

**Internrevisjonsrapport 08/2018**

# **Mislighetsrisiko i Universitetssykehuset Nord- Norge 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.....	11
4.4 Oppfølging av internkontroll.....	11
4.4.1 Observasjoner.....	11
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 Universitetssykehuset Nord-Norge HF, gjennomført i perioden april-november 2018.

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

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Universitetssykehuset Nord-Norge 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 Universitetssykehuset Nord-Norge 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 Universitetssykehuset Nord-Norge 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 Universitetssykehuset Nord-Norge som tilfredsstillende kravene i Økonomihåndbok for Helse Nord.
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 Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) 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 UNN
- 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 Universitetssykehuset Nord-Norge 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 54 linjeledere på ledernivå to og tre i UNN. 31 av disse svarte, noe som gir en svarandel på 57 %. Undersøkelsen var åpen for svar i perioden 11.-23. juni 2018. Se *Vedlegg 2 – Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Universitetssykehuset Nord-Norge HF*.

### Intervjuer:

Det er gjennomført individuelle intervjuer med adm. direktør, økonomisjef, seksjonsleder økonomistyring, regnskapssjef, utbyggingssjef, HR-sjef, innkjøpssjef og hovedverneombud i UNN.

### Test:

Internrevisjonen har gjort følgende tester av at beskrevne internkontrollrutiner etterleves:

- Andel av ansatte ved UNN, 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. Etiske regler er inkludert i foretakets arbeidsreglement i Personelhåndboka med en lenke til Etiske retningslinjer i Helse Nord. Økonomihåndboka i UNN (RL1444) har også en beskrivelse av etiske retningslinjer. 84 % 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. «Fullmaktsmatrise i UNN» er under utarbeidelse og vil, sammen med «Fullmaktsstruktur i UNN» (RL3473), beskrive fullmaktsområdene som er regulert i RL2270.

UNN har rutine for varsling av kritikkverdige forhold (PR15962), som er tilgjengelig både i Docmap og i Personelhåndboka. Rutinen er i samsvar med arbeidsmiljølovens kapittel 2A. Varsling anbefales dokumentert på fastsatt skjema og sendt til varslingsmottak for videre saksbehandling. Dokumentasjon skal lagres i arkivsystemet, ePhorte. 87 % av de som besvarte spørreundersøkelsen var helt eller delvis enig i at det er trygt å varsle om kritikkverdige forhold i UNN.

84 % av lederne i UNN 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 35 % 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 UNN, temaer som er viktige for forebygging av misligheter. Det er uheldig at «Fullmaktsmatrise i UNN» ikke er ferdigstilt, men vi anser det foreliggende utkastet som et egnet grunnlag for forebygging og avdekking av misligheter. Etablert varslingsrutine tilfredsstillende 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 i sjekklister for nye ledere.
- 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 det er leders ansvar å følge opp at de ansatte gjennomfører planene.



- Per 06.06.2018 hadde bare 28 % av de ansatte i UNN status «grønn» for kompetansekravet om etiske retningslinjer. Gjennomføringsgraden var økt til 37 % per 10.10.2018.
- I spørreundersøkelsen var kun 45 % 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)».
- 51 % av lederne svarte positivt på påstanden «Det gis opplæring og øving relatert til etikk og misligheter i min enhet».
- Varsling inngår ikke som tema i opplæringen av nye ansatte.

#### **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 UNN, 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 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 alle ansatte, for eksempel gjennom sjekklister for nytilsatte og/eller i Kompetansemoduleen.

### **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» under avsnittet «Annet lønnet arbeid» i Personelhåndboka. Det er ingen lenke 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. I intervjuene ble det opplyst at fullmakt til å godkjenne bierverv er delegert til den ansattes nærmeste leder, noe som også samsvarer med utkast til fullmaktsmatrise i UNN.

Foretaksgruppen, inkludert UNN, 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 alle ansatte. Registreringsplikten beskrives imidlertid ikke i foretakets styrende dokumenter, verken i Docmap eller Personelhåndboka. Gjennom intervjuene har det framkommet at man anser registreringer i Personalportalen som forespørsler som skal sendes til nærmeste leder for godkjenning. I spørreundersøkelsen

har 83 % av lederne gitt uttrykk for at ansatte avklarer adgangen til å inneha bierverv etc., men kun 49 % føler trygghet for at disse blir registrert 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 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.

#### **4.2.2 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 UNNs fullmaktsmatrise og rutiner.

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 inneholder beskrivelser av hva budsjettdisponeringsfullmakt innebærer, samt av rollene ved attestasjon og godkjenning (anvisning). Rollebeskrivelser i UNNs fullmaktsstruktur (RL3473) samsvarer med disse kravene, men skiller seg i praktiseringen av anviserrettighetene, i og med at det gis anledning til å delegerer budsjettdisponeringsfullmakten fra adm. direktør til ledernivå 2, 3 eller 4 (seksjonsleder), og lederne kan bemyndige økonomirådgiver sin budsjettdisponeringsfullmakt. Det er rutinefestet krav om skriftlig fullmakt på signert skjema for bemyndigelsen av fullmakten. I intervjuer har vi fått opplyst at alle klinikker og staber har bemyndiget en økonomirådgiver fullmakt til å forestå anvisning av utbetalinger, men det er ikke foretatt noen egne kontroller av at det er samsvar mellom signerte skjemaer og tilgangsrettigheter.

Det er utarbeidet rutiner som gir klare og tydelige beskrivelser/ rammer for innkjøpsområdet. Det er videre gitt beløpsmessige fullmaktsgrenser for kjøp av varer og tjenester på forskjellige ledernivåer.

Vi har fått opplyst at det ikke gjøres regelmessige kontroller med fokus på om det har vært gjort innkjøp i strid med gjeldende avtaler. Det er igangsatt et arbeid, herunder

enkelte tilfeldige kontroller, for å følge opp avtalelojaliteten på de enkelte avdelinger i foretaket.

Videre har vi fått opplyst at det foretas sjekk mot offentlige registre ved godkjenning av nye leverandører i fakturasystemet, noe som har avdekket flere forsøk på svindel. Det er ikke utarbeidet skriftlige rutiner som beskriver kontrollen.

I intervjuene framkom at økonomirådgiverne har månedlige oppfølgingsmøter med klinikker og staber, hvor regnskap og uventede budsjettavvik blir diskutert. Dette samsvarer også med spørreundersøkelsen, hvor 97 % svarer at uforutsette budsjettoverskridelser blir fulgt opp og avklart.

#### **4.2.3.2 Vurderinger**

Det er etablert klare prosedyrer for hvordan budsjett disponeringsfullmakten delegeres i klinikkene og stabene, og hvordan anvisningsrettigheten bemyndiges til økonomirådgiver. Det er videre etablert rutiner med gode beskrivelser av hvordan innkjøp skal foretas avhengig av beløp og type innkjøp. Det er positivt at det gjøres kontroller ved godkjenning av nye leverandører, men kontrollene kan med fordel formaliseres.

### **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 (PR15962) eller rutiner for oppsigelse, suspensjon eller avskjed av den ansatte. HR-sjef er bemyndiget av adm. direktør til å forestå oppsigelse, suspensjon og avskjed, og saksgangen er beskrevet under «Disiplinære forhold» i Personalhåndboka. Eventuell politianmeldelse er ikke regulert verken i varslingsrutinen eller under «Disiplinære forhold». Dokumentasjon knyttet til varslings-/ personalsaker skal lagres i arkivsystemet, ePhorte. Adm. direktør informerer styret om avdekkede mislighets saker i lukkede møter.

#### **4.3.2 Vurderinger**

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

### **4.4 Oppfølging av internkontroll**

#### **4.4.1 Observasjoner**

UNN 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 Universitetssykehuset Nord-Norge 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 Universitetssykehuset Nord-Norge 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 Universitetssykehuset Nord-Norge som tilfredsstillende kravene i Økonomihåndbok for Helse Nord.
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, 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

### Universitetssykehuset Nord-Norge HF – interne dokumenter

- DS0602, Økonomihåndbok for UNN, herunder:
  - RL1444, Økonomihåndbok kap. 1 – Generelle forhold, versjon 5
  - RL3473, Fullmaktsstruktur i UNN HF, versjon 4, med tilhørende skjemaer:
    - SJ5040, Budsjettdisponeringsfullmakt – direktør klinikk-sjef
    - SJ5041, Budsjettdisponeringsfullmakt – klinikk-sjef og avdelingsleder
    - SJ5042, Budsjettdisponeringsfullmakt – avdelingsleder og seksjonsleder
    - SJ5044, Bemyndigelse av budsjettdisponeringsfullmakt mellom økonomirådgiver og klinikkens ledere
    - SJ11567, Oversikt over fullmaktshavere UNN, per 27.04.2018
    - RL6720, Fullmaktsoversikt for innkjøp
    - Utkast oppdatert fullmaktsmatrise i UNN
- PR15962, Prosedyre for varsling av kritikkverdige forhold, versjon 3.2
  - SJ2615 Skjema for varsling av kritikkverdige forhold i UNN HF, versjon 3.3
- PR45740, Prosedyre for håndtering av konflikter i UNN HF
- SJ11200, Habilitetsskjema Anskaffelser Byggeprosjekt, versjon 1
- PR43192, Rutine for opplæring av nye ledere, versjon 3
- RL4101, UNN-boka
- Compendia personalhåndbok, UNN HF, 15.05.2018 herunder:
  - Sjekkliste, Introduksjonsprogram for nye ledere
- Årsregnskap Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2017, Note 19 – Nærstående parter
- RL4312 Anskaffelser – Rutiner for anskaffelser ved UNN HF
- PR44140, Prosedyrer for å godkjenne skaffevarer i e-procurement
- PR44142, Prosedyrer for å rekvirere skaffevarer uten kontrakt i CWL
- PR44146, Prosedyrer for å bestille utstyr med verdi under kr 100.000

- PR45987, Bestille utstyr med verdi over kr 100.000
- Eksempel på vurdering av godkjenning av bierverv

## **Vedlegg 2 – Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Universitetssykehuset Nord-Norge**

### **Om undersøkelsen**

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

Undersøkelsen ble sendt til 54 linjeledere på ledernivå to og tre i foretaket, og 31 av disse svarte, noe som ga en svarandel på 57 % i UNN.

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

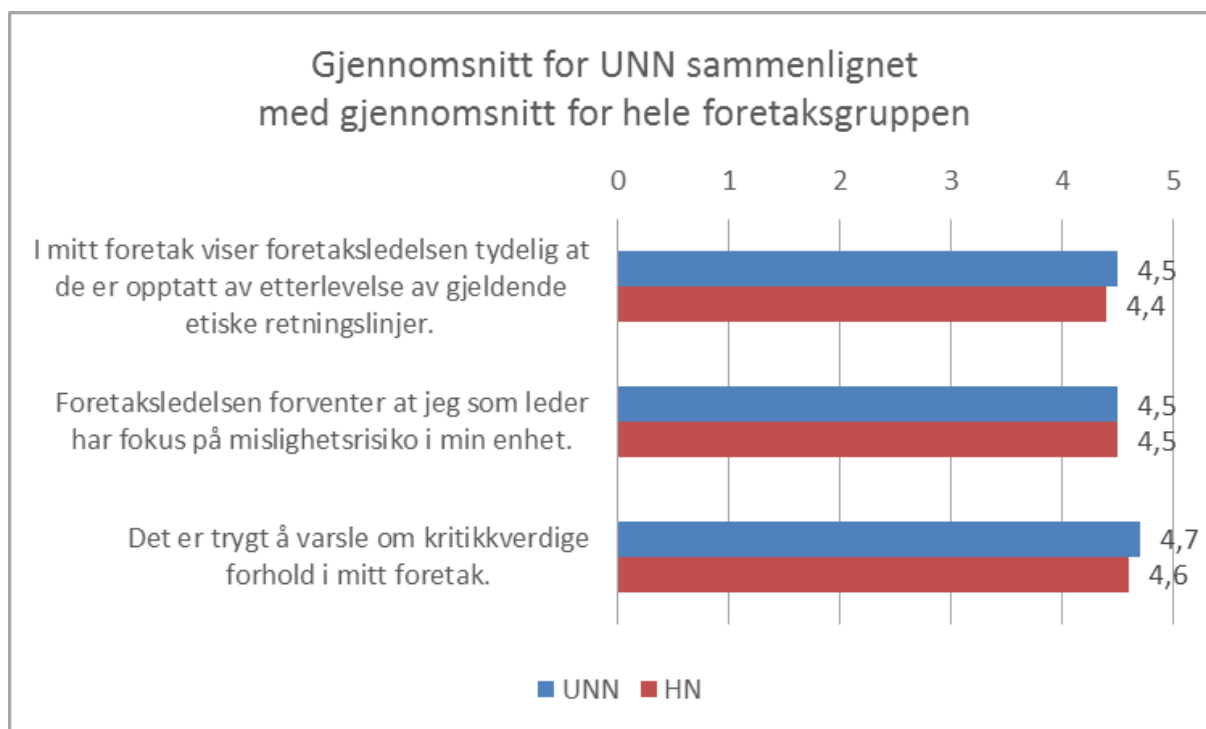
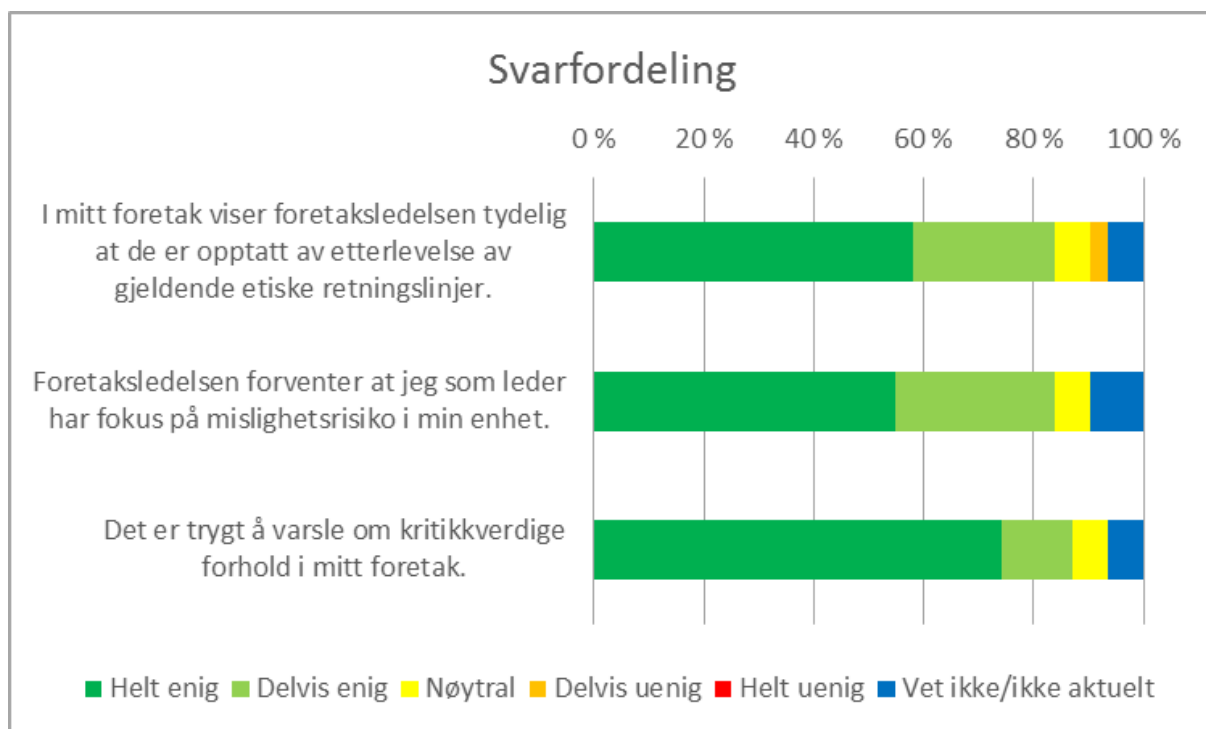
2 = Delvis uenig

1 = Helt uenig

0 = Vet ikke/ikke aktuelt

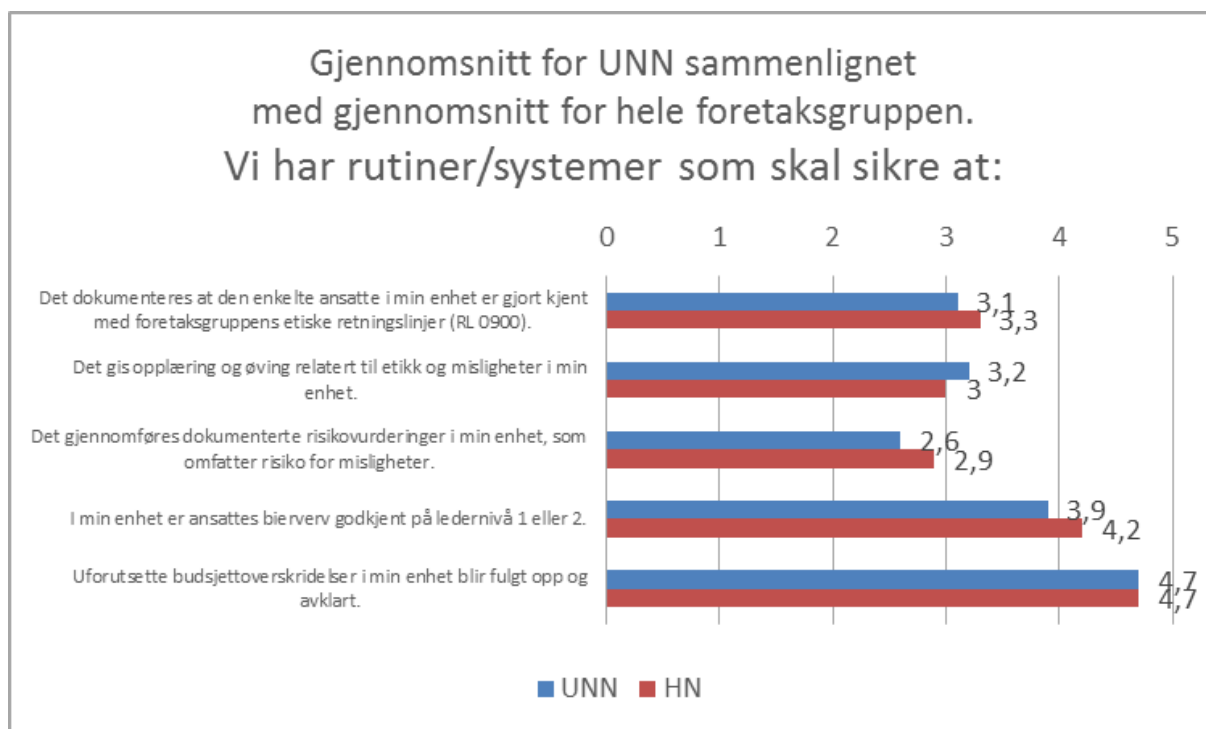
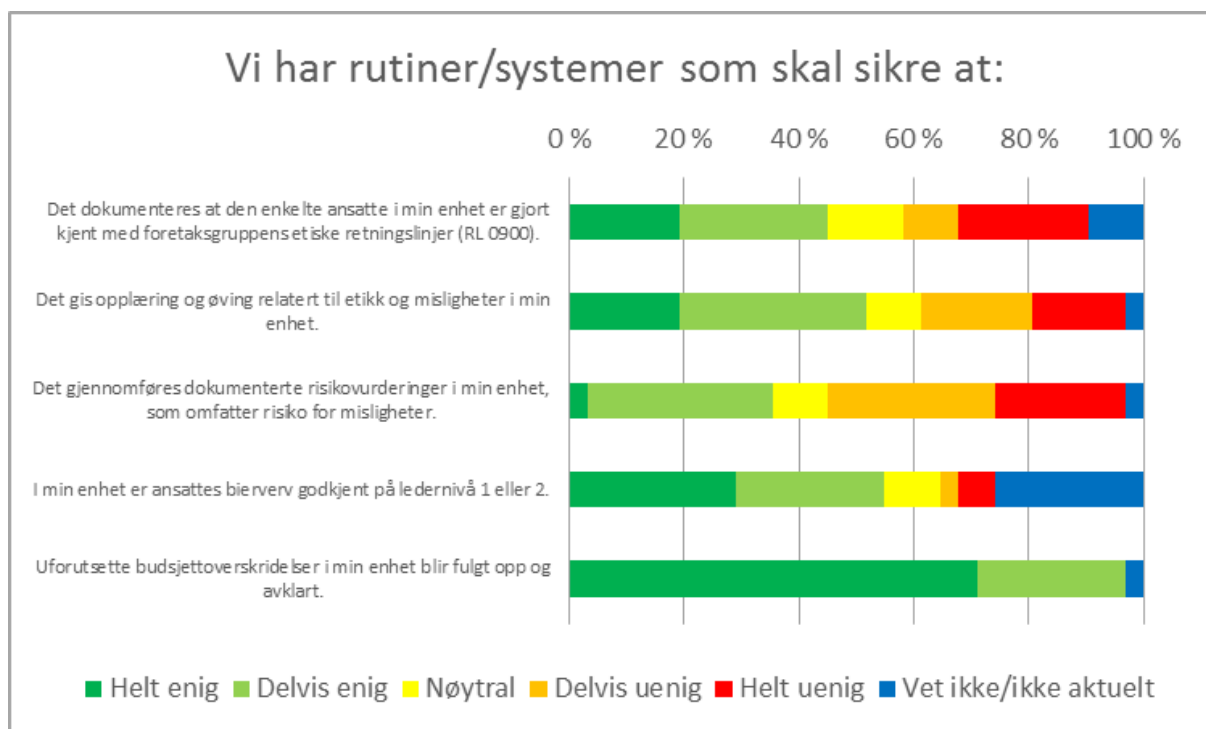
Det er innhentet svar vedrørende «foretaksnivå» og «min enhet» (nivå 2 og 3).

## Foretaksnivå Universitetssykehuset Nord-Norge

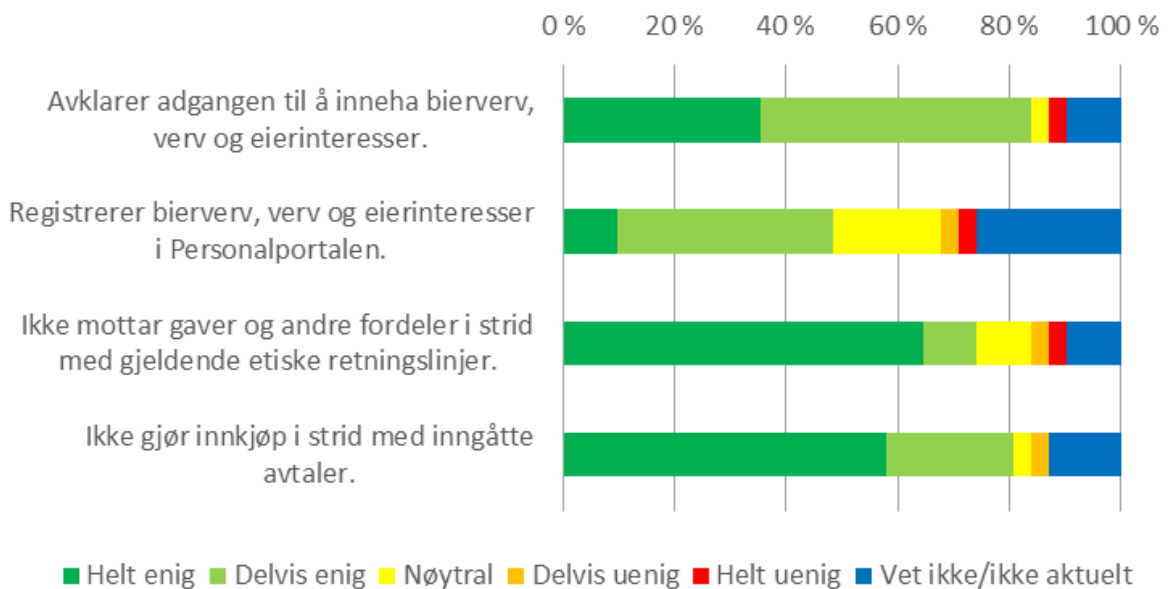




## Enhetsnivå – «min enhet» (nivå 2 og 3)



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



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

