

Internrevisjonsrapport 06/2018

Mislighetsrisiko i Finnmarkssykehuset 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.....	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.....	12
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 Finnmarkssykehuset HF, gjennomført i perioden april-november 2018.

Formål og avgrensning av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Finnmarkssykehuset 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 Finnmarkssykehuset 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 Finnmarkssykehuset 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 anvisningstilganger i Agresso og tildelte budsjett disponeringsfullmakter.
4. Dokumentere vurderinger i saker hvor det kan være tvil om bierverv skal godkjennes.
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 Finnmarkssykehuset 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 Finnmarkssykehuset
- Spørreundersøkelse gjennomført i juni 2018
- Intervjuer og tester i perioden juni-oktober 2018
- Rapportutkast sendt 29.10.2018, tilbakemelding mottatt 16.11.2018.

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 Finnmarkssykehuset 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 27 linjeledere på ledernivå to og tre i Finnmarkssykehuset. 20 av disse svarte, noe som gir en svarandel på 74 %.

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

Intervjuer:

Det er gjennomført individuelle intervjuer med adm. direktør, økonomi-/utbyggingssjef, regnskapssjef, HR-sjef og foretaksverneombud i Finnmarkssykehuset.

Test:

Internrevisjonen har gjort følgende tester av at beskrive internkontrollrutiner etterleves:

- Test 1: Andel av ansatte ved Finnmarkssykehuset, 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: Kontroll av om det foreligger signerte fullmaktsskjemaer for et tilfeldig utvalg av de som per 20.08.2018 har anviserrettighet i Agresso for Finnmarkssykehuset. 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 Finnmarkssykehusets Personelhåndbok. Etiske regler er inkludert i foretakets arbeidsreglement, og det er i tillegg utarbeidet en oversikt som beskriver rutiner og prosedyrer for forebygging, avdekking og håndtering av misligheter (RL3162). 75 % 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. Finnmarkssykehusets fullmaktsbeskrivelse (PR20697) og rutine for delegering av fullmakt (PR43814) samsvarer med kravene i RL2270, og det omfatter alle områder som er definert i den regionale økonomihåndboken. I tillegg er det utarbeidet en egen rutine for fullmaktsdelegasjon for prosjekter i foretaket (PR43814).

Finnmarkssykehuset har rutine for varsling av kritikkverdige forhold (PR17824), som er tilgjengelig både i Docmap og under «Arbeidsmiljø» i Personalhåndboka. Rutinen er i samsvar med arbeidsmiljølovens kapittel 2A. Varsling kan foretas per telefon, epost, samtale eller brev, men varselet skal dokumenteres på fastsatt skjema og lagres i arkivsystemet, ePhorte. 90 % av de som besvarte spørreundersøkelsen var helt eller delvis enig i at det er trygt å varsle om kritikkverdige forhold i Finnmarkssykehuset.

85 % av lederne i Finnmarkssykehuset 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 investeringsprosjekter. I spørreundersøkelsen ga likevel noen (25 %) 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 av Finnmarkssykehuset, temaer som er viktige for forebygging av misligheter. Videre mener vi at foretakets fullmaktsbeskrivelse er egnet for forebygging og avdekking av misligheter, og at varslingsrutinen tilfredsstillende arbeider med arbeidsmiljølovens krav og kan benyttes ved mistanke om misligheter.

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 som en del av introduksjonssystem for nye medarbeidere i Finnmarkssykehuset (RL5031). I tillegg må nye medarbeidere signere for at de har lest de etiske retningslinjene før oppstart.
- I spørreundersøkelsen var 85 % 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).

- 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 det er leders ansvar å følge opp at de ansatte gjennomfører planene.
- Per 06.06.2018 hadde bare 21 % av de ansatte i Finnmarkssykehuset status «grønn» for kompetansekravet om etiske retningslinjer. Gjennomføringsgraden var økt til 34 % per 10.10.2018 (test 1).
- 55 % av lederne svarte positivt på påstanden «Det gis opplæring og øving relatert til etikk og misligheter i min enhet».
- Det ble opplyst at opplæring i varslingsrutinen nå er inkludert i Kompetansemodulem.
- Det ble etterspurt et regionalt e-læringskurs som omhandler mislighetsproblematikken.

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 Finnmarkssykehuset, 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 framtreddende 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 det er positivt at opplæring i varslingsrutinen nå er obligatorisk.

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 Personalthåndboka. 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. Dette samsvarer med Finnmarkssykehusets fullmaktsbeskrivelse (PR20697) som sier at fullmakt til å godkjenne bierverv er delegert til klinikkjef/stabsleder. Basert på intervjuer er det noe uklart på hvilket nivå bierverv skal godkjennes.

Foretaksgruppen, inkludert Finnmarkssykehuset, benytter Personalportalen til registrering av bierverv, verv og eierskap i annen virksomhet. Registreringsplikten framkommer ikke i styrende dokumenter, verken i Docmap eller Personalhåndboka. Gjennom intervjuene har det framkommet ulike oppfatninger av om godkjenning av bierverv skal avklares i forkant eller ved godkjennelse av registreringen i Personalportalen. Løsningen i portalen er satt opp slik at de sendes til nærmeste leder for godkjenning (nivå 1, 2 eller 3). I spørreundersøkelsen har de fleste lederne gitt uttrykk for tillit til at ansatte både avklarer adgangen til å inneha bierverv etc. og registrerer disse i Personalportalen.

I intervjuer har vi fått opplyst at dersom det er tvil om bierverv kan aksepteres, skal jurist i Finnmarkssykehuset kontaktes. Vi har blitt gjort kjent med en sak hvor ansatte i foretaket har drevet egen næringsvirksomhet, uten at det er gjort konkrete, dokumenterte vurderinger opp mot kriteriene i PR12039.

Vi har fått opplyst 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 nærstående forhold, 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. Vi har også fått opplyst at Finnmarkssykehuset koordinerer en regional arbeidsgruppe som utarbeider en felles veileder som skal utdype PR12039.

4.2.2.2 Vurderinger

Internrevisjonen vurderer det som uheldig at det ikke er samsvar mellom fullmaktsbeskrivelsen og etablert praksis for godkjenning av 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 Finnmarkssykehusets fullmaktsbeskrivelse og rutiner.

Videre er det uheldig at det ved tvil om godkjenning av bierverv, ikke gjøres en konkret vurdering som dokumenteres skriftlig opp mot kriteriene i den regionale prosedyren. Vi anser det også som en svakhet at registrerte data ikke benyttes til rutinemessige kontroller.

4.2.3 Budsjett disponering, anskaffelser og innkjøp

4.2.3.1 Observasjoner

Økonomihåndbok for Helse Nord inneholder beskrivelser av hva budsjett disponeringsfullmakt innebærer, samt av rollene ved attestasjon og godkjenning (anvisning).

Rollebeskrivelser i Finnmarkssykehusets fullmaktsbeskrivelse (PR20697) samsvarer med disse kravene. Det er rutinefestet krav om skriftlig fullmakt på signert skjema som grunnlag for anvisertilgang i fakturasystemet, Agresso. Internrevisjonen har undersøkt om denne rutinen etterlevs (test 2). Vi har ikke fått forelagt fullmaktsskjema for alle av de 10 anvisertilgangene vi har etterspurt, og for enkelte fullmakter er det ikke samsvar mellom fullmaktsskjemaene og anviserrettigheter til koststeder. Testen viser også at ansatte som har sluttet i foretaket, fortsatt innehar anviserrettigheter.

For å kontrollere etterlevelsen av beløpsgrenser, er det etablert rutine for kontroll av at fakturaer > 300.000 er godkjent på riktig nivå (FB1389).

Foretakets rutiner for anskaffelser over kr 100.000 og løpende avtaler (PR28971), anskaffelser over terskelverdier for anbudskonkurranse (PR20618) og anskaffelser under terskelverdier (PR20619) regulerer myndighet til å forplikte foretaket ved kjøp av varer og tjenester. Det framkommer i rutine for anskaffelser under terskelverdier at dersom en anskaffelse foretas uten nødvendig fullmakt/ tillatelse, anses dette som et personlig innkjøp, som må påregnes dekket av den ansatte selv. For øvrig er ikke PR20618, PR20619 eller «Økonomihåndboken for Finnmarkssykehuset» (PR47375) oppdatert med gjeldende terskelverdier for 2018.

Vi har fått opplyst at Finnmarkssykehuset har foretatt enkelte stikkprøver på avrop av rammeavtaler, noe som har vist at avtalelojaliteten ikke er tilfredsstillende. Foretaket har under etablering en handlingsplan for å øke avtalelojalitet på rammeavtalene. 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.

I forbindelse med godkjenning av nye leverandører i fakturasystemet, foretas det rutinemessig sjekk mot Brønnøysundregistrene. På grunn av erfaring med falske fakturaer, spesielt fra utenlandske leverandører med varianter av kjente firmanavn, foretas det også søk mot firmaenes nettsider. Foretaket har etablert prosedyre for å sikre at utbetalinger blir gjort med riktig beløp til riktig leverandør og for å forebygge misligheter (PR37719).

I intervjuene framkom at økonomirådgiverne har månedlige oppfølgingsmøter med klinikker og staber, hvor regnskap og uventede avvik i forhold til budsjett blir diskutert. Oppfølgingsmøtene er også beskrevet i «Økonomihåndboken for Finnmarkssykehuset» (PR47375), og dette samsvarer også med spørreundersøkelsen, hvor 95 % svarer at uforutsette budsjettoverskridelser blir fulgt opp og avklart.

4.2.3.2 Vurderinger

Internrevisjonen vurderer at det er etablert hensiktsmessige tiltak for å sikre at bare personer med delegert budsjetttdisponeringsfullmakt har anviserrettigheter i Agresso.

Etter vår vurdering er det likevel behov for enkelte korrigeringer/slettinger i tilganger og/eller oppdateringer i fullmaktsskjemaer.

Det er videre positivt at det er etablert en rekke kontrolltiltak som forebygger og avdekker misligheter, som også er inkludert i beskrivelsen av rutiner og prosedyrer for forebygging, avdekking og håndtering av misligheter (RL3162).

Med det store antallet rutiner som foreligger knyttet til anskaffelser og innkjøp, øker også behovet for å etablere gode rutiner for oppdatering, spesielt i forbindelse med lovendringer knyttet til det offentlige regelverket for anskaffelser.

4.3 Håndtering av misligheter

4.3.1 Observasjoner

I intervjuer er det opplyst at dersom det foreligger mistanke om misligheter, vil HR-sjef bli kontaktet. Ved mistanke eller avdekking av misligheter, benyttes enten varslingsrutinen (PR17824) eller rutine for oppfølging av mulig tyveri (PR38544).

Dokumentasjon knyttet til varslings-/ personalsaker skal lagres i arkivsystemet, ePhorte. I henhold til fullmaktsbeskrivelse er det kun adm. direktør som kan anmelde straffbare forhold.

4.3.2 Vurderinger

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

4.4 Oppfølging av internkontroll

4.4.1 Observasjoner

Finnmarkssykehuset 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 Finnmarkssykehuset 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 Finnmarkssykehuset 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 anvisningstilganger i Agresso og tildelte budsjett disponeringsfullmakter.
4. Dokumentere vurderinger i saker hvor det kan være tvil om bierverv skal godkjennes.
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

Finnmarkssykehuset HF – interne dokumenter

- Organisasjonskart Finnmarkssykehuset HF, datert 11.06.2018
- PR20697, Intern delegering av fullmakter i Finnmarkssykehuset, versjon 4
 - SJ10270, Fullmakt ved ansettelse og stedfortreder, versjon 1
 - SJ5548, Delegering av attestasjonsmyndighet, versjon 2
- PB1629, Rutine for fullmaktsforvaltning i Agresso, versjon 1
- PR43814, Fullmaktsdelegasjon for prosjekt i Finnmarkssykehuset HF, versjon 1
- FB1389, Månedlig kontroll av fakturaer i Agresso med beløp over 300.000 og kontroll av artskonto
- RL3162, Forebygge, avdekke og håndtere misligheter i Finnmarkssykehuset, versjon 2
- PR17824, Varsling av kritikkverdige forhold i Finnmarkssykehuset, versjon 3.1
 - Skjema for intern varsling av kritikkverdige forhold
- PR36902, Økonomiopplæring av ansatte, versjon 2
- PR35730, Prosedyre for statusmøte økonomi med direktør, versjon 2
- Compendia personalhåndbok, Finnmarkssykehuset HF, per 15.05.2018
- RL5031, Introduksjonssystem for nye medarbeidere
- RL5813, Obligatoriske e-læringskurs for nye medarbeidere
 - SJ10557, Sjekkliste for opplæring av nye medarbeidere
- Brev til Finnmarkssykehusets ledelse ang. årsoppgjør 2016, fra BDO, 23.03.2017
- Finnmarkssykehuset, Årsregnskap 2017, Note 19 – Nærstående parter
- PR45119, Prosedyre for håndtering av medikamentsvinn i Finnmarkssykehuset HF
- PR38544, Oppfølging av mulig tyveri
- PR47375, Økonomihåndboken for Finnmarkssykehuset
- PR28971, Rutiner for anskaffelsesprosesser – innkjøp i Finnmarkssykehuset HF
- PR20618, Anskaffelse over terskelverdi hvor anbudskonkurranse er påbudt

- PR20619, Direkte anskaffelse under nasjonal terskelverdi
- PR37719, Prosedyre for remittering av til leverandører via Agresso
- Eksempel på vurdering av godkjenning av bierverv

Vedlegg 2 – Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Finnmarkssykehuset

Om undersøkelsen

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

Undersøkelsen ble sendt til 27 linjeledere på ledernivå to og tre i foretaket, og 20 av disse svarte, noe som ga en svarandel på 74 % i Finnmarkssykehuset.

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

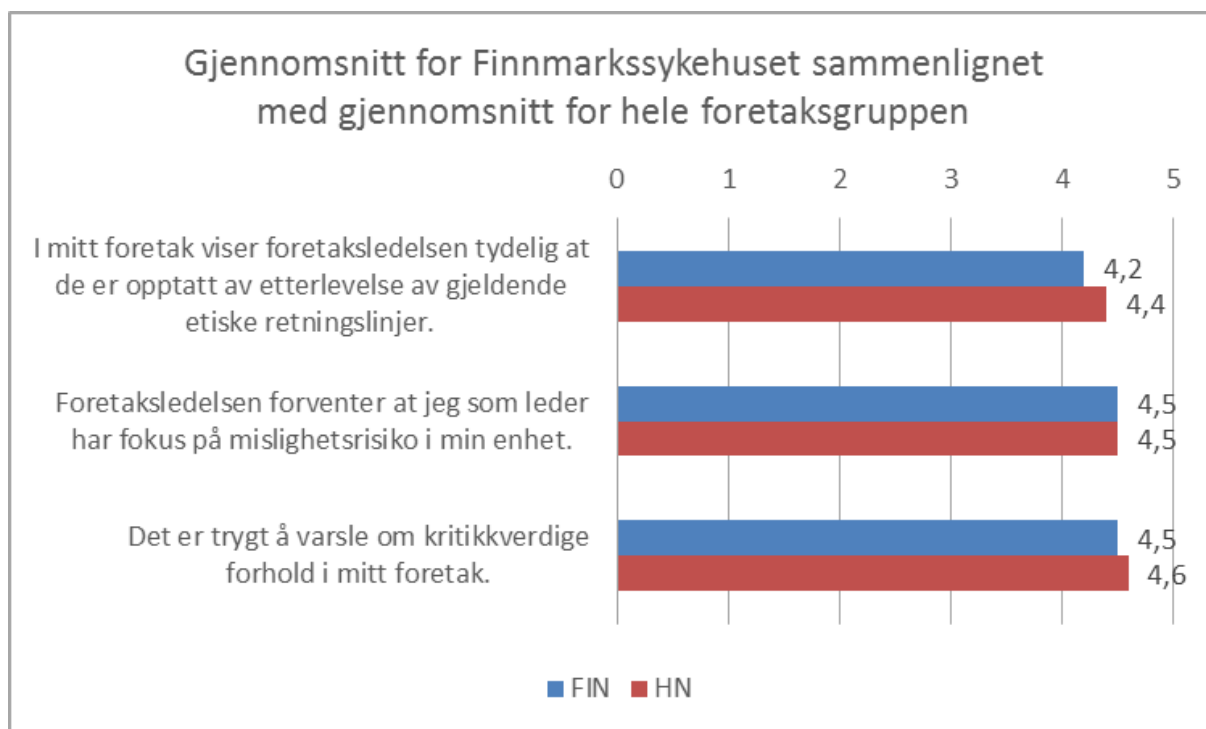
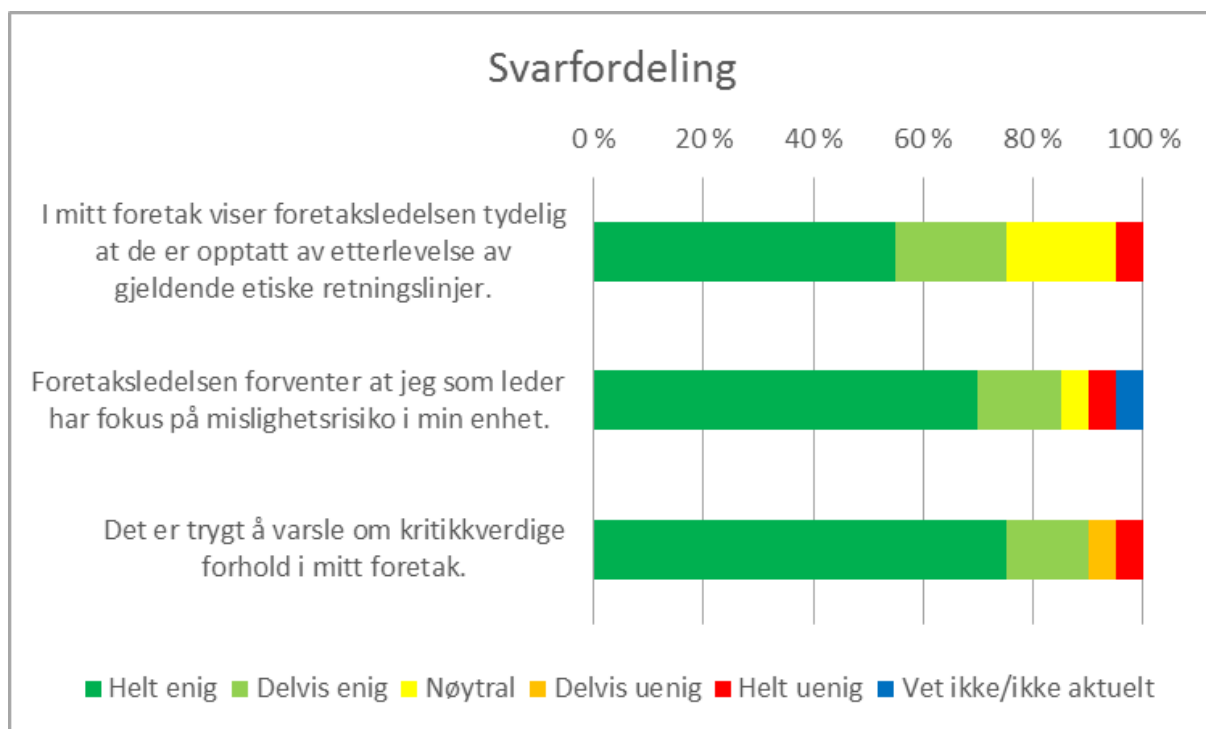
2 = Delvis uenig

1 = Helt uenig

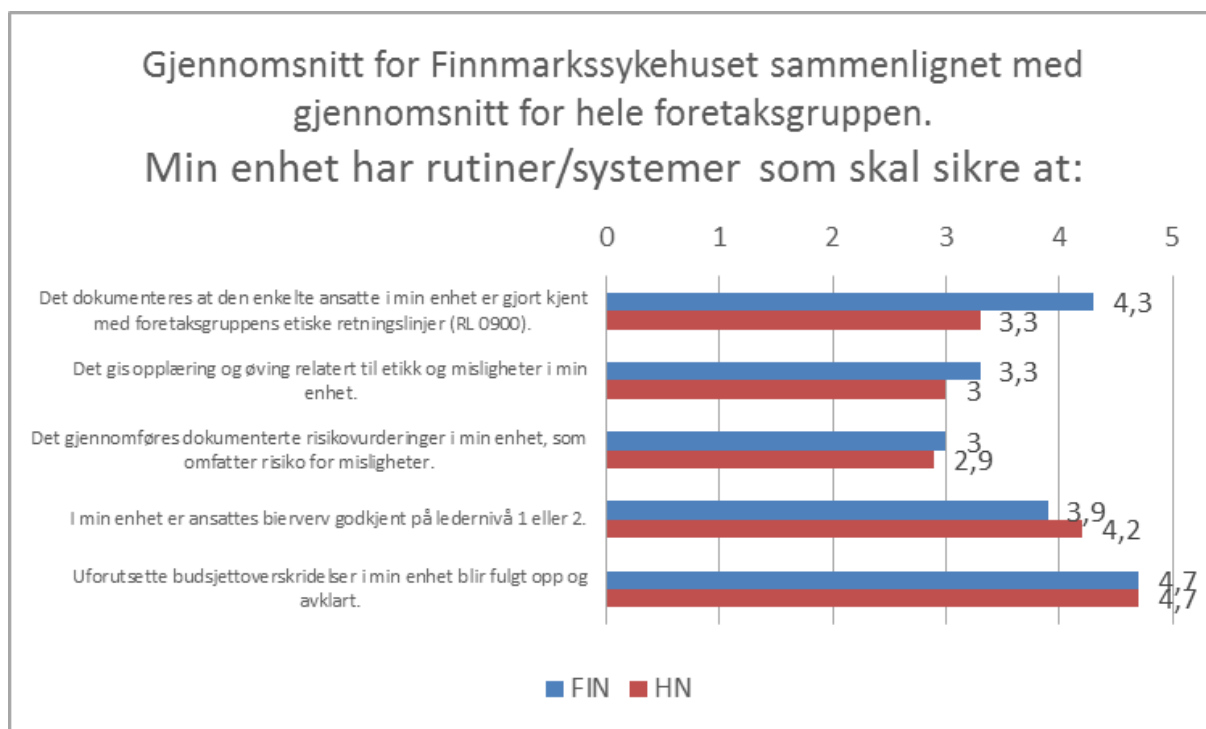
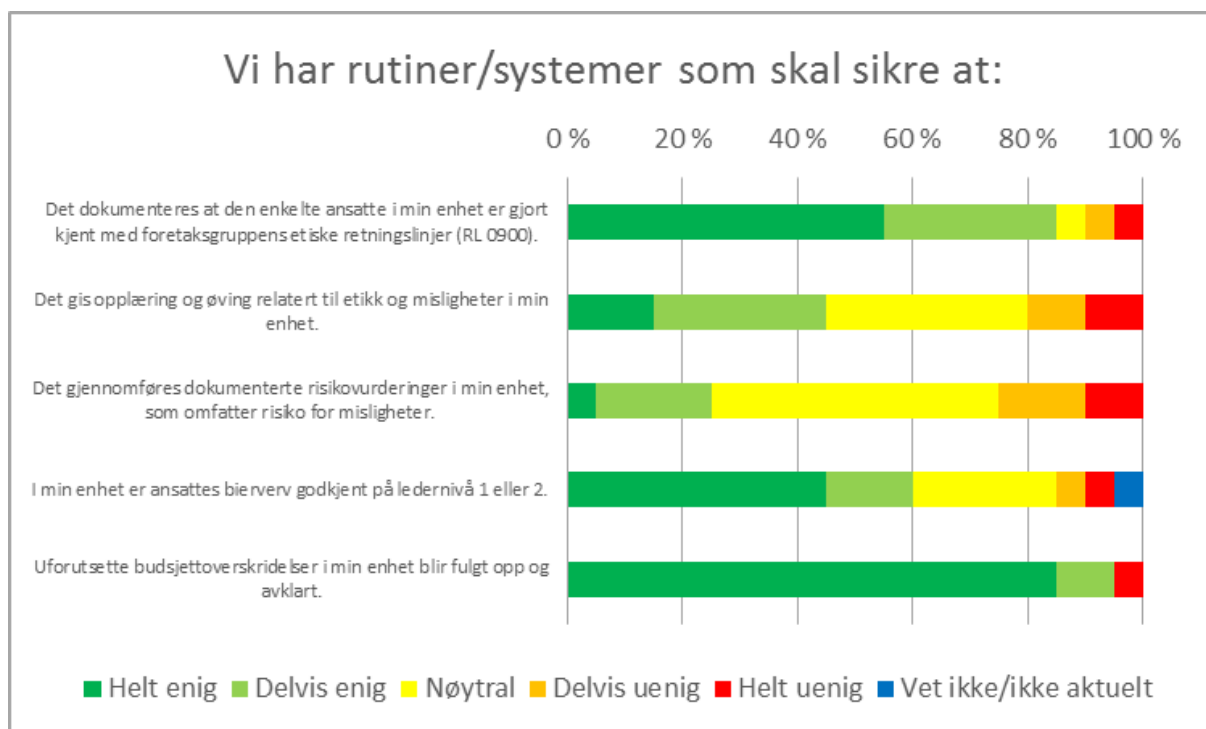
0 = Vet ikke/ikke aktuelt

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

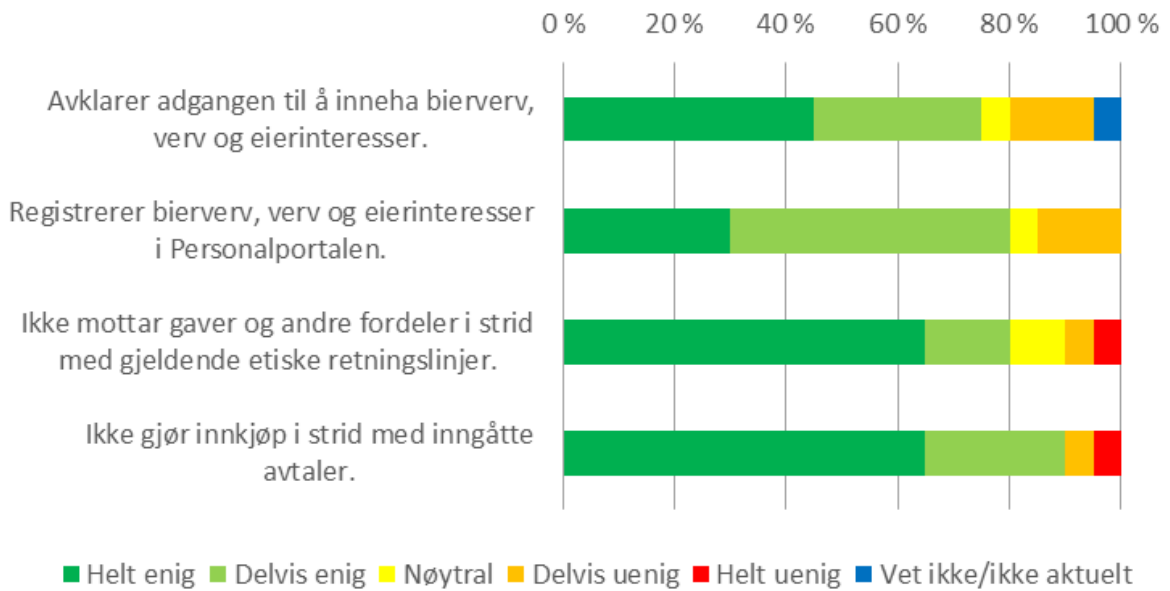
Foretaksnivå Finnmarkssykehuset



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



Jeg føler meg trygg på at ansatte i min enhet:



Gjennomsnitt for Finnmarkssykehuset sammenlignet med gjennomsnitt for hele foretaksgruppen.

Jeg føler meg trygg på at ansatte i min enhet:

