

Internrevisjonsrapport 02/2018

Mislighetsrisiko i Helse Nord RHF

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 30.10.2018

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn.....	4
2 Formål og omfang.....	4
2.1 Formål med revisjonen.....	4
2.2 Omfang og avgrensninger.....	5
2.3 Regelverk og sentrale føringer.....	5
2.4 Komponenter og revisjonskriterier.....	5
3 Metoder.....	6
4 Observasjoner og vurderinger.....	7
4.1 Kontrollmiljø og risikovurdering.....	7
4.1.1 Observasjoner.....	7
4.1.2 Vurderinger.....	8
4.2 Forebyggende og avdekkende kontrolltiltak.....	8
4.2.1 Kjennskap til emner relatert til etikk og misligheter.....	8
4.2.2 Bierverv, verv, eierskap og nærståendeforhold.....	9
4.2.3 Budsjett disponering, anskaffelser og innkjøp.....	11
4.3 Håndtering av misligheter.....	12
4.3.1 Observasjoner.....	12
4.3.2 Vurderinger.....	12
4.4 Oppfølging av internkontroll.....	12
4.4.1 Observasjoner.....	12
4.4.2 Vurderinger.....	13
5 Konklusjon og anbefalinger.....	13
5.1 Konklusjon.....	13
5.2 Anbefalinger.....	13

Vedlegg:

1. Dokumentoversikt

Sammendrag

Denne revisjonsrapporten er utarbeidet etter revisjon i Helse Nord RHF, gjennomført i perioden april-oktober 2018.

Formål og avgrensning av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Helse Nord RHF har etablert egnede og tilstrekkelige internkontrolltiltak for å forebygge, avdekke og håndtere interne misligheter. Det er ikke gjennomført revisjonshandlinger med sikte på å avdekke om misligheter faktisk har blitt utført.

Metoder

Internrevisjonen er gjennomført ved bruk av dokumentgjennomgang, testing og intervjuer.

Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at Helse Nord RHF har iverksatt rutiner og tiltak som i hovedsak ivaretar de viktigste elementer i et internkontrollopplegg for forebygging, avdekking og håndtering av interne misligheter. Påpekte svakheter, blant annet fravær av dokumenterte vurderinger av risiko for misligheter, bør imidlertid utbedres for at internkontrollen samlet sett skal vurderes som tilstrekkelig.

Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å:

1. Gjennomføre dokumenterte risikovurderinger som omfatter risiko for misligheter, og beslutte hvordan avdekkede risikoer skal håndteres.
2. Styrke oppfølgingen av at kompetansekrav innfris.
3. Utbedre svakheter i styring og kontroll med ansattes bierverv, verv, eierskap og nærstående forhold.
4. Sørge for fullt samsvar mellom anvisertilganger i Agresso og tildelte budsjett disponeringsfullmakter.
5. Gjennomføre evalueringer for å fastslå om komponentene i internkontrollopplegget knyttet til mislighetsrisiko er til stede og fungerer.

1. Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Helse Nord RHF i perioden april-september 2018. Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Tor Solbjørg har hatt det overordnede ansvaret. Tilsvarende revisjon gjennomføres i alle regionens helseforetak.

Revisjonen har omfattet følgende aktiviteter:

- Melding om internrevisjon sendt 13.04.2018
- Gjennomgang av regionale dokumenter, styresaker og interne dokumenter for Helse Nord RHF
- Intervjuer og tester i Helse Nord RHF i perioden mai-juni 2018
- Oppsummeringsmøte 15.06.2018
- Rapportutkast sendt 01.10.2018, tilbakemelding mottatt 18.10.2018

1.1 Bakgrunn

Misligheter og uetisk adferd forekommer i betydelig omfang i samfunnet, også innen helsesektoren. Helseforetak ivaretar viktige samfunnsinteresser og bør derfor sørge for en effektiv internkontroll knyttet opp mot mislighetsrisiko.

