

Internrevisjonsrapport 09/2018

Mislighetsrisiko i Helse Nord, oppsummering

Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 30.11.2018

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn.....	4
2 Formål og omfang.....	4
2.1 Formål med revisjonen.....	4
2.2 Omfang og avgrensninger.....	5
2.3 Regelverk og sentrale føringer.....	5
2.4 Komponenter og revisjonskriterier.....	5
3 Metoder.....	6
4 Observasjoner og vurderinger.....	7
4.1 Kontrollmiljø og risikovurdering.....	7
4.1.1 Observasjoner.....	7
4.1.2 Vurderinger.....	8
4.2 Forebyggende og avdekkende kontrolltiltak.....	8
4.2.1 Kjennskap til emner relatert til etikk og misligheter.....	9
4.2.2 Bierverv, verv, eierskap og nærståendeforhold.....	10
4.2.3 Budsjett disponering, anskaffelser og innkjøp.....	12
4.3 Håndtering av misligheter.....	13
4.3.1 Observasjoner.....	13
4.3.2 Vurderinger.....	14
4.4 Oppfølging av internkontroll.....	14
4.4.1 Observasjoner.....	14
4.4.2 Vurderinger.....	14
5 Konklusjon og anbefalinger.....	14
5.1 Konklusjon.....	14
5.2 Anbefalinger.....	15

Vedlegg:

Vedlegg 1 – Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Helse Nord

Vedlegg 2 – Oversikt over internrevisjonens anbefalinger til helseforetakene

Sammendrag

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

Formål og avgrensning av revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at helseforetakene 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 foretakene i Helse Nord 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 mangler i beskrivelse og tildeling av fullmakter, bør imidlertid utbedres for at internkontrollen samlet sett skal vurderes som tilstrekkelig.

Anbefalinger

Internrevisjonen har gitt hvert foretak fire eller fem anbefalinger. Anbefalingene gjelder:

- Gjennomføring av dokumenterte risikovurderinger som omfatter risiko for misligheter.
- Styrket oppfølging av at kompetansekrav innfris.
- Skriftlig tildeling av budsjett disponeringsfullmakter, og tilgangsrettigheter i Agresso i samsvar med disse.
- Fullmaktsbeskrivelser i samsvar med kravene i Økonomihåndbok for Helse Nord.
- Styring og kontroll med ansattes bierverv, verv, eierskap og nærstående forhold.
- Oppdatering av rutiner for varsling av kritikkverdige forhold.
- Gjennomføring av evalueringer for å fastslå om komponentene i internkontrollopplegget knyttet til mislighetsrisiko er til stede og fungerer.

1 Innledning

Internrevisjonen i Helse Nord RHF har i perioden april-november 2018 gjennomført revisjoner om mislighetsrisiko i alle regionens helseforetak. Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Tor Solbjørg har hatt det overordnede ansvaret.

Denne rapporten oppsummerer revisjonene i helseforetakene, rapportert som følger:

- Helse Nord RHF (HNRHF), IR-rapport 02/2018, 29.10.2018
- Sykehusapotek Nord HF (SANO), IR-rapport 03/2018, 29.11.2018
- Helse Nord IKT HF (HNIKT), IR-rapport 04/2018, 29.11.2018
- Nordlandssykehuset HF (NLSH), IR-rapport 05/2018, 29.11.2018
- Finnmarkssykehuset HF (FIN), IR-rapport 06/2018, 29.11.2018
- Helgelandssykehuset HF (HSYK), IR-rapport 07/2018, 29.11.2018
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), IR-rapport 08/2018, 29.11.2018

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 helseforetakene 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 foretakenes websider og arkivsystemer, eller mottatt i forbindelse med intervjuer, er gjennomgått og vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til intervjuene. Dokumentoversikter følger de foretaksvis rapportene som vedlegg.

Spørreundersøkelser:

En spørreundersøkelse som omfattet alle helseforetakene i Helse Nord, unntatt Helse Nord RHF, ble sendt til 203 linjeledere på ledernivå to (klinikk/stab) og ledernivå tre (avdeling) i foretakene. 127 av disse svarte, noe som ga en svarandel på 63 %.

Undersøkelsen var åpen for svar i perioden 11.-23. juni 2018. Se *Vedlegg 1 – Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Helse Nord.*

Intervjuer:

Det er gjennomført intervjuer med utvalgte, sentrale stabsledere i alle syv foretak. I de underliggende foretakene er også administrerende direktør og hovedverneombud intervjuet. Nærmere informasjon framkommer i de foretaksvis rapportene.

Tester:

Internrevisjonen har gjort følgende tester av at beskrivne internkontrollrutiner etterleves:

- Test 1: Andel av ansatte ved det enkelte foretak, 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).
- Test 2 (utført i Finnmarkssykehuset, Sykehusapotek Nord og Helse Nord RHF): Andel av de som per oppgitt dato har anviserrettighet i Agresso, som det foreligger signert fullmaktsskjema for. 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 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. Retningslinjene er tilgjengelig via Docmap (RL0900). Det varierer i hvilken grad foretakene har gjort disse ytterligere tilgjengelig, eksempelvis som del av interne dokumentasjoner i Docmap og/eller i Personelhåndboka. Styret i Helse Nord RHF har også gitt føringer for etikkarbeid gjennom vedtak i sak 8-2012, *Verdibasert hverdag – resultat av prosjektet*, og sak 64-2016, *Verdibasert hverdag – etikk- og verdiarbeidet i foretaksgruppen, evaluering*. I sistnevnte sak framkom et behov for å styrke oppmerksomheten omkring etikk og verdier i Helse Nord RHF og underliggende foretak, og adm. direktør ble bedt om å følge opp anbefalinger fra gjennomført evaluering. På revisjonstidspunktet pågikk et regionalt arbeid med revidering av de etiske retningslinjene, med sikte på styrebehandling i februar 2019.

80 % av de som besvarte spørreundersøkelsen var helt eller delvis enig i påstanden «I mitt foretak viser foretaksledelsen tydelig at de er opptatt av etterlevelse av gjeldende etiske retningslinjer». Andelen var høy i alle foretakene.

Økonomihåndbok for Helse Nord (RL2270) inneholder krav om at foretakene skal ha en fullmaktsbeskrivelse tilgjengelig i Docmap, og angir hvilke fullmaktsområder denne skal

beskrive. En slik beskrivelse finnes ikke i Helgelandssykehuset, og i UNN pågikk et arbeid for å ferdigstille utkast til fullmaktsmatrise. De øvrige foretakene har fullmaktsbeskrivelser som omfatter fullmaktsområdene som er regulert i RL2270. Finnmarkssykehuset har i tillegg utarbeidet en egen rutine for fullmaktsdelegasjon for prosjekter (PR43814).

Alle foretakene har rutine for varsling av kritikkverdige forhold, tilgjengelig i Docmap og/eller Personelhåndboka, men noen av foretakene har ikke oppdatert rutinen i samsvar med endringer i arbeidsmiljøloven av 01.07.2017 (kap. 2 A). 87 % av de som besvarte spørreundersøkelsen var helt eller delvis enig i at det er trygt å varsle om kritikkverdige forhold i foretaket. Også her var det høy andel positive svar ved alle foretakene.

84 % av de som besvarte spørreundersøkelsen var helt eller delvis enig i påstanden «Foretaksledelsen forventer at jeg som leder har fokus på mislighetsrisiko i min enhet». Ingen av foretakene har imidlertid inkludert risiko for misligheter i sine opplegg for dokumenterte risikovurderinger, heller ikke i investeringsprosjekter. I spørreundersøkelsen ga likevel 37 % uttrykk for at det gjennomføres dokumenterte risikovurderinger som omfatter mislighetsrisiko på «enhetsnivå» i foretaket. Andelen som var helt eller delvis enig i dette varierte imidlertid fra 35 % til 57 %.

4.1.2 Vurderinger

Etter internrevisjonens vurdering inneholder de regionale etiske retningslinjene temaer som er viktige for forebygging av misligheter, og det er positivt at retningslinjene nå revideres.

De fleste foretakene har vedtatt fullmaktsbeskrivelser som vi anser som egnede grunnlag for forebygging og avdekking av misligheter, men det er uheldig at Helgelandssykehuset og UNN ikke har ferdigstilt sine fullmaktsbeskrivelser.

Foretakenes varslingsrutiner tilfredsstiller i hovedsak arbeidsmiljølovens krav og kan benyttes ved mistanke om misligheter. Sykehusapotek Nord's rutiner har imidlertid svakheter som bør utbedres.

Vi oppfatter manglende dokumenterte vurderinger av risiko for misligheter som en klar kontrollmessig svakhet. Uten slike vurderinger er det vanskelig for foretakene å ta stilling til om iverksatte kontrolltiltak er tilstrekkelige.

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.

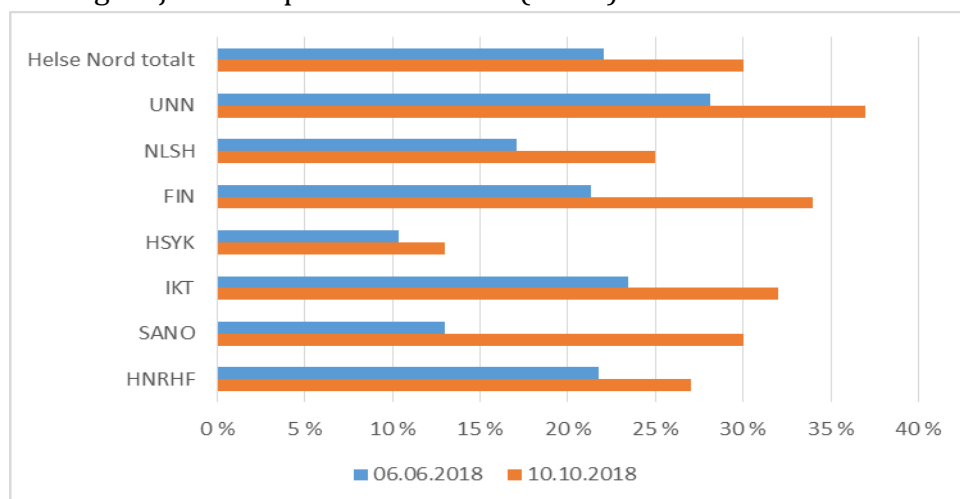
4.2.1 Kjennskap til emner relatert til etikk og misligheter

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 har konstatert følgende:

- Alle ansatte i foretakene tildeles nå kompetanseplaner i Kompetansemodulen 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. Flere foretak har imidlertid opplyst at modulen fortsatt er under implementering.
- Det framkommer i foretakenes Personalhåndbok at den ansatte skal innfri tildelte kompetanseplaner og sørge for å holde egen kompetanse oppdatert. Leders ansvar for å følge opp at de ansatte gjennomfører planene, er ulikt definert i foretakene.
- Per 06.06.2018 hadde 22 % av alle ansatte i foretakene status «grønn» for kompetansekravet om etiske retningslinjer. Andelen var økt til 30 % per 10.10.2018, men varierer mellom 13 % (Helgelandssykehuset) og 37 % (UNN), jf. Figur 1 (test 1).
- I Finnmarkssykehuset blir de etiske retningslinjene signert av hver enkelt medarbeider ved ansettelse. Flere av foretakene har også iverksatt andre tiltak for å gi ansatte kunnskap om emner relatert til etikk og misligheter. Noen har f.eks. tatt utdrag fra etiske retningslinjer inn i arbeidsavtaler, introduksjonsprogrammer for nyansatte og lederutviklingsprogrammer.
- Ved tre av foretakene var mer enn 60 % av lederne helt eller delvis enig i påstanden «Det dokumenteres at den enkelte ansatte i min enhet er gjort kjent med foretaksgruppens etiske retningslinjer (RL0900)», se Vedlegg 1. Ved de øvrige foretakene var andelen positive svar betydelig lavere.
- 50 % av lederne svarte positivt på påstanden «Det gis opplæring og øving relatert til etikk og misligheter i min enhet». Resultatene varierte noe mellom foretakene.
- Finnmarkssykehuset har opplyst at der er også opplæring i varslingsrutinen lagt inn som krav i Kompetansemodulen.

Figur 1 Andel av foretakenes ansatte som har innfridd kompetansekrav om etiske retningslinjer i Kompetansemodulen (test 1)



4.2.1.2 Vurderinger

De etiske retningslinjene utgjør et viktig grunnlag i internkontrollen, men spørreundersøkelsen avdekket stor variasjon mellom foretakene i ledernes oppfatning av om det dokumenteres at den enkelte ansatte kjenner disse retningslinjene. Det er derfor positivt at de etiske retningslinjene nå er definert som obligatorisk kompetanse for alle ansatte i foretaksgruppen. Gjennomføringsgraden i Kompetansemodule er imidlertid fortsatt lav, og det er derfor viktig at dette følges aktivt opp i alle foretakene.

Opplæring/trening i emner relatert til etikk og misligheter, tilpasset den ansattes egne oppgaver, anses som god praksis og kunne med fordel vært satt i system ved foretakene.

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.

4.2.2 Bierverv, verv, eierskap og nærstående forhold

4.2.2.1 Observasjoner

Som del av selskapskontrollen for 2016 gjennomførte Riksrevisjonen en kontroll med helseforetakenes håndtering av bierverv. Resultatet er rapportert i Dokument 3:2 (2017–2018). Helse Nord RHF følger opp Riksrevisjonens anbefalinger, og RHF-styret behandlet *Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av bierverv, oppfølging av anbefalte tiltak* i juni 2018 (sak 89-2018). Det ble vedtatt sju tiltak for å sikre oversikt og kontroll av helseforetakenes håndtering av bierverv. Tiltakene inkluderer blant annet videreutvikling av registreringsløsningen i Personalportalen og økt kontroll med kjøp av tjenester fra selskaper hvor ansatte har registrert bierverv. Det er ikke vedtatt noen tidsplan/frist for tiltakene.

Adgangen til å ha bierverv m.m. er regulert gjennom etiske retningslinjer og regional prosedyre om «Bierverv, andre verv og eierinteresser» (PR12039). I disse dokumentene framkommer det klart at den enkelte må få samtykke/godkjenning til slik aktivitet. PR12039 fastslår at «Det er helseforetakets øverste leder som beslutter om bierverv skal tillates. Beslutningsmyndigheten kan delegeres til nivå 2, men ikke lengre». I de etiske retningslinjene står det imidlertid at «Bistillinger og bierverv avklares i forkant med nærmeste leder». Det er altså ikke samsvar mellom de etiske retningslinjene og PR12039 på dette punktet.

I fullmaktsbeskrivelsene til Helse Nord RHF, Helse Nord IKT og Finnmarkssykehuset fremgår det hvem som har fullmakt til å godkjenne bierverv, og ingen av disse har delegert godkjenningsmyndighet til lavere ledernivå enn nivå 2. Også Sykehusapotek

Nord har opplyst at slik fullmakt er lagt til nivå 1 og 2. Ved Helgelandssykehuset og UNN ble det imidlertid opplyst at fullmakt til å godkjenne bierverv er delegert til den ansattes nærmeste leder. Nordlandssykehuset omtaler ikke temaet i sin fullmaktsbeskrivelse, og ut fra de opplysningene som ble gitt, er det uklart i fullmaktsforholdene her.

Det må gjøres en vurdering i hvert enkelt tilfelle for å avgjøre om det foreligger forhold som tilsier at et bierverv eller en ansvarsposisjon ikke skal godkjennes, og kriteriene i PR12039 skal da legges til grunn. Det fremgår av Helse Nord IKTs fullmaktsbeskrivelse at foretakets jurist skal kontaktes ved tvil om godkjenning, og foretaket har framlagt eksempler på dokumenterte, juridiske vurderinger i slike saker. De øvrige foretakene har ikke etablert like klare rutiner i slike situasjoner. Internrevisjonen ble gjort kjent med flere saker hvor det har vært tvil om godkjenning, uten at det er gjort dokumenterte vurderinger opp mot kriteriene i PR12039. I ett foretak fikk vi opplyst at bierverv hos aktører innen spesialisthelsetjenesten som har avtale med Helse Nord RHF, alltid vil bli godkjent, uten at det foretas nærmere vurderinger.

Registrering av bierverv, verv og eierskap i annen virksomhet gjøres i Personalportalen. Foretakene har opplyst at krav om slik registrering, eventuelt registrering av at man ikke har bierverv, er formidlet til de ansatte. Registreringsplikten er imidlertid i liten grad tatt inn i foretakenes styrende dokumenter, som Personelhåndboken og Docmap. I intervjuene har det i noen foretak framkommet usikkerhet om hvorvidt registreringen 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 den ansatte foretar registreringen, som så går til nærmeste leder for godkjenning.

I spørreundersøkelsen har lederne ved alle foretakene gitt uttrykk for tillit til at ansatte avklarer adgangen til å inneha bierverv, verv og eierskap i annen virksomhet, men det er en viss variasjon mellom foretakene.

Alle foretakene har opplyst at det ikke gjennomføres rutinemessige kontroller med utgangspunkt i data om bierverv m.m. som er registrert i Personalportalen. Bierverv og nærstående forhold for styremedlemmer og ledende ansatte kartlegges imidlertid, som grunnlag for noteopplysninger i årsregnskapene.

4.2.2.2 Vurderinger

Uklare fullmaktsforhold er en regional utfordring, og internrevisjonen har gitt en anbefaling til Helse Nord RHF om å utbedre svakheter i styring og kontroll med ansattes bierverv, verv, eierskap og nærstående forhold. RHF-ets forbedringstiltak kan få betydning for de underliggende foretakenes fullmaktsdelegeringer og rutiner.

Internrevisjonen finner det uheldig at ikke alle foretakene gjennomfører konkrete, individuelle vurderinger av forespørsler om bierverv m.m. når det kan være tvil om

disse er i samsvar med kriteriene i den regionale prosedyren. Vi anser det også som en svakhet at registrerte data ikke benyttes til rutinemessige kontroller.

4.2.3 Budsjettdisponering, anskaffelser og innkjøp

4.2.3.1 Observasjoner

Økonomihåndbok for Helse Nord (RL2270) forklarer hva budsjettdisponeringsfullmakt innebærer og beskriver rollene ved attestasjon og godkjenning (anvisning).

Nordlandssykehuset benytter andre begreper for beskrivelse av disse rollene. Her er budsjettdisponeringsansvarlig tildelt attestasjonsfullmakt, og anvisningsfullmakt er delegert til økonomirådgiver. I de øvrige foretakene er utgangspunktet at anviserrettighet følger budsjettdisponeringsfullmakt, i samsvar med beskrivelsen i RL2270.

I RL2270 stilles det også krav om at tildeling av budsjettdisponeringsfullmakt skal skje ved bruk av eget skriv, med signatur fra både tildeler og mottaker av fullmakten. Dette praktiseres ikke av Helse Nord IKT og Nordlandssykehuset.

Helgelandssykehuset mangler oppdatert oversikt over budsjettansvarlige og attestanter, men det ble opplyst at det pågår en gjennomgang for å bringe dette i orden.

Internrevisjonen har i flere av foretakene undersøkt om det er samsvar mellom skriftlige fullmakter og anviserrettigheter i Agresso, jf. test 2, og enkelte svakheter er avdekket og rapportert til foretakene. Dette gjelder manglende fullmaktsbrev, anviserrettighet til koststeder som ikke er nevnt i fullmaktsbrev, flere med anviserrettighet til samme koststed, og anviserrettighet til personer som har sluttet i foretaket.

Foretakene har i ulik grad utarbeidet beskrivelser og rammer for innkjøpsområdet. Noen foretak har definert beløpsmessige fullmaktsgrenser for kjøp av varer og tjenester på forskjellige ledernivåer, men Finnmarkssykehuset er det eneste foretaket som opplyser at det også gjennomføres systematiske kontroller med at beløpsgrenser etterleves.

Alle foretakene, unntatt Helse Nord RHF og Sykehusapotek Nord², har tatt i bruk innkjøpssystemet Clockwork, og foretakene jobber med sikte på full implementering av systemet. Sommeren 2018 ble det innført systemteknisk krav om involvering av to personer ved alle kjøp gjennom dette systemet, slik det også er ved fakturahåndtering i Agresso. Ettersom mange innkjøp ikke går via Clockwork, finnes det ikke samlet oversikt over avtalelojalitet eller brudd på avtaler. Det har vært gjort enkelte manuelle etterkontroller av om innkjøp har vært i henhold til avtaler, men ingen av foretakene gjør slike kontroller regelmessig.

² Sykehusapotek Nord benytter IT-systemet FarmaPro til bestilling av legemidler/apotekvarer, men det er besluttet at systemet skal erstattes av Clockwork.

Ikke alle foretakene har etablert kontrollrutiner for å avdekke mislighetsindikatorer («røde flagg») i forbindelse med godkjenning av nye leverandører i fakturasystemet. Finnmarkssykehuset og UNN gjør slike kontroller rutinemessig, og har gjennom dette avdekket flere forsøk på svindel.

I de fleste foretakene har økonområdgiverne månedlige oppfølgingsmøter med klinikkene, hvor regnskap og uventede budsjettavvik blir diskutert. I spørreundersøkelsen svarte 93 % at uforutsette budsjettoverskridelser blir fulgt opp og avklart. Andelen var høy i alle foretakene.

4.2.3.2 Vurderinger

Internrevisjonen vurderer det som uheldig at:

- Nordlandssykehuset ikke benytter økonomihåndbokas rollebeskrivelser, og har lagt attestantrollen til budsjett disponeringsansvarlige.
- Helgelandssykehuset ikke har innfridd kravene om å ha oversikt over attestanter og budsjettansvarlige.
- Helse Nord IKT og Nordlandssykehuset ikke innhenter signaturer ved tildeling av budsjett disponeringsfullmakter, slik det er krav om i økonomihåndboka.

Det er positivt at det ved UNN og Finnmarkssykehuset gjøres kontroller ved godkjenning av nye leverandører. Slike kontroller kan med fordel formaliseres.

4.3 Håndtering av misligheter

4.3.1 Observasjoner

Internrevisjonen har fått kjennskap til enkelte saker i foretakene der det har vært mistanke om, eller er avdekket, interne misligheter. Forholdene har blitt kjent gjennom varsel fra ansatte og pasienter, eller de har blitt avdekket av leder. Foretakene har opplyst at de ved håndtering av slike saker forholder seg til varslingsrutiner og/eller rutiner for håndtering av personalsaker. De fleste foretakene har opplyst at dokumentasjon knyttet til varslings- og personalsaker skal lagres i arkivsystemet ePhorte.

De vi intervjuet i Helse Nord IKT og Sykehusapotek Nord hadde liten erfaring med håndtering av varslingssaker og var ikke kjent med saker der det hadde vært mistanke om interne misligheter. I Helse Nord RHF framkom det at enkelte ansatte har mottatt informasjon om kritikkverdige forhold i underliggende helseforetak, og at de da har vært usikre på om dette skulle anses som varsel og hvordan informasjonen skulle håndteres.

I foretakene som har fullmaktsbeskrivelse, jf. kap. 4.1.1, regulerer denne også fullmakt til oppsigelse, suspensjon og avskjed. Ved UNN og Helgelandssykehuset, som mangler godkjent fullmaktsbeskrivelse, reguleres disse forholdene gjennom rutinebeskrivelser i Personalhåndboka.

Sykehusapotek Nord har delegert fullmakt til anmeldelse til ledernivå 2, noe også UNN legger opp til i sitt utkast til fullmaktsmatrise. I øvrige foretak er det oppgitt at bare adm. direktør har fullmakt til å anmelde straffbare forhold.

4.3.2 Vurderinger

Etter internrevisjonens vurdering synes det som mistanker om misligheter vil bli håndtert på forsvarlig måte i foretaksgruppen, selv om det ved noen foretak er uklarheter i hvordan oppfølgingen vil skje. Som påpekt i kap. 4.2.1.2, er tips fra varslere en viktig kilde til slike saker. Det synes derfor hensiktsmessig å innarbeide gjensidige referanser mellom foretakenes varslingsrutiner og rutiner for håndtering av personalsaker, for å gi klarere føringer for håndtering av mislighetssaker.

I Helse Nord RHF er det viktig å avklare og informere om hvordan ansatte skal forholde seg til opplysninger de mottar om kritikkverdige forhold i et underliggende helseforetak.

4.4 Oppfølging av internkontroll

4.4.1 Observasjoner

Kontrollmessige svakheter knyttet til mislighetsrisiko i foretaksgruppen er tidligere påpekt av Riksrevisjonen (i rapport om bierverv, se kap. 4.2.2 foran) og av eksterntrevisor (i risikovurdering knyttet til årsoppgjøret for 2017). Internrevisjonen konstaterer at dette har resultert i at relevante forbedringstiltak har blitt iverksatt.

Helseforetakene gjennomfører ledelsens gjennomgang av internkontrollen årlig, men temaene som denne revisjonen omhandler har i liten grad inngått i gjennomgangen. Det er ikke gjennomført egne, systematiske gjennomganger/evalueringer av internkontroll relatert til mislighetsrisiko, verken i Helse Nord RHF eller i de underliggende foretakene.

4.4.2 Vurderinger

Det er positivt at kjente svakheter i den interne styring og kontroll blir tatt tak i. Fraværet av systematiske evalueringer av internkontrollopplegget knyttet til mislighetsrisiko er imidlertid uheldig, da det kan innebære at svakheter ikke blir kjent og tiltak ikke iverksatt.

5 Konklusjon og anbefalinger

5.1 Konklusjon

Internrevisjonen konstaterer at foretakene i Helse Nord 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 mangler i beskrivelse og tildeling av fullmakter, bør imidlertid utbedres for at internkontrollen samlet sett skal vurderes som tilstrekkelig.

5.2 Anbefalinger

Internrevisjonen har gitt hvert foretak fire eller fem anbefalinger. Anbefalingene gjelder:

- Gjennomføring av dokumenterte risikovurderinger som omfatter risiko for misligheter.
- Styrket oppfølging av at kompetansekrav innfris.
- Skriftlig tildeling av budsjett disponeringsfullmakter, og tilgangsrettigheter i Agresso i samsvar med disse.
- Fullmaktsbeskrivelser i samsvar med kravene i Økonomihåndbok for Helse Nord.
- Styring og kontroll med ansattes bierverv, verv, eierskap og nærstående forhold.
- Oppdatering av rutiner for varsling av kritikkverdige forhold.
- Gjennomføring av evalueringer for å fastslå om komponentene i internkontrollopplegget knyttet til mislighetsrisiko er til stede og fungerer.

En samlet oversikt over anbefalingene finnes i *Vedlegg 2*.

Vedlegg 1 -

Resultater fra spørreundersøkelse om mislighetsrisiko i Helse Nord

Om undersøkelsen

Spørreundersøkelsen omfattet alle helseforetakene som Helse Nord RHF eier, men ikke Helse Nord RHF. Undersøkelsen ble sendt til 203 linjeledere på ledernivå to og tre i foretakene, og 127 av disse svarte, noe som ga en svarandel på 63 % i Helse Nord. Undersøkelsen var åpen for svar i perioden 11.-23. juni 2018.

Følgende svarskala er benyttet:

5 = Helt enig

4 = Delvis enig

3 = Nøytral

2 = Delvis uenig

1 = Helt uenig

0 = Vet ikke/ikke aktuelt

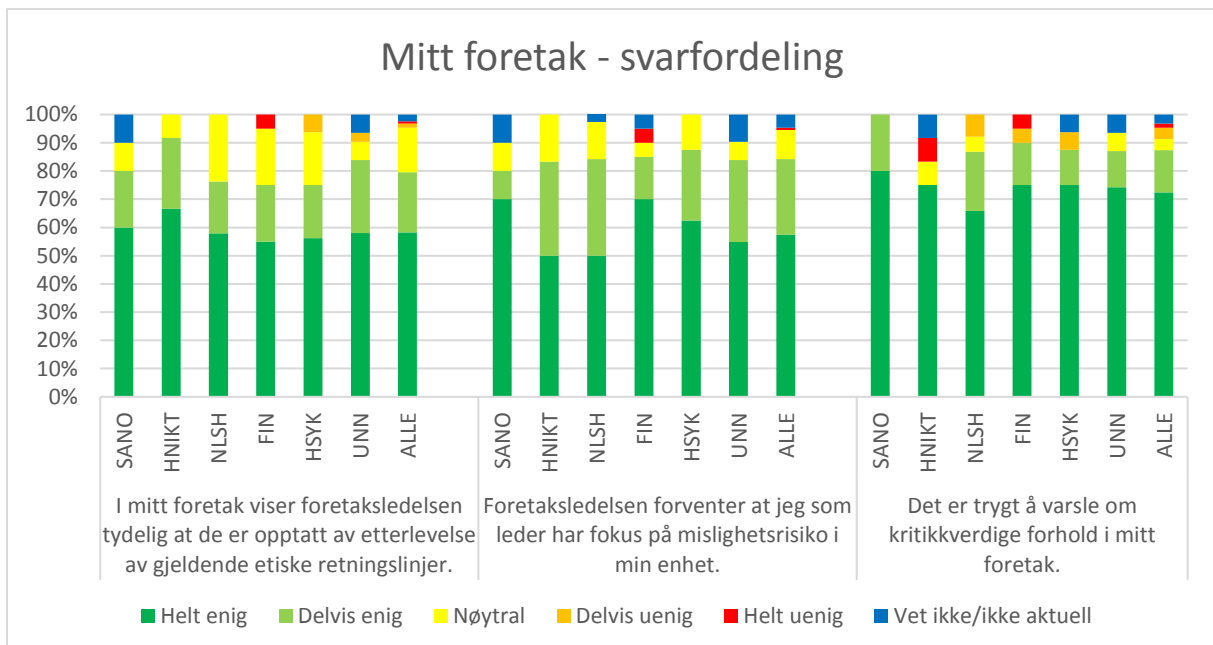
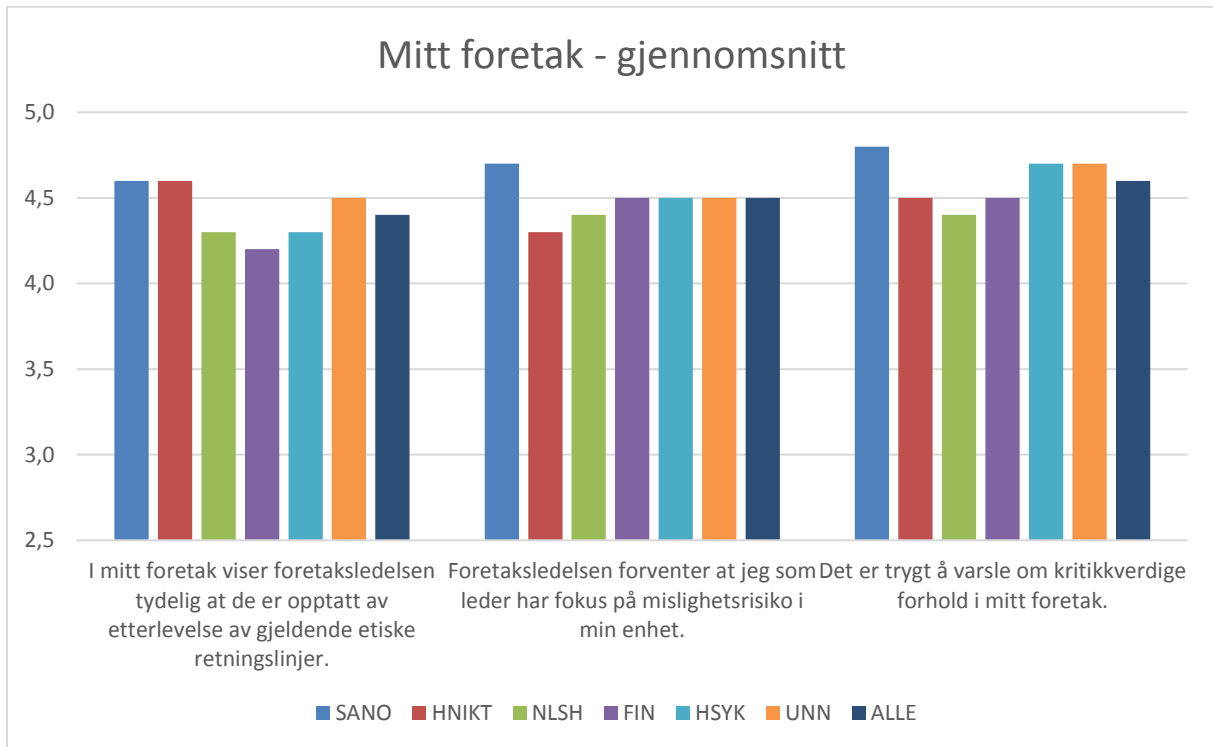
Det er innhentet svar på påstander knyttet til to ulike nivåer, «foretaksnivå» og «min enhet».

Svarene er framstilt i grafer som viser:

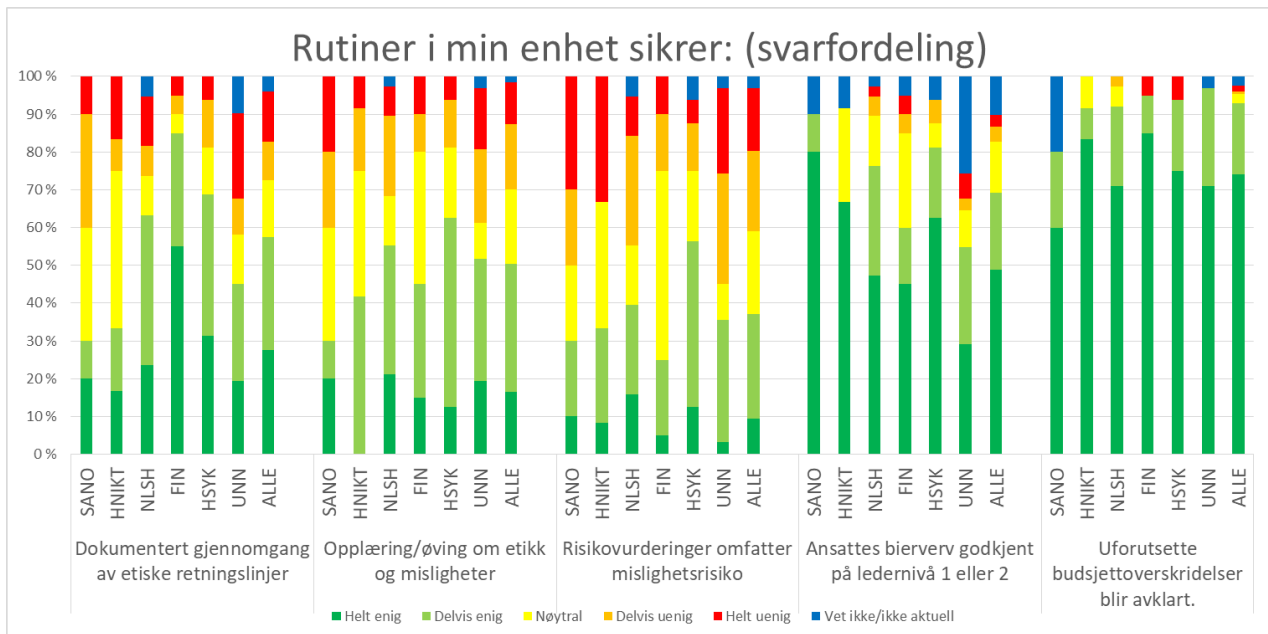
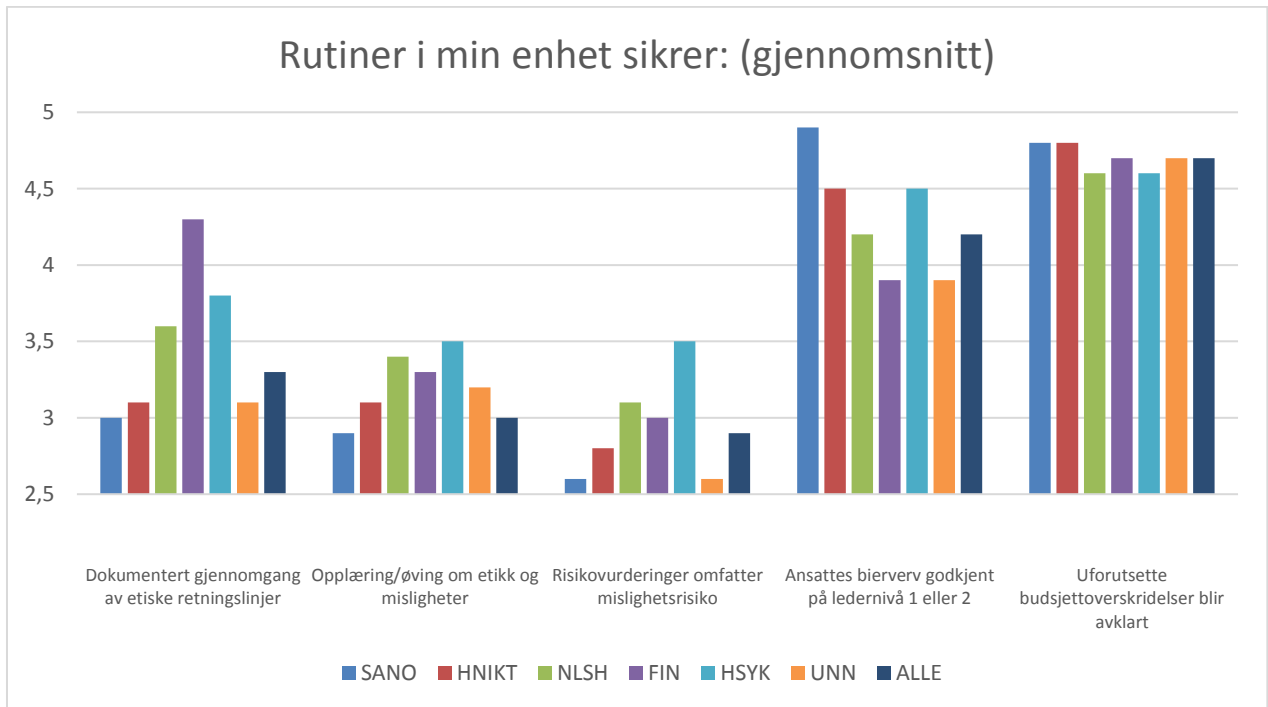
- Gjennomsnittlig «poengsum», som framkommer slik: summen av alle «svarpoeng» delt på antall respondenter som har en oppfatning om påstanden (svar ≠ 0).
- Svarfordeling i prosent.

«ALLE» i grafene nedenfor, er gjennomsnittet for alle respondenter i alle foretakene.

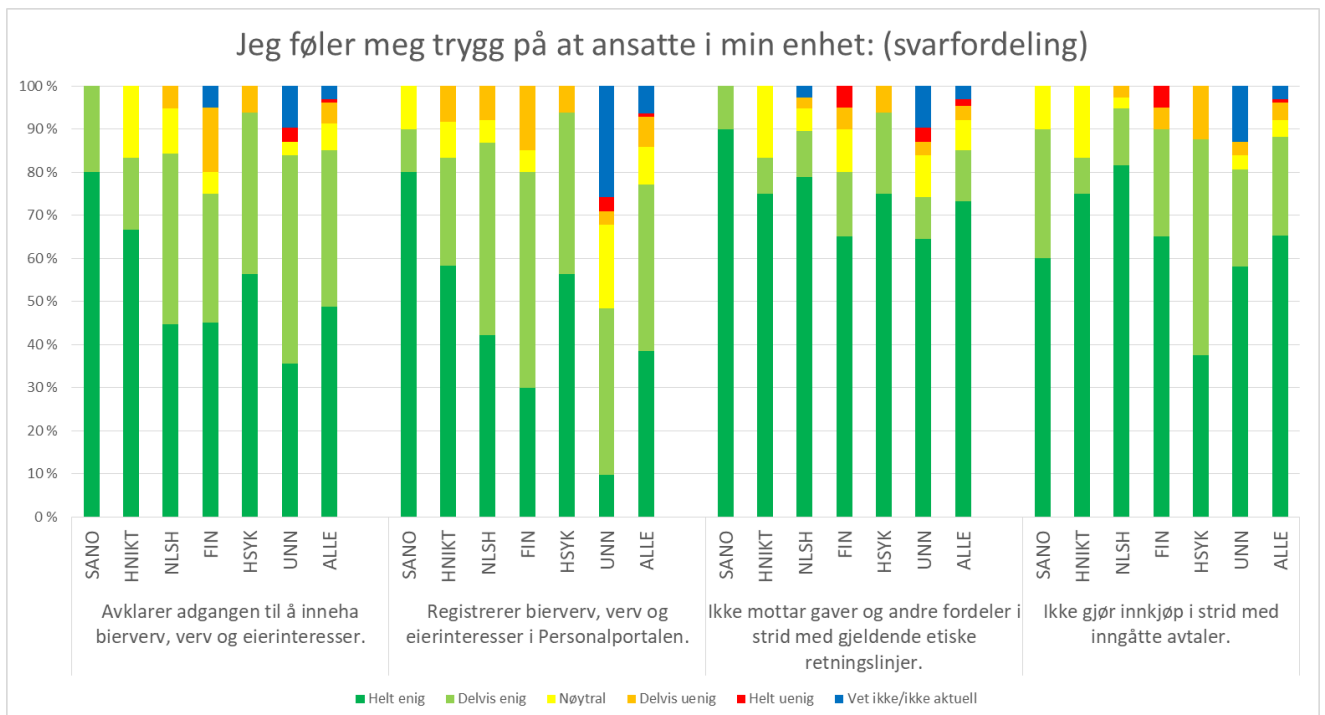
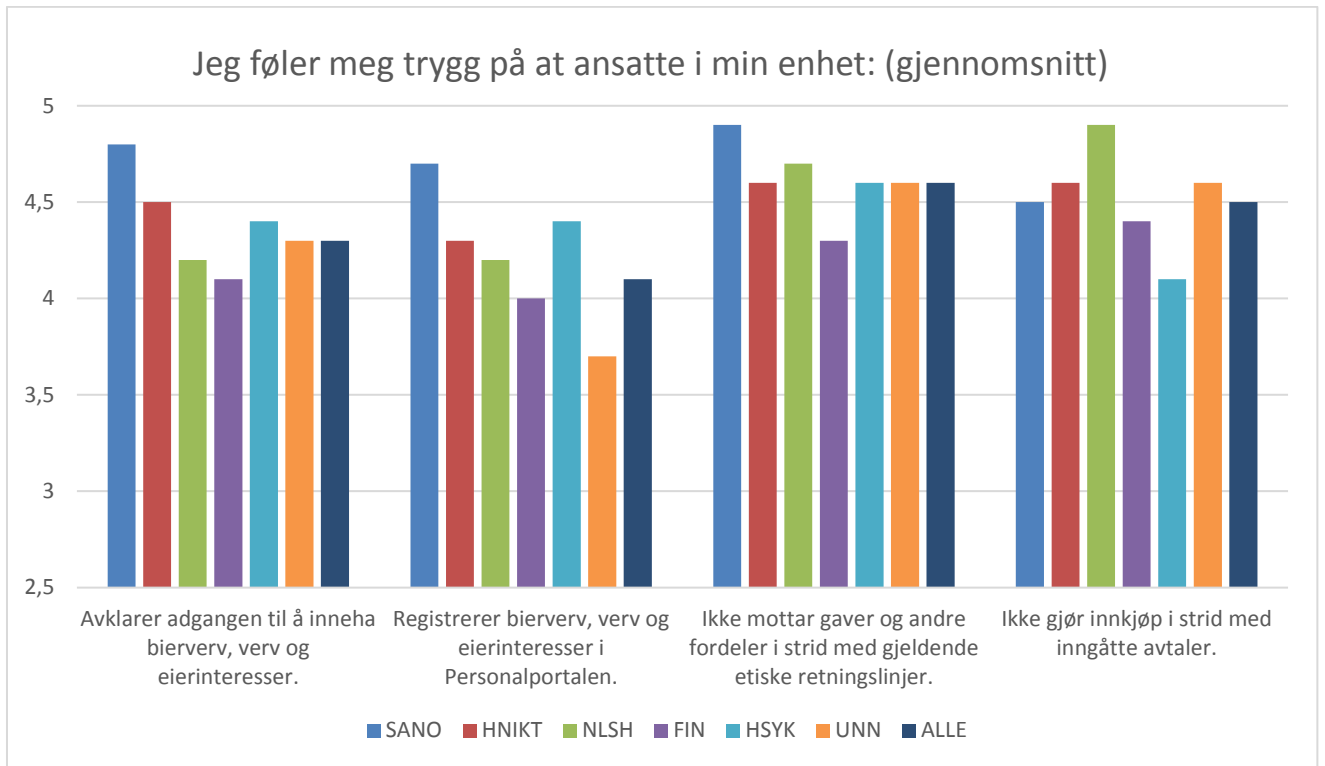
Foretaksnivå



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



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



Vedlegg 2 -

Oversikt over internrevisjonens anbefalinger til helseforetakene

Internrevisjonen har, i rapportene til de enkelte foretak, gitt følgende anbefalinger (tall = anbefalingens nummer i rapporten):

Anbefaling	RHF	SANO	HNIKT	NLSH	FIN	HSYK	UNN
Gjennomføre dokumenterte risikovurderinger som omfatter risiko for misligheter, og beslutte hvordan avdekkede risikoer skal håndteres.	1	1	1	1	1	1	1
Styrke oppfølgingen av at kompetansekrav innfris.	2	2	2	2	2	2	2
Utbedre svakheter i styring og kontroll med ansattes bierverv, verv, eierskap og nærståendeforhold.	3						
Vedta en fullmaktsbeskrivelse som tilfredsstillende kravene i Økonomihåndbok for Helse Nord.						3	3
Sørge for at anvisningsfullmakter følger budsjett-disponeringsansvar, og at delegering og eventuell bemyndigelse av fullmakter signeres og dokumenteres.				3			
Innføre rutiner for skriftlig tildeling av budsjett-disponeringsfullmakter og sørge for at tilgangsstrengte samsvarer med denne tildelingen.			3				
Sørge for fullt samsvar mellom anvisertilganger i Agresso og tildelte budsjett-disponeringsfullmakter.	4	3			3		
Utarbeide en fullstendig oversikt over attestanter og budsjettansvarlige, og etablere rutiner som sikrer at denne oversikten og tilhørende tilgangsstrengte i systemer, til enhver tid er oppdatert.						4	
Oppdatere foretakets rutine for varsling av kritikkverdige forhold slik at denne samsvarer bedre med arbeidsmiljølovens bestemmelser.		4					
Gjennomføre/dokumentere individuelle, konkrete vurderinger opp mot kriteriene i den regionale prosedyren ved tvil om godkjenning av bierverv, verv og eierinteresser.				4	4		
Gjennomføre evalueringer for å fastslå om komponentene i internkontrollopplegget knyttet til mislighetsrisiko er til stede og fungerer.	5	5	4	5	5	5	4

Oppgitte tall viser til anbefalingens nummer i rapporten til det enkelte foretak.