

Internrevisjonsrapport 04/2018

Mislighetsrisiko i Helse Nord IKT 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.....	9
4.2.2 Bierverv, verv, eierskap og nærståendeforhold.....	10
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.....	13
4.4.1 Observasjoner.....	13
4.4.2 Vurderinger.....	13
5 Konklusjon og anbefalinger.....	13
5.1 Konklusjon.....	13
5.2 Anbefalinger.....	13

Vedlegg:

1. Dokumentoversikt
2. Resultater fra spørreundersøkelse

Sammendrag

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

Formål og avgrensning av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Helse Nord IKT 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 Helse Nord IKT 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 og mangelfull dokumentasjon av fullmaktstildelinger, bør imidlertid utbedres for at internkontrollen samlet sett skal vurderes som tilstrekkelig.

Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord IKT 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. Innføre rutiner for skriftlig tildeling av budsjett disponeringsfullmakter og sørge for at tilgangsrettigheter samsvarer med denne tildelingen.
4. 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 IKT 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 Helse Nord IKT
- Spørreundersøkelse gjennomført i juni 2018
- Intervjuer og tester i perioden juni-oktober 2018
- Rapportutkast sendt 29.10.2018, tilbakemelding mottatt 15.11.2018.

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 Helse Nord IKT 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 15 linjeledere på ledernivå to og tre i Helse Nord IKT. 12 av disse svarte, noe som gir en svarandel på 80 %. Undersøkelsen var åpen for svar i perioden 11.-23. juni 2018. Se *Vedlegg 2 – Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Helse Nord IKT*.

Intervjuer:

Det er gjennomført individuelle intervjuer med adm. direktør, økonomisjef, HR-sjef, leverandøransvarlig og hovedverneombud i Helse Nord IKT.

Tester:

Internrevisjonen har gjort følgende test av at beskrive internkontrollrutiner etterleves:

- Test 1: Andel av ansatte ved Helse Nord IKT, som per 06.06.2018 og 10.10.2018 har bekreftet i Kompetansemodulet 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: Graden av samsvar mellom de som per 21.08.2018 har anviserrettighet i Agresso for Helse Nord IKT og navngitte ledere i foretakets organisasjonsstruktur. Grunnlag: oversikt fra Agresso over gjeldende anviserrettigheter per koststed og organisasjonskart/oversikt over ledelsen fra foretakets websider per 10.10.2018.

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 i regionale dokumentsamlinger i Docmap, men er ikke tatt inn i egne dokumentsamlinger for Helse Nord IKT. Foretakets Personalthåndbok inneholder lenke til en brosjyre om Helse Nord's verdiplattform, som ble distribuert fra Helse Nord RHF for noen år siden, men ikke direkte til de etiske retningslinjene. Helse Nord IKT har utarbeidet egne «Etiske retningslinjer for leverandørkontakt». Disse finnes i Docmap, med tre ulike dokument-ID-er.

I intervjuene framkom det at ledelsen er opptatt av verdier og etikk, og diskuterer dette i ulike sammenhenger. 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, og Helse Nord IKTs fullmaktsmatrise (RL5678 og RL5811) er satt

opp i samsvar med kravene. I tillegg er også en fullmaktsmatrise fra 2013 tilgjengelig, «Økonomiske fullmakter HN IKT» (PR34657), med utdatert informasjon. Internrevisjonen fikk opplyst at dokumentet inneholder en del generell informasjon som fortsatt er gyldig, blant annet beskrivelse av ansvar og oppgaver knyttet til anvisningsfullmakt og attestasjonsfullmakt, og at det derfor ikke har blitt fjernet.

Helse Nord IKT har rutine for varsling av kritikkverdige forhold (PR45972) tilgjengelig i Docmap, men ikke i Personalhåndboka. Rutinen er gyldig fra 28.01.2018, men ikke oppdatert i samsvar med endringene i arbeidsmiljøloven fra 01.07.2017 (kapittel 2 A). I rutinen stilles krav om at et varsel skal være skriftlig og på eget skjema. I tillegg til lederlinjen i eget foretak, er det mulig å varsle direkte til Helse Nord RHF v/eierdirektør. Ni av de tolv (75 %) som besvarte spørreundersøkelsen var helt enige i at det er trygt å varsle om kritikkverdige forhold i Helse Nord IKT, mens én var helt uenig.

83 % av lederne i Helse Nord IKT 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 var likevel noen (33 %) helt eller delvis enige i at det gjennomføres dokumenterte risikovurderinger som omfatter mislighetsrisiko på «enhetsnivå» i foretaket.

4.1.2 Vurderinger

Etter internrevisjonens vurdering inneholder de regionale etiske retningslinjene temaer som er viktige for forebygging av misligheter, men retningslinjene kan med fordel gjøres mer tilgjengelig i Helse Nord IKT. Videre mener vi at foretakets fullmaktsbeskrivelse er egnet for forebygging og avdekking av misligheter. Varslingsrutinen kan benyttes ved mistanke om misligheter, men rutinen bør oppdateres i henhold til lovendringer av juli 2017.

Internrevisjonen 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:

- Malen for arbeidsavtaler i Helse Nord IKT (fast stilling) inneholder formuleringen «Arbeidstaker plikter å sette seg inn i virksomhetens verdigrunnlag, lederprinsipper og etiske regler». Regler knyttet til bierverv er også tatt inn i denne malen.
- I intervjuene ble det opplyst at Kompetansemodulet i Personalportalen nylig er tatt i bruk, 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, og at både medarbeidere og ledere skal bruke verktøyet og holde det oppdatert.
- Per 06.06.2018 hadde bare 23 % av de ansatte i Helse Nord IKT status «grønn» for kompetansekravet om etiske retningslinjer (test 1). Dette gjenspeiles også i svarene fra spørreundersøkelsen, der bare 34 % 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)». Den 10.10.2018 var andelen økt til 32 %.
- Ifølge opplysninger i intervju er det ikke etablert noe spesifikt opplegg som innebærer trening i relevante etiske dilemmaer, men foretakets «Etske retningslinjer ved leverandørkontakt» inneholder eksempler på relevante dilemmaer.
- Ingen av lederne var helt enig i påstanden «Det gis opplæring og øving relatert til etikk og misligheter i min enhet». 42 % var imidlertid delvis enig.
- Varsling inngår ikke som eget tema i foretakets introduksjonsprogram eller i Kompetansemodulet.

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 Helse Nord IKT, 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 introduksjonsprogram for nytilsatte og/eller i Kompetansemodulet.

4.2.2 Bierverv, verv, eierskap og nærståendeforhold

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. I Helse Nord IKT er slik myndighet delegert til ledernivå 2, og ved tvil om godkjenning skal foretakets jurist kontaktes (jf. RL5811, delegering av fullmakter). Internrevisjonen har fått forelagt eksempler på at HR eller jurist har gjort konkrete, dokumenterte vurderinger opp mot kriteriene i PR12039.

Foretaksgruppen, inkludert Helse Nord IKT, 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. Registreringsplikten beskrives imidlertid ikke i foretakets styrende dokumenter, verken i Docmap eller Personalhåndboka. Gjennom intervjuene har det framkommet at man anser registreringer i Personalportalen som forespørsler som skal godkjennes av bemyndiget person, og løsningen er satt opp slik at de sendes til nærmeste leder for godkjenning (nivå 1, 2 eller 3). 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.

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. Det ble gitt uttrykk for at det er liten grunn til å kartlegge nærstående for øvrige ansatte, ettersom rammeavtaler styrer så å si alle kjøp, og at det derfor ikke er etablert rutiner for slik kartlegging eller registrering.

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 positivt at det ved tvil om godkjenning av bierverv, verv og eierinteresser, gjøres en konkret vurdering opp mot kriteriene i den regionale prosedyren. Videre er det positivt at det er en avklart oppfatning om hvordan bierverv etc. skal registreres og godkjennes. Det er imidlertid ikke i samsvar med foretakets fullmaktsstruktur at godkjenning gjøres av seksjonsledere (nivå 3). Internrevisjonen 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 Helse Nord IKTs fullmaktsstruktur og rutiner.

Vi anser det også 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 (RL2270) inneholder beskrivelser av hva budsjettdisponeringsfullmakt innebærer, samt av rollene ved attestasjon og godkjenning (anvisning). Helse Nord IKT har i tillegg egne beskrivelser for rollene. Vi fikk opplyst at fullmakter følger lederstillingene uten at dette dokumenteres i eget skriv for den enkelte, slik det er krav om i RL2270. Økonomiavdelingen oppretter anvisertilganger i Agresso når nye ledere tiltrer.

Rapport fra Agresso over gjeldende anviserrettigheter per 21.08.2018 og tilhørende «Anviseroversikt» som vedlikeholdes av økonomiavdelingen viser at:

- Til sammen elleve personer i Helse Nord IKT har anvisningsrettigheter.
- Fem av disse har slik rettighet for alle foretakets koststeder.
- For noen koststeder er det definert *andre anvisere* (inntil to personer) i tillegg til primæranviseren, og det framgår at «*Primæranviser* kan videresende faktura i Agresso til *Andre anvisere* for anvisning der dette er hensiktsmessig».
- Til sammen har dermed inntil åtte personer anvisningstilgang for samme kostnadssted (primæranviser, to andre anvisere og fem som kan anviser for alle koststeder).
- Ved beløp over 1 million kr utløses automatisk et ekstra steg i fakturaflyten (anviser to), og fakturaen sendes til adm. direktør for anvisning. Det er i tillegg to andre anvisere som har fullmakter på dette nivået.

Vår sammenligning mellom anviseroversikten og organisasjonskartet (test 2) viste at fire av personene med anviserrettighet ikke har en lederstilling i foretakets organisasjonsstruktur.

Helse Nord IKT har utarbeidet og samlet relevant informasjon til støtte ved innkjøp og avtaleforvaltning, og gjort dette tilgjengelig via Docmap høsten 2018 (DS10526). Vi fikk opplyst at det er gjort et betydelig arbeid for å få oversikt over avtalene foretaket forvalter, og at man nå mener å ha god kontroll over dette. Videre ble det opplyst at kulturen for hvordan man forholder seg til inngåtte avtaler har endret seg, og at man anser risikoen for at det gjøres innkjøp i strid med avtalene, som liten. Innkjøpssystem har hittil ikke vært benyttet, men etter krav fra Helse Nord RHF, er det regionale innkjøpssystemet, Clockwork, nå under innføring. Det har tidligere vært gjort enkelte etterkontroller av om innkjøpsavtaler har vært overholdt, sist for et par år siden, men slike kontroller foretas ikke regelmessig. I spørreundersøkelsen svarte likevel 83 % at

de er helt eller delvis trygg på at ansatte i egen enhet ikke gjør innkjøp i strid med inngåtte avtaler.

Det framkom i intervjuene at de eneste tilstedeværelseskontrollene som gjennomføres, gjelder anleggsregister. Helse Nord IKT har ikke varelager, og foretar ingen rutinemessige tellinger av fysiske gjenstander.

Det ble opplyst i intervjuene at regnskapets riktighet følges aktivt opp, blant annet gjennom månedsavslutning i henhold til egen sjekklister. Det er stor oppmerksomhet på prosjektstyring. Uventede avvik i forhold til budsjett undersøkes til man har innhentet tilfredsstillende forklaringer, noe som samsvarer godt med svar i spørreundersøkelsen. Rutinemessige avstemminger gjøres av Nordlandssykehuset, etter avtale. Det er også Nordlandssykehuset som legger inn nye leverandører i fakturasystemet.

4.2.3.2 Vurderinger

Internrevisjonen konstaterer at rutiner og dokumentasjon for tildeling av delegert budsjett disponeringsfullmakt ikke samsvarer med kravene i Økonomihåndbok for Helse Nord. Vi anser det som uheldig at flere personer har anvisningstilgang for samme koststed, som en fast ordning.

Vi vurderer det som positivt at det er iverksatt forbedringstiltak for å forebygge brudd på innkjøpsavtaler og regelverk for anskaffelser, men konstaterer at det gjenstår å innføre rutinemessige etterkontroller av avtalelojalitet.

4.3 Håndtering av misligheter

4.3.1 Observasjoner

I intervjuene ga enkelte uttrykk for at mistanke om misligheter ville blitt håndtert i samsvar med beskrivelse i varslingsrutinen. I denne framgår krav om å dokumentere oppfølgingen, ledelsens vurdering og videre håndtering av varselet, og videre om å søke bistand hos personalenheten ved behov. I intervjuene framkom klare oppfatninger om hvordan man ville håndtert slike saker. I henhold til foretakets fullmaktsmatrise, er det bare adm. direktør som har fullmakt til å vedta suspensjon/opsigelse/avskjed, samt å anmelde straffbare forhold.

Ingen av de vi intervjuet hadde kjennskap til saker i Helse Nord IKT der det hadde vært mistanke om, eller avdekket interne misligheter. De hadde heller ikke erfaring med håndtering av varslingsaker.

4.3.2 Vurderinger

Basert på observasjonene ovenfor foreligger ingen indikasjoner på at eventuelle mislighetssaker ikke ville blitt håndtert på hensiktsmessig måte.

4.4 Oppfølging av internkontroll

4.4.1 Observasjoner

I intervjuer er det gitt uttrykk for at styrende dokumenter som er relevant for dette temaet finnes i Docmap, og vi har konstatert at dette i stor grad stemmer. Likevel har vi også observert at det er mangler ved dokumentstyringen og vedlikeholdet for flere av dokumentene. Manglene gjelder blant annet at samme dokument er lagt inn i Docmap flere ganger (med ulike ID-nummer), og at dokumentinnhold ikke er oppdatert, se eksempler i kap. 4.1.1.

Det er ikke gjennomført systematiske gjennomganger/evalueringer av internkontroll relatert til mislighetsrisiko i Helse Nord IKT.

4.4.2 Vurderinger

Etter internrevisjonens vurdering framstår foretakets dokumentstyring som noe mangelfull, og det er behov for gjennomgang og oppdatering av de styrende dokumentene.

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 Helse Nord IKT 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 og mangelfull dokumentasjon av fullmaktstildelinger, bør imidlertid utbedres for at internkontrollen samlet sett skal vurderes som tilstrekkelig.

5.2 Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord IKT 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. Innføre rutiner for skriftlig tildeling av budsjett disponeringsfullmakter og sørge for at tilgangsrettigheter samsvarer med denne tildelingen.
4. 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, Etiske 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

Helse Nord IKT – interne dokumenter

- Organisasjonskart Helse Nord IKT, per 13.08.2018
- PR 34657, Økonomiske fullmakter i HN IKT, versjon 1
- RL5678, Fullmakter til administrerende direktør i Helse Nord IKT, versjon 1
- RL5811, Fullmakter i Helse Nord IKT HF, versjon 1
- PR34658, Retningslinjer for økonomioppfølging og -rapportering i HN IKT, versjon 1
- RL6461, Etiske retningslinjer for leverandørkontakt, versjon 1 (underveis i revisjonen erstattet av RL6385, RL6751 og RL6752, som alle har samme innhold)
- DS10526, Supplier Management, versjon 3, med underliggende retningslinjer
- PR45972, Varsling av kritikkverdige forhold, versjon 1
- SJ11459, Skjema for varsling av kritikkverdige forhold, versjon 1.1
- Sjekkliste til månedsavslutning av regnskap 2018, per 21.08.2018
- Compendia Personelhåndbok, per 14.08.2018, herunder:
 - Mal for arbeidsavtaler (ulike typer stillinger)
 - Arbeidsreglement for Helse Nord IKT
 - Etiske retningslinjer
 - Introduksjonsprogram nytilsatte
- Styresak 006-2018, Forståelse av fullmakter i forbindelse med fasebytter i prosjektene
- Styresak 032-2018, Presisering av administrerende direktørs fullmakter
- Eksempel på vurdering ved spørsmål om godkjenning av bierverv

Vedlegg 2 – Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Helse Nord IKT

Om undersøkelsen

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

Undersøkelsen ble sendt til 15 linjeledere på ledernivå to og tre i foretaket, og 12 av disse svarte, noe som ga en svarandel på 80 % i Helse Nord IKT.

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

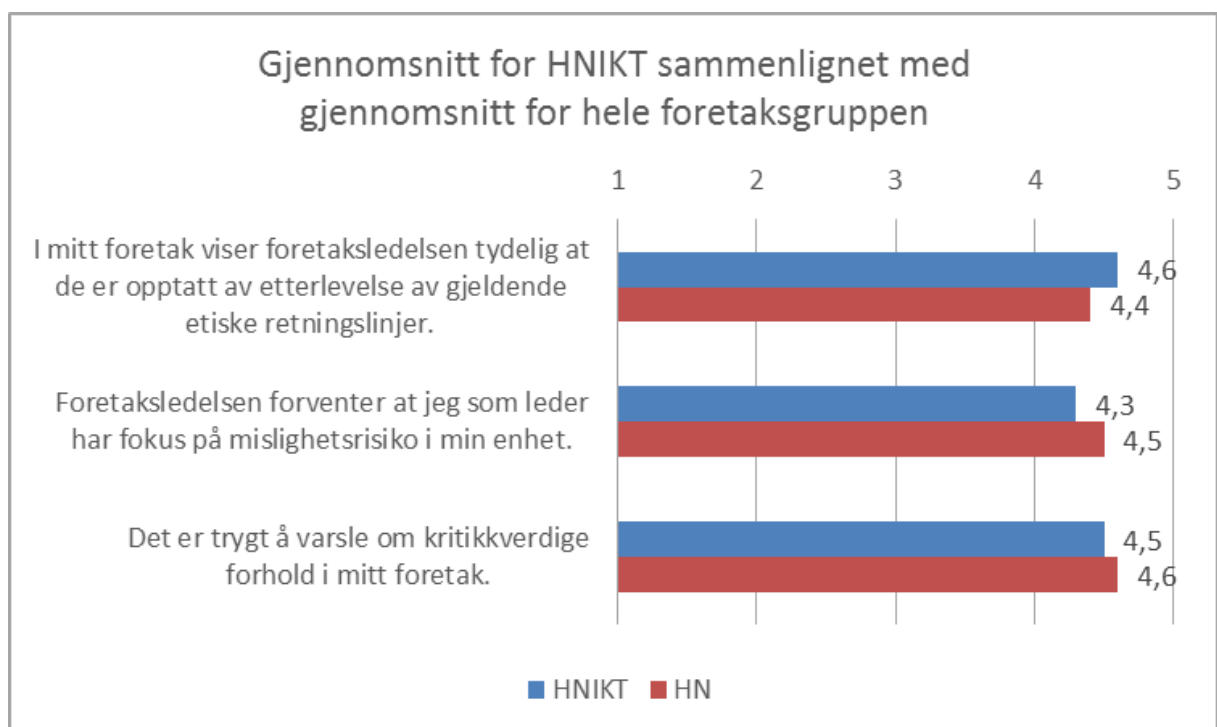
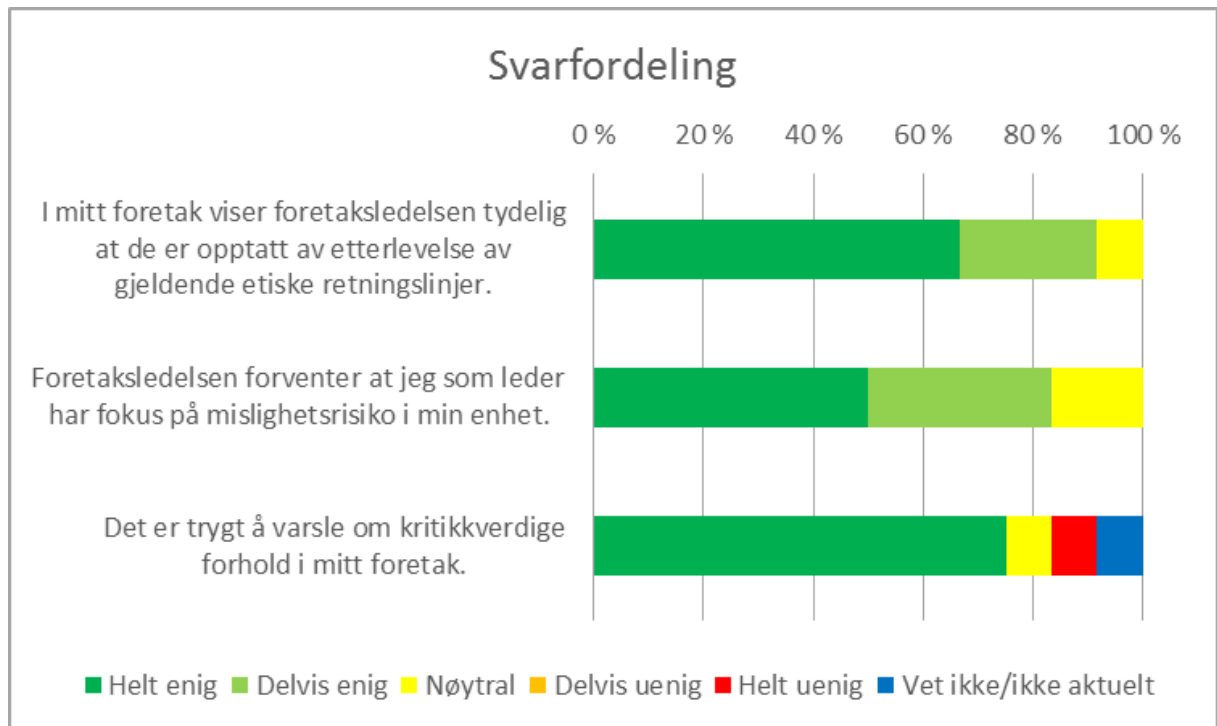
2 = Delvis uenig

1 = Helt uenig

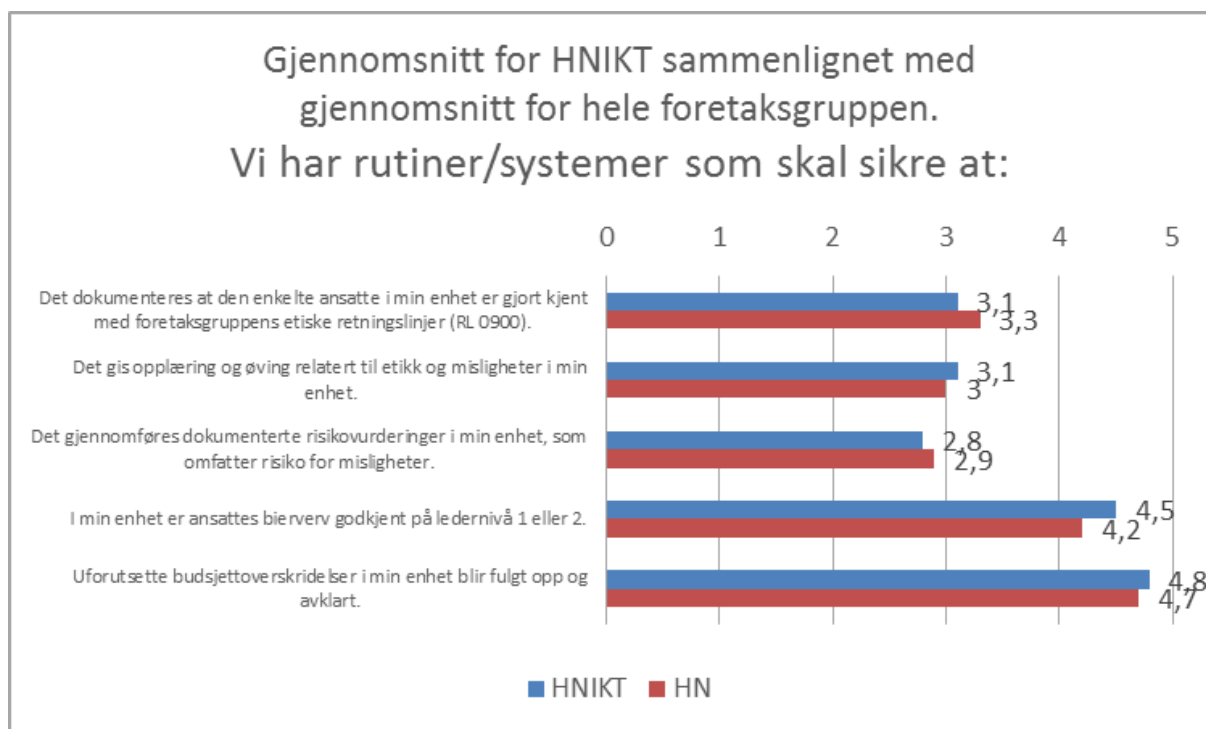
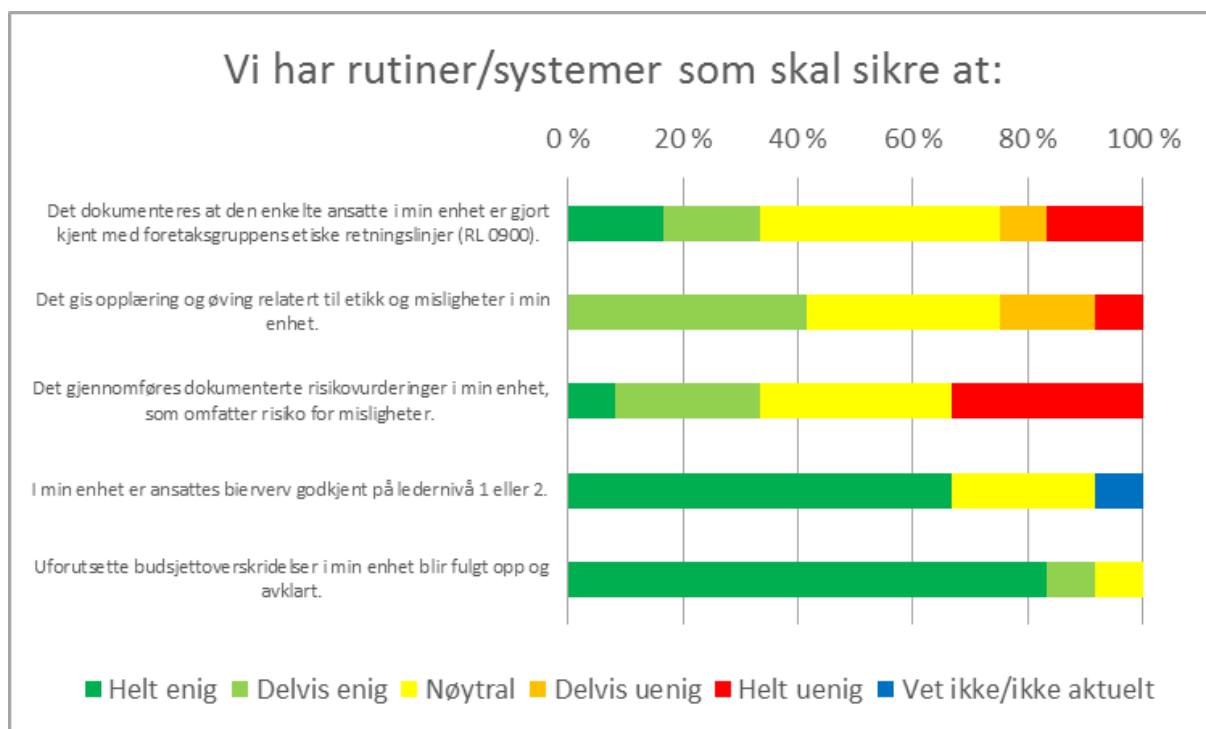
0 = Vet ikke/ikke aktuelt

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

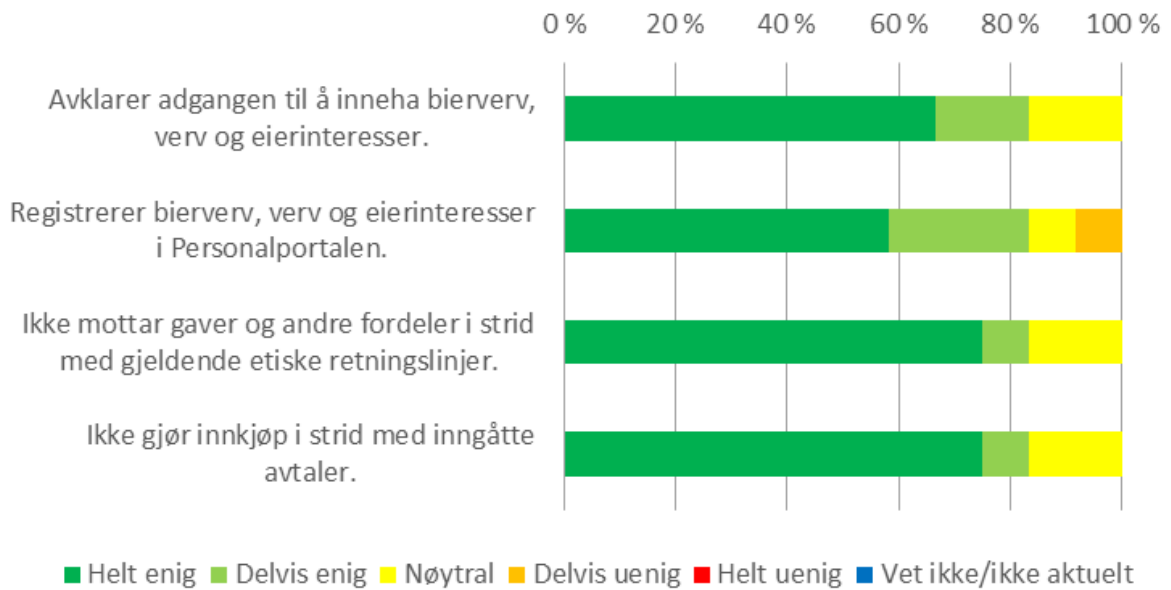
Foretaksnivå Helse Nord IKT



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



Jeg føler meg trygg på at ansatte i min enhet:



Gjennomsnitt for HNIKT sammenlignet med gjennomsnitt for hele foretaksgruppen. Jeg føler meg trygg på at ansatte i min enhet:

