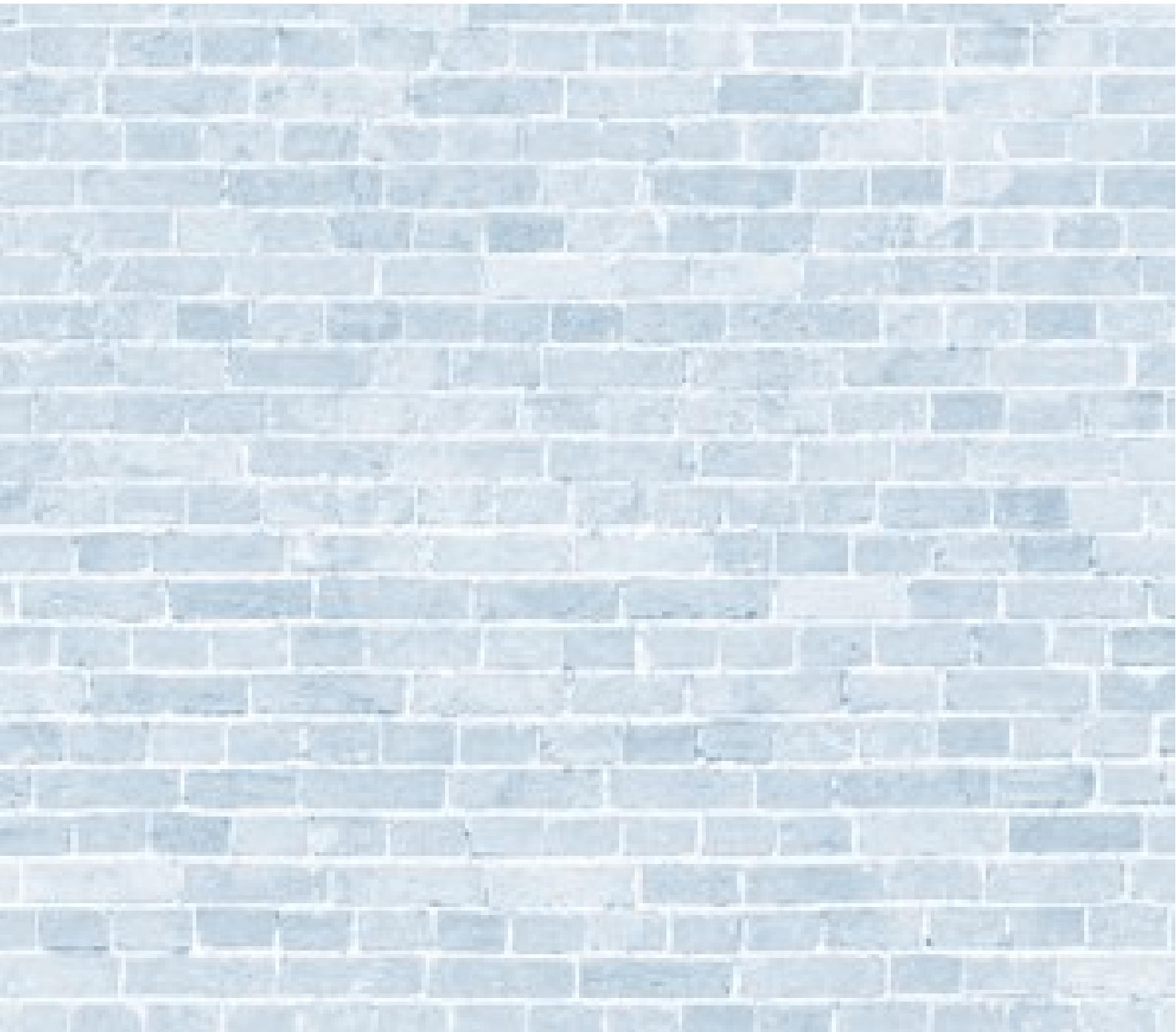


Internrevisjonen

BARRIERAR MOT MISLEGE HANDLINGAR

Helse Vest, september 2026



INNHALD

1	Samandrag	3
2	Innleiing	7
	2.1 Formål og problemstillingar	7
	2.2 Revisjonskriterier og metode	7
3	Fakta	9
	3.1 Risikovurderingar	9
	3.2 Fullmaktsstrukturar	10
	3.3 Varsling	11
	3.4 Kontrolltiltak	13
	3.4.1 Økonomiprosessar - rutinar for fakturahandtering, utbetaling og løn.	13
	3.4.2 Retningslinjer for registrering av bierverv	13
	3.4.3 Innkjøp over og under terskelverdi	14
	3.4.4 Gåver og underhaldning	15
	3.4.5 Sponsing	16
	3.4.6 Samarbeidsavtalar	16
	3.4.7 Tilgangsstyring og systemkontrollar – tilgang til ulike former for sensitiv informasjon	16
	3.4.8 Rekruttering – interessekonflikter og bakgrunnsundersøkingar	17
	3.4.9 Kliniske og logistikkrelaterte prosessar – handtering av legemiddel	17
	3.5 Opplæring og kompetansebygging	17
	3.6 Oppfølging av internkontroll	18
4	Vurderingar og tilrådingar	20
	4.1 Vurderingar	20
5	Vedlegg	24

1 SAMANDRAG

Formålet med internrevisjonen har vore å vurdere om føretaka i Helse Vest har etablert eigna og tilstrekkelege internkontrolltiltak for å førebyggje, avdekkje og handtere mislege handlingar. Revisjonen har vore avgrensa til dei seks tematiske områda risikovurderingar, fullmaktsstruktur, varslings, opplæring, kontrolltiltak og oppfølging av internkontroll. Metodisk er vurderingane baserte på dokumentgjennomgang, intervju med 34 personar på tvers av føretaksgruppa samt testing av utvalde kontrolltiltak knytt til habilitet i anskaffingar.

Internrevisjonen viser at føretaka har etablert mange eigna internkontrolltiltak, særleg i standardiserte økonomiprosessar. Det er også etablert klare fullmaktsstruktur, som i stor grad støttast av etablerte system og er integrert i kjerneprosessane. Samstundes manglar føretaksgruppa ein heilskapleg, systematisk og risikobasert tilnærming, noko som inneber at føretaksgruppa samla sett ikkje har tilstrekkeleg styring og kontroll til å sikre effektiv førebygging, avdekking og handtering av mislege handlingar.

Hovudvurderingar

Internrevisjonen vurderer at føretaka har eit godt fundament gjennom etablerte kontrolltiltak, fullmaktsstruktur og kjerneprosessar. Samstundes er arbeidet med å førebyggje og avdekkje mislege handlingar prega av manglande heilskap, systematikk og risikobasert prioritering – ref PDCA¹. Særleg peikar revisjonen på mangelen på eit samla rammeverk for arbeidet med førebygging, avdekking og handtering av mislege handlingar, inkludert systematiske risikovurderingar (**Plan**), tydelege prioriteringar (**Do**) og formaliserte prosessar for oppfølging og evaluering av internkontrollen (**Check**). Dette avgrensar moglegheitene til å korrigere praksis og forbetre arbeidet (**Act**). Revisjonen trekkjer særleg fram at det ikkje er etablert eit systematisk “etterlevingsprogram” (“compliance program”) i føretaksgruppa. Slike etterlevingsprogram tilrettelegg for ei heilskapleg, strukturert og risikobasert tilnærming for å førebygge, avdekke og handtere mislege handlingar.

Internrevisjonen vurderer at det er etablert relevante internkontrolltiltak for innkjøp over terskelverdi, som blir handterte av Sykehusinnkjøp HF. Gjennomførte stikkprøver av utvalde anskaffingar viser at habilitet er ivareteken i desse prosessane. Samstundes viser testinga manglar i habilitetsvurderingane ved inngåing av avtalar i anskaffingsprosessar der tilsette i føretaka har hatt ansvaret, med bistand frå Sykehusinnkjøp HF.

¹ PDCA (Plan–Do–Check–Act) er ein firestegs forbettringsmodell i ISO-baserte leiingssystem som understøttar god internkontroll ved å sikre strukturert, risikobasert og etterprøvbar oppfølging av tiltak. Stega består av å planleggje mål og tiltak (Plan), gjennomføre (Do), evaluere resultat opp mot mål og krav (Check), og korrigere praksis (Act).

Testing viser også manglande habilitetsvurderingar ved lokale avrop på inngåtte rammeavtalar. Vidare viser testinga at det manglar dokumenterte habilitetsvurderingar i 2 av 3 stikkprøver under terskelverdi som føretaka handterer sjølv. Dette understrekar behovet for å styrke sporbarheit av habilitetsvurderingar.

Det er etablert system og rutinar for registrering av bierverv. Nærstående sine bierverv registrerast for leiargruppene i føretaka. Denne praksisen bør etter vår vurdering utvidast til også å gjelde nøkkelfunksjonar innan blant anna innkjøp, HR og økonomi. Dette underbyggjast av gjennomført relasjonsanalyse som viser eit tilfelle med moglege interessekonfliktar knytt til eigarskap i leverandørar og fire tilfelle knytt til roller og verv hjå leverandørar. 3 av desse 5 relasjonane omhandlar nærstående av slike nøkkelfunksjonar. Internrevisjonen har ikkje grunnlag for å vurdere desse relasjonane. Føretaka bør difor sjølv følgje dette opp. Samstundes viser funna viktigheita av god digital systemstøtte for effektiv avdekking og handtering av interessekonfliktar.

