

Riksrevisjonens undersøkelse av anskaffelser av konsulent tjenester i Direktoratet for e-helse

Vedlegg 4 til Dokument 3:14 (2020–2021)



Revisjonen er en del av Riksrevisjonens kontroll av disposisjoner i henhold til *lov om Riksrevisjonen § 9, første ledd og instruks om Riksrevisjonens virksomhet § 3b*. Revisjonen er gjennomført i samsvar med ISSAI 400/4000, internasjonale prinsipper og standarder for etterlevelsesrevisjon.

Forsidebilde: Til venstre Unsplash, til høyre Shutterstock / NTB.

ISBN-978-82-8229-514-7

Innhold

1	Sammendrag	3
2	Innledning	4
3	Revisjonens mål og problemstillinger	6
4	Revisjonskriterier	7
4.1	Revisjonskriterier til problemstilling 1	7
4.2	Revisjonskriterier til problemstilling 2	9
5	Metoder	12
5.1	Dokumentanalyse	12
5.2	Analyse av regnskapsdata	13
5.3	Intervjuer	13
6	Funn	14
6.1	Problemstilling 1: Er anskaffelsene av konsulent tjenester i tråd med anskaffelsesregelverket?	15
6.2	Problemstilling 2: Sikrer Direktoratet for e-helse gjennom styring og kontroll at bruken av konsulenter er i tråd med regelverket for økonomistyring i staten?	23
7	Konklusjoner	34
7.1	Direktoratet etterlever ikke kravene til konkurranse og likebehandling i tråd med anskaffelsesregelverket	35
7.2	Direktoratet etterlever ikke kravene til etterprøvnbarhet av vurderinger i anskaffelsesprosessen	35
7.3	Direktoratet har mangelfull kostnadskontroll for kjøp av konsulent tjenester	36
7.4	Direktoratet har mangelfulle prosesser for å redusere avhengigheten av konsulent bruk	37

1 Sammendrag

Direktoratet for e-helse er et fag- og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet ble etablert i 2016 for å styrke utviklingen på e-helseområdet. Direktoratet skal ivareta en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet har valgt å organisere dette arbeidet i blant annet programmer og prosjekter.

Direktoratet for e-helse har en uttalt strategi om å bruke konsulenter for å gjennomføre oppgavene. Et betydelig omfang av konsulentanskaffelser stiller krav til at direktoratet etablerer en styring og kontroll som ivaretar tilliten til at direktoratets anskaffelser gjennomføres etter regelverket. Det er videre viktig for å skape tillit til at fellesskapets midler brukes på en god måte.

I perioden 2016–2020 har direktoratet gjennomført om lag 550 minikonkurranser på rammeavtaler for IT-konsulenttjenester for til sammen 1,2 milliarder kroner.

Målet med revisjonen av anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse har vært å undersøke om direktoratet kjøper og styrer konsulenttjenester i tråd med anskaffelsesregelverket og økonomiregelverket i staten.

Revisjonen har tatt utgangspunkt i følgende revisjonskriterier:

- *lov om offentlige anskaffelser*
- *forskrift om offentlige anskaffelser*
- *reglement for økonomistyring i staten*
- *bestemmelser om økonomistyring i staten*

Revisjonen er gjennomført ved analyse av dokumenter og regnskapsdata for perioden 2016–2020. Analysene er fulgt opp med intervjuer av Direktoratet for e-helse. Anskaffelsene vi har kontrollert er hentet fra direktoratets tre største programmer og prosjekter målt i utgifter til konsulenttjenester i 2020; prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi*.

Revisjonens hovedfunn:

- Direktoratet etterlever ikke kravene til konkurranse og likebehandling i tråd med anskaffelsesregelverket.
- Direktoratet etterlever ikke kravene til etterprøvbare vurderinger i anskaffelsesprosessen.
- Direktoratet har mangelfull kostnadskontroll for kjøp av konsulenttjenester.
- Direktoratet har mangelfulle prosesser for å redusere avhengigheten av konsulentbruk.

Utkast til revisjonsrapport ble lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 26. mars 2021. Departementet har i brev av 23. april 2021 gitt kommentarer til rapporten. Departementets kommentarer er i hovedsak innarbeidet i endelig rapport.

2 Innledning

Media skrev i 2020 en rekke kritiske artikler om anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse. Stortinget fulgte opp med spørsmål til statsråden om konsulentbruken i direktoratet.¹

Direktoratet for e-helse er et fag- og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.² Direktoratet skal bidra til et enklere Helse-Norge med kvalitet, økt pasientsikkerhet og mer effektive helse- og omsorgstjenester.³ Det ble etablert i 2016, med utgangspunkt i divisjon for e-helse i Helsedirektoratet.

Direktoratet har ved to anledninger i 2020 redegjort for bruken av konsulenttjenester til departementet.⁴ Departementet ba om opplysninger om direktoratets konsulentbruk og særlig om anskaffelsen av konsulenttjenester til prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson* i 2018.

Direktoratet for e-helse har ansvar for utredninger og utviklingsoppgaver, som blant annet organiseres i programmer og prosjekter.⁵ I 2020 hadde direktoratet ansvar for ti utviklingsprogrammer/prosjekter.⁶

De store programsatsingene til Direktoratet for e-helse er nasjonale satsninger for hele helsesektoren, hvor direktoratet har en koordinerende rolle.

Direktoratet benytter i stor grad innleide konsulenter i arbeidet. Dette er en strategi som direktoratet har benyttet i flere år. Formålet er å ha en fleksibel organisasjon og kunne justere tilgangen til ulike typer kompetanse. Direktoratet for e-helse benytter konsulenter:

- for å hente inn kompetanse eller øke kapasiteten når direktoratet eller andre aktører som deltar i de nasjonale programmene ikke har mulighet til å benytte egne ansatte til en oppgave
- ved behov for ekstra kapasitet i en tidsavgrenset periode
- ved behov for spisskompetanse som direktoratet, eller andre aktører som deltar i de nasjonale programmene, ikke har selv⁷

Konsulentene har viktige roller i direktoratets oppgaveløsning. I flere av programmene og prosjektene er de innleide konsulentene program- eller prosjektledere. Direktoratet bruker også konsulenter som samarbeidspartnere og som støtte til interne program- og prosjektledere.

I perioden 2016–2020 har direktoratet kjøpt konsulenttjenester for 1,2 milliarder kroner.⁸

I perioden 2016–2019 har andelen innleide konsulenter utgjort fra om lag 20 til 30 prosent av totale årsverk.⁹ I 2020 ble antall ansatte i direktoratet redusert med 183 som følge av ny organisering av e-helseområdet. Direktoratet for e-helse har totalt 170 ansatte i 2020. Andelen konsulenter i 2020 er derfor ikke sammenlignbar med tidligere år.

Direktoratet for e-helse har rammeavtaler for kjøp av konsulenttjenester på IT-området. Ved kjøp (avrop) på rammeavtalene gjennomfører direktoratet minikonkurranser. En minikonkurranse vil si at en kontrakt tildeles etter en konkurranse mellom leverandørene på rammeavtalen.

¹ Brev av 6. oktober 2020 fra kontroll- og konstitusjonskomiteen til statsråd Høie, Stortingsbehandling av interpellasjon nr. 10 (2020–2021) 13. oktober 2020, brev av 3. november 2020 fra kontroll- og konstitusjonskomiteen til statsråd Høie.

² Direktoratet ble opprettet 1. januar 2016, og har i oppdrag å styrke digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren i Norge. Direktoratet skal sørge for nasjonal styring og koordinering av IKT-området i samarbeid med helseforetak, kommuner, fagmiljø og interesseorganisasjoner. Før 2016 ble dette arbeidet utført av divisjon for e-helse i Helsedirektoratet.

³ Årsrapport 2020 for Direktoratet for e-helse, s. 7.

⁴ Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse, 17. august 2020 og *Utfyllende opplysninger om bruk av konsulenttjenester*, brev fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet, 28. september 2020.

⁵ Digitaliseringsdirektoratet forklarer forskjellen på program og prosjekt slik:

«Eit prosjekt er ein foreløpig organisasjon etablert for å levere eitt eller fleire produkt som skal realisere den avtalte prosjektgrunninga.

Eit program er ei samling av prosjekt med eit felles overordna mål, som saman skal bidra til forandringar og gevinstar i ein eller fleire verksemder eller sektorar.»

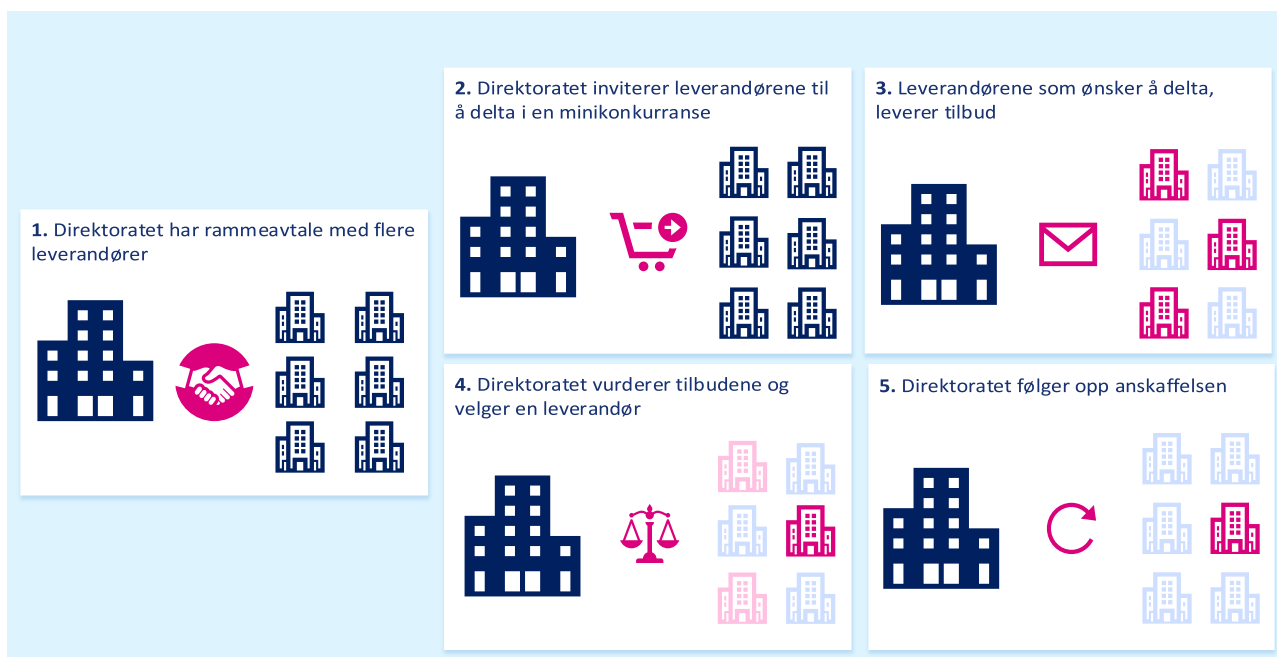
⁶ Mottatt oversikt fra direktoratet.

⁷ Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse 17 august 2020.

⁸ Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse 17 august 2020, e-post fra Direktoratet for e-helse 16. mars 2021.

⁹ Prop. 1 S (2020–2021) Helse- og omsorgsdepartementet s. 171.

Figur 1 Slik gjennomføres anskaffelser gjennom avrop på rammeavtale



Kilde: Riksrevisjonen

Figur 1 viser hvordan direktoratet gjennomfører anskaffelser ved avrop på rammeavtaler. Leverandørene på rammeavtalen inviteres til å delta i en minikonkurranse, og direktoratet vurderer hvilken leverandør som har best tilbud utfra kravene som er stilt i konkurransen (konkurransesgrunnlaget). Etter at kontrakt er inngått skal direktoratet blant annet påse at eventuelle endringer i kontrakten er i tråd med anskaffelsesregelverket og at kostnadene som påløper er i tråd med det som er avtalt.

Riksrevisjonen besluttet høsten 2020 å undersøke direktoratets anskaffelsespraksis og styring og kontroll med bruken av innleide konsulenter. Vi har undersøkt anskaffelser i prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi*.

Faktaboks 1 Beskrivelse av prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi*

Prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson* skal bidra til enklere og sikrere tilgang til pasient- og brukeropplysninger for helsepersonell og at innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester.

Helsedataprogrammet skal gjøre det enklere å gjennomføre analyser og sette sammen helsedata på tvers av ulike datakilder.

Program kodeverk og terminologi skal realisere et felles språk i helse- og omsorgstjenestene.

Kilde: e-helse.no

Denne revisjonen kommer i tillegg til en undersøkelse av den overordnede styringen av arbeidet med prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*.

3 Revisjonens mål og problemstillinger

Målet med revisjonen er å undersøke om Direktoratet for e-helse kjøper og styrer konsulenttenester i tråd med anskaffelsesregelverket og økonomiregelverket i staten.

Målet er besvart gjennom følgende to problemstillinger:

1. Er anskaffelsene av konsulenttenester i tråd med anskaffelsesregelverket?
2. Sikrer Direktoratet for e-helse gjennom styring og kontroll at bruken av konsulenter er i tråd med regelverket for økonomistyring i staten?

Revisjonen omfatter anskaffelser utført i perioden 2016–2020.

4 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er en beskrivelse av relevante normer og standarder som er aktuelle for denne revisjonen. Kriteriene danner grunnlaget for vurderingene og konklusjonene i revisjonsrapporten.

4.1 Revisjonskriterier til problemstilling 1

Lov om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven) skal fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser. Loven skal også bidra til at det offentlige opptre med integritet, slik at allmennheten har tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte, jf. anskaffelsesloven § 1.

Ifølge anskaffelsesloven § 4 skal oppdragsgiver opptre i samsvar med grunnleggende prinsipper om konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvnbarhet og forholdsmessighet. Vi legger til grunn at det blant annet innebærer at oppdragsgiver skal sikre at en anskaffelse så langt som mulig baserer seg på konkurranse, at leverandørene behandles likt gjennom hele anskaffelsesprosessen, og at det kan dokumenteres hvordan anskaffelsen er gjennomført.

I forbindelse med Stortingets behandling av forslaget til anskaffelsesloven viser næringskomiteen til at arbeidet med offentlige anskaffelser må underlegges god styring, planlegging og oppfølging, og at det må være hensiktsmessig organisert.¹⁰ Det er viktig at anskaffelser gjennomføres planmessig etter en fastlagt prosess som omhandler planlegging (behovsvurderinger), gjennomføring (konkurransgjennomføring) og oppfølging og forbedringer. Prosessen skal sikre at anskaffelsesarbeidet blir godt styrt og profesjonelt gjennomført.

4.1.1 Like konkurransevilkår

Konkurranse og likebehandling er grunnleggende prinsipper i anskaffelsesregelverket. Det følger av disse prinsippene at direktoratet har ansvaret for en rettferdig konkurranse.

Konkurransen skal være reell. Dersom man i planlegging og gjennomføring av en anskaffelse, gir uttrykk for at en spesifikk leverandør er ønsket, innebærer det en begrensning i konkurransen. Dette bryter med anskaffelseslovens grunnleggende krav om konkurranse og likebehandling. Det samme gjelder formuleringer om at det ikke er ønskelig eller nødvendig at andre leverandører deltar i konkurransen.

4.1.2 Dokumentasjonsplikt og etterprøvnbarhet

Oppdragsgiveren skal begrunne viktige beslutninger i anskaffelsesprosessen, og vurderingene skal dokumenteres, jf. anskaffelsesforskriften § 7-1 første ledd.

Hovedformålet er at dokumentasjonen samlet sett skal gi oversikt over og begrunne vesentlige valg og forhold i anskaffelsen. Bakgrunnen for dokumentasjonsplikten er at det skal være mulig å etterprøve hvilke vurderinger virksomheten har gjort og om anskaffelsen er gjennomført i tråd med anskaffelsesregelverket.

Det er oppdragsgiver som har bevisbyrden for at anskaffelser er gjennomført i tråd med anskaffelsesregelverket. Det vil si at virksomheten har ansvaret for å sannsynliggjøre at de beslutningene som er tatt, er i henhold til regelverket. Manglende dokumentasjon fører til at virksomheten ikke kan bevise at regelverket er fulgt, for eksempel i en eventuell tvist eller ved en ekstern vurdering. Dokumentasjonsplikten er også viktig for virksomhetens internkontroll.

