

Sak 4: Helseforetakenes håndtering av bierverv

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) Helse Stavanger HF, St Olavs Hospital, Åhus

1 Hovedfunn

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

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Ansatte i helseforetakene rapporterer i liten grad om bierverv

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

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

4 Departementets oppfølging

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

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

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

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Vedlegg 4:
Brev og rapport til sak 4 om
helseforetakenes håndtering av
bierverv

4.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse-
og omsorgsdepartementet

4.2 Statsrådens svar

4.3 Rapport fra forvaltningsrevisjon av
helseforetakenes håndtering av bierverv



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler	
Jørn Barmoen Simensen	22241091
Vår dato	Vår referanse
01.11.2017	2017/01312-13
Deres dato	Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. revl. § 18(2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att: Statsråd Bent Høie

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Vedlagt oversendes saksframstillingen av Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2017–2018).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 28. juni 2017, og på departementets svar 18. august 2017.

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

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

Svarfrist: 15. november 2017

For riksrevisorkollegiet

Etter fullmakt

riksrevisor

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Deres ref
2017/01312-13

Vår ref
16/4616-15

Dato
15. november 2017

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 1. november i år om helseforetakenes håndtering av bierverv.

Rapporten gir et nyansert bilde av status for helseforetakenes håndtering av bierverv, herunder både etterfølgelse og avvik i forhold til gitte styringskrav og gjeldende retningslinjer. Det pekes på konkrete mangler og svakheter som må følges opp på flere nivå. Resultatene fra undersøkelsen viser også at det er behov for å tydeliggjøre helseforetakenes retningslinjer, og at informasjon om bierverv og registrering må gjøres til et tema på ledelsesnivå og i styringsdialogen mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene.

I foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2013 ble det vist til at de regionale helseforetakene har innført retningslinjer og systemer for rapportering og kontroll av ansattes bierverv. Videre ble det vist til at helsepersonell har etter helsepersonelloven § 19 plikt til å varsle arbeidsgiver om bierverv, engasjement, eierinteresser mv. Det ble også vist til at forvaltningsloven gjelder for helseforetakenes virksomhet, jf. helseforetaksloven § 5, og foretaksmøtet pekte spesielt på lovens kapittel 2 om habilitet. Foretaksmøtet forutsatte at eventuelle brudd på retningslinjer, orienteringsplikt, habilitetsregler mv., blir fulgt opp av det enkelte foretak som arbeidsgiver. De regionale helseforetakene ble i det aktuelle foretaksmøtet bedt om å påse at rutiner for bierverv følges og at det rapporteres om status for antall bierverv pr. 31. desember i årlig melding. Videre at de samme prinsippene må tas inn i rammeavtaler som inngås med private leverandører av spesialisthelsetjenester. Avtaler som inngås med private skal inneholde bestemmelser som sørger for at pasienter som er henvist til virksomheten ikke mottar tilbud om å betale tjenesten selv og at det skal gis informasjon om fritt sykehusvalg. Bestemmelsene bør ha klare regler om sanksjoner og de regionale helseforetakene må sørge for at bestemmelsene blir håndhevet.

Postadresse: Postboks 8011 Dep 0030 Oslo
Kontoradresse: Teatergt. 9 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 983 887 406

Riksrevisjonens undersøkelse viser at alle helseforetak har etablert egne retningslinjer og rutiner for håndtering og rapportering av bierverv. Undersøkelsen viser imidlertid at disse ikke er tydelige og konkrete nok og at det er stor variasjonen i etterlevelsen. Jeg vil derfor følge opp kravet som ble stilt i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2013, og be de regionale helseforetakene om å følge opp hovedfunn i Riksrevisjonens undersøkelse, og da spesielt Riksrevisjonens merknader og anbefalinger.

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

Med hilsen



Bent Høie

Vedlegg 4.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av helseforetakenes håndtering av bierverv

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Med bierverv menes lønnet eller ulønnet aktivitet for en annen oppdragsgiver eller arbeidsgiver, samt eierinteresser og styreverv i annen virksomhet. Offentlig ansatt helsepersonell kan, på samme måte som andre arbeidstakere, påta seg bierverv forutsatt at det ikke går utover hovedstillingen. Bierverv kan ha positive sider, som faglig utvikling for de ansatte og bedre utnyttelse av helsepersonellens ressurser. Dette kan igjen øke det samlede helsetilbudet.

Helsepersonell har imidlertid en lovfestet plikt til å melde fra til arbeidsgiver om bierverv. Bakgrunnen er at biervervet kan bli så omfattende at det kan gå utover hovedstillingen, og at helsepersonell som følge av biervervet kan havne i interesse- eller lojalitetskonflikter med hovedarbeidsgiveren sin.¹ For helsepersonell er kravet til forsvarlig tjenesteutøvelse lovfestet. Stort omfang av bierverv kan dessuten gjøre det krevende å organisere virksomheten. Helseforetakene kan, som arbeidsgiver, bruke sin styringsrett til å begrense de ansattes mulighet til å inneha bierverv.

Riksrevisjonen gjennomførte i 2005 en undersøkelse av ansattes bierverv i helsesektoren.² Det skjedde etter at de regionale helseforetakene (RHF) i 2003 vedtok retningslinjer om bierverv. I retningslinjene og i ansettelseskontraktene ble de ansattes muligheter til å inneha bierverv i konkurrerende virksomhet innskrenket ved at habilitet, lojalitet og den enkelte ansattes totale arbeidsbelastning skulle vurderes før biervervet ble godkjent. Revisjonen viste at mange av de ansattes bierverv var i strid med de nye retningslinjene, og at helseforetakene hadde ulik forståelse og praktisering av dem. Revisjonen ble fulgt opp i etterkant. Saken ble avsluttet i 2013, etter at Helse- og omsorgsdepartementet meldte fra om at alle regionene skulle få på plass elektroniske rapporteringssystemer innen 2013.³

Det er risiko for at det fortsatt er svakheter ved dagens system. Selv om retningslinjer og elektronisk rapporteringssystem er på plass, er det mye som tyder på at de ikke blir etterlevd og brukt godt nok. En rapport fra internrevisjonen i Helse Vest RHF i 2015 viste underrapportering av bierverv, at retningslinjene ikke var godt nok forankret blant ledere og ansatte i helseforetakene, og at det var mangler ved helseforetakenes oppfølging. Ingen av helseforetakene i Helse Vest RHF hadde etablert system eller rutiner for overvåking, kontroll og oppfølging av bierverv.

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

1) Jf. Ot.prp. nr. 13 (1998–1999), s. 6.

2) Dokument 1 (2005–2006), s. 57 og 58.

3) Dokument 3:2 (2011–2012), s. 105.

Både de regionale helseforetakene og helseforetakene har et ansvar for å følge opp kravene som er stilt til bierverv. I foretaksmøte i 2013 fikk de regionale helseforetakene også ansvar for at rammeavtaler inngått med private aktører er i samsvar med de samme prinsippene som avtaler med helseforetakene, og at bestemmelsene etterleves.

1.2 Mål og problemstillinger

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

Målet vil bli belyst gjennom følgende problemstillinger:

- I hvilken grad er bierverv registrert i helseforetakene?
- I hvilken grad bidrar helseforetakenes styring, kontroll og oppfølging til at bierverv blir registrert, og til at hensyn til hovedstilling og habilitet blir ivaretatt?
- I hvilken grad følger de regionale helseforetakene opp at helseforetakene etterlever krav stilt i foretaksmøtene til bierverv, og at de samme prinsippene ivaretas i rammeavtaler med private leverandører?

1.3 Revisjonskriterier

Krav til bierverv

I lov om helsepersonell (helsepersonelloven) § 19 fastslås det at helsepersonell har plikt til å opplyse arbeidsgiver om bierverv. Hensikten med å regulere adgangen til å ha bierverv er å forebygge at det utad kan reises spørsmål og tvil om ansattes integritet, habilitet og uavhengighet. Ansatte i helsesektoren er omfattet av forvaltningslovens bestemmelser om habilitet. Arbeidstaker er inhabil i tilfeller hvor vedkommende innehar stillinger, engasjementer eller styreverv i andre virksomheter og/eller organisasjoner som har en relasjon til helseforetaket. Revisjonen legger til grunn at dette også innebærer at de ikke kan henvise pasienter til sine egne private virksomheter, til nærstående parter eller virksomheter de har eierinteresser i.

I forarbeidene til helsepersonelloven⁴ blir det understreket at det er flere positive sider ved å ha bierverv. Gitt at bierverv innebærer at det i framtiden utføres helsetjenester, vil et slikt ekstraarbeid innebære en mer effektiv utnyttelse av det enkelte helsepersonells ressurser. Ved å påta seg bierverv vil dermed helsepersonell bidra til å øke det samlede helsetilbudet. Helsepersonell vil dessuten gjennom bierverv kunne få erfaring og kunnskap som vil være til nytte i hovedvervet, uavhengig av biervervets art. For samfunnet er det et gode at for eksempel legers kompetanse brukes til utvikling av nye medisiner eller undervisning av studenter.

I forbindelse med lovarbeidet ble det imidlertid påpekt at biervervet kan bli så omfattende at det går ut over hovedstillingen. Det er grenser for hvor mange og hvor lange arbeidsdager helsepersonell kan ha uten at dette går ut over arbeidsinnsats og engasjement. Dette reguleres imidlertid i utgangspunktet av forsvarlighetskravet. For helsepersonell er kravet til forsvarlig tjenesteutøvelse lovfestet.

I forarbeidene til loven finner departementet det mest hensiktsmessig at det i utgangspunktet er helsepersonellfaglige bierverv som bør omfattes av meldeplikten. Det ble vektlagt at helsepersonell kan havne i interesse- eller lojalitetskonflikter med hovedarbeidsgiveren sin som følge av slike bierverv. I departementets vurdering ble det utdypet at en offentlig ansatt lege for eksempel kan ha en privat praksis eller ha eierinteresser i firmaer som det er aktuelt å henvise pasienter til. På tilsvarende måte

4) Ot.prp. nr. 13 (1998–1999), s. 7.

vil en lege som i fritiden arbeider ved et privat laboratorium, kunne sikre seg selv og/eller biarbeidsgiveren inntekter ved å henvise prøvetaking dit. Denne typen bierverv kan derfor være egnet til å svekke tilliten til at offentlig helsepersonell tar avgjørelser på grunnlag av rent faglige og samfunnsøkonomiske vurderinger. Imidlertid framgår det at helsepersonell også bør være pliktige til å melde fra om andre bierverv som kan føre til interessekonflikter med arbeidsgiver.

Arbeidsgiver kan fastsette begrensninger for ansattes bierverv i kraft av sin styringsrett. Styringsretten innebærer at arbeidsgiver har rett til å organisere, lede, kontrollere og fordele arbeidet. I henhold til arbeidsmiljøloven § 8 har arbeidsgiver også plikt til å informere om og drøfte spørsmål av betydning for ansattes arbeidsforhold. I foretaksmøte med de regionale helseforetakene i januar 2006 ble det forutsatt at den enkelte helseregion utviklet gjennomgående retningslinjer for ansattes bierverv. I foretaksmøte i januar 2008 ble det enkelte regionale helseforetak bedt om å utvikle felles systemer for helseforetakene i regionen for enhetlig rapportering og kontroll av bierverv.

I foretaksmøtene med RHF-ene i januar 2013 ble det forutsatt at eventuelle brudd på retningslinjer, orienteringsplikten, habilitetsregler mv. blir fulgt opp av det enkelte helseforetak som arbeidsgiver. Foretaksmøtet ba om at de samme prinsippene skulle bli tatt inn i rammeavtaler som er inngått med private leverandører av spesialisthelsetjenester. Videre skal avtaler med private inneholde bestemmelser og sanksjoner som hindrer henvisning til egen virksomhet. Det er understreket at det er et lederansvar⁵ å følge opp dette.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene påse at rutiner for bierverv følges, og at det rapporteres om status for tall på bierverv per 31. desember i årlig melding. Alle begrensninger i ansattes rett til å inneha bierverv er underlagt det alminnelige arbeidsrettslige krav til saklig og forsvarlig utøvelse. Begrensningene skal ikke innebære en uforholdsmessig belastning for arbeidstakeren. Enhver begrensning, ethvert pålegg eller enhver nektelse, skal dermed ikke gå lengre enn det som er nødvendig i det konkrete tilfellet. Det skal dermed foretas en interesseavveining mellom arbeidsgivers behov for å nekte bierverv og arbeidstakers rett til og interesse av å disponere egen fritid.

I henhold til Sivilombudsmannens dom i radiografsaken⁶ er helseforetakenes rett til å nekte helsearbeidere bierverv ut fra konkurransehensyn begrenset. En avgjørelse om å nekte ansatte bierverv må være forankret i et klart rettslig grunnlag og være et resultat av en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle.

Krav til internkontroll i helseforetakene

Spesialisthelsetjenesteloven⁷ og helsetilsynsloven⁸ pålegger helseforetakene å ha et internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Helseforetakene skal i henhold til internkontrollforskriften i helse- og omsorgstjenesten⁹ ha formålstjenlige strukturer, systemer og rutiner, samt klart definerte og dokumenterte prosesser for intern kontroll og risikostyring. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. De ansvarlige

5) Innst. 62 S (2014–2015) Fra helse- og omsorgskomiteen, s. 7.

6) Sivilombudsmannens sak 2006/823 Forbud mot bierverv for radiograf ansatt i helseforetak.

7) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1 a tredje ledd..

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

9) Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4.

i helseforetaket skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svik eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, og sette i verk rutiner eller andre tiltak for blant annet å forebygge brudd på helselovgivningen. Krav til intern styring og kontroll som innholdsmessig er konsistente med denne forskriften, går også fram av internasjonalt anerkjente rammeverk for intern kontroll¹⁰ og helhetlig risikostyring¹¹.

Internkontrollforskriften er erstattet med en ny forskrift om ledelse og kvalitets-forbedring i helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft 1. januar 2017. Den nye forskriften legger vekt på ledelsens betydning og er tydeligere på hvilke oppgaver plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere omfatter. På foretaksmøtene i de regionale helseforetakene i januar 2017 ble det vist til at den nye forskriften er et sentralt virkemiddel som plasserer ansvar og beskriver helt grunnleggende krav som virksomheter i helsetjenesten må styre etter for å gi forsvarlige og gode helsetjenester, og for å forbedre tjenester som ikke er gode nok.

Det følger av retningslinjer¹² for oppfølging av eierinteressene i de regionale helseforetakene at Helse- og omsorgsdepartementet skal sørge for at styrene har etablert rammeverk for kontroll som påser at internkontrollen er sikret i tilstrekkelig omfang, og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Hovedelementene kategoriseres i målrettet, hensiktsmessig og effektiv drift, pålitelig intern og ekstern rapportering og overholdelse av gjeldende lover og regler. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet for virksomhetens mål og ha nødvendig forankring i ledelsen i hele organisasjonen.

1.4 Metode og gjennomføring

Undersøkelsen omfatter de fire regionale helseforetakene med underliggende helseforetak. Datainnsamlingen omfatter i hovedsak data fra 2016 og 2017. Problemstillingene i undersøkelsen er belyst gjennom dokumentanalyse, analyse av registerdata og dybdeintervjuer i tre helseforetak.

Spørrebrev og dokumentanalyse

Alle helseforetakene har enten sendt inn egne retningslinjer eller vist til regionens felles retningslinjer for bierverv. For å belyse om retningslinjene for bierverv er klare på hva som skal rapporteres, ansvarsfordelingen i søknadsbehandling og oppfølging av bierverv, er det gjennomført en dokumentanalyse av retningslinjene. Videre er det undersøkt om det er konkretisert hva som skal legges til grunn for om et bierverv skal godkjennes eller ikke. I tillegg er det hentet inn etiske retningslinjer, maler for arbeidsavtaler og annet relevant skriftlig materiale for å undersøke hvilke krav som er stilt til bierverv.

Dokumentanalysen omfatter også sendt skriftlige spørsmål til samtlige regionale helseforetak og underliggende helseforetak. Helseforetakene er bedt om å redegjøre for hvilken styring og kontroll av bierverv som er etablert i helseforetakene, og RHF-ene om å redegjøre for sin oppfølging av helseforetakene på dette feltet. Det er også gjennomgått styreprotokoller, årlige meldinger og foretaksprotokoller for RHF-ene for 2014–2016 for å undersøke om bierverv har vært et tema i styringsdialogen mellom regionene og helseforetakene. RHF-ene har sendt inn kopi av gjeldende rammeavtaler regionene har inngått med private leverandører av helsetjenester. De innsendte rammeavtalene¹³ er gjennomgått for å kontrollere at prinsippene fra retningslinjene om bierverv er omtalt.

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

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

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

13) 19 rammeavtaler med private leverandører og de to generelle avtalene RHF-ene har inngått med legeföreningen og psykologforeningen om avtalespesialister.

Registeranalyse

For å undersøke om bierverv er registrert i helseforetakene, er det gjennomført en registeranalyse. Alle helseforetakene har sendt inn opplysninger fra lønns- og personalsystemene og opplysninger om registrerte bierverv på personnivå for alle ansatte leger, psykologer og ambulansepersonell. Disse stillingsgruppene har nøkkelroller i pasientbehandlingen i helseforetakene, og det legges til grunn at omfanget av bierverv er særlig stort innenfor disse gruppene. Det er hentet inn opplysninger om de samme personene fra Brønnøysundregisteret, AA-registeret og Skattedirektoratet for å få informasjon om næringslivsroller, arbeidsforhold og skatteopplysninger. Dataene fra helseforetakene, Brønnøysundregisteret og AA-registeret er fra 2016, mens skattedataene er tatt fra skatteoppgjøret for 2015.

Registrerte bierverv i helseforetakene er sammenlignet med opplysninger fra de tre offentlige registrene. Som et mål på underrapportering legger undersøkelsen til grunn rapportering på personnivå. Hvis en person har registrert et bierverv i helseforetakets register, er det vurdert som at personen har rapportert.¹⁴ Hvis en person ikke har registrert noe og samtidig er oppført med et helserelatert bierverv i AA-registeret eller i Brønnøysundregisteret, er det vurdert at personen har underrapportert.

Anslaget på underrapportering avhenger av hvordan meldepliktige bierverv defineres. I behandlingen av datamaterialet fra de offentlige registrene er det gjort to forutsetninger som begge gir et mer konservativt anslag på omfanget av underrapporteringen. For det første omfatter analysen bare helserelaterte bierverv.¹⁵ I loven¹⁶ står det at helsepersonell skal gi arbeidsgiveren opplysninger om bierverv som vil kunne komme i konflikt med hovedarbeidsgivers interesser. I forarbeidene til loven¹⁷ framheves det at det i utgangspunktet er helsepersonellfaglige bierverv som bør omfattes av meldeplikten. Rapportering av helserelaterte bierverv må regnes som et minimumskrav. For det andre er inaktive enkeltpersonforetak ekskludert. Revisjonen legger til grunn at det må være aktivitet i selskapene for at disse skal regnes som meldepliktige bierverv. Et foretak er klassifisert som inaktivt hvis det ikke leverte næringsoppgave 1 eller 2 i 2015. Dette medfører at enkeltpersonforetak som kan ha vært aktive før og etter 2015, er utelukket.

Forsknings- og undervisningsstillinger er i denne sammenhengen regnet som helserelaterte bierverv. Dette gjelder 2209 av 7132 personer med helserelaterte stillinger i AA-registeret.

Tabell 1 Antall ansatte med oppføringer i Brønnøysundregisteret og ekstra stillinger i AA-registeret

Antall leger, psykologer og ambulansepersonell helseforetakene	Antall med flere oppføringer i Nav, eller roller i Brønnøysundregisteret (Brreg)	Antall med helserelaterte oppføringer i Nav, eller roller i Brreg	Antall med helserelaterte oppføringer i Nav, eller roller i Brreg, utelatt inaktive enkeltpersonforetak
23 144	13 523	10 536	8339

14) Dette forutsettes uavhengig av om de har oppføringer i AA- eller Brønnøysundregisteret, om biervervene er helserelaterte eller ikke, og om enkeltpersonforetakene de har, er aktive eller ikke.

15) I AA-registeret er klassifiseringen av helserelaterte bierverv basert på stillingens yrkesnavn. I Brønnøysundregisteret er klassifiseringen av helserelaterte bierverv basert på foretakets næringskode. I noen tilfeller har det for begge registrene vært nødvendig med enkelte manuelle justeringer ved klassifisering.

16) Helsepersonelloven § 19

17) Ot.prp.nr 13 (1998-99)

Tabell 1 viser at 8339 av de 13 523 som har oppføringer i Brønnøysundregisteret eller en ekstra stilling utenom hovedstillingen i AA-registeret er vurdert å være rapporteringspliktige.

Enkeltsøk på ledere og ansatte

For å få oversikt over omfang av bierverv og rapportering blant lederne i helseforetakene, er det gjort enkeltsøk på ledere på nivå 1 og 2 i helseforetakene, i alt 216 ledere. Dette omfatter administrerende direktører og klinikk-/divisjonsdirektører som har ledelsesansvar for primæroppgaven og utgjør helseforetakenes toppledergruppe. Ledere i administrasjonen, støtte og stabsfunksjoner, er ikke tatt med.¹⁸

Det er også gjort enkeltsøk på 198 leger tilknyttet to av de store private sykehusene, for å få en oversikt over omfanget av leger ansatt i helseforetakene som jobber for de private sykehusene.¹⁹

Dybdeintervjuer i utvalgte helseforetak

For å få kunnskap om årsaker til underrapportering, er det gjennomført dybdeintervjuer ved tre avdelinger fordelt på tre helseforetak. På bakgrunn av registeranalysen er det valgt ut avdelinger med stor grad av underrapportering og avdelinger som er gode til å rapportere. Det er i tillegg tatt hensyn til kvaliteten på retningslinjene og veiledere. Alle tre avdelingene har en viss størrelse og mange ansatte med bierverv. Denne delen av undersøkelsen er avgrenset til leger og psykologer. Kardiologisk avdeling ved Helse Stavanger HF er valgt fordi det var godt samsvar mellom registrerte bierverv i helseforetaket og roller registrert i Brønnøysundregisteret. Øre-nese-hals-avdelingen ved Ahus HF og Nidaros distriktpsikiatrisk senter (Nidaros DPS) ved St. Olavs hospital HF er valgt fordi de ansatte i liten grad har rapportert om sine bierverv.

Det er gjennomført intervjuer med leger og psykologer ved avdelingene, og med tilhørende avdelingsleder, klinikkleder og administrerende direktør. Legene og psykologene i den enkelte avdeling ble plukket ut til intervju fordi de hadde relevante bierverv. De ansatte som ble valgt ut til intervju, hadde i varierende grad rapportert sine bierverv. Ved hvert helseforetak er det gjennomført seks intervjuer, tre med ansatte og tre med ledere. Totalt er det gjennomført 18 intervjuer.

Intervjuene med ansatte og avdelingsledere er brukt for å få informasjon om kjennskapen til regelverket og søknadsbehandlingen. Intervjuene med klinikkledelsen og administrerende direktør har gitt informasjon om ledelsens bruk og oppfølging av registeret. Intervjuene har også gitt informasjon om hvilke konsekvenser bierverv har for helseforetaket og avdelingen.

18) Søket er basert på informasjon fra helseforetakets hjemmeside om foretaksledelsen. Hva som regnes som rapporteringspliktig bierverv for lederne, er det samme som for de ansatte, med unntak av at enkeltpersonforetak ikke er justert for om de er aktive eller ikke.

19) De to private sykehusene er Aleris og Volvat. Alle leger som er oppført på disse sykehusenes hjemmesider er inkludert i utvalget. Det kan være flere offentlig ansatte leger som er tilknyttet de private sykehusene som ikke er oppført på nettsidene.

2 Resultatet av undersøkelsen

2.1 Rapportering av bierverv i helseforetakene

Ansatte med meldepliktige bierverv

Per 1. september 2016 var det ansatt 23 144 leger, psykologer og ambulanspersonell i helseforetakene. Tabell 3 viser hvor mange av disse som har ett eller flere helserelaterte, meldepliktige bierverv.

Tabell 2 Ansatte med meldepliktige bierverv, fordelt på profesjoner

	Antall ansatte i helseforetakene per 1.9.2016	Antall med meldepliktige bierverv	Andel med meldepliktige bierverv
Lege	14 845	5595	38 %
Ambulanse	4856	1761	36 %
Psykolog	3443	983	29 %
Totalsum	23 144	8339	36 %

Tabell 2 viser at omtrent en tredjedel av alle yrkesgruppene har meldepliktige bierverv etter den definisjonen som er lagt til grunn, jf. kapittel 1.4.2. Leger og ambulanspersonell har flest meldepliktige bierverv, mens psykologene har færrest.