Føretaka har etablert rutinar for varsling og handtering av kritikkverdige forhold. Samstundes viser internrevisjonen at varslingsordninga ikkje er godt nok kjend. Varslingsordninga blir hovudsakeleg oppfatta som eit verktøy for å handtere interne arbeidsmiljøutfordringar, og i liten grad som eit verktøy for å avdekkje økonomiske mislege handlingar.

Tilrådingar

- Etablere systematiske og sporbare (dokumenterte) risikovurderingar knytt til mislege handlingar, integrert i Helse Vest si heilskaplege risikostyring.
- Vurdere å sette eigarskap til eit heilskapleg risikobasert etterlevingsprogram med årshjul for gjennomføring, samt systematisk fokus på førebyggjande og avdekkjande tiltak (ref. IIAs rettleiar for Compliancefunksjonen).
- Styrkje kontrollaktivitetane knytt til førebygging og avdekking av mislege handlingar, til dømes gjennom stikkprøvekontrollar av etterleving og eigenerklæringar om etterleving av sentrale krav som registrering av bierverv.
- Vidareutvikle og styrkje rutinar for habilitet og interessekonfliktar ved å:
 - Utvide registrering av egne og nærstående sine verv og eigarskap
 - Gjennomføre habilitetsvurderingar for anskaffingar under terskelverdi
 - Vurdere anskaffing av digitalt verktøy for sporbar registrering og handtering av interessekonfliktar
- Etablere rutine for obligatorisk registrering av mottekne gåver og underhaldning, slik som lunsjar.
- Etablere rutine for sporbare bakgrunnsundersøkingar og kontrollaktivitetar av sponsormottakar og samarbeidsavtalar.

- Helse Vest RHF bør utarbeide tydelegare retningslinjer for korleis varsling skal handterast i underliggjande føretak.
 - Styrkje varslingsrutinane med tydelegare skildringar av roller og ansvar knytt til undersøking av varslings saker i føretaka
 - Vurdere å etablere varslingsutval i kvart føretak
 - Vurdere å utvide bruken av ekstern varslingskanal, slik at varslarar får høve til å kommunisere direkte med eksternt varslingsmottak, også der varslaren er kjend for mottaket, men ikkje for verksemda
- Vidareutvikle rolle-tilpassa opplæring særskilt innan interessekonfliktar og varsling.



2 INNLEIING

2.1 Formål og problemstillingar

Mislege handlingar og uetisk åtferd kan føre til alvorlege konsekvensar for tillit, ressursbruk og pasientsikkerheit i spesialisthelsetenesta. Effektiv internkontroll er avgjerande for å førebyggje, avdekkje og handtere slike forhold. I denne revisjonen definerast mislege handlingar på same måte som omgrepet mislighet på bokmål:

«enhver forsettlig handling som innebærer svik, fortielse, uærlighet, underslag eller misbruk av eiendeler eller informasjon, forfalskning, eller brudd på tillit. Handlingen er begått av enkeltpersoner eller virksomheter for å oppnå en urettmessig eller ulovlig personlig eller forretningsmessig fordel, for seg selv eller andre.»²

Formålet med revisjonen er å bekrefte om føretaka har etablert eigna og tilstrekkelege internkontrolltiltak for å førebyggje, avdekkje og handtere interne mislege handlingar. Utifrå formålet er det definert følgjande målsettingar for oppdraget:

- Bekrefte at føretaka har gjennomført risikovurderingar som omfattar mislege handlingar.
- Bekrefte at det er etablert klare og etterlevde fullmaktsstrukturar.
- Bekrefte at det finst rutinar for varsling og handtering av kritikkverdige forhold som er kjent og brukt.
- Undersøke om det finst systematisk opplæring og kompetansebygging knytt til etikk og mislege handlingar.
- Undersøke om det er etablert kontrolltiltak som fangar opp mislege handlingar i praksis
- Undersøke om det finst rutinar for oppfølging og evaluering av internkontroll knytt til mislege handlingar.

2.2 Revisjonskriterier og metode

Revisjonskriterier er krav eller forventningar som brukast for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriterier skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak.

² Institute of Internal Auditors (2024).

I dette prosjektet er følgjande kriteriegrunnlag anvendt:

- Økonomihandboka Helse Vest
- Etiske retningslinjer
- Bestemmelser om økonomistyring i staten
- Arbeidsmiljøloven
- Forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta
- Arbeidstilsynet si rettleiing omkring varsling
- Fraud Risk Management Guide, 2023, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO)
- Internkontroll – et integrert rammeverk, 2013, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO)
- ISO 37001 Antikorrupsjon
- ISO 37301 Ledelsessystemer for samsvar

Metodisk har internrevisjonen nytta dokumentgjennomgang, intervju og testing av kontrolltiltak. Vi har også samanlikna føretaksgruppa Helse Vest mot andre verksemder, både i helsesektoren og andre sektorar, samt god praksis innan temaområdet mislege handlingar.

I dokumentanalysen har vi gjennomgått styrande dokumentasjon knytt til området mislege handlingar, mellom anna etikk, fullmaktsmatriser, anskaffingar, habilitet, tilsetjing, varsling og risikostyring. Internrevisjonen har både undersøkt regional og lokal dokumentasjon frå RHF-et og dei lokale føretaka. Alle føretaka fekk likelydande dokumentførespurnad ved oppstart av prosjektet.

Det er gjennomført 15 intervju, med totalt 34 personar. Tre av intervjuene er gjennomført med representantar frå Helse Vest RHF. Vidare er det gjennomført to intervju med kvart av dei seks føretaka (Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde, Helse Stavanger, Helse Vest IKT, Sjukehusapoteka Vest). Internrevisjonen har intervjuet personar i nøkkelroller innan økonomi, HR og kvalitet.

Det er gjennomført stikkprøvebaserte kontrollhandlingar av totalt ni anskaffingar, med tre utvalde anskaffingar frå kvar av føretaka Helse Bergen, Helse Førde og Helse Vest IKT. Formålet har vore å vurdere etterleving av etablerte habilitetsrutinar. Vidare er det gjennomført ei risikobasert kartlegging av tilsette og deira nærståande sine roller, verv og eigarinteresser opp mot føretaka sine leverandørregistre, med særleg vekt på funksjonar og stillingar med ibuande risiko for habilitetskonfliktar. Kartlegginga omfatta totalt 13 personar frå Helse Bergen, 13 frå Helse Førde og 7 frå Helse Vest IKT.

Ei nærare omtale av kriteria, metode, kjelder og testing ligg i rapporten sitt [vedlegg](#).

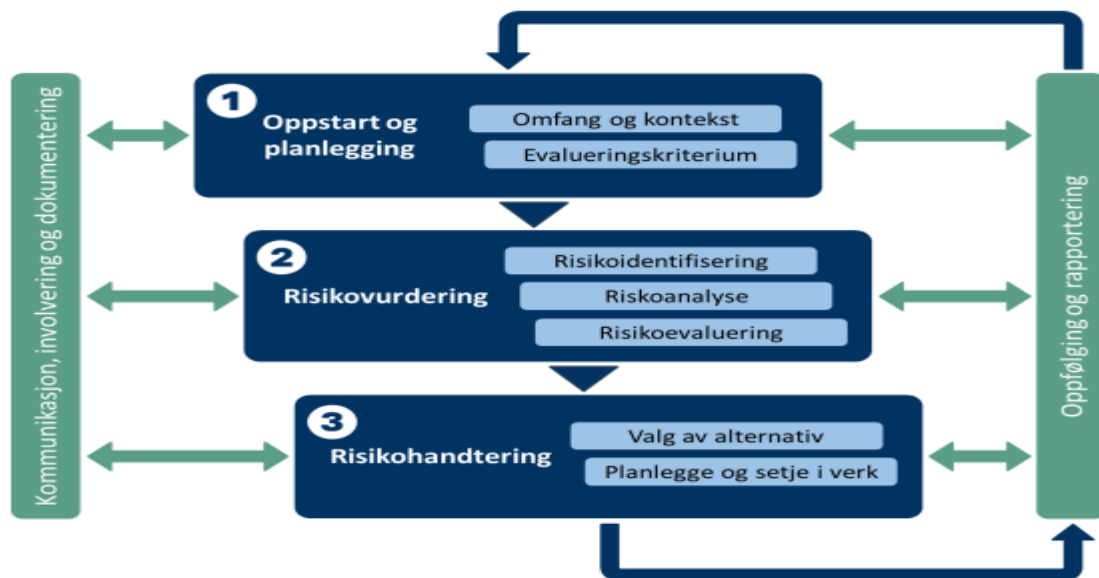
3 FAKTA

I dette kapitlet skildrar vi faktaobservasjonar knytt til internrevisjonen sine seks definerte målsettingar:

- Bekrefte at føretaka har gjennomført risikovurderingar som omfattar mislege handlingar
- Bekrefte at det er etablert klare og etterlevde fullmaktsstrukturar
- Bekrefte at det finst rutinar for varsling og handtering av kritikkverdige forhold som er kjent og brukt
- Undersøke om det finst systematisk opplæring og kompetansebygging knytt til etikk og mislege handlingar
- Undersøke om det er etablert kontrolltiltak som fangar opp mislege handlingar i praksis
- Undersøke om det finst rutinar for oppfølging og evaluering av internkontroll knytt til mislege handlingar

3.1 Risikovurderingar

Det er etablert felles rammer for risikostyringa i føretaksgruppa Helse Vest gjennom *prinsipp og retningslinjer for risikostyring i Helse Vest*. Risikostyringa skal vere ein integrert del av verksemdstyringa, samt eit styringsverktøy som gir ei strukturert tilnærming for å identifisere, vurdere, handtere og kommunisere risiko (sjå figur 1 under).



Figur 1: Helse Vest sin risikostyringsprosess. Henta ifrå prinsipp og retningslinjer for risikostyring i Helse Vest.

Som figuren viser delast risikovurderingsprosessen inn i dei tre fasane oppstart og planlegging, risikovurdering og risikohandtering. Dokumentet viser til at det kan gjennomførast risikovurderingar både på strategisk og operativt nivå. På operativt nivå skal det gjennomførast risikovurderingar regelmessig og når det skjer vesentlege endringar.

Heilskapleg risikostyring er eit prioritert utviklingsområde i Helse Vest. Føretaksgruppa Helse Vest har identifisert topp 5 risikoområde som blir fylgt særskilt opp både i føretaksgruppa og i det enkelte føretak. Det visast på Helse Vest sine heimesider til at formålet med dette er å få betre kontroll over risikostyringa og leggje til rette for styrka samarbeid og læring på tvers av føretaka. Topp 5 risiko for 2024-2026 er nytte av digitalisering, legemiddelområdet, uønskt variasjon og prioritering, behalde og rekruttere medarbeidarar og beredskap.³ Det kjem fram av intervjudata med dei seks føretaka at dette opplevast som ein god start, samstundes som det er potensial for å vidareutvikle risikostyringsprosessen.

Det går fram av intervju med dei seks føretaka at risikoar knytt til mislege handlingar blir i liten grad vurdert eksplisitt og systematisk som ein del av formaliserte risikovurderingar. Samstundes blir risiko for mislege handlingar vurdert i etablerte prosessar innan fagområde som økonomi og innkjøp. Risikoar knytt til mislege handlingar blir i varierende grad vurdert heilskapleg på tvers. Nokre føretak har teke i bruk ansvarskompasset, kor verksemda gjennomfører ei systematisk årleg eigenevaluering på tema som anti-korrupsjon og konkurranseregelverk. Desse områda går også igjen som fokusområde hjå fleire av føretaka. Risikokategoriar knytt til mislege handlingar blir også vurdert operativt innan enkeltområde, til dømes gjennom vurderingar av etablerte kontrollmekanismer og særskilt oppfølging av høgrisikoområde som legemiddelhandtering. Risikoområde knytt til mislege handlingar, som til dømes autoriserte utbetalingar av lønn, blir også vurdert av eksternrevisor.

3.2 Fullmaktsstruktur

Føretaka har etablerte fullmaktsstrukturar, forankra i regionale styringsdokument. Rammeverk for verksemdstyring viser til at verksemda skal ha ein organisasjonsstruktur som reflekterer roller og ansvar. Fullmakter for leiarnivåa skal vere klart definerte.

Fullmaktsstrukturane er operasjonaliserte gjennom lokale rutinar og fullmaktsmatrisar, som fastset beløpsgrenser og type disposisjonar for ulike roller og leiarnivå. Fullmaktsstrukturane blir vurdert regelmessig. Til dømes har fullmaktene for byggjeprojekt blitt stramma inn som fylgje av økonomiske overskridingar. Vidare arbeider fleire av føretaka per tid med å justere organisasjonsstruktur og/eller fullmaktsstruktur. Intervjudata med dei seks føretaka viser at fullmaktsstrukturane i stor grad er implementerte i dei administrative systema som blir nytta i føretaka. Tilgangar til å gjennomføre økonomiske disposisjonar er i hovudsak rollebaserte og knytte til dokumentert ansvar og behov. Systemtilgangar styrast av signert arbeidsavtale, og fjernast automatisk med sluttmelding. Tilgangar styrast i hovudsak gjennom digitale system. For tilgangar der dette ikkje er mogleg er det etablert manuelle oppfølgingsrutinar.

³ Helse Vest (2025).

Systemstøtta kontrollar, slik som automatiske sperrer knytt til beløpsgrenser og rollefordeling, bidreg til å etterleve fullmaktene i praksis. Samstundes viser intervju med dei seks føretaka at det er ulik styrke i fullmaktsstrukturane på tvers av prosessar og aktivitetar. I standardiserte og systemstøtta prosessar, som lønn, framstår fullmaktsstrukturane som tydelege og understøtta av sterke kontrollmekanismar. I mindre standardiserte prosessar, særleg knytt til innkjøp under terskelverdi, er det større variasjon, med mindre grad av formelle kontrollmekanismar. Dette gjev eit større handlingsrom for lokale vurderingar og praksis i prosessutøvinga.

Fullmaktsstrukturane verkar saman med etablerte kontrolltiltak i dei operative prosessane. Eit gjennomgåande prinsipp er at kritiske oppgåver fordelast på fleire roller, slik at enkeltpersonar ikkje har moglegheit til å gjennomføre heile prosessar åleine. Dette er nærare omtalt under kontrolltiltak (kapittel 3.4). Eksternrevisor har gjennom sine kontrollar peika på enkelte svakheiter i systemstøtta knytt til etterleving av fullmaktsstrukturane. Dette gjeld særleg moglegheita til å gjennomføre lønnsjusteringar utan tilstrekkeleg systembasert godkjenning. Det er sette inn korrigierende manuelle tiltak for å bøte på denne svakheita.

Oppfølging og etterleving av fullmaktsstrukturane blir ivareteken gjennom fleire mekanismar. Fullmaktsmatriser og tilgangar blir vurdert som del av leiaroppfølginga og internkontrollaktivitetar. Intervju med dei seks føretaka viser at det er varierende systematikk i dette arbeidet. Eksternrevisor gjennomfører fleire revisjonar og kontrollar knytt til fullmaktsstrukturane. Samstundes viser intervjudata at det i liten grad blir gjennomført systematiske kontrollar av etterleving internt i føretaka, til dømes gjennom stikkprøvekontrollar.

3.3 Varsling

Det er etablert felles regionale varslingsrutinar for føretaksgruppa. *Etiske retningslinjer føretaksgruppa Helse Vest* viser til at ein pliktar å melde frå til leiar om forhold ein blir kjend med som kan påføre pasientar, medarbeidarar, verksemda eller omgivnadane tap eller skade. *Regional retningslinje for varsling om kritikkverdige forhold* definerer varsling, samt skildrar korleis varsel skal takast imot, handsamast og følgjast opp. Eit varsel definerast som ei melding der medarbeidar seier ifrå om kritikkverdige forhold i verksemda. Varsling skal brukast der andre melderutinar ikkje har ført fram, eller ikkje er hensiktsmessige. Med kritikkverdige forhold meinast blant anna handling, unnlating eller praksis som er i strid med rettsreglar eller skriftlege etiske retningslinjer i verksemda, eller andre etiske normer som det er brei tilslutning til i samfunnet.

Varslingsrutinane trekk fram ulike døme på kritikkverdige forhold frå Arbeidsmiljøloven. Dette inkluderer ulike formar for mislege handlingar som korrupsjon eller annan økonomisk kriminalitet som underslag, tjuveri og brot på reglar om konkurranse. I tillegg visast det til myndighetsmisbruk ved utøving av mynde på uforsvarleg måte, usakleg forskjellshandsaming og urimelege avgjersler.

Samstundes viser intervjuet med dei seks føretaka at varslingsordninga i praksis i hovudsak blir nytta av tilsette til å seie ifrå om bekymringar knytt til arbeidsmiljø og personalkonfliktar, og i liten grad til å melde frå om bekymringar knytt til eksempelvis interessekonfliktar og økonomisk kriminalitet. Føretaka har i liten grad historikk på varslings saker knytt til denne type mislege handlingar. Det visast i intervjuet til nokre eksempel på historiske varslings saker som omhandlar økonomisk misleghald og inhabilitet i rekrutteringsprosessar.

Retningslinja viser til at terskel for intern varsling skal vere låg. Varsling skal fortrinnsvis skje i linja til nærmast leiar, med mindre denne er inhabil. Varsling kan også gå til leiarar på høgare nivå eller styret. Det kan vidare varslast til aktørar som verneombod, tillitsvalde og ekstern varslingsformidling. Det er etablert eit *skjema for varsling* om kritikkverdige forhold som retningslinja tilrår å bruke. Mottakar av varsel skal melde varselet vidare til personal- og organisasjonsdirektør/HR-direktør, som sikrar vidare prosess og handtering. Denne vurderer behov for å knytte til seg kompetente ressurspersonar for å sikre forsvarleg sakshandsaming.

Retningslinja opnar for at føretaka kan etablere ressursgrupper for varsling. Intervjudata med dei seks føretaka viser at føretaka ikkje har formalisert dette. Varsel blir i praksis handtert av HR-avdelinga, med bistand frå juridiske funksjonar ved behov for juridisk kompetanse. MOT-avdelinga i Helse Vest RHF hjelper ved behov. Ved komplekse saker blir gjerne ekstern bistand engasjert.

Det er moglegheit til å nytte ekstern varslingskanal, som intervjurespondentane refererer til som «den raude knappen». Varselet går då direkte til eit eksternt advokatfirma. Etablert *rutine for ekstern varslingsformidling* viser til at denne skal brukast ved særleg graverande forhold. Kanalen skal vere eit supplement for dei heilt spesielle sakene der ordinære rutinar ikkje når fram. Den eksterne varslingskanalen mottok varselet, medan Helse Vest RHF handsamar varselet. Varslingskanalen er anonym. Samstundes er det ikkje lagt til rette for at varslaren kan kommunisere kryptert med det eksterne advokatfirmaet. Det er heller ikkje lagt til rette for at varslaren kan kommunisere opent med det eksterne advokatfirmaet (der berre det eksterne advokatfirmaet kjenner identiteten til varslaren).

Intervju med dei seks føretaka viser at kjennskapen til varslingsordninga og korleis ho skal nyttast framstår som avgrensa i delar av føretaksgruppa. I intervjuet er det få som kjenner konkret til korleis eit varsel skal følgjast opp. Intervjuet indikerer også at det er ulik forståing av kva som utgjer eit varsel, og korleis slike saker skal handterast. Varsling blir i mindre grad oppfatta som eit verktøy for å avdekkje mislege handlingar, og meir som ein kanal for å handtere interne arbeidsmiljøutfordringar. Samla indikerer dette at varslingsordninga i avgrensa grad fungerer som ein effektiv avdekkingsmekanisme for mislege handlingar. Manglande kjennskap, uklar forståing og avgrensa bruk indikerer at avdekkingsrisikoen knytt til mislege handlingar er høg, det vil seie at det er låg sannsyn for at forhold avdekkjast. Desse funna indikerer også underrapportering av forhold knytt til mislege handlingar.

Helse Vest gjennomfører ei årleg medarbeidarundersøking («forbedringsundersøkelsen») for heile føretaksgruppa. Undersøkinga har ikkje direkte spørsmål om kunnskap og tillit til varslingsordninga. Samstundes fangar undersøkinga opp ulike tema knytt til varsling, som at nærmaste leiar følgjer opp uønskete hendingar og forbetringsforslag.

3.4 Kontrolltiltak

Intervjudata viser at føretaka har etablert ei rekkje kontrolltiltak for å førebyggje, avdekkje og handtere mislege handlingar. Kontrollsystemet byggjer på ein kombinasjon av manuelle og automatiserte kontrollar. Kontrolltiltaka er i stor grad integrerte i eksisterande prosessar og system innan økonomi, innkjøp, HR og IKT. I dei neste delane blir sentrale kontrolltiltak innanfor ulike prosessar skildra nærmare.

3.4.1 Økonomiprosessar - rutinar for fakturahandtering, utbetaling og løn.

Innan økonomiområdet er det etablert både automatiserte og manuelle kontrollar for økonomiske prosessar som fakturahandtering, utbetaling og løn. Intervjua med dei seks føretaka viser at det gjennomgåande er etablert fire-auge-prinsipp i sentrale økonomiprosessar, der bestilling, godkjenning og utbetaling er delte mellom ulike roller. Automatiserte kontrollar omfattar mellom anna duplikatkontroll av faktura, kontroll av leverandørinformasjon og styring av beløpsgrenser. Endringar i leverandørinformasjon og bankkontonummer er i stor grad sentraliserte til eigne forvaltningsmiljø, med verifikasjon mot eksterne register. I tillegg vert det utført manuelle analysar og stikkprøver. Reiserekningar og utleggsrefusjonar blir kontrollert både av leiar og økonomifunksjon. For særleg risikoutsette område, som handtering av legemiddel, er det etablert lovpålagde teljingar og/eller regelmessige interne kontrollar.

3.4.2 Retningslinjer for registrering av bierverv

Det er etablert felles regionale retningslinjer for bierverv i føretaksgruppa Helse Vest. Retningslinja er obligatoriske og skal etterlevast av alle leiarar og medarbeidarar i føretaksgruppa.

Retningslinja viser til at alle medarbeidarar skal registrere og få godkjent bierverv i tråd med gjeldande retningslinjer. Bierverv definerast som arbeid som medarbeidar tek på seg i tillegg til stillinga i føretaket. Dette omfattar sjølvstendig næringsverksemd eller arbeid for anna offentleg eller privat verksemd, enkeltstående oppdrag og eigarinteresser og styreverv. Retningslinja legg vekt på at også arbeidsforhold ved høgskular og universitet skal registrerast og godkjennast.

Alle føretak skal ha oversikt over medarbeidarane sine bierverv. Leiar skal ha oversikt over medarbeidarane sine bierverv og sikre at det ikkje ligg føre bierverv som er i strid med retningslinjene. Bierverv skal registrerast i Biervervmodulen i økonomisystemet.

Leiarar har tilgang på rapportar som gir oversikt over bierverv. Etter at biererv er registrert skal arbeidsgivar gjere ei sakleg og individuell vurdering av den konkrete førespurnaden. Intervjua viser at det er usikkerheit knytt til om bierverv blir registrert i tråd med retningslinja.

Registreringa er hovudsakeleg avgrensa til eigne bierverv. Med unntak av leiargruppene (leiarar på nivå 1 og 2) og styra i føretaka blir ikkje nærståande sine bierverv og interesser kartlagt. Desse registrerer årleg eigne og nærståande sine bierverv gjennom ei årleg rapportering styrt av det enkelte føretak sin økonomifunksjon. Systemet for registrering av bierverv er lite eigna til å automatisk avdekkje interessekonfliktar, då det ikkje er integrert med øvrige system som til dømes leverandørregister.

Gjennomført relasjonsanalyse av 33 tilsette og deira nærståande sine verv og eigarinteresser opp leverandørregisteret viser eit tilfelle med moglege interessekonfliktar knytt til eigarskap i leverandørar og fire tilfelle knytt til roller og verv hjå leverandørar. 2 av 5 relasjonar omhandlar tilsette og 3 av 5 nærståande av slike nøkkelfunksjonar. Internrevisjonen har ikkje grunnlag for å vurdere desse relasjonane. Føretaka bør difor sjølv følgje dette opp. I tillegg har føretaka etablert eigne rutinar knytt til interessekonfliktar og habilitet. Dette omfattar både lokale etiske retningslinjer som byggjer på Helse Vest sine etiske retningslinjer, i tillegg til eigne rutinar knytt til område som gåve og sponsing.

3.4.3 Innkjøp over og under terskelverdi

Innkjøpsområdet er eit sentralt risikoområde, og det er etablert fleire internkontrolltiltak knytte til både gjennomføring av anskaffingar og oppfølging av leverandørar. Føretaksgruppa har etiske retningslinjer for innkjøp, som for tida er under revisjon, og dei einskilde føretaka har i tillegg etablert eigne utfyllande retningslinjer. Det er vidare etablert retningslinjer for oppretting og endring av leverandørar i økonomisystemet. Helse Vest har også etablert arbeidsprosessar for bestilling og attestasjon av varer og tenester. Arbeidsprosessane byggjer på prinsipp om rolleskilje og kontroll, og legg til grunn at fire-augers-prinsippet skal etterlevast gjennom heile prosessen.

Over terskelverdi

Anskaffingar over terskelverdi blir handtert av Sykehusinnkjøp HF. Terskelverdien er per i dag 100 000 kr eks. mva. Denne nedre terskelverdien for anskaffingsregulverket sitt verkeområde hevast til 500.000 kr eks. mva. 1. juli 2026. Samarbeid og arbeidsfordeling er regulert av felles samarbeidsavtale mellom Sykehusinnkjøp HF og dei regionale helseføretaka. Sykehusinnkjøp HF har etablert eigne dokumenterte anskaffingsprosessar, med tilhøyrande kontrolltiltak. Mellom anna blir det henta inn habilitetserklæringar frå alle som er involvert i ei anskaffing. Habilitetserklæringa fylgjer ein fast mal, som inkluderer erklæringar knytt til eigen og nærståande sin habilitet samt eigarinteresser og andre forhold som kan svekke habiliteten. Nærståande definerast som personar med ein nær personleg tilknytning til, gjennom slektskap, vennskap, ekteskap mv. Erklæringa kartlegg også deltaking i kliniske studiar og forskingsstøtte finansiert av firma samt konferansar og kongressar arrangert av leverandør.

Anskaffingane handtert av Sykehunsinnkjøp HF blir av intervjurespondentane vurderte å ha relativt låg risiko for mislege handlingar. Dette støttast av gjennomført testing, kor habilitet er ivaretekne i anskaffingar handtert av Sykehusinnkjøp HF. Samstundes viser testinga at det er mangelfulle habilitetsvurderingar ved inngåing av avtalar frå tilsette i føretaka i anskaffingsprosessar gjennomført med bistand frå Sykehusinnkjøp HF. Testing viser også at ikkje gjennomførast eigne habilitetsvurderingar ved lokale avrop på inngåtte rammeavtalar.

Under terskelverdi

For innkjøp under terskelverdi der det ikkje er etablert avtalar/gjennomført anskaffelsar i regi av Sykehusinnkjøp, som i hovudsak blir gjennomført lokalt i føretaka, er kontrollregimet svakare. Intervjua med dei seks føretaka syner at habilitet i liten grad blir kartlagt og dokumentert i desse anskaffingane. Vidare er desse anskaffingane i liten grad standardiserte og dokumenterte, noko som gjev auka handlingsrom og dermed høgare risiko for mislege handlingar. Gjennomført viser at det manglar dokumenterte habilitetsvurderingar i 2 av dei totalt 3 anskaffingane under terskelverdi.

Føretaka arbeider med å styrkje avtalelojaliteten, noko som vert vurdert som eit viktig tiltak for å redusere risiko i innkjøpsprosessane. Avtalelojalitet kan definerast som kor mykje av kjøpa som føretaka utfører som blir gjennomført på inngåtte avtalar. Samstundes varierer graden av avtalelojalitet mellom føretaka. Nokon ligg på rundt 60%, medan andre ligg på mellom 80-90%.

3.4.4 Gåver og underhaldning

Personalhandboka for Helse Vest RHF inneheld prosedyrar knytt til gåver. Medarbeidarar skal verken direkte eller indirekte ta imot betaling, gåver, reiser, opphald eller andre fordelar frå verksemda sine forretningsforbindelsar når dette ikkje er i samsvar med anerkjend forretningsmessig omtanke, ikkje er av beskjedne omfang med omsyn til verdi og hyppigheit, ikkje kan sjåast som passande med omsyn til tid og stad eller av andre årsaker kan tenkjast å påverke vedkommande si opptreden på vegne av verksemda.

Krav til måltid som lunsjar betalt av eksterne partar som legemiddelselskap er ikkje tydeleg skildra i føretaka sine interne retningslinjer. Samstundes viser samarbeidsavtale med legemiddelindustrien (LMI) punkt 3.6 til at «nøktern bespisning i forbindelse med faglege arrangement tillates». Måltid er også framheva som eit dilemma i Sykehusinnkjøp sin dilemmasamling⁴. Her visast det til at servering kombinert med fagleg påfyll vurderast som greitt dersom det gjennomførast på ein nøktern måte. Det er ikkje etablert system og rutinar for registrering av gåver og underhaldning. Dette inneberer at det manglar sporbarheit knytt til særleg mottekne gåver og underhaldning.

⁴ Sykehusinnkjøp HF (2024).

3.4.5 Sponsing

Personalhandboka for Helse Vest RHF inneheld prosedyrar knytt til sponsing. Alle førespurnadar om sponsing skal leggjast fram for administrerande direktør/styret i verksemda, som avgjer om sponsinga skal godkjennast. Verksemda kan definere formål for bruk av midlane. Alle førespurnadar om sponsormidlar skal opp i styret.

Det blir ikkje gjennomført habilitetsvurderingar av medarbeidarar involvert i godkjenning av sponsormottakar. Vidare er det ikkje etablert krav til bakgrunnsundersøkingar og oppfølging av sponsormottakar for å verifisere at midlane blir brukt til dei aktivitetane dei er meint for.

3.4.6 Samarbeidsavtalar

Helse Vest RHF har inngått samarbeidsavtalar med legemiddelindustrien (LMI) og bransjeorganisasjonen for medtek og lab (Melanor). Avtalane etablerer rammer for samarbeid mellom føretaka i Helse Vest og medlemsbedriftene i organisasjonane. Dei regulerer mellom anna kompetanseheving, gåver og honorar, kurs og konferansar, og gir føringar for korleis leverandørar og medarbeidarar skal opptre i samhandling innanfor desse områda.

Det blir ikkje gjennomført eigne habilitetsvurderingar av medarbeidarar som deltek i godkjenning av samarbeidsavtalane. Internrevisjonen vurderer at dette må sjåast i samheng med at avtalane i hovudsak er overordna rammeavtalar som regulerer samhandling og åtferd, og i liten grad inneber enkeltstående disposisjonar eller avgjerder som tilseier særskild habilitetsrisiko. Risiko knytt til habilitet vil i større grad vere aktuell ved konkrete samarbeidsaktivitetar, avtaleinngåingar eller andre disposisjonar som blir gjennomførte innanfor rammene av avtalane.

3.4.7 Tilgangsstyring og systemkontrollar – tilgang til ulike formar for sensitiv informasjon

Tilgang til system og kritiske funksjonar er i stor grad basert på rollebasert tilgangsstyring. Det er etablert loggfunksjonalitet og sporbarheit i fleire system, som økonomisystem og pasientjournalssystem. I enkelte tilfelle vert det gjennomført kontrollar av bruk av tilgangar, til dømes ved mistanke om urettmessig innsyn i pasientdata. Intervjudata viser likevel at det er variasjon i kor systematisk tilgangar blir gjennomgått og reviderte. Fleire peikar på behov for meir regelmessig og strukturert kontroll av tilgangar, særleg i system med tilgang til sensitiv informasjon.

Intervjua med alle seks føretaka syner at føretaka har eit bevisst forhold til prissensitiv informasjon. Dette blir i aukande grad skjerma gjennom tekniske løysingar og tilgangsstyring. Det er også etablert rutinar for handtering av kontraktar og dokumentasjon med avgrensa tilgang.

3.4.8 Rekruttering – interessekonflikter og bakgrunnsundersøkingar

Rekrutteringsprosessane er i stor grad standardiserte og omfattar bakgrunns- og referansesjekkar av kandidatar. For stillingar med særskilt ansvar blir det gjennomført utvida kontrollar, til dømes knytt til autorisasjon og bakgrunn. Rekrutteringssystemet inneheld funksjonalitet der leiar skal vurdere sin eigen habilitet som ein del av den standardiserte rekrutteringsprosessen. Medan internrevisjonen har blitt gjennomført har det blitt avdekkja brot på dei interne rutine gjennom at ein legestudent hadde vakter som legehospitant ved eit sjukehus utan autorisasjon. Saka har blitt fylgt opp både på regionalt og lokalt nivå, og rutine har blitt revidert i alle føretaka for å redusere sannsyn for gjentaking av slike saker.

3.4.9 Kliniske og logistikkrelaterte prosessar – handtering av legemiddel

I delar av verksemda er det etablert særskilte kontrolltiltak som følgje av regulatoriske krav, til dømes innan handtering av legemiddel. Dette omfattar blant anna teljingar, lagerkontrollar og avviksrutinar. Slike kontrolltiltak blir gjennomført regelmessig og er tett integrerte i drifta.

3.5 Opplæring og kompetansebygging

Intervjudata med dei seks føretaka viser at det etablert fleire relevante førebyggjande opplæringstiltak, irekna onboarding for nytilsette og opplæringsprogram for leiarar og tillitsvalde. Her blir fleire relevante element for å førebyggje mislege handlingar, som habilitet og etiske retningslinjer, dekt. Det er også etablert obligatoriske kurs som tilsette skal gjennomføre etter definert frekvens. Desse kursa omhandlar tema som informasjonssikkerhet, avvikshandtering og pasienttryggleik. Innan enkelte fagområde, som økonomi og innkjøp, blir det gjennomført målretta kompetanseheving for tilsette i nøkkelroller gjennom faglege nettverk og samlingar.

Som en del av samarbeidsavtalane mellom dei regionale helseføretaka, legemiddelindustrien (LMI) og bransjeorganisasjonen for medtek og lab (Melanor) er det etablert eit e-læringskurs⁵ med mål om å bidra til ei felles oppfatning og praktisering av avtalane. Kurset presenterer avtaleverket, med fokus på mottak av gåver, invitasjon til kurs og dekking av reiseutgifter. Kurset skildrar også verktøyet dilemmasirkelen, med dilemmatrening for ulike problemstillingar knytt til samarbeid mellom helseføretak og leverandørar. Sykehusinnkjøp HF har også laga ei dilemmasamling⁶ med oversikt over ulike etiske problemstillingar og råd om korleis desse bør løysast. Problemstillingane omhandlar blant anna invitasjonar, gåver, konferansar, faglege arrangement, sponing og dekking av kostnader.

Samstundes viser intervju at det ikkje er etablert systematisk og målretta opplæring innan temaområdet mislege handlingar. Fleire intervjurespondentar peikar på behov for å styrkje

⁵ Samarbeidsavtale med Melanor og LMI (udatert).

⁶ Sykehusinnkjøp HF (2024).

opplæringa innan mislege handlingar. Anti-korrupsjon blir trekt fram som eit konkret område kor kompetansenivået er for lågt.

3.6 Oppfølging av internkontroll

Intervjua viser at føretaka har etablert fleire strukturar for oppfølging av internkontrollen som ein integrert del av verksemdstyringa. Dette omfattar mellom anna månadleg og årleg rapportering, styringsdialog og oppfølging av funn frå revisjonar. Samstundes er oppfølginga av internkontrollen knytt til mislege handlingar i liten grad systematisert og formalisert. Fleire intervjurespondentar peikar på at vurderingar av mislegheitsrisiko blir gjennomført, utan at det er etablert eigne strukturerte prosessar eller faste evalueringar slik det blir gjort innanfor andre område.

Som tidlegare skildra har nokre føretak implementert Ansvarlighetskompasset⁷. Verktøyet er utvikla av Norges kontaktpunkt for ansvarleg næringsliv for å gje verksemdar eit oversiktsbilete knytt til arbeidet med ansvarleg næringsliv. Ansvarlighetskompasset omfattar blant anna strukturerte prosessar for fastsetting, oppfølging og evaluering av tiltak innan definerte temaområde. Anti-korrupsjon, som utgjer ei form for misleg handling, er eit av desse definerte temaområda.

Den løpande overvakinga av internkontrollen knytt til mislege handlingar skjer i hovudsak gjennom prosessbaserte kontrollar og systemstøtte. Dette inkluderer fire-auge prinsipp i økonomi- og innkjøpsprosessar, fullmaktsstrukturar og systemstøtte for godkjenning samt tilgangsstyring og sporbarheit i system. I tillegg blir det nytta indikatorar og styringsdata, til dømes avtalelojalitet, som gir indikasjonar på etterleving og risiko.

Sjukehusapoteka Vest, som er ein del av ein velregulert bransje med strenge krav, har etablert eit system med interne revisjonar (andrelinjekontrollar) som ein del av kvalitetssystemet og internkontrollen. Revisjonane blir gjennomførte etter ein årleg revisjonsplan, der tema blir prioriterte basert på risikovurderingar. Planen omfattar både fagrevisjonar innanfor sentrale verksemdsområde og generelle tema. Revisjonane rettar seg særleg mot område med høg risiko. Fleire tema er direkte relevant knytt til mislege handlingar, som handtering av legemiddel. Funn

⁷ Norges kontaktpunkt for ansvarlig næringsliv (udatert).

blir registrert i avvikssystemet, og tiltak fylgjast systematisk opp. Revisjonsresultata inngår vidare i løpande styring og rapportering til både leiing og styre.⁸

Intervjudata viser at erfaringar frå avvik og varslingsaker blir nytta i forbetringsarbeidet, men at denne læringa i stor grad skjer lokalt og i mindre grad systematisk på tvers av føretaka. Erfaringsdeling skjer i nokon grad gjennom leiarlinjer og faglege fora, men denne læringa framstår som hendingsbasert og ad hoc-prega, til dømes i samband med identifisert sak knytt til identifiserte svakheiter i kontrolltiltaka innan rekrutteringsprosessane.

⁸ Det er viktig å understreke at sjukehusføretaka òg gjennomfører omfattande interne revisjonar. Kvalitetsavdelingane deira gjer eit viktig arbeid med å sikre pasientsikkerheita i ein uføreseieleg klinisk kvardag, der dei særleg må handtere risiko og lære av avvik i etterkant. Sjukehusapoteka har ei anna tilnærming på grunn av rolla si innan legemiddeltilvirking. Dei er underlagde strenge industrielle regelverk (GMP) som krev ein høg grad av proaktivitet. Der sjukehusa må handtere akutte pasientforløp løpande, må apoteka fange opp og fjerne all risiko proaktivt før produktet i det heile når pasienten.

4 VURDERINGAR OG TILRÅDINGAR

4.1 Vurderingar

Formålet med revisjonen har vore å bekrefte om føretaka har etablert eigna og tilstrekkelege internkontrolltiltak for å førebyggje, avdekkje og handtere interne mislege handlingar. AFCE⁹ estimerer at verksemdar mister rundt 5% av årleg omsetning til mislege handlingar. Den same undersøkinga viser til manglande eller overstyrt internkontroll som den mest utbreidde årsaka til mislege handlingar i ei analyse av over 300 globale svindelsaker. Det er dermed avgjerande at føretaksgruppa Helse Vest har etablert ein effektiv internkontroll for å førebyggje, avdekkje og handtere mislege handlingar.

Internrevisjonen viser at føretaka har etablert mange eigna internkontrolltiltak, særleg i økonomiske kjerneprosessar. Det er også etablert klare fullmaktsstrukturar, som i stor grad støttast av etablerte system og er integrert i kjerneprosessane. Samstundes viser internrevisjonen manglande heilskap og systematikk i arbeidet med å førebyggje, avdekkje og handtere mislege handlingar i føretaksgruppa. PDCA-modellen bidreg til heilskap og systematikk i internkontrollen ved at arbeidet blir organisert som ein kontinuerleg syklus der aktivitetane plan, do, check og act byggjer på kvarandre¹⁰.

Internrevisjonen vurderer at desse elementa i liten grad heng saman innanfor temaområdet mislege handlingar. For det første gjennomfører ikkje føretaka systematiske og sporbare heilskaplege risikovurderingar innan temaområdet mislege handlingar (**Plan**). Dette medfører at arbeidet i for liten grad blir risikobasert med tydeleg prioritering av tiltak og effektmåling av desse. For det andre er ikkje roller og ansvar tydeleg fordelt. Det er også identifisert eit forbetningsområde knytt til koordinering både mellom ulike funksjonar i føretaka og mellom føretaka i føretaksgruppa. Dette reduserer kvaliteten i gjennomførte tiltak (**Do**). For det tredje manglar føretaka rammeverk og prosessar for systematisk oppfølging av internkontrollen (**Check**). Det er liten grad av formalisert læring, evaluering og overvaking. Dette avgrensar moglegheitene til å korrigere praksis og forbetre arbeidet (**Act**). I tillegg manglar det styringsdokument, årshjul og andre støtteverktøy som legg til rette for systematiske prosessar i oppfølginga av arbeidet med førebygging, avdekking og handtering av mislege handlingar.

⁹ AFCE (2024).

¹⁰ PDCA (Plan–Do–Check–Act) er ein firestegs forbetningsmodell i ISO-baserte leiingssystem som understøttar god internkontroll ved å sikre strukturert, risikobasert og etterprøvbar oppfølging av tiltak. Stega består av å planleggje mål og tiltak (Plan), gjennomføre (Do), evaluere resultat opp mot mål og krav (Check), og korrigere praksis (Act).

Revisjonen vil særleg trekkje frem at det ikkje er etablert eit systematisk “etterlevingsprogram” (“compliance program”) i føretaksgruppa. Slike etterlevingsprogram legg til rette for ei heilskapleg, strukturert og risikobasert tilnærming for å førebygge, avdekke og handtere mislege handlingar og regelbrot i verksemda. Internrevisjonen tilrår å sjå til IIA sin rettleiar for Compliancefunksjonen. Denne rettleiaren har som formål å skildre god praksis for arbeid med compliance uavhengig av bransje, regelverk og størrelse på organisasjon. Rettleiaren skildrar også korleis verksemdar bør innrette og tilnærma seg for å etablere hensiktsmessig og tilstrekkeleg styring på området for etterleving av lover og reglar.

Internrevisjonen vurderer at det er etablert internkontrolltiltak for anskaffingar over terskelverdi, som handterast av Sykehusinnkjøp HF. Gjennomførte stikkprøver av utvalde anskaffingar viser at habilitet har vore ivaretekne i desse anskaffingane. Samstundes viser testinga at det er mangelfulle habilitetsvurderingar ved inngåing av avtalar frå tilsette i føretaka i anskaffingsprosessar med bistand frå Sykehusinnkjøp HF. Testing viser også manglande habilitetsvurderingar ved lokale avrop på inngåtte rammeavtalar. Vidare viser testinga at det manglar dokumenterte habilitetsvurderingar i 2 av 3 anskaffingar under terskelverdi som føretaka handterer sjølv. Dette tyder på at det er svak sporbarheit av habilitetsvurderingar og svake internkontrolltiltak i innkjøp under terskelverdi.

Det er etablert system og rutinar for registrering av bierverv. Nærståande sine bierverv registrerast for leiargruppene i føretaka. Denne praksisen bør etter internrevisjonen si vurdering utvidast til også å gjelde nøkkelfunksjonar innan blant anna innkjøp, HR og økonomi. Dette underbyggjast av gjennomført relasjonsanalyse som viser eit tilfelle med moglege interessekonfliktar knytt til eigarskap i leverandørar og fire tilfelle knytt til roller og verv hjå leverandørar. 3 av desse 5 relasjonane omhandlar nærståande av slike nøkkelfunksjonar. Internrevisjonen har ikkje grunnlag for å vurdere desse relasjonane. Føretaka bør difor sjølv følgje dette opp. Samstundes viser funna viktigheita av god digital systemstøtte for effektiv avdekking og handtering av interessekonfliktar.

Det er ikkje etablert system og rutinar for registrering av gåver og underhaldning. Dette inneberer at det manglar sporbarheit knytt til særleg mottekne gåver og underhaldning, slik som lunsjar spandert av legemiddelselskap og andre eksterne. Det er også manglar knytt til sporbare bakgrunnsundersøkingar og kontrollaktivitetar av sponsormottakar og samarbeidsavtalar.

AFCE-undersøkinga viser at 43% av dei undersøkte svindelsakene blei avdekka gjennom varsling. For å avdekke mislege handlingar er det dermed avgjerande med effektive, kjende og tillitsbaserte varslingsordningar. Internrevisjonen viser at det er etablert rutinar for varsling og handtering av kritikkverdige forhold. Samstundes viser internrevisjonen at varslingsordninga ikkje er godt nok kjend i føretaka, særleg rutinane for korleis varsling i praksis blir fylgt opp. Varslingsordninga blir også i liten grad oppfatta som eit verktøy for å avdekke mislege handlingar knytt til tema som underslag, interessekonfliktar, korrupsjon og deling av prisinformasjon.

Varsling blir hovudsakeleg oppfatta som eit verktøy for å handtere interne arbeidsmiljøutfordringar. Dette støttast av føretaka sin historikk frå varslings saker, som hovudsakeleg omhandlar arbeidsmiljø. Samla indikerer dette at varslingsordninga i avgrensa grad fungerer som ein effektiv avdekkingsmekanisme for mislege handlingar, med høg avdekkingsrisiko og underrapportering.

Internrevisjonen har også avdekkja fleire svakheiter i dei etablerte varslingsrutinane. For det første vurderer internrevisjonen at det er ein svakheit i varslingsystemet at varslar ikkje har høve til å kommunisere direkte med eksternt varslingsmottak. I dei fleste saker er dette ikkje nødvendig, men i krevjande saker knytt til mislege handlingar vil dette gjerne vere viktig for å sikre god informasjonsinnhenting samstundes som varslar kan bevare anonymitet ovanfor eigen arbeidsgjevar. For det andre er det potensial for å tydeleggjere roller og ansvar knytt til undersøking av varslings saker.

Tilrådingar

- Etablere systematiske og sporbare (dokumenterte) risikovurderingar knytt til mislege handlingar, integrert i Helse Vest si heilskaplege risikostyring.
- Vurdere å sette eigarskap til eit heilskapleg risikobasert etterlevingsprogram med årshjul for gjennomføring, samt systematisk fokus på førebyggjande og avdekkjande tiltak (ref. IIAs rettleiar for Compliancefunksjonen)¹¹.
- Styrkje kontrollaktivitetane knytt til førebygging og avdekking av mislege handlingar, til dømes gjennom stikkprøvekontrollar av etterleving og egenerklæringar om etterleving av sentrale krav som registrering av bierverv.
- Vidareutvikle og styrkje rutinar for habilitet og interessekonfliktar ved å:
 - o Utvide registrering av eigne og nærstående sine verv og eigarskap¹²
 - o Gjennomføre habilitetsvurderingar for anskaffingar under terskelverdi
 - o Vurdere anskaffing av digitalt verktøy for sporbar registrering og handtering av interessekonfliktar¹³
- Etablere rutine for obligatorisk registrering av mottekne gåver og underhaldning, slik som lunsjar.
- Etablere rutine for sporbare bakgrunnsundersøkingar og kontrollaktivitetar av sponsormottakarar og samarbeidsavtalar.

¹¹ Eigarskap til compliance-program blir vanlegvis sett til ein «Compliancefunksjon». Denne blir organisert forskjellig frå verksemd til verksemd. Nokre verksemder har eigne etterlevingsavdelingar, medan andre verksemder plasserer dette ansvaret til nøkkelfunksjonar i økonomi, juridisk eller HR. God praksis er at Compliancefunksjonen er organisert i andrelinja og rapporterer på etterlevingsprogrammet direkte til administrerende direktør med parallell uavhengig rapportering til Styret i føretaket, med ei årleg evaluering.

¹² Per i dag registrerast nærstående for leiargruppene i helseføretaka. Denne praksisen bør utvidast til også å gjelde nøkkelfunksjonar innan blant anna innkjøp, HR og økonomi.

¹³ Slike verktøy innehar funksjonalitet som koplar informasjonen mot andre datakjelder som leverandørregister og gir automatisk varsling ved krysstreff mellom slike datakjelder (til dømes om tilsett er involvert i anskaffingsprosess mot leverandør kor interessekonflikt er registrert).

- Helse Vest RHF bør utarbeide tydelegare retningslinjer for korleis varsling skal handterast i underliggjande føretak.
 - Styrkje varslingsrutinane med tydelegare skildringar av roller og ansvar knytt til undersøking av varslingsaker i føretaka
 - Vurdere å etablere varslingsutval i kvart føretak¹⁴
 - Vurdere å utvide bruken av ekstern varslingskanal, slik at varslarar får høve til å kommunisere direkte med eksternt varslingsmottak, også der varslaren er kjend for mottaket, men ikkje for verksemda¹⁵
- Vidareutvikle rolle-tilpassa opplæring særskilt innan interessekonfliktar og varsling.

¹⁴ God praksis tilseier at eit varslingsutval består av tre deltakarar frå juridisk og HR, eventuelt også ein representant frå økonomi.

¹⁵ I varslingsaker knytt til mislege handlingar, kor varslar fort kan vere bekymra for å stå fram internt, vil dette vere eit viktig verktøy for å få fram nødvendig informasjon om saka.

5 VEDLEGG

Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegne av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Det gjer vi i samsvar med dei internasjonale standardane for profesjonell utøving av internrevisjon, slik dei er fastsett av [IIA](#). Les meir på [Helse Vest](#).

Internasjonal definisjon av internrevisjon: "Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningstjeneste, som har til formål å tilføre verdi og forbedre virksomheten. Gjennom en systematisk og strukturert fremgangsmåte bidrar internrevisjon til at virksomheten når sine mål. Fremgangsmåten går ut på å vurdere og forbedre prosessene for virksomhetsstyring, risikostyring og kontroll, med fokus på å gjøre dem målrettede og virkningsfulle."

Revisjonskriterier

Revisjonskriteria er krav eller forventningar som revisjonen bruker for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriteria skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet er følgjande kriterium anvende:

1. Risikovurderingar

- Gjennomføre systematiske og dokumenterte risikovurderingar som omfattar risiko for mislege handlingar, til dømes økonomisk kriminalitet, korrupsjon, misbruk av midlar og brot på habilitetsreglar (COSO Fraud Risk Management / COSO internkontroll)
- Ha risikovurderingar som er tilpassa verksemda si storleik, eigenart, risiko og vesentlegheit, og som blir oppdaterte jamleg eller ved vesentlege endringar (Bestemmelser om økonomistyring i staten pkt. 2.4, forskrift om leiging og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 5 og § 6)
- Forankre risikovurderingane i leinga og nytte dei som grunnlag for prioritering av kontrolltiltak (Bestemmelser om økonomistyring i staten, COSO Internkontroll)
- Tydeleg definert risiko-toleranse på toppleiarnivå som er godt kommunisert ut i organisasjonen (God praksis)

2. Fullmaktsstruktur

- Sikre tydeleg og formaliserte fullmakter, roller og ansvar, inkludert økonomiske disposisjonsfullmakter (Bestemmelser om økonomistyring i staten / COSO Internkontroll)
- Sikre formålstenleg arbeidsdeling (segregation of duties) for å redusere risikoen for mislege handlingar (COSO internkontroll / COSO Fraud Risk Management)
- Ha rutinar som sikrar at fullmaktsstrukturane er kjende, forståtte og etterlevde i praksis. (Bestemmelser om økonomistyring i staten)
- Jamleg gjennomgå og oppdatere fullmakter ved organisatoriske endringar (Forskrift om leiging og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 6)

3. Varsling og handtering av kritikkverdige forhold

- Dokumenterte og tilgjengelege rutinar for varsling om kritikkverdige forhold, inkludert mistanke om mislege handlingar (Arbeidsmiljøloven kap 2A, Arbeidstilsynets veiledning, COSO Fraud Risk Management / COSO Internkontroll)
- Sikre at varslingsordninga er kjend blant tilsette og relevante eksterne (COSO Fraud Risk Management Guide)
- Etablerte rutinar for forsvarleg mottak, handsaming, oppfølging og dokumentasjon av varsel. (Arbeidsmiljøloven kap 2A, Arbeidstilsynets veiledning, Forskrift om leiging og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta §§ 7–9)
- Måle kunnskap om og tillit til varslingsordninga blant tilsette og innleigde som del av periodiske medarbeidarundersøkingar (God praksis)

4. Opplæring og kompetanse

- Gjennomføre systematisk opplæring og kompetansebygging innan etikk og førebygging av mislege handlingar (Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 6 bokstav f / COSO Fraud Risk Management, ISO 37301, ISO 37001)
- Tilpasse opplæringa til ulike roller, ansvar og risikoutsette funksjonar. (COSO Internkontroll, ISO 37301, ISO 37001)
- Sikre at opplæringa er regelmessig, dokumentert og oppdatert. (Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta, ISO 37301, ISO37001)

5. Kontrolltiltak som fangar opp mislege handlingar

- Etablere hensiktsmessige førebyggjande og avdekkjande kontrolltiltak retta mot identifiserte mislegrisikoar (COSO Fraud Risk Management Guide / COSO Internkontroll)
- Nytte både manuelle og automatiserte kontrollar, inkludert analysar, stikkprøver og avvikshandtering (COSO Fraud Risk Management Guide)
- Dokumentere korleis kontrolltiltaka fungerer i praksis og korleis avvik blir handterte (Bestemmelser om økonomistyring i staten)
- Sikre at kontrollane er integrerte i ordinære arbeidsprosessar (COSO Internkontroll)

6. Internkontroll knytt til mislege handlingar

- Etablere rutinar for løpande overvaking og periodisk evaluering av internkontrollen knytt til mislege handlingar (COSO Internkontroll / COSO Fraud Risk Management)
- Nytte erfaringar frå avvik, varsel og revisjonar til forbetring av kontrollsystemet (Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta §§ 8–9)
- Rapportere vesentlege funn og svakheiter til leiing og styre (Bestemmelser om økonomistyring i staten)

Kjeldeliste

AFCE (2024). Occupational Fraud 2024: A raport to the Natons: <https://www.anchin.com/wp-content/uploads/2024/08/2024-ACFE-Occupational-Fraud-Report.pdf>

Helse Vest (2025). Topp fem risiko: <https://www.helse-vest.no/dette-gjer-vi/fem-topp-risiko/#beredskap>

Institute of Internal Auditors (2024). Globale standarder for internrevisjon. Norsk oversettelse ved IIA Norge. Hentet frå: <https://iia.no/product/globale-standarder-for-internrevisjon/>

Norges kontaktpunkt for ansvarlig næringsliv (udatert). Ansvarlighetskompasset: <https://responsiblebusiness.no/ansvarlighet-i-praksis/ansvarlighetskompasset/>

Samarbeidsavtale med Melanor og LMI (udatert). Velkommen til kurs: <https://kursbygger.ihelse.net/startcourse/2636/xapi>

Sykehusinnkjøp HF (2024). Dilemmasamling: <https://www.sykehusinnkjop.no/om-oss/samfunnsansvar/dilemmasamling/>

Testing

Relasjonsanalyse

Helse Førde:

Kriterium	Observasjonar	Kommentar
Eigarskap i leverandørar til Helse Førde	Det er observert to tilfelle der eigarskap gir treff mot leverandørar til Helse Førde: • Ein tilsett eig eit selskap som har ein majoritetsdel i ein leverandør. Den tilsette er også styreleiar. • Ein nærstående av ein tilsett har eigarskap i ein leverandør. Aksjeposten er 3 aksjar (0,00006%).	Det bør undersøkast om den tilsette har vore open om sin rolle og eigarskap, samt vore delaktig i anskaffingar frå leverandøren. Observert aksjepost er i eit stort børsnotert føretak med ein ubetydeleg eigardel. Observasjonen vurderast dermed som uvesentleg for den tilsette sin habilitet.
Roller/verv i leverandørar til Helse Førde	Ein nærstående av ein tilsett er styreleiar hjå ein leverandør.	Det bør undersøkast om den tilsette har vore delaktig i anskaffingar med leverandøren der nærstående har roller/verv.

Helse Bergen:

Kriterium	Observasjonar	Kommentar
Eigarskap i leverandørar til Helse Bergen	Det er observert tre tilfelle der nærstående av tilsette har eigarinteresser i leverandørar til Helse Bergen: • Ein nærstående av ein tilsett har eigarskap i ein leverandør. Aksjeposten er 225 aksjar (0,0015%). • Ein nærstående av ein tilsett har eigarskap i ein leverandør. Aksjeposten er 2 aksjar (0,00001%). • Ein nærstående av ein tilsett har eigarskap i ein leverandør. Aksjeposten er 200 aksjar (0,9%).	Observeerte aksjepostar er i børsnoterte føretak med ein relativt sett liten eigardel av total aksjepost. Observasjonane vurderast dermed som uvesentlege for dei tilsette sin habilitet.

Roller/verv i leverandørar til Helse Bergen	Det er identifisert to tilfelle der tilsette eller nærstående har roller/verv i leverandørane til Helse Bergen: • Ein tilsett er dagleg leiar og innehavar av ein leverandør. • Ein nærstående av ein tilsett er styremedlem hjå ein leverandør.	Det bør undersøkast om dei tilsette har vore delaktig i anskaffingar med leverandørane dei sjølv eller nærstående har roller/verv.
--	--	--

Helse Vest IKT:

Kriterium	Observasjonar	Kommentar
Eigarskap i leverandørar til Helse Vest IKT	Det er ikkje observert tilfelle der tilsette eller nærstående har eigarinteresser i føretaket sine leverandørar.	Ikkje aktuelt
Roller/verv i leverandørar til Helse Vest IKT	Ein nærstående av ein tilsett er dagleg leiar i ein leverandøren.	Det bør undersøkast om den tilsette har vore delaktig i anskaffingar med leverandøren der nærstående har roller/verv.

Test av anskaffingar:

Helse Førde:

Anskaffing	Observasjonar	Kommentar
Anskaffing 1 (Verdi > 500 000)	Internrevisjonen har motteke avtale mellom Helse Førde og hovudleverandør, der leverandøren er underleverandør knytt til delar av anskaffinga. Føretaket har ikkje funne habilitetsvurderingar frå prosjektgruppa for anskaffinga. Avtala er inngått av Sykehusinnkjøp.	Manglande habilitetsvurderingar utgjer ein risiko for interessekonfliktar og inhabilitet. Internrevisjonen har gjennom relasjonsanalysen ikkje avdekkja at involverte personar har knytningar til leverandøren.
Anskaffing 2 (Verdi 100 000 – 500 000)	Anskaffinga gjeld rammeavtale for samhandlingslege, og gjennomført ved normal tilsettingsprosess. Helse Førde har soleis ikkje gjennomført	Det bør vurderast å gjennomføre habilitetsvurderingar uavhengig av tilsettingsform.

	habilitetsvurdering i samband med anskaffinga. Avtala er inngått av administrerende direktør og innanfor vedkommande sin fullmakt.	
Anskaffing 3 (Verdi < 100 000)	Lokal rammeavtale er nytta i samband med anskaffinga. Avtala er inngått av Sykehusinnkjøp. Internrevisjonen har motteke habilitetsvurderingar for tre medarbeidarar i Helse Førde.	Det er ikkje avdekkja avvik i habilitetsvurderingane, og relasjonsanalysen har ikkje treff mot leverandøren.

Helse Bergen:

Anskaffing	Observasjonar	Kommentar
Anskaffing 4 (verdi > 500 000)	Avtala er inngått av Sykehusinnkjøp. Internrevisjonen har motteke habilitetsvurderingar for medarbeidarar i Helse Bergen.	Det er ikkje avdekkja avvik i habilitetsvurderingane, og relasjonsanalysen har ikkje treff mot leverandøren.
Anskaffing 5 (verdi 100 000-500 000)	Anskaffinga omfattar leveransar i eit byggjeprojekt. Avtala er inngått av Sykehusinnkjøp. Internrevisjonen har motteke ei habilitetsvurdering.	Habilitetsvurderinga viser ingen konflikt med leverandøren, men er ikkje datert og signert. Det tilrådest at føretaket sørgjer for at skjema blir fylt ut i henhold til gjeldande retningslinjer.
Anskaffing 6 (Verdi < 100 000)	Internrevisjonen har berre motteke ei e-postløkke der det opplysast om at anskaffinga er gjennomført utanfor avtale, men er tidlegare behovsinnmeldt til Sykehusinnkjøp.	Det tilrådest at føretaket lagrar og dokumenterer avtalar ved anskaffingar. Vidare bør det gjennomførast habilitetsvurderingar for anskaffingar.

Helse Vest IKT:

Anskaffing	Observasjonar	Kommentar
Anskaffing 7 (Verdi > 500 000)	Leveransen gjelder avrop på rammeavtale inngått av Sykehusinnkjøp. Helse Vest IKT har informert om at avtalen er nasjonal, og eventuelle habilitetsvurderingar gjerast derfor av Sykehusinnkjøp.	Det er gjennom relasjonsanalysen ikkje avdekkja bindingar mellom tilsett og leverandør. Det tilråddast at habilitetsvurderingar gjennomførast ved avrop, og kan for eksempel vere knytt til terskelverdiar.
Anskaffing 8 (verdi 100 000-500 000)	Avtala er inngått av administrerende direktør. Dette er innanfor vedkommande sin fullmakt.	Helse Vest IKT har inngått avtale med føretaket, men ikkje gjennomført eiga habilitetsvurdering ved avtaleinngåing. Det tilråddast såleis at habilitetsvurderingar gjennomførast ved avtaleinngåing. Relasjonsanalysen som er gjennomført har ingen treff mellom tilsett og leverandør.
Anskaffing 9 (Verdi < 100 000)	Helse Vest informerer om at anskaffinga er under terskelverdiar for offentlege anskaffingar, og det føreligg ingen kontrakt for kjøpet eller habilitetsvurderingar.	Det tilråddast at Helse Vest IKT vurderer behovet for å gjennomføre habilitetsvurderingar ved mindre anskaffingar. Relasjonsanalysen gir ikkje treff mellom tilsett og leverandør.

Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no