Oppdragsgiver har i en rekke tilfeller adgang til å utvise skjønn ved vurderingen av forhold som er vesentlige ved gjennomføringen av anskaffelser og praktisering av regelverket. Vi legger til grunn at det som regelverket definerer som krav eller forhold som må vurderes, skal dokumenteres, men at virksomheten har et visst skjønn ved vurderingen av om forholdene foreligger og kravene er oppfylt.

¹⁰ Innst. 358 L (2015–2016) Innstilling fra næringskomiteen til lov om offentlige anskaffelser.

Eksempler på dette er

- om en endring i en kontrakt er lovlig, eller om det er behov for å gjennomføre en ny konkurranse
- om varigheten på avtaler foretatt som minikonkurranse på en rammeavtale er lovlig

En nærmere beskrivelse av disse eksemplene er gitt under punktene «Endringer i kontrakt» og «Varighet på rammeavtale».

Vurderinger av vesentlige endringer i kontrakten fører også til at dokumentasjonsplikten gjelder så lenge kontrakten varer.

Mangelfull eller manglende dokumentasjon av vesentlige forhold og vurderinger kan også innebære risiko for at det foreligger en ulovlig direkte anskaffelse. En ulovlig direkte anskaffelse regnes som et særlig grovt brudd på regelverket siden det unndrar kontrakten fra åpen konkurranse.

Endringer i kontrakt

Ved endringer i kontrakten må direktoratet vurdere om endringen er tillatt, jf. *forskrift om offentlige anskaffelser* (anskaffelsesforskriften) §§ 28-1 og 28-2. En endring kan for eksempel være der oppdragsgiveren utvider avtalen ved å bruke konsulentene i større omfang enn det som ble utlyst i konkurransen. For at det skal være et brudd på regelverket, må endringen være vesentlig og ikke være omfattet av unntaksbestemmelsene i anskaffelsesregelverket. Dette er en konkret vurdering som må gjøres i hvert enkelt tilfelle.

Reglene om vesentlige endringer av kontrakten er et utslag av de grunnleggende prinsippene om likebehandling og etterprøvnbarhet. De samme prinsippene gjør at oppdragsgiverens mulighet til å gjøre endringer i en konkurranse (det vil si før signering av kontrakt) også er begrenset.

Direktoratet må vurdere om en endring er vesentlig, og om det i så fall må gjennomføres en ny konkurranse. Vi legger til grunn at vurderinger av vesentlige endringer skal dokumenteres, jf. anskaffelsesforskriften § 7-1.

Vesentlige endringer av kontrakten uten at det er gjennomført en ny konkurranse, kan bryte med de grunnleggende prinsippene i anskaffelsesloven og utgjøre en ulovlig direkte anskaffelse.

Varighet på rammeavtaler

En rammeavtale er en avtale som oppdragsgiveren inngår med én eller flere leverandører, og som fastsetter kontraktsvilkårene for de kontraktene oppdragsgiveren skal inngå i løpet av en bestemt periode.¹¹

Hensikten med slike avtaler er å forenkle og redusere arbeidet i forbindelse med en anskaffelse. Med en rammeavtale behøver ikke oppdragsgiveren gjennomføre en hel anskaffelsesprosedyre hver gang noe skal anskaffes. Kjøp (avrop) på rammeavtalen kan skje ved minikonkurranse, jf. anskaffelsesforskriften § 26-3, annet ledd. En minikonkurranse vil si at en kontrakt tildeles etter en konkurranse mellom leverandørene på rammeavtalen.

En oppdragsgiver kan ikke inngå rammeavtaler for mer enn fire år, med mindre det foreligger særlige forhold, for eksempel knyttet til avtalens formål, investeringskostnader eller brukerens behov, jf. anskaffelsesforskriften § 26-1 fjerde ledd. Bakgrunnen for dette er hensynet til konkurranseprinsippet i anskaffelsesloven § 4.

Hvor lang varighet en kontrakt som er inngått med bakgrunn i en rammeavtale kan ha, er ikke direkte regulert i anskaffelsesforskriften. Det følger av EUs innkjøpsdirektiv artikkel 62 at et avrop på en rammeavtale kan ha en varighet som er lengre enn rammeavtalen.¹² Det som er avgjørende er hvor lenge virksomheten har behov for varen eller tjenesten som skal anskaffes. Dette er en konkret vurdering som må gjøres i hvert tilfelle.

Hensynet til konkurranse ligger til grunn for fireårsprinsippet for rammeavtaler. Et avrop som varer lenge etter at rammeavtalen er gått ut, kan anses som en omgåelse av bestemmelsen om at en rammeavtale ikke

¹¹ *Forskrift om offentlige anskaffelser* § 4-1 bokstav i.

¹² *Europaparlaments- og rådsdirektiv 2014/24/EU*.

skal ha en lengre varighet enn fire år. Det innebærer for eksempel at jo lenger et avrop varer utover rammeavtalen, desto viktigere vil det være å dokumentere en vurdering av behovet, jf. anskaffelsesloven § 4 og kravet til etterprøvnbarhet.

4.1.3 Forholdet til eldre lovgivning

Den nye anskaffelsesloven og anskaffelsesforskriften trådte i kraft 1. januar 2017, og erstattet det gamle regelverket.¹³

Noen av anskaffelsene som omfattes av denne undersøkelsen, er gjennomført etter gammelt regelverk. Det vil gå fram av notehenviisningene hvilket regelverk som er lagt til grunn.

4.2 Revisjonskriterier til problemstilling 2

Regelverket for økonomistyring i staten (økonomiregelverket) består av *reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet) med tilhørende bestemmelser og rundskriv. Bestemmelsene og rundskrivene utdyper hovedreglene i reglementet.

Formålet med økonomiregelverket er blant annet at statlige midler skal brukes i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger og at statlige midler skal brukes effektivt, jf. økonomireglementet § 1. Økonomiregelverket konkretiserer bevilgningsreglementet som er vedtatt av Stortinget.

Det følger av de grunnleggende prinsippene i økonomiregelverket at virksomheter skal sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag.¹⁴ Alle virksomheter skal etablere systemer og rutiner som sikrer at måloppnåelse og resultater står i et tilfredsstillende forhold til fastsatte mål og resultatkrav.¹⁵

Internkontrollen skal være tilpasset risiko og vesentlighet og virksomhetens egenart, og den skal dokumenteres. Direktoratet har en omfattende bruk av konsulenttjenester. Vi legger til grunn at direktoratet må ta hensyn til dette i utformingen av internkontrollen. Ved større anskaffelser kreves det egne rutiner og metoder for å sikre kontroll med prosjektet.¹⁶

4.2.1 Oppfølging av kontrakt og avtaler

Direktoratet må sikre at de har kontroll med de økonomiske rammene for anskaffelsene, jf. økonomibestemmelsene punkt 2.4 og 5.3.8. Dette innebærer blant annet å følge opp kostnadsutviklingen i kontraktene med leverandørene.

Oppdragsgiver har ansvaret for at det er samsvar mellom det som er avtalt, og oppdraget som utføres. Virksomheten skal gjennomføre kontroll med at fakturaene er i henhold til det som er avtalt, jf. økonomibestemmelsene punkt 5.3.5.2.

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring beskriver på sine fagsider om offentlige anskaffelser at kontraktsoppfølging og kontroll er viktig. Grunnen er blant annet for at oppdragsgiveren skal vite hvilke endringer som lovlig kan gjøres i en kontrakt, og hvilke som ikke kan gjøres uten at det innebærer at man i realiteten gjør en ulovlig direkte anskaffelse. En god kontraktsoppfølging skal bidra til

- bedre vurderinger av om leveransen er i tråd med kontrakt og tilbud
- god dialog med leverandør under gjennomføringen
- økt læring hos begge parter og forbedrede anskaffelsesprosesser
- dokumenterte erfaringer til senere anskaffelser

¹³ Lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr. 69 og forskrift til offentlige anskaffelser av 7. april 2006 nr. 402. Begge opphevet ved lov 17. juni 2016 nr. 73.

¹⁴ Økonomireglementet § 4 bokstav c.

¹⁵ Økonomireglementet § 14 bokstav b.

¹⁶ Økonomibestemmelsene punkt. 5.3.8.

4.2.2 Vurderinger

Risikovurdering

Det følger av økonomiregelverket at direktoratets ledelse skal etablere systemer, rutiner og tiltak (styring og kontroll) med vekt på blant annet identifisering av risikofaktorer som kan medvirke til at virksomhetens mål ikke nås.¹⁷ For å sikre en tilfredsstillende internkontroll må Direktoratet for e-helse

- gjennomføre en risikovurdering av bruken av innleide konsulenter, som også omfatter risikoen for å bli avhengig av enkeltleverandører eller enkeltkonsulenter
- iverksette tiltak basert på risikovurderingene

Behovsvurderinger

Stortingets bevilgningsreglement § 10 slår fast at utgiftsbevilgningene skal disponeres på en slik måte at ressursbruken og virkemidlene er effektive i forhold til de forutsatte resultatene.

Bestemmelser om økonomistyring i staten (økonomibestemmelsene) punkt 2.3 krever at virksomheten sørger for planlegging, gjennomføring og oppfølging av aktiviteter i samsvar med fastsatte mål og prioriteringer. Oppfølgingen omfatter også kjøp og bruk av konsulenttjenester. Konsulentoppdrag og prosjekter skal forankres i virksomheten.

Vi legger til grunn at direktoratet skal gjennomføre en vurdering av behovet for konsulenttjenester forut for anskaffelsene.

4.2.3 Kompetanseoverføring

I Innst. 96 S (2017–2018) til Dokument 3:6 (2016–2017) *Riksrevisjonens undersøkelse av konsulentbruk i staten* viser kontroll- og konstitusjonskomiteen til at staten ved kjøp av konsulenttjenester skal legge til rette for overføring av kompetanse fra konsulenten til de ansatte for å redusere virksomhetens behov for å kjøpe slike tjenester.

Komiteen viser til statens veileder for kjøp av konsulenttjenester¹⁸ og til at veilederen kan være et positivt bidrag til statlige virksomheters håndtering av konsulenttjenester. I veilederen går det blant annet fram at virksomhetene bør utarbeide en konkurransestrategi for å dokumentere prosessen og de ulike aktivitetene som må gjennomføres.

Det går også fram av veilederen at bevissthet om hva som er virksomhetens kjerneoppgaver, er et viktig grunnlag for å beslutte om en oppgave bør utføres av konsulenter. En slik bevissthet kan også bidra til å redusere risikoen for å gjøre seg for avhengig av enkelte konsulents kompetanse.

Vi legger til grunn at Direktoratet for e-helse skal sikre kompetanseoverføring fra konsulentene til egne ansatte der det er hensiktsmessig. Kompetanseoverføring er særlig viktig når konsulenter brukes til oppgaver som er en del av virksomhetens samfunnsoppdrag. Konsulentoppdrag og prosjekter skal forankres i virksomheten og organiseres og styres på en slik måte at kompetanseoverføring kan finne sted. Dette kan gjøres ved å

- utarbeide en strategi for overføring av kompetanse
- iverksette tiltak som bidrar til kompetanseoverføring

Kompetanseoverføring er viktig for å øke nytten av konsulentkjøpet og kan bidra til å redusere virksomhetens fremtidige behov for konsulentbruk i tilsvarende situasjoner.

4.2.4 Etisk regelverk

Etisk kvalitet på tjenesteyting og myndighetsutøvelse er en forutsetning for at innbyggerne skal ha tillit til statsforvaltningen. Kommunal- og moderniseringsdepartementet har vedtatt etiske retningslinjer for

¹⁷ Økonomibestemmelsene punkt. 2.4.

¹⁸ Direktoratet for forvaltning og ikt (Difi) er fra 1. januar 2020 samlet i det nye Digitaliseringsdirektoratet, som nå har ansvaret for veilederen. Veileder for kjøp av konsulenttjenester, januar 2016, oppdatert i henhold til nytt anskaffelsesregelverk som trådte i kraft 1. januar 2017.

statstjenesten. Målet med disse generelle etiske retningslinjene er at alle statsansatte skal være bevisste på dette.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet forutsetter at hver enkelt virksomhet med utgangspunkt i retningslinjene videreutvikler og styrker den etiske bevisstheten blant de ansatte, og slik legger et godt grunnlag for lederes og ansattes muligheter for etisk refleksjon. Den enkelte virksomhet må vurdere behovet for å supplere med egne retningslinjer tilpasset den enkelte virksomhets behov.

Direktoratet bruker konsulenter i stor grad i sin oppgaveløsning. Vi legger derfor til grunn at direktoratet har en internkontroll for etisk bevissthet og krav som også omfatter konsulentene. Det inkluderer blant annet krav til habilitet, taushetsplikt og andre forhold som ivaretar etisk kvalitet på tjenestene konsulentene utfører. Dette er også en forutsetning for at innbyggerne skal ha tillit til Direktoratet for e-helse.

5 Metoder

Problemstillingene i revisjonen er besvart gjennom dokumentanalyse av enkeltanskaffelser og styringsdokumentasjon, analyse av regnskapsdata og intervjuer.

Datainnsamlingen er gjennomført i perioden oktober 2020 til mars 2021.

5.1 Dokumentanalyse

5.1.1 Anskaffelsesdokumentasjon

Vi har analysert anskaffelsesdokumentasjonen for til sammen 14 enkeltanskaffelser.

To av anskaffelsene tilhører prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*, fire tilhører *Helsedataprogrammet* og åtte er anskaffelser til *Program kodeverk og terminologi*.¹⁹

Grunnen til at vi har analysert anskaffelser i flere programmer og prosjekt, er å vurdere direktoratets anskaffelsespraksis i et større og videre omfang. Vi har valgt anskaffelser i prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi* fordi disse er de tre største programmene og prosjektene målt i utgifter til konsulenttjenester i 2020. De 14 anskaffelsene innbefatter kjøp av ledelsesroller og andre sentrale roller i programmene/prosjektene. Bakgrunnen for dette utvalget er at slike roller og oppgaver er sentrale for at direktoratet skal få gjennomført samfunnsoppdraget.

5.1.2 Rapportering fra direktoratet til departementet

Vi har også brukt dokumentanalyse til å undersøke hva Direktoratet for e-helse har rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet. Analysen omfatter følgende dokumenter:

- årsrapporter i perioden 2016–2020
- referat fra etatsstyringsmøter i perioden 2016–2020
- *Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse*, rapport fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet 17. august 2020
- *Utfyllende opplysninger om bruk av konsulenttjenester*, brev fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet, 28. september 2020

5.1.3 Interne styringsdokumenter

Vi har gjennomført dokumentanalyse av interne styringsdokumenter som er relevante for direktoratets arbeid med anskaffelser av konsulenttjenester. Analysen omfatter følgende dokumenter:

- *intern veileder for gjennomføring av minikonkurranser og avrop Konsulenttjenester IKT*
- *intern rutinebeskrivelse for avrop med minikonkurranse*

5.1.4 Øvrig dokumentasjon

I perioden oktober 2020 – mars 2021 har vi også kommunisert med Direktoratet for e-helse per e-post for å avklare ulike spørsmål, innhente dokumentasjon og sikre at vi har en riktig forståelse av relevante forhold i revisjonen. Følgende dokumenter er benyttet i dokumentgjennomgangen:

- Direktoratets presentasjoner i intervjuene med Riksrevisjonen
- Organisasjonskart for prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi*
- Oversikt over direktoratets portefølje 2020
- Oversikt over personer i ledende roller i direktoratets programmer og prosjekter i perioden 2016–2020
- E-postutveksling mellom Direktoratet for e-helse og utvalgte leverandører av konsulenttjeneste

¹⁹ Anskaffelsene har saksnummer 15/255 og 18/851 (*Én innbygger – én journal/Akson*); 16/364, 16/1111, 17/151 og 20/26 (*Helsedataprogrammet*) og 16/473, 17/841, 19/310, 19/1000, 19/1001, 19/1002, 19/1003 og 19/1119 (*Program kodeverk og terminologi*).

- Brev fra Direktoratet for e-helse til leverandør av konsulenttjenester
- Direktoratets rutiner og retningslinjer utarbeidet i 2020/21:
 - *Retningslinjer for konsulentbruk*, godkjent 12. januar 2021
 - *HR-strategi 2020–2023*, med vedlegg
 - *Retningslinjer for vurdering av habilitet og konkurransefordeler i direktoratets anskaffelser*, godkjent 6. oktober 2020
 - *Etiske retningslinjer for alle ansatte i Direktoratet for e-helse*, september 2020
- Utdrag fra Prosjektmodellen i direktoratet, beskrivelse av roller og ansvar
- Oversikt over utviklingen av antall ansatte i direktoratet fra 2016

5.2 Analyse av regnskapsdata

Ved hjelp av Riksrevisjonens datafangstløsning har vi innhentet regnskapsdata for 2020. Dataene har blitt benyttet som grunnlag for valg av programmer og prosjekt, som er beskrevet i avsnittet om dokumentanalyse ovenfor.

Vi har gjennomført analyser av regnskapsdataene for de 14 anskaffelsene i prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson, Helsedataprogrammet og Program kodeverk og terminologi* for årene 2016 til og med 2020. For hvert av dem har vi mottatt en fil fra direktoratet med enkeltransaksjonene fra regnskapet for årene 2016–2020.²⁰

Analysene inkluderer også et utvalg fakturaer med tilhørende timelister, som er hentet ut fra fakturasystemet. En sammenstilling av regnskapsdataene gir informasjon om både den årlige og totale kostnaden for innleide konsulenter per program/prosjekt og kontrakt. Kostnadene er vurdert opp mot kontraktsverdiene som estimeres i forkant av en kontraktsinngåelse. Tall fra regnskapet er også brukt for å beregne hvor mange timer enkelte av konsulentene har fakturert for per måned.

5.3 Intervjuer

Vi har gjennomført følgende intervjuer for å belyse begge problemstillingene i revisjonen:

- 9. desember 2020: Intervju med ansatte i Direktoratet for e-helse ved konstituert direktør, avdelingsdirektør for HR og organisasjon, representant for juridisk avdeling og representanter for prosjektledelsen for prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*
- 25. januar 2021: Intervju med ansatte i Direktoratet for e-helse ved konstituert direktør, avdelingsdirektør for Organisasjon, innkjøpskoordinator, juridisk avdeling²¹ og representanter for prosjektledelsen for prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson, Helsedataprogrammet og Program kodeverk og terminologi*

Formålet med intervjuene var å få informasjon om direktoratets anskaffelsespraksis og styring og kontroll med bruken av konsulenter i de utvalgte programmene/prosjektet.

Referat fra begge intervjuene er verifisert.

²⁰ *Én innbygger – én journal/Akson* hovedbokuttrekk 2016–2020, *Helsedataprogrammet* hovedbokuttrekk 2016–2020 og *Program kodeverk terminologi* hovedbokuttrekk 2016–2020, alle mottatt fra Direktoratet for e-helse 2. mars 2021.

²¹ Avdelingen skiftet navn fra HR og organisasjon per 1. januar 2021.

6 Funn

I 2020 hadde Direktoratet for e-helse ansvaret for til sammen 10 programmer/prosjekter.²² Vi har undersøkt 14 anskaffelser som er gjort i perioden 2016–2020.²³ Anskaffelsene er knyttet til:

- Prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*
- *Helsedataprogrammet*
- *Program kodeverk og terminologi*

De 14 anskaffelsene er gjennomført ved konkurranse mellom leverandørene på eksisterende rammeavtaler, og har en samlet kostnadsramme på 389 millioner kroner.

Faktaboks 2 beskriver prosjektet og de to programmene. Direktoratet har anskaffet konsulenter i ledende roller i alle tre, og ett konsultentselskap har hatt en sentral rolle i hvert av dem. Direktoratet har også egne ansatte i ledende roller.

Faktaboks 2 Beskrivelse av de tre programmene/prosjektet

<i>Prosjektet Én innbygger – én journal/Akson (EIEJ)</i>	<i>Helsedataprogrammet (HDP)</i>	<i>Program kodeverk og terminologi (PKT)</i>
Prosjektet ble etablert i 2013. ²⁴	Programmet ble etablert i 2017.	Programmet ble etablert i 2015. ²⁵
Direktoratet har i 2020 brukt 19 millioner kroner på konsulenttjenester til prosjektet.	Direktoratet har i 2020 brukt 52 millioner kroner på konsulenttjenester til programmet.	Direktoratet har i 2020 brukt 57 millioner kroner på konsulenttjenester til programmet.
87 prosent av kostnadene gjelder ett konsultentselskap.	94 prosent av kostnadene gjelder ett konsultentselskap.	48 prosent av kostnadene gjelder ett konsultentselskap
Direktoratet har anskaffet konsulenter til prosjektlederrollen og til prosjektteamet.	Direktoratet har inngått avtale med denne leverandøren som strategisk hovedsamarbeidspartner, inkludert programlederrollen.	Direktoratet har anskaffet konsulenter til blant annet program- og prosjektlederroller.
Prosjektleder har fra 2013 til august 2020 vært den samme innleide konsulenten. Fra høsten 2020 er det en ansatt som er prosjektleder.	Leverandøren har ansvar for å tilby nødvendig kapasitet og kompetanse etter det direktoratet definerer av behov.	Fra oppstart var programmet ledet av en ansatt med en innleid konsulent som støtte. Fra 2019 har programleder vært innleid konsulent.
Direktør i direktoratet er prosjekteier.	Programeier er avdelingsdirektør i direktoratet.	Programeier er avdelingsdirektør i direktoratet.

Kilde: Riksrevisjonen basert på informasjon fra Direktoratet for e-helse.

²² Mottatt oversikt fra Direktoratet for e-helse 4. februar 2021.

²³ Bakgrunnen for valg av programmer/prosjekt og anskaffelsene er beskrevet i kapittel 5 *Metoder*.

²⁴ Arbeidet ble etablert i 2013 i Helsedirektoratet og fra 2016 videreført i Direktoratet for e-helse.

²⁵ Arbeidet ble etablert i 2015 i Helsedirektoratet og fra 2016 videreført i Direktoratet for e-helse.

6.1 Problemstilling 1: Er anskaffelsene av konsulentttjenester i tråd med anskaffelsesregelverket?

Direktoratet har inngått rammeavtaler med leverandører om kjøp av konsulentttjenester til IKT-utviklingsprosjekter. De gjennomfører kjøp (avrop) på rammeavtalene gjennom minikonkurranser. En minikonkurranse vil si at en kontrakt tildeles etter en konkurranse mellom leverandørene på rammeavtalen. Direktoratet har i perioden 2016–2020 gjennomført om lag 550 minikonkurranser på rammeavtalene for IKT-konsulentttjenester.²⁶

Anskaffelsene vi har undersøkt er alle avrop på disse rammeavtalene. Flere av anskaffelsene vi har undersøkt gjelder tjenester som det tidligere har vært gjennomført minikonkurranser på, men hvor kontrakten har utløpt. Siden det fortsatt har vært behov for tilsvarende tjenester, har direktoratet gjennomført nye minikonkurranser for disse tjenestene. Minikonkurransene må gjennomføres slik at det er en reell konkurranse og likebehandling av leverandørene som inviteres til å delta.

Oppsummering

Revisjonen viser at direktoratet informerer i konkurransegrunnlaget om at et oppdrag er en videreføring av et eksisterende oppdrag eller rolle. Å opplyse om hvilken leverandør direktoratet benytter i dag, er i utgangspunktet tillatt. Informasjonen må imidlertid gis på en slik måte at den ikke bidrar til å svekke konkurransen om oppdraget og dermed innebærer risiko for brudd på anskaffelsesregelverket.

Direktoratet har gitt denne typen informasjon i forbindelse med anskaffelser av konsulentttjenester i alle de tre undersøkte programmene/prosjektet. Vi har funnet brudd på anskaffelsesloven i sju av anskaffelsene vi har undersøkt.

Revisjonen viser også at direktoratet i fire av de undersøkte anskaffelsene, ikke oppfylder plikten til å dokumentere viktige beslutninger i anskaffelsesprosessen. Dersom direktoratet gjør endringer i kontrakter som de mener det foreligger hjemmel for, må disse vurderingene dokumenteres. Manglende eller mangelfull dokumentasjon av vesentlige forhold vil være et brudd på anskaffelsesregelverkets krav om etterprøvbarehet. Det gjør det også vanskelig både for virksomheten selv og for tredjepart å vurdere om en har holdt seg innenfor det regelverket tillater.

²⁶ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

6.1.1 Sikrer Direktoratet for e-helse reell konkurranse ved kjøp av konsulentttjenester?

Direktoratet må legge til rette for konkurranse. Det er i strid med de grunnleggende kravene til konkurranse og likebehandling i anskaffelsesloven § 4 å gi uttrykk for at det er en spesifikk leverandør som ønskes, eller på annet vis gi uttrykk for at det ikke er ønskelig at andre leverandører deltar i konkurransen.²⁷

Revisjonen viser følgende:

- Direktoratet opplyser i konkurransegrunnlaget at et oppdrag er en videreføring av et eksisterende oppdrag.
- I sju av anskaffelsene vi har undersøkt, har direktoratet brutt anskaffelsesregelverket ved å behandle eksisterende leverandør mer fordelaktig enn de andre leverandørene på rammeavtalen.
- I de sakene vi har undersøkt leverer bare eksisterende leverandør tilbud når opplysninger om videreføring av oppdrag, blir gitt. Det er risiko for at informasjonen svekker konkurransen og innebærer en risiko for brudd på anskaffelsesregelverket.

Lov om offentlige anskaffelser § 4

Oppdragsgiveren skal opptre i samsvar med grunnleggende prinsipper om konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvnbarhet og forholdsmessighet.

Direktoratet opplyser i konkurransegrunnlaget at oppdraget er en videreføring

I 10 av de 14 undersøkte anskaffelsene har direktoratet opplyst i konkurransegrunnlaget, at de allerede har en leverandør på oppdraget. Dette er formulert på følgende måter:

1. «Helsedirektoratet har i forstudien i dag tilsvarende funksjoner dekket av ekstern leverandør. Utlysningen innebærer en videreføring av tilsvarende roller, og kontinuitet er i utgangspunktet ønskelig.» (Avrop 15/255 i prosjektet *Én innbygger – én journal*)²⁸
2. «Direktoratet for e-helse har denne rollen dekket av en leverandør i dag, og utlysningen er en videreføring av denne.» (Avrop 16/1111 i *Helsedataprogrammet*)
3. «For ordens skyld gjøres det oppmerksom på at rollen er besatt i dag.» (Avrop 17/841 i *Program kodeverk og terminologi*)
4. «NB! Utlysningen innebærer en videreføring av roller i et pågående prosjekt som også i dag er besatt med ressurser fra ekstern leverandør.» (Avrop 18/851 i prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*)
5. «For ordens skyld gjøres det oppmerksom på at dette er en videreføring av et oppdrag som i dag er dekket av [leverandøren]. Vedkommende leverandør har opparbeidet seg god erfaring gjennom oppdraget. De øvrige leverandørene fritas derfor for tilbudsplikten²⁹ i denne konkurransen.» (Avropene 19/1000, 19/1001, 19/1002, 19/1003 og 19/1119 i *Program kodeverk og terminologi*)
6. «Programmets varighet vil bli lenger enn det vi planla i 2017, og derfor forlenges også behovet for kontrakt med hovedsamarbeidspartner. Den nåværende leverandøren har gjennom oppdraget opparbeidet seg betydelig innsikt og erfaring og har vist en solid leveranseevne og oppdragsforståelse. Øvrige leverandører fritas derfor fra tilbudsplikten.»³⁰ (Avrop 20/26 i *Helsedataprogrammet*)

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser³¹ at direktoratet har fulgt DFØs veileder hvor det går fram en anbefaling om følgende:

²⁷ Noen av anskaffelsene som er tatt med i dette kapitlet (15/255 og 16/1111) er gjennomført etter gammelt regelverk. Det er ingen endring i reglene om konkurranseprinsippet fra gammelt til nytt regelverk. Konkurransprinsippet var nedfelt i den tidligere anskaffelsesloven (*lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr. 69*) § 5. Det følger av NOU (2014: 4) at selv om det ble foreslått betydelige regeltekniske endringer, var endringene ikke ment å innebære noen realitetsendring.

²⁸ Anskaffelsen er gjennomført av Helsedirektoratet/Direktoratet for e-helse, jf. *Tildelingsskjema for Rammeavtale for Konsulenttjenester innen IKT*.

²⁹ Formuleringen om at øvrige leverandører fritas for tilbudsplikten, skyldes ifølge direktoratet at det i den nye rammeavtalen (19/1057) er lagt inn en plikt for leverandørene på om å levere tilbud. Det går fram av direktoratets *Veileder for gjennomføring av minikonkurranser og avrop Konsulenttjenester IKT* pkt. 5 at «Det er tilbudsplikt i minikonkurransene, dog er den så vagt formulert at det ikke får følger om leverandøren ikke leverer tilbud i alle konkurransene.»

³⁰ Formuleringen om at øvrige leverandører fritas for tilbudsplikten, skyldes ifølge direktoratet at det i den nye rammeavtalen (19/1057) er lagt inn en plikt for leverandørene på om å levere tilbud. Det går fram av direktoratets *Veileder for gjennomføring av minikonkurranser og avrop Konsulenttjenester IKT* pkt. 5 at «Det er tilbudsplikt i minikonkurransene, dog er den så vagt formulert at det ikke får følger om leverandøren ikke leverer tilbud i alle konkurransene.»

³¹ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet, 23. april 2021.

«Vær ryddig – særlig dersom det finnes en konsulent som har hatt kontrakten frem til den konkurranseutsettes. Enhver forskjell i leverandørenes kunnskap om anskaffelsen kreves ikke utlignet, men som oppdragsgiver er du forpliktet til å utjevne forskjeller f.eks. ved å sørge for at all relevant informasjon er tilgjengelig for alle, at tidsfrister som skal nås er rimelige etc. Du bør også opplyse om hvilken leverandør din virksomhet benytter i dag.»
(vår understrekning)³²

Vi vurderer at DFØs anbefaling er å gi en konkret og nøytral saksopplysning. Direktoratet har gått lenger enn å oppgi eksisterende leverandørs navn i de anskaffelsene vi har undersøkt.

Direktoratet har uttalt seg om bakgrunnen for disse formuleringene:

- Direktoratet opplyser til departementet at informasjonen i avrop 18/851 *Forprosjekt Akson* ble tatt med fordi direktoratet tidligere hadde fått tilbakemelding fra leverandørene på rammeavtalene om at dette er informasjon de ønsker å kjenne til når de vurderer hvilke konkurranser de skal prioritere. Direktoratet opplyser også om følgende:

«For å sikre lik tilgang til slik informasjon, har direktoratet derfor hatt som praksis å opplyse om dette i konkurransegrunnlaget.»³³

- Direktoratet opplyser i intervju at bakgrunnen for å ta med informasjonen, er hensynet til forutberegnelighet for og likebehandling av leverandørene. Direktoratet uttaler at det er tids- og arbeidskrevende for en leverandør å komme med et tilbud. Derfor er det nyttig for dem å få informasjon om at det allerede er en ekstern leverandør på oppdraget, når de skal vurdere om de skal prioritere å levere inn tilbud.³⁴

Vi vurderer at direktoratet har en praksis om å gi informasjon til leverandørene om at kjøpet gjelder videreføring av roller i et pågående prosjekt. Slik vi vurderer det er direktoratet innforstått med at denne praksisen *kan* føre til at de får færre eller ingen konkurrerende tilbud.

Direktoratet innførte i oktober 2020 nye rutiner. Det er presisert at der det er behov for en videreføring av et eksisterende oppdrag, så skal konkurransefordelen den/de allerede innleide konsulentene har opparbeidet seg under det eksisterende oppdraget, utlignes. Veilederen viser til ulike måter dette kan gjøres på.³⁵ Veilederen gir ikke føringer for hvordan informasjon om at kjøpet gjelder videreføring, skal utformes for å sikre konkurranse og likebehandling.

I sju av anskaffelsene vi har undersøkt, har direktoratet brutt anskaffelsesregelverket

Å informere om at kontinuitet er ønsket, er i strid med prinsippet om konkurranse og likebehandling. I forbindelse med en anskaffelse til Helsedataprogrammet³⁶ opplyser direktoratet følgende i konkurransegrunnlaget:

«Programmets varighet vil bli lenger enn det vi planla i 2017, og derfor forlenges også behovet for kontrakt med hovedsamarbeidspartner. Den nåværende leverandøren har gjennom oppdraget opparbeidet seg betydelig innsikt og erfaring og har vist en solid leveranseevne og oppdragsforståelse. Øvrige leverandører fritas derfor fra tilbudsplikten.»³⁷ (eksempel 6 i lista ovenfor)

Én av leverandørene på rammeavtalen stilte følgende spørsmål:

³² *Veileder for kjøp av konsulenttjenester*, Difi Oslo januar 2016, side 17. Veilederen er oppdatert i henhold til nytt anskaffelsesregelverk som trådte i kraft 1. januar 2017.

³³ Utfyllende opplysninger om bruk av konsulenttjenester, brev fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet, 28. september 2020.

³⁴ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse, 25. januar 2021.

³⁵ *Veileder for gjennomføring av minikonkurranser og avrop Konsulenttjenester IKT*.

³⁶ Avrop 20/26.

³⁷ Formuleringen om at øvrige leverandører fritas for tilbudsplikten, skyldes ifølge direktoratet at det i den nye rammeavtalen (19/1057) er lagt inn en plikt for leverandørene på om å levere tilbud. Det går fram av direktoratets *Veileder for gjennomføring av minikonkurranser og avrop Konsulenttjenester IKT* pkt. 5 at «Det er tilbudsplikt i minikonkurransene, dog er den så vagt formulert at det ikke får følger om leverandøren ikke leverer tilbud i alle konkurransene.»

«Er dette en reell konkurranse eller vil [leverandør] med sine tidligere oppdrag ligge an til å vinne dette? Dersom [leverandør] er ønsket, bør det opplyses om det (slik det kanskje indirekte kan forstås), slik at ikke mange selskaper bruker mange hundre timer hver på å sette sammen tilbud.»

Direktoratet svarte leverandøren at dette var en videreføring av et oppdrag, og at øvrige leverandører på rammeavtalen derfor ble fritatt fra tilbudsplikten.³⁸

Direktoratet vedgår at formuleringen som ble gitt i konkurransegrunnlaget for denne anskaffelsen, er i strid med konkurranse- og likebehandlingsprinsippene i anskaffelsesloven:

«Hensynet til forutberegnelighet må veies opp mot hensynet til konkurranse. Dette er en balansegang som kan være krevende. I anskaffelsen 20/26 ser direktoratet at formuleringene som ble benyttet kunne forstås slik at det ikke var en reell konkurranse, og beklager dette.»³⁹

Vi vurderer at beskrivelsen av kvaliteten på arbeidet den eksisterende leverandøren har gjort, og informasjonen om at kontinuitet er ønskelig, er brudd på konkurranse- og likebehandlingsprinsippene i anskaffelsesloven § 4. I tillegg til denne anskaffelsen gjelder dette også anskaffelsene vist i eksempel 1 og 5 i lista ovenfor.

I de sakene vi har undersøkt er det bare eksisterende leverandør som gir tilbud når slike opplysninger blir gitt

I konkurransegrunnlaget for alle de ti avropene i lista ovenfor opplyser direktoratet om at kjøpet er en videreføring av et eksisterende oppdrag. Vi har undersøkt hvor mange leverandører som gir tilbud når konkurransegrunnlaget inneholder opplysninger om at et oppdrag er en videreføring av tilsvarende rolle.

Figur 2 Sammenhengen mellom informasjon i konkurransegrunnlag og antall tilbud

Anskaffelse	Er det gitt informasjon om at oppdraget er en videreføring?	Antall innkomne tilbud
EIEJ 15/255	Ja	1
EIEJ 18/851	Ja	1
HDP 16/364	Nei	5
HDP 16/1111	Ja	1
HDP 17/151	Nei	2
HDP 20/26	Ja	1
PKT 16/473	Nei	4
PKT 17/841	Ja	1
PKT 19/310	Nei	4
PKT 19/1000	Ja	1
PKT 19/1001	Ja	1
PKT 19/1002	Ja	1
PKT 19/1003	Ja	1
PKT 19/1119	Ja	1

EIEJ= Prosjektet Én innbygger – én journal/Akson, HDP=Helsedataprogrammet, PKT=Program kodeverk og terminologi

Kilde: Riksrevisjonen basert på anskaffelsesdokumentasjon.

Tabellen i figur 2 viser at direktoratet bare fikk tilbud fra eksisterende leverandør i de ti anskaffelsene der konkurransegrunnlaget inneholdt informasjon om at det var videreføring av en rolle. I de fire andre anskaffelsene, hvor denne informasjonen ikke ble gitt, kom det inn flere tilbud.

³⁸ Formuleringen om at øvrige leverandører fritas for tilbudsplikten, skyldes ifølge direktoratet at det i den nye rammeavtalen (19/1057) er lagt inn en plikt for leverandørene på om å levere tilbud. Det går fram av direktoratets *Veileder for gjennomføring av minikonkurranser og avrop Konsulenttjenester IKT* pkt. 5 at «Det er tilbudsplikt i minikonkurransene, dog er den så vagt formulert at det ikke får følger om leverandøren ikke leverer tilbud i alle konkurransene.»

³⁹ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse, 25. januar 2021.

Vår analyse indikerer at de øvrige leverandørene på rammeavtalen kan ha forstått konkurransegrunnlaget slik at direktoratet ønsket at kontrakten skulle gå til eksisterende leverandør, og derfor ikke ga tilbud i minikonkurransen. Det er risiko for at direktoratets praksis svekker konkurransen.

6.1.2 Sikrer Direktoratet for e-helse etterprøvnbarhet i anskaffelsene?

Direktoratet for e-helse skal oppfylle dokumentasjonsplikten etter anskaffelsesforskriften § 7-1, jf. § 25-5. Dokumentasjonsplikten innebærer at oppdragsgiveren skal dokumentere viktige beslutninger og vesentlige forhold for gjennomføringen av anskaffelser.

Dersom oppdragsgiveren ikke kan legge fram dokumentasjon i henhold til kravene, vil dette være et brudd på dokumentasjonsplikten. Dokumentasjon av viktige beslutninger er avgjørende for at det skal være mulig å etterprøve vurderingene og at de er fattet i henhold til regelverket, jf. anskaffelsesloven § 4 om etterprøvnbarhet.

Revisjonen viser følgende:

- Direktoratet har etter kontraktsinngåelsen gitt en annen konsulent rollen som programleder enn den som var avtalt.
- Direktoratet har inngått avtale om flere ressurser enn det som går fram av behovsbeskrivelsen i konkurransegrunnlaget.
- Direktoratet har gjort avrop (kjøp) på rammeavtale som har varighet utover hovedregelen i anskaffelsesregelverket.

Vi finner ikke dokumentasjon på at direktoratet har vurdert om disse forholdene er i henhold i regelverket.

Direktoratet har ikke en internkontroll som sikrer at vesentlige forhold i anskaffelsesprosessen blir dokumentert. God dokumentasjon er også viktig for direktoratets styring og kontroll med at anskaffelsene har gått riktig for seg.

Betydningen av dokumentasjon er viktigere, jo større og omfattende anskaffelsene er. Anskaffelsene vi har undersøkt, er hovedsakelige anskaffelser av betydelige verdi.

Helse- og omsorgsdepartementet er enig i at det i noen tilfeller ville vært en fordel om endringer i kontraktsforholdene, uavhengig av vesentlighet, i større grad hadde vært dokumentert skriftlig for å sikre sporbarhet. Departementet er også enig i at nivået på slik dokumentasjon må ses i sammenheng med omfanget av den enkelte kontrakt og av direktoratets konsulentbruk totalt sett.⁴⁰

Direktoratet har etter kontraktsinngåelse gitt en annen konsulent rollen som programleder enn den som var avtalt

I en anskaffelse til *Helsedataprogrammet* med total kostnadsramme på 90 millioner kroner, tiltrådte ikke konsulenten som leverandøren hadde tilbudt som programleder.⁴¹

Blant ressursene som ble etterspurt i konkurransen, var en person til å lede programmet.

I konkurransegrunnlaget heter det at:

«Ved evaluering av tilbudt kompetanse vil vi legge mest vekt på de navngitte ressursene som kan dekke oppgavene og rollene og som kan inngå i programteamet fra mars 2017.»

Det kom inn to tilbud. Leverandørene leverte tilbud med navngitte ressurser, inkludert konsulent i rollen som programleder. Kvalifikasjonene til de enkelte konsulentene ble presentert i CV.⁴² I utvelgelsesprosessen intervjuet direktoratet programleiderne.⁴³

I direktoratets vurdering av tilbudet fra leverandøren, står følgende:

⁴⁰ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁴¹ Avrop 17/151 *Helsedataprogrammet*.

⁴² Vedlegg til leverandørens tilbud.

⁴³ *Anskaffelse - Meddelelse om tildeling 17/151 - Strategisk samarbeidspartner for bistand med Helsedataplattformen*, brev datert 17. mars 2017 til leverandørene fra Direktoratet for e-helse.

«For den tilbudte programlederen fremheves det særdeles tung og relevant erfaring fra et svært stort, komplekst og politisk viktig program. I intervjuet fremstod den tilbudte konsulent som programleder som svært solid og reflektert, med stor forståelse for oppdraget, samt med relevant erfaring fra mange lignende utfordringer som vil bli aktuelt for Helsedataprogrammet. Denne erfaringen fra et stort program med sammenlignbar juridisk, politisk, organisatorisk og teknisk kompleksitet veier tungt.»⁴⁴

Direktoratet oppsummerte valget slik:

«Begge de to leverandørenes tilbudte ressurser scorer høyt på kompetanse og relevans for oppdraget i de skriftlige tilbudene. Tilbudet fra [leverandør] fremhever seg med den tilbudte ressursen til programlederrollen, som har den mest solide og sammenlignbare erfaringen til denne rollen. [leverandør] utmerker seg også i erfaring, refleksjon og konkrete virkemidler for rollen som strategisk samarbeidspartner.»⁴⁵

Dette viser at direktoratet i valget av leverandør, la stor vekt på den tilbudte programlederens kompetanse. Direktoratet vurderte at vedkommende hadde en særlig kompetanse og erfaring som veide tungt i valget av vinnertilbudet.

Alle leverandørene på rammeavtalen ble orientert om beslutningen og vurderingene, og direktoratet inngikk kontrakt med leverandøren om et team med de tilbudte ressursene, herunder programlederen.⁴⁶ Leverandøren startet arbeidet samme dag som kontrakten ble inngått.⁴⁷

Direktoratet opplyser at vedkommende som ble tilbudt som programleder aldri tiltrådte i rollen.⁴⁸ En annen konsulent fra den samme leverandøren ble i stedet programleder.⁴⁹ Vedkommende ble opprinnelig ikke tilbudt som programleder.⁵⁰ Han var ikke intervjuet til denne rollen, og heller ikke vurdert i rollen.⁵¹

Endringen av konsulent i rollen som programleder innebærer at forutsetningen direktoratet la til grunn for valg av leverandør, ikke lenger var til stede.

Det følger av kontrakten at det er tillatt å bytte ut konsulentene. Det er en forutsetning at den andre konsulenten har tilsvarende kompetanse og erfaring. Direktoratet har ikke dokumentert at de vurderte om endringen var tillatt, eller om endringen var vesentlig og om det derfor skulle vært gjennomført en ny konkurranse, jf. anskaffelsesforskriften § 28-3 bokstav a.

Den manglende dokumentasjonen av vurderinger gjør det ikke mulig å bringe på det rene om direktoratet vurderte om skiftet av konsulent kunne innebære et brudd på forutsetningene for konkurransen og eventuelt anskaffelsesregelverket. Det foreligger heller ikke dokumentasjon på at direktoratet har vurdert om konsulenten som tiltrådte som programleder hadde kompetanse for rollen.

Direktoratet har inngått avtale om flere ressurser enn det som går fram av behovsbeskrivelsen i konkurransegrunnlaget

I en anskaffelse til *Helsedataprogrammet*, med total kostnadsramme på 6 millioner kroner, ba direktoratet om en rolle i 50–100 prosent stilling som virksomhetsarkitekt/prosjektlederstøtte.⁵² Direktoratet viser i konkurransegrunnlaget til hvilke kvalifikasjoner *konsulenten* må ha.

Valgt leverandør tilbød to konsulenter, den ene i 20–100 prosent stilling og den andre i 50–100 prosent stilling. I tilbudet fra leverandøren heter det:

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ *Anskaffelse - Meddelelse om tildeling 17/151 - Strategisk samarbeidspartner for bistand med Helsedataplattformen*, brev datert 17. mars 2017 til leverandørene fra Direktoratet for e-helse.

⁴⁷ Jf. bilag 41702889.

⁴⁸ Svar fra Direktoratet for e-helse på spørsmål fra Riksrevisjonen, 24. februar 2021.

⁴⁹ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁵⁰ Jf. tilbudet fra leverandøren.

⁵¹ Det fremkommer av tildelingsmeddelelsen at: «Leverandørens motivasjon og egnethet til å ta rollen som samarbeidspartner har blitt utdypet i intervju av de to leverandørene, der også de tilbudte ressursene som programleder ble intervjuet.»

⁵² Avrop 16/1111: Dette avropet er gjort etter tidligere regelverk, jf. *lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr. 69 og forskrift til offentlige anskaffelser av 7. april 2006 nr. 402*. Ifølgende daværende forskrift § 3 var kravet til dokumentasjon den samme som etter någjeldende regelverk.

«De to konsulentene som er tilbudt vil fungere som et team, der innsatsen og timeuttaket underveis vil tilpasses direktoratets behov og budsjett.»

Direktoratet vurderte begge konsulentene og rangerte dem. De informerte alle leverandørene på rammeavtalen om hvilken leverandør som vant konkurransen, og meddelte at det ville bli inngått kontrakt med leverandøren om den konsulenten som direktoratet hadde rangert høyest.

Vi vurderer at den samlede anskaffelsesdokumentasjonen viser at *minikonkurransen* gjaldt kjøp av én konsulent.

Etter at meddelelsen var sendt, inngikk imidlertid direktoratet kontrakt med leverandøren om at *begge* konsulentene skulle bistå direktoratet. Det går fram av *anskaffelsesprotokollen* at:

«Konsulentene er tilbudt som et team, og vurderes til å være aktuelle for oppdraget.»

Direktoratet har ikke dokumentert at de vurderte om tilbudet var et vesentlig avvik fra konkurransegrunnlaget, og om tilbudet av den grunn skulle vært avvist, jf. anskaffelsesforskriften § 24-8. Den manglende dokumentasjonen av vurderinger gjør det ikke mulig å bringe på det rene om direktoratet vurderte om beslutningen de gjorde var i henhold til anskaffelsesregelverket.

Opprinnelig var avtalen inngått for ett år med ett års opsjon. Kontrakten ble avsluttet etter tre måneder. Vi har gjennomgått timelistene for disse tre månedene. Gjennomgangen viser at konsulentene til sammen arbeidet mer enn en 100 prosent stilling, som var det direktoratet hadde satt som maksimal ramme i konkurransegrunnlaget.

I konkurransegrunnlaget er det avtalt at leverandøren ikke kan fakturere mer enn 37,5 timer per uke. Det tilsvarer 154 timer per måned.⁵³ Direktoratet har ikke dokumentert at det var avtalt at konsulentene kunne arbeide mer.

Figur 3 Avtalte og fakturerte timer i avrop 16/1111 Helsedataprogrammet

Måned	Avtalt maksimalt antall timer	Fakturerte timer	Prosentvis avvik
Januar 2017	154	172,5	12 %
Februar 2017	154	305,5	98 %
Mars 2017	154	306	99 %
Sum	462	784	70 %

Kilde: Riksrevisjonen basert på anskaffelsesdokumentasjon og regnskapsdata fra Direktoratet for e-helse.

Tabellen i figur 3 viser maksimalt antall timer det kan faktureres per måned for en 100 prosent stilling (154 timer). Den viser også antall timer som ble fakturert i de tre månedene i avtaleperioden, og prosentvis avvik mellom avtalt timebruk og fakturert timebruk.

Av tabellen går det fram at konsulentene allerede den første måneden arbeidet mer enn det som var avtalt. I de to neste månedene har leverandøren fakturert nesten dobbelt så mye som konkurransegrunnlaget tilsier. Direktoratet har ikke dokumentert en vurdering av om denne endringen er i tråd med anskaffelsesregelverket, jf. anskaffelsesforskriften §§ 28-1 og 28-2. Den manglende dokumentasjonen gjør det ikke mulig å etterprøve om direktoratet har vurdert om beslutningen de gjorde var i henhold til anskaffelsesregelverket.

⁵³ 1700 timer per år/11 måneder. Juli er feriemåned og regnes ikke med.

Direktoratet har gjort avrop (kjøp) på rammeavtale som har varighet utover hovedregelen i anskaffelsesregelverket

Oppdragsgiveren kan ikke inngå rammeavtaler for mer enn fire år, med mindre det foreligger særlige forhold, for eksempel knyttet til avtalens formål, investeringskostnader eller brukerens behov, jf. anskaffelsesforskriften § 26-1 fjerde ledd. Det er tillatt å gjøre avrop (kjøp) på en rammeavtale som varer lengre enn rammeavtalen.

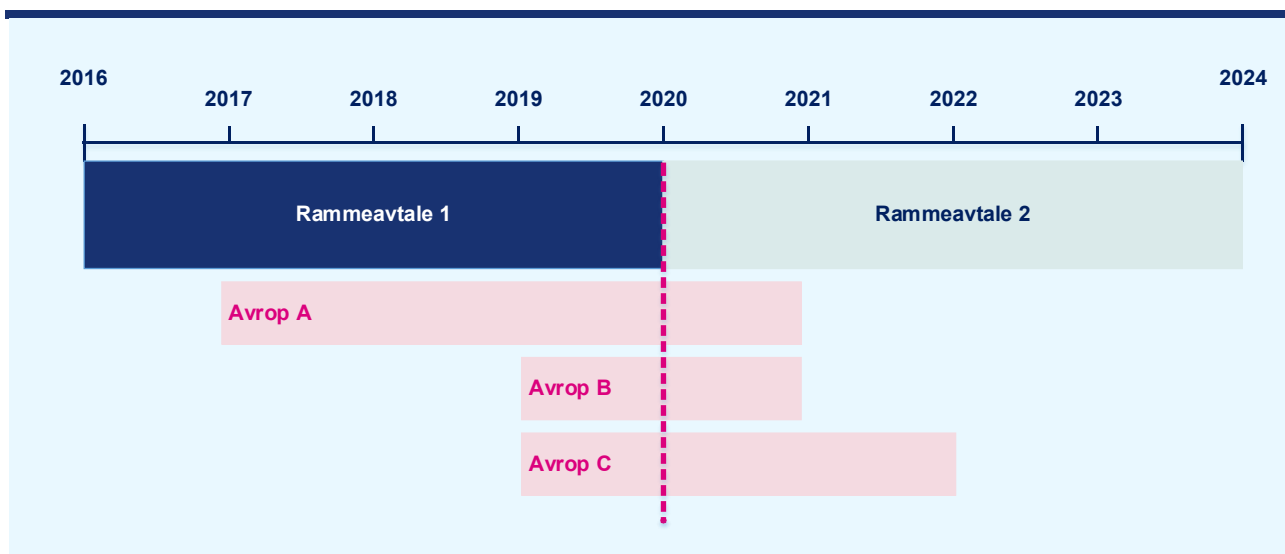
Direktoratet må i det konkrete avropet vurdere hvor lenge de har *behov* for konsulenttjenesten som skal anskaffes.

Et avrop som varer lenge etter at rammeavtalen er gått ut, kan anses som en omgåelse av bestemmelsen om at en rammeavtale ikke skal ha en lengre varighet enn fire år. Det innebærer at jo lenger et avrop varer utover rammeavtalen, desto viktigere vil det være å dokumentere en vurdering av behovet og varigheten, jf. kravet til etterprøvbarehet.

I tre av anskaffelsene vi har undersøkt, er det avtalt en opsjonstid som går utover varigheten på rammeavtalen avropet er gjort på. Dette gjelder én anskaffelse til *Helsedataprogrammet*, én anskaffelse til prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson* og én anskaffelse til *Program kodeverk og terminologi*.⁵⁴ Estimert kontraktsverdi er fra 5 til 90 millioner kroner.

De tre anskaffelsene er gjort på rammeavtalen for kjøp av IKT-konsulenttjenester som utløp 31. desember 2019. Den nye rammeavtalen gjelder fra 1. januar 2020 og varer ut 2023.

Figur 4 Oversikt over varigheten på tre avrop som er foretatt på rammeavtale 1



Kilde: Riksrevisjonen basert på anskaffelsesdokumentasjon.

Figur 4 viser varigheten på de to rammeavtalene og på de tre avropene som direktoratet har gjennomført.⁵⁵ *Rammeavtale 1* gjaldt for perioden 2016 til 2020, mens *rammeavtale 2* har varighet fra 2020 til 2024.

Figuren viser at alle de tre avropene ble gjort på *rammeavtale 1*, og har hatt virkning utover rammeavtalens varighet. Avrop A og B hadde en avtalt opsjon som varte ett år etter at rammeavtalen opphørte. Avrop C hadde avtalt opsjoner som varer to år etter at rammeavtalen opphørte.

Direktoratet har ikke i noen av de tre avropene, dokumentert at det var et konkret behov for å gjøre et avrop som hadde betydelig lengre varighet enn rammeavtalen.

⁵⁴ Avrop 17/151 *Helsedataprogrammet* (Avrop A), 19/310 *Program kodeverk og terminologi* (Avrop B) og 18/851 *Én innbygger – én journal/Akson* (Avrop C).

⁵⁵ Rammeavtalene for Konsulenttjenester innen IKT, Avropsdokumentasjon for avrop 17/151, 19/310 og 18/851.

6.2 Problemstilling 2: Sikrer Direktoratet for e-helse gjennom styring og kontroll at bruken av konsulenter er i tråd med regelverket for økonomistyring i staten?

Det følger av de grunnleggende prinsippene i økonomiregelverket at direktoratet skal sikre at fastsatte mål og resultatkrav oppnås, at ressursbruken er effektiv, og at virksomheten drives i samsvar med gjeldende lover og regler. Økonomibestemmelsene utfyller prinsippene og slår i punkt 2.4 fast at virksomhetens internkontroll skal forhindre styringssvikt, feil og mangler. Direktoratets omfattende bruk av konsulenter i ledende roller og til å utføre direktoratets samfunnsoppdrag, stiller særskilte krav til direktoratets internkontroll.

Oppsummering

Revisjonen viser at direktoratet ikke har en tilstrekkelig kontroll av kostnadsutviklingen i de enkelte anskaffelsene. I 5 av de 14 avtalene vi har undersøkt er kostnaden overskredet. Direktoratet foretar nye kjøp først når den totale kostnadsrammen for en anskaffelse er oversteget. Betydelige kjøp ut over kostnadsrammen kan bli vurdert som en ulovlig direkte anskaffelse. Konsekvensen av mangelfull kostnadskontroll kan også være at direktoratets programmer og prosjekter blir dyrere enn planlagt.

Direktoratet bruker ofte innleide konsulenter i viktige roller som program- og prosjektledere og til å gjennomføre direktoratets samfunnsoppdrag. I alle de tre programmene/prosjektet vi har undersøkt, har leverandøren som opprinnelig fikk oppdraget, fortsatt en sentral rolle. Direktoratet har ikke dokumentert at de har vurdert risikoen for at de ved å benytte den samme leverandøren i hele prosjektperioden, kan gjøre seg avhengige av en bestemt leverandør. Ingen av de 14 anskaffelsene vi har kontrollert, har dokumentasjon som viser at behovet for å leie inn konsulenter er vurdert mot egne ressurser.

Direktoratet har ikke etablert en skriftlig strategi for å overføre kompetanse fra innleide konsulenter til egen virksomhet. Direktoratet stiller ikke krav til leverandøren i kontraktene om at konsulentene skal bidra med kompetanseoverføring til interne ressurser. I 2020 har direktoratet etablert rutiner som legger vekt på kompetanseoverføring.

Revisjonen viser at partnere hos leverandøren som også er konsulenter i program- og prosjektledelsen, har underskrevet kontrakter og godkjent opsjoner på vegne av leverandøren. Direktoratet sikrer ikke at leverandørene har tilstrekkelig bevissthet om mulige habilitetsutfordringer. Det kan gi risiko for at allmennhetens tillit til direktoratet svekkes.

6.2.1 Har direktoratet kontroll med kostnadsutviklingen i avtalene om konsulenttjenester?

Direktoratet må sikre at de har kontroll med de økonomiske rammene for anskaffelsene, jf. økonomibestemmelsene punkt 2.4 og 5.3.8. Dette innebærer blant annet å følge opp kostnadsutviklingen i kontraktene med leverandørene. Direktoratet må kontrollere at leverandørene holder seg innenfor avtalt timebruk, og at fakturaene er i henhold til det som er avtalt, jf. økonomibestemmelsene punkt 5.3.5.2.

Vi har undersøkt hvordan direktoratet følger opp kostnadsutviklingen i anskaffelser i prosjektet *Én innbygger – én journal, Helsedataprogrammet og Program kodeverk og terminologi*.

Revisjonen viser følgende:

- Det er i fem anskaffelser fakturert betydelig mer enn avtalt og kostnadene er høyere enn beregnet kostnad for den enkelte anskaffelsen.
- I fem anskaffelser har direktoratet overskredet estimert kostnadsramme.
- I disse anskaffelsene foretok direktoratet nye kjøp først når den totale kostnadsrammen på anskaffelsen var oversteget.

Direktoratet har etablert et system for å følge opp kostnadsutviklingen på programnivå, men følger ikke tilstrekkelig opp kostnadsutviklingen i de enkelte kontraktene. Systematisk oppfølging av kostnadsutviklingen i kontraktene er viktig for å hindre overforbruk på eksisterende avtaler.

Betydelige kjøp utover kostnadsrammen kan anses som en ulovlig direkte anskaffelse. Konsekvensen av mangelfull kostnadskontroll kan også være at direktoratets programmer og prosjekter blir dyrere enn planlagt.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at direktoratet har etablert nye rutiner som skal sikre at nye avtaler inngås i tide, og hindre overforbruk på eksisterende avtaler.

Fakturert timeantall er høyere enn avtalt timeantall

Når Direktoratet for e-helse inngår kontrakt med leverandøren, så avtales det hvor mye den enkelte konsulent skal jobbe. Direktoratet bruker en standardtekst i kontrakten som opplyser leverandøren om følgende vilkår:

«Leverandøren kan kun fakturere Kunden 7 ½ timer per virkedag og 37,5 timer per uke. Timeantall som overstiger dette skal godkjennes skriftlig av Kunden. I hastetilfelle kan Kunden gi muntlig samtykke og bekreftes skriftlig i etterkant.»⁵⁶

Det står også i kontraktens standardtekst at det unntaksvis kan avtales at konsulentene kan arbeide mer. Dette skal i så fall avtales i det enkelte tilfellet.

Direktoratet legger til grunn at ett årsverk for en konsulent utgjør 1700 timer.⁵⁷ I snitt utgjør det 154 timer per måned.⁵⁸

Vi har undersøkt timebruket for åtte avtaler i *Program kodeverk og terminologi*. I fem av avtalene har leverandøren fakturert flere timer i avtaleperioden enn det som er avtalt i kontrakten, jf. tabell 2. Alle avtalene er inngått med samme leverandør.

Figur 5 Avvik mellom avtalt antall timer og fakturert antall timer i *Program kodeverk og terminologi*

Avtale og tidsrom	Avtalt antall timer	Fakturert antall timer ⁵⁹	Prosentvis avvik
Avtale 1	2545	3415	34 %
Avtale 2	3400	4408	30 %
Avtale 3	1694	2813	66 %
Avtale 4	1694	2454	45 %
Avtale 5	1694	2735	61 %

Kilde: Riksrevisjonen og Brev til Riksrevisjon fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021

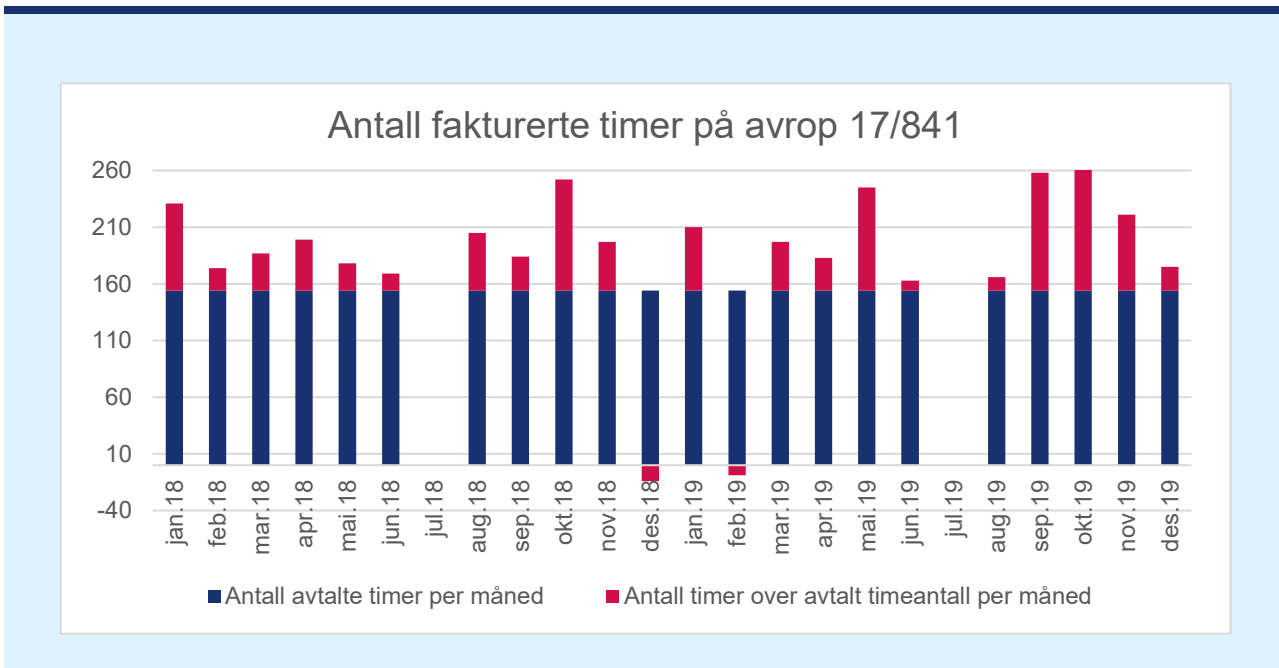
Tabellen i figur 5 viser at det er betydelige avvik mellom avtalte og fakturerte antall timer i de fem avtalene.

⁵⁷ Redegjørelse for bruk av konsulent tjenester i Direktoratet for e-helse, rapport fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet 17. august 2020, s.17.

⁵⁸ 1700 timer per år/11 måneder. Juli er feriemåned og regnes ikke med.

⁵⁹ Fakturert beløp i kontraktstiden delt på avtalens timepris.

Figur 6 Antall fakturerte timer per måned for avtale 2



Kilde: Riksrevisjonen basert på anskaffelsesdokumentasjon og regnskapsdata fra Direktoratet for e-helse.

Diagrammet i figur 6 viser antall fakturerte timer for avtale 2 i avtaleperioden.

De blå søylene i diagrammet viser antall avtalte timer per måned⁶⁰, mens de røde søylene viser timer som er arbeidet utover det som er avtalt. Summen av disse to utgjør det totale arbeidet i måneden. Juli er feriemåned og har dermed ikke fakturerte timer.

Diagrammet viser at konsulenten, med unntak av desember 2018 og februar 2019, arbeidet mer – og til tider betydelig mer – enn avtalt i hele avtaleperioden fra januar 2018 til desember 2019. Det er i gjennomsnitt fakturert 200 timer per måned, som utgjør i snitt 30 prosent mer enn det som er avtalt.

Direktoratet tok ikke opp overskridelsen av timebruket i denne avtalen med leverandøren. De tok heller ikke opp overskridelsen i avtale 1.

I september 2020 tok direktoratet opp overskridelsen i avtalene som var inngått for 2020 (avtale 3, 4 og 5 i tabell 3) med leverandøren. De to andre avtalene var avsluttet. I brevet fra direktoratet heter det:

«Helt siden oppstart av avropskontraktene har praksis vært at de innleide ressursene har jobbet svært lange dager. Denne praksisen er det formidlet muntlig om at er uønsket, og det er lagt fram forslag at det er mer hensiktsmessig å heller leie inn flere konsulenter. De aktuelle konsulentene på sin side har ønsket å fortsette en slik praksis da de har ment at det er mer krevende å gjennomføre opplæring av nye ressurser innenfor tidsrammen.»

Brevet viser at direktoratet fra oppstart av disse tre kontraktene i januar 2020 og fram til de skrev brevet i september 2020, aksepterte leverandørens ønske om å ikke leie inn flere konsulenter. Gjennomgang av fakturaer viser at konsulentene fortsatte å fakturere flere timer enn avtalt.

Direktoratet ba også i brevet om at den innarbeidede praksisen opphørte, og varslet at fra og med oktober 2020 ville timer utover 48 timer per uke ikke kunne faktureres med mindre dette var skriftlig avtalt med programeier, og kun for én uke om gangen.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at direktoratet har dokumentasjon på at det er avtalt med konsulentene at de kan arbeide mer enn det som følger av kontrakten i noen av disse avtalene. I perioden

⁶⁰ Direktoratet søkte etter en konsulent i 100 % stilling for perioden januar 2018 - desember 2019. Antall avtalte timer per måned utgjør i snitt 154 timer. 1700 timer per år/11 måneder. Juli er feriemåned og regnes ikke med.

2017–2019 var det rutine for å godkjenne timer i forkant av fakturering.⁶¹ Direktoratet har nå presisert følgende i veilederen:

«Merk at konsulentene ikke skal jobbe mer enn 7,5 timer pr dag og 37,5 timer pr uke.

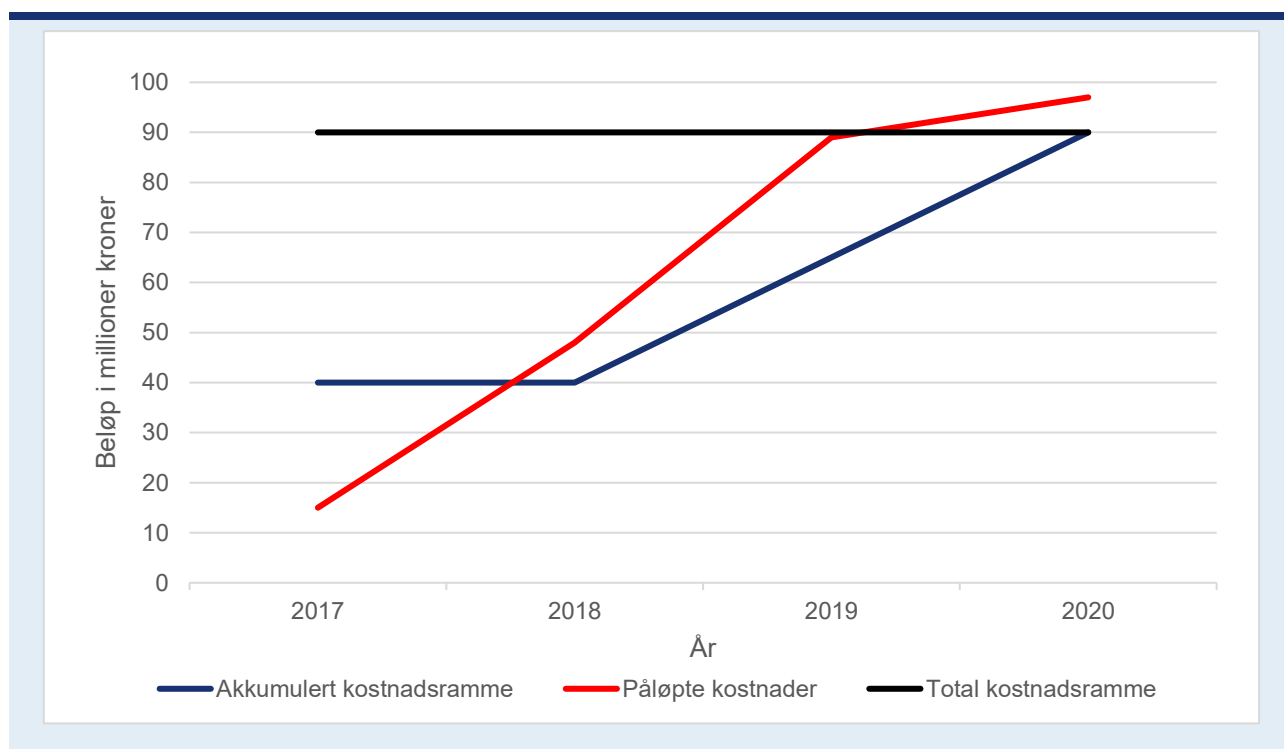
Vi har et sosialt ansvar for de personene som arbeider med å oppfylle kontraktene våre, og arbeid ut over Arbeidsmiljølovens bestemmelser skal ikke forekomme. De innleide konsulentene skal behandles med respekt og på en slik måte at det ikke skader direktoratets omdømme.

Videre kan man havne i en situasjon der det jobbes mer enn hva som fremkom i utlysningen, og da kan merarbeidet anses som en ulovlig direkteanskaffelse da merarbeidet ikke har vært konkurranseutsatt.»⁶²

Direktoratet har ikke tilstrekkelig kostnadsoppfølging av kontraktene

I flere av anskaffelsene vi har kontrollert er estimerte kostnadsrammer overskredet. I avrop 17/151 for *Helsedataprogrammet* var estimerte kostnader inntil 40 millioner kroner for årene 2017–2018 og inntil 25 millioner kroner for hvert av opsjonsårene 2019 og 2020.

Figur 7 Kostnadsutviklingen i avrop 17/151 Helsedataprogrammet



Kilde: Riksrevisjonen basert på anskaffelsesdokumentasjon og regnskapsdata fra Direktoratet for e-helse.

Figur 7 illustrerer kostnadsutviklingen mot kostnadsestimatet per år. Den røde linjen viser påløpte kostnader. Den blå linjen viser at kostnadsrammen i 2017 og 2018 var på til sammen var 40 millioner kroner. I slutten av 2019, da avtalen hadde vart i tre år, var estimert kostnadsramme for denne perioden 65 millioner kroner.⁶³ Den svarte linjen viser estimert kostnadsramme for hele kontraktsperioden.

Figur 7 viser at de estimerte kostnadene var overskredet med 8 millioner kroner allerede ved utgangen av 2018. Ved utgangen av 2019 hadde overskridelsen økt til 24 millioner kroner. Rundt årsskiftet 2019/20 overskred kostnadene den estimerte kostnadsrammen på 90 millioner kroner. Direktoratet har ikke fulgt opp

⁶¹ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁶² Veileder for gjennomføring av minikonkurranser og avrop Konsulenttjenester IKT, versjon 20.april 2021, side 12.

⁶³ Notatet *Bekreftelse på budsjettmessig dekning* datert 20. februar 2017. Beløpene er oppgitt eksklusiv mva.

at kostnadene ble holdt innenfor de estimerte kostnadsrammene i avtalen, underveis i perioden. Total kostnad ble 96,8 millioner kroner. Det er 6,8 millioner kroner over kostnadsestimateret.

Det ble utløst en opsjon for perioden 1. januar 2020–31. mars 2020.

Direktoratet gjennomførte i februar 2020 en ny minikonkurranse fordi kostnadsrammen var nådd.⁶⁴ Dette viser at direktoratet ikke hadde fulgt kostnadsutviklingen slik at de kunne foretatt nytt kjøp før den totale kostnadsrammen var oversteget.

Tre av anskaffelsene⁶⁵ på *Program kodeverk og terminologi* hadde hver en estimert kostnadsramme på 4,1 millioner kroner over to år. Etter ett år var det påløpt kostnader for henholdsvis 4,7 millioner kroner, 4,1 millioner kroner og 4,6 millioner kroner. Direktoratet utløste deretter en opsjon for én måned⁶⁶ og gjorde nye kjøp. Det var først når den totale kostnadsrammen var overskredet at direktoratet foretok nye avrop.

I et fjerde avrop på *Program kodeverk og terminologi* var den estimerte kostnadsrammen på 5,2 millioner kroner fordelt over to år. Etter ett år var det påløpt kostnader for 3,3 millioner kroner, det vil si 0,7 millioner kroner over den budsjetterte rammen første året. Den totale kostnaden ble 6,8 millioner kroner, det vil si at kostnadsrammen totalt ble oversteget med 1,6 millioner kroner.

I perioden 2016–2018 hadde ikke direktoratet rutiner for å bokføre kostnadene på det enkelte avtalenummeret.⁶⁷ Det var derfor ikke mulig å følge opp hver enkelt anskaffelse ved hjelp av regnskapssystemet. I 2019 innførte direktoratet en ny økonomimodell som medfører at direktoratet ble bedre i stand til å følge opp prosjekter og aktiviteter på faktisk ressursbruk.⁶⁸

Direktoratet opplyser i intervju at hvert enkelt program/prosjekt har ansvar for å følge opp kostnadsrammen for de enkelte avtalene og for at budsjettet for programmet/prosjektet totalt sett ikke overskrides.⁶⁹

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at direktoratets seksjon for økonomi og virksomhetsstyring følger opp kostnadene i programmene på månedlig basis, og påser at disse er innenfor budsjett og tildelte rammer.⁷⁰

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at direktoratet har vært for sent ute med å utløse opsjoner eller etablere ny avtale i enkelte tilfeller. Nye rutiner er etablert som skal sikre at nye avtaler inngås i tide, og hindre overforbruk på eksisterende avtaler. Direktoratets økonomistyring på etatsnivå er god og godt dokumentert. Direktoratet ser selv forbedringspunkter knyttet til kostnadskontrollen i oppfølging av anskaffelsene, og vil ta tak i dette.⁷¹

6.2.2 Vurderer direktoratet bruken av konsulenter?

Det følger av de grunnleggende prinsippene i økonomiregelverket at virksomheten skal sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag. For å redusere risikoen for å bli avhengig av konsulenttjenester må direktoratet vurdere omfanget av bruken av innleide konsulenter i det enkelte prosjektet. I tillegg må direktoratet vurdere risikoen for å bli avhengig av enkeltkonsulenter eller at én leverandør blir dominerende. En slik risikovurdering vil danne grunnlag for å iverksette eventuelle tiltak.

I henhold til statens veileder for kjøp av konsulenttjenester må virksomhetene være bevisst på hva som er virksomhetens kjerneoppgaver.⁷² Dette er et viktig grunnlag for å beslutte om en oppgave bør utføres av konsulenter eller ikke. Bevissthet om dette kan også bidra til å redusere risikoen for å gjøre seg for avhengig av enkeltkonsulenters kompetanse.

Revisjonen viser følgende:

- Direktoratet for e-helse har en strategi om å bruke konsulenter i oppgaveløsningen.

⁶⁴ Notat *Bekreftelse på budsjettmessig dekning* datert 3. februar 2020.

⁶⁵ Avrop 19/1000, 19/1001 og 19/1002. Dette er de samme avtalene som også hadde en timebruk som var vesentlig høyere enn avtalt, jf. omtalen ovenfor.

⁶⁶ Notat *Bekreftelse på budsjettmessig dekning*, datert 24. november 2020.

⁶⁷ Epost til Riksrevisjonen fra Direktoratet for e-helse 2. mars 2021.

⁶⁸ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁶⁹ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 25. januar 2021.

⁷⁰ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² Veileder for kjøp av konsulenttjenester, Direktoratet for forvaltning og IKT (nå Digitaliseringsdirektoratet) januar 2016, oppdatert i henhold til nytt anskaffelsesregelverk som trådte i kraft 1. januar 2017.

- Direktoratet bruker samme konsulent i sentrale roller over lang tid, og samme leverandør forblir i programmene/prosjektet.
- Direktoratet vurderer ikke risikoen for å bli avhengig av konsulenter.
- Direktoratet dokumenterer ikke i anskaffelsesprosessen om de har vurdert bruk av interne ressurser før de går til anskaffelse av konsulenttjenester.

Direktoratets omfattende bruk av konsulenter til å løse samfunnsoppdraget gjør det ekstra viktig å vurdere risikoen for at direktoratet blir avhengig av konsulenter og enkeltleverandører.

Direktoratet for e-helse har en strategi om å bruke konsulenter i oppgaveløsingen

Direktoratet har et stort behov for konsulenter og har en strategi om å bruke dem. Det har de rapportert til departementet i årsrapportene og i en egen redegjørelse om konsulentbruken. Det går også fram av interne rutiner.

I perioden 2016–2020 rapporterer direktoratet i årsrapportene om strategien og et stort behov for konsulenter i forbindelse med flere større utviklingsprosjekter. Direktoratet er en prosjektorganisasjon med oppgaver som endrer seg, noe som krever ulike typer kompetanse. Strategien begrunnes med at direktoratet trenger fleksibilitet og ulike typer kompetanse.⁷³

I redegjørelsen til Helse- og omsorgsdepartementet sommeren 2020 opplyser direktoratet at det er flere grunner til å bruke ekstern kompetanse:⁷⁴ Det er blant annet nyttig å knytte til seg ekstern ekspertise og kompetanse fra private konsultentselskaper, både for å øke kapasiteten raskt og for å tilføre kompetanse.

Direktoratet har ikke hatt interne retningslinjer for konsulentbruk før de utarbeidet dette høsten 2020.⁷⁵ I de nye retningslinjene gir direktoratet følgende begrunnelser for bruken av innleid kompetanse:

«Innleid kompetanse bidrar til økt kvalitet i arbeidet, f.eks. når det leies inn spisskompetanse direktoratet ikke har.

Direktoratet får en fleksibel organisasjon som kan håndtere utrednings- og utviklingsoppgaver på en kostnadseffektiv måte ved å opp- og nedskalere tilgang på ulike typer kompetanse.

Det er et uttalt mål å benytte markedet der det er hensiktsmessig, ettersom bruk av markedet bidrar til økt mulighet for nyttegjøring av spesialisert kompetanse og en mer optimal bruk av offentlige midler.

Direktoratet får i mange tilfeller varig verdi av innleie fordi det overføres kompetanse til direktoratets ansatte. Rammeavtalen for IKT-konsulenttjenester gir en mulighet til å benytte høy kompetanse som kan gi verdi i leveranser og overføring av kompetanse til direktoratets ansatte.

Direktoratet får overført egen kompetanse til eksterne miljøer. Direktoratet kan ved bruk av konsulenter bidra til at det bygges opp kompetansemiljøer i konsultentselskapene som igjen bidrar til leverandørutvikling som gir både direktoratet og sektoren merverdi.»

Direktoratet bruker samme konsulent i sentrale roller over lang tid, og samme leverandør forblir i programmene/prosjektet

Vi har undersøkt bruken av konsulenter i prosjektet *Én innbygger – én journal, Helse-dataprogrammet og Program kodeverk og terminologi*:

I prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*

- har samme konsulent hatt rollen som prosjektleder fra 2013 til 2020, det vil si i åtte år.⁷⁶
- var konsulenten leid inn i 2012 for å bistå med forberedelser til å følge opp stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal* i 2012–2013.⁷⁷

⁷³ Direktoratet for e-helses årsrapporter for årene 2016–2020.

⁷⁴ *Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse*, rapport fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet 17. august 2020, s. 11–13.

⁷⁵ *Retningslinjer og rutiner for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse* ble utarbeidet i 2020 og godkjent av ledelsen i direktoratet 18. januar 2021.

⁷⁶ Mottatt oversikt fra Direktoratet for e-helse: *Oversikt over prosjektledelse og kjerneteamet i Én innbygger – én journal/Akson*.

⁷⁷ Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal/Akson*.

- overtok en ansatt i direktoratet rollen som prosjektleder høsten 2020, med konsulenten som prosjektlederstøtte.

Direktoratet opplyser i intervju at bakgrunnen for å bruke samme innleide konsulent som prosjektleder i hele prosjektperioden skyldes behovet for å sikre kontinuitet og konsulentens kompetanse på statens prosjektmodell. Prosjektet har gått i ulike faser som i stor grad har bygget på hverandre og med korte frister. Direktoratet har vurdert prosjektlederrollen flere ganger og konkluderte med at det fortsatt var behov for å besette rollen med innleid kompetanse. Direktoratets kompensierende tiltak har vært å opprette et prosjektlederteam bestående av internt ansatte i tillegg til innleid prosjektleder.⁷⁸

Direktoratet opplyser i redegjørelsen til Helse- og omsorgsdepartementet sommeren 2020 at de jevnlig skal vurdere hvilke nøkkelposisjoner eksterne skal kunne ha og varigheten på slike avtaler.

87 prosent av kostnadene til konsulenttjenester i prosjektet i 2020 gjelder kjøp av tjenester fra det samme konsulentselskapet.

I **Helsedataprogrammet** har direktoratet inngått avtale med ett konsulentfirma om å være strategisk hovedsamarbeidspartner. 94 prosent av kostnadene til konsulenttjenester i 2020 gjelder kjøp fra dette konsulentselskapet.

Direktoratet opplyser at det er en bistandsavtale, hvor virksomheten har én partner som har ansvaret for å levere kapasitet og kompetanse etter de behov direktoratet definerer og bestiller. Behovet i programmet er fagkompetanse innenfor systemarkitektur, samfunnsøkonomi, prosjektledelse, prosessledelse, sektorkompetanse, registerforvaltningskompetanse, juridisk kompetanse og anskaffelseskompetanse.⁷⁹

Direktoratet har i løpet av programmet vekslet mellom å ha en innleid konsulent og en egen ansatt som programleder. Programledelsen besto i 2020 av intern programleder og innleid assisterende programleder/fagansvarlig. Fagansvarlig skal blant annet bidra til å sikre hensiktsmessige prosesser og koordinere fagutviklingen på tvers av prosjektene i programmet.

Ved oppstart av programmet i 2017 inngikk direktoratet avtale med én leverandør om rollen som strategisk samarbeidspartner.⁸⁰ Direktoratet lyste i 2020 ut en forlengelse av denne rollen. I tilbudet fra den eksisterende leverandøren står følgende:

«I tillegg tilbyr vi erfarne nøkkelressurser som har vært med siden programmet ble etablert, som sitter på spisskompetanse som går på tvers av flere av kompetanseområdene.»

En gjennomgang av anskaffelsesdokumentasjonen viser at konsulenten som har ulike lederroller i programmet kom inn allerede i en forprosjektfase før programmet ble etablert.

I **Program kodeverk og terminologi** har direktoratet inngått flere avtaler med sju ulike leverandører. Ett konsulentfirma har fakturert halvparten av kostnadene til konsulenter i 2020:

- Fra oppstart var programmet ledet av en ansatt med en innleid konsulent som støtte. Fra april 2019 har programleder vært innleid konsulent.
- Programmet består av flere prosjekter, som er underlagt programeier, programledelsen og programstyret. Alle prosjektledere er innleide konsulenter. Fagansvarlig er internt ansatt i dette programmet.

En gjennomgang av anskaffelsesdokumentasjonen viser også følgende:

- Én konsulent kom inn i programmet som programleder våren 2016, og vedkommende har fortsatt en sentral rolle.
- Flere innleide konsulenter fra samme konsulentfirma har også vært inne i programmet i flere år og har sentrale roller.

⁷⁸ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 9. desember 2020.

⁷⁹ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 9. desember 2020.

⁸⁰ Anskaffelsesdokumentasjon.

Av de ti programmene/prosjektene direktoratet hadde i 2020, var fem bemannet med innleide konsulenter i prosjekt-/programlederroller.

Direktoratet vurderer ikke risikoen for å bli avhengig av konsulenter

Direktoratet for e-helse opplyser i intervju at de ikke har dokumentert at det er gjennomført vurderinger av risikoen for å bli avhengig av innleide konsulenter i prosjektet *En innbygger – én journal* Akson. Konsulentbruk har imidlertid vært tema i ledermøtene, herunder bruk av enkeltkonsulenter som har hatt sentrale roller i dette og andre prosjekter.⁸¹

Direktoratet gjennomfører risikovurdering av gjennomføringsevnen i Helsedataprogrammet, hvor innleie av eksterne ressurser vurderes som et tiltak for å sikre gjennomføring.⁸² Direktoratet har ikke dokumentert at det er gjennomført vurderinger av risikoen for å bli avhengig av de innleide konsulentene i *Helsedataprogrammet*. Det gjelder også *Program kodeverk og terminologi*.

Direktoratet opplyser i intervju at prosjekteier alltid skal være en ansatt leder i linjeorganisasjonen i direktoratet for å sikre kontroll med programmene og prosjektene.⁸³

Direktoratet viser i redegjørelsen til Helse- og omsorgsdepartementet sommeren 2020 til tiltak direktoratet vil vurdere. Der står det blant annet at direktoratet i større grad skal besette sentrale roller i programmer og prosjekter med egne ansatte, når det er mulig og hensiktsmessig.⁸⁴

Departementet opplyser at vurdering av risikoen for uønsket leverandøravhengighet og tiltak for å avhjelpe dette, bør være bedre sporbart i direktoratets styring.

Direktoratet dokumenterer ikke i anskaffelsesprosessen om de har vurdert bruk av interne ressurser før går til anskaffelse av konsulenttjenester

Direktoratet opplyser i intervju at delprosjektene og programorganisasjonen melder behov for nye ressurser til programledelsen og programkontoret.⁸⁵ Det er de ansatte i programledelsen eller programkontoret som vurderer behovet sammen med linjeleder. Det er en linjeleder med disposisjonsfullmakt som beslutter om ytterligere ressurser skal anskaffes, og beslutningene dokumenteres med en skriftlig budsjettdisponeringsfullmakt.⁸⁶

I direktoratets rutinebeskrivelse⁸⁷ går det fram at direktoratet skal vurdere om egne ansatte kan utføre oppdraget, eller om det må leies inn konsulent(er). Ingen av de 14 undersøkte anskaffelsene har dokumentasjon som viser at behovet for å leie inn konsulenter er vurdert mot mulig bruk av egne ansatte.

Departementet opplyser at direktoratet i arbeidet med virksomhetsplan og budsjett for kommende år vurderer behovet for å leie inn konsulenter vurdert mot bruk av egne ansatte. For noen av programmene finnes også en bemanningsstrategi. Direktoratet vedgår at det ikke har vært tydelig hvordan dette skal dokumenteres.⁸⁸

Direktoratet opplyser at det fra 2021 er ledelsen som i sine faste møter, skal godkjenne kjøp av konsulenter.⁸⁹ Dette er presisert i en ny rutine som skal sikre at direktoratet vurderer om det finnes egnede ressurser med ledig kapasitet i egen virksomhet.

Direktoratet opplyser videre at program- og prosjektleder er sentrale roller, og at direktoratet ønsker at disse rollene som hovedregel skal være besatt av egne ansatte. Det er imidlertid ikke alltid tilstrekkelig kapasitet av denne type kompetanse tilgjengelig i direktoratet. Direktoratet har nylig opprettet en egen avdeling for program- og prosjektledelse. Direktoratet planlegger framover å ha en egen ressurspool som skal dekke dette behovet.⁹⁰

⁸¹ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 9. desember 2020.

⁸² *Risikovurderinger Helsedataprogrammet*.

⁸³ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 25. januar 2021.

⁸⁴ *Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse*, rapport fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet 17. august 2020.

⁸⁵ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 25. januar 2021.

⁸⁶ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁸⁷ Intern rutinebeskrivelse for - *Avrop med minikonkurranse*.

⁸⁸ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁸⁹ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 25. januar 2021.

⁹⁰ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

Det går også fram av de nylig vedtatte *Retningslinjer og rutiner for bruk av konsulenttenester i Direktoratet for e-helse* at program- og prosjektledere som hovedregel skal besettes av direktoratets ansatte når dette er mulig og hensiktsmessig.⁹¹ Direktoratet har ikke hatt rutiner for dette tidligere.

6.2.3 Har direktoratet lagt til rette for kompetanseoverføring fra konsulentene til egne ansatte?

Direktoratet skal sørge for at planlegging, gjennomføring og oppfølging av aktiviteter er i samsvar med fastsatte mål og prioriteringer.⁹² Oppfølgingen omfatter også kjøp og bruk av konsulenttenester. Konsulentoppdrag og prosjekter skal forankres i virksomheten og organiseres og styres på en slik måte at kompetanseoverføring kan finne sted.

Vi legger til grunn at Direktoratet for e-helse skal sikre kompetanseoverføring fra konsulentene til egne ansatte der det er hensiktsmessig. Kompetanseoverføring er viktig for å øke nytten av konsulentkjøpet og kan bidra til å redusere virksomhetens fremtidige behov for konsulentbruk i tilsvarende situasjoner. Dette er særlig viktig når konsulenter brukes i sentrale roller.

Revisjonen viser følgende:

- Kompetanseoverføringen skjer ved at ansatte og konsulenter jobber sammen i team.
- Direktoratet stiller ikke krav til leverandøren i kontraktene om at konsulentene skal bidra med kompetanseoverføring til interne ressurser.
- I 2020 har direktoratet etablert rutiner som legger vekt på kompetanseoverføring.

Ved å avtafeste en plikt for konsulenten til å overføre kompetanse der det er relevant, kan virksomheten oppnå en mer systematisk og forutsigbar oppbygging av kompetanse hos egne ansatte. Direktoratet har ikke stilt krav om dette i de 14 anskaffelsene vi har undersøkt.

Direktoratet opplyser i intervju at kompetanseoverføringen fra innleide konsulenter blant annet skjer ved at ansatte og konsulenter jobber sammen i team. Det er ikke avtalt at konsulentene har ansvar for å sikre at kompetanseoverføringen finner sted. Direktoratet opplyser at ansvaret ligger implisitt i kravet til at arbeidet skal utføres i kundens lokaler og at kompetanseoverføring skal skje gjennom det daglige arbeidet.⁹³

Direktoratet opplyser i redegjørelsen til Helse- og omsorgsdepartementet sommeren 2020 at kompetanseoverføring til interne ressurser er et mål. Hvordan kompetanseoverføringen skal sikres, er ikke omtalt i redegjørelsen.⁹⁴

Direktoratet har på slutten av 2020 utarbeidet en HR-strategi hvor det blant annet går fram følgende strategiske mål for direktoratet:

«Innleie av konsulenter skal gi strategisk verdi til organisasjonen»

For å nå de strategiske målene skal direktoratet

«komplettere organisasjonen med målrettet innleid konsulentkraft ut fra behovsanalyse og sikre kompetanseoverføring til interne ressurser»

Direktoratet har i 2021 fått på plass rutiner⁹⁵ som sier følgende:

«Kompetanseoverføring fra konsulentselskap til direktoratets ansatte vil øke nytten av konsulentkjøpet og bidra til å redusere fremtidige behov for konsulenttenester. Behov for og overføring av kompetanse skal vurderes i hvert enkelt tilfelle og linjeressurs, fortrinnsvis linjeleder er ansvarlig for dette. Konsulentoppdrag vil variere både med hensyn til omfang og karakter. Hva som er hensiktsmessig kompetanseoverføring må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Felles føringer vil bli lagt til grunn i form av en sjekklister for alle oppdrag.»

⁹¹ *Retningslinjer og rutiner for bruk av konsulenttenester i Direktoratet for e-helse*, 18. januar 2021.

⁹² *Bestemmelser om økonomistyring i staten* punkt 2.3.

⁹³ Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 9. desember 2020, Verifisert referat fra intervju med Direktoratet for e-helse 25. januar 2021

⁹⁴ *Redegjørelse for bruk av konsulenttenester i Direktoratet for e-helse*, rapport fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet 17. august 2020.

⁹⁵ *Retningslinjer og rutiner for bruk av konsulenttenester i Direktoratet for e-helse*, godkjent 18. januar 2021.

6.2.4 Sikrer direktoratet at de etiske retningslinjene følges av innleide konsulenter?

Alle statlige forvaltningsorganer må forholde seg til etiske retningslinjer for statstjenesten.⁹⁶ Den enkelte virksomhet må vurdere om det er behov for å supplere disse med egne retningslinjer tilpasset den enkelte virksomhets egenart og risiko. Etisk kvalitet på tjenesteyting og myndighetsutøvelse er en forutsetning for at innbyggerne skal ha tillit til statstjenesten.

Revisjonen viser følgende:

- Hvilke etiske krav som stilles til konsulentene, er uklare.
- Konsulenter, som også er partnere i konsulentselskapet, har underskrevet kontrakter og godkjent opsjoner på vegne av leverandøren.

Direktoratets omfattende bruk av konsulenter i sin oppgaveløsning stiller ekstra store krav til ansatte og konsulents bevissthet om etisk adferd.

Hvilke etiske krav som stilles til konsulentene, er uklare

Direktoratet for e-helse har utarbeidet interne etiske retningslinjer som skal sikre en god etisk praksis og definere felles standarder for ansatte i direktoratet.⁹⁷ Retningslinjene handler blant annet om hvordan de ansatte må være bevisst på hvordan forretningsetiske regler påvirker allmenhetens tillit til at direktoratet forvalter statens midler på en samfunnstjenlig måte. Det står eksplisitt at

«alle anskaffelser skal baseres på konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvnbarhet og forholdsmessighet.»

De etiske retningslinjene sier ingen ting om hvordan innleide konsulenter skal forholde seg til de ulike temaene, eller om de er omfattet av retningslinjene.

Departementet opplyser at de forventer at innleide konsulenter som har roller i direktoratet, forholder seg til de etiske retningslinjer som direktoratet er omfattet av. Dette gjelder både de etiske retningslinjene for statstjenesten og de interne etiske retningslinjene, selv om konsulenter ikke er eksplisitt nevnt i disse. I tillegg signerer de innleide konsulentene på en omfattende bruker- og taushetserklæring med referanser blant annet til forvaltningsloven. De etiske retningslinjene er publisert på direktoratets intranett, som konsulentene også har tilgang til.⁹⁸

Konsulenter som også er partnere i konsulentselskapet, har underskrevet kontrakter og godkjent opsjoner på vegne av leverandøren

Direktoratet for e-helse opplyser til Helse- og omsorgsdepartementet at direktoratet i stor grad opplever at «leverandørene er bevisst på mulig habilitetsproblematikk og gjør profesjonelle vurderinger» knyttet til dette.⁹⁹

Konsulenter vil ofte ha økonomisk interesse i hvor store inntekter oppdraget genererer for leverandøren. Dette er en generell problemstilling som er aktuell ved konsulentbruk.¹⁰⁰ Dette er forhold som får betydning for hvilke krav direktoratet må stille til konsulentenes etiske bevissthet.

Eiere (partnere) i konsulentfirmaer har åpenbare økonomiske interesser i kraft av muligheten for å ta utbytte. Det stiller særlige krav til direktoratets oppfølging av konsulentene for å redusere risikoen for rolleblanding og habilitetskonflikter.

Direktoratet opplyser at prosjekt- og programledere i direktoratet har større påvirkningskraft på hvordan oppgaver løses, og at dette stiller ekstra store krav til ansattes og konsulents bevissthet.¹⁰¹

Vår gjennomgang av 14 anskaffelser viser at to konsulenter med lederrolle i programmet/prosjektet

- har signert kontrakten på vegne av leverandøren i tre anskaffelser

⁹⁶ Kommunal- og moderniseringsdepartementet *Etiske retningslinjer for statstjenesten*, revidert juni 2017.

⁹⁷ *Etiske retningslinjer for alle ansatte i Direktoratet for e-helse*.

⁹⁸ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

⁹⁹ *Redegjørelse for bruk av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse*, rapport fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet 17. august 2020, s. 26.

¹⁰⁰ Brev til Riksrevisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. april 2021.

¹⁰¹ *Ibid.*

- har godkjent opsjoner og bestillinger av nye ressurser på vegne av leverandøren i fire avtaler

Disse to konsulentene er også partnere i konsulentselskapet. Konsulentene er innleid for å dekke sentrale roller som prosjekt- og programledere i direktoratet, og har hatt rollene i en årrekke. Avtalene gjelder *Helsedataprogrammet* og prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson*.

Direktoratet er enig i at dette i noen tilfeller kan fremstå uheldig.¹⁰² Direktoratet har laget nye retningslinjer for anskaffelser i oktober 2020 som omhandler vurdering av habilitet og konkurransefordeler i direktoratets anskaffelser.

¹⁰² Ibid.

7 Konklusjoner

Hovedkonklusjon

Direktoratet for e-helse har ikke tilstrekkelig kontroll med at anskaffelsesprosessene gjennomføres i tråd med regelverket. Manglene svekker tilliten til direktoratets anskaffelser.

Direktoratet har i flere tilfeller brutt anskaffelsesregelverket ved kjøp av konsulent tjenester til prosjektet *Én innbygger – én journal*/Akson, *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi*.

Kravene til styring og kontroll i økonomiregelverket etterleves ikke godt nok.

Anskaffelsene og styringen av konsulentbruken er innrettet på en slik måte at direktoratet er avhengige av enkelte konsulenter og leverandører.

Direktoratet har høsten 2020 endret anskaffelsesrutinene. Det er positivt at direktoratet har utarbeidet rutiner og retningslinjer som skal bidra til etterlevelse av regelverket. God internkontroll er viktig for å etterleve anskaffelsesregelverket, ha kontroll på kostnadsutviklingen og redusere avhengigheten.

Direktoratet for e-helse ble etablert i 2016 og har som kjerneoppgave å bidra til og styrke digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren i Norge. Gjennom ansvaret for store og komplekse programmer og prosjekter skal direktoratet bidra til et enklere Helse-Norge med kvalitet, økt pasientsikkerhet og mer effektive helse- og omsorgstjenester.

Direktoratet for e-helse kjøper årlig konsulent tjenester for betydelige beløp. Direktoratet for e-helse har i perioden 2016 til 2020 brukt 1,2 milliarder kroner på konsulent tjenester. Det går fram av direktoratets rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet at direktoratet har en strategi om å bruke konsulent tjenester, og at de er avhengige av innleide konsulenter for å gjennomføre oppgavene sine.

Riksrevisjonen besluttet høsten 2020 å gjennomføre en revisjon av anskaffelser av konsulent tjenester i Direktoratet for e-helse. I 2020 var det flere medieoppslag om konsulentbruken i prosjektet. Revisjonen kommer i tillegg til en undersøkelse av den overordnede styringen av arbeidet med *Én innbygger – én journal*, som rapporteres sammen med denne revisjonen.

Målet med revisjonen er å undersøke om Direktoratet for e-helse kjøper og styrer konsulent tjenester i tråd med anskaffelsesregelverket og økonomiregelverket i staten.

Anskaffelsesregelverket stiller krav til virksomhetene om å sikre konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvnbarhet og forholdsmessighet i anskaffelsesprosessen. Prinsippene skal fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser og bidra til at det offentlige opptre med integritet, slik at allmennheten har tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte.

Økonomiregelverkets krav til styring og kontroll operasjonaliserer bevilgningsreglementet vedtatt av Stortinget. Regelverket gir føringer på virksomhetens gjennomføring av oppgavene og skal sikre at bevilgninger over statsbudsjettet brukes i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger, jf. økonomireglementet § 1.

7.1 Direktoratet etterlever ikke kravene til konkurranse og likebehandling i tråd med anskaffelsesregelverket

Direktoratets oppgaveportefølje inneholder hovedsakelig programmer og prosjekter som går over flere år. I alle de tre programmene/prosjektet vi har undersøkt, har leverandøren kommet tidlig inn, gjerne i en forprosjektfase. Etter hvert som programmene/prosjektet har utviklet seg, har den samme leverandøren fått flere og mer omfattende oppdrag.

I *Helsedataprogrammet* og i prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson* er én leverandør dominerende. I *Program kodeverk og terminologi* bruker direktoratet konsulenter fra flere leverandører, men leverandøren med flest avtaler har også her vært med i flere år, og fått flere oppgaver underveis.

Konkurranse og likebehandling er grunnleggende prinsipper i anskaffelsesloven. Det følger av disse prinsippene at direktoratet har ansvaret for en rettferdig konkurranse. Flere av anskaffelsene vi har undersøkt gjelder tjenester som det tidligere har vært gjennomført minikonkurranser på, men hvor kontrakten har utløpt. Siden direktoratet fortsatt har hatt behov for tilsvarende tjenester, har direktoratet gjennomført nye minikonkurranser for disse tjenestene.

Direktoratet informerer i konkurransegrunnlaget om at et oppdrag er en videreføring av et eksisterende oppdrag eller rolle. Å opplyse om hvilken leverandør direktoratet benytter i dag, er i utgangspunktet tillatt. Informasjonen må imidlertid gis på en slik måte at den ikke bidrar til å svekke konkurransen om oppdraget og dermed innebærer risiko for brudd på anskaffelsesregelverket.

I konkurransegrunnlaget for 7 av de 14 anskaffelsene vi har kontrollert, har direktoratet gitt opplysninger som kunne oppfattes som at de foretrakk at eksisterende leverandør fortsatte. Formuleringen medfører at direktoratet har brutt konkurranse- og likebehandlingsprinsippene i disse sju anskaffelsene fordi informasjonen svekker konkurransen og behandler en leverandør mer fordelaktig.

Å informere om at oppdraget er en videreføring av eksisterende oppdrag og roller, gir risiko for at konkurransen begrenses og at direktoratet ikke får tilbud fra andre leverandører enn eksisterende leverandør. Det er tilfellet i de anskaffelsene vi har undersøkt.

Å gi slik informasjon forsterker risikoen for å bli avhengig av én leverandør.

7.2 Direktoratet etterlever ikke kravene til etterprøvnbarhet av vurderinger i anskaffelsesprosessen

Direktoratet skal dokumentere vesentlige forhold og begrunnelser for viktige beslutninger i anskaffelsene. Et vesentlig forhold er for eksempel vurderingen av om en endring i en kontrakt er tillatt, eller om det er behov for å gjennomføre en ny konkurranse. Dokumentasjonsplikten gjelder så lenge kontrakten varer.

Anskaffelseslovens grunnleggende prinsipp om etterprøvnbarhet innebærer at en tredjepart skal kunne forstå hva som er gjort og hvorfor. Virksomheten har ansvaret for å sannsynliggjøre at de beslutningene som er tatt, er i henhold til regelverket. Manglende eller mangelfull dokumentasjon gjør det vanskelig både for virksomheten selv og for tredjepart å vurdere om en har holdt seg innenfor det regelverket tillater.

Våre funn viser at direktoratet ikke har dokumentert viktige beslutninger, i økonomisk store anskaffelser. I fire av anskaffelsene vi har undersøkt foreligger etter vår vurdering, vesentlige forhold som skulle vært vurdert og dokumentert.

Direktoratet mangler rutiner for å sikre etterprøvnbarhet i anskaffelsene. God dokumentasjon er også viktig for direktoratets styring og kontroll med at anskaffelsene har gått riktig for seg. Direktoratet gjennomfører mange og store anskaffelser. Det gjør det ekstra viktig at direktoratet har tilstrekkelig styring og kontroll med anskaffelsene.

Direktoratet har etter kontraktsinngåelse gitt en annen konsulent rollen som programleder enn den som var avtalt. I anskaffelsen med en total kostnadsramme på 90 millioner kroner, ba direktoratet om et team inkludert programleder. Det kom inn to tilbud.

I utvelgelsen la direktoratet stor vekt på den tilbudte programlederens kompetanse. Direktoratet inngikk kontrakt med leverandøren som inkluderte denne konkrete programlederen. Det viste seg at vedkommende aldri tiltrådte. En annen konsulent fra leverandøren fikk rollen som programleder. Denne konsulenten ble opprinnelig ikke tilbudt som programleder i tilbudet fra leverandøren, og var heller ikke intervjuet til denne rollen.

Endringen av konsulent i rollen som programleder innebærer at forutsetningen direktoratet la til grunn for valg av leverandør, ikke lenger var til stede. Direktoratet har ikke dokumentert at de vurderte om endringen var tillatt, om endringen var vesentlig eller om det derfor skulle vært gjennomført en ny konkurranse. Det foreligger heller ikke dokumentasjon på at direktoratet har vurdert om konsulenten som tiltrådte som programleder hadde kompetanse for rollen.

Direktoratet har inngått avtale om flere ressurser enn det som går fram av behovsbeskrivelsen i konkurransegrunnlaget. I anskaffelsen med en total kostnadsramme på seks millioner kroner, ba direktoratet om én konsulent. Valgt leverandør tilbød to ressurser til oppdraget. Direktoratet inngikk kontrakt med leverandøren om at begge konsulentene skulle bistå direktoratet. De to konsulentene jobbet betydelig mer enn det en full stilling tilsier.

Direktoratet har ikke dokumentert at de vurderte om tilbudet var et vesentlig avvik fra vilkårene i konkurransen, og om tilbudet skulle vært avvist, jf. anskaffelsesforskriften § 24-8. Direktoratet har heller ikke dokumentert at de vurderte om denne endringen er i tråd med anskaffelsesregelverket, jf. anskaffelsesforskriften §§ 28-1 og 28-2.

Direktoratet har i 3 av de 14 undersøkte anskaffelsene gjort avrop med en tidsramme som går utover rammeavtalens varighet. De tre avropene har varighet fra ett til to år utover rammeavtalen. Direktoratet har ikke i noen av de tre avropene dokumentert vurderinger av at de hadde behov for konsulenttjenestene så lenge.

En rammeavtale kan som hovedregel bare inngås for fire år med mindre det foreligger særlige forhold, jf. anskaffelsesforskriften § 26-1 fjerde ledd. Bakgrunnen for dette er konkurransehensynet. Det er imidlertid tillatt å gjøre avrop som varer lenger enn rammeavtalen. Direktoratet må i det konkrete avropet vurdere hvor lenge de har behov for konsulenttjenesten som skal anskaffes.

Et avrop som varer lenge etter at rammeavtalen er gått ut, kan anses som en omgåelse av bestemmelsen om at en rammeavtale ikke skal ha en lengre varighet enn fire år. Det innebærer at jo lenger et avrop varer utover rammeavtalen, desto viktigere vil det være å dokumentere en vurdering av behovet og varigheten.

7.3 Direktoratet har mangelfull kostnadskontroll for kjøp av konsulenttjenester

Mange og komplekse anskaffelser av konsulenttjenester krever oppfølgingsrutiner for å sikre kostnadskontroll med konsulentbruken i programmene og prosjektene.¹⁰³ Direktoratet må sikre at de økonomiske rammene i de enkelte kontraktene ikke overskrides. Timebruk som kommer ut av kontroll, kan få konsekvenser for totalkostnadene.

Direktoratet har etablert et system for å følge opp kostnadsutviklingen på programnivå, men følger ikke tilstrekkelig opp kostnadsutviklingen i de enkelte kontraktene. Systematisk oppfølging av kostnadsutviklingen i kontraktene er viktig for å hindre overforbruk på eksisterende avtaler.

I flere av anskaffelsene vi har kontrollert er det brukt mer penger enn det som er estimert i konkurransegrunnlaget. I slike tilfeller må direktoratet vurdere om overskridelsen er betydelig, og om det må gjennomføres en ny konkurranse. Konsekvensen av manglende kostnadskontroll med anskaffelsene, gir risiko for ulovlige direkte anskaffelser.

En av anskaffelsene vi har kontrollert hadde en estimert kostnadsramme på 90 millioner kroner over fire år. Direktoratet har ikke fulgt opp at kostnadene ble holdt innenfor de estimerte kostnadsrammene i avtalen, underveis i perioden. Etter tre år hadde direktoratet brukt 97 millioner kroner og kostnadsrammen var

¹⁰³ Økonomibestemmelsene punkt 5.3.8.

overskredet med 7 millioner kroner. Som følge av kostnadsoverskridelsene foretok direktoratet nytt avrop (kjøp).

Revisjonen viser også at direktoratet har tillatt at leverandøren har arbeidet mer enn det som er avtalt. I fem av avtalene vi har kontrollert har avviket vært fra 30 prosent til 66 prosent høyere enn det som er avtalt. Alle avtalene er inngått med samme leverandør. Direktoratet tok først høsten 2020 forholdet skriftlig opp med leverandøren og ba om at konsulentene måtte arbeide mindre. Den omfattende overskridelsen av avtalt timebruk hadde da vart i fire år.

Manglende kostnadskontroll gir risiko for at direktoratet ikke har tilstrekkelig kontroll med at anskaffelsesprosessene gjennomføres i tråd med regelverket.

7.4 Direktoratet har mangelfulle prosesser for å redusere avhengigheten av konsulentbruk

Det følger av de grunnleggende prinsippene i økonomiregelverket at virksomheten skal sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag. Virksomheten skal drives i samsvar med gjeldende lover og regler, herunder krav til etisk adferd.¹⁰⁴ Internkontrollen skal være tilpasset risiko og vesentlighet og virksomhetens egenart, og den skal dokumenteres.

Direktoratets omfattende bruk av konsulenter i ledende roller og til å utføre direktoratets samfunnsoppdrag, stiller særskilte krav til direktoratets oppfølging. Direktoratet har i perioden 2016–2020 gjennomført om lag 550 minikonkurranser på rammeavtalene for IKT-konsulenttjenester for til sammen 1,2 milliarder kroner.

I prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson og Helsedataprogrammet* har det vesentlige av kostnadene til konsulenttjenester gått til én leverandør i hele prosjekt/programperioden. Direktoratet har i flere anskaffelser gitt opplysninger som kan forstås slik at de ønsker at nåværende leverandør skal fortsette. Det har da kommet inn ett tilbud fra eksisterende leverandør. Direktoratet har ikke vurdert risikoen for å bli avhengig av én dominerende leverandør i disse to programmene/prosjektene.

Direktoratet hadde i 2020 ti programmer/prosjekter hvor fem var bemannet med innleide konsulenter i prosjekt-/programlederroller. Det er viktig at direktoratet har bevissthet om mulige risikoer ved å bruke konsulenter i program/prosjektlederroller og i så stort omfang. Ingen av de 14 anskaffelsene som er kontrollert, har dokumentasjon som viser at behovet for å leie inn konsulenter i slike roller er vurdert mot mulig bruk av egne ansatte. Direktoratet har i 2020 opprettet en egen avdeling for program- og prosjektledelse. Planen er å få flere interne program- og prosjektledere.

I prosjektet *Én innbygger – én journal/Akson* har én konsulent vært program/prosjektleder fra oppstart i 2013 til høsten 2020. Også i *Helsedataprogrammet* og *Program kodeverk og terminologi* har én konsulent hatt sentrale roller over lang tid. Bevissthet om risikoen for å bli avhengig av enkeltkonsulenters kompetanse er særlig viktig i slike tilfeller. Direktoratet har ikke dokumentert at de har vurdert risikoen for å bli avhengige av enkeltkonsulenter i sentrale roller.

Direktoratet for e-helse utnytter ikke muligheten for kompetanseoverføring fra konsulenter til egne ansatte. Kompetanseoverføring kan bidra til å redusere avhengigheten av konsulenter. Direktoratet mangler en systematisk tilrettelegging for overføring av kompetanse fra konsulenter til ansatte. I januar 2021 har direktoratet vedtatt retningslinjer for konsulentbruk som omtaler kompetanseoverføring.

Direktoratet stiller ikke tilstrekkelige krav til konsulentene når det gjelder etisk adferd. Konsulenter som har lederroller i et prosjekt eller program i direktoratet, underskriver kontrakter på vegne av leverandøren. Dette er en uheldig praksis, og kan svekke tilliten til at anskaffelsen er foretatt på en samfunnstjenlig måte. Det gjelder særlig når konsulenten har en personlig økonomisk fordel, slik en partner i et konsultantselskap har. Prosjekt- og programledere i direktoratet har nøkkelposisjoner med stor påvirkningskraft på hvordan oppgavene løses. Dette stiller ekstra krav til ansattes og konsulenters bevissthet om etisk adferd.

¹⁰⁴ Reglementet for økonomistyring i staten § 4 bokstav b og c.

Direktoratet bruker konsulenter til å løse flere av sine oppgaver. Det å være bevisst på de etiske dilemmaene knyttet til bruken av konsulenter er ekstra viktig for direktoratet som bruker konsulenter i et stort omfang, slik at allmenheten har tillit til at anskaffelsene skjer på en riktig måte.