at regionenes innsats er lite samordnet, og at det innad i enkelte regioner også ser ut til å være tilfeller av at helseforetak gjør egne vurderinger/tolkninger av krav til datasikkerhet. Brudd på personopplysningsloven er svært alvorlig for den enkelte og for omdømmet til helseforetakene. Utvidet adgang til å dele helseopplysninger mellom helseforetak vil, sammen med varslede endringer i ny personopplysningslov, i framtiden stille høyere krav til aktsomhet i håndtering av informasjonssikkerhet for virksomheter som skal forvalte helseopplysningsdata. Riksrevisjonen mener at det på et så vesentlig område som helseopplysninger bør stilles nasjonale krav til løsninger for tilgangsstyring og tilgangskontroll.

Det er kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet etter påpekninger over flere år ennå ikke har sørget for at helseforetakene har fått kontroll med tilganger til helseopplysninger. Departementet har etter Riksrevisjonens vurdering et ansvar for aktivt å påse at det etableres helhetlige og systematiske løsninger for styring av tilgang til helseopplysninger. Dette vil kreve tettere oppfølging og mer vekt på samordning av løsninger enn det som har vært praktisert til nå.

Sak 2: Eierstyring i AS Vinmonopolet

Innledning

AS Vinmonopolet er heleid av staten og organisert som et særlovsselskap etter *lov om Aktieselskapet Vinmonopolet* (vinmonopolloven). Ifølge loven skal Vinmonopolet ledes av et styre og ha en bedriftsforsamling som skal føre tilsyn med styrets og administrerende direktørs forvaltning av selskapet.

Av protokollen fra møte i Vinmonopolets bedriftsforsamling 2. desember 2014 går det fram at strukturen i eierstyringen i Vinmonopolet oppleves som uklar, og at det mangler en formell arena der eier møter selskapet. Det framgår videre at det er etablert en ulovfestet instruksjonspraksis som innebærer at selskapet må forholde seg til de ansatte i departementet. Bedriftsforsamlingen vedtok å be Helse- og omsorgsdepartementet om å opprette generalforsamling for Vinmonopolet, og i tillegg foreta en generell modernisering av bestemmelsene om Vinmonopolets selskapsform og ledende organer.

Reglement for økonomistyring i staten slår i § 10 fast at staten skal forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring. Staten skal blant annet legge vekt på at den valgte selskapsformen er hensiktsmessig i forhold til selskapets formål og eierskap, og at utøvelsen av eierskapet sikrer en klar fordeling av myndighet og ansvar. Ifølge statens prinsipper for god eierstyring skal eierbeslutninger og vedtak foregå på generalforsamling, jmfør Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*. I sin innstilling understreket næringskomiteen at statens eierskapsutøvelse skjer gjennom vedtak i generalforsamling, og påpekte at det er viktig med en klar ansvarsdeling mellom eier og styre⁴.

Ifølge stortingsmeldingen *Ei forvaltning for demokrati og felleskap*⁵ skal staten unngå å bruke stiftelser og organisering i form av særlovsselskaper, med mindre det er særlige grunner til det. I den samme meldingen pekte regjeringen på at den ville vurdere bruken av ulike virkemidler som staten har til rådighet for å styre sektorselskaper. For å gjøre disse vurderingene nedsatte fornyings- og administrasjonsministeren i 2009 en tverrdepartemental arbeidsgruppe. På bakgrunn av gruppens arbeid utarbeidet Kommunal- og moderniseringsdepartementet høringsnotatet *Sektorselskaper*⁶. I høringsnotatet går det fram at den generelle selskapslovgivningen bør benyttes som modell for eierstyringen også i selskaper med særlovorganisering. I høringsnotatet ble det beskrevet at dette blant annet innebærer at det gjennomføres generalforsamling eller foretaksmøte der den formelle eierstyringen utøves. Vinmonopolet er i dag det eneste statlige selskapet uten generalforsamling eller foretaksmøte. Det er vanskelig å se en saklig begrunnelse for dette.

Etter spørsmål fra Riksrevisjonen bekreftet Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 3. august 2015 at de har mottatt Vinmonopolets forespørsel, og at det ville vurdere tiltak og sette opp en tidsplan for det videre arbeidet. Riksrevisjonen har i 2016 og 2017 fulgt opp med spørsmål om status og departementets planer for en eventuell revisjon av vinmonopolloven. I statsrådens beretning til Riksrevisjonen om forvaltningen av statens interesser i AS Vinmonopolet for 2016, svarer statsråden at

4) Innst. 140 S (2014–2015)

5) St. Meld. nr. 19 (2008–2009), Innst. S. nr. 321 (2008–2009)

6) Høringsnotat februar 2013: *Sektorselskaper, virkemidler og effektiv måloppnåelse*

departementet har satt i gang et arbeid med å vurdere behov for en eventuell endring av vinmonopolloven, men at det foreløpig ikke er fastsatt noen endelig tidsplan, da det ennå ikke er klart hvor komplisert eller omfattende gjennomgangen vil bli.

2 Riksrevisjonens merknader

Riksrevisjonen vil påpeke at det er et viktig prinsipp at den formelle eierstyringen skjer gjennom generalforsamling eller foretaksmøte, blant annet for å sikre en forutsigbar og dokumenterbar eierstyring. Etter Riksrevisjonens vurdering er departementets forvaltning av statens eierinteresser i Vinmonopolet ikke i tråd med prinsipper for god eierstyring. Det er uheldig at Vinmonopolet har opplevd eierstyringen som uklar, og at Helse- og omsorgsdepartementet etter snart tre år fortsatt ikke har kommet med en konkret tidsplan for en eventuell revisjon av vinmonopolloven. Riksrevisjonen mener det er viktig at departementet følger opp Vinmonopolets henvendelse om å foreta en generell modernisering av styringsstrukturen i selskapet, og at departementet fastsetter en konkret tidsplan for dette.

Del IV

Oppfølging av tidligere
rapporterte saker

Styringen av selskaper der universiteter og høyskoler forvalter eierinteressene

– Dokument 3:2 (2014–2015)

1 Innledning

Målet med Riksrevisjonens undersøkelse var å vurdere om eierskapsutøvelsen overfor selskaper som forvaltes av universiteter og høyskoler er i samsvar med krav i lover, regelverk og prinsipper for godt eierskap. I tillegg var det et mål å vurdere hvordan Kunnskapsdepartementet følger opp universiteter og høyskoler i deres forvaltning av statens eierinteresser.

Dokument 3:2 (2014–2015) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper 2013*, med del II sak 5 om styringen av selskaper der universiteter og høyskoler forvalter eierinteressene, ble overlevert Stortinget 11. november 2014. Kontroll- og konstitusjonskomiteen ga sin innstilling til Dokument 3:2 (2014–2015) 12. mai 2015, jf. Innst. 179 S (2014–2015).

Saken ble fulgt opp i Dokument 3:2 (2016–2017). Riksrevisjonen registrerte at Kunnskapsdepartementet hadde oversendt Dokument 3:2 (2014–2015) til statlige universiteter og høyskoler og bedt institusjonene om å merke seg Riksrevisjonens undersøkelse og komiteens merknader, samt vurdere hvordan disse kunne følges opp. Riksrevisjonen så positivt på at departementet vil legge til rette for at eierinstitusjonene utveksler erfaringer og gjøres kjent med beste praksis for eierskapsutøvelse.

Riksrevisjonen forutsatte at Kunnskapsdepartementet vil fortsette arbeidet med å følge opp at eierinstitusjonene har systemer og rutiner som sikrer at driften av selskapene ikke subsidieres, og at selskapene synliggjør økonomiske mellomværende med eierinstitusjonene. Riksrevisjonen forutsatte videre at eierinstitusjonene fastsetter klare resultatmål for sine eierskap og følger opp om målene nås.

Kontroll og konstitusjonskomiteen ga sin innstilling til Dokument 3:2 (2016–2017) 9. mai 2017, jf. Innst. 206 S (2016–2017). Kontroll- og konstitusjonskomiteen fant det positivt at departementet har oversendt Dokument 3:2 (2014–2015) og komiteens merknader til institusjonene og bedt dem merke seg innholdet. Videre påpekte komiteen at det å gjøre endringer i til dels store, kompliserte eierskapsporteføljer er et langsiktig arbeid, og at det dermed kan være meget gode grunner til at avvikene i denne saken ikke kan dokumenteres lukket fra ett år til et annet. Komiteen merket seg at Riksrevisjonen følger opp saken.

2 Kunnskapsdepartementets oppfølging

Riksrevisjonen ba i brev av 12. mai 2017 Kunnskapsdepartementet om å redegjøre for hvordan Riksrevisjonens anbefalinger og komiteens merknader er fulgt opp. Departementet ga sin redegjørelse i brev av 13. juni 2017.

Kunnskapsdepartementet legger til grunn at eierinstitusjonene har hovedansvaret for å følge opp selskapenes mål og resultater. Departementet vurderer eierinstitusjonenes rapportering i forbindelse med utarbeidelse av statsrådets beretninger til

Riksrevisjonen. Departementet vurderer også institusjonenes oppfølging dersom særlige grunner tilsier dette, for eksempel i forbindelse med avvikling av eierskap, større strukturelle endringer og konsolideringer, eller dersom et selskap har økonomiske problemer.

Videre følger departementet opp at eierinstitusjonen ikke subsidierer aktivitet i selskaper, og har understreket dette i rundskriv F-07/2013, *Reglement om statlige universiteter og høgskolers forpliktende samarbeid og erverv av aksjer*. Departementet har i forbindelse med utarbeidelse av statsrådets beretninger til Riksrevisjonen bedt institusjonene om at eventuelle tilskudd fra staten, samt vesentlig omsetning som stammer fra oppdrag for det offentlige, skal omtales, og at det gjøres en vurdering av rollen som eier opp mot andre roller institusjonen har overfor selskapet.

Departementet hadde eierskapsforvaltning som tema i økonomiseminarene som ble avholdt høsten 2016, og institusjonene er oppfordret til å utveksle informasjon og gode eksempler på eierskapsforvaltning. Departementet har også foretatt en større gjennomgang av de selskapene der universiteter og høgskoler har dominerende innflytelse, og er i gang med å vurdere den interne organiseringen. I den forbindelse vil det bli vurdert å iverksette endringer som styrker arbeidet med oppfølgingen av eierskapet til statlige universiteter og høgskoler ytterligere.

Utviklingen på området

Riksrevisjonens undersøkelse viste at i 2013 spesifiserte om lag halvparten av de 29 selskapene som var med i undersøkelsen, ikke økonomisk mellomværende i selskapets regnskap eller i rapporteringen til Kunnskapsdepartementet. Seks av selskapene som var med i undersøkelsen, er senere avviklet.¹ Riksrevisjonen har gått gjennom årsregnskapene og statsrådets beretning for regnskapsårene 2015 og 2016 for de resterende 23 selskapene.

For regnskapsårene 2015 og 2016 ble økonomiske mellomværende for 19 av de 23 kontrollerte selskapene spesifisert i årsregnskapet og/eller i statsrådets beretning til Riksrevisjonen. Bare fire selskaper, Agderforskning AS, Nordlandsforskning AS, Norkveite AS og Vangslund AS, spesifiserte fremdeles ikke mellomværende.

3 Riksrevisjonens vurdering

Riksrevisjonen merker seg at departementet har iverksatt tiltak for å styrke bevisstheten om eiers ulike roller, også forbudet mot subsidiering og åpenhet om økonomisk mellomværende. Riksrevisjonen forutsetter at departementet følger opp at mellomværende framover spesifiseres for samtlige 23 selskaper.

Riksrevisjonen ser positivt på at departementet i forbindelse med den pågående vurderingen av den interne organiseringen, også vil vurdere å foreta endringer som styrker oppfølgingen av eierskapet til statlige universiteter og høgskoler ytterligere.

Saken er avsluttet.

1) HIST kompetanse AS, Rya Gods og Skoger AS, Lifandis AS, Senter for Innovasjon & Bedriftsøkonomi, DRIV inkubator AS og Nyvekst AS.

Vedlegg

Vedlegg 1:

Brev og rapport til sak 1 om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet

1.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet, 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 mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet

Vedlegg 1.1



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler	
Kirsti Gaasø	22241346
Vår dato	Vår referanse
01.11.2017	2017/01312-18
Deres dato	Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att: Statsråd Bent Høie

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 10. august 2017.

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. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Kirsti Gaasø 22241346
Vår dato 01.11.2017
Deres dato 01.11.2017
Vår referanse 2017/01312-25
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. r.revl. § 18(2)

SAMFERDSELSDEPARTEMENTET
Postboks 8010 DEP
0030 OSLO

Att: Statsråd Ketil Solvik-Olsen

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som samferdselsdepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 15. august 2017.

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. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Kirsti Gaasø 22241346
Vår dato 01.11.2017
Deres dato
Vår referanse 2017/01312-26
Deres referanse

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 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Utenriksdepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 26. august 2017.

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. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

Etter fullmakt

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Kirsti Gaasø 22241346
Vår dato 01.11.2017
Deres dato
Vår referanse 2017/01312-24
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

OLJE- OG ENERGIDEPARTEMENTET
Postboks 8148 Dep
0033 OSLO

Att: Statsråd Terje Sjøviknes

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Olje- og energidepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 14. august 2017.

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. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Kirsti Gaasø 22241346
Vår dato 01.11.2017
Deres dato 01.11.2017
Vår referanse 2017/01312-23
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

NÆRINGS- OG FISKERIDEPARTEMENTET
Postboks 8090 Dep
0032 OSLO

Att: Statsråd Monica Mæland

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Nærings- og fiskeridepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 9. august 2017.

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. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Kirsti Gaasø 22241346
Vår dato 01.11.2017 Vår referanse 2017/01312-22
Deres dato Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

LANDBRUKS- OG MATDEPARTEMENTET
Postboks 8007 Dep
0030 OSLO

Att: Statsråd Jon Georg Dale

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Landbruks- og matdepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 16. august 2017.

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. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Kirsti Gaasø 22241346
Vår dato 01.11.2017
Deres dato
Vår referanse 2017/01312-21
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

KUNNSKAPSDEPARTEMENTET
Postboks 8119 DEP
0032 OSLO

Att: Statsråd Henrik Asheim

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Kunnskapsdepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 14. juli 2017.

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. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

KULTURDEPARTEMENTET
Postboks 8030 DEP
0030 OSLO

Att: Statsråd Linda Hofstad Helleland

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Kulturdepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 15. august 2017.

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. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Kirsti Gaasø 22241346
Vår dato 01.11.2017
Deres dato
Vår referanse 2017/01312-19
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

KOMMUNAL- OG
MODERNISERINGSDEPARTEMENTET
Postboks 8112 DEP
0032 OSLO

Att: Statsråd Jan Tore Sanner

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Kommunal- og moderniseringsdepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 9. august 2017.

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. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Unntatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref

Vår ref

Dato

16/5504-23

15. november 2017

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Det vises til Riksrevisjonens brev av 1. november i år om undersøkelse av selskap med samfunnsmessig begrunnelse eller sektorpolitisk mål. Undersøkelsen omfatter for Helse- og omsorgsdepartementet AS Vinmonopolet og Norsk Helsenett SF (kategori 4).

Riksrevisjonens merknader og anbefalinger fremstår som relevante for eierskapsutøvelsen i kategori 4 selskaper. Selv om undersøkelsen ikke trekker fram enkeltelskaper ønsker jeg imidlertid å knytte enkelte kommentarer til anbefalingene med tanke på AS Vinmonopolet og Norsk Helsenett SF.

AS Vinmonopolet er et alkoholpolitisk virkemiddel som skal sørge for ansvarlig salg av alkoholholdig drikk. Selskapet er en del av en større virkemiddelpakke for å begrense bruk av alkohol og eventuell samfunnsmessig effekt vil måtte ses i sammenheng med de øvrige virkemidlene. Selskapet styres gjennom et årlig oppdragsbrev hvor eier skisserer hva selskapet skal rapportere på. Selskapet har selv satt måltall på ansvarlig salg av alkohol, og rapporterer til eier på måloppnåelse. Jeg er av den oppfatning at disse dekker det formål som selskapet skal ivareta.

Riksrevisjonen anbefaler at departementene overfor selskaper i kategori 4 setter egne forventninger til selskapenes sektorpolitiske mål og effektiv drift for å sikre at selskapenes virksomhet bidrar til å nå målene som ligger til grunn for statens eierskap, samt at man følger opp at styrene utarbeider mål og indikatorer som dekker statens mål med eierskapet, og rapporterer på disse. Jeg er enig i at dette vil være hensiktsmessig overfor Norsk Helsenett og vil innledningsvis kort redegjøre for den sektorpolitiske målsettingen med Norsk Helsenett

SF og hvordan departementet har organisert eierstyringen og oppfølgingen av de krav som er stilt til virksomheten.

Norsk Helsenett SF ble etablert i 2009 for å understøtte helse- og omsorgssektorens behov på IKT-området. Den sektorpolitiske målsetningen for statsforetaket fremgår av vedtektenes § 3. I 2016 var dette formulert på følgende måte i 1. ledd:

«Norsk Helsenett SF skal innenfor rammen av nasjonal IKT-politikk ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av IKT-infrastruktur i helse- og omsorgssektoren, og legge til rette for og være en pådriver for sikker og kostnadseffektiv elektronisk samhandling.

Norsk Helsenett SF skal sørge for at det foreligger en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv samhandling mellom alle deler av helse- og omsorgstjenestene, og bidra til forenkling, effektivisering og kvalitetssikring av elektroniske tjenester til beste for pasienter og befolkningen for øvrig.»

Norsk Helsenett SF skal utvikles innenfor rammen av nasjonal IKT-politikk og i samsvar med de overordnede helsepolitiske målene. Statsforetaket er en viktig aktør i realiseringen av målene for IKT-politikken i helse- og omsorgssektoren, og skal utføre samfunnsoppgaver på vegne av staten i tråd med de styringskrav som fremsettes i foretaksmøtene og oppdragsbrevene. Vurdering av virkemiddelbruken skjer jevnlig for å sørge for at statsforetaket har egnede rammer å møte eventuelle behov for endringer i oppgaver eller de omgivelsene for øvrig.

Forvaltningen av statsforetaket sorterer under styrets ansvar. Det fremgår av statsforetaksloven § 23 at:

«Styret skal påse at virksomhetene drives i samsvar med foretakets formål, vedtekter og retningslinjer fastsatt av foretaksmøtet. Styret har ansvaret for en tilfredsstillende organisering av foretaket og skal påse at registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger og formuesforvaltningen er gjenstand for betryggende kontroll. Før styret treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets formål eller som i vesentlig grad vil endre virksomhetens karakter, skal saken skriftlig forelegges departementet.»

Dette er den overordnede rammen og målsetningen for styret og virksomheten. Med utgangspunkt i formålsparagrafen i vedtektenes og sektorpolitiske mål, stiller departementet årlige krav til Norsk Helsenett SF i foretaksmøte og oppdragsbrev.

Det er et sentralt punkt i eierskapsutøvelsen å følge opp at styrene utarbeider mål og indikatorer som underbygger statens mål med eierskapet. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp denne anbefalingen i eierdialogen med styret og administrasjonen i Norsk Helsenett SF. Helse- og omsorgsdepartementet har allerede utfordret virksomheten til å

starte et arbeid med å vurdere hvordan de kan videreutvikle og operasjonalisere indikatorer for effektiv drift.

Departementet vil løpende forsøke å videreutvikle sin oppfølging av styrets arbeid med mål og indikatorer for virksomheten. På sikt vil departementet også søke å utvikle klarere resultatforventninger til selskapenes sektorpolitiske mål og effektive drift. Jeg mener at styret og administrasjonen i Norsk Helsenett SF selv er best egnet til å starte dette arbeidet. Jeg vil også be Norsk Helsenett SF om å gjennomføre benchmarking med andre relevante virksomheter, for på denne måten å utvikle kunnskap om hvordan de eventuelt kan effektivisere ulike deler av driften ytterligere. Jeg vil samtidig minne om at Norsk Helsenett SF skal sørge for at det foreligger en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv samhandling mellom alle deler av helse- og omsorgstjenestene. Det vil bidra til forenkling, effektivisering og kvalitetssikring av elektroniske tjenester til det beste for pasienter og befolkningen for øvrig. Dette er viktige forutsetninger for at helsetjenesten i neste omgang kan drive sin virksomhet på en effektiv måte mht. behandling og pasientsikkerhet.

Med hilsen



Bent Høie



DET KONGELIGE KOMMUNAL-
OG MODERNISERINGSDEPARTEMENT

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref
2017/01312-19

Vår ref
16/4021-20

Dato
15. november 2017

**Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016
- Oversendelse av saksframstillingen som legges fram for Stortinget i
Dokument 3:2 (2017-2018)**

Jeg viser til deres brev av 1.11.2017 om Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet har ingen kommentarer til rapporten.

Med hilsen

Jan Tore Sanner



Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref
2017/01321-20

Vår ref
16/3269-

Dato
15. november 2017

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 1. november 2017 vedlagt saksframstilling av *Riksrevisjonens undersøkelse om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med selskaper*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017 – 2018).

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

Departementet jobber systematisk med utvikling av eierstyringen av kategori 4-selskapene Norsk Tipping AS (NT) og Norsk Rikskringkasting AS (NRK) som inngår i undersøkelsen. Utvikling av departementets forventninger til selskapenes arbeid med sektorpolitiske mål og effektiv drift er det sentrale elementet i dette arbeidet. Jeg mener at dette har gitt gode resultater og bidrar til at selskapene har kontinuerlig fokus på både sektorpolitisk måloppnåelse og effektiv drift.

Min redegjørelse til Riksrevisjonens anbefalinger følger nedenfor.

Riksrevisjonens anbefaling om at departementene setter egne forventninger til selskapenes sektorpolitiske mål og effektiv drift

Riksrevisjonen anbefaler at departementene overfor selskaper i kategori 4 setter egne forventninger til selskapenes sektorpolitiske mål og effektiv drift for å sikre at selskapenes virksomhet bidrar til å nå målene som ligger til grunn for statens eierskap. Jeg vil bemerke at for noen kategori 4-selskaper, som NT og NRK, vil det å fastsette konkrete mål ikke alltid

være formålstjenlig, da total måloppnåelse må baseres på en helhetlig vurdering. Riksrevisjonen bør derfor ta i betraktning at en løpende kvalitativ totalvurdering av selskapenes virksomhet, med utgangspunkt i fastsatte indikatorer, vil kunne gi en bedre vurdering av selskapenes oppnåelse av statens mål med eierskapet.

Riksrevisjonen trekker fram NT som et av få selskaper hvor det er satt forventninger til både sektorpolitisk måloppnåelse og effektiv drift. Departementet har, blant annet som følge av Riksrevisjonens tidligere undersøkelser knyttet til dette selskapet, utviklet indikatorer for å måle utvikling innenfor både ansvarlig spill og effektiv drift. Jeg vil i samarbeid med selskapet fortsatt jobbe for å videreutvikle slike indikatorer. Jeg mener imidlertid at det er utfordrende å sette konkrete mål og forventninger til selskapet når det gjelder ansvarlighet og effektiv drift. Dette skyldes i stor grad selskapets egenart hvor bl.a. tiltak for å sikre sektorpolitisk måloppnåelse er kostbare og dermed kan påvirke effektiv drift. Det er derfor i generalforsamling presisert at selskapets mål for effektiv drift ikke skal gå på bekostning av selskapets ansvarlighetstiltak.

NRK skal tilby allmennkringkasting for Norges befolkning. Allmennkringkastingstilbudet er et sentralt virkemiddel i norsk kultur- og mediepolitikk, og skal være uavhengig fra statlig detaljstyring. Det innebærer bl.a. at kringkastingssjefen har et selvstendig ansvar både for driften av selskapet og for den løpende redaksjonelle virksomheten i selskapet.

NRK-plakaten har en rekke krav og forventninger til NRKs allmennkringkastingstilbud. Stortinget har vedtatt en ny og mer overordnet NRK-plakat, jf. Meld. St. 15 (2016-2017) *Eit moderne og framtidsretta NRK* og Innst. 332. S (2016 – 2017). Det vil iht. denne plakaten innen kort tid fastsettes mer spesifikke føringer for NRKs allmennkringkastingsoppdrag i selskapets vedtekter. At NRK skal ha en særlig uavhengig rolle, stiller NRK i særstilling sammenlignet med mange andre kategori 4-selskaper. Av denne grunn bør det ikke settes sektorpolitiske mål for NRK utover de som er satt i NRK-plakaten og selskapets vedtekter. Det er krevende å sette konkrete mål for effektiv drift, men departementet vil likevel arbeide videre med dette. Jeg vil i denne forbindelse ha en dialog med selskapet om styrets utvikling av slike mål, tilpasset selskapets egenart og sektorpolitiske mål. Jeg viser i denne forbindelse også til at departementet har til hensikt å innhente en ekstern evaluering av NRKs rapportering på effektiv drift i løpet av 2018.

Riksrevisjonens anbefaling om at departementene følger opp at styrene utarbeider mål og indikatorer og rapporterer om disse

Jeg støtter Riksrevisjonens anbefaling om at departementene skal følge opp at styrene utarbeider egne mål og indikatorer som dekker statens mål med eierskapet, og rapporterer om disse. Jeg vil i dialogen med selskapene se på hvordan vi kan sikre en god oppfølging av disse punktene. Riksrevisjonen kommenterer i merknadene at departementene i liten grad gjennomfører eksterne evalueringer av selskapenes resultater og utvikling over tid. Jeg vil her trekke fram at Medietilsynet og Lotteritilsynet årlig rapporterer på henholdsvis NRKs og

NT sin sektorpolitiske måloppnåelse og at departementet også har som mål å gjennomføre jevnlig eksterne evalueringer av selskapenes rapportering på effektiv drift.

Riksrevisjonens anbefaling om kompetansebyggende tiltak

Jeg støtter anbefalingen om ytterligere erfaringsutveksling og koordinering mellom departementene. For å kunne ivareta eierstyringen på en god måte er det svært viktig at departementene har tilstrekkelig kompetanse på feltet og en koordinert forståelse av hvilke forventninger som følger av Eierskapsmeldingen og andre styringsdokumenter på dette feltet. Jeg vil her peke på den viktige rollen Nærings- og fiskeridepartementet har med tanke på kompetansebygging innenfor dette feltet.

Med hilsen



Linda Hofstad Helleland



**DET KONGELIGE
KUNNSKAPSDEPARTEMENT**

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

16/6959-

13. november 2017

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Jeg viser til brev 1. november 2017.

Innledningsvis i saksfremlegget viser Riksrevisjonen til at staten som eier kan benytte en rekke virkemidler som f.eks. lovgivning, tilskudd mv. Kunnskapsdepartementet legger til grunn at staten kan bruke slike virkemidler overfor selskapene, men i en annen egenskap enn å være eier. Staten er opptatt av å skille rollen som eier fra andre roller, jf. Meld. St. 27 (2013-2014).

I vedlegget til saksfremlegget viser Riksrevisjonen til at Norges forskningsråd foretar evalueringer av Simula Research Laboratory AS (Simula) på oppdrag av selskapet selv. Departementet antar at Riksrevisjonen sikter til evalueringene som foretas av Simula som mottaker av tilskudd, og gjør oppmerksom på at disse foretas på vegne av departementet.

For øvrig viser jeg til departementets brev 14. juli 2017 og Nærings- og fiskeridepartementets tilbakemelding på undersøkelsen og saksfremlegget. På bakgrunn av dette vil departementet følge opp at styrene i selskapene der Kunnskapsdepartementet forvalter eierskapet utarbeider mål og indikatorer som dekker statens mål med eierskapet, og rapporterer om disse.

Med hilsen


Henrik Asheim

Kopi

Nærings- og fiskeridepartementet



**DET KONGELEGE
LANDBRUKS- OG MATDEPARTEMENT**

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Dykkar ref.
2017/01312

Vår ref.
16/1147-

Dato
16. november 2017

Riksrevisjonens kontroll med forvaltninga av statlege selskap for 2016

Eg viser til brev av 1. november 2017 om Riksrevisjonen sin kontroll med forvaltninga av statlege selskap for 2016. De ber om at eg gjer greie for korleis departementet vil følgje opp Riksrevisjonen sine merknader og anbefalingar, og om departementet er ueinig med Riksrevisjonen.

Rapporten frå Riksrevisjonen er eit nyttig innspel i departementet sitt arbeid med eigarstyring. Eg vil ta med meg Riksrevisjonen sine anbefalingar i vidareutviklinga av eigarstyringa, for at dei selskap som departementet eiger når måla som ligg til grunn for statens eigarskap. Det er samstundes viktig å ta omsyn til selskapa sin eigenart. LMD vil også leggje vekt på utveksling av erfaringar og koordinering i tverrdepartementale fora for å bidra til å styrkje og dra nytte av samla kompetanse i dei statlege eigarmiljøa.

Med helsing



Jon Georg Dale



DET KONGELIGE
NÆRINGS- OG FISKERIDEPARTEMENT

Næringsministeren

Riksrevisjonen

Deres ref

2017/01312-23

Vår ref

16/5019

Dato

16.11.2017

Riksrevisjonens undersøkelse om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 1. november 2017 om undersøkelsen om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet. Undersøkelsen er en del av Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av det statlige eierskapet for 2016. 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.

Gode mål og indikatorer er sentralt for styrets arbeid og eiers oppfølging. Det er positivt at Riksrevisjonen gjennom undersøkelsen belyser departementenes arbeid med dette. I det følgende vil jeg gi noen kommentarer til enkelte av Riksrevisjonens anbefalinger.

Selskaper i kategori 3

Riksrevisjonen anbefaler at departementene overfor selskaper i kategori 3 stiller tydeligere forventninger til selskapenes samfunnsmessige effekter.

Jeg er enig i at det er avgjørende at selskapene også fremover er godt kjent med statens mål med eierskapet og de samfunnsmessige begrunnelsene for dette. Målene med eierskapet i de enkelte selskapene, og eventuelle samfunnsmessige begrunnelser, fremgår av Meld. St. 27 (2013-2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap (eierskapsmeldingen). Dette er tydelig formidlet til selskapene.

Av meldingen fremgår det også bl.a. at kategori 3-selskaper er "*selskaper der staten har forretningsmessige mål med eierskapet og hvor det er andre samfunnsmessige begrunnelser for statlig eierskap enn norsk forankring av hovedkontor*". Det fremgår også at "*for de fleste*

av selskapene i kategori 3 vil situasjonen være nokså lik kategori 2, i den forstand at det ikke er behov for særskilt oppfølging i eierskapsforvaltningen for å realisere spesifikt definerte mål." og at statens mål med eierskapet "realiseres ved at selskapet driver sin virksomhet på forretningsmessig grunnlag innenfor den aktuelle sektor." Det er altså primært ved å ramme inn virksomheten i vedtektene, og ved en eieroppfølging som bidrar til at selskapene er konkurransedyktige og lønnsomme over tid, at staten som eier søker å bidra til oppfyllelsen av også eierskapets samfunnsmessige begrunnelse. I eieroppfølgingen av selskaper i kategori 3 har staten konkrete forventninger til avkastning og formidler langsiktige og årlige utbytteforventninger. Eierskapsmeldingen understreker betydningen av ikke å skape tvil om at selskapene i kategori 3 drives på forretningsmessig grunnlag.

Samtidig ser NFD behov for å følge med på hvordan selskapenes virksomhet bidrar til å oppnå de samfunnsmessige effektene som begrunner statens eierskap. Dette er noe NFD allerede gjør i dag men som vi blant annet i lys av Riksrevisjonens anbefalinger vil søke å videreutvikle, herunder ved å identifisere ytterligere oppfølging av og eventuelt forventninger til selskapenes samfunnsmessige effekter. En slik oppfølging vil gjennomføres på et vis som ikke bidrar til å svekke selskapenes kommersielle innretning og langsiktige lønnsomhet.

Riksrevisjonen anbefaler videre at departementene overfor selskaper i kategori 3 stiller tydeligere krav til at selskapene i sin rapportering viser hvordan den forretningsmessige virksomheten ivaretar de samfunnsmessige effektene som staten ønsker med eierskapet.

Departementet er opptatt av å forstå de samfunnsmessige effektene av selskapenes drift. Selskapene gir allerede i stor grad informasjon som er relevant for dette, ettersom det som regel er vesentlig for deres virksomhet. I lys av Riksrevisjonens anbefalinger vil NFD, som en del av det løpende arbeidet med å styrke og forbedre eieroppfølgingen, også se nærmere på om det er behov for å justere forventningene til selskapenes rapportering, samt om det er behov for å innhente informasjon om samfunnsmessige effekter fra andre kilder enn selskapene. Staten som eier bør samtidig være varsom med å forvente rapportering fra selskaper i kategori 3 på forhold som ikke er vesentlige for den forretningsmessige virksomheten, ettersom det kan bidra til å svekke selskapenes kommersielle innretning og langsiktige lønnsomhet.

Selskaper i kategori 4

Riksrevisjonen anbefaler at departementene overfor selskaper i kategori 4 setter egne forventninger til selskapenes sektorpolitiske mål og effektiv drift for å sikre at deres virksomhet bidrar til å nå målene som ligger til grunn for statens eierskap, samt at departementene følger opp at styrene utarbeider mål og indikatorer som dekker statens mål med eierskapet, og rapporterer om disse.

Det er sentralt i eierskapsutøvelsen å følge opp at styrene utarbeider mål og indikatorer som underbygger statens mål med eierskapet. Riksrevisjonen peker på at flere departementer, inkludert NFD, har et forbedringspotensial i det arbeidet. Det avgjørende her er trolig at departementene bruker tid og ressurser på å forstå selskapenes virksomhet enda bedre, og slik blant annet kan danne seg egne enda grundigere oppfatninger om selskapenes mål, strategi og indikatorer. Slik kan eier i dialogen med selskapene i enda større grad utfordre deres mål og indikatorer og oppfølgingen av disse, for slik å bidra til at selskapets virksomhet

i størst mulig grad understøtter statens mål med eierskapet. Departementet vil i lys av Riksrevisjonens anbefaling arbeide med å videreutvikle eieroppfølgingen på dette området.

Jeg er videre i utgangspunktet enig med Riksrevisjonen i at departementene bør sette egne forventninger til disse selskapenes sektorpolitiske mål og effektiv drift, slik vi for selskaper i kategori 3 har avkastningsmål og utbytteforventninger. Det å sette gode slike forventninger til selskapene i kategori 4 krever at eier har innsikt i selskapenes virksomhet og kan utarbeide hensiktsmessige og robuste forventninger som det er grunn til å tro at støtter opp om statens mål. Slike forventninger kan ellers bli et overfladisk tiltak som i verste fall kan gjøre mer skade enn nytte. Staten som eier bør også ta høyde for at sektorpolitisk måloppnåelse kan være utfordrende å fange opp gjennom indikatorer alene, og at måloppnåelsen bør vurderes i en bred sammenheng. Departementet vil i lys av Riksrevisjonens anbefaling fortsette å videreutvikle sin oppfølging av styrets mål og indikatorer og vil på sikt også søke å utvikle egne resultatforventninger til selskapenes i kategori 4s sektorpolitiske mål og effektive drift.

De tverrdepartementale foraene

Riksrevisjonen anbefaler at de tverrdepartementale foraene benyttes til erfaringsutveksling og koordinering for å bidra til at alle departementene har tilstrekkelig kompetanse til å utfordre styrene og selskapene.

Det er hvert enkelt departements ansvar å ha tilstrekkelig kompetanse mv. til å ivareta eieroppfølgingen på en god måte og i tråd med eierskapsmeldingen. NFDs rolle som kompetanse- og ressursmiljø for den statlige eierskapsutøvelsen, herunder arbeidet med å arrangere møteplasser som faglige forum for departementene, dreier seg blant annet om å legge til rette for erfaringsutveksling og å bidra til å videreutvikle kompetanse. Departementet vil fortsette med disse foraene og søke å videreutvikle dem.

Annet

Riksrevisjonen har i sin undersøkelse skilt mellom eieroppfølging av selskaper i kategori 4 som mottar tilskudd fra staten og selskaper som ikke mottar slike tilskudd. Oppfølgingen av tilskudd og eierskap er to ulike roller staten har, selv om de noen ganger kan sees i en sammenheng. I vurderingen av om departementene har fulgt opp rollen som eier, bør det være et departements oppfølging *i den rollen* som legges til grunn.

Avslutningsvis vil jeg understreke at arbeidet med å følge opp selskapenes mål og indikatorer er sentralt for departementet. Det kan ha stor betydning for selskapenes måloppnåelse og verdiskaping. Departementet vil fortsette å videreutvikle arbeidet på dette området som beskrevet over, blant annet i lys av Riksrevisjonens funn og anbefalinger.

Med hilsen



Monica Mæland



**DET KONGELIGE
OLJE- OG ENERGIDEPARTEMENT**

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

16/1644-

13. november 2017

Riksrevisjonens undersøkelse om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 1. november 2017 om undersøkelsen om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet. Undersøkelsen er en del av Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av det statlige eierskapet for 2016.

Gode mål og indikatorer for selskapenes virksomhet er vesentlig for Olje- og energidepartementets (OED) eierskapsoppfølging. I OEDs selskapsportefølje tilhører fem av seks virksomheter kategori fire som er selskaper med sektorpolitiske formål. Disse fem selskapene og foretakene, Enova SF, Gassco AS, Gassnova SF, Statnett SF og Petoro AS, er alle inkludert i Riksrevisjonens undersøkelse.

Riksrevisjonen anbefaler at departementene overfor selskaper i kategori fire setter egne forventninger til selskapenes sektorpolitiske mål og effektiv drift for å sikre at selskapenes virksomhet bidrar til å nå målene som ligger til grunn for statens eierskap, samt at vi følger opp at styrene utarbeider mål og indikatorer som dekker statens mål med eierskapet, og rapporterer om disse.

Jeg er enig med Riksrevisjonen i at det er viktig å uttrykke tydelige forventninger til selskapene om oppnåelse av sektorpolitiske mål og effektiv drift. Jeg legger også vekt på at selskapenes styrever utarbeider gode operasjonelle mål og indikatorer for selskapenes drift, og

at virksomhetene drives så effektivt som mulig. Dette er forhold som jeg fortsatt vil være opptatt av og styrke i min eierdialog med selskapene.

Med hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Terje Søviknes', is written over the printed name. The signature is stylized and somewhat illegible due to the cursive nature of the handwriting.

Terje Søviknes



**DET KONGELIGE
SAMFERDSELSDEPARTEMENT**

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Unntatt offentlighet,
§ 5 andre ledd

Deres ref
2017/01312-25

Vår ref
16/1937-

Dato
16. november 2017

Riksrevisjonens undersøkelse av mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet

Jeg viser til brev fra Riksrevisjonen datert 1. november 2017 vedlagt saksframstilling av "Mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet". Riksrevisjonen ber om en redegjørelse for hvordan Samferdselsdepartementet (SD) vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Selskaper i kategori 3 og 4

Riksrevisjonen anbefaler at departementene overfor selskaper i kategori 3 stiller tydelige forventninger til selskapenes samfunnsmessige effekter og krav til at selskapene i sin rapportering viser hvordan den forretningsmessige virksomheten ivaretar de samfunnsmessige effektene som staten ønsker med eierskapet. I sine merknader viser Riksrevisjonen til at SD overfor NSB AS har stilt konkrete forventninger til selskapets samfunnsoppdrag innenfor den aktuelle undersøkelsesperioden. Videre bemerker Riksrevisjonen at NSB AS, med bakgrunn i et vedtektsfestet krav, rapporterer om utvikling og resultater relatert til statens samfunnsmessige begrunnelse for eierskapet.

Riksrevisjonen anbefaler videre at departementene overfor selskaper i kategori 4 stiller egne forventninger til selskapenes sektorpolitiske måloppnåelse og effektiv drift samt følger opp at styrene utarbeider og rapporterer på mål og indikatorer som dekker statens mål med eierskapet. I sine merknader viser Riksrevisjonen til at SD overfor Avinor AS har stilt forventninger til både sektorpolitisk måloppnåelse og effektiv drift. Styret i Avinor AS har

også utarbeidet egne mål og indikatorer for selskapets sektorpolitiske oppgaver og effektiv drift.

Jeg tar til etterretning at Riksrevisjonen i sine merknader viser til at SD stiller tydelige forventninger til selskapenes måloppnåelse og effektiv drift samt at styrene utarbeider og følger opp egne mål og indikatorer. I tråd med hva SD tidligere har gitt av kommentarer til undersøkelsen, anser jeg Riksrevisjonens vurdering å være i tråd med departementets eieroppfølging. Innenfor rammen av vedtektene legger SD vekt på at konkretiseringen og oppfølgingen av resultatforventninger og –indikatorer er gjenstand for dialog mellom eier og styret. I tillegg stiller SD tydelige forventninger til finansiell måloppnåelse og effektiv drift i selskapene og følger opp dette ved blant annet bruk av benchmarking og verdivurderinger av selskapene.

SD vil som en del av eieroppfølgingen videreutvikle arbeidet med å gi selskapene et klart formål i samsvar med statens mål med eierskapet samt bidra til utvikling av tydelige resultatforventninger og –indikatorer. Riksrevisjonen viser også til at SD gjennomfører evalueringer av selskapenes resultater og utvikling over tid. Denne type oppfølging er spesielt viktig for unoterte selskaper, hvor det ikke foreligger løpende markedspriser. Departementet vil også på dette området fortsatt søke etter og benytte systematiske analyser for å vurdere selskapenes verdiutvikling og verdidrivere, gjerne sett opp mot sammenlignbare selskaper.

Bruk av tverrdepartementale fora

Riksrevisjonen anbefaler bruk av tverrdepartementale fora til erfaringsutveksling og koordinering på det området undersøkelsen dekker. Som et utgangspunkt legger jeg vekt på at SD må inneha tilstrekkelig kompetanse til å kunne utøve en profesjonell og forutsigbar forvaltning av det statlige eierskapet innen samferdselssektoren. SD har også jevnlig erfaringsutveksling med andre eierdepartementer på ulike saksområder. I denne sammenheng deltar SD i samtlige av de fora som arrangeres av Nærings- og fiskeridepartementet (NFD), i kraft av NFDs rolle som kompetanse- og ressursmiljø for den statlige eierskapsutøvelsen. SD har gode erfaringer med deltagelse og bidrag i denne type fora, og er positivt innstilt til å benytte tverrdepartementale møteplasser som et ledd i arbeidet med å videreutvikle og styrke eierskapsutøvelsen.

Med hilsen



Ketil Solvik-Olsen



DET KONGELIGE
UTENRIKSDEPARTEMENT

Utenriksministeren

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

Deres Ref
2017/01312-26

Vår ref
15/3564-6

Dato
17.11.2017

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Det vises til brev fra Riksrevisjonen av 1. november 2017 om ovennevnte der saksfremstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet* er vedlagt. Det har vært nyttig å være del av denne undersøkelsen i samarbeid med Riksrevisjonen.

Utenriksdepartementet forvalter statens eierinteresser i kun ett selskap - *Statens investeringsfond for næringsvirksomhet i utviklingsland* (Norfund). Norfund skaffer seg midler til virksomheten ved tilskudd fra staten (Norfund-loven § 5) over bistandsbudsjettet. Norfund er et kategori 4 selskap med et klart sektorpolitisk mål om å bidra med egenkapital og annen risikokapital, samt yte lån og stille garantier til utvikling av bærekraftig næringsvirksomhet i utviklingsland der hensikten er å etablere levedyktig, lønnsom virksomhet som ellers ikke ville bli igangsatt som følge av høy risiko.

Norfund er blitt et sentralt virkemiddel i utviklingspolitikken. Gjennom utvikling av bærekraftig næringsvirksomhet bidrar Norfund til å levere på målsetningen om jobbskaping gjennom næringsutvikling. Norfunds evne til å skape utviklingseffekter, som jobber, likestilling og skatteinntekter, gjennom bærekraftige investeringer, er gjennomgangstema i departementets eierstyringsmøter med Norfund.

Norfund-loven og vedtektene, som er under revisjon, setter de overordnede mål og forventinger til Norfund. Norfunds styre har fulgt opp disse med å utmeisle en flerårig strategi, som bygger på et sett med indikatorer for måloppnåelse. I den løpende eierstyringsdialogen utgjør dette grunnlaget for departementets forventinger til Norfund om at investeringene gir positive utviklingseffekter.

På det grunnlaget sier jeg meg enig i at det er svært viktig at departementet følger opp Norfund-styrets arbeid med mål og indikatorer og styrets rapportering om dette for å sikre oss effektiv drift samtidig som målet med eierskapet ivaretas. Det er derfor nødvendig at vi bygger kunnskap og setter av tilstrekkelig kapasitet for dette formål i departementet, ikke minst i lys av at Norfund har blitt et så sentralt virkemiddel i utviklingspolitikken.

Arbeidet som eierskapsavdelingen i NFD leder, for å styrke kapasiteten i andre eierskapsdepartement, er meget nyttig. Det at NFD har et kompetanse- og ressursmiljø for å styrke statlig eierskapsoppfølging vil bidra til at de forhold som Riksrevisjonen trekker frem for bedre måloppnåelse og effektiv drift i kategori 4 selskap kan bli fulgt opp bedre på tvers av eierdepartementene.

Med vennlig hilsen



Ine Eriksen Søreide

Vedlegg 1.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet

1 Innledning

1.2 Bakgrunn

Den statlige selskapsporteføljen har siden 2006 vært inndelt i fire kategorier, blant annet for å tydeliggjøre statens mål med eierskapet i det enkelte selskap. Kategori 1 og 2 omfatter selskaper der staten har forretningsmessige mål med eierskapet. For selskapene i kategori 2 har staten i tillegg et mål om nasjonal forankring av hovedkontorfunksjon. Kategori 3 omfatter selskaper der staten har forretningsmessige mål og andre spesifikt definerte mål med eierskapet. Det innebærer at det også er en samfunnsmessig begrunnelse for eierskapet. Kategori 4 omfatter selskaper der staten har sektorpolitiske mål med eierskapet.

For forretningsmessige selskaper (kategori 1–3) er statens hovedmål å maksimere verdien av investert kapital over tid, mens det for selskaper med sektorpolitiske mål (kategori 4) er et overordnet mål at disse nås mest mulig effektivt.¹ At selskapene skal ivareta viktige samfunnsoppgaver samtidig som de skal ha effektiv drift, gjør det nødvendig for eier å følge opp både graden av måloppnåelse og hvor effektivt målene nås.

I en undersøkelse fra 2011 viste Sørensen og Rattsø til at det for mange statlig eide selskaper ikke foreligger data om sektorpolitisk måloppnåelse som gjør det mulig å sammenligne selskapets utvikling over tid eller på tvers av selskaper. For flere selskaper eksisterer det heller ikke gode resultatindikatorer for sektorpolitiske mål.² En kartleggingsundersøkelse fra Direktoratet for forvaltning og IKT viste at det i styringen av sektorpolitiske selskaper kan være vanskelig å balansere sektorpolitiske og økonomiske mål. Det skyldes særlig at det er satt uklare eller motstridende mål, og at det er manglende fleksibilitet i bruken av selskapenes ressurser. Videre må sektorpolitiske selskaper hele tiden avveie hensynet til sektorpolitiske mål og effektiv utnyttelse av ressursene, noe som kan være en vanskelig balansegang. For selskaper som mottar tilskudd, vil utformingen av tilskudds- og oppdragsbrevene ha stor innvirkning på hvordan avveiningen gjøres i praksis.³ Sørensen og Rattsø finner at de tilskuddsfinansierte selskapene opplever mindre handlefrihet og mer intensiv eierstyring enn selskaper som henter sine inntekter i et marked. Styremedlemmer i konkurranseutsatte selskaper føler sterkere ansvar for selskapets måloppnåelse og er mindre opptatt av eierdepartementets interesser enn konkurranseskjermede selskaper.⁴

1) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 66.

2) Jørn Rattsø og Rune Sørensen, *Statlige selskaper med sektorpolitiske mål, En evaluering av statlig styring*, Handelshøyskolen BI, Forskningsrapport 14/2011.

3) Direktoratet for forvaltning og IKT (2011): *Statlige selskap og foretak med sektorpolitiske mål, Ei kartlegging av styringshøve og faktisk bruk av verkemiddel*. Difi Rapport 2011:5.

4) Jørn Rattsø og Rune Sørensen, *Statlige selskaper med sektorpolitiske mål, En evaluering av statlig styring*, Handelshøyskolen BI, Forskningsrapport 14/2011.

I St. meld. nr.19 (2008–2009) *Ei forvaltning for fellesskap og demokrati*, pekte regjeringen på at bruken av ulike virkemidler for å styre de sektorpolitiske selskapene skulle vurderes. Det ble satt ned en arbeidsgruppe med deltakelse fra alle departementer som forvalter eierskapet til sektorpolitiske selskaper. Med grunnlag i gruppens arbeid og ulike undersøkelser utarbeidet Kommunal- og moderniseringsdepartementet et høringsnotat med forslag til en rekke tiltak og anbefalinger for å gjøre de sektorpolitiske selskapene til mer effektive virkemidler i gjennomføringen av den statlige sektorpolitikken.⁵ I notatet skriver departementet at mangelfull måling av sektorpolitisk måloppnåelse gjør det vanskelig å evaluere om virkemiddelbruken er effektiv, og hvordan virkemiddelbruken kan legges om for å sikre mer effektiv sektorpolitisk måloppnåelse. En vesentlig anbefaling var derfor at departementene burde styrke arbeidet med å utarbeide mål og resultatindikatorer for selskapene. Det vil blant annet gjøre det mulig for selskapene å rapportere om grad av sektorpolitisk måloppnåelse til eier, slik at eier har mulighet til å evaluere selskapenes måloppnåelse og effektivitet.⁶

Flere av Riksrevisjonens undersøkelser har de senere årene vist at det er behov for å styrke selskapenes arbeid med å definere mål og indikatorer for å vurdere måloppnåelse og effektivitet. Dette gjelder særlig selskaper med sektorpolitiske mål. Undersøkelsene har også vist at det er forskjeller i departementenes eierstyring, og at staten som eier i liten grad benytter eierdialogen til å følge opp forventningen om at selskaper med sektorpolitiske mål skal ha effektiv drift.⁷

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere om heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse for eller et sektorpolitisk mål med eierskapet, benytter mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift og rapporterer med bakgrunn i disse. Videre vil det vurderes i hvilken grad departementene følger opp og vurderer samfunnsmessige effekter eller sektorpolitisk måloppnåelse, og effektiv drift i selskapene.

- 1 I hvilken grad benytter og rapporterer selskapene om mål og indikatorer for sektorpolitisk eller samfunnsmessig måloppnåelse og effektiv drift?
- 2 I hvilken grad følger departementene opp og kontrollerer selskapenes sektorpolitiske eller samfunnsmessige måloppnåelse og effektiv drift?

1.3 Revisjonskriterier

Det går fram av reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet) § 10 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

- 5) Kommunal- og moderniseringsdepartementet: Høringsnotat – februar 2013, *Sektorselskaper, virkemidler og effektiv måloppnåelse -Vurdering av virkemiddelbruk overfor statlig heleide sektorselskaper*. De innledende undersøkelsene ble foretatt av Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi), Rune Sørensen og Jørn Rattsø, og Tormod Hermansen. Alle undersøkelsene ble utarbeidet i 2011.
- 6) Kommunal- og moderniseringsdepartementet: Høringsnotat – februar 2013, *Sektorselskaper, virkemidler og effektiv måloppnåelse -Vurdering av virkemiddelbruk overfor statlig heleide sektorselskaper*.
- 7) Undersøkelsen *Statens eieroppfølging av økonomi og effektivitet i selskaper med statlige eierinteresser*, Dokument 3:2 (2012–2013) avdekket at krav til effektiv drift ikke ble fulgt opp for flere sektorpolitiske selskaper. I undersøkelsen *NRK AS - kostnadseffektivitet i NRK*, Dokument 3:2 (2012–2013) kom det fram at Kulturdepartementet ikke hadde satt effektivitetsmål for NRK. Undersøkelsen *Drift, økonomistyring og eieroppfølging av Norsk Tipping*, Dokument 3:2 (2014–2015) viste at verken Kulturdepartementet eller Norsk Tipping hadde tilstrekkelig informasjon til å følge opp om selskapet har effektiv drift. I undersøkelsen *Kostnadseffektiv drift og økonomistyring i Scenekunstsselskapene og Kulturdepartementets oppfølging*, Dokument 3:2 (2015–2016) ble det belyst at scenekunstsselskapene i liten grad hadde definert mål og styringsparametere for å sikre kostnadseffektiv drift. I undersøkelsen *Landbruks- og matdepartementets eierskapsutøvelse*, Dokument 3:2 (2015–2016), ble det vist til et behov for implementering av konkrete mål og indikatorer for måloppnåelse.

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.

Eier kan kun utøve sin myndighet i generalforsamling, foretaksmøte eller tilsvarende. Dette gjelder for alle selskaper uavhengig av statens eierandel.⁸ 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.⁹

I eierskapsmeldingen, Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, legges det vekt på 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, 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.¹⁰

Også i *OECDs prinsipper for eierstyring* pekes det på at en viktig oppgave for staten som eier er å utarbeide rapporteringssystemer som muliggjør regelmessig tilsyn med og vurdering av selskapenes resultater. Rapporteringssystemene bør gi et sannferdig bilde av selskapets resultater og finansielle stilling, og det bør utarbeides ordninger for å vurdere selskapenes resultater opp mot fastsatte mål. Videre legges det vekt på at systematisk benchmarking på områdene produktivitet og effektivitet kan være gode hjelpemidler for tilsyn og resultatvurdering.¹¹

For forretningsmessige selskaper (kategori 1–3) er statens hovedmål å maksimere verdien av investert kapital over tid. Det innebærer at selskaper i kategori 3, som for selskaper i kategori 1 og 2, skal drives på forretningsmessig grunnlag. For de forretningsmessige selskapene har staten som eier utarbeidet avkastningsmål (referanseavkastning) og utbytteforventninger, og disse er formidlet til selskapene.¹² Dersom selskapene driver sin virksomhet på forretningsmessig grunnlag innenfor den aktuelle sektoren, forventes det ikke å være behov for en særskilt oppfølging for å sikre at spesifikt definerte mål realiseres. For enkelte selskaper kan det likevel, ut fra statens mål med eierskapet, legges enkelte føringer for virksomheten. For ikke å skape tvil om at selskapene i kategori 3 drives på forretningsmessig grunnlag, vil styringen av samfunnsoppgavene hovedsakelig ivaretas gjennom reguleringer, konsesjonsregler og forretningsmessige statlige kjøp fra selskapene.¹³

For selskaper med sektorpolitiske mål (kategori 4) er statens formål med eierskapet sektorpolitisk begrunnet. Målene med disse selskapene bør tilpasses formålet med eierskapet i det enkelte selskap. Det fastsettes ikke avkastningsmål for selskaper som ikke er basert på forretningsmessig drift, eller som er avhengig av tilskudd fra staten,

8) Statens prinsipper for god eierstyring, punkt 3. Det rettslige grunnlaget for statsrådets eiermyndighet i et aksjeselskap er aksjeloven § 5-1. Tilsvarende bestemmelse gjelder for allmennaksjeselskapene, statsforetakene og for de fleste særlovselskapene, med unntak av AS Vinmonopolet som kun har bedriftsforsamling (jf. *lov om Aktieselskapet Vinmonopolet av 19. juni 1931 nr. 18*). For statsforetakene er generalforsamlingen byttet ut med foretaksmøte, men realiteten er den samme.

9) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 85–86.

10) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 60.

11) *OECD Guidelines on Corporate Governance of State-Owned Enterprises*, 2015 Edition, Chapter II: *The State's role as an owner*, Item F4.

12) Selskapenes avkastningsmål er en referanse og sier noe om hva staten kan forvente av andre investeringer med tilsvarende risiko.

13) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 55–56 og 66.

men det forventes likevel at driften er effektiv og at målene nås mest mulig effektivt. I selskaper med sektorpolitiske mål vil staten som eier søke å utvikle tydelige resultatforventninger og resultatindikatorer.¹⁴

En rekke sektorpolitiske selskaper mottar tilskudd eller annen finansiering fra staten. Dersom selskapene mottar tilskudd, kommer Stortingets bevilgningsreglement, økonomireglementet § 8 om tilskudd og garantier og § 15 om kontroll av tilskuddsmottagere, samt kapittel 6 om forvaltning av tilskuddsordninger til anvendelse for bruk, rapportering og oppfølging av tilskuddet i *bestemmelser om økonomistyring i staten* (økonomibestemmelsen). Tilskuddsforvaltere skal utarbeide bestemmelser om mål, kriterier for oppfølging og kontroll av tilskuddet i tildelingsbrev, oppdragsbrev eller regelverk. Selskapene skal på sin side rapportere om tilskuddsanvendelsen, slik at det er mulig å vurdere graden av måloppnåelse og departementet kan føre kontroll med at midlene benyttes etter forutsetningene. Tilskuddsforvaltere skal sørge for at det gjennomføres evalueringer for å få informasjon om hvorvidt tilskuddsordningene er effektive med hensyn til ressursbruk, organisering og fastsatte mål.

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 med videre. Styret skal fastsette planer, budsjetter og strategier. I selskaper med sektorpolitiske mål bør styret sette mål som gjør at selskapene kan rapportere om graden av sektorpolitisk måloppnåelse til eier, og at effektivitet og måloppnåelse kan evalueres.¹⁵ For statsforetakene og enkelte andre selskaper er det i lov eller vedtekter fastsatt at saker av vesentlig, prinsipiell, politisk eller samfunnsmessig betydning skal forelegges eier før beslutning. For enkelte selskaper er det også en vedtektsfestet plikt om at selskapet regelmessig skal legge fram en plan for eier om selskapets virksomhet, eller at det skal utarbeides andre særlige rapporter om virksomheten.¹⁶

I *OECDs prinsipper for eierstyring* pekes det på at selskapet skal legge fram vesentlig informasjon på områder av betydning for staten som eier og for offentligheten. Slik informasjon kan være en klar uttalelse om selskapets mål og måloppnåelse. Selskaper med statlig eierandel bør formulere et begrenset antall overordnede mål som legges fram sammen med informasjon om hvordan selskapet håndterer avveininger mellom potensielt motstridende mål. Selskapene bør rapportere om hvordan de har oppfylt sine mål ved å legge fram kritiske prestasjonsindikatorer. For selskaper som er redskaper for å fremme sektorpolitiske mål bør det også rapporteres om hvordan disse målene er nådd.¹⁷

1.4 Metode og gjennomføring

De fleste departementene forvalter statens interesser i ett eller flere selskaper hvor staten helt eller delvis er aksjeeier. Undersøkelsen omfatter de 29 heleide selskapene som er definert som kategori 3 eller 4 i Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*.¹⁸

Blant de 29 selskapene i undersøkelsen er det seks selskaper i kategori 3, selskaper der staten har forretningsmessige mål og andre spesifikt definerte mål med eierskapet. De øvrige 23 selskapene sorterer under kategori 4, selskaper der staten har

14) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 56.

15) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 68–69 og 74–78 og *lov om aksjeselskaper* § 6–12.

16) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 61–62.

17) *OECD Guidelines on Corporate Governance of State-Owned Enterprises*, 2015 Edition, Chapter VI *Disclosure and transparency*, Item A.

18) Posten Norge AS er utelatt på grunn av at statens sektorpolitiske mål fra og med 2016 skal nås gjennom andre virkemidler enn eierskapet i Posten Norge AS. Eierforvaltningen er fra 1. januar 2017 overført fra Samferdselsdepartementet til Nærings- og fiskeridepartementet. AIM Norway AS er utelatt siden selskapet ble overført fra kategori 3 til kategori 2 i august 2016 i forbindelse med omgjøring av selskapsform fra statsforetak til aksjeselskap.

sektorpolitiske mål med eierskapet. Det er Nærings- og fiskeridepartementet, Samferdselsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet som forvalter statens interesser i undersøkelsens kategori 3-selskaper. Helse- og omsorgsdepartementet, Kulturdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energidepartementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet forvalter statens interesser for ett eller flere selskaper i kategori 4. Undersøkelsen omfatter aksjeselskaper, særlovselskaper og statsforetak. Alle organisasjonsformene omtales i rapporten som selskaper.

Undersøkelsen beskriver i hovedsak selskapenes og departementenes nåsituasjon, med hovedvekt på årene 2015 og 2016. Problemstillingene er belyst gjennom dokumentanalyse, skriftlige spørsmål til styreleder i alle selskapene og alle berørte eierdepartementer, samt supplerende intervjuer. Det er hentet inn tilleggsdokumentasjon fra både styreledere og departementene som underbygger de skriftlige svarene.

Departementene har besvart skriftlige spørsmål, blant annet om hvorvidt de har stilt egne forventninger ut over målet med statens eierskap og selskapets formålsbestemmelse, om hvordan de følger opp og vurderer om selskapene bidrar til statens samfunnsmessige begrunnelse for eller sektorpolitiske mål med eierskapet, og om de har effektiv drift, hvilken rapportering de mottar fra selskapene som grunnlag for oppfølgingen, og hvordan de går fram for å følge opp selskapenes styrer. For å utdype de skriftlige svarene er det gjennomført intervjuer med alle de berørte departementene i etterkant av besvarelsene og dokumentgjennomgangen.

Styrelederne har besvart spørsmål om hvilke mål styret har fastsatt for statens samfunnsmessige begrunnelse for eller sektorpolitiske mål med eierskapet og for effektiv drift. Videre er styreleder bedt om å redegjøre for utarbeidelsen av indikatorer og bruken av disse i styrets arbeid med å vurdere selskapenes måloppnåelse og effektiv drift. Styreleder er også bedt om å legge ved informasjon som underbygger det skriftlige svaret.

For departementene og selskapene er blant annet følgende dokumenter benyttet i undersøkelsen:

- stortingsmeldingen om statlig eierskap, Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap* (eierskapsmeldingen)
- *Statens eierberetning 2015*
- departementenes generelle og selskapsspesifikke retningslinjer og rutiner for forvaltningen av statens eierinteresser og for eierdialogen
- referater fra møter mellom departementene og selskapene, inkludert for- og etterarbeid som departementene gjør i forbindelse med møtene
- brev og korrespondanse mellom departementet og selskapene
- presentasjoner fra selskapene i forbindelse med møter med departementene
- tilskuddsbrev, oppdragsbrev og avtaler for det enkelte selskap¹⁹
- selskapenes vedtekter
- utvalgte dokumenter om styrefastsatte samfunnsmessige eller sektorpolitiske mål, finansielle mål og effektiv drift
- selskapenes årsrapporter med styrets beretning og regnskap

19) Departementene benytter begrepene tilskuddsbrev og oppdragsbrev noe ulikt. I undersøkelsen er det gjennomgående valgt å benytte betegnelsen **tilskuddsbrev** i de tilfeller hvor oversendelsen knytter seg til økonomiske midler gitt direkte til selskapet over statsbudsjettet. **Oppdragsbrev** er benyttet i de tilfeller der eier har gitt føringer knyttet til driften, men hvor det ikke er knyttet økonomiske midler til. Selskaper som ikke mottar tilskuddsbrev, men hvor tilskuddet overføres via andre, er i undersøkelsen ikke klassifisert som tilskuddsmottaker.

I undersøkelsen er departementenes skriftlige dokumentasjon av eierdialogen, departementenes svar på skriftlige og muntlige spørsmål, samt offentlig tilgjengelig informasjon sett i sammenheng for å kunne gi en helhetlig beskrivelse av oppfølgingen av måloppnåelse og eierstyringen for det enkelte selskap. På samme måte er styreledernes skriftlige svar på spørsmål, den oversendte og offentlig tilgjengelige informasjonen om selskapet sett i sammenheng for å gi en helhetlig beskrivelse av hvordan styret og selskapet har operasjonalisert formålsbestemmelsen og satt mål for å kunne vurdere måloppnåelse og effektiv drift.

I vurderingen av hvorvidt departementene har satt forventninger, mål eller indikatorer overfor selskapene, menes de forventninger, mål eller indikatorer som eier tydelig har kommunisert, ut over det som er gitt gjennom statens mål med eierskapet, selskapets vedtekter eller i eierskapsmeldingen.

I vurderingen av hvorvidt styrene har fastsatt mål og indikatorer, menes de mål og indikatorer styret har skriftliggjort, ut over de forventninger, mål eller indikatorer som eier har gitt gjennom statens mål med eierskapet, selskapets vedtekter eller i eierskapsmeldingen.

2 Resultatet av undersøkelsen

De 29 selskapene som er heleid av staten og der staten har en samfunnsmessig begrunnelse for eller et sektorpolitisk mål med eierskapet, utgjør en gruppe selskaper med ulik juridisk organisasjonsform, finansiering, regulering og størrelse, både når det gjelder omsetning og antall ansatte. I tillegg til å være eier kan staten ha flere andre roller overfor selskapene, eksempelvis regulator, sektoransvarlig og myndighetsansvarlig. Vedlegg 1 gir en oversikt over statens mål med eierskapet og selskapenes formålsbestemmelse.

Hvorvidt eierskap er beste virkemiddel, må vurderes ut fra hvilke(t) mål staten ønsker å oppnå. Når staten har valgt selskap som virkemiddel, skjer eieroppfølgingen først og fremst gjennom at staten utarbeider et tydelig mål for eierskapet, fastsetter vedtekter, velger styre og finansieringsform, samt følger opp statens forventninger. Staten kan også regulere selskapenes virksomhet gjennom virkemidler som sektorspesifikk lovgivning med tilhørende forskrifter, gjennom konsesjoner eller gjennom statlige tilsyn. Innretningen av statens eierskap og eieroppfølgingen avhenger blant annet av om hele eller deler av selskapets virksomhet er i en faktisk eller mulig konkurransesituasjon. For selskaper som er pålagt oppgaver som ikke eller bare delvis kan utføres i et kommersielt marked, kan staten benytte finansielle virkemidler som tilskudd, kjøp av tjenester eller brukerfinansiering for å fremme måloppnåelse. Valg av styringsvirkemidler har betydning for hvordan staten kan styre selskapet. I tillegg setter selskapets organisasjonsform, aksjeselskap, statsforetak eller særlovselskap, rammer for selskapets virksomhet og for statens eieroppfølging. Vedlegg 2 gir en oversikt over hvilke styringsvirkemidler departementene benytter i forvaltningen av eierskapet i selskapene.

Selskapets styre er ansvarlig for å utarbeide klare mål og strategier innenfor rammene av selskapets vedtekter og rapportere om disse til eier. For selskaper hvor staten har gitt forventninger i tilskuddsbrev, oppdragsbrev eller avtale, vil disse i stor grad også kunne være førende for styrets arbeid med fastsettelse av mål og indikatorer. For andre selskaper kan det være særskilte lover som har innvirkning på selskapets virksomhet og derigjennom kan være førende for styrets utarbeidelse av mål og indikatorer.

Som eier følger departementene opp selskapenes måloppnåelse og styrets arbeid gjennom generalforsamling eller foretaksmøte, og gjennom andre formelle eller uformelle møter. Dialogen med selskapene er en viktig del av departementenes oppfølging av måloppnåelse, samtidig som den gir muligheter for informasjonsutveksling og diskusjon.

2.1 Departementets og styrets fastsettelse av mål og oppfølging av måloppnåelse og effektiv drift

2.1.1 Fastsettelse av mål og oppfølging av måloppnåelse og effektiv drift i selskaper under Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter statens interesser i kategori 4-selskapene AS Vinmonopolet og Norsk Helsenett SF. Forvaltningen av Vinmonopolet er lagt til Folkehelseavdelingen, mens forvaltningen av Norsk Helsenett er lagt til Eieravdelingen.

Norsk Helsenett SF skal sørge for at det foreligger en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv samhandling mellom alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Norsk Helsenett skal bidra til forenkling, effektivisering og kvalitetssikring av elektroniske tjenester, til beste for pasienter og befolkningen for øvrig. Selskapets kjerneoppgave er drift av felles infrastruktur – *helsenett*. Norsk Helsenett får sine inntekter gjennom tjenestosalg og brukerbetaling fra virksomheter som er tilkoblet *helsenett*, samt midler over statsbudsjettet. For en stor del av de økonomiske midlene er selskapet tilskuddsforvalter overfor kommunene, i forbindelse med videreutviklingen av elektronisk meldingsutveksling.

I tilskuddsbrevet har Helse- og omsorgsdepartementet gitt overordnede resultatforventninger både til oppgavene Norsk Helsenett utfører innen brukerbetaling, og til oppgavene hvor tilskuddsmidlene benyttes. Resultatforventningene knytter seg til selskapets tre prioriterte områder, *elektronisk meldingsutveksling*, *informasjons-sikkerhet* og *IKT-infrastruktur* og *drift av nasjonale tjenester*. Innenfor *elektronisk meldingsutveksling* er det blant annet satt en forventning om at *selskapet skal videreutvikle det nasjonale testsenteret for testing av funksjonalitet i de elektroniske pasientjournalssystemene for hele helse- og omsorgssektoren*. Departementet mener det er vanskelig å kvantifisere resultatmål og resultatindikatorer for oppgavene Norsk Helsenett er pålagt å løse. Det forklares med at selskapet i flere sammenhenger kun har en støttefunksjon overfor andre aktører i sektoren. Kvantifiserbare mål vil derfor være avhengig av forhold utenfor selskapets kontroll. Departementet har stilt krav om at selskapet skal ha god kontroll over økonomien og sikre at selskapets samlede ressursbruk holdes innenfor de gitte rammene. Selskapet skal også legge til rette for en bærekraftig økonomisk utvikling over tid.

Styret i Norsk Helsenett har med utgangspunkt i de tre prioriterte områdene i tilskuddsbrevet utarbeidet egne mål for selskapets virksomhet. For enkelte av områdene har styret også utarbeidet indikatorer, blant annet knyttet til svartid, tilgjengelighet og oppetid ved kundesenteret. Styret har ikke satt egne mål for effektiv drift. Selskapet opererer ikke i et konkurranseutsatt marked, og styreleder mener derfor det er vanskelig å måle om selskapet har effektiv drift. Styret har likevel bedt om at selskapet i løpet av 2017 forsøker å gjennomføre en benchmarking.²⁰ Styret rapporterer tertialvis til departementet om status for gjennomføring av oppdragene i tilskuddsbrevet.

20) Benchmarking, er en sammenligning av produkter, arbeidsmåter eller lignende ut fra gitte kriterier eller standardverdier, særlig for å oppnå forbedringer.

Departementet baserer sin oppfølging av Norsk Helsenett på styrets vurdering av selskapets måloppnåelse og foretar ingen egne analyser. De siste årene har departementet bedt selskapet rapportere om sektorpolitisk måloppnåelse både i de tertialvise rapporteringene og i selskapets årsrapport. Departementet mener den samlede rapporteringen gjør det mulig å vurdere selskapets sektorpolitiske måloppnåelse, finansielle måloppnåelse og effektiv drift. Departementet følger også opp om selskapet har ivaretatt sine sektorpolitiske mål gjennom brukererfaringer fra andre virksomheter under Helse- og omsorgsdepartementet, for eksempel helseforetakene. Departementet følger opp effektiv drift ved å vurdere den samlede rapporteringen fra selskapet.

AS Vinmonopolet skal gjennom sin enerett til omsetning av alkoholholdig drikke over 4,7 volumprosent bidra til å begrense omsetningen og dermed skadeomfanget av alkoholholdig drikke i samfunnet. Vinmonopolet er et av statens viktigste alkoholpolitiske virkemidler. Selskapets virksomhet er regulert gjennom lov om Aktieselskapet Vinmonopolet (vinmonopolloven) og lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven) med tilhørende forskrifter. Vinmonopolets virksomhet omfattes ikke av aksjeloven, og det er ikke utarbeidet vedtekter for selskapet.

Helse- og omsorgsdepartementet har ikke stilt forventninger til Vinmonopolet, men har i oppdragsbrevet satt en rekke forutsetninger til satsningsområder og hovedprioriteringer selskapet skal ivareta innenfor samfunnsoppdraget. I oppdragsbrevet omtales også departementets utbytteforventning til selskapet. Arbeid med *sosial kontroll* og *salgsutvikling* er to viktige områder for selskapet, og det er i oppdragsbrevet satt indikatorer selskapet skal rapportere i henhold til. For målet om *sosial kontroll* har departementet blant annet satt indikatorene *status for arbeidet med alderskontroll* og *sosial kontroll og utvikling i omsetning målt i volum og i liter ren alkohol fordelt på typer alkoholholdig drikke*. Det er også stilt krav om at Vinmonopolet skal ha kostnadseffektiv drift, og at selskapet skal bedre lønnsomheten og soliditeten uten at dette kommer i konflikt med sentrale alkoholpolitiske mål eller hensynene selskapet må ta som servicebedrift.

Styret i Vinmonopolet har konkretisert de sektorpolitiske målene og følger opp målene gjennom indikatorer med måltall. Vinmonopolets sektorpolitiske mål er satt i en styringspyramide og selskapsstrategi der det er satt opp seks hovedstrategier, blant annet *god sosial kontroll*, *god tilgjengelighet* og *bredde, kvalitet og lønnsomhet i produktutvalget*. For hovedstrategiene er det fastsatt indikatorer med måltall som skal bidra til at selskapet når samfunnsoppdraget. Styreleder mener det også er mulig å måle Vinmonopolets sektorpolitiske måloppnåelse gjennom omdømmemålinger. Det begrunnes med at selskapets eksistens er avhengig av bred oppslutning i befolkningen. For å vurdere effektiv drift har styret satt *omsetning av drikkevarer per time* som et mål i forbindelse med selskapets budsjettprioriteringer. I tillegg har styret fastsatt et måltall for avkastning på sysselsatt kapital for å kunne vurdere selskapets kostnadseffektivitet og om selskapets effektivitet forbedres over tid.²¹ Måltallet er ikke en del av selskapets målkort. Styreleder mener at den månedlige rapporteringen om drift, økonomi og oppfyllelse av rapporteringskravene i oppdragsbrevet gir styret god oversikt over selskapets virksomhet. De månedlige rapportene sendes også til Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg rapporterer selskapet mer omfattende til eier hvert halvår.

I de faste møtene mellom Vinmonopolet og Helse- og omsorgsdepartementet er både økonomi, forretningsutvikling og lov- og forskriftssaker tema. Departementet viser til at

21) Måltallet er basert på en analyse av Trond Bjørnenak ved Norges handelshøyskole. Han viste at de beste bedriftene innen faghandel klarte å levere avkastning på sysselsatt kapital på 10 prosent, som også er satt som Vinmonopolets måltall.

informasjon om hvordan selskapet arbeider med sosial kontroll, samt salgsutviklingen fordelt på produkter og fylker, gir et godt bilde av hvorvidt selskapet når de sektorpolitiske målene. Departementet gjør ingen egne analyser av informasjonen som mottas fra selskapet.

2.1.2 Fastsettelse av mål og oppfølging av måloppnåelse og effektiv drift i selskaper under Kommunal- og moderniseringsdepartementet

Kommunal- og moderniseringsdepartementet forvalter statens interesser i kategori 3-selskapet Kommunalbanken AS. Banken er et av flere sektorpolitiske virkemidler departementet har overfor kommunesektoren.

Kommunalbanken AS skal legge til rette for kostnadseffektiv og langsiktig finansiering til kommunesektoren. Det innebærer å yte lån til kommuner, fylkeskommuner, interkommunale selskaper og andre selskaper som utfører kommunale oppgaver enten mot kommunal garanti, statlig garanti eller annen sikkerhet. Som en del av sin samfunnsmessige oppgave skal banken tilby samme rentebetingelser uavhengig av lånets og kommunens størrelse. Samtidig skal banken gi staten tilfredsstillende avkastning på innskutt kapital. Kommunalbanken deltar i kredittmarkedet på samme betingelser som øvrige finansieringsforetak og er underlagt et omfattende regelverk. Finanstilsynet utfører tilsyn for å sikre at regelverket for bankvirksomheten etterlevs, blant annet kravet til kapitaldekning og særkrav som følger av at banken er klassifisert som systemviktig. Ut over avkastningsmål og utbytteforventning har ikke Kommunal- og moderniseringsdepartementet stilt andre resultatforventninger til selskapets virksomhet.

Styret i Kommunalbanken har satt operasjonaliserte mål til selskapets forretningsmessige virksomhet, selskapets samfunnsoppdrag og effektiv drift.²² I selskapets nyeste strategi er det satt fire mål med én eller flere strategiske indikatorer og tilhørende måltall. Blant annet er det for *kundeperspektivet* satt en strategisk indikator for *markedsandel* og *andel kjerneprodukter av samlet utlånsportefølje* med konkrete måltall for det enkelte år. Ifølge styreleder er det en nær sammenheng mellom bankens samfunnsmessige og forretningsmessige mål. For eksempel må banken, for å kunne innfri sitt samfunnsoppdrag, opprettholde høyest oppnåelige kredittrating for derigjennom å oppnå lave innlånskostnader.²³ Kommunalbanken benchmarker kostnadene sine mot andre nordiske kommunalbanker som en del av vurderingen av effektiv drift. Banken sender ikke skriftlig informasjon til departementet i forkant av kvartalsmøtene, men informerer om selskapets virksomhet i møtene, blant annet gjennom beskrivelser av selskapets resultater, kapital situasjon, utlånsvirksomhet og status innenfor enkeltområder. I møtene gis det også en muntlig gjennomgang av selskapets samfunnsmessige effekter. Videre mottar departementet en kopi av all korrespondanse mellom Kommunalbanken og Finanstilsynet.

I sin eieroppfølging baserer Kommunal- og moderniseringsdepartementet seg i hovedsak på informasjonen de mottar fra Kommunalbanken i møtene, og annen offentlig tilgjengelig informasjon. Departementet gjør få forberedelser og ingen egne analyser av de samfunnsmessige effektene av selskapets virksomhet, men opplyser at samfunnsmessig måloppnåelse er tema i alle møtene. Departementet understreker at de har to roller overfor Kommunalbanken; utøvelse av eierfunksjonen og et sektorpolitisk ansvar overfor hele kommunesektoren. I sin styring og oppfølging legger departementet særlig vekt på det sektorpolitiske ansvaret overfor kommunene og ser

22) Operasjonalisering vil si å klargjøre hvordan målingen av en variabel skal gjennomføres, i form av en indikator. Hensikten er at indikatoren angir mest mulig presist hvordan den aktuelle variabelen skal måles.

23) Kommunalbanken kan som låntaker, gjennom kjøp av en kredittvurdering fra internasjonale kredittvurderingsbyråer, få en kredittskår som representerer sannsynligheten for bankens mislighold av gjeld. AAA er den høyest oppnåelige skåren. Høyest skår innebærer lavest risiko for mislighold og muliggjør lavere innlånskostnad for Kommunalbanken i kapitalmarkedet.

Kommunalbankens drift i sammenheng med hele kommunesektorens gjeldssituasjon. Departementet følger derfor med på bankens finansielle utvikling, og avkastningsmålet er et viktig mål for å vurdere den finansielle måloppnåelsen. Departementet mener det er styrets ansvar å sikre at driften er effektiv, men får gjennom offentlig informasjon en benchmarking av bankens drift.

2.1.3 Fastsettelse av mål og oppfølging av måloppnåelse og effektiv drift i selskaper under Kulturdepartementet

Kulturdepartementet forvalter statens interesser i de to kategori 4-selskapene Norsk Tipping AS og Norsk Rikskringkasting AS (NRK). Forvaltningen av selskapene er lagt til Medieavdelingen i departementet, som også har sektoransvaret for lotteri- og pengespillpolitikk og kringkastingsområdet.

Norsk Tipping AS skal utvikle og formidle pengespill i betryggende former under offentlig kontroll, med sikte på å forebygge negative konsekvenser av pengespill. Samtidig skal selskapet gjennom rasjonell drift legge til rette for at mest mulig av overskuddet fra spillene kan gå til samfunnsnyttige formål som er bestemt av eier. Selskapet har enerett på flere lotteri- og pengespill. Virksomheten reguleres gjennom *lov om pengespill m.v. (pengespilloven)*. Selskapet er statens viktigste virkemiddel for å utvikle spillmarkedet i en sosialpolitisk forsvarlig retning. Norsk Tipping finansieres gjennom inntekter fra selskapets spillportefølje.

Departementet har satt flere overordnede resultatforventninger for Norsk Tippings sektorpolitiske oppgaver. *Ansvarlig spilltilbud* er et viktig mål for selskapets virksomhet. Departementet har valgt ikke å konkretisere dette målet ytterligere, da det anses som lite hensiktsmessig å sette et konkret måltall, som for eksempel andelen problemspillere. Departementet peker på at selskapets sektorpolitiske måloppnåelse delvis er avhengig av forhold og rammevilkår som selskapet selv ikke kan påvirke, og at måloppnåelsen derfor må gjøres ut fra en helhetlig vurdering av selskapets virksomhet. Departementet har imidlertid fastsatt indikatorer for å vurdere ansvarligheten i Norsk Tippings spilltilbud. Ansvarligheten vurderes blant annet ved hjelp av ulike befolkningsundersøkelser, hvor graden av ansvarlighet i Norsk Tippings spill sammenlignes med ansvarligheten i spill som tilbys av uregulerte aktører. Departementet jobber også med å fastsette hensiktsmessige indikatorer for å måle selskapets kanaliseringsevne. Norsk Tipping skal videre legge til rette for at mest mulig av inntektene går til formål som er nevnt i pengespilloven, men det er ikke noe mål at selskapet maksimerer overskudd. Det henger blant annet sammen med at en rekke tiltak som gjøres knyttet til målet om ansvarlighet, vil medføre bortfall av inntekter. Departementet mener derfor det ikke er hensiktsmessig å stille konkrete, tallfestede resultatforventninger til selskapet, men forventer likevel at selskapet gjennom effektiv drift bidrar til at mest mulig av selskapets inntekter tilfaller formålet. Departementet har også satt resultatindikatorer for effektiv drift, som *forholdet mellom kostnader og netto spillinntekter for hver produktkategori og samlet*.

Styret i Norsk Tipping har i strategien fastsatt konkrete mål for alle deler av selskapets formålsbestemmelse. Målene er operasjonalisert i seks hovedområder: *ansvarlighet, markedsandel, kundeutvikling, intern effektivitet og endringsevne*, samt *omdømme og resultat*. Innenfor disse er det igjen satt en rekke indikatorer med konkrete måltall. Blant annet skal *markedsandel* og *kundeutvikling* gi informasjon om selskapets kanaliseringsevne. For å kunne vurdere effektiv drift benytter styret indikatorene *kostnadsandel, forholdet mellom totale kostnader og netto spillinntekter og utviklingen i totale driftskostnader*. Selskapet måler også kostnadsprosentandel mot andre

europæiske spillerselskaper og benchmarker enkelte kostnadsområder.²⁴ For å nå målet om effektiv drift har Norsk Tipping etablert et kostnadseffektiviseringsprogram med tiltak som skal gi effekt fram mot 2020 og videre. Selskapet har en omfattende rapportering til Kulturdepartementet, og skal fra 2017 også rapportere om selskapets effektiviseringspotensial. Videre har selskapet en omfattende rapportering om ansvarlighet, blant annet hvordan *kundemassen totalt sett beveger seg mellom ulike risikokategorier*.

Departementet følger i hovedsak opp Norsk Tippings sektorpolitiske måloppnåelse og utvikling gjennom rollen som eier. Som grunnlag benytter departementet blant annet rapporten som Lotteri- og stiftelsestilsynet utarbeider om Norsk Tippings spillansvarlighet. Lotteri- og stiftelsestilsynet er uavhengig av føringer fra departementet i sin vurdering og rapportering om selskapets sektorpolitiske måloppnåelse. Rapporten tas opp som egen sak i generalforsamlingen. I tillegg utarbeider Norsk Tipping en egen rapport om ansvarlig spilltilbud til generalforsamlingen, basert på indikatorene for ansvarlig spilltilbud. I de faste kontaktmøtene med Norsk Tipping er selskapets spilltilbud og godkjenning av endringer i spillene vesentlige temaer.

Norsk Rikskringkasting AS (NRK) skal tilby allmennkringkasting for hele Norges befolkning. Oppdraget hviler på tre grunnpilarer: *understøtte og styrke demokratiet, styrke norsk språk, identitet og kultur, samt være allment tilgjengelig*. Virksomheten reguleres gjennom *lov om kringkasting og audiovisuelle bestillingstjenester (kringkastingsloven)*. I tillegg setter NRK-plakaten en rekke krav og forventninger til selskapets allmennkringkastingstilbud.²⁵ Allmennkringkastingstilbudet er et sentralt virkemiddel i norsk kultur- og mediepolitikk og skal være uavhengig av statlig styring. Det innebærer at kringkastingsjefen har et selvstendig ansvar for den løpende redaksjonelle virksomheten i selskapet.²⁶ NRKs virksomhet finansieres av lisensinntekter fra Norges befolkning gjennom kringkastingsavgiften.²⁷

At NRK skal ha en særlig uavhengig rolle, innebærer at det ikke er satt sektorpolitiske mål ut over de krav og forventninger som framkommer av NRK-plakaten. Uavhengigheten setter også begrensninger for departementets muligheter til å sette konkrete resultatforventninger og resultatindikatorer for selskapets sektorpolitiske mål. Departementet har heller ikke stilt konkrete forventninger til effektiv drift.

Gjennom selskapets strategi har styret i NRK valgt å konkretisere det sektorpolitiske målet i en gruppe stikkordsmessige hovedmål som er delt inn i flere delmål. For de fleste gruppene av delmål har styret satt målbare indikatorer. Eksempelvis er det for hovedmålet, *NRK samler folket*, satt en indikator om at *profilundersøkelsen bør vise at fire av fem velger NRK hver dag*. På bakgrunn av resultater fra ulike bruker- og omdømmeundersøkelser og valgte indikatorer mener styreleder at styret har gode muligheter for å vurdere selskapets sektorpolitiske måloppnåelse. Styret benytter ingen egne indikatorer for å vurdere om NRK har effektiv drift, men setter gjennom budsjettarbeidet årlige mål for økt fleksibilitet og effektivitet i selskapet. De siste årene har NRKs styre hatt som mål at selskapets ordinære driftskostnader skal øke mindre enn prisstigningen, og at antall faste ansatte skal reduseres. I tillegg foretar styret årlig en totalvurdering av selskapets kostnadsbruk opp mot samlet måloppnåelse.

24) Flere europeiske spillerselskaper måler sin formålsprosent årlig. Dette er et mål på hvor mye av selskapenes inntekter som går til gode formål, og hvor mye av inntektene som går til selskapenes drift mv. Norsk Tipping måler sin kostnadseffektivitet som en 'omvendt' versjon av dette målet.

25) NRK-plakaten er del to i selskapets vedtekter. Den beskriver statens krav og forventninger til selskapets virksomhet og setter derigjennom rammene for selskapets samfunnsoppdrag.

26) I henhold til kringkastingsloven § 6-3 første ledd er kringkastingsjefen administrerende direktør i NRK og har ansvaret for den løpende programvirksomheten. NRKs redaksjonelle uavhengighet er også hjemlet i § 4 i *lov om redaksjonell friidom i media*.

27) Kringkastingsavgiften er en lovpålagt offentlig avgift som fastsettes av Stortinget hvert år. Kringkastingsavgiften er hjemlet i kringkastingsloven § 6-4, kapittel 8, samt Forskrifter om fjernsynsmottaker.

NRK rapporterer primært til Kulturdepartementet gjennom årsrapporter og presentasjoner i dialogmøtene. I forbindelse med lisensbrevet gir NRK en redegjørelse for utvikling og finansieringsbehov, samt planer for virksomheten. Selskapet utarbeider også årlig en egen effektivitetsrapport der de redegjør for sentrale kostnadsparametere, produktivitetsutvikling, publikumsoppslutning og måloppnåelse. I rapporten beskrives styrets totalvurdering av selskapets årlige kostnadsbruk opp mot samlet måloppnåelse. NRK rapporterer årlig til Medietilsynet gjennom et eget allmennkringkastingsregnskap.²⁸ Medietilsynets årlige allmennkringkastingsrapport danner et viktig grunnlag i departementets sektorpolitiske oppfølging av NRK, og rapporten behandles som egen sak i generalforsamling.²⁹

Departementet mener målene som følger av allmennkringkastingsoppdraget, gir et godt grunnlag for å vurdere selskapets sektorpolitiske måloppnåelse. For effektiv drift mener departementet at det er vanskelig å sette konkrete forventninger og indikatorer, og at disse ikke vil gi et godt bilde av selskapets måloppnåelse. De mener at selskapet følges best opp gjennom en skjønsmessig totalvurdering av effektivitet basert på kostnadsbruk sett opp mot samlet sektorpolitisk måloppnåelse. Departementet peker videre på at eventuelle effektivitetsmål må reflektere NRKs allmennkringkastingsoppdrag, slik det er definert i NRKs rammer, særlig NRK-plakaten.

2.1.4 Fastsettelse av mål og oppfølging av måloppnåelse og effektiv drift i selskaper under Kunnskapsdepartementet

Kunnskapsdepartementet forvalter statens interesser i de fire kategori 4-selskapene Norsk Senter for forskningsdata AS (NSD), Simula Research Laboratory AS (Simula), UNINETT AS og Universitetscenteret på Svalbard AS (UNIS).³⁰

NSD AS skal drive dataforvaltning og tjenesteyting overfor forskningssektoren. Gjennom å samle inn, bearbeide, arkivere, vedlikeholde og formidle data skal NSD sikre forskere og studenter tilgang til data. Virksomheten er organisert med utgangspunkt i selskapets nasjonale ansvar for å ivareta sentrale infrastrukturtenester for norsk forskning. For å drifte DBH-databasen (Database for statistikk om høgre utdanning) mottar selskapet årlig et tilskudd fra staten.³¹ DBH-databasen utgjør en liten del av selskapets virksomhet, og tilskuddsbrevet gir ingen føringer for selskapets øvrige virksomhet. Det forutsettes likevel at NSD rapporterer om bruken av tilskuddet og graden av måloppnåelse. Departementet har ikke stilt konkrete resultatforventninger for selskapet verken når det gjelder sektorpolitisk måloppnåelse eller effektiv drift.

En stor del av NSDs virksomhet er finansiert gjennom eksterne tilskudd, og styret legger vekt på at det er gjennom denne finansieringen selskapet må innfri sitt samfunnsoppdrag.³² Styret har konkretisert instituttets sektorpolitiske mål gjennom brede målformuleringer innenfor fire hovedområder; *arkiv for forskningsdata, tilgang til forskningsdata, personvernombud for forskningssektoren og bidra til internasjonalisering av norsk forskning*. Innenfor hvert av disse hovedområdene skal virksomheten *stadfestes, videreutvikles og styrkes*. Styret har ikke fastsatt konkrete indikatorer eller måltall for å vurdere selskapets måloppnåelse. Styret foretar en kvalitativ vurdering av måloppnåelse der instituttets deltakelse i nasjonale og internasjonale prosjekter og oppfyllelse av leveransekrav i prosjektene er viktige elementer. Styret har heller ikke satt mål eller indikatorer for effektiv drift, men vurderer aspekter som økonomi,

28) Medietilsynet er underlagt Kulturdepartementet og er tilsynsorgan for NRK etter kringkastingsloven. Tilsynets vurderinger er uavhengige av føringer fra departementet.

29) I Medietilsynets årlige allmennkringkastingsrapport gis det en vurdering av om allmennkringkasterne NRK, TV 2, P4 og Radio Norge følger forpliktelsene de har som norske allmennkringkastere. Medietilsynets rapport er viktig for å få en uavhengig vurdering av om NRK ivaretar alle føringer i kringkastingsvirksomheten.

30) Eierforvaltningen av alle de fire selskapene under Kunnskapsdepartementet er lagt til Universitets- og høyskoleavdelingen.

31) DBH er en database for statistikk om høyere utdanning, som inneholder data om studenter, utdanning, forskning, personale, museer, areal, økonomi og selskapsdata.

32) NSD AS mottar blant annet midler fra Norges forskningsråd, universitets- og høyskolesektoren, EU og departementene.

dimensjonering av administrasjonen og leveransedyktighet. Styreleder legger vekt på at selskapets timepris er konkurransedyktig med andre aktører i forskningssektoren, og at det indikerer at selskapets drift er effektiv. NSD rapporterer om bruken av tilskuddet i selskapets årsrapport og i forbindelse med budsjettsøknadsprosessen.

Simula AS driver grunnleggende forskning på utvalgte områder innenfor programvare- og kommunikasjonsteknologi, og bidrar gjennom dette til nyskaping og innovasjon i næringslivet. Selskapets sektorpolitiske mål skal nås gjennom de tre hovedmålene; *forskning på høyt internasjonalt nivå, utdanning i samarbeid med norske universiteter og nyskaping basert på selskapets forskning*. Selskapet finansieres gjennom forskningsmidler fra Norges forskningsråd på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet, EU og andre. Kunnskapsdepartementet har ikke stilt konkrete resultatforventninger for selskapet verken når det gjelder sektorpolitisk måloppnåelse eller effektiv drift.

Styret i Simula mener det er lite hensiktsmessig å vedta tallfestede mål for alle deler av formålsbestemmelsen, og har i større grad lagt vekt på at selskapets utvikling er korrekt og at resultatene evalueres løpende. Hvert år utarbeider selskapet heftet *This is Simula* som beskriver måloppnåelse, blant annet ved hjelp av indikatorer som også benyttes av andre deler av universitets- og høgskolesektoren, også internasjonalt. Hvert femte år foretar Norges forskningsråd, på oppdrag fra Simula, en institusjons-evaluering som omfatter selskapets mål, virksomhet og resultater. Styret benytter evalueringen til å presisere eksisterende mål eller utarbeide nye. Ifølge styreleder har det ved flere anledninger kommet direkte signaler fra departementet gjennom eierdialogen knyttet til selskapets virksomhet. Selskapet har valgt å tilpasse seg disse signalene. Styret har ikke satt konkrete mål eller indikatorer for å måle effektiv drift. Vurderingen av effektiv drift foretas gjennom oppfølging av budsjetter og resultater, og i konkrete styresaker. Blant annet gjøres det en måling av administrasjonens relative størrelse mot resten av selskapets aktivitet og synliggjøring av utgiftene til administrasjon. Videre får styret informasjon om effektiv drift gjennom de femårige evalueringene av Simula.

UNINETT AS skal utvikle og drive et landsomfattende forskningsnett og tilby avanserte tjenester for forskning, formidling, forvaltning og utdanning. Selskapet leverer nettinfrastruktur med produksjonstjenester og egne testnett med eksperimentelle tjenester. UNINETT mottar årlig et tilskudd fra staten.

Selskapets formålsbestemmelse består av seks punkter som beskriver hvilke oppgaver selskapet skal utføre innenfor rammen av formålet. I tilskuddsbrevet er vilkårene for disponering av tilskuddet beskrevet og konkretisert med enkelte kvantitative mål, for eksempel at *forskernettet skal muliggjøre minst 100 Mbit fram til den enkelte arbeidsplass*. Det er ikke satt konkrete mål for effektiv drift, ut over at selskapet skal drive kostnadseffektivt og tilby kostnadseffektive kommunikasjonstjenester.

Basert på målene som er nedfelt i formålsbestemmelsen, har styret utformet en strategi med en tilhørende rullerende treårig langtidsplan. I strategien er det satt tre overordnede strategiske mål. For eksempel er det satt et strategisk mål om at *UNINETTs og UH-sektorens samlede kompetanse gjennom et effektivt samarbeid skal sikre god samhandling i sektoren*. Under de strategiske målene har styret satt en rekke aktivitetsmål de har valgt å kalle «veivalg», blant annet at UNINETT skal *etablere og videreutvikle prosesser og arenaer for samhandling på IKT-området*. Videre skal UNINETT *i samarbeid med sektoren etablere hensiktsmessige og kostnadseffektive løsninger tilpasset institusjonenes ulike behov*. Det benyttes ikke indikatorer eller måltall for å vurdere om målene nås. Styret baserer sin vurdering av måloppnåelse på brukerundersøkelser og omfanget av bruken av selskapets løsninger. Styret har heller

ikke konkretisert mål og indikatorer for å vurdere effektiv drift. Styreleder framhever at selskapet er utsatt for press fra kunder og konkurrenter, noe som bidrar til å sikre at driften er effektiv. Videre mener styreleder at kostnaden og bruken per tjeneste gir et godt bilde på om selskapet leverer tjenestene effektivt. I tilskuddsbrevet er UNINETT bedt om å gi en omtale av hvilke aktiviteter som er gjennomført, tilgjengeligheten til tjenestene i nettet og en oversikt over eventuelle større investeringer. Selskapet har valgt å rapportere dette i en egen aktivitetsrapport i tillegg til årsrapporten.

Universitetscenteret på Svalbard AS (UNIS) skal gi studietilbud og drive forskning på universitetsnivå med utgangspunkt i Svalbards plassering i et høyarktisk område. Studietilbudet skal framstå som supplement til den undervisningen som gis ved universitetene på fastlandet. Selskapets virksomhet er finansiert gjennom tilskudd fra staten.

Tilskuddsbrevet er kortfattet og gir kun et fåtall overordnede forventninger, blant annet *at studietilbudet skal utgjøre om lag 220 studentårsverk, at det skal være balanse mellom antallet norske og utenlandske studenter, og at omfanget av forskningen skal ligge på samme nivå som tidligere.* Det er i tillegg understreket at selskapet skal ha fokus på *kostnadseffektivitet, kostnadsbasert prising av tjenestene og god internkontroll.* Målet om effektiv drift er ikke ytterligere konkretisert eller operasjonalisert i tilskuddsbrevet.

Styret i UNIS har konkretisert målene fra eier ved å sette faglige kvalitetsmessige mål, kvantitative mål for undervisning og forskning og noen finansielle mål. I sin oppfølging og kontroll av effektiv drift setter styret krav til at økonomirapporteringen skjer i sammenheng med rapporteringen av studentproduksjonen. Styret har valgt å gjøre dette gjennom indikatoren *kostnader per produsert studentårsverk og om overhead på eksternt finansierte prosjekter er tilstrekkelig til å dekke prosjektkostnadene.* Styreleder understreker samtidig at det er krevende å vurdere selskapets effektivitet, på grunn av at selskapets enhetskostnader ikke er direkte sammenlignbare med universiteter på fastlandet. Selskapet forsøker likevel å gjøre en sammenligning. I tilskuddsbrevet er UNIS bedt om å gi en omtale av aktivitetene som gjennomføres, og volumet på disse, samt omfanget av samarbeidet med andre universiteter og høyskoler.

Kunnskapsdepartementet mener rapporteringen de mottar fra sine selskaper, danner et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere selskapenes resultater og måloppnåelse. De mener også at informasjonen fra selskapene bør være på et overordnet og strategisk nivå. Det gjøres ingen egne analyser av informasjonen fra selskapene, kun en vurdering av utvikling fra forrige år for å avgjøre om det er avvik eller endringer det er relevant å undersøke nærmere i de faste møtene, eventuelt i generalforsamling. Departementet går også gjennom styrets redegjørelse for å vurdere om det er forhold det bør etterspørres mer informasjon om. Departementet finner det krevende å vurdere selskapenes ressurseffektivitet og effektiv drift, og baserer seg derfor på en vurdering av selskapenes økonomiske situasjon. Kunnskapsdepartementet har som hovedregel et årlig møte med selskapene i sin portefølje, men om departementet gjennom det forberedende arbeidet ikke finner det nødvendig, gjennomføres ikke møtene. Departementet understreker at driften i selskapene i deres portefølje er relativt stabil, og at det er få hendelser i løpet av året som krever eiers oppmerksomhet.

2.1.5 Fastsettelse av mål og oppfølging av måloppnåelse og effektiv drift i selskaper under Landbruks- og matdepartementet

Landbruks- og matdepartementet forvalter statens interesser i kategori 4-selskapet Statskog SF. Forvaltningen av selskapet er lagt til Avdeling for skog- og ressurspolitikk.

Statskog SF skal forvalte, drive og utvikle statlige skog- og felleiendommer med tilhørende ressurser som står i forbindelse med dette. Den største delen av Statskogs inntekter kommer fra selskapets forretningsmessige virksomhet. Selskapet utfører også andre forvaltningsoppgaver for staten i henhold til lov, delegert myndighet og på oppdrag fra Landbruks- og matdepartementet og Klima- og miljødepartementet. For utførelsen av myndighetsoppgaver og sektorpolitiske oppgaver som er beskrevet i avtalen med Landbruks- og matdepartementet, mottar Statskog tilskudd.³³ Det er noe overlapp mellom selskapets sektorpolitiske oppgaver (myndighetsoppgaver) og selskapets forretningsmessige oppgaver. Det innebærer at enkelte aktiviteter både kan være forretningsmessig fornuftige og samtidig bidra til sektorpolitisk måloppnåelse.

I tilskuddsbrevet gis Statskog overordnede føringer for bruken av midlene, mens det i avtalen er satt en rekke mål og indikatorer for selskapets delegerte myndighetsoppgaver og sektorpolitiske oppgaver. I avtalen legges det også til grunn at oppgavene skal utføres på en kostnadseffektiv måte, men det er ikke tydeliggjort hva dette innebærer. For oppgavene som er definert i avtalen, er det utarbeidet mål og indikatorer under tre områder: *oppgaver på statsallmenningss grunn, oppgaver på Statskog SFs grunn utenom statsallmenning og oppgaver på alle områder der Statskog SF er grunneier*. For *oppgaver på statsallmenningss grunn* er det for skogsdriften blant annet satt et mål om bærekraftig utnyttelse av skogressursen i statsallmenningene med fem indikatorer, for eksempel *andel utvist av balansekvantum og tilplantet, ryddet, avstandsregulert og tynnet areal og etterslep*.

Styret i Statskog har i strategien for 2016 til 2020 fastsatt to hovedmål: å være *Norges mest profesjonelle grunneier* og å oppnå *langsiktig lønnsomhet*. Videre har styret fastsatt delmål for hvert av virksomhetsområdene, *eiendom, skog og friluftsliv*. I tillegg har styret seks egne mål for samfunnsansvar, blant annet å *sikre allmennheten lik tilgang til jakt og akseptable vilkår for jakt, fiske og friluftsliv*. Styret setter indikatorer for selskapets aktiviteter gjennom den årlige budsjettprosessen og følger opp ressursbruk og aktiviteter gjennom den løpende rapporteringen fra administrasjonen, blant annet ved rapportering på antall *solgte fiskekort, jaktkort og leie av utleiehytter*. Når det gjelder effektiv drift, benytter styret nøkkeltall som *driftskostnad* og *bruttofortjeneste per volum*. For skogsdriften gjennomfører selskapet en benchmarking mot andre kommersielle aktører på området. For den øvrige virksomheten er det ikke satt indikatorer for effektiv drift, men selskapet styres etter budsjett.

I tilskuddsbrevet er det satt en rekke krav til rapportering om Statskogs gjennomføring av oppgaver og oppnåelse av mål i henhold til avtalen. Det rapporteres fortløpende i en egen rapporteringsdialog med Landbruks- og matdepartementet. I tillegg presenteres selskapets resultater og måloppnåelse i det årlige foretaksmøtet sammen med årsregnskap og årsberetning. Til foretaksmøtene mottar også departementet rapportering på enkelte indikatorer for skogsdriften og utviklingen i inntekter og utgifter for de øvrige delene av virksomheten. Det rapporteres ikke særskilt på effektiv drift.

Landbruks- og matdepartementet har to typer av kontaktmøter med Statskog. Som eier har departementet kvartalsvise kontaktmøter som omhandler Statskogs forretningsmessige drift. I tillegg gjennomføres det to ganger i året kontaktmøter som omhandler selskapets sektorpolitiske oppgaver (myndighetsoppgavene). I møtene hvor

33) Statskog mottar **tilskuddsbrev** under kap. 1161, post 70 – myndighetsoppgaver (lovpålagte), som har grunnlag i særlover som gjelder for eiendommene, *lov om utnyttning av rettar og lunnende m.m. i statsallmenningane (fjellogen)* og *lov om skogsdrift i statsallmenningen (statsallmenningsloven)*. I all hovedsak er dette en refusjonsordning for kostnader selskapet har til oppsyn med statsallmenningene. I tillegg mottar Statskog et **oppdragsbrev** relatert til kap. 1161, post 75 – oppgaver knyttet til fjellogen § 36. Dette er en tilskuddsordning som Statskog administrerer, der fjellstyrene er tilskuddsmottakere. Tilskuddet skal bidra til å dekke kostnader ved oppsyn i statsallmenningen. **Avtalen** definerer de delegerte myndighetsoppgavene og de sektorpolitiske oppgavene Statskog utfører på oppdrag fra Landbruks- og matdepartementet. Samtidig skal den bidra til å sikre at oppgavene utføres på en kostnadseffektiv og kvalitetsmessig god måte.

departementet møter som oppdragsgiver og sektormyndighet, tas det utgangspunkt i avtalen og årsplanene. Departementet ser på utviklingen fra forrige år, og det gjøres noen sammenligninger over tid. Som forberedelse baserer departementet seg på informasjonen og de vurderingene selskapet sender i forkant av møtene.

Departementet foretar ikke egne analyser for å vurdere sektorpolitisk måloppnåelse eller effektiv drift, men ber om forklaring dersom det er store endringer fra fjoråret.

Departementet benytter seg i liten grad av begrepet effektiv drift, men har utfordret Statskog på selskapets kostnadsbruk.

2.1.6 Fastsettelse av mål og oppfølging av måloppnåelse og effektiv drift i selskaper under Nærings- og fiskeridepartementet

Nærings- og fiskeridepartementet forvalter statens interesser i elleve av undersøkelsens selskaper. Det dreier seg om fire selskaper i kategori 3, Argentum Fondsinvesteringer AS, Electronic Chart Centre AS, Investinor AS og Statkraft SF og syv selskaper i kategori 4, Eksporthkreditt Norge AS, Kings Bay AS, Siva SF (Selskapet for industrivekst), Bjørnøen AS, Norges sjømatråd AS, Space Norway AS og Store Norske Spitsbergen Kulkompani AS.³⁴ Forvaltningen av statens interesser i alle selskapene i kategori 3 er lagt til Eierskapsavdelingen i departementet, mens forvaltningen av selskapene i kategori 4 er delt mellom Eierskapsavdelingen og avdelingene som er ansvarlig for sektorpolitikken på de respektive områdene.³⁵

Fastsettelse av mål og oppfølging av måloppnåelse og effektiv drift for selskaper i kategori 3

Argentum Fondsinvestering AS (Argentum) skal investere sine midler i aktive eierfond (private equity) og gjennom det bidra til et mer velfungerende kapitalmarked for unoterte selskaper. Nærings- og fiskeridepartementet har ikke gitt andre resultatforventninger til selskapet enn avkastningsmål og utbytteforventning.

Gjennom Argentums retningslinjer for fondsinvesteringer har styret og ledelsen satt noen overordnede mål for selskapets samfunnsmessige virksomhet, blant annet «*styrke konkurranseevne og framtidig verdiskapning i norsk næringsliv*». Det er ikke utarbeidet konkrete indikatorer eller måltall til målene. Styret har ikke satt mål for alle deler av formålsbestemmelsen fordi enkelte deler vurderes å ligge utenfor selskapets kontroll, mens andre deler inngår som en naturlig del av virksomheten uten at styret finner det hensiktsmessig å sette egne mål for dette. For å kontrollere om selskapets virksomhet er i samsvar med statens begrunnelse for eierskapet, måles resultatene i en egen verdiskapningsundersøkelse. For selskapets forretningsmessige virksomhet har styret fastsatt en rekke finansielle mål. Styret benytter også indikatorer som måler effektiv drift, deriblant *forskjell i avkastning for selskapets investeringsportefølje før og etter egne driftskostnader*. For å vurdere avkastning har selskapet valgt å benchmarke sin avkastning mot andre europeiske fond.

Electronic Chart Centre AS (ECC) skal gjennom utvikling og drift av en offisiell elektronisk sjøkarttjeneste for maritim virksomhet bidra til økt sikkerhet til sjøs. Selskapet skal også gjennom sine tjenester bidra til at Norge oppfyller sine forpliktelser i henhold til internasjonale og nasjonale strategier om sikkerhet til sjøs. En stor del av selskapets virksomhet og inntekter relaterer seg til avtalen mellom ECC og Statens kartverk, Sjødivisjonen, og selskapets inntekter blir i stor grad bestemt av betingelsene i avtalen. Nærings- og fiskeridepartementet har ikke gitt andre resultatforventninger til selskapet enn avkastningsmål og utbytteforventning.

34) Eierforvaltningen av Kings Bay AS og Bjørnøen AS ble 1. januar 2017 overført til Klima- og miljødepartementet.

35) Eierskapsavdelingen forvalter eierskapet i Store Norske Spitsbergen Kulkompani AS, Kings Bay AS og Bjørnøen AS. Forsknings- og innovasjonsavdelingen forvalter eierskapet i Siva SF og Space Norway AS. Næringspolitisk avdeling forvalter eierskapet i Norges sjømatråd AS, mens Handelspolitisk avdeling forvalter eierskapet i Eksporthkreditt Norge AS.

For å vurdere selskapets samfunnsmessige effekter har styret utarbeidet tre mål, *øke inntekter fra Kartverket og PRIMAR fra ENCer, øke antall fartøyer som benytter de elektroniske sjøkartene og øke antall ENCer (og land) inkludert i PRIMAR-samarbeidet og produktene*.³⁶ Det er ikke satt konkrete måltall til disse, men styret vurderer utviklingen. I tillegg vurderer styret nye produkter og initiativer opp mot både statens samfunnsmessige begrunnelse for og det forretningsmessige målet med eierskapet. Styret har også utarbeidet en rekke mål og indikatorer for selskapets finansielle situasjon og effektiv drift. Blant annet *kostnader som prosentandel av økte inntekter og ISO 2015 integrert i hele organisasjonen*. Det er satt konkrete måltall for alle indikatorene for tre år fram i tid. Selskapet har de siste årene vært gjennom en omorganisering for å forbedre og effektivisere driften. Styret rapporterer kvartalsvis til departementet og har fra 2016 rapportert i henhold til målene som er satt både for selskapets samfunnsmessige effekter og for effektiv drift.

Investinor AS skal bidra til økt verdiskaping gjennom å tilby kapital til internasjonalt orienterte, konkurransedyktige selskaper, primært nyetableringer, men selskapet kan investere noe i selskaper i ekspansjonsfasen. I formålsbestemmelsen til Investinor er det gitt konkrete føringer for selskapets investeringer. Ut over føringer for investeringene har ikke departementet stilt andre resultatforventninger enn avkastningsmål og utbytteforventning til Investinor.³⁷

Styret i Investinor har utarbeidet en overordnet målformulering for selskapets formål: *Målsettingen med Investinors virksomhet er å bidra til å utvikle verdensledende bedrifter, og gjennom dette arbeidet å gi eier en markedsbasert avkastning*. Målsettingen følges opp gjennom styrets vurdering av flere indikatorer, blant annet *dealflow, kapitalallokering mot sektor, fase og geografi og avkastning på enkeltinvesteringer*. Styreleder har gitt uttrykk for at særlig *netto avkastning på investert kapital over tid* gir et godt bilde av selskapets samfunnsmessige effekter. Dette er også selskapets primære forretningsmessige mål. For å kunne vurdere hvordan selskapet oppfyller forventningene om å være et kompetent og aktivt selskap, gjennomfører Investinor årlig en undersøkelse blant bransjeaktører, medinvestorer og selskapene det er investert i. I vurderingen av effektiv drift er det valgt å benchmarke selskapets kostnadsnivå med nivået i private investeringselskaper.

Statkraft SF skal bidra til en lønnsom og ansvarlig forvaltning av norske naturressurser. Virksomheten i Statkraft-konsernet foregår primært i det heleide datterselskapet Statkraft AS og andre tilhørende datterselskaper. Norges vassdrags- og energidirektorat (NVE) er forvaltnings- og tilsynsmyndighet for kraftmarkedet og derigjennom overfor Statkraft SF. NVE forvalter konsesjonskrav, blant annet om minstevannføring og regler for høyeste og laveste regulerte vannstand, som setter rammer for produsentenes drift av magasinene. Rammebetingelsene påvirker Statkrafts energidisponering, kostnader og inntekter, og derigjennom selskapets måloppnåelse. Nærings- og fiskeridepartementet har ikke stilt andre resultatforventninger enn avkastningsmål og utbytteforventning.

Statkrafts styreleder framhever at styret kun har satt forretningsmessige mål for selskapet. For de forretningsmessige målene har styret utarbeidet et omfattende sett av indikatorer med måltall, særlig knyttet til selskapets operative drift. For å vurdere

36) **PRIMAR** er et internasjonalt samarbeid som tilbyr konsistente og pålitelige ENCer og tilhørende tjenester. Samarbeidet drives på «non-profit» basis av Kartverket i samarbeid med Electronic Chart Centre AS. **ENC** (Electronic Navigational Chart) er offisielle sjøkartdata som bare sjøkartverk har tillatelse til å produsere. ENC er de eneste sjøkartdata som kan erstatte papirsjøkart produsert av sjøkartverk. ENC brukes på autoriserte (typegodkjente) kartmaskiner ombord på fartøyene. Disse betegnes som ECDIS (Electronic Chart and Display System).

37) I forbindelse med Prop. 1 S for 2017 ble det foreslått å endre Investinors virksomhet fra direkte investeringer i enkeltbedrifter til medinvesteringer med forretningsengler, grupper av forretningsengler og investeringer i fond i tidlig fase. Det nye mandatet ble vedtatt av Stortinget i desember 2016. I påvente av en helhetlig gjennomgang av selskapet har departementet valgt ikke å sette i verk det nye mandatet, men opprettholde dagens mandat.

effektiv drift har styret blant annet satt kostnadsindikatorer og avkastningskrav for selskapets ulike forretningsområder, indikator for *oppnådde marginer* og indikatorer for å måle *evnen til å legge vedlikehold av kapasiteten til gunstige tidspunkt*. For å underbygge selskapets mål benytter styret seg av finansielle analyser og benchmarking når dette er tilgjengelig og relevant. For å styrke selskapets resultater og redusere kontrollerbare kostnader, har styret vedtatt et moderniseringsprogram.

Nærings- og fiskeridepartementet gir uttrykk for at dersom kategori 3-selskapene driver innenfor rammene som er satt i formålsbestemmelsen, og samtidig er konkurransedyktige, effektive og lønnsomme, er det normalt også den beste måten selskapene bidrar til å nå statens samfunnsmessige begrunnelse for eierskapet på. Hoveddelen av kvartalsmøtene omhandler selskapenes forretningsmessige utvikling, spesifikke saker og andre temaer som er vesentlige for statens mål med eierskapet. Statens samfunnsmessige begrunnelse for eierskapet og samfunnsmessige effekter fra selskapenes virksomhet følges hovedsakelig opp gjennom å følge opp avkastning, ved dialog om rammene for selskapenes virksomhet og gjennom rapportering fra selskapet som indikerer samfunnsmessige effekter. Samfunnsmessige effekter har særlig vært tema overfor Electronic Chart Centre AS og Investinor AS, blant annet for å påse at selskapene holder seg innenfor rammene av formålet, og for å kunne vurdere hvorvidt statens eierskap bidrar til ønskede samfunnsmessige effekter. I 2015 foretok departementet en gjennomgang og vurdering av formålet med og effekter av virksomheten til Argentum AS. Effektiv drift er normalt ikke et eget tema i eieroppfølgingen, men dekkes gjennom dialogen om avkastning og forretningsmessig utvikling. Departementet gjennomfører i tillegg, fra tid til annen, eksterne evalueringer eller verdivurderinger av selskapene i kategori 3. For Electronic Chart Centre AS foretar departementet jevnlig en sammenligning av noen nøkkeltall for kapitalisering med andre lignende selskaper. Departementet understreker at det kan være krevende å gjøre verdivurderinger av selskaper som ikke er notert på børs.

Fastsettelse av mål og oppfølging av måloppnåelse og effektiv drift for selskaper i kategori 4 som mottar tilskudd

Tre av kategori 4-selskapene under Nærings- og fiskeridepartementet mottar tilskudd fra staten for hele eller deler av virksomheten; Eksportkreditt Norge AS, Kings Bay AS og Siva SF (Selskapet for industrivekst).

Eksportkreditt Norge AS skal fremme norsk eksport gjennom konkurransedyktig, tilgjengelig og effektiv eksportfinansiering og gjennom tilbud om lån til finansiering av norske eksportkontrakter. Ordningen skal bidra til at norske eksportører kan konkurrere på like vilkår med andre eksportører med tilgang til nasjonale eksportkredittordninger. Selskapets virksomhet er regulert i *lov om Eksportkreditt Norge AS (eksportkredittloven)* med forskrift. Nærings- og fiskeridepartementet har både rollen som regulatør og oppdragsgiver overfor selskapet, og selskapets virksomhet er fullfinansiert gjennom tilskudd fra staten. Gjennom det årlige tilskuddsbrevet har departementet gitt en omfattende beskrivelse av mål og prioriteringer for bruken av tilskuddsmidlene det kommende året. Det er også utarbeidet indikatorer til de ulike målene for å kunne vurdere selskapets måloppnåelse og effektiv drift.

Styreleder i Eksportkreditt Norge gir uttrykk for at målene som er gitt gjennom tilskuddsbrevet, gir et godt grunnlag for styringen av selskapet, og har med bakgrunn i målene utarbeidet tre «strategiske fokusområder». Disse er *attraktivt tilbud, effektive prosesser og ivareta samfunnsrollen*. På bakgrunn av fokusområdene og målene som er satt i tilskuddsbrevet, har styret utarbeidet et målkort, hvor det for hvert av fokusområdene er utarbeidet mål med tilhørende indikatorer med måltall. For eksempel er det for fokusområdet *attraktivt tilbud* satt mål om *aksept i markedet for selskapets*

tilbud, der en av indikatorene er *antall lånesøknader til nye relasjoner*. I tillegg til en vurdering av måloppnåelse basert på rapporteringer knyttet til målkortet, påpeker styreleder at resultater fra kunde- og effektundersøkelser utført av eksterne, gir et godt grunnlag for å vurdere selskapets sektorpolitiske måloppnåelse. Når det gjelder selskapets finansielle virksomhet, mener styreleder at det på grunn av selskapets innretning ikke er mulig å utarbeide klare finansielle mål for selskapets lønnsomhet, som for eksempel resultatmål og avkastning på egenkapital. For å vurdere effektiv drift har styret utarbeidet en rekke indikatorer blant annet knyttet til selskapets budsjett-utnyttelse. Andre indikatorer er *antall lån i forvaltningen* og *virksomhetens resultat basert på lønnsomhetsberegning for utlånsvirksomheten*. Eksportkreditt Norge rapporterer månedlig, kvartalsvis, halvårlig og årlig til Nærings- og fiskeridepartementet i henhold til føringene i tilskuddsbrevet. Selskapet rapporterer om både aktivitetsindikatorer, effektindikatorer og kvalitative analyser.

Vurdering av selskapets sektorpolitiske måloppnåelse er en vesentlig del av Nærings- og fiskeridepartementets oppfølging og er et fast tema i møtene. Departementet har ikke forventninger til de enkelte indikatorene selskapet rapporterer om, men gjør en samlet vurdering av den sektorpolitiske måloppnåelsen og følger utviklingen over tid. I oppfølgingen av effektiv drift vurderer departementet blant annet om selskapets forvaltning av eksportfinansieringsordningen er organisert hensiktsmessig, og om ressursbruken til administrasjon er tilpasset oppgavene som skal utføres.³⁸

Kings Bay AS skal drifte og utnytte selskapets eiendommer på Svalbard. Det innebærer ansvar for drift og utvikling av infrastrukturen i Ny-Ålesund, blant annet beredskap, sjøvertstjenester, flytransport, verkstedtjenester, innkvartering, bespisning og vann- og elektrisitetsforsyning. Kings Bays driftsinntekter er hovedsakelig basert på betaling for tjenester fra forskere. Selskapet får også et tilskudd fra staten som skal dekke drift og investeringer og eventuelle driftsunderskudd.³⁹

På bakgrunn av selskapets virksomhet gir tilskuddsbrevet få konkrete føringer for eller krav til bruken av midlene, ut over at selskapet skal ha oppmerksomhet på kostnads-effektivitet og kostnadsbasert prising av selskapets tjenester. Det forutsettes videre at selskapet benytter tilskuddet til å utarbeide tjenester som bidrar til forskning og vitenskapelig virksomhet, og ytterligere utvikling av Ny-Ålesund som en ledende arktisk naturvitenskapelig forskningsstasjon.

Styret i Kings Bay har i forbindelse med strategiarbeidet satt fem mål for selskapet, blant annet at *Kings Bay skal ha et forutsigbart økonomisk fundament som gjør selskapet i stand til å utføre sine oppgaver på en tilfredsstillende måte*. For å vurdere selskapets sektorpolitiske måloppnåelse følger styret blant annet med på forskningsaktiviteten, målt gjennom *antall forskerdøgn* og *antall forskningsrapporter publisert med bakgrunn i forskning fra Ny-Ålesund*. Forskningsaktiviteten er ifølge styreleder også en vesentlig indikator for å vurdere effektiv drift. Nærings- og fiskeridepartementet har i forbindelse med årsrapporteringen bedt Kings Bay om å gi en vurdering av oppnådde resultater ut fra de angitte målene og styringsparameterne. I tillegg skal selskapet legge ved en spesifisert oversikt over investeringer og kostnadene ved disse, samt en oversikt over leieinntekter.

Nærings- og fiskeridepartementet har et mål om at driften i Kings Bay skal gå i balanse, slik at det årlige tilskuddet primært går til investeringsformål. Departementet

38) Nærings- og fiskeridepartementet har i 2017 planlagt en felles evaluering av Eksportkreditt Norge AS og Garantiinstituttet for eksportkreditt (GIEK). Evalueringen vil blant annet ta for seg Eksportkreditt Norges måloppnåelse, effektiv drift og hvordan dagens eksportfinansieringssystem fungerer. Resultatet forventes å kunne resultere i innspill til departementets videre oppfølging av selskapets måloppnåelse.

39) Tilskuddet skal også dekke nødvendige utgifter til administrasjon av Bjørnøen AS.

mener dette, i lys av selskapets begrensede inntjeningsmuligheter, er et ambisiøst mål som bidrar til å disiplinere selskapet til effektiv drift. Departementet mener at selskapets økonomi må ses i sammenheng med begrensede muligheter for inntekter, og at det er kostbart å tilby tjenester i Ny-Ålesund. Departementet følger særlig opp selskapets sektorpolitiske måloppnåelse gjennom rapportering om forskerdøgn og selskapets aktivitetsnivå knyttet til ulike prosjekter. I 2011 ble det gjennomført en ekstern evaluering av tilskuddsordningen til Kings Bay som konkluderte med at det var god sammenheng mellom de overordnede målene for selskapets virksomhet og selskapets egne strategier. Videre ble det konkludert med at selskapet hadde stor oppmerksomhet på å drive kostnadseffektivt.

Siva SF er, gjennom sin eiendoms- og innovasjonsvirksomhet, statens virkemiddel for tilretteleggende eierskap og utvikling av selskaper og nærings- og kunnskapsmiljøer i hele landet, og med et særlig ansvar for å fremme vekstkraften i distriktene. Selskapet skal bidra til å utløse bedrifts- og samfunnsøkonomisk lønnsomme prosjekter som ellers ikke ville blitt satt i gang. Selskapets innovasjonsaktivitet og administrasjon finansieres gjennom tilskudd fra staten, mens eiendomsvirksomheten er selvfinansierende og har krav til avkastning fra eier.

Tilskuddsbrevet fra Nærings- og fiskeridepartementet gir en overordnet beskrivelse av hovedmål og delmål for innovasjonsvirksomheten og for eiendomsvirksomheten, samt en beskrivelse av prioriteringer for bruk av tilskuddsmidlene.⁴⁰ Siva og Nærings- og fiskeridepartementet har sammen utarbeidet et mål- og resultatstyringssystem (MRS-system) med styringsindikatorer som skal gjøre det enklere å vurdere selskapets måloppnåelse.⁴¹ Det er ikke satt konkrete måltall til de ulike indikatorene. I tilskuddsbrevet er det lagt vekt på at Sivas virksomhet og prioriteringer skal være innrettet mot best mulig måloppnåelse og i samsvar med selskapets MRS-system. Det er videre satt krav om at selskapet både innenfor innovasjons- og eiendoms-virksomheten skal arbeide for en videre effektivisering av driften.

Styret i Siva benytter målene og indikatorene i selskapets MRS-system for å vurdere måloppnåelsen. Innenfor innovasjonsvirksomheten er det for eksempel satt indikatorer for *omsetningsvekst i bedriftene, inkubatorbedrifter og næringshager* (effektindikator) og *kundetilfredshet*. Selskapets MRS-system er i en tidlig fase, og styreleder understreker at det er sider ved driften som ikke dekkes. I samarbeid med departementet er Siva i en prosess hvor det arbeides for å videreutvikle indikatorer og måltall for blant annet å kunne rapportere regelmessig til styret. Siva har ikke utarbeidet egne indikatorer for effektiv drift, men følger opp og vurderer effektivitet gjennom budsjett-behandlingen. Selskapet har de seneste årene gjennomført en effektiviseringsreform og satt i gang et større organisasjonsutviklingsprosjekt. Siva skal rapportere til departementet i henhold til kravene i tilskuddsbrevet. Blant annet skal det rapporteres på indikatorene i MRS-systemet i selskapets årsrapport, og styret skal gi en vurdering av selskapets måloppnåelse og effektiv drift. Det er også gitt føringer om at Siva skal evaluere virksomheten, inkludert effektivitet og måloppnåelse, men selskapet kan selv bestemme frekvensen og omfanget av evalueringene.

Sektorpolitisk måloppnåelse er fast tema i møtene mellom Nærings- og fiskeridepartementet og Siva. I forkant av møtene gjøres det en vurdering av selskapets resultater, blant annet med vekt på endringer fra tidligere år, og utviklingen for særskilte prosjekter. For selskapets eiendomsvirksomhet mener departementet av avkastningsmålet bidrar til at selskapet gjør gode investeringer. Departementet

40) Siva SF mottar også tilskudd med tilhørende tilskuddsbrev fra Landbruks- og matdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

41) I tillegg til Siva SF og Nærings- og fiskeridepartementet har også Kommunal- og moderniseringsdepartementet deltatt i utarbeidelsen av Sivas MRS-system. I tillegg har gruppen fått bistand fra eksterne konsulenter og fagpersoner.

understreker at det er viktig å ta hensyn til at Sivas investeringer skal være utløsende, og ikke fortrenge privat kapital. Det er derfor ikke et krav om høyest mulig avkastning. Departementet mener selskapets MRS-system og rapportering danner et godt grunnlag for å vurdere utviklingen i selskapets måloppnåelse og effektiv drift over tid. Departementet gjennomfører også jevnlig eksterne evalueringer av Sivas virksomhet hvor både måloppnåelse og effektiv drift er tema.

Fastsettelse av mål og oppfølging av måloppnåelse og effektiv drift for selskaper i kategori 4 som ikke mottar tilskudd

Nærings- og fiskeridepartementet forvalter også statens interesser i de fire kategori 4-selskapene Bjørnøen AS, Norges sjømatråd AS, Space Norway AS og Store Norske Spitsbergen Kulkompani AS.

Bjørnøen AS skal drifte og utnytte selskapets eiendommer på Bjørnøya og på den måten støtte opp under norske suverenitetshensyn på Svalbard. Bjørnøen er administrativt underlagt Kings Bay AS, og de har felles styre og administrerende direktør. Selskapet har i praksis nesten ingen virksomhet, ingen ansatte og har hovedsakelig utgifter til styregodtgjørelse og revisor. Utgiftene dekkes gjennom en overføring av tilskuddsmidler fra Kings Bay. Ut over statens mål med eierskapet og selskapets formålsbestemmelse har ikke Nærings- og fiskeridepartementet stilt ytterligere resultatforventninger til selskapets drift. Styret til Bjørnøen har i lys av selskapets begrensede virksomhet heller ikke sett behov for å utarbeide mål eller indikatorer for å kunne vurdere selskapets sektorpolitiske måloppnåelse eller effektiv drift. I tråd med selskapets stabile og beskjedne virksomhet er oppfølgingen begrenset og skjer hovedsakelig i forbindelse med departementets oppfølging av Kings Bay.

Norges sjømatråd AS er et sektorpolitisk virkemiddel som skal bidra til å øke verdiskapingen i fiskeri- og havbruksnæringen gjennom økt etterspørsel og kunnskap om norsk sjømat i inn- og utland. Selskapet utfører oppgaver pålagt i lov om regulering av eksport av fisk og fiskevarer (fiskeeksportloven) med tilhørende forskrifter. Selskapet finansieres av fiskeri- og havbruksnæringen gjennom en avgift på eksport av sjømat (markedsavgift) og en årsavgift fra registrerte fiskeeksportører. Avgiften er hjemlet i fiskeeksportloven, mens nivået fastsettes av Nærings- og fiskeridepartementet gjennom forskrift. Norges sjømatråd har de siste årene også mottatt et lite tilskudd knyttet til prosjektet Fiskesprell, med tilhørende mål- og rapporteringskrav.⁴² Nærings- og fiskeridepartementet har ikke stilt konkrete resultatforventninger knyttet til sektorpolitisk måloppnåelse eller effektiv drift.

Norges sjømatråd har med utgangspunkt i formålsbestemmelsen utviklet mål for de ulike sektorene og overordnede indikatorer, som selskapet rapporterer om i årsrapporten. Den største delen av budsjettet er knyttet til selskapets markedsføringsaktiviteter, og det er til disse aktivitetene styret har satt resultatmål, blant annet *markedsadgang*, *markedsinntekt*, *kommunikasjon* og *beredskap*. Til delmålene er det knyttet indikatorer med måltall for hvert av markedene hvor selskapet opererer, for eksempel *kjennskap til Norge som produsent* og *preferanser til produkt*. Indikatorene er samlet sett ment å gi en pekepinn på hvorvidt selskapet når sitt overordnede sektorpolitiske mål. Ifølge styreleder er styret opptatt av effektivitet i den forstand at de markedsinvesteringene som gjennomføres, skal være lønnsomme i henhold til dette målet. Styret har ikke noe eget mål for effektiv drift av selskapet og understreker at det er vanskelig å finne relevante og gode indikatorer for å måle effektiv drift. Styreleder mener at den helhetlige modellen for å vurdere sektorpolitisk måloppnåelse også gir et tilfredsstillende vurderingsgrunnlag for hvorvidt selskapet drives effektivt.

42) Fiskesprell er et nasjonalt kostholdsprogram som har som mål å øke sjømatkonsumet blant barn og unge. Prosjektet ble startet i 2007 og er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Norges sjømatråd AS og fiskesalgslagene.

På bakgrunn av Norges sjømatråds formål og oppgaver er det tett dialog og samarbeid mellom Nærings- og fiskeridepartementet og selskapet. Departementet er også observatør i Sjømatrådets ulike markedsgrupper.⁴³ I de halvårlige kontaktmøtene er sektorpolitisk måloppnåelse alltid et tema. Departementets vurdering av måloppnåelse tar utgangspunkt i selskapets rapportering gjennom årsrapporten, men også kunnskapen departementet får gjennom kontakten og observatørrollen, inngår som en del av vurderingsgrunnlaget. Nivået på markedsavgiften er et viktig styringsverktøy for departementet, og i fastsettelsen av størrelsen på avgiften inngår vurderinger av selskapets måloppnåelse, effektiv drift og prognoser for framtidig behov.⁴⁴ I 2014 ble det gjennomført en ekstern evaluering av Norges sjømatråds virksomhet, hvor også selskapets måloppnåelse var tema. Evalueringen har blant annet ført til endringer i prosessen med styrevalg for selskapet.

Space Norway AS er et sektorpolitisk virkemiddel som skal bidra til drift og utvikling av romrelatert infrastruktur for å dekke nasjonale brukerbehov og legge til rette for verdiskaping knyttet til norsk satsing på romvirksomhet. Gjennom sin virksomhet skal selskapet eie og leie ut romrelatert infrastruktur og foreta andre investeringer innenfor norsk romvirksomhet. For å nå sine sektorpolitiske mål skal selskapet drives på forretningsmessig grunnlag. Det innebærer at selskapet kan investere i romrelatert infrastruktur med svak positiv lønnsomhet og stor samfunnsmessig nytte. Nærings- og fiskeridepartementet har ikke stilt konkrete resultatforventninger knyttet til selskapets sektorpolitiske måloppnåelse eller effektiv drift.

Med bakgrunn i rammen for selskapets drift og stortingsmeldinger relatert til norsk romvirksomhet har Space Norway utarbeidet en strategiplan med en rekke prioriterte områder. Styreleder understreker samtidig at selskapet har vært i en oppbyggingsfase, og at selskapets sektorpolitiske oppgaver i stor grad har vært målt på aktiviteter knyttet til *økte sikkerhetstiltak for svalbardkabelen og evnen til å igangsette nye prosjekter innen romrelatert infrastruktur*. Styret vurderer måloppnåelse med utgangspunkt i en rekke kvalitative kriterier, herunder at *det fremmes og gjennomføres relevante rominfrastruktur-prosjekter, at myndighetens krav og forventninger tilfredsstilles i selskapets prosjekter, og at KSAT utvikler seg positivt*. Ut over at selskapet skal gå med regnskapsmessig overskudd har ikke styret fastsatt konkrete mål for effektiv drift. Selskapet har få prosjekter, og styret får jevnlig informasjon. Styreleder gir uttrykk for at de har et godt grunnlag for å vurdere ressursbruken og effektiviteten i selskapet. Det understrekes også at det på grunn av selskapets spesialiserte virksomhet er vanskelig å foreta benchmarking og at det derfor må benyttes skjønn i vurderingen av effektiv drift. Selskapet rapporterer kvartalsvis til departementet. Rapportens innhold knytter seg hovedsakelig til økonomiske forhold ved driften og selskapets ulike prosjekter. Fra og med 2017 har departementet bedt om at styret i kvartalsrapportene gir en vurdering av sektorpolitisk måloppnåelse og effektiv drift.

Med utgangspunkt i målene som er satt for den statlige romvirksomheten i Meld. St. 32 (2012–2013) *Mellom himmel og jord* følger Nærings- og fiskeridepartementet opp Space Norways sektorpolitiske måloppnåelse.⁴⁵ Departementet har da særlig oppmerksomhet på hvorvidt selskapets aktiviteter er hensiktsmessige virkemidler for å nå målene for den statlige romvirksomheten. Departementet følger også opp utviklingen i konkrete prosjekter. Departementet viser til at selskapet må

43) Markedsgruppene er rådgivende grupper som skal gi innspill til arbeidet Norges sjømatråd utfører for den bransjen gruppen representerer. Dette sikrer god forankring og informasjonsflyt mellom Sjømatrådet og ulike aktører i næringen.

44) I 2014 ble det gjennomført en evaluering av Norges sjømatråd AS. Evalueringen så på selskapets markedsarbeid, arbeidet med markedsinformasjon og arbeidet med omdømme og beredskap. Med utgangspunkt i evalueringens funn og selskapets voksende egenkapital ble det anbefalt å foreta en gjennomgang av selskapets finansieringsmodell. Gjennomgangen resulterte i en reduksjon av markedsavgiften, med virkning fra 1. januar 2016. Med virkning fra 1. januar 2017 ble det gjort ytterligere kutt i markedsavgiften.

45) Meld. St. 32 (2012–2013) *Mellom himmel og jord*: Norsk romvirksomhet for næring og nytte. Særlig mål 2, «Dekning av viktige samfunns- og brukerbehov» er relevant for Space Norway AS sin virksomhet.

finansiere driften gjennom inntekter fra egne investeringer og markedsaktiviteter, og at dette bidrar til at selskapets drift er effektiv. Selskapets regnskaper og finansielle utvikling er derfor et vesentlig tema i oppfølgingen. I 2016 foretok departementet en gjennomgang av Space Norway hvor både rammene for eierskapet og selskapets kapitalstruktur var tema.

Store Norske Spitsbergen Kulkompani AS (SNSK) skal drifte eller på annen måte utnytte selskapets eiendommer og rettigheter på Svalbard og på den måten bidra til at samfunnet i Longyearbyen opprettholdes og videreutvikles på en måte som støtter opp under de overordnede målene i norsk Svalbardpolitikk. SNSK har over en lengre periode, på grunn av lave kullpriser, slitt økonomisk, og selskapet er ved flere anledninger tilført kapital fra staten for videre drift. Disse forholdene var medvirkende til at det i 2016 ble besluttet å flytte selskapet fra kategori 3 til kategori 4. For å gi staten mer fleksibilitet ved håndtering av den videre utviklingen av SNSK-konsernet valgte staten i 2015 å løse inn øvrige aksjeeiere i selskapet (0,06 prosent). I forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 32 (2015–2016) *Svalbard* uttalte utenriks- og forsvarskomiteen blant annet følgende om SNSK: «Komiteen mener det er viktig med en avklaring av selskapets retning og strategi framover, både når det gjelder gruvedrift, boligutvikling, infrastruktur og eventuelle nye forretningsområder. Komiteen ber regjeringen komme tilbake til Stortinget på egnet måte med en sak om SNSK». Før mål og rammer er på plass, har ikke departementet sett det som hensiktsmessig å vurdere eventuelle resultatforventninger knyttet til sektorpolitisk mål eller effektiv drift.

Med bakgrunn i selskapets eksisterende mål har styret i SNSK utarbeidet et målkort med seks mål som dekker alle selskapets virksomhetsområder. For de ulike områdene er det utarbeidet indikatorer med konkrete måltall som dekker både sektorpolitisk måloppnåelse og effektiv drift. Blant annet er det indikatorer for *utleiegrad på boligmassen i Longyearbyen, oppetid i Gruve 7, kvaliteten på kull fra Gruve 7, inndriftsrater på oppfaring i Gruve 7, gjester i Gruve 3 og gjestedøgn i Svea*. Målekortet ble utarbeidet mens selskapet var i kategori 3, og har derfor mål og indikatorer med hovedvekt på at selskapet skal drive forretningsmessig. På bakgrunn av selskapets spesielle situasjon har selskapet de siste årene jobbet kontinuerlig med restrukturering og finansiering.

2.1.7 Fastsettelse av mål og oppfølging av måloppnåelse og effektiv drift i selskaper under Olje- og energidepartementet

Olje- og energidepartementet forvalter statens interesser i fem selskaper i kategori 4; Gassnova SF, Petoro AS, Enova SF, Gassco AS og Statnett SF. Gassnova SF og Petoro AS mottar tilskudd for hele driften over statsbudsjettet. Departementet har i hovedsak organisert eierskapet i fagseksjoner, som også har det sektorpolitiske ansvaret for hvert enkelt område.⁴⁶

Gassnova SF skal forvalte statens interesser knyttet til CO₂-håndtering (teknolog utvikling, fangst, transport, injeksjon og lagring av CO₂) og gjennomføre prosjekter som foretaksrådet har besluttet. Selskapets virksomhet skal bidra til kostnadsreduksjoner knyttet til CO₂-håndtering. Selskapet finansieres gjennom et årlig tilskudd fra staten. Det er også gitt en rekke føringer i et eget regelverk knyttet til Gassnovas forvaltning av tilskuddet til CO₂-håndtering.

I tilskuddsbrevet har Olje- og energidepartementet gitt mål, føringer og rapporteringskrav for disponeringen av tilskuddet. Departementet har i tilskuddsbrevet fastsatt at *Gassnovas hovedmål er å fremme teknologiutvikling og kompetanseoppbygging for*

46) Forvaltningen av Gassnova SF ligger under Avdeling for klima, industri og teknologi, Statnett SF og Enova AS ligger under Energi- og vannressursavdelingen, Gassco AS ligger under Olje- og gassavdelingen, mens Petoro AS ligger under Økonomi- og administrasjonsavdelingen. For Petoro er det sektorpolitiske ansvaret lagt til Olje- og gassavdelingen.

kostnadseffektive og framtidrettede løsninger for CO₂-håndtering. For hver av Gassnovas hovedoppgaver, *CLIMIT-programmet*⁴⁷ og *teknologisenter for CO₂-fangst på Mongstad*, har departementet satt flere delmål med tilhørende indikatorer. Innenfor CLIMIT-programmet er et av delmålene *utnyttelse av nasjonale fortrinn og utvikling av ny teknologi og tjenestekonsepter med kommersielt og internasjonalt potensial*, mens en av indikatorerne er *beskrive hvordan prosjektene har bidratt til kvalifisering av nye tekniske løsninger eller teknologikomponenter og kvantifiserbare resultater innenfor fangst, transport og lagring av CO₂*. Det er ikke satt konkrete måltall for de ulike indikatorerne. Departementet har i tilskuddsbrevet ikke fastsatt konkrete mål eller indikatorer for effektiv drift, men har gitt uttrykk for at selskapet skal sørge for organisering, utvikling og bruk av virkemidler som gir effektiv bruk av ressursene.

Styret i Gassnova forholder seg hovedsakelig til forventningene som er gitt i tilskuddsbrevet fra departementet, og styreleder mener at det er begrenset behov og mulighet for å utarbeide egne sektorpolitiske mål. Styret har likevel valgt å utarbeide tre strategiske mål; *sikre tidlig realisering av minst én hel CCS-kjede i Norge, bidra med teknologiutvikling der CC(U)S tas i bruk og bidra til realisering av CCS-prosjekt i Europa*.⁴⁸ For de strategiske målene er det definert fire årlige strategiske initiativer, men det er ikke satt indikatorer eller måltall for disse. Styret har ikke formulert mål eller indikatorer for effektiv drift. I styremøtene gjøres vurderinger av status, framdrift og måloppnåelse for de strategiske målene, og det gjøres en skjønnsmessig vurdering av ressursforbruk og kostnadsnivå for å vurdere effektiv drift. Gassnova rapporter til departementet i henhold til kravene i tilskuddsbrevet. Siden Gassnova er et statsforetak, sendes også kopi av protokoller fra styremøtene til departementet.

Olje- og energidepartementet følger primært opp Gassnovas sektorpolitiske mål gjennom selskapets rapportering om budsjettmidler i henhold til kravene i tilskuddsbrevet og i forbindelse med de faste møtene. Gjennom informasjon om selskapets drift og status for ulike prosjekter mener departementet de samtidig blir orientert om selskapets sektorpolitiske måloppnåelse. Departementet understreker at det ikke er mulig å sammenligne Gassnovas måloppnåelse fra år til år på grunn av selskapets prosjektorientering. Departementet følger hovedsakelig opp selskapets finansielle stilling og effektiv drift gjennom statsbudsjettprosessen. Selskapets kostnadsbruk har vært fulgt tett de siste årene, noe som har ført til betydelige effektiviseringsgevinster for selskapet.

Petoro AS skal ivareta de forretningsmessige forholdene knyttet til statens direkte økonomiske engasjement (SDØE) i petroleumsvirksomheten på norsk kontinental-sokkel og annen virksomhet i tilknytning til dette på vegne av staten.⁴⁹ Selskapet er rettighetshaver for statens andeler i utvinningstillatelser, felt, rørledninger og landanlegg på norsk sokkel og er rettighetshaver i en utvinningstillatelse på islandsk sokkel gjennom Petoro Iceland AS. Petoros virksomhet er regulert gjennom lov om petroleumsvirksomhet (petroleumsloven) med tilhørende forskrifter. Selskapet mottar årlig tilskudd fra staten som skal dekke administrasjonen av Petoro, administrasjonen av Petoro Iceland, selskapets kostnader knyttet til ivaretagelse av driften i SDØE og deltakelse på islandsk sokkel. Det føres separat regnskap for SDØE.

47) CLIMIT er et program for forskning, utvikling og demonstrasjon av teknologi for CO₂-håndtering. Hovedmålet er å bidra til å utvikle teknologi og løsninger for CO₂-håndtering. Programmet omfatter Norges forskningsråds støtteordning for forskning og utvikling (FoU-delen) og Gassnovas støtte til utvikling og demonstrasjon (Demo-delen).

48) CCS er forkortelse for Carbon Capture and Storage. CCUS er forkortelse for carbon capture, utilization and storage.

49) Statens direkte økonomiske engasjement (SDØE) er den norske statens direkte eierandeler i olje- og gassvirksomheten. Porteføljen omfatter om lag en tredel av olje- og gassreservene på norsk sokkel samt rørledninger og anlegg på land. Petoro AS er ikke en aktør i (olje- og gassmarkedene og selger ikke olje og gassen de forvalter. Gjennom en egen instruks, avsetningsinstruksen, er Statoil AS gitt ansvaret for avsetning av statens petroleum. Kontantstrømmen fra salg av SDØE-petroleum går direkte fra Statoil og inn i statskassen. Petoro overvåker at Statoils avsetning av statens olje- og gassvolumer er i tråd med avsetningsinstruksen.

Gjennom tilskuddsbrevet fastsetter Olje- og energidepartementet en rekke forventninger, mål og oppgaver for Petoros virksomhet det kommende året. Mål og oppgaver er organisert rundt de tre hovedområdene *ivaretagelse av statens direkte deltakerandeler*, *overvåking av Statoils avsetning av petroleum fra statens direkte deltakerandeler* og *økonomistyring for statens direkte deltakerandeler*. Innenfor de tre hovedområdene har departementet satt en rekke overordnede mål med tilhørende styringsparametere. For området *ivaretagelse av statens direkte deltakerandeler* er blant annet følgende delmål satt innenfor området feltutvikling: *bidra til valg av gode løsninger for nye feltutbygginger i SDØE-porteføljen slik at disse har tilstrekkelig fleksibilitet til å ivareta nye muligheter og tilrettelegge for langsiktig, lønnsom produksjon*. Delmålet har indikatoren *beskrive hvordan Petoro har bidratt til valg av gode og lønnsomme løsninger for nye feltutbygginger*. I tilskuddsbrevet har departementet også bedt Petoro om å utarbeide operasjonelle måltall for væskeproduksjon, kostnadsreduksjon og ivaretagelse av sikkerhet og miljøhensyn. Departementet har ikke fastsatt konkrete måltall, men forventer at Petoro i forbindelse med rapporteringen om årets aktiviteter og resultater gir en omtale av ressursbruken på egnet detaljeringsnivå. Videre skal Petoro beskrive hvordan organisasjonen har prioritert ressurser for å løfte fram prioriterte mål og oppgaver. Departementet understreker at forventningene som er fastsatt for Petoro, må ses i sammenheng med de overordnede målene for petroleumssektoren.

Styret i Petoro har utarbeidet en egen strategi med to strategiske retninger for å kunne nå mål og føringer som er gitt av eier gjennom tilskuddsbrevet og selskapets formålsbestemmelse. Med utgangspunkt i målene fra strategien setter styret årlig måltall for en rekke operasjonelle og finansielle måleindikatorer. Ifølge styreleder er formålet med indikatorene å støtte opp om selskapets mål og strategi for den forretningsmessige oppfølgingen av porteføljen. Styret har ikke utarbeidet egne mål og indikatorer for effektiv drift, men mener at dette oppnås gjennom selskapets finansielle mål om høyest mulig netto kontantstrøm fra SDØE-porteføljen. Styret har satt enkelte indikatorer knyttet til maksimering av verdiene av SDØE, herunder kostnadsindikatorer for utvalgte felt. Det er i tilskuddsbrevet satt krav om at Petoro skal rapportere kvartalsvis om måloppnåelse gjennom relevante styringsparametere for de operasjonelle målene.

I Olje- og energidepartementets oppfølging av Petoro skiller det mellom den administrative driften av Petoro og driften av SDØE-porteføljen. Hovedvekten legges på driften av SDØE. Den sektorpolitiske måloppnåelsen følges hovedsakelig opp i de faste møtene på bakgrunn av selskapets rapportering om disponering av budsjettmidler i henhold til kravene i tilskuddsbrevet. Annethvert år innhenter departementet også en ekstern verdivurdering av SDØE-porteføljen, som inkluderer en analyse av Petoros bidrag til verdien for SDØE-porteføljen. Det vil si merverdien av porteføljen som følge av et aktivt forvalterskap. På grunn av Petoros spesielle innretning mener departementet det er krevende å finne gode indikatorer for å måle effektiviteten, men følger selskapets kostnadsbruk tett i forbindelse med budsjettsøknadsprosessen. Det har ført til betydelige effektiviseringsgevinster de seneste årene, og selskapet har gjennomført flere tiltak for å effektivisere virksomheten.

Enova SF skal gjennom forvaltningen av Energifondet bidra til reduserte klimagassutslipp og styrket forsyningsikkerhet for energi, samt teknologiutvikling som på lengre sikt også bidrar til reduserte klimagassutslipp. Selskapet skal også bidra til å

styrke forsyningssikkerheten og redusere utslippene av klimagasser.⁵⁰ Enovas oppgaver er regulert gjennom en fireårig avtale med departementet om forvaltningen av midlene i Energifondet. I tillegg mottar selskapet årlig et oppdragsbrev som fastsetter administrasjonsbudsjettet.

Avtalen mellom Enova og Olje- og energidepartementet konkretiserer selskapets oppdrag knyttet til forvaltningen av midlene fra Energifondet.⁵¹ I avtalen er selskapets formål brutt ned i tre delmål som beskriver hva selskapet skal bidra til. Disse er sammen med rammene for virkemidlene førende for utviklingen av selskapets programmer.⁵² For å kunne vurdere selskapets måloppnåelse er det i avtalen utarbeidet fire indikatorer med måltall; *klimaresultater tilsvarende 0,75 millioner tonn CO₂-ekvivalenter i ikke-kvotepiktig sektor, energiresultater tilsvarende 4 TWh, effektreduksjon tilsvarende 400 MW og innovasjonsresultater tilsvarende uløst innovasjonskapital på 4 milliarder kroner*. I avtalen er det også stilt krav til en årlig resultat- og aktivitetsrapportering hvor Enova skal gjøre rede for arbeidet med å oppfylle avtalen. For å synliggjøre effektene skal Enova benytte seg av relevante indikatorer i rapporteringen. Det årlige oppdragsbrevet gir økonomiske rammer for den administrative virksomheten og angir eventuelle tilleggsoppdrag. Det er ikke satt spesifikke mål eller indikatorer for effektiv drift i oppdragsbrevet. Enova forventes å ha en effektiv administrasjon med moderat utgiftsvekst og gjennomføre tiltak for å øke produktiviteten.

Styret i Enova mener at rammene som er gitt gjennom avtalen og oppdragsbrevet, gir et godt grunnlag for å vurdere selskapets sektorpolitiske måloppnåelse. Med utgangspunkt i de gitte rammene for bruken av Energifondet har styret utarbeidet strategier, virkemidler og tiltak for hvert enkelt program og årlige kvantitative måltall for de ulike programmene. Styret har utarbeidet egne indikatorer for effektiv drift, blant annet *saksbehandlingstid* og *kostnadseffektivitet i tildelte saker*. Mål for effektiv drift er i stor grad håndtert gjennom budsjettene for de ulike programmene og må ifølge styreleder ses i sammenheng med for eksempel *volum på antall søknader som håndteres*. Styret har også foreslått et utviklingsprosjekt hvor det er satt konkrete mål for effektiviseringsgevinster de nærmeste årene gjennom forenkling av arbeidsprosesser og digitalisering. Enova har en omfattende rapportering til departementet i samsvar med kravene som er satt i avtalen og oppdragsbrevet.

Olje- og energidepartementet følger primært opp Enova som oppdragsgiver gjennom avtalen og oppdragsbrevet. Departementet er opptatt av at eierstyringen skal være på et overordnet nivå. Selskapets sektorpolitiske måloppnåelse er en viktig del av departementets oppfølging, som hovedsakelig skjer på grunnlag av den årlige aktivitets- og resultatrapporteringen. Effektiv drift vurderes i forbindelse med at departementet fastsetter Enovas årlige administrasjonsbudsjett.

Gassco AS er operatør for det integrerte transportsystemet for gass fra norsk kontinentalsokkel til land i Europa. Som operatør har Gassco et overordnet ansvar for drift og utvikling av gassinfrastrukturen på vegne av eierne og for brukere. Transportsystemet består av rørledninger, prosessanlegg, plattformer og gassterminaler. Operatøransvaret er regulert i lov om petroleumsvirksomhet (petroleumsloven) med tilhørende forskrifter og kan deles inn i et alminnelig operatøransvar og et særskilt

50) Enova SF forvalter midlene i Energifondet, som skal være en langsiktig finansieringskilde for Enovas virksomhet. Pengene i Energifondet kommer fra avkastning fra Fond for klima, fornybar energi og energiomlegging (klimateknologifondet) og et lite kostnadspåslag på strømreregningen (nettariffen). I tillegg disponerer Enova opptjente renter på innestående kapital i Energifondet. Det dreier seg om ubrukte midler fra tidligere år og midler til prosjekter som har fått innvilget støtte, men som av ulike årsaker er kansellert.

51) Den siste avtalen mellom Olje- og energidepartementet og Enova SF gjelder for perioden 1. januar 2017 til 31. desember 2020. Avtalen ble underskrevet av partene 14. desember 2016.

52) Programmene utgjør ulike støtteordninger som privatpersoner og bedrifter kan søke på. Støtteordningene er knyttet til iverksetting av ulike typer tiltak som vil føre til redusert energiforbruk og/eller klimagassutslipp.

operatøransvar. Det alminnelige operatøransvaret omfatter teknisk drift av anlegg og innretninger på vegne av eierne. Det alminnelige operatørskapet er også regulert i operatøravtalen mellom Gassco og eierne av infrastrukturen.⁵³ Det særskilte operatøransvaret ligger utenfor gassinfrastruktur-eiernes instruksjonsmyndighet og omhandler systemdrift, kapasitetsadministrasjon og infrastrukturutvikling. Gasscos kostnader dekkes av inntekter fra brukerne av gassinfrastrukturen eller fra oppdragsgivere med gasstransportbehov. Departementet har derfor ingen utgifter eller inntekter knyttet til eierskapet i Gassco. Olje- og energidepartementet har ikke stilt konkrete resultatforventninger til selskapet ut over målet med statens eierskap i selskapet og selskapets formålsbestemmelse. Regelverket som gjelder for petroleumssektoren som helhet, setter også sentrale rammer for selskapets virksomhet.

Styret i Gassco har med utgangspunkt i statens mål med eierskapet og selskapets formålsbestemmelse satt en rekke strategiske mål, for eksempel, *Gassco skal stå for effektiv drift, vedlikehold og utbygging av transport- og prosessanlegg, og Gassco skal maksimere verdiskapning gjennom helhetlig utvikling av gasstransportsystemet*. Videre har styret utarbeidet konkrete indikatorer med måltall innenfor de ulike strategiske målene. Det er satt et eget strategisk mål knyttet til selskapets effektive drift, med blant annet indikatorer på *leveransetilgjengelighet for hele transportsystemet, at tørrgassen skal leveres med riktig kvalitet til kunden, kapasitetsutnyttelse og gjennomføring av forbedringsforslag*. I tillegg vurderer styret effektiv drift gjennom benchmarking og ved tilbakemeldinger på kundeundersøkelser. Selskapet rapporterer til departementet på utvalgte indikatorer og strategiske områder i de halvårlige eiermøtene. For å redusere driftskostnader og bemanning satte Gassco i 2016 i gang et effektiviseringsprogram. Departementet holdes orientert om utviklingen i programmet gjennom rapporteringer.

Olje- og energidepartementet har begrenset oppfølging av Gasscos drift. Selskapets drift finansieres ikke av staten, og oppfølgingen ivaretas i stor grad gjennom regelverket for sektoren og innebygde kontrollmekanismer. Driften er også regulert gjennom avtaler mellom Gassco og eierne, noe som ytterligere avgrenser departementets instruksjonsmyndighet overfor selskapets alminnelige operatørskap. Det er delvis sammenfallende interesser mellom brukerne og eierne av gassinfrastrukturen, noe som innebærer at også brukerne av infrastrukturen har innflytelse på Gasscos drift. Departementet mener at disse kontrollmekanismene virker disiplinerende på Gassco og gir klare føringer for hvordan Gassco innretter virksomheten. Departementet har mye kontakt med selskapet gjennom selskapets rolle som rådgivende organ, særlig i forbindelse med saker som hører til selskapets virksomhetsområder som tariffregulering og infrastrukturutvikling, hvor departementet har sektoransvar. I de to årlige eiermøtene er selskapets sektorpolitiske måloppnåelse en viktig del av dialogen. Måloppnåelsen vurderes med utgangspunkt i styrets innrapporterte vurderinger av selskapets indikatorer. Departementet gjør ingen ytterligere analyser eller vurderinger av måloppnåelse, resultater eller utvikling over tid. Effektiv drift følges ikke opp som et eget tema, men departementet følger med på om selskapet når sine egne fastsatte budsjettmål for virksomheten.

Statnett SF er systemansvarlig i det norske kraftsystemet og har ansvar for at det til enhver tid er balanse mellom produksjon og forbruk av elektrisk kraft i Norge. Selskapet er også ansvarlig for en samfunnsøkonomisk rasjonell drift og utvikling av det sentrale overføringsnettet for kraft. Selskapet har en rekke definerte myndighetsoppgaver gjennom *lov om produksjon, omforming, overføring, omsetning, fordeling og bruk av energi m.m. (energilovent)* med tilhørende forskrifter. Formålet med regelverket

53) Store deler av gasstransportsystemet på norsk sokkel er i dag organisert i interessentskapet Gassled. Interessentskapet er den formelle eieren av infrastrukturen knyttet til transporten av gass i rørledninger fra norsk sokkel. Gassled har ingen ansatte og organiseres gjennom ulike komiteer med spesifikke oppgaver. Interessentskapet har flere eiere, hvor staten er den største gjennom SDØE. Gassco AS mottar styringssignaler både fra Olje- og energidepartementet og Gassled.

er å sikre en samfunnsmessig rasjonell forvaltning av energiressursene, i tråd med energilovens formålsparagraf (§ 1-2). Departementet og Norges vassdrags og energidirektorat (NVE) er i henhold til energiloven konsesjonsmyndighet for energisektoren, herunder Statnett. Statnett er underlagt streng økonomisk regulering gjennom forskrift om økonomisk og teknisk rapportering, inntektsramme for nettvirksomheten og tariffen (kontrollforskriften). Selskapets inntektsramme reguleres av NVE gjennom NVEs årlige fastsettelse av nettselskaperens inntektsrammer.⁵⁴

Olje- og energidepartementet har ikke stilt resultatforventninger for selskapets sektorpolitiske oppgaver eller effektiv drift, men mener forventningen kommer tydelig fram av vedtektenes formålsbestemmelse og det øvrige regelverket som selskapet må forholde seg til, herunder konsesjonsbehandlingen av nettanlegg. Departementet peker på at det i forbindelse med eiermøtene kommuniseres forventninger til selskapets sektorpolitiske måloppnåelse og effektiv drift. Departementet peker også på at en stor del av selskapets oppgaver er fastsatt av Stortinget, med klare forventninger gitt i ulike stortingsmeldinger. Departementet har ikke satt finansielle mål for selskapet, men er opptatt av at selskapet har en fornuftig sammensetning av egenkapital og gjeld. Den langsiktige utbyttepolitikken er fastsatt slik at den skal kunne ivareta dette målet.

Alle anlegg som Statnett bygger, eier og driver, må ha konsesjon etter energiloven § 3-1. I konsesjonsbehandlingen skal alle fordeler og ulemper ved en nettinvestering veies mot hverandre, og kun prosjekter som totalt sett vurderes som samfunnsmessig rasjonelle, gis konsesjon. Konsesjonsbehandlingen skal sikre at Statnetts utvikling av transmisjonsnettet er samfunnsøkonomisk lønnsom. En del av Statnetts store kraftledningssaker er også underlagt konseptvalgutredning (KVU) med ekstern kvalitetssikring.⁵⁵ For de store kraftledningssakene fattes vedtak av Kongen i statsråd. For øvrige prosjekter fatter NVE vedtak, med departementet som klageorgan.

Med utgangspunkt i Statnetts strategi har styret utarbeidet et målkort med indikatorer innenfor fire hovedområder; vår leveranse til samfunn og brukere, vår økonomi, våre sentrale prosesser og vår organisasjon. Til indikatorene er det utarbeidet delmål. Eksempelvis er et av tre delmål innen området *våre sentrale prosesser* at Statnett skal *ha helhetlig porteføljestyring og effektiv prosjektgjennomføring*. Til delmålene settes det indikatorer og måltall både for inneværende år og ambisjonsnivå på sikt. Styret har videre både fastsatt konkrete mål og benytter indikatorer for å vurdere effektiv drift. Blant annet er det satt et mål om at selskapet skal *ha sikker og effektiv drift i en periode med kraftig vekst*, med konkret måltall for blant annet *frekvenskvalitet i minutter* og *antall brudd på krav til driftskritiske IKT-tjenester*. Styret startet i 2013 et effektiviseringsprogram.

Olje- og energidepartementet har som sektormyndighet delegert myndighet og oppgaver til NVE etter energiloven. Gjennom det årlige tildelingsbrevet til NVE har departementet bedt om en årlig rapport om driften av kraftsystemet og forhold av betydning for forsyningsikkerheten for kraftsystemet, inkludert energisikkerhet, driftsforstyrrelser, leveringskvalitet og områder med redusert driftssikkerhet. Med hjemmel i forskrift ber NVE Statnett om å utarbeide underlag til denne rapporten, som oversendes til departementet. Etter pålegg fra NVE skal Statnett fra og med 2017 annethvert år redegjøre for utviklingen i driftskostnader og kostnader knyttet til investeringer i transmisjonsnettet i en offentlig tilgjengelig kraftsystemutredning.

54) Årlig inntektsramme for alle nettselskaper fastsettes slik at inntekten over tid skal dekke kostnadene ved drift og avskrivning av nettet, samt gi en rimelig avkastning på investert kapital, gitt effektiv drift, utnyttelse og utvikling av nettet. For systemansvarlig gis et årlig tillegg for kostnader knyttet til utøvelsen av systemansvaret. Inntektsrammereguleringen er utformet slik at den skal gi nettselskapene insentiver til å være kostnadseffektive. Statnetts inntekter er en funksjon av kostnadsdekning og avkastning på nettkapital, hvor NVE fastsetter avkastningen. Avkastningen (NVE-renten) er delvis avhengig av markedsrente og KPI-indeks.

55) Dette gjelder nye store kraftledninger lengre enn 20 kilometer på spenningsnivå fra og med 300 kV og oppover.

Utredningen gir en oversikt over prosjekter under både planlegging og gjennomføring. NVE har også fastsatt en effektivitetsskår for Statnett, og om lag hvert fjerde år gjennomføres det en benchmarking mot andre transmisjonsnettselskaper i Europa.

2.1.8 Fastsettelse av mål og oppfølging av måloppnåelse og effektiv drift i selskaper under Samferdselsdepartementet

Samferdselsdepartementet forvalter eierinteressene i to av selskapene i undersøkelsen; kategori 3-selskapet NSB AS og kategori-4 selskapet Avinor AS. Eierforvaltningen av NSB er lagt til Kollektivtransport- og baneavdelingen som også er ansvarlig for sektorpolitikken innenfor transportområdet. Eierforvaltningen av Avinor er lagt til Luft-, post- og teleavdelingen som også er ansvarlig for sektorpolitikken på luftfartsområdet.

NSB AS skal sørge for effektiv, tilgjengelig, sikker og miljøvennlig transport av personer og gods. Selskapet skal videre drive persontrafikk med tog i Norge, transport av personer og gods i Norge og øvrige nordiske land, samt virksomhet som står i naturlig sammenheng med dette. Deler av driften er konkurranseutsatt og drives på forretningsmessig grunnlag, mens selskapets samfunnsoppdrag er delvis finansiert gjennom en trafikkavtale for statens kjøp av tog tjenester.⁵⁶ I trafikkavtalen er det satt en rekke krav til NSBs leveranser med tilhørende indikatorer som NSB skal rapportere om til departementet. Departementet gir også føringer knyttet til selskapets samfunnsmessige effekter gjennom de fireårige stortingsmeldingene om virksomheten i selskapet, som er basert på selskapets egen årlige § 10-plan.⁵⁷ Samferdselsdepartementet har også satt avkastningsmål og utbytteforventning til NSB.

Styret i NSB har operasjonalisert selskapets formålsbestemmelse i et omfattende målkort og benytter indikatorer med måltall for å vurdere oppfyllelse av både samfunnsoppdraget og effektiv drift. For samfunnsoppdraget har styret blant annet utarbeidet indikatorer om *kundetilfredshet*, *volumutvikling* og *punktlighet*. For å følge opp effektiv drift benytter styret indikatorer og effektivitetsmål som *utleiegrad* og *kostnad per vognkilometer*. Flere av selskapets indikatorer vil være relevante både for den forretningsmessige og sektorpolitiske måloppnåelsen. NSB har en omfattende rapportering til Samferdselsdepartementet. Departementet har eksplisitt bedt selskapet rapportere om tiltak og resultater relatert til selskapets samfunnsoppdrag, men har ikke stilt krav til særskilt rapportering på effektiv drift. Selskapet rapporterer også årlig på avkastningsmålet.⁵⁸

Samferdselsdepartementet påpeker at NSB, på samme måte som store børsnoterte selskaper, rapporterer i henhold til den internasjonale regnskapsstandarden IFRS, noe som gir omfattende informasjon om selskapets virksomhet. Departementet mottar rapportering i forbindelse med selskapets § 10-plan og tertialrapporter til kontaktmøtene. På bakgrunn av rapporteringen gjør departementet vurderinger av selskapets samfunnsmessige måloppnåelse. NSB rapporterer også resultatnivået for enkelte av styrets indikatorer som departementet benytter for å evaluere måloppnåelse over tid. I forkant av møtene går departementet gjennom den oversendte informasjonen fra selskapet. Departementet følger også opp deler av NSBs sektorpolitiske oppgaver og

56) Gjeldende avtale «Avtale om utførelse av persontransport med tog som offentlig tjeneste i 2012–2017 – trafikkavtalen» ble inngått mellom Samferdselsdepartementet og NSB AS 21. desember 2011. Hensikten med trafikkavtalen er å sikre utførelse av bedriftsøkonomisk ulønnsom persontransport med tog (offentlig tjenesteforpliktelse). Fra 1. januar 2017 er ansvaret for offentlig kjøp av persontransport med tog overført fra Samferdselsdepartementet til Jernbanedirektoratet.

57) Ifølge § 10 i vedtektene til både NSB AS og Avinor AS skal styret hvert år legge fram en plan for virksomheten. Minst hvert fjerde år danner § 10-planene grunnlag for Samferdselsdepartementets stortingsmelding om det enkelte selskap. I § 10-planen orienterer styret om status, planer og overordnede strategier for virksomheten de kommende årene, samt vurderinger knyttet til den økonomiske utviklingen i konsernet.

58) NSB AS er i forbindelse med den nye jernbanereformen fra 2016, som åpner for konkurranse på togframføring, i gang med effektiviseringstiltak. Selskapet har varslet om at det må gjøres store endringer i driften og kostnadsbesparelser, og at jernbanereformen gir grunnlag for å ta ut et effektiviseringspotensial.

effektiv drift av togtilbudet gjennom selskapets rapportering på trafikkavtalen. Dette gjøres primært ikke i departementets eieroppfølging, men gjennom rollen som kjøper av tjenester.

Departementet mener at de fastsatte resultatforventningene og utbytteforventningen virker disiplinerte på NSB og bidrar til å fremme effektiv drift. Departementet har ikke initiert benchmarking av selskapets virksomhet, men har hentet inn eksterne verddivurderinger som inkluderer en benchmarking av selskapets forretningsområder. Normalt gjøres dette hvert fjerde år i forbindelse med utarbeidelsen av stortingsmeldingen om selskapets virksomhet. Verddivurderingene benyttes også til å sette avkastningsmål og utbytteforventninger.

Avinor AS skal eie, drive og utvikle et landsomfattende nett av lufthavner for sivil luftfart og en samlet flysikringstjeneste for den sivile og militære luftfarten. Selskapet skal i størst mulig grad være selvfinansiert ved at det legges opp til at det internt skal være en samfinansiering mellom bedriftsøkonomisk lønnsomme og ulønnsomme lufthavner. Deler av selskapets inntekter reguleres gjennom forskrift om avgifter for bruk av lufthavner drevet av Avinor AS. Avinor skal også utføre enkelte samfunnsplagte oppgaver som det ikke gis statlig finansiering til, for eksempel å holde lufthavnene åpne for ambulanseflyginger utenfor ordinær åpningstid. Ut over forventningene som er satt i formålsbestemmelsen, setter Samferdselsdepartementet sektorpolitiske resultatforventninger til Avinor i de fireårige stortingsmeldingene om virksomheten, som baserer seg på styrets egen årlige § 10-plan. I tillegg kan det ved spesielle anledninger gis særskilte oppgaver i egne brev, som det normalt ikke gis egen finansiering til. Samferdselsdepartementet har også satt avkastningsmål og utbytteforventninger til Avinor.⁵⁹

Styret i Avinor har operasjonalisert formålsbestemmelsen i et omfattende mål- og resultatstyringssystem og benytter indikatorer med måltall for å vurdere både sektorpolitisk måloppnåelse og effektiv drift. Blant annet benytter styret indikatoren *antall flyruter* for sektorpolitisk måloppnåelse og *kostnad per passasjer* for effektiv drift. For å vurdere effektiv drift har styret også valgt å gjennomføre en benchmarking mot sammenlignbare flyplasser i Europa. Avinor har en omfattende rapportering til departementet både om finansiell utvikling og sektorpolitisk måloppnåelse. Sistnevnte rapporteres hovedsakelig gjennom driftsrapporter som blant annet viser resultatutvikling og prosjekter og status for konsernets måloppnåelse.

Samferdselsdepartementet kontrollerer hovedsakelig den sektorpolitiske måloppnåelsen til Avinor gjennom selskapets § 10-plan, drifts-, kvartals- og årsrapporter, samt ved oppfølging i kvartalsmøter og dialog om enkeltsaker som har betydning for selskapets sektorpolitiske virksomhet. Departementet understreker at Avinor, på samme måte som store børsnoterte selskaper, rapporterer i henhold til den internasjonale regnskapsstandarden IFRS, noe som gir omfattende informasjon om selskapets virksomhet. I forkant av møter går departementet gjennom oversendt informasjon og vurderer selskapets økonomiske resultater og utvikling, samt enkeltsaker. Departementet har også mye kontakt med Avinor gjennom rollen som sektormyndighet og anser kontroll med Avinors sektorpolitiske måloppnåelse som en integrert del av hele departementets arbeid på luftfartsområdet. For å vurdere finansiell og økonomisk måloppnåelse henter departementet ved behov inn eksterne verddivurderinger av Avinor, normalt hvert fjerde år. Verddivurderingene benyttes i arbeidet med fastsettelsen av avkastningsmål og som grunnlag for stortingsmeldingen om selskapet. I 2012 fikk departementet gjennomført en benchmarking av Avinors

59) I tillegg til et samlet vektet avkastningsmål for Avinor AS-konsernet har Samferdselsdepartementet valgt å sette separate avkastningsmål for flysikringsvirksomheten og den øvrige virksomhet som selskapet driver.

lufthavndrift, og i etterkant av denne tok selskapet selv initiativ til et moderniseringsprogram for å effektivisere virksomheten. Departementet har bedt om å bli holdt orientert om utviklingen i prosjektet.

2.1.9 Fastsettelse av mål og oppfølging av måloppnåelse og effektiv drift i selskaper under Utenriksdepartementet

Utenriksdepartementet forvalter statens interesser for kategori 4-selskapet Norfund (Statens investeringsfond for næringsvirksomhet i utviklingsland). Forvaltningen av selskapet er lagt til Avdeling for økonomi og utvikling.

Norfund er et bistandspolitisk virkemiddel og skal bidra til utvikling gjennom å medvirke med egenkapital og annen risikokapital, lån og garantier til utvikling av bærekraftig næringsvirksomhet i utviklingsland som ellers ikke ville bli satt i gang på grunn av høy risiko. Selskapets virksomhet er regulert i lov om Statens investeringsfond for næringsvirksomhet i utviklingsland (Norfundloven). Ut over den lovregulerte styringen av Norfund gis det i tillegg styringssignaler i stortingsmeldinger om norsk utviklings- og bistandspolitikk. Fondet får årlig kapitaltilførsel over statsbudsjettet til investeringsvirksomheten. For å styrke utviklingseffektene av fondets investeringsvirksomhet er det etablert en tilskuddsordning som Norfund kan trekke fra.⁶⁰

Utenriksdepartementet har ikke stilt spesifikke resultatforventninger for Norfunds virksomhet, ut over lovens krav, men har både i statsbudsjettet og i selskapets vedtekter gitt relativt detaljerte føringer og mål for selskapets virksomhet. Blant annet er det satt krav om at *minst 50 prosent av totalbeløpet til nye investeringer årlig skal gjøres i fornybar energi, investeringer sør for Sahara i Afrika skal økes, de aller fattigste land (MUL) og investeringer i landbruk skal prioriteres*. Som bistandsvirkemiddel skal Norfund ta høy risiko, noe som innebærer at selskapet i alle sine investeringer må foreta avveininger mellom forventede finansielle resultater og utviklingseffekter. Departementet mener det er viktig at selskapet har forretningsmessig frihet til å realisere de sektorpolitiske målene som er satt for fondet. I tilskuddsbrevet er det ikke gitt konkrete føringer for måloppnåelse og effektiv drift, men det legges til grunn at Norfund skal følge føringene som er gitt både i budsjettproposisjonen og i andre utviklingspolitiske signaler.

Med utgangspunkt i rammer og føringer gitt fra departementet, har styret utarbeidet mål og strategier knyttet til selskapets investeringsvirksomhet og angitt prioriteringer for fondet. I tillegg har styret etablert risikokart for ulike områder og faser av investeringene og et målkart hvor det hvert år settes konkrete måltall for utviklingen i porteføljen og resultatmål på hvert forretningsområde. For eksempel er det satt måltall for indikatorene *andel kostnader i forhold til avtalefestet portefølje* og *andel egenkapital*. Fra 2016 har styret også satt et internt krav til avkastning på porteføljen over tid. Styret har satt forventinger til at fondet skal driftes effektivt, men det er ikke satt måltall for effektivitetsutvikling. Norfund får gjennom den europeiske organisasjonen av utviklingsfond (European Development Finance Institutions, EDFI) gjennomført en benchmarking av indikatoren *forvaltningskostnader* mot andre lignende statlige investeringsfond i Europa, for å vurdere nivået på selskapets administrasjonskostnader. Norfund har en omfattende rapportering til departementet. I tillegg til årsrapporten og kvartalsrapporter utarbeider selskapet en årlig aktivitetsrapport som beskriver utviklingseffektene av investeringene. I 2016 utarbeidet Norfund også en separat rapport om selskapets investeringer som beskriver utviklingsresultater av Norfunds engasjementer og selskapets sektorpolitiske måloppnåelse. I tillegg rapporteres det årlig om bruken av midlene under tilskuddsordningen.

60) Med unntak av 2016 har Utenriksdepartementet gitt Norfund tilgang til midler over tilskuddsordningen siden etableringen i 2000. Fra og med 2017 er det utarbeidet et separat tilskuddsbrev knyttet til Norfunds på tilskuddsordning.

Departementet baserer sin eieroppfølging av Norfund på selskapets kvartalsrapporter og selskapets årlige aktivitetsrapport, der utviklingseffektene av Norfunds virksomhet er sentral for måloppnåelse. Sektorpolitisk måloppnåelse er et fast tema i kontaktmøtene. Som en del av den årlige rapporteringen gir Norfund også en oversikt over porteføljens samlede lønnsomhet i form av årlig avkastning på investert kapital. All årlig rapportering og oversikten over årlig avkastning er underlagt en ekstern gjennomgang og kvalitetssikring. Som en del av den eksterne kvalitetssikringen får departementet også en vurdering av Norfunds måloppnåelse, om styringssignaler fra eier følges, og om selskapets virksomhet er i henhold til egen strategi. Den eksterne kvalitetssikringen har i tillegg sett på utviklingen i selskapets kostnadsbilde og effektiviteten i forvaltningen, herunder selskapets drift og kostnadsnivå opp mot sammenlignbare fond.

2.2 Fastsettelse av forventninger og mål for å kunne vurdere måloppnåelse og effektiv drift

For alle selskaper med statlig eierandel er det gitt føringer fra eier gjennom statens mål med eierskapet og selskapets vedtekter. I tillegg gis det generelle føringer i eierskapsmeldingen. Ut over føringene som er gitt i de nevnte dokumentene, vil departementet søke å stille ytterligere resultatforventninger. Styret har på sin side ansvar for å utarbeide mål og indikatorer som gjør det mulig for selskapet å rapportere om grad av måloppnåelse til eier.

2.2.1 Fastsettelse av forventninger og mål for å kunne vurdere måloppnåelse og effektiv drift i kategori 3-selskaper

Blant selskapene i kategori 3 er det to selskaper som har avtale med staten om kjøp av tjenester. Disse avtalene setter også rammer for selskapenes virksomhet. For mer informasjon om hvilke virkemidler som legger føringer for selskapenes virksomhet, se vedlegg 2.

Tabell 1 viser hvilke departementer og styreverv som har satt ytterligere forventninger til selskapenes samfunnsmessige effekter og effektiv drift ut over de forventningene som er gitt gjennom statens mål med eierskapet, selskapets vedtekter eller eierskapsmeldingen.

Tabell 1 Departementets forventninger og styrenes mål relatert til den samfunnsmessige begrunnelse for statens eierskap i kategori 3-selskaper

	Har departementet satt forventninger til de samfunnsmessige effektene staten ønsker å oppnå gjennom sitt eierskap?	Har departementet gitt forventninger til selskapets effektive drift?	Har styret satt egne mål for den samfunnsmessige begrunnelse staten legger til grunn for eierskapet?	Har styret satt egne mål for effektiv drift?
Kommunal- og moderniseringsdepartementet				
Kommunalbanken AS	Nei	Ja	Ja	Ja
Nærings- og fiskeridepartementet				
Argentum Fondsinvesteringer AS	Nei	Ja	Nei	Ja
Electronic Chart Centre AS	Nei	Ja	Ja	Ja
Investinor AS	Nei	Ja	Nei	Ja
Statkraft SF	Nei	Ja	Nei	Ja
Samferdselsdepartementet				
NSB AS	Ja	Ja	Ja	Ja

For fem av de seks selskapene i kategori 3 har departementene ikke stilt eksplisitte forventninger til den samfunnsmessige begrunnelsen for eierskapet. Nærings- og fiskeridepartementet mener at selskapene best bidrar til å nå de samfunnsmessige effektene gjennom å drive sin virksomhet på en forretningsmessig måte i tråd med vedtektene. I likhet med Kommunal- og moderniseringsdepartementet har de derfor valgt ikke å stille egne forventninger til den samfunnsmessige begrunnelse for eierskapet. Samferdselsdepartementet har på sin side valgt å sette egne forventninger til NSB AS sitt samfunnsoppdrag. De tre eierdepartementene har alle satt forventninger til selskapenes forretningsmessige virksomhet gjennom avkastningsmål og utbytteforventninger.

Alle styrene har med utgangspunkt i selskapets formålsbestemmelse utarbeidet egne mål for den forretningsmessige virksomheten, samt mål og indikatorer for å kunne følge opp avkastning og effektiv drift. For tre av selskapene har styret også utarbeidet egne mål knyttet til selskapets samfunnsmessige effekter.

Alle selskapene i kategori 3 har utarbeidet egne målstyringssystemer for å kunne vurdere selskapets måloppnåelse. De fleste anvender målkort som viser både forretningsmessig måloppnåelse og samfunnsmessige effekter over tid og opp mot budsjett. Flere styreledere understreker at enkelte av målene som er satt for den forretningsmessige delen av selskapets virksomhet, også gjør det mulig å vurdere selskapets samfunnsmessige måloppnåelse. For de selskapene hvor det har vært mulig å finne sammenlignbare selskaper, har alle styrene valgt å benchmarke hele eller deler av virksomheten for å kunne vurdere om selskapets drift er effektiv.

2.2.2 Fastsettelse av forventninger og mål for å kunne vurdere måloppnåelse og effektiv drift i kategori 4-selskaper

De 23 selskapene i kategori 4 har sin virksomhet innenfor en rekke ulike sektorer, og det er stor variasjon i hvilke styringsvirkemidler som setter føringer for selskapenes virksomhet. Tolv selskaper mottar årlig tilskudd fra staten for hele eller deler av virksomheten. For fem av disse er det også et lovverk som setter ytterligere rammer for virksomheten. Blant de elleve selskapene som ikke mottar tilskudd, er det for seks selskaper et lovverk som setter rammer for virksomheten. For fire av disse er det også

en særskilt regulering av inntektene. For mer informasjon om hvilke virkemidler som legger føringer for selskapenes virksomhet, se vedlegg 2.

Tabell 2 viser hvilke departementer og styre som har satt ytterligere forventninger til selskapenes sektorpolitiske mål og effektiv drift ut over de forventningene som er gitt gjennom statens mål med eierskapet, selskapets vedtekter eller eierskapsmeldingen.

Tabell 2 Departementets forventninger og styrenes mål relatert til de sektorpolitiske målene som er satt for statens eierskap i kategori 4-selskaper

	Har departementet satt forventninger til de sektorpolitiske målene staten ønsker å oppnå gjennom sitt eierskap?	Har departementet gitt forventninger til selskapets effektive drift?	Har styret satt egne mål for den sektorpolitiske begrunnelsen staten legger til grunn for eierskapet?	Har styret satt egne mål for effektiv drift?
Helse- og omsorgsdepartementet				
AS Vinmonopolet	Ja	Ja	Ja	Ja
Norsk Helsenett SF	Ja	Nei	Ja	Nei
Kulturdepartementet				
Norsk Tipping AS	Ja	Ja	Ja	Ja
NRK AS	Nei	Nei	Ja	Nei
Kunnskapsdepartementet				
NSD AS (Norsk senter for forskningsdata)	Nei	Nei	Nei	Nei
Simula Research Laboratory AS	Nei	Nei	Nei	Nei
UNINETT AS	Ja	Nei	Nei	Nei
Universitetssenteret på Svalbard AS (UNIS)	Ja	Nei	Ja	Nei
Landbruks- og matdepartementet				
Statskog SF	Ja	Nei	Ja	Ja
Nærings- og fiskeridepartementet				
Bjørnøen AS	Nei	Nei	Nei	Nei
Eksportkreditt Norge AS	Ja	Ja	Ja	Ja
Kings Bay AS	Nei	Nei	Ja	Ja
Norges sjømatråd AS	Nei	Nei	Ja	Nei
Siva SF	Ja	Ja	Ja	Nei
Space Norway AS	Nei	Nei	Nei	Nei
Store Norske Spitsbergen Kullkompani AS	Nei	Nei	Ja	Ja
Olje- og energidepartementet				
Enova SF	Ja	Nei	Nei	Ja
Gassco AS	Nei	Nei	Ja	Ja
Gassnova SF	Ja	Nei	Ja	Nei
Petoro AS	Ja	Nei	Ja	Nei
Statnett SF	Nei	Nei	Ja	Ja

Tabell 2 Departementets forventninger og styrenes mål relatert til de sektorpolitiske målene som er satt for statens eierskap i kategori 4-selskaper

Samferdselsdepartementet				
Avinor AS	Ja	Ja	Ja	Ja
Utenriksdepartementet				
Norfund	Ja	Nei	Ja	Ja

Som det går fram av tabell 2, er det store variasjoner både mellom departementene og mellom selskapene innad i det enkelte departement når det gjelder i hvilken grad eier eller styret har satt egne forventninger eller mål knyttet til selskapenes sektorpolitiske oppgaver og effektiv drift. For mange av selskapene har statens valg av styringsvirkemidler betydning for om departementene har stilt konkrete forventninger til effektiv sektorpolitisk måloppnåelse. For omtrent halvparten av kategori 4-selskapene har eierdepartementene stilt forventninger til selskapenes sektorpolitiske måloppnåelse ut over de føringene som er gitt gjennom selskapenes formålsbestemmelse. Det er kun overfor AS Vinmonopolet, Norsk Tipping AS, Eksportkreditt Norge AS, Siva AS og Avinor AS at eierdepartementene har satt konkrete forventninger til effektiv drift.

For tre av selskapene i kategori 4 har ikke departementene stilt forventninger til selskapenes virksomhet eller effektiv drift, ut over det som er gitt gjennom statens mål med eierskapet, selskapets vedtekter eller eierskapsmeldingen. Det gjelder to selskaper under Kunnskapsdepartementet og ett under Nærings- og fiskeridepartementet.⁶¹ For disse selskapene har heller ikke styrene utarbeidet mål og indikatorer for selskapets sektorpolitiske mål eller effektiv drift.

I tilskuddsbrevene har departementene i tillegg til å sette krav til hva, hvordan og når selskapene skal rapportere til departementet om bruken av tilskuddsmidlene, for flere også satt detaljerte vilkår for bruken av midlene det enkelte år. For de tre selskapene som mottar et årlig oppdragsbrev, AS Vinmonopolet, Statskog SF og Enova SF er det også satt detaljerte mål og oppgaver for selskapenes virksomhet. Blant kategori 4-selskapene som ikke mottar tilskudd, er det kun overfor Norsk Tipping AS og Avinor AS at eierdepartementene har satt konkrete forventninger til selskapenes sektorpolitiske mål ut over føringene gitt i formålsbestemmelsen, gjennom statens mål med eierskapet eller i eierskapsmeldingen.

De fleste styrene i kategori 4-selskapene som ikke mottar tilskudd, har operasjonalisert statens sektorpolitiske målsettinger gjennom egne mål som kan vurderes kvantitativt. De fleste har i tillegg utarbeidet mål som gjør det mulig å kvalitativt vurdere selskapets sektorpolitiske måloppnåelse. Omtrent en tredjedel av styrene har utarbeidet et relativt omfattende sett med mål, indikatorer og måltall som benyttes i styringen av selskapene. Det gjelder Avinor AS, Norsk Tipping AS, NRK AS, AS Vinmonopolet, Eksportkreditt Norge AS, Norfund, Gassco AS, Petoro AS og Statnett SF. Majoriteten av styrene har også satt konkrete mål for effektiv drift og benytter benchmarking som et supplement i sin vurdering av effektiv drift.

Blant selskapene som helt eller delvis er finansiert med tilskudd fra staten, har styrene i liten grad satt kvantitative mål for selskapets sektorpolitiske oppgaver og for styrenes egen resultatvurdering. For eksempel er det kun styret i UNIS AS som har satt kvantitative mål og indikatorer av de de fire selskapene under Kunnskapsdepartementet. Det er også et fåtall av styrene som har satt konkrete mål for effektiv drift.

61) For Nærings- og fiskeridepartementet dreier det seg om Bjørnøen AS. Selskapet har ingen ansatte og svært begrenset virksomhet ut over eierskapet av selve Bjørnøya.

3 Vurderinger

Staten skal som eier søke å gi selskapene et klart formål i samsvar med statens mål med eierskapet, og følge opp at disse målene nås. For de forretningsmessige selskapene har staten som hovedmål å maksimere verdien av statens investeringer over tid. For de sektorpolitiske selskapene er statens mål at disse nås mest mulig effektivt.

3.1 For de fleste selskapene i kategori 3 baserer departementene sin vurdering av samfunnsmessige effekter hovedsakelig på selskapenes finansielle resultater

Departementene har satt avkastningsmål (referanseavkastning) og utbytteforventninger til alle de seks kategori 3-selskapene. Overfor NSB AS har Samferdselsdepartementet også satt konkrete forventninger til selskapets samfunnsoppdrag.

Styrene har utarbeidet en rekke mål og indikatorer for selskapenes forretningsmessige virksomhet, mens de i mindre grad har utarbeidet egne mål for å kunne vurdere de samfunnsmessige effektene av selskapets virksomhet. Styrelederne begrunner dette med at de samfunnsmessige effektene kan vurderes ved hjelp av målene som er satt for den forretningsmessige virksomheten. Alle styrene har utarbeidet effektivitetsmål og lønnsomhetsmål for selskapets forretningsmessige virksomhet, og alle følger opp effektiv drift ved hjelp av indikatorer.

Alle selskapene i kategori 3 har en omfattende rapportering til eier om finansielle resultater, samt utviklingen i kostnader og inntekter. Med bakgrunn i et vedtektsfestet krav rapporterer NSB AS, som eneste selskap, også om utvikling og resultater relatert til statens samfunnsmessige begrunnelse for eierskapet.

Etter revisjonens vurdering ville en mer systematisk og tydelig rapportering om selskapenes samfunnsmessige effekter være nyttig for at staten skal kunne vurdere om selskapenes virksomhet ivaretar den samfunnsmessige begrunnelsen for eierskapet. Utfyllende informasjon om selskapenes samfunnsmessige effekter vil også være nyttig for departementene som strategiske og utfordrende eiere i tråd med forventningene i eierskapsmeldingen. Informasjon om samfunnsmessige effekter kan være relevant i eiers vurdering av selskapenes innretning, eller i en vurdering av om andre virkemidler enn statlig eierskap er best egnet for å oppnå det staten ønsker. For ensidig oppmerksomhet fra eier på selskapenes finansielle resultater og avkastning kan, etter revisjonens mening, gjøre det vanskelig å vurdere om selskapenes virksomhet bidrar til de ønskede samfunnsmessige effektene. Etter revisjonens vurdering burde departementene gå lenger i å kreve rapportering fra selskapene som også synliggjør hvordan den forretningsmessige virksomheten bidrar til å ivareta de samfunnsmessige effektene som legges til grunn for det statlige eierskapet.

3.2 Departementene har for mange av selskapene i kategori 4 gitt lite tydelige forventninger til selskapenes sektorpolitiske mål

I henhold til eierskapsmeldingen skal staten som eier søke å utvikle tydelige resultatforventninger og resultatindikatorer for selskapene i kategori 4. Det forventes også at selskapene utfører oppgavene på en ressurseffektiv måte.

Blant de 23 selskapene i kategori 4 er det elleve selskaper som mottar tilskudd for hele eller deler av sin virksomhet. Selskapene mottar årlig et tilskuddsbrev med en beskrivelse av vilkårene for disponering av tilskuddet det kommende året. For Statskog SF under Landbruks- og matdepartementet, Eksporkreditt Norge AS og Siva SF under Nærings- og fiskeridepartementet og Gassnova AS og Petoro AS under Olje- og energidepartementet er det i tilskuddsbrevene satt tydelige forventninger til både

selskapenes sektorpolitiske mål og effektiv drift. For de øvrige seks selskapene som mottar tilskudd er det gitt få og lite tydelige forventninger i tilskuddsbrevene.

AS Vinmonopolet under Helse- og omsorgsdepartementet og Enova SF under Olje- og energidepartementet mottar årlig et oppdragsbrev hvor det er beskrevet hvilke oppgaver selskapene skal utføre i løpet av året. I oppdragsbrevene er det også satt forventninger til selskapenes sektorpolitiske mål, samt effektiv drift for Vinmonopolet.

Av de ti selskapene som verken mottar tilskuddsbrev eller oppdragsbrev, har departementet kun overfor tre selskaper utarbeidet egne forventninger til sektorpolitisk måloppnåelse eller effektiv drift. For NRK AS har Kulturdepartementet satt en rekke overordnede forventninger til selskapets sektorpolitiske oppgaver, men ikke til effektiv drift. Samtidig har departementet overfor Norsk Tipping AS satt overordnede forventninger både til selskapets sektorpolitiske oppgaver og effektiv drift. Samferdselsdepartementet har overfor Avinor AS satt både et avkastningsmål og en rekke forventninger til selskapets sektorpolitiske oppgaver.

I henhold til eierskapsmeldingen skal staten som eier, overfor selskapene i kategori 4, søke å utvikle tydelige resultatforventninger og resultatindikatorer. Det forventes også at selskapene utfører de sektorpolitiske oppgavene på en ressurseffektiv måte. For selskapene i kategori 4 har departementene hovedsakelig satt resultatforventninger til de sektorpolitiske oppgavene i forbindelse med de årlige tilskudds- eller oppdragsbrevene. Det er stor variasjon i hvor tydelige forventninger departementene har utformet, og om det er angitt spesifikke måltall. Departementene som ikke har satt tydelige forventninger med måltall, begrunner dette enten med at det er styrets oppgave, eller at det er vanskelig og lite hensiktsmessig på grunn av selskapets egenart.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig at departementene setter forventninger som støtter opp om de målene som er satt for eierskapet. Tydelige forventninger vil gjøre det enklere for departementet å vurdere både graden av måloppnåelse og om målene nås ressurseffektivt. Etter Riksrevisjonens vurdering kan tydeligere forventninger også gjøre det enklere for departementene å benytte eierdialogen til å utfordre selskapene på om de mål og indikatorer som styret har utarbeidet, reflekterer statens mål med eierskapet på en god måte.

3.3 De fleste styrene i kategori 4-selskapene setter egne mål for selskapets sektorpolitiske oppgaver, mens færre setter mål for effektiv drift

Styret har det øverste ansvaret for selskapets resultater og for å realisere forventningene som er satt av eier. Styrene skal utarbeide klare mål og strategier innenfor rammen av vedtektene og rapportere til eier med bakgrunn i disse.

Med unntak av NSD AS og UNINETT AS under Kunnskapsdepartementet har styrene i alle de elleve sektorpolitiske selskapene som får hele eller deler av virksomheten finansiert gjennom tilskudd fra staten, utarbeidet egne mål og indikatorer for selskapets sektorpolitiske oppgaver. Det er bare styrene i Statskog SF under Landbruks- og matdepartementet, Eksportkreditt Norge AS under Nærings- og fiskeridepartementet og Norfund under Utenriksdepartementet som har utarbeidet mål, indikatorer og måltall for effektiv drift. Styrene i de øvrige selskapene foretar kun kvalitative vurderinger av om selskapets drift er effektiv.

Styrene i seks av de tolv selskapene som ikke mottar tilskudd, har utarbeidet egne mål og indikatorer for både selskapets sektorpolitiske oppgaver og effektiv drift. Styrene i NRK AS under Kulturdepartementet og Norges sjømatråd AS under Nærings- og fiskeridepartementet har kun satt egne mål og indikatorer for selskapets sektorpolitiske

oppgaver. For Simula AS under Kunnskapsdepartementet og Space Norway AS under Nærings- og fiskeridepartementet har styrene verken satt mål for selskapets sektorpolitiske oppgaver eller effektiv drift.

Selskaper som ikke har utarbeidet konkrete mål og indikatorer, baserer sin vurdering av måloppnåelse utelukkende på beskrivende kvalitative mål, om budsjettet går i balanse eller på gjennomførte aktiviteter. Flere selskaper benytter heller ikke egne indikatorer for å følge opp selskapets utvikling over tid. Dette er særlig tydelig for selskapene NSD AS og UNINETT AS under Kunnskapsdepartementet og Space Norway AS under Nærings- og fiskeridepartementet. Fastsettelse av konkrete mål og indikatorer for selskapenes sektorpolitiske oppgaver og effektiv drift kan etter revisjonens mening gjøre det enklere for styrene å vurdere og rapportere til eier om grad av måloppnåelse og effektiv drift. Å styre etter et fastsatt budsjett gir etter revisjonens mening begrenset informasjon om hvorvidt driften er effektiv.

7 av de 23 selskapene i kategori 4 har de seneste årene satt i gang ulike effektiviseringsprogrammer eller foretatt kostnads- eller virksomhetsgjennomganger for å bedre effektiviteten og sikre god kostnadsstyring. Det gjelder Norsk Tipping AS og NRK AS under Kulturdepartementet, Enova SF, Gassco AS og Statnett SF under Olje- og energidepartementet og Avinor AS under Samferdselsdepartementet. Siva SF under Nærings- og fiskeridepartementet er det eneste selskapet som mottar tilskudd fra staten, som har satt i gang et effektiviseringsprogram.

Av OECDs prinsipper for god eierstyring går det fram at benchmarking kan være et godt hjelpemiddel for å vurdere om selskapets drift er effektiv sammenlignet med andre selskaper i samme bransje. Norsk Tipping AS under Kulturdepartementet, UNIS AS under Kunnskapsdepartementet, Statskog SF under Landbruks- og matdepartementet, Gassco AS og Statnett AS under Olje- og energidepartementet, Avinor AS under Samferdselsdepartementet og Norfund AS under Utenriksdepartementet er de eneste selskapene som i undersøkelsesperioden har funnet sammenlignbare selskaper og benyttet seg av benchmarking for å vurdere om driften er effektiv. Etter revisjonens mening kan både benchmarking og ulike effektiviseringsprogrammer bidra til at både styrene og departementene øker oppmerksomheten på effektiv drift.

3.4 Departementene stiller i liten grad krav til innholdet i kategori 4-selskapenes rapportering om oppnåelse av sektorpolitiske mål og effektiv drift

Ifølge OECDs prinsipper for eierstyring er det en viktig oppgave for staten å stille forventninger til selskapenes rapportering. Selskapenes rapportering skal sikre eier relevant informasjon, samtidig skal rapporteringen gjøre det mulig for eier å føre regelmessig tilsyn med og vurdere selskapenes resultater. Det går videre fram av OECDs prinsipper for eierstyring at eier bør utarbeide ordninger for å vurdere selskapenes resultater i forhold til fastsatte mål.

Det viktigste informasjonsgrunnlaget i departementenes vurdering av måloppnåelse og effektiv drift er selskapenes årsrapporter og kvartalsrapporter, samt presentasjoner gitt i møter mellom selskapene og departementene. Selskapenes rapportering om måloppnåelse baserer seg hovedsakelig på styrenes egne vurderinger og i mindre grad på konkrete mål og indikatorer. Selskapene som mottar tilskudd, rapporterer i tillegg om bruken av tilskuddsmidlene. Rapporteringen inneholder gjerne informasjon om fastsatte mål og oppgaver, samt selskapets økonomiske resultater for det enkelte tilskuddsår. For selskaper som ikke mottar tilskudd, har departementene i liten utstrekning etterspurt konkret rapportering om grad av måloppnåelse. Dette kan etter revisjonens mening innebære at departementene ikke har tilstrekkelig objektiv informasjon til å vurdere om selskapene når de målene som er satt for selskapet, og om målene nås effektivt.

Ut over årsrapporter og kvartalsrapporter mottar enkelte departementer også eksterne vurderinger av selskapenes måloppnåelse. Lotteri- og stiftelsestilsynet og Medietilsynet gjennomfører på vegne av Kulturdepartementet en årlig vurdering av henholdsvis Norsk Tipping AS og NRK AS sin sektorpolitiske måloppnåelse, mens selskapene selv utarbeider egne rapporter om effektiv drift. Olje- og energidepartementet bestiller årlig en rapport fra NVE om Statnett SFs drift av transmisjonsnettet som belyser både sektorpolitisk måloppnåelse og effektiv drift. Annet hvert år innhenter departementet også en ekstern verdivurdering av SDØE-porteføljen som inkluderer en analyse av Petoros bidrag til verdi for SDØE-porteføljen, det vil si merverdien av porteføljen som en følge av aktivt forvalterskap. Utenriksdepartementet får jevnlig utført en ekstern analyse av Norfunds sektorpolitiske måloppnåelse og selskapets ressursbruk. Etter revisjonens mening kan eksterne vurderinger av selskapenes måloppnåelse og effektiv drift være et nyttig supplement til selskapenes egen rapportering. Eksterne vurderinger vil også, etter revisjonens mening, gi departementene et bredere grunnlag for å gjøre egne vurderinger av hvorvidt målene for statens eierskap nås, og om målene nås effektivt.

Ifølge eierskapsmeldingen er Eierdialogen viktig for at departementene skal kunne følge opp og gi innspill til selskapenes arbeid. Hovedtema i de faste møtene er særlig knyttet til selskapenes forretningsmessige, økonomiske eller budsjettmessige situasjon og resultater. Møtene kan også omhandle selskapenes måloppnåelse, men da gjerne som en del av den øvrige dialogen og ikke som eget tema.

Departementene skal ifølge økonomiregelverket og eierskapsmeldingen sørge for at det gjennomføres evalueringer av effektivitet, måloppnåelse og resultater. Evalueringer vil gi departementene grunnlag for å kunne vurdere hensiktsmessigheten av eierskapet, organisering og virkemidler, herunder tilskuddsordninger. Med unntak av Nærings- og fiskeridepartementet og Samferdselsdepartementet gjennomfører departementene få systematiske analyser eller evalueringer av selskapenes resultater og utvikling over tid. Videre har kun et fåtall av departementene som gir tilskudd, dokumentert at det gjøres analyser eller evalueringer av tilskuddsmidlenes anvendelse og selskapenes måloppnåelse over tid.

Det er revisjonens vurdering at dersom departementene legger for stor vekt på selskapenes rapportering og styrenes egne vurderinger av måloppnåelse og økonomiske resultater, kan det innebære at viktige sider ved selskapenes måloppnåelse og drift ikke belyses i Eierdialogen. For å være en utfordrende eier, i tråd med forventningene i eierskapsmeldingen, er det viktig at departementene gjør selvstendige vurderinger av selskapenes måloppnåelse, og har tydelige forventninger til hva selskapene må oppnå.

Vedlegg 1: Statens mål med eierskapet og formålsbestemmelsen for selskaper inkludert i undersøkelsen

	Statens mål med eierskapet, hentet fra Meld. St. 27 (2013–2014) <i>Et mangfoldig og verdiskapende eierskap</i>	Selskapets formålsbestemmelse fra vedtektene
Helse- og omsorgsdepartementet		
Norsk Helsenett SF	Målet med statens eierskap i Norsk Helsenett SF er å sikre tilgang til nødvendig helseinformasjon på en sikker IKT-plattform for forvaltning og kommunikasjon av informasjon og bruk av telemedisinske løsninger i sektoren. Selskapet skal ha effektiv drift.	Norsk Helsenett SF skal innenfor rammen av nasjonal IKT-politikk ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av IKT-infrastruktur i helse- og omsorgssektoren, og legge til rette for og være en pådriver for sikker og kostnadseffektiv elektronisk samhandling. Norsk Helsenett SF skal sørge for at det foreligger en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv samhandling mellom alle deler av helse- og omsorgstjenestene, og bidra til forenkling, effektivisering og kvalitetssikring av elektroniske tjenester til beste for pasienter og befolkningen for øvrig. Foretaket skal sørge for nødvendig samordning av infrastruktur-tjenestene i helsesektoren og understøtte god kommunikasjon mellom aktørene i helsetjenesten. Disse tjenestene Norsk Helsenett SF er pålagt å utføre skal ivareta viktige hensyn av allmenn økonomisk betydning på varig basis, jf. EØS-avtalens regler om statsstøtte. Norsk Helsenett SF skal kjenne brukere og sektorens behov, og videre sikre at aktørene i helse- og omsorgssektoren blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av foretakets oppgaver. Dette skal skje gjennom dialog med brukere, nasjonale myndigheter, eier, helseforetak, kommuner, private tilbydere av helsetjenester, IKT-leverandører og andre sentrale interessegrupper innen helse- og omsorgssektoren.
AS Vinmonopolet	Målet med statens eierskap i AS Vinmonopolet er å sikre at omsetning av alkoholholdig drikk over 4,7 volumpst. skjer i kontrollerte former slik at skadevirkningene av alkohol i Norge for den enkelte og for samfunnet begrenses. På grunn av det alkoholpolitiske målet om å begrense omsetningen av alkohol er det ikke satt mål for selskapets økonomiske resultater ut over kravet til mest mulig effektiv drift.	Har ikke vedtekter
Kommunal- og moderniseringsdepartementet		
Kommunalbanken AS	Målet med statens eierskap i Kommunalbanken AS er å legge til rette for finansiering for kommunesektoren. Selskapet skal drives på forretningsmessig grunnlag og med sikte på å levere konkurransemessig avkastning.	Selskapets formål er å yte lån til kommuner, fylkeskommuner, interkommunale selskaper og andre selskaper som utfører kommunale oppgaver enten mot kommunal garanti, statlig garanti, eller annen betryggende sikkerhet. Selskapet kan påta seg andre oppgaver som naturlig hører sammen med selskapets virksomhet.
Kulturdepartementet		
Norsk Tipping AS	Målet med statens eierskap i Norsk Tipping AS er å kanalisere nordmenns spillelyst inn mot et moderat og ansvarlig tilbud som ikke skaper samfunnsmessige problemer. Selskapet skal ha effektiv drift.	Selskapet skal i henhold til spilleregler fastsatt av departementet avholde og formidle pengespill i betryggende former under offentlig kontroll, med sikte på å forebygge negative konsekvenser av pengespillene, samtidig som det gjennom rasjonell drift av selskapet skal legges til rette for at mest mulig av overskuddet fra spillene kan gå til formål som nevnt i pengespilloven § 10.
NRK AS	Målet med statens eierskap i Norsk Rikskringkasting AS er å sørge for god allmennkringkasting i Norge. Allmennkringkasting er et sentralt virkemiddel i norsk kultur- og mediepolitikk. Statens engasjement i selskapet er basert på at det skal ha en viktig samfunnsrolle. Dette gjelder både det offentlige eierskapet, lisensfinansieringen og programkravene. Norsk Rikskringkasting AS har et særlig ansvar for å fremme demokratiske, sosiale og kulturelle verdier i samfunnet. Selskapet skal ha effektiv drift.	NRKs formål er å tilby allmennkringkasting for hele Norges befolkning i radio og fjernsyn samt på øvrige medieplattformer.

	Statens mål med eierskapet, hentet fra Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap	Selskapets formålsbestemmelse fra vedtektene
Kunnskapsdepartementet		
NSD AS (Norsk senter for forskningsdata)	Målet med statens eierskap i Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS er å sikre dataforvaltning og tjenesteyting overfor forskningssektoren. Selskapet samarbeider med nasjonale og internasjonale aktører for å drive utviklingsarbeid i tråd med sitt formål. Selskapet skal være en nøytral aktør overfor sine samarbeidspartnere. Det statlige eierskapet bidrar til å sikre at utdannings- og forskningssektorens behov knyttet til dataforvaltning og tjenesteyting ivaretas. Selskapet skal ha effektiv drift.	Selskapet skal ha som formål å drive dataforvaltning og tjenesteyting overfor forskningssektoren. I samarbeid med nasjonale og internasjonale aktører skal selskapet drive utviklingsarbeid innenfor sitt formål.
Simula Research Laboratory AS	Målet med statens eierskap i Simula Research Laboratory AS er å bidra til grunnleggende langsiktig forskning på utvalgte områder innenfor programvare- og kommunikasjonsteknologi. Statlig eierskap i selskapet bidrar til å sikre et høyt internasjonalt nivå på forskningen i Norge, samtidig som det utdannes høyt kvalifiserte forskere. Statlig finansiering bidrar til oppfyllelse av selskapets mål. Selskapet skal ha effektiv drift.	Selskapet er et ideelt og allmennt nyttig foretak. Selskapet skal ha som formål å drive grunnleggende langsiktig forskning på utvalgte områder innen programvare- og kommunikasjonsteknologi, og gjennom dette bidra til nyskaping og innovasjon i næringslivet.
UNINETT AS	Målet med statens eierskap i UNINETT AS er å sikre drift og videreutvikling av et nasjonalt elektronisk tjenestenett for informasjonsutveksling mellom enkeltgrupper og grupper av brukere innenfor forskning og utdanning i Norge. Statens eierskap i UNINETT AS skal sikre ivaretagelse av overordnede hensyn knyttet til samordning og videreutvikling av den totale nasjonale infrastrukturen for avansert forskning og høyere utdanning. Selskapet skal ha effektiv drift.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Utvikle et avansert landsdekkende forskningsnett med tjenester for informasjonsutveksling mellom enkeltbrukere og grupper av brukere innen forskning og utdanning i Norge slik at disse tilbys kostnadseffektive kommunikasjonstjenester på linje med det beste av hva som finnes ellers i det akademiske miljø. Andre ikke-kommersielle institusjoner og/eller brukere kan også tilbys UNINETT tjenester dersom alternativ tjenesteleverandører ikke finnes, og dette er til nytte for UNINETTs primære målgruppe. 2) Påskynde bruken av åpne internasjonale standarder innen datakommunikasjon for å fremme muligheten for samtrafikk på tvers av landegrensene og mellom ulike typer datamaskinutstyr. 3) Sørgje for samtrafikk mellom nasjonale og internasjonale tjenestenettoperatører som er aktuelle for den primære målgruppe. 4) Legge til rette for at forskningsnettet kan tjene som arena for forskning innen netsteknologi. UNINETT skal stimulere til nødvendig forsknings- og utviklingsaktivitet innen områder som er knyttet til UNINETTs virksomhet. UNINETT skal ikke selv drive forskning og større utvikling utover det som trengs for å videreutvikle tjenestene, men bør når det er nødvendig, koordinere slik aktivitet. 5) Sørgje for koordinering av IKT-relaterte fellestiltak i universitets- og høyskolesektoren og realisere operative fellestjenester når institusjonene i sektoren etterspør slike. Der hvor aktuelle fellestjenester kan anskaffes mest kostnadseffektivt fra kommersielle underleverandører, skal normalt slike benyttes, i motsatt fall kan UNINETT alene eller i samarbeid med institusjonene i sektoren selv tilby tjenesten. 6) Opprette eller delta i selskap nasjonalt eller internasjonalt som støtter opp under selskapets formål.
Universitetssenteret på Svalbard AS (UNIS)	Målet med statens eierskap i Universitetssenteret på Svalbard AS er å medvirke til at senteret kan gi studietilbud på universitetsnivå og drive forskning med utgangspunkt i Svalbards plassering i et høyarktisk område. Forskningspolitisk anses Svalbard som en viktig arena for internasjonalisering av norsk forskning og for samarbeid med utenlandske forskere, jf. også St.meld. nr. 22 (2008–2009) Svalbard. Selskapet skal ha effektiv drift.	Selskapets formål er å gi studietilbud og drive forskning med utgangspunkt i Svalbards geografiske plassering i et høyarktisk område, og de spesielle fortrinn dette gir gjennom bruk av naturen som laboratorium og arena for observasjoner og innsamling og analyse av data, Studietilbudet skal være på universitetsnivå og framstå som supplement til den undervisning som gis ved universitetene på fastlandet, og inngå i et ordinært studieløp som fører fram til eksamener og grader på bachelor-, master- og doktorgradsnivå.

	Statens mål med eierskapet, hentet fra Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap	Selskapets formålsbestemmelse fra vedtektene
Landbruks- og matdepartementet		
Statskog SF	Målet med statens eierskap i Statskog SF er å sikre effektiv ressursforvaltning til det beste for samfunnet, legge til rette for allmennhetens behov for jakt-, fiske- og friluftstilbud mv. En stor del av selskapets arealer er statsallmenninger der de bruksberettigede i vedkommende allmenning har omfattende rettigheter regulert gjennom fjelloven, statsallmenningsloven og bygdeallmenningsloven. Gjennom statlig eierskap har staten mulighet til å nå ulike politiske mål knyttet til forvaltningen av skog- og utmarksarealer. Virksomheten skal drives på bedriftsøkonomisk grunnlag.	Foretakets mål er å forvalte, drive og utvikle statlige skog- og fjelleiendommer med tilhørende ressurser, det som står i forbindelse med dette og annen naturlig tilgrensende virksomhet. Innenfor rammen av dette kan foretaket gjennom deltakelse eller i samarbeid med andre, forvalte og drive eiendommer og andre former for tjenester innen foretakets virksomhetsområde. Eiendommene skal drives effektivt med sikte på å oppnå et tilfredsstillende økonomisk resultat. Det skal drives et aktivt naturvern og tas hensyn til friluftsinnteresser. Ressursene skal utnyttes balansert, og fornybare ressurser skal tas vare på og utvikles videre. .
Nærings- og fiskeridepartementet		
Argentum Fondsinvesteringer AS	Målet med statens eierskap i Argentum Fondsinvesteringer AS er å få god avkastning på investeringer i aktive eierfond (private equity), bidra til et mer velfungerende kapitalmarked for unoterte selskaper gjennom saminvesteringer i slike fond med private investorer og å bidra som investor til en videreutvikling av private equity-bransjen. Selskapet skal drives på forretningsmessig grunnlag og med sikte på å levere konkurransemessig avkastning.	Selskapet skal investere sine midler i private investeringsfond og investeringsselskaper. Gjennom sin virksomhet skal selskapet: Bedre tilgangen til risikovillig kapital og egenkapital for det nyskapende, forskningsbaserte næringslivet. Styrke det kompetente, langsiktige eierskapet i næringslivet. Styrke konkurranseevnen og framtidig verdiskapning i norsk næringsliv. Utløse nye muligheter innen bransjer og næringsklynger hvor Norge allerede står sterkt. Bygge verdifulle nettverk mellom eiere, forvaltere, FoU-miljøer og virksomheter. Selskapets virksomhet skal drives på forretningsmessige vilkår.
Electronic Chart Centre AS	Målet med statens eierskap i Electronic Chart Centre AS er å bidra til oppfyllelse av Norges forpliktelser i henhold til internasjonale konvensjoner om sikkerhet til sjøs, samt dekke samfunnets behov for økt sjøsikkerhet gjennom å forvalte og tilgjengeliggjøre autoriserte elektroniske sjøkart eiet av sjøkartverkene. Electronic Chart Centre AS skal bygge opp under Norge som en sjøfartsnasjon ved å bidra til økt sikkerhet til sjøs nasjonalt og internasjonalt. Selskapet skal drives på forretningsmessig grunnlag og med sikte på å levere konkurransemessig avkastning.	Selskapet har som formål å bygge opp og drive en offisiell elektronisk sjøkarttjeneste for maritim virksomhet og drive med virksomhet knyttet til dette, herunder å samarbeide med, delta i eller opprette andre virksomheter som har naturlig sammenheng med dette.

	Statens mål med eierskapet, hentet fra Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap	Selskapets formålsbestemmelse fra vedtektene
Investinor AS	Målet med statens eierskap i Investinor AS er å bidra til verdiskaping i norsk næringsliv gjennom investeringer i nyetableringer, selskaper i tidlig vekstfase og i noen grad selskaper i ekspansjonsfasen. I tillegg skal statens eierskap bidra til at det bygges opp erfaring og kompetanse på eierskap og utvikling av selskaper i tidlige faser. Investinor skal investere på like vilkår som private investorer. Selskapet skal drives på forretningsmessig grunnlag og med sikte på å levere konkurransemessig avkastning.	Selskapets formål er å bidra til økt verdiskaping gjennom å tilby risikovillig kapital til internasjonalt orienterte konkurransedyktige bedrifter, primært nyetableringer. I tillegg til risikokapital skal selskapet bidra med et kompetent og aktivt eierskap i porteføljebedriftene. Selskapet skal ha hele landet som nedslagsfelt. Selskapets investeringer skal foretas på kommersielt grunnlag, og på like vilkår som private investorer. Selskapet kan foreta investeringer i form av aksjer eller ansvarlige lån. Selskapet skal prioritere investeringer i sektorer med næringsmiljøer som har potensielt internasjonale konkurransefortrinn, som ivaretar utnyttelse av viktige naturressurser, som utnytter ny teknologi og kompetanse og/eller som bidrar til mindre miljøbelastning og menneskeskapt klimaendringer. Av den opprinnelige innskuddskapitalen skal NOK 500.000.000 forbeholdes investeringer i marin næringsvirksomhet. Investeringsfokus for selskapet skal være bedrifter i tidlig vekstfase, med noe fleksibilitet mot ekspansjonsfasen i tilfeller som er forenlig med formålet. Selskapet kan gjennomføre oppfølgingsinvesteringer i senere faser. Det er også bevilget NOK 500.000.000 til selskapet som er forbeholdt investeringer i skog- og trenæringene og som innenfor disse næringene også kan investeres i modne, unoterte bedrifter. Perspektivet på investeringene skal være langsiktig. Selskapet skal ha en avhendingsstrategi for bedriftene i porteføljen. Selskapets aksjekapital i den enkelte porteføljebedrift forutsettes å utgjøre maksimalt 49 prosent. Ved kapitalutvidelse i en porteføljebedrift skal selskapets andel av kapitalutvidelsen som hovedregel utgjøre maksimalt 49 prosent, men med mulighet for i unntakstilfeller å utgjøre inntil 70 prosent, forutsatt at risikoen i totalporteføljen ikke endres vesentlig. Selskapet har ikke anledning til å ta opp lån.
Statkraft SF	Målet med statens eierskap i Statkraft SF er å bidra til en lønnsom og ansvarlig forvaltning av norske naturressurser. Videre skal statlig eierskap bidra til at hovedkontorfunksjoner blir i Norge og til utvikling av norsk kompetanse innenfor fornybar energi, som også kan benyttes til å gjennomføre lønnsomme kraftprosjekter internasjonalt. Selskapet skal drives på forretningsmessig grunnlag og med sikte på å levere en konkurransemessig avkastning.	Foretakets formål er å eie alle aksjene i Statkraft AS samt å gi lån til Statkraft AS, og å eie kraftverk som leies ut og andeler i selskaper som i utlandet driver energianlegg, handel med energi og virksomhet som står i naturlig sammenheng med dette.
Bjørnøen AS	Målet med statens eierskap i Bjørnøen AS er å forvalte eiendomsbesittelse på Bjørnøya og på den måten også støtte opp under norske suverenitetshensyn. Selskapet skal ha effektiv drift.	Bjørnøen AS har til formål drift og utnyttelse av selskapets eiendommer på Svalbard og annen virksomhet i forbindelse med dette.
Eksporthkreditt Norge AS	Målet med statens eierskap i Eksporthkreditt Norge AS er å fremme norsk eksport gjennom konkurransedyktig, tilgjengelig og effektiv eksportfinansiering. Selskapet skal ha effektiv drift.	Selskapet skal ha til formål å forvalte en statlig ordning for finans tjenester til norsk eksport av kapitalvarer og tjenester. For å fremme formålet kan selskapet i eget navn <ol style="list-style-type: none"> 1. yte offentlig støttede eksportkreditter i henhold til internasjonale avtaler, og 2. yte lån på markedsmessige vilkår som et alternativ til lån som nevnt i nr. 1.

	Statens mål med eierskapet, hentet fra Meld. St. 27 (2013–2014) <i>Et mangfoldig og verdiskapende eierskap</i>	Selskapets formålsbestemmelse fra vedtektene
Kings Bay AS	Målet med statens eierskap i Kings Bay AS er å sørge for at Ny-Ålesund kan videreutvikles som et norsk senter for internasjonal arktisk naturvitenskapelig forskning på Svalbard. Ny-Ålesund skal være en grønn forskningsstasjon, hvilket forutsetter at Kings Bay sørger for nødvendige tiltak for å redusere miljøpåvirkningen av virksomheten i Ny-Ålesundområdet til et minimum. Videre vekst i forskningsaktiviteten må skje innenfor forsvarlige miljømessige rammer. Selskapet skal ha effektiv drift.	Kings Bay AS har til formål drift og utnyttelse av selskapets eiendommer på Svalbard og annen virksomhet som står i forbindelse med dette. Selskapets virksomhet skal særlig ha som mål å yte tjenester til og fremme forskning og vitenskapelig virksomhet, samt bidra til å utvikle Ny- Ålesund som en internasjonal arktisk naturvitenskapelig forskningsstasjon.
Norges sjømatråd AS	Målet med statens eierskap i Norges sjømatråd AS er å ha et sektorpolitisk virkemiddel som bidrar til å øke verdiskapingen i fiskeri- og havbruksnæringen gjennom økt etterspørsel og kunnskap om norsk sjømat i inn- og utland. Selskapet skal ha effektiv drift.	Selskapets formål er å øke verdiskapingen i fiskeri- og havbruksnæringen gjennom økt etterspørsel og kunnskap om norsk sjømat i inn- og utland. Selskapet har ikke erverv til formål. Selskapet skal utføre oppgaver pålagt i lov av 27. april 1990 nr. 9 om regulering av eksporten av fisk og fiskevarer (eksportloven) og forskrifter gitt i medhold av denne loven, herunder skal selskapet være rådgiver for departementet i spørsmål som gjelder eksport eller omsetning og produksjon i sammenheng med eksport. Selskapet skal fremme verdien av norsk sjømat gjennom felles markedsføring, arbeid med markedsinformasjon, markedsadgang, PR/informasjon og beredskap. Det skal videre søke å utvikle nye og etablerte markeder samt fremme og sikre omdømmet av norsk sjømat. Selskapet skal ikke yte støtte eller foreta andre ytelser overfor næringsdrivende som kan være konkurransevridende og dermed anses for ulovlig statsstøtte etter internasjonale avtaler. Selskapet skal heller ikke involvere seg i næringspolitisk arbeid i regi av nærings-organisasjoner, jf. eksportloven § 6 siste ledd, annet punktum. I tilstilfeller skal saker som nevnt i første og annet punktum i dette ledd på forhånd forelegges departementet. Virksomheten kan utøves av selskapet selv, av heleide datterselskaper eller gjennom deltakelse i eller samarbeid med andre selskaper. Opprettelse av datterselskaper skal godkjennes av generalforsamlingen.
Siva SF	Målet med statens eierskap i SIVA SF er å bidra til lønnsom næringsutvikling i selskaper og regionale nærings- og kunnskapsmiljøer, og spesielt i distriktsområder, gjennom tilretteleggende fysisk og organisatorisk infrastruktur. Som eier ønsker Nærings- og fiskeridepartementet å videreutvikle selskapet som en effektiv og målrettet aktør i det næringsrettede virkemiddelapparatet, med best mulig kompetanse innenfor sine ansvarsområder. Selskapet skal ha effektiv drift.	Siva er, gjennom sin eiendoms- og innovasjonsvirksomhet, statens virkemiddel for tilretteleggende eierskap og utvikling av bedrifter og nærings- og kunnskapsmiljøer i hele landet. Siva har et særlig ansvar for å fremme vekstkraften i distriktene.
Space Norway AS	Målet med statens eierskap i Space Norway AS er å bidra til drift og utvikling av romrelatert infrastruktur for å dekke nasjonale brukerbehov og tilrettelegging for verdiskaping basert på romvirksomhet i Norge. Selskapet skal ha effektiv drift.	Selskapets formål er å eie og leie ut infrastruktur innen romrelatert infrastruktur og foreta andre investeringer innen romvirksomhet, herunder eie aksjer i andre selskaper med romrelatert virksomhet.
Store Norske Spitsbergen Kulkompani AS (SNSK)	Målet med statens eierskap i Store Norske Spitsbergen Kulkompani AS er å bidra til at samfunnet i Longyearbyen opprettholdes og videreutvikles på en måte som understøtter de overordnede målene i norsk Svalbard-politikk. Selskapet skal drives på forretningsmessig grunnlag og med sikte på å levere konkurransemessig avkastning. Statens mål med eierskapet ivaretas gjennom at staten er eier i selskapet og ikke ved særskilte føringer fra eier på selskapets operative virksomhet.	Store Norske Spitsbergen Kulkompani Aktieselskap har til formål ved drift eller på annen måte å utnytte selskapets eiendommer og rettigheter på Svalbard. Selskapet kan videre delta i og drive annen virksomhet som står i forbindelse med dette. Selskapet kan utnytte sin kompetanse innen miljøvennlig ressursutnyttning på Svalbard og i Finnmark og Troms.

	Statens mål med eierskapet, hentet fra Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap	Selskapets formålsbestemmelse fra vedtektene
Olje- og energidepartementet		
Enova SF	Målet med statens eierskap i Enova SF er å oppnå energipolitiske mål. Selskapet skal ha effektiv drift.	Enova SF s formål er å fremme en miljøvennlig omlegging av energibruk og energiproduksjon. Enova SF skal forvalte midlene fra et energifond. Enova SF skal påse at energifondet tilføres de inntekter som følger av forskrift til energiloven. Rammer for bruken av midler fra energifondet er nedfelt i vedtektene for fondet. Enova SF kan forvalte midler for andre oppdragsgivere når oppdraget ligger innenfor foretakets formål. Enova SF skal i sitt operative arbeide fremme konkurranse og benytte eksterne aktører der det er hensiktsmessig.
Gassco AS	Målet med statens eierskap i Gassco AS er å ivareta operatøransvaret for transport av gass fra den norske kontinentalsokkelen. Transport- og behandlingsanleggene skal betjene alle produsenter av gass og bidra til en samlet effektiv utnyttelse av ressursene på kontinentalsokkelen. Gassco AS som den ansvarlige for driften av transportsystemene skal opptre nøytralt overfor alle brukerne av transportsystemet. Selskapet skal ha effektiv drift.	Selskapets formål er å drive transportsystemer for naturgass på og fra norsk kontinentalsokkel, herunder rørledninger og terminaler, enten selv eller gjennom deltakelse i eller sammen med andre selskaper, og virksomhet i tilknytning til dette.
Gassnova SF	Målet med statens eierskap i Gassnova SF er å ivareta statens interesser knyttet til CO ₂ - håndtering. Selskapet skal ha effektiv drift.	Gassnova SF har som formål å forvalte statens interesser knyttet til CO ₂ -håndtering (teknologiutvikling, fangst, transport, injeksjon, lagring av CO ₂), og å gjennomføre de prosjekter som foretaksmøtet bestemmer. Det er en målsetting at foretakets arbeid skal resultere i kostnadsreduksjoner knyttet til CO ₂ -håndtering. Gassnova SF skal gi råd til Olje- og energidepartementet i forhold til spørsmål vedrørende CO ₂ -håndtering. Gassnova SF skal legge til rette for at statens deltakelse i CO ₂ -håndteringsprosjekter kan nyttiggjøres best mulig av staten eller statlig eide enheter. Gassnova SF skal bidra til gjennomføring av "CLIMIT-programmet". Gassnova SF har ikke erverv til formål.
Petoro AS	Målet med statens eierskap i Petoro AS er å sikre en best mulig ivaretagelse av Statens direkte økonomiske engasjement i petroleumsvirksomheten på norsk sokkel. Selskapet skal ha effektiv drift	Selskapets formål er på vegne av Staten, for Statens regning og risiko å ha ansvaret for å ivareta de forretningsmessige forhold knyttet til statens direkte engasjement i petroleumsvirksomhet på norsk kontinentalsokkel og virksomhet i tilknytning til dette.
Statnett SF	Målet med statens eierskap i Statnett SF er å bidra til en samfunnsøkonomisk rasjonell drift og utvikling av det sentrale overføringsnettet for kraft. Selskapet skal for øvrig følge forretningsmessige prinsipper. Selskapet er systemansvarlig i det norske kraftsystemet og er ansvarlig for kritisk infrastruktur. Dette er oppgaver som er av stor betydning for samfunnsikkerheten. Statens eierskap i Statnett SF bidrar til at foretaket oppfattes som en nøytral aktør i markedet. Selskapet skal ha effektiv drift.	Statnett er operatør av transmisjonsnettet og systemansvarlig i det norske kraftsystemet. Foretaket skal ha ansvar for en samfunnsøkonomisk rasjonell drift og utvikling av transmisjonsnettet. Statnett SF skal alene eller sammen med andre planlegge og prosjektere, bygge, eie og drive overføringsanlegg. Statnett SF skal utføre de oppgaver som det er pålagt i henhold til lovgivning og konsesjoner. Statnett SF skal for øvrig følge forretningsmessige prinsipper.

	Statens mål med eierskapet, hentet fra Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap	Selskapets formålsbestemmelse fra vedtektene
Samferdselsdepartementet		
NSB AS	Målet med statens eierskap i NSB AS er å bidra til effektiv, tilgjengelig, sikker og miljøvennlig transport av personer og gods på jernbane i Norge. Dette er selskapets samfunnsoppdrag. Selskapet skal drives på forretningsmessig grunnlag og med sikte på å levere konkurransemessig avkastning	Selskapets samfunnsoppdrag er å sørge for effektiv, tilgjengelig, sikker og miljøvennlig transport av personer og gods. Selskapet skal drive persontrafikk med tog i Norge, transport av personer og gods i Norge og øvrige nordiske land samt virksomhet som står i naturlig sammenheng med dette. Virksomheten kan drives av selskapet selv, av heleide datterselskaper eller gjennom andre selskaper det har eierandeler i eller samarbeider med. Selskapet kan drive virksomhet i øvrige nordiske land i den grad det bidrar til å styrke selskapets konkurranseevne på det norske markedet og/eller bidrar til å styrke selskapets evne til å løse de samfunnsmessige oppgavene som begrunner statens eierskap.
Avinor AS	Målet med statens eierskap i Avinor AS er å drive og utvikle et landsomfattende nett av lufthavner for sivil sektor og en samlet flysikringstjeneste for sivil og militær sektor. Dette er selskapets samfunnsoppdrag. Sammen med andre statlige virkemidler bidrar det statlige eierskapet i Avinor AS til at hele landet får et tjenelig flyrutetilbud. Innenfor denne sektorpolitiske rammen skal selskapet også sikre en god forvaltning av statens verdier. Selskapet skal ha effektiv drift.	Selskapets samfunnsoppdrag er å eie, drive og utvikle et landsomfattende nett av lufthavner for sivil sektor og en samlet flysikringstjeneste for sivil og militær sektor. Eieren avgjør hvilke lufthavner selskapet skal drive. Virksomheten skal drives på en sikker, effektiv og miljøvennlig måte, og sikre god tilgjengelighet for alle grupper reisende. Selskapet skal i størst mulig grad være selvfinansiert gjennom inntekter fra hovedvirksomheten og annen forretningsvirksomhet i tilknytning til lufthavnene. Internt i selskapet skal det skje en samfinansiering mellom bedriftsøkonomisk lønnsomme og ulønnsomme enheter. Virksomheten kan drives av selskapet selv, av heleide datterselskaper, eller av andre selskaper det har eierandeler i eller samarbeider med. Selskapet skal utføre samfunnsplagte oppgaver slik de er fastlagt av eieren.
Utenriksdepartementet		
Norfund	Målet med statens eierskap i Norfund er å bidra til utvikling av bærekraftig næringsvirksomhet i utviklingsland, gjennom å finansiere levedyktig, lønnsom virksomhet som ellers ikke ville blitt igangsatt som følge av høy økonomisk risiko. Fondet har ansvar for å medvirke med egenkapital og annen risikokapital, samt yte lån og stille garantier til utvikling av bærekraftig næringsvirksomhet i utviklingsland. Virksomheten skal utøves i samsvar med grunnleggende prinsipper for norsk utviklingspolitikk. Selskapet skal ha effektiv drift.	(1) Statens investeringsfond for næringsvirksomhet i utviklingsland (Norfund) er opprettet med grunnlag i lov av 9. mai 1997 nr. 26 om Statens investeringsfond for næringsvirksomhet i utviklingsland (Norfundloven). (2) Norfund har til formål å medvirke med egenkapital og annen risikokapital, samt yte lån og stille garantier til utvikling av bærekraftig næringsvirksomhet i utviklingsland. Hensikten er å etablere levedyktig, lønnsom virksomhet som ellers ikke ville blitt igangsatt som følge av høy risiko. (3) Norfund kan etter generalforsamlingens samtykke forvalte andre statlige støtteordninger for næringsutvikling i utviklingsland.

Vedlegg 2: Virkemidler som legger føringer for selskapenes virksomhet

	Selskaps kategori	Mottar årlig tilskuddsbrev fra eier som setter rammer for selskapets virksomhet	Mottar årlig oppdragsbrev fra eier som setter rammer for selskapets virksomhet	Avtale som setter rammer for selskapets virksomhet	Lovverk som setter rammer for selskapets virksomhet	Særskilt regulering av inntektene
Helse- og omsorgsdepartementet						
AS Vinmonopolet	4	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
Norsk Helsenet SF	4	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
Kommunal- og moderniseringsdepartementet						
Kommunalbanken AS	3	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
Kulturdepartementet						
Norsk Tipping AS	4	Nei	Nei	Nei	Ja	Nei
NRK AS	4	Nei	Nei	Nei	Ja	Ja
Kunnskapsdepartementet						
NSD AS (Norsk senter for forskningsdata)	4	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
Simula Research Laboratory AS	4	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
UNINETT AS	4	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
Universitetssenteret på Svalbard AS (UNIS)	4	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
Landbruks- og matdepartementet						
Statskog SF	4	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei
Nærings- og fiskeridepartementet						
Argentum Fondsinvesteringer AS	3	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
Electronic Chart Centre AS	3	Nei	Nei	Ja	Nei	Ja
Investinor AS	3	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
Statkraft SF	3	Nei	Nei	Nei	Ja	Ja
Bjørnøen AS	4	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
Eksporthkreditt Norge AS	4	Ja	Nei	Nei	Ja	Nei
Kings Bay AS	4	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
Norges sjømatråd AS	4	Nei	Nei	Nei	Ja	Ja
Siva SF	4	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
Space Norway AS	4	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
Store Norske Spitsbergen Kullkompani AS	4	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
Olje- og energidepartementet						
Enova SF	4	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja
Gassco AS	4	Nei	Nei	Nei	Ja	Ja
Gassnova SF	4	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
Petoro AS	4	Ja	Nei	Nei	Ja	Nei

	Selskaps kategori	Mottar årlig tilskuddsbrev fra eier som setter rammer for selskapets virksomhet	Mottar årlig oppdragsbrev fra eier som setter rammer for selskapets virksomhet	Avtale som setter rammer for selskapets virksomhet	Lovverk som setter rammer for selskapets virksomhet	Særskilt regulering av inntektene
Statnett SF	4	Nei	Nei	Nei	Ja	Ja
Samferdselsdepartementet						
NSB AS	3	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei
Avinor AS	4	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja
Utenriksdepartementet						
Norfund	4	Ja	Nei	Nei	Ja	Nei

Vedlegg 2:
Brev og rapport til sak 2 om
helseforetakenes praksis for
utskrivning av somatiske pasienter
til kommunehelsetjenesten

2.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

2.2 Statsrådets svar

2.3 Rapport fra forvaltningsrevisjon av helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten

Vedlegg 2.1:



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler	
Toril Flønes Tanem	22241210
Vår dato	Vår referanse
01.11.2017	2017/01312-12
Deres dato	Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att: Statsråd Bent Høie

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 21. august 2017.

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. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Unntatt offentlighet,
Offl. § 18

Deres ref

Vår ref

Dato

16/5183-18

15.november 2017

Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten

Jeg viser til Riksrevisjonen brev av 1. november 2017.

Det er positivt at Riksrevisjonen har gjennomgått helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter og identifisert områder for forbedring. Undersøkelsen vil være verdifull både for tjenesten og for departementets arbeid for å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet. Dette er særlig viktig for den sårbare gruppen pasienter som trenger behandling og oppfølging i begge tjenestenivåer.

Etterlevelse av lovpålagte krav

Ett av funnene i rapporten gjelder at helseforetakene ikke følger godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Riksrevisjonens anbefaling er at helseforetakene følger opp at sykehusene har interne systemer og kontroller som sikrer at de ansatte kjenner til og bruker virkemidler, prosedyrer og rutiner i arbeidet med utskrivning av pasienter.

Jeg viser i den forbindelse til forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 01.01.17, som har som mål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleveres. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Kommunikasjon og informasjon

Riksrevisjonens anbefalinger er at "Helseforetakene bidrar til en praksis for utskrivning av pasienter som oppfyller samhandlingsreformens intensjon om at tjenester skal ytes på laveste nivå". I rapporten påpekes blant annet at svikt i kvaliteten i informasjonen fra helseforetakene til kommunen fører til mangler i helhetlige pasientforløp og at det er mulig å redusere omfanget av reinnleggelser gjennom bedre samhandling.

Flere tiltak er satt i gang for å legge til rette for å forbedre kommunikasjon og informasjonsutveksling i tjenesten. Oppdatering av medisinalister er påpekt som ett av problemområdene i Riksrevisjonens rapport. Som oppfølging av tiltak i Legemiddelmeldingen (Meld. St. 28, 2014 - 2015) «Riktig bruk – bedre helse», pågår det nå en utredning av en felles legemiddelliste. Det skal etableres en komplett, oppdatert og strukturert felles legemiddelliste som er tilgjengelig for alt helsepersonell med tjenstlig behov. En felles oversikt over pasientens legemidler vil gjøre det mulig for helsepersonell å dele informasjon om pasientens faktiske legemiddelbruk på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Ett av problemene knyttet til kommunikasjon og informasjonsutveksling er at mange både i sykehus, kommuner, fastleger og resten av helsetjenesten sliter med gammel teknologi. Pasientjournalssystemene møter ikke dagens krav til funksjonalitet og informasjonssikkerhet. Helsepersonell med tjenstlig behov må ha tilgang til den samme informasjonen, uavhengig av hvor informasjonen har oppstått og hvor man jobber. Informasjonen må derfor deles mellom aktørene i stedet for å bli sendt slik det gjøres i dag.

Det arbeides derfor med å modernisere IKT-plattformen og for en felles løsning for helse- og omsorgssektoren. Helse- og omsorgssektoren er i gang med å realisere "Én innbygger – én journal". Det langsiktige målet er en felles nasjonal løsning som gir en gjennomgående digital journalløsning for hele helsetjenesten.

Bidrag til at liggetider ikke øker unødige tjenester på laveste effektive omsorgsnivå

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet følger opp at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter og bidrar til at liggetider ved helseforetakene ikke øker unødige i omfang og kostnad innenfor rammen av hva som er medisinsk forsvarlig.

Tidlig innsats med tjenester på laveste effektive nivå, og bedre helhet og sammenheng i tilbudene vil stå sentralt i helsepolitikken framover. Eksempelvis vil meldingen "Leve hele livet", som er under utarbeiding, ha helhet og sammenheng som tema.

Riksrevisjonens anbefalinger vil, jamfør også tiltakene som er nevnt over, bli fulgt opp på egnet måte.

Med hilsen



Bent Høie

Vedlegg 2.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Antall døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten utgjorde nær 800 000 i 2016. 108 000 av disse gjelder pasienter som ble skrevet ut fra somatiske sykehus til sykehjem, institusjon eller hjem, med behov for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten – også kalt de utskrivningsklare pasientene. Av de utskrivningsklare pasientene var over halvparten over 80 år. Den typiske pasienten som skrives ut til kommunehelsetjenesten, er eldre og har flere lidelser, og mer enn ni av ti pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester har mer enn én sykdom.¹ Disse pasientene er svært sårbare for forflytninger, og det å bli lagt inn igjen på sykehuset kort tid etter utskrivning kan være krevende for pasienten og kostbart for samfunnet.²

Et viktig mål med samhandlingsreformen er å skape gode helhetlige pasientforløp på tvers av behandlingsnivåene. Spesialisthelsetjenesten har et selvstendig ansvar for å bidra til et helhetlig pasientforløp av god kvalitet, og helseforetakene skal legge til rette for nødvendig samarbeid med kommunehelsetjenesten. Helseforetakene og kommunene er pålagt å inngå samarbeidsavtaler om de pasientene som skrives ut for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen viste at det har vært en reduksjon i liggetiden spesielt for personer som skrives ut til kommunehelsetjenesten. Den viste videre at det blant fastlegene i undersøkelsen var 80 prosent som mente at pasienter ble skrevet ut for tidlig til kommunehelsetjenesten. Mange av kommunene mente at pasienter ofte ble skrevet ut så tidlig at det var vanskelig for kommunen å tilby et godt tjenestetilbud. Av undersøkelsen gikk det fram at for tidlig utskrivning og mangler ved det kommunale tjenestetilbudet var årsaker til at flere pasienter ble reinnlagt etter utskrivning til kommunen.³

Både Riksrevisjonens undersøkelse og rapporter fra Helsetilsynet og internrevisjonen i Helse Sør-Øst viste at det er utfordringer i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter, særlig når det gjelder informasjonsutvekslingen mellom de to nivåene og kvaliteten på den informasjonen som utveksles.⁴

1) A. Grimsmo, NTNU, 2015, Sluttrapport EVASAM, *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen*.

2) Kunnskapssenteret, 20.05.2015, *Hver syvende eldre blir lagt inn igjen i sykehus*, www.kunnskapssenteret.no/nyheter/hver-syvende-eldre-blir-lagt-inn-igjen-i-sykehus.

3) Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*.

4) Helsetilsynet 1/2016, *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*. Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*.

Rapporten fra internrevisjonen viste videre at feil og mangler på prosessnivå ofte skyldes svakheter i systemet for intern styring og kontroll. Det er dermed en risiko for at helseforetakenes interne styrings- og kontrollsystemer ikke bidrar godt nok til nødvendig kommunikasjon og informasjonsutveksling med kommunehelsetjenesten. Når vesentlig informasjon om pasienter mangler, kan dette få konsekvenser for pasientbehandlingen i helsetjenesten og innebære at pasienter ikke får optimale, koordinerte og enhetlige pasientforløp.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet er å undersøke om helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter legger til rette for helhetlige og koordinerte pasientforløp.

Målet er belyst gjennom følgende problemstillinger:

1. Hvordan har helseforetakenes utvikling i pasientopphold, liggetider og reinnleggelser vært i perioden 2011–2016?
2. I hvilken grad sikrer helseforetakenes interne styring og kontroll at praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten er i tråd med pålagte krav?

1.3 Revisjonskriterier

1.3.1 Krav til forsvarlige helsetjenester og god ressursutnyttelse

Ifølge *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-2 og *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-1 skal helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes, være forsvarlige. Tjenestene skal tilrettelegges 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 tilbud. *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven) § 4 pålegger helsepersonell å utføre sitt arbeid i samsvar med de kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til en slik plan etter *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-5. Helsepersonelloven gjelder på samme måte for personell i kommunene som yter helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.

I Innst. 217 S (2015–2016)⁵ viser Helse- og omsorgskomiteen til at det er spesielt viktig å følge med på reinnleggelser. Komiteen merker seg også at pasienter med kols/astma er den pasientgruppen som hyppigst blir innlagt på nytt innen 30 dager. Komiteen ber regjeringen følge nøye med på reinnleggingsgraden på sykehus. I Innst. 424 L (2010–2011)⁶ viser Helse- og omsorgskomiteen til at man skal søke å unngå unødvendige reinnleggelser.

Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig.⁷ Med god ressursutnyttelse siktes det til graden av måloppnåelse i

5) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om kvalitet og pasientsikkerhet 2014, jf. Meld. St. 12 (2015–2016).

6) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., jf. Prop. 91 L (2010–2011).

7) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 1-1 nr. 4.

forhold til ressursinnsatsen. Helsepersonelloven § 6 stiller også krav til god ressursutnyttelse ved å pålegge helsepersonell å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødig tidstap eller utgift.

1.3.2 Krav til helhetlige og koordinerte pasientforløp og samarbeid mellom tjenestenivåene

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen⁸ slår fast at gode helhetlige pasientforløp i større grad enn før bør bli en felles referanseramme for alle aktørene i helse- og omsorgssektoren. Forløpstenkningen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp på en slik måte at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad.

Samhandlingsreformen, som ble satt i verk 1. januar 2012, skal sikre en bærekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren og bidra til en mer ressurseffektiv helsetjeneste av god kvalitet. Målet skal blant annet nås gjennom dempet vekst i sykehus-tjenestene ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten, og gjennom mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.⁹ Ved behandlingen av forslaget om ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov understreket helse- og omsorgskomiteen betydningen av at pasienter får sin behandling på rett nivå.¹⁰

De regionale helseforetakene er ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e pålagt å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere. Det framgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-6 og helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 at tjenestenivåene er pålagt å inngå samarbeidsavtaler om utskrivningsklare pasienter.

I nasjonal veileder for samarbeidsavtaler¹¹ er det blant annet presisert at avtalen bør beskrive

- samarbeid om utskrivning av pasienter som trenger et kommunalt tilbud, herunder gjensidige varslingsrutiner til fastlegen og andre relevante instanser i kommunen
- nødvendig klargjøring av pasientforløp og ansvarsforhold i den videre oppfølgingen
- nødvendig informasjonsoverføring til pasient og eventuelt pårørende, fastlegen og øvrig involvert kommunalt tjenesteapparat
- vurdering av behov for og eventuell bestilling av hjelpemidler
- hvordan partene vil innfri krav til *forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*

Helse- og omsorgstjenesteloven § 11-4 slår fast at kommuner fra og med dag én skal dekke utgifter for pasienter som er utskrivningsklare, men som oppholder seg i spesialisthelsetjenesten i påvente av kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Finansieringsansvaret er nærmere regulert i forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, som blant annet har til formål¹² å bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten og skape gode pasientforløp.

8) St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*

9) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*, jf. St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen.*

10) Innst. 424 L (2010–2011) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., jf. Prop. 91 L (2010–2011).

11) Samhandlingsreformen. Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak, Nasjonal veileder, Helse- og omsorgsdepartementet.

12) *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* § 1.

Det er regulert i § 9 i forskriften at en somatisk pasient er utskrivningsklar når en lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a) Problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart.
- b) Øvrige problemstillinger som har kommet fram, skal være avklart.
- c) Dersom enkelte spørsmål ikke avklares, skal dette redegjøres for.
- d) Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og en videre plan for oppfølging av pasienten.
- e) Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

Videre er krav til innhold i og frister for kommunikasjonen mellom tjenestenivåene om utskrivningsklare pasienter, regulert i forskriftens kapittel 3. Blant annet skal epikrise eller tilsvarende informasjon ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, jf. helsepersonelloven § 45a og forskrift om pasientjournal § 9.¹³

Helse- og omsorgsdepartementet presiserte i høringsnotatet om samhandlingsreformen¹⁴ at det ikke er opp til spesialisthelsetjenesten å vurdere hvorvidt kommunen har et forsvarlig tilbud til vedkommende pasient etter utskrivning. Det er kommunen som skal vurdere hvilket tilbud og hvilket omfang tilbudet til pasienten skal ha, og om tilbudet totalt sett er forsvarlig. Kommunen kan likevel ikke gi beskjed til spesialisthelsetjenesten om at man er klar til å motta en pasient dersom det ikke finnes et forsvarlig tilbud til vedkommende pasient i kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal gi råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.¹⁵

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven¹⁶ og helse- og omsorgstjenesteloven¹⁷ at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal ha individuell plan og en koordinator. Koordinatoren skal blant annet sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet overfor andre tjenesteytere samt sikre framdrift i arbeidet med individuell plan. I spesialisthelsetjenesten skal koordinatoren være helsepersonell. Et helseforetak skal så snart som mulig varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter begge tjenestenivåene og medvirke i kommunes arbeid med individuell plan. Begge tjenestenivåene er pålagt å ha en koordinerende enhet med overordnet ansvar for habilitering og rehabilitering og arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.¹⁸

Tjenestenivåenes ansvar for pasienter med behov for habiliterings- og rehabiliterings-tjenester og individuell plan er nærmere regulert i en forskrift om habilitering og

13) *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* § 12.

14) Høringsnotat Samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

15) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 6-3.

16) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 2-5 og § 2-5 a.

17) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* § 7-1 og § 7-2.

18) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 2-5 b og *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* § 7-3.

rehabilitering, individuell plan og koordinator. Forskriftens formål¹⁹ er blant annet å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere innen samme tjenestenivå eller på tvers av tjenestenivåene. I § 4 i forskriften er det presisert at spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt innen habilitering og rehabilitering innebærer at de regionale helseforetakene skal sørge for

- a) råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter
- b) samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltpasienter og utarbeiding av individuelle planer
- c) generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen
- d) samarbeid med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.

1.3.3 Krav til internkontroll

Spesialisthelsetjenesteloven²⁰ og helsetilsynsloven²¹ pålegger helseforetakene å ha et internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Helseforetakene skal i henhold til § 4 i *forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten* (internkontrollforskriften) ha formålstjenlige strukturer, systemer og rutiner, samt klart definerte og dokumenterte prosesser for intern kontroll og risikostyring. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. De ansvarlige i helseforetaket skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, og sette i verk rutiner eller andre tiltak for blant annet å forebygge overtredelse av helselovgivningen. Krav til intern styring og kontroll som innholdsmessig er konsistente med denne forskriften, går også fram av internasjonalt anerkjente rammeverk for intern kontroll²² og helhetlig risikostyring²³.

Internkontrollforskriften er erstattet med en ny *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* som trådte i kraft 1. januar 2017. Den nye forskriften vektlegger ledelsens betydning og er tydeligere på hvilke oppgaver plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere omfatter. På foretaksmøtene i de regionale helseforetakene i januar 2017 ble det vist til at den nye forskriften 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.

Det følger av retningslinjer²⁴ for oppfølging av eierinteressene i de regionale helseforetakene at Helse- og omsorgsdepartementet skal sørge for at styrene har etablert rammeverk for kontroll som påser at internkontrollen er sikret i tilstrekkelig omfang, og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Hovedelementene kategoriseres i målrettet, hensiktsmessig og effektiv drift, pålitelig intern og ekstern rapportering og overholdelse av gjeldende lover og regler. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens mål og ha nødvendig forankring i ledelsen i hele organisasjonen.

19) *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* § 1.

20) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 2-1 a, tredje ledd.

21) *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* § 3.

22) Internkontroll – et integrert rammeverk (1992/1996, norsk versjon).

23) Helhetlig risikostyring – et integrert rammeverk (COSO-ERM), utgitt på norsk av Norges Interne Revisorers Forening i 2004/2005.

24) Retningslinjer for oppfølging av Helse- og omsorgsdepartementets eierinteresser i de regionale helseforetakene, jf. reglement for økonomistyring i staten § 10.

1.4 Metode og gjennomføring

Problemstillingene er belyst gjennom spørrebrev, analyse av statistikk og dokumenter og dybdeintervjuer. Datainnsamlingen omfatter tidsperioden 2011–2017.

1.4.1 Spørrebrev og dokumentanalyse

For å få informasjon om hvilke tiltak helseforetakene har for å legge til rette for at praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten er i tråd med pålagte krav, er det sendt spørrebrev til åtte helseforetak, to i hvert regionale helseforetak. Utvalgsriterier har vært størrelse på opptaksområde, om helseforetaket har bykommuner og distriktskommuner i opptaksområdet samt statistikk for reinnleggelser. De åtte helseforetakene er Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Møre og Romsdal HF, Nordlandssykehuset HF, Oslo Universitetssykehus HF (OUS), St. Olavs hospital HF, Sykehuset Telemark HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Hensikten med spørrebrevet har videre vært å hente inn dokumentasjon og kartlegge planer, prosedyrer og rutiner for utskrivning av pasienter, samt å få forklaringer på hvordan det lovpålagte samarbeidet med kommunehelsetjenesten er satt i verk gjennom prosedyrer og retningslinjer. I tillegg ble det stilt spørsmål om rutiner for samarbeid mellom avdelinger ved utskrivning av pasienter, dokumentasjon av utskrivningsprosessen, avvik i samhandlingen med kommunehelsetjenesten, samt utviklingen i reinnleggelser og tiltak for å redusere reinnleggelser.

Det er også brukt andre dokumenter som er relevante for undersøkelsen, som tilsynsrapporter fra Helsetilsynet om utskrivningsklare pasienter²⁵, internrevisjonsrapport fra internrevisjonen i Helse Sør-Øst²⁶ og forskningsrapporter²⁷.

1.4.2 Analyse av statistikk

Det er foretatt en analyse av statistikk for å få en oversikt over utviklingen i antall pasientopphold/utskrivninger, liggetider og andel reinnleggelser de siste årene. Det er gjort vurderinger av hvordan utviklingen har vært generelt og for eldre pasienter spesielt, og for ulike aldersgrupper og diagnoser. Den nasjonale kvalitetsindikatoren for reinnleggelser blant eldre og samhandlingsstatistikken er brukt i statistikkanalysen.

1.4.3 Dybdeintervjuer

Det er gjennomført dybdeintervjuer ved til sammen åtte sengeposter/avdelinger²⁸ (heretter kalt enheter) innen generell indremedisin, lungemedisin, slag/geriatri og ortopedi (kirurgi) i tre helseforetak for å undersøke hva som påvirker helseforetakenes utskrivningspraksis, og i hvilken grad helseforetakenes interne styring og kontroll sikrer at praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten er i tråd med pålagte krav. Enhetene er valgt fordi de har pasienter med typiske sammensatte lidelser som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

Helseforetakene som de åtte enhetene tilhører, ble valgt fra de åtte helseforetakene som fikk spørrebrev. Helseforetakene er videre valgt for å dekke variasjon i størrelse på opptaksområde og type kommuner i opptaksområdet. Det ene helseforetaket har i hovedsak bykommuner i sitt opptaksområde, mens de andre to har en kombinasjon av bykommuner og distriktskommuner. De valgte helseforetakene har videre ulike prosedyrer for utskrivningsprosessen.

25) Helsetilsynet 1/2016, *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

26) Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*.

27) Forskningsrapporter går fram av noter i rapporten.

28) Ved de tre helseforetakene var det intervjuer med helsepersonell på sengeposter innenfor følgende: Helseforetak nummer 1: lungemedisin, ortopedi og geriatri. Helseforetak nummer 2: indremedisin, ortopedi og geriatri. Helseforetak nummer 3: ortopedi og slag/geriatri.

Det er gjennomført 23 intervjuer ved de åtte utvalgte enhetene. Intervjuene har vært med ulike typer helsepersonell som til daglig bruker prosedyrene og rutine i prosessen for å skrive ut pasienter fra kirurgisk, medisinsk og/eller geriatrisk opphold. I tillegg har det vært tre intervjuer med rådgivere fra sentrale enheter med samhandlingsfunksjoner i hvert av de tre helseforetakene.

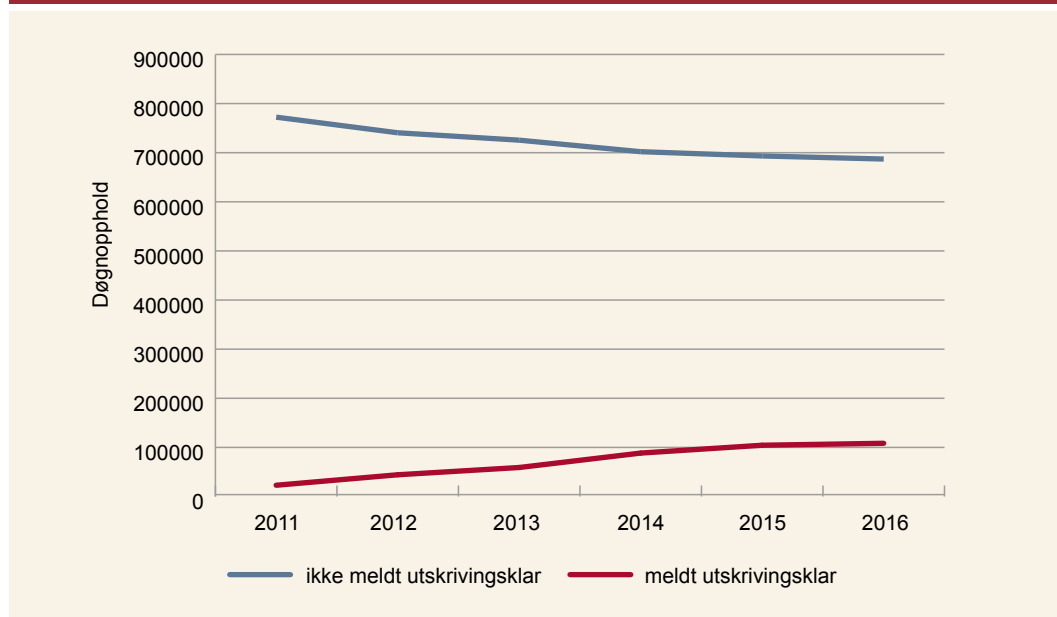
Intervjuene ble gjennomført for å få utdypende informasjon om samarbeidet med kommunehelsetjenesten, kontrollmiljøet, det interne samarbeidet og hva som kjennetegner en god og mindre god utskrivningspraksis. Som en forberedelse til intervjuene ble dokumentasjon i pasientjournaler vedrørende opphold for eldre pasienter ved hver av de åtte enhetene hentet inn og gått gjennom. Dokumentasjonen omfatter blant annet pleie- og omsorgsmeldinger til/fra kommunehelsetjenesten og epikriser.

2 Resultatet av undersøkelsen

2.1 Utvikling i pasientopphold, liggetider og reinnleggelser i perioden 2011–2016

2.1.1 Utvikling i pasientopphold og liggetider

Figur 1 Antall døgnopphold i somatisk spesialisthelsetjeneste, fordelt på opphold hvor pasienten er meldt utskrivningsklar til kommunehelsetjenesten og opphold hvor pasienten ikke er meldt utskrivningsklar, 2011–2016



Kilde: Helsedirektoratet

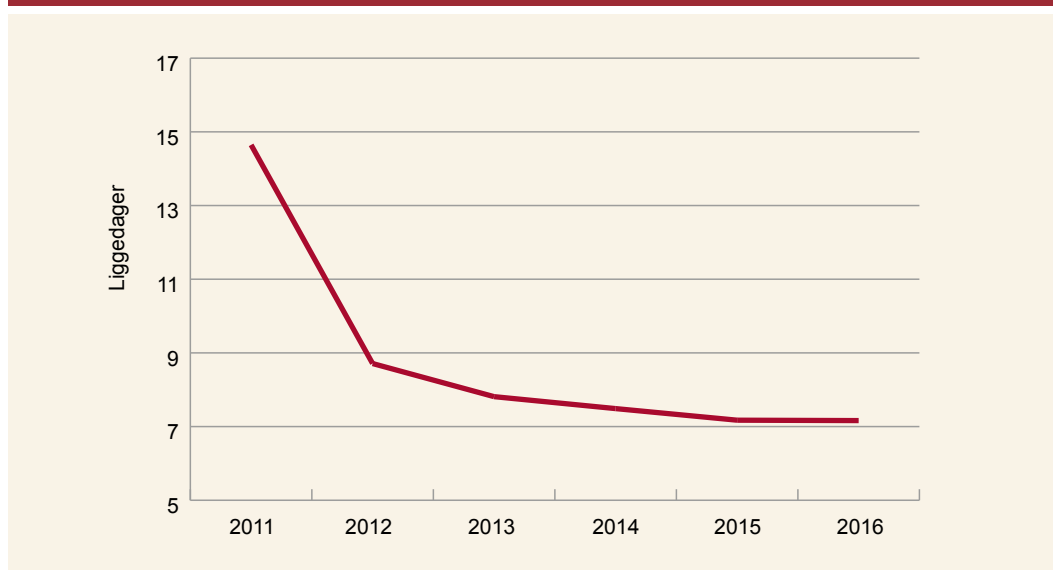
Antall døgnopphold²⁹ i den somatiske spesialisthelsetjenesten har ligget forholdsvis stabilt på rundt 800 000 i perioden 2011–2016.³⁰ For de aller fleste døgnopphold blir pasienten skrevet ut uten behov for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten (86 prosent i 2016). For de resterende 14 prosent av oppholdene blir pasienten skrevet ut

29) Døgnopphold er avsluttende sykehusopphold (utskrivninger) hvor overnatting finner sted på sykehuset, dvs. at pasienten skrives ut en senere dato enn innleggesdatoen (Helsedirektoratet 2014: Samdata. Definisjonsvedlegg).

30) Tallene er eksklusive Sunnaas sykehus, Martina Hansens hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Oslo legevakt, Betanien hospital, Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Stiftelsen Betanien Bergen, Bergen legevakt, Rusakutten ved Bergen legevakt. Disse institusjonene har behandling for særskilte pasientgrupper, og er ikke relevante i beskrivelser og analyser av utskrivningsklare pasienter.

til kommunehelsetjenesten, noe som betyr at de enten følges opp i eget hjem eller i institusjon. Disse kalles her *utskrivningsklare pasienter* eller *pasienter meldt utskrivningsklare*. Antallet opphold for utskrivningsklare pasienter har økt jevnt i perioden, fra 44 000 i 2012 til 108 000 i 2016 (se figur 1). Det har vært en økning i antall opphold for denne pasientgruppen i alle helseregioner og for de aller fleste helseforetakene.³¹ Det er flere årsaker til denne økningen. I følge Helsedirektoratet skyldes økningen i hovedsak en endring i registreringspraksis ved at flere pasienter blir registrert som utskrivningsklare etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012.³² Før reformen var det enkelte helseforetak som ikke klassifiserte pasienter som utskrivningsklare til kommunen i det hele tatt.³³

Figur 2 Total liggetid for utskrivningsklare pasienter, 2011–2016



Kilde: Helsedirektoratet

Figur 2 viser at det var en betydelig nedgang i totalt antall liggedager for utskrivningsklare pasienter fra 2011 til 2012, etter at ordningen med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter ble innført. Dette gjelder både for alle pasienter og pasienter over åtti år, hvor begge grupper lå nær seks dager kortere på sykehus i 2012 sammenlignet med året før. Etter 2012 har det vært en ytterligere reduksjon fram til 2016 på i snitt 1,5 dager, for begge grupper. I samme periode har til sammenligning gjennomsnittlig liggetid for pasienter som ikke ble skrevet ut til kommunehelsetjenesten, vært relativt uendret på rundt fire dager.³⁴

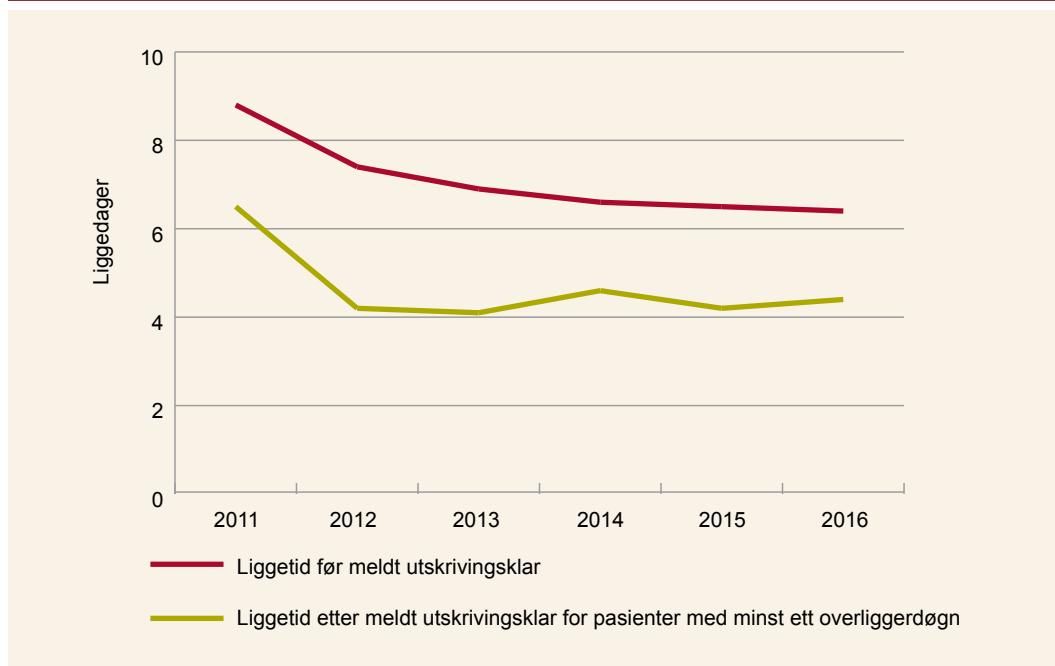
31) Unntakene er St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF i Helse Midt-Norge, som har hatt et redusert antall opphold for utskrivningsklare pasienter.

32) Helsedirektoratet 2016: Samhandlingsstatistikk 2014–2015.

33) En rapport fra 2016 fra Institutt for helseledelse ved Universitetet i Oslo viser at det har vært en endring i kodepraksis over tid i hvilke pasienter som meldes utskrivningsklare, jf. Terje P. Hagen, Eliva Ambugo og Hans Olav Melberg, 5/2016, UIO, *Liggetider og reinnleggelse i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen*.

34) Helsedirektoratet 2016: Samhandlingsstatistikk 2014–2015.

Figur 3 Gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter før pasienten er meldt utskrivningsklar, og for utskrivningsklare pasienter som har minst en liggedag etter at de er meldt utskrivningsklare til kommunen, 2011–2016



Kilde: Helsedirektoratet

Reduksjonen i liggetid skyldes særlig at de pasientene som *ikke* tas imot av kommunen *samme dag*, i snitt hadde to færre *overliggerdøgn*³⁵ etter at de var meldt utskrivningsklare til kommunen i 2012 sammenlignet med 2011 (figur 3). Etter 2012 har det vært lite endring i gjennomsnittlig antall overliggerdøgn, og i perioden 2012–2016 hadde disse pasientene i gjennomsnitt fire overliggerdøgn. Også *før* pasientene meldes utskrivningsklare, har liggetiden gått ned, fra rundt ni dager i 2011 til rundt seks dager i 2016. Ved nær alle helseregioner og helseforetak lå utskrivningsklare pasienter i 2016 kortere på sykehus før og etter utskrivning sammenlignet med 2011.

2.1.2. Utvikling i reinnleggelser

Dersom en pasient legges inn på sykehus gjennom en akutt innleggelse innen 30 dager etter tidligere utskrivning fra sykehus, telles det i statistikken som en «reinnleggelse», uavhengig av innleggelsesårsak. Det er ikke alltid slik at en reinnleggelse er unødvendig, fordi noen pasienter krever tett oppfølging og legges inn ofte på sykehus som en del av god pasientbehandling. Andre reinnleggelser kan være uttrykk for dårlig kvalitet i behandlingsforløpet, for eksempel på grunn av for tidlig utskrivning eller mangelfull oppfølging i kommunene.³⁶

Samhandlingsstatistikken³⁷ viser at risikoen for at pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten reinnlegges, øker med kortere liggetid før pasienter meldes som utskrivningsklare. Videre er risikoen høyere for pasienter som tas imot innen én dag etter at de er meldt utskrivningsklare, enn for dem som ligger lenger etter utskrivning.

35) Antall døgn utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

36) Helsenorge.no: Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning.

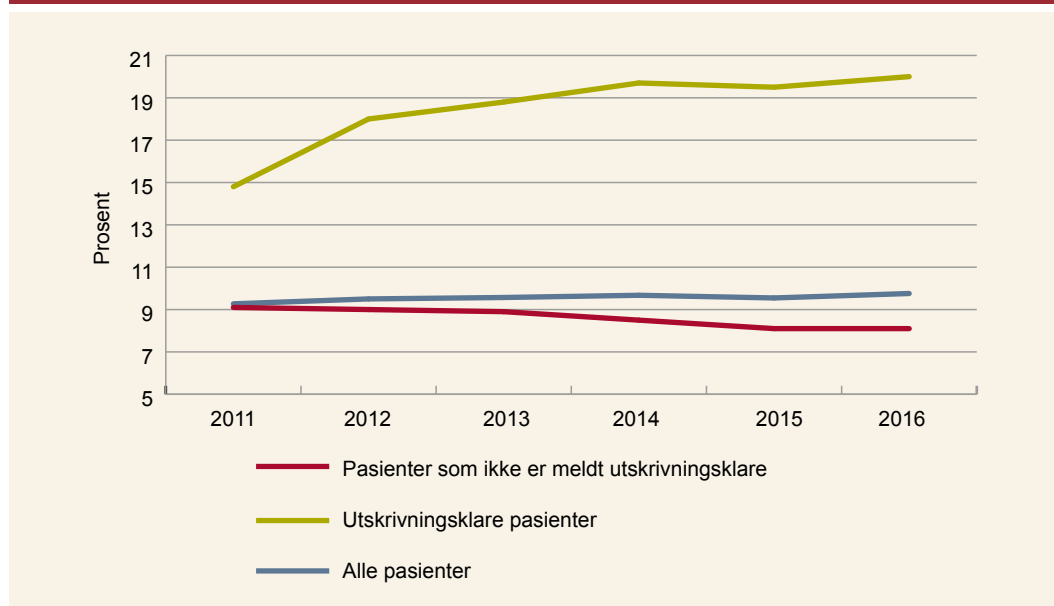
37) Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk 2014–2015.

Andre faktorer som spiller inn, er blant annet

- pasientens *sykelighet*, hvor risikoen øker med økt sykelighet
- hvorvidt pasienten er lagt inn for *øyeblikkelig hjelp* eller for planlagt behandling, hvor sannsynligheten for reinnleggelse er høyest for førstnevnte gruppe
- *alder*, hvor pasienter mellom 67 og 84 år har større sannsynlighet enn dem over 84 år. Helsedirektoratet viser til at mange av de eldste pasientene har et pleie- og omsorgstilbud i kommunen (sykehjem, korttidsopphold eller hjemmesykepleie) som reduserer risikoen for reinnleggelse på sykehus.³⁸

Videre er andelen reinnleggelser stort sett høyere i kommuner med kort avstand til sykehus enn i kommuner med lang avstand, men med noen unntak.³⁹

Figur 4 Utviklingen i andelen reinnleggelser for alle pasienter, pasienter som ble meldt utskrivningsklare til kommunehelsetjenesten, og pasienter som ikke er meldt utskrivningsklare (øvrige pasienter)*, 2011–2016. Prosent.



*Pasienter som blir skrevet ut til hjemmet uten behov for kommunehelsetjenester. Pasientdata per 2. tertial for alle år.

Kilde: Helsedirektoratet

Andelen reinnleggelser totalt har økt fra 9 til 10 prosent i perioden 2011–2016. Det vil si at hvert tiende pasientopphold i 2016 ender med en reinnleggelse.

Figur 4 viser at andelen reinnleggelser er høyere for pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, enn for dem som skrives ut til hjemmet uten behov for kommunehelsetjenester. I 2016 er andelen reinnleggelser over dobbelt så høy for denne gruppen som for øvrige pasienter. Hver femte pasient som ble skrevet ut til kommunehelsetjenesten i 2016, ble lagt inn på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter at han eller hun ble skrevet ut. Dette kan blant annet skyldes at de som skrives ut til kommunehelsetjenesten, består av mange eldre pasienter med sammensatte lidelser.

Utviklingen i andelen reinnleggelser er ulik for pasienter som skrives ut til hjemmet uten behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, sammenlignet med dem som skrives ut til kommunehelsetjenesten. For den førstnevnte gruppen er andelen noe redusert i perioden, mens andelen har økt fra 15 prosent til 20 prosent for dem som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

38) Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk 2014–2015.

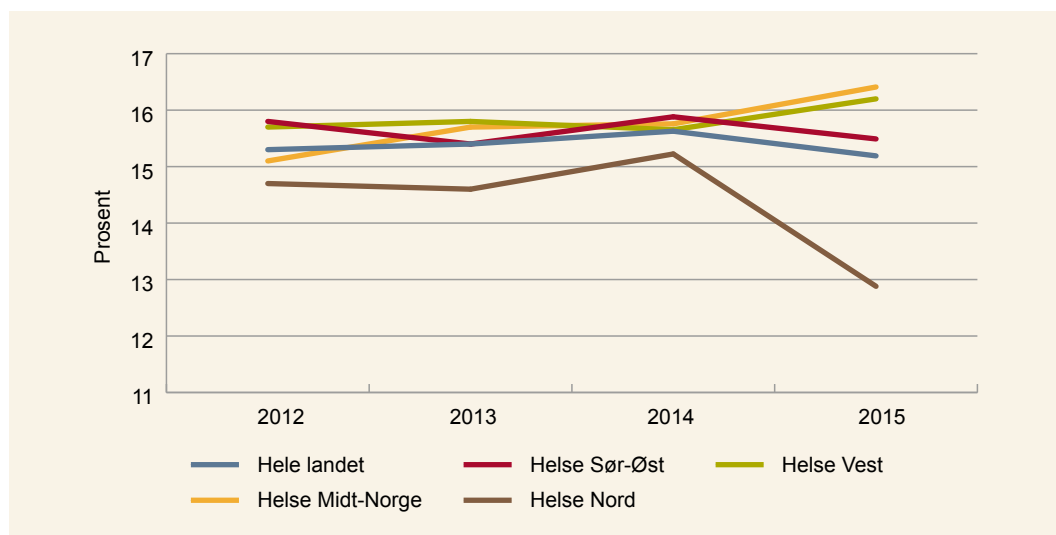
39) Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk 2014–2015.

I tråd med samhandlingsreformens intensjoner er en større del av pasientforløpet overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.⁴⁰ Økningen i reinnleggelser for pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, kan henge sammen med at liggetiden på sykehusene er blitt kortere, som omtalt over. Kortere liggetid gir økt sannsynlighet for at pasienten reinnlegges.⁴¹ Noe av økningen kan også skyldes at de to gruppenes sammensetning er endret ved at flere av de eldre pasientene med sammensatte lidelser inngår i gruppen for utskrivningsklare pasienter.⁴² Helse- og omsorgsdepartementet viser til en rapport fra Institutt for helseledelse ved Universitetet i Oslo der det går fram at det ikke har skjedd generelle endringer i reinnleggelsesraten for pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunen fra før til etter innføringen av samhandlingsreformen. Det er imidlertid store variasjoner mellom helseforetak og kommuner.⁴³

Risikoen for at en pasient blir reinnlagt henger altså sammen med en rekke faktorer, og i figurene og tallene som er omtalt ovenfor, er det ikke justert for faktorer som påvirker sannsynligheten for at en pasient reinnlegges, som alder, kjønn og diagnosegrupper. I helsemyndighetenes kvalitetsindikator for reinnleggelse⁴⁴ justeres sannsynligheten for reinnleggelser for disse faktorene. Indikatoren måler sannsynligheten for at eldre blir akutt reinnlagt innen 30 dager etter en tidligere utskrivning fra sykehus, for 11 ulike diagnosegrupper. Indikatoren skal bidra til å belyse kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten.

Figur 5 viser tall for de ulike regionale helseforetakene og helseforetakene basert på kvalitetsindikatoren. Indikatoren omfatter pasienter som er over 67 år, men skiller ikke mellom hvorvidt pasienten er skrevet ut til kommunehelsetjenesten eller ikke.

Figur 5 Sannsynlighet for reinnleggelse av pasienter over 67 år ved somatiske sykehus, fordelt på helseregioner, 2012–2015. Prosent.



Justert for alder, kjønn og diagnosegruppe. Her skiller det ikke mellom hvorvidt pasienten er skrevet ut til kommunehelsetjenesten eller ikke.

Kilde: Helsenorge.no

40) Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.*

41) Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

42) Bedre registrering av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, har påvirket sammensetningen av de to gruppene og dermed reinnleggelsesratene. De som skrives ut til kommunehelsetjenesten, er ofte eldre og sykere pasienter enn de som skrives ut til hjemmet. Riktigere registrering har ført til at slike pasienter «flyttes» fra gruppen som skrives ut til hjemmet, til gruppen som skrives ut til kommunen. Dette kan trolig forklare nedgangen i reinnleggelser for gruppen som skrives ut til hjemmet uten behov for kommunale helsetjenester.

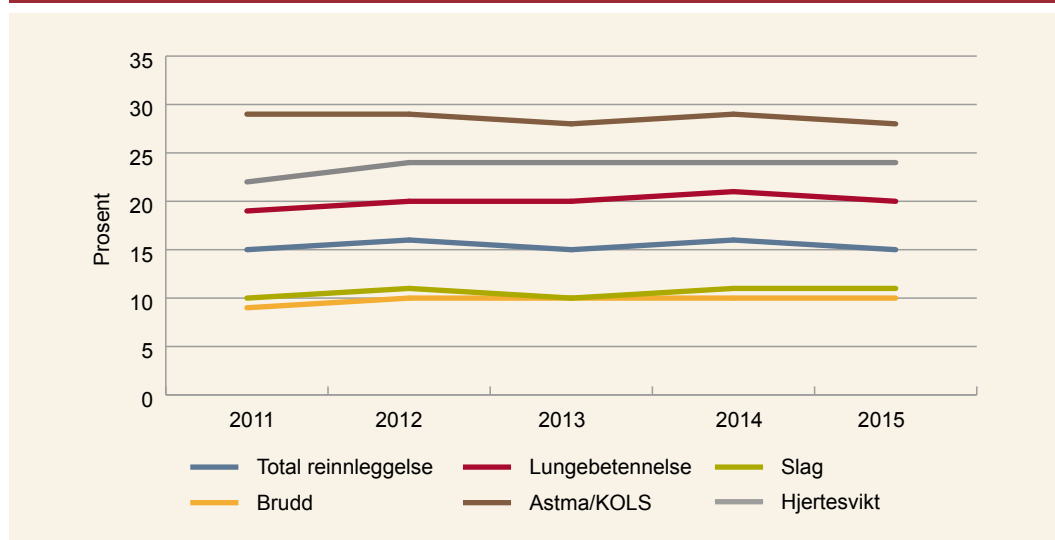
43) Terje P. Hagen, Eliva Ambugo og Hans Olav Melberg, 5/2016, UIO, *Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen.*

44) Helsenorge.no: Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning.

Figur 5 viser at det i hovedtrekk har vært uendret sannsynlighet i helseregionene for at pasienter over 67 år reinnlegges etter å ha blitt skrevet ut fra sykehus. Et tydelig unntak er Helse Nord RHF, hvor sannsynligheten er redusert fra 2014 til 2015.

Også på helseforetaksnivå er hovedtendensen at det har vært en uendret sannsynlighet for at pasienter over 67 år reinnlegges i perioden 2012–2015. Det er imidlertid relativt stor forskjell i sannsynlighet fra helseforetak til helseforetak, hvor UNN HF i 2015 hadde lavest sannsynlighet (12 prosent), mens Diakonhjemmet hadde høyest (19 prosent) i 2015. Dette kan skyldes en rekke ulike forhold og trenger ikke skyldes kvalitetsforskjeller i pasientbehandlingen. Ulik kodepraksis, organisatoriske forhold og datakvalitet kan gi utslag på tallene.⁴⁵ Likevel er det noen helseforetak som kan sies å ha signifikant høyere og lavere sannsynlighet for reinnleggelse enn andre.⁴⁶

Figur 6 Sannsynlighet for reinnleggelse av pasienter over 67 år, samlet for 11 ulike diagnosegrupper (total reinnleggelse), og etter diagnosegruppe, 2011–2015. Prosent.



Justert for alder, kjønn og diagnosegruppe for totalreinnleggelse. Her skiller det ikke mellom hvorvidt pasienten er skrevet ut til kommunehelsetjenesten eller ikke.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Ulike pasientgrupper har ulik sannsynlighet for å bli reinnlagt (figur 6). Pasienter som er lagt inn med astma/kols, hjertesvikt og lungebetennelse, har dobbelt så høy risiko som dem som er innlagt med brudd og hjerneslag. Også her er hovedtendensen at det har vært nokså lik sannsynlighet over perioden, men med en litt økt sannsynlighet for pasienter med brudd og hjerneslag og en liten nedgang for pasienter med lungebetennelse.⁴⁷

Oppsummert viser statistikken at det var store endringer i liggetid og reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter fra 2011 til 2012 og mer moderate endringer etter 2012. Pasientene ligger noe kortere på sykehus i perioden, mens sannsynligheten for at de reinnlegges øker noe. Analyser har vist at dette henger sammen med at kortere liggetid gir høyere sannsynlighet for reinnleggelse for denne pasientgruppen. I hele perioden har utskrivningsklare pasienter hatt høyere sannsynlighet for reinnleggelse

45) Helsenorge.no: Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning. Kvalitetsindikatorbeskrivelse.

46) Signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse i 2015: Finnmarksykehuset HF, UNN HF, Nordlandssykehuset HF, Sørlandet HF og OUS HF. Signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse i 2015: Ahus HF, Diakonhjemmet sykehus AS, Lovisenberg Diakonale og Helse Stavanger HF.

47) Folkehelseinstituttet 2016: Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2015.

enn de som skrives ut til hjemmet uten behov for kommunehelsetjenester. Dette skyldes blant annet gruppens sammensetning, hvor utskrivningsklare pasienter i snitt er eldre og sykere enn de andre.

2.2 Virkemidler for å fremme helhetlige pasientforløp for utskrivningsklare pasienter

2.2.1 Samarbeidsavtaler mellom tjenestenivåene om utskrivningsklare pasienter

Helseforetakenes oppgaver for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten er forankret i samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og kommunene.

Samarbeidsavtalene er en sentral del av styringssystemet for å sikre samhandling om utskrivning av pasienter. Alle de åtte helseforetakene har i sine svarbrev opplyst at de har samarbeidsavtaler med kommunene. Innholdet i avtalene er i stor grad likt hos de åtte helseforetakene og følger i hovedsak den nasjonale veilederen om samarbeidsavtaler.⁴⁸ Dette bekreftes av evalueringen av samhandlingsreformen, som viser til at det er små variasjoner i samarbeidsavtalene som er inngått, og at kommunene bare i liten grad har benyttet det rommet for lokale tilpasninger som lovgiver har gitt.⁴⁹

Samarbeidsavtalene viser at de åtte helseforetakene har flere samarbeidsorganer der de møter kommunehelsetjenesten for å drøfte samhandlingen mellom behandlingsnivåene. Alle helseforetakene har også koordinerende enheter med et særskilt ansvar for arbeid med samhandling med kommunehelsetjenesten.

Samarbeidsavtalene er operasjonalisert i tjenesteavtaler og særavtaler for de enkelte helseforetakene. Arbeidet med utskrivningsprosessen er videre omtalt i en rekke retningslinjer, prosedyrer og rutiner i alle helseforetakene som undersøkelsen omfatter.

2.2.2 Systemet for elektronisk utveksling av informasjon mellom tjenestenivåene

Utskrivningsprosessen for pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, starter allerede ved innleggelse på sykehus og inneholder en rekke aktiviteter. Aktivitetene inngår i tekstboks 1 nedenfor.

48) Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder.

49) Evaluering av samhandlingsreformen, Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM).

Faktaboks 1 om sykehusenes prosess for utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten

Tidlig vurdering	Definere utskrivningsklar	Utskriving av pasient
Vurdere pasientens behov for kommunale helsetjenester etter utskriving	Grundigere vurdering av pasientens behov for kommunale helsetjenester etter utskriving	Motta bekreftelse på at kommunen kan ta imot pasienten
Varsel til kommunen om pasientens behov for kommunale helse-tjenester etter utskriving og antatt utskrivningsdato (tidligmelding)	Tilbakemelding til kommunen om ev. endringer i behov og utskrivningsdato	Ferdigstille dokumenter som skal sendes med pasienten
	Vurdere når pasienten er utskrivningsklar	Klargjøring av medikamenter/ resepter som skal sendes med
	Varsle kommunen om utskrivningsklar pasient	Bestille transport og klargjøre pasienten
		Sende med dokumentasjon

Aktiviteter i hele utskrivningsprosessen:

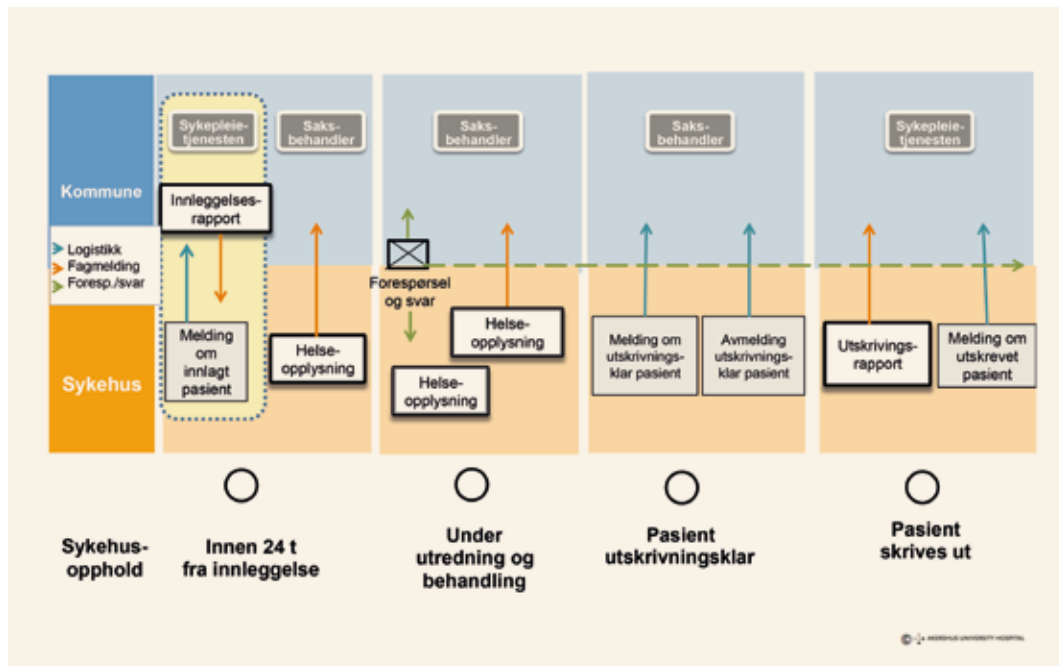
- Vurdere og eventuelt melde til kommunen om behovet for individuell plan
- Vurdere behovet for og ev. utnevne koordinator i spesialisthelsetjenesten
- Informasjon til pasient og pårørende
- Vurdere behov for tekniske hjelpemidler etter utskriving
- Dokumentere

Kilder: Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten.

Helseforetakenes utskrivningsprosess skjer i samhandling med kommunehelsetjenesten. En viktig del av samhandlingen foregår gjennom elektronisk meldingsutveksling i systemet for pleie- og omsorgsmeldinger. Alle de åtte helseforetakene har et slikt system. Systemet har tjenestebasert adressering, som innebærer at meldinger til kommunene adresseres til tjenesten som ytes, i stedet for til den enkelte ansatte eller til en organisatorisk enhet. Helseforetak skal ha tjenesteadresser for blant annet somatikk, mens kommuner skal ha adresser blant annet for sykepleietjeneste (for meldinger til hjemmesykepleie og sykehjem) og saksbehandlertjeneste (for meldinger til tildelingskontor).⁵⁰

50) Helsedirektoratet. Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp: Veiviser for helsepersonell og saksbehandlere. Helse.no. Kommuner må også ha adresse for legetjeneste ved sykehjem m.v.

Figur 7 Systemet for pleie- og omsorgsmeldinger, når pasienten har kommunale tjenester ved innleggelse



Kilde: Akershus universitetssykehus HF (Ahus)

Figur 7 illustrerer systemet for elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger. Elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger kan blant annet være logistikkmeldinger, fagmeldinger, forespørsler og svar. Fagmeldinger er for eksempel helseopplysninger, innleggelsesrapport og utskrivningsrapport og går fram i hvite bokser i figuren, mens logistikkmeldinger for administrativ informasjon er i lysegrå bokser.

Melding om innlagt pasient og innleggelsesrapport er forbeholdt pasienter som allerede mottar kommunale tjenester ved innleggelse. For pasienter som ikke mottar kommunale tjenester ved innleggelse, men vurderes å ha behov for tjenester etter utskrivelse, er helseopplysning den første meldingen som sendes. Tekstboks 2 viser innholdet i noen av de elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene.

Faktaboks 2 Om elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger

- Innleggelsesrapport benyttes når en pasient legges inn på sykehus. Meldingen sendes fra kommune (sykehjem eller hjemmebaserte tjenester) til sykehus og skal gi sykehuset relevant informasjon om pasientens helse og hvilke tjenester pasienten mottar fra kommunen. Legemiddelopplysninger og funksjonskartlegging skal inngå. Meldingen skal sendes så snart som mulig, og senest innen ett døgn.
- Helseopplysninger kan sendes flere ganger i løpet av et sykehusopphold, og meldingenes innhold kan for eksempel være om pasienters status, antatt forløp, forventet utskrivningstidspunkt og hjelpebehov etter utskrivning.
- Utskrivningsrapporten skal sendes utskrivningsdagen og inneholder blant annet relevante medisinske opplysninger om medisiner, planer og behov for oppfølging av pasienter. En utskrivningsrapport inneholder mange av de samme opplysningene som en epikrise.

Kilde: Standard for elektronisk kommunikasjon med pleie- og omsorgstjenesten om innleggelsesrapport, helseopplysninger og utskrivningsrapport (v. 1.6).

2.2.3 Helseforetakenes prosedyrer, rutiner og tiltak for utskrivning av pasienter

Prosedyrer og rutiner for informasjonen som skal utveksles gjennom pleie- og omsorgssystemet

Gjennom hele utskrivningsprosessen utveksles det pleie- og omsorgsmeldinger mellom helseforetaket og kommunehelsetjenesten. Alle de åtte helseforetakene har skriftlige prosedyrer og retningslinjer om bruk av pleie- og omsorgsmeldinger og innholdet i disse. Her gis det informasjon om hva meldingen skal inneholde, som for eksempel innleggelsesrapport, helseopplysninger og utskrivningsrapport. Det gis også informasjon om når meldinger skal sendes, og når svar skal forventes fra kommunehelsetjenesten. Noen helseforetak har også skjemaer som gir oversikt over flyten i pleie- og omsorgsmeldingene.

Ved utskrivning skal det sendes epikrise for pasienten til kommunehelsetjenesten. Sju av de åtte helseforetakene⁵¹ har skriftlige prosedyrer for utarbeidelse av epikriser for pasientoppholdene. Det er prosedyrer for å opprette, sende ut og revidere epikriser. OUS HF, Nordlandssykehuset HF og St. Olavs hospital HF oppgir også at de har maler som angir tema som kan omtales i epikrisen.

Nordlandssykehuset har eksempelvis skriftlig prosedyre og retningslinje for epikrise hvor det gis en utfyllende arbeidsbeskrivelse. OUS HF har utarbeidet en egen instruks for utarbeidelse av epikriser for geriatrisk avdeling. Her går det fram at det skal skrives bare én epikrise, som skal være en samlet oppsummering fra alle yrkesgrupper som har vært involvert i pasientbehandlingen. Egne fagspesifikke rapporter kan eventuelt vedlegges der det er relevant. Instruksen gir informasjon om hva epikrisen skal inneholde, blant annet opplysninger om forløp, vurdering, behandling, videre oppfølging og medikamentliste.

Flere helseforetak har i sine svarbrev lagt fram en egen prosedyre for samstemming av medisinlister. Her gis det en beskrivelse av oppgaver som skal utføres, og hvem som skal involveres. Det framgår av disse prosedyrene at leger har ansvaret for at pasienters medisinlister er samstemte, at farmasøyt kan rådføres ved behov, og at pasienter får med seg medisinlister ved utreise. Flere av de åtte helseforetakene bruker farmasøyter for å kontrollere medisinlister. Nordlandssykehuset HF har eksempelvis et samarbeid med Sykehusapotek Nord HF om en prøveordning med farmasøyt på sengepost. Hovedoppgaven for farmasøyten er samstemming av medisinlister, og helseforetaket mener at bruk av farmasøyter på avdelingene kan bidra til å sikre legemiddelinformasjonsflyt mellom tjenestenivåene.

Mange av helseforetakene har ikke vist til skriftlige prosedyrer for kvalitetssikring av faglig innhold i dokumentasjon som utarbeides i utskrivningsprosessen. To av helseforetakene har en omtale av kvalitetssikring av epikriser i retningslinjer/prosedyrer for epikriser. Nordlandssykehuset HF har retningslinje hvor det er et opplegg for godkjenning, kvalitetssikring og mulige feilkilder. OUS HF omtaler kontrollaktiviteter for å sikre oppdatert informasjon i sin prosedyre for epikriser.

En del dokumentasjon av sykepleiernes vurderinger går fram av de elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene. Sykepleierne utarbeider også en rapport som sendes ut med pasienten, ofte kalt utskrivningsrapport eller sykepleierdokumentasjon. Bare tre av helseforetakene (Helse Bergen HF, Helse Fonna HF og Nordlandssykehuset HF) har skriftlige prosedyrer eller rutiner for innholdet i utskrivningsrapporten fra sykepleier. Det står ikke noe om faglig kvalitetssikring av innholdet i disse dokumentene.

51) UNN HF har ikke noen skriftlig prosedyre eller rutine for arbeidet med epikriser, men viser i sitt svarbrev til omtale i tjenesteavtale mellom helseforetaket og kommunene hvor dette er omtalt mer overordnet.

Prosedyrer og rutiner om veiledningsplikten og internt tverrfaglig samarbeid

Helseforetakene har en veiledningsplikt som innebærer at helsepersonell skal gi råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold til kommunehelsetjenesten. St. Olavs hospital HF er det eneste helseforetaket som oppgir i sitt svarbrev at helseforetaket har konkretisert veiledningsplikten gjennom veiledningsrutiner som avklarer forventninger og tydeliggjør hva veiledningsplikten innebærer. Dette omtales nærmere i tekstboks 3 nedenfor.

Sykehuset Telemark HF og Møre og Romsdal HF viser til delavtaler til samarbeidsavtalen om kunnskapsoverføring på spørsmål om skriftlige retningslinjer eller prosedyrer for veiledningsplikten. Helse Bergen HF oppgir omtale i en strategiplan og grunnlagsdokument, mens OUS HF viser til Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Faktaboks 3 Om St. Olavs hospital HF's rutine for oppfølging av veiledningsplikten

St. Olavs hospital HF's felles rutine med kommuner har til hensikt å avklare forventninger til hva veiledningsplikten innebærer, og hvordan den bør følges opp. Rutinen omfatter veiledningsplikten og veiledning utover veiledningsplikten. Det går fram at helsepersonell yter veiledning og opplysning om helsemessige forhold om den enkelte pasient. For veiledning utover dette er det primært en lederoppgave å etterspørre og besvare henvendelser om veiledning, samt inngå avtaler om veiledning.

Veiledningen skal bidra til å skape en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste for pasienten, forebygge funksjonsfall, innleggelse og reinnleggelse, samt en hensiktsmessig kompetanseutveksling, god kompetanseoppbygging og et godt samarbeid mellom behandlingsnivåene.

Rutinen konkretiserer hovedpunktene i veiledningsplikten, plikt til veiledning knyttet til enkelt-pasienter, plikt til generell veiledning, hva som ikke omfattes av veiledningsplikten, og framgangsmåte for henvendelse om veiledning mellom kommuner og St. Olavs hospital HF. Rutinen inneholder også en vedlagt mal for veiledningsavtale mellom kommuner og helseforetaket.

De åtte helseforetakene har i sine svarbrev ikke lagt fram skriftlige prosedyrer som omhandler internt tverrfaglig samarbeid spesielt. Temaet inngår imidlertid i andre prosedyrer. Noen helseforetak viser til prosedyrer om individuell plan og koordinator.

Individuell plan og koordinator er verktøy for koordinering av helsetjenester på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Svarbrevene viser at de fleste av de åtte helseforetakene har utarbeidet skriftlige prosedyrer, retningslinjer eller maler for individuell plan og koordinator. UNN HF og Helse Møre og Romsdal HF har ikke utarbeidet dette. Helse Møre og Romsdal HF viser til handlingsplan for koordinerende enhet, individuell plan og koordinator, hvor tilbakemeldingen fra brukere, helsepersonell og tilsyn er at det er et stort behov for å sikre kunnskap om oppgave- og ansvarsfordelingen knyttet til dette. Det er i handlingsplanen lagt opp til tiltak blant annet rettet mot å utarbeide felles retningslinjer for individuell plan og koordinator.⁵²

52) Planen ble lagt fram i overordnet samhandlingsutvalg i februar 2017 og ble deretter sendt på høring til kommuner, regionråd, helseforetak og brukerutvalg. Et revidert utkast blir deretter lagt fram for overordnet samhandlingsutvalg for godkjenning og videre distribuering til partene for gjennomføring.

Flere helseforetak har skriftlige prosedyrer for standardiserte pasientforløp for ulike pasientgrupper, som for eksempel for pasienter med kreft, hjerneslag og hoftebrudd. Pasientforløpsarbeidet skal bidra til å tydeliggjøre hvem som har ansvar for hvilke deler av den behandlingen og omsorgen pasienten får av den totale helsetjenesten. Hensikten er blant annet å gi pasienter bedre pasientforløp gjennom å styrke tverrfaglig samarbeid og koordinering mellom ulike faggrupper i helsetjenesten.

Tiltak for å fremme helhetlige pasientforløp og godt samarbeid med kommunehelsetjenesten

I sine svarbrev viser alle de åtte helseforetakene til at de har ulike prosjekter for tverrfaglig samarbeid med kommunehelsetjenesten om eldre pasienter med mange lidelser. Noen av disse tiltakene går fram av tekstboks 4 nedenfor.

Faktaboks 4 Om prosjekter for tverrfaglig samarbeid mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten

- Ved UNN HF deltar et pasientsentrert team, som er et samarbeid med kommunehelsetjenesten i utskrivningsprosessen for eldre pasienter med flere lidelser. Teamet deltar i utskrivningsplanlegging og hjemmebesøk, og samarbeider med kommunal hjemmetjeneste den første tiden etter utskrivelse. Sengepostene i UNN HF henviser pasienter til pasientsentrert team ved behov for helhetlig tilnærming når det gjelder utskrivningsplanlegging og videre oppfølging etter utskrivning. Teamet koordinerer samarbeidet mellom involverte parter både internt i sykehus, og med kommunal tjeneste og fastleger, inntil ordinær helsetjeneste overtar. Det er laget særskilte prosedyrer for dette teamet.
- Helse Møre og Romsdal HF har et samhandlingsprosjekt med kommunehelsetjenesten rettet mot den eldre multisyke pasienten, hvor hensikten er å lage et standardisert pasientforløp for denne gruppen. Her arbeides det med tiltak for å sikre overgangene mellom tjenestenivåene, og det er utarbeidet tre sjekklister som er blitt testet ut ved sykehusene i Møre og Romsdal og fire kommuner.
- «Vel hjem»-prosjektet ved OUS HF kartlegger brister i pasientforløpene for den multisyke pasienten internt i sykehuset eller i overgangen mot primærhelsetjenesten. Pasientens egen medvirkning og pårørendes perspektiv er sentralt, og det gjøres tverrfaglige vurderinger hvor ulike faggrupper er med.
- Helse Bergen HF viser til at en god utreise betinger god planlegging helt fra innkomst, og at dette er spesielt viktig for pasienter med sammensatte lidelser. Helseforetaket har derfor etablert et nytt utredningsmottak som tilbyr tverrfaglig utredning og behandling, henter inn spesialistkompetanse ved behov og har kontakt/koordinering med kommunehelsetjenesten.
- St. Olavs hospital HF opplyser om at et generisk pasientforløp er under utarbeidelse. Dette er et diagnoseuavhengig pasientforløp som gjelder for pasienter som har kommunale tjenester før innleggelse og etter utskrivning. Dette skal sikre at pasienter som for eksempel har behov for individuell plan, blir kartlagt og fulgt opp. Pasientforløpet skal også sikre at det blir oppnevnt koordinator ved behov. Helseforetaket arbeider med å fastslå et system for hvordan standardiserte pasientforløp fra hjem til sykehus og tilbake til hjemmet skal utvikles og besluttes for alle kommuner og sykehuset.

Flertallet av de åtte helseforetakene oppgir at det å arbeide for gode pasientforløp og planlegge utskrivning godt i samarbeid med kommunehelsetjenesten er blant de viktigste tiltakene for å redusere reinnleggelser. Kunnskapscenteret har også påpekt at

godt planlagt utskrivning i samarbeid med pasient/pårørende og kommunehelsetjenesten er blant de viktigste tiltakene for å redusere unødvendige reinnleggelser.⁵³

2.3 Praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

Intervjuene viser at et viktig kjennetegn ved en god utskrivningspraksis er at det er god kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i hele utskrivningsprosessen. Det betyr at både utvekslingen av pleie- og omsorgsmeldinger og annen dialog fungerer godt, og at begge behandlingsnivåene får den informasjonen de har behov for. Forutsetninger for en god praksis er at sykehus starter tidlig med planlegging av utskrivningen i samarbeid med kommunehelsetjenesten og har et godt internt tverrfaglig samarbeid. Videre viser intervjuene at et annet viktig kjennetegn er at kommunehelsetjenesten tar imot pasienter når de er utskrivningsklare.

Motsatt kjennetegnes en dårlig utskrivningsprosess av dårlig kommunikasjon internt på sykehuset og mellom behandlingsnivåene, at utskrivningsklare pasienter blir liggende lenge på sykehuset i påvente av korttids plass i kommuner, eller at pasienter skrives ut for tidlig og blir reinnlagt.

Flere undersøkelser bekrefter at dårlig kvalitet på informasjonen som utveksles med kommunehelsetjenesten, er en vanlig utfordring i utskrivningsprosessen⁵⁴, og at sykehusenes vurdering av om en pasient er utskrivningsklar, påvirkes av tilbudet i kommunehelsetjenesten.⁵⁵

2.3.1 Kvaliteten på informasjonen som utveksles med kommunehelsetjenesten

Helseforetakene som er undersøkt, har sendt oversikter over de siste 20 samhandlingsavvikene mellom helseforetakene og kommunene. Vanlige samhandlingsavvik meldt fra kommunene omhandler kvaliteten på den informasjonen som blir sendt fra sykehuset, som mangelfulle epikriser og feil i medisinalister. Videre omhandler avviksmeldinger dårlig kommunikasjon om helsetilstand og behov for hjelpemidler, feil pasientdokumentasjon, forskuttering av omsorgsnivå ved utskrivelse og at pasienter skrives ut uten hjelpemidler de har behov for. Andre avvik i pleie- og omsorgsmeldingene er rettet mot at sykehusene ikke har meldt fra at pasienter er innkommet på sykehus, at helseopplysninger ikke er oppdaterte, at pasienter er utskrivningsklare, eller at de har behov for hjelpemidler.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, viser også at informasjonen som utveksles mellom behandlingsnivåene, er mangelfull.⁵⁶ Dette gjelder særlig pasienters medisiner og funksjonsnivå. Videre har internrevisjonen i Helse Sør-Øst påpekt at epikrise i ulik grad inneholder alt innhold som er avtalt, at det i ulik grad redegjøres for endringer i medisinering fra innkomst på sykehuset, og at endringene ikke alltid begrunnes. I tillegg viste internrevisjonen til at det ikke er etablert rutiner for hvordan det skal dokumenteres i journal at medikamenter/resepter er sendt med pasienter.⁵⁷

53) Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet, 21.05.2015, Reinnleggelse kan unngås med sammensatte tiltak, <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/reinnleggelse-kan-unngas-med-sammensatte-tiltak>.

54) Helsetilsynet 1/2016, *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*. Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Norsk sykepleierforbund, 2010, *Utskrivningsklare pasienter – Hvem er de og hvor hører de hjemme?* En analyse gjennomført av Analysesenteret AS for Norsk sykepleierforbund.

55) Frisvoll, 2016, *Og da gjør vi litt som vi vil, likevel – om legers beslutningsmyndighet og utskrivningsklare pasienter*. Norsk sykepleierforbund, 2010, *Utskrivningsklare pasienter – Hvem er de og hvor hører de hjemme?* En analyse gjennomført av Analysesenteret AS for Norsk sykepleierforbund.

56) Helsetilsynet 1/2016, *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

57) Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*.

Intervjuene i enhetene ved de tre helseforetakene bekrefter at kvaliteten på informasjonen som sykehus sender kommunene, er mangelfull. Dette gjelder særlig epikriser/medisinlister og om pasienters funksjonsnivå. Intervjuene viser at det er flere forklaringer på dette:

- Informasjonen som følger med pasient ved innleggelse
- Dokumentasjon i pasientjournal av vurderinger underveis i oppholdet
- Faktorer som påvirker kvaliteten på informasjonen
- Kvalitetskontroll av informasjonen til kommunehelsetjenesten

Informasjonen som følger med pasient ved innleggelse

Gjennomgående mener legene og sykepleierne som ble intervjuet, at det ofte er dårlig kvalitet på informasjon fra kommunehelsetjenesten om pasienters medisinbruk og funksjonsnivå ved innleggelse. Dette gjelder spesielt ved akutte innleggelser, men også planlagte innleggelser. De mener at kommunehelsetjenesten ofte sender utdaterte medisinlister og lite relevant informasjon om pasienters sykdomshistorie til sykehuset. Dette gjør det krevende for sykehusene å få til korrekte medisinlister, og det kan også få konsekvenser for pasientbehandlingen og medisinlister som sendes til kommunehelsetjenesten.

Ved innleggelse gir kommunehelsetjenesten helseforetak informasjon om pasienters normale funksjonsnivå angitt med tallverdier fra 1 til 5 ut fra IPLOS-systemet.⁵⁸ Nesten alle sykepleierne som ble intervjuet, synes at det gir for lite informasjon om pasienters funksjonsnivå, og foretrekker en beskrivelse med ord. IPLOS-systemet er vanskelig å forstå for sykepleiere, fordi helseforetakene ikke bruker systemet. Det hender også at det mangler informasjon om pasienters funksjonsnivå ved innleggelse. Dette vanskeliggjør vurderingen på sykehus av faktisk funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskrivning. Videre må sykehus ifølge informantene bruke mye ressurser på å hente inn informasjon som mangler ved innleggelse. Dette er i tråd med en tidligere undersøkelse som viste at mange helseforetak får mangelfull informasjon om pasientens funksjonsnivå fra kommunene i forbindelse med at pasienter legges inn på sykehus, og at medikamentlistene også ofte er ufullstendige.⁵⁹

Dokumentasjon i pasientjournal av vurderinger underveis i oppholdet

Gjennom intervjuene kommer det fram at god informasjon i pasientjournaler er en forutsetning for at informasjonen som går ut til kommunehelsetjenesten, blir god, siden leger henter informasjon fra journalen når de lager epikriser og medisinlister. Både leger og sykepleiere ved undersøkte enheter påpeker at pasientjournaler tidvis er utdaterte og har dårlig kvalitet, for eksempel ved at det skrives for mye om uvesentlige forhold, eller at viktig informasjon ikke er dokumentert i journalen. Denne utfordringen nevnes også i en oppsummering fra Helse Møre og Romsdal HF's fagdager om pleie- og omsorgsmeldinger i 2016.

Pleie- og omsorgsmeldinger som utveksles med kommunehelsetjenesten, inngår i pasienters journaler. Sykepleiere forklarer dårlig kvalitet på pleie- og omsorgsmeldinger med at noen sykepleiere ikke har god nok forståelse for hva slags opplysninger kommunehelsetjenesten har behov for, at det er uklart hva som skal skrives i pleie- og omsorgsmeldingene, og at det er vanskelig å vite hvilken melding som skal sendes når.

58) IPLOS-registeret inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. Formålet er å gi grunnlag for forskning, kvalitetssikring, planlegging og styring av helse- og omsorgstjenesten.

59) Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.*

Andre faktorer som påvirker kvaliteten på informasjonen

Sen utsending av epikriser til kommunehelsetjenesten er en utfordring. Ifølge samhandlingsrådgivere ved et av helseforetakene der det ble gjennomført intervjuer, er sjudagersfristen i den nasjonale kvalitetsindikatoren⁶⁰ godt innarbeidet, og det er vanskelig å få forståelse i fagavdelingene for at fullstendig epikrise må sendes med pasienten og oversendes kommunehelsetjenesten når pasienter skrives ut. Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2015 bekrefter at informasjonen ofte kommer for sent til kommunehelsetjenesten.⁶¹

I nesten alle intervjuene kommer det fram at en vanlig årsak til mangelfull og forsinket informasjon ut til kommunehelsetjenesten er tidspress på sykehuset. Det oppgis at utskrivning normalt går bra så lenge leger og sykepleiere har nok tid til å gjøre jobben. Det er ifølge informantene viktig å ha tid til å finne informasjon i journalen som er relevant for epikrisen, og å koordinere de ulike faggruppene på sykehuset som bør være involvert i utskrivningsprosessen.

Både leger og sykepleiere påpeker at når sykehuset seint på dagen får beskjed fra kommunehelsetjenesten om at en pasient har fått sykehjemsplass og må ut samme dag, kan dette føre til dårlig kvalitet på informasjonen ut til kommunehelsetjenesten. Desto senere på dagen beskjed om utskrivning kommer, jo høyere tidspress gir dette sykehuset. Mange ytrer derfor et ønske om at informasjon om utskrivning av en pasient samme dag kommer så tidlig som mulig på dagen fra kommunehelsetjenesten.

Geriatrici er en medisinsk spesialitet som er konsentrert om sykdommer hos eldre. Gjennom intervjuer kommer det fram at det tverrfaglige samarbeidet og involvering av andre faggrupper er tettere og mer satt i system ved geriatriske sengeposter enn ved ortopediske. Ved geriatriske sengeposter er fysioterapeuter og ergoterapeuter mer involvert og til stede på sengepostene, noe som gjør det tverrfaglige samarbeidet lettere. Informanter forteller at det er vanlig med faste tverrfaglige møter flere ganger i uka på geriatriske sengeposter. I slike møter blir det gjort tverrfaglige vurderinger av aktuelle pasienter, der flere faggrupper er til stede, altså lege, sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og eventuelle andre faggrupper ved behov.

Av intervjuene kommer det fram at geriatriske sengeposter utarbeider tverrfaglige notater som inneholder vurderinger fra flere faggrupper og har mye informasjon om pasienters funksjonsevne. Notatet inneholder gjerne en tverrfaglig konklusjon, som de diskuterer på de tverrfaglige møtene. Det tverrfaglige notatet skal også sendes med pasienten. Det er ofte bare sykepleiesammenfatning og epikrise som går elektronisk. Leger tar imidlertid ofte inn en tverrfaglig omtale i epikrisen.

At geriatriske sengeposter har et større innslag av helhetlige og tverrfaglige vurderinger av pasienter enn ortopediske sengeposter, bekreftes av annen forskning. En forskningsartikkel om utskrivning av eldre pasienter viser at geriatriske avdelinger tar mer helhetlige beslutninger og tar hensyn utover det medisinske, som å vurdere daglige aktiviteter, kognisjon, sosial støtte, psykologisk velvære og psykososiale faktorer.⁶²

Mange av informantene ved enheter i alle de tre helseforetakene mener at det er for lite geriatrisk kompetanse i helseforetaket. Flere informanter på ortopediske

60) Denne indikatoren viser andel epikriser sendt fra sykehusene innen én og sju dager etter at pasienten er skrevet ut fra somatisk helsetjeneste. Epikrisetid beskriver tiden fra pasienten skrives ut til epikrisen er sendt. Denne tiden er et uttrykk for samhandling og kommunikasjon mellom ett behandlingssted og øvrig helse- og omsorgstjeneste.

61) Helsetilsynet 1/2016, *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

62) Laugaland et al. BMC Health Services Research 2014, *Hospital discharge of the elderly – an observational case study of functions, variability and performance-shaping factors*.

sengeposter ønsker mer samarbeid med geriater. For eksempel oppgir en lege på en ortopedisk sengepost at mange pasienter kommer inn på grunn av fall, og at det er viktig å gjøre en vurdering av fallrisiko, ernæring, benskjørhet og lignende for disse pasientene.

I svarbrevene fra flere helseforetak og i intervjuer påpekes det at innføring av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger i vesentlig grad har lettet samhandlingen mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter. Imidlertid kommer det fram i intervjuer at dialogen mellom sykehuslege og fastlege er utfordrende, fordi det for flere sykehus er vanskelig eller ikke mulig å sende elektroniske meldinger til fastlegen. Ved enkelte sykehus må leger ringe samme telefonnummer til legekontor og stå i samme telefonkø som alle andre. Utfordringen dreier seg særlig om medisinlister.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter har en sentral rolle i å kartlegge og vurdere eldre innlagte pasienters funksjonsnivå vedrørende blant annet fallrisiko og kognitive evner. Disse vurderingene er det viktig at tilsvarende faggrupper i kommunene får informasjon om, for at kommunehelsetjenesten skal kunne ta stilling til hvilken hjelp pasienten skal motta etter utskrivning. Likevel viser intervjuene at fysioterapeuter og ergoterapeuter ikke har skrivetilgang i systemet for pleie- og omsorgsmeldinger, og at de er avhengig av at sykepleier eller lege legger inn deres vurderinger av pasienters funksjonsnivå i informasjonen som sendes til kommunehelsetjenesten. Videre kommer det fram at informasjon om pasienters funksjonsnivå ved utskrivning fra sykehus ikke alltid når fram til rette instans eller tilsvarende faggrupper i kommunene. For at pasienten skal kunne videreformidle informasjon om funksjonsnivå til rette instans eller faggruppe i kommunehelsetjeneste, blir blant annet fysioterapeutnotater med sensitive personopplysninger sendt med pasienten ved utskrivning eller ettersendt i posten dersom de ikke er klare på utskrivningstidspunktet.

Kvalitetskontroll av informasjon til kommunehelsetjenesten

Det går fram av mange intervjuer med sykepleiere at det er lite kvalitetssikring av innholdet i sykepleiedokumentasjon som sendes til kommunehelsetjenesten. Intervjuene viser at overleger kvalitetssikrer epikriser og medisinlister gjennom et opplegg med kontrasignering, der overlege kontrollerer og signerer det turnus- eller LIS-leger har skrevet. Noen leger forteller at de ikke alltid har tid til å forbedre epikrisene tilstrekkelig før de sendes med pasienter.

Et flertall av leger og sykepleiere som ble intervjuet, mener at samstemming av medisinlister er en utfordring, og at det varierer mellom enhetene hvordan de kvalitetssikres. Der det er mye samarbeid med farmasøyter, uttrykker intervjuede leger og sykepleiere at de i hovedsak er fornøyde med den hjelpen de gir. Sengeposter med geriatriske pasienter har særlig nytte av en klinisk farmasøyt, fordi pasientene ofte bruker flere ulike medisiner. Enkelte av de som er intervjuet, påpeker at de burde hatt farmasøyt ved avdelingen, fordi det er arbeidskrevende å gå gjennom medisinlister, og farmasøyter har kompetanse om medisiner og hvordan medisiner virker sammen.

En av de undersøkte enhetene har en egen utreisekoordinator for pleie- og omsorgsmeldinger, som har hovedansvar for meldingsutvekslingen med kommunehelsetjenesten. Hensikten er å fremme god informasjon til kommunehelsetjenesten gjennom pleie- og omsorgsmeldingene. Vedkommende har også opplæring av sykepleierne om hva meldingene burde inneholde. Noen av informantene mener at en egen utreisekoordinator er en fordel både for sykepleiere og kommunehelsetjenesten, mens andre mener at en slik ordning er for personavhengig og derfor vil være sårbar når vedkommende ikke er til stede.

Internrevisjonen i Helse Sør-Øst viste til at det i ulik grad er etablert praksis for kvalitetssikring av epikrise som sendes med pasienten, og at det i ulik grad er gjennomført tiltak for å sikre at epikrise eller tilsvarende informasjon som sendes, inneholder den informasjonen som er avtalt. Internrevisjonen mener at dette gir en risiko for at helsepersonell som skal følge opp pasienten etter utskriving, får feil eller utilstrekkelig informasjon.⁶³

2.3.2 Faktorer som påvirker beslutningen om hvorvidt pasienter er utskrivningsklare

Informantene mener at en pasient er utskrivningsklar når pasienten er stabil, ikke trenger oppfølging på sykehuset, er ferdigbehandlet på sykehus eller er i sin vanlige tilstand. Flere forteller at vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar, innebærer mye skjønn, og at det ikke er enkle kriterier for dette.

Intervjuer viser at det er flere forhold som påvirker beslutningen om en pasient er utskrivningsklar, enn kun en individuell helsefaglig vurdering av at det ikke lenger er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.

Tilbudet i kommunene

Nesten alle informantene som ble intervjuet, mener at sykehusenes utskrivningspraksis påvirkes av det kommunale tjenestetilbudet. De opplever at det er mangel på korttids-plasser i vertskommunene, og at utskrivningsklare pasienter i slike situasjoner kan bli liggende på sykehus i flere uker. I intervjuer kommer det fram mange eksempler på at pasienter ikke får kommunale korttids-plasser, og at sykehusleger ikke finner det forsvarlig å sende pasienter hjem. Informantene mener at det kommunale tjenestetilbudet som eldre pasienter tilbys, ikke alltid samsvarer med det tjenestebehovet som sykehuset mener at pasientene har behov for etter utskriving. Det er eksempler på at leger i slike situasjoner utsetter å melde pasienter som utskrivningsklare, for blant annet å redusere risikoen for eventuell reinnleggelse. Leger forteller i intervjuer om eksempler på krevende samtaler med kommunehelsetjenesten i slike situasjoner.

At sykehusenes utskrivningspraksis påvirkes av det kommunale tilbudet bekreftes av andre rapporter.⁶⁴ For eksempel pekte en rapport fra Norsk sykepleierforbund på at utfordringer knyttet til å sikre en tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten for stadig tidligere utskrevne pasienter med økte krav til kompetanse og kapasitet i kommunen, framsto som den vesentligste hindringen for å kunne redusere antall utskrivningsklare liggedøgn på sykehus.⁶⁵

Intervjuene viser videre at utskrivningspraksis er ulik for pasienter som skrives ut hjem med hjemmehjelp og til sykehjem. Et flertall av informantene forteller at pasienter som har fast institusjonsplass før innleggelse, kan skrives ut tidligere enn lignende pasienter som skrives ut hjem med hjemmehjelp, fordi sykehjem har utstyr og andre ressurser til å håndtere pasientene. Disse pasientene kan også normalt skrives ut i helger. Pasienter som trenger et økt omsorgstilbud utover det de hadde før innleggelse, blir normalt ikke skrevet ut til kommunehelsetjenesten i helgen, fordi det da ikke er noen som kan motta og respondere på meldingene i pleie- og omsorgssystemet.

63) Kernerrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten*.

64) Norsk sykepleierforbund, 2010, *Utskrivningsklare pasienter – hvem er de og hvor hører de hjemme?* En analyse gjennomført av Analysesenteret AS for Norsk sykepleierforbund. Frisvoll, 2016, *Og da gjør vi litt som vi vil, likevel – om legers beslutningsmyndighet og utskrivningsklare pasienter*.

65) Norsk sykepleierforbund, 2010, *Utskrivningsklare pasienter – hvem er de og hvor hører de hjemme?* En analyse gjennomført av Analysesenteret AS for Norsk sykepleierforbund.

Tidligere undersøkelser,⁶⁶ svar på spørrebrev og intervjuer tyder på at konsekvensen av et for dårlig tilbud i kommuner kan være reinnleggelser. OUS HF viser i sitt svarbrev til at redusert bruk av korttidsopphold på sykehjem kan medføre en økning i reinnleggelser. Flere av informantene som ble intervjuet i enhetene ved de tre helseforetakene, forteller om eksempler på pasienter som ble reinnlagt fordi kommunen ikke hadde institusjonsplass for pasienten. På den annen side viser et annet helseforetak i sitt svarbrev til at antallet reinnleggelser kan gå ned når sykehjemmene i opptaksområdet har bedre forutsetninger for å ivareta egne pasienter, blant annet ved at de selv gir intravenøs antibiotika og blodtransfusjoner.

Utskrivningspress og kapasitet

Intervjuene viser at når det er travelt med nye pasienter i akuttmottaket, og når det er mange korridorpatienter, kan dette påvirke utskrivningspraksisen. Nesten alle leger og sykepleiere som ble intervjuet, opplever til stadighet et utskrivningspress for å få plass til nye pasienter. Presset medfører at de skriver ut flere pasienter tidligere enn det de gjør til vanlig, og noen ganger tidligere enn pasienter selv ønsker. Noen informanter mener at enkelte pasienter skrives ut for tidlig. Det er imidlertid ingen av de som ble intervjuet, som mener at pasienter skrives ut uforsvarlig tidlig. Også en forskningsartikkel viser at leger opplever et utskrivningspress når sengeposter er fulle.⁶⁷

Det kommer fram i intervjuer at risikoen for reinnleggelser kan være høyere i perioder med mange korridorpatienter. To helseforetak viser i svarbrev til at økt utskrivningspress kan medføre en økning i reinnleggelser. Innføringen av kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, sammen med en generell og ønsket reduksjon i antall døgnplasser i sykehusene, har ifølge OUS HF bidratt til et økende tempo i utskrivningsprosessen. OUS HF påpeker at pasientene skrives ut så snart det ansees forsvarlig, og at dette i noen grad kan være til hinder for at pasienter med behov for det får mer tid på sykehuset. St. Olavs hospital HF påpeker at de opplever et økt utskrivningspress grunnet redusert sengetall på tross av økt antall pasienter, og at dette kan øke risikoen for en for tidlig utskrivning.

Andre forhold som påvirker beslutningen om hvorvidt en pasient er utskrivningsklar

Intervjuene viser at avstand fra sykehuset til pasienters bosted også kan ha noe å si for utskrivningstidspunktet, men først og fremst av praktiske årsaker – for eksempel dersom de må vente på ledig ambulansetransport eller rutebuss. Enkelte pasienter sendes ut senere hvis det er langt å dra. Noen informanter påpeker at det ikke er avstanden i seg selv som bestemmer om en pasient er utskrivningsklar, men om det er medisinsk forsvarlig.

Videre kan lav bemanning i helger/ferier medføre at noen utskrivninger blir forskuttet, mens andre utskrivninger kan bli utsatt. Noen informanter forteller at de melder pasienter utskrivningsklare uansett bemanning.

I tillegg oppgir informanter at pasienter ofte ønsker å ligge lenger på sykehus enn det som er nødvendig ut fra sykehusets helsefaglige vurderinger, og at dette påvirker legers vurderinger av om pasienter er utskrivningsklare. Informanter forteller at de ikke sjelden opplever at pasienter ikke vil reise hjem, og at det ikke er så lett å skrive ut disse.

66) Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*, kap. 2.2 «Både for tidlig utskrivning og mangler ved det kommunale tjenestetilbudet, er årsaker til at flere pasienter blir reinnlagt i sykehus innen 30 dager etter utskrivning til kommunen, ifølge helseforetak og kommuner.»

67) Laugaland et al. BMC Health Services Research 2014, *Hospital discharge of the elderly – an observational case study of functions, variability and performance-shaping factors*.

St. Olavs hospital HF har inngått andre avtaler med kommuner om utskrivningsklare pasienter enn det som er vanlig. Det er avtalt at pasienter ikke er utskrivningsklare før kommunen har fått all nødvendig informasjon, inklusive epikrise og overflyttingsnotat. Pasienten er imidlertid ikke utreiseklar før sykehuset har fått beskjed fra kommunen om at de kan ta imot pasienten. Dette begrenser helseforetakets muligheter for inntjening fra kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Samtidig har kommunene forpliktet seg til å imot utskrivningsklare pasienter samme dag som de meldes. Dersom kommuner ikke svarer eller svarer at de ikke kan ta imot pasienten, er det avtalt at sykehuset kan ta betalt fra dag én.

Internrevisjonen i Helse Sør-Øst fant en rekke svakheter når det gjelder sykehusenes vurdering av om en pasient er utskrivningsklar. De fant at kommunene i mange tilfeller får for lite eller for sen informasjon underveis i sykehusoppholdet angående endringer i hjelpebehov og utskrivningstidspunkt, at de ansatte er kjent med gjeldende regelverk i ulik grad, og at det ikke er etablert rutiner for å oppdatere kommunehelsetjenesten. Mulige konsekvenser er at kommunene ikke får optimale forutsetninger til å planlegge mottak av pasienten og at pasienten blir liggende på sykehuset lenger enn nødvendig.⁶⁸

Internrevisjonen pekte videre på at det i ulik grad går fram av journal at lege har vurdert pasient som utskrivningsklar på bakgrunn av gjeldende krav, at legene i ulik grad er kjent med kravene som skal være innfridd for at pasienten skal være utskrivningsklar, og at det i ulik grad er innført rutiner for hvordan det skal dokumenteres. Dette kan ifølge internrevisjonen medføre at vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar ikke blir gjort i tråd med forskriftskravet. Det kan videre, ifølge rapporten, medføre at det ikke går fram av journal at vurderingen av om pasienten er utskrivningsklar er gjort på bakgrunn av gjeldende krav.

2.4 Tilrettelegging for å sikre at utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten er i tråd med pålagte krav

2.4.1 Bruken av lovpålagte virkemidler for å fremme helhetlige pasientforløp og samarbeid med kommunehelsetjenesten

Bruken av samarbeidsavtalene

Intervjuer med enheter i alle de tre helseforetakene viser at innholdet i samarbeidsavtalene og tilhørende tjenesteavtaler er godt kjent hos samhandlingsrådgivere, men ikke så godt kjent hos helsepersonell på sengeposter. Det betyr at helsepersonell ikke alltid vet hva helseforetaket har forpliktet seg til gjennom samarbeidsavtalene når det gjelder utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Dette kom også fram i Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2015 og Riksrevisjonens undersøkelse av samhandlingsreformen.⁶⁹

En samhandlingsrådgiver ved et av helseforetakene der det ble gjennomført intervjuer, oppgir at det er stor variasjon i forståelsen av hva man skal oppnå gjennom samarbeidsavtalen blant de ansatte. Rådgiveren påpeker at det kan være vanskelig for de ansatte å finne fram i jungelen av informasjon på internettsider og i de ulike dokumentene som omtaler samhandling.

68) Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*.

69) Helsetilsynet 1/2016, *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen og Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelsen av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*.

Ved et annet helseforetak opplyser informantene fra samhandlingsenheten at det ikke har vært en intern gjennomgang av hele samarbeidsavtalen, fordi de først må sikre seg at det viktigste, som er meldingsflyten mellom kommunene og helseforetaket, fungerer. Informantene sier de skulle ønske at de hadde mer ressurser til å være ute i fagavdelingene for å informere om arbeidet med samhandling.

Manglende involvering av fastleger i arbeidet med samarbeidsavtaler er funn i flere rapporter.⁷⁰ OUS HF påpeker i sitt brev at det er en systemsvakhet at det ikke finnes rutiner som beskriver overføring av medisinsk ansvar og oppfølging fra sykehus til fastlege/annen kommunal lege ved utskrivning fra sykehus. Mangel på slike rutiner fører ifølge OUS HF til ulik og til dels uforutsigbar praksis, og til at fastlege/annen kommunal lege ofte må overta det medisinske behandlingsansvaret for til dels svært syke pasienter uten å ha mottatt epikrise fra sykehuset.

Evalueringen av samhandlingsreformen viste at samarbeidet mellom kommuner og foretak er godt og konstruktivt, men at avtalene ikke har bidratt til vesentlige endringer i opplevd samarbeid. Forskningen viser at kommunene ikke opplever endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid. Noe av dette forklares ved at det fortsatt er sykehuslegene som har definisjonsmakten i vurdering og beslutning om en pasient er utskrivningsklar, mens medisinsk kompetanse på kommunesiden ofte ikke blir involvert i slike beslutninger.⁷¹

Ivaretakelsen av veiledningsplikten

Helseforetakene har ulike måter å følge opp veiledningsplikten på. Det gis veiledning på individnivå knyttet til enkeltpasienter, samt gjennom møter, kurs, fagdager, faglige nettverk og hospitering. Sykehuset Telemark HF oppgir eksempelvis at det er utviklet en rekke ambulante tjenester innenfor flere fagområder hvor veiledningsplikten ivaretas.

I samarbeidsavtaler er det presisert at helseforetakene ikke kan forespeile eller gi lovnad om et spesifikt kommunalt tjenestetilbud til pasienten etter utskrivning.⁷² Helseforetak er derfor forventet å veilede kommunehelsetjenesten uten å legge føringer på hvilke tjenester kommunen skal yte. Informanter ved enheter i de tre helseforetakene forteller om episoder som viser at det er utfordrende for helsepersonell i helseforetak å veilede om at pasienter har et konkret behov for økt kommunal hjelp etter utskrivning, uten å gi anbefalinger og legge føringer på kommunehelsetjenesten. De forteller at de ikke selv kan gi anbefaling til kommunehelsetjenesten om at pasienter får sykehjemsplass, men at de kan informere om at pasienter ønsker sykehjemsplass. De kan også skrive om økt hjelpebehov, som indikerer et behov for sykehjemsplass.

70) Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelsen av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*, Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2015 (1/2016) og evalueringen av samhandlingsreformen (EVASAM).

71) Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM).

72) Det står i samarbeidsavtalen, delavtale 5a, pkt. 5, mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommuner at: «Dersom pasienten har behov for/endret behov for kommunale tjenester etter utskrivning, har sykehuset plikt til å bistå pasienten med å søke om slike tjenester. Sykehuset skal ikke legge føringer på hvilke tjenester kommunen skal yte.» I tjenesteavtale 5 for UNN HF og kommuner står det i 4.2 punkt 3 at UNN HF ikke skal forespeile spesifikt kommunalt tjenestenivå. I OUS HFs tjenesteavtale 1 med Oslo kommune, punkt 5 står det at avtalepartene ikke kan love tjenester eller tilbud på vegne av den andre parten. Partene skal gi hverandre relevant og oppdatert informasjon og derved sette den andre parten i best mulig stand til å sette i verk riktig tiltak/behandling/tjeneste. I Sykehuset Telemark HF's delavtale 4.3.1 med kommuner om innleggelse og utskrivningsklare pasienter, punkt 5.3, står det at sykehuset ikke skal uttale seg om hvilken tjeneste pasienten bør få etter utskrivelse, enten det gjelder hjemme eller i institusjon, men først og fremst beskrive funksjonsnivå og hjelpebehov. I Helse Fonna HF's tjenesteavtale 5 med kommuner står det under 6.2.1: «Helseforetaket skal berre informere om kva hjelpebehov det kan søkjast om bistand til. Kommunen vurderer og bestemmer kva tiltak pasienten/ brukaren skal få tilbud om, og i kva omfang.»

Oversiktene over 20 samhandlingsavvik fra de åtte helseforetakene viser at to av helseforetakene har avvik der kommuner mener at helseforetak forskutterer omsorgsnivået ved utskrivelse.

Bruken av individuell plan og koordinator

Intervjuene viser at samhandlingsrådgivere har kunnskap om individuell plan og koordinator, men at det er få av de som arbeider med utskrivning i det daglige, som har kjennskap til og vurderer om pasienter har behov for individuell plan og koordinator. Svarbrevene og intervjuene tyder på at individuell plan og koordinator sjelden blir brukt for eldre pasienter med sammensatte lidelser ved undersøkte enheter. For eksempel påpeker et helseforetak i sitt svarbrev at det er få eldre pasienter med sammensatte lidelser som har en egen individuell plan, og at denne pasientgruppen har et stort behov for koordinering av tjenestene fra sykehus og kommuner. Det kommer også fram i intervjuer at kommunehelsetjenesten ikke vanligvis informerer sykehusene om pasienter har individuell plan og/eller koordinator, og at sykehus heller ikke etterlyser slik informasjon.

Dette bekreftes av internrevisjonen i Helse Sør-Øst, som har påpekt at det i liten grad blir vurdert om pasienten kan ha behov for individuell plan og koordinator.

Internrevisjonen viste at det i ulik grad er utviklet prosedyrer for vurdering av behovet for individuell plan og koordinator, og at der disse foreligger, er de i liten grad innført i reviderte enheter. Etablerte prosedyrer er ifølge rapporten ikke godt nok kjent i de reviderte enhetene. Av rapporten går det videre fram at det er en risiko for at pasienter som har behov for individuell plan, ikke får oppfylt denne rettigheten, eller at arbeidet med individuell plan forsinkes.⁷³

Flere av sykepleierne forteller at de ikke bruker individuell plan, men en behandlingsplan. Ifølge veileder for individuell plan⁷⁴ kan behandlingsplaner inngå som en del av den individuelle planen. Noen mener at individuell plan først og fremst er et kommunalt ansvar.

Helse Møre og Romsdal HF viser i sin handlingsplan om koordinerende enheter, individuell plan og koordinator til at arbeidet med individuell plan ikke blir prioritert. Det går videre fram at man opplever manglende kjennskap i helseforetaket om plikten til å informere pasienter om at de har rett til å få utarbeidet individuell plan. Dersom pasienten ønsker dette, skal det sendes melding til kommunen og dokumenteres i journalen, men det erfarer at dette i liten grad blir fulgt opp.

I Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen gikk det fram at halvparten av kommunene og helseforetakene mente at koordinator og individuell plan bare i begrenset grad bidrar til å sikre helhetlige pasientforløp for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Videre viste undersøkelsen at mens kommuner og foretak som ble intervjuet, var positive til intensjonene som ligger bak individuell plan og koordinator, mente flere kommuner at individuell plan i liten grad fører til bedre samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, fordi denne planen ikke er tilpasset den måten arbeidet i sykehusene er organisert på.⁷⁵

73) Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*.

74) Helsedirektoratet, Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

75) Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelsen av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*.

2.4.2 Opplæring i regelverk, prosedyrer og rutiner for utskrivning av pasienter

Alle de åtte helseforetakene svarer at de lærer opp de ansatte i arbeidet med utskrivning av pasienter. Dette innebærer opplæring i de aktivitetene som ligger i utskrivningsprosessen, med tilhørende regelverk og prosedyrer. Opplæringen foregår både gjennom opplæringsprogrammer og nettkurs. Det blir også arrangert «workshops» eller fagdager felles for kommuner og foretak hvor det blir lagt vekt på samhandling og meldingsutveksling. Det ble ved innføringen av elektronisk meldingsutveksling med kommunene gjennomført en egen opplæring ved flere helseforetak. Det følger av intervjuene at en viktig del av opplæringen skjer gjennom at de ansatte lærer opp hverandre i det daglige arbeidet.

Enhet for samhandling ved helseforetakene skal kunne gi opplæring om samhandling til avdelingene i helseforetaket. Det kommer fram gjennom intervjuer at det kan være utfordrende for samhandlingsenheten å nå fram til fagavdelingene med sine bidrag til kompetanseheving om samhandling, og at en del av opplæringen frivillig.

Internrevisjonen i Helse Sør-Øst påpekte at det i liten grad er etablert opplæringstiltak for å sikre at legene kjenner sitt ansvar og sine oppgaver i prosessen med utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.⁷⁶

2.4.3 Rapportering og håndtering av samhandlingsavvik og klager

Svarbrevene fra de åtte helseforetakene inneholder en rekke prosedyrer og rutiner for melding, håndtering, evaluering og læring av avvik. Alle helseforetakene har egne systemer for håndtering av uønskede hendelser og avvik, og de oppgir at avvikene blir tatt opp i ulike interne fora som ledermøter, personalmøter, driftsmøter, kvalitetsforum og kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. I tillegg er samhandlingsavvik også tema på møter mellom helseforetaket og kommuner, som for eksempel i sentralt kvalitetsutvalg/kvalitetsforum, arbeidsgrupper for regioner og styringsgruppe for samhandling.

Dersom kommunene eller helseforetaket ikke følger rutiner og prosedyrer som er avtalt i samarbeidsavtalen, foreligger det et avvik. Da kan det meldes om samhandlingsavvik, og det skal være etablert et system for melding av avvik innenfor alle samarbeidsområder som omfattes av avtalen. Avvik kan meldes på to måter. UNN HF beskriver skillet mellom de to typene avvik ved at feilsendinger eller mangelfulle opplysninger sendes som avvik direkte gjennom pleie- og omsorgssystemet. Hendelser som er avvik fra overordnet samarbeidsavtale og/eller vedtatte retningslinjer, skal meldes som en uønsket samhandlingshendelse gjennom et eget skjema.⁷⁷

St. Olavs hospital HF oppgir eksempelvis i sitt svarbrev at hver klinikk har et kvalitetsutvalg som gjennomgår mottatte avviksmeldinger. Parallelt følges meldingene opp på systemnivå overfor sykehusets kvalitetsutvalg ved en mer trendbasert gjennomgang. Sykehusets kvalitetsutvalg består av samtlige klinikkssjefer, representanter fra brukerutvalg, foretakstillitsvalgte og sykehusets strategiske ledelse.

Gjennom intervjuene med sykepleiere og leger kommer det fram at det er få som melder om samhandlingsavvik til kommunene. En del oppgir at de heller ikke vet hvordan de skal melde om samhandlingsavvik dersom de hadde ønsket å gjøre det. Det er for eksempel mange som forteller at den informasjonen som kommer inn med pasienten, er for dårlig, men at de likevel ikke melder avvik på slike forhold. Flere av informantene mener at kommunene melder avvik på helseforetakene i mye større grad enn det helseforetakene melder på kommunene i undersøkte enheter.

76) Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*.

77) Retningslinjer for sending og mottak av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) mellom UNN HF og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.

I intervjuer går det fram at flere sykepleiere er lite kjent med samhandlingsavvik som rapporteres inn. Det er normalt sykepleierne som mottar avviksmeldingene som kommer gjennom pleie- og omsorgsmeldingene. Sykepleiere i undersøkte enheter påpeker at de kjenner til avvik som blir meldt gjennom pleie- og omsorgssystemet, men ikke samhandlingsavvik.

Gjennom intervjuene kommer det fram at registrerte avvik og mottatte klager håndteres og følges opp der situasjonen har skjedd for å unngå at lignende avvik skjer i framtiden. Videre kommer det fram at det i undersøkte enheter gjennomføres få egeninitierte systematiske aktiviteter for å kontrollere om utskrivningspraksis i klinikk, avdeling eller på sengepost er korrekt eller avdekker svakheter og problemer med etterlevelse av pålagte krav.

Rådgivere for samhandling ved et av helseforetakene mener at det er en utfordring å nå ut til fagavdelingene med avvik som er rapportert inn til postmottaket, og som først er gått til samhandlingsenheten. Det er usikkerhet knyttet til hvem som har det overordnede ansvaret for avvikshåndteringen av fagavdelingene og samhandlingsenheten. Det blir videre opplyst fra samhandlingsrådgivere ved et annet helseforetak at avviksrapporteringssystemet ikke har gode nok analysemuligheter. Rådgiverne oppgir at de ikke kan velge ut områder de ønsker å se nærmere på som følge av manglende filteringsmuligheter. Det er heller ikke lett å kvalitetssikre det som rapporteres inn, fordi det ikke er lett å måle feilkilder.

Internrevisjonen i Helse Sør-Øst påpekte også noen svakheter i intern styring og kontroll som omhandler melding og bruk av avvik. De fant at det i liten grad er etablert praksis for å melde avvik internt i helseforetaket ved feil og mangler i prosessen med utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten, og at informasjon fra prosessen i liten grad benyttes til helhetlig overvåking av prosessen. Internrevisjonen pekte i tillegg på at utskrivningsprosessen i liten grad er kartlagt for å identifisere og vurdere risikoer (som kan hindre måloppnåelse) som bakgrunn for å sette i gang tiltak for å håndtere risiko.⁷⁸

De åtte helseforetakene ble bedt om å oversende oversikter over klager fra pasienter og pårørende om utskrivningsprosessen. Noen helseforetak⁷⁹ oppgir at de ikke har oversikt over dette eller at det er tidkrevende å skaffe en slik oversikt, mens andre svarer at det er ingen eller få klager fra pasienter og pårørende. Et helseforetak opplyser om klager på blant annet manglende oppfølging og epikriser, samt rot ved utskrivning.

Seks av de åtte helseforetakene opplyser at de i perioden 2012–2016 har hatt tvistesaker med kommunehelsetjenesten i tvisteløsningsnemnda, som behandler tvister mellom kontraktspartene i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak. Flertallet av sakene i nemnda er tvister om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (ti av femten avgjørelser i tvister i perioden 2013–2016⁸⁰). Det kommer også fram i intervjuer ved de tre helseforetakene at det forekommer uenigheter med kommuner om betaling for utskrivningsklare pasienter. Også evalueringen av samhandlingsreformen bekrefter at det er utskrivningsklare pasienter som skaper størst uenighet og oftest havner i tvisteløsningsnemnda. Evalueringen viser at terskelen for å ta en sak til tvisteløsningsnemnda er høy, og de få sakene som havner der, gjelder prinsipielle spørsmål.⁸¹

78) Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, årsrapport 2014, vedlegg 2 *Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*.

79) Helse Bergen HF, Nordlandssykehuset HF og UNN HF.

80) Tvisteløsningsnemnda, <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/tvistelosningsnemnda>.

81) Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM).

3 Vurderinger

3.1 Omfanget av reinnleggelser har økt svakt i perioden 2011–2016

Antall døgnopphold i den somatiske spesialisthelsetjenesten har vært forholdsvis stabilt i undersøkelsesperioden og utgjorde nær 800 000 i 2016. 108 000 av disse gjelder pasienter som ble skrevet ut for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten i eget hjem eller i institusjon, også kalt utskrivningsklare pasienter. Det har vært en økning i antall opphold for denne pasientgruppen i alle helseregioner og for de aller fleste helseforetakene i perioden 2011–2016. Økningen skyldes blant annet at registreringspraksis er endret slik at flere pasienter blir registrert som utskrivningsklare etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette gjelder særlig i starten av perioden.

I undersøkelsesperioden har den totale andelen akutte innleggelser innen 30 dager etter tidligere utskrivning fra sykehus – reinnleggelser – økt fra 9 til 10 prosent. Blant disse har andelen utskrivningsklare pasientene økt, og økningen har vært størst fra 2011 til 2012. For pasienter som skrives ut til hjemmet, uten oppfølging fra kommunehelsetjenesten, har andelen reinnleggelser gått noe ned i perioden. Endringene skyldes blant annet forbedringer av sykehusenes registreringspraksis.

I 2016 var andelen reinnleggelser over dobbelt så høy for pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, som for øvrige pasientene. Hver femte pasient som ble skrevet ut til kommunehelsetjenesten, ble lagt inn på sykehus for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter at han eller hun ble skrevet ut. Reinnleggelse er en nasjonal kvalitetsindikator som det er viktig å følge med på, fordi det kan være uttrykk for dårlig kvalitet i behandlingsforløpet. Etter revisjonens vurdering viser statistikken over reinnleggelser at det er særlige utfordringer med pasientgruppen som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

3.2 Informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, har ikke en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp

En vesentlig forutsetning for å sikre at utskrivningsklare pasienter får helhetlige og koordinerte pasientforløp, er at det er god kvalitet på pasientinformasjonen som helseforetakene sender til kommunehelsetjenesten, og at informasjonen kommer i rett tid. Helseforetakene er pålagt å legge til rette for nødvendig samarbeid med kommunehelsetjenesten, og formen på og innholdet i kommunikasjonen mellom tjenestenivåene er lov- og forskriftsregulert.

Denne undersøkelsen bekrefter tidligere funn om at kvaliteten på informasjon om utskrivningsklare pasienter ikke er god nok, og at helseforetakene har utfordringer med den informasjonen de gir til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig feil og mangler i epikriser, medisinlister og vurderinger av pasienters funksjonsnivå.

Undersøkelsen viser at det er flere forklaringer på at kvaliteten på informasjonen til kommunehelsetjenesten ikke er god nok. Når pasienter innlegges, har informasjonen fra kommunehelsetjenesten ofte feil og mangler om hvilke medisiner pasienten bruker til daglig og hva som er pasientens normale funksjonsnivå. Dette vanskeliggjør sykehusenes oppgaver med å utarbeide korrekt medisinliste og å vurdere pasientens faktiske funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskrivning, sammenlignet med pasientens normaltilstand før innleggelse. Likevel viser undersøkelsen at helsepersonell som arbeider med utskrivning av pasienter på sykehusene, i liten grad gjør kommunehelsetjenesten oppmerksom på disse feilene og manglene.

Innholdet i pasientjournalene utgjør grunnlaget for informasjonen som sendes kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen viser at pasientjournalene til tider ikke er

oppdatert, og at vesentlig informasjon ikke alltid er dokumentert. Dette øker etter revisjonens vurdering risikoen for at blant annet sammenfatningen av journalopplysninger som gis i epikrisen, ikke gir kommunehelsetjenesten god nok informasjon til å kunne ta stilling til hvilken hjelp pasienten skal motta etter utskrivning.

Undersøkelsen viser at det i liten grad er etablert en systematisk opplæring av utførende helsepersonell i regelverk, prosedyrer og rutiner for utskrivning av pasienter. I tillegg gjennomføres det i liten grad rutinemessige kontroller på utførende nivå for å kvalitetssikre informasjonen som sendes til kommunehelsetjenesten i eksempelvis pleie- og omsorgsmeldinger, epikriser og medisinlister. Videre kan tidspress på sykehus medføre at dialogen med kommunehelsetjenesten nedprioriteres, og at kvaliteten på informasjonen som sendes kommunehelsetjenesten, blir svekket eller at informasjonen blir forsinket.

De fleste pasientene som skrives ut til kommunehelsetjenesten, har sammensatte lidelser, og det er viktig med tverrfaglige vurderinger av disse pasientene. Av undersøkelsen går det fram at geriatriske enheter i langt større grad enn andre enheter systematisk gjennomfører tverrfaglige vurderinger av eldre pasienter med sammensatte lidelser. Ved å involvere fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre faggrupper øker sannsynligheten for at pasientinformasjonen til kommunehelsetjenesten får bedre kvalitet og blir mer helhetlig. Etter revisjonens vurdering er det behov for et bedre system for tverrfaglig involvering i arbeidet med vurdering av eldre pasienter med sammensatte lidelser.

Undersøkelsen viser at innføringen av det elektroniske pleie- og omsorgssystemet har forbedret samhandlingen mellom behandlingsnivåene. Det er likevel ikke lagt godt nok til rette for å formidle vurderingene fra fysioterapeuter og ergoterapeuter til kommunehelsetjenesten og for å kommunisere effektivt med fastleger. Etter revisjonens vurdering kan dette medføre at informasjon som er sentral og nødvendig for å vurdere hva som er forsvarlig hjelp for den enkelte pasient, ikke kommer fram.

Å tilby og gi pasienten forsvarlige helsetjenester fordrer at helsepersonell som trenger det, både innad i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, får nødvendig informasjon i rett tid gjennom hele utskrivningsprosessen.

3.3 Helseforetakene følger ikke godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten

Samarbeidsavtaler er et lovpålagt verktøy for å fremme helhetlige pasientforløp og samarbeid mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten. Helseforetakene har inngått samarbeidsavtaler med kommunene. Avtalene har i hovedsak likt innhold og er i tråd med kravene i den nasjonale veilederen om samarbeidsavtaler. I tillegg har helseforetakene etablert en rekke prosedyrer og rutiner som omfatter de avtalefestede forpliktelsene og hvordan brudd på forpliktelsene skal meldes, håndteres, evalueres og følges opp for å sikre læring. Av undersøkelsen går det fram at prosedyrene og rutinene ikke er godt nok kjent blant helsepersonell som til daglig arbeider med pasientbehandling og skriver ut pasienter.

Individuell plan og koordinator er andre lovpålagte samarbeidsfremmende virkemidler for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Selv om de fleste helseforetakene har prosedyrer for individuell plan og koordinator, viser undersøkelsen at disse virkemidlene i praksis er lite kjent, og at de i liten grad brukes for eldre pasienter med sammensatte lidelser. Når helsepersonell ikke har tilstrekkelig kunnskap om pålagte virkemidler for å fremme viktige pasientrettigheter, helhetlige pasientforløp

og samarbeid mellom forvaltningsnivåene, mener revisjonen at helseforetakene i sin styring ikke legger godt nok til rette for at virkemidlene tas i bruk.

Spesialisthelsetjenesten har en generell, lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten, og helsepersonell på sykehusene skal gi råd, veiledning og opplysninger om helseforhold som er påkrevd, for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Samtidig følger det av samarbeidsavtaler at helseforetak ikke skal legge føringer for hvilke tjenester kommuner skal yte til pasienten etter utskrivning, eller vurdere om det kommunale hjelpetilbudet er forsvarlig. Dette gjør at det i praksis er krevende å følge opp veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten på en balansert måte. Etter revisjonens vurdering har helseforetakene ikke avklart godt nok hvordan helsepersonell skal ivareta denne plikten.

Det er forskriftsregulert at en somatisk pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten, og at beslutningen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering. Videre er det lovregulert at kommuner fra dag én skal dekke utgifter for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i spesialisthelsetjenesten i påvente av kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Det kommer fram av undersøkelsen at det kommunale tjenestetilbudet som eldre pasienter tilbys, i mange tilfeller ikke samsvarer med det tjenestebehovet som sykehuset mener pasientene har behov for etter utskrivning. Det er eksempler på at leger i slike situasjoner utsetter å melde pasienten utskrivningsklar, blant annet for å redusere risikoen for eventuell reinnleggelse. En slik praksis er etter revisjonens vurdering forståelig ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv, men den understøtter ikke samhandlingsreformens intensjonen om at tjenester skal ytes på laveste nivå. En slik praksis kan også føre til at liggetider ved helseforetakene øker både i omfang og kostnad.

3.4 Det er mulig å redusere omfanget av unødvendige reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, gjennom en bedre samhandling mellom tjenestenivåene

Mer enn ni av ti pasienter som skrives ut med behov for kommunale tjenester, har flere enn én sykdom. Liggetiden for disse pasientene har blitt kortere i perioden 2011–2016, mens andelen som reinnlegges har økt. Dette henger blant annet sammen med at kortere liggetid på sykehus gir høyere sannsynlighet for reinnleggelse for denne pasientgruppen.

Kortere liggetid er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner, men det stiller særskilte krav til helseforetakene om å ha etablert en praksis som sikrer en god utskrivningsprosess. Påpekte svakheter i pasientinformasjonen kan være en årsak til at pasienter blir unødvendig reinnlagt, fordi kommunehelsetjenesten ikke får godt nok informasjonsgrunnlag til å følge opp pasienten. Unødvendige reinnleggelser skal unngås, og etter revisjonens vurdering er det mulig å redusere antallet slike reinnleggelser for pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

Vedlegg 3: Brev og rapport til sak 3 om effektivitet i sykehus

3.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse-
og omsorgsdepartementet

3.2 Statsrådets svar

3.3 Rapport fra forvaltningsrevisjon av effektivitet
i sykehus



Vår saksbehandler
Nils Erik Bjørge 22241046
Vår dato 01.11.2017
Deres dato
Vår referanse 2017/01312-17
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 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 27. juni, og på departementets svar 16. august 2017.

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. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref
2017/01312-17

Vår ref
16/5179-20

Dato
15. november 2017

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Jeg viser til Riksrevisjonens oversendelse 1. november av saksfremstillingen knyttet til undersøkelsen av effektivitet i sykehus.

Jeg merker meg at Riksrevisjonen vurderer at Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt Stortingets forventninger om å effektivisere pasientbehandlingen, jf. kontroll- og konstitusjonskomiteens innstilling om Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus (Innst. 135 S (2013–2014)).

Riksrevisjonen finner også at det har vært en bedring i sykehusenes effektivitet og at det ikke er indikasjoner på at effektivitetsforbedringer kommer på bekostning av kvalitet. Jeg er enig i at den observerte variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse tyder på at det er ytterligere potensial for å øke effektivitet og kapasitetsutnyttelse i norske sykehus. Jeg deler videre Riksrevisjonens vurdering av at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene bør fortsette arbeidet med å effektivisere pasientbehandlingen, og at erfaringer fra sykehus som har lyktes med god organisering av pasientbehandlingen, overføres til andre sykehus. Jeg støtter Riksrevisjonens anbefaling om at de regionale helseforetakene og helseforetakene vurderer hva som er beste praksis for etterkontroll av hofteprotesepasienter.

Jeg vil følge opp Riksrevisjonens anbefalinger overfor de regionale helseforetakene. Jeg har kommentert enkelte forhold som tas opp i anbefalingene.

Riksrevisjonen påpeker at det er stor avstand mellom departementets tiltak og organiseringen av pasientbehandlingen i sykehusene, og at effektivisering av pasientbehandlingen krever lokal forankring og oppfølging i sykehusene. Det hevdes videre

at det derfor er risiko for at sykehus ikke klarer å effektivisere pasientbehandlingen og samtidig sikre god kvalitet i tjenestene. Jeg mener at dette kan nyanseres. Effektiv drift av sykehus kan være en forutsetning for god kvalitet i tilbudet. For eksempel kan effektivisering frigjøre ressurser som i stedet kan benyttes til kvalitetsforbedring. Videre vil tjenester levert med høy effektivitet og god organisering i mange tilfeller oppleves som tjenester av god kvalitet fra pasientens ståsted. Et lavt nivå på antallet utsatte behandlinger og korte ventetider er konkrete eksempler på dette.

Riksrevisjonen anbefaler at de regionale helseforetakene og helseforetakene vurderer om nivået på rehabilitering ved opptreningsinstitusjoner for hofteprotesepasienter er riktig ut fra faglige og økonomiske hensyn. De regionale helseforetakene har de siste årene redusert rehabiliteringsoppholdene for ortopediske pasienter for å kunne prioritere andre pasientgrupper, for eksempel pasienter med nevrologiske sykdommer. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger i rapporten *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet* (2012), som også er fulgt opp i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Jeg deler Riksrevisjonens vurdering av at det er uheldig at det er variasjon i hvordan ventetider registreres. Departementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre et utredningsarbeid for å vurdere eventuelle endringer i reguleringen av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten og registrering av ventetider. Formålet er bl.a. å forbedre kvaliteten på registreringen, og minske variasjon mellom sykehus og regioner. Oppdraget er gitt som en del av oppfølgingen av Helsedirektoratets rapport om ventetidsregistrering fra 2017, hvor direktoratet uttalte at det er et behov for tiltak for å forbedre registreringen i de pasientadministrative systemene og for å forenkle regelverket.

Med hilsen



Bent Høie

Vedlegg 3.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av effektivitet i sykehus

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Spesialisthelsetjenesten står overfor store utfordringer når det gjelder omstilling i årene framover, blant annet på grunn av økende behov for spesialisthelsetjenester, aldrende befolkning og strammere offentlige budsjetter.¹ Det er derfor viktig at ressursene i spesialisthelsetjenesten utnyttes best mulig, og at kvaliteten i tjenestene styrkes.

Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus (Dokument 3:4 (2013–2014)) viste at det var effektivitetsforskjeller mellom helseforetakene innen utvalgte behandlinger, og i rapporten ble det konkludert med at det var mulig å øke effektiviteten i norske sykehus.² Riksrevisjonen kom i rapporten også med anbefalinger til ulike tiltak helseforetakene kunne iverksette for å redusere disse forskjellene.

Kontroll- og konstitusjonskomiteen støttet i sin innstilling (Innst. 135 S (2013–2014)) enstemmig opp om de mest sentrale funnene og anbefalingene i Riksrevisjonens rapport:

- Sykehusene kan bli mer effektive ved å redusere antall liggedøgn og utnytte operasjonsstuene bedre.
- Helseforetakene bør se nærmere på hvordan kapasiteten på operasjonsstuene utnyttes, og etablere tverrfaglige standardiserte behandlingsløp for vesentlige pasientgrupper.
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene bør sørge for at erfaringer fra sykehus med effektive behandlingsforløp og høy utnyttelse av operasjonskapasiteten overføres til andre sykehus.

Helse- og omsorgsdepartementet fulgte i oppdragsdokumentene for 2015 og 2016 opp Stortingets innstilling med krav om at sykehusene skal effektivisere pasientbehandlingen og sikre læring ut fra kunnskap om beste praksis. Effektivisering av pasientbehandlingen krever imidlertid lokal forankring og oppfølging i sykehusene. Avstanden mellom departementets tiltak og organiseringen av pasientbehandlingen ute i sykehusene er stor. Det er derfor risiko for at sykehus ikke klarer å effektivisere pasientbehandlingen og sikre god kvalitet i tjenestene.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere om sykehusene har effektivisert organiseringen av pasientbehandlingen siden Riksrevisjonens forrige undersøkelse av effektivitet i sykehus, og å identifisere faktorer som kan bidra til å effektivisere pasientbehandlingen.

Følgende problemstillinger belyses:

1. Hvordan har Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene bidratt til å styrke arbeidet med effektivitet i sykehusene?
2. I hvilken grad har det vært en utvikling i sykehusenes effektivitet siden 2011?
3. Hva kan bidra til å forklare utviklingen i sykehusenes effektivitet?

1) NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*.

2) Et sykehus defineres her som *effektivt* når det har kort liggetid uten at det går på bekostning av kvaliteten på behandlingen.

Undersøkelsen er i hovedsak avgrenset til å dreie seg om sykehusenes ortopediske virksomhet, og det tas stort sett utgangspunkt i de samme behandlingene og indikatorene som ved forrige undersøkelse.³ Liggetid, som er en av de største kostnadsdriverne, brukes som indikator for å belyse produktiviteten for behandlingsforløpene ved hofteprotese- og hoftebruddsoperasjoner. For hvert av behandlingsforløpene er sammenhengen mellom liggetid og effekt av behandlingen analysert. Hofteprotese- og hoftebruddsoperasjoner utføres i et vesentlig omfang og ved de fleste sykehus, og behandlingsforløpene i forbindelse med slike operasjoner er samtidig relativt sammenlignbare over tid og mellom ulike sykehus. Det er også gjort beregninger av hvor godt kapasiteten på de ortopediske operasjonsstusene utnyttes.

Utviklingen i liggetid er undersøkt for perioden fra 2011 til 2015. Grunnen til at det ikke er tatt utgangspunkt i nyere data, er at effektmålene som brukes i undersøkelsen, kartlegges for inntil ett år etter operasjon. Derfor kan effektmål for en operasjon som er gjennomført 31. desember 2015, først kartlegges etter 31. desember 2016. Revisjonen har sett det som avgjørende å inkludere effektmål. Den samme perioden er valgt for utnyttelse av operasjonsstusene. Det er også innhentet data for utviklingen i antall utsettelse av planlagte operasjoner for perioden fra 2011 til 2016. Resultatene fra den forrige undersøkelsen ble offentliggjort høsten 2013, og i den undersøkelsen ble det tatt utgangspunkt i data om operasjonsstuer og liggetider fra 2011.

1.3 Revisjonskriterier

Krav til god ressursutnyttelse

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) har blant annet som formål å bidra til at ressursene utnyttes best mulig, jf. § 1-1 punkt 4. Et tiltak betegnes gjerne som mer effektivt enn et annet hvis målet nås med lavere omkostninger i form av anvendt tid, personellinnsats, utgifter, uheldige bivirkninger mv., jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) stiller også krav om effektiv ressursutnyttelse. I § 6 heter det at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. I Ot.prp. nr. 13 (1998–99) *Om lov om helsepersonell mv* står det at plikten til hensiktsmessig ressursbruk gjelder ved organiseringen av virksomheten, og at dette inkluderer prioritering av pasienter, utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av den enkelte pasient.

I Riksrevisjonens rapport om effektivitet i sykehus (Dokument 3:4 (2013–2014)) ble de regionale helseforetakene anbefalt å vurdere omfanget av opptrening for hofteprotesepasienter etter sykehusoppholdet, jf. Innst. 135 S (2013–2014). I behandlingen av rapporten uttalte kontroll- og konstitusjonskomiteen videre at den var enig med Riksrevisjonen i at sykehusene kan bli mer effektive ved å redusere antall liggedøgn og bedre utnyttelsen av operasjonsstusene. Komiteen mente videre at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene bør sørge for at erfaringene fra sykehus med effektive behandlingsforløp og høy utnyttelse av operasjonsstusene overføres til andre sykehus.⁴

Krav til likeverdig helsetilbud av god kvalitet

Helsetjenester som tilbys, skal være forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis likeverdige spesialist-

3) Den forrige undersøkelsen av effektivitet i sykehus omfattet også behandlingsforløpene for tykktarmskreft- og korsbåndoperasjoner. Behandlingsforløpet for tykktarmskreftoperasjoner er utelatt denne gangen på grunn av innføringen av pakkeforløpene for kreft. Behandlingsforløpet for korsbåndoperasjoner er utelatt fordi dette ble fulgt opp i Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnekirurgisk pasientbehandling (Dokument 3:2 (2015–2016)).

4) Innst. 135 S (2013–2014).

helsetjenester av god kvalitet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og 2-1. For mye variasjon i kvalitet mellom ulike sykehus, kommuner og tilbud vitner om potensial for bedring.⁵ Helse- og omsorgskomiteen har uttalt at styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet ikke må stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken, jf. Innst. S nr. 11 (2010–2011). En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for å oppnå riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen.

I behandlingen av Riksrevisjonens rapport om effektivitet i sykehus (Dokument 3:4 (2013–2014)) viste kontroll- og konstitusjonskomiteen til at det alltid skal ligge gode medisinskfaglige vurderinger til grunn for pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten. Komiteen uttalte videre at helseforetakene bør etablere tverrfaglige standardiserte behandlingsforløp for vesentlige pasientgrupper for å bidra til mer effektiv drift og kortere helsekøer, jf. Innst. S nr. 11 (2013–2014).

Det er et mål at ventetidene skal reduseres.⁶ I *forskrift om ventelisterregistrering* § 4 står det at ventetiden skal registreres som avsluttet når pasienten får påbegynt den helsehjelpen pasienten er vurdert å ha behov for.

Krav til styring og oppfølging av helseforetakene

Helse- og omsorgsdepartementet gir det helsepolitiske oppdraget og tildeler midler gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene, jf. helseforetaksloven § 16 andre ledd. Gjennom foretaksmøter fastsettes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet, jf. lovens § 16 første ledd.

Ifølge helseforetaksloven § 2 a har de regionale helseforetakene et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. I vedtektene til de regionale helseforetakene § 6 står det at de har ansvar for å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse.

De regionale helseforetakene skal hvert år utarbeide en melding om virksomheten til departementet. I meldingen skal det redegjøres for gjennomføringen av krav departementet har stilt til det regionale helseforetaket, og meldingen skal omfatte de helseforetakene som det regionale helseforetaket eier.

Krav til internkontroll

Ifølge *lov om helseforetak* § 28 skal styret sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk.⁷ 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

Helseforetakets økonomisystem bør sammen med statistikk, analyser og andre relevante systemer belyse om virksomheten drives effektivt. Det må etableres 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.

5) Prop. 1 S (2016–2017) Helse- og omsorgsdepartementet, side 9.

6) Prop. 1 S (2016–2017) Helse- og omsorgsdepartementet, side 256.

7) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*, side 212.

Den tidligere internkontrollforskriften er erstattet med en ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 1. januar 2017. På foretaksmøtene i de regionale helseforetakene i januar 2017 ble det vist til at den nye forskriften 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.

1.4 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Figur 1 gir en oversikt over metodene som er brukt for å belyse problemstillingene.



Dokumentanalyse

For å vurdere hvordan Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har bidratt til effektiviseringsarbeidet, er følgende styringsdokumenter for årene 2015 og 2016 gjennomgått:

- protokoller fra foretaksmøtene til departementet og de regionale helseforetakene
- oppdragsdokumentene fra departementet og de regionale helseforetakene
- årlig melding fra de regionale helseforetakene for de to årene
- tilleggsbestillinger fra departementet og de regionale helseforetakenes rapportering på kravene

Departementet og de regionale helseforetakene ble i brev bedt om å redegjøre for oppfølgingen av sentrale merknader i kontroll- og konstitusjonskomiteens behandling av Riksrevisjonens rapport om effektivitet i sykehus (Dokument 3:4 (2013–2014)). De regionale helseforetakenes svarbrev med vedlagte dokumenter er sett i sammenheng med styringsdokumentene.

Det ble videre sendt brev til de 19 helseforetakene hvor foretakene ble bedt om å redegjøre for tiltakene de har iverksatt for å bidra til å effektivisere pasientbehandlingen. Svarene ble brukt i arbeidet med å utforme spørreundersøkelsen, men har også blitt brukt i det øvrige analysearbeidet.

Foretakene er også bedt om å redegjøre for prosedyrer og for hvordan de registrerer utsettelse av operasjoner. Svarene er gjennomgått og sett i sammenheng med svarene i spørreundersøkelsen.

Analyser av registerdata for liggetid og effekter av behandlingen

For å belyse liggetid og effekter av behandlingen er registerdata fra Norsk pasientregister, Nasjonalt register for leddproteser og Nasjonalt hoftebruddregister koplet. Når det gjelder hofteproteseoperasjoner, er 40 sykehus inkludert i undersøkelsen, og når det gjelder hoftebruddsoperasjoner, er 41 sykehus inkludert.⁸ Det er den totale liggetiden som er undersøkt, det vil si tiden fra pasienten blir innskrevet på sykehuset til pasienten blir utskrevet.⁹ Registerdataene er innhentet for tredje tertial i 2014 og første og andre tertial i 2015, men perioden benevnes her som 2015.

Liggetiden i sykehusene genererer en stor andel av kostnadene i pasientbehandlingen. For å belyse om det er produktivitetforskjeller mellom sykehusene, er sykehusenes gjennomsnittlige liggetid i forbindelse med hoftebrudds- og hofteproteseoperasjoner beregnet.

For å belyse kvaliteten i behandlingsforløpene er det kontrollert for tre kliniske effektmål. Når det gjelder hoftebruddsoperasjoner er det i tillegg kontrollert for pasientenes egen vurdering av livskvaliteten. Et sykehus er effektivt når det har kort liggetid og ikke dårligere kvalitet på behandlingen enn landsgjennomsnittet. Valg av effektmål er gjort i samråd med Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd, som også har gjort beregningene i dialog med Riksrevisjonen.

Effektmålene er

- reinnleggelser: andel reinnleggelser innen 30 dager
- dødelighet: andel døde innen ett år etter operasjon
- reoperasjoner: andel reoperasjoner innen ett år etter operasjon
- livskvalitet for hoftebruddspasienter: pasienters egen vurdering av livskvaliteten ett år etter operasjonen og differansen mellom livskvaliteten før og etter operasjonen

For å gjøre beregningene mest mulig sammenlignbare på tvers av sykehus er det kontrollert for alder, kjønn og ASA-klasse¹⁰. I modellen for reinnleggelser er det også kontrollert for om pasienten er sendt rett hjem etter operasjonen.

Antall operasjoner ved sykehusene har betydning for om resultatene i modellene for liggetid og effekter blir statistisk signifikante.¹¹ I analysene er sammenhengen mellom liggetider og effekter derfor undersøkt med utgangspunkt i både om sykehusene skiller seg signifikant fra gjennomsnittet, og om de faktiske andelene for reinnleggelser, død og reoperasjoner er høyere for sykehus med korte liggetider enn for sykehus med middels eller lange liggetider.

Analyser av registerdata for utnyttelsen av operasjonsstuer

Tiden det foregår operasjoner på operasjonsstuen, er brukt som indikator for å belyse hvor godt sykehusene utnytter kapasiteten ved de ortopediske operasjonsstuen. Beregningene er avgrenset til operasjonsstuer hvor det gjennomføres ortopediske operasjoner. Ortopediske operasjoner vil her si *alle inngrep som er registrert i*

8) For hofteproteseoperasjoner er sykehus med færre enn 50 operasjoner utelatt fra undersøkelsen, og for hoftebruddsoperasjoner er sykehus med færre enn 25 operasjoner utelatt.

9) Dersom pasienten blir liggende i sykehuset i påvente av et kommunalt tilbud etter at vedkommende er meldt utskrivningsklar, telles dette med i den totale liggetiden. Disse ekstra liggedøgnene er det som kalles overliggerdøgn.

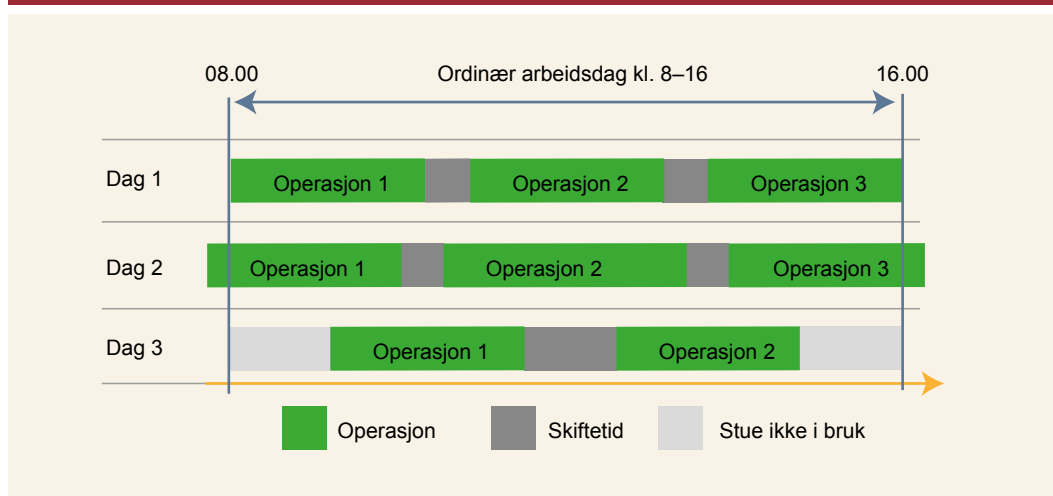
10) ASA-klassifisering er en inndeling av pasienter etter American Society of Anesthesiologists' klassifiseringssystem.

11) Signifikansnivået gir uttrykk for usikkerheten i resultatene for de enkelte sykehusene. Signifikansnivået som er brukt i beregningene av liggetid og effekter, er 0,05, som vil si at det er 95 prosent sannsynlighet for at resultatene ikke skyldes tilfeldige variasjoner, gitt den modellen som er brukt. Usikkerheten er større når et sykehus utfører få operasjoner. De faktiske andelene er derfor også analysert, men ikke presentert i tabellene for sykehus som skiller seg signifikant fra gjennomsnittet.

sykehusenes operasjonsplanleggere med ortopedisk avdeling/seksjon som utførende enhet.¹²

Beregningene tar utgangspunkt i alle operasjonsstuer de dagene hvor det forekommer minst én ortopedisk operasjon på stuen. I de tilfellene der en operasjonsstue står tom en hel dag, er ikke stuen inkludert i beregningene for den dagen. Helger, helligdager og ferier er holdt utenfor i beregningene, og beregningene er avgrenset til å gjelde utnyttelsen av operasjonsstuen i tidsrommet fra kl. 8 til kl. 16 på ordinære arbeidsdager. Operasjoner som starter før kl. 8, og operasjoner som avsluttes etter kl. 16, gir uttelling fra kl. 8 til kl. 16. Figur 2 viser et eksempel på tre tenkte dager på en gitt operasjonsstue.

Figur 2 Eksempel på tre dager ved en operasjonsstue



Det er beregnet tre indikatorer for å belyse stueutnyttelsen: 1) tidspunktet da første pasient trilles inn på operasjonsstuen, 2) tidspunktet da siste pasient trilles ut fra operasjonsstuen, og 3) hvor stor del av dagen det foregår operasjoner på stuen, her definert som andel stuetid. Indikatorene rapporteres som median¹³ for alle dager stuen er i bruk.

Bruk av Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorerne for operasjon av hoftebrudd innen 24 og 48 timer er brukt for å belyse pasientenes liggetid i sykehusene før operasjon og dermed også kvaliteten på behandlingen av hoftebruddspasienter i sykehusene.

Det er i tillegg innhentet data fra kvalitetsindikatoren for utsettelse av operasjoner. Indikatoren skal gi uttrykk for sykehusets planlegging av elektiv operativ virksomhet og evne til å gjennomføre planlagt operasjonsprogram. Registreringen av en utsettelse skjer etter at godkjent operasjonsprogram for neste dag foreligger. Indikatoren inneholder tall for all planlagt kirurgi, ikke kun den ortopediske virksomheten.

12) Dataene er hentet fra sykehusenes operasjonssystemer. Som følge av endringer i beregningsmåte og seleksjonskriterier siden den forrige undersøkelsen av effektivitet i sykehus vil det forekomme enkelte avvik i resultatene som presenteres om utnyttelsen av operasjonsstuen. De nye beregningene for 2011 er med noen unntak gjort på grunnlag av data som Riksrevisjonen mottok i forbindelse med forrige undersøkelse. For sykehusene i Moss og Drammen er dataene fra 2012, da datamaterialet for 2011 består av bare deler av året for disse sykehusene.

13) Medianen er verdien til den midterste observasjonen i en rangordnet fordeling i et statistisk materiale. Det vil si at det er like mange observasjoner i materialet som har verdier over medianen, som det er som har verdier under medianen. Fordelen med å bruke median i stedet for gjennomsnitt er at dager som utmerker seg med svært god eller svært dårlig utnyttelse av operasjonsstuen, ikke påvirker indikatoren.

Spørreundersøkelse

I februar 2017 ble det sendt ut en spørreundersøkelse til ledere for den ortopediske virksomheten ved 50 sykehus. 42 ledere besvarte undersøkelsen, noe som utgjør en svarandel på 84 prosent. Alle helseforetak og helseregioner er representert, og det er ingen systematiske skjevheter når det gjelder hvilke sykehus eller helseregioner som ikke er omfattet av spørreundersøkelsen.

Formålet med spørreundersøkelsen var å kartlegge sykehusenes praksis på de ulike områdene som revisjonen behandler, og belyse hvilke tiltak som kan bidra til effektiv drift. Registerdataene som ligger til grunn for beregning av utnyttelse av operasjonsstuer og liggetider, er fra 2015, mens spørreundersøkelsen er gjennomført i 2017. Registerdata for utsettelse av operasjoner er fra 2016. Når ulike forhold som er identifisert gjennom registerdata fra 2015, skal forklares med svar fra en spørreundersøkelse som er gjennomført i 2017, er det nødvendig å ta forbehold om at enkelte tiltak som de ortopediske lederne har oppgitt at sykehusene har arbeidet med, kan ha vært iverksatt *etter* 2015.

Resultatene fra spørreundersøkelsen ble i analysene sammenstilt med registerdata for utnyttelse av operasjonsstuer, andel utsatte operasjoner og liggetider for behandlingene. For å identifisere kjennetegn ved effektive behandlingsforløp ved hoftebrudds- og hofteproteseoperasjoner ble resultater fra spørreundersøkelsen kombinert med resultater fra registerdataanalysen. Det er gjennomført en kvalitativ komparativ analyse (QCA) for å undersøke om det er spesielle kombinasjoner av kjennetegn ved sykehusene som kan forklare om de har korte eller lange liggetider.¹⁴

Intervjuer

For å oppnå en bedre forståelse av hvilke faktorer som er viktige for å effektivisere behandlingsforløpene, er det gjennomført intervjuer i utvalgte sykehus. Med bakgrunn i resultatene fra spørreundersøkelsen og registerdataene ble det valgt fem sykehus som skilte seg ut med en positiv utvikling når det gjaldt reduksjon i liggetider eller arbeidet med å bedre utnyttelsen av ortopediske operasjonsstuer. Det ble også tatt hensyn til hvordan sykehusene kom ut på de kliniske effektmålene. Sykehusene som ble valgt, var Bodø (Nordlandssykehuset HF), Volda (Helse Møre og Romsdal HF), St. Olav (St. Olavs Hospital HF), Drammen (Vestre Viken HF) og Tromsø (UNN HF).

I sykehusene ble fagpersonell og ledere for operasjonsstuer og sengeposter intervjuet. Det ble gjennomført 8 intervjuer med til sammen 16 representanter for sykehusene. Det sentrale i intervjuene var å belyse suksesskriterier og eventuelle utfordringer i forbindelse med effektivisering i sykehusene, hvordan kvaliteten følges opp, og hvordan styringsdata brukes i forbedringsarbeidet.

2 Resultater av undersøkelsen

2.1 Overordnede bidrag til arbeidet med effektivitet i sykehus

2.1.1 Departementets krav til og føringer for de regionale helseforetakene

Helse- og omsorgsdepartementet har stilt flere krav til de regionale helseforetakenes arbeid med effektivitet i sykehus. I foretaksmøtene i januar 2015 ble følgende krav spesifisert:

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å gjennomføre tiltak for å redusere variasjon i effektivitet og ventetid mellom sykehusene, herunder:

14) QCA tar utgangspunkt i en såkalt *truth-table* som inneholder alle mulige kombinasjoner av valgte kjennetegn ved sykehusene. Selve analysen tar utgangspunkt i en såkalt *Boolsk* minimering som reduserer antall kombinasjoner til det lavest mulige, blant annet ved bruk av logiske begreper om nødvendige og tilstrekkelige betingelser for et bestemt utfall.

- sikre læring mellom avdelinger og sykehus ut fra kunnskap om beste praksis og særskilt vurdere hvilke konkrete tiltak som er nødvendig for å redusere ventetider og øke effektiviteten hos enheter som er mindre effektive enn gjennomsnittet.
- implementere faglige retningslinjer og standardisere pasientforløp.
- identifisere flaskehals i pasientbehandlingen og konkrete tiltak for å avhjelpe disse.
- angi tiltak for bedre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved poliklinikker, operasjonsstuer og utstyr utnyttes bedre gjennom døgnet og hvordan private aktører benyttes mer målrettet.

Foretaksrådet stilte også krav om at måling av kostnader per pasient (KPP) skulle innføres for somatikk i alle helseforetak innen 1. januar 2017, og at de regionale helseforetakene skulle begynne planarbeidet for dette i 2015.¹⁵ De regionale helseforetakene ble dessuten bedt om å legge fram for departementet en plan med konkrete tiltak for å redusere ventetider og iverksette standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for hvert enkelt helseforetak og regionen samlet innen 1. april 2015. På bakgrunn av de innsendte planene og senere oppfølgingsmøter presiserte Helse- og omsorgsdepartementet kravene til det videre arbeidet i det reviderte oppdragsdokumentet for 2015.¹⁶

I oppdragsdokumentet for 2016 stilte departementet krav om at de regionale helseforetakene skulle innrette virksomheten med sikte på å nå tre overordnede mål. Ett av disse målene var å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Det ble også stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle redusere variasjonen i gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling innen utvalgte fagområder, samtidig som de skulle identifisere fagområder og foreslå indikatorer som skulle prioriteres i styringen.

2.1.2 De regionale helseforetakenes gjennomføring av departementets krav

En gjennomgang av de regionale helseforetakenes oppdragsdokumenter for 2015 viser at departementets krav i ulik grad ble videreført til helseforetakene. Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge videreførte departementets krav i sin helhet. Helse Nord videreførte kravene om å implementere faglige retningslinjer og standardisere pasientforløp, men ikke kravene om å iverksette tiltak for å oppnå bedre planlegging og sikre læring ut fra kunnskap om beste praksis. Samtidig begrenset Helse Nord kravene om å standardisere pasientforløp, identifisere flaskehals og redusere variasjoner i effektivitet og ventetider til å gjelde kreftforløp.

Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge videreførte også signalene om at de var pålagt å sende en plan til departementet med konkrete tiltak for å redusere ventetider og implementere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer. Helse Nord videreførte ikke dette kravet i oppdragsdokumentet, og revisjonen har ikke mottatt en slik plan fra foretaket. I sitt svar til revisjonen opplyser Helse Nord at arbeidet er fulgt opp i oppfølgingsmøter med helseforetakene.

En gjennomgang av de regionale helseforetakenes årlige meldinger for 2015 viser at oppfølgingen av kravene har blitt organisert på ulike måter i foretakene, og at en del arbeid har blitt tatt inn i allerede eksisterende programmer. Eksempelvis har Helse Vest fulgt opp flere av kravene i programmet «Alle møter» (se faktaboks 1). Gjennomgangen viser videre at Helse Midt-Norge har en rapporteringsform som sammenlignet med rapporteringsformen til de andre helseforetakene gjør det enklere å vurdere om kravene er innfridd. Det er videre uklart hvordan Helse Nord har fulgt opp

15) KPP er beregning av kostnader på pasientnivå i spesialisthelsetjenesten.

16) Oppdragsdokument 2015 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014–2015), datert 30. juni 2015.

kravet om å sikre læring mellom avdelinger og sykehus ut fra kunnskap om beste praksis.

Faktaboks 1 «Alle møter»

Programmet «Alle møter» ble startet som et prosjekt i 2013 og har siden 2015 vært et eget program i Helse Vest. Målet med «Alle møter» er å oppnå kortere ventetider, bedre planlegging og at flere pasienter møter til time. Arbeidet koordineres regionalt, men har bred involvering i helseforetakene. Programmet består av en rekke delprosjekter som til sammen skal sørge for best mulig ressursutnyttelse i hele pasientforløpet, fra det oppstår et behov hos pasienten til pasienten er ferdig utredet eller behandlet. Det sentrale i arbeidet er å få en optimal planleggingshorisont i sykehusene, gi bedre informasjon til pasientene og tilrettelegge for god styringsinformasjon for å få en mer stabil drift i sykehusene og mindre variasjon i tilbudet til pasientene.

Når det gjelder kravene om å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen i 2016, videreførte alle de regionale helseforetakene disse kravene i sine oppdragsdokumenter. En gjennomgang av de årlige meldingene for 2016 viser at alle de regionale helseforetakene har fulgt opp kravene, men at det er for tidlig å si om arbeidet som er igangsatt, har gitt resultater.

Nærmere om arbeidet med å utveksle erfaringer og utvikle indikatorer

Helse- og omsorgsdepartementet har i sin oppfølging av kontroll- og konstitusjonskomiteens innstilling om effektivitet i sykehus særlig vært opptatt av å bruke erfaringer og kunnskap om beste praksis i forbedringsarbeidet. To sentrale tiltak som de regionale helseforetakene har vært opptatt av i 2015 og 2016, er å utveksle erfaringer og utvikle indikatorer.

Arbeidet med å utveksle erfaringer

Kravet i oppdragsdokumentet for 2015 om å sikre læring mellom avdelinger og sykehus ut fra kunnskap om beste praksis, ble ytterligere presisert i det reviderte oppdragsdokumentet samme år. Der ble de regionale helseforetakene bedt om å etablere «regionale innsatsteam». Innsatsteamene skal bistå enheter i sykehusene som har behov for å gjennomføre endringsprosesser. De regionale helseforetakene har valgt å organisere disse innsatsteamene på ulike måter. Det er i hovedsak poliklinikkene som har vært prioritert i innsatsteamenes arbeid, etter en vurdering av at det er et særlig behov for å bedre utnyttelsen av den polikliniske kapasiteten.

Det er videre etablert et nettverk for erfaringsutveksling og metodeutvikling på tvers av helseregionene. I nettverkets mandat står det at det i første fase skal fokuseres på fristbrudd, ventetider, tildeling av timer og planleggingshorisont. Tiltakene skal i hovedsak rettes mot poliklinikk og dagbehandling.

Det har vært en overordnet føring fra Helse- og omsorgsdepartementet at sykehusene skal sikre læring på tvers av sykehus og avdelinger. I spørreundersøkelsen ble de ortopediske lederne spurt om hvorvidt ansatte ved deres enhet i løpet av de to siste årene har deltatt i erfaringsutveksling med sikte på å bidra til å effektivisere eller heve kvaliteten på behandlingen av hoftebrudds- og hofteprotesepasienter. Med unntak av ett sykehus i Helse Sør-Øst oppgir alle sykehusene i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge at de har deltatt i en eller annen form for erfaringsutveksling.¹⁷ Helse Nord skiller seg ut ved at kun halvparten av de ortopediske lederne oppgir at ansatte i deres enhet har deltatt i noen form for erfaringsutveksling.

17) De ortopediske lederne ble spurt om erfaringsutveksling innad i eget sykehus, på tvers av sykehus innenfor eget helseforetak eller egen helseregion og på tvers av helseregioner.

Arbeidet med å utvikle nye indikatorer

I det reviderte oppdragsdokumentet for 2015 ba Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene om å utvikle indikatorer for kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene satte ned en felles arbeidsgruppe i samarbeid med Helsedirektoratet, og gruppen utarbeidet ni indikatorer. Fem av indikatorene er tatt inn i styringsdokumentene for 2017.¹⁸ I arbeidet med indikatorene er det foreløpig fagområdene ortopedi og psykisk helsevern som har vært prioritert.

Arbeidsgruppen jobber med å utvide antallet fagområder og kople på data om personell og kostnader per pasient (KPP). Arbeidsgruppen presiserer at slike koplinger vil gi indikatorene mer dybde og større detaljeringsgrad, spesielt når indikatorene skal brukes på laveste nivå i helseforetakene. De regionale helseforetakenes rapportering i de årlige meldingene for 2016 viser at innføringen av KPP som styringsparameter har kommet relativt kort, og at det for mange helseforetak kun vil dreie seg om en årlig rapportering for enkelte pasientgrupper. I spørreundersøkelsen til ortopediske ledere ved sykehusene oppgir kun 10 prosent at de bruker KPP i styringen av den ortopediske virksomheten.

I tråd med kravene departementet stilte i oppdragsdokumentet for 2016, har arbeidsgruppen begynt å identifisere spesifikke behandlinger som skal ligge til grunn for arbeidet med å redusere variasjonen i liggetid og andel dagbehandling. En gjennomgang av arbeidsgruppens rapporter fra 2016 viser at det har vært utfordrende å identifisere fagområder og spesifikke behandlinger som gjør det mulig å sammenligne på tvers av enheter og nivåer i spesialisthelsetjenesten, og at analysene som hittil er gjennomført, i liten grad har gitt informasjon om årsakene til forskjellene. Et av de regionale helseforetakene påpeker også i den årlige meldingen for 2016 at det er en hovedutfordring å finne gode måter å gjøre data tilgjengelige for sykehusene på.

I brev til Riksrevisjonen av 4. oktober 2016 presiserer Helse- og omsorgsdepartementet at arbeidet med å redusere variasjonen i effektivitet, liggetid og dagbehandling skal ses i sammenheng med kravet om å redusere variasjonen i *forbruket* av helsetjenester. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i Helse Nord har utviklet en nasjonal atlastjeneste («Helseatlas») som systematisk sammenligner forbruket av helsetjenester for ulike behandlinger mellom sykehus. Departementet anser arbeidet for å være et langsiktig utviklingsarbeid og understreker at det er for tidlig å identifisere konkrete effekter av disse tiltakene og styringskravene.

I oppdragsdokumentene for 2017 har Helse- og omsorgsdepartementet gitt ytterligere styringssignaler som bygger videre på arbeidet med effektivisering. Blant annet har departementet gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å utføre analyser for å måle effektivitet og kapasitetsutnyttelse for poliklinisk aktivitet som kopler aktivitetsdata, HR-data og data for kostnad på pasientnivå (KPP), med sikte på å utvikle flere indikatorer. Departementet stilte også krav om at de regionale helseforetakene legger til rette for bruk av KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid i helseforetakene.

2.2 Behandlingsforløpene for hoftebrudds- og hofteprotesepasienter

2.2.1 Utvikling og variasjon i liggetid for hoftebruddspasienter

I 2015¹⁹ ble det utført omtrent 8000 hoftebruddsoperasjoner ved norske sykehus. Gruppen av hoftebruddspasienter omfatter mange gamle pasienter, og disse har ofte

18) De fem indikatorene som er lansert, er *andel nyhenviste, andel ikke rett til helsehjelp, andel kontroller, andel og antall nyhenviste pasienter hvor planlagt dato er passert* og *andel ambulant virksomhet*. I 2017 jobbes det videre med å utarbeide indikatorer for kapasitetsutnyttelse og effektivitet, planleggingshorisont, replanlegging og antall pasienter som ikke møter til konsultasjon.

19) Registerdataene er innhentet fra tredje tertial 2014 og første og andre tertial 2015, men perioden benevnes som 2015.

flere sykdommer og bruker gjerne mye medisiner.²⁰ Analyser av registerdata viser at den gjennomsnittlige liggetiden i forbindelse med hoftebruddsoperasjoner har gått ned fra 7,4 dager i 2011 til 5,5 dager i 2015.

Når det gjelder liggetiden per sykehus, viser analysene at et stort flertall av sykehusene har hatt en nedgang i denne i perioden, og at de sykehusene som hadde lengst liggetid i 2011, har redusert liggetiden mest.²¹ To av sykehusene som hadde korte liggetider i 2011, har på sin side hatt en svak økning i liggetiden i perioden. I spørreundersøkelsen oppgir ortopediske ledere ved enkelte sykehus som har kort liggetid, at fortsatt reduksjon i liggetiden ikke er ønskelig ut fra et medisinskfaglig grunnlag, fordi mange av pasientene er gamle og har behov for noe lengre liggetid etter operasjonen.

Det har i flere år vært en generell nedgang i liggetiden i sykehusene. Nedgangen skyldes først og fremst mer skånsomme behandlingsteknikker som kan utføres som dagbehandling eller med kortere liggetid i sykehuset.²² En del av nedgangen i liggetiden i forbindelse med hoftebruddsoperasjoner kan samtidig forklares med innføringen av samhandlingsreformen, som trådte i kraft 1. januar 2012. Et viktig mål med reformen var at en større del av pasientbehandlingen skulle overføres fra sykehusene til kommunehelsetjenesten. Nærmere analyser av utviklingen i liggetider viser at det har vært en særlig stor nedgang i liggetiden for de pasientene som blir meldt utskrivningsklare, men som fortsatt venter på et kommunalt tilbud. Det viser at kommunene tar imot denne gruppen tidligere enn før reformen trådte i kraft. Det er imidlertid vanskelig å sammenligne utviklingen før og etter reformen direkte fordi det har skjedd en endring i sykehusenes registreringspraksis.²³

Når det gjelder variasjonen i den gjennomsnittlige liggetiden mellom sykehus, viser figur 3 at det var stor variasjon både i 2011 og i 2015.

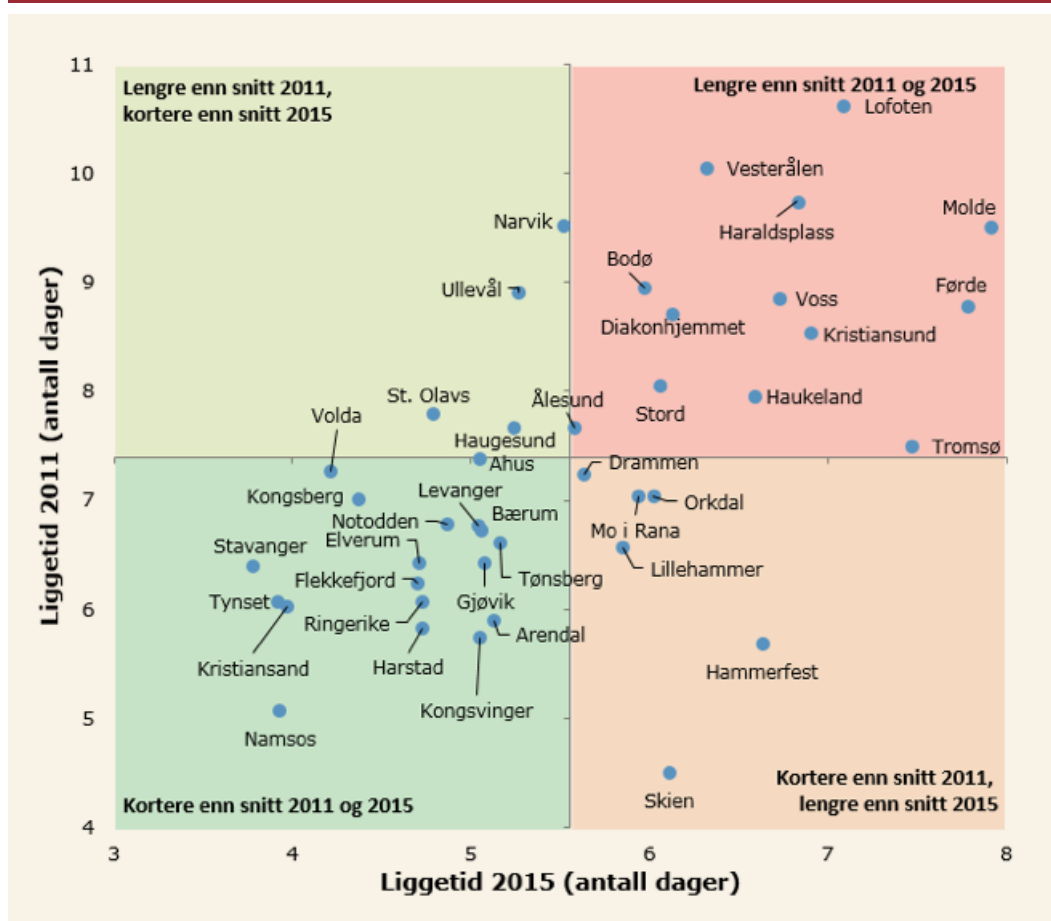
20) Gjennomsnittsalderen for hoftebruddspasienter var 81 år i 2015.

21) Vedlegg 1 viser en oversikt over endring i den gjennomsnittlige liggetiden per sykehus.

22) *Nasjonal helse- og sykehusplan*, side 21.

23) Pasienter som er klare for å bli overført til kommunene, blir meldt utskrivningsklare av sykehusene. For hoftebruddspasienter økte andelen utskrivningsklare pasienter fra 10 prosent i 2011 til 57 prosent i 2015. Dette tyder på at det har vært en endring i sykehusenes registreringspraksis. Helsedirektoratet har tidligere understreket at dataene for utskrivningsklare pasienter var svake fram til innføringen av samhandlingsreformen, jf. *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* (Dokument 3:5 (2015–2016)).

Figur 3 Liggetid i forbindelse med hoftebruddsoperasjoner per sykehus i 2011 og 2015, antall dager



Kilde: Hoftebruddregisteret og Norsk pasientregister

I figur 3 er sykehusene plassert langs to akser ut fra hvor lang liggetid de hadde for pasienter i forbindelse med hoftebruddsoperasjon i 2015 (den horisontale akse) og 2011 (den vertikale akse). Aksekrysset angir gjennomsnittlig liggetid for hvert av årene. Sykehusene i det grønne feltet nederst til venstre hadde kortere liggetid enn gjennomsnittet i begge årene. Den gjennomsnittlige liggetiden for pasienter i forbindelse med hoftebruddsoperasjon varierte i 2015 med omtrent 4 dager, fra 3,8 dager i Stavanger til 7,9 dager i Molde. Til sammenligning varierte den gjennomsnittlige liggetiden i 2011 med omtrent seks dager. Variasjonen i den gjennomsnittlige liggetiden mellom sykehusene var med andre ord mindre i 2015 enn i 2011.

For å se nærmere på sammenhengen mellom liggetid og effekt av behandlingen er det undersøkt om sykehus som har korte liggetider, har dårligere effekt av behandlingen enn de andre sykehusene. Tabell 1 viser sykehusene som kommer dårligere ut enn gjennomsnittet for effektmålene, og om de har korte, middels eller lange liggetider.

Tabell 1 Sykehus som har signifikant dårligere effekt av behandlingen enn landsgjennomsnittet, hoftebruddoperasjoner*

Indikator	Sykehus med kort liggetid (n = 13)	Sykehus med middels liggetid (n = 18)	Sykehus med lang liggetid (n = 11)
Flere reinnleggelser innen 30 dager	Stavanger St. Olav Volda		Haukeland
Flere reoperasjoner innen 1 år	Stavanger	Drammen Kongsvinger Orkdal Mo i Rana Narvik	Lofoten
Flere døde innen 1 år	Stavanger Fredrikstad	Gjøvik	Lofoten Molde
Lavere livskvalitet 1 år etter operasjon	Stavanger	Haugesund	

* Andelen reoperasjoner er basert på data fra Nasjonalt hoftebruddregister. Registeret oppgir at sykehusenes rapportering varierer. Sykehus som rapporterer alle reoperasjoner, vil derfor kunne komme dårligere ut enn sykehus som har mangelfull rapportering, uten at dette skyldes dårligere kvalitet i behandlingen.

Kilde: Hoftebruddregisteret og Norsk pasientregister

Tabell 1 viser at det ikke er en klar sammenheng mellom sykehusenes liggetid og om de kommer dårlig ut på de kliniske effektmålene eller pasientenes egen opplevelse av livskvaliteten ett år etter operasjon.²⁴ Det er likevel noen flere sykehus med korte liggetider enn med lange liggetider blant sykehusene som hadde flere reinnleggelser enn gjennomsnittet.²⁵ En nærmere analyse av andelen reinnleggelser viser også at det har vært en viss økning fra 2011 til 2015 for sykehusene totalt. Andelen reinnleggelser økte med 3,1 prosentpoeng i perioden, fra 6,7 til 9,8 prosent. Det har vært små endringer for de øvrige effektmålene.²⁶

Beregningene for reinnleggelser omfatter alle former for reinnleggelser innen 30 dager etter en hoftebruddoperasjon. Det er mange forhold som kan påvirke om en pasient blir reinnlagt, blant annet behandlingen pasienten får i sykehuset, oppfølgingen i etterkant av sykehusoppholdet, kommunens tilbud til pasienten og andre diagnoser pasienten måtte ha. I diskusjon med Nasjonalt register for leddproteser, som har gjort beregningene, og i intervju med sykehusene har det blitt presisert at det er viktig å være forsiktig med å knytte resultatene direkte til liggetiden. Det har også blitt understreket at hoftebruddspasienter er en pasientgruppe med mange sammensatte sykdommer.²⁷

Svarene i spørreundersøkelsen viser at halvparten av de ortopediske lederne oppgir at antall reinnleggelser brukes som styringsdata i den ortopediske virksomheten ved sykehuset. I flere av intervjuene med utvalgte sykehus gis det samtidig uttrykk for at reinnleggelser er et vanskelig mål å bruke i det lokale kvalitetsarbeidet, fordi det er komplisert å skille ut hvilke reinnleggelser som skyldes selve behandlingen ved sykehuset. Ofte har heller ikke de ortopediske avdelingene kontakt med pasienter som

24) Målet for differansen mellom pasientenes egen vurdering av livskvaliteten før og etter operasjon viser ingen vesentlige forskjeller mellom sykehusene og er derfor ikke rapportert.

25) Det er også slik at de sykehusene som i 2015 hadde korte liggetider, hadde en noe høyere andel reinnleggelser enn gjennomsnittet.

26) Det var en økning på 0,7 prosentpoeng for andelen reoperasjoner og 1,1 prosentpoeng for andelen døde. Det er ingen endring i målet for livskvalitet. Se vedlegg 2.

27) Det bør presiseres at resultatene for alle effektanalysene kan påvirkes av flere forhold som modellene ikke tar høyde for. Det gjelder blant annet helsetilbudet i kommunene i de tilfellene hvor pasienten mottar pleie i kommunene, og endringer i pasientens helsetilstand etter utskrivning.

reinnlegges etter en hoftebruddsoperasjon, fordi pasientene i mange tilfeller legges inn på andre medisinske avdelinger.

2.2.2 Kjennetegn ved effektive behandlingsforløp for hoftebruddspasienter

I spørreundersøkelsen til de ortopediske lederne er kjennetegn ved behandlingsforløpet for hoftebruddspasienter kartlagt. Et stort flertall av sykehusene, 81 prosent, har etablert standardiserte behandlingsforløp for denne pasientgruppen. 69 prosent av sykehusene har arbeidet med å identifisere flaskehals i behandlingsforløpet. Det betyr at ikke alle sykehus som har etablert standardiserte behandlingsforløp, har forsøkt å identifisere flaskehals. Det finnes imidlertid også sykehus som har arbeidet med å identifisere flaskehals uten at de har etablert standardiserte behandlingsforløp. Tabell 2 viser at det er noen regionale forskjeller.

Tabell 2 Andel sykehus som oppgir at de har etablert standardiserte behandlingsforløp eller identifisert flaskehals, i prosent

		Helse Sør-Øst (n = 16)	Helse Vest (n = 6)	Helse Midt-Norge (n = 7)	Helse Nord (n = 6)
Hoftebrudd	Etablert standardiserte behandlingsforløp	88	83	71	67
	Identifisert flaskehals i behandlingsforløp	69	83	86	33

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til ortopediske ledere

Blant dem som har arbeidet med å identifisere flaskehals, oppgir 84 prosent at de har identifisert flaskehals på operasjonsstuene, mens 76 prosent oppgir at de har identifisert flaskehals i akuttmottaket. 40 prosent har identifisert flaskehals i forbindelse med radiologi.²⁸ Et stort flertall av dem som har identifisert flaskehals på disse stedene, oppgir videre at de har iverksatt tiltak for å fjerne disse flaskehalsene.

For å identifisere kjennetegn ved sykehus som har effektive behandlingsforløp, er svar fra spørreundersøkelsen og data om liggetider analysert ved hjelp av en kvalitativ komparativ analyse (QCA).²⁹ Analysen viser at det er flere måter å oppnå effektive behandlingsforløp for hoftebruddspasienter på. Det er særlig to kombinasjoner av kjennetegn som peker seg ut. Disse er gjengitt i tabell 3.

Tabell 3 Kjennetegn ved liggetidseffektive sykehus for hoftebruddsoperasjoner

Kombinasjon 1 (n = 8)	Kombinasjon 2 (n = 7)
Bruker liggetid som styringsparameter	Bruker liggetid som styringsparameter
Har etablert standardiserte behandlingsforløp	Har etablert standardiserte behandlingsforløp
Har arbeidet med å identifisere flaskehals	Har en lav andel overliggerdøgn
Har innført undersøkelse i ambulanse	Opererer få hoftebruddspasienter

Til sammen 15 sykehus med effektive behandlingsforløp i 2015 har én av disse kombinasjonene av kjennetegn.³⁰ Alle disse 15 sykehusene bruker liggetid som

28) Andre mindre viktige flaskehals som er identifisert, er postoperativ/intensiv enhet (32 prosent) og sengepost (8 prosent).

29) Vedlegg 3 viser en oppstilling av resultatene fra analysen.

30) QCA-modellen, som identifiserer kombinasjoner av kjennetegn, forutsetter en mer gradert inndeling av om et sykehus er liggetidseffektivt eller ikke, enn det som er inndelingen i figur 3. Det innebærer at det kan være enkelte avvik for om et sykehus regnes som effektivt i QCA-analysen og figur 3.

styringsparameter i den ortopediske virksomheten, og alle har etablert standardiserte forløp. De åtte sykehusene i den første gruppen har i tillegg arbeidet med å identifisere flaskehals, noe som ikke er tilfellet for de sju sykehusene i den andre gruppen. Sykehusene i den andre gruppen kjennetegnes derimot av at alle har en lav andel overliggerdøgn. Med overliggerdøgn menes tiden etter at pasienter som trenger oppfølging av kommunehelsetjenesten, er meldt utskrivningsklare og ligger på sykehuset i påvente av at kommunen kan ta imot dem.

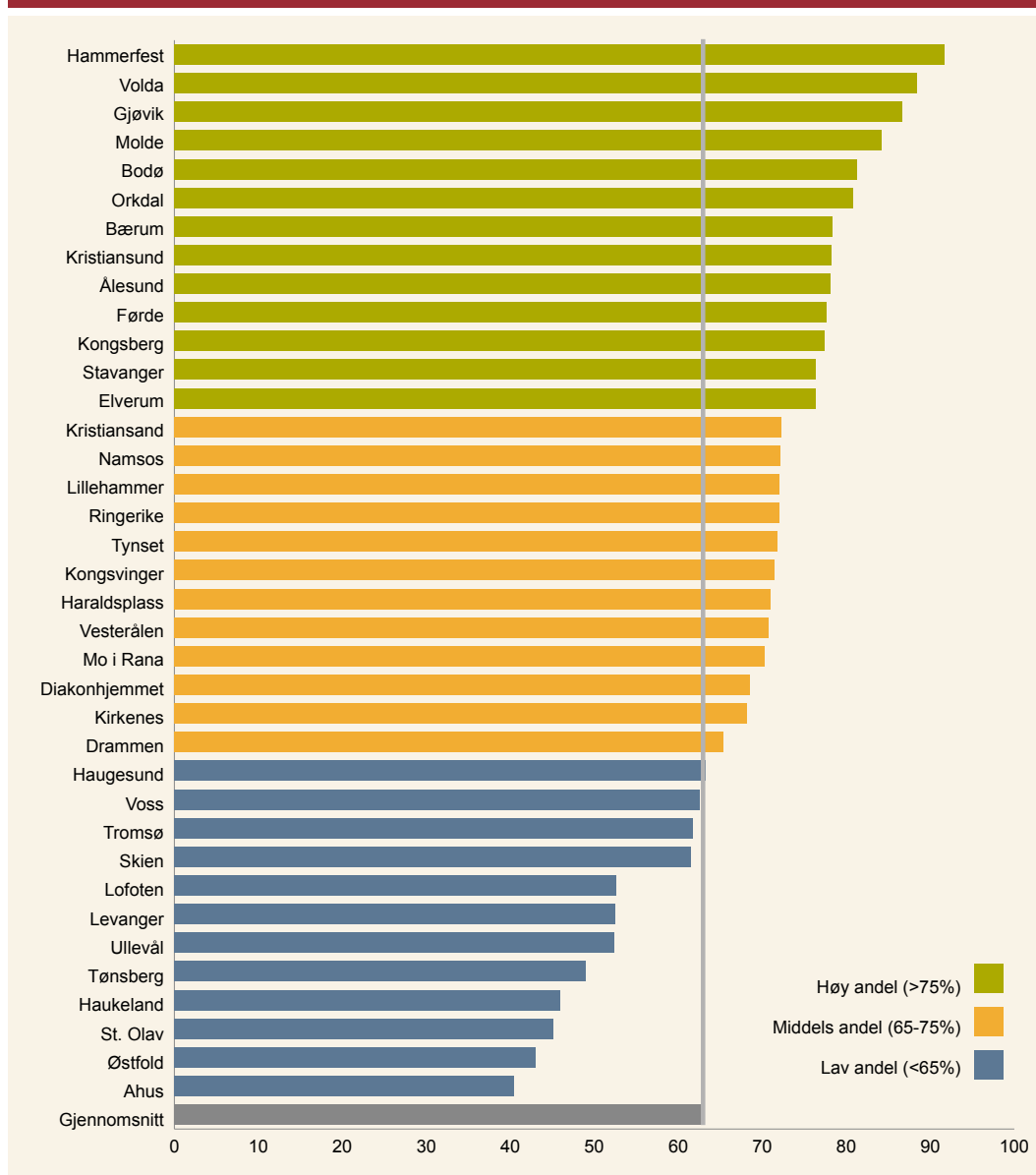
Sykehusene i den første gruppen har innført en ordning der ambulanspersonell undersøker om hoftebrudd er sannsynlig, slik at pasienten kan sendes rett inn i behandlingsforløpet for hoftebrudd ved ankomst til sykehuset, og dermed slipper å vente i akuttmottaket. Et annet kjennetegn ved dette tiltaket er at pasienten får smertelindring og næring tidlig, noe som er viktig for å redusere påkjenningen for pasienten og bidra til at pasienten kommer seg raskere etter operasjonen.

I intervjuene understreker sykehusene at det er viktig å operere hoftebruddspasienter så raskt som mulig. Ifølge Helsedirektoratet bør pasientene behandles så snart som mulig, helst innen ett døgn og senest innen to døgn etter bruddet, blant annet for å hindre unødig smerte og komplikasjoner.³¹ Helsedirektoratet viser også til at noen studier peker på at det ikke er noen grunn til å framskynde inngrepet innen de første 24 timene; det er viktig å få tid til å utrede og behandle pasienten før operasjonen. Kvalitetsindikatoren for hoftebrudd viser derfor andelen pasienter som har blitt operert både innen 24 og innen 48 timer.

Det har vært en økning i andelen hoftebruddspasienter som har blitt operert innen 24 og 48 timer, fra 2011 til 2016. Andelen pasienter som har blitt operert innen 24 timer, har økt fra 56 til 63 prosent i perioden, og andelen pasienter som har blitt operert innen 48 timer, har økt fra 88 til 93 prosent. Når det gjelder forskjeller mellom sykehusene, er det særlig stor variasjon i andelen pasienter som har blitt operert innen 24 timer, jf. figur 4.

31) Helsedirektoratets kvalitetsindikator for hoftebrudd operert innen 24 timer og innen 48 timer.

Figur 4 Andel pasienter som ble operert for hoftebrudd innen 24 timer ved sykehusene i 2016, i prosent



Kilde: Helsedirektoratets kvalitetsindikator for hoftebruddsoperasjon

Andelen pasienter som ble operert innen 24 timer i 2016, varierte fra 92 prosent ved sykehuset Hammerfest til 40 prosent ved Ahus. Sykehus med korte liggetider for hoftebruddspasienter opererer en høyere andel av pasientene innen 24 timer enn sykehus med lange og gjennomsnittlige liggetider. I tillegg er det flere små enn store sykehus som opererer hoftebruddspasienter innen 24 timer.

Spørreundersøkelsen viser at mange av pasientene venter av medisinske årsaker. Spesielt pasientenes bruk av moderne blodfortynnende medisiner nevnes som en viktig grunn. Blant sykehusene med lavest andel pasienter som opereres innen 24 timer, er det imidlertid flere som oppgir at ventingen skyldes kapasitetsutfordringer.

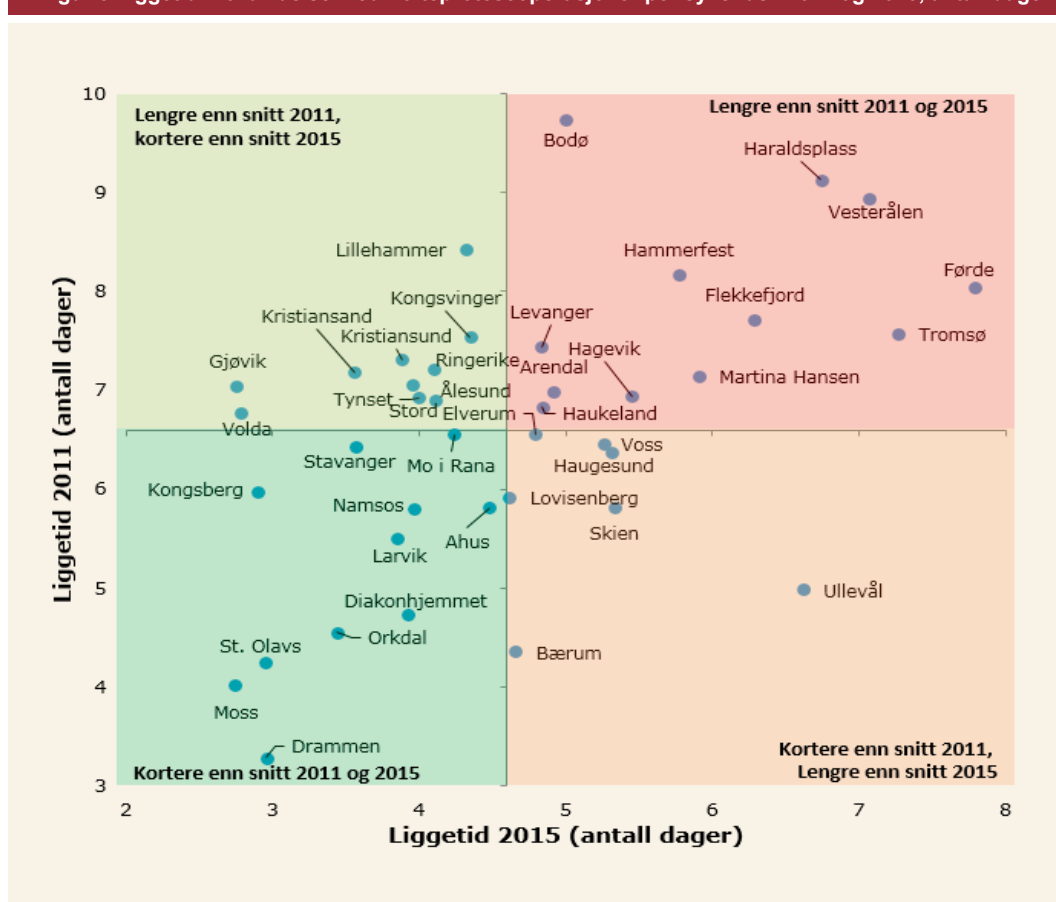
De store forskjellene i andelen pasienter som opereres innen 24 timer, og svarene i spørreundersøkelsen tyder på at det er mulig å redusere noe av denne liggetiden for

mange av sykehusene, både for å frigjøre ressurser og for å redusere belastningen for pasientene.

2.2.3 Utvikling og variasjon i liggetid for hofteprotesepasienter

I 2015³² ble det utført omtrent 7500 primære hofteproteseoperasjoner. Sammenlignet med hoftebruddspasienter er hofteprotesepasientene yngre og har stort sett færre sammensatte lidelser.³³ Analyser av registerdata viser at den gjennomsnittlige liggetiden for hofteprotesepasienter har gått ned fra 6,6 dager i 2011 til 4,7 dager i 2015. De fleste sykehusene har hatt en reduksjon i liggetiden for disse pasientene i den aktuelle perioden. Sykehus som i 2011 hadde lange eller middels liggetider, har hatt en større reduksjon i liggetiden enn sykehus som hadde korte liggetider i 2011.³⁴ Figur 5 viser at det var stor variasjon i den gjennomsnittlige liggetiden mellom sykehus både i 2011 og i 2015.

Figur 5 Liggetid i forbindelse med hofteproteseoperasjoner per sykehus i 2011 og 2015, antall dager



Kilde: Hofteproteseregisteret og Norsk pasientregister

I figur 5 er sykehusene plassert langs to akser ut fra hvor lang liggetid de hadde i 2015 (den horisontale aksene) og 2011 (den vertikale aksene). Aksekrysset angir gjennomsnittlig liggetid for hvert av årene. Sykehusene i det grønne feltet nederst til venstre hadde kortere liggetid enn gjennomsnittet i begge årene. I 2015 varierte den gjennomsnittlige liggetiden med 5 dager, fra 2,8 dager i Moss til 7,8 dager i Førde. I 2011 varierte den gjennomsnittlige liggetiden med 6,5 dager. Variasjonen i liggetiden i

32) Registerdataene er innhentet fra tredje tertial 2014 og første og andre tertial 2015, men perioden benevnes som 2015.

33) Gjennomsnittsalderen for hofteprotesepasienter var 69 år i 2015.

34) Vedlegg 1 inneholder en oversikt over endringer i den gjennomsnittlige liggetiden per sykehus.

forbindelse med hofteproteseoperasjoner har med andre ord blitt mindre, på samme måte som den har blitt mindre for hoftebruddsoperasjoner.

Sammenlignet med hva som er tilfellet for hoftebruddspasienter, er det relativt få hofteprotesepasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen har derfor ikke like stor betydning for liggetiden for hofteprotesepasienter som for hoftebruddspasienter.³⁵

Når det gjelder de kliniske effektmålene som er brukt for å belyse om sykehus med korte liggetider har dårligere kvalitet enn gjennomsnittet, tyder resultatene i tabell 4 på at dette ikke er tilfellet.³⁶

Tabell 4 Sykehus som har signifikant dårligere effekt enn landsgjennomsnittet, hofteproteseoperasjoner

Indikator	Sykehus med kort liggetid (n = 21)	Sykehus med middels liggetid (n = 7)	Sykehus med lang liggetid (n = 13)
Flere reinnleggelser etter 30 dager	Moss Kristiansund		Haugesund Betanien Skien
Flere reoperasjoner etter 1 år	Gjøvik Ålesund		Ullevål Voss
Flere døde etter 1 år	Moss		

Kilde: Hofteproteseregisteret og Norsk pasientregister

For hofteproteseoperasjoner fordeler sykehusene med vesentlig dårligere effekt seg omtrent likt i gruppen av sykehus med korte liggetider og i gruppen av sykehus med lange liggetider. En nærmere analyse av utviklingen i andelen for effektmålene i perioden viser at det heller ikke er vesentlige endringer over tid.³⁷

I spørreundersøkelsen oppgir to av tre ortopediske ledere at de har hatt et mål om å redusere liggetiden for behandlingen de to siste årene. Et av sykehusene oppgir også at de i enkelte tilfeller har utført behandlingen dagkirurgisk på friske pasienter som har ønsket dette, og at det medisinsk sett ikke er noe i veien for å gjøre det, forutsatt at både pasientene, operasjonsmetoden og anestesiene er egnet for dagkirurgi.

2.2.4 Kjennetegn ved effektive behandlingsforløp for hofteprotesepasienter

I spørreundersøkelsen til de ortopediske lederne er kjennetegn ved behandlingsforløpet for hofteprotesepasienter kartlagt. Et stort flertall av sykehusene, 88 prosent, har etablert standardiserte behandlingsforløp for hofteprotesepasienter. 76 prosent av sykehusene har arbeidet med å identifisere flaskehals i behandlingsforløpet. Det betyr at ikke alle sykehus som har etablert standardiserte pasientforløp, har forsøkt å identifisere flaskehals. Det finnes imidlertid også sykehus som har arbeidet med å identifisere flaskehals uten at de har etablert standardiserte behandlingsforløp. Tabell 5 viser at det er noen regionale forskjeller.

35) I 2015 ble 10 prosent av hofteprotesepasientene meldt utskrivningsklare til kommunehelsetjenesten. Til sammenligning ble 57 prosent av hoftebruddspasientene meldt utskrivningsklare til kommunehelsetjenesten.

36) Nasjonalt register for leddproteser samler ikke inn opplysninger om livskvalitet for hofteprotesepasienter, slik det gjøres for hoftebruddspasienter. I Riksrevisjonens forrige undersøkelse av effektivitet i sykehus ble det gjennomført en brukerundersøkelse overfor protesepasienter for å få belyst livskvaliteten også for denne pasientgruppen. Resultatene viste ingen systematisk sammenheng mellom dette målet og liggetiden i sykehusene.

37) Andelen reinnleggelser har økt med 0,5 prosentpoeng, og andelen reoperasjoner har økt med 0,4 prosentpoeng. Samtidig har det vært en nedgang på 0,6 prosentpoeng når det gjelder andelen døde pasienter. Se vedlegg 2.

Tabell 5 Andel sykehus som oppgir at de har etablert standardiserte behandlingsforløp eller identifisert flaskehals, i prosent

		Helse Sør-Øst (n = 18)	Helse Vest (n = 7)	Helse Midt-Norge (n = 7)	Helse Nord (n = 6)
Hofteprotese	Etablert standardiserte behandlingsforløp	94	71	86	83
	Identifisert flaskehals i behandlingsforløp	78	86	100	17

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til ortopediske ledere

Blant dem som har arbeidet med å identifisere flaskehals, oppgir 74 prosent at de har identifisert flaskehals på operasjonsstuene. Like mange oppgir at de har identifisert flaskehals i forløpet før operasjon, mens 48 prosent oppgir at de har identifisert flaskehals på sengeposten.³⁸ Et stort flertall av dem som har identifisert flaskehals i disse delene av forløpet, oppgir videre at de har iverksatt tiltak for å løse opp i disse.

For å finne ut hva som kjennetegner sykehus som har effektive behandlingsforløp, er svar fra spørreundersøkelsen og data om liggetider analysert ved hjelp av en kvalitativ komparativ analyse (QCA).³⁹

Analysen viser at det er flere måter å oppnå effektive behandlingsforløp for hofteprotesepasienter på, men også at det er noen kombinasjoner av kjennetegn som er viktigere enn andre. Den vanligste kombinasjonen av kjennetegn ved sykehus med effektive behandlingsforløp er at sykehusene

- har etablert standardiserte behandlingsforløp
- har arbeidet med å identifisere flaskehals
- har standardiserte utskrivningskriterier
- bruker liggetid som styringsparameter
- sender en lav andel pasienter til rehabilitering

Det er ti sykehus med effektive behandlingsforløp som har alle de kjennetegnene som er beskrevet ovenfor.⁴⁰ Kombinasjonen av at sykehus har standardisert behandlingsforløpene og har jobbet med å identifisere flaskehals, framstår som en forutsetning for at sykehusene kan ha effektive behandlingsforløp. Det er kun ett sykehus med korte liggetider som ikke har etablert standardiserte behandlingsforløp og ikke har identifisert flaskehals. I intervju med utvalgte sykehus ble det poengtert at stedene hvor flaskehals oppstår, varierer over tid, og at kontinuerlig oppfølging derfor er viktig.

Et av de andre kjennetegnene ved sykehus med effektive behandlingsforløp er at de har standardiserte utskrivningskriterier. Kriteriene innebærer å ha en sjekklister over hva som skal til for at pasientene skal kunne skrives ut. Eksempelvis må pasientene kunne kle på seg selv, kunne komme opp i og ut av en seng og kunne gå i trapper. I intervju med sykehusene oppgis det at det er viktig at utskrivningskriteriene er fast forankret hos personellet, og at pasientene blir godt informert om forventet liggetid i

38) Andre mindre viktige flaskehals som er identifisert, er postoperativ/intensiv enhet (35 prosent) og radiologi (10 prosent).

39) Vedlegg 3 viser en oppstilling av resultatene fra analysen.

40) QCA-modellen, som identifiserer kombinasjoner av kjennetegn, forutsetter en mer gradert inndeling av om et sykehus er liggetidseffektivt eller ikke, enn inndelingen i figur 5. Det innebærer at det kan være enkelte avvik for om et sykehus regnes som effektivt i QCA-analysen og figur 5. Flekkefjord og Kysthospitalet Hagevik har den kombinasjonen av de fem kjennetegnene som forekommer hyppigst, men er mindre liggetidseffektive enn de øvrige sykehusene i gruppen.

forbindelse med konsultasjon ved poliklinikk. Ved enkelte sykehus er også selve utskrivningen delegert til sykepleierne, som et ledd i oppgaveglidningen for å frigjøre legeressurser.

Analysen indikerer videre at det å holde oversikt over antall liggedøgn bidrar til kortere liggetider. Fire av fem ortopediske ledere oppgir i undersøkelsen at avdelingen de leder, bruker liggetid som styringsparameter for virksomheten. For hofteprotesepasienter er den gjennomsnittlige liggetiden 0,5 dager kortere ved disse sykehusene enn ved sykehus som ikke bruker liggetid som styringsparameter.

Det finnes også andre kombinasjoner som beskriver effektive behandlingsforløp, enn de kombinasjonene som er nevnt over. Det er lite som tyder på at det å sende mange pasienter til rehabilitering er et relevant tiltak for å korte ned på liggetiden. Det finnes riktignok noen liggetidseffektive sykehus som gjør dette, men de sykehusene som har den vanligste kombinasjonen av kjennetegn, sender alle en lav andel pasienter til rehabilitering.

Andre tiltak som kan effektivisere behandlingsforløpet for hofteprotesepasienter

I spørreundersøkelsen og intervjuene har det blitt identifisert andre mulige tiltak som kan effektivisere behandlingsforløpet for hofteprotesepasienter. Disse tiltakene gjelder ikke direkte liggetiden for pasientene, men kan dreie seg om å bruke ressursene på en bedre måte. Målet med tiltakene kan være å frigjøre eller spare ressurser, men også å bidra til bedre kvalitet i tilbudet til pasientene.

Tiltak før operasjonen

Et typisk forløp for innsetting av hofteprotese starter med utredning ved en poliklinikk. Mange sykehus organiserer også egne informasjonsmøter hvor pasientene får informasjon om inngrepet, forventet liggetid og trening, slik at alt ligger til rette for rask mobilisering etter operasjonen. Før operasjonen gjøres det også en anestesivurdering av pasientene, og mange sykehus gjør dette ved en preoperativ poliklinikk.

En del av sykehusene som innkaller pasientene til informasjonsmøte før operasjonen, gjør anestesivurderingene i forbindelse med dette møtet. Hensikten med å samle flere av disse aktivitetene på samme tidspunkt er å redusere antallet ganger pasienten må møte opp på sykehuset før selve operasjonen. Slike tiltak bidrar dessuten til å frigjøre kapasitet ved poliklinikkene. Et sykehus som har tatt flere slike grep, er St. Olav. Ett eksempel er sykehusets «hofteskole», som ble beskrevet i Riksrevisjonens forrige rapport om effektivitet i sykehus. Et annet eksempel er sykehusets innføring av «one stop poliklinikk» og «artroseskole» (se faktaboks 4).

Tiltak etter operasjonen

Også visse tiltak etter operasjonen kan bidra til en mer effektiv ressursbruk ved behandlingsforløpene for hofteprotesepasienter. Det er for det første store forskjeller mellom sykehusene når det gjelder hvor mange pasienter som sendes til rehabilitering etter en hofteproteseoperasjon. Riksrevisjonens forrige undersøkelse av effektivitet i sykehus viste at et stort flertall av pasientene som sendes til rehabilitering, blir mellom én og tre uker på institusjon. Det er dermed store kostnader forbundet med rehabilitering av pasientene. Svarene på spørreundersøkelsen til de ortopediske lederne viser at andelen pasienter som sendes til rehabilitering, varierer fra 1 til 80 prosent mellom sykehusene. Hver fjerde ortopediske leder oppgir at de mener at andelen pasienter sykehuset sender til rehabilitering, er for høy. Denne oppfatningen finnes både ved sykehus som sender mange hofteprotesepasienter til rehabilitering, og ved sykehus som sender få. I spørreundersøkelsen og i intervjuer kommer det fram at det er flere som mener at det å sende hofteprotesepasienter til rehabilitering ikke har

noen dokumentert effekt, og at kostnadene ved å gjøre det samtidig er høye. Sykehusene som sender en lav andel av pasientene til rehabilitering, kommer ikke dårligere ut enn de andre sykehusene når det gjelder de tre kliniske effektmålene som er undersøkt for protese pasienter.

I Riksrevisjonens forrige rapport om effektivitet i sykehus ble de regionale helseforetakene anbefalt å vurdere omfanget av bruken av opptreningsinstitusjoner for hofteprotesepasienter. I brev til revisjonen oppgir de fire regionale helseforetakene at de har vurdert omfanget. I flere av intervjuene opplyses det samtidig om at det er vanskelig å endre praksisen for sykehusene. Lederen for ortopedisk avdeling ved Drammen sykehus forteller i intervju at sykehuset likevel klarte å redusere omfanget fra ca. 85 prosent til 10 prosent i løpet av ett år, men at det krevde et systematisk arbeid for å bevisstgjøre både pasienter og helsepersonell om manglende effekt av rehabilitering for denne pasientgruppen. Flere understreker i intervju og i spørreundersøkelsen at det ikke har noen dokumentert effekt å sende en høy andel hofteprotesepasienter til rehabilitering.

I et av intervjuene kommer det fram at sykehuset har opplevd å miste pasienter til andre sykehus som har en mer liberal praksis for å sende pasienter til rehabilitering, i tilfeller hvor de selv har gitt avslag på ønske om rehabilitering. Det er videre de regionale helseforetakene som kjøper plasser ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Helse Sør-Øst oppgir samtidig at de avregner for et gjennomsnitt av befolkningens bruk av slike plasser de tre siste årene når de fordeler inntektene til helseforetakene, slik at helseforetakene indirekte vil bære noen av kostnadene.

Det er også store variasjoner i sykehusenes praksis for etterkontroller av hofteprotesepasienter. Spørreundersøkelsen viser at ni av ti sykehus utfører rutinemessige etterkontroller av alle pasienter. Om lag halvparten av disse har mer enn én etterkontroll av pasientene. Ved tre av fem sykehus innebærer etterkontroll minst ett besøk hos lege ved sykehuset. Flere sykehus har imidlertid valgt å overlate én eller flere kontroller til fysioterapeuter. Ved å overlate ansvaret for kontroller til fysioterapeuter får legene ved poliklinikken frigjort ressurser som de kan bruke til andre oppgaver. To av sykehusene som er representert i spørreundersøkelsen, gjennomfører kun etterkontroller av utvalgte pasienter (se faktaboks 2).

One stop poliklinikk

For å sikre en best mulig ressursutnyttelse ved poliklinikkene har St. Olavs Hospital innført «one stop poliklinikk» for hofteprotesepasientene. Hensikten er å gjøre alle vurderinger og undersøkelser av pasientene første gang de møter ved poliklinikken. Sykehuset har satt sammen en standardisert «pakke» av undersøkelser. På den måten unngår sykehuset at pasientene må kalles inn flere ganger. Tiltaket innebærer at det som hovedregel er den samme legen som vurderer pasientene ved poliklinikken, som også utfører operasjonen.

Artroseskole

St. Olavs Hospital har siden 2016 kalt inn pasienter med artrose (slitasje) i kne- og hoftledd til en egen tverrfaglig, gruppebasert «artroseskole». Tilbudet gjelder for pasienter med milde til moderate plager, der det ikke er åpenbart at operasjon er den beste løsningen. Gjennom et totimers kurs med ortoped, fysioterapeut og farmasøyt får pasientene i grupper på ca. 15 personer informasjon om alternativet til operasjon. Etter kurset skal pasientene være bedre rustet til selv å velge behandlingsstrategi, og de skal ha fått vite at trening og fysisk aktivitet er den beste behandlingen ved mild til moderat artrose. I intervju oppgir sykehuset at kun 30 prosent av dem som deltar på «artroseskolen», blir henvist på ny for operasjon innen ett år. Ved å redusere antallet konsultasjoner hvor legen møter hver enkelt pasient, frigjøres det kapasitet ved poliklinikken samtidig som deltakerne på skolen får mulighet til å utveksle erfaringer og stille spørsmål. Sykehuset oppgir at tiltaket har ført til reduserte ventetider ved poliklinikken.

Selekterte etterkontroller

Sykehuset på Tynset oppgir i spørreundersøkelsen at de i fire år har hatt en rutine hvor en fysioterapeut ringer pasientene etter noen uker, og at erfaringene tilsier at et fåtall av pasientene har behov for å møte til etterkontroll. Sykehusene som selekterer pasienter på denne måten, kommer ikke dårligere ut på noen av effektmålene enn de andre sykehusene. I intervju oppgir flere sykehus at selekterte etterkontroller kan bli aktuelt i framtiden, men at de foreløpig ikke har hatt en systematisk gjennomgang for å vurdere dette tiltaket.

2.2.5 Registrering av ventetider for hofteprotesepasienter

Riksrevisjonen avdekket i 2013 at det var store forskjeller i registreringspraksisen for ventetider mellom helseforetak og sykehus.⁴¹ Ventetidsstatistikk brukes som grunnlag for styring og kvalitetssikring i spesialisthelsetjenesten. Kortere ventetider gir dessuten mer effektive behandlingsforløp. I de nasjonale prioriteringsveilederne for hofteartrose er den veiledende fristen for behandlingsstart 12 uker hvis pasienten har alvorlige plager, og 26 uker hvis plagene er moderate.⁴²

Analyse av registerdata for hofteprotesepasienter viser at det fortsatt var forskjeller i registreringspraksisen mellom sykehus i 2015. Ved mange sykehus registreres pasientenes ventetid som avsluttet når hofteprotesepasientene er inne til utredning ved poliklinikk, mens ved andre sykehus registreres ventetiden som avsluttet når pasientene legges inn til operasjon, se figur 6. Ulik praksis fører til at pasientstatistikken om ventetider for disse pasientene ikke blir sammenlignbar mellom sykehus, og innebærer at ventetidene til operasjon for flere av sykehusene kan være lengre enn det som kommer fram av den offisielle ventetidsstatistikken.

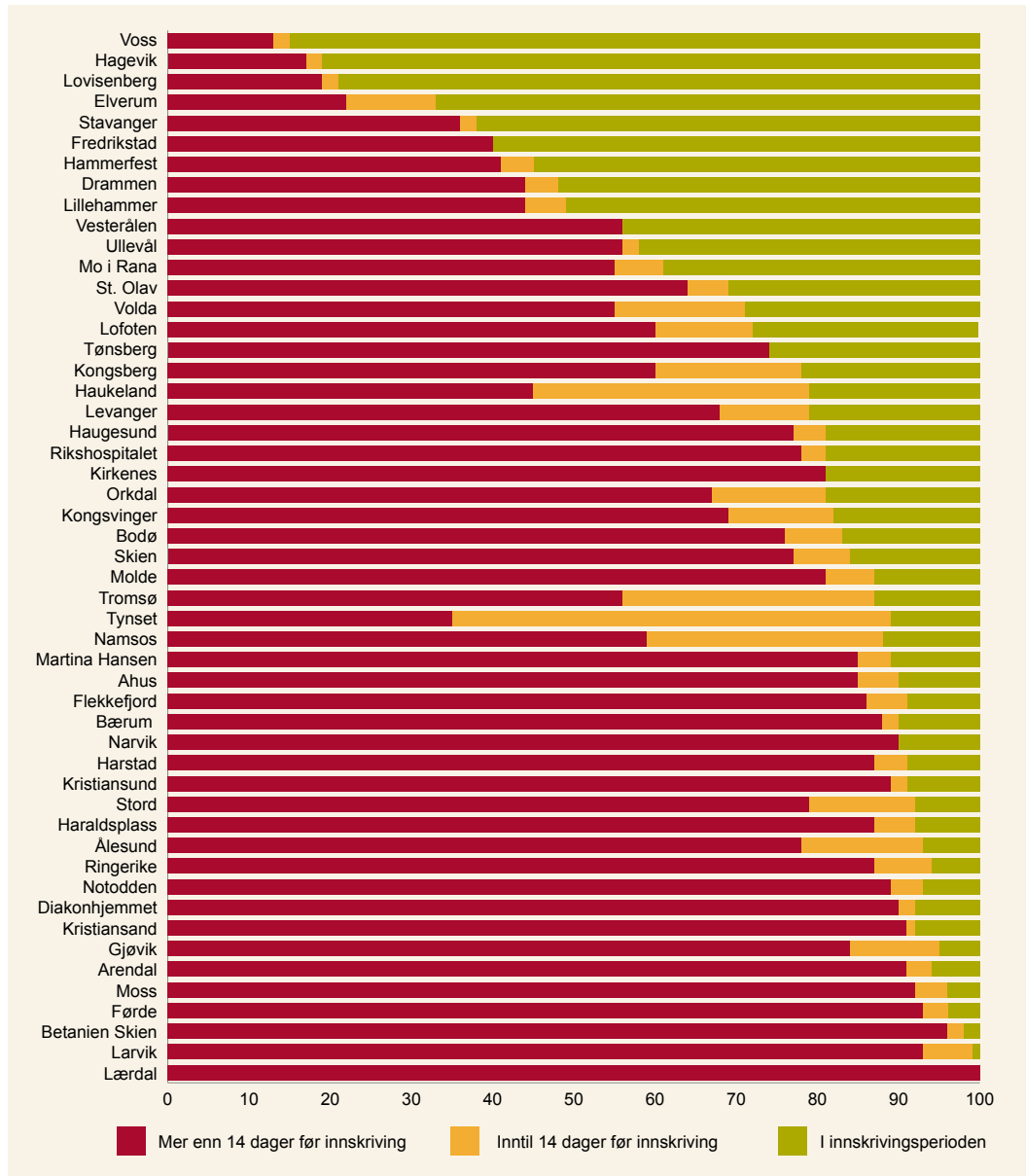
I en rapport om ventetidsregistrering fra 2017 slår Helsedirektoratet fast at det er variasjoner i registreringen av ventetider for flere typer behandlinger.⁴³

41) Dokument 3:2 (2012–2013) *De regionale helseforetakenes registrering, resultatrapportering og måloppnåelse for ventetider.*

42) Helsedirektoratets prioriteringsveileder for ortopedi, tilstand hofteartrose.

43) *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten (IS-2626).*

Figur 6 Tidspunkt for når ventetid ble registrert som avsluttet for hofteproteseoperasjoner per sykehus i 2015, andel operasjoner i prosent



Kilde: Hofteproteseregisteret og Norsk pasientregister

2.3 Utnyttelsen av ortopediske operasjonsstuer

2.3.1 Utvikling og variasjon i stueutnyttelsen

I Riksrevisjonens forrige undersøkelse av effektivitet i sykehus ble operasjonsstueene identifisert som en viktig flaskehals i behandlingsforløpene for hoftebrudds- og hofteproteseoperasjoner. Samtidig ble det avdekket store variasjoner i utnyttelsen av de ortopediske operasjonsstueene. Beregningene av stueutnyttelse tar ikke høyde for personellressurser, som også er en viktig innsatsfaktor på operasjonsstueene. Indikatoren viser dermed kun en del av ressursutnyttelsen.⁴⁴

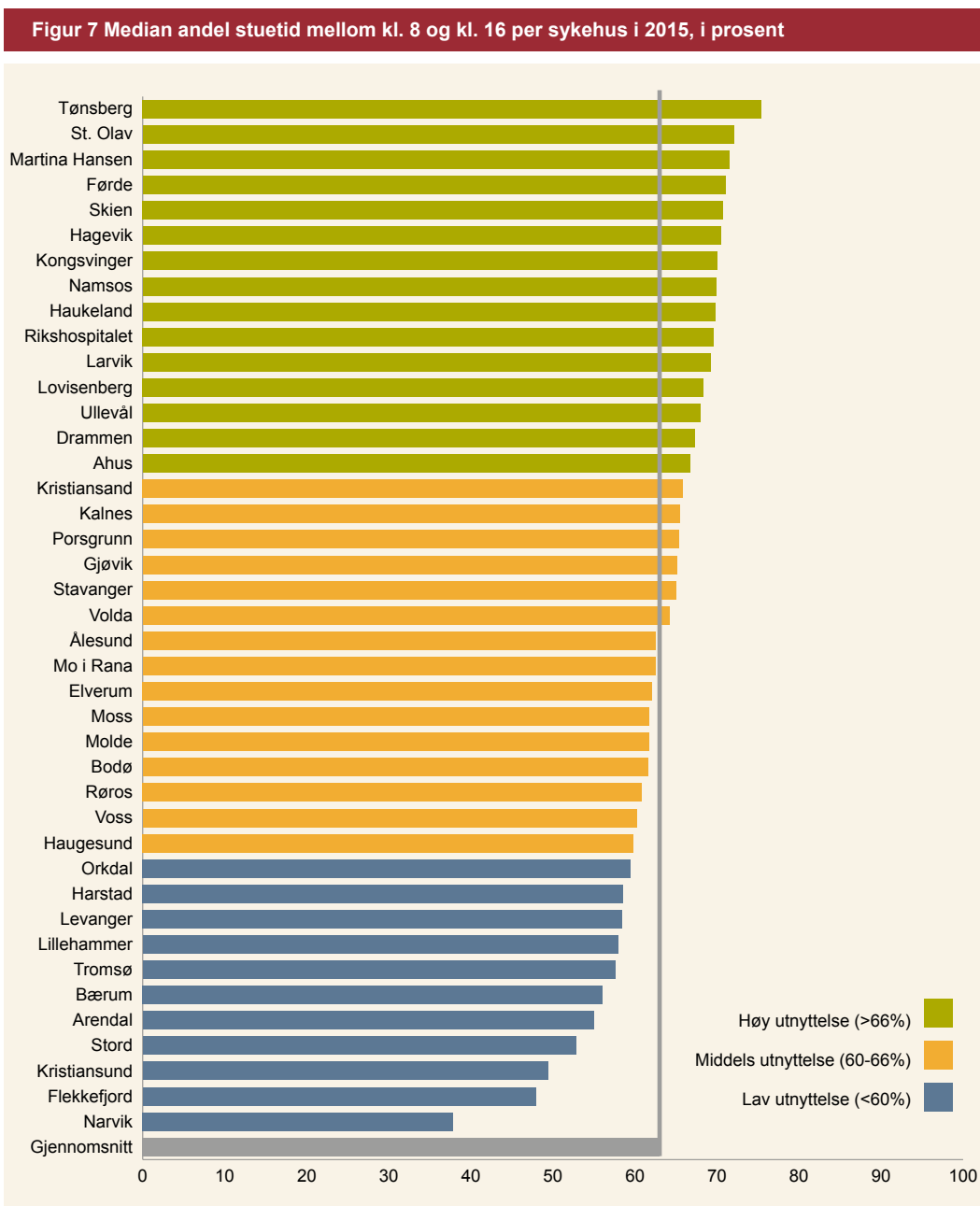
44) En begrensning ved beregningene er at de forutsetter at ressursutnyttelsen er mest effektiv dersom operasjonsstueene er i bruk i hele tidsrommet mellom kl. 8 og kl. 16. I tilfeller der operasjonsstueene ikke er den begrensende faktoren, eller at det kun er allokert personellressurser til operasjonsstueene i deler av tidsintervallet kl. 8 til kl. 16, kan ressursutnyttelsen være god selv om en operasjonsstue ikke brukes hele dagen. En annen begrensning ved beregningene er at det forekommer variasjoner i registreringspraksisen både mellom sykehus og innad i sykehus over tid.

Nye beregninger viser at det har vært en positiv utvikling for flere sykehus på området, men at det fortsatt er store variasjoner mellom sykehusene. For de 33 sykehusene hvor utviklingen i stuetid er beregnet, viser undersøkelsen at

- 7 har økt utnyttelsen med mellom en halvtime og en time daglig
- 10 har økt andelen stuetid med mellom 10 minutter og en halvtime
- 3 har redusert andelen stuetid tilsvarende mer enn 20 minutter daglig

Ved de resterende 13 sykehusene har det vært mindre endringer i utnyttelsen av operasjonsstuene.

Figur 7 viser andelen stuetid mellom kl. 8 og kl. 16 på vanlige arbeidsdager i 2015. Figuren illustrerer i hvor stor del av dette tidsintervallet det foregår pasientbehandling på operasjonsstuene.



Kilde: Sykehusenes operasjonsplanleggingsystemer

Gjennomsnittlig andel stuetid for alle sykehusene var i 2011 61 prosent. I 2015 var andelen 63 prosent. Begge år var det store forskjeller i stueutnyttelsen. I 2015 skilte mer enn en tredels arbeidsdag sykehusene med høyest og lavest andel stuetid, og ved 15 sykehus var operasjonsstuene i bruk minst to tredeler av arbeidsdagen.

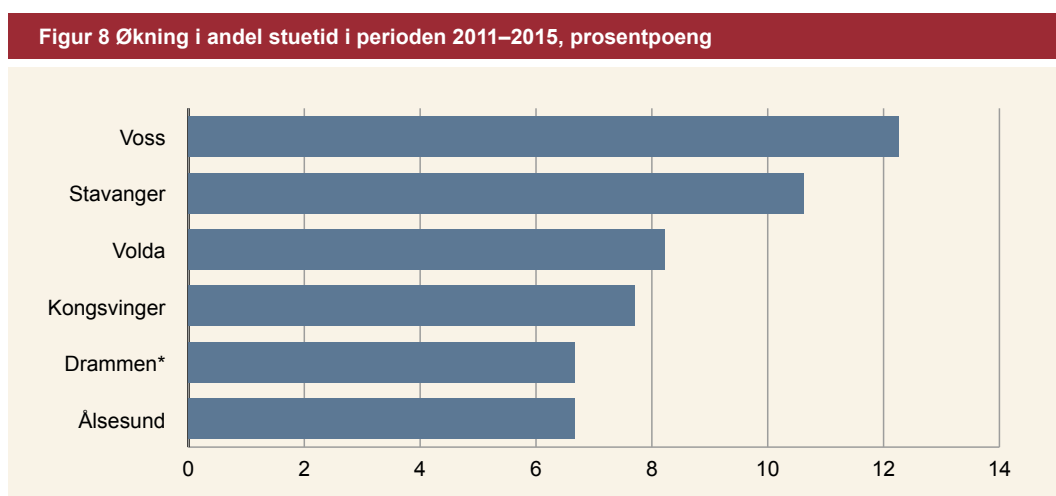
Samlet sett var det små endringer i tidspunkt for oppstart og avslutning på operasjonsstuene fra 2011 til 2015. Enkelte sykehus startet imidlertid tidligere i 2015 enn i 2011. På samme måte finnes det eksempler på sykehus som holdt aktiviteten gående lenger ut over dagskiftet i 2015 enn i 2011.⁴⁵

2.3.2 Kjennetegn ved sykehus som har en effektiv utnyttelse av operasjonsstuene

Selv om det finnes både store og små sykehus i gruppen som utnytter operasjonsstuene minst to tredeler av arbeidsdagen, er store sykehus overrepresentert i gruppen. Videre er alle helseregioner unntatt Helse Nord representert i gruppen. Av universitetssykehusene er det kun sykehuset i Tromsø som har en lavere andel stuetid enn snittet for alle de 41 sykehusene. Sykehus som kun utfører planlagte operasjoner, og sykehus som har en lav andel øyeblikkelig hjelp-pasienter (akutte innleggelser, ø-hjelp), er overrepresentert blant sykehusene som har høyest utnyttelsesgrad. En høy andel ø-hjelp kan forstyrre det planlagte operasjonsprogrammet, men synes imidlertid ikke å være et hinder for god utnyttelse av operasjonsstuen. Flere sykehus som har en høy andel ø-hjelp, er representert i gruppen som har en høy utnyttelse av operasjonsstuene.

Selv om strukturelle forhold som sykehusstørrelse og andel ø-hjelp i noen grad kan bidra til å forklare forskjeller mellom sykehus, finnes det en rekke organisatoriske og praktiske grep sykehusene kan ta for å utnytte kapasiteten ved operasjonsstuene bedre. I spørreundersøkelsen til de ortopediske lederne ble det kartlagt hvilke konkrete effektiviserings tiltak sykehusene har arbeidet med. Ved å se resultatene fra spørreundersøkelsen i sammenheng med registerdata som beregner utvikling i stueutnyttelse, blir det mulig å identifisere hvilke grep sykehusene som har hatt størst økning i andel stuetid, har jobbet med de siste årene.

I figur 8 gjengis utviklingen i andel stuetid mellom 2011⁴⁶ og 2015 for de seks sykehusene som har hatt den mest positive utviklingen, og som også har svart på spørreundersøkelsen.⁴⁷



Kilde: Sykehusenes operasjonsplanleggingssystemer

*) Data fra 2012 og 2015

45) Vedlegg 4 viser en oversikt over endringer i oppstarts- og avslutningstidspunkt per sykehus.

46) Data for Drammen sykehus fra 2012.

47) Orkdal sykehus svarte ikke på spørreundersøkelsen og inngår derfor ikke blant de seks. Vedlegg 5 viser en fullstendig oversikt over utviklingen i andel stuetid for alle sykehus.

Disse seks sykehusene har økt den daglige stueutnyttelsen med mellom en halv og én time fra 2011 til 2015. Alle har ifølge de ortopediske lederne arbeidet systematisk med å redusere skiftetidene. Videre oppgir fem av de seks sykehusene at de har begynt å skjerme kirurgene fra andre oppgaver de dagene de opererer. Like mange oppgir at de har innført en standardisering av operasjonsprogrammet. Hensikten med standardiseringen av operasjonsprogrammet er å få en mer effektiv flyt på operasjonsstuen, for eksempel ved at det gjennomføres like operasjoner på samme dag, eller ved at det legges opp til en bestemt rekkefølge på ulike typer operasjoner. Fem av sykehusene oppgir at de har innført tidligere oppstart på operasjonsstuene på dagtid, mens fire oppgir at de har innført senere avslutning. Disse opplysningene støttes også av analysene av registerdata, som viser at de seks sykehusene i gjennomsnitt startet aktiviteten på de ortopediske operasjonsstuene ett kvarter tidligere og avsluttet nesten 20 minutter senere i 2015 enn i 2011. Gjennom intervjuene i utvalgte sykehus kommer det fram hvor avgjørende det er for ressursutnyttelsen med tidlig oppstart om morgenen, og hvor viktig det er å komme i gang som planlagt. Hvis den første planlagte operasjonen forskyves, vil det kunne få store konsekvenser for utnyttelsen av operasjonsstuen resten av dagen.

Analysene av registerdataene fra sykehusenes operasjonsplanleggingssystemer viser at det varierer hvor tidlig på dagen aktiviteten på operasjonsstuene starter, og hvor lenge den holder på mot slutten av dagskiftet. Ved sykehusene som starter tidligst om morgenen, er den første pasienten på plass på operasjonsstuen allerede kl. 8.00 (Kysthospitalet i Hagevik, Kongsvinger og Stavanger). På sykehuset som starter senest, trilles den første pasienten inn først kl. 8.55 (Stord). Gjennomsnittlig tidspunkt for når den siste pasienten trilles ut, varierer mellom kl. 14.03 (Kysthospitalet i Hagevik) og kl. 15.29 (Molde og Tønsberg).⁴⁸

Effektiv avvikling av operasjoner er krevende og forutsetter god logistikk. Det er blant annet viktig å ha kontroll over nødvendig utstyr og dessuten ha en god samordning av personellet som er involvert. Fire av fem ortopediske ledere oppgir i spørreundersøkelsen at det gjennomføres målinger av kapasitetsutnyttelsen ved operasjonsstuene, og over halvparten av disse oppgir at målingene i stor grad blir brukt til å planlegge utnyttelsen av operasjonsstuene. Erfaringsdata kan også brukes til lokalt forbedringsarbeid (se faktaboks 3).

Ved mange sykehus er operasjonsvirksomheten organisatorisk adskilt fra den ortopediske virksomheten, noe som betyr at ansatte med ulik organisatorisk tilhørighet samarbeider på operasjonsstuene. St. Olavs Hospital, som hadde en høy stueutnyttelse både i 2011 og i 2015, påpeker at det å avvikle operasjoner er teamarbeid. De mener at en viktig grunn til at de har oppnådd det de har gjort, er at alle berørte fag og profesjoner har satt seg ned sammen for å diskutere i fellesskap hvordan organiseringen blir best mulig.

48) Vedlegg 6 viser en oversikt over alle sykehus.

Flere sykehus bruker egne erfaringsdata som grunnlag for lokalt forbedringsarbeid. I intervju med sykehusene kommer det fram at det er vanskelig å sette i gang et systematisk forbedringsarbeid uten å ha håndfaste data å ta utgangspunkt i. Nedenfor gis det konkrete eksempler på hvordan bruk av erfaringsdata har bidratt i det lokale forbedringsarbeidet ved tre sykehus.

Vestre Vikens operasjonskubbe

Vestre Viken har utviklet et verktøy som gjør det mulig å følge opp kapasitetsutnyttelsen av operasjonsstuer og personell kontinuerlig. I verktøyet kombineres historiske aktivitetsdata fra operasjonsplanleggingssystemet med bemanningsdata. Verktøyet går dermed lenger enn Riksrevisjonens indikator for stuetid ved å inkludere personellinnsatsen, som er en viktig ressursinnsats og kostnad for sykehusene. Verktøyet er utviklet gjennom samarbeid med fagmiljøet ved alle sykehusene i Vestre Viken, etter initiativ fra fagdirektøren i helseforetaket. En controller ved Bærum sykehus oppgir i intervju at behovet for å styre etter stue- eller teamutnyttelse, eller etter kombinasjonen av disse faktorene, kan variere på tvers av sykehus og ut fra hva som er den begrensende ressursen.

Bærum sykehus' modulplanlegger

Ved Bærum sykehus har det blitt utviklet en modulplanlegger for operasjoner. Med utgangspunkt i erfaringsdata fra operasjonsstuen er det mulig å gjøre simuleringer basert på reelle tall og visualisere operasjonsprogrammet for en gitt dag. Visualiseringene kan brukes både som grunnlag for å vurdere om det er mulig å øke antallet inngrep en gitt dag, og som grunnlag for diskusjoner om endring av arbeidsprosesser. Simuleringsverktøyet gjør det for eksempel mulig å justere forventet tidsbruk på de ulike aktivitetene etter hva det er realistisk å få til. Ved hjelp av modulplanleggeren har Bærum sykehus økt antallet hofteproteseoperasjoner på én operasjonsstue fra to til tre per dag.

Helse Møre og Romsdals forbedringsprosjekt

Helse Møre og Romsdal startet i 2015 opp et eget forbedringsprosjekt. Standardisering og kontinuerlig oppfølging er sentrale elementer i prosjektet. Formålet med prosjektet er å redusere variasjon gjennom å standardisere både hele pasientforløp og enkeltelementer som operasjonsteknikk eller bruk av utstyr. I intervju med helseforetaket understrekes betydningen av at beslutningene tas i fellesskap med helsepersonellet som utfører behandlingene, og at det er helsepersonellet som selv skal analysere variasjon og avvik og hva som er en god praksis. Arbeidet krever at noen tilrettelegger dataene og får fagmiljøet til å komme fram til prosedyrer i fellesskap. Gjennom kontinuerlig oppfølging av aktivitetsdata, for eksempel måling av produktionsnivået ved operasjonsstuen, følges variasjonen opp som en viktig styringsparameter. For å lykkes med kontinuerlig forbedring og standardisering er det viktig å utvikle en felles kultur og forståelse for målet med forbedringen.

Intervjuene med sykehus som har lyktes med å bruke erfaringsdata til kontinuerlig styring og forbedring, viser at følgende forhold bør være på plass:

- Oppdaterte erfaringsdata må være tilgjengelige.
- Det må være noen som tilrettelegger dataene.
- Det må være noen som har god logistikkforståelse.
- Det må være noen som driver forbedringsarbeidet.
- Det må sikres bred involvering av fagfolk i prosessen.
- Det må finne sted en kontinuerlig oppfølging av aktivitetsdata.

2.4 Gjennomføring av planlagte operasjoner

2.4.1 Omfanget av utsatte operasjoner

Riksrevisjonens forrige rapport om effektivitet i sykehus (Dokument 3:4 (2013–2014)) viste at det var variasjoner i hvordan operasjonsplanleggingen ble gjennomført, og at det var indikasjoner på at det er en sammenheng mellom effektive behandlingsforløp og lavere andel utsatte operasjoner (strykninger). Utsettelse eller avlysning av en operasjon etter at pasienten har blitt innlagt på sykehuset, har negative konsekvenser for pasientens velferd og kan innebære dårlig ressursutnyttelse for sykehuset.⁴⁹ God informasjon om forekomst av og årsaker til utsettelse av operasjoner, er derfor relevant informasjon for sykehuset i forbindelse med organisering og planlegging av aktiviteten.

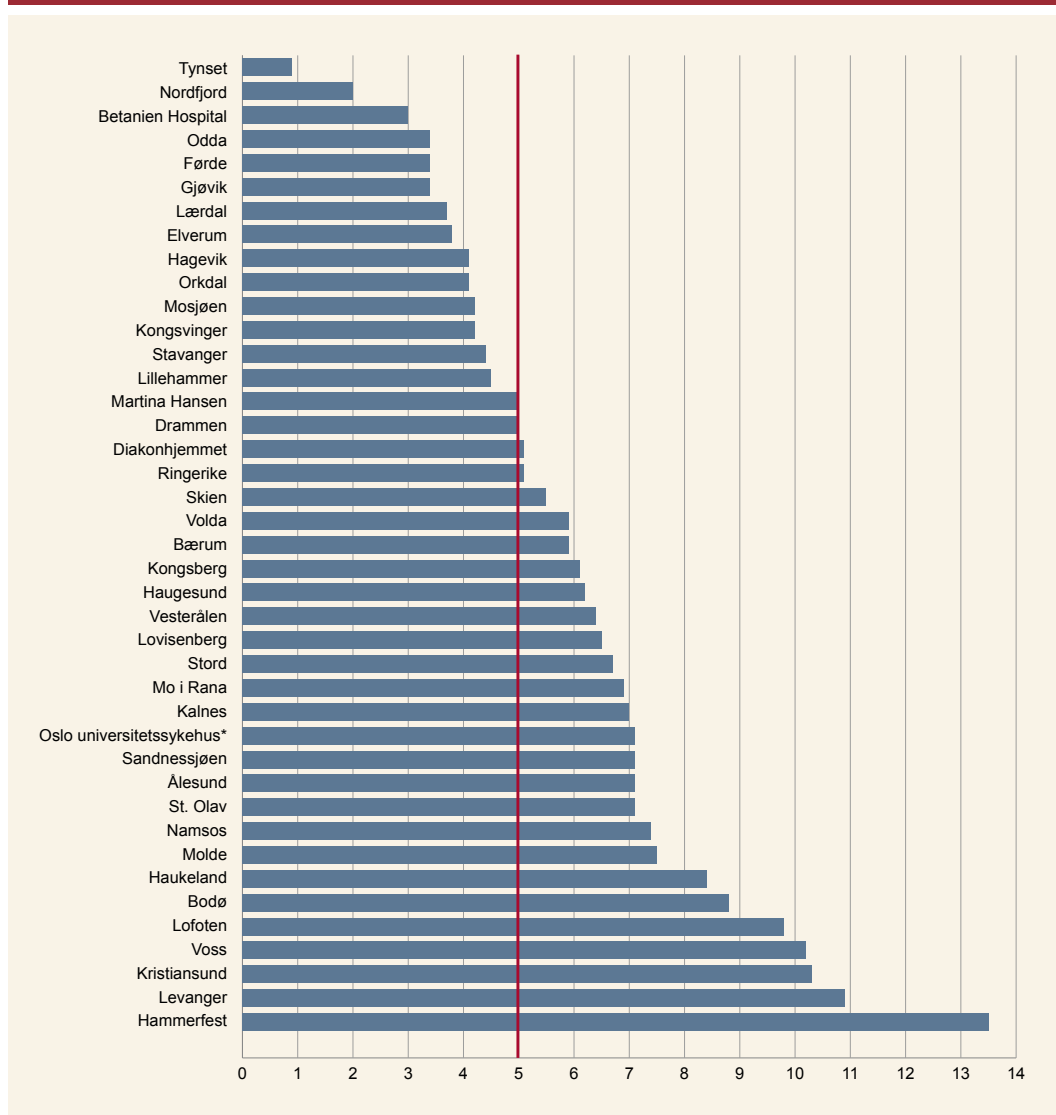
Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikator for utsettelse av planlagte operasjoner viser andel operasjoner som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet etter at godkjent operasjonsprogram for neste dag foreligger. Utsettelse som skjer før dette tidspunktet, regnes ikke med i kvalitetsindikatoren. Helsedirektoratets indikatorbeskrivelse angir at målet er en strykandel på under 5 prosent. Data om utsettelse leveres direkte fra helseforetakene til Helsedirektoratet, som publiserer indikatoren. Kvalitetsindikatoren beregnes på bakgrunn av alle typer operasjoner ved sykehusene, og gir for eksempel ikke mulighet til å skille ut resultatene for den ortopediske virksomheten alene.

Indikatoren viser at det siden 2011 har vært en moderat nedgang i andelen strykninger på landsbasis, fra 6,4 prosent i 2011 til 5,8 prosent i 2016. I 2016 ble 20 552 operasjoner strøket. Helse Vest hadde lavest andel strykninger i 2016, med 5,4 prosent, og har også hatt den sterkeste reduksjonen i andel strykninger siden 2011. Helse Nord hadde høyest andel utsettelse – andelen var på 7,3 prosent, noe som er en økning på 1,4 prosentpoeng fra 2015 til 2016. I Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst var andelen utsettelse på henholdsvis 7,1 prosent og 5,6 prosent. Det er større variasjon mellom sykehusene.

Figur 9 viser andelen utsettelse av operasjoner i sykehusene i 2016.

49) En utsatt eller avlyst operasjon kan føre til at operasjonsstuen blir stående ledig, og at pasienten må reise hjem fra sykehuset etter å ha blitt innlagt.

Figur 9 Andel utsettelse av planlagte operasjoner i 2016



* Oslo universitetssykehus har ikke rapportert på sykehusnivå, men for helseforetaket samlet.

Kilde: Helsedirektoratets kvalitetsindikator for utsettelse av planlagte operasjoner

Den røde linjen i figuren illustrerer målet om at andelen utsettelse av operasjoner skal være under 5 prosent. Figuren viser at Hammerfest hadde den høyeste andelen utsettelse av planlagte operasjoner i 2016, med 13,5 prosent, mens Tynset hadde den laveste andelen utsettelse, med 0,9 prosent.

Kvalitetsindikatoren gir ikke informasjon om det totale omfanget av ombookinger av operasjoner, ettersom den kun beregnes på grunnlag av data om utsettelse som skjer etter at operasjonsprogrammet for neste dag foreligger. Helsedirektoratets indikatorbeskrivelse angir heller ikke et tidspunkt for hvor skillet mellom en utsettelse og en strykning går, ut over at en strykning skal registreres når den skjer etter at godkjent operasjonsprogram for neste dag foreligger. Sykehusene har ulike rutiner for når operasjonsprogrammer godkjennes, og dermed ulike tidspunkter for når strykninger registreres. Svarene i spørreundersøkelsen viser at tidspunktene varierer fra kl. 13 til kl. 22 dagen før operasjonen. Ved 15 sykehus kjenner ikke lederen for ortopedisk enhet til hvilken frist som brukes. Denne ulike praksisen kan påvirke

resultatene som vises i indikatoren. Helsedirektoratet har opplyst at kvalitetsindikatoren skal revideres i 2017.⁵⁰

2.4.2 Årsaker til at operasjoner utsettes

Den nasjonale indikatoren inneholder ikke informasjon om årsakene til at operasjoner utsettes. Årsakene registreres i sykehusenes operasjonsplanleggingssystemer. Det finnes ikke en standardisert liste over årsakene til at operasjoner utsettes, og de fleste sykehusene bruker egne kodesett. En gjennomgang av sykehusenes årsakskoder viser at det er i alt 234 koder i bruk blant de sykehusene som bruker pasientjournal-systemet DIPS (det gjelder de fleste helseforetakene i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst), og mange av disse er mer eller mindre sammenfallende. Sykehus som bruker andre systemer enn DIPS, har egne kodesett.

I noen helseforetak brukes det like kodesett ved flere eller alle sykehusene, mens det i andre helseforetak brukes ulike kodesett ved de forskjellige sykehusene. Det er vanskelig å sammenligne de ulike årsakskodene som er i bruk, da mange er overordnede og rommer flere mulige årsaker, er overlappende eller ikke inneholder informasjon om årsak (årsakskoden er for eksempel «annen årsak»).

Under halvparten av respondentene i undersøkelsen mener at årsakskodene som registreres, er gode nok til å brukes i forbedringsarbeid. Flere av respondentene peker på at det ikke finnes dekkende årsakskoder, eller at ikke alle grunner til strykninger finnes i kodetabellen. Kodelister som ikke inneholder alle de aktuelle årsakene, eller som inneholder generelle og tvetydige koder, skaper utfordringer både ved registrering og ved tolkning av data. Vestre Viken HF er et av helseforetakene som har gjort en innsats for å lage et entydig kodesett, se faktaboks 4.

Faktaboks 4 Arbeidet med å lage et entydig kodesett

Som en del av arbeidet med å effektivisere operasjonsstuedriften utarbeidet Vestre Viken HF i 2015 et kodesett for registrering av utsettelse av operasjoner. Ifølge en controller ved et av sykehusene i foretaket var det krevende å komme til enighet om et entydig kodesett på tvers av faggrupper og sykehus. Bred involvering og gode diskusjoner gjorde likevel at de kom fram til et kodesett som gir et bedre grunnlag for lokalt forbedringsarbeid enn de årsakskodene som ble brukt tidligere. Det er blant annet ikke lenger et problem at mange utsettelse registreres med «annet» som årsak, og samme koder brukes ved alle de fire sykehusene i foretaket.

For å belyse årsakene til at operasjoner utsettes er de ulike kodene som brukes ved sykehusene, kategorisert med utgangspunkt i det kodesettet som er laget ved Vestre Viken HF.⁵¹ Tabell 6 viser fordelingen. Noen av årsakene til at strykninger finner sted ligger utenfor sykehusets kontroll – det kan for eksempel dreie seg om sykefravær hos pasienten eller personellet. Mange av årsakene til at operasjoner utsettes faller imidlertid inn under forhold som sykehuset i større eller mindre grad har kontroll over. Når en utsettelse er kodet med «manglende kapasitet», kan det skyldes svakheter i planleggingen av operasjonsprogrammet. Utsettelse som er kodet med «mangler personell», angir i dette kodesettet ikke årsaken til at situasjonen er slik, og viser derfor ikke om utsettelsene skyldes for eksempel sykefravær eller svakheter i bemanningsplanleggingen. Utsettelse som skyldes manglende utredning, forberedelse eller indikasjon, kan tyde på svakheter ved rutiner og retningslinjer.

50) Kilde: E-post fra Helsedirektoratet 4. april 2017.

51) Datagrunnlaget er her alle sykehus som bruker DIPS operasjonsplanlegger, det vil si de fleste sykehusene i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest, og omfatter alle utsettelse (strykninger) i 2015, i alt 16 661. Totalt antall strykninger i alle sykehus som er rapportert til kvalitetsindikatoren i 2015, er 21 601.

Tabell 6 Strykningsårsaker for alle sykehus som bruker DIPS, 2015. Prosent. N = 16661

Strykningsårsaker	Prosent
Pasient avbestilt, ikke møtt, syk, død	29,5
Pasient avbestilt, ikke møtt, syk, død (uspesifisert)	3,5
Pasient syk	13,8
Pasient ønsket avbestilling	5,1
Pasient død	7,0
Pasient ikke møtt	0,1
Manglende utredning, forberedelse og indikasjon	32,1
Manglende utredning, forberedelse og indikasjon (uspesifisert)	5,4
Ikke operasjonsindikasjon	20,2
Manglende utredning	4,0
Manglende forberedelse / pasient ikke fastende	2,6
Manglende kapasitet	18,7
Manglende kapasitet (uspesifisert)	5,0
Fortrengt av ø-hjelp	4,2
Urealistisk program	2,1
Ikke kapasitet postoperativt/intensiv	0,6
Fortrengt av ø-hjelp egen avdeling	4,4
Fortrengt av ø-hjelp annen avdeling	0,2
Lengre operasjonstid enn forventet	2,2
Mangler personell	5,4
Mangler personell (uspesifisert)	0,6
Mangler operatør	2,6
Mangler operasjonssykepleier	1,7
Mangler anestesisykepleier	0,3
Mangler anestesilege	0,2
Annen (undefinert årsak)	14,2

Kilde: Sykehusenes operasjonsplanleggingssystemer

Tabell 6 viser at mange av utsettelsene skyldes forhold som sykehuset har mulighet til å påvirke. Manglende utredning, forberedelse og indikasjon er forhold som utgjør til sammen ca. 32 prosent av utsettelsene. Manglende indikasjon innebærer at det ikke lenger er grunnlag for å gjennomføre operasjonen når pasienten møter ved sykehuset. Enkelte sykehus har en svært høy forekomst av denne årsakskoden (Larvik har 37 prosent, og Tynset har 46 prosent). Videre er det mer enn hver tiende strykning som registreres uten årsak. Ved noen sykehus er mer enn hver femte strykning registrert uten årsak.

Spørreundersøkelsen viser at 76 prosent av de ortopediske avdelingene bruker strykingsdata som grunnlag for evaluering og forbedringstiltak. De fleste sykehusene

følger opp strykningsstatistikken, noen daglig, noen månedlig og andre sporadisk. Helse Sør-Øst er regionen hvor flest ortopediske enheter bruker strykningsdata i styringen (89 prosent), mens Helse Nord er regionen hvor færrest gjør dette (33 prosent).

2.4.3 Sykehusenes arbeid med å forebygge utsettelse av operasjoner

Undersøkelsen viser at sykehusene har mulighet til å påvirke strykandelen. Når pasienter ikke møter til avtale, kan dette blant annet skyldes at de har glemt avtalen, ikke oppfatter den som forpliktende eller ikke vet hvordan de kan gi beskjed om at de ikke kommer. Fra 1. januar 2015 ble gebyret for ikke å møte til avtalt time hevet fra 320 til 640 kroner.

41 prosent av de ortopediske lederne som besvarte spørreundersøkelsen, oppgir at det ikke er vanlig praksis å ringe eller sende SMS til pasientene i forkant av time eller innleggelse. Resultater fra spørreundersøkelsen viser at det er en sammenheng mellom strykandelen og praksisen med å sende SMS-påminnelse. Sykehus som sender SMS-påminnelse, har i snitt en strykandel på 6 prosent, og sykehus som svarer nei / vet ikke på spørsmålet om de sender SMS-påminnelse til pasientene, har en strykandel på 7 prosent. I gruppen som har en strykandel som er lavere enn 5 prosent, sender 70 prosent SMS-påminnelse til pasientene, og i gruppen som har en høy strykandel (8 prosent eller høyere), sender 44 prosent SMS-påminnelse. Sykehusene i Helse Vest sender i størst grad ut slike påminnelser, mens sykehusene i Helse Nord gjør det i minst grad.

Noen av informantene i undersøkelsen mener at en SMS ikke er nok. Andelen pasienter som ønsker å flytte avtalen, oppleves å være økende, og måten timene avtales på, er derfor viktig, jf. faktaboks 5.

Faktaboks 5 Pasientønsket avbestilling

I intervjuene med sykehusene kommer det fram at det oppleves som et økende problem at pasienter som har blitt satt opp til operasjon, tar kontakt for å endre det oppsatte operasjonstidspunktet.

Forskningsprosjektet «Moving pre-surgical planning from the hospital to the patient at home through electronic collaboration» («eTeam-Surgery») har kartlagt hvilke endringer som skjer i operasjonsprogrammet inntil 100 dager før en gitt operasjonsdag. I studien kommer det fram at nesten en tredel av pasientene strykes fra programmet de siste 30 dagene før planlagt kirurgi. Om lag halvparten av disse endringene skjer inntil én dag før operasjonsdagen.

Dermed skjer det mange endringer i programmet i dagene og ukene før en gitt operasjonsdag. Den vanligste årsaken til endringene som skjer på selve operasjonsdagen eller dagen før, er ifølge studien manglende indikasjon, det vil si at det ikke er grunnlag for noen operasjon. Endringer i operasjonsprogrammet før dette skyldes ofte at pasienten ønsker operasjon på et annet tidspunkt enn det tidspunktet vedkommende har blitt tildelt. Også slike endringer innebærer ekstraarbeid for dem som administrerer operasjonsprogrammet. Denne type målinger gjennomføres ikke rutinemessig, så hvor omfattende dette problemet er ved norske sykehus, er uvisst.

For å sikre at pasienter møter til avtalt time kan sykehusene vurdere å gjøre avtaler på en annen måte enn de gjør i dag. Dersom pasientene får mulighet til å delta i beslutningen om operasjonstidspunktet, kan det gi større forståelse av at avtalen er gjensidig forpliktende. Dette kan bidra til at omfanget av replanlegging i sykehusene reduseres.

Kilde: Forskningsprosjekt basert på data fra UNN Harstad, Narvik og Tromsø i årene 2010–2014. Resultatene ble gjort kjent i et intervju i april 2017 med seksjonsoverlege Stein Roald Bolle ved Operasjons- og intensivklinikken, UNN HF.

Det er flere andre tiltak sykehusene kan innføre for å hindre at operasjoner blir utsatt, som også har sammenheng med hvor godt operasjonsstuen utnyttes. Dersom sykehuset har mulighet til å innkalle en annen pasient på kort varsel når en operasjon blir strøket, er det mulig å fylle ledig kapasitet på operasjonsstuen med en annen operasjon. 64 prosent av sykehusene med lav strykandel forsøker alltid å ha pasienter på vent som kan innkalles på kort varsel, og de innkaller pasienter de har på vent, så ofte som mulig. I Helse Nord gjør ingen sykehus dette, og 67 prosent av de ortopediske lederne svarer at de sjelden eller aldri har mulighet til å fylle ledig kapasitet som har oppstått fordi operasjoner har blitt strøket, med andre pasienter.

Et annet relevant tiltak for å redusere andelen operasjoner som blir utsatt, går ut på å legge til rette for en fleksibel avslutning av arbeidsdagen. 29 prosent av sykehusene i Helse Vest oppgir i spørreundersøkelsen at de daglig har strykninger på slutten av dagskiftet, fordi det er usikkert om operasjonene kan avsluttes før skiftet er over. I Helse Nord svarer 50 prosent av sykehusene at de ukentlig har strykninger på slutten av dagskiftet. Dette indikerer at strykninger på slutten av dagskiftet utgjør en stor del av det totale antallet strykninger, og at det er mulig å redusere omfanget av strykninger gjennom å ha en større fleksibilitet ved avslutningen av dagskiftet.

55 prosent av sykehusene med lav strykandel svarer i undersøkelsen at de i stor eller svært stor grad har tilrettelagt for en fleksibel avslutning av arbeidsdagen for å unngå strykninger når opprinnelig operasjonsprogram blir forskjøvet. Kun 13 prosent av sykehusene med høy strykandel svarer det samme. I Helse Nord har ingen av sykehusene i stor grad lagt til rette for en fleksibel avslutning av arbeidsdagen (100 prosent av sykehusene svarer at de i liten eller noen grad har lagt til rette for dette).

Helse Førde HF, som i flere år har hatt en lav andel strykninger, viser til hvor viktig det er å se arbeidet med å forebygge utsettelse i sammenheng med planleggingen av bruken av operasjonsstuer, se faktaboks 6.

Faktaboks 6 Helse Førdes arbeid med å forebygge utsettelse av operasjoner

Helse Førde HF oppgir i brev til revisjonen at helseforetaket har hatt oppmerksomheten rettet mot å minimere antallet strykninger fra operasjonsprogrammet. Helseforetaket framhever at det er viktig at det er god kommunikasjon mellom de ulike avdelingene om bruken av operasjonsstuer, og at kapasitet som ikke utnyttes, tilbys og brukes av andre avdelinger. Kommunikasjonen mellom de ulike avdelingene skjer ifølge helseforetaket via en operasjonskoordinator, som også følger opp strykninger og årsakene til disse. Koordinatoren har særlig oppmerksomheten rettet mot tre årsaker til strykninger:

- Pasientene er ikke ferdig utredet eller forberedt for operasjon.
- Pasientene møter ikke eller klarer ikke å møte til operasjon.
- Det er manglende indikasjon hos pasienten, det vil si at det ikke lenger er grunn til operasjon.

3 Vurderinger

3.1 Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp Stortingets forventninger om å effektivisere pasientbehandlingen

Undersøkelsen viser at Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp Stortingets forventninger om å effektivisere pasientbehandlingen, jf. kontroll- og konstitusjonskomiteens innstilling om Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus (Innst. 135 S (2013–2014)). I foretaksmøtet i 2015 stilte departementet krav om at de regionale helseforetakene skal sørge for å redusere variasjoner i

effektiviteten i sykehusene, standardisere pasientforløp, identifisere flaskehals, utvikle indikatorer og sikre læring på tvers av nivåer og enheter i spesialisthelsetjenesten. Kravene ble ytterligere presisert i det reviderte oppdragsdokumentet for 2015. De regionale helseforetakene har i hovedsak videreført kravene til helseforetakene. Helse Nord skilte seg imidlertid ut ved at det regionale helseforetaket ikke videreførte kravene i samme grad som de andre regionale helseforetakene i 2015.

De regionale helseforetakene har i samarbeid med Helsedirektoratet utviklet indikatorer for effektivitet og kapasitetsutnyttelse og hatt oppmerksomheten rettet mot å bruke innsikt i variasjon for å redusere forskjeller mellom sykehusene på flere områder. Undersøkelsen viser samtidig at det er utfordrende å gjøre styringsinformasjonen relevant for sykehusene lokalt, og at det gjenstår et viktig arbeid med dette. Det er for eksempel få sykehus som bruker kostnad per pasient (KPP) som styringsindikator for de behandlingene som er undersøkt i denne undersøkelsen, og det er utfordrende å identifisere fagområder og behandlinger som gjør det mulig å sammenligne på tvers av nivåer og enheter i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene gir selv uttrykk for at det er regionale forskjeller når det gjelder hvor langt de har kommet i arbeidet med enkelte av indikatorene. Helse- og omsorgsdepartementet understreker at arbeidet med å redusere variasjonen i tjenestene er et langsiktig utviklingsarbeid, og at det er for tidlig å se noen effekter av arbeidet. Departementet har også fortsatt å rette oppmerksomhet mot effektivisering, og stilte i oppdragsdokumentene for 2016 og 2017 flere krav knyttet til å redusere variasjon og bedre kapasitetsutnyttelsen.

Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har iverksatt flere relevante tiltak for å bidra til effektivitet i sykehusene, i tråd med Stortingets forventninger.

3.2 Det har vært en bedring i sykehusenes effektivitet, og et kontinuerlig forbedringsarbeid lokalt er viktig for fortsatt effektivisering

Helseforetakene skal drive et kontinuerlig forbedringsarbeid for å sikre at fastsatte mål og resultatkrav nås. Riksrevisjonens forrige undersøkelse av effektivitet i sykehus viste at sykehusene kan bli mer effektive ved å redusere antall liggedøgn og bedre utnyttelsen av operasjonsstuen.

Når det gjelder behandlingen av både hofteprotese- og hoftebruddspasienter, har det vært en nedgang i den gjennomsnittlige liggetiden for denne pasientgruppen i perioden, og variasjonen mellom sykehusene var noe mindre i 2015 enn den var i 2011. En del av nedgangen i liggetid for hoftebruddspasienter kan forklares med samhandlingsreformen, som trådte i kraft 1. januar 2012. Reformen har ført til at kommunene mottar hoftebruddspasienter som skal skrives ut til kommunene, tidligere enn før reformen trådte i kraft. Det har videre vært en svak bedring i utnyttelsen av operasjonsstuen for sykehusene totalt fra 2011 til 2015. Enkelte sykehus har hatt sterk økning i utnyttelsen av operasjonsstuen i perioden. Den nasjonale indikatoren for utsettelse av operasjoner viser videre at det har vært en moderat nedgang på landsbasis.

Undersøkelsen viser at sykehus som har hatt oppmerksomheten rettet mot det kontinuerlige forbedringsarbeidet lokalt, har lyktes med å effektivisere driften. Flere av disse sykehusene framhever betydningen av å ha god styringsinformasjon, riktig kompetanse for å drive fram forbedringsarbeidet og god logistikk i pasientbehandlingen. Undersøkelsen viser at det er forskjeller mellom sykehusene når det gjelder hvor systematisk de har jobbet med å iverksette de tiltakene som er kartlagt i undersøkelsen. For flere av tiltakene som er kartlagt, skiller sykehusene i Helse Nord

seg ut ved at de i mindre grad enn andre oppgir å ha iverksatt tiltakene, samtidig som flere av disse sykehusene har lange liggetider, mange utsettelse eller mindre effektiv utnyttelse av operasjonsstuene.

Etter revisjonens vurdering er det avgjørende at ledelsen i helseforetakene tilrettelegger for et kontinuerlig forbedringsarbeid lokalt, for å bidra til mer effektiv pasientbehandling. Dette er spesielt nødvendig for de sykehusene som har kommet kortest i arbeidet med å effektivisere pasientbehandlingen.

3.3 Det er fortsatt stor variasjon mellom sykehusene og mulig å effektivisere pasientbehandlingen

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven skal sykehusene utnytte ressursene best mulig og samtidig sikre forsvarlige helsetjenester av god kvalitet. Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasientene eller sykehusene unødvendig tidstap eller unødvendige utgifter.

Liggetiden i sykehusene er en av de viktigste kostnadsdriverne i pasientbehandlingen og har betydning for kvaliteten og tilbudet til pasientene. I 2015 var det fortsatt stor variasjon i den gjennomsnittlige liggetiden for både hofteprotese- og hoftebruddspasienter. Den gjennomsnittlige liggetiden varierte fra

- tre til åtte dager for hofteprotesepasienter
- fire til åtte dager for hoftebruddspasienter

Dersom sykehus som har lange liggetider, reduserer liggetiden, kan det frigjøre sengekapasitet og gjøre det mulig å behandle flere pasienter og følgelig redusere helsekøene. Reduksjon i liggetider må baseres på gode medisinskfaglige vurderinger og må ikke gå på bekostning av kvaliteten i tjenestene.

Når det gjelder hofteproteseoperasjoner, er det ikke noe i undersøkelsen som tyder på at sykehus med kort liggetid for denne pasientgruppen har dårligere kvalitet på behandlingen enn sykehus med lengre liggetid. Det viser at det er mulig for mange sykehus å redusere liggetiden for hofteprotesepasienter.

Når det gjelder hoftebruddsoperasjoner, har det vært en svak økning i andelen reinnleggelser etter operasjon for denne pasientgruppen i perioden fra 2011 til 2015, og sykehus med korte liggetider har en noe høyere andel reinnleggelser enn sykehus med lange liggetider. Siden det er flere faktorer som påvirker om en pasient blir reinnlagt, gir ikke denne undersøkelsen alene grunnlag for å slå fast at det er en sammenheng mellom liggetid og effekt av behandlingen. Etter revisjonens vurdering er det imidlertid viktig at helseforetakene følger med på denne utviklingen. Kun halvparten av de ortopediske lederne ved sykehusene oppgir at de bruker reinnleggelser som styringsparameter i den ortopediske virksomheten. De store forskjellene i gjennomsnittlig liggetid indikerer likevel at flere av sykehusene kan redusere liggetiden også for gruppen av hoftebruddspasienter. I mange tilfeller vil dette imidlertid avhenge av kommunenes kapasitet til å ta imot pasienter som er utskrivningsklare. Det er derfor viktig med en velfungerende samhandling mellom sykehus og kommune.

Nasjonale faglige retningslinjer anbefaler at hoftebrudd opereres innen ett døgn, for å hindre unødig smerte og komplikasjoner. Selv om det kan være medisinske grunner til at pasientene blir liggende lenger enn ett døgn før de blir operert, er det store variasjoner mellom sykehusene når det gjelder hvor mange pasienter som blir operert innen 24 timer. Etter revisjonens vurdering er det mulig for mange av sykehusene å operere flere av hoftebruddspasientene innen 24 timer og på den måten oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen.

Undersøkelsen viser videre at operasjonsstuen er en betydelig flaskehals i behandlingen av hoftebrudds- og hofteprotesepasienter i mange av sykehusene. Det er fortsatt store forskjeller mellom sykehusene når det gjelder hvor godt de ortopediske operasjonsstuen utnyttes. I 2015 varierte tiden hvor det foregår operasjoner på vanlige arbeidsdager, fra 38 til 75 prosent mellom sykehusene. Dette viser at det er mulig å utnytte operasjonsstuen bedre ved mange sykehus. For å få en best mulig ressursutnyttelse i forbindelse med operasjoner må sykehusene i sin planlegging ta høyde for tilgangen på operasjonsstuer, utstyr og personell.

Det er videre betydelige forskjeller mellom sykehusene når det gjelder andelen planlagte operasjoner som utsettes. I 2016 varierte andelen utsettelse fra 0,9 til 13,5 prosent mellom sykehusene. Undersøkelsen viser at mange av utsettelsene skyldes forhold som sykehusene kan påvirke. Det er for eksempel mange operasjoner som utsettes eller avlyses fordi pasienten ikke er godt nok utredet eller forberedt til operasjonen, eller fordi det på operasjonsdagen viser seg at det likevel ikke er nødvendig med operasjon. En utsatt eller avlyst operasjon kan føre til at operasjonsstuen blir stående ledige, eller at pasienter må reise hjem etter at de har blitt innlagt. Revisjonen mener at mange utsettelse kunne vært unngått dersom planleggingen ved sykehusene hadde vært bedre.

3.4 Den store variasjonen mellom sykehusene i omfanget av etterkontroller og rehabilitering tyder på at enkelte sykehus kan bruke ressursene bedre

Riksrevisjonens forrige undersøkelse av effektivitet i sykehus avdekket at det var store forskjeller mellom sykehusene når det gjelder bruk av opptreningsinstitusjoner for hofteprotesepasienter, og de regionale helseforetakene ble derfor anbefalt å vurdere omfanget av opptrening for denne pasientgruppen, jf. Innst. 135 S (2013–2014).

Selv om denne undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene har vurdert omfanget av hofteprotesepasienter som blir sendt til en opptreningsinstitusjon, er det fortsatt store forskjeller i sykehusenes praksis. I spørreundersøkelsen og i intervjuer understreker flere at det ikke har dokumentert effekt å sende en høy andel hofteprotesepasienter til rehabiliteringsopphold.

Undersøkelsen viser videre at det er store variasjoner mellom sykehusene når det gjelder hvor mange etterkontroller hofteprotesepasientene innkalles til. Det er også ulik praksis når det gjelder hvem som utfører kontrollene. Ved de fleste sykehusene er det kirurger som utfører etterkontrollene, men noen sykehus har overlatt oppgaven til andre personellgrupper for å frigjøre ressurser hos legene. Undersøkelsen viser også at det finnes andre eksempler på tiltak sykehusene har iverksatt for å frigjøre poliklinisk kapasitet.

Den store variasjonen når det gjelder omfanget av pasienter som blir sendt til rehabiliteringsopphold, og hvor mange etterkontroller hofteprotesepasienter blir innkalt til, tyder på at det er mulig å bruke ressursene på en bedre måte, og at ressursene dermed kan komme andre pasienter og behandlinger til nytte.

3.5 Den offisielle statistikken gir unøyaktig informasjon om ventetidene for hofteproteseoperasjon

Det er et mål at befolkningen skal gis likeverdig tilgang til nødvendige helsetjenester, og at sykehusene skal redusere ventetidene. Ventetiden skal registreres som avsluttet når pasienten får påbegynt den helsehjelpen vedkommende er vurdert å ha behov for.

Undersøkelsen viser at det er ulik registreringspraksis mellom sykehusene når det gjelder ventetider for hofteprotesepasienter. Ved mange sykehus registreres ventetiden

i de fleste tilfeller som avsluttet når pasienten møter til utredning ved poliklinikk, mens ved andre sykehus registreres ventetiden som avsluttet når pasienten legges inn til operasjon. Dette samsvarer med Helsedirektoratets rapport om ventetider fra 2017, som viser at det er variasjoner i registreringen av ventetider for flere typer behandlinger. Dette innebærer at ventetidene til operasjon ved flere sykehus kan være lengre enn det den offisielle statistikken viser.

Ulik praksis fører til at pasientstatistikken om ventetider ikke blir sammenlignbar mellom sykehus. Det innebærer at ledelsen i de regionale helseforetakene og i helseforetakene kan mangle grunnlag for å kunne vurdere om pasientene i eget opptaksområde har god tilgang på denne behandlingen, og om ventetidene samsvarer med anbefalt ventetid i de nasjonale prioriteringsveilederne.

Etter revisjonens vurdering gir den offisielle ventetidsstatistikken et unøyaktig bilde av ventetidene for hofteproteseoperasjon. Den gir også begrenset mulighet til å kunne vurdere om tilbudet til denne pasientgruppen er likeverdige og i samsvar med nasjonale anbefalinger.

Vedlegg 1: Utviklingen i sykehusenes gjennomsnittlige liggetid per sykehus

Tabellen viser reduksjonen i gjennomsnittlig liggetid (antall dager) for hoftebruddspasienter gruppert etter sykehus med lange, middels og korte liggetider i 2011. Resultatene er sortert fra høyest til lavest reduksjon.

Lange liggetider i 2011		Middels liggetider i 2011		Korte liggetider i 2011	
Sykehus	Reduksjon	Sykehus	Reduksjon	Sykehus	Reduksjon
Narvik	4,0	Volda	3,1	Stavanger	2,6
Vesterålen	3,7	St. Olav	3,0	Tynset	2,1
Ullevål	3,6	Kongsberg	2,6	Kristiansand	2,1
Lofoten	3,5	Haugesund	2,4	Levanger	1,7
Bodø	3,0	Ahus	2,3	Elverum	1,7
Haraldsplass	2,9	Ålesund	2,1	Bærum	1,7
Diakonhjemmet	2,6	Notodden	1,9	Flekkefjord	1,5
Voss	2,1	Drammen	1,6	Tønsberg	1,5
Stord	2,0	Haukeland	1,4	Gjøvik	1,3
Kristiansund	1,6	Mo i Rana	1,1	Ringerike	1,3
Molde	1,6	Orkdal	1,0	Namsos	1,1
Førde	1,0	Tromsø	0,0	Harstad	1,1
				Arendal	0,8
				Lillehammer	0,7
				Kongsvinger	0,7
				Hammerfest	-0,9
				Skien	-1,6
Gjennomsnitt	2,6		1,9		1,1

Kilde: Hoftebruddregisteret og Norsk pasientregister

Tabellen viser reduksjonen i gjennomsnittlig liggetid (antall dager) for hofteprotesepasienter gruppert etter sykehus med lange, middels og korte liggetider i 2011. Resultatene er sortert fra høyest til lavest reduksjon.

Lange liggetider i 2011		Middels liggetider i 2011		Korte liggetider i 2011	
Sykehus	Reduksjon	Sykehus	Reduksjon	Sykehus	Reduksjon
Bodø	4,7	Kristiansand	3,6	Volda	4,0
Gjøvik	4,3	Ringerike	3,1	Kongsberg	3,1
Lillehammer	4,1	Stord	3,1	Mo i Rana	2,3
Kristiansund	3,4	Stavanger	2,8	Namsos	1,8
Kongsvinger	3,2	Ålesund	2,8	Larvik	1,6
Tynset	2,9	Haukeland	2,0	Ahus	1,3
Levanger	2,6	Elverum	1,8	St. Olav	1,3
Hammerfest	2,4	Voss	1,2	Lovisenberg	1,3
Haraldsplass	2,4	Haugesund	1,0	Moss	1,3
Arendal	2,1			Orkdal	1,1
Vesterålen	1,9			Diakonhjemmet	0,8
Hagevik	1,5			Skien	0,5
Flekkefjord	1,4			Drammen	0,3
Martina Hansen	1,2			Bærum	-0,3
Tromsø	0,3			Ullevål	-1,6
Førde	0,2				
Gjennomsnitt	2,4		2,4		1,3

Kilde: Hofteproteseregisteret og Norsk pasientregister

Vedlegg 2: Overordnet utvikling i de kliniske effektmålene for hoftebrudds- og hofteprotesepasienter

Utviklingen i effektmål for hoftebruddspasienter, andeler:

Effektmål	2011	2015	Endring i %-poeng
Reinnleggelse innen 30 dager	6,7	9,8	3,1
Reoperasjoner innen 1 år	4,7	5,4	0,7
Døde innen 1 år	21,3	22,4	1,1

Kilde: Hoftebruddregisteret og Norsk pasientregister

Utviklingen i effektmål for hofteprotesepasienter, andeler:

Effektmål	2011	2015	Endring i %-poeng
Reinnleggelse innen 30 dager	4,2	4,7	0,5
Reoperasjoner innen 1 år	2,1	2,5	0,4
Døde innen 1 år	1,7	1,1	-0,6

Kilde: Hofteproteseregisteret og Norsk Pasientregister

Vedlegg 3: QCA – kjennetegn ved liggetidseffektive sykehus

Kombinasjoner av kjennetegn ved liggetidseffektive sykehus for hoftebruddspasienter. Dekningsgrad og konsistens				
Kjennetegn	Total dekning	Unik dekning	Konsistens	Sykehus
SB*FH*SP*AMB	0,3	0,21	0,86	Drammen, Ahus, Stavanger, St. Olav, Namsos, Tønsberg, Diakonhjemmet, Ullevål
SB*FH*~UK*AMB*V15	0,13	0,05	0,9	Namsos, Lillehammer, Drammen, Elverum
SB*~FH*SP*V15*OL	0,27	0,27	0,94	Flekkefjord, Notodden, Kongsberg, Harstad, Tynset, Ålesund, Bodø
SB*FH*UK*V15*OL	0,13	0,12	1	Arendal, Kongsvinger, Gjøvik, Bærum
Totalt	0,74		0,9	

SB = standard behandlingsforløp; FH = identifisert flaskehals; UK = standardiserte utskrivningskriterier; SP = styringsparameter for liggetid; V15 = lavt operasjonsvolum i 2015; OL = få overliggerdøgn; AMB = undersøkelse i ambulanse

Kombinasjoner av kjennetegn ved liggetidseffektive sykehus for hofteprotesepasienter. Dekningsgrad og konsistens				
Kjennetegn	Total dekning	Unik dekning	Konsistens	Sykehus
SB*FH*UK*SP*RH	0,4	0,4	0,87	Kongsvinger, Drammen, Ålesund, Larvik, Gjøvik, Tynset, Flekkefjord*, Hagevik*, Stord, Volda, Stavanger, St. Olav
SB*FH*~UK*SP*~RH*V15	0,08	0,08	0,93	Bærum, Namsos
SB*UK*~SP*PH*V15	0,06	0,04	0,9	Lillehammer, Arendal
SB*~SP*PH*~RH*V15	0,06	0,02	0,94	Mo i Rana, Arendal
~FH*~SP*PH*RH*V15	0,04	0,03	1	Elverum
~SB*FH*SP*~PH*RH*V15	0,03	0,03	0,95	Levanger
Totalt	0,63		0,89	

*) Flekkefjord og Hagevik deler alle angitte kjennetegn med de andre sykehusene i gruppen, men er ikke like liggetidseffektive.

SB = standard behandlingsforløp; FH = identifisert flaskehals; UK = standardiserte utskrivningskriterier; SP = styringsparameter for liggetid; V15 = lavt operasjonsvolum i 2015; PH = sykehuset har lettpost eller pasienthotell for hofteprotesepasienter; RH = lav andel pasienter sendes til rehabilitering

Konsistens

Konsistens for hver enkelt kombinasjon av kjennetegn er et mål på i hvilken grad sykehus med medlemskap i en gitt kombinasjon av kjennetegn er en delmengde av sykehus med positivt utfall (liggetidseffektive sykehus).

$$\text{Konsistens (fuzzy QCA)} = (x_i \leq y_i) = \sum [\min(x_i, y_i)] / \sum (x_i)$$

Total konsistens er i hvilken grad medlemskap i de identifiserte kombinasjonene i sum er en delmengde av sykehus med positivt utfall (liggetidseffektive sykehus).

Dekning

$$\text{Dekning (fuzzy QCA)} = (x_i \leq y_i) = \sum [\min(x_i, y_i)] / \sum (y_i)$$

Forholdet mellom dekning for de ulike kombinasjonene av kjennetegn og total dekningsgrad er tilsvarende som for konsistens.

Dekning for hver enkelt kombinasjon av kjennetegn er et mål på proporsjonen medlemskap i mengden av liggetidseffektive sykehus som blir forklart av den aktuelle kombinasjonen av kjennetegn.

Unik dekning for hver enkelt kombinasjon av kjennetegn er et mål på proporsjonen medlemskap i mengden av liggetidseffektive sykehus som blir forklart av den aktuelle kombinasjonen av kjennetegn alene, det vil si kun proporsjonen medlemskap som ikke er dekket av andre kombinasjoner av kjennetegn i modellen.

Total dekning er et mål på proporsjonen medlemskap i mengden av liggetidseffektive sykehus som blir forklart av hele modellen.

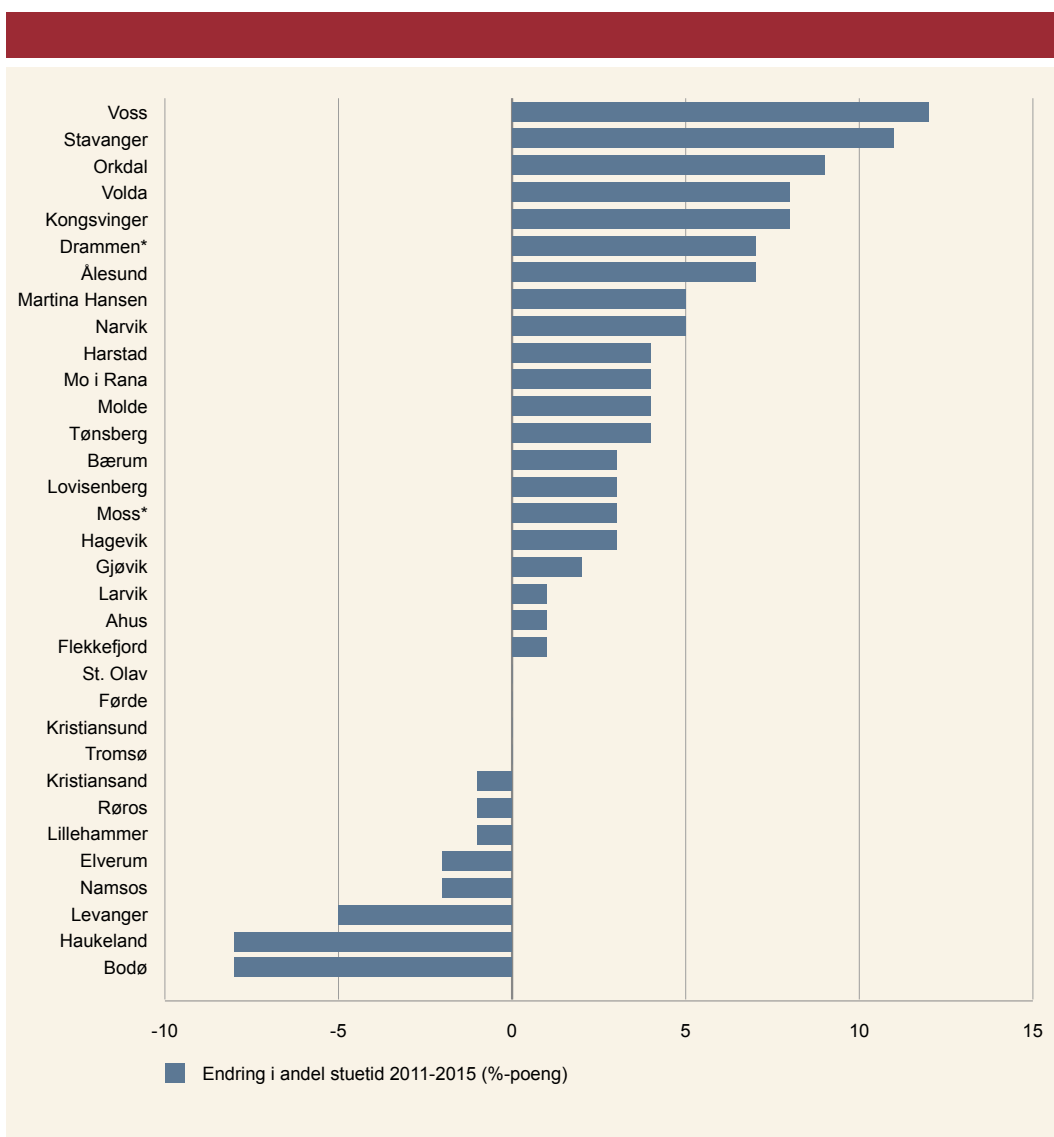
Vedlegg 4: Endring i oppstarts- og avslutningstid i antall minutter, 2011–2015

	Antall minutter tidligere oppstart (median)	Antall minutter senere avslutning (median)
Narvik	00:33	00:29
Kongsvinger	00:18	00:21
Drammen*	00:20	00:19
Orkdal	-00:01	00:39
Stavanger	00:23	00:11
Volda	00:05	00:28
Voss	00:09	00:15
Molde	00:10	00:12
Mo i Rana	-00:05	00:25
Ålesund	00:10	00:10
Flekkefjord	00:06	00:13
Kristiansund	00:10	00:07
Moss*	00:24	-00:07
Tønsberg	00:11	00:04
Harstad	00:21	-00:06
Martina Hansen	-00:01	00:13
Hagevik	00:00	00:11
Lillehammer	00:11	-00:01
Larvik	00:12	-00:05
St. Olav	00:01	-00:01
Ahus	00:00	-00:01
Førde	00:02	-00:03
Lovisenberg	00:10	-00:12
Gjøvik	00:05	-00:07
Bærum	-00:02	-00:03
Røros	-00:03	-00:04
Namsos	-00:02	-00:05
Elverum	00:02	-00:10
Tromsø	-00:14	00:01
Kristiansand	-00:10	-00:07
Levanger	00:00	-00:20
Haukeland	00:01	-00:31
Bodø	-00:12	-00:18

Kilde: Sykehusenes operasjonsplanleggingssystemer

*) Data fra 2012 og 2015

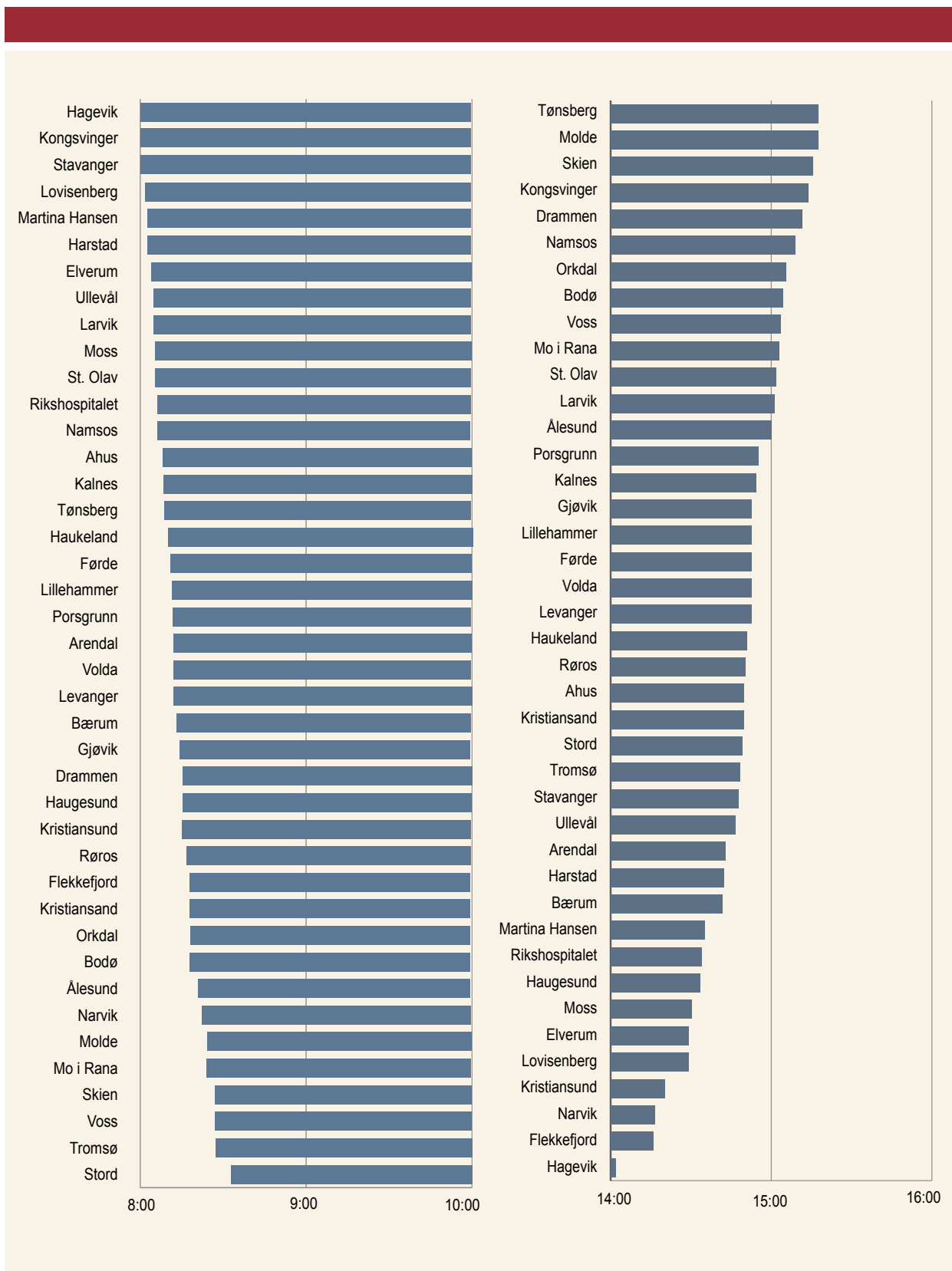
Vedlegg 5: Utvikling i andel stuetid i perioden 2011–2015, prosentpoeng



Kilde: Sykehusenes operasjonsplanleggingssystemer

*) Data fra 2012 og 2015

Vedlegg 6: Tidspunkt for oppstart og avslutning av operasjonene per sykehus (median)



Kilde: Sykehusenes operasjonsplanleggingssystemer

Vedlegg 4:
Brev og rapport til sak 4 om
helseforetakenes håndtering av
bierverv

4.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse-
og omsorgsdepartementet

4.2 Statsrådets svar

4.3 Rapport fra forvaltningsrevisjon av
helseforetakenes håndtering av bierverv



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Jørn Barmoen Simensen 22241091
Vår dato Vår referanse
01.11.2017 2017/01312-13
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 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 28. juni 2017, og på departementets svar 18. august 2017.

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: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Etter fullmakt

riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref
2017/01312-13

Vår ref
16/4616-15

Dato
15. november 2017

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 1. november i år om helseforetakenes håndtering av bierverv.

Rapporten gir et nyansert bilde av status for helseforetakenes håndtering av bierverv, herunder både etterfølgelse og avvik i forhold til gitte styringskrav og gjeldende retningslinjer. Det pekes på konkrete mangler og svakheter som må følges opp på flere nivå. Resultatene fra undersøkelsen viser også at det er behov for å tydeliggjøre helseforetakenes retningslinjer, og at informasjon om bierverv og registrering må gjøres til et tema på ledelsesnivå og i styringsdialogen mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene.

I foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2013 ble det vist til at de regionale helseforetakene har innført retningslinjer og systemer for rapportering og kontroll av ansattes bierverv. Videre ble det vist til at helsepersonell har etter helsepersonelloven § 19 plikt til å varsle arbeidsgiver om bierverv, engasjement, eierinteresser mv. Det ble også vist til at forvaltningsloven gjelder for helseforetakenes virksomhet, jf. helseforetaksloven § 5, og foretaksmøtet pekte spesielt på lovens kapittel 2 om habilitet. Foretaksmøtet forutsatte at eventuelle brudd på retningslinjer, orienteringsplikt, habilitetsregler mv., blir fulgt opp av det enkelte foretak som arbeidsgiver. De regionale helseforetakene ble i det aktuelle foretaksmøtet bedt om å påse at rutiner for bierverv følges og at det rapporteres om status for antall bierverv pr. 31. desember i årlig melding. Videre at de samme prinsippene må tas inn i rammeavtaler som inngås med private leverandører av spesialisthelsetjenester. Avtaler som inngås med private skal inneholde bestemmelser som sørger for at pasienter som er henvist til virksomheten ikke mottar tilbud om å betale tjenesten selv og at det skal gis informasjon om fritt sykehusvalg. Bestemmelsene bør ha klare regler om sanksjoner og de regionale helseforetakene må sørge for at bestemmelsene blir håndhevet.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at alle helseforetak har etablert egne retningslinjer og rutiner for håndtering og rapportering av bierverv. Undersøkelsen viser imidlertid at disse ikke er tydelige og konkrete nok og at det er stor variasjonen i etterlevelsen. Jeg vil derfor følge opp kravet som ble stilt i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2013, og be de regionale helseforetakene om å følge opp hovedfunn i Riksrevisjonens undersøkelse, og da spesielt Riksrevisjonens merknader og anbefalinger.

Riksrevisjonens undersøkelser viser også at enkelte helseforetak og avdelinger etterlever kravene om rapportering på en bedre måte enn andre. Jeg vil derfor understreke viktigheten av at foretakene samarbeider i nødvendig forbedringsarbeid og at de lærer av hverandre. Jeg vil også etablere en dialog med de regionale helseforetakene for å avklare eventuelt behov for tydeliggjøring av regelverket.

Med hilsen



Bent Høie

Vedlegg 4.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av helseforetakenes håndtering av bierverv

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Med bierverv menes lønnet eller ulønnet aktivitet for en annen oppdragsgiver eller arbeidsgiver, samt eierinteresser og styreverv i annen virksomhet. Offentlig ansatt helsepersonell kan, på samme måte som andre arbeidstakere, påta seg bierverv forutsatt at det ikke går utover hovedstillingen. Bierverv kan ha positive sider, som faglig utvikling for de ansatte og bedre utnyttelse av helsepersonellens ressurser. Dette kan igjen øke det samlede helsetilbudet.

Helsepersonell har imidlertid en lovfestet plikt til å melde fra til arbeidsgiver om bierverv. Bakgrunnen er at biervervet kan bli så omfattende at det kan gå utover hovedstillingen, og at helsepersonell som følge av biervervet kan havne i interesse- eller lojalitetskonflikter med hovedarbeidsgiveren sin.¹ For helsepersonell er kravet til forsvarlig tjenesteutøvelse lovfestet. Stort omfang av bierverv kan dessuten gjøre det krevende å organisere virksomheten. Helseforetakene kan, som arbeidsgiver, bruke sin styringsrett til å begrense de ansattes mulighet til å inneha bierverv.

Riksrevisjonen gjennomførte i 2005 en undersøkelse av ansattes bierverv i helsesektoren.² Det skjedde etter at de regionale helseforetakene (RHF) i 2003 vedtok retningslinjer om bierverv. I retningslinjene og i ansettelseskontraktene ble de ansattes muligheter til å inneha bierverv i konkurrerende virksomhet innskrenket ved at habilitet, lojalitet og den enkelte ansattes totale arbeidsbelastning skulle vurderes før biervervet ble godkjent. Revisjonen viste at mange av de ansattes bierverv var i strid med de nye retningslinjene, og at helseforetakene hadde ulik forståelse og praktisering av dem. Revisjonen ble fulgt opp i etterkant. Saken ble avsluttet i 2013, etter at Helse- og omsorgsdepartementet meldte fra om at alle regionene skulle få på plass elektroniske rapporteringssystemer innen 2013.³

Det er risiko for at det fortsatt er svakheter ved dagens system. Selv om retningslinjer og elektronisk rapporteringssystem er på plass, er det mye som tyder på at de ikke blir etterlevd og brukt godt nok. En rapport fra internrevisjonen i Helse Vest RHF i 2015 viste underrapportering av bierverv, at retningslinjene ikke var godt nok forankret blant ledere og ansatte i helseforetakene, og at det var mangler ved helseforetakenes oppfølging. Ingen av helseforetakene i Helse Vest RHF hadde etablert system eller rutiner for overvåking, kontroll og oppfølging av bierverv.

Omfanget av bierverv kan forventes å øke framover. De regionale helseforetakene er gjennom oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet pålagt å øke bruken av private aktører som private sykehus, avtalespesialister og private laboratorie- og røntgeninstitutt. Samtidig ble det i 2015 innført fritt behandlingsvalg. Utvidede pasientrettigheter og skjerpede krav til reduksjon av ventetider kan også bidra til økt bruk av private aktører.

1) Jf. Ot.prp. nr. 13 (1998–1999), s. 6.

2) Dokument 1 (2005–2006), s. 57 og 58.

3) Dokument 3:2 (2011–2012), s. 105.

Både de regionale helseforetakene og helseforetakene har et ansvar for å følge opp kravene som er stilt til bierverv. I foretaksmøte i 2013 fikk de regionale helseforetakene også ansvar for at rammeavtaler inngått med private aktører er i samsvar med de samme prinsippene som avtaler med helseforetakene, og at bestemmelsene etterleves.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere om de regionale helseforetakene, med underliggende helseforetak, styrer og følger opp de ansattes bierverv for å sikre at lover og vedtak i foretaksmøtene om bierverv etterleves.

Målet vil bli belyst gjennom følgende problemstillinger:

- I hvilken grad er bierverv registrert i helseforetakene?
- I hvilken grad bidrar helseforetakenes styring, kontroll og oppfølging til at bierverv blir registrert, og til at hensyn til hovedstilling og habilitet blir ivaretatt?
- I hvilken grad følger de regionale helseforetakene opp at helseforetakene etterlever krav stilt i foretaksmøtene til bierverv, og at de samme prinsippene ivaretas i rammeavtaler med private leverandører?

1.3 Revisjonskriterier

Krav til bierverv

I lov om helsepersonell (helsepersonelloven) § 19 fastslås det at helsepersonell har plikt til å opplyse arbeidsgiver om bierverv. Hensikten med å regulere adgangen til å ha bierverv er å forebygge at det utad kan reises spørsmål og tvil om ansattes integritet, habilitet og uavhengighet. Ansatte i helsesektoren er omfattet av forvaltningslovens bestemmelser om habilitet. Arbeidstaker er inhabil i tilfeller hvor vedkommende innehar stillinger, engasjementer eller styreverv i andre virksomheter og/eller organisasjoner som har en relasjon til helseforetaket. Revisjonen legger til grunn at dette også innebærer at de ikke kan henvise pasienter til sine egne private virksomheter, til nærstående parter eller virksomheter de har eierinteresser i.

I forarbeidene til helsepersonelloven⁴ blir det understreket at det er flere positive sider ved å ha bierverv. Gitt at bierverv innebærer at det i framtiden utføres helsetjenester, vil et slikt ekstraarbeid innebære en mer effektiv utnyttelse av det enkelte helsepersonells ressurser. Ved å påta seg bierverv vil dermed helsepersonell bidra til å øke det samlede helsetilbudet. Helsepersonell vil dessuten gjennom bierverv kunne få erfaring og kunnskap som vil være til nytte i hovedvervet, uavhengig av biervervets art. For samfunnet er det et gode at for eksempel legers kompetanse brukes til utvikling av nye medisiner eller undervisning av studenter.

I forbindelse med lovarbeidet ble det imidlertid påpekt at biervervet kan bli så omfattende at det går ut over hovedstillingen. Det er grenser for hvor mange og hvor lange arbeidsdager helsepersonell kan ha uten at dette går ut over arbeidsinnsats og engasjement. Dette reguleres imidlertid i utgangspunktet av forsvarlighetskravet. For helsepersonell er kravet til forsvarlig tjenesteutøvelse lovfestet.

I forarbeidene til loven finner departementet det mest hensiktsmessig at det i utgangspunktet er helsepersonellfaglige bierverv som bør omfattes av meldeplikten. Det ble vektlagt at helsepersonell kan havne i interesse- eller lojalitetskonflikter med hovedarbeidsgiveren sin som følge av slike bierverv. I departementets vurdering ble det utdypet at en offentlig ansatt lege for eksempel kan ha en privat praksis eller ha eierinteresser i firmaer som det er aktuelt å henvise pasienter til. På tilsvarende måte

4) Ot.prp. nr. 13 (1998–1999), s. 7.

vil en lege som i fritiden arbeider ved et privat laboratorium, kunne sikre seg selv og/eller biarbeidsgiveren inntekter ved å henvise prøvetaking dit. Denne typen bierverv kan derfor være egnet til å svekke tilliten til at offentlig helsepersonell tar avgjørelser på grunnlag av rent faglige og samfunnsøkonomiske vurderinger. Imidlertid framgår det at helsepersonell også bør være pliktige til å melde fra om andre bierverv som kan føre til interessekonflikter med arbeidsgiver.

Arbeidsgiver kan fastsette begrensninger for ansattes bierverv i kraft av sin styringsrett. Styringsretten innebærer at arbeidsgiver har rett til å organisere, lede, kontrollere og fordele arbeidet. I henhold til arbeidsmiljøloven § 8 har arbeidsgiver også plikt til å informere om og drøfte spørsmål av betydning for ansattes arbeidsforhold. I foretaksmøte med de regionale helseforetakene i januar 2006 ble det forutsatt at den enkelte helseregion utviklet gjennomgående retningslinjer for ansattes bierverv. I foretaksmøte i januar 2008 ble det enkelte regionale helseforetak bedt om å utvikle felles systemer for helseforetakene i regionen for enhetlig rapportering og kontroll av bierverv.

I foretaksmøtene med RHF-ene i januar 2013 ble det forutsatt at eventuelle brudd på retningslinjer, orienteringsplikten, habilitetsregler mv. blir fulgt opp av det enkelte helseforetak som arbeidsgiver. Foretaksmøtet ba om at de samme prinsippene skulle bli tatt inn i rammeavtaler som er inngått med private leverandører av spesialisthelsetjenester. Videre skal avtaler med private inneholde bestemmelser og sanksjoner som hindrer henvisning til egen virksomhet. Det er understreket at det er et lederansvar⁵ å følge opp dette.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene påse at rutiner for bierverv følges, og at det rapporteres om status for tall på bierverv per 31. desember i årlig melding. Alle begrensninger i ansattes rett til å inneha bierverv er underlagt det alminnelige arbeidsrettslige krav til saklig og forsvarlig utøvelse. Begrensningene skal ikke innebære en uforholdsmessig belastning for arbeidstakeren. Enhver begrensning, ethvert pålegg eller enhver nektelse, skal dermed ikke gå lengre enn det som er nødvendig i det konkrete tilfellet. Det skal dermed foretas en interesseavveining mellom arbeidsgivers behov for å nekte bierverv og arbeidstakers rett til og interesse av å disponere egen fritid.

I henhold til Sivilombudsmannens dom i radiografsaken⁶ er helseforetakenes rett til å nekte helsearbeidere bierverv ut fra konkurransehensyn begrenset. En avgjørelse om å nekte ansatte bierverv må være forankret i et klart rettslig grunnlag og være et resultat av en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle.

Krav til internkontroll i helseforetakene

Spesialisthelsetjenesteloven⁷ og helsetilsynsloven⁸ pålegger helseforetakene å ha et internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Helseforetakene skal i henhold til internkontrollforskriften i helse- og omsorgstjenesten⁹ ha formålstjenlige strukturer, systemer og rutiner, samt klart definerte og dokumenterte prosesser for intern kontroll og risikostyring. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. De ansvarlige

5) Innst. 62 S (2014–2015) Fra helse- og omsorgskomiteen, s. 7.

6) Sivilombudsmannens sak 2006/823 Forbud mot bierverv for radiograf ansatt i helseforetak.

7) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1 a tredje ledd..

8) Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. § 3.

9) Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4.

i helseforetaket skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svik eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, og sette i verk rutiner eller andre tiltak for blant annet å forebygge brudd på helselovgivningen. Krav til intern styring og kontroll som innholdsmessig er konsistente med denne forskriften, går også fram av internasjonalt anerkjente rammeverk for intern kontroll¹⁰ og helhetlig risikostyring¹¹.

Internkontrollforskriften er erstattet med en ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft 1. januar 2017. Den nye forskriften legger vekt på ledelsens betydning og er tydeligere på hvilke oppgaver plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere omfatter. På foretaksmøtene i de regionale helseforetakene i januar 2017 ble det vist til at den nye forskriften 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.

Det følger av retningslinjer¹² for oppfølging av eierinteressene i de regionale helseforetakene at Helse- og omsorgsdepartementet skal sørge for at styrene har etablert rammeverk for kontroll som påser at internkontrollen er sikret i tilstrekkelig omfang, og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Hovedelementene kategoriseres i målrettet, hensiktsmessig og effektiv drift, pålitelig intern og ekstern rapportering og overholdelse av gjeldende lover og regler. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet for virksomhetens mål og ha nødvendig forankring i ledelsen i hele organisasjonen.

1.4 Metode og gjennomføring

Undersøkelsen omfatter de fire regionale helseforetakene med underliggende helseforetak. Datainnsamlingen omfatter i hovedsak data fra 2016 og 2017. Problemstillingene i undersøkelsen er belyst gjennom dokumentanalyse, analyse av registerdata og dybdeintervjuer i tre helseforetak.

Spørrebrev og dokumentanalyse

Alle helseforetakene har enten sendt inn egne retningslinjer eller vist til regionens felles retningslinjer for bierverv. For å belyse om retningslinjene for bierverv er klare på hva som skal rapporteres, ansvarsfordelingen i søknadsbehandling og oppfølging av bierverv, er det gjennomført en dokumentanalyse av retningslinjene. Videre er det undersøkt om det er konkretisert hva som skal legges til grunn for om et bierverv skal godkjennes eller ikke. I tillegg er det hentet inn etiske retningslinjer, maler for arbeidsavtaler og annet relevant skriftlig materiale for å undersøke hvilke krav som er stilt til bierverv.

Dokumentanalysen omfatter også sendt skriftlige spørsmål til samtlige regionale helseforetak og underliggende helseforetak. Helseforetakene er bedt om å redegjøre for hvilken styring og kontroll av bierverv som er etablert i helseforetakene, og RHF-ene om å redegjøre for sin oppfølging av helseforetakene på dette feltet. Det er også gjennomgått styreprotokoller, årlige meldinger og foretaksprotokoller for RHF-ene for 2014–2016 for å undersøke om bierverv har vært et tema i styringsdialogen mellom regionene og helseforetakene. RHF-ene har sendt inn kopi av gjeldende rammeavtaler regionene har inngått med private leverandører av helsetjenester. De innsendte rammeavtalene¹³ er gjennomgått for å kontrollere at prinsippene fra retningslinjene om bierverv er omtalt.

10) *Internkontroll – et integrert rammeverk* (1992/1996, norsk versjon).

11) *Helhetlig risikostyring – et integrert rammeverk* (COSO-ERM) utgitt på norsk av Norges Interne Revisorers Forening i 2004/2005.

12) Retningslinjer for oppfølging av Helse- og omsorgsdepartementets eierinteresser i de regionale helseforetakene, jf. reglement for økonomistyring i staten § 10.

13) 19 rammeavtaler med private leverandører og de to generelle avtalene RHF-ene har inngått med legeföreningen og psykologföreningen om avtalespesialister.

Registeranalyse

For å undersøke om bierverv er registrert i helseforetakene, er det gjennomført en registeranalyse. Alle helseforetakene har sendt inn opplysninger fra lønns- og personalsystemene og opplysninger om registrerte bierverv på personnivå for alle ansatte leger, psykologer og ambulanspersonell. Disse stillingsgruppene har nøkkelroller i pasientbehandlingen i helseforetakene, og det legges til grunn at omfanget av bierverv er særlig stort innenfor disse gruppene. Det er hentet inn opplysninger om de samme personene fra Brønnøysundregisteret, AA-registeret og Skattedirektoratet for å få informasjon om næringslivsroller, arbeidsforhold og skatteopplysninger. Dataene fra helseforetakene, Brønnøysundregisteret og AA-registeret er fra 2016, mens skattedataene er tatt fra skatteoppgjøret for 2015.

Registrerte bierverv i helseforetakene er sammenlignet med opplysninger fra de tre offentlige registrene. Som et mål på underrapportering legger undersøkelsen til grunn rapportering på personnivå. Hvis en person har registrert et bierverv i helseforetakets register, er det vurdert som at personen har rapportert.¹⁴ Hvis en person ikke har registrert noe og samtidig er oppført med et helsereelatert bierverv i AA-registeret eller i Brønnøysundregisteret, er det vurdert at personen har underrapportert.

Anslaget på underrapportering avhenger av hvordan meldepliktige bierverv defineres. I behandlingen av datamaterialet fra de offentlige registrene er det gjort to forutsetninger som begge gir et mer konservativt anslag på omfanget av underrapporteringen. For det første omfatter analysen bare helsereleverte bierverv.¹⁵ I loven¹⁶ står det at helsepersonell skal gi arbeidsgiveren opplysninger om bierverv som vil kunne komme i konflikt med hovedarbeidsgivers interesser. I forarbeidene til loven¹⁷ framheves det at det i utgangspunktet er helsepersonellfaglige bierverv som bør omfattes av meldeplikten. Rapportering av helsereleverte bierverv må regnes som et minimumskrav. For det andre er inaktive enkeltpersonforetak ekskludert. Revisjonen legger til grunn at det må være aktivitet i selskapene for at disse skal regnes som meldepliktige bierverv. Et foretak er klassifisert som inaktivt hvis det ikke leverte næringsoppgave 1 eller 2 i 2015. Dette medfører at enkeltpersonforetak som kan ha vært aktive før og etter 2015, er utelukket.

Forsknings- og undervisningsstillinger er i denne sammenhengen regnet som helsereleverte bierverv. Dette gjelder 2209 av 7132 personer med helsereleverte stillinger i AA-registeret.

Tabell 1 Antall ansatte med oppføringer i Brønnøysundregisteret og ekstra stillinger i AA-registeret

Antall leger, psykologer og ambulanspersonell helseforetakene	Antall med flere oppføringer i Nav, eller roller i Brønnøysundregisteret (Brreg)	Antall med <i>helsereleverte</i> oppføringer i Nav, eller roller i Brreg	Antall med <i>helsereleverte</i> oppføringer i Nav, eller roller i Brreg, <i>utelatt inaktive enkeltpersonforetak</i>
23 144	13 523	10 536	8339

14) Dette forutsettes uavhengig av om de har oppføringer i AA- eller Brønnøysundregisteret, om biervervene er helsereleverte eller ikke, og om enkeltpersonforetakene de har, er aktive eller ikke.

15) I AA-registeret er klassifiseringen av helsereleverte bierverv basert på stillingens yrkesnavn. I Brønnøysundregisteret er klassifiseringen av helsereleverte bierverv basert på foretakets næringskode. I noen tilfeller har det for begge registrene vært nødvendig med enkelte manuelle justeringer ved klassifisering.

16) Helsepersonelloven § 19

17) Ot.prp.nr 13 (1998-99)

Tabell 1 viser at 8339 av de 13 523 som har oppføringer i Brønnøysundregisteret eller en ekstra stilling utenom hovedstillingen i AA-registeret er vurdert å være rapporteringspliktige.

Enkeltsøk på ledere og ansatte

For å få oversikt over omfang av bierverv og rapportering blant lederne i helseforetakene, er det gjort enkeltsøk på ledere på nivå 1 og 2 i helseforetakene, i alt 216 ledere. Dette omfatter administrerende direktører og klinikk-/divisjonsdirektører som har ledelsesansvar for primæroppgaven og utgjør helseforetakenes toppledergruppe. Ledere i administrasjonen, støtte og stabsfunksjoner, er ikke tatt med.¹⁸

Det er også gjort enkeltsøk på 198 leger tilknyttet to av de store private sykehusene, for å få en oversikt over omfanget av leger ansatt i helseforetakene som jobber for de private sykehusene.¹⁹

Dybdeintervjuer i utvalgte helseforetak

For å få kunnskap om årsaker til underrapportering, er det gjennomført dybdeintervjuer ved tre avdelinger fordelt på tre helseforetak. På bakgrunn av registeranalysen er det valgt ut avdelinger med stor grad av underrapportering og avdelinger som er gode til å rapportere. Det er i tillegg tatt hensyn til kvaliteten på retningslinjene og veiledere. Alle tre avdelingene har en viss størrelse og mange ansatte med bierverv. Denne delen av undersøkelsen er avgrenset til leger og psykologer. Kardiologisk avdeling ved Helse Stavanger HF er valgt fordi det var godt samsvar mellom registrerte bierverv i helseforetaket og roller registrert i Brønnøysundregisteret. Øre-nese-hals-avdelingen ved Ahus HF og Nidaros distriktpsikiatrisk senter (Nidaros DPS) ved St. Olavs hospital HF er valgt fordi de ansatte i liten grad har rapportert om sine bierverv.

Det er gjennomført intervjuer med leger og psykologer ved avdelingene, og med tilhørende avdelingsleder, klinikkleder og administrerende direktør. Legene og psykologene i den enkelte avdeling ble plukket ut til intervju fordi de hadde relevante bierverv. De ansatte som ble valgt ut til intervju, hadde i varierende grad rapportert sine bierverv. Ved hvert helseforetak er det gjennomført seks intervjuer, tre med ansatte og tre med ledere. Totalt er det gjennomført 18 intervjuer.

Intervjuene med ansatte og avdelingsledere er brukt for å få informasjon om kjennskapen til regelverket og søknadsbehandlingen. Intervjuene med klinikkledelsen og administrerende direktør har gitt informasjon om ledelsens bruk og oppfølging av registeret. Intervjuene har også gitt informasjon om hvilke konsekvenser bierverv har for helseforetaket og avdelingen.

18) Søket er basert på informasjon fra helseforetakets hjemmeside om foretaksledelsen. Hva som regnes som rapporteringspliktig bierverv for lederne, er det samme som for de ansatte, med unntak av at enkeltpersonforetak ikke er justert for om de er aktive eller ikke.

19) De to private sykehusene er Aleris og Volvat. Alle leger som er oppført på disse sykehusenes hjemmesider er inkludert i utvalget. Det kan være flere offentlig ansatte leger som er tilknyttet de private sykehusene som ikke er oppført på nettsidene.

2 Resultatet av undersøkelsen

2.1 Rapportering av bierverv i helseforetakene

Ansatte med meldepliktige bierverv

Per 1. september 2016 var det ansatt 23 144 leger, psykologer og ambulansespersonell i helseforetakene. Tabell 3 viser hvor mange av disse som har ett eller flere helserelaterte, meldepliktige bierverv.

Tabell 2 Ansatte med meldepliktige bierverv, fordelt på profesjoner

	Antall ansatte i helseforetakene per 1.9.2016	Antall med meldepliktige bierverv	Andel med meldepliktige bierverv
Lege	14 845	5595	38 %
Ambulanse	4856	1761	36 %
Psykolog	3443	983	29 %
Totalsum	23 144	8339	36 %

Tabell 2 viser at omtrent en tredjedel av alle yrkesgruppene har meldepliktige bierverv etter den definisjonen som er lagt til grunn, jf. kapittel 1.4.2. Leger og ambulansespersonell har flest meldepliktige bierverv, mens psykologene har færrest.

Det er en noe større andel ansatte som har meldepliktige bierverv ved universitetssykehusene (39 prosent) enn ved de andre helseforetakene (33 prosent).²⁰

Helseforetakene organiserer avdelingene sine på ulike måter, noe som gjør det vanskelig å sammenligne fagfelt med hverandre. For legene er det likevel noen *store* spesialiteter som skiller seg ut. Spesialiserte avdelinger for øre-nese-hals, nevrologi, revmatologi, øyesykdommer og indremedisin har alle en andel ansatte med meldepliktige bierverv på omtrent 45 prosent. Tallene for de øvrige avdelingene går fram av vedlegg 1.

Tabell 3 viser hvor mange roller (styreverv, eierinteresser m.m.) de 8339 meldepliktige ansatte er oppført med i selskaper i Brønnøysundregisteret, og hvor mange bistillinger de er registrert med i arbeidstakerregisteret (AA-registeret). I AA-registeret er det 7132 rapporteringspliktige stillinger fordelt på 5818 personer. I Brønnøysundregisteret er det 7109 rapporteringspliktige roller fordelt på 3103 personer. De ansatte kan ha oppføringer i begge registrene. Derfor er totalt antall rapporteringspliktige i denne oversikten (8948) større enn totalt antall rapporteringspliktige i de andre analysene (8339).²¹

20) OUS HF, Ahus HF, St. Olavs hospital HF, Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF.

21) Ansatte som har overrapportert, er i motsetning til de andre analysene ikke inkludert i denne tabellen. De har rapportert et verv som verken er å finne i Brønnøysundregisteret eller i AA-registeret.

Tabell 3 Antall meldepliktige bierverv i arbeidstakerregisteret, og antall meldepliktige bierverv i Brønnøysundregisteret

		Leger	Ambulanse	Psykologer	Antall roller totalt
AA-registeret		4764	1794	575	7132
	Private virksomheter	738	424	85	1247
	Offentlige virksomheter	4026	1370	489	5885
Brreg		5647	623	839	7109
	Aktive enkeltpersonforetak	2875	278	601	3754
	Andre selskaper (AS, ANS, NUF, mv)	2772	345	238	3355

Tabell 3 viser at det store flertallet av de helserelaterte bistillingene i AA-registeret er i offentlige virksomheter.²² Enkeltpersonforetak står for flertallet av registreringene i Brønnøysundregisteret. Det er forskjeller mellom profesjonene. Ambulansepersonell har i hovedsak bistillinger som er registrert i AA-registeret. Blant legene og psykologene er det noe flere som har roller registrert i Brønnøysundregisteret enn de som har bistillinger i AA-registeret.

Offentlige sykehus, utdannings- og forskningsinstitusjoner og kommunehelsetjenesten er de største offentlige biarbeidsgiverne i AA-registeret. Av totalt 5885 bistillinger i offentlige virksomheter er det 2418 bistillinger ved offentlige sykehus. Dette er stillinger der helsepersonell også jobber ved et annet helseforetak enn der de har hovedstillingen. Videre er det 1743 bistillinger ved forsknings- og utdanningsinstitusjoner. Universitetssykehusene har ansvaret for store deler av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge. I tillegg er det 1661 stillinger innenfor kommunehelsetjenesten. I kommunen er det mange som har ekstrajobber ved kommunale sykehjem, omsorgsboliger og rusbehandling (379 stillinger), legevakter (321 stillinger) og hjemmesykepleie (613 stillinger).

En gjennomgang av de private biarbeidsgiverne i AA-registeret viser at det er stor variasjon i virksomhetsområdene deres.²³ Den største gruppen med biarbeidsgivere er små allmennlegekontorer og spesialiserte klinikker. Totalt står disse for 234 bistillinger. Private sykehus er den nest største gruppen med totalt 198 bistillinger. De fleste av disse er ved diakonale sykehus. Disse er et supplement til det offentlige helsetilbudet, gjennom driftsavtale med RHF-ene. Videre er det en del bistillinger ved private sykehjem og omsorgstjenester (153 stillinger), private ambulanseselskap (140 stillinger), helsebemanningsselskap (134 stillinger), selskaper som jobber med forskning, utdanning og/eller undervisning (128 stillinger), diverse foreninger og organisasjoner (109) og selskaper som jobber med legemidler eller medisinsk utstyr (86 stillinger).

Oversikten i AA-registeret gir imidlertid ikke en fullstendig oversikt over hvor mange sykehusansatte som i realiteten jobber for private sykehus og sykehjem, legekontorer, legemiddelselskap eller andre private foretak som potensielt sett kan stille de ansatte i interessekonflikter. Det er normalt at helsepersonell er knyttet til en privat arbeidsgiver

22) Samme person kan ha både offentlig og privat stilling i AA-registeret, og ha roller i både enkeltpersonforetak og andre selskap. Dette omfatter bistillinger i andre helseforetak, utdanningsinstitusjoner eller i kommunal helsetjeneste

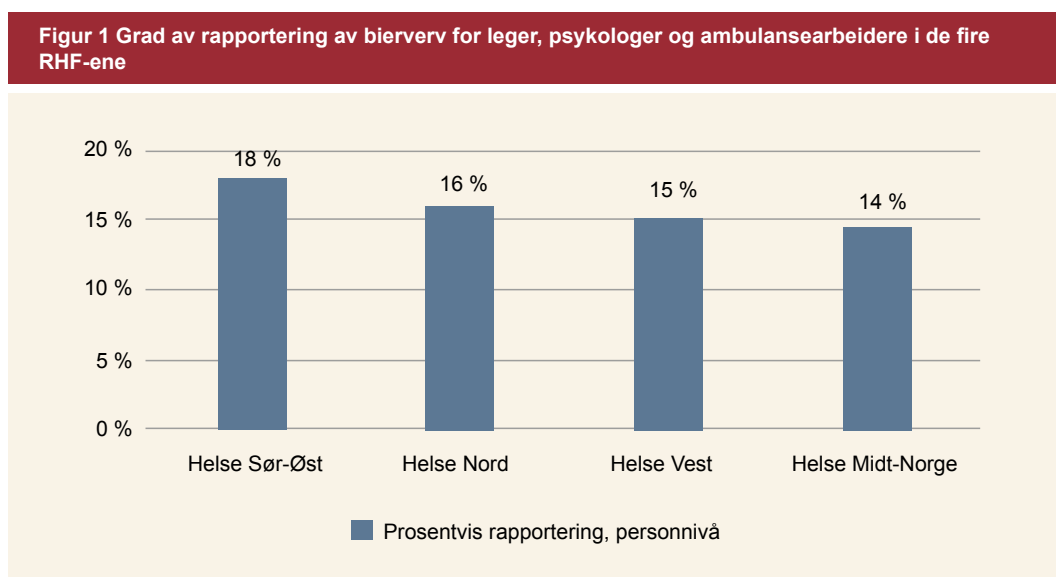
23) Revisjonen har gjennomgått alle selskaper som er biarbeidsgiver for fire eller flere, totalt 66 selskaper. Den største biarbeidsgiveren, et bemanningsselskap, har ansatt 42 personer som også jobber ved helseforetakene.

uten å være ansatt, via sitt enkeltpersonforetak. Flere leger i helseforetakene er oppført med stilling i det private sykehuset uten å være oppført med en slik stilling i AA-registeret. Leger som bistår private legemiddelselskaper, vil også være engasjert på denne måten. Dette betyr at det er et langt større omfang av sykehusansatte som i realiteten jobber for slike selskaper, enn det som går fram av AA-registeret.

Av de 198 legene som er tilknyttet to av de største private sykehusene (Aleris og Volvat) i Norge, er 70 leger også ansatt i et helseforetak. Det er flest leger som dekker hovedspesialitetene generell kirurgi (11), indremedisin (10), fødselshjelp og kvinnesykdommer (10), ortopedisk kirurgi (8), øre-nese-hals (7) og plastisk kirurgi (6). Undersøkelsen viser at de private sykehusene i større grad er avhengige av å knytte til seg offentlig ansatte leger på mindre steder. For eksempel er alle kardiologene og øre-nese-hals-legene ved et privat sykehus i Stavanger også ansatt ved Helse Stavanger HF. Tilsvarende er mange av legene ved private sykehus i Bodø, Tromsø og Trondheim ansatt ved helseforetakene i nærheten.

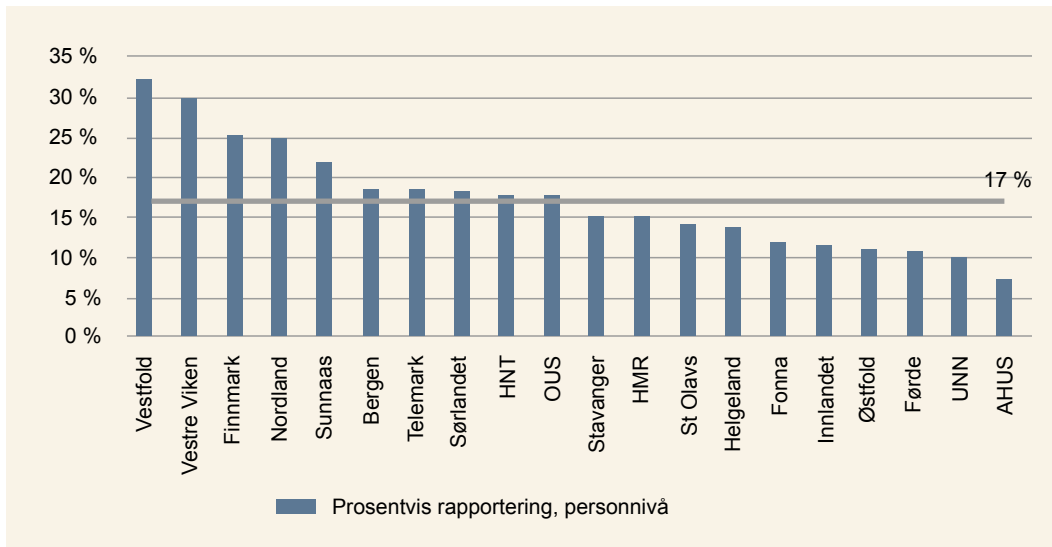
Grad av underrapportering i helseforetakene

Av de 8339 legene, psykologene og ambulansesansatte som har meldepliktige bierverv, har 1391 rapportert inn ett eller flere bierverv. Altså har omtrent 17 prosent av de meldepliktige rapportert inn bierverv.



Figur 1 viser rapportering av helserelaterte bierverv per region på personnivå. Det er stor underrapportering av bierverv ved alle de regionale helseforetakene. Det er relativt lik grad av underrapportering i regionene. Det er kun 3 prosentpoeng som skiller RHF-et med høyest og lavest rapportering. I Helse Sør-Øst utgjør antall meldepliktige personer 4027, i Helse Vest 1652 personer, i Helse Midt-Norge 1324 personer og i Helse Nord 1336 personer.

Figur 2 Andel leger, psykologer og ambulansesarbeidere med meldepliktige bierverv som har rapportert



Figur 2 viser rapportering av helserelaterte bierverv per helseforetak på personnivå.²⁴ Det er store variasjoner i rapporteringen mellom helseforetakene. Rapporteringen er høyest ved Sykehuset i Vestfold HF, der 32 prosent av meldepliktige ansatte har rapportert minst ett bierverv. Rapporteringen er lavest ved Ahus, der 7 prosent av meldepliktige ansatte har meldt inn bierverv.

Det er store variasjoner også mellom helseforetak som tilhører samme region. Spesielt gjelder dette for Helse Sør-Øst RHF, som både har helseforetakene med høyest og lavest grad av rapportering.

Analysen viser at det ikke er nevneverdige forskjeller i tilbøyeligheten til å rapportere mellom de som har private og de som har offentlige bierverv.

Tabell 4 Rapportering av bierverv delt inn etter profesjon

	Antall ansatte i helseforetakene per 1.9.2016	Antall med meldepliktige bierverv	Ansatte som har rapportert bierverv	Andel som har rapportert
Lege	14 845	5595	752	13 %
Ambulanse	4856	1761	404	23 %
Psykolog	3443	983	235	24 %
Totalsum	23 144	8339	1391	17 %

Tabell 4 viser at det er forskjeller mellom profesjonenes tilbøyelighet til å rapportere bierverv. Legene har i minst grad rapportert sine bierverv. Kun 13 prosent av de meldepliktige legene har rapportert bierverv, mens 23 prosent av ambulansepersonellet og 24 prosent av psykologene har gjort det samme.

Tabell 5 viser sammenhengen mellom ansettelsesforhold og grad av rapportering.

24) I de tilfeller der en person jobber i flere helseforetak, har tilhørighet blitt vurdert til arbeidsstedet med høyest stillingsprosent.

Tabell 5: Rapportering av bierverv delt inn etter ansettelsesforhold

	Antall ansatte i helseforetakene per 1.9.2016	Ansatte med meldepliktig bierverv	Ansatte som har rapportert bierverv	Andel som har rapportert
Ikke fast, deltid	2388	1065	63	6 %
Ikke fast, fulltid	5436	1792	82	5 %
Fast, deltid	2358	1289	217	17 %
Fast, fulltid	12962	4193	1029	25 %
Totalsum	23144	8339	1391	17 %

Tabell 5 viser at tilbøyeligheten til å rapportere avhenger mest av om den ansatte er fast ansatt ved helseforetaket. Det er ingen klar sammenheng mellom stillingsprosent og rapportering. For ambulanspersonell og psykologer er det de fulltidsansatte som rapporterer mest, mens det er omvendt for leger. Totalt sett er det størst rapportering blant de som jobber fast og fulltid, hvor en fjerdedel har rapportert ett eller flere bierverv.

Bierverv blant ledere

I flere av de regionale retningslinjene understrekes det at leders identifikasjon med arbeidsgiver er så tydelig at lojalitetsplikten generelt vil sette stramme grenser for retten til å ta bierverv.²⁵

Kontroll av bierverv for i alt 216 ledere på nivå 1 og 2 i de 20 helseforetakene viser at 120 ledere har ett eller flere bierverv som er helserelevante. Analysen viser at mange av biervervene er styreverv som de innehar i kraft av sin stilling, det vil si styreverv i legater og stiftelser som sykehusene disponerer, og styreverv i andre helseforetak. Dette er bierverv som normalt ikke kommer i konflikt med hovedarbeidsgivers interesser.²⁶ Hvis det justeres for dette, har 87 ledere bierverv som skulle vært rapportert.²⁷ Kun 19 av disse har meldt inn biervervet på kontrolltidspunktet (22 prosent).

Blant de 87 lederne har mange selskap som tilbyr ulike typer spesialisthelsetjenester og legevaktjenester. I tillegg har flere undervisnings- og forskningsstillinger. Åtte ledere har eierinteresser eller roller i selskaper som kan være problematiske av habilitetshensyn eller i direkte konkurranse med helseforetaket. Ingen av disse biervervene var rapportert på kontrolltidspunktet. For eksempel er en leder styremedlem i et firma som driver utvikling og produksjon av medisinsk utstyr. Andre eksempler er en leder som eier og driver et spesialisert medisinsk senter, og en leder som er styremedlem i et selskap som jobber med helseinnovasjon.

I Helse Vest RHF har 49 prosent av ledere bierverv som kan være rapporteringspliktige. I de andre regionene er 37 prosent i Helse Sør-Øst RHF, 40 prosent i Helse Midt-Norge RHF og 37 prosent i Helse Nord RHF. Det er flest ledere i Helse Sør-Øst og Helse Vest som har rapportert sine bierverv (32 og 27 prosent) i registrerings-systemene. 12 prosent av lederne i Helse Midt-Norge og ingen av lederne i Helse Nord har rapportert sine bierverv.

25) Dette gjelder retningslinjene til foretaksgruppene Helse Sør-Øst og Helse Vest.

26) Flere har rapportert inn slike bierverv, men det går ikke klart fram om undervisnings- og forskningsstillinger skal rapporteres.

27) Det tas her forbehold om at flere av enkeltpersonforetakene kan være inaktive, slik at rapporteringspliktige bierverv trolig er noe lavere.

2.2 Helseforetakenes styring, kontroll og oppfølging

Retningslinjer og informasjon

De fire RHF-ene har laget regionale retningslinjer for bierverv, i tråd med vedtaket i foretaksmøtene.²⁸ Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har i tillegg utarbeidet veiledere som utdyper disse. Det er varierende innhold og detaljeringsgrad på retningslinjene som er utarbeidet.

Alle helseforetakene i foretaksgruppene Helse Sør-Øst og Helse Vest har utarbeidet egne, lokale retningslinjer. De lokale retningslinjene tar utgangspunkt i de regionale og ligger innholdsmessig tett opptil dem.²⁹ I de to andre regionene er det kun St. Olavs hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Nordlandssykehuset HF som har egne retningslinjer.

De regionale helseforetakene har også utarbeidet egne etiske retningslinjer, som inneholder henvisning til retningslinjer for bierverv. Samtlige helseforetak svarer at de følger de regionale helseforetakenes etiske retningslinjer, men OUS og Vestre Viken HF har utarbeidet egne etiske retningslinjer i tillegg.

Analysen viser at foreliggende retningslinjer og veiledningsmaterieell ikke gir store utslag på rapporteringen av bierverv. Det er små forskjeller i rapporteringen mellom de fire foretaksgruppene. Videre er det stor spredning i rapporteringen innad i foretaksgruppene, selv om retningslinjer og veiledningsmaterieell er relativt likt innad i regionene.

Informasjon om regelverket og leders involvering

Alle helseforetakene oppgir at det ligger informasjon om bierverv på intranettet, enten i personalhåndbok/personalreglement på nett eller på egen temaside. Tilnærmet alle helseforetak har også sendt inn arbeidsavtaler der bestemmelser om bierverv er innarbeidet. Arbeidsavtalene inneholder i hovedsak mange av de samme punktene og formuleringene om bierverv som retningslinjene. For øvrig tyder svar fra helseforetakene på at regelverket i begrenset grad formidles til de ansatte aktivt.

Alle helseforetakene i Helse Vest og Helse Sør-Øst oppgir at bierverv inngår i mal for medarbeidersamtaler. I de to andre regionene er det kun Møre og Romsdal HF som svarer at dette er tilfellet.

Mange av helseforetakene svarer at regelverket for bierverv tas opp eller skal tas opp muntlig på morgenmøter eller avdelingsmøter, eller på ledersamlinger.³⁰ Kun helseforetakene i Helse Vest RHF spesifiserer at temaet bierverv tas opp jevnlig. Noen av helseforetakene viser til at det står i retningslinjene at ledelsen skal ta opp regelverket i slike fora. Intervjuer ved ett av disse helseforetakene, Ahus HF, viser at dette ikke nødvendigvis praktiseres selv om det står i retningslinjene.

Syv av helseforetakene svarer at de regelmessig gjennomfører informasjonskampanjer på intranettet, der de ansatte blir bedt om å registrere sine bierverv.³¹ Helse Vest RHF

28) Retningslinjene til Helse Sør-Øst består av ett dokument om «Prinsipper for behandling av saker om ansattes bierverv i Helse Sør-Øst», og ett om «Felles krav til prosedyredokumenter» i helseforetakene. Begge disse er vedlegg til styresak nr. 050-201 «Behandling av saker om ansattes bierverv i Helse Sør-Øst». Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet et noe mindre spesifikt «politikkdokument» som er sendt til alle helseforetakene i regionen.

29) Unntaket er retningslinjene til St. Olavs hospital, som er basert på retningslinjene til Helse Vest RHF.

30) I Helse Sør-Øst RHF: Sykehuset Innlandet HF, Ahus, OUS, Sunnaas HF, Sykehuset i Vestfold HF og Telemark HF. I Helse Vest RHF: Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF, Helse Fonna HF. For øvrig: Helse Møre og Romsdal HF, Helgelandssykehuset HF og Nordlandssykehuset.

31) Dette gjelder Sunnaas HF, Vestre Viken HF, Stavanger HF, Helse Fonna HF, Helse Bergen HF, Helse Førde HF og Nordlandssykehuset HF.

opplyser at de har sendt ut påminnelse om registrering av bierverv til ansatte via pålogging i arbeidsplansystemet (GAT) i juni 2016 og 2017.

I sine skriftlige svar til Riksrevisjonen skriver noen av helseforetakene at innrapportering av bierverv har økt som følge av en kombinasjon av informasjonskampanjer og involvering av ledelsen. Helse Bergen skriver at de har

«... erfart at bierverv særlig blir tema i personalmøter, møter i ledergrupper m.v. i forbindelse med kampanjer på Helse Bergen sitt intranett for å oppfordre ansatte til å melde fra om sine bierverv. Det samme har vi erfart ved årlig gjennomgang av bierverv, hvor nivå 2-ledere (ledere som rapporterer til adm. direktør) får en samlet oversikt over bierverv ved sin klinikk/avdeling.»

Nordlandssykehuset HF melder også om stor økning i rapporteringen som følge av en kombinasjon av informasjonskampanjer på intranett og involvering av ledelsen. Helseforetaket sendte ut påminnelser om at de ansatte måtte registrere sine bierverv i desember 2015, juli 2016 og desember 2016. I tillegg fikk direktørens ledergruppe en påminnelse fra HR-avdelingen om dette i juli 2016, etter å ha mottatt brev om Riksrevisjonens undersøkelse av temaet. I starten av 2016 endret man også regelverket i Helse Nord, slik at de ansatte også aktivt må registrere at de *ikke* har bierverv. Ifølge Nordlandssykehuset HF har antallet registrerte bierverv gått fra 124 i juli 2016 til 318 i februar 2017.

Etter Riksrevisjonens første henvendelse om bierverv til helseforetakene melder ledelsen ved flere av dem at de har satt i verk tiltak for å øke rapporteringen. Flere helseforetak har gitt tilbakemelding til Riksrevisjonen om at antallet rapporterte bierverv har økt som følge av dette. I Helse Møre og Romsdal HF økte antallet innrapporterte bierverv fra 58 i juni 2016 til 111 i juli 2016, etter en påminnelse fra personaldirektøren til de ansatte.

Intervjuer med ledere og ansatte ved utvalgte helseforetak indikerer at oppmerksomhet fra ledelsens side også har betydning for at de ansatte registrerer sine bierverv.

Ved avdelingene øre-nese-hals ved Ahus HF og Nidaros DPS ved St. Olavs hospital HF hadde svært få registrert sine bierverv. Ved disse to avdelingene hadde verken de ansatte eller lederne reglene klart for seg. Alle lederne ved disse to helseforetakene vedgikk at det hadde vært lite oppmerksomhet om temaet de siste årene. Legene og psykologene som ble intervjuet, ga uttrykk for at de ikke hadde fått noen informasjon om temaet før Riksrevisjonen kontaktet helseforetakene. Ingen av disse helseforetakene hadde gjennomført informasjonskampanjer på intranettet.

I retningslinjene til Ahus nevnes det spesifikt at: «Linjeleder skal sørge for at alle ansatte regelmessig informeres om regelverk for bierverv og de begrensninger som følger av dette.» Avdelingsleder og klinikkdirektør hadde imidlertid ikke forstått det slik at de skulle oppfordre de ansatte til å rapporterte inn bierverv. Avdelingsleder mente at ansvaret for rapportering lå hos de ansatte, og viste til at det sto tydelig i arbeidskontrakten at ansatte skulle melde inn bierverv.

På kardiologisk avdeling ved Helse Stavanger, der registreringspraksisen var god, var det høyere bevissthet rundt reglene. Her hadde flere av legene satt seg inn i regelverket i forbindelse med at de skulle registrere biervervene sine. Denne avdelingen hadde en leder som var opptatt av spørsmålet, og som minnet de ansatte på at de måtte huske å registrere biervervene sine. En av legene sa at han hadde registrert biervervene sine etter å ha fått muntlig beskjed fra lederen. Avdelingslederen

fortalte at han følger opp de som har eller ønsker å ta bierverv. Samtidig nevnte legene ved avdelingen at de hadde fått påminnelser om registreringsordningen på intranettet. Ifølge administrerende direktør ved HF-et har de med jevne mellomrom kjørt informasjonskampanjer på intranettet om reglementet for bierverv.

Retningslinjene til St. Olavs hospital HF og Helse Stavanger HF er relativt like, ettersom begge er basert på de regionale retningslinjene til Helse Vest. Den ulike rapporteringspraksisen ved disse to avdelingene skyldtes altså ikke forskjellig kvalitet på retningslinjene.

Undersøkelsen viser at underrapporteringen blant nivå 1- og nivå 2-ledere er omtrent like stor som blant de ansatte. Dette tyder på at toppledelsen ikke har stor oppmerksomhet rundt bierverv.

Forståelse av regelverket

Alle retningslinjene starter med en kort og grunnleggende forklaring av helseforetakets regelverk, samt i noen tilfeller bakgrunnen for innføringen av regelverket. Denne delen er nokså lik i de fire foretaksgruppens dokumenter. I Helse Sør-Øst RHF's retningslinjer heter det for eksempel:

«Som utgangspunkt har alle ansatte i foretaksgruppen Helse Sør-Øst rett til fritt å disponere sin fritid. [...] Denne rett begrenses likevel av arbeidsgivers styringsrett – herunder den ansattes lojalitetsplikt, lovfestede forpliktelser og vilkår iht. arbeidsavtalen. Ethvert bierverv må således vurderes opp mot gitte begrensninger i henhold til arbeidsavtalen.»

De fleste retningslinjene definerer ordet bierverv i svært vid forstand. Helse Vests retningslinjer definerer for eksempel bierverv som «enhver lønnet/ulønnet aktivitet for en annen oppdragsgiver/arbeidsgiver, selvstendig næringsvirksomhet eller engasjement i form av eierinteresser / styreverv i annen (privat eller offentlig) virksomhet». Retningslinjene til foretaksgruppene Helse Sør-Øst og Helse Nord bruker lignende definisjoner, mens retningslinjene til foretaksgruppen Helse Midt-Norge ikke definerer ordet bierverv eksplisitt.

Hvilke bierverv som er i konflikt med hovedstilling

Alle retningslinjene omtaler kriteriene som skal ligge til grunn i en konkret vurdering av et bierverv, men noen er mer spesifikke enn andre. Dermed er de mer egnet til praktisk saksbehandlingsstøtte for ledere, samt til å opplyse ansatte om et bierverv er forenlig med hovedstillingen.

Retningslinjene i Helse Vest går lengst i å utdype hvilke bierverv som kan komme i konflikt med en hovedstilling. Kriteriene som skal ligge til grunn for leders vurdering, går klart fram, og retningslinjene inneholder en liste med eksempler på tilfeller der bierverv kan komme i konflikt med hovedstillingen. Det står blant annet:

«3.2 Medarbeideren må ikke disponere sin fritid eller sin ferie på en slik måte at den kan hindre ham i å utføre sine plikter i arbeidsforholdet på en forsvarlig og kvalitativt tilfredsstillende måte. For eksempel skal ikke biervervet ha innvirkning på den oppsatte arbeidstid som følger av arbeidsplaner, eller at hensyn utenfor driften i Helseforetaket trekkes inn i utarbeidelse av den interne bemanningsplanen.

[...] 3.4 Medarbeideren skal ikke ta arbeid/oppdrag for konkurrerende virksomhet eller virksomhet som leverer varer eller tjenester til helseforetaket.

Det vil for eksempel kunne være konkurrerende virksomhet når:

- virksomheten finansierer sin virksomhet ved å ta pasienter som kunne vært behandlet av helseforetaket eller
- virksomhetens aktiviteter fører til reduserte inntekter for helseforetaket eller dets eier eller
- virksomhetens aktivitet fører til overkapasitet hos helseforetaket eller
- mulighet for forvirring hos pasientene – habilitet og omdømme [...]»

Retningslinjene til Helse Sør-Øst og Helse Nord omtaler også hvilke kriterier som skal legges til grunn i vurdering av bierverv, men de er noe mindre spesifikke om hvilke kriterier lederne skal vektlegge. Videre gis det kun noen få konkrete eksempler på tilfeller der bierverv kan komme i konflikt med hovedstilling. Foretaksgruppen Helse Sør-Østs kommenterende veileder går nærmere inn på tilfeller der bierverv kan komme i konflikt med hovedstillingen.

I de lokale retningslinjene til Nordlandssykehuset HF spesifiseres det at foretaket som hovedregel tillater at arbeidstaker innehar inntil 120 prosent stilling totalt. Dette spesifiseres også i helseforetakets arbeidsavtale. Ingen av de andre helseforetakenes retningslinjer eller arbeidsavtaler setter noen lignende grense for hva som er et akseptabelt omfang.

I retningslinjene for Helse Midt-Norge nevnes det kort at biervervets omfang, konkurranse med hovedarbeidsgivers virksomhet og habilitetsproblemer er momenter som skal vurderes, men det gis ingen utdyping av hvordan dette konkret skal gjøres. St. Olavs hospitals retningslinjer er nær identiske med retningslinjene til Helse Vest og inneholder en liste med eksempler på tilfeller der bierverv kan komme i konflikt med hovedstillingen.

I intervjuer med ledere og ansatte ved de tre utvalgte avdelingene var det en del usikkerhet om hvilke bierverv som kan godkjennes. Spesielt var de ansatte usikre på dette, men mange av dem hadde heller ikke lest retningslinjene. Legene ved Helse Stavanger var sikrere på hva som var akseptabelt og ikke, enn legene og psykologene ved Ahus og St. Olavs hospital. Blant annet skyldtes dette at flere av dem hadde hatt dialog med leder om konkrete bierverv. Alle avdelingslederne og klinikklederne hadde tatt stilling til konkrete problemsaker, der det hadde vært tvil om ansatte kunne ha et bierverv eller ikke. Lederne opplevde at terskelen var høy for å nekte de ansatte å inneha et bierverv, og mange lurte på i hvilke tilfeller de kunne si nei. Alle de tre besøkte helseforetakene har retningslinjer som utdyper hvilke bierverv som kan komme i konflikt med hovedstilling.

Tidligere behandling av konkrete saker kan gi en pekepinn for ledere som vurderer om et bierverv er forenlig med en hovedstilling. Helseforetakene i Helse Vest oppgir at registreringssystemet deres gir dem mulighet til å søke opp tidligere avgjørelser om bierverv. Ifølge administrerende direktør ved Helse Stavanger er det en utveksling av informasjon om problematiske saker og tvilstilfeller mellom Helse Stavanger og Helse Bergen.

Ingen av foretakene i Helse Sør-Øst oppgir at de har mulighet til dette. Helse Midt-Norge RHF har en rapportmodul som kan vise en oversikt over antall avslåtte søknader på foretaksnivå. I Helse Nord oppgir Helgelandssykehuset HF og Finnmarksykehuset HF at de har oversikt over antall avslåtte søknader, mens de to andre foretakene oppgir at de ikke kan ta ut noen slik oversikt. Det er uvisst om dette skyldes brukerkompetanse eller systemet.

Hvilke bierverv som skal rapporteres

Ingen av retningslinjene er tydelige på hvilke bierverv helseforetakene forventer at de ansatte skal rapportere inn i utgangspunktet. De fleste retningslinjene kan derfor tolkes på forskjellige måter. Tar man utgangspunkt i de vide definisjonene av bierverv kan det tolkes som om alt skal meldes inn, uansett hvor ubetydelig dets art eller omfang er for hovedstillingen. Tar man derimot utgangspunkt i vurderingskriteriene, kan det tolkes som at kun bierverv som kan være i konflikt med hovedstilling skal rapporteres.

En gjennomgang av retningslinjene viser følgende:

- Ingen av retningslinjene avgrensar hvilke bierverv de ansatte burde rapportere inn ut fra typer eller omfang av biervervet.
- Ingen av retningslinjene skiller mellom helsepersonellfaglige bierverv, inkludert eierinteresser og styreverv i helserettede virksomheter som kan gjøre forretninger med helseforetaket, og andre type bierverv.³² En av foretaksgruppene, Helse Vest, har laget et «Veiledningsskjema» som lister opp tilfeller der den ansatte må informere sin leder skriftlig. Mesteparten av listen går spesifikt på oppdrag, ansettelse, styreverv og eierinteresser i helserettet virksomhet, men også «ansettelse eller oppdrag for offentlig eller privat ikke helserettet virksomhet» og «annet» skal rapporteres om skriftlig.
- En av foretaksgruppene, Helse Nord, skiller mellom bierverv som kan komme i konflikt med hovedstilling, og de som ikke kan gjøre det. Disse retningslinjene legger opp til at den ansatte selv vurderer om biervervet kan komme i konflikt. Det står at: «Meldeplikten for de ansatte gjelder de situasjoner der det kan foreligge en interessekonflikt, uavhengig av om det faktisk foreligger en aktuell interessekonflikt.»³³ Dette utdypes ikke videre, og det gis ingen eksempler.
- En av foretaksgruppene, Helse Sør-Øst RHF, skiller mellom lønnede og ulønnede bierverv, men det konkluderes med at også ikke-lønnede bierverv rapporteres inn.³⁴ I foretaksgruppens utdypende veileder slås det fast at ordet bierverv først og fremst forstås som arbeid eller verv hvor det ytes vederlag eller annen form for godtgjørelse eller økonomisk gevinst. Samtidig understrekes det at «også arbeid eller verv som ikke kompenseres på noen måte vil kunne omfattes av begrepet ut fra en vurdering av biervervets art eller omfang».

I intervjuer med både ledelsen og ansatte ved de utvalgte helseforetakene var få av informantene sikre på hva meldeplikten innebar, og det var sprikende oppfatninger om hva som skulle rapporteres. Dette gjaldt også de som hadde satt seg inn i regelverket.

Det var stor usikkerhet blant intervjuobjektene om hvilke typer bierverv det var relevant å melde inn. For eksempel var det usikkerhet om hvorvidt styreverv skulle meldes inn, selv når det dreide seg om styreverv i helsefaglige bedrifter og organisasjoner. Noen rapporterer inn styreverv i andre helseforetak, de fleste ikke. En lege uttrykte at han ikke visste om oppdragsforskning skulle rapporteres, en annen var i tvil om et tillitsmannsverv som lege med godtgjørelse skulle rapporteres. Stedfortreder for administrerende direktør ved St. Olavs hospital sa at spørsmålet om hva som skulle rapporteres, hadde vært oppe til diskusjon i hovedledelsen i januar 2017, ettersom lederne syntes det var vanskelig å vite hva de skulle be ansatte om å rapportere. Ifølge henne diskuterte hovedledelsen blant annet hvorvidt meldeplikten skulle gjelde for de

32) I forarbeidet til helsepersonelloven spesifiseres det at meldeplikten også vil gjelde virksomhet som er nær knyttet til helsepersonellvirksomhet.

33) Tre av foretakene i foretaksgruppen bruker disse retningslinjene, mens Nordlandssykehuset har laget egne, lokale retningslinjer som ikke har dette skillet.

34) I foretaksgruppen er det fem helseforetak som bruker denne definisjon i sine egne retningslinjer. For øvrig har to helseforetak definisjoner som ikke har skillet, mens de to siste ikke har definert begrepet bierverv.

som jobbet ved private helseinstitusjoner, eller også i andre sektorer, og om man kunne avgrense til lønnede bierverv.

Det var også stor usikkerhet om hvor stort omfanget måtte være for at biervervet skulle rapporteres inn. Noen mente at arbeid ved en legevakt i ny og ne ikke var nødvendig å rapportere. Et intervjuobjekt trodde det var unødvendig å rapportere bierverv dersom hovedstillingen og biervervet utgjorde mindre enn 100 prosent. Samtidig hadde noen leger registrert enkeltoppdrag som bierverv. For eksempel kunne dette gjelde et enkeltforedrag på kveldstid eller et enkeltoppdrag som sakkyndig i en rettssak. En av legene ved Helse Stavanger hadde hele åtte registreringer i systemet, men samtlige registreringer var enkeltoppdrag som han hadde fakturert for gjennom enkelt-personforetaket sitt. Vedkommende var usikker på om det var nødvendig å rapportere så detaljert, men ville heller registrere for mye enn for lite. Dennes leder var heller ikke sikker på hvor grensen gikk, men oppfordret de ansatte til å registrere om de var i tvil.

Noen ledere og ansatte mente at man bare skulle rapportere bierverv som var i direkte konflikt med hovedstillingen, og at det var opp til den ansatte å vurdere om det var snakk om en konflikt eller ikke. En slik oppfatning av regelverket innebærer for eksempel at privat praksis på kveldstid ikke trenger å rapporteres, siden det ikke skjer i arbeidstiden.

Noen av de ansatte som ble intervjuet, ga uttrykk for at de oppfatter bierverv som noe de gjør i sin fritid, og som arbeidsgiver i utgangspunktet ikke har noe med å gjøre.

De regionale helseforetakene³⁵ gir uttrykk for at lovgrunnlaget på området er utydelig. Det er manglende rettslig grunnlag for å avgrense, prioritere og operasjonalisere generelle vurderingskriterier for aksept av bierverv, og for å praktisere en generell meldeplikt for bierverv, helsefaglig eller ikke. Videre påpeker regionene at loven på den ene siden etablerer en meldeplikt for arbeidstaker, men at arbeidstaker på den annen side ikke er pliktig til å søke forhåndsgodkjenning.

Registrering og saksbehandling

Når ansatte skal rapportere inn bierverv, foregår dette ved at de registrerer dem elektronisk i helseforetakenes personalsystemer. Alle helseforetakene har fått på plass elektroniske systemer for registrering av bierverv. De fleste foretakene spesifiserer i sine retningslinjer at bierverv skal rapporteres ved elektronisk registrering, og omtrent halvparten av dem spesifiserer dette i arbeidsavtalene i tillegg.³⁶

Ved å omtale kriterier som skal ligge til grunn for vurdering av konkrete bierverv, legger retningslinjene opp til at lederen skal vurdere biervervene som registreres. Retningslinjene sier imidlertid ikke eksplisitt at det er snakk om en formell søknadsprosess.

En gjennomgang av retningslinjene viser følgende:

- Retningslinjene i foretaksgruppen Helse Vest forklarer hvordan bierverv skal saksbehandles. Dersom biervervet ikke er i konflikt med hovedstillingen, skal leder kun ta opplysningene til etterretning. Hvis det er i konflikt med hovedstillingen, må lederen begrunne avslaget.
- Retningslinjene i foretaksgruppen Helse Sør-Øst spesifiserer at ansatte skal «be om forhåndsvurdering hvis de er i tvil om biervervet er forenlig med arbeidsavtalen», og de inneholder en beskrivelse av saksbehandlingen i slike tilfeller. Det går ikke fram

35) Helse og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 18. august 2017

36) Gjelder Sunnaas Sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Helse Fonna HF, Helse Nord-Trøndelag HF, OUS HF, Helse Førde HF, Helse Stavanger HF, Sykehuset Østfold HF og Ahus HF.

om også andre bierverv skal registreres, og hvordan saksbehandlingen er i slike tilfeller.

- Retningslinjene til foretaksgruppene Helse Nord og Helse Midt-Norge går ikke inn på hvordan en eventuell søknadsprosess foregår. St. Olavs hospitals lokale retningslinjer spesifiserer hvordan leder skal behandle meldingene om bierverv fra ansatte.

Ansvar for saksbehandling og oppfølging av bierverv varierer mellom helseforetakene. I Helse Sør-Øst legges mesteparten av ansvaret på linjeleder, som har ansvar for saksbehandling, for å gi regelmessig informasjon til ansatte og nyansatte, og for oppfølging av registrerte opplysninger gjennom medarbeidersamtaler.³⁷ I Helse Vest er det som regel nivå 2-ledere som har det formelle ansvaret for behandling av søknader, men disse kan delegeres ansvaret. I foretaksgruppene Helse Nord og Helse Midt-Norge varierer det fra helseforetak til helseforetak hvilket ledernivå som har ansvaret.³⁸

I intervjuene kommer det fram at det er mye usikkerhet både blant de ansatte og ledelsen om hvordan de ansatte skulle rapportere sine bierverv. Noen mente at det holdt å melde fra om biervervet muntlig, og mange var ikke klar over at de skulle registrere biervervene sine elektronisk i det hele tatt. Dette skyldtes manglende kunnskap om retningslinjene. De tre helseforetakenes retningslinjer spesifiserer at ansatte skal registrere bierverv elektronisk, og oppgir hvor dette skal gjøres.

Det var også usikkerhet om hvorvidt det var en godkjenningsordning, der leder i hvert tilfelle skal foreta en vurdering av biervervet, eller en orienteringsordning, der lederen kun skulle informeres om biervervet. I avdelingen ved Helse Stavanger HF ble det uttrykt at det var en godkjenningsordning med lav terskel for hva som skulle rapporteres, mens det på avdelingene ved St. Olavs Hospital HF og på Ahus HF ble uttrykt at det fantes en orienteringsordning hvor de ansatte selv kunne vurdere hva som var relevant.

Ved St. Olavs Hospital ble registreringssystemet oppfattet som tungvint av intervjuobjektene, mens det ble oppfattet som enkelt å bruke ved Helse Stavanger HF. Flere ved denne avdelingen understreket viktigheten av et enkelt registreringssystem for å øke rapporteringen. Hovedforskjellen med systemet ved St. Olavs hospital HF syntes å være at ingen fikk automatisk beskjed når en ansatt registrerte et bierverv. Derfor kunne det gå lang tid før en leder oppdaget at det var en ubehandlet søknad i systemet. Av seks søknader om bierverv som Riksrevisjonen mottok fra Nidaros DPS, var kun to behandlet av leder. To av registreringene hadde ligget i systemet i mer enn et år.

Bruk og vedlikehold av registrene

Oversikter over de ansattes registrerte bierverv kan brukes som styringsinformasjon, for eksempel ved å gi oversikt over avdelinger/klinikker der mange ansatte har bierverv. Svarbrevene fra helseforetakene og intervjuer med ledere viser at de registrerte dataene ikke brukes som styringsinformasjon. Ettersom dataene som er tilgjengelige om omfanget av bierverv ved foretakene er mangelfulle, er de heller ikke egnet til å gi oversikt over det faktiske omfanget av bierverv.

37) Ved kompliserte saker skal leder vurdere om saken skal løftes ett ledernivå. Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF og Telemark HF spesifiserer at søknader skal godkjennes av to ledernivåer. Ansvaret for «at prosedyren følges opp i linjen» ligger hos administrerende direktør.

38) St. Olavs hospital flyttet i januar 2017 godkjenningsnivået fra nærmeste leder til nivå 2-leder.

Lederne som ble intervjuet ved de to avdelingene med liten rapportering, mente likevel å ha relativt god oversikt over sine ansattes bierverv. De viser til at de har en dialog med de ansatte og får muntlig beskjed om at den ansatte har bierverv.

De administrerende direktørene som ble intervjuet, ga uttrykk for at data om registrerte bierverv på aggregert nivå ikke var veldig nyttig som styringsinformasjon for toppledelsen. Fungerende administrerende direktør ved St. Olavs Hospital HF uttalte at det var mer interessant å følge opp fagmiljøer som kan være sårbare fordi det er få fagfolk. Selv om de var tydelige på at de trodde det var underrapportering ved deres helseforetak, uttrykte alle topplederne at de hadde tillit til at ledere på lavere nivåer hadde kontroll på de ansattes bierverv. Generelt ga de øverste lederne uttrykk for at bierverv ikke ble sett på som den mest alvorlige utfordringen, og at området derfor ikke ble prioritert av ledelsen.

Det er få helseforetak som svarer at de bruker oversiktene for å kontrollere om ansatte faktisk har rapportert biervervene sine. Unntakene er helseforetakene i Region Vest, som oppgir at de jevnlig tar ut oversikter på klinikknivå. Helse Stavanger HF forklarer hvordan dette brukes:

«Vi har primært brukt dette for å sende en oversikt til klinikkene slik at respektive ledere kan få oversikt over ansatte i sin avdeling og om det er mangler /feil knyttet til registreringen eller om vedkommende leder har ansatte som har bierverv men som ikke er registrert.»

Noen av foretakene i Helse Sør-Øst og Helse Nord oppgir at de har tatt ut slike oversikter, men ingen av dem svarer at de gjør dette jevnlig. Foretakene i Helse Nord har siden Riksrevisjonen innledet sin undersøkelse, brukt oversikter over registreringer til å følge opp ansatte som ikke har registrert om de har bierverv eller ikke.

Svar fra helseforetakene viser at vedlikehold av registrene i hovedsak overlates til den enkelte ansatte. Dersom det for eksempel skjer endringer i biervervets omfang, eller dersom et bierverv opphører, er det opp til den enkelte ansatte å registrere dette. Denne praksisen bekreftes i intervjuene.

Legene og psykologene som ble intervjuet ved avdelingene på St. Olavs hospital og Ahus, hadde ikke klart for seg hvorfor de skulle registrere biervervene. Mange så på det som unødvendig tidsbruk, eller som rapportering til ingen nytte. Samtidig hadde lederne ved disse helseforetakene vansker med å forklare hva oversiktene skulle brukes til. Avdelingslederne mente at det ikke var nødvendig med elektronisk registrering for å ha tilstrekkelig kontroll. De oppfattet at oversiktene ikke ble brukt til noe, og sa at det ikke hadde vært noen interesse for slike oversikter oppover i systemet.

Lederen for kardiologisk avdeling ved Helse Stavanger HF hadde derimot en oppfatning om hvorfor det var viktig å registrere, noe han også formidlet til de ansatte. Han mente at forhold knyttet til bierverv burde være transparente for omverdenen, og at man ved å ha oversikt kunne gardere seg mot negative oppslag i pressen.

Risiko og konsekvenser

Svarbrevene fra helseforetakene viser at foretakene ikke har vurdert risiko og konsekvenser ved utbredt bruk av bierverv. I hovedsak refereres det til generelle konsekvenser, med utgangspunkt i det som er beskrevet i retningslinjene. Risikoene som nevnes, sammenfaller i stor grad med det som har kommet fram i intervjuer med

ledere og ansatte ved de utvalgte helseforetakene. Informantene peker hovedsakelig på tre områder der det kan være risiko ved stor utbredelse av bierverv.

Arbeidsbelastning

Informantene ved de utvalgte avdelingene kom inn på at arbeidsbelastningen kan bli for stor. De mener risikoen for å gjøre feil øker hvis de ansatte kommer slitne på jobb, i tillegg til at de kanskje ikke greier å oppfylle aktivitetskravene. Ingen av intervjuobjektene hadde inntrykk av at ansatte jobbet i et slikt omfang i deres egen avdeling i dag.

I ett intervju ble det trukket fram et tilfelle der en lege utførte legevaktjeneste uten å melde det inn. Saken ble avdekket nettopp fordi vedkommende kom sliten på jobb. Etter samtale med sin leder valgte den ansatte å avslutte biervervet. I intervjuene sa flere ledere at de ikke trodde at ansatte jobber ekstra på legevakt i særlig grad i dag. Noen av de ansatte som ble intervjuet, hadde imidlertid kjennskap til at dette fortsatt skjedde. Undersøkelsen viser at 684 av legene, psykologene og ambulanspersonellet i registeranalysen har stilling ved legevakt. Videre er det flere leger som tar oppdrag for legevakter gjennom sine enkeltpersonforetak.

Ressurser og kompetanse

Intervjuene indikerer at bierverv har små konsekvenser for ressursstyringen ved sykehusene. Siden bierverv normalt foregår utenom ordinær arbeidstid, vil det i hovedsak ikke påvirke vaktplaner, bemanningen, eller timebestillinger. I intervjuene med ledere ble det likevel nevnt flere konkrete eksempler på at bierverv påvirket oppsettet av vaktplanen. For eksempel ble det tatt hensyn til forsknings- og undervisningsstillinger ved universiteter og høgskoler. Det er 2209 leger, psykologer og ambulansansatte som er oppført med slike bistillinger i AA-registeret. Intervjuene tyder på at det i slike situasjoner er vanlig at leger og psykologer har 100 prosent stilling på sykehus, og underviser 20 prosent på universitetet i tillegg. Dermed jobber de ved universitetet på dagtid én dag i uken. Sykehusene som omfattes av dybdeundersøkelsen, er alle universitetssykehus og har som en del av sitt oppdrag å lære opp nye leger. Sykehusene oppfordrer sine ansatte til å påta seg slike undervisningsstillinger, og den enkelte leder har god oversikt over hvem som har slike stillinger.

Bierverv kan også gjøre de ansatte mindre fleksible, for eksempel i situasjoner der det er behov for å bytte vakt eller ta ekstravakter. En av lederne fortalte at en ansatt hadde byttet vekk flere vakter for å kunne jobbe privat. Legen hadde satt opp vakter med en privat helsetilbyder som kolliderte med vaktene på sykehuset, men fortalte ikke at det var dette som var årsaken til byttene. Da det ble oppdaget av kollegaene, ga de beskjed til avdelingsleder, og saken ble tatt opp med vedkommende. Lederen nevnte også at flere ansatte ønsket bierverv i et firma med behov for leger i beredskap. Ifølge lederen var det en risiko for at de ville være i beredskap for biervervarbeidsgiver mens de hadde vakt på sykehuset.

Avdelingslederne som ble intervjuet, oppfattet det som en større utfordring at ansatte ønsket å jobbe deltid utenfor sykehuset, for eksempel ved privatklinikk eller som avtalespesialist. I mange tilfeller ønsket den ansatte da å redusere stillingsprosenten ved helseforetaket. Avdelingslederne påpekte at de ikke ønsker mange ansatte med lav stillingsprosent, men i noen tilfeller kunne alternativet være å miste svært kompetent arbeidskraft. Det ble vist til flere tilfeller der ledelsen hadde sagt nei til ansatte som ønsket å gå ned i stillingsprosent på denne måten. Noen av de ansatte hadde da valgt å avslutte arbeidsforholdet på helseforetaket.

En avdelingsleder uttaler at RHF-enes praksis ved utlysning av avtalespesialisthjemler var ugunstige for helseforetakene. Ifølge avdelingslederen er det svært vanlig at RHF-ene utlyser avtalehjemler tilsvarende en 40 prosent stilling. Ifølge lederen var dette en del av RHF-ets seniorpolitikk, en måte å beholde eldre medarbeidere på, men han kommenterte at det var få som tenkte på hvilke utfordringer det ga å ha en ansatt i en stilling på 60 prosent ved avdelingen.

En rapport utarbeidet i foretaksgruppen Helse Sør-Øst i 2017 identifiserer tap av kritiske personalressurser som den største risikoen for helseforetakene i foretaksgruppen, i første omgang ved at ansatte i større grad ønsker å ta bierverv.³⁹ I hovedsak gjaldt utfordringene legespesialister som ikke vil arbeide på kveldspoliklinikk, men i stedet søker bistilling ved privat klinikk (dag- og kveldstid). Arbeidsgruppa konkluderer med at det verken for foretaksgruppen samlet eller noen av de særskilt utsatte enkeltforetak er dokumentert bierverv i et omfang eller en sammensetning som skulle tilsi innstramninger i regelverket. Likevel påpekes det at fire til fem av helseforetakene i regionen har meldt om tendenser til større konkurranse om arbeidskraftressurser ved at ansatte søkte bierverv.

Habilitet (rolleblanding)

Intervjuobjektene skisserer flere tilfeller der en lege eller psykolog kan være inhabil på grunn av et bierverv. Generelt mener intervjuobjektene at risikoen for rolleblanding er mindre nå enn den var da regelverket ble innført.

Henvisning til egen praksis

Ledere og ansatte som er intervjuet, mener at henvisning av pasienter til egen praksis er et langt mindre problem i dag, enn det var da regelverket ble innført. Ifølge informantene er det laget en rekke systemer som minsker risikoen for uheldig rolleblanding. Ved flere helseforetak er henvisningspraksis nå endret, slik at det i hovedsak er administrativt personell som har ansvar for henvisningene. Pasientforløp tas opp i behandlingsmøte, og pasientens behov er regulert gjennom rettigheter. Det påpekes at dette gjør det vanskelig for en lege å flytte på henvisninger eller endre på pasientlister. Ingen av de tre besøkte helseforetakene gjennomførte kontroller av henvisninger for å sjekke om det forekommer henvisninger til egen praksis.

Noen av intervjuobjektene pekte på at det kan oppstå interessekonflikter når den ansatte behandler samme pasientgruppe privat som ved helseforetaket, slik at de to er i direkte konkurranse. Leger har plikt til å orientere pasienten om hvilke tilbud som er tilgjengelige, og som de har rett til å få. Det er flere offentlig kjente eksempler på at pasienter har måttet betale selv for private løsninger, selv om de kunne ha fått rask behandling gjennom ulike offentlige ordninger.⁴⁰ Leger med bierverv hos privat helseleverandør kan ha økonomiske motiver for å tilbakeholde informasjon om offentlige tilbud, og veilede pasienten til å velge privat behandling. Intervjuobjektene mener ikke at dette er et problem ved avdelingene der de selv jobber.

Ved Ahus fortalte en leder at ansatte ved helseforetaket ville etablere en privat klinikk for brystkirurgi. Ledelsen vurderte at klinikken ville være i direkte konkurranse med helseforetaket, ettersom Ahus tilbydde samme behandling i egen poliklinikk. Ettersom klinikken skulle etableres i opptaksområdet til OUS, ble det vurdert som at de ikke var i direkte konkurranse med Ahus. Hadde denne klinikken vært i Ahus' opptaksområde hadde de ikke godtatt at de ansatte arbeidet der. Det ble formidlet klart overfor de ansatte at de ikke kunne henvise sykehusets pasienter til deres privatpraksis.

39) Rapport fra regional arbeidsgruppe: Helseforetakenes håndtering av ansattes bierverv.

40) Helse- og omsorgsdepartementet har også pekt på lignende enkelthendelser. Disse tilfellene gjaldt private aktører med avtale med de regionale helseforetakene, spesielt innen radiologi. (Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til Stortingets president 18. september 2014.)

Fordeler til legemiddelfirma

Et av intervjuobjektene satt i flere «advisory boards», som bistår legemiddelselskaper med utvikling av medisin. Vedkommende var også med i forskningsprosjekter som var privatfinansierte. Intervjuobjektene mente generelt at dette ikke var problematisk så lenge arbeidsgiver visste om det. Hovedinntrykket til intervjuobjektene er at kontakten mellom den enkelte ansatte og legemiddelindustrien er mindre hyppig nå enn tidligere. De peker på at felles innkjøpsavtaler gir den enkelte ansatte liten mulighet til å påvirke innkjøp.

Bruk av sykehusets navn i markedsføring

Det ble trukket fram flere konkrete eksempler på at private klinikker hadde brukt sykehusets navn i markedsføring av eget tilbud. Ledelsen ved St. Olavs hospital HF oppdaget for eksempel at et privat selskap brukte ansattes navn og bilde sammen med full tittel ved helseforetaket i markedsføringen. De ba selskapet om å fjerne dette fra hjemmesiden sin.

Tap av omdømme

Lederne ved helseforetakene var opptatt av å unngå saker som kunne gi inntrykk av samrøre, eller som kunne skape uklarhet om grensene for helseforetakets ansvar. Et eksempel på uheldig rolleblanding som ble trukket fram gjentatte ganger, er at private ønsket å etablere egen praksis på sykehusets område og benytte sykehusets utstyr. Nidaros DPS på St. Olav hospital har mottatt tre søknader de to siste årene om å etablere privat praksis i deres lokaler. Det har blitt gitt avslag på samtlige søknader. Helseforetaket ønsker ikke en slik praksis, fordi det overfor pasienten vil være uklart om det er helseforetaket eller psykologen med egen praksis som er ansvarlig for behandlingen.

Det er i hovedsak⁴¹ ikke tillatt for de ansatte å bruke sykehusets lokaler til privat praksis. Informantene mente at dette ikke lenger var et stort problem.

2.3 De regionale helseforetakenes oppfølging

De regionale helseforetakenes oppfølging i styringsdialogen

De regionale helseforetakene har ikke omtalt bierverv spesielt i styringsdialogen med helseforetakene i perioden 2014–2016. Unntaket er Helse Sør-Øst RHF, som har vært opptatt av å følge utviklingen i antall bierverv ved innføring av fritt behandlingsvalg.⁴² Helse Vest RHF har imidlertid tatt opp bierverv som sak⁴³ etter at internrevisjonen i Helse Vest gjennomførte en revisjon av bierverv i 2015.⁴⁴

I foretaksrådet i januar 2013 ba Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene sørge for at rutiner for bierverv følges, og at det rapporteres om status for tall på bierverv per 31. desember i årlig melding. Alle de regionale helseforetakene har omtalt bierverv i de årlige meldingene for 2013. Ingen av de regionale helseforetakene har rapportert om bierverv etter 2013. Ingen av regionene har heller etterlyst slik rapportering fra underliggende helseforetak. Dybdeintervjuene gjennomført i tre helseforetak bekrefter at det har vært lite oppmerksomhet fra de regionale helseforetakenes side om bierverv i perioden etter 2013.

I Helse Vest er det innført nye krav i rammeavtalene med leverandører.⁴⁵ Internrevisjonen har gjennomført en revisjon av rapportering av bierverv. Denne resulterte i styresak med ni konkrete tiltak for å bedre oppfølging og etterlevelse av

41) Unntak er tannleger, som kan behandle psykisk utviklingshemmede med narkose på sykehuset.

42) Helse Sør-Øst RHF – årlig melding 2015, s. 59.

43) Styresak 085/15 Internrevisjonsrapport om bierverv og styresak 086/15 Internrevisjon Bierverv – administrasjonen si oppfølging.

44) Revisjon av bierverv – Helse Vest RHF, juni 2015.

45) Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 18. august 2017.

retningslinjer og registrering av bierverv. Bierverv har også vært tema i direktørmøter med helseforetakene ved flere tilfeller.

Helse Sør-Øst RHF opprettet i 2016 en arbeidsgruppe⁴⁶ for å vurdere Helse Sør-Øst RHF's retningslinjer om bierverv. Arbeidsgruppen har kartlagt utfordringer, art og omfang av bierverv, og om eventuelle nye rammebetingelser virker inn på status av bierverv. Den ble opprettet fordi gjennomgangen viste at foretakene opplevde en ny og mer krevende situasjon, blant annet som følge av at fritt behandlingsvalg, utvidede pasientrettigheter og skjerpede krav til reduksjon av ventetider og avvikling av fristbrudd åpnet nye muligheter for private leverandører. På bakgrunn av kartleggingen har arbeidsgruppen anbefalt helseforetakene å prioritere noen tiltak. De viktigste er å

- utvikle lederskap, dvs. stille krav til ledere med personalansvar og bruke retningslinjene i opplæring av ledere
- utvikle medarbeiderskap, dvs. bruke retningslinjer i arbeid med bedriftskultur
- systematisere og strømlinjeforme administrative rutiner, blant annet ved å gjennomgå aktuelle skjema
- supplere retningslinjene med en eksempelsamling, som belyser aktuelle problemstillinger og dilemmaer, som beslutningsstøtte for ledere

Regulering av bierverv i rammeavtaler inngått mellom de regionale helseforetakene og private helseleverandører

Det stilles de samme krav til opplysningsplikt for ansatte i virksomheter som har avtale med de regionale helseforetakene, som for de ansatte i helseforetakene. En gjennomgang av 21⁴⁷ gjeldende avtaler mellom RHF-ene og private aktører viser at regionene i varierende grad har fulgt opp føringene fra foretaksmøtet i 2013. Det er kun Helse Nord RHF av de fire regionene som har sendt inn avtaler⁴⁸ hvor alle avtalene som er inngått, imøtekommer kravene som har blitt fastsatt i foretaksmøte.

Det er inngått to egne generelle rammeavtaler for avtalespesialister mellom de fire regionale helseforetakene og med henholdsvis legeföreningen og psykologföreningen. I disse rammeavtalene spesifiseres det at spesialisten plikter å opplyse om bierverv:

«Legen/Psykologen skal informere RHF skriftlig om andre avtalehjemler, næringsvirksomhet, arbeidsforhold, oppdrag og lignende som vedkommende har påtatt/påtar seg som lege. Dette gjelder ikke enkeltstående oppdrag av mindre omfang og kortere varighet med mindre disse har betydning for den individuelle avtalen.»⁴⁹

I tillegg er det inngått individuelle avtaler med legespesialister/psykologer og rammeavtaler med leverandører av radiologitjenester, rehabiliteringstjenester osv. En gjennomgang av 19 slike avtaler viser at ingen av dem viser til helsepersonelloven, hvor opplysningsplikten reguleres. Ti av avtalene inneholder generelle lovhenvvisninger som for eksempel: «Tjenesten skal utføres i henhold til enhver tids gjeldende lovgivning, regler og retningslinjer».

Avtaler med private skal også inneholde bestemmelser og sanksjoner som hindrer henvisning til egen virksomhet. Ingen av de to generelle rammeavtalene og kun én av de 19 kontrollerte avtalene fra de fire regionene inneholder en bestemmelse som skal hindre henvisning til egen praksis. I avtalen inngått av Helse Vest RHF framgår det at

46) Nedsatt i direktørmøte 7. april 2016, sak 016/2016.

47) Disse inkluderer de to generelle rammeavtalene fra regionene. 2 av avtalene Helse Nord RHF har sendt inn, er maler – individuell personlig avtale om regional avtalepraksis for legespesialist og psykologspesialist.

48) Helse Nord RHF har sendt inn to lokale maler: Individuell avtale spesialist somatikk og for psykologspesialist,

49) jf. rammeavtalenes § 4.1, 5. kulepunkt Legens/Psykologens oppgaver, s. 3.

ikke skal henvises til egen virksomhet, eller aktivt drive reklame for private behandlingsoalternativer.⁵⁰

Helse Sør-Øst RHF har i tre⁵¹ av sine ti innsendte avtaler innarbeidet en henvisning til at regionens etiske retningslinjer skal følges av leverandøren. Én avtale inneholder en generell formulering om at leverandøren skal rapportere i henhold til gjeldende lover og regler. Helse Sør-Øst RHF uttaler i svar⁵² til Riksrevisjonen at de ikke har stilt krav om at retningslinjer for bierverv skal omtales direkte i avtalene.

Helse Vest RHF har i fire⁵³ av fem avtaler innarbeidet mer generelle bestemmelser om at leverandøren til enhver tid skal forholde seg til det regelverket som gjelder for spesialisthelsetjenesten. I to⁵⁴ av disse fire er det stilt krav om at det i oppdrag for Helse Vest RHF ikke er anledning til å nytte personell som er ansatt i foretaksgruppen. Helse Vest RHF uttaler⁵⁵ at de ikke kan pålegge sine private leverandører å etterleve de regionale helseforetakenes interne retningslinjer for bierverv, da dette er en del av helseforetakenes personalpolitikk.

Helse Midt-Norge RHF har i én av to innsendte avtaler⁵⁶ spesifisert at oppdragsgivers til enhver tids gjeldende etiske retningslinjene skal gjelde for leverandøren. Den andre avtalen⁵⁷ inneholder ingen henvisning til bestemmelser om bierverv. Ifølge Helse Midt-Norge RHF⁵⁸ står det i rammeavtalene for kjøp av private sykehustjenester at: «Det tillates ikke at leverandør utfører tjenester basert på henvisninger fra eget eller innleid personell som også arbeider i helseforetak i Helse Midt-Norge». RHF-et uttaler videre at dette ikke følges særskilt opp i dialogen med de private.

Avtalene⁵⁹ som Helse Nord RHF har sendt inn, viser til de generelle punktene i rammeavtalene for lege og psykologspesialister, hvor de skal informere RHF-et skriftlig om andre avtalehjemler, næringsvirksomhet, arbeidsforhold, oppdrag og lignende som vedkommende har påtatt/påtar seg.

3 Vurderinger

3.1 Ansatte i helseforetakene rapporterer i liten grad om bierverv

Helsepersonell har plikt til å opplyse arbeidsgiver om bierverv. Hensikten med denne meldeplikten er å forebygge at det kan reises spørsmål og tvil om integritet, habilitet og uavhengighet. I tillegg er det lovfestet krav til helsepersonell om forsvarlig tjenesteutøvelse.

Det er betydelig underrapportering om bierverv i alle helseforetak. Undersøkelsen omfatter alle faste og midlertidig ansatte leger, psykologer og ambulanspersonell i helseforetakene. Av de om lag 23 000 som omfattes av undersøkelsen, har over en tredjedel meldepliktige bierverv på helseområdet. Kun 17 prosent av disse har registrert sine bierverv i helseforetakenes oversikter.

50) Helse Vest RHF's avtale med Unilab pkt. 23.

51) Avtale om sykehustjenester med Ibsen sykehus AS, avtale om spesialiserte rehabiliteringstjenester med Bakke, Senter for Mestring og Rehabilitering AS og avtale om nevrofysiologiske tjenester – leverandør ikke oppgitt.

52) Helse Sør-Øst RHF's svar til Riksrevisjonen av 3. februar 2017.

53) I avtalen med Rogaland A senter as om rusmiddelbehandling er det ingen henvisninger til generelle eller mer spesifikke regelverk på område.

54) Rammeavtale med Aleris – kirurgisk behandling og avtale med Først lab – patologiske tjenester.

55) Helse Vest RHF's svar til Riksrevisjonen av 6. februar 2017.

56) Avtale om behandling for rusavhengighet – Lade behandlingssenter Blå kors SA. Inngått 2. november 2016.

57) Avtale med Curato Røntgen AS om kjøp av radiologitjenester. Denne ble imidlertid inngått før vedtaket om å innføre disse bestemmelsene i foretaksmøte i 2013.

58) Helse Midt-Norges svar til Riksrevisjonen av 17. februar 2017.

59) Helse Nord RHF har sendt inn maler for Individuell avtale spesialist somatikk og for psykologspesialist.

Underrapporteringen fordeler seg relativt likt mellom helseregionene. Blant helseforetakene er det er imidlertid store variasjoner i rapporteringen, også innad i den enkelte helseregion. Psykologer og ambulanspersonell rapporterer i nesten dobbelt så stor grad sine bierverv som det leger gjør. Det er ingen vesentlig forskjell mellom ledere og ansatte når det gjelder grad av rapportering. De som er fast ansatte og jobber fulltid, rapporterer mest, men underrapporteringen er stor også for denne gruppen. Det er ikke nevneverdige forskjeller i tilbøyeligheten til å rapportere mellom de som har bierverv i privat og offentlig virksomhet.

Av de sykehusansatte som er oppført med en bistilling på helseområdet i arbeidsgiver-/ arbeidstakerregisteret, viser undersøkelsen at et flertall har bistilling i offentlig virksomhet. I realiteten er det et større omfang som jobber for private virksomheter, da ansatte med enkeltpersonforetak som tar oppdrag for private virksomheter, ikke er med i oversikten. Over en tredjedel av de som jobber for de to største private sykehusene, er også ansatt i helseforetak. De fleste av dem er ikke ansatt ved de private sykehusene, men fakturerer dem for sine tjenester via enkeltpersonforetak.

Undersøkelsen indikerer at det de siste årene har blitt mindre utfordringer med habilitet, blant annet på grunn av systemer for henvisning i hovedsak betjenes av administrativt personell, felles innkjøpsavtaler og mer åpenhet om samhandling med næringslivet. Omfanget av ansatte som jobber hos de private aktørene er lavt. Videre er det ikke alle biervervene hos de største private aktørene som vurderes å innebære habilitetsutfordringer for hovedarbeidsgiver, fordi de private aktørene har avtaler med helseregionene om å levere helsetjenester.

Bierverv kan ha positive sider, som faglig utvikling for de ansatte og at det samlede helsetilbudet til pasientene blir større. Samtidig tyder undersøkelsen på at bierverv kan ha negative konsekvenser ved at de ansatte får for stor total arbeidsbelastning og at helseforetakene får mindre fleksibilitet i ressursstyringen. Ifølge undersøkelsen opplever lederne det som den største utfordringen at ansatte ønsker å gå ned i stillingsprosent for å ta bierverv, slik at lederne må velge mellom ansatte med ugunstige stillingsprosent eller å miste personell med nøkkelkompetanse. Noen helseforetak melder om utfordringer med legespesialister som ikke vil arbeide på kveldspoliklinikk, men foretrekker å ta bistilling ved privat klinikk.

Arbeidsgiver kan fastsette begrensninger for ansattes bierverv i kraft av sin styringsrett. Styringsretten innebærer at arbeidsgiver har rett til å organisere, lede, kontrollere og fordele arbeidet. Undersøkelsen viser at en stor andel av helsepersonell ikke har rapportert sine bierverv, og at helseforetakene ikke har tilstrekkelig oversikt over sine ansattes bierverv. Etter revisjonens vurdering har helseforetakene dermed ikke et godt nok grunnlag for å vurdere om de ansattes bierverv er forenlig med deres arbeid i helseforetaket, og mulighet til å fastsette begrensninger i kraft av sin styringsrett. Manglende oversikt sikrer heller ikke åpenhet om de ansattes bierverv.

3.2 Systemene som er etablert for å rapportere og følge opp bierverv, brukes i liten grad

Helseforetakene er pålagt å ha et internkontrollsystem, og å sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav i lov eller forskrift. Det er forutsatt at det enkelte helseforetaket skal følge opp brudd på retningslinjer, orienteringsplikten, habilitetsregler mv.

Undersøkelsen viser at alle helseforetakene har retningslinjer for bierverv tilgjengelig på sine nettsider, og at de har innarbeidet bestemmelser om bierverv i arbeidsavtaler. Alle helseforetakene har også fått på plass elektroniske systemer for registrering av

bierverv. Retningslinjene er i ulik grad forankret blant ansatte og ledere. Regelverket er i begrenset grad formidlet til de ansatte, og kunnskapen om regelverket er lav både blant ledere og ansatte.

Undersøkelsen viser videre at retningslinjene er uklare på flere punkter, og at det er usikkerhet blant ledere og ansatte om hvordan regelverket skal forstås. Ingen av retningslinjene er klare på hva de ansatte skal rapportere. Retningslinjene er heller ikke klare på om det er en meldeplikt om bierverv eller om det kun er en orienteringsplikt. Mange mener at retningslinjene er for generelle til at de bidrar som støtte til saksbehandling for ledere i vurdering av bierverv. De regionale helseforetakene påpeker at det er manglende rettslig grunnlag for å avgrense, prioritere og operasjonalisere generelle vurderingskriterier for aksept av bierverv. De påpeker at de heller ikke har rettslig grunnlag for krav om en generell forhåndsgodkjenning av bierverv.

Helse Vest RHF og Helse Sørøst RHF har i større grad enn de andre regionene forsøkt å presisere regelverket gjennom rutiner og veiledninger, men forskjeller i retningslinjer og annet veiledningsmateriell ser ikke ut til å forklare rapporteringen ved det enkelte foretaket. Undersøkelsen tyder på at god informasjon om regelverket og aktiv ledelse gir høyere bevissthet om reglene og bedre registreringspraksis. Der ledelsen er opptatt av at de ansatte skal registrere sine bierverv, er også rapporteringen bedre enn der ledelsen ikke er det. Ved kardiologisk avdeling ved Helse Stavanger HF har en kombinasjon av jevnlig informasjonskampanjer og aktiv involvering av ledelsen ført til at de fleste har rapportert om sine bierverv.

Undersøkelsen viser at helseforetakene i liten grad tar i bruk og følger opp registrert informasjon om bierverv. Oversikter over bierverv benyttes ikke som styringsinformasjon verken av helseforetak eller i underliggende klinikk eller avdeling. Vedlikeholdet av opplysningene i registrene overlates i stor grad til den enkelte ansatte. Ingen helseforetak har gjennomført egne kontroller for å avdekke underrapportering, og det gjøres ingen overordnede risikovurderinger om bierverv. Undersøkelsen viser at helseforetakene har gitt bierverv lite oppmerksomhet. Toppledelsen gir uttrykk for at registrerte data om bierverv er lite egnet som styringsinformasjon for dem. De forutsetter at behovet for slike oversikter først og fremst ligger på lavere nivå, og at den enkelte avdelingsleder har oversikt over bierverv i sin avdeling.

Helsepersonell har plikt til å opplyse om sine bierverv på helseområdet. Dette innebærer at de har et selvstendig ansvar for å sette seg inn i gjeldende retningslinjer når de tar på seg bierverv. Det er likevel slik at helseforetakene, etter revisjonens vurdering, ikke har fulgt opp de kravene som er stilt om bierverv i foretaksmøter gjennom sin interne styring og kontroll. Retningslinjene er uklare på flere punkter, noe som blant annet påvirker rapportering og saksbehandling. Undersøkelsen viser at det ikke er tilstrekkelig med retningslinjer og veiledningsmateriell. Helseforetakene må også vise oppmerksomhet og følge opp i praksis. Det er et ledelsesansvar å sørge for dette. Når helseforetakene ikke bruker oversikter over bierverv som styringsinformasjon eller gjennomfører risikovurderinger, har de etter revisjonens vurdering heller ikke tilstrekkelig grunnlag til å vurdere konsekvensene av bierverv.

3.3 De regionale helseforetakene har ikke hatt god nok oppfølging av krav som er stilt i foretaksmøter

I foretaksmøtene med RHF-ene i januar 2013 ble det forutsatt at eventuelle brudd på retningslinjer, orienteringsplikten, habilitetsregler mv. blir fulgt opp av det enkelte helseforetaket som arbeidsgiver. Det ble videre stilt krav om at helseforetakene påser

at rutiner for bierverv følges og at det rapporteres om status for tall på bierverv per 31. desember i årlig melding.

Alle de regionale helseforetakene har omtalt bierverv i de årlige meldingene for 2013, men ingen har rapportert om bierverv i påfølgende år eller etterspurt slik rapportering fra underliggende helseforetak. Bierverv er ikke særskilt omtalt i styringsdialogen mellom RHF-ene og helseforetakene i perioden 2014–2016, med unntak av Helse Sør-Øst RHF, som satte ned en arbeidsgruppe i 2016 for å følge med på utviklingen i antall bierverv ved innføringen av fritt behandlingsvalg. Videre har Helse Vest RHF behandlet spørsmål om bierverv i styremøte, etter at internrevisjonen i Helse Vest gjennomførte en revisjon av bierverv i 2015.

Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene i varierende grad har fulgt opp egne pålegg om å omtale krav til bierverv i rammeavtaler med leverandører av helsetjenester.

I de to generelle rammeavtalene, for henholdsvis legespesialister og psykologspesialister, spesifiseres det at spesialisten plikter å opplyse om bierverv. Det er i tillegg inngått 19 særskilte rammeavtaler mellom det enkelte regionale helseforetaket og ulike avtalespesialister og leverandører. Om lag halvparten av avtalene (10 av 19) har innarbeidet generelle henvisninger til gjeldende lovgivning, regler og retningslinjer som gjelder for helseforetakene. Ingen av avtalene omtaler bierverv spesifikt, eller henviser til helsepersonelloven, der opplysningsplikten reguleres.

Undersøkelsen viser at det er stor grad av underrapportering i alle foretaksgruppene, at det er store forskjeller mellom rapporteringspraksis i helseforetak innad i hver region, og at retningslinjene som de regionale helseforetakene har fastsatt, ikke er klare nok. Ulik forståelse og praktisering av regelverket er problemer som har vedvart over tid og blitt tatt opp av Riksrevisjonen i flere tidligere undersøkelser. Etter revisjonens vurdering har de regionale helseforetakene ikke bidratt til å klargjøre regelverket og fulgt opp godt nok at retningslinjene fungerer etter intensjonen, er forankret i helseforetakene og at det praktiseres ensartet.

Vedlegg 1:

Tabell: Oversikt over leger med og uten bierverv fordelt på hovedspesialiteter

Godkjente hovedspesialiteter	Antall leger i helseforetakene per 1.9.2016	Leger med meldepliktige bierverv	Andel med meldepliktige bierverv
AMA – Administrasjon, ledelse, felles	454	226	50 %
Klinisk farmakologi	35	22	63 %
Forskning	76	46	61 %
Hud- og veneriske sykdommer	79	45	57 %
Arbeidsmedisin	63	34	54 %
Nukleærmedisin	25	13	52 %
Nevrokirurgi	63	32	51 %
Plastikkirurgi	80	39	49 %
Medisinsk biokjemi	56	27	48 %
Medisinsk genetikk	15	7	47 %
ØNH – øre, nese, hals	267	121	45 %
Nevrologi	629	280	45 %
Revmatologi	131	58	44 %
Øyesykdommer	236	104	44 %
Indremedisin	991	427	43 %
Medisinsk mikrobiologi	109	45	41 %
ARA (rus- og avhengighetsmedisin)	175	71	41 %
Onkologi (kreft)	562	225	40 %
Fysisk medisin og rehabilitering	264	102	39 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	68	26	38 %
Barnesykdommer (pediatri)	690	258	37 %
Kirurgi	2643	979	37 %
Ortopedisk kirurgi	744	273	37 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	705	246	35 %
Anestesiologi	677	231	34 %
Patologi	240	81	34 %
Allmennedisin	2140	722	34 %
Psykatri	1740	583	34 %
Radiologi	762	242	32 %
Røntgen	126	30	24 %
Totalsum	14845	5595	38 %

Spesialiteten «samfunnsmedisin» er ikke inkludert.

Vedlegg 5:
Brev og rapport til sak 5 om
tilskudd til forskningsselskaper
under Kunnskapsdepartementet

5.1 Riksrevisjonens brev til statsrådene i
Kunnskapsdepartementet, Helse- og
omsorgsdepartementet og Barne- og
likestillingsdepartementet

5.2 Statsrådenes svar

5.3 Rapport fra forvaltningsrevisjon av tilskudd
til forskningsselskaper under
Kunnskapsdepartementet



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
John Østhassel 22241265
Vår dato Vår referanse
01.11.2017 2017/01312-16
Deres dato Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

BARNE- OG LIKESTILLINGSDEPARTEMENTET
Postboks 8036 DEP
0030 OSLO

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om tilskudd til forskningsselskaper under Kunnskapsdepartementet*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Barne- og likestillingsdepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 11. august 2017.

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. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Etter fullmakt

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
John Østhassel 22241265
Vår dato Vår referanse
01.11.2017 2017/01312-15
Deres dato Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om tilskudd til forskningsselskaper under Kunnskapsdepartementet*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 21. august 2017.

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: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Etter fullmakt

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler	
John Østhassel	22241265
Vår dato	Vår referanse
01.11.2017	2017/01312-14
Deres dato	Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

KUNNSKAPSDEPARTEMENTET
Postboks 8119 DEP
0032 OSLO

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av *Riksrevisjonens undersøkelse om tilskudd til forskningsselskaper under Kunnskapsdepartementet*, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Kunnskapsdepartementet fikk et utkast til 30. juni 2017, og på departementets svar 22. august 2017.

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. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



**DET KONGELIGE BARNE-
OG LIKESTILLINGSDEPARTEMENT**

Statsråden

Riksrevisjonen
Pb. 8130 Dep
0032 OSLO

Unntatt offentlighet,
offl. § 5 andre ledd

Deres ref
2017/01312

Vår ref
17/3338-

Dato
15. november 2017

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Jeg viser til brev fra Riksrevisjonen av 1. november om saksframstillingen av undersøkelse om tilskudd til forskningsselskaper under Kunnskapsdepartementet. Undersøkelsen viste at flere av selskapene hadde benyttet tilskuddsmidler til å bygge opp egenkapitalen. I brevet bes det om en redegjørelse for hvordan BLD vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig i disse.

Tre av selskapene som ble undersøkt hadde mottatt tilskudd fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Dette var Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Vest ved Uni Research AS, og to selskaper under UniRand AS: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress AS og Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge AS. Av disse hadde kun ett av morselskapene, Uni Research AS, hatt en vesentlig økning i egenkapitalen.

Riksrevisjonen anbefaler at tilskuddsforvalterne gjennomfører tiltak for å unngå at selskapene benytter tilskuddsmidler til å bygge opp egenkapital. Riksrevisjonen anbefaler også at Norges forskningsråd, Helsedirektoratet og Bufdir etablerer tettere dialog med universiteter, høyskoler og Kunnskapsdepartementet, for å få presis informasjon om bruken av tilskuddene som selskapene mottar.

Jeg er enig i Riksrevisjonens anbefalinger. Departementet vil i styringsdialogen med Bufdir gjøre direktoratet kjent med disse, og be direktoratet gå gjennom sine rutiner for å sikre at de mottar tilstrekkelig informasjon om bruken av tilskuddene. Jeg merker meg samtidig at det fremgår av Riksrevisjonens rapport at Bufdir allerede har pågående prosesser knyttet til flere av anbefalingene i rapporten. Jeg kan også opplyse om at Bufdir har oppgitt til departementet at direktoratet i løpet av inneværende år vil gjøre en helhetlig vurdering om oppbygging av egenkapital hos de tre tilskuddsmottakerne.

Med hilsen


Solveig Horne



Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Unntatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref

Vår ref

Dato

17/368-11

15 . november 2017

Forvaltningsrevisjon av tilskudd til forskningsselskaper under Kunnskapsdepartementet

Jeg viser til brev fra Riksrevisjonen av 1.11.2017 om Riksrevisjonens undersøkelse om tilskudd til forskningsselskaper under Kunnskapsdepartementet. Riksrevisjonen ber om en redegjørelse for hvordan jeg vil følge opp deres merknader og anbefalinger.

Riksrevisjonen har kontrollert 17 selskaper under Kunnskapsdepartementet som driver med forskning eller forskningsrelatert virksomhet og som mottar tilskudd tildelt av Norges forskningsråd, Kunnskapsdepartementet, Barn -, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet. Fire selskap som omfattes av Riksrevisjonens gjennomgang mottar tilskudd fra Helsedirektoratet. To av disse er forskningsinstitutter innenfor basisfinanseringsordningen som forvaltes av Forskningsrådet.

Jeg har over lang tid arbeidet med en gjennomgang av forsknings- og kompetansesentre organisert utenfor spesialisthelsetjenesten og som mottar tilskudd fra Helsedirektoratet. Departementet har i statsbudsjettene for i årene 2014 - 2018 omtalt arbeidet med å gjennomgå samfunnsoppdrag, organisering og finansering av kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. I 2015 fastsatte departementet i samarbeid med Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet et felles samfunnsoppdrag for kompetansesentrene. Sentre som i hovedsak har forskning som oppgave er en sentral del av innsatsen for å utvikle et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene og andre nærliggende tjenester, et tiltak i *Regjeringens Handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (2015 – 2018)*. I statsbudsjettet for 2017 og 2018 varsles det om at det vil legges til rette for en gradvis overgang over flere år fra en fast bevilgning til forsknings- og kompetansesentrene, til at en større andel av departementets tilskuddsmidler til forskning styres mot resultatbasert finansiering. Det tas

Postadresse: Postboks 8011 Dep 0030 Oslo
Kontoradresse: Teatergt. 9 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 983 887 406

sikte på at forsknings- og kompetansesentre som driver forskning fra og med 2018 skal rapportere vitenskapelige publikasjoner, avlagte doktorgrader og ekstern finansering fra Norges Forskningsråd. Departementet vil i løpet av 2019 forberede uttrekk av en andel av tilskuddsmidler til forskning fra hvert forsknings- og kompetansesenter som i dag tildeles det enkelte senter fra Helsedirektoratet og overføre disse til Forskningsrådet. Resultatbasert omfordeling av midler mellom sentrene basert på forskningspoeng skjer først fra 2020. Omleggingen av forsknings- og kompetansesentrenes forskningsfinansering vil bidra til at disse sentrene i større grad blir samordnet med de regionale helseforetakene, samt institutt- og UH-sektoren.

Som et ledd i arbeidet med gjennomgangen av forsknings- og kompetansesentre ba departementet direktoratet om en vurdering av tilskuddsforvaltningen av sentrene i lys av EØS-regelverket. På oppdrag fra direktoratet kom advokatfirmaet Kluge med rapporter vedrørende kompetansesenterfinanseringen i forhold til statsstøtteregelverket og regelverket om offentlig anskaffelser. Rapportene har vært viktig for direktoratets videre forvaltning av tilskuddsordningene til sentrene.

Jeg vil fortsette arbeidet med å sikre at tilskuddene går til de formål og tjenester de er tiltenkt. Videre vil jeg sørge for at Helsedirektoratet som tilskuddsforvalter etterlever anbefalingene som fremkommer i Riksrevisjonens rapport. Departementet vil i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for 2018 varsle at man vil komme nærmere tilbake med et eget oppdrag om det videre arbeidet med tilskuddsforvaltningen av forsknings- og kompetansesentrene.

Med hilsen



Bent Høie



**DET KONGELIGE
KUNNSKAPSDEPARTEMENT**

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref

Vår ref
16/7316-

Dato
22. november 2017

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Jeg viser til brev 1. november 2017 og vårt tidligere svar datert 22. august i denne saken.

Riksrevisjonen viser til kontrollen av 17 selskaper der Kunnskapsdepartementet eller statlige universiteter og høyskoler forvalter eierskapet, og som får tilskudd fra Forskningsrådet, Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) eller Kunnskapsdepartementet.

Riksrevisjonen viser til tre hovedfunn som resultat av undersøkelsen:

1. De fleste av selskapene benytter tilskuddsmidler til å bygge opp egenkapital i strid med de forutsetninger for tilskudd som er satt i økonomibestemmelsene.
2. Flere av tilskuddsforvalterne har i liten grad etablert tiltak for å sikre oppfølging av bruken av tilskudd.
3. Forskningsrådets kontrollordninger har ikke sikret at tilskuddene til selskapene blir brukt som forutsatt.

Ad 1:

Som det ble påpekt i departementets brev 22. august 2017 er selskapene som er omfattet av Riksrevisjonens undersøkelse en heterogen gruppe selskaper med ulike formål og strategier, og Forskningsrådet har ulike roller i oppfølgingen av disse selskapene. Som departementet tidligere har påpekt er det gode forklaringer på hvorfor enkelte av de undersøkte selskapene, f.eks. International Research Institute of Stavanger AS (IRIS), har hatt en kraftig økning i egenkapitalen i den perioden Riksrevisjonen har undersøkt. Det er også vanskelig å se at Forskningsrådets etablerte system med standardiserte timesatser i seg selv gir overdekning for selskapenes faktiske kostnader. Etter departementets vurdering kan det derfor stilles spørsmål ved grunnlaget for å trekke så generelle og vidtgående konklusjoner som Riksrevisjonen gjør i sitt saksfremlegg med hensyn til oppbygging av egenkapital.

Ad 2:

Jeg oppfatter Riksrevisjonens rapport slik at dette punktet ikke gjelder Kunnskapsdepartementet som tilskuddsforvalter. Når det gjelder Forskningsrådet har departementet i brevet av 22.08.17 stilt spørsmål om Riksrevisjonen har grunnlag for vurderingen om at det "i liten grad" er etablert tiltak for å sikre oppfølgingen av bruken av tilskudd. Forskningsrådet har imidlertid iverksatt tiltak som styrker rutineene på området, jf. nærmere kommentar til Riksrevisjonens anbefalinger nedenfor.

Ad 3:

Departementet har merket seg Riksrevisjonens vurdering og viser til at Forskningsrådet iverksetter tiltak for å styrke dette arbeidet, jf. kommentar nedenfor til Riksrevisjonens anbefalinger.

Riksrevisjonen har tre anbefalinger:

1. Tilskuddforvalterne gjennomfører tiltak for å unngå at selskapene benytter tilskuddsmidler til å bygge opp egenkapital, blant annet gjennom kryssubsidiering som er i strid med EØS-avtalen. Det innebærer blant annet at tilskuddsforvalterne må
 - o påse at det for selskaper som har oppdragsfinansiert aktivitet av et visst omfang, blir etablert fordelingsnøkler som sikrer at kostnader til støttefunksjoner og fellestjenester hos tilskuddsmottakerne blir riktig fordelt.
 - o gå gjennom selskapenes årsregnskaper som kilde til informasjon om selskapenes virksomhet og bruk av tilskudd.
2. Forskningsrådet, Helsedirektoratet og Bufdir etablerer en tettere dialog med universiteter, høyskoler og Kunnskapsdepartementet som eiere av selskapene, for å bringe fram presis informasjon om bruken av tilskuddene som selskapene mottar.
3. Forskningsrådet foretar mer konkrete vurderinger av omfanget av de indirekte kostnadene som beregnes inn i timesatsene hos tilskuddsmottakerne.

Departementet har forelagt Riksrevisjonens anbefalinger for Forskningsrådet.

Ad 1:

Forskningsrådet peker på at det allerede har iverksatt og vil iverksette ytterligere tiltak som oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse og anbefalinger. Forskningsrådet har fra august 2017 utarbeidet en oversikt over egenkapitalutvikling hos forskningsinstitutter som er omfattet av retningslinjene for basisfinansiering. Videre utarbeider Forskningsrådet en analyse av forholdet mellom instituttens timesatser og tilgjengelig regnskapsinformasjon. Denne skal gi grunnlag for en gjennomgang av enkelte institutter, samt en vurdering av hvorvidt og eventuelt hvordan regelmessige revisjoner av instituttene kan gjøres. Forskningsrådet vil også foreta en gjennomgang av hvordan forholdet til de såkalte teknologioverføringskontorene forvaltes, og presisere hvordan kostnadsarter og timesatser skal benyttes for samarbeidspartnere i prosjekter. I tillegg vil Forskningsrådet se nærmere på kjøp og salg av tjenester mellom selskap som mottar tilskudd fra Forskningsrådet.

Jeg mener at Forskningsrådets oppfølging må ta utgangspunkt i den ulike myndighet og rolle som Forskningsrådet har overfor de forskjellige selskapene og vurderinger av risiko og vesentlighet. Etter min vurdering vil de konkrete oppfølgingspunktene som Forskningsrådet viser til og som er omtalt over bidra til å imøtekomme Riksrevisjonens anbefalinger. Departementet vil følge opp dette arbeidet overfor Forskningsrådet i styringsdialogen.

Ad 2:

Dette vil bli fulgt opp, men ikke nødvendigvis slik at de tre virksomhetene vil gjøre dette samlet.

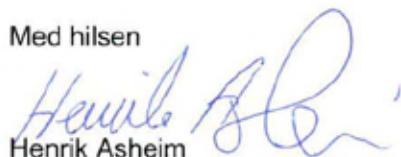
Ad 3:

Riksrevisjonen skriver i rapporten at det er uklart hvilke utgifter som kan klassifiseres som andre driftskostnader. Departementet er kjent med at Forskningsrådet vil følge opp dette med tanke på tydeliggjøring.

Tilskudd skal brukes i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger, men departementet legger også til grunn at oppfølging og kontroll bør basere seg på vurderinger av risiko for at disse ikke blir fulgt og vesentligheten av konsekvensene. Departementet legger til grunn at det samlede omfanget av kontrolltiltak som Riksrevisjonens uttalelser og anbefalinger skisserer, vil medføre kostnader for både Forskningsrådet og tilskuddsmottakere.

For øvrig legger jeg til grunn at oppfølging av anbefalinger til Helsedirektoratet og Bufdir må gjøres av Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet, som er ansvarlige departementer for disse tilskuddsgiverne.

Med hilsen



Henrik Asheim

Kopi

Barne- og likestillingsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet

Norges forskningsråd

Vedlegg 5.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av tilskudd til forskningsselskaper under Kunnskapsdepartementet

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Riksrevisjonen kontrollerer i alt 17 selskaper under Kunnskapsdepartementet som driver med forskning eller forskningsrelatert virksomhet og mottar statlige tilskudd tildelt av Norges forskningsråd, Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) eller Kunnskapsdepartementet. For mange av disse er tilskudd også den viktigste inntektskilden, og de mottok samlet over én milliard kroner i tilskudd i 2015. Fra Norges forskningsråd ble det i 2016 utbetalt i overkant av 600 millioner kroner til selskapene.¹ Samtidig har mange av selskapene inntekter fra konkurranseutsatt virksomhet. En gjennomgang av regnskapene viser at de fleste av de undersøkte selskapene har bygget opp egenkapitalen mye, og at flere av dem har plassert store beløp som bankinnskudd eller i verdipapirer. I en undersøkelse av kapitaloppbygging og forvaltning av omløpsmidler i selskaper forvaltet av universiteter og høyskoler stilte Riksrevisjonen i Dokument 3:2 (2013–2014) spørsmål ved om det er behov for den sterke veksten i omløpsmidler for disse selskapene ettersom de ikke har til formål å bygge opp kapital utover det som er nødvendig for å sikre den daglige driften.

Det er risiko for at selskapene benytter deler av tilskuddsmidlene til å bygge opp egenkapitalen i strid med forutsetningene for tilskuddene, og for at tilskuddsforvalternes oppfølging på disse områdene ikke har vært god nok.

Kunnskapsdepartementet har koordineringsansvaret for forskningspolitikken. Koordineringsansvaret utøves gjennom strategiske prosesser, gjennom budsjettkoordinering og gjennom etatsstyringsansvaret for Norges forskningsråd.²

I Produktivitetskomisjonens andre rapport (NOU 2016:3 *Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi*) pekes det på at Kunnskapsdepartementet har ansvar for å koordinere forskningspolitikken, men at koordineringen er svak. I rapporten uttales det også at både Kunnskapsdepartementets og Forskningsrådets mål i stor grad handler om å maksimere de offentlige forskningsbevilgningene. Ifølge produktivitetskomisjonen kan størrelsen på pengebruken på denne måten bli et viktigere mål på virksomheten enn resultatene av forskningen.

I tillegg til Forskningsrådet omfatter undersøkelsen tilskuddsforvaltningen til Helsedirektoratet, Bufdir og Kunnskapsdepartementet, som er de tre største tilskuddsgiverne til selskapene etter Forskningsrådet. Undersøkelsen omfatter 14 selskaper innenfor universitets- og høyskolesektoren som driver med forskning, forskningsrelatert virksomhet³ og/eller TTO-virksomhet⁴, og som mottar statlige tilskudd fra én eller flere av de fire tilskuddsforvalterne.

1) Dette inkluderer også tilskudd til datterselskaper.

2) St.meld. nr. 30 (2008–2009) *Klima for forskning*, s. 68.

3) Med forskningsrelatert virksomhet menes for eksempel eierskap/drift av infrastruktur/anlegg som brukes til forskning.

4) Technology Transfer Office er virksomhet som skal hjelpe til å overføre ny kunnskap og teknologi fra forskningsmiljøer til næringsvirksomhet.

I tillegg kontrollerer Riksrevisjonen tre selskaper som driver med forskning eller forskningsrelatert virksomhet som eies direkte av Kunnskapsdepartementet, og som også mottar tilskudd. Kunnskapsdepartementet er også overordnet organ for universitetene og høgskolene som forvalter eierskapet i 14 av selskapene som inngår i undersøkelsen.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere om selskaper under Kunnskapsdepartementet som driver med forskning eller forskningsrelatert virksomhet, benytter deler av tilskuddsmidlene til å bygge opp egenkapitalen i strid med forutsetningene for tilskuddene. Det er videre et mål å vurdere om tilskuddsforvalterne har etablert gode nok kontrollrutiner for å unngå at dette skjer.

Problemstillinger:

1. I hvilken grad benytter selskapene deler av tilskuddsmidlene til å bygge opp egenkapitalen i strid med forutsetningene for tilskuddene?
2. I hvilken grad kontrollerer tilskuddsforvalter om tilskuddsmidler brukes til å kryssubsidiere selskapenes konkurranseutsatte virksomhet og på denne måten bygge opp egenkapitalen?
3. I hvilken grad ivaretar eierne sitt eieransvar for å sørge for at selskapene har en hensiktsmessig egenkapital?

1.3 Revisjonskriterier

Relevante kilder er økonomiregelverket, bevilgningsreglementet, EØS-avtalens regler om offentlig støtte (og veilederen til denne) og statens prinsipper for god eierstyring fastsatt i eierskapsmeldingen.

Ifølge bevilgningsreglementet § 10 skal utgiftsbevilgningene disponeres på en slik måte at ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til de forutsatte resultater. Ved tilskudd eller lån til offentlig eller privat virksomhet som ellers ikke er undergitt statlig kontroll, skal det tas forbehold om adgang for tilskuddsforvalteren til å føre kontroll med at midlene benyttes etter forutsetningene.

1.3.1 Tilskuddsregelverket

Etter *bestemmelser om økonomistyring i staten* (økonomibestemmelsene) pkt. 6.3.5 skal tilskuddsbeløp utbetales etter hvert som mottakeren har behov for å dekke de aktuelle utgiftene, i henhold til stortingsvedtak av 8. november 1984:

- a) Tilskudd til driften av en virksomhet skal utbetales i terminer (per måned, kvartal eller halvår), avpasset etter størrelsen av tilskuddet og de formålene som skal tilgodeses.
- b) Tilskudd til lønn skal utbetales så nær tidspunktet for lønnsutbetaling som mulig.
- c) Tilskudd til større anskaffelser skal utbetales så nær oppgjørstidspunktet som mulig.
- d) Tilskuddene skal utover dette ikke nyttes til å regulere virksomhetens likviditet. Det skal ikke være anledning til å framskynde utbetalinger, slik at mottakeren kan plassere tilskudd som rentebærende innskudd eller lån for å oppnå inntekter i tillegg til det bevilgede beløpet.

Etter økonomibestemmelsene kapittel 6 skal tilskuddsforvalteren beskrive mål, kriterier for måloppnåelse og tildelingskriterier, samt fastsette bestemmelser om oppfølging og

kontroll i oppdragsdokument eller tildelingsbrev. Tilskuddsforvalteren skal dessuten kartlegge risiko for at det oppstår feil på grunn av problemer med fortolkning av tilskuddsvilkårene og risiko for uregelmessigheter. Ut fra en vurdering av det samlede risikonivået og hva som er de vesentligste risikomomentene, skal tilskuddsforvalteren fastsette hvilke kontrollpunkter som er mest aktuelle, og hvem som skal foreta kontrollen.

Ifølge økonomibestemmelsene pkt. 6.3.3 skal tilsagn om tilskuddsbeløp på grunnlag av innvilget søknad bekreftes med et tilskuddsbrev. Tilskuddsbrevet skal blant annet beskrive eventuelle vilkår for bruken av midlene.

Etter økonomibestemmelsene pkt. 6.3.8.2 skal tilskuddsforvalteren kontrollere informasjonen mottakeren sender inn som har betydning for tilskuddsforvalterens beregning av tilskuddsbeløp og tildeling. Gjennomførte kontrolltiltak skal dokumenteres på en tilfredsstillende måte. Tilskuddsforvalteren skal videre kontrollere rapporter som tilskuddsmottakeren senere sender inn om måloppnåelsen. Kontrollen skal tilpasses hver enkelt tilskuddsordning og skal vurderes i forhold til målet med ordningen. Kontrollen skal ha et rimelig omfang i forhold til nytten og kostnadene ved kontrollen.

Tilskuddsforvalteren skal kartlegge henholdsvis risiko for at det oppstår feil på grunn av problemer med fortolkning av tilskuddsvilkårene, og risiko for uregelmessigheter. Ut fra en vurdering av det samlede risikonivået og hva som er de vesentligste risikomomentene, skal det fastsettes hvilke kontrollpunkter som er mest aktuelle, og hvem som skal foreta kontrollen.⁵

1.3.2 EØS-avtalens regler om offentlig støtte

EØS-avtalens regler begrenser muligheten til å gi offentlig støtte til konkurranseutsatt virksomhet. Utgangspunktet om offentlig støtte følger av EØS-avtalen artikkel 61 nr. 1, som lyder:

«[...]støtte gitt av statsmidler i enhver form, som vrir eller truer med å vri konkurransen ved å begunstige enkelte foretak eller produksjon av enkelte varer, er uforenlig med EØS-avtalen i den utstrekning støtten påvirker samhandelen mellom avtalepartene.»

EØS-avtalens artikkel 61 nr. 1 innebærer et generelt prinsipp om forbud mot konkurransevridende tiltak, inkludert forbud mot offentlig subsidiering og/eller krysssubsidiering dersom det er en risiko for at dette kan «vri eller true med å vri konkurransen».

Offentlig støtte skal ikke brukes på andre utgifter enn det den er tildelt for. En reell kostnadsfordeling mellom aktivitetene er en forutsetning for at krysssubsidiering unngås, og at prisene blir korrekte. Med enkelte spesielle unntak angir ikke regelverket for offentlig støtte eksplisitt hvilke tiltak som må foretas for å hindre krysssubsidiering. ESA krever imidlertid at det brukes effektive virkemidler for å hindre krysssubsidiering der det foreligger en slik fare. I slike tilfeller kan den offentlige myndigheten bli bedt om å dokumentere at ulovlig krysssubsidiering ikke skjer. I praksis er det derfor viktig å organisere virksomhetene slik at krysssubsidiering unngås. Et tiltak for å motvirke krysssubsidiering er regnskapsmessig skille. Det opprettes da separate regnskap for den kommersielle driften og kjernevirksomheten. Dette kan bidra til at den reelle kostnadsfordelingen kan sjekkes i etterkant.⁶

5) *Bestemmelser om økonomistyring i staten* pkt. 6.3.8.2.

6) «EØS-avtalens regler om offentlig støtte» – veileder utarbeidet av Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet i desember 2010.

EFTAs overvåkningsorgan fastsatte 9. juli 2014 egne retningslinjer om statsstøtte til forskning, utvikling og innovasjon. Retningslinjene gir en veiledning til hvilke momenter ESA vil legge vekt på i forenlighetsvurderingen av forskning, utvikling og innovasjons tiltak. Retningslinjene omfatter støtte til forskning og utviklingsprosjekter, innovasjonsaktiviteter, bygging og oppgradering av forskningsinfrastruktur, innovasjonsklynger og mulighetsstudier. Det kan ikke gis støtte til forskning, utvikling og innovasjonstiltak til foretak i vanskeligheter.

1.3.3 Overordnede prinsipper for god eierstyring

I *reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet) § 10 er det forutsatt at staten som eier innenfor gjeldende lover og regler forvalter sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring. I den forbindelse skal det legges vekt på at selskapets finansiering er hensiktsmessig ut fra selskapets formål og eierskap.

I Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap* (eierskapsmeldingen) pekes det på at kapitalstrukturen i et selskap skal reflektere dets finansiering, og at hvert enkelt selskap bør ha en hensiktsmessig kapitalstruktur slik at den legger til rette for langsiktig verdiskaping, effektiv måloppnåelse og lavest mulig kapitalkostnad. Dette innebærer at kapitalstrukturen bør tilpasses det enkelte selskaps situasjon, i tråd med selskapets mål, strategi og risikoprofil. Videre pekes det i eierskapsmeldingen på at staten som eier samtidig bør ha egne vurderinger av selskapenes kapitalisering og gjennom dette bidra til en hensiktsmessig kapitalstruktur som gir selskapene anledning til å realisere en god forretningsmessig utvikling over tid, og som bidrar til effektiv drift. Dette gjelder også for selskaper med sektorpolitiske mål. Det pekes på at en lite tilpasset kapitalstruktur blant annet kan lede til mindre effektiv drift, feilinvesteringer og svak avkastning på kapitalen eller lavere grad av måloppnåelse.

1.3.4 Revisjonsstandard om regnskapsføring av tilskudd

Norsk regnskapsstandard 4 (NRS 4) omhandler regnskapsmessig behandling av offentlige tilskudd.⁷ I standardens pkt. 3.5 er det gitt anbefalinger om at det i noter til regnskapet skal gis følgende tilleggsopplysninger:

- Hvilke typer tilskudd foretaket har, og varighet. Det skal gis informasjon om betingede forpliktelser tilknyttet tilskuddet, herunder tilbakebetalingsforpliktelser dersom visse forutsetninger ikke oppfylles.
- Regnskapsmessig behandling av tilskudd, herunder brutto- eller nettoføring.
- Tilskuddsbeløpets størrelse. Dersom størrelsen ikke kan estimeres fordi reell markedsverdi ikke foreligger, skal arten og omfanget omtales.
- Opplysninger om tilskudd som ikke direkte går fram av regnskapet.

I NRS 4 pkt. 3.5 heter det at tilskudd resultatføres etter de grunnleggende prinsippene for inntekts- og kostnadsføring. Det betyr at tilskudd resultatføres samtidig med den inntekten det skal øke eller kostnaden det skal redusere. Et investeringstilskudd bør resultatføres i takt med avskrivningen av investeringen, mens driftstilskudd bør føres mot den kostnads- eller inntektsposten tilskuddet relaterer seg til.

1.3.5 Revisorattestasjon

Det enkelte departement må vurdere i hvilken utstrekning informasjon i rapporter fra tilskuddsmottakere skal være attestert av statsautorisert eller registrert revisor, jf. økonomibestemmelsene 6.3.8.3.

7) I NOU 2015:10 *Lov om regnskapsplikt*, s. 27–28 er det uttrykt uklarhet rundt den rettslige statusen ved regnskapsstandarder som påberoper seg å uttrykke god regnskapsskikk. Gjeldende regnskapsstandarders rettskraft er ikke tydelig definert, og domstolenes vektlegging av regnskapsstandardene varierer.

*Reglement om statlige universiteter og høyskoleers forpliktende samarbeid og erverv av aksjer, med veileder*⁸ inneholder bestemmelser om skillet mellom bidragsinntekter og oppdragsinntekter. Med bidragsfinansiert aktivitet forstås prosjekter hvor institusjonen henter støtte fra nasjonale og internasjonale finansieringskilder uten at det foreligger krav om motytelse fra institusjonen når avtalen om støtte inngås. En nærmere omtale av begrepet motytelse finnes i avsnittet nedenfor om oppdragsfinansiert aktivitet.

Ved bidragsfinansiert aktivitet vil det normalt foreligge en søknad fra en bidragsmottaker, og det er primært bidragsmottakeren selv som nyter godt av bidraget, men bidragsfinansiert aktivitet kan også være tildelt etter konkurranse.

All bidragsfinansiert aktivitet skal organiseres som prosjekter, og det skal utarbeides egne avtaler, periodiserte budsjett og regnskap for disse. Budsjett og regnskap skal vise alle direkte og indirekte kostnader, og ellers ta høyde for bidragsyterens spesifikke krav til opplysninger om budsjettering og regnskapsføring. Kravene om avtaleinngåelse vil ikke gjelde midler som er stilt til rådighet som gave eller gjennom tilskuddsbrev fra offentlige myndigheter, men institusjonen må likevel kunne redegjøre for bruken av disse midlene og ellers ta høyde for bidragsyterens spesifikke krav til dokumentasjon.

Bidragsfinansiert aktivitet er ofte aktivitet som delvis er finansiert av bevilgninger, men hvor institusjonen i tillegg mottar tilskudd fra eksterne finansieringskilder. Slik delfinansiering er aktuell når det ikke er mulig å oppnå full kostnadsdekning fra finansieringskilden, og institusjonen vurderer at prosjektet har en faglig interesse som tilsier at institusjonen delfinansierer prosjektet. Bidragsfinansiert aktivitet kan også være fullfinansiert av en ekstern bidragsyter.

Tilskudd fra statlige etater, herunder direktorater, Norges forskningsråd, regionale forskningsfond og EU, skal klassifiseres som bidrag såfremt avtaleforholdet ikke innebærer krav om motytelse. Når statlige etater derimot inngår avtaler om kjøp av varer og tjenester hvor avtaleforholdet inneholder krav om motytelse, skal prosjektet/transaksjonen klassifiseres som oppdrag eller salg.

Et eventuelt regnskapsmessig overskudd fra bidragsfinansiert aktivitet skal ikke gi regnskapsmessig resultat, men skal avregnes og avsettes som forpliktelse.

Med oppdragsfinansiert aktivitet forstås prosjekter institusjonen utfører mot betaling fra eksterne oppdragsgiver(e) når det foreligger et krav om motytelse fra institusjonen når avtale/kontrakt inngås.

Med *motytelse* menes at risiko og kontroll over en eiendel overføres fra institusjonen til motparten(e) i avtaleforholdet, med andre ord at det foreligger en transaksjon mellom partene i avtaleforholdet. Med *risiko* menes i denne sammenhengen eiendelens gevinst- eller tapspotensial, og med kontroll menes beslutningsmyndighet og råderett over eiendelen, jf. definisjonen av *transaksjon* i SRS 9.⁹

Midler som er utlyst ved konkurranse/anbud med flere deltakere, klassifiseres som oppdragsfinansiert aktivitet når det foreligger et krav om motytelse fra institusjonen når avtale/kontrakt inngås. Dette gjelder konkurranseutsatte midler fra både privat og offentlig sektor.¹⁰

8) *Veileder til reglement om statlige universiteter og høyskoleers forpliktende samarbeid og erverv av aksjer*, vedlegg 2 til rundskriv av 26. august 2013 fra Kunnskapsdepartementet til universiteter og høyskoler.

9) Statlig regnskapsstandard 9 Transaksjonsbaserte inntekter.

10) *Veileder til reglement om statlige universiteter og høyskoleers forpliktende samarbeid og erverv av aksjer*, vedlegg 2 til rundskriv av 26. august 2013 fra Kunnskapsdepartementet til universiteter og høyskoler.

Alle typer bidrags- og oppdragsfinansiert aktivitet skal organiseres som prosjekter, og det skal utarbeides egne avtaler, periodiserte budsjett og regnskap for disse. Det periodiserte budsjettet skal inneholde et anslag over antatte inntekter i prosjektet. Videre skal prosjektbudsjettet vise hvilke direkte kostnader som vil påløpe, inkludert et anslag over egne ansattes tidsbruk i prosjektet omregnet i kroner. Prosjektbudsjettet skal også vise alle indirekte kostnader som vil påløpe. Budsjettet skal vise finansieringen av prosjektet, det vil si hva som finansieres av eksterne kilder, og eventuelt hva institusjonen må dekke med egne midler (egenfinansiering).¹¹

1.4 Metode og gjennomføring

1.4.1 Selskaper omfattet av undersøkelsen

Selskapene som inngår i undersøkelsen, går fram av tabell 1.

Tabell 1: Selskapene som inngår i undersøkelsen			
Selskap	Statlig eier	Statlig eierandel	Formål
NTNU Samfunnsforskning AS	NTNU	100,00 %	Forskning
NTNU TTO AS	NTNU	85,00 %	TTO-virksomhet
Samfunns- og næringslivsforskning AS (SNF AS)	Norges handelshøgskole	85,10 %	Forskning
Møreforskning AS	Høgskolen i Molde, NTNU og Høgskulen i Volda	54,00 %	Forskning
Unirand AS	Universitetet i Oslo	100,00 %	Forskning
Inven2 AS	Universitetet i Oslo	50,00 %	TTO-virksomhet mv.
Christian Michelsen Research AS (CMR AS)	Universitetet i Bergen	50,00 %	Forskning
Bergen teknologioverføring AS	Universitetet i Bergen	40,00 %	TTO-virksomhet
Uni Research AS	Universitetet i Bergen	85,00 %	Forskning
TTO Nordland AS	Nord universitet	50,00 %	TTO-virksomhet mv.
NORUT Northern Research Institute AS (NORUT AS)	Universitetet i Tromsø	65,70 %	Forskning
Agderforskning AS	Universitetet i Agder	50,10 %	Forskning
Prekubator TTO AS	Universitetet i Stavanger	36,80 %	TTO-virksomhet
International Research Institute of Stavanger AS (IRIS AS)	Universitetet i Stavanger	50,00 %	Forskning
Simula Research Laboratory AS (Simula AS)	Kunnskapsdepartementet	100,00 %	Forskning
Norsk senter for forskningsdata AS (NSD AS)	Kunnskapsdepartementet	100,00 %	Forskningsdata
Uninett AS	Kunnskapsdepartementet	100,00 %	Forskningsnett

1.4.2 Selskapets formål

Selskapene som er omfattet av undersøkelsen, utgjør ikke en ensartet gruppe.

Selskapene har forskjellige formål og ulike strategier.

11) Veileder til reglement om statlige universiteter og høyskoleers forpliktende samarbeid og erverv av aksjer, vedlegg 2 til rundskriv av 26. august 2013 fra Kunnskapsdepartementet til universiteter og høyskoler.

1.4.3 Selskapene mottar ulike typer tilskudd

Selskapene i undersøkelsen mottar ulike typer tilskudd, men de vil alle falle inn under tilskuddsbegrepet, slik det er definert i det statlige økonomiregelverket.

Bestemmelsene om tilskuddsforvaltning som er beskrevet i revisjonskriteriene¹² ovenfor, vil gjelde for alle de typene tilskudd som undersøkelsen omfatter.

1.4.4. Selskapenes regnskapsføring av tilskudd

Det er kartlagt hvor mye hvert enkelt selskap får i tilskudd, og hvor stor andel tilskuddene utgjør av selskapenes samlede inntekter, og dette er sammenholdt med hvordan egenkapitalandelen har utviklet seg de siste årene. For selskaper som er organisert som konsern, er det konserntallene som er benyttet.

Tallene som er benyttet i rapporten, har kommet fra forskjellige kilder – dels fra selskapenes regnskaper og dels fra tilskuddsforvalterne. Når det gjelder tilskudd fra Forskningsrådet, er det benyttet tall fra Forskningsrådets tilskuddsutbetalinger.

Tilskudd vil normalt resultatføres etter de grunnleggende prinsippene for inntekts- og kostnadsføring. Det betyr at tilskudd resultatføres samtidig med den inntekten det skal øke, eller kostnaden det skal redusere. Tilskuddstallene som er ført i selskapenes regnskaper, vil derfor kunne avvike fra tallene som er hentet fra Forskningsrådet.

1.4.5 Informasjon fra tilskuddsforvalterne

For å kartlegge og vurdere tilskuddsforvalternes organisering av arbeidet med tilskuddsforvaltning er det hentet inn informasjon fra tilskuddsforvalternes nettsider. Videre er det hentet inn retningslinjer, rapporteringsmaler, veiledninger og skjemaer som tilskuddsforvalterne har utarbeidet. Undersøkelsen har også omfattet innhenting og gjennomgang av tilskuddsbrev eller tilsvarende fra alle tilskuddsforvalterne til et utvalg av selskapene som inngår i undersøkelsen.

Det har også vært løpende telefonkontakt og korrespondanse på e-post med kontaktpersoner hos de fire tilskuddsforvalterne.

1.4.6 Særskilt informasjon som er hentet inn fra Forskningsrådet og dets tilskuddsmottakere

Fra Forskningsrådet er det hentet inn et utvalg av søknader, prosjektregnskapsrapporter, framdriftsrapporter, sluttrapporter, avtaledokumenter og korrespondanse mellom Forskningsrådet og prosjektledere hos tilskuddsmottakerne. Det er også hentet informasjon fra *Prosjektbanken* på Forskningsrådets nettsider. Forskningsrådet har også utarbeidet et notat om timesatser i instituttsektoren for Riksrevisjonen.

Det er foretatt en gjennomgang og analyse av regnskaper til prosjekter som Forskningsrådet har gitt tilskudd til. Gjennomgangen og analysen omfattet 12 tilfeldig utvalgte prosjektregnskapsrapporter i perioden 2011 til 2016. Det ble også gjennomført en kartlegging av hvor høye timesatser selskapene rapporterte inn på det arbeidet de selv utførte.

Det er kartlagt hvor mye selskapene kjøpte av FoU-tjenester fra hverandre i 2015. Dette er basert på regnskapsdata som er hentet inn fra Forskningsrådet.

1.4.7 Møter med tilskuddsforvalterne

Det er gjennomført møter med Kunnskapsdepartementet, Forskningsrådet, Helsedirektoratet og Bufdir, og det er utarbeidet referater fra møtene som er verifisert i etterkant.

12) Pkt. 1.3.

1.4.8 Kartlegging av selskapenes egenkapitalutvikling

Det er kartlagt om det finnes opplysninger i statsrådets beretning om hvorvidt eierne har vurdert selskapenes egenkapitalutvikling.

Ekstern bistand

Det er benyttet ekstern bistand fra firmaet BDO AS i undersøkelsen.

2 Resultatet av undersøkelsen

2.1 Forskningsrådets tilskuddsforvaltning overfor selskapene

Forskningsrådet har forskjellig ansvar, oppfølging og roller overfor de selskapene som er omfattet av undersøkelsen. Forskningsrådet har et særlig ansvar for de instituttene som er omfattet av retningslinjene for statlig basisfinansiering av forskningsinstitutter. Disse retningslinjene er fastsatt av Kunnskapsdepartementet, og her er Forskningsrådets ansvar overfor de aktuelle instituttene nærmere omtalt. Retningslinjene inneholder et eget punkt om regnskap og krysssubsidiering fra basisfinansiering. Forskningsrådets oppfølging av disse instituttene skiller seg fra oppfølging av forskningsinstitutter utenfor basisfinansieringsordningen og av de såkalte TTO-ene, hvor oppfølgingen vil være av en annen og mindre systematisk karakter. Forskningsrådets oppfølging av forskningsprosjekter som mottar tilskudd, er imidlertid lik overfor alle institusjoner og vil være noe forskjellig avhengig av søknadstype.¹³

Forskningsrådet gir tilskudd til alle selskapene som er med i Riksrevisjonens undersøkelse.¹⁴ av selskapene ligger under instituttsektoren og er dermed omfattet av basisfinansieringsordningen.¹⁵ Basisfinansieringen er todelt og består av grunnbevilgning og strategiske instituttsatsinger. Grunnbevilgningen har både en fast del og en resultatbasert del.

Forskningsrådets utbetalinger er i kontoplanen kalt blant annet grunnbevilgning, arrangementsstøtte, rundsum, gaveforsterkning og publiseringsstøtte, og Forskningsrådet har organisert utbetalingene i virkemidler sortert på følgende kategorier:¹⁶

- *Program* er en målrettet og tidsbegrenset forskningsinnsats for å framskaffe ny kunnskap på et avgrenset felt og omfatter store programmer, brukerstyrte programmer, grunnforskningsprogrammer og handlingsrettede programmer.
- *Frittstående prosjekter* er bevilgninger til forskningsprosjekter som ikke er tilknyttet programmer eller infrastrukturtiltak, og omfatter stipend, prosjekt- og miljøstøtte, frittstående EU-prosjekter og andre frittstående prosjekter.
- *Infrastrukturtiltak* omfatter grunnbevilgninger til institutter, strategiske universitets- og instituttprogrammer, utstyr og instrumenter og andre infrastrukturtiltak, samt sentre for fremragende forskning.
- *Diverse FoU-kostnader* består av kontingenter til nasjonale og internasjonale organisasjoner, informasjons-, formidlings- og publiseringstiltak, planlegging, utredning og evaluering, samt stimuleringstiltak og nettverksbygging.

13) Brev av 22. august 2017 fra Kunnskapsdepartementet til Riksrevisjonen.

14) To av disse er datterselskaper av Unirand AS.

15) Forskningsrådets definisjon og avgrensning av begrepet forskningsinstitusjon, jf. https://www.forskningsradet.no/no/Generelle_krav/1183468209213.

16) Forskningsrådets årsrapport for 2016.

- *Nettverkstiltak* er strategiske tiltak for å koble aktører i innovasjonssystemet og støtte til nasjonale samarbeidstiltak og møteplasser, samt internasjonale kontingenter og støtte til nettverksbygging blant annet innenfor EUs forskningssamarbeid.
- *Forvaltning* dekker særskilte forvaltningsoppdrag finansiert av departementene for å administrere tilskuddsordninger eller gjøre spesielle oppgaver som kommer i tillegg til Forskningsrådets ordinære virksomhet.

Når det gjelder SkatteFUNN-ordningen¹⁷, har Forskningsrådet etablert et samarbeid med Innovasjon Norge og Skatteetaten for informasjonsutveksling om prosjektene ved behov. Forskningsrådet har ikke etablert noe tilsvarende samarbeid med for eksempel Bufdir og Helsedirektoratet.¹⁸

Med bakgrunn i EØS-regelverkets krav om innrapportering av statsstøtte på over 500 000 € til Brønnøysund-registeret for offentlig støtte har Forskningsrådet etablert rutiner for slik innmelding. Dette gjøres fire ganger årlig. Forskningsrådet har mulighet til å hente inn informasjon om andre som gir offentlig støtte via registret. Dette er en av flere kilder til informasjon om støtte gitt fra andre som Forskningsrådet har uttalt til Riksrevisjonen at det i framtiden vil ta i bruk når det vurderer om tilskuddsmottakere urettmessig kan ha blitt tildelt for høy støtte.¹⁹

2.1.1 Risikovurderinger

Forskningsrådet har opplyst at det i flere år har jobbet med å bli bedre på å gjennomføre risikovurderinger, som det er ansvarlig for blant annet i henhold til økonomibestemmelsene. Administrasjonsdivisjonen har nylig utpekt én person som jobber spesielt med risikovurderinger. Det ble i 2016 gjennomført en risikovurdering på FoU-prosessen, og våren 2017 ble det gjennomført en egen risikovurdering av IPN-prosjekter²⁰. Risikovurderingene følges opp med egne handlingsplaner.²¹

2.1.2 Samarbeid og kommunikasjon med andre tilskuddsforvaltere

Forskningsrådet har ikke systematisk sammenlignet sine systemer og rutiner for tilskuddsforvaltning med sammenlignbare tilskuddsforvaltere. Forskningsrådet har vært i dialog med Innovasjon Norge, Skatteetaten og Landbruksdirektoratet om temaet.²²

Forskningsrådet deltar i Direktoratet for økonomistyrings nettverk for tilskudd. Forskningsrådet har ikke etablert noe samarbeid med Helsedirektoratet eller Bufdir om tilskuddsforvaltningen. Internrevisjonen i Forskningsrådet deltar aktivt i internrevisorforeningen i Norge.²³

2.1.3 Krav til tilskuddsmottakerne

Når et forskningsprosjekt får tilsagn om midler, inngås det en kontrakt mellom prosjektansvarlig og Forskningsrådet. Forskningsrådet har et standardisert kontraktkonsept som består av følgende tre deler²⁴:

- avtaledokument for FoU-prosjekt
- prosjektbeskrivelse
- *forskningsrådets generelle vilkår for FoU-prosjekter*²⁵

17) SkatteFUNN er en skattefradragordning for foretak som driver forsknings- og utviklingsarbeid alene eller sammen med andre (kilde: forskningsradet.no).

18) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

19) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

20) Innovasjonsprosjekt i næringslivet.

21) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

22) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

23) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

24) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

25) Vilkårene gjelder fra 1. april 2015.

Alle søknader om prosjektstøtte til Forskningsrådet skal inneholde et fullstendig budsjett for prosjektet, periodisert på kalenderår. Budsjettet skal inneholde en kostnadsplan for alle kostnader i prosjektet og en finansieringsplan for hvordan disse kostnadene skal dekkes.²⁶

Framdriftsrapporter og sluttrapporter fra tilskuddsmottaker

Forskningsrådet stiller krav om rapportering, gjennom prosjektperioden (framdriftsrapport) og ved prosjektslutt (sluttrapport).

I framdriftsrapporten skal prosjektansvarlig:

- gi opplysninger om status for prosjektet, blant annet om gjennomføring av aktiviteter i henhold til framdriftsplanen og utviklingen i prosjektets inntekter og kostnader
- redegjøre for eventuelle avvik og konsekvensene av dem

Framdriftsrapporten må godkjennes av Forskningsrådet før bevilgningen kan utbetales og/eller tilsagnet innfris.²⁷

Prosjektregnskapsføring

Den prosjektansvarlige skal føre et eget prosjektregnskap over prosjektfinansiering og prosjektkostnader. Prosjektregnskapsrapporten skal vise totale kostnader som har blitt belastet prosjektet i gjeldende regnskapsperiode. I prosjektregnskapet skal det kun tas med kostnader som er direkte knyttet til gjennomføring av prosjektet i henhold til kontrakten. Faktisk finansiering skal vise hvordan rapporterte kostnader er finansiert. Premissene for prosjektøkonomien er gitt i kontrakten.

I Forskningsrådets «Veiledning til prosjektregnskapsrapport» er det gitt bestemmelser om hva som kan føres under personalkostnader og indirekte kostnader. Her skal lønn og sosiale kostnader for FoU-medarbeidere i prosjektet, samt indirekte kostnader knyttet til gjennomføringen av FoU-arbeidet – slik som husleie, administrative støttefunksjoner, IKT m.m. – føres. Med FoU-medarbeidere menes prosjektleder og vitenskapelig og teknisk personell. Personalkostnader og indirekte kostnader skal tilsvare kostnadene som er ført i bedriftens regnskap. Forskningsrådet gir ikke støtte til dekning av ulønnet arbeidsinnsats, ettersom slik innsats ikke kommer fram som en kostnad i bedriftens regnskap.

I veiledningen er det også gitt bestemmelser om hva som kan føres under «Andre driftskostnader». Her føres kostnader som er nødvendige for å gjennomføre prosjektet, men som ikke dekkes av kostnadstypene ovenfor. «Andre driftskostnader» kan for eksempel omfatte prosjektrelaterte reise- og oppholdskostnader og prosjektspesifikke formidlingsaktiviteter, inkludert kostnader knyttet til tilgjengeliggjøring av forskningsdata som oppstår i prosjektet.

Beregning og budsjettering av timesatser og timeantall

For instituttsektoren skal personalkostnader og indirekte kostnader budsjetteres under ett i form av beregnede timesatser for grupper av FoU-medarbeidere. Det skal benyttes timesatser utarbeidet av det enkelte institutt, og disse skal reflektere de faktiske kostnadene basert på effektiv drift. De beregnede timesatsene skal oppgis årlig til Forskningsrådet på eget skjema og skal benyttes i alle søknader fra instituttet.²⁸

Personalkostnader og indirekte kostnader skal for *forskningsinstituttene* budsjetteres under ett som beregnede timesatser for de ulike gruppene av FoU-medarbeidere som inngår i prosjektet, uten at det er satt noen øvre grense for hvilke timesatser som kan

26) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

27) Forskningsrådets *Generelle vilkår for FoU-prosjekter* pkt. 5 Rapportering.

28) Veiledning. Timesatser instituttsektoren. Meldeskjema 2017.

benyttes. Forskningsrådet understreker imidlertid på sine nettsider at timesatsene skal være basert på nøkterne anslag og effektiv drift.²⁹ For tilskuddsmottakere som kategoriseres som bedrifter, kan personalkostnader³⁰ og indirekte kostnader budsjetteres under ett som beregnede timesatser basert på nominell årslønn for bedriftenes FoU-personale som deltar i prosjektet. Dette gjelder også for enheter i offentlig sektor. For både bedrifter og enheter i offentlig sektor beregnes timesatsen etter følgende regler:³¹

- Timesatsene beregnes med utgangspunkt i nominell årslønn, med en maksimalsats på 1,2 promille. Etter avtale med Forskningsrådet kan gjennomsnittssatser for grupper av FoU-medarbeidere benyttes.
- Timesatsene kan ikke overstige 1100 kroner.
- En medarbeider kan maksimalt belaste prosjekter finansiert av Forskningsrådet med 1850 timer per år.

Fram til 2012 hadde Forskningsrådet en regel om at timesatsen som noen av *forskningsinstituttene* kunne budsjettere med ved søknad om midler til FoU-prosjekter, ikke skulle overstige 1,6 promille av nominell årslønn. Fra 2012 ble denne øvre grensen fjernet i alle prosjekter som ble tildelt midler etter utlysninger samme år, slik at alle forskningsinstituttene skulle budsjettere med timesatser som de selv beregnet. Forskningsrådet understreker på sine nettsider at timesatsene skal være basert på nøkterne anslag og effektiv drift.³²

I «Veiledning til prosjektregnskapsrapport» går det ikke entydig fram hva som skal inngå i administrative støttefunksjoner og IKT, og hva som skal føres som personalkostnader og indirekte kostnader. Konsekvensene av dette er at det kan oppstå usikkerhet om enkelte utgiftsposter dekkes under «Andre driftskostnader» og samtidig inngår som grunnlag for fastsatt timesats. I en prosjektregnskapsrapport³³ fra selskapet Simula AS er det for eksempel ført opp datautstyr, programvare mobiltelefoner/mobilutstyr, avskrivning av kontormaskiner/datautstyr og elektronisk kommunikasjon under pkt. 1.4 andre driftskostnader.

2.1.4 Tilskuddsforvalternes kunnskap om overlappende tilskuddsfinansiering

I søknadsskjemaet til Forskningsrådet skal søkere opplyse om de har søkt om midler fra andre tilskuddsordninger. Det gjelder også støtte fra andre offentlige tilskuddsgivere. Forskningsrådet stoler på at opplysningene fra søkerne er korrekte. Dersom noen har søkt om tilskudd forvaltet av andre tilskuddsforvaltere uten at de i søknaden har gitt opplysninger til Forskningsrådet om dette, mener Forskningsrådet at dette vil kunne oppdages etter at det er besluttet å tildele midler til forskningsprosjektet.³⁴

2.1.5 Krysssubsidiering

Dersom noen jobber parallelt med en aktivitet som er finansiert gjennom tilskudd fra Forskningsrådet, og en annen aktivitet som ikke er finansiert av dem, mener Forskningsrådet at det vil være en risiko for at forskernes arbeid ikke blir kostnadsført på riktig aktivitet. I de generelle kontraktsvilkårene står det at kostnadene skal være faktiske, og at de skal tilhøre prosjektet. Det betyr at kostnadene skal fordeles der de gjelder flere prosjekter og/eller aktiviteter. Forskningsrådet har ikke stilt spesifikke krav

29) «Nytt regelverk for timesatser i instituttsektoren», publisert på Forskningsrådets nettsider 12. desember 2011, sist oppdatert 13. september 2016.

30) Personalkostnader (direkte kostnader) skal dekke lønn og sosiale kostnader, jf. Forskningsrådets årsrapport for 2013.

31) «Personal og indirekte kostnader», publisert på Forskningsrådets nettsider 20. februar 2015.

32) «Nytt regelverk for timesatser i instituttsektoren» publisert på Forskningsrådets nettsider 12. desember 2011, sist oppdatert 13. september 2016.

33) Prosjektnummer 203461/O30.

34) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

til etablering av fordelingsnøkler for fordeling av indirekte kostnader³⁵, og dette innebærer at det er opp til selskapene om de ønsker eller finner det hensiktsmessig å bruke fordelingsnøkler for å fordele ut faktiske kostnader på prosjekter.³⁶

I *Forskningsrådets generelle vilkår for FoU-prosjekter* står det at selskapet skal kunne vise fram timelister dersom Forskningsrådet etterspør disse. Det er imidlertid ikke stilt krav til hvordan timelistene skal være utformet. Forskningsrådet mener det er viktig at det skal kunne vurdere om timeantallet virker rimelig i forhold til aktivitetene i prosjektet ved eventuell kontroll av prosjektregnskapet.³⁷

2.1.6 Forskningsrådets oppfølging og kontroll

Forskningsrådets kontroll av informasjon fra tilskuddsmottakere

Forskningsrådet har opplyst at det kontrollerer alle prosjektregnskapsrapportene. Det kontrolleres at kostnadene er innenfor budsjettammene, og at avtalt støttegrad ikke overskrides. Forskningsrådet har opplyst at det også foretas en rimelighetsvurdering av hvilke personer som er oppført på rapportene, deres timepriser og antall timer. I tillegg vurderes innkjøpte forsknings- og utviklingskostnader, kostnadsføring av utstyr og andre kostnader opp mot kunnskapen om den faglige framdriften i prosjektene. Forskningsrådet har opplyst at det ikke har ressursmessig kapasitet til å gjennomføre rutinemessige detaljkontroller i stort omfang. Forskningsrådet foretar svært sjelden kontroll av om forskernes arbeid blir kostnadsført på riktig aktivitet dersom noen jobber parallelt med en aktivitet finansiert gjennom tilskudd fra Forskningsrådet og en annen aktivitet som ikke er finansiert av Forskningsrådet.³⁸

På anmodning fra Forskningsrådet skal prosjektansvarlig og eventuelle samarbeidspartnere legge fram bilag, timelister, beregninger og annet relevant underlagsmateriale som Forskningsrådet etterspør for å kunne kontrollere at de bevilgede midlene blir benyttet i samsvar med kontrakten.³⁹

Forskningsrådet mener at det innenfor forskningsfeltet er vanskelig å beregne nøyaktig hvor mye tid som går med til de ulike oppgavene som hver enkelt forsker utfører. Forskningsrådet har tatt stikkprøver hos seks institutter for å kontrollere om disse har etablert regnskapsmessige systemer og rutiner for å sikre at basisbevilgninger og andre bidragsinntekter ikke brukes i strid med statsstøttereguleringens bestemmelser om kryssubsidiering. Forskningsrådet konkluderte med at alle hadde systemer og rutiner som skiller økonomisk og ikke økonomisk aktivitet. Etter internrevisjonens vurdering var det ingen grunn til å anta at noen av instituttene manglet nødvendige systemer og rutiner. Risikoen for dette er lav, slik internrevisjonen så det. Internrevisjonen tok imidlertid forbehold om at den ikke kunne vurdere etterlevelse av rutinene. Hvis rutinene ikke etterleves, kan det være mulighet for kryssubsidiering, påpekte internrevisjonen. Internrevisjonen uttalte at kun omfattende revisjoner vil kunne avdekke eventuelle manglende etterlevelse.⁴⁰

Forskningsrådet har opplyst at det de siste årene har økt ressursinnsatsen på oppfølging av økonomirapporteringen fra tilskuddsmottakerne. Ved behov har Forskningsrådet løpende dialog med tilskuddsmottakerne om prosjektene.⁴¹ Det går fram av Internrevisjonens årsrapport for 2015 at den ikke har ressurser til å foreta systematiske ettersyn (revisjoner) av et utvalg av institutter hvert år.

35) Indirekte kostnader skal dekke blant annet husleie, strøm, sekretærassistanse, telekommunikasjon, IT-kostnader, jf. Forskningsrådets årsrapport for 2013.

36) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

37) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

38) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

39) *Forskningsrådets generelle vilkår for FoU-prosjekter* pkt. 4.2.

40) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017 og årsrapport fra Internrevisjonen i Forskningsrådet for 2015.

41) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

Forskningsrådets kontroll av timesatsene og statistikk over benyttede timesatser

Forskningsrådet har opplyst at det foretar rimelighetsvurderinger av timesatsene som benyttes, og der Forskningsrådet mener at timesatsene er for høyt beregnet, inngås det en dialog med det aktuelle instituttet.

Innrapporteringen av timesatser gir Forskningsrådet en samlet oversikt over alle instituttene timesatser for ulike grupper av FoU-arbeidere. Forskningsrådet regner ut hvor store kostnader det er per årsverk for den forskningen ved instituttene som får tilskudd fra Forskningsrådet, og lager statistikk over gjennomsnittlige timesatser for de ulike kategoriene med forskere, både for grupper og for hver enkelt stillingskategori.⁴²

Instituttene rapporterer også anslag for totalt antall fakturerte timer per FoU-årsverk (basert på hele FoU-årsverk). Forskningsrådet samler disse opplysningene i en intern database, og dette gir mulighet for å få fram tverrsnittsdata og tidsserier for alle institutter og oversikt over kostnadsutviklingen i instituttsektoren. Forskningsrådet mottok meldeskjema fra om lag 80 institutter både for 2013 og for 2014.⁴³

Tabell 2 viser gjennomsnittlig timesats⁴⁴ og gjennomsnittlig antall fakturerte timer per FoU-årsverk for seks FoU-grupper basert på meldeskjema 2013 og 2014. Forskjeller i timesats avspeiler i hovedsak forskjeller i lønn som følge av ulik kompetanse og kvalifikasjoner mellom de ulike FoU-gruppene. Grunnlagsmaterialet viser relativt stor variasjon i timesats for samme FoU-gruppe mellom ulike institutter og grupper av institutter. Det er relativt liten variasjon i gjennomsnittlig antall fakturerte timer per FoU-årsverk både mellom og innenfor gruppene.⁴⁵

Tabell 2: Gjennomsnittlig timesats (kroner) og gjennomsnittlig antall fakturerte timer fordelt på FoU-gruppe for alle institutter som har rapportert timesatser for 2013 og 2014.

FoU-gruppe	Gjennomsnittlig timesats		Gjennomsnitt fakturerte timer	
	2013	2014	2013	2014
Forsker I	1301	1354	1121	1166
Forsker II	1109	1154	1335	1170
Forsker III	962	987	1197	1178
Ingeniør I	997	1052	1141	1181
Ingeniør II	881	887	1074	1241
Teknisk personell	799	829	1115	1182

Gjennomsnittslønnen for forskere i statlig sektor, organisert i Forskerbundet, var 595 291 kroner per 31. desember 2014 og for forskere i privat sektor 574 670 kroner. Hvis det legges til grunn at disse i gjennomsnitt arbeider 1850 timer i året, tilsvarer dette en timelønn på henholdsvis 321 kroner og 311 kroner. Sammenlignet med timesatsen for forsker II som ble innrapportert til Forskningsrådet for 2014 på 1154 kroner, utgjør dette henholdsvis 27,9 prosent og 26,9 prosent av de timesatsbaserte projektkostnadene.

Undersøkelsen har omfattet en gjennomgang av 12 tilfeldig utvalgte prosjekt-regnskapsrapporter i perioden 2011 til 2016 for å undersøke hvilke timesatser som er

42) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

43) Forskningsrådets årsrapport for 2014.

44) Timesatsen skal dekke personalkostnader og en forholdsmessig andel av indirekte kostnader.

45) Notat om timesatser i instituttsektoren, utarbeidet av Forskningsrådet for Riksrevisjonen.

benyttet under pkt. 1.1 Personale og indirekte kostnader. Timesatsene varierte mye fra selskap til selskap.

I prosjektrekningsrapporter fra Christian Michelsen Research AS er det på et tilfeldig valgt prosjekt rapportert inn en gjennomsnittlig timesats på 1241 kroner, hvor den høyest innrapporterte timesatsen var på 1720 kroner. Konsernet hadde i 2015 lønninger på 141,0 millioner kroner, og dette utgjorde 43,2 % av konsernets totale driftskostnader. Gjennomsnittlig antall årsverk i konsernet var 211, og gjennomsnittslønn per årsverk utgjorde 668 003 kroner.

I prosjektrekningsrapporter fra Simula AS er det for et tilfeldig valgt prosjekt rapportert inn en gjennomsnittlig timesats på 1167 kroner, hvor den høyest innrapporterte timesatsen var på 1761 kroner. Simula-konsernet hadde i 2015 lønninger på 84,1 millioner kroner, hvilket utgjorde 48,5 prosent av selskapets totale driftskostnader. Gjennomsnittlig antall årsverk i selskapet var 124, og gjennomsnittslønn per årsverk utgjorde 678 160 kroner.

Timesatser i sammenlignbare ordninger eller hos sammenlignbare institusjoner

I SkatteFUNN-ordningen er personalkostnader og indirekte kostnader henført til godkjent prosjekt beregnet med utgangspunkt i antall timer som ansatt FoU-personell (prosjektleder, vitenskapelig og teknisk personell) utfører på prosjektet med en timesats på 1,2 promille av avtalt og reell årslønn ved utløpet av prosjektperioden eller inntektsåret. Timesatsen er begrenset til maksimalt 600 kroner per time, og antall timer for egne ansatte er begrenset til 1850 timer per år per person.⁴⁶

For de støtteordningene hvor personalkostnader inngår i godkjent støttegrunnlag, godkjenner Innovasjon Norge en sjablongmessig timesats (inkludert overhead-kostnader) på inntil 1,2 promille av brutto årslønn, begrenset til 600 kroner per time og maksimalt 1850 timer per år.⁴⁷

Forskningsrådets gjennomgang av selskapenes regnskaper

Forskningsrådet foretar ingen rutinemessig gjennomgang av selskapenes regnskaper fastsatt etter *lov om årsregnskap mv.* (regnskapsloven). Forskningsrådet mener at det i de aller fleste tilfeller ikke vil være mulig å se noen direkte sammenheng mellom prosjektrekningsrapporten og et selskaps offisielle regnskap. Forskningsrådet har opplyst at det gjennomfører forvaltningsrevisjoner hvor det henter inn opplysninger fra de offisielle regnskapene til disse selskapene for vurdering opp mot prosjektrekningsrapporteringen.⁴⁸

Det er ulik praksis for regnskapsføring av FoU-midler i selskapenes regnskaper og prosjektrekningsrapporteringen til Forskningsrådet. God regnskapsskikk tillater balanseføring og nettoføring av kostnadene, noe prosjektrekningsrapporteringen ikke gjør. Forskningsrådet mener at dette vanskeliggjør avstemningskontrollen.⁴⁹

Forskningsrådet har opplyst at det vurderer selskapenes egenkapital som en del av søknadsvurderingen, men foretar ingen rutinemessige gjennomganger av hvordan selskapenes egenkapital utvikler seg. Det foretas også en vurdering av om bedriftene og TTOene har tilstrekkelig egenkapital, slik at de er i stand til å fortsette forskningsaktivitetene sine. Forskningsrådet har opplyst at det vurderer om selskapene

46) Jf. forskrift til utfylling og gjennomføring mv. av skatteloven av 26. mars 1999 nr. 14 § 16-40-6 tredje ledd.

47) Innovasjon Norges godkjente timesatser hvor personalkostnader inngår i godkjent støttegrunnlag», jf Innovasjon Norges nettsider

48) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

49) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

er i vanskeligheter, inkludert om egenkapitalen er for lav. Forskningsrådet opplyser imidlertid at det ikke vurderer om selskapene har for høy egenkapital.⁵⁰

Forskningsrådet har opplyst at det mener oppbygging av egenkapital for å møte framtidige pensjonsforpliktelser ikke er tillatt i henhold til *retningslinjer for statlig basisfinansiering av forskningsinstitutter* fastsatt av Kunnskapsdepartementet.⁵¹

Kjøp og salg av FoU-tjenester mellom selskaper som begge mottar tilskudd fra Forskningsrådet

I de aller fleste forskningsprosjektene som Forskningsrådet finansierer, er flere parter involvert. Kontrakt inngås mellom Forskningsrådet og en prosjektansvarlig. Den prosjektansvarlige kan ha samarbeidspartnere med i prosjektet, og de kan også kjøpe tjenester fra underleverandører. Statlige selskaper kan være prosjektansvarlig, samarbeidspartner eller underleverandør i et forskningsprosjekt finansiert av Forskningsrådet.⁵²

Hvilken timesats det statlige selskapet benytter seg av i hvert enkelt prosjekt, mener Forskningsrådet avhenger av hvilken rolle selskapet har i prosjektet, og hva slags type prosjekt det er innvilget støtte til. Ifølge Forskningsrådet kan timesatsene som selskapene benytter som underleverandører i prosjektene, være høyere enn de timesatsene som de benytter når de er prosjektansvarlige eller samarbeidspartnere. Er det statlige selskapet en underleverandør i prosjektet, mener Forskningsrådet at underleverandøren vil kunne benytte seg av markedsbaserte timesatser når den fakturerer sitt arbeid til prosjektansvarlig, og på denne måten kunne gå med overskudd.⁵³

I 2015 kjøpte CMR AS, Uni Research AS og BTO AS FoU-tjenester til en verdi av ca. 19,5 millioner kroner fra andre selskaper som er med i undersøkelsen, og som også mottok tilskudd fra Forskningsrådet.⁵⁴

Uni Research AS mottok i 2015 98,3 millioner kroner fra Forskningsrådet.⁵⁵ Samtidig utførte Uni Research AS som samarbeidspartner for CMR i 2015 FoU-tjenester for 13,8 millioner kroner til tre ulike prosjekter. Til sammen fra 2014 til 2016 utførte Uni Research AS slike tjenester for en verdi av 39,7 millioner kroner for CMR AS. Samtidig eier Uni Research AS 35 prosent av aksjene i CMR AS.

Dette er eksempler på at det er et visst omfang av kjøp og salg av FoU-tjenester mellom selskaper som begge mottar tilskudd fra Forskningsrådet. Det som er kjøp av slike tjenester for det ene selskapet, vil bli salg av tjenester og dermed oppdragsinntekter for det andre selskapet. Selskapene kan gå med overskudd hvis de er med som underleverandører og benytter markedspriser.⁵⁶ Det er da en risiko for at det rapporteres inn prosjektkostnader til Forskningsrådet som er høyere enn selvkost.

Revisorattestasjon

Forskningsrådet krever vanligvis ikke at prosjektregnskapsrapporter skal være revisorattestert. Eventuelt krav til revisorattestasjon vil gå fram av avtaledokumentet med tilskuddsmottakerne. Forskningsrådet mener at revisorattestasjoner ikke gir vesentlig merverdi i forhold til kostnaden ved gjennomføring av et slikt kontrolltiltak. Forskningsrådets vurdering er at timer er vanskelig å kontrollere for en revisor som

50) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

51) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

52) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

53) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

54) Forskningsrådets regnskapsrapporter, bearbeidet i regnskapsanalyseverktøyet IDEA.

55) Forskningsrådets regnskap for 2015.

56) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

ikke forstår innholdet i forskningsprosjektet, og at kontrollen kan utføres bedre av en saksbehandler i Forskningsrådet med kunnskap om forskningsfeltet. I de aller fleste forskningsprosjektene er timekostnaden et vesentlig element. Timekostnaden består av timer og timesats. Selv om timesatsen kan kontrolleres av revisor, mener Forskningsrådet at timebruken er vanskelig kontrollerbar, blant annet fordi revisor ikke har mulighet til å kunne sjekke all tidsbruk relatert til prosjektene. Forskningsrådet er imidlertid enig i at krav om revisorattestasjon vil kunne ha en preventiv virkning.⁵⁷

Forskningsrådet er klar over at andre benytter seg av revisorattestasjoner i tilskuddsforvaltningen, men mener at andre tilskuddsforvaltere har tilskuddsordninger som er lettere for revisor å kontrollere. For eksempel vil timebruk og resultater av forskningen være vanskelig å kontrollere for en som ikke kjenner forskningsfeltet.⁵⁸

2.2 Helsedirektoratets tilskuddsforvaltning overfor selskapene

Helsedirektoratet har utarbeidet egne interne retningslinjer for tilskuddsforvaltningen.⁵⁹

2.2.1 Tilskudd til selskapene som er med i Riksrevisjonens undersøkelse

Undersøkelsen omfatter tilskudd fra Helsedirektoratet til følgende selskaper:

Selskap	Eier
NTNU Samfunnsforskning AS	NTNU
Uni Research AS	UiB
Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis AS (Atferdssenteret AS)	Unirand AS
Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress AS (NKVTS AS)	Unirand AS

- UNI Research AS er det selskapet som mottar mest midler fra Helsedirektoratet, gjennom ni ulike ordninger i perioden 2015–2017, til fem ulike enheter i selskapet.⁶⁰
- NTNU Samfunnsforskning AS får tilskudd gjennom to tilskuddsordninger.⁶¹
- Atferdssenteret AS, som er et datterselskap av Unirand AS, får driftstilskudd.⁶²
- NKVTS AS, som er et datterselskap av Unirand AS, får driftstilskudd gjennom tre ordninger.⁶³

2.2.2 Tilskuddsforvalternes kunnskap om overlappende tilskuddsordninger

I Helsedirektoratets retningslinjer for tilskuddsforvaltningen er det stilt krav om at saksbehandlerne skal orientere seg om andre tilskuddsordninger som har overlappende søkergruppe. Helsedirektoratet har etablert et internt saksbehandler-system hvor saksbehandlere kan se hva søkeren har søkt om eller fått tildelt i tilskudd når det gjelder Helsedirektoratets egne tilskuddsordninger.⁶⁴

Helsedirektoratet har ikke etablert systemer eller rutiner for å få informasjon fra andre tilskuddsforvaltere utover egenrapportering om hva søkeren har søkt om eller fått tildelt av tilskudd hos disse. Dette gjelder også Forskningsrådet. Helsedirektoratet har

57) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

58) Jf. verifisert referat fra møte mellom Norges forskningsråd og Riksrevisjonen 6. april 2017.

59) Retningslinjene ble godkjent i januar 2010, og revidert i februar 2012.

60) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

61) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

62) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017 og Atferdssenterets regnskap for 2015.

63) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

64) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017 og Helsedirektoratets retningslinjer for tilskuddsforvaltningen.

imidlertid etablert et visst samarbeid med Bufdir og Justisdepartementet om utveksling av slik informasjon.⁶⁵

Helsedirektoratet skal også få informasjon om hva søkere har søkt om eller fått tildelt i tilskudd hos andre, ved å kreve at søkerne opplyser om dette i sine søknader til Helsedirektoratet. Det er tillitsbasert at søkerne oppgir korrekt informasjon om dette.⁶⁶

2.2.3 Risikovurderinger

Helsedirektoratet opplyste at risiko for om det kan oppstå feil på grunn av problemer med fortolkning av tilskuddsvilkårene eller på grunn av generell risiko for uregelmessigheter, vurderes ut fra den årlige rapporteringen, dialogmøter og faste møter med tilskuddsmottakerne. Der kan Helsedirektoratet og selskapene stille spørsmål og ta opp uklarheter. Utover dette opplyser Helsedirektoratet at det i liten grad foretar systematiske vurderinger av denne typen risiko.⁶⁷

2.2.4 Ekstern gjennomgang med bakgrunn i statsstøttereguleringen og regelverket om offentlige anskaffelser

På oppdrag for Helsedirektoratet foretok Kluge Advokatfirma i 2016 en gjennomgang med bakgrunn i statsstøttereguleringen og regelverket om offentlige anskaffelser. Gjennomgangen omfattet tilskudd til Uni Research AS/RKBU Vest mfl. Etter dette har Helsedirektoratet rettet større oppmerksomhet mot problemstillinger knyttet til kryssubsidiering.⁶⁸

2.2.5 Samarbeid og kommunikasjon med andre tilskuddsforvaltere

Helsedirektoratet har ikke sammenlignet sine egne systemer og rutiner for tilskuddsforvaltning med andre sammenlignbare tilskuddsforvaltere med tanke på tildeling av tilskudd til forskningsselskaper, men har til en viss grad utvekslet erfaringer med Bufdir og Justisdepartementet. Bufdirs retningslinjer for tilskuddsforvaltning er langt på vei basert på Helsedirektoratets retningslinjer.⁶⁹

Helsedirektoratet har opplyst at det ønsker mer kommunikasjon med andre tilskuddsforvaltere for å utvikle, lære og forbedre sin oppfølging av tilskudd også i de tilfellene hvor det er risiko for kryssubsidiering.⁷⁰

2.2.6 Krav til tilskuddsmottakerne

Krav om separate regnskaper

I Helsedirektoratets retningslinjer for tilskuddsforvaltningen og i tilskuddsbrevene er det stilt krav om regnskapsrapportering fra tilskuddsmottakerne til Helsedirektoratet. Det stilles alltid krav til driftsregnskap eller prosjektregnskap. Det er ikke stilt bestemte krav til bilag, og Helsedirektoratet foretar ingen rutinemessig kontroll av bilag, men ber om at det blir lagt fram bilag dersom det er nødvendig.⁷¹

Regnskapsrapportering fra tilskuddsmottakere skal som hovedregel vise regnskapstall for den delen av virksomheten som tilskuddet skal støtte, i form av et prosjektregnskap, men kan også vise samlede utgifter dersom dette er i tråd med vilkårene for tilskuddet. I alle tilfeller skal regnskapet kunne sammenstilles med budsjettet i søknaden.⁷²

65) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017 og Helsedirektoratets retningslinjer for tilskuddsforvaltningen.

66) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

67) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

68) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

69) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

70) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

71) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

72) Helsedirektoratets retningslinjer for tilskuddsforvaltningen.

Prosjektregnskapet skal inneholde de utgiftene og inntektene som er direkte knyttet til gjennomføring av et prosjekt, et tiltak eller en aktivitet.⁷³

2.2.7 Kryssubsidiering

I tilskuddsbrevene kan det stilles krav om regnskapsmessig skille dersom deler av virksomheten har såkalt økonomisk aktivitet.⁷⁴ For Uni Research AS har Helsedirektoratet stilt krav om regnskapsmessig skille for å unngå kryssubsidiering mellom underenheter. For NTNU samfunnsforskning AS og NKVTS AS har Helsedirektoratet ikke satt noe krav til regnskapsmessig skille fordi det mener disse selskapene ikke har økonomisk aktivitet.⁷⁵

Der Helsedirektoratet har stilt krav om regnskapsmessig skille, skal dette gjøres i henhold til regnskaps- og bokføringsloven, noe revisor må bekrefte. Utover dette er det ikke stilt krav om at regnskapsmessig skille skal gjøres etter noen bestemt mal, og det er ikke stilt krav om bruk av fordelingsnøkler for fordeling av indirekte kostnader som kostnader til støttefunksjoner/fellestjenester hos tilskuddsmottakere.⁷⁶

Bruk av timesatser eller tilsvarende

Helsedirektoratet stiller ikke krav til forskningsselskapene ovenfor om at de skal føre timelister, eller at de skal rapportere på antallet timer som er brukt. Ved mistanke om uregelmessigheter har imidlertid Helsedirektoratet mulighet til å stille spørsmål til selskapene om timeantall. Foreløpig har Helsedirektoratet ikke benyttet seg av denne muligheten.⁷⁷

Helsedirektoratet stiller ikke krav og gir ikke føringer for størrelsen på timesatser hos tilskuddsmottakerne ovenfor i *standardvilkår for tilskudd fra Helsedirektoratet*. I *standardvilkår for tilskudd fra Helsedirektoratet* stilles det krav om at lønnsmidler til mottakere som hovedsakelig finansieres av offentlige tilskudd, ikke skal overstige hva som er rimelig i forhold til statlige lønninger. Helsedirektoratet foretar ingen vurdering eller kontroll av hva som er «rimelig» sammenlignet med statlige lønninger når det gjelder de nevnte forskningsselskapene. Det er utviklet en lønnsnorm, men denne gjelder ikke for de fire undersøkte selskapene.

Helsedirektoratet har opplyst at det ønsker kontakt med andre tilskuddsforvaltere, inkludert Forskningsrådet, om utveksling av erfaringer om timesatser.⁷⁸

Helsedirektoratet mener det ikke er i tråd med intensjonene med tilskuddet dersom den som utfører slike FoU-tjenester på oppdrag, er et statlig selskap som selv mottar tilskudd fra Helsedirektoratet og går med overskudd på dette.⁷⁹

2.2.8 Helsedirektoratets oppfølging og kontroll

Helsedirektoratet foretar ikke kontroll av fordelingen av kostnader til støttefunksjoner/fellestjenester i de tilfellene der tilskuddsmottakerne har økonomisk aktivitet ved siden av den tilskuddsfinansierte aktiviteten.⁸⁰

Revisorattestasjon

Helsedirektoratet stiller krav om revisorattestasjon overfor alle de fire undersøkte forskningsselskapene etter standard ISA 805 Særlige hensyn ved revisjon av

73) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

74) I «EØS-avtalens regler om offentlig støtte» – veileder utarbeidet av Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet i desember 2010 er økonomisk aktivitet beskrevet som «en virksomhet som består i å tilby varer og tjenester i et marked».

75) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

76) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

77) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

78) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

79) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

80) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

enkeltstående regnskapsoppstillinger og spesifikke elementer, kontoer eller poster i en regnskapsoppstilling. Dette er en tjeneste som selskapene selv betaler for. Utover kravene i denne standarden har Helsedirektoratet ikke gitt egne føringer om hva revisor skal kontrollere. Helsedirektoratet har opplyst at det har mulighet til å stille mer spesifikke krav til revisjonen, men at dette foreløpig ikke er gjort.⁸¹

Direktoratet mottar attestasjoner fra revisor, men har ingen dialog med revisor utover dette.⁸²

Kontroll av selskapenes regnskaper fastsatt etter regnskapsloven

Helsedirektoratet foretar ingen gjennomgang av tilskuddsmottakernes regnskaper etter regnskapsloven når det gjelder selskapenes egenkapitalutvikling, og vurderer heller ikke størrelsen på de undersøkte selskapenes egenkapital/egenkapitalandel i forbindelse med behandling av søknader om tilskudd eller i forbindelse med oppfølging av tilskudd.⁸³

Noen forskningsselskaper som får tilskudd, opplyser at de bygger opp egenkapital for å møte framtidige pensjonsforpliktelser. Helsedirektoratet mener en slik disponering av tilskuddsmidler prinsipielt er i strid med intensjonene med tilskuddene.⁸⁴

2.3 Bufdirs tilskuddsforvaltning overfor selskapene

Bufdir har utarbeidet *Retningslinjer for tilskuddsforvaltning i Bufdir*, datert 13. januar 2014. Disse gjelder først og fremst tilskudd som kunngjøres, og ikke den typen tilskudd som gis til selskapene som er med i Riksrevisjonens undersøkelse.⁸⁵

2.3.1 Tilskudd til selskapene som er med i Riksrevisjonens undersøkelse

Undersøkelsen omfatter tilskudd fra Bufdir til følgende selskaper:

Selskap	Eier
Uni Research AS	Universitetet i Bergen
Atferdssenteret AS	Unirand AS
NKVTS AS	Unirand AS

Driftstilskudd til NKVTS AS forvaltes i tett samarbeid med Helsedirektoratet, og i realiteten er det Helsedirektoratet som framstår som tilskuddsforvalter overfor selskapet. Tilskuddsmidlene fra Bufdir utgjør en liten del av tilskuddene som selskapet mottar. Rapporteringen fra selskapet skjer til Helsedirektoratet med kopi til Bufdir.⁸⁶

I tilskuddsbrevet fra Helsedirektoratet og Bufdir til Uni Research AS inngår kun tilskuddsmidler til RKBU Vest.⁸⁷ All rapportering knyttet til tilskuddene skjer via Helsedirektoratets Altinn-løsning, men er adressert til begge direktoratene.⁸⁸

Atferdssenteret AS får driftstilskudd fra Bufdir.⁸⁹

81) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

82) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

83) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

84) Jf. verifisert referat fra møte mellom Helsedirektoratet og Riksrevisjonen 24. april 2017.

85) Jf. verifisert referat fra møte mellom Bufdir og Riksrevisjonen 9. mai 2017.

86) Jf. verifisert referat fra møte mellom Bufdir og Riksrevisjonen 9. mai 2017.

87) Regionalt kunnskapssenter for barn og unge.

88) Jf. verifisert referat fra møte mellom Bufdir og Riksrevisjonen 9. mai 2017.

89) Jf. Atferdssenterets regnskap for 2015.

2.3.2 Tilskuddsforvalternes kunnskap om overlappende tilskuddsordninger

Bufdir mottar informasjon om hvor mye selskapene får i tilskudd av andre tilskuddsforvaltere gjennom den årlige rapporteringen fra selskapene, men har ikke dialog med dem i forkant av behandlingen av nye tilskudd til selskapene.⁹⁰ Bufdir har tett dialog med de tre selskapene når det gjelder utarbeidelsen av tilskuddsbrevne for å identifisere oppdragsbehov og for å unngå overlappende oppdrag.⁹¹

I Bufdirs retningslinjer stilles det blant annet krav om at saksbehandlere med tilskuddsforvaltning skal orientere seg om andre tilskuddsordninger som har overlappende søkergruppe.

2.3.3 Samarbeid og kommunikasjon med andre tilskuddsforvaltere

I forbindelse med forvaltningen av tilskuddene til de tre undersøkte selskapene er det etablert et samarbeid med Helsedirektoratet, men ingen andre tilskuddsforvaltere.⁹²

2.3.4 Krav til tilskuddsmottakerne

Bufdir har overfor Atferdssenteret AS ikke satt begrensninger når det gjelder lønnsnivået, slik Helsedirektoratet i sine standardvilkår har gjort til mottakere som hovedsakelig finansieres av offentlige tilskudd, om at lønnsnivået ikke skal være høyere enn hva som er rimelig sammenlignet med statlige lønninger. Bufdir ønsker imidlertid å vurdere nærmere hvilke krav som stilles på dette området.⁹³

Bufdir har en pågående prosess med å følge opp rapporten fra Kluge Advokatfirma om blant annet kryssubsidiering, som Helsedirektoratet fikk utarbeidet til sin tilskuddsforvaltning. Som en følge av Kluge-rapporten er det foretatt endringer i tilskuddsbrevet til Uni Research AS når det gjelder RKBU Vest.⁹⁴ Det stilles krav om føring av regnskap for driftstilskuddet og tilleggstilskudd, skilt fra øvrig regnskap, for eksempel med prosjektkoder. Regnskapet skal kun vise hvilke utgifter som er dekket av tilskuddet/ tilleggstilskuddet. Dersom senteret, eller eieren av senteret, driver annen økonomisk aktivitet, er senteret forpliktet til å sikre at denne aktiviteten ikke er kryssubsidiert av tilskuddsmidler fra statsbudsjettet. For slike aktiviteter skal det også føres separate regnskaper som dokumenterer at det ikke foregår kryssubsidiering, jf. EØS-regelverket om statsstøtte.⁹⁵

Bufdir har ikke registrert at det foregår kryssubsidiering i de tre selskapene som inngår i Riksrevisjonens undersøkelse. Atferdssenteret AS, som er det selskapet som mottar klart mest i tilskudd av disse, er en spesialisert aktør, og Bufdir mener at selskapet ikke opererer i konkurranse med andre. Bufdir har imidlertid stilt et generelt krav om at selskapet må kunne skille mellom aktiviteter. Bufdir har ikke sett det nødvendig å kreve separate regnskaper, men det er en prosess på gang der man vurderer om det er behov for dette.⁹⁶

2.3.5 Bufdirs oppfølging og kontroll

I Bufdirs retningslinjer står det at det i utgangspunktet skal være høy grad av tillit mellom søker/mottaker og tilskuddsforvalter, og tilskuddsforvalter vil derfor forholde seg til de innsendte dokumentene. Bufdir uttalte at det imidlertid er avgjørende at tilskuddsforvalter med jevne mellomrom foretar kontroll av innsendte dokumenter for å

90) Jf. verifisert referat fra møte mellom Bufdir og Riksrevisjonen 9. mai 2017.

91) Jf. brev av 11. august 2017 fra Barne- og likestillingsdepartementet til Riksrevisjonen.

92) Jf. verifisert referat fra møte mellom Bufdir og Riksrevisjonen 9. mai 2017.

93) Jf. verifisert referat fra møte mellom Bufdir og Riksrevisjonen 9. mai 2017.

94) Tilskuddsbrev av 7. april 2017 fra Helsedirektoratet og Bufdir om tilskudd til RKBU over statsbudsjettet 2017 kap. 765, post 74 og kap. 854, post 72.

95) Jf. verifisert referat fra møte mellom Bufdir og Riksrevisjonen 9. mai 2017.

96) Jf. verifisert referat fra møte mellom Bufdir og Riksrevisjonen 9. mai 2017.

sørge for at man kan forsvare graden av tillit, og sikre at tilskudd gis i tråd med regelverk og blir benyttet etter forutsetningene i regelverk og tilskuddsbrev.

Revisorattestasjon

Buudir krever ikke revisorattestasjon for bruken av tilskudd til de tre undersøkte selskapene utover revisjonsberetningen som utarbeides i forbindelse med årsregnskapet. Buudir vil imidlertid gjerne vurdere dette nærmere.⁹⁷

Kontroll av selskapenes regnskaper etter regnskapsloven

Buudir har opplyst at det følger med på egenkapitalutviklingen i Atferdssenteret AS. Buudir aksepterer oppbyggingen av den egenkapitalen de har i dag, ut fra selskapets begrunnelse om å kunne møte framtidige pensjonsforpliktelser. Buudir mener selskapene er forpliktet til å ha en viss egenkapital for å dekke disse forpliktelsene, og mener derfor dette er i samsvar med forutsetningene for tilskuddene.⁹⁸

2.4 Kunnskapsdepartementets tilskuddsforvaltning overfor selskapene

Kunnskapsdepartementet har ikke utarbeidet overordnede retningslinjer som er felles for all tilskuddsforvaltning i departementet, men det er blant annet utarbeidet retningslinjer for tilskudd til Uninett AS.⁹⁹

2.4.1 Tilskudd til selskapene som er med i Riksrevisjonens undersøkelse
Kunnskapsdepartementet ved universitets- og høgskoleavdelingen gir tilskudd til følgende selskaper som er med i Riksrevisjonens undersøkelse:

Selskap	Eier
Uninett AS	Kunnskapsdepartementet
NSD AS	Kunnskapsdepartementet

Departementet gir tilskudd direkte til Uninett AS og Database for statistikk om høgre utdanning i NSD AS.¹⁰⁰

Kunnskapsdepartementet er også eier av disse selskapene. I tillegg eier Kunnskapsdepartementet Simula AS, som får tilskudd fra Forskningsrådet og andre departementer, men ikke tilskudd direkte fra Kunnskapsdepartementet.¹⁰¹

Eierskapsforvaltningen til de tre selskapene ivaretas av universitets- og høgskoleavdelingen i departementet, som også forvalter tilskuddene til de tre nevnte selskapene.¹⁰²

2.4.2 Tilskuddsforvalteres kunnskap om overlappende tilskuddsordninger

Universitets- og høgskoleavdelingen har ikke etablert rutiner for at saksbehandlere skal orientere seg om andre tilskuddsordninger som har overlappende søkergruppe. Gjennom rapporteringen til departementet mener Universitets- og høgskoleavdelingen at den får tilstrekkelig informasjon fra de tre nevnte tilskuddsmottakerne om andre tilskudd som disse får, og har derfor ikke stilt krav om at tilskuddsmottakerne i forkant av tildeling av nye tilskudd skal opplyse om eventuelle andre tilskudd som de har søkt om eller fått tildelt. Kunnskapsdepartementet har imidlertid hatt dialog med

97) Jf. verifisert referat fra møte mellom Buudir og Riksrevisjonen 9. mai 2017.

98) Jf. verifisert referat fra møte mellom Buudir og Riksrevisjonen 9. mai 2017.

99) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

100) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

101) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

102) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

Samferdselsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet om tilskudd til Simula AS. Kunnskapsdepartementet har også pekt på at tilskuddene som de gir til de tre selskapene, er av en annen karakter enn de tilskuddene som for eksempel Forskningsrådet forvalter. Forskjellen kommer til syne når det gjelder for eksempel Uninett AS, der tilskuddet skal finansiere deler av driften.¹⁰³

Kunnskapsdepartementet har opplyst at selv om det er Forskningsrådet som gir tilskuddene til Simula AS, er det departementet som bestemmer størrelsen på tilskuddene og at de skal lønns- og prisjusteres.¹⁰⁴

2.4.3 Evaluering av Kunnskapsdepartementets tilskuddsforvaltning

Departementet har opplyst at det for en del år siden ble foretatt en bred gjennomgang av hele Kunnskapsdepartementets tilskuddsforvaltning, inkludert tilskuddsordningen til Database for statistikk om høgre utdanning i NSD AS.¹⁰⁵

2.4.4 Samarbeid og kommunikasjon med andre tilskuddsforvaltere

Universitets- og høgskoleavdelingen har ikke etablert noe fast samarbeid med andre tilskuddsforvaltere, men har opplyst at den har god kontakt og koordinering av tilskudd på departementsnivå med Nærings- og fiskeridepartementet og Samferdselsdepartementet.¹⁰⁶

2.4.5 Krav til tilskuddsmottakerne

Kunnskapsdepartementet mener at vilkårene i tilskuddsbrevene til selskapene er tydelige og innarbeidede, og at fortolkning av disse ikke bør by på problemer. Det er svært sjelden det kommer spørsmål om vilkårene.¹⁰⁷

2.4.6 Kryssubsidiering

Kunnskapsdepartementet har en generell forventning om at det ikke skal skje noen ulovlig kryssubsidiering, men mener det tilligger selskapene selv å ha kontroll på dette. Kunnskapsdepartementet har opplyst at det følger opp i forbindelse med tilskuddsforvaltning og eierskapsutøvelse, basert på vurderinger av risiko. Videre er det i tilskuddsbrevene stilt krav om forbud mot overføringer til datterselskaper. Det er forutsatt at tilskuddet tildeles morselskapene. I tilskuddsbrevene stiller Kunnskapsdepartementet ikke krav om noe regnskapsmessig skille der virksomhetene har oppdragsfinansierte og tilskuddsfinansierte aktiviteter, men en del av selskapene har opprettet datterselskaper for å tydeliggjøre at forbudet mot kryssubsidiering overholdes.¹⁰⁸

Kunnskapsdepartementet har ikke sett det som nødvendig å stille ytterligere detaljerte krav til rapporteringen i tilskuddsbrevene fordi departementet mener det gjennomfører en nøye kontroll i forbindelse med utformingen av statsrådets beretning til Riksrevisjonen. Ved den årlige gjennomgangen av regnskapene mener Kunnskapsdepartementet at det vil kunne se om tilskuddene brukes i samsvar med forutsetningene for tilskuddet. Departementet mener det gjør nytte av rollene som eierskapsforvalter og som tilskuddsforvalter i denne sammenhengen.¹⁰⁹

Kunnskapsdepartementet opplyser at dets oppfølging av selskapene som er forvaltet direkte av departementet, ikke begrenser seg til utarbeidelse av beretningene til Riksrevisjonen, men at det gjøres en mer omfattende analyse og vurdering som forberedelse til generalforsamlingene og ved gjennomgangen av selskaperes

103) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

104) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

105) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

106) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

107) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

108) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

109) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

rapportering om bruk av tilskudd. I tilskuddsforvaltningen vurderer departementet den samlede rapporteringen fra selskapene.¹¹⁰

2.4.7 Kunnskapsdepartementets oppfølging og kontroll

Revisorattestasjon

For de to nevnte selskapene som Kunnskapsdepartementet gir tilskudd til, mener departementet det ikke er behov for noen revisorattestasjon av tilskuddsbruken, og at det er tilstrekkelig med de kontrollene som revisor gjør i forbindelse med årsavslutningen.¹¹¹

Kunnskapsdepartementets gjennomgang av selskapenes regnskaper

Ingen av selskapene der Kunnskapsdepartementet er eier og gir tilskudd, har profittformål eller deler ut utbytte, men Kunnskapsdepartementet foretar en gjennomgang av selskapenes overskudd, egenkapital og egenkapitalutvikling som et ledd i den årlige gjennomgangen av selskapenes økonomi. Kunnskapsdepartementet er kjent med at enkelte av selskapene i universitets- og høgskolesektoren har høy egenkapital.¹¹²

Universitets- og høgskoleavdelingen forventer at selskapene følger regnskapsloven, og at dette blir kontrollert av ekstern revisor. Departementet legger derfor til grunn at tilskuddene er tilstrekkelig spesifisert i selskapenes regnskaper.¹¹³

2.5 Selskapenes egenkapitalutvikling

2.5.1 Størrelsen på tilskuddene til selskapene og egenkapitalutvikling

I tabell 3 nedenfor gis det en oversikt over hvor store tilskudd selskapene har fått fra hver av de fire tilskuddsforvalterne, hvor mye disse tilskuddene utgjør i prosent av inntektene deres, og hvordan selskapenes egenkapitalprosent har utviklet seg fra 2011 til 2015.

110) Brev av 22. august 2017 fra Kunnskapsdepartementet til Riksrevisjonen.

111) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

112) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

113) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

Tabell 3: Størrelsen på selskapenes inntekter, tilskudd, egenkapital og egenkapitalprosent³

Selskap	Inntekter 2015 i mill. kroner	Tilskudd fra NFR 2015 i mill. kroner ⁴	Tilskudd fra Bufdir 2015 i mill. kroner	Tilskudd fra Helsedirektoratet 2015 i mill. kroner	Tilskudd fra KD 2015 i mill. kroner ⁵	Tilskudd i % av inntektene 2015 ⁶	Egenkapital 2011		Egenkapital 2015	
							Egenkapital i mill. kroner	EK i %	Egenkapital i mill. kroner	EK i %
Prekubator TTO AS	13,1	8,1				61,9	8,3	66,9	15,1	70,2
NSD AS	65,5	22,2			15,5	57,6	9,3	21,0	33,0	41,9
TTO Nordland AS	0,8	0,5				56,3	- ⁷	-	0,1	(9,6)
Simula AS	190,8	109,8				55,4	20,8	37,6	48,8	56,1
NTNU Samfunnsforskning AS	89,6	24,5		23,5		53,5	37,7	36,5	53,8	63,4
SNF AS	63,6	30,6				48,0	16,3	40,0	30,8	52,2
BTO AS	57,6	26,8				46,5	9,3	33,4	24,1	30,9
Uni Research AS	378,4	98,3	5,1 ⁸	57,6 ⁹		42,6	107,5	34,8	109,8	43,7
NTNU TTO AS	65,2	25,5				39,1	25,0	60,8	44,5	64,9
Uninett AS	297,1	34,5			79,9	38,5	129,0	40,7	233,0	68,5
Unirand AS ¹⁰	180,1	13,2	46,8 ¹¹	38,6		35,6	32,8	32,0	35,1	31,6
Agderforskning AS	43,0	13,9				32,4	8,8	40,9	4,9	22,2
IRIS AS	323,9	100,0				30,9	96,1	41,5	168,4	52,2
Møreforskning AS	57,4	15,3				25,7	15,7	32,5	19,3	42,9
NORUT AS	111,3	22,3				20,0	119,5	49,5	92,7	50,8
Inven2 AS	177,5	28,8				16,2	40,3	13,9	55,9	15,3
CMR AS	294,6	41,4				14,1	134,4	50,8	109,8	42,2
Gjennomsnitt								39,6		46,8 ¹²

- 3) Prosentene er utregnet fra beløp som ikke er avrundet, og prosentene kan derfor avvike noe fra en utregning basert på avrundede beløp. For konsern er også tilskudd til heleide datterselskaper regnet med.
- 4) Utbetalinger i henhold til regnskapsdata fra Forskningsrådet.
- 5) Tallet er hentet fra selskapets regnskap.
- 6) Prosentandelen er basert på de samlede tilskuddene fra de fire tilskuddsforvalterne som er med i undersøkelsen. Øvrige offentlige tilskudd er ikke regnet med.
- 7) TTO Nordland AS ble etablert først i 2012.
- 8) Tallet er hentet fra Bufdir/Helsedirektoratets tilskuddsbrev av 26. mars 2015 til Uni Research AS / RKBU Vest.
- 9) Tallet er summen av tilskudd fra alle tilskuddsbrev fra Helsedirektoratet til Uni Research i 2015.
- 10) Tilskuddene fra Forskningsrådet er gitt til Unirand AS' datterselskaper.
- 11) Tallet er hentet fra selskapets regnskap.
- 12) TTO Nordland AS ble etablert først i 2012 og er derfor ikke med i gjennomsnittet.

Tabell 3 viser at selskaper som har tilskudd som en viktig del av sine inntekter, har økt egenkapitalprosenten vesentlig i perioden 2011–2015. Den gjennomsnittlige egenkapitalprosenten for selskapene økte med over sju prosentpoeng fra 39,6 prosent i 2011 til 46,8 prosent i 2015.¹¹⁴ TTO Nordland AS ble etablert først i 2012 og er derfor

114) TTO Nordland AS ble etablert først i 2012 og er derfor ikke med i gjennomsnittet.

ikke med i gjennomsnittet. Av de øvrige 16 selskapene viser tabellen at 12 har økt egenkapitalprosenten fra 2011 til 2015. Tabellen viser også at de fem selskapene hvor tilskuddene utgjorde høyest prosent av inntektene, alle økte egenkapitalprosenten fra 2011 til 2015. NSD AS doblet egenkapitalprosenten.

2.5.2 Eiernes oppfølging av selskapenes egenkapitalutvikling

For noen av selskapene med høy egenkapital har dette vært omtalt i styrets årsberetning for selskapet. For de fleste av selskapene i undersøkelsen inneholder imidlertid ikke årsberetningene for selskapene noen slik informasjon.

Selskapenes egenkapital og egenkapitalandel er omtalt i Kunnskapsdepartementets beretninger til Riksrevisjonen, og i mange tilfeller er det også gitt en egen omtale av selskapenes økonomiske situasjon. I samtlige beretninger om forvaltningen av statens eierinteresser i selskapene i 2015 ble det gitt en egen omtale om kapitaloppbygging og forvaltning av omløpsmidler.

Ingen av selskapene der Kunnskapsdepartementet er eier og gir tilskudd, har profittformål eller deler ut utbytte, men Kunnskapsdepartementet foretar en gjennomgang av selskapenes overskudd, egenkapital og egenkapitalutvikling som et ledd i den årlige gjennomgangen av selskapenes økonomi.¹¹⁵

Kunnskapsdepartementet er kjent med at enkelte av selskapene i universitets- og høyskolesektoren har høy egenkapital. Etter at NSD AS gjennom flere år hadde bygget opp egenkapitalen, ga Kunnskapsdepartementet selskapet beskjed om at det var ønskelig med en reduksjon i selskapets egenkapital, noe selskapets styre ikke var enig i.¹¹⁶

2.6 Selskapenes regnskapsføring av tilskudd

I *Norsk Regnskapsstandard 4* (NRS 4) pkt. 3.5 er det gitt anbefalinger om at det i noter til regnskapet skal gis tilleggsopplysninger om tilskudd. En gjennomgang av selskapenes årsregnskaper viser at det er stor forskjell fra selskap til selskap på hvordan tilskudd føres, men gjennomgående er tilskuddene lite spesifisert både i selskapenes resultatregnskaper og i notene. Det er ofte ikke gitt opplysninger om hvor stor del av selskapenes inntekter tilskudd utgjør, og hvem som har vært tilskuddsgiverne. Ofte er det heller ikke opplyst hva slags type tilskudd som er mottatt, eller hvordan tilskuddene er periodisert.

2.6.1 Opplysninger om tilskuddets størrelse

Et eksempel på at et selskap i regnskapet ikke har opplyst om tilskuddets størrelse, er Uni Research AS. I resultatregnskapet for 2015 har selskapet under driftsinntekter kun ført opp «annen driftsinntekt» på 378,4 millioner kroner, uten at det verken her eller i note er opplyst hvor mye av dette tilskuddene utgjorde. Gjennom opplysninger som er hentet inn fra tilskuddsforvalterne, har imidlertid Riksrevisjonen fått informasjon om at selskapet fikk 98,3 millioner kroner i tilskudd fra Forskningsrådet og 57,6 millioner kroner i tilskudd fra Helsedirektoratet. I selskapets årsberetning er det dessuten opplyst:

«Forskningen vår er organisert i prosjekter. [...] Prosjektporteføljen i Uni Research AS er sammensatt på følgende måte: 30 % finansiering fra Forskningsrådet, 42 % fra andre offentlige bidrags- og oppdragsmidler. Videre kommer 15 % av prosjektporteføljen fra nasjonal privat sektor og 7 % av midlene fra internasjonale kilder, (EU-prosjekter og privat). Basisbevilgningen utgjorde 6 % av inntektene i 2015.»

115) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

116) Jf. verifisert referat fra møte mellom Kunnskapsdepartementet og Riksrevisjonen 8. mai 2017.

Selskapet NTNU Samfunnsforskning AS har heller ingen opplysninger i sitt regnskap for 2015 om hvor store tilskudd de mottok, men Riksrevisjonen har hentet inn informasjon¹¹⁷ om at selskapet fikk 24,5 millioner kroner i tilskudd fra Forskningsrådet og 23,5 millioner kroner i tilskudd fra Helsedirektoratet i 2015. I selskapets årsberetning er det dessuten opplyst:

«Brutto omsetning i 2015 var på 89,6 millioner kroner, noe som var 0,3 millioner lavere enn i 2014. Nedgangen skyldes primært fortsatt reduksjon i Prosjektservice. Omsetningen fordelte seg med 27 prosent fra Norges forskningsråd, inkludert 9,4 prosent i basisbevilgning og 0,9 prosent knyttet til EU-prosjekter (EU-STIM, PES). Videre var 49 prosent fra offentlig sektor, 13 prosent fra privat næringsliv, og de resterende 10 prosent fra utenlandske oppdragsgivere.»

2.6.2 Opplysninger om hvem som har ytt tilskuddet

Et eksempel på at et selskap ikke har opplyst om hvem som har ytt tilskuddet, er Agderforskning AS, som i sitt regnskap for 2015 har opplyst at de hadde salgsinntekter på 43,0 millioner kroner. Dette er spesifisert på følgende måte:

Prosjektinntekter	39 092 922 kroner
Grunnbevilgning	3 872 000 kroner
Andre driftsinntekter	2 857 kroner

Agderforskning styreberetning inneholder imidlertid en prosentvis oversikt over hvilke institusjoner selskapet har mottatt inntektene fra, men uten at det er opplyst om dette er tilskudd eller andre typer inntekter.

Selskapet NSD AS har i note 8 i sitt regnskap for 2015 spesifisert de totale inntektene på 65,5 millioner kroner på følgende måte:

Midler fra Norges forskningsråd	21 136 851 kroner
Midler fra departementer	16 109 000 kroner
Andre offentlige og private tilskudd	19 596 247 kroner
Salgs- og oppdragsinntekter	8 677 551 kroner

Bortsett fra midlene fra Forskningsrådet inneholder regnskapet ingen annen spesifisering av hvem de har mottatt tilskuddene fra, enn at de kommer fra departementer eller andre offentlige/private. I selskapets årsberetning er det opplyst hvor stor prosentandel de ulike bevilgningene utgjør av selskapets inntekter, og det er stort sett de samme inntektskildene som er oppført her som i selskapets regnskap.

Kunnskapsdepartementet gir tilskudd til NSD for drift av Database for statistikk om høgre utdanning og får egen rapportering om dette.¹¹⁸

2.6.3 Manglende opplysninger om hvilke typer tilskudd som er mottatt

Et eksempel på at et selskap ikke har opplyst om hvilke typer tilskudd som er mottatt, er Simula AS, som i sitt konsernregnskap for 2015 under salgsinntekter har ført følgende:

Tilskudd til forskning	58 000 000 kroner
Tilskudd fra NFR, EU og øvrige	106 573 527 kroner
Tjenester levert av datterselskap	–
Øvrige inntekter	26 241 110 kroner

117) Utbetalinger i henhold til regnskapsdata fra Forskningsrådet.

118) Brev av 22. august 2017 fra Kunnskapsdepartementet til Riksrevisjonen.

2.6.4 Manglende opplysninger om periodisering

Et eksempel på at et selskap ikke har opplyst om hvordan tilskuddene er periodisert, er NTNU TTO AS, som i sitt regnskap for 2015 har spesifisert hvilke typer tilskudd det har mottatt, men ikke har opplyst om periodisering av tilskuddene, verken i selve regnskapet eller i note 1, som beskriver prinsippene som ligger til grunn for regnskapet.

Et annet eksempel er Simula-konsernet, som i 2015 fikk utbetalt 109,8 millioner kroner i tilskudd fra Forskningsrådet, uten at det i selskapets konsernregnskap er gitt opplysninger om hvordan tilskuddet er periodisert.

3 Vurderinger

3.1 De fleste av selskapene benytter tilskuddsmidler til å bygge opp egenkapital i strid med de forutsetninger som er satt i økonomibestemmelsene

Undersøkelsen viser at selskaper innenfor universitets- og høyskolesektoren som driver med forskning, forskningsrelatert virksomhet og/eller TTO-virksomhet, og som har tilskudd som en viktig del av sine inntekter, har økt egenkapitalen mye i perioden 2011–2015. Den gjennomsnittlige egenkapitalprosenten for selskapene økte med over sju prosentpoeng fra 39,6 prosent i 2011 til 46,8 prosent i 2015. 12 av de 16 selskapene som eksisterte både i 2011 og 2015, har økt egenkapitalprosenten fra 2011 til 2015. Undersøkelsen viser også at alle de fem selskapene der tilskuddene utgjorde høyest prosent av inntektene, økte egenkapitalprosenten fra 2011 til 2015.

Undersøkelsen viser at tilskuddsmidler har bidratt til å øke selskapenes egenkapital. For flere selskaper er egenkapitaløkningen fra 2011 til 2015 så stor at det ikke er sannsynlig at overskuddet bare kan stamme fra marginene i selskapenes konkurranseutsatte virksomhet. Videre viser analyser av Forskningsrådets oversikt over de timesatsene som benyttes for beregning av tilskudd, at timesatsene gir en overdekning av selskapenes indirekte prosjektkostnader. I tillegg er regelverket uklart om hvilke utgifter som kan klassifiseres som andre driftskostnader. Etter revisjonens vurdering er en oppbygging av egenkapital med mulige tilskuddsmidler ikke i samsvar med forutsetningene for tildeling av midlene.

Mange av selskapene i undersøkelsen har så store omløpsmidler at de kan foreta langsiktige investeringer. Dette tyder på at størrelsen på tilskuddene ikke er godt nok tilpasset selskapenes gjennomføringskapasitet.

3.2 Flere av tilskuddsforvalterne har i liten grad etablert tiltak for å sikre oppfølging av bruken av tilskuddene

Tilskuddsforvalternes sentrale ansvar er å etablere en tilskuddsforvaltning som gir akseptabel sikkerhet for at tilskuddsmidlene brukes til sitt angitte formål. Som en del av dette er det viktig å sikre at regler om offentlig støtte og kryssubsidiering overholdes.

Undersøkelsen omfatter 17 selskaper som driver med forskning eller forskningsrelatert virksomhet. For de fleste av selskapene er finansieringen sammensatt, med grunnbevilgning, tilskudd til annen bidragsfinansiert aktivitet og inntekter fra oppdragsfinansiert aktivitet fra både private og statlige aktører. Deler av selskapenes virksomhet er i konkurranse med andre aktører.

Forskningselskapene har i liten grad etablert organisatoriske og regnskapsmessige skiller mellom konkurranseutsatt og tilskuddsfinansiert virksomhet. Revisjonen mener derfor at hver enkelt tilskuddsforvalter har liten mulighet for å etterprøve om de rapporterte og regnskapsførte kostnadene reelt er knyttet til det prosjektet eller den

aktiviteten som tilskuddet er ment å dekke. Unntaket er Kunnskapsdepartementet, som i tillegg til å være tilskuddsforvalter også er eier av enkelte av selskapene, og dermed har bedre forutsetninger for å kunne følge med på selskapenes drift.

Undersøkelsen viser at det for mange av selskapene er en risiko for ulovlig kryssubsidiering. For selskaper som har oppdragsfinansiert aktivitet av et visst omfang, er det viktig at det etableres fordelingsnøkler som sikrer at kostnader til støttefunksjoner/fellestjenester hos tilskuddsmottakerne blir riktig fordelt. Dersom kostnader til støttefunksjoner/fellestjenester som gjelder den oppdragsfinansierte aktiviteten, urettmessig belastes selskapenes tilskuddsfinansierte virksomhet, vil dette gi bedre regnskapsresultater for selskapenes konkurranseutsatte virksomhet. Det vil være ulovlig kryssubsidiering dersom et selskap oppnår overskudd på en slik måte. En slik kryssubsidiering vil også kunne gi tilskuddsmottakeren en konkurransemessig fordel i forhold til sine konkurrenter. Revisjonen mener at de kontrollsystemene som tilskuddsforvalterne har etablert, ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å avdekke og forhindre kryssubsidiering.

Videre benytter tilskuddsforvalterne i liten grad selskapenes årsregnskaper som kilde til informasjon om selskapenes virksomhet og bruk av tilskudd. For enkelte av selskapene er imidlertid Kunnskapsdepartementet både eier og tilskuddsforvalter, og har derfor bedre forutsetninger for å kunne vurdere tilskuddene opp mot selskapenes virksomhet. Kunnskapsdepartementet foretar en mer omfattende analyse og vurdering som forberedelse til generalforsamlingene og ved gjennomgangen av selskapenes rapportering om bruk av tilskudd.

Selskapenes årsregnskap er den eneste samlede framstillingen av hvordan selskapene forvalter tilskudd og andre inntekter. Informasjon fra regnskapene om hvor stor andel av virksomheten som finansieres gjennom tilskudd, og i hvilken grad selskapet går med overskudd og bygger opp egenkapitalen, vil gi tilskuddsforvalterne nyttig informasjon som grunnlag for videre oppfølging av selskapene. Riksrevisjonens tidligere undersøkelse viser at de statlige eierne i sin oppfølging av selskapenes regnskaper og kapitaloppbygging har lite oppmerksomhet mot om ubrukte tilskuddsmidler bidrar til kapitaloppbygging. Tettere dialog mellom tilskuddsforvalterne og selskapenes eiere om årsregnskapene kan etter revisjonens mening gi mer fullstendig og presis informasjon om de tilskuddene som selskapene mottar.

I *Norsk regnskapsstandard 4 (NRS 4)* pkt. 3.5 anbefales det at det i noter til regnskapet gis tilleggsopplysninger om tilskudd. Riksrevisjonens gjennomgang av selskapenes årsregnskaper viser at tilskuddene generelt er lite spesifisert både i selskapenes resultatregnskaper og i notene. Ofte mangler det opplysninger om hvor stor del tilskudd utgjør av selskapenes inntekter, hvem som har gitt tilskuddene, hvilke typer tilskudd som er mottatt, og hvordan de er periodisert.

3.3 Forskningsrådets kontrollordninger har ikke sikret at tilskuddene til selskapene blir brukt som forutsatt

Forskningsrådet er den vesentligste tilskuddsgiveren for de fleste selskapene som er omfattet av undersøkelsen, og utbetalte i overkant av 600 millioner kroner til selskapene i 2016.

Fram til 2012 hadde Forskningsrådet en regel om at timesatsen som noen av forskningsinstituttene kunne budsjettere med ved søknad om midler til FoU-prosjekter, ikke skulle overstige 1,6 promille av nominell årslønn. Fra 2012 ble denne øvre grensen fjernet i alle prosjektene som ble tildelt midler etter utlysninger samme år, slik at alle forskningsinstituttene skulle budsjettere med timesatser som de selv beregnet.

Med en gjennomsnittlig årslønn på 600 000 kroner tilsvarer 1,6 promille en timesats på 960 kroner. Både de gjennomsnittlig rapporterte timesatsene i Forskningsrådet, og særlig de høyeste timesatsene i prosjektregnskapsrapportene som Riksrevisjonen har gjennomgått, framstår som høye sammenlignet med en timesats på 960 kroner. Dersom det beregnes for høye timesatser, vil det være mulig for tilskuddsmottakeren å skape et overskudd i strid med forutsetningene for tilskuddene. Forskningsrådet opplyser at det foretar rimelighetsvurderinger av de timesatsene som benyttes. Når timesatsene i flere tilfeller har vært svært høye, mener Riksrevisjonen at Forskningsrådet burde vært mer kritiske til nivået på disse satsene.

Riksrevisjonen har merket seg at internrevisjonen i Forskningsrådet i sin årsrapport har pekt på at den ikke har ressurser til å foreta systematiske revisjoner av et utvalg institutter hvert år. Revisjonen mener at det samlede omfanget av Forskningsrådets faste kontroller og periodiske revisjoner ikke er tilstrekkelig til å kunne avdekke om selskapene rapporterer for høye timesatser, og på den måten bygger opp egenkapitalen i strid med forutsetningene for tilskuddene. I tillegg mener revisjonen at Forskningsrådet ikke har foretatt tilstrekkelige systematiske risikovurderinger på dette området.

Undersøkelsen viser at det er et visst omfang av kjøp og salg av FoU-tjenester mellom selskaper som begge mottar tilskudd fra Forskningsrådet. Hvis det statlige selskapet er en underleverandør i prosjektet, mener Forskningsrådet at underleverandøren kan benytte seg av markedsbaserte timesatser når den fakturerer sitt arbeid til prosjektansvarlig, og på den måten kunne gå med overskudd. Etter revisjonens vurdering er en slik organisering av tilskuddsfinansiert forskningsarbeid ikke i tråd med forutsetningene for tilskuddene.

Vedlegg 6:

Selskaper som omfattes av Riksrevisjonens
kontroll for regnskapsåret 2016

Selskaper som omfattes av Riksrevisjonens kontroll for regnskapsåret 2016

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 Helsenett 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
Åarjelhsaeminen 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
Kirkepartner AS	Deleid AS
Lillehammer ungdoms-OLs Organisasjonskomite AS	Deleid AS
Rogaland Teater AS	Deleid AS
Trøndelag Teater AS	Deleid AS
Kunnskapsdepartementet	
Studentsamskipnadene	Særlovselskap
Cessda AS	Heleid AS
Mechatronics Innovation Lab AS	Heleid AS
NSD (Norsk senter for forskningsdata) 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 (Universitetscenteret 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
Driv inkubator 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
Trådløse Trondheim AS	Deleid AS
TTO Nordland 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 Sávarelaboratoriet AS	Deleid AS
Nærings- og fiskeridepartementet	
SIVA SF	Statsforetak
Statkraft SF	Statsforetak
Innovasjon Norge	Særlovselskap
Ambita AS	Heleid AS
Argentum fondsinvesteringer AS	Heleid AS
Baneservice 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 Center Mongstad DA	Deleid ansvarlig selskap med delt ansvar
Statoil ASA	Deleid ASA
Samferdselsdepartementet	
Bane NOR SF	Statsforetak
Avinor AS	Heleid AS
NSB AS	Heleid AS
Nye Veier AS	Heleid AS
Reiseplan og billett AS	Heleid AS
Togmateriell AS	Heleid AS
Togvedlikehold AS	Heleid AS
Svinesundsforbindelsen AS	Heleid AS
Utenriksdepartementet	
NORFUND	Særlovselskap



18 4 588 3 6 554 735 394 216 2 577 634 492

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 978-82-8229-411-9

Forsideillustrasjon: Flisa Trykkeri AS

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Riksrevisjonens kontroll for 2016 har omfattet 45 heleide aksjeselskaper, 33 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. Blant disse er 17 studentsamskipnader.

For 2016 har Riksrevisjonen funnet grunnlag for merknader til statsrådets forvaltning av statens interesser under Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Kulturdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Landbruksdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementets, Olje- og energidepartementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet.

Riksrevisjonen har også merknader til tilskuddsforvaltningen under Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

HF

RHF

AS

ASA

SF



Riksrevisjonens hovedfunn

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016 har omfattet fem saksforhold:

Mål og indikatorer for måloppnåelse og effektiv drift i heleide selskaper der staten har en samfunnsmessig begrunnelse eller et sektorpolitisk mål med eierskapet

- For de fleste selskapene der staten har forretningsmessige og andre spesifikt definerte mål med eierskapet, baserer departementene sine vurderinger av samfunnsmessige effekter hovedsakelig på selskapenes finansielle resultater.
- Departementene har for mange av selskapene der staten har sektorpolitiske mål med eierskapet (kategori 4), gitt lite tydelige forventninger til selskapenes sektorpolitiske mål.
- De fleste styrene i kategori 4-selskapene setter egne mål for selskapets sektorpolitiske oppgaver, mens færre setter mål for effektiv drift.
- Departementene stiller i liten grad krav til innholdet i kategori 4-selskapenes rapportering om oppnåelse av sektorpolitiske mål og effektiv drift.

Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten

- Omfanget av reinnleggelse har økt svakt i perioden 2011–2016.
- Informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter, har ikke en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp.
- Helseforetakene følger ikke godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.

- Det er mulig å redusere omfanget av unødvendige reinnleggelse av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, gjennom en bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

Effektivitet i sykehus

- Det har vært en bedring i sykehusenes effektivitet.
- Det er store forskjeller i effektivitet mellom sykehusene, og det er fortsatt mulig å effektivisere pasientbehandlingen.
- Den offisielle statistikken gir unøyaktig informasjon om ventetid for hofteproteseoperasjoner.

Helseforetakenes håndtering av bierverv

- Ansatte i helseforetakene rapporterer i liten grad om bierverv.
- Systemene som er etablert for å rapportere og følge opp bierverv, brukes i liten grad.
- De regionale helseforetakene har ikke hatt god nok oppfølging av krav som er stilt i foretaksmøter.

Tilskudd til forskningsselskaper under Kunnskapsdepartementet

- De fleste av selskapene benytter tilskuddsmidler til å bygge opp egenkapital i strid med de forutsetninger for tilskudd som er satt i økonomibestemmelsene.
- Flere av tilskuddsforvalterne har i liten grad etablert tiltak for å sikre oppfølging av bruken av tilskudd.
- Forskningsrådets kontrollordninger har ikke sikret at tilskuddene til selskapene blir brukt som forutsatt.

Årlig kontroll

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

Tilgangskontroll med helseopplysninger i helseforetakene

Helse- og omsorgsdepartementet har etter påpekninger over flere ennå ikke har sørget for at helseforetakene har fått kontroll med tilganger til helseopplysninger.

Eierstyring i AS Vinmonopolet


Etter Riksrevisjonens vurdering er Helse- og omsorgsdepartementets forvaltning av statens eierinteresser i Vinmonopolet ikke i tråd med prinsipper for god eierstyring.

Oppfølging av tidligere rapporterte saker

Riksrevisjonen har fulgt opp én sak som tidligere har blitt rapportert til Stortinget. Dette gjelder styringen av selskaper der universiteter og høyskoler forvalter eierinteressene. Saken er avsluttet.

23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 701 320





Riksrevisjonen
Storgata 16
Postboks 8130 Dep
0032 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 7