Det er en noe større andel ansatte som har meldepliktige bierverv ved universitetssykehusene (39 prosent) enn ved de andre helseforetakene (33 prosent).²⁰

Helseforetakene organiserer avdelingene sine på ulike måter, noe som gjør det vanskelig å sammenligne fagfelt med hverandre. For legene er det likevel noen *store* spesialiteter som skiller seg ut. Spesialiserte avdelinger for øre-nese-hals, nevrologi, revmatologi, øyesykdommer og indremedisin har alle en andel ansatte med meldepliktige bierverv på omtrent 45 prosent. Tallene for de øvrige avdelingene går fram av vedlegg 1.

Tabell 3 viser hvor mange roller (styreverv, eierinteresser m.m.) de 8339 meldepliktige ansatte er oppført med i selskaper i Brønnøysundregisteret, og hvor mange bistillinger de er registrert med i arbeidstakerregisteret (AA-registeret). I AA-registeret er det 7132 rapporteringspliktige stillinger fordelt på 5818 personer. I Brønnøysundregisteret er det 7109 rapporteringspliktige roller fordelt på 3103 personer. De ansatte kan ha oppføringer i begge registrene. Derfor er totalt antall rapporteringspliktige i denne oversikten (8948) større enn totalt antall rapporteringspliktige i de andre analysene (8339).²¹

20) OUS HF, Ahus HF, St. Olavs hospital HF, Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF.

21) Ansatte som har overrapportert, er i motsetning til de andre analysene ikke inkludert i denne tabellen. De har rapportert et verv som verken er å finne i Brønnøysundregisteret eller i AA-registeret.

Tabell 3 Antall meldepliktige bierverv i arbeidstakerregisteret, og antall meldepliktige bierverv i Brønnøysundregisteret

		Leger	Ambulanse	Psykologer	Antall roller totalt
AA-registeret		4764	1794	575	7132
	Private virksomheter	738	424	85	1247
	Offentlige virksomheter	4026	1370	489	5885
Brreg		5647	623	839	7109
	Aktive enkeltpersonforetak	2875	278	601	3754
	Andre selskaper (AS, ANS, NUF, mv)	2772	345	238	3355

Tabell 3 viser at det store flertallet av de helserelaterte bistillingene i AA-registeret er i offentlige virksomheter.²² Enkeltpersonforetak står for flertallet av registreringene i Brønnøysundregisteret. Det er forskjeller mellom profesjonene. Ambulansepersonell har i hovedsak bistillinger som er registrert i AA-registeret. Blant legene og psykologene er det noe flere som har roller registrert i Brønnøysundregisteret enn de som har bistillinger i AA-registeret.

Offentlige sykehus, utdannings- og forskningsinstitusjoner og kommunehelsetjenesten er de største offentlige biarbeidsgiverne i AA-registeret. Av totalt 5885 bistillinger i offentlige virksomheter er det 2418 bistillinger ved offentlige sykehus. Dette er stillinger der helsepersonell også jobber ved et annet helseforetak enn der de har hovedstillingen. Videre er det 1743 bistillinger ved forsknings- og utdanningsinstitusjoner. Universitetssykehusene har ansvaret for store deler av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge. I tillegg er det 1661 stillinger innenfor kommunehelsetjenesten. I kommunen er det mange som har ekstrasjober ved kommunale sykehjem, omsorgsboliger og rusbehandling (379 stillinger), legevakter (321 stillinger) og hjemmesykepleie (613 stillinger).

En gjennomgang av de private biarbeidsgiverne i AA-registeret viser at det er stor variasjon i virksomhetsområdene deres.²³ Den største gruppen med biarbeidsgivere er små allmennlegekontorer og spesialiserte klinikker. Totalt står disse for 234 bistillinger. Private sykehus er den nest største gruppen med totalt 198 bistillinger. De fleste av disse er ved diakonale sykehus. Disse er et supplement til det offentlige helsetilbudet, gjennom driftsavtale med RHF-ene. Videre er det en del bistillinger ved private sykehjem og omsorgstjenester (153 stillinger), private ambulanseselskaper (140 stillinger), helsebemanningsselskaper (134 stillinger), selskaper som jobber med forskning, utdanning og/eller undervisning (128 stillinger), diverse foreninger og organisasjoner (109) og selskaper som jobber med legemidler eller medisinsk utstyr (86 stillinger).

Oversikten i AA-registeret gir imidlertid ikke en fullstendig oversikt over hvor mange sykehusansatte som i realiteten jobber for private sykehus og sykehjem, legekontorer, legemiddelselskaper eller andre private foretak som potensielt sett kan stille de ansatte i interessekonflikter. Det er normalt at helsepersonell er knyttet til en privat arbeidsgiver

22) Samme person kan ha både offentlig og privat stilling i AA-registeret, og ha roller i både enkeltpersonforetak og andre selskaper. Dette omfatter bistillinger i andre helseforetak, utdanningsinstitusjoner eller i kommunal helsetjeneste

23) Revisjonen har gjennomgått alle selskaper som er biarbeidsgiver for fire eller flere, totalt 66 selskaper. Den største biarbeidsgiveren, et bemanningsselskaper, har ansatt 42 personer som også jobber ved helseforetakene.

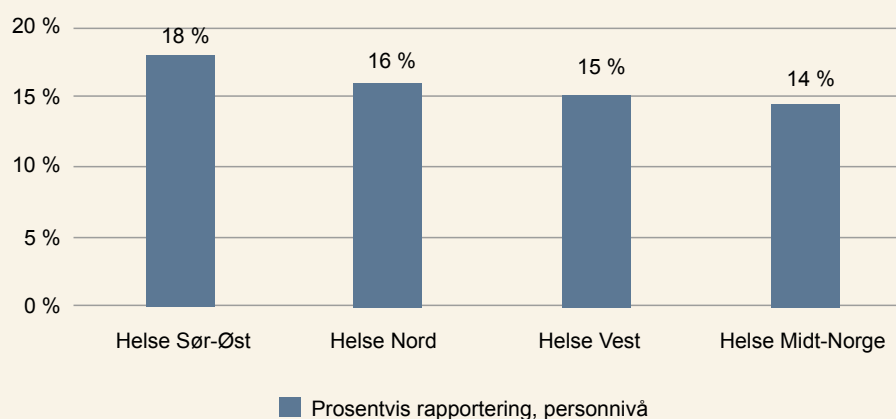
uten å være ansatt, via sitt enkeltpersonforetak. Flere leger i helseforetakene er oppført med stilling i det private sykehuset uten å være oppført med en slik stilling i AA-registeret. Leger som bistår private legemiddelselskaper, vil også være engasjert på denne måten. Dette betyr at det er et langt større omfang av sykehusansatte som i realiteten jobber for slike selskaper, enn det som går fram av AA-registeret.

Av de 198 legene som er tilknyttet to av de største private sykehusene (Aleris og Volvat) i Norge, er 70 leger også ansatt i et helseforetak. Det er flest leger som dekker hovedspesialitetene generell kirurgi (11), indremedisin (10), fødselshjelp og kvinnesykdommer (10), ortopedisk kirurgi (8), øre-nese-hals (7) og plastisk kirurgi (6). Undersøkelsen viser at de private sykehusene i større grad er avhengige av å knytte til seg offentlig ansatte leger på mindre steder. For eksempel er alle kardiologene og øre-nese-hals-legene ved et privat sykehus i Stavanger også ansatt ved Helse Stavanger HF. Tilsvarende er mange av legene ved private sykehus i Bodø, Tromsø og Trondheim ansatt ved helseforetakene i nærheten.

Grad av underrapportering i helseforetakene

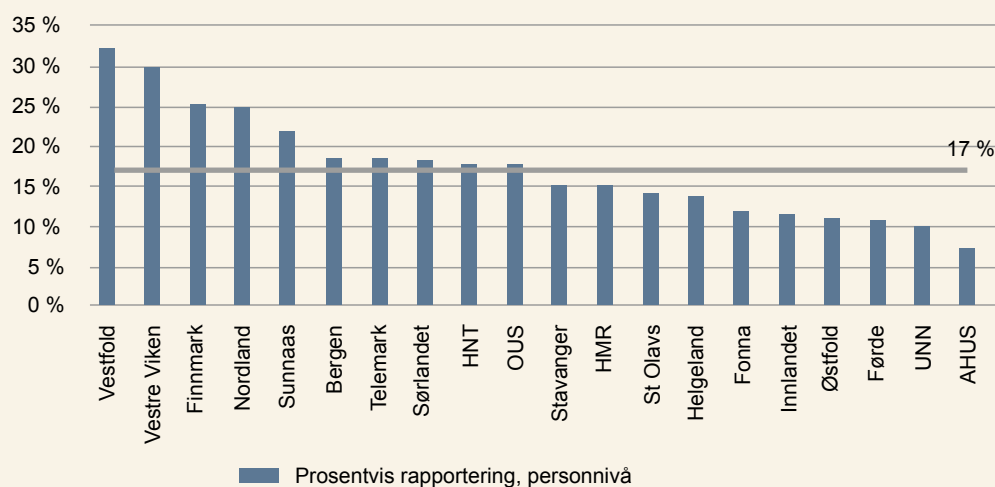
Av de 8339 legene, psykologene og ambulanseansatte som har meldepliktige bierverv, har 1391 rapportert inn ett eller flere bierverv. Altså har omtrent 17 prosent av de meldepliktige rapportert inn bierverv.

Figur 1 Grad av rapportering av bierverv for leger, psykologer og ambulansarbeidere i de fire RHF-ene



Figur 1 viser rapportering av helserelaterte bierverv per region på personnivå. Det er stor underrapportering av bierverv ved alle de regionale helseforetakene. Det er relativt lik grad av underrapportering i regionene. Det er kun 3 prosentpoeng som skiller RHF-et med høyest og lavest rapportering. I Helse Sør-Øst utgjør antall meldepliktige personer 4027, i Helse Vest 1652 personer, i Helse Midt-Norge 1324 personer og i Helse Nord 1336 personer.

Figur 2 Andel leger, psykologer og ambulansearbeidere med meldepliktige bierverv som har rapportert



Figur 2 viser rapportering av helserelaterte bierverv per helseforetak på personnivå.²⁴ Det er store variasjoner i rapporteringen mellom helseforetakene. Rapporteringen er høyest ved Sykehuset i Vestfold HF, der 32 prosent av meldepliktige ansatte har rapportert minst ett bierverv. Rapporteringen er lavest ved Ahus, der 7 prosent av meldepliktige ansatte har meldt inn bierverv.

Det er store variasjoner også mellom helseforetak som tilhører samme region. Spesielt gjelder dette for Helse Sør-Øst RHF, som både har helseforetakene med høyest og lavest grad av rapportering.

Analysen viser at det ikke er nevneverdige forskjeller i tilbøyeligheten til å rapportere mellom de som har private og de som har offentlige bierverv.

Tabell 4 Rapportering av bierverv delt inn etter profesjon

	Antall ansatte i helseforetakene per 1.9.2016	Antall med meldepliktige bierverv	Ansatte som har rapportert bierverv	Andel som har rapportert
Lege	14 845	5595	752	13 %
Ambulanse	4856	1761	404	23 %
Psykolog	3443	983	235	24 %
Totalsum	23 144	8339	1391	17 %

Tabell 4 viser at det er forskjeller mellom profesjonenes tilbøyelighet til å rapportere bierverv. Legene har i minst grad rapportert sine bierverv. Kun 13 prosent av de meldepliktige legene har rapportert bierverv, mens 23 prosent av ambulansepersonellet og 24 prosent av psykologene har gjort det samme.

Tabell 5 viser sammenhengen mellom ansettelsesforhold og grad av rapportering.

24) I de tilfeller der en person jobber i flere helseforetak, har tilhørighet blitt vurdert til arbeidsstedet med høyest stillingsprosent.

Tabell 5: Rapportering av bierverv delt inn etter ansettelsesforhold

	Antall ansatte i helseforetakene per 1.9.2016	Ansatte med meldepliktig bierverv	Ansatte som har rapportert bierverv	Andel som har rapportert
Ikke fast, deltid	2388	1065	63	6 %
Ikke fast, fulltid	5436	1792	82	5 %
Fast, deltid	2358	1289	217	17 %
Fast, fulltid	12962	4193	1029	25 %
Totalsum	23144	8339	1391	17 %

Tabell 5 viser at tilbøyeligheten til å rapportere avhenger mest av om den ansatte er fast ansatt ved helseforetaket. Det er ingen klar sammenheng mellom stillingsprosent og rapportering. For ambulanspersonell og psykologer er det de fulltidsansatte som rapporterer mest, mens det er omvendt for leger. Totalt sett er det størst rapportering blant de som jobber fast og fulltid, hvor en fjerdedel har rapportert ett eller flere bierverv.

Bierverv blant ledere

I flere av de regionale retningslinjene understrekes det at leders identifikasjon med arbeidsgiver er så tydelig at lojalitetsplikten generelt vil sette stramme grenser for retten til å ta bierverv.²⁵

Kontroll av bierverv for i alt 216 ledere på nivå 1 og 2 i de 20 helseforetakene viser at 120 ledere har ett eller flere bierverv som er helserelaterte. Analysen viser at mange av biervervene er styreverv som de innehar i kraft av sin stilling, det vil si styreverv i legater og stiftelser som sykehusene disponerer, og styreverv i andre helseforetak. Dette er bierverv som normalt ikke kommer i konflikt med hovedarbeidsgivers interesser.²⁶ Hvis det justeres for dette, har 87 ledere bierverv som skulle vært rapportert.²⁷ Kun 19 av disse har meldt inn biervervet på kontrolltidspunktet (22 prosent).

Blant de 87 lederne har mange selskap som tilbyr ulike typer spesialisthelsetjenester og legevaktjenester. I tillegg har flere undervisnings- og forskningsstillinger. Åtte ledere har eierinteresser eller roller i selskaper som kan være problematiske av habilitetshensyn eller i direkte konkurranse med helseforetaket. Ingen av disse biervervene var rapportert på kontrolltidspunktet. For eksempel er en leder styremedlem i et firma som driver utvikling og produksjon av medisinsk utstyr. Andre eksempler er en leder som eier og driver et spesialisert medisinsk senter, og en leder som er styremedlem i et selskap som jobber med helseinnovasjon.

I Helse Vest RHF har 49 prosent av ledere bierverv som kan være rapporteringspliktige. I de andre regionene er 37 prosent i Helse Sør-Øst RHF, 40 prosent i Helse Midt-Norge RHF og 37 prosent i Helse Nord RHF. Det er flest ledere i Helse Sør-Øst og Helse Vest som har rapportert sine bierverv (32 og 27 prosent) i registrerings-systemene. 12 prosent av lederne i Helse Midt-Norge og ingen av lederne i Helse Nord har rapportert sine bierverv.

25) Dette gjelder retningslinjene til foretaksgruppene Helse Sør-Øst og Helse Vest.

26) Flere har rapportert inn slike bierverv, men det går ikke klart fram om undervisnings- og forskningsstillinger skal rapporteres.

27) Det tas her forbehold om at flere av enkeltpersonforetakene kan være inaktive, slik at rapporteringspliktige bierverv trolig er noe lavere.

2.2 Helseforetakenes styring, kontroll og oppfølging

Retningslinjer og informasjon

De fire RHF-ene har laget regionale retningslinjer for bierverv, i tråd med vedtaket i foretaksmøtene.²⁸ Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har i tillegg utarbeidet veiledere som utdyper disse. Det er varierende innhold og detaljeringsgrad på retningslinjene som er utarbeidet.

Alle helseforetakene i foretaksgruppene Helse Sør-Øst og Helse Vest har utarbeidet egne, lokale retningslinjer. De lokale retningslinjene tar utgangspunkt i de regionale og ligger innholdsmessig tett opptil dem.²⁹ I de to andre regionene er det kun St. Olavs hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Nordlandssykehuset HF som har egne retningslinjer.

De regionale helseforetakene har også utarbeidet egne etiske retningslinjer, som inneholder henvisning til retningslinjer for bierverv. Samtlige helseforetak svarer at de følger de regionale helseforetakenes etiske retningslinjer, men OUS og Vestre Viken HF har utarbeidet egne etiske retningslinjer i tillegg.

Analysen viser at foreliggende retningslinjer og veiledningsmateriell ikke gir store utslag på rapporteringen av bierverv. Det er små forskjeller i rapporteringen mellom de fire foretaksgruppene. Videre er det stor spredning i rapporteringen innad i foretaksgruppene, selv om retningslinjer og veiledningsmateriell er relativt likt innad i regionene.

Informasjon om regelverket og leders involvering

Alle helseforetakene oppgir at det ligger informasjon om bierverv på intranettet, enten i personalhåndbok/personalreglement på nett eller på egen temaside. Tilnærmet alle helseforetak har også sendt inn arbeidsavtaler der bestemmelser om bierverv er innarbeidet. Arbeidsavtalene inneholder i hovedsak mange av de samme punktene og formuleringene om bierverv som retningslinjene. For øvrig tyder svar fra helseforetakene på at regelverket i begrenset grad formidles til de ansatte aktivt.

Alle helseforetakene i Helse Vest og Helse Sør-Øst oppgir at bierverv inngår i mal for medarbeidersamtaler. I de to andre regionene er det kun Møre og Romsdal HF som svarer at dette er tilfellet.

Mange av helseforetakene svarer at regelverket for bierverv tas opp eller skal tas opp muntlig på morgenmøter eller avdelingsmøter, eller på ledersamlinger.³⁰ Kun helseforetakene i Helse Vest RHF spesifiserer at temaet bierverv tas opp jevnlig. Noen av helseforetakene viser til at det står i retningslinjene at ledelsen skal ta opp regelverket i slike fora. Intervjuer ved ett av disse helseforetakene, Ahus HF, viser at dette ikke nødvendigvis praktiseres selv om det står i retningslinjene.

Syv av helseforetakene svarer at de regelmessig gjennomfører informasjonskampanjer på intranettet, der de ansatte blir bedt om å registrere sine bierverv.³¹ Helse Vest RHF

28) Retningslinjene til Helse Sør-Øst består av ett dokument om «Prinsipper for behandling av saker om ansattes bierverv i Helse Sør-Øst», og ett om «Felles krav til prosedyredokumenter» i helseforetakene. Begge disse er vedlegg til styresak nr. 050-201 «Behandling av saker om ansattes bierverv i Helse Sør-Øst». Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet et noe mindre spesifikt «politikkdokument» som er sendt til alle helseforetakene i regionen.

29) Unntaket er retningslinjene til St. Olavs hospital, som er basert på retningslinjene til Helse Vest RHF.

30) I Helse Sør-Øst RHF: Sykehuset Innlandet HF, Ahus, OUS, Sunnaas HF, Sykehuset i Vestfold HF og Telemark HF. I Helse Vest RHF: Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF, Helse Fonna HF. For øvrig: Helse Møre og Romsdal HF, Helgelandssykehuset HF og Nordlandssykehuset.

31) Dette gjelder Sunnaas HF, Vestre Viken HF, Stavanger HF, Helse Fonna HF, Helse Bergen HF, Helse Førde HF og Nordlandssykehuset HF.

opplyser at de har sendt ut påminnelse om registrering av bierverv til ansatte via pålogging i arbeidsplansystemet (GAT) i juni 2016 og 2017.

I sine skriftlige svar til Riksrevisjonen skriver noen av helseforetakene at innrapportering av bierverv har økt som følge av en kombinasjon av informasjonskampanjer og involvering av ledelsen. Helse Bergen skriver at de har

«... erfart at bierverv særlig blir tema i personalmøter, møter i ledergrupper m.v. i forbindelse med kampanjer på Helse Bergen sitt intranett for å oppfordre ansatte til å melde fra om sine bierverv. Det samme har vi erfart ved årlig gjennomgang av bierverv, hvor nivå 2-ledere (ledere som rapporterer til adm. direktør) får en samlet oversikt over bierverv ved sin klinikk/avdeling.»

Nordlandssykehuset HF melder også om stor økning i rapporteringen som følge av en kombinasjon av informasjonskampanjer på intranett og involvering av ledelsen. Helseforetaket sendte ut påminnelser om at de ansatte måtte registrere sine bierverv i desember 2015, juli 2016 og desember 2016. I tillegg fikk direktørens ledergruppe en påminnelse fra HR-avdelingen om dette i juli 2016, etter å ha mottatt brev om Riksrevisjonens undersøkelse av temaet. I starten av 2016 endret man også regelverket i Helse Nord, slik at de ansatte også aktivt må registrere at de *ikke* har bierverv. Ifølge Nordlandssykehuset HF har antallet registrerte bierverv gått fra 124 i juli 2016 til 318 i februar 2017.

Etter Riksrevisjonens første henvendelse om bierverv til helseforetakene melder ledelsen ved flere av dem at de har satt i verk tiltak for å øke rapporteringen. Flere helseforetak har gitt tilbakemelding til Riksrevisjonen om at antallet rapporterte bierverv har økt som følge av dette. I Helse Møre og Romsdal HF økte antallet innrapporterte bierverv fra 58 i juni 2016 til 111 i juli 2016, etter en påminnelse fra personaldirektøren til de ansatte.

Intervjuer med ledere og ansatte ved utvalgte helseforetak indikerer at oppmerksomhet fra ledelsens side også har betydning for at de ansatte registrerer sine bierverv.

Ved avdelingene øre-nese-hals ved Ahus HF og Nidaros DPS ved St. Olavs hospital HF hadde svært få registrert sine bierverv. Ved disse to avdelingene hadde verken de ansatte eller lederne reglene klart for seg. Alle lederne ved disse to helseforetakene vedgikk at det hadde vært lite oppmerksomhet om temaet de siste årene. Legene og psykologene som ble intervjuet, ga uttrykk for at de ikke hadde fått noen informasjon om temaet før Riksrevisjonen kontaktet helseforetakene. Ingen av disse helseforetakene hadde gjennomført informasjonskampanjer på intranettet.

I retningslinjene til Ahus nevnes det spesifikt at: «Linjeleder skal sørge for at alle ansatte regelmessig informeres om regelverk for bierverv og de begrensninger som følger av dette.» Avdelingsleder og klinikkdirektør hadde imidlertid ikke forstått det slik at de skulle oppfordre de ansatte til å rapporterte inn bierverv. Avdelingsleder mente at ansvaret for rapportering lå hos de ansatte, og viste til at det sto tydelig i arbeidskontrakten at ansatte skulle melde inn bierverv.

På kardiologisk avdeling ved Helse Stavanger, der registreringspraksisen var god, var det høyere bevissthet rundt reglene. Her hadde flere av legene satt seg inn i regelverket i forbindelse med at de skulle registrere biervervene sine. Denne avdelingen hadde en leder som var opptatt av spørsmålet, og som minnet de ansatte på at de måtte huske å registrere biervervene sine. En av legene sa at han hadde registrert biervervene sine etter å ha fått muntlig beskjed fra lederen. Avdelingslederen

fortalte at han følger opp de som har eller ønsker å ta bierverv. Samtidig nevnte legene ved avdelingen at de hadde fått påminnelser om registreringsordningen på intranettet. Ifølge administrerende direktør ved HF-et har de med jevne mellomrom kjørt informasjonskampanjer på intranettet om reglementet for bierverv.

Retningslinjene til St. Olavs hospital HF og Helse Stavanger HF er relativt like, ettersom begge er basert på de regionale retningslinjene til Helse Vest. Den ulike rapporteringspraksisen ved disse to avdelingene skyldtes altså ikke forskjellig kvalitet på retningslinjene.

Undersøkelsen viser at underrapporteringen blant nivå 1- og nivå 2-ledere er omtrent like stor som blant de ansatte. Dette tyder på at toppledelsen ikke har stor oppmerksomhet rundt bierverv.

Forståelse av regelverket

Alle retningslinjene starter med en kort og grunnleggende forklaring av helseforetakets regelverk, samt i noen tilfeller bakgrunnen for innføringen av regelverket. Denne delen er nokså lik i de fire foretaksgruppens dokumenter. I Helse Sør-Øst RHF's retningslinjer heter det for eksempel:

«Som utgangspunkt har alle ansatte i foretaksgruppen Helse Sør-Øst rett til fritt å disponere sin fritid. [...] Denne rett begrenses likevel av arbeidsgivers styringsrett – herunder den ansattes lojalitetsplikt, lovfestede forpliktelser og vilkår iht. arbeidsavtalen. Ethvert bierverv må således vurderes opp mot gitte begrensninger i henhold til arbeidsavtalen.»

De fleste retningslinjene definerer ordet bierverv i svært vid forstand. Helse Vests retningslinjer definerer for eksempel bierverv som «enhver lønnet/ulønnet aktivitet for en annen oppdragsgiver/arbeidsgiver, selvstendig næringsvirksomhet eller engasjement i form av eierinteresser / styreverv i annen (privat eller offentlig) virksomhet». Retningslinjene til foretaksgruppene Helse Sør-Øst og Helse Nord bruker lignende definisjoner, mens retningslinjene til foretaksgruppen Helse Midt-Norge ikke definerer ordet bierverv eksplisitt.

Hvilke bierverv som er i konflikt med hovedstilling

Alle retningslinjene omtaler kriteriene som skal ligge til grunn i en konkret vurdering av et bierverv, men noen er mer spesifikke enn andre. Dermed er de mer egnet til praktisk saksbehandlingsstøtte for ledere, samt til å opplyse ansatte om et bierverv er forenlig med hovedstillingen.

Retningslinjene i Helse Vest går lengst i å utdype hvilke bierverv som kan komme i konflikt med en hovedstilling. Kriteriene som skal ligge til grunn for leders vurdering, går klart fram, og retningslinjene inneholder en liste med eksempler på tilfeller der bierverv kan komme i konflikt med hovedstillingen. Det står blant annet:

«3.2 Medarbeideren må ikke disponere sin fritid eller sin ferie på en slik måte at den kan hindre ham i å utføre sine plikter i arbeidsforholdet på en forsvarlig og kvalitativt tilfredsstillende måte. For eksempel skal ikke biervervet ha innvirkning på den oppsatte arbeidstid som følger av arbeidsplaner, eller at hensyn utenfor driften i Helseforetaket trekkes inn i utarbeidelse av den interne bemanningsplanen.

[...] 3.4 Medarbeideren skal ikke ta arbeid/oppdrag for konkurrerende virksomhet eller virksomhet som leverer varer eller tjenester til helseforetaket.

Det vil for eksempel kunne være konkurrerende virksomhet når:

- virksomheten finansierer sin virksomhet ved å ta pasienter som kunne vært behandlet av helseforetaket eller
- virksomhetens aktiviteter fører til reduserte inntekter for helseforetaket eller dets eier eller
- virksomhetens aktivitet fører til overkapasitet hos helseforetaket eller
- mulighet for forvirring hos pasientene – habilitet og omdømme [...]»

Retningslinjene til Helse Sør-Øst og Helse Nord omtaler også hvilke kriterier som skal legges til grunn i vurdering av bierverv, men de er noe mindre spesifikke om hvilke kriterier lederne skal vektlegge. Videre gis det kun noen få konkrete eksempler på tilfeller der bierverv kan komme i konflikt med hovedstilling. Foretaksgruppen Helse Sør-Østs kommenterende veileder går nærmere inn på tilfeller der bierverv kan komme i konflikt med hovedstillingen.

I de lokale retningslinjene til Nordlandssykehuset HF spesifiseres det at foretaket som hovedregel tillater at arbeidstaker innehar inntil 120 prosent stilling totalt. Dette spesifiseres også i helseforetakets arbeidsavtale. Ingen av de andre helseforetakenes retningslinjer eller arbeidsavtaler setter noen lignende grense for hva som er et akseptabelt omfang.

I retningslinjene for Helse Midt-Norge nevnes det kort at biervervets omfang, konkurranse med hovedarbeidsgivers virksomhet og habilitetsproblemer er momenter som skal vurderes, men det gis ingen utdyping av hvordan dette konkret skal gjøres. St. Olavs hospitals retningslinjer er nær identiske med retningslinjene til Helse Vest og inneholder en liste med eksempler på tilfeller der bierverv kan komme i konflikt med hovedstillingen.

I intervjuer med ledere og ansatte ved de tre utvalgte avdelingene var det en del usikkerhet om hvilke bierverv som kan godkjennes. Spesielt var de ansatte usikre på dette, men mange av dem hadde heller ikke lest retningslinjene. Legene ved Helse Stavanger var sikrere på hva som var akseptabelt og ikke, enn legene og psykologene ved Ahus og St. Olavs hospital. Blant annet skyldtes dette at flere av dem hadde hatt dialog med leder om konkrete bierverv. Alle avdelingslederne og klinikklederne hadde tatt stilling til konkrete problemsaker, der det hadde vært tvil om ansatte kunne ha et bierverv eller ikke. Lederne opplevde at terskelen var høy for å nekte de ansatte å inneha et bierverv, og mange lurte på i hvilke tilfeller de kunne si nei. Alle de tre besøkte helseforetakene har retningslinjer som utdyper hvilke bierverv som kan komme i konflikt med hovedstilling.

Tidligere behandling av konkrete saker kan gi en pekepinn for ledere som vurderer om et bierverv er forenlig med en hovedstilling. Helseforetakene i Helse Vest oppgir at registreringssystemet deres gir dem mulighet til å søke opp tidligere avgjørelser om bierverv. Ifølge administrerende direktør ved Helse Stavanger er det en utveksling av informasjon om problematiske saker og tvilstilfeller mellom Helse Stavanger og Helse Bergen.

Ingen av foretakene i Helse Sør-Øst oppgir at de har mulighet til dette. Helse Midt-Norge RHF har en rapportmodul som kan vise en oversikt over antall avslåtte søknader på foretaksnivå. I Helse Nord oppgir Helgelandsykehuset HF og Finnmarksykehuset HF at de har oversikt over antall avslåtte søknader, mens de to andre foretakene oppgir at de ikke kan ta ut noen slik oversikt. Det er uvisst om dette skyldes brukerkompetanse eller systemet.

Hvilke bierverv som skal rapporteres

Ingen av retningslinjene er tydelige på hvilke bierverv helseforetakene forventer at de ansatte skal rapportere inn i utgangspunktet. De fleste retningslinjene kan derfor tolkes på forskjellige måter. Tar man utgangspunkt i de vide definisjonene av bierverv kan det tolkes som om alt skal meldes inn, uansett hvor ubetydelig dets art eller omfang er for hovedstillingen. Tar man derimot utgangspunkt i vurderingskriteriene, kan det tolkes som at kun bierverv som kan være i konflikt med hovedstilling skal rapporteres.

En gjennomgang av retningslinjene viser følgende:

- Ingen av retningslinjene avgrensar hvilke bierverv de ansatte burde rapportere inn ut fra typer eller omfang av biervervet.
- Ingen av retningslinjene skiller mellom helsepersonellfaglige bierverv, inkludert eierinteresser og styreverv i helserettete virksomheter som kan gjøre forretninger med helseforetaket, og andre type bierverv.³² En av foretaksgruppene, Helse Vest, har laget et «Veiledningsskjema» som lister opp tilfeller der den ansatte må informere sin leder skriftlig. Mesteparten av listen går spesifikt på oppdrag, ansettelse, styreverv og eierinteresser i helserettet virksomhet, men også «ansettelse eller oppdrag for offentlig eller privat ikke helserettet virksomhet» og «annet» skal rapporteres om skriftlig.
- En av foretaksgruppene, Helse Nord, skiller mellom bierverv som kan komme i konflikt med hovedstilling, og de som ikke kan gjøre det. Disse retningslinjene legger opp til at den ansatte selv vurderer om biervervet kan komme i konflikt. Det står at: «Meldeplikten for de ansatte gjelder de situasjoner der det kan foreligge en interessekonflikt, uavhengig av om det faktisk foreligger en aktuell interessekonflikt.»³³ Dette utdypes ikke videre, og det gis ingen eksempler.
- En av foretaksgruppene, Helse Sør-Øst RHF, skiller mellom lønnede og ulønnede bierverv, men det konkluderes med at også ikke-lønnede bierverv rapporteres inn.³⁴ I foretaksgruppens utdypende veileder slås det fast at ordet bierverv først og fremst forstås som arbeid eller verv hvor det ytes vederlag eller annen form for godtgjørelse eller økonomisk gevinst. Samtidig understrekes det at «også arbeid eller verv som ikke kompenseres på noen måte vil kunne omfattes av begrepet ut fra en vurdering av biervervets art eller omfang».

I intervjuer med både ledelsen og ansatte ved de utvalgte helseforetakene var få av informantene sikre på hva meldeplikten innebar, og det var sprikende oppfatninger om hva som skulle rapporteres. Dette gjaldt også de som hadde satt seg inn i regelverket.

Det var stor usikkerhet blant intervjuobjektene om hvilke typer bierverv det var relevant å melde inn. For eksempel var det usikkerhet om hvorvidt styreverv skulle meldes inn, selv når det dreide seg om styreverv i helsefaglige bedrifter og organisasjoner. Noen rapporterer inn styreverv i andre helseforetak, de fleste ikke. En lege uttrykte at han ikke visste om oppdragsforskning skulle rapporteres, en annen var i tvil om et tillitsmanns verv som lege med godtgjørelse skulle rapporteres. Stedfortreder for administrerende direktør ved St. Olavs hospital sa at spørsmålet om hva som skulle rapporteres, hadde vært oppe til diskusjon i hovedledelsen i januar 2017, ettersom lederne syntes det var vanskelig å vite hva de skulle be ansatte om å rapportere. Ifølge henne diskuterte hovedledelsen blant annet hvorvidt meldeplikten skulle gjelde for de

32) I forarbeidet til helsepersonelloven spesifiseres det at meldeplikten også vil gjelde virksomhet som er nær knyttet til helsepersonellvirksomhet.

33) Tre av foretakene i foretaksgruppen bruker disse retningslinjene, mens Nordlandssykehuset har laget egne, lokale retningslinjer som ikke har dette skillet.

34) I foretaksgruppen er det fem helseforetak som bruker denne definisjon i sine egne retningslinjer. For øvrig har to helseforetak definisjoner som ikke har skillet, mens de to siste ikke har definert begrepet bierverv.

som jobbet ved private helseinstitusjoner, eller også i andre sektorer, og om man kunne avgrense til lønnede bierverv.

Det var også stor usikkerhet om hvor stort omfanget måtte være for at biervervet skulle rapporteres inn. Noen mente at arbeid ved en legevakt i ny og ne ikke var nødvendig å rapportere. Et intervjuobjekt trodde det var unødvendig å rapportere bierverv dersom hovedstillingen og biervervet utgjorde mindre enn 100 prosent. Samtidig hadde noen leger registrert enkeltoppdrag som bierverv. For eksempel kunne dette gjelde et enkeltforedrag på kveldstid eller et enkeltoppdrag som sakkyndig i en rettssak. En av legene ved Helse Stavanger hadde hele åtte registreringer i systemet, men samtlige registreringer var enkeltoppdrag som han hadde fakturert for gjennom enkelt-personforetaket sitt. Vedkommende var usikker på om det var nødvendig å rapportere så detaljert, men ville heller registrere for mye enn for lite. Dennes leder var heller ikke sikker på hvor grensen gikk, men oppfordret de ansatte til å registrere om de var i tvil.

Noen ledere og ansatte mente at man bare skulle rapportere bierverv som var i direkte konflikt med hovedstillingen, og at det var opp til den ansatte å vurdere om det var snakk om en konflikt eller ikke. En slik oppfatning av regelverket innebærer for eksempel at privat praksis på kveldstid ikke trenger å rapporteres, siden det ikke skjer i arbeidstiden.

Noen av de ansatte som ble intervjuet, ga uttrykk for at de oppfatter bierverv som noe de gjør i sin fritid, og som arbeidsgiver i utgangspunktet ikke har noe med å gjøre.

De regionale helseforetakene³⁵ gir uttrykk for at lovgrunnlaget på området er utydelig. Det er manglende rettslig grunnlag for å avgrense, prioritere og operasjonalisere generelle vurderingskriterier for aksept av bierverv, og for å praktisere en generell meldeplikt for bierverv, helsefaglig eller ikke. Videre påpeker regionene at loven på den ene siden etablerer en meldeplikt for arbeidstaker, men at arbeidstaker på den annen side ikke er pliktig til å søke forhåndsgodkjenning.

Registrering og saksbehandling

Når ansatte skal rapportere inn bierverv, foregår dette ved at de registrerer dem elektronisk i helseforetakenes personalsystemer. Alle helseforetakene har fått på plass elektroniske systemer for registrering av bierverv. De fleste foretakene spesifiserer i sine retningslinjer at bierverv skal rapporteres ved elektronisk registrering, og omtrent halvparten av dem spesifiserer dette i arbeidsavtalene i tillegg.³⁶

Ved å omtale kriterier som skal ligge til grunn for vurdering av konkrete bierverv, legger retningslinjene opp til at lederen skal vurdere biervervene som registreres. Retningslinjene sier imidlertid ikke eksplisitt at det er snakk om en formell søknadsprosess.

En gjennomgang av retningslinjene viser følgende:

- Retningslinjene i foretaksgruppen Helse Vest forklarer hvordan bierverv skal saksbehandles. Dersom biervervet ikke er i konflikt med hovedstillingen, skal leder kun ta opplysningene til etterretning. Hvis det er i konflikt med hovedstillingen, må lederen begrunne avslaget.
- Retningslinjene i foretaksgruppen Helse Sør-Øst spesifiserer at ansatte skal «be om forhåndsvurdering hvis de er i tvil om biervervet er forenlig med arbeidsavtalen», og de inneholder en beskrivelse av saksbehandlingen i slike tilfeller. Det går ikke fram

35) Helse og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 18. august 2017

36) Gjelder Sunnaas Sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Helse Fonna HF, Helse Nord-Trøndelag HF, OUS HF, Helse Førde HF, Helse Stavanger HF, Sykehuset Østfold HF og Ahus HF.

om også andre bierverv skal registreres, og hvordan saksbehandlingen er i slike tilfeller.

- Retningslinjene til foretaksgruppene Helse Nord og Helse Midt-Norge går ikke inn på hvordan en eventuell søknadsprosess foregår. St. Olavs hospitals lokale retningslinjer spesifiserer hvordan leder skal behandle meldingene om bierverv fra ansatte.

Ansvar for saksbehandling og oppfølging av bierverv varierer mellom helseforetakene. I Helse Sør-Øst legges mesteparten av ansvaret på linjeleder, som har ansvar for saksbehandling, for å gi regelmessig informasjon til ansatte og nyansatte, og for oppfølging av registrerte opplysninger gjennom medarbeidersamtaler.³⁷ I Helse Vest er det som regel nivå 2-ledere som har det formelle ansvaret for behandling av søknader, men disse kan delegeres ansvaret. I foretaksgruppene Helse Nord og Helse Midt-Norge varierer det fra helseforetak til helseforetak hvilket ledernivå som har ansvaret.³⁸

I intervjuene kommer det fram at det er mye usikkerhet både blant de ansatte og ledelsen om hvordan de ansatte skulle rapportere sine bierverv. Noen mente at det holdt å melde fra om biervervet muntlig, og mange var ikke klar over at de skulle registrere biervervene sine elektronisk i det hele tatt. Dette skyldtes manglende kunnskap om retningslinjene. De tre helseforetakenes retningslinjer spesifiserer at ansatte skal registrere bierverv elektronisk, og oppgir hvor dette skal gjøres.

Det var også usikkerhet om hvorvidt det var en godkjenningsordning, der leder i hvert tilfelle skal foreta en vurdering av biervervet, eller en orienteringsordning, der lederen kun skulle informeres om biervervet. I avdelingen ved Helse Stavanger HF ble det uttrykt at det var en godkjenningsordning med lav terskel for hva som skulle rapporteres, mens det på avdelingene ved St. Olavs Hospital HF og på Ahus HF ble uttrykt at det fantes en orienteringsordning hvor de ansatte selv kunne vurdere hva som var relevant.

Ved St. Olavs Hospital ble registreringssystemet oppfattet som tungvint av intervjuobjektene, mens det ble oppfattet som enkelt å bruke ved Helse Stavanger HF. Flere ved denne avdelingen understreket viktigheten av et enkelt registreringssystem for å øke rapporteringen. Hovedforskjellen med systemet ved St. Olavs hospital HF syntes å være at ingen fikk automatisk beskjed når en ansatt registrerte et bierverv. Derfor kunne det gå lang tid før en leder oppdaget at det var en ubehandlet søknad i systemet. Av seks søknader om bierverv som Riksrevisjonen mottok fra Nidaros DPS, var kun to behandlet av leder. To av registreringene hadde ligget i systemet i mer enn et år.

Bruk og vedlikehold av registrene

Oversikter over de ansattes registrerte bierverv kan brukes som styringsinformasjon, for eksempel ved å gi oversikt over avdelinger/klinikker der mange ansatte har bierverv. Svarbrevene fra helseforetakene og intervjuer med ledere viser at de registrerte dataene ikke brukes som styringsinformasjon. Ettersom dataene som er tilgjengelige om omfanget av bierverv ved foretakene er mangelfulle, er de heller ikke egnet til å gi oversikt over det faktiske omfanget av bierverv.

37) Ved kompliserte saker skal leder vurdere om saken skal løftes ett ledernivå. Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF og Telemark HF spesifiserer at søknader skal godkjennes av to ledernivåer. Ansvaret for «at prosedyren følges opp i linjen» ligger hos administrerende direktør.

38) St. Olavs hospital flyttet i januar 2017 godkjeningsnivået fra nærmeste leder til nivå 2-leder.

Lederne som ble intervjuet ved de to avdelingene med liten rapportering, mente likevel å ha relativt god oversikt over sine ansattes bierverv. De viser til at de har en dialog med de ansatte og får muntlig beskjed om at den ansatte har bierverv.

De administrerende direktørene som ble intervjuet, ga uttrykk for at data om registrerte bierverv på aggregert nivå ikke var veldig nyttig som styringsinformasjon for toppledelsen. Fungerende administrerende direktør ved St. Olavs Hospital HF uttalte at det var mer interessant å følge opp fagmiljøer som kan være sårbare fordi det er få fagfolk. Selv om de var tydelige på at de trodde det var underrapportering ved deres helseforetak, uttrykte alle topplerne at de hadde tillit til at ledere på lavere nivåer hadde kontroll på de ansattes bierverv. Generelt ga de øverste lederne uttrykk for at bierverv ikke ble sett på som den mest alvorlige utfordringen, og at området derfor ikke ble prioritert av ledelsen.

Det er få helseforetak som svarer at de bruker oversiktene for å kontrollere om ansatte faktisk har rapportert biervervene sine. Unntakene er helseforetakene i Region Vest, som oppgir at de jevnlig tar ut oversikter på klinikknivå. Helse Stavanger HF forklarer hvordan dette brukes:

«Vi har primært brukt dette for å sende en oversikt til klinikkene slik at respektive ledere kan få oversikt over ansatte i sin avdeling og om det er mangler /feil knyttet til registreringen eller om vedkommende leder har ansatte som har bierverv men som ikke er registrert.»

Noen av foretakene i Helse Sør-Øst og Helse Nord oppgir at de har tatt ut slike oversikter, men ingen av dem svarer at de gjør dette jevnlig. Foretakene i Helse Nord har siden Riksrevisjonen innledet sin undersøkelse, brukt oversikter over registreringer til å følge opp ansatte som ikke har registrert om de har bierverv eller ikke.

Svar fra helseforetakene viser at vedlikehold av registrene i hovedsak overlates til den enkelte ansatte. Dersom det for eksempel skjer endringer i biervervets omfang, eller dersom et bierverv opphører, er det opp til den enkelte ansatte å registrere dette. Denne praksisen bekreftes i intervjuene.

Legene og psykologene som ble intervjuet ved avdelingene på St. Olavs hospital og Ahus, hadde ikke klart for seg hvorfor de skulle registrere biervervene. Mange så på det som unødvendig tidsbruk, eller som rapportering til ingen nytte. Samtidig hadde lederne ved disse helseforetakene vansker med å forklare hva oversiktene skulle brukes til. Avdelingslederne mente at det ikke var nødvendig med elektronisk registrering for å ha tilstrekkelig kontroll. De oppfattet at oversiktene ikke ble brukt til noe, og sa at det ikke hadde vært noen interesse for slike oversikter oppover i systemet.

Lederen for kardiologisk avdeling ved Helse Stavanger HF hadde derimot en oppfatning om hvorfor det var viktig å registrere, noe han også formidlet til de ansatte. Han mente at forhold knyttet til bierverv burde være transparente for omverdenen, og at man ved å ha oversikt kunne gardere seg mot negative oppslag i pressen.

Risiko og konsekvenser

Svarbrevene fra helseforetakene viser at foretakene ikke har vurdert risiko og konsekvenser ved utbredt bruk av bierverv. I hovedsak refereres det til generelle konsekvenser, med utgangspunkt i det som er beskrevet i retningslinjene. Risikoene som nevnes, sammenfaller i stor grad med det som har kommet fram i intervjuer med

ledere og ansatte ved de utvalgte helseforetakene. Informantene peker hovedsakelig på tre områder der det kan være risiko ved stor utbredelse av bierverv.

Arbeidsbelastning

Informantene ved de utvalgte avdelingene kom inn på at arbeidsbelastningen kan bli for stor. De mener risikoen for å gjøre feil øker hvis de ansatte kommer slitne på jobb, i tillegg til at de kanskje ikke greier å oppfylle aktivitetskravene. Ingen av intervjuobjektene hadde inntrykk av at ansatte jobbet i et slikt omfang i deres egen avdeling i dag.

I ett intervju ble det trukket fram et tilfelle der en lege utførte legevaktjeneste uten å melde det inn. Saken ble avdekket nettopp fordi vedkommende kom sliten på jobb. Etter samtale med sin leder valgte den ansatte å avslutte biervervet. I intervjuene sa flere ledere at de ikke trodde at ansatte jobber ekstra på legevakt i særlig grad i dag. Noen av de ansatte som ble intervjuet, hadde imidlertid kjennskap til at dette fortsatt skjedde. Undersøkelsen viser at 684 av legene, psykologene og ambulanspersonellet i registeranalysen har stilling ved legevakt. Videre er det flere leger som tar oppdrag for legevakter gjennom sine enkeltpersonforetak.

Ressurser og kompetanse

Intervjuene indikerer at bierverv har små konsekvenser for ressursstyringen ved sykehusene. Siden bierverv normalt foregår utenom ordinær arbeidstid, vil det i hovedsak ikke påvirke vaktplaner, bemanningen, eller timebestillinger. I intervjuene med ledere ble det likevel nevnt flere konkrete eksempler på at bierverv påvirket oppsettet av vaktplanen. For eksempel ble det tatt hensyn til forsknings- og undervisningsstillinger ved universiteter og høyskoler. Det er 2209 leger, psykologer og ambulansansatte som er oppført med slike bistillinger i AA-registeret. Intervjuene tyder på at det i slike situasjoner er vanlig at leger og psykologer har 100 prosent stilling på sykehus, og underviser 20 prosent på universitetet i tillegg. Dermed jobber de ved universitetet på dagtid én dag i uken. Sykehusene som omfattes av dybdeundersøkelsen, er alle universitetssykehus og har som en del av sitt oppdrag å lære opp nye leger. Sykehusene oppfordrer sine ansatte til å påta seg slike undervisningsstillinger, og den enkelte leder har god oversikt over hvem som har slike stillinger.

Bierverv kan også gjøre de ansatte mindre fleksible, for eksempel i situasjoner der det er behov for å bytte vakt eller ta ekstravakter. En av lederne fortalte at en ansatt hadde byttet vekk flere vakter for å kunne jobbe privat. Legen hadde satt opp vakter med en privat helsetilbyder som kolliderte med vaktene på sykehuset, men fortalte ikke at det var dette som var årsaken til byttene. Da det ble oppdaget av kollegaene, ga de beskjed til avdelingsleder, og saken ble tatt opp med vedkommende. Lederen nevnte også at flere ansatte ønsket bierverv i et firma med behov for leger i beredskap. Ifølge lederen var det en risiko for at de ville være i beredskap for biervervarbeidsgiver mens de hadde vakt på sykehuset.

Avdelingslederne som ble intervjuet, oppfattet det som en større utfordring at ansatte ønsket å jobbe deltid utenfor sykehuset, for eksempel ved privatklinikk eller som avtalespesialist. I mange tilfeller ønsket den ansatte da å redusere stillingsprosenten ved helseforetaket. Avdelingslederne påpekte at de ikke ønsker mange ansatte med lav stillingsprosent, men i noen tilfeller kunne alternativet være å miste svært kompetent arbeidskraft. Det ble vist til flere tilfeller der ledelsen hadde sagt nei til ansatte som ønsket å gå ned i stillingsprosent på denne måten. Noen av de ansatte hadde da valgt å avslutte arbeidsforholdet på helseforetaket.

En avdelingsleder uttaler at RHF-enes praksis ved utlysning av avtalespesialisthjemler var ugunstige for helseforetakene. Ifølge avdelingslederen er det svært vanlig at RHF-ene utlyser avtalehjemler tilsvarende en 40 prosent stilling. Ifølge lederen var dette en del av RHF-ets seniorpolitikk, en måte å beholde eldre medarbeidere på, men han kommenterte at det var få som tenkte på hvilke utfordringer det ga å ha en ansatt i en stilling på 60 prosent ved avdelingen.

En rapport utarbeidet i foretaksgruppen Helse Sør-Øst i 2017 identifiserer tap av kritiske personalressurser som den største risikoen for helseforetakene i foretaksgruppen, i første omgang ved at ansatte i større grad ønsker å ta bierverv.³⁹ I hovedsak gjaldt utfordringene legespesialister som ikke vil arbeide på kveldspoliklinikk, men i stedet søker bistilling ved privat klinikk (dag- og kveldstid). Arbeidsgruppa konkluderer med at det verken for foretaksgruppen samlet eller noen av de særskilt utsatte enkeltforetak er dokumentert bierverv i et omfang eller en sammensetning som skulle tilsa innstramninger i regelverket. Likevel påpekes det at fire til fem av helseforetakene i regionen har meldt om tendenser til større konkurranse om arbeidskraftressurser ved at ansatte søkte bierverv.

Habilitet (rolleblanding)

Intervjuobjektene skisserer flere tilfeller der en lege eller psykolog kan være inhabil på grunn av et bierverv. Generelt mener intervjuobjektene at risikoen for rolleblanding er mindre nå enn den var da regelverket ble innført.

Henvisning til egen praksis

Ledere og ansatte som er intervjuet, mener at henvisning av pasienter til egen praksis er et langt mindre problem i dag, enn det var da regelverket ble innført. Ifølge informantene er det laget en rekke systemer som minsker risikoen for uheldig rolleblanding. Ved flere helseforetak er henvisningspraksis nå endret, slik at det i hovedsak er administrativt personell som har ansvar for henvisningene. Pasientforløp tas opp i behandlingsmøte, og pasientens behov er regulert gjennom rettigheter. Det påpekes at dette gjør det vanskelig for en lege å flytte på henvisninger eller endre på pasientlister. Ingen av de tre besøkte helseforetakene gjennomførte kontroller av henvisninger for å sjekke om det forekommer henvisninger til egen praksis.

Noen av intervjuobjektene pekte på at det kan oppstå interessekonflikter når den ansatte behandler samme pasientgruppe privat som ved helseforetaket, slik at de to er i direkte konkurranse. Leger har plikt til å orientere pasienten om hvilke tilbud som er tilgjengelige, og som de har rett til å få. Det er flere offentlig kjente eksempler på at pasienter har måttet betale selv for private løsninger, selv om de kunne ha fått rask behandling gjennom ulike offentlige ordninger.⁴⁰ Leger med bierverv hos privat helseleverandør kan ha økonomiske motiver for å tilbakeholde informasjon om offentlige tilbud, og veilede pasienten til å velge privat behandling. Intervjuobjektene mener ikke at dette er et problem ved avdelingene der de selv jobber.

Ved Ahus fortalte en leder at ansatte ved helseforetaket ville etablere en privat klinikk for brystkirurgi. Ledelsen vurderte at klinikken ville være i direkte konkurranse med helseforetaket, ettersom Ahus tilbydde samme behandling i egen poliklinikk. Ettersom klinikken skulle etableres i opptaksområdet til OUS, ble det vurdert som at de ikke var i direkte konkurranse med Ahus. Hadde denne klinikken vært i Ahus' opptaksområde hadde de ikke godtatt at de ansatte arbeidet der. Det ble formidlet klart overfor de ansatte at de ikke kunne henvise sykehusets pasienter til deres privatpraksis.

39) Rapport fra regional arbeidsgruppe: Helseforetakenes håndtering av ansattes bierverv.

40) Helse- og omsorgsdepartementet har også pekt på lignende enkelthendelser. Disse tilfellene gjaldt private aktører med avtale med de regionale helseforetakene, spesielt innen radiologi. (Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til Stortingets president 18. september 2014.)

Fordeler til legemiddelfirma

Et av intervjuobjektene satt i flere «advisory boards», som bistår legemiddelselskaper med utvikling av medisin. Vedkommende var også med i forskningsprosjekter som var privatfinansierte. Intervjuobjektene mente generelt at dette ikke var problematisk så lenge arbeidsgiver visste om det. Hovedinntrykket til intervjuobjektene er at kontakten mellom den enkelte ansatte og legemiddelindustrien er mindre hyppig nå enn tidligere. De peker på at felles innkjøpsavtaler gir den enkelte ansatte liten mulighet til å påvirke innkjøp.

Bruk av sykehusets navn i markedsføring

Det ble trukket fram flere konkrete eksempler på at private klinikker hadde brukt sykehusets navn i markedsføring av eget tilbud. Ledelsen ved St. Olavs hospital HF oppdaget for eksempel at et privat selskap brukte ansattes navn og bilde sammen med full tittel ved helseforetaket i markedsføringen. De ba selskapet om å fjerne dette fra hjemmesiden sin.

Tap av omdømme

Lederne ved helseforetakene var opptatt av å unngå saker som kunne gi inntrykk av samrøre, eller som kunne skape uklarhet om grensene for helseforetakets ansvar. Et eksempel på uheldig rolleblending som ble trukket fram gjentatte ganger, er at private ønsket å etablere egen praksis på sykehusets område og benytte sykehusets utstyr. Nidaros DPS på St. Olav hospital har mottatt tre søknader de to siste årene om å etablere privat praksis i deres lokaler. Det har blitt gitt avslag på samtlige søknader. Helseforetaket ønsker ikke en slik praksis, fordi det overfor pasienten vil være uklart om det er helseforetaket eller psykologen med egen praksis som er ansvarlig for behandlingen.

Det er i hovedsak⁴¹ ikke tillatt for de ansatte å bruke sykehusets lokaler til privat praksis. Informantene mente at dette ikke lenger var et stort problem.

2.3 De regionale helseforetakenes oppfølging

De regionale helseforetakenes oppfølging i styringsdialogen

De regionale helseforetakene har ikke omtalt bierverv spesielt i styringsdialogen med helseforetakene i perioden 2014–2016. Unntaket er Helse Sør-Øst RHF, som har vært opptatt av å følge utviklingen i antall bierverv ved innføring av fritt behandlingsvalg.⁴² Helse Vest RHF har imidlertid tatt opp bierverv som sak⁴³ etter at internrevisjonen i Helse Vest gjennomførte en revisjon av bierverv i 2015.⁴⁴

I foretaksmøtet i januar 2013 ba Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene sørge for at rutiner for bierverv følges, og at det rapporteres om status for tall på bierverv per 31. desember i årlig melding. Alle de regionale helseforetakene har omtalt bierverv i de årlige meldingene for 2013. Ingen av de regionale helseforetakene har rapportert om bierverv etter 2013. Ingen av regionene har heller etterlyst slik rapportering fra underliggende helseforetak. Dybdeintervjuene gjennomført i tre helseforetak bekrefter at det har vært lite oppmerksomhet fra de regionale helseforetakenes side om bierverv i perioden etter 2013.

I Helse Vest er det innført nye krav i rammeavtalene med leverandører.⁴⁵ Internrevisjonen har gjennomført en revisjon av rapportering av bierverv. Denne resulterte i styresak med ni konkrete tiltak for å bedre oppfølging og etterlevelse av

41) Unntak er tannleger, som kan behandle psykisk utviklingshemmede med narkose på sykehuset.

42) Helse Sør-Øst RHF – årlig melding 2015, s. 59.

43) Styresak 085/15 Internrevisjonsrapport om bierverv og styresak 086/15 Internrevisjon Bierverv – administrasjonen si oppfølging.

44) Revisjon av bierverv – Helse Vest RHF, juni 2015.

45) Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen av 18. august 2017.

retningslinjer og registrering av bierverv. Bierverv har også vært tema i direktørmøter med helseforetakene ved flere tilfeller.

Helse Sør-Øst RHF opprettet i 2016 en arbeidsgruppe⁴⁶ for å vurdere Helse Sør-Øst RHF's retningslinjer om bierverv. Arbeidsgruppen har kartlagt utfordringer, art og omfang av bierverv, og om eventuelle nye rammebetingelser virker inn på status av bierverv. Den ble opprettet fordi gjennomgangen viste at foretakene opplevde en ny og mer krevende situasjon, blant annet som følge av at fritt behandlingsvalg, utvidede pasientrettigheter og skjerpede krav til reduksjon av ventetider og avvikling av fristbrudd åpnet nye muligheter for private leverandører. På bakgrunn av kartleggingen har arbeidsgruppen anbefalt helseforetakene å prioritere noen tiltak. De viktigste er å

- utvikle lederskap, dvs. stille krav til ledere med personalansvar og bruke retningslinjene i opplæring av ledere
- utvikle medarbeiderskap, dvs. bruke retningslinjer i arbeid med bedriftskultur
- systematisere og strømlinjeforme administrative rutiner, blant annet ved å gjennomgå aktuelle skjema
- supplere retningslinjene med en eksempelsamling, som belyser aktuelle problemstillinger og dilemmaer, som beslutningsstøtte for ledere

Regulering av bierverv i rammeavtaler inngått mellom de regionale helseforetakene og private helseleverandører

Det stilles de samme krav til opplysningsplikt for ansatte i virksomheter som har avtale med de regionale helseforetakene, som for de ansatte i helseforetakene. En gjennomgang av 21⁴⁷ gjeldende avtaler mellom RHF-ene og private aktører viser at regionene i varierende grad har fulgt opp føringene fra foretaksmøtet i 2013. Det er kun Helse Nord RHF av de fire regionene som har sendt inn avtaler⁴⁸ hvor alle avtalene som er inngått, imøtekommer kravene som har blitt fastsatt i foretaksmøte.

Det er inngått to egne generelle rammeavtaler for avtalespesialister mellom de fire regionale helseforetakene og med henholdsvis legeforeningen og psykologforeningen. I disse rammeavtalene spesifiseres det at spesialisten plikter å opplyse om bierverv:

«Legen/Psykologen skal informere RHF skriftlig om andre avtalehjemler, næringsvirksomhet, arbeidsforhold, oppdrag og lignende som vedkommende har påtatt/påtar seg som lege. Dette gjelder ikke enkeltstående oppdrag av mindre omfang og kortere varighet med mindre disse har betydning for den individuelle avtalen.»⁴⁹

I tillegg er det inngått individuelle avtaler med legespesialister/psykologer og rammeavtaler med leverandører av radiologitjenester, rehabiliteringstjenester osv. En gjennomgang av 19 slike avtaler viser at ingen av dem viser til helsepersonelloven, hvor opplysningsplikten reguleres. Ti av avtalene inneholder generelle lovhenvvisninger som for eksempel: «Tjenesten skal utføres i henhold til enhver tids gjeldende lovgivning, regler og retningslinjer».

Avtaler med private skal også inneholde bestemmelser og sanksjoner som hindrer henvisning til egen virksomhet. Ingen av de to generelle rammeavtalene og kun én av de 19 kontrollerte avtalene fra de fire regionene inneholder en bestemmelse som skal hindre henvisning til egen praksis. I avtalen inngått av Helse Vest RHF framgår det at

46) Nedsatt i direktørmøte 7. april 2016, sak 016/2016.

47) Disse inkluderer de to generelle rammeavtalene fra regionene. 2 av avtalene Helse Nord RHF har sendt inn, er maler – individuell personlig avtale om regional avtalepraksis for legespesialist og psykologspesialist.

48) Helse Nord RHF har sendt inn to lokale maler: Individuell avtale spesialist somatikk og for psykologspesialist,

49) jf. rammeavtalenes § 4.1, 5. kulepunkt Legens/Psykologens oppgaver, s. 3.

ikke skal henvises til egen virksomhet, eller aktivt drive reklame for private behandlingsalternativer.⁵⁰

Helse Sør-Øst RHF har i tre⁵¹ av sine ti innsendte avtaler innarbeidet en henvisning til at regionens etiske retningslinjer skal følges av leverandøren. Én avtale inneholder en generell formulering om at leverandøren skal rapportere i henhold til gjeldende lover og regler. Helse Sør-Øst RHF uttaler i svar⁵² til Riksrevisjonen at de ikke har stilt krav om at retningslinjer for bierverv skal omtales direkte i avtalene.

Helse Vest RHF har i fire⁵³ av fem avtaler innarbeidet mer generelle bestemmelser om at leverandøren til enhver tid skal forholde seg til det regelverket som gjelder for spesialisthelsetjenesten. I to⁵⁴ av disse fire er det stilt krav om at det i oppdrag for Helse Vest RHF ikke er anledning til å nytte personell som er ansatt i foretaksgruppen. Helse Vest RHF uttaler⁵⁵ at de ikke kan pålegge sine private leverandører å etterleve de regionale helseforetakenes interne retningslinjer for bierverv, da dette er en del av helseforetakenes personalpolitikk.

Helse Midt-Norge RHF har i én av to innsendte avtaler⁵⁶ spesifisert at oppdragsgivers til enhver tids gjeldende etiske retningslinjene skal gjelde for leverandøren. Den andre avtalen⁵⁷ inneholder ingen henvisning til bestemmelser om bierverv. Ifølge Helse Midt-Norge RHF⁵⁸ står det i rammeavtalene for kjøp av private sykehustjenester at: «Det tillates ikke at leverandør utfører tjenester basert på henvisninger fra eget eller innleid personell som også arbeider i helseforetak i Helse Midt-Norge». RHF-et uttaler videre at dette ikke følges særskilt opp i dialogen med de private.

Avtalene⁵⁹ som Helse Nord RHF har sendt inn, viser til de generelle punktene i rammeavtalene for lege og psykologspesialister, hvor de skal informere RHF-et skriftlig om andre avtalehjemler, næringsvirksomhet, arbeidsforhold, oppdrag og lignende som vedkommende har påtatt/påtar seg.

3 Vurderinger

3.1 Ansatte i helseforetakene rapporterer i liten grad om bierverv

Helsepersonell har plikt til å opplyse arbeidsgiver om bierverv. Hensikten med denne meldeplikten er å forebygge at det kan reises spørsmål og tvil om integritet, habilitet og uavhengighet. I tillegg er det lovfestet krav til helsepersonell om forsvarlig tjenesteutøvelse.

Det er betydelig underrapportering om bierverv i alle helseforetak. Undersøkelsen omfatter alle faste og midlertidig ansatte leger, psykologer og ambulansepersonell i helseforetakene. Av de om lag 23 000 som omfattes av undersøkelsen, har over en tredjedel meldepliktige bierverv på helseområdet. Kun 17 prosent av disse har registrert sine bierverv i helseforetakenes oversikter.

50) Helse Vest RHF's avtale med Unilab pkt. 23.

51) Avtale om sykehustjenester med Ibsen sykehus AS, avtale om spesialiserte rehabiliteringstjenester med Bakke, Senter for Mestring og Rehabilitering AS og avtale om nevrofysiologiske tjenester – leverandør ikke oppgitt.

52) Helse Sør-Øst RHF's svar til Riksrevisjonen av 3. februar 2017.

53) I avtalen med Rogaland A senter AS om rusmiddelbehandling er det ingen henvisninger til generelle eller mer spesifikke regelverk på område.

54) Rammeavtale med Aleris – kirurgisk behandling og avtale med Først lab – patologiske tjenester.

55) Helse Vest RHF's svar til Riksrevisjonen av 6. februar 2017.

56) Avtale om behandling for rusavhengighet – Lade behandlingssenter Blå kors SA. Inngått 2. november 2016.

57) Avtale med Curato Røntgen AS om kjøp av radiologitjenester. Denne ble imidlertid inngått før vedtaket om å innføre disse bestemmelsene i foretaksmøte i 2013.

58) Helse Midt-Norges svar til Riksrevisjonen av 17. februar 2017.

59) Helse Nord RHF har sendt inn maler for Individuell avtale spesialist somatikk og for psykologspesialist.

Underrapporteringen fordeler seg relativt likt mellom helseregionene. Blant helseforetakene er det imidlertid store variasjoner i rapporteringen, også innad i den enkelte helseregion. Psykologer og ambulansepersonell rapporterer i nesten dobbelt så stor grad sine bierverv som det leger gjør. Det er ingen vesentlig forskjell mellom ledere og ansatte når det gjelder grad av rapportering. De som er fast ansatte og jobber fulltid, rapporterer mest, men underrapporteringen er stor også for denne gruppen. Det er ikke nevneverdige forskjeller i tilbøyeligheten til å rapportere mellom de som har bierverv i privat og offentlig virksomhet.

Av de sykehusansatte som er oppført med en bistilling på helseområdet i arbeidsgiver-/arbeidstakerregisteret, viser undersøkelsen at et flertall har bistilling i offentlig virksomhet. I realiteten er det et større omfang som jobber for private virksomheter, da ansatte med enkeltpersonforetak som tar oppdrag for private virksomheter, ikke er med i oversikten. Over en tredjedel av de som jobber for de to største private sykehusene, er også ansatt i helseforetak. De fleste av dem er ikke ansatt ved de private sykehusene, men fakturerer dem for sine tjenester via enkeltpersonforetak.

Undersøkelsen indikerer at det de siste årene har blitt mindre utfordringer med habilitet, blant annet på grunn av systemer for henvisning i hovedsak betjenes av administrativt personell, felles innkjøpsavtaler og mer åpenhet om samhandling med næringslivet. Omfanget av ansatte som jobber hos de private aktørene er lavt. Videre er det ikke alle biervervene hos de største private aktørene som vurderes å innebære habilitetsutfordringer for hovedarbeidsgiver, fordi de private aktørene har avtaler med helseregionene om å levere helsetjenester.

Bierverv kan ha positive sider, som faglig utvikling for de ansatte og at det samlede helsetilbudet til pasientene blir større. Samtidig tyder undersøkelsen på at bierverv kan ha negative konsekvenser ved at de ansatte får for stor total arbeidsbelastning og at helseforetakene får mindre fleksibilitet i ressursstyringen. Ifølge undersøkelsen opplever lederne det som den største utfordringen at ansatte ønsker å gå ned i stillingsprosent for å ta bierverv, slik at lederne må velge mellom ansatte med ugunstige stillingsprosenter eller å miste personell med nøkkelkompetanse. Noen helseforetak melder om utfordringer med legespesialister som ikke vil arbeide på kveldspoliklinikk, men foretrekker å ta bistilling ved privat klinikk.

Arbeidsgiver kan fastsette begrensninger for ansattes bierverv i kraft av sin styringsrett. Styringsretten innebærer at arbeidsgiver har rett til å organisere, lede, kontrollere og fordele arbeidet. Undersøkelsen viser at en stor andel av helsepersonell ikke har rapportert sine bierverv, og at helseforetakene ikke har tilstrekkelig oversikt over sine ansattes bierverv. Etter revisjonens vurdering har helseforetakene dermed ikke et godt nok grunnlag for å vurdere om de ansattes bierverv er forenlig med deres arbeid i helseforetaket, og mulighet til å fastsette begrensninger i kraft av sin styringsrett. Manglende oversikt sikrer heller ikke åpenhet om de ansattes bierverv.

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

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

Undersøkelsen viser at alle helseforetakene har retningslinjer for bierverv tilgjengelig på sine nettsider, og at de har innarbeidet bestemmelser om bierverv i arbeidsavtaler. Alle helseforetakene har også fått på plass elektroniske systemer for registrering av

bierverv. Retningslinjene er i ulik grad forankret blant ansatte og ledere. Regelverket er i begrenset grad formidlet til de ansatte, og kunnskapen om regelverket er lav både blant ledere og ansatte.

Undersøkelsen viser videre at retningslinjene er uklare på flere punkter, og at det er usikkerhet blant ledere og ansatte om hvordan regelverket skal forstås. Ingen av retningslinjene er klare på hva de ansatte skal rapportere. Retningslinjene er heller ikke klare på om det er en meldeplikt om bierverv eller om det kun er en orienteringsplikt. Mange mener at retningslinjene er for generelle til at de bidrar som støtte til saksbehandling for ledere i vurdering av bierverv. De regionale helseforetakene påpeker at det er manglende rettslig grunnlag for å avgrense, prioritere og operasjonalisere generelle vurderingskriterier for aksept av bierverv. De påpeker at de heller ikke har rettslig grunnlag for krav om en generell forhåndsgodkjenning av bierverv.

Helse Vest RHF og Helse Sørøst RHF har i større grad enn de andre regionene forsøkt å presisere regelverket gjennom rutiner og veiledninger, men forskjeller i retningslinjer og annet veiledningsmateriell ser ikke ut til å forklare rapporteringen ved det enkelte foretaket. Undersøkelsen tyder på at god informasjon om regelverket og aktiv ledelse gir høyere bevissthet om reglene og bedre registreringspraksis. Der ledelsen er opptatt av at de ansatte skal registrere sine bierverv, er også rapporteringen bedre enn der ledelsen ikke er det. Ved kardiologisk avdeling ved Helse Stavanger HF har en kombinasjon av jevnlig informasjonskampanjer og aktiv involvering av ledelsen ført til at de fleste har rapportert om sine bierverv.

Undersøkelsen viser at helseforetakene i liten grad tar i bruk og følger opp registrert informasjon om bierverv. Oversikter over bierverv benyttes ikke som styringsinformasjon verken av helseforetak eller i underliggende klinikk eller avdeling. Vedlikeholdet av opplysningene i registrene overlates i stor grad til den enkelte ansatte. Ingen helseforetak har gjennomført egne kontroller for å avdekke underrapportering, og det gjøres ingen overordnede risikovurderinger om bierverv. Undersøkelsen viser at helseforetakene har gitt bierverv lite oppmerksomhet. Toppledelsen gir uttrykk for at registrerte data om bierverv er lite egnet som styringsinformasjon for dem. De forutsetter at behovet for slike oversikter først og fremst ligger på lavere nivå, og at den enkelte avdelingsleder har oversikt over bierverv i sin avdeling.

Helsepersonell har plikt til å opplyse om sine bierverv på helseområdet. Dette innebærer at de har et selvstendig ansvar for å sette seg inn i gjeldende retningslinjer når de tar på seg bierverv. Det er likevel slik at helseforetakene, etter revisjonens vurdering, ikke har fulgt opp de kravene som er stilt om bierverv i foretaksmøter gjennom sin interne styring og kontroll. Retningslinjene er uklare på flere punkter, noe som blant annet påvirker rapportering og saksbehandling. Undersøkelsen viser at det ikke er tilstrekkelig med retningslinjer og veiledningsmateriell. Helseforetakene må også vise oppmerksomhet og følge opp i praksis. Det er et ledelsesansvar å sørge for dette. Når helseforetakene ikke bruker oversikter over bierverv som styringsinformasjon eller gjennomfører risikovurderinger, har de etter revisjonens vurdering heller ikke tilstrekkelig grunnlag til å vurdere konsekvensene av bierverv.

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

I foretaksmøtene med RHF-ene i januar 2013 ble det forutsatt at eventuelle brudd på retningslinjer, orienteringsplikten, habilitetsregler mv. blir fulgt opp av det enkelte helseforetaket som arbeidsgiver. Det ble videre stilt krav om at helseforetakene påser

at rutiner for bierverv følges og at det rapporteres om status for tall på bierverv per 31. desember i årlig melding.

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

Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene i varierende grad har fulgt opp egne pålegg om å omtale krav til bierverv i rammeavtaler med leverandører av helsetjenester.

I de to generelle rammeavtalene, for henholdsvis legespesialister og psykologspesialister, spesifiseres det at spesialisten plikter å opplyse om bierverv. Det er i tillegg inngått 19 særskilte rammeavtaler mellom det enkelte regionale helseforetaket og ulike avtalespesialister og leverandører. Om lag halvparten av avtalene (10 av 19) har innarbeidet generelle henvisninger til gjeldende lovgivning, regler og retningslinjer som gjelder for helseforetakene. Ingen av avtalene omtaler bierverv spesifikt, eller henviser til helsepersonelloven, der opplysningsplikten reguleres.

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

Vedlegg 1:

Tabell: Oversikt over leger med og uten bierverv fordelt på hovedspesialiteter

Godkjente hovedspesialiteter	Antall leger i helseforetakene per 1.9.2016	Leger med meldepliktige bierverv	Andel med meldepliktige bierverv
AMA – Administrasjon, ledelse, felles	454	226	50 %
Klinisk farmakologi	35	22	63 %
Forskning	76	46	61 %
Hud- og veneriske sykdommer	79	45	57 %
Arbeidsmedisin	63	34	54 %
Nukleærmedisin	25	13	52 %
Nevrokirurgi	63	32	51 %
Plastikkirurgi	80	39	49 %
Medisinsk biokjemi	56	27	48 %
Medisinsk genetikk	15	7	47 %
ØNH – øre, nese, hals	267	121	45 %
Nevrologi	629	280	45 %
Revmatologi	131	58	44 %
Øyesykdommer	236	104	44 %
Indremedisin	991	427	43 %
Medisinsk mikrobiologi	109	45	41 %
ARA (rus- og avhengighetsmedisin)	175	71	41 %
Onkologi (kreft)	562	225	40 %
Fysikalsk medisin og rehabilitering	264	102	39 %
Immunologi og transfusjonsmedisin	68	26	38 %
Barnesykdommer (pediatri)	690	258	37 %
Kirurgi	2643	979	37 %
Ortopedisk kirurgi	744	273	37 %
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	705	246	35 %
Anestesiologi	677	231	34 %
Patologi	240	81	34 %
Allmennmedisin	2140	722	34 %
Psykatri	1740	583	34 %
Radiologi	762	242	32 %
Røntgen	126	30	24 %
Totalsum	14845	5595	38 %

Spesialiteten «samfunnsmedisin» er ikke inkludert.