

Internrevisjonsrapport 07/2018

Mislighetsrisiko i Helgelandssykehuset 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.....	10
4.2.3 Budsjett disponering, anskaffelser og innkjøp.....	11
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.....	13
5.1 Konklusjon.....	13
5.2 Anbefalinger.....	13

Vedlegg:

1. Dokumentoversikt
2. Resultater fra spørreundersøkelse

Sammendrag

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

Formål og avgrensning av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Helgelandssykehuset 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 Helgelandssykehuset har iverksatt mange viktige rutiner og tiltak som bidrar til forebygging, avdekking og håndtering av interne misligheter. Påpekte svakheter, blant annet manglende fullmaktsbeskrivelse og fravær av dokumenterte vurderinger av risiko for misligheter, bør imidlertid utbedres for at internkontrollen samlet sett skal vurderes som tilstrekkelig.

Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helgelandssykehuset 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. Vedta en fullmaktsbeskrivelse for Helgelandssykehuset som tilfredsstiller kravene i Økonomihåndbok for Helse Nord.
4. Utarbeide en fullstendig oversikt over attestanter og budsjettansvarlige, og etablere rutiner som sikrer at denne oversikten og tilhørende tilgangsrettigheter i systemer, til enhver tid er oppdatert.
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 Helgelandssykehuset HF i perioden april-november 2018. Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Tor Solbjørg har hatt det overordnede ansvaret. Tilsvarende revisjon er gjennomført i alle regionens helseforetak.

Revisjonen har omfattet følgende aktiviteter:

- Melding om internrevisjon sendt 24.04.2018
- Gjennomgang av interne dokumenter for Helgelandssykehuset
- Spørreundersøkelse gjennomført i juni 2018
- Intervjuer og tester i perioden juni-oktober 2018
- Rapportutkast sendt 29.10.2018, tilbakemelding mottatt 23.11.2018.

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 Helgelandssykehuset 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 20 linjeledere på ledernivå to og tre i Helgelandssykehuset. 16 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 Helgelandssykehuset*.

Intervjuer:

Det er gjennomført individuelle intervjuer med adm. direktør, økonomisjef, regnskapsleder, HR-sjef og kvalitetsleder i Helgelandssykehuset, samt med hovedverneombud i enhet Prehospitale tjenester.

Tester:

Internrevisjonen har gjort følgende tester av at beskrevne internkontrollrutiner etterleves:

- Andel av ansatte ved Helgelandssykehuset, 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).

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. Helgelandssykehusets Personelhåndbok inneholder lenke til gjeldende versjon av retningslinjene i Docmap, og det ble opplyst at disse har vært framhevet i ulike sammenhenger.

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 om at foretakene skal ha etablert en fullmaktsbeskrivelse som skal være tilgjengelig i Docmap. En slik beskrivelse finnes ikke i Helgelandssykehuset. Internrevisjonen fikk opplyst at utarbeidelse ble igangsatt for flere år siden, men arbeidet ble ikke fullført. Adm. direktør ga uttrykk for at dette nå er en prioritert oppgave, og at det forventes at fullmaktsbeskrivelsen skal styrebehandles i løpet av høsten 2018.

Helgelandssykehuset har rutine for varsling av kritikkverdige forhold tilgjengelig i Personelhåndboka. Rutinen er oppdatert i samsvar med endringene i arbeidsmiljøloven fra 01.07.2017 (kapittel 2 A). Rutinen inkluderer varslings skjema, men åpner også for

muntlig varsel til nærmeste leder. Det framkommer ikke klart hvem man kan varsle til, dersom man ikke ønsker å varsle til nærmeste leder. Det inngår heller ikke en direkte oppfordring til å varsle om kritikkverdige forhold, slik loven krever. 88 % av de som besvarte spørreundersøkelsen var helt eller delvis enige i at det er trygt å varsle om kritikkverdige forhold i Helgelandssykehuset.

88 % av lederne i Helgelandssykehuset 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 57 % 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, som også brukes i Helgelandssykehuset, temaer som er viktige for forebygging av misligheter. Videre mener vi at etablert varslingsrutine i hovedsak tilfredsstillende arbeidsmiljølovens krav og kan benyttes ved mistanke om misligheter. Det er en vesentlig svakhet i kontrollmiljøet at det ikke finnes en vedtatt fullmaktsbeskrivelse i Helgelandssykehuset, da dette svekker grunnlaget for gjennomføring av forebyggende og avdekkende kontroller.

Internrevisjonen oppfatter også 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:

- Foretakets arbeidsreglement inneholder et eget avsnitt om «etiske regler», men her inngår ikke informasjon om, eller lenke til, de regionale etiske retningslinjene.
- Verken malen for arbeidsavtaler eller «Sjekkliste for ledere av nyansatte i Helgelandssykehuset» inneholder punkter om etiske retningslinjer.

- I intervjuene ble det opplyst at Kompetansemodulen i Personalportalen nå 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. Kompetansemodulen er imidlertid fortsatt under implementering i foretaket.
- Det framkommer i Personelhåndboka at ansatte skal innfri tildelte kompetanseplaner og sørge for å holde egen kompetanse oppdatert.
- Per 06.06.2018 hadde bare 10 % av de ansatte i Helgelandssykehuset status «grønn» for kompetansekravet om etiske retningslinjer, og tilsvarende andel var 13 % per 10.10.2018.
- I spørreundersøkelsen var likevel 69 % 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)».
- Ifølge opplysninger i intervju inngår flere av temaene knyttet til etikk og mislighetsrisiko i foretakets lederopplæringsprogram, men det er ikke etablert noe spesifikt opplegg for at øvrige medarbeidere skal få øving i å reflektere over slike problemstillinger.
- 63 % 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 foretakets sjekkliste for nyansatte 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 Helgelandssykehuset, selv om gjennomføringsgraden fortsatt er lav. Det er viktig at Kompetansemodulen tas i aktiv bruk, og at det også innføres kontrollrutiner for å påse at kompetansekrav innfris. 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 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 at det aktivt oppfordres til å benytte disse. Derfor er det uheldig at varsling ikke inngår i et strukturert opplærings-/informasjonsopplegg for ansatte, for eksempel gjennom sjekkliste for nytilsatte og/eller i Kompetansemodulen.

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 etc. skal tillates, og at beslutningsmyndigheten kan delegeres til nivå 2, men ikke lengre. Det er ikke dokumentert hvem som har slik myndighet i Helgelandssykehuset, men vi fikk opplyst at denne er delegert til den ansattes nærmeste leder. Dersom det er tvil om bierverv kan aksepteres, kontaktes HR-sjef. I intervju har vi fått informasjon om tilfeller der HR-sjef har bistått enhetsdirektør i å vurdere bierverv opp mot kriteriene i PR12039.

Foretaksgruppen, inkludert Helgelandssykehuset, benytter Personalportalen til registrering av bierverv, verv og eierskap i annen virksomhet, og registreringsplikten inngår i foretakets beskrivelse i Personalhåndboka. Vi har fått opplyst at krav om slik registrering er distribuert via e-post til ansatte og tatt opp i ulike møter. 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. 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.

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 konstaterer at ordningen som er etablert, hvor nærmeste leder har fullmakt til å godkjenne bierverv, andre verv og eierinteresser, ikke samsvarer med føringer i den regionale prosedyren om bierverv etc. (PR12039). 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 Helgelandssykehusets fullmaktsbeskrivelse og rutiner.

Videre 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 (RL2270) inneholder beskrivelser av hva budsjettdisponeringsfullmakt innebærer, og av rollene ved attestasjon og godkjenning (anvisning). Helgelandssykehuset har tilgjengelig et «Fullmaktsskjema» til bruk ved inn-/utmelding og endring i fullmaktsregisteret, som også inneholder rollebeskrivelser. Internrevisjonen har fått opplyst at utfylte fullmaktsskjemaer benyttes som grunnlag for tildeling av rettigheter i Agresso, slik det er krav om i økonomihåndboka. Vi fikk videre opplyst at det nå pågår en gjennomgang av hvilke fullmaktsskjemaer som finnes, sett opp mot aktive tilganger i Agresso. Feilene som avdekkes blir løpende korrigert. Arbeidet skal resultere i en oversikt over hvem som har hvilke tilganger.

Foretakets innkjøpsfunksjon er organisert som en del av Enhet for drift og eiendom. Det framkommer på enhetens intranettside at innkjøpsavdelingen blant annet skal sørge for at foretakets anskaffelser foregår i tråd med regelverket, koordinere implementering av nye avtaler og gjøre avtaler tilgjengelig for bestilling i innkjøpssystemet, Clockwork. Vi fikk opplyst at en lav andel av foretakets innkjøp går via dette systemet. Økonomisjefen kjente ikke til at det gjøres etterkontroller av hvorvidt kjøp utenom Clockwork har vært i samsvar med gjeldende innkjøpsavtaler, og opplyste at data fra Agresso ikke har vært etterspurt for slike kontroller. I spørreundersøkelsen svarte likevel 88 % at de er helt eller delvis trygg på at ansatte i egen enhet ikke gjør innkjøp i strid med inngåtte avtaler.

4.2.3.2 Vurderinger

Internrevisjonen vurderer at Helgelandssykehusets fullmaktsskjema tilfredsstillende tilfredsstillende kravene om slikt skriv som er stilt i «Økonomihåndbok for Helse Nord». Det er imidlertid uheldig at foretaket ikke har gode rutiner for oppdatering av register og tilganger i system, slik at man har fullstendig oversikt over attestanter og budsjettansvarlige.

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

4.3 Håndtering av misligheter

4.3.1 Observasjoner

I intervju er det opplyst at dersom mistanke om misligheter er en varslings sak, gir foretakets rutine om varslings sak av kritikkverdige forhold føringer for videre håndtering. Her framkommer det at både første mottaker og deretter en varslingskomité som ledes av HR-sjef, skal følge opp saken og dokumentere dette.

Foretaket har nå utarbeidet ny retningslinje for håndtering av personalsaker, som er tilgjengelig via foretakets Personalhåndbok. Her nevnes «økonomiske misligheter, underslag og tyveri» som eksempel på «alvorlige typetilfeller», og det presiseres at «Ved alvorligere typetilfeller som kan gi grunnlag for avskjed, oppsigelse og tilrettevisning

kontaktes HR-sentret før første samtale». Videre framkommer det at saker som gjelder oppsigelse, suspensjon eller avskjed skal administreres av HR, før endelig avgjørelse tas av adm. direktør. Internrevisjonen fikk opplyst at retningslinjen er gjennomgått i ledersamlinger, og vil bli lagt til grunn ved håndtering av framtidige mislighetssaker.

Det er ikke innarbeidet gjensidige referanser mellom varslingsrutinen og retningslinjen for håndtering av personalsaker.

Vi har fått kjennskap til enkelte saker i Helgelandssykehuset der det har vært mistanke om, eller er avdekket, interne misligheter. Disse sakene har blitt avdekket på ulike måter, eksempelvis ved varsel fra ansatte, varsel fra pasient eller avdekket av leder, og er håndtert ulikt. Vi fikk opplyst at enhetsdirektører har foretatt enkelte anmeldelser, men ledergruppa har nylig blitt orientert om at bare adm. direktør har fullmakt til å anmelde straffbare forhold.

4.3.2 Vurderinger

Internrevisjonen vurderer at retningslinjen for håndtering av personalsaker er et hensiktsmessig utgangspunkt for håndtering av mistanker om misligheter. Som vi har nevnt i kap. 4.2.1.2, er imidlertid tips fra varslere en framtreddende kilde til slike saker. Det vil derfor være hensiktsmessig å innarbeide gjensidig referanse mellom varslingsrutinen og retningslinjen for håndtering av personalsaker, for å avklare hva som er gjeldende føringer for håndtering av mislighetssaker. Etter internrevisjonens vurdering, framstår dette noe uklart per i dag.

4.4 Oppfølging av internkontroll

4.4.1 Observasjoner

Det er ikke gjennomført systematiske gjennomganger/evalueringer av internkontroll relatert til mislighetsrisiko i Helgelandssykehuset. Adm. direktør ga uttrykk for at man kan vurdere å innarbeide dette temaet i ledelsens gjennomgang.

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 Helgelandssykehuset har iverksatt mange viktige rutiner og tiltak som bidrar til forebygging, avdekking og håndtering av interne misligheter. Påpekte svakheter, blant annet manglende fullmaktsbeskrivelse og 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 Helgelandssykehuset 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. Vedta en fullmaktsbeskrivelse for Helgelandssykehuset som tilfredsstillende kravene i Økonomihåndbok for Helse Nord.
4. Utarbeide en fullstendig oversikt over attestanter og budsjettansvarlige, og etablere rutiner som sikrer at denne oversikten og tilhørende tilgangsrettigheter i systemer, til enhver tid er oppdatert.
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

Helgelandssykehuset – interne dokumenter

- Compendia Personelhåndbok, Helgelandssykehuset, per 15.08.2018, herunder:
 - Organisasjonskart
 - Etske retningslinjer
 - Arbeidsreglement (tilsvarer PR3690)
 - Mal for arbeidsavtaler, datert 15.03.2018
 - Sjekkliste for ledere av nyansatte i Helgelandssykehuset
 - Varsling av kritikkverdige forhold i Helgelandssykehuset HF
 - Retningslinjer – sakshåndtering i personalsaker
- Inn-/utmelding/endring i fullmaktsregisteret, intranett, Senter for økonomi, udatert
- Eksempel: Dokumentasjon vedrørende håndtering av mulig mislighetssak
- Årsregnskap Helgelandssykehuset 2017, Note 19 Nærstående parter

Vedlegg 2 – Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Helgelandssykehuset

Om undersøkelsen

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

Undersøkelsen ble sendt til 20 linjeledere på ledernivå to og tre i foretaket, og 16 av disse svarte, noe som ga en svarandel på 80 % i Helgelandssykehuset.

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

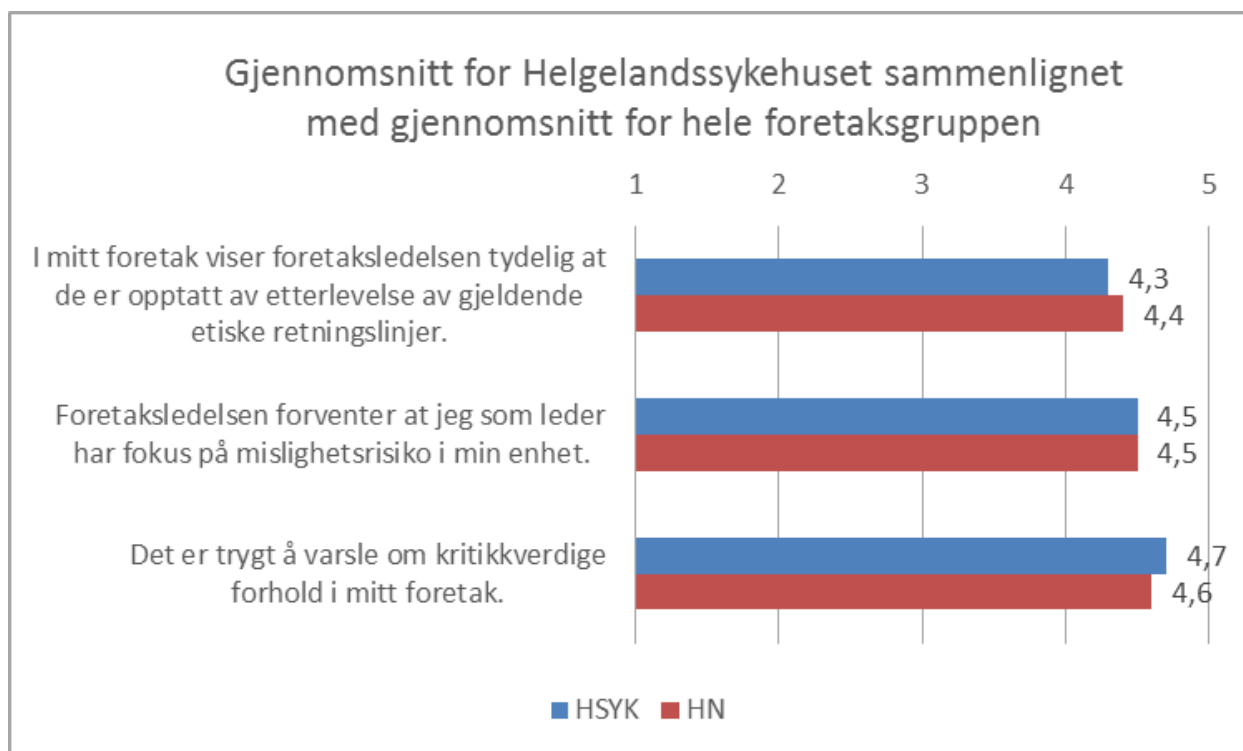
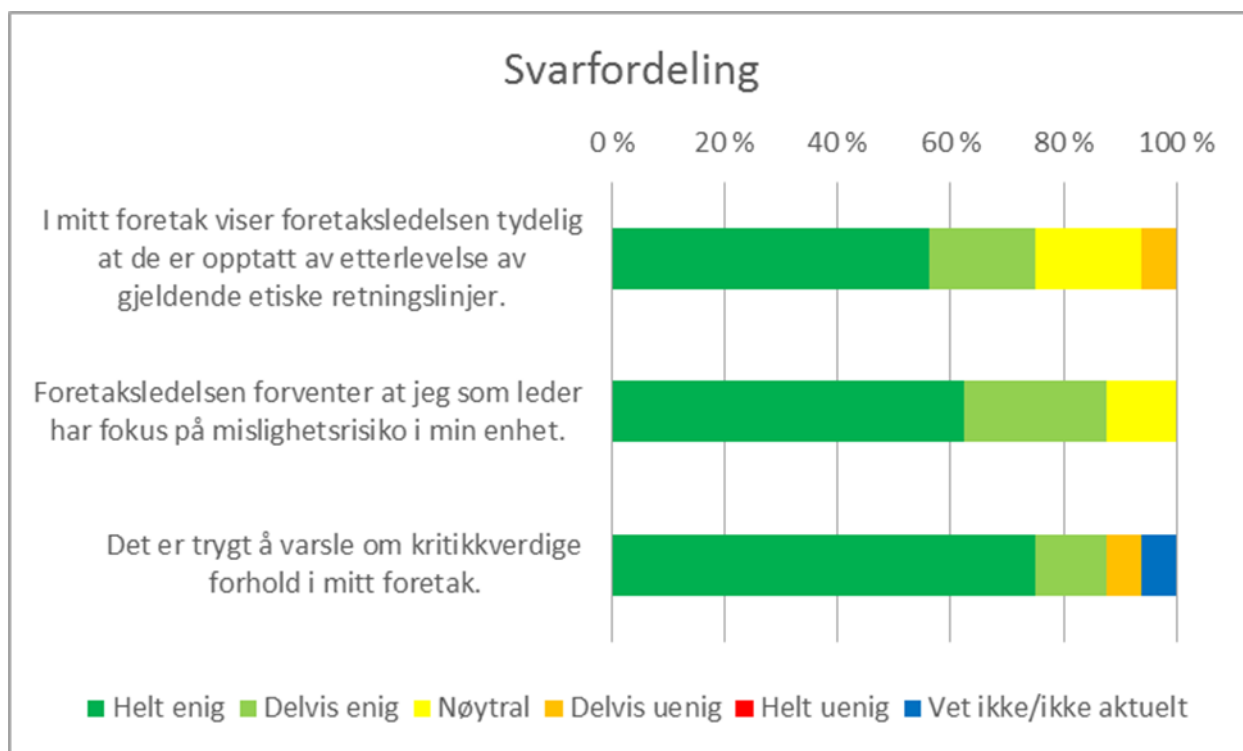
2 = Delvis uenig

1 = Helt uenig

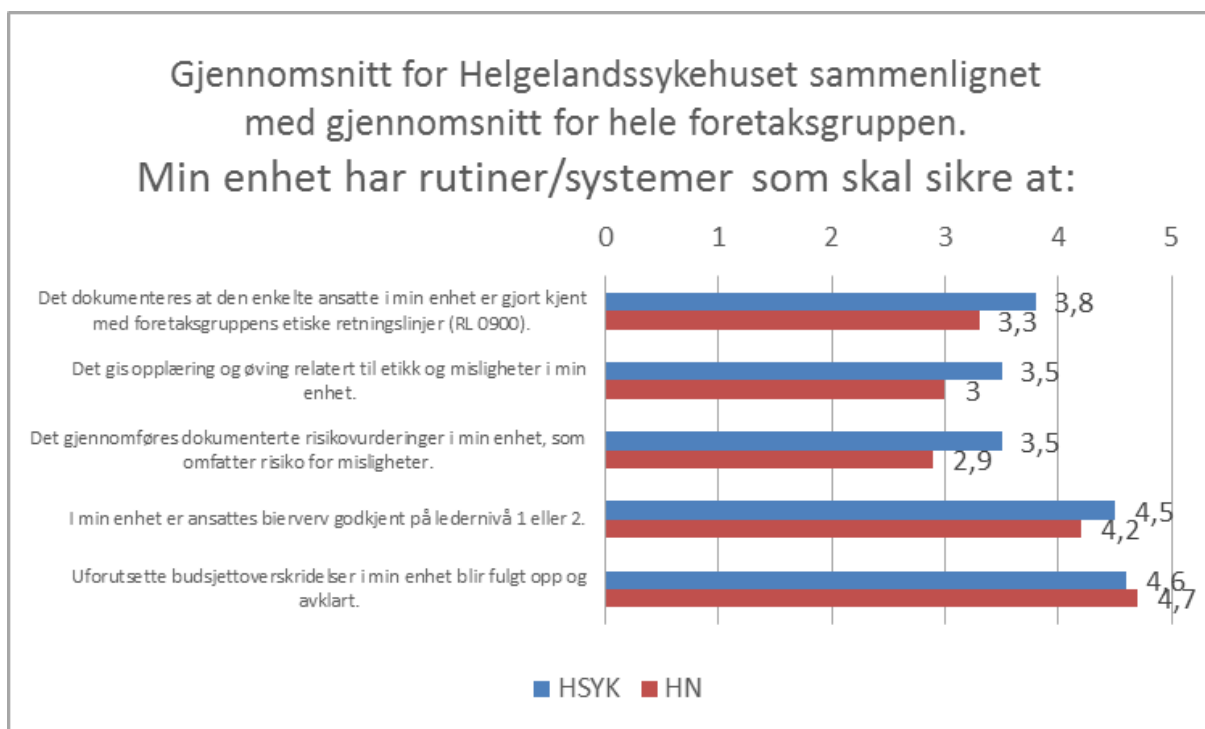
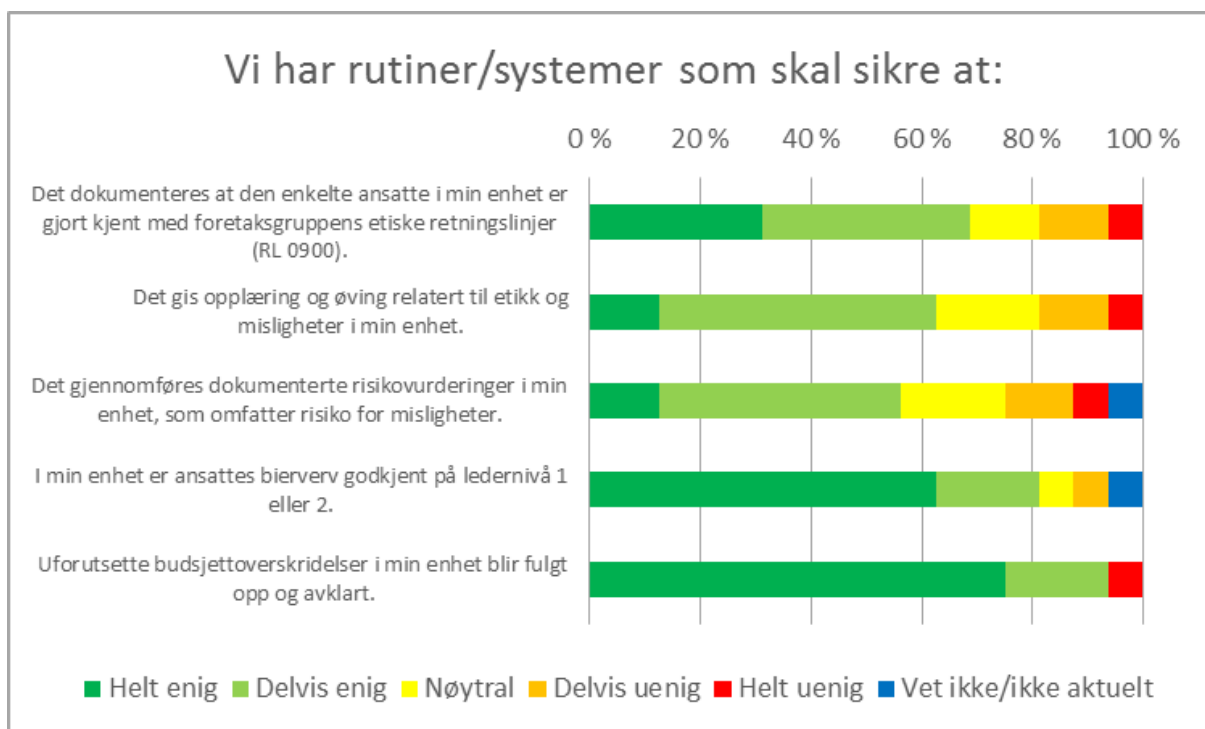
0 = Vet ikke/ikke aktuelt

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

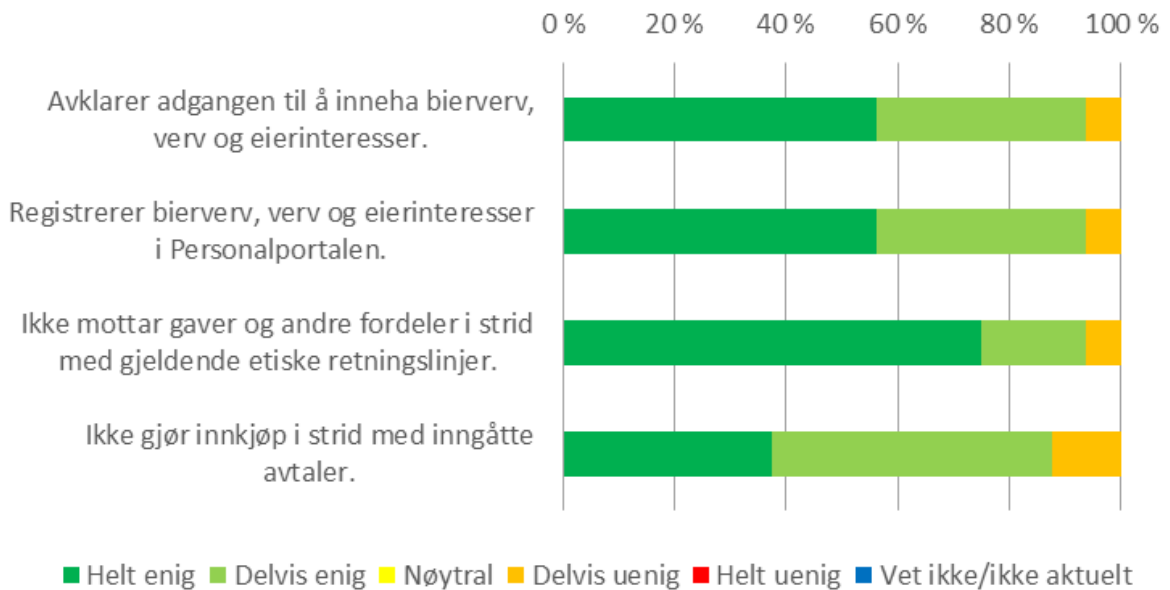
Foretaksnivå Helgelandssykehuset



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



Jeg føler meg trygg på at ansatte i min enhet:



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