I Bestemmelser om økonomistyring i staten, Kapittel 2, Virksomhetens interne styring, pålegges statlige virksomheter å ha en internkontroll som blant annet «skal forhindre styringssvikt, feil og mangler slik at misligheter og økonomisk kriminalitet forebygges og avdekkes». Det presiseres videre at: «Internkontrollen skal også ha til hensikt å forebygge og avdekke tilsiktede handlinger utført i strid med gjeldende lover og regler, som eksempelvis manipulasjon, forfalskning eller endring av regnskapsdata eller annen resultatinformasjon».

I Økonomihåndbok for Helse Nord, versjon 3.0, slås det fast at «Reglement for økonomistyring i staten gjelder for de regionale helseforetakene så langt det passer». Internrevisjonen legger til grunn at kravene til internkontroll som er gjengitt ovenfor, gjelder for Helse Nord.

2. Formål og omfang

2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Helse Nord RHF har etablert egnede og tilstrekkelige internkontrolltiltak for å forebygge, avdekke og håndtere interne misligheter.

2.2 Omfang og avgrensninger

En *mislighet* defineres i denne revisjonen som *en bevisst handling som innebærer uredelighet for å oppnå en urettmessig eller ulovlig fordel for seg selv eller andre*. Definisjonen er hentet (og litt forkortet) fra *Internasjonal revisjonsstandard, ISA 240*¹. Denne revisjonen omfatter interne misligheter som utroskap, underslag og korrupsjon, og er innrettet med sikte på å vurdere om foretakets internkontroll er egnet og tilstrekkelig til å forebygge, avdekke og håndtere slike misligheter. Internkontrolltiltak knyttet til rent eksterne misligheter som tyveri og bedrageri, omfattes ikke av denne revisjonen.

Det er ikke gjennomført revisjonshandlinger med sikte på å avdekke om misligheter faktisk har blitt utført.

2.3 Regelverk og sentrale føringer

I denne revisjonen er det lagt vekt på føringer i blant annet:

- Regnskapshåndbok for regionale helseforetak, versjon 1.0
- Bestemmelser om økonomistyring i staten, fastsatt av Finansdepartementet 12. desember 2003 med siste endringer av 5. november 2015. Særlig Kapittel 2, Virksomhetens interne styring
- Foretaksmøteprotokoll Helse Nord RHF 26.01.2011, Krav om rammer for 2011 m.v., pkt. 6.3 om etiske retningslinjer
- Lov om årsregnskap m.v. (regnskapsloven), LOV-1998-07-17-56
- Forskrift til utfylling og gjennomføring mv. av regnskapsloven, FOR-2006-09-07-1062
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven), LOV-2005-06-17-62, særlig Kapittel 2A Varsling
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, FOR-2016-10-28-2050

2.4 Komponenter og revisjonskriterier

Revisjonen har, med utgangspunkt i formålet, vært konsentrert om komponenter som bør inngå i et internkontrollopplegg knyttet til mislighetsrisiko. Disse er identifisert med grunnlag i regelverket omtalt i kap. 2.3, samt i følgende dokumenter som beskriver god praksis på området:

- Fraud Risk Management Guide, 2016, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO)
- Gjennomgang av korrupsjonsregelverk, antikorrupsjonstiltak og eierstyring, Del III, Beste praksis antikorrupsjonsprogram, Rapport til Nærings- og fiskeridepartementet, 2016, PwC

¹ ISA 240, Revisors oppgaver med og plikter til å vurdere misligheter ved revisjon av regnskaper.

Følgende komponenter er benyttet:

- **Kontrollmiljø:**
Styrets og ledelsens forventninger om styring av mislighetsrisiko, og deres vektlegging av integritet og etiske verdier, er avklart og kommunisert.
- **Risikovurdering:**
Foretaket gjennomfører risikovurderinger for å identifisere spesifikke mislighetsrisikofaktorer, vurdere sannsynlighet for og konsekvens av disse, og beslutte hvordan uakseptabel risiko skal håndteres.
- **Forebyggende tiltak:**
Foretaket utvikler og iverksetter forebyggende kontrolltiltak for å redusere risikoen for at interne misligheter inntreffer.
- **Avdekkende kontroller:**
Foretaket utvikler og iverksetter kontroller som er egnet for å avdekke avvik og interne misligheter så raskt som mulig.
- **Håndtering av misligheter:**
Foretaket utvikler og iverksetter tiltak som er egnet for hensiktsmessig håndtering av mistenkte eller avdekkede misligheter.
- **Oppfølging:**
Foretaket utvikler og utfører løpende evalueringer for å fastslå om komponentene i internkontrollopplegget knyttet til mislighetsrisiko er til stede og fungerer, og svakheter kommuniseres til rett tid til de med ansvar for å treffe korrigerende tiltak.

Det er definert revisjonskriterier for hver komponent, utledet fra de oppgitte dokumentene. Revisjonskriteriene er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med.

3. Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonsoppdraget:

Dokumentgjennomgang:

Dokumenter innhentet via foretakets websider og arkivsystemer, eller mottatt i forbindelse med intervjuer, er gjennomgått og vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til intervjuene. Se *Vedlegg 1 – Dokumentoversikt*.

Intervjuer:

Det er gjennomført intervjuer, individuelt eller i mindre grupper, med åtte ansatte i ledende stillinger i Helse Nord RHF. I tillegg er enkelte tema fulgt opp gjennom dialog med andre medarbeidere ved RHF-et.

Tester:

Internrevisjonen har gjort følgende tester av at beskrevne internkontrollrutiner etterleves:

- Test 1: Andel av ansatte ved Helse Nord RHF, inkl. SKDE og FRESK, som per 06.06.2018 har bekreftet i Kompetansemodulem at etiske retningslinjer er gjennomgått (har «grønn» status). Grunnlag: data fra Regional systemenhet ved UNN.
- Test 2: Andel av de som per 08.06.2018 har anviserrettighet i Agresso for Helse Nord RHF, inkl. SKDE og FRESK, som det foreligger signert fullmaktsskjema for. Grunnlag: arkiverte fullmaktsskjemaer og oversikt fra Agresso over gjeldende anviserrettigheter per koststed.

4. Observasjoner og vurderinger

4.1 Kontrollmiljø og risikovurdering

4.1.1 Observasjoner

Regionale etiske retningslinjer (RL0900) ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i 2007, og revidert versjon ble vedtatt i 2011. Her reguleres forhold som er sentrale for forebygging av misligheter, blant annet habilitet, bierverv, gaver og andre fordeler, og varsling av kritikkverdige forhold. Retningslinjene er tilgjengelig via internett, Docmap og Personelhåndboka. Styret har også gitt føringer for foretakets etikkarbeid gjennom vedtak i sak 8-2012, *Verdibasert hverdag – resultat av prosjektet*, og sak 64-2016, *Verdibasert hverdag – etikk- og verdiarbeidet i foretaksgruppen, evaluering*. I sistnevnte sak framkom et behov for å styrke oppmerksomheten omkring etikk og verdier i Helse Nord RHF og underliggende foretak, og adm. direktør ble bedt om å følge opp anbefalinger fra gjennomført evaluering. På revisjonstidspunktet pågikk et regionalt arbeid med revidering av de etiske retningslinjene, med sikte på styrebehandling i februar 2019.

Regional økonomihåndbok inneholder krav til foretakenes fullmaktsbeskrivelser, og Helse Nord RHF's fullmaktsstruktur er satt opp i samsvar med disse kravene. RHF-et har også satt krav om skriftlige fullmakter, og om hvem som kan gi disse.

Helse Nord RHF har rutine for varsling av kritikkverdige forhold, i samsvar med regelverkets krav. Varslingsrutinen, i noe ulike versjoner, er tilgjengelig både via Docmap og Personelhåndboka.

Verken styret eller toppledelsen har gitt konkrete føringer om styring og kontroll med mislighetsrisiko, og internrevisjonen har merket seg at:

- Risikoer for misligheter ikke inngår i foretakets opplegg for dokumenterte risikovurderinger.

- Ingen av de vi intervjuet hadde deltatt i vurderinger av mislighetsrisiko, eller kjente til at slike vurderinger har vært gjennomført.
- Det ble opplyst at mislighetsperspektiver ikke inngår i RHF-ets risikovurderinger i investeringsprosjekter.

4.1.2 Vurderinger

Etter internrevisjonens vurdering inneholder de etiske retningslinjene temaer som er viktige for forebygging av misligheter. Videre mener vi at foretakets fullmaktsstruktur er egnet for forebygging og avdekking av misligheter, og at etablert varslingsrutine tilfredsstillende lovkrav og kan benyttes ved mistanke om misligheter. Dette er tre vesentlige elementer i et kontrollmiljø hvor man ønsker å forebygge misligheter.

Manglende dokumenterte vurderinger av risiko for misligheter er, etter internrevisjonens oppfatning, en klar kontrollmessig svakhet. Uten slike vurderinger er det vanskelig for foretaket å ta stilling til om iverksatte kontrolltiltak er tilstrekkelige for å oppnå rimelig sikkerhet for at misligheter forebygges og eventuelt avdekkes.

4.2 Forebyggende og avdekkende kontrolltiltak

Beskrivelser av god praksis innenfor temaet, jf. kap. 2.4, identifiserer en rekke tiltak som vil bidra til effektiv forebygging og avdekking av misligheter. Vi har i denne revisjonen fokusert på de tiltakene vi anser som de mest vesentlige.

4.2.1 Kjennskap til emner relatert til etikk og misligheter

4.2.1.1 Observasjoner

Internrevisjonen har undersøkt hvordan ansatte gjøres kjent med emner relatert til etikk og misligheter, og hvordan man trenes i disse. Vi konstaterer følgende:

- Malen for arbeidsavtaler i Helse Nord RHF inneholder formuleringen «Arbeidstakeren plikter å sette seg inn i virksomhetens verdigrunnlag, herunder (...) etiske regler». Regler knyttet til bierverv er også tatt inn i denne malen.
- Det framgår av «Sjekkliste for nyansatte» i Helse Nord RHF, at Administrasjonsavdelingen skal gi opplæring/veiledning i Personalportalen.
- Kompetansemodulet i Personalportalen ble tatt i bruk høsten 2017, og det gikk da ut e-post til de ansatte i Helse Nord RHF med beskjed om at alle var tildelt kompetanseplaner som blant annet omfatter etiske retningslinjer. Hvert krav har statuskode rød, gul eller grønn, der grønn bekrefter at kravet er innfridd.
- Det framkommer i Personalthåndboka at den ansatte «skal innfri kompetanseplaner du er tildelt og sørge for å holde egen kompetanse oppdatert».
- Den enkelte leder skal følge opp at kompetansekravene innfris. Ingen funksjon ved Helse Nord RHF har imidlertid et helhetlig oppfølgingsansvar knyttet til gjennomføring av kompetanseplaner, og samlet status har hittil ikke vært etterspurt/undersøkt.

- Per 06.06.2018 hadde 22 % av de ansatte i Helse Nord RHF (35 av 161) status «grønn» for kompetansekravet om etiske retningslinjer (test 1). Vi antar likevel at retningslinjene i hovedsak er kjent for de fleste ansatte, da de er lett tilgjengelige (jf. kap. 4.1.1.).
- Det foregår i varierende grad aktiviteter/diskusjoner i de enkelte enhetene som innebærer trening i relevante etiske dilemmaer. For noen år siden ble det publisert en serie artikler på intranett med dette formål, men det er vanskelig å gjenfinne disse i dag.
- En programpost om etiske retningslinjer inngikk i internseminar for alle ansatte i Helse Nord RHF i september 2018.
- Ifølge opplysninger i intervjuer har det ikke vært iverksatt egne tiltak for å gjøre ansatte kjent med foreliggende varslingsrutine, og varsling inngår ikke som eget tema i «Sjekkliste for nyansatte» eller i Kompetansemoduleen.

4.2.1.2 Vurderinger

Internrevisjonen finner det positivt at de etiske retningslinjene er definert som obligatorisk kompetanse for alle ansatte i Helse Nord RHF, ettersom de utgjør et viktig grunnlag i internkontrollen, men det er uheldig at det ikke kontrolleres om dette kompetansekravet er fulgt opp og dokumentert innfridd. Opplæring/trening i emner relatert til etikk og misligheter, tilpasset den ansattes egne oppgaver, anses også som god praksis, og kunne med fordel vært satt i system ved Helse Nord RHF.

Association of Certified Fraud Examiners (ACFE) viste i 2015, i sin årlige undersøkelse av misligheter og korrupsjon, at tips fra varslere er den klart mest fremtredende kilden (43 %) for den innledende oppdagelsen av misligheter og korrupsjon i organisasjoner, og at det kommer flest varsler om misligheter og korrupsjon fra virksomhetens egne ansatte. Dette viser at det er viktig for avdekking av misligheter at ansatte har kjennskap til varslingsrutinene, og at det aktivt oppfordres til å benytte disse. Derfor er det uheldig at varsling ikke inngår i et strukturert opplærings-/informasjonsopplegg for ansatte, for eksempel gjennom sjekkliste for nytilsatte og/eller i kompetanseportalen.

4.2.2 Bierverv, verv, eierskap og nærståendeforhold

4.2.2.1 Observasjoner

Som del av selskapskontrollen for 2016 gjennomførte Riksrevisjonen en kontroll med helseforetakenes håndtering av bierverv. Resultatet er rapportert i Dokument 3:2 (2017–2018), datert 12. desember 2017. Helse Nord RHF følger opp Riksrevisjonens anbefalinger, og 20. juni 2018 behandlet RHF-styret *Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv, oppfølging av anbefalte tiltak* (sak 89-2018). Her ble det vedtatt sju tiltak for å sikre oversikt og kontroll av helseforetakenes håndtering av bierverv. Tiltakene inkluderer blant annet videreutvikling av registreringsløsningen i Personalportalen og økt kontroll med kjøp av tjenester fra selskaper hvor ansatte har registrert bierverv. Det er ikke vedtatt eller gitt noen tidsplan/frist for tiltakene.

Internrevisjonen har valgt å gjøre egne undersøkelser av regulering og registrering av bierverv etc. Vi konstaterer at adgangen til å ha bierverv, verv og eierskap i annen virksomhet er regulert gjennom etiske retningslinjer, regional prosedyre om bierverv, andre verv og eierinteresser (PR12039), Personalhåndboka, samt i den enkeltes arbeidsavtale. I disse dokumentene framkommer det klart at den enkelte må få samtykke/godkjenning til slik ekstern aktivitet. Prosedyre PR12039 fastslår at «Det er helseforetakets øverste leder som beslutter om bierverv skal tillates. Beslutningsmyndigheten kan delegeres til nivå 2, men ikke lengre». I henhold til Helse Nord RHF's fullmaktsmatrise er det bare adm. direktør som har slik fullmakt. I de etiske retningslinjene står det imidlertid at «Bistillinger og bierverv avklares i forkant med nærmeste leder». Det er altså ikke samsvar mellom de etiske retningslinjene og PR12039.

I foretaksgruppen benyttes Personalportalen til registrering av bierverv, verv og eierskap i annen virksomhet, men løsningen inneholder ikke obligatoriske felter for registrering av virksomhetens navn og/eller organisasjonsnummer. Internrevisjonen har merket seg at videreutvikling av registreringsløsningen i Personalportalen inngår i tiltakslisten som ble vedtatt i styresak 89-2018.

Gjennom dokumentgjennomgang og intervjuer har det framkommet uklarheter i registreringsordningen som ikke avklares gjennom tiltakene i styresak 89-2018, herunder:

- Om registreringen av bierverv etc. er å anse som en forespørsel som skal godkjennes av bemyndiget person, eller om det forutsettes at godkjenning er innhentet på forhånd (på annen måte).
- Om registreringsplikten også gjelder dersom man ikke har bierverv. Prosedyrene PR12039 og PR40674 (Veiledning for registrering av bierverv i Personalportalen) samt Helse Nord RHF's Personalhåndbok, gir motstridende informasjon om dette.
- Hva som omfattes av registreringsplikten for nærståendeforhold. Det foreligger ingen veiledning for slik registrering, og i Personalportalens registreringsløsning er «Nærstående» blitt definert som en kategori under informasjonstypen «Bierverv».

Vi har fått opplyst at det ikke gjennomføres rutinemessige kontroller med utgangspunkt i data om bierverv etc. registrert i Personalportalen. I forbindelse med utarbeidelse av årsregnskapene foretas det kartlegginger av bierverv og nærståendeforhold, men bare for styremedlemmer, ledende ansatte og utvalgte nøkkelpersoner innen økonomifunksjonene i foretaksgruppen.

4.2.2.2 Vurderinger

Helse Nord RHF har det siste året økt oppmerksomheten rundt bierverv, verv, eierskap og nærståendeforhold, blant annet som følge av Riksrevisjonens undersøkelser. Uklarhetene vi har påpekt ovenfor vurderes imidlertid som uheldige. I tillegg anser vi det som en svakhet at registrerte data ikke benyttes til rutinemessige kontroller.

4.2.3 Budsjettdisponering, anskaffelser og innkjøp

4.2.3.1 Observasjoner

Økonomihåndboka inneholder beskrivelser av hva budsjettdisponeringsfullmakt innebærer, samt rollene ved attestasjon og godkjenning. I Helse Nord RHF er det rutinefestet krav om skriftlig fullmakt på signert skjema som grunnlag for opprettelse av anvisertilgang i fakturasystemet Agresso. Internrevisjonen har undersøkt om denne rutinen etterlevs (test 2). Vi fant at fullmaktsskjema foreligger for alle med anvisertilgang per 08.06.2018, men at noen av anviserne har slik tilgang også for koststeder som ikke er nevnt i fullmaktsbrevet/skjemaet. De fleste av tilfellene gjelder medlemmer av ledergruppen. I tillegg har vi observert at det ikke signeres for anvisertilgang til andre koststeder som tildeles i forbindelse med ferieavvikling/fravær.

Anskaffelser i Helse Nord RHF blir kvalitetssikret juridisk av foretaksadvokaten, som blant annet påser at kontrakten signeres av en bemyndiget person. Videre har vi fått opplyst at nærstående forhold ofte kartlegges når personell fra HF-ene involveres i anskaffelsesprosesser, men at forhåndsregistrert informasjon fra Personalportalen ikke benyttes (jf. kap. 4.2.2.1).

I regionalt innkjøpssystem, Clockwork, skilles det mellom «lagervarer» og «skaffevarer». Inntil nylig har det i foretaksgruppen vært tillatt å unnlate arbeidsdeling for «skaffevarer» med verdi under kr. 5 000,-. For bestillinger med høyere verdi var det en forutsetning at det ble lagt ved dokumentasjon for at bestillingen var godkjent av den med budsjettfullmakt, slik det også framkommer av økonomihåndboken. Kontroller gjennomført av ekstern revisor har vist at rutinen ikke har fungert som forutsatt, og unntaksmuligheten ble stengt med virkning fra juni 2018. Dermed er det nå systemkrav om involvering av to ulike personer ved alle kjøp gjennom innkjøpssystemet, som ved øvrig fakturahåndtering. Seksjon for økonomi og regnskap har besluttet at det fra høsten 2018 skal gjøres regelmessige kontroller av samsvar mellom hvem som har godkjenningsrettigheter i fakturasystemet og i innkjøpssystemet.

Når det gjelder Helse Nord RHF's egne innkjøp, er elektronisk innkjøpssystem ikke tatt i bruk, og det har ikke vært rutinemessige kontroller av om inngåtte leverandøravtaler overholdes. For ansattes reiser mottar foretaket rapporter fra reisebyrå, men disse er ikke systematisk fulgt opp. I intervjuer ble det likevel opplyst at avtalelojaliteten ved tjenestereiser kan bedres. For øvrige typer varer og tjenester anså de vi intervjuet at det var nokså liten risiko for avtalebrudd, på grunn av innarbeidede rutiner og god dialog. Internrevisjonen har ikke gjort egne tester knyttet til innkjøp.

Gjennomføring av eksistenskontroller/tilstedeværelseskontroller i Helse Nord RHF er knyttet opp mot regnskapsmessig aktiveringsplikt.

Ved godkjenning av nye leverandører i fakturasystemet har seksjon for økonomi og regnskap i liten grad hatt oppmerksomhet på risiko for misligheter. Det er ikke etablert rutiner for hvilke mislighetsindikatorer («røde flagg») man bør være på utkikk etter i denne forbindelse.

4.2.3.2 Vurderinger

Internrevisjonen vurderer at det er etablert hensiktsmessige tiltak for å sikre at bare personer med delegert budsjettfullmakt har anviserrettigheter i Agresso. Etter vår vurdering er det likevel behov for enkelte korrigeringer i tilganger og/eller oppdateringer i fullmaktsskjemaer, samt å dokumentere godkjenning av planlagte stedfortredere/fullmaktsendringer i ferieperioder etc.

Helse Nord RHF kan få bedre oversikt over avtalelojalitet ved kjøp av tjenestereiser ved å ta i bruk tilgjengelige data fra reisebyrået i sin løpende oppfølging, og inkludere dette i sine planlagte kontroller.

4.3 Håndtering av misligheter

4.3.1 Observasjoner

I intervjuer har det framkommet at hvis misligheter mistenkes eller avdekkes så blir forholdet enten tatt opp med foretaksadvokaten, som tar stilling til videre håndtering, eller det meldes og håndteres i samsvar med varslingsrutinen. Da skal linjeleder sørge for avklaring av hvem som er ansvarlig for den videre prosessen, og det fremgår at det for vedkommende er «særlig viktig å ta stilling til om innholdet er av en karakter som krever sikring av bevis og/eller andre undersøkelser som kun kan iverksettes av politi- og påtalemyndighet».

Internrevisjonen fikk opplyst at RHF-ets varslingsrutine har vært benyttet og har vist seg å fungere, men ingen varslingsaker har dreid seg om mulige misligheter. Det framkom imidlertid at enkelte ansatte har mottatt informasjon de har vært usikre på om de skulle anse som varsel om kritikkverdig forhold i et underliggende helseforetak, og at de da har vært usikre på hva som er riktig håndtering av denne informasjonen.

4.3.2 Vurderinger

Basert på de intervjuer som er gjennomført, synes det som eventuelle mistanker om mislighetssaker i Helse Nord RHF vil bli håndtert forsvarlig. Det er imidlertid viktig å avklare og informere om hvordan RHF-ansatte skal forholde seg til opplysninger de mottar om mistanke om misligheter i et underliggende helseforetak.

4.4 Oppfølging av internkontroll

4.4.1 Observasjoner

I intervjuer har ledere opplyst at de følger opp arbeidet med etikk og misligheter innen eget ansvarsområde, primært gjennom enkeltsaker. Det vises også til evalueringen av

prosjektet «Verdibasert hverdag», som omtalt i kap. 4.1.1. Ved kjente svakheter og uakseptabel mislighetsrisiko har forbedringstiltak blitt iverksatt, blant annet basert på Riksrevisjonens rapport om bierverv (jf. kap. 4.2.2) og eksternrevisors presentasjoner av risikovurdering knyttet til årsoppgjøret for 2017. Det har imidlertid ikke vært gjort systematiske gjennomganger/evalueringer av internkontroll relatert til mislighetsrisiko i Helse Nord RHF.

4.4.2 Vurderinger

Det er positivt at svakheter som har blitt påpekt av Riksrevisjonen og eksternrevisor følges opp av de med ansvar for å treffe korrigerende tiltak. Fraværet av systematiske evalueringer av internkontrollopplegget knyttet til mislighetsrisiko er imidlertid uheldig da det innebærer at svakheter ikke blir kjent og tiltak ikke iverksatt.

5. Konklusjon og anbefalinger

5.1 Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at Helse Nord RHF har iverksatt rutiner og tiltak som i hovedsak ivaretar de viktigste elementer i et internkontrollopplegg for forebygging, avdekking og håndtering av interne misligheter. Påpekte svakheter, blant annet fravær av dokumenterte vurderinger av risiko for misligheter, bør imidlertid utbedres for at internkontrollen samlet sett skal vurderes som tilstrekkelig.

5.2 Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å:

1. Gjennomføre dokumenterte risikovurderinger som omfatter risiko for misligheter, og beslutte hvordan avdekkede risikoer skal håndteres.
2. Styrke oppfølgingen av at kompetansekrav innfris.
3. Utbedre svakheter i styring og kontroll med ansattes bierverv, verv, eierskap og nærstående forhold.
4. Sørge for fullt samsvar mellom anvisertilganger i Agresso og tildelte budsjett disponeringsfullmakter.
5. Gjennomføre evalueringer for å fastslå om komponentene i internkontrollopplegget knyttet til mislighetsrisiko er til stede og fungerer.

Vedlegg 1 – Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen.

Regionale dokumenter

- RL0900, Etske retningslinjer for Helse Nord, versjon 3.3
- RL2270, Økonomihåndbok for Helse Nord, versjon 3.0
- PR12039, Bierverv, andre verv og eierinteresser i annen virksomhet, i Helse Nord, versjon 1.2
- PR40674, Veiledning for registrering av bierverv i Personalportalen, versjon 2
- PR34640, Roller og delegering av fullmakter - oversikt for Helse Nord, versjon 2
- AV0415, Samarbeidsavtale mellom Helse Nord RHF (helseregionen) og Legemiddelindustrien (LMI), oppdatert versjon i kraft fra 1.1.2014
- RL2092, Samarbeidsavtale mellom Helse Nord RHF og Leverandørforeningen for helsesektoren (LFH), i kraft fra 1.1.2011

Styresaker i Helse Nord RHF

- Styresak 41-2005, Kommersialisering av forskningsresultater – behov for felles regelverk
- Styresak 46-2007, Etske retningslinjer for ansatte i Helse Nord
- Styresak 59-2011, Etske retningslinjer i Helse Nord – revisjon
- Presseprotokoll fra styremøte i Helse Nord RHF 23. mai 2018 (sak 77-2018)
- Styresak 89-2018, Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv, oppfølging av anbefalte tiltak

Interne dokumenter i Helse Nord RHF

- FB1328, Fullmaktsmatrise for Helse Nord RHF, versjon 3
- Fullmaktsstruktur, oversikt over hvilke personer som har fullmakt til budsjettdisponeringer i Helse Nord RHF, 12.04.2018
- PR12081, Økonomireglement for Helse Nord RHF, versjon 6
- PR27509, Varsling av kritikkverdige forhold i Helse Nord RHF, versjon 1
- Compendia personalhåndbok Helse Nord RHF, per 11.05.2018
- Oppsummering fra ledergruppemøte 15.05.2018
- Mal for arbeidskontrakter, per 31.05.2018
- Introduksjon ved oppstart av arbeidsforhold i Helse Nord RHF – Sjekkliste, per 31.05.2018
- RL2513, Retningslinjer for innmelding av behov for bistand ved anskaffelser i Helse Nord RHF, versjon 2
- Helse Nord RHF, Årsregnskap 2017
- Oversikt over analyser 2018, Seksjon for økonomi, mottatt 08.05.2018
- Brev fra Helse Nord RHF til BDO, Revisorgjennomgang byggeprosjekter, 04.05.2018

- Brev fra Helse Nord RHF til HF-ene, Vedrørende arbeidsdeling i innkjøpssystemet, 11.05.2018
- Revisors presentasjon i styremøte Helse Nord RHF 25.04.2018, Oppsummering av revisjon for 2017