

Internrevisjonsrapport 03/2018

Mislighetsrisiko i Sykehusapotek Nord HF

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 29.11.2018

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.....	10
4.3 Håndtering av misligheter.....	11
4.3.1 Observasjoner.....	11
4.3.2 Vurderinger.....	12
4.4 Oppfølging av internkontroll.....	12
4.4.1 Observasjoner.....	12
4.4.2 Vurderinger.....	12
5 Konklusjon og anbefalinger.....	12
5.1 Konklusjon.....	12
5.2 Anbefalinger.....	13

Vedlegg:

1. Dokumentoversikt
2. Resultater fra spørreundersøkelse

Sammendrag

Denne revisjonsrapporten er utarbeidet etter revisjon i Sykehusapotek Nord HF, gjennomført i perioden april-november 2018.

Formål og avgrensning av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Sykehusapotek Nord 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, spørreundersøkelse, testing og intervjuer.

Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at Sykehusapotek Nord har iverksatt mange viktige rutiner og tiltak som bidrar til 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 Sykehusapotek Nord 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. Sørge for fullt samsvar mellom anvisertilganger i Agresso og tildelte budsjett disponeringsfullmakter.
4. Oppdatere foretakets rutine for varsling av kritikkverdige forhold slik at denne samsvarer bedre med arbeidsmiljølovens bestemmelser.
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 Sykehusapotek Nord HF i perioden april-november 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 24.04.2018
- Gjennomgang av interne dokumenter for Sykehusapotek Nord
- Spørreundersøkelse gjennomført i juni 2018
- Intervjuer og tester i perioden juni-oktober 2018
- Rapportutkast sendt 29.10.2018, tilbakemelding mottatt 19.11.2018.

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 Regnskapshåndbok for regionale helseforetak, kapittel 3.2, 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 Sykehusapotek Nord 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*.

Spørreundersøkelser:

En spørreundersøkelse ble sendt via e-post til 12 linjeledere på ledernivå to og tre i Sykehusapotek Nord. 10 av disse svarte, noe som gir en svarandel på 83 %. Undersøkelsen var åpen for svar i perioden 11.-23. juni 2018. Se *Vedlegg 2 – Rapport fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Sykehusapotek Nord HF*.

Intervjuer:

Det er gjennomført individuelle intervjuer med adm. direktør, økonomisjef og hovedverneombud i Sykehusapotek Nord.

Tester:

Internrevisjonen har gjort følgende tester av at beskrive internkontrollrutiner etterleves:

- Test 1: Andel av ansatte ved Sykehusapotek Nord, som per 06.06.2018 og 10.10.2018 har bekreftet i Kompetansemodulem at etiske retningslinjer er gjennomgått (har «grønn» status). Grunnlag: data fra Regional systemenhet ved UNN. Alle som er registrert i Personalportalen er inkludert (fast ansatte, midlertidige ansatte, vikarer og evt. andre).
- Test 2: Andel av de som per 16.08.2018 har anviserrettighet i Agresso for Sykehusapotek Nord, 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. På revisjonstidspunktet pågikk et regionalt arbeid med revidering av de etiske retningslinjene, med sikte på styrebehandling i februar 2019. Gjeldende versjon av retningslinjene er tilgjengelig via Sykehusapotek Nord's Personelhåndbok. 80 % av de som besvarte spørreundersøkelsen, var helt eller delvis enig i påstanden «I mitt foretak viser foretaksledelsen tydelig at de er opptatt av etterlevelse av gjeldende etiske retningslinjer».

Økonomihåndbok for Helse Nord (RL2270) inneholder krav til foretakenes fullmaktsbeskrivelse. Bortsett fra at fullmakt til opprettelse av bankkonti er utelatt, er Sykehusapotek Nord's fullmaktsskjema (PR20369) satt opp i samsvar med kravene. Adm. direktør gir fullmakter og har godkjent foretakets fullmaktsskjema (OL0244).

Sykehusapotek Nord har rutine for varsling av kritikkverdige forhold (PR20897), tilgjengelig i Docmap men ikke i Personelhåndboka. Rutinen er ikke oppdatert i samsvar med endringene i arbeidsmiljøloven fra 01.07.2017 (kapittel 2 A), og inneholder ikke en direkte oppfordring til å varsle, slik loven krever. I PR20897 fokuseres det på situasjoner der arbeidstakeren har «plikt» til å varsle, og ikke den mer generelle «rett til

å varsle om kritikkverdige forhold i virksomheten» som er hjemlet i § 2 A-1. Videre stilles det krav om at et varsel skal være skriftlig, og arbeidstaker oppfordres til å benytte Docmap (avviksmelding) for slik varsling, alternativt brev eller e-post. Alle som besvarte spørreundersøkelsen var helt eller delvis enig i at det er trygt å varsle om kritikkverdige forhold i Sykehusapotek Nord.

80 % av lederne i Sykehusapotek Nord som besvarte spørreundersøkelsen, var helt eller delvis enig i påstanden «Foretaksledelsen forventer at jeg som leder har fokus på mislighetsrisiko i min enhet». Foretaket har imidlertid ikke inkludert risiko for misligheter i sitt opplegg for dokumenterte risikovurderinger, heller ikke i forbindelse med investeringsprosjekter. I spørreundersøkelsen ga likevel noen (30 %) uttrykk for at det gjennomføres dokumenterte risikovurderinger som omfatter mislighetsrisiko på «enhetsnivå» i foretaket.

4.1.2 Vurderinger

Etter internrevisjonens vurdering inneholder de regionale etiske retningslinjene, som også brukes ved Sykehusapotek Nord, temaer som er viktige for forebygging av misligheter, og vi anser foretakets fullmaktsbeskrivelse som egnet for forebygging og avdekking av misligheter. Det er også viktig å ha rutiner for varsling av kritikkverdige forhold, og her har foretakets rutiner svakheter som bør utbedres. Vi ser det som en begrensning av varslingsretten at rutinen bare fokuserer på situasjoner der ansatte har «plikt» til å melde. Retten til å melde fra om kritikkverdige forhold generelt, eksempelvis uetiske eller ulovlige handlinger, må klart framkomme for at rutinen skal tilfredsstille arbeidsmiljølovens krav. Også andre oppdateringer i varslingsrutinen er nødvendig for at den skal samsvare med, og henvise til, gjeldende lovkrav.

Vi oppfatter manglende dokumenterte vurderinger av risiko for misligheter som en klar kontrollmessig svakhet. Uten slike vurderinger er det vanskelig for foretaket å ta stilling til om iverksatte kontrolltiltak er tilstrekkelige. Det er likevel positivt at mange av lederne opplever en forventning om fokus på mislighetsrisiko,

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 de trenes i disse. Vi konstaterer følgende:

- Verken malene for arbeidsavtaler eller overordnet sjekklister for opplæring av nyansatte i Sykehusapotek Nord (PR35463) henviser til de etiske retningslinjene.

- I intervjuene ble det opplyst at Kompetansemodulen i Personalportalen ble tatt i bruk høsten 2017, og at alle ansatte er 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 Personelhåndboka at den ansatte skal innfri tildelte kompetanseplaner og sørge for å holde egen kompetanse oppdatert.
- Per 06.06.2018 hadde bare 13 % av de ansatte i Sykehusapotek Nord status «grønn» for kompetansekravet om etiske retningslinjer (test 1). Dette gjenspeiles også i svarene fra spørreundersøkelsen, der bare 30 % av lederne var helt eller delvis enig i at «Det dokumenteres at den enkelte ansatte i min enhet er gjort kjent med foretaksgruppens etiske retningslinjer (RL0900)». Andelen av de ansatte som hadde gjennomført kompetansekravet per 10.10.2018, var økt til 30 %.
- Ifølge opplysninger i intervju er det ikke etablert noe spesifikt opplegg som innebærer trening i relevante etiske dilemmaer, og kun 30 % av lederne svarte positivt på påstanden «Det gis opplæring og øving relatert til etikk og misligheter i min enhet».
- Varsling inngår ikke som eget tema i «Opplæring av nyansatt» eller i Kompetansemodulen.

4.2.1.2 Vurderinger

De etiske retningslinjene utgjør et viktig grunnlag i internkontrollen. Internrevisjonen finner det derfor positivt at de er definert som obligatorisk kompetanse for alle ansatte i Sykehusapotek Nord, selv om gjennomføringsgraden fortsatt er lav. 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 foretaket.

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 framtrekkende 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 sjekklister for nytilsatte og/eller i kompetanseportalen.

4.2.2 Bierverv, verv, eierskap og nærstående forhold

4.2.2.1 Observasjoner

Adgangen til å ha bierverv, verv og eierskap i annen virksomhet er regulert gjennom den enkeltes arbeidsavtale og de etiske retningslinjene. Regional prosedyre om bierverv, andre verv og eierinteresser (PR12039) fastslår at det er helseforetakets øverste leder som beslutter om bierverv skal tillates, og at beslutningsmyndigheten kan delegeres til nivå 2, men ikke lengre. Sykehusapotek Nord's fullmaktsmatrise (PR20369) omtaler ikke delegering av slik fullmakt, men internrevisjonen har fått opplyst at myndigheten utøves

av apoteker (nivå 2). PR12039 er ikke aktivt gjort tilgjengelig via foretakets dokumentsamlinger.

Foretaksgruppen, inkludert Sykehusapotek Nord, benytter Personalportalen til registrering av bierverv, verv og eierskap i annen virksomhet. Vi har fått opplyst at krav om slik registrering er distribuert via e-post til ansatte og tatt opp i ulike møter, og at dette også omfatter nærståendeforhold. I spørreundersøkelsen har lederne gitt uttrykk for stor tillit til at ansatte både avklarer adgangen til å inneha bierverv etc. og registrerer disse i Personalportalen. Registreringsplikten beskrives imidlertid ikke i foretakets styrende dokumenter, verken i Docmap eller Personalhåndboka. Gjennom intervjuene har det framkommet usikkerhet om hvorvidt en registrering 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. Teknisk er løsningen satt opp slik at registreringene sendes til nærmeste leder for godkjenning (nivå 1, 2 eller 3).

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 årsregnskapet foretas det kartlegging av bierverv og nærståendeforhold, men bare for styremedlemmer og ledende ansatte.

Internrevisjonen har merket seg at det fra regionalt nivå er besluttet flere forbedrings-tiltak knyttet til bierverv, blant annet å videreutvikle registreringsløsningen i Personalportalen, jf. Helse Nord RHF's styresak 89-2018.

4.2.2.2 Vurderinger

Internrevisjonen vurderer det som uheldig at det er uklart hvem som har fullmakt til å godkjenne bierverv, andre verv og eierinteresser, og hvordan slik godkjenning dokumenteres. Vi har for øvrig konstatert at uklare fullmaktsforhold er en regional utfordring og har gitt en anbefaling til Helse Nord RHF om å utbedre svakheter i styring og kontroll med bierverv etc. RHF-ets forbedringstiltak kan få betydning for Sykehusapoteket Nords fullmaktsmatrise og rutiner.

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

Økonomihåndbok for Helse Nord inneholder beskrivelser av hva budsjettdisponeringsfullmakt innebærer, samt rollene ved attestasjon og godkjenning (anvisning). Sykehusapotek Nord har i tillegg egne beskrivelser for disse rollene (PR23367 og PR23368), som del av sin dokumentsamling DS7333 Fullmakter. Det framkommer ikke i foretakets rutinebeskrivelser at tildeling av budsjettdisponeringsfullmakt skal skje skriftlig, slik det er krav om i RL2270, men internrevisjonen har fått opplyst at man

likevel innfrir dette kravet. Vår undersøkelse (test 2) viste imidlertid at det manglet fullmaktsbrev for én av de fem, i tillegg til adm. direktør, som hadde anvisertilgang. I tillegg viste det seg at én hadde tilgang for koststeder som ikke er nevnt i vedkommendes fullmaktsbrev.

Foretakets «Reglement for anskaffelser» (RL2046) fastslår at «ved valg av vare eller tjeneste må innkjøper/bestiller kjenne til eksisterende ramme- og innkjøpsavtaler». Det ble opplyst at det er liten risiko for brudd på avtaler ved kjøp av legemidler/apotekvarer, da det foreligger klare rutiner knyttet til bestillinger fra hovedgrossist og øvrige leverandører av slike varer, og hovedvekten av bestillingene håndteres via IT-systemet FarmaPro. For foretakets øvrige innkjøp benyttes ikke innkjøpssystem som understøtter avtalelojalitet, og det foretas heller ingen etterkontroll av om gjeldende avtaler har blitt overholdt. I spørreundersøkelsen svarte likevel 90 % at de er helt eller delvis trygg på at ansatte i egen enhet ikke gjør innkjøp i strid med inngåtte avtaler.

Sykehusapotek Nord har ikke etablert rutiner for mislighetsindikatorer («røde flagg») i forbindelse med godkjenning av nye leverandører i fakturasystemet. Økonomisjefen ga uttrykk for at leverandørregistreringen ikke ansees som et risikoområde, da dette ivaretas av erfarne medarbeidere.

Det framkom i intervjuene at det gjøres en rekke tilstedeværelseskontroller med ulike intervaller, knyttet til varer og kontanter i Sykehusapotek Nord. Det foreligger prosedyrer for slike kontroller, og for håndtering av eventuelle avvik/svinn.

Det ble opplyst i intervjuene at regnskapet følges aktivt opp, og at uventede budsjettavvik undersøkes til man har innhentet tilfredsstillende forklaringer, noe som samsvarer godt med svar i spørreundersøkelsen.

4.2.3.2 Vurderinger

Internrevisjonen vurderer at det er etablert hensiktsmessige tiltak for å sikre at bare personer med delegert budsjett disponeringsfullmakt har anviserrettigheter i Agresso. Vår test viser likevel behov for å gjøre enkelte korrigeringer i tilganger og/eller oppdateringer i fullmaktsskjemaer, samt å dokumentere godkjenning av stedfortredere.

Etter vår vurdering medfører de påpekte svakheter i forebyggende og avdekkende tiltak knyttet til innkjøp av andre varer og tjenester enn legemidler/apotekvarer, at det ikke er etablert tilstrekkelig sikkerhet for at gjeldende innkjøpsavtaler blir fulgt.

4.3 Håndtering av misligheter

4.3.1 Observasjoner

I intervjuer er det opplyst at avvik/uoverensstemmelser som oppdages i rutinekontroller knyttet til avstemminger mot regnskap, vil bli tatt opp med aktuell

apoteker og fulgt opp med sikte på forklaring og eventuelle korrigeringer. Det er imidlertid uklart hvilke rutiner man eventuelt vil støtte seg på dersom det mistenkes eller avdekkes misligheter. I intervju ble «Rutiner ved konflikt, mobbing og trakassering» (PR21440) trukket fram som aktuell, også ved mislighetssaker. I henhold til denne, skal konfliktsaker håndteres på lavest mulige nivå, og løftes til neste nivå ved behov. En annen aktuell rutine er varslingsprosedyren (PR20897). Her inngår et avsnitt om oppfølging som sier at «Leder eller den som er mottaker av varselet skal utrede saken og gjøre rede for hvilke tiltak som bør iverksettes (...)». Det framkommer ikke hvordan håndteringen skal dokumenteres dersom varselet ikke er meldt via Docmap. I henhold til foretakets fullmaktsmatrise, har sykehusapoteker fullmakt til å anmelde straffbare forhold, men overordnet skal konsulteres ved spesielle forhold.

Internrevisjonen fikk opplyst at foretaket har liten erfaring med varslingssaker, og de vi intervjuet kjente ikke til noen varslinger som har dreid seg om mistanke om misligheter. Den eneste mislighetssaken i foretaket som var kjent for dem vi intervjuet, var mer enn ti år gammel.

4.3.2 Vurderinger

Basert på observasjonene ovenfor anser internrevisjonen det usikkert hvordan mistanker om misligheter i Sykehusapotek Nord vil bli håndtert.

4.4 Oppfølging av internkontroll

4.4.1 Observasjoner

Sykehusapotek Nord gjennomfører ledelsens gjennomgang av internkontrollen årlig, men temaene som denne revisjonen omhandler har ikke inngått i gjennomgangen. Det er heller ikke gjennomført egne, systematiske gjennomganger/evalueringer av internkontroll relatert til mislighetsrisiko i foretaket.

4.4.2 Vurderinger

Fraværet av systematiske evalueringer av internkontrollopplegget knyttet til mislighetsrisiko er uheldig da det kan innebære at svakheter ikke blir kjent og tiltak ikke iverksatt.

5 Konklusjon og anbefalinger

5.1 Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at Sykehusapotek Nord har iverksatt mange viktige rutiner og tiltak som bidrar til 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 Sykehusapotek Nord 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. Sørge for fullt samsvar mellom anvisertilganger i Agresso og tildelte budsjettdisponeringsfullmakter.
4. Oppdatere foretakets rutine for varsling av kritikkverdige forhold slik at denne samsvarer bedre med arbeidsmiljølovens bestemmelser.
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

Sykehusapotek Nord HF – interne dokumenter

- OL1987, Organisasjonskart Sykehusapotek Nord, versjon 4
- OL0244, Fullmaktsregister, versjon 5.5 og 5.6
- PR20369, Fullmaktsmatrise, versjon 5
- PR20897, Varsling om kritikkverdige forhold, versjon 1
- PR21440, Rutiner ved konflikt, mobbing og trakassering, versjon 1
- PR35463, Opplæring av nyansatt – overordnet, versjon 6
- RL2046, Reglement for anskaffelser, versjon 2.3
- PR23367, Anvisning (disponering av budsjettmyndighet), versjon 3.2
- PR23368, Attestasjon, versjon 1.1
- PR4985, Daglig kasseoppgjør, versjon 3.2
- PR4930, Månedsoppgjør kasse, versjon 4.1
- PR11030, Uttak av månedlige beholdningsoversikter, versjon 1
- PR10488, Bokføring av endringer i varebeholdning, versjon 5.1
- PR44561, Varebestilling, Sykehusapoteket Bodø, versjon 2
- PR9722, Spesifikasjon av salg til ledende ansatte, versjon 2
- Prosedyrer knyttet til varetelling og kontroll med beholdningen av legemidler i det enkelte sykehusapotek, bl.a.: PR45788, PR16255, PR22777, PR41456, PR30203, PR16151, PR32853, PR16151 og PR26647
- Compendia Personelhåndbok, Sykehusapotek Nord, per 18.05.2018
- Mal for arbeidsavtale avdelingsleder, per 16.08.2018
- Mal for arbeidsavtale øvrige fast ansatte, per 16.08.2018
- Sykehusapotek Nord, Årsregnskap for 2017, Note 19 – Nærstående parter

Vedlegg 2 – Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Sykehusapotek Nord

Om undersøkelsen

Undersøkelsen var åpen for svar i perioden 11.-23. juni 2018.

Undersøkelsen ble sendt til 12 linjeledere på ledernivå to og tre i foretaket, og 10 av disse svarte, noe som ga en svarandel på 83 % i Sykehusapotek Nord.

Samlet svarandel i Helse Nord (HN: alle HF-ene i regionen) var 63 % (127 av 203 mottakere).

Følgende svarskala er benyttet:

5 = Helt enig

4 = Delvis enig

3 = Nøytral

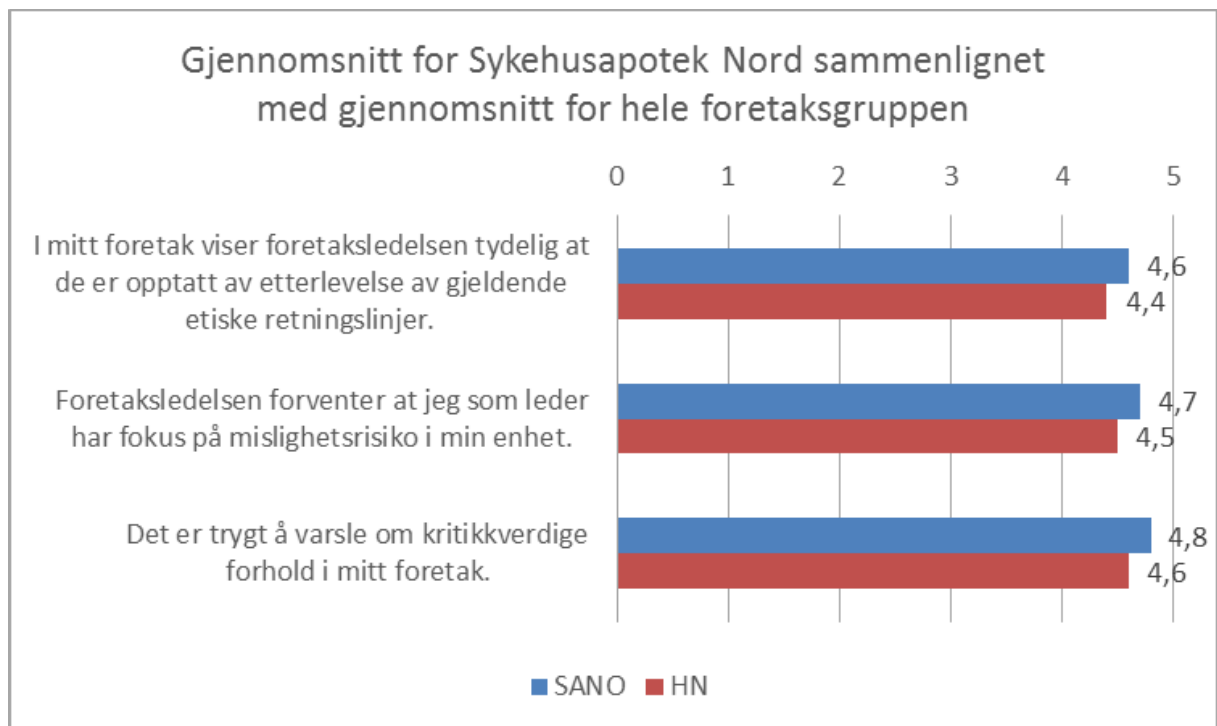
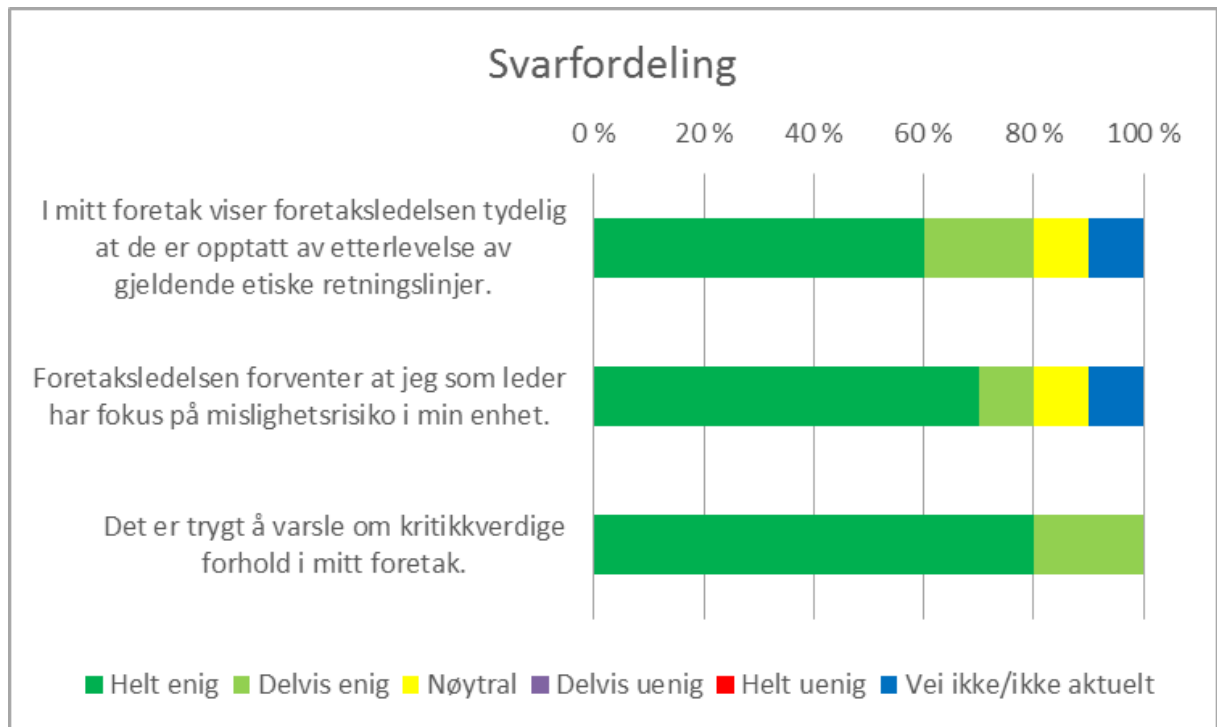
2 = Delvis uenig

1 = Helt uenig

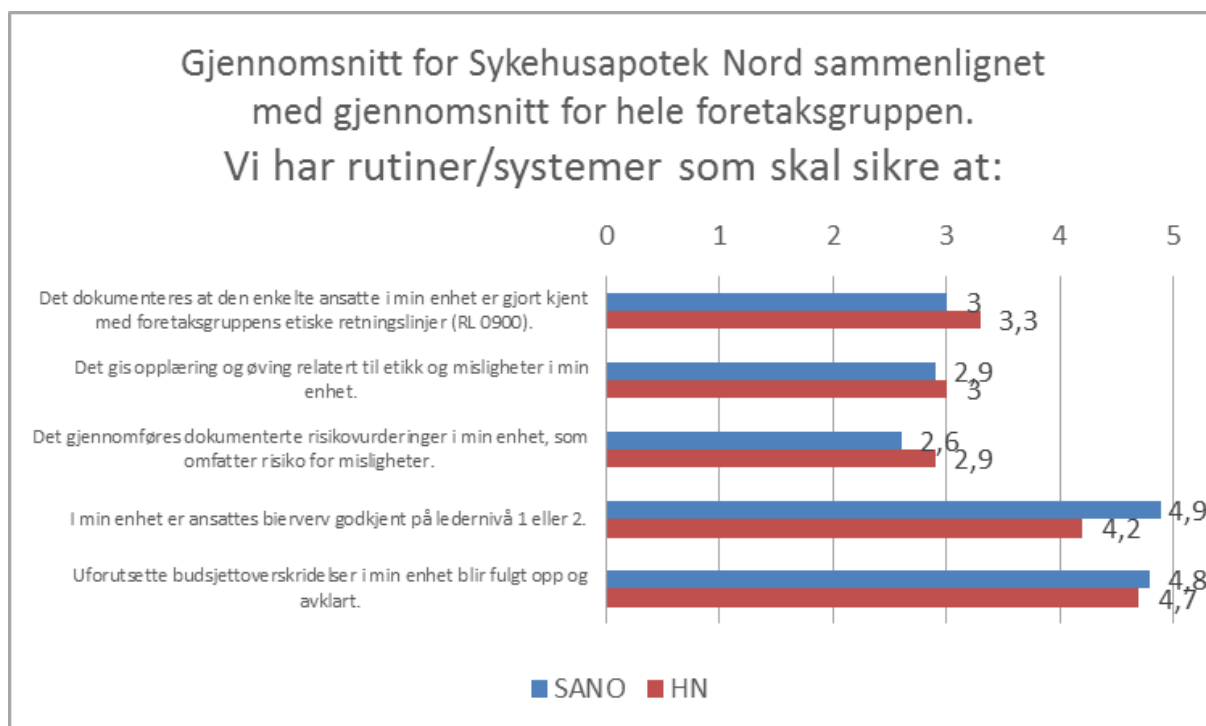
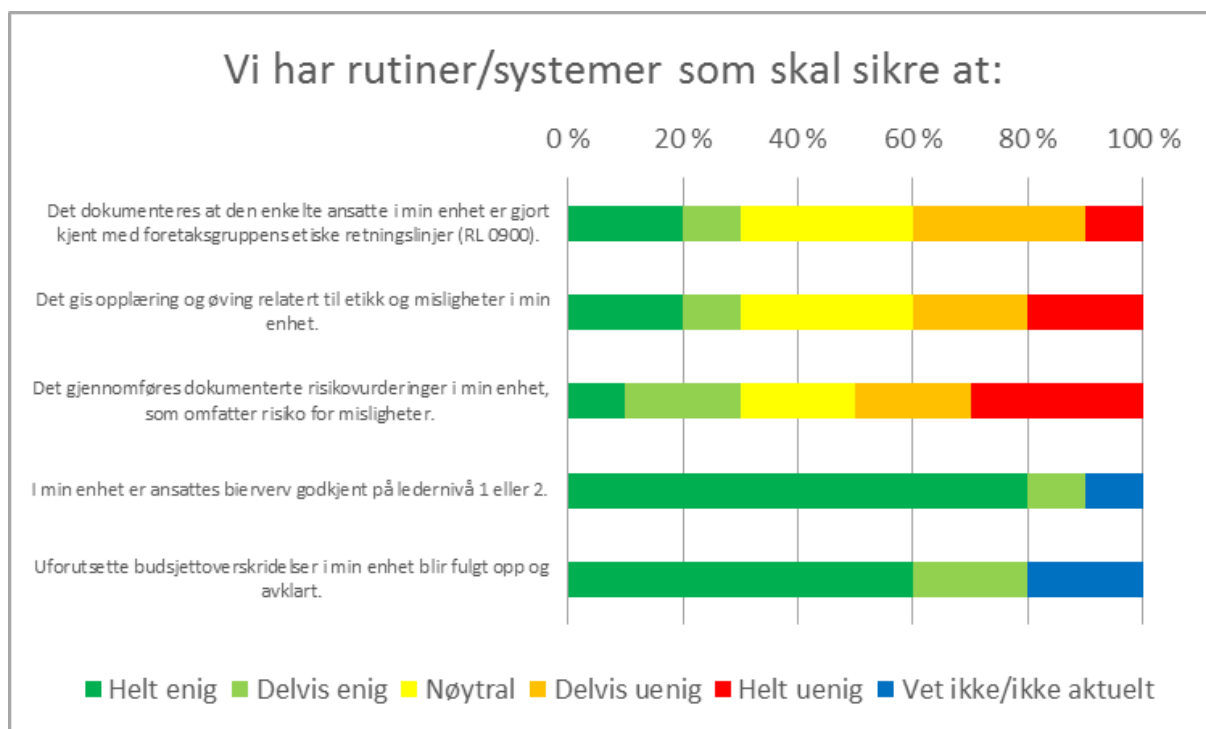
0 = Vet ikke/ikke aktuelt

Det er innhentet svar vedrørende «foretaksnivå» og «min enhet» (nivå 2 og 3).

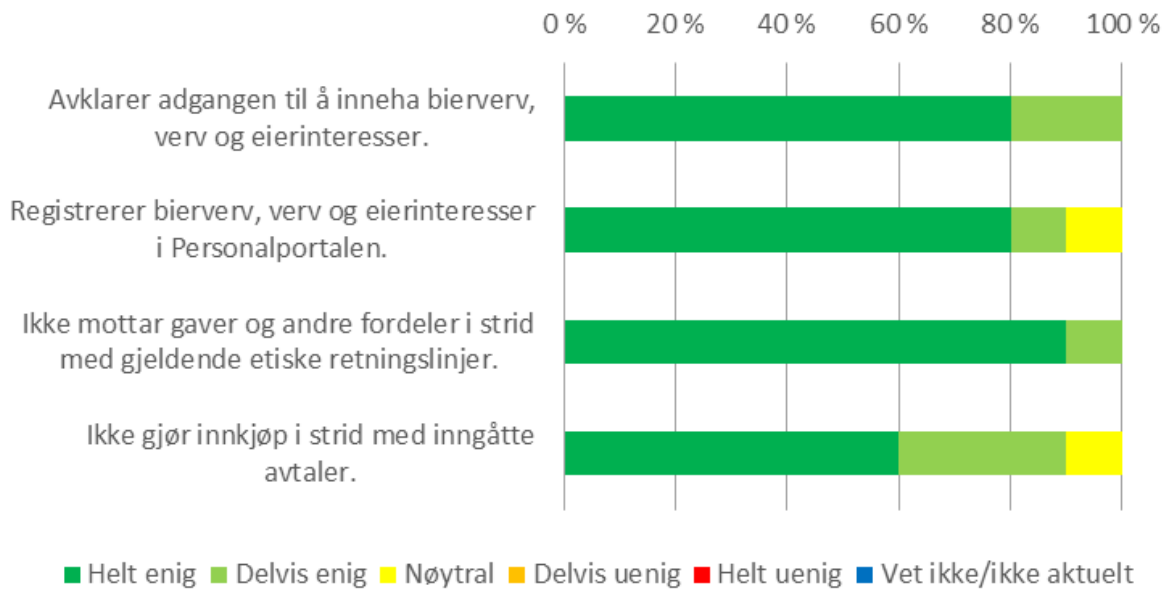
Foretaksnivå Sykehusapotek Nord



Enhetsnivå – «min enhet» (nivå 2 og 3)



Jeg føler meg trygg på at ansatte i min enhet:



Gjennomsnitt for Sykehusapotek Nord sammenlignet med gjennomsnitt for hele foretaksgruppen.

Jeg føler meg trygg på at ansatte i min enhet:

