



Beboermidler og ansettelsesforhold

Forvaltningsrevisjonsrapport
Haugesund kommune

November 2019

www.kpmg.no

Forord

Etter vedtak i kontrollutvalget i Haugesund kommune 11.06.2019 har KPMG gjennomført en forvaltningsrevisjon rettet mot behandling av beboermidler og ansettelse av personer i kommunen. Denne rapporten er svar på kontrollutvalgets bestilling.

Oppbygging av rapporten

Våre konklusjoner og anbefalinger fremgår av rapportens sammendrag. Kapittel 1 har en innledning til rapporten. Her blir formål, problemstillinger, revisjonskriterier og metode presentert. I kapittel 2 og 3 besvarer vi problemstillingene i forvaltningsrevisjonen. Her blir revisjonskriterier konkretisert, samt at fakta og vurderinger blir presentert. I kapittel 4 presenterer vi våre anbefalinger. I kapittel 5 er rådmannens uttale til rapporten tatt inn.

Vi vil takke kommunen for all den gode hjelpen vi har fått i arbeidet vårt med forvaltningsrevisjonen.

Sammendrag

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å vurdere om Haugesund kommune har tilstrekkelige rutiner for behandling av økonomiske midler som tilhører brukere/beboere i omsorgsboliger, og ansettelse av personell i kommunen som skal behandle midlene på vegne av brukeren/beboeren. Forvaltningsrevisjonen undersøker videre oppfølgingen og etterlevelsen av kommunens rutiner for behandling av beboermidler og ansettelse av personell.

Under er våre konklusjoner og anbefalinger.

Behandling av beboermidler

Haugesund kommune har etablerte rutiner for behandling av beboermidler. Disse legger til rette for å sikre at det er orden i kontantøkonomien til tjenestemottakerne og at ansatte i minst mulig grad skal håndtere beboernes økonomiske midler. Samtidig er det vår vurdering at kommunen i større grad bør tydeliggjøre hvilke ansatte som skal ha tilgang til beboernes midler, og hvem som skal ha tillatelse til å behandle beboermidlene.

Tiltaks- og boligenheten har ikke gjennomført overordnede risikovurderinger av ansattes behandling av beboermidler. Vi vurderer at det vil være formålstjenlig for kommunen å gjennomføre risikovurderinger av beboermidler både på enhets- og avdelingsnivå. Det bør etableres risikoreduserende tiltak for identifiserte risikoområdet.

I vår kontroll av etterlevelse av rutinen for behandling av beboermidler har vi funnet flere avvik. Ikke alle regnskap var ajourført i samsvar med rutine. Det manglet også kvitteringer for enkeltkjøp. Dette gjaldt blant annet tjenester utført på avdelingen av en ekstern leverandør - vår vurdering er at det er viktig å få dokumentasjon også på denne type kostnader. Det var også noen avvik mellom kontantbeholdningen og beløp som var registrert i regnskapet. Det forekom også at kvitteringer og uttaksmeldinger ikke var signert av ansatte, og det var relativt mange transaksjoner som manglet dobbelsigneringsmerker. Basert på våre undersøkelser vurderer vi at etterlevelsen av rutiner knyttet til behandling av beboermidler ikke er tilstrekkelig. For å sikre større grad av etterlevelse av rutinen for beboermidler, bør kommunen ha en mer systematisk oppfølging av hvorvidt rutinen etterleves. Vi vurderer også at Tiltaks- og boligenheten bør tydeliggjøre når det skal føres avvik på rutinen.

Rutiner for ansettelse av personell

Haugesund kommune har et omfattende og detaljert rutine- og malverk for ansettelse av personell som tydeliggjør ansvarsforholdene ved ansettelser. Samtidig er det vår vurdering at rutinene kan tydeliggjøres på enkelte punkt. Haugesund kommune bør vurdere å ta inn i rutinene for ansettelse og søknadsadministrasjon og innhenting og registrering av politiattest og autorisasjon, at den som er ansvarlig for ansettelsesprosessen kontrollerer at søkerne som er aktuelle for intervju er registrert i helsepersonellregisteret med korrekt autorisasjonen før de blir kalt inn til intervju.

Det er ingen av avdelingslederne vi har intervjuet som har erfaring med å ha ansatte under seg med begrensninger i arbeidsforholdet. Samtidig fremgår det at kommunen har hatt en underslagssak som kunne vært unngått dersom begrensningene i arbeidsforholdet hadde blitt fulgt opp. Vi presiserer at det

vil være viktig at ledere som har ansatte med begrensninger i ansettelsesforholdet følger opp begrensningene, og sikrer at de etterleveres.

Det fremgår av vår gjennomgang at alle de ti siste ansettelsene av personell i stillinger i Tiltaks- og boligenheten har gyldig autorisasjon. Det er en person som mangler dokumentasjon på autorisasjon i personalmappen. Vår gjennomgang viser videre at to av de ansatte sin politiattest var eldre enn tre måneder på ansettelsestidspunktet. I disse to tilfellene gjelder det interne ansettelser, og det kan således være uklart hvorvidt dette skal vurderes som nyansettelser og at en må innhente politiattest for å være i samsvar med lovverket. Samtidig går det frem fra intervju at det er tydeliggjort både av virksomhetsleder og kommunaldirektør at en skal hente inn politiattest også ved interne ansettelser. Det kan være hensiktsmessig for kommunen å ta dette inn i rutinen, for å sikre at dette er tydelig for avdelingslederne som skal gjennomføre ansettelsene.

Våre anbefalinger er at Haugesund kommune prioriterer følgende:

- ✓ Tiltaks- og boligenheten bør tydeliggjøre rutinen knyttet til håndtering av beboermidler:
 - hvilke ansatte som skal ha tilgang til de beboernes midler
 - hvem som skal ha tillatelse til å behandle beboermidlene.
- ✓ Tiltaks- og boligenheten bør gjennomføre risikovurderinger av ansattes behandling av beboermidler, både på overordnet- og avdelingsnivå. På identifiserte risikoområder, bør det etableres risikoreduserende tiltak.
- ✓ Tiltaks- og boligenheten bør ha en mer systematisk oppfølging av at rutinen for beboermidler etterleveres.
- ✓ Tiltaks- og boligenheten bør tydeliggjøre når det skal føres avvik på rutinen knyttet til håndtering av beboermidler.
- ✓ Etablere rutiner som sikrer forsvarlig bemanning for beboere på ferie, samt rutiner som avklarer kostnadsdekningen for ledsager mellom kommunen og beboere.
- ✓ Tydeliggjøre rutinene knyttet til innhenting av autorisasjon og politiattest ved interne ansettelser.

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn og formål	1
1.2 Problemstillinger	1
1.3 Revisjonskriterier	2
1.4 Metode	2
2. Behandling av beboermidler	4
2.1 Revisjonskriterier	4
2.2 Fakta	4
2.3 Vurdering	10
3. Rutiner for ansettelse av personell	12
3.1 Revisjonskriterier	12
3.2 Fakta	12
3.3 Vurderinger	17
4. Anbefalinger	19
5. Uttalelse fra rådmannen	20
Vedlegg 1 Dokumentliste	22
Vedlegg 2 Revisjonskriterier	23

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Kontrollutvalget i Haugesund kommune vedtok 11.06.2019, sak 20/17 en forvaltningsrevisjon rettet mot "Rutiner for å sikre beboere i omsorgsboliger sine midler og rutiner rundt ansettelse av personell i omsorgsboliger" i kommunen.

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å vurdere om Haugesund kommune har tilstrekkelige rutiner for behandling av økonomiske midler som tilhører brukere/beboere i omsorgsboliger, og for ansettelse av personell i kommunen som skal behandle midlene på vegne av brukeren/beboeren. Forvaltningsrevisjonen undersøker videre oppfølgingen og etterlevelsen av kommunens rutiner for behandling av beboermidler og ansettelse av personell.

Forvaltningsrevisjonen omfatter omsorgsboliger som ligger under tjenesteområdet for Helse, omsorg og sosiale tjenester, enhet for Tiltak og bolig. Revisjonen tar for seg behandlingen av de økonomiske midlene til beboere i omsorgsboliger

Forvaltningsrevisjonen er forbedringsorientert, og har hatt som formål å gi anbefalinger om tiltak dersom forvaltningsrevisjonen avdekker avvik eller mulige forbedringsområder.

1.2 Problemstillinger

Forvaltningsrevisjonen gir svar på følgende problemstillinger:

1. Hvilke rutiner har kommunen for behandling av beboermidler?
2. Hvordan og i hvilket omfang gjennomføres det risikovurderinger av behandling av beboermidler?
 - a. Hva er etablerte tiltak for behandling av beboermidler?
3. Er kommunens etterlevelse av rutiner og tiltak for behandling av beboermidler tilstrekkelig?
4. Hvilke rutiner har kommunen for ansettelse av personell?
5. Hvordan sikrer kommunen at eventuelle begrensninger i ansettelsesforhold etterleves?
6. Er kommunens etterlevelse av rutiner og tiltak for ansettelsesforhold tilstrekkelig?

Eventuelle forbedringsområder vil bli identifisert og synliggjort.

1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og normer som tilstand og/eller praksis i kommunen måles mot. Revisjonskriterier må være aktuelle, relevante og gyldige for kommunen. Kilder for å utlede revisjonskriterier har vært:

- ✓ Helse-, og omsorgstjenesteloven
- ✓ Kommuneloven
- ✓ Helsepersonelloven
- ✓ Politiregisterforskriften
- ✓ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- ✓ Kommunens rutiner og prosedyrer for håndtering av beboermidler
- ✓ Kommunens rutiner og prosedyrer for håndtering av ansettelse

Relevante revisjonskriterier for de konkrete problemstillingene fremgår i delkapitlene tilhørende problemstillingen og er redegjort i sin helhet i vedlegg 2.

1.4 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med kravene i RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon.¹

For å svare på problemstillingene er følgende teknikker brukt for å samle inn data:

- ✓ Dokumentanalyse
- ✓ Intervjuer
- ✓ Kontroll av enkeltsaker

Relevante dokumenter har blitt innhentet fra kommunen. Vi har gjennomgått kommunen sine rutiner og dokumentasjon knyttet til behandling av beboere i omsorgsbolig sine økonomiske midler og ansettelse av personell som skal behandle beboeres økonomiske midler. Vi har videre innhentet rutiner knyttet til ansettelsesprosesser og informasjon på de ti siste ansettelsene som er gjort i Tiltaks- og boligenheten. Liste over mottatt dokumentasjon er gjort rede for i vedlegg 1.

Vi har gjennomført intervjuer med et utvalg verger og ansatte i kommunen som i kraft av sin stilling kan gi utfyllende informasjon om forvaltningsrevisjonens problemstillinger. Det er gjennomført intervjuer med 16 personer:

- ✓ Kommunaldirektør for helse, omsorg og sosiale tjenester
- ✓ Enhetsleder for Tiltaks- og boligenheten
- ✓ Personalsjef
- ✓ Fag og kvalitetsrådgiver i Tiltaks- og boligenheten
- ✓ 3 avdelingsledere i Tiltaks- og boligenheten
- ✓ 6 ansatte i Tiltaks- og boligenheten

¹ Utgitt av Norges Kommunerevisorforbund.

✓ 3 verger

Formålet med intervjuene har vært å få utfyllende informasjon om aktuelle forhold som er beskrevet i dokumentasjonen fra kommunen, samt andre relevante forhold. I forkant av intervjuene ble det utarbeidet intervjuguider tilpasset hver enkelt informant. Det ble skrevet referat fra hvert intervju, som ble sendte til hver enkelt informant for verifisering. Svarene til informantene er analysert og sammenstilt med øvrig dokumentasjon fra kommunen, og vurdert opp imot revisjonskriteriene for å besvare revisjonens problemstillinger.

Vi har gjennomført kontroll av bank- og kontantregnskapet til enkelte beboere, samt undersøkt hvordan kontanter, bankkort og pinkoder oppbevares i tre omsorgsboliger, og hvem som har tilgang til disse. Vi har valgt å anonymisere omsorgsboligene i rapporten, de er dermed omtalt som bolig 1, bolig 2 og bolig 3. Særskilte kontroller/undersøkelser for å avdekke eventuelle misligheter var ikke en del av forvaltningsrevisjonen.

Vi har også gjennomført en kontrollsjekk av ansettelsesprosesser av personell til omsorgsboliger i kommunen, for å undersøke hvordan prosessene gjennomføres i praksis, og om praksisen er i henhold til gjeldende rutiner og regelverk.

Datainnsamlingen ble avsluttet 24.10.2019.

Rapport ble sendt rådmannen til uttalelse den 29.10.2019, med høringsfrist den 11.11.2019.

2. Behandling av beboermidler

2.1 Revisjonskriterier

I dette kapittelet besvares følgende problemstillinger:

1. "Hvilke rutiner har kommunen for behandling av beboermidler?"
2. "Hvordan og i hvilket omfang gjennomføres det risikovurderinger av behandling av beboermidler?"
 - a. "Hva er etablerte tiltak for behandling av beboermidler?"
3. "Er kommunens etterlevelse av rutiner og tiltak for behandling av beboermidler tilstrekkelig?"

Revisjonskriterier vil i denne sammenheng være:

- ✓ Helse-, og omsorgstjenesteloven
- ✓ Kommuneloven
- ✓ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- ✓ Kommunens rutiner og prosedyrer for håndtering av beboermidler

Revisjonskriteriene er fullstendig utledet i vedlegg 2.

I dette kapittelet har vi kartlagt hvilke rutiner kommunen har for ansattes behandling av beboere i omsorgsbolig sine økonomiske midler. Videre har vi kartlagt hvilke rutiner Tiltaks- og boligenheten har for gjennomføring av risikovurderinger, samt om kommunen har gjennomført risikovurderinger knyttet til behandling av beboermidler. Videre har vi vurdert om etterlevelsen av rutineene er tilstrekkelig.

2.2 Fakta

2.2.1 Tiltaks- og boligenheten

Tiltaks- og boligenheten er underlagt tjenesteområdet for Helse, omsorg og sosiale tjenester, og har ansvaret for at brukere med spesielle behov får personlig og praktisk bistand i tråd med individuelle vedtak. Hovedgruppen av tjenestemottakere for virksomheten er personer med ulike funksjonshemninger som bor i omsorgsboliger i tilknytning til en personalbase. Tiltaks- og boligenheten har ansvaret for 12 omsorgsboliger, fordelt på ni avdelinger i virksomheten.

Omsorgsbolig

Ifølge kommunens nettside er en omsorgsbolig en bolig som er tilpasset bevegelsehemmede og tilrettelagt slik at beboeren skal kunne motta heldøgns omsorg etter behov. Boligen er beboerens eget hjem, hvor personen betaler husleie selv og mottar hjemmetjenester. Kommunale omsorgsboliger er utleieboliger tilrettelagt fortrinnsvis for personer med ulike typer funksjonssvikt, og som har det

vanskelig å mestre hverdagen i egen bolig eller trygdebolig. Disse beboerne kan også ha utvidet behov, og trenge bistand fra kommunen til for eksempel uttak av penger og innkjøp av varer.

2.2.2 Rutiner for behandling av beboermidler

Kommunen sine rutiner for behandling av beboermidler

Våre undersøkelser viser at Haugesund kommune har en overordnet rutine for behandling av kontantøkonomien til tjenestemottakere i Tiltaks- og boligenheten. Tiltaks- og boligenheten har et eget skjema for kontroll av regnskap som skal fylles ut ved begynnelse av et nytt år, og sendes til tjenestemottakers verge for kontroll av Fylkesmannen. Av de tre omsorgsboligene i kommunen som ble undersøkt, hadde to av de utarbeidet egne rutiner for oppbevaring av kontantkasse og bankkort, samt kontroll av regnskap.

Kontantkasse er en beboers kontantbeholdning som oppbevares i et låsbart skap i omsorgsbolig. Det er kun utvalgte ansatte som skal ha tilgang til en beboers kontantkasse. Normalt er dette beboerens hovedkontakt. Lommebok er en beboers kontantbeholdning som er tilgjengelig for alle ansatte som er på vakt. Kontantene i lommebøkene skal brukes til beboernes daglige innkjøp, og den oppbevares i beboerens leilighet. Når det overføres kontanter fra en beboers kontantkasse til lommebok skal dette føres i et beboerregnskap slik at avdelingen har kontroll på kontantene.

Av rutinen for behandling av beboermidler heter det at verge har ansvaret for økonomien til tjenestemottakerne i Tiltaks- og boligenheten. I rutinen fremgår det videre at det skal opprettes en konto med minibankkort som skal brukes til lommepenger og innkjøp på vegne av beboeren. Dette tiltaket gjøres for at avdelingenes ansatte i minst mulig grad skal være i kontakt med tjenestemottakernes penger.

Det ble påpekt av flere respondenter at kommunen i stor grad har avskaffet kontantkasseordningen for innkjøp på vegne av brukere i tjenesteområdet Helse, omsorg og sosiale tjenester. Tiltaks- og boligenheten har derimot ikke avskaffet kontantkasseordningen, da de ser behov for å ha kontanter tilgjengelig i perioder hvor hovedkontakt/ansvarlig person med tilgang til minibankkort ikke er på jobb. Videre er det enkelte beboere som kan til dels håndtere kontanter selv, men som ville hatt mer utfordringer med å håndtere bankkort.

Av intervju fremgår det at Tiltaks- og boligenheten legger til rette for at kommunens ansatte i minst mulig grad skal være i kontakt med beboernes økonomiske midler i løpet av en arbeidsdag. Et tiltak for å begrense antall ansatte som har tilgang til de økonomiske midlene til beboerne, er å oppbevare midlene i et låsbart skap hvor bare et fåtall ansatte har tilgang. Tjenestemottakernes bankkort, kontanter og pinkoder oppbevares i dette låsbare skapet. Av intervju fremgår det at det er ulik praksis mellom omsorgsboligene knyttet til hvem som har tilgang til det låsbare skapet.

Rutinen beskriver også at når tjenestemottakers bankkort eller kontanter hentes ut og legges tilbake i det låsbare skapet, skal det så langt det er mulig signeres av to ansatte i kommunen. I rutinen står det at det er ansatte/hovedkontakt som er ansvarlig for å ta ut eventuelle kontanter fra det låsbare skapet. Samtidig redegjør ikke rutinen hvem som har tillatelse til å behandle beboermidlene eller hvilke forhold som må ligge til grunn for at en ansatt skal få adgang til å behandle beboermidler. Det fremgår ikke av rutinen hvem som skal signere når tjenestemottakers bankkort eller kontanter tas ut av det låsbare skapet.

Omsorgsboligene skal føre regnskap over utgifter, uttak og innskudd av penger for å sikre kontroll med de økonomiske midlene til beboerne. Det er utarbeidet skjema for regnskapsføring av beboernes pengeskrin, bankkort og lommebok. Den overordnede rutinen over regnskapsføring for tjenestemottakere gir føringer for hvordan regnskapene i de ulike avdelingene skal føres. Det nevnes i

intervju at det er noe ulik praksis for hvordan regnskapene blir ført mellom de ulike avdelingene. I utgangspunktet er det beboerens hovedkontakt som er ansvarlig for å føre regnskapet. Som tiltak for å sikre oversikt over hvem som har vært i kontakt med pengene og bankkortene til beboerne, er det pålagt av den ansatte å signere på tilhørende kvittering eller uttaksmelding. Dette gjelder samtlige uttak av penger og alle andre transaksjoner som kjøp i butikk ol.

Det er utvidet tiltak ved uttak av penger fra minibank, hvor uttaksmeldingen må signeres av to ansatte i kommunen. Kvitteringene og uttaksmeldingene må deretter oppbevares sammen med regnskapet. Ved endringer/føringer i regnskapet skal dette signeres slik at det er dokumentert hvem som har gjennomført endringene. Kommunens rutiner legger ingen føringer på hvor regnskapet skal oppbevares. Det fremgår av intervju at det er ulik praksis mellom avdelingene knyttet til hvor de oppbevarer regnskapene.

Rutinen setter krav til at føringen av beboerregnskapet skal være à jour for perioden fra den 1. til den 31. i måneden, innen den 15. påfølgende måned. Tjenestemottaker og vergе skal til enhver tid kunne etterspørre om å få fremlagt et ajourført regnskap. Det fremkommer videre at vergen ikke har mulighet til å unndra seg å gjennomgå og eventuell godkjenne regnskapet. Av intervju fremgår det at flere respondenter opplever det som vanskelig å få vergе til å gjennomgå regnskapene til beboerne. De opplever at vergene ofte ikke er interessert i å sjekke om regnskapene stemmer.

Av rutinen fremgår det at når tjenestemottaker får bistand fra sin hovedkontakt i kommunen til innkjøp på over 1000kr, skal det som hovedregel diskuteres med vergе. Kommunen krever ikke kvittering for kontantuttak til lomme penger som tjenestemottaker har tatt ut selv, men i de tilfeller tjenestemottaker har behov for bistand fra kommunalt ansatte eller hovedkontakten til å bruke lomme penger skal det kreves kvittering til regnskapet.

I intervju med vergene fremgår det at de har noe ulike oppfattelse av kommunen. Kommunen oppleves i stor grad som ryddig og transparent. Samtidig er det en av vergene som har etterspurt regnskapet til beboeren, uten at kommunen har levert ut et à jour-holdt regnskap til vergen i samsvar med rutine. Noen av vergene er også vergе i andre kommuner, deriblant Karmøy kommune. Det nevnes i intervju at Karmøy har hatt en større gjennomgang av rutiner for håndtering av beboermidler, og etablert nye rutiner som fungerer godt og er bedre enn Haugesund kommune sitt system.

Omsorgsboligene/avdelingene sine rutiner for behandling av beboermidler

Kommunen legger ingen krav eller føringer på at omsorgsboligene/avdelingene må utarbeide egne rutiner knyttet til behandling av beboermidler. To av tre omsorgsboliger som det ble utført kontrollsjekk av, har utarbeidet egne rutiner for behandling av beboermidler. Omsorgsboligene sine lokale rutiner for behandling av beboermidler er en videre spesifisering og tilpassing av kommunens rutiner tilpasset lokale forhold i omsorgsboligene.

Bolig 1 har utarbeidet en egne rutiner for oppbevaring av kontantkasser og for oppbevaring av felles kontantkasse og bankkort. Av rutinene fremgår det at deres hensikt er å sikre at kontanter i lommebok og bankkort blir forsvarlig oppbevart, og at vergе til enhver tid kan kontrollere regnskapet. Det er presisert i rutinen at det kun er ansatte med tildelt myndighet som skal ha tilgang til skap med kontantkasse. Omsorgsboligen har gjennomført en formell risikovurdering for å avdekke hvor i arbeidsprosessene det foreligger risikoer for at det kan forekomme brudd i etterlevelsen av omsorgsboligens rutiner knyttet til behandling av beboermidler.

Bolig 1 har en felles kontantkasse og bankkort hvor alle beboerne legger inn et felles innskudd som blir brukt til innkjøp av felles middag til beboerne. Bolig 1 er den eneste omsorgsboligen i kommunen som benytter seg av en slik løsning. Av rutinen for oppbevaring av felles kontantkasse, fremgår det at det er begrenset med personal som skal ha tilgang til den. Videre skal kontantkassen oppbevares i innelåst skap på avdelingsleders kontor. Nøkkelen til skapet skal oppbevares i egen boks med kode. I

rutinen fremgår det at avdelingsleder har hovedansvaret for tildeling av tilgang til kontantkassen, utover dette er det ikke beskrevet hvilke ansatte avdelingsleder skal gi tilgang til.

Bolig 3 har også utarbeidet en egen prosedyre for føring av regnskap ved bruk av beboernes lommebok og minibankkort. Prosedyren beskriver hvem som har ansvar for minibankkortet og pengeskrinet til beboerne, og den tilhørende regnskapsføringen, samt hvordan regnskapet skal føres. Prosedyren inkluderer også en mal for hvordan regnskapet skal føres ved bruk av penger fra lommebok og uttak fra bankkort.

2.2.3 Rutiner og råd for etiske og faglige refleksjoner

Kommunen har utarbeidet etiske retningslinjer som legger føringer for hvordan ansatte skal bidra til at kommunen har et godt omdømme og at innbyggerne har tillit til kommunen som tjenesteleverandør og arbeidsplass. I de etiske retningslinjene fremgår det at kommunen skal fremstå som tillitsskapende og at de bygger på høy etisk standard. Dette peker også kommunens arbeidsreglement på og sier at ansatte skal opptre på en etisk måte og utføre sine oppgaver i henhold til god forvaltningskikk. Det fremgår videre at retningslinjene skal legge til rette for refleksjoner over etiske utfordringer, dilemmaer og gråsoner. For å drøfte etiske utfordringer i helse- og omsorgssektoren har kommunen opprettet Etikkrådet for helse- og omsorgstjenestene.

Etikkrådet er et råd bestående av fagpersoner fra ulike enheter i tjenesteområdet for helse- og omsorgstjenester i kommunen. Dette har som formål å bidra til god kvalitet i tjenestene. Rådet har kun en rådgivende funksjon ovenfor kommunens ansatte. Etikkrådet har utarbeidet en egen brosjyre som beskriver rådets oppgaver, hvem som kan ta kontakt, og hvordan de kan kontaktes, samt en drøftelse av hva et etisk dilemma er. Rådet skal være et forum som skal reflektere rundt etiske utfordringer og dilemmaer. Av etikkbrosjyren fremgår det at pasienter, brukere, beboere, pårørende og ansatte ved sykehjem, aldershjem, hjemmetjenester, omsorgsboliger og andre helse- og omsorgstjenester kan fremme en sak for drøfting i etikkrådet. Alle drøftinger som blir gjennomført i rådet er konfidensielle. Av intervjudata fremgår det at temaer og problemstillinger knyttet til behandling av beboermidler ikke har blitt fremmet og drøftet i etikkrådet. En respondent nevner at det oppleves som utfordrende å få fremmet sine saker for rådet og få dem tatt opp til drøfting.

Kommunen har en rutine som beskriver hvordan Tiltaks- og boligenheten skal gjennomføre etiske og faglige refleksjoner. Rutinen har til hensikt å sikre at ansatte i Tiltaks- og boligenheten gjennomfører møter hvor sentrale arbeidsrelaterte etiske og faglige utfordringer blir fremmet og drøftet i avdelingene.

I rutinen fremgår det at fagansvarlig og avdelingsleder er ansvarlig for å sette av tid til etiske og faglige refleksjoner i personalgruppen. Refleksjonsmøtene skal annonseres og legges opp på en slik måte at flest mulig ansatte skal ha anledning til å delta. Av rutinen fremgår det videre at det skal skrives en logg over hva som har blitt drøftet og diskutert i møtet. Loggen skal skrives inn i en bok som gjøres lett tilgjengelig for de ansatte i personalgruppen.

2.2.4 Risikovurderinger av behandling av beboermidler

Tiltaks- og boligenheten har ikke gjennomført overordnede risikovurderinger av ansattes behandling av beboermidler og har ikke et system for at formaliserte risikovurderinger skal ligge til grunn for utformingen/ending av rutinene. Kommunen har ikke formalisert hva som er ønsket risikonivå for kommunen i behandlingen av beboermidler, eller hvordan rutinene for behandling av beboermidler skal innrette seg etter identifiserte risikoer i arbeidsprosessen.

Kommunen har utarbeidet en mal for gjennomføring av risikovurderinger. Malen er felles og gjelder for hele kommunens virksomhet. Den er utformet for gjennomføring av risikovurderinger knyttet til HMS,

men ifølge flere respondenter blir den også brukt til å gjennomføre risikovurderinger knyttet til andre forhold enn HMS. I intervju ble det påpekt at malen for risikovurderinger også blir benyttet av Tiltaks- og boligenheten som et verktøy for å identifisere hvor i arbeidsprosessene det er elementer av risiko, og hvilke tiltak som bør gjennomføres for å redusere risikoen. Flere respondenter påpeker at utformingen av rutine knyttet til behandling av beboermidler og regnskapsføring ikke er utformet basert på formaliserte risikovurderinger.

Av malen for risikovurderinger fremgår det at vurderingen skal resultere i en handlingsplan som skal beskrive hvordan risikoen skal håndteres og hvilke risiko reduserende tiltak som skal gjennomføres. I handlingsplanen skal det dokumenteres hvilke arbeidsoppgaver som innebærer risiko, hva som er akseptabel risiko og hvilke risiko reduserende tiltak som skal gjennomføres.

Bolig 1 har gjennomført en formell risikovurdering knyttet til deres rutiner og system for behandling av beboermidler. I henhold til kommunens mal har risikovurderingen resultert i en handlingsplan hvor iboende risikoer som eksisterte i deres arbeidsprosesser knyttet til behandling av beboermidler er beskrevet, samt at det er utarbeidet forslag til risikoreduserende tiltak på bakgrunn av funnene. Risikovurderingen er gjennomført etter at omsorgsboligen etablerte sine rutiner for behandling av beboermidler, rutinen har ikke blitt revidert etter gjennomføringen av vurderingen. Av intervjudata fremgår det at omsorgsboligen sin praksis i behandling av beboermidler er innrettet i samsvar med de dokumenterte, risikoreduserende tiltakene som er nedskrevet i handlingsplanen.

2.2.5 Etterlevelse av kommunens rutiner og tiltak for behandling av beboermidler

Kommunaldirektør for tjenesteområdet Helse, omsorg og sosiale tjenester oppgir i intervju at det er en utfordring for kommunen at det er mye personell som er involvert i behandlingen av beboerne i omsorgsbolig. Dette medfører at de også kan komme i kontakt med beboernes økonomiske midler. Et preventivt tiltak for å unngå økonomisk mislighold er at beboerne i omsorgsboligene skal ha minst mulig beholdning av kontanter i lommebøkene og i kontantkassen. Fra rutinen for regnskap for tjenestemottakere fremgår det at kjøp av artikler på vegne av beboerne i hovedsak skal gjøres ved bruk av bankkort.

I omsorgsboligene er det avdelingsleder sitt ansvar å sikre etterlevelse av rutine. Flere respondenter viser til at behandling av beboermidler jevnlig tas opp i personalmøter i Tiltaks- og boligenheten og dens underliggende avdelinger. Av intervju fremgår det videre at de ansatte opplever kommunens rutiner for behandling av beboermidler som gode og avklarende, men at de i ulik grad blir etterlevd i praksis i kommunens omsorgsboliger. En respondent påpeker at kommunen har måtte gi strengere føringer for å skjerpe etterlevelsen av rutine i en av omsorgsboligene, da regnskapet over beboermidlene i den aktuelle omsorgsboligen ikke var ført på en tilstrekkelig måte. Det manglet signatur på flere uttaksmeldinger og kvitteringer, og det var dermed vanskelig for kommunen å få en oversikt og etterprøve hvem som hadde gjort hva i behandlingen av beboermidler.

Av intervju fremgår det at kommunen kan oppleve det som mer krevende å sikre at rutine for behandling av beboermidler blir tilstrekkelig etterlevd når avdelingsleder ikke er tilstede i avdelingene, herunder i helger og ferier. Flere respondenter mener at det oppstår flere avvik i regnskapsføringen i løpet av sommermånedene enn resten av året. De påpeker at sommervikarer gjerne glemmer å føre innkjøp og kontantuttak i regnskapsskjemaet.

Flere respondenter påpeker at det mest utfordrende for kommunen når det gjelder sikring av etterlevelse av rutine for håndtering av beboermidler, er knyttet til å sikre at rutine blir etterlevd når de ansatte tar ut penger for beboerne eller gjennomfører kjøp på deres vegne. For å sikre at de ansatte ikke skal begå økonomiske misligheter mot beboernes økonomiske midler, er praksisen at de ansatte skal signere på kvitteringene og uttaksmeldingene, samt registrere det i regnskapet.

Fra intervju fremgår det generelt blir ført få avvik knyttet til behandling av beboermidler og regnskapsføring. Flere respondenter oppgir at de fleste avvikene som blir ført på behandling av

beboermidler gjelder at regnskapet ikke er fortløpende oppdatert. Det hender at ansatte oppdager at det er avvik mellom beløpene som er ført i regnskapet til en beboer og kontantbeløpet, og at dette skyldes at regnskapet ikke er oppdatert med de siste kjøpene eller kontantuttakene som er gjennomført på vegne av en beboer. Videre fremgår det av intervju at det i liten grad blir skrevet avvik på rutinen. Kommunaldirektør for tjenesteområdet Helse, omsorg og sosiale tjenester oppga i intervju at det er sjeldent at hun har fått beskjed eller blitt varslet om at et beboerregnskap ikke er i orden, eller om at det er mistanke om at det er begått økonomiske misligheter av en ansatt i kommunen.

Av intervju og vår kontrollsjekk fremgår det at omsorgsboligene i kommunen har lik praksis for å gjennomføre kontroll og undersøkelser når det blir avdekket feil i regnskapene. Hvis det blir avdekket feil i regnskapet, gjennomføres det en kontroll av signerte bilag, kvitteringer og uttaksmeldinger opp mot vaktlisten for den aktuelle dag. Dette blir gjennomført for å avdekke tidspunkt for når feilen i regnskapet først oppsto og hvem som var på jobb når den forekom. Flere respondenter oppgir at det som blir avdekket ved slike undersøkelser som regel er at regnskapet ikke er oppdatert med de siste innkjøpene en ansatt har utført på vegne av en beboer. Av intervju framgår det videre at respondentene opplever det som kurrant å kontrollere beboerregnskapene når rutineene blir etterlevd.

Av intervju fremgår det at en respondent opplever kommunens rutiner og praksis knyttet til hvordan lønns- og bokostnader skal dekkes når en ansatt er ledsager for en beboer på deres ferie som uklare. Revisjonen registrerer at kommunen ikke har etablert rutiner for hvilken rolle en kommunalt ansatt skal ha hvis de er med en beboer som ledsager på deres ferie, samt hvordan bo-, reise- og lønnsutgifter skal fordeles mellom kommunen og beboer. Av intervju fremgår det videre at kommunen ikke har hatt noen befatning med beboernes feriereiser, og at ansatte som har deltatt som ledsagere har tatt fri fra jobb mens de har vært ledsager. I intervju fremkom det videre at de kommunale tjenestene til en beboer blir midlertidig stanset mens de er på ferie eller oppholder seg på andre steder enn i omsorgsboligen.

Bolig 1

Vår kontrollsjekk viser at omsorgsboligen oppbevarer beboernes kontantkasse og bankkort i et låsbart skap på avdelingsleder sitt kontor. Utover avdelingsleder, er det miljøarbeiderne på avdelingen som har tilgang til det låsbare skapet. Dette betyr at det er totalt ni ansatte som har tilgang til det låsbare skapet. Nøklene til det låsbare skapet blir oppbevart i et nøkkelskrin med kode, på fagansvarlige sitt kontor.

Ved inntak og uttak av penger fra kontantkassene er praksisen i avdelingen at to ansatte skal signere for inntaket/uttaket. Vår kontrollsjekk avdekket at det forekom flere tilfeller hvor ansatte ikke hadde dobbeltsignert ved inntak/uttak av bankkort. Våre undersøkelser viser videre at avdelingen fører både kontantregnskap og bankkortregnskap for beboerne. Regnskapsføringen blir utført på et skjema som er laget for bruk i avdelingen. Vår kontrollsjekk viser at avdelingens beboerregnskap er å jour ført fra den 1. til den 31. i hver måned.

Vår kontrollsjekk avdekket at flere beboerregnskap mangler kvitteringer på massasje, som er en tjeneste som blir gjennomført på avdelingen. Det er praksis at ansatte signerer i regnskapet når det blir utført innkjøp på vegne av en beboer. Våre undersøkelser viser også at det forekommer tilfeller hvor ansatte ikke signerer på kvitteringene når de gjennomfører innkjøp på vegne av en beboer.

Bolig 2

Vår kontrollsjekk viser at beboerne i hovedsak oppbevarer egne lommebøkene i egen leilighet. Av intervju fremgår det at beboerne i bolig 2 i stor grad er i stand til å ta hånd om seg selv. Avdelingen oppbevarer bankkort og kontanter til tre av beboerne. Disse oppbevares i et låsbart skap som befinner seg på et bakrom i personalbasen. Vår undersøkelse viser videre at alle ansatte som er på vakt har tilgang til det låsbare skapet. Det er derimot kun hovedkontakten til beboer som har tilgang til personens bankkort og pinkode. Hver morgen klokken 07.45 blir skapet åpnet, og da står nøkkelen i

skapet til det blir låst ved arbeidshagens slutt klokken 21. De aktuelle beboerne har dermed ikke tilgang til sine økonomiske midler som er oppbevart i det låsbare skapet utenfor dette tidsrommet.

Det fremgår at praksisen i avdelingen er at det skal signeres av to ansatte når kontanter og bankkort tas ut av det låsbare skapet. Vår kontrollsjekk avdekket at det forekom flere tilfeller hvor ansatte ikke hadde dobbeltsignert ved inntak/uttak av kontanter. Videre viser vår kontrollsjekk at det forekommer tilfeller hvor ansatte ikke signerer på alle kvitteringene fra innkjøp utført på vegne av en beboer.

Våre undersøkelser viser at avdelingen fører både kontantregnskap og bankkortregnskap for beboerne. Det er hovedkontakten til beboerne som er ansvarlig for å føre regnskapet. Regnskapsføringen blir utført på et skjema som er laget for bruk i avdelingen. Vår kontrollsjekk viser at avdelingens beboerregnskap i hovedsak er å jour ført fra den 1. til den 31. i hver måned, men det var enkelte transaksjoner som ikke var ført for forrige måned. Det var også avvik mellom regnskap og kontantbeholdning; en beboer hadde mindre kontanter i lommebok enn regnskapet tilsa, mens en annen hadde mer kontanter enn det fremgikk av regnskapet.

Bolig 3

Vår kontrollsjekk viser at omsorgsboligen oppbevarer beboernes kontantkasse og bankkort i et låsbart skap på avdelingsleder sitt kontor. Avdelingen oppbevarer kontantene og bankkortet til seks av sine åtte beboere. De to resterende beboerne oppbevarer sine økonomiske midler i egen leilighet. Alle beboerne har lommebøker med mindre beløp i egen leilighet. Det er kun hovedkontaktene og sekundærkontaktene til beboerne som har tilgang til nøklene til kontantkassene.

Det fremgår av praksis i avdelingen at to ansatte skal signere når kontanter og bankkort tas ut av det låsbare skapet. Vår undersøkelse viser at det ved enkelte tilfeller kun er signert av en ansatt og ikke to. Videre er praksisen at det skal signeres på alle kvitteringer fra innkjøp utført på vegne av en beboer. Vår kontrollsjekk viste at det forekom tilfeller hvor ansatte ikke signerte på alle kvitteringene fra innkjøp utført på vegne av en beboer.

Våre undersøkelser viser at avdelingen fører både kontantregnskap og bankkortregnskap for beboerne. Det er hovedkontakten til beboerne som er ansvarlig for å føre regnskapet. Regnskapsføringen blir ført på et skjema som er laget for bruk internt i avdelingen. Vår kontrollsjekk viser at avdelingens beboerregnskap er ajourført i samsvar med rutinen, fra den 1. til den 31. innen den 15. neste måned. Det manglet kvitteringer på enkeltkjøp som ansatte hadde utført på vegne av beboerne.

2.3 Vurdering

Flere respondenter mener at Tiltaks- og boligenheten legger til rette for å sikre at ansatte i minst mulig grad håndterer beboernes økonomiske midler. Vi observerer også at kommunen har etablert tiltak for å begrense ansattes tilgang til beboernes økonomiske midler. I kommunens rutiner er det beskrevet at beboernes bankkort og kontanter skal oppbevares i et låsbart skap, noe som er et fornuftig tiltak for å begrense ansattes tilgang til beboernes økonomiske midler.

Kommunens rutiner beskriver imidlertid ikke hvilke ansatte som skal ha tilgang til de økonomiske midlene som er oppbevart i det låsbare skapet, heller ikke hvem som skal ha tillatelse til å behandle beboermidlene. Etter vår vurdering burde rutinene ha vært klarer på disse punktene; ansvarsforholdene knyttet til disponering av beboere sine økonomiske midler bør være tydelige og basert på skriftlige og oppdaterte delegasjoner, fra kommunedirektøren til de som i praksis forvalter beboermidler. Dette innebærer at det bør fremgå av delegasjonene fra hvem myndigheten delegeres, innholdet i myndigheten som delegeres og til hvem det delegeres.

Våre undersøkelser viser at Haugesund kommune, i samsvar med KS sin veileder for internkontroll, legger opp til at etterlevelsen av rutinene skal dokumenteres ved at ansatte signerer i regnskapet ved uttak av bankkort og kontanter fra låsbart skap, samt på kvitteringer ved innkjøp av artikler på vegne av beboer og på uttaksmelding ved kontantuttak fra bankkort. Kvitteringer, bilag og uttaksmeldinger skal deretter bli oppbevart sammen med regnskapet slik at kommunens behandling av beboermidler kan etterprøves ved senere anledninger. Samtidig er det ikke noe systematikk i dag i å følge opp at rutinene etterleves. Vi vurderer at det vil være hensiktsmessig med en mer systematisk oppfølging og kontroll av at rutinene for håndtering av beboermidler følges i tiltaks og boligenheten og at det i større grad føres avvik når rutinen ikke etterleves.

Det nevnes av enkelte respondenter at det oppleves som mer krevende å sikre at ansatte i tilstrekkelig grad etterlever rutiner for behandling av beboermidler når avdelingsleder ikke er tilstede; det oppstår da oftere feil i regnskapsføringen i beboerregnskapene. Ved et sterkere fokus på etterlevelse av rutinen, kan en i større grad følge opp og sikre at rutinene for behandling av beboermidler og regnskapsføring etterleves av de ansatte også når avdelingsleder ikke er tilstede på arbeidsplassen.

Tiltaks- og boligenheten har ikke gjennomført overordnede risikovurderinger av ansattes behandling av beboermidler. Videre er det avdekket at kommunen ikke har etablert rutiner og prosedyrer som sikrer at formaliserte risikovurderinger blir lagt til grunn for utformingen av rutinene for behandling av beboermidler og regnskapsføring. Dette vurderer vi som en svakhet i internkontrollen.

Beboerregnskapene er ikke alltid fortløpende oppdatert med kvitteringene fra de seneste kontantuttak og innkjøp som har blitt gjennomført på vegne av beboerne. Dette fører til at det i perioder ikke er samsvar mellom kontantbeholdningen og beløpet på beboers bankkort og det beløpet som er registrert i regnskapet. Det forekommer også at kvitteringer og uttaksmeldinger ikke blir signert av ansatte. Vi understreker at mangelfull bilagsdokumentasjon vanskeliggjør kontroll av regnskapene og kan øke risikoen for økonomiske misligheter i kommunen.

Kommunen har ikke etablert rutiner for kommunalt ansatte som ledsagere for beboere på ferie. Etter vår vurdering er det uklart hvilken rolle ansatte skal ha dersom de deltar som ledsager for en beboer på deres ferie, samt hvordan lønns-, bo- og reiseutgifter skal fordeles mellom kommunen og beboer. Revisjonen anbefaler at kommunen etablerer rutiner som sikrer forsvarlig bemanning for beboere på ferie, samt rutiner som avklarer kostnadsdekningen for ledsager mellom kommunen og beboere.

3. Rutiner for ansettelse av personell

3.1 Revisjonskriterier

I dette kapittelet besvares følgende problemstillinger:

4. "Hvilke rutiner har kommunen for ansettelse av personell?"
5. "Hvordan sikrer kommunen at eventuelle begrensinger i ansettelsesforhold etterleves?"
6. "Er kommunens etterlevelse av rutiner og tiltak for ansettelsesforhold tilstrekkelig?"

Revisjonskriterier vil i denne sammenheng være:

- ✓ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- ✓ Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- ✓ Politiregisterforskriften
- ✓ Kommuneleien
- ✓ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- ✓ Kommunens rutiner og prosedyrer for håndtering av ansettelser

Revisjonskriteriene er fullstendig utledet i vedlegg 2.

Her har vi undersøkt og kartlagt kommunens rutiner og tiltak for ansettelse av personell som skal behandle beboeres økonomiske midler, hvordan kommunen sikrer at begrensinger i ansettelsesforhold etterleves. Videre har vi vurdert om etterlevelsen av rutinene er tilstrekkelig.

3.2 Fakta

3.2.1 Rutiner for ansettelse av personell

Haugesund kommune har flere rutiner og malverk knyttet til ansettelse av personell. Disse er samlet i kvalitetssystemet, Risk Manager, hvor alle ansatte har tilgang. I denne gjennomgangen fokuseres de rutinene som er vesentlige for å sikre ansettelsesprosessen, inkludert innhenting av politiattest og autorisasjon.

Rutiner knyttet til ansettelsesprosessen

Ansettelsesprosessene i kommunen blir regulert av «Ansettelsesreglement for Haugesund kommune» og «Rutine for ansettelse og søknadsadministrasjon». «Rutine for ansettelse og søknadsadministrasjon» utfyller ansettelsesreglement for Haugesund kommune. «Rutine for ansettelse og søknadsadministrasjon» gir en detaljert og stegvis beskrivelse av hvordan kommunens ansettelsesprosess skal gjennomføres. Begge dokumentene er gjort tilgjengelig for kommunens ansatte i sak- og arkivsystemet i Ephorte, i tillegg til Risk Manager.

I ansettelsesreglementet fremgår det at kommunedirektøren har delegert ansettelsesmyndighet for alle stillinger som er underlagt kommunedirektørens instruksjonsmyndighet. I kommunens administrative delegeringsreglement fremgår det at kommunedirektøren har delegert denne myndigheten videre til virksomhets-/enhetslederne². Virksomhetslederne er dermed de personene i kommunen som er ansvarlige for å utlyse stillinger og gjennomføre nyansettelser. I tiltak og boligenheten er denne fullmakten videredelegert til avdelingslederne gjennom funksjonsbeskrivelsen.

Hensikten med «*Rutine for ansettelse og søknadsadministrasjon*» er å sikre at rekrutteringsprosess og søknadsadministrasjon blir ivaretatt i henhold til gjeldende lover og forskrifter. I rutinen er det beskrevet en stegvis prosess for hvordan kommunens ansettelsesprosess skal foregå - fra vurdering av om stilling skal utlyses til oppfølging av nyansatt etter ansettelsesprosessen er over. Det blir beskrevet aktiviteter og hvem som er ansvarlig for aktivitetene som blir utført i hvert trinn av prosessen.

I følge rutinen er det enhetsleder som skal lyse ut, men personalavdelingen skal kvalitetssikre stillingsannonser, deriblant kontrollere at det blir opplyst om at stillingen stiller krav til autorisasjon og/eller politiattest i de tilfellene hvor det er nødvendig.

Det er personalavdelingen i kommunen som er ansvarlig for å håndtere innkomne jobbsøknader i Webcruiter og kvalitetssikre søkerlisten. