

**Internrevisjonsrapport 05/2018**

# **Mislighetsrisiko i Nordlandssykehuset 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.....	12

### Vedlegg:

1. Dokumentoversikt
2. Resultater fra spørreundersøkelse

## **Sammendrag**

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

### **Formål og avgrensning av revisjonen**

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Nordlandssykehuset 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 Nordlandssykehuset 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 Nordlandssykehuset 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 at anvisningsfullmakter følger budsjett disponeringsansvar, og at delegering og eventuell bemyndigelse av fullmakter signeres og dokumenteres.
4. Gjennomføre individuelle, konkrete vurderinger opp mot kriteriene i den regionale prosedyren ved tvil om godkjenning av bierverv, verv og eierinteresser.
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 Nordlandssykehuset 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 Nordlandssykehuset
- 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 Nordlandssykehuset 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*<sup>1</sup>.

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

---

<sup>1</sup> 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 75 linjeledere på ledernivå to og tre i Nordlandssykehuset. 38 av disse svarte, noe som gir en svarandel på 51 %.

Undersøkelsen var åpen for svar i perioden 11.-23. juni 2018. Se *Vedlegg 2 – Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Nordlandssykehuset HF*.

### Intervjuer:

Det er gjennomført individuelle intervjuer med adm. direktør, økonomisjef, regnskapssjef, utbyggingssjef, HR-sjef og hovedverneombud. I tillegg er enkelte tema fulgt opp gjennom dialog med andre medarbeidere ved HF-et.

### Test:

Internrevisjonen har gjort følgende tester av at beskrevne internkontrollrutiner etterleves:

- Andel av ansatte ved Nordlandssykehuset, 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).

## **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 Nordlandssykehusets Personelhåndbok. 76 % 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. Nordlandssykehuset har etablert en fullmaktsstruktur (PB0730), som omfatter de fullmaktsområdene som er regulert i RL2270.

Nordlandssykehuset har rutine for varsling av kritikkverdige forhold (PR17872), som er tilgjengelig både i Docmap og Personelhåndboka. Rutinen er ikke oppdatert i samsvar med endringene i arbeidsmiljøloven av 01.07.2017 (kapittel 2A). Det er i rutinen anbefalt at varsling skal skje i brev form dersom ikke annet er avtalt. Varsel skal dokumenteres og registreres som sak i ePhorte. 87 % av de som besvarte spørreundersøkelsen var helt eller delvis enig i at det er trygt å varsle om kritikkverdige forhold i Nordlandssykehuset.

84 % av lederne i Nordlandssykehuset 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 40 % 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 temaer som er viktige for forebygging av misligheter. 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.

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:

- De etiske retningslinjene inngår ikke i et introduksjonsprogram eller en sjekklister for opplæring av nyansatte i Nordlandssykehuset.
- I intervjuene ble det opplyst at alle ansatte nå tildeles kompetanseplaner i Kompetansemodulem i Personalportalen, hvor krav til gjennomgang av etiske retningslinjer inngår. Hvert krav har statuskode rød, gul eller grønn, der grønn bekrefter at kravet er innfridd. Kompetansemodulem er imidlertid fortsatt under implementering i foretaket.
- Det framkommer i Personalthåndboka at den ansatte skal innfri tildelte kompetanseplaner og sørge for å holde egen kompetanse oppdatert, og at ledere skal følge opp kompetanseplaner for egne medarbeidere, jf. PR45615 – Styringsystem for ledelse av ansattes kompetanse.



- Per 06.06.2018 hadde bare 17 % av de ansatte i Nordlandssykehuset status «grønn» for kompetansekravet om etiske retningslinjer. Gjennomføringsgraden var økt til 25 % per 10.10.2018.
- I spørreundersøkelsen var likevel 63 % av lederne helt eller delvis enig i at «Det dokumenteres at den enkelte ansatte i min enhet er gjort kjent med foretaksgruppens etiske retningslinjer (RL0900)».
- Vi har fått opplyst at etiske refleksjoner en del av lederprogrammet i foretaket, og 55 % 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 Kompetansemodule, men er et tema i lederopplæringen.

#### **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 Nordlandssykehuset, 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 for alle ansatte 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 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 alle ansatte, for eksempel gjennom sjekklister for nytilsatte og/eller i Kompetansemodule.

### **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 beskrevet i foretakets «Arbeidsreglement» i Personelhåndboka og i «Retningslinjer for biarbeid og eierinteresser i annen virksomhet» under «Annet» i Personelhåndboka. Det er også link til regional prosedyre om bierverv, andre verv og eierinteresser (PR12039) som fastslår at det er helseforetakets øverste leder som beslutter om bierverv skal tillates, og at beslutningsmyndigheten kan delegeres til nivå 2, men ikke lengre. Fullmaksstruktur for Nordlandssykehuset (PB0730) omtaler ikke delegasjon av slik fullmakt, og basert på intervjuer er det noe uklart på hvilket nivå bierverv skal godkjennes.

Foretaksgruppen, inkludert Nordlandssykehuset, benytter Personalportalen til registrering av bierverv, verv og eierskap i annen virksomhet. Vi har fått opplyst at krav om slik registrering, inklusive opplysninger om nærstående forhold, er distribuert via e-post til Nordlandssykehusets ansatte, også i forbindelse med utarbeidelse av

årsregnskapet. Temaet er dessuten tatt opp i ulike møter. I «Retningslinjer for biarbeid og eierinteresser i annen virksomhet» er det henvist til regionens veiledning for registrering av bierverv i Personalportalen (PR40674). 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. 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 bierverv hos aktører innen spesialisthelsetjenesten som har avtale med Helse Nord RHF, alltid vil bli godkjent, uten at det gjøres en individuell, konkret vurdering opp mot kriteriene i den regionale prosedyren.

Det gjennomføres ikke rutinemessige kontroller med utgangspunkt i data om bierverv etc. registrert i Personalportalen. Bierverv og nærstående forhold for styremedlemmer og ledende ansatte kartlegges imidlertid som grunnlag for noteopplysninger i årsregnskapene.

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. 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 Nordlandssykehusets fullmaktsstruktur og rutiner.

Videre er det uheldig at det ikke gjøres individuelle, konkrete vurderinger av forespørsler om bierverv innenfor offentlig spesialisthelsetjeneste, og vi anser 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 (RL2270) inneholder beskrivelser av hva budsjettdisponeringsfullmakt innebærer, samt rollene ved attestasjon og godkjenning (anvisning). Nordlandssykehusets fullmaktsstruktur (PB0730) benytter andre begreper for beskrivelse av roller enn RL2270. Budsjettdisponeringsansvarlig er tildelt attestasjonsfullmakt, og anvisningsfullmakt er delegert til økonomirådgiver. Ifølge fullmaktsstrukturen av 2011 skal anvisningsfullmakten overføres til klinikkene og

stabene når nødvendig opplæring er gjennomført, men slik overføring er fortsatt ikke gjort. Det innhentes ikke signaturer med tildeling av attestasjonsfullmakt (budsjett disponeringsansvaret), slik det er krav om i økonomihåndboka for Helse Nord. Vi fikk opplyst at opprettelse av attestasjonstilganger bestilles av leder, men bestilling dokumenteres kun i form av lokalt lagrede e-poster.

Foretakets prosedyre «Anskaffelser og forpliktelser» (PR46369) regulerer myndighet til å forplikte foretaket ved kjøp av varer og tjenester. Det ble opplyst at det er en risiko for brudd på ramme- og innkjøpsavtaler, fordi det ofte er forsinkelse ved registrering av nye avtaler i innkjøpssystemet, Clockwork. I tillegg ble det uttrykt bekymring for at leverandørregisteret er uoversiktlig og at samme leverandør kan være registrert flere ganger. Det har vært gjort enkelte etterkontroller av om innkjøpsavtaler har vært overholdt, men slike kontroller foretas ikke regelmessig. I spørreundersøkelsen svarte likevel 95 % at de er helt eller delvis trygge på at ansatte i egen enhet ikke gjør innkjøp i strid med inngåtte avtaler.

Nordlandssykehuset har ikke etablert rutiner for avdekking av mislighetsindikatorer («røde flagg») i forbindelse med godkjenning av nye leverandører i fakturasystemet.

Det ble opplyst at adm. direktør har oppfølgingsmøter med klinikker og staber med økonomisjef tilstede, hvor regnskap og uventede budsjettavvik blir diskutert, noe som samsvarer godt med svar i spørreundersøkelsen.

#### **4.2.3.2 Vurderinger**

Internrevisjonen vurderer det som uheldig at Nordlandssykehuset ikke har innfridd kravene i «Økonomihåndbok for Helse Nord» om å innhente signaturer ved tildeling av attestasjonsfullmakt. Videre er det uheldig at budsjett disponeringsansvarlig er tillagt attestantrollen i fullmaktsstrukturen i foretaket, da dette ikke er i samsvar med økonomihåndbokas rollebeskrivelser.

Vi konstaterer at det gjenstår å innføre rutinemessige etterkontroller av avtalelojalitet.

### **4.3 Håndtering av misligheter**

#### **4.3.1 Observasjoner**

I intervjuer er det opplyst at dersom det foreligger en mistanke om misligheter, vil HR-sjef bli kontaktet. Det er etablert et team med jurist og erfarne rådgivere som håndterer vanskelige personalsaker. Ved mistanke om, eller avdekking av misligheter, benyttes enten varslingsrutinen (PR17872) eller rutine for oppfølging av personalsaker – disiplinærsaker (PR21309). Dokumentasjon knyttet til varslings-/ personalsaker skal lagres i arkivsystemet, ePhorte. Adm. direktør mottar oversikt over alle mislighets saker, og i henhold til fullmaktsmatrisen er det kun adm. direktør som kan anmelde straffbare forhold.

### **4.3.2 Vurderinger**

Basert på observasjonen ovenfor vurderer internrevisjonen at mistanker om misligheter i Nordlandssykehuset vil bli håndtert på en forsvarlig måte.

## **4.4 Oppfølging av internkontroll**

### **4.4.1 Observasjoner**

Nordlandssykehuset gjennomfører ledelsens gjennomgang av internkontrollen årlig. Vi har fått opplyst at etikk har vært ett av temaene som har inngått i gjennomgangen, men ikke på årlig basis. Det er 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 Nordlandssykehuset 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 Nordlandssykehuset 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 at anvisningsfullmakter følger budsjett disponeringsansvar, og at delegering og eventuell bemyndigelse av fullmakter signeres og dokumenteres.
4. Gjennomføre individuelle, konkrete vurderinger opp mot kriteriene i den regionale prosedyren ved tvil om godkjenning av bierverv, verv og eierinteresser.
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, 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

### Nordlandssykehuset HF – interne dokumenter

- OL0989, Organisasjonskart NLSH HF, versjon 4
- OL0240, Organisasjonskart NLSH stab/støtte, versjon 11
- PB0730, Fullmaktsstruktur for Nordlandssykehuset HF, versjon 1
- PR17872, Varsling av kritikkverdige forhold i Nordlandssykehuset HF, versjon 2
  - SJ4884, Varsling av kritikkverdige forhold, skjema NLSH, versjon 1
- DS4977, Økonomihåndbok Nordlandssykehuset HF, herunder bl.a.:
  - PR46369, Anskaffelser og forpliktelser, versjon 1
  - PR27697, Gavefond, versjon 2
  - RL3759, Fakturahåndtering i Nordlandssykehuset HF – Agresso, versjon 1
  - PR27700, Kontantkasseoppgjør, versjon 1
- Rutine for anskaffelser ved Senter for utbygging, revidert 12.12.2011
- PR45615, Styringssystem for ledelse av ansattes kompetanse, versjon 1
- PR21309, Oppfølging av personalsaker / disiplinærsaker, versjon 2
- Compendia personalhåndbok, Nordlandssykehuset HF, per 30.08.18, herunder bl.a.:
  - Arbeidsreglement, revisjonsnummer 1
  - Biarbeid – retningslinjer, revisjonsnummer 2
  - Om varsling
  - Opphør av arbeidsforholdet
- Nordlandssykehuset HF, Årsregnskap 2017, Note 19 – Nærstående parter
- Styresak 35-2016, Tilrettelegging for forskningsbasert kommersialisering ved Nordlandssykehuset
- Styresak 48-2018, Tertialrapport 1-2018 for byggeprosjekter i Nordlandssykehuset
- Styresak 104-2018 i Helse Nord RHF, Byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF – økning av ramme, oppfølging av styresak 92-2018

## **Vedlegg 2 – Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Nordlandssykehuset**

### **Om undersøkelsen**

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

Undersøkelsen ble sendt til 75 linjeledere på ledernivå to og tre i foretaket, og 38 av disse svarte, noe som ga en svarandel på 51 % i Nordlandssykehuset.

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

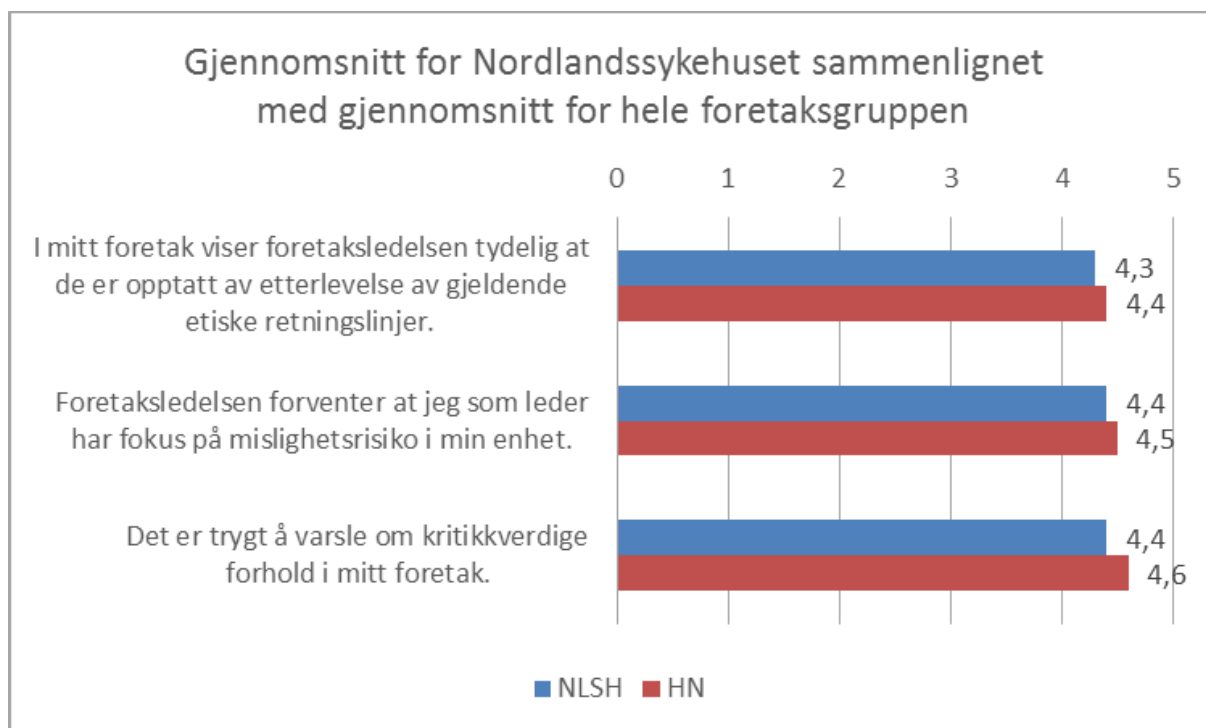
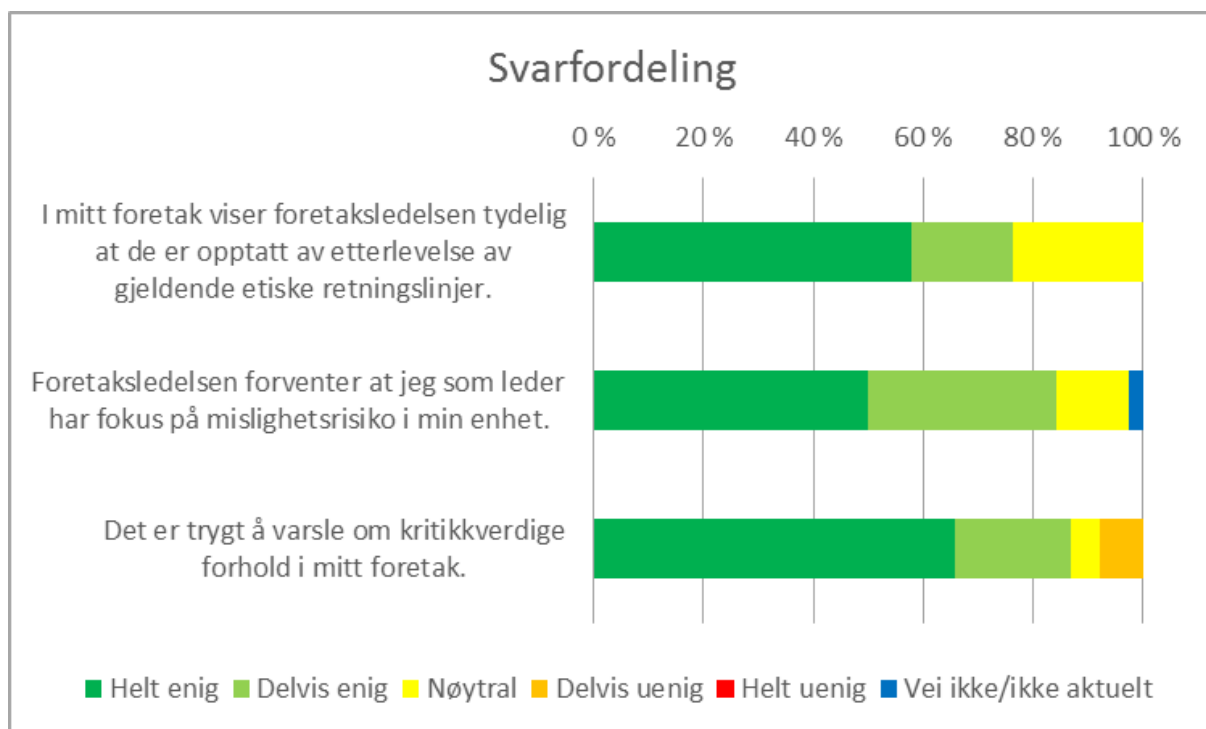
2 = Delvis uenig

1 = Helt uenig

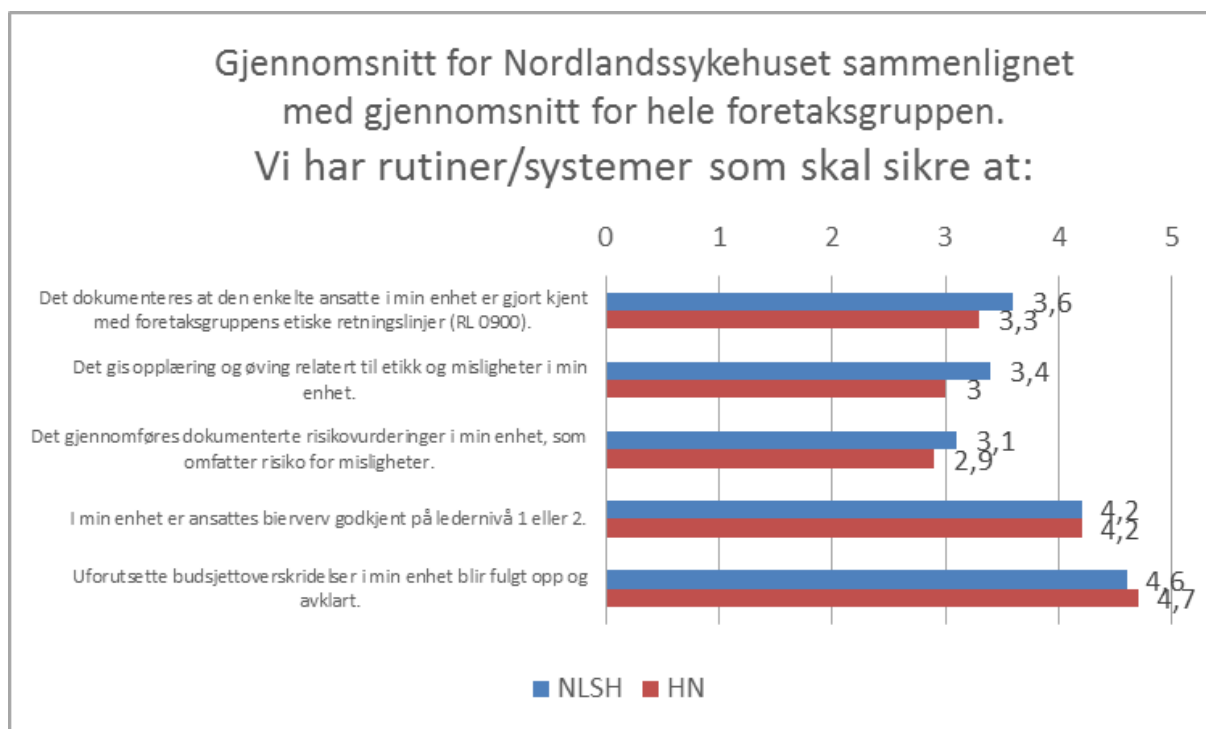
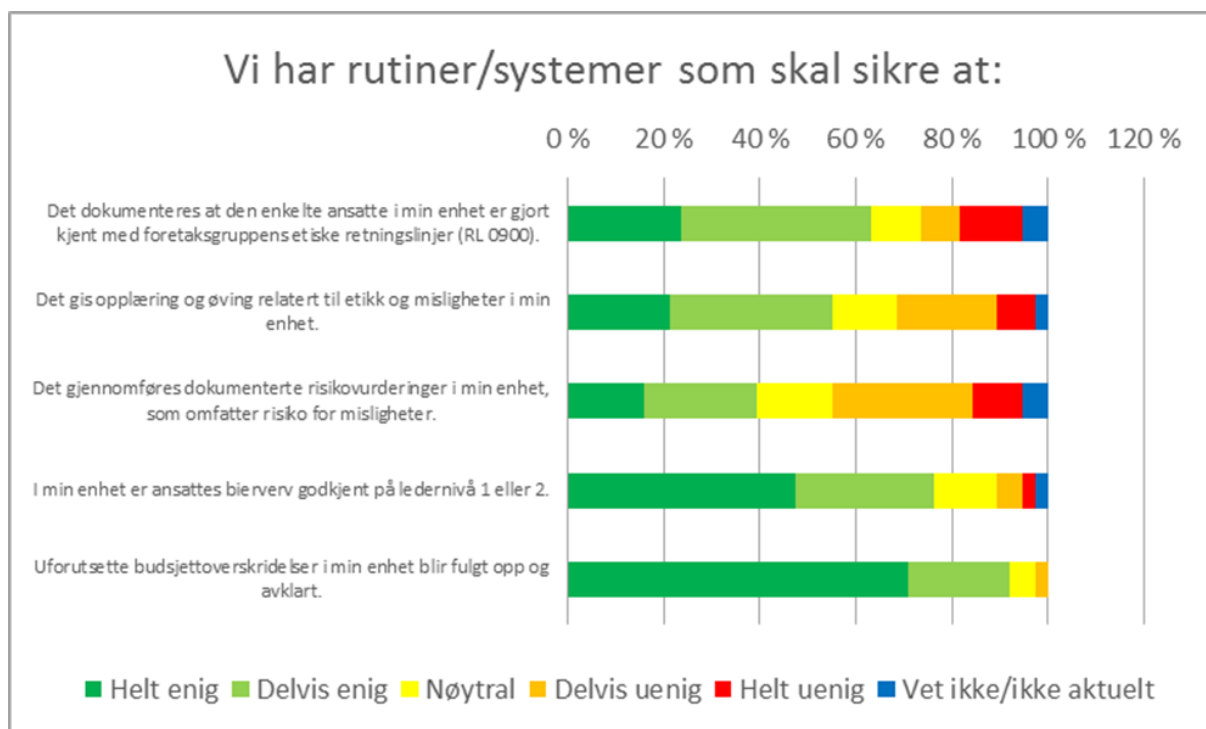
0 = Vet ikke/ikke aktuelt

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

## Foretaksnivå Nordlandssykehuset

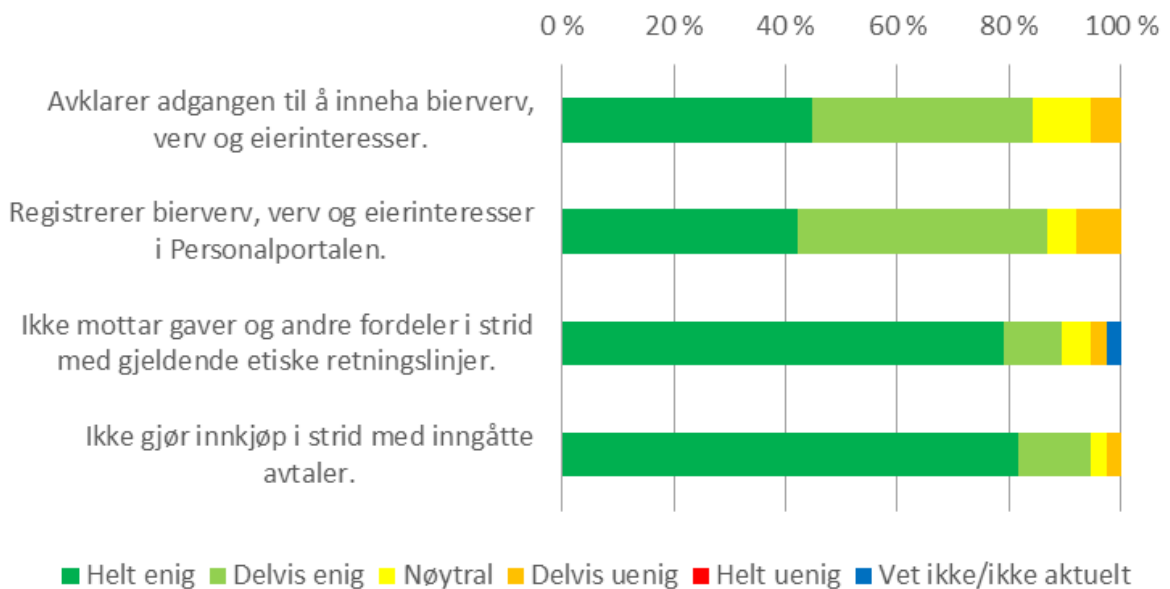


## Enhetsnivå – «min enhet» (nivå 2 og 3)





## Jeg føler meg trygg på at ansatte i min enhet:



## Gjennomsnitt for Nordlandssykehuset sammenlignet med gjennomsnitt for hele foretaksgruppen.

### Jeg føler meg trygg på at ansatte i min enhet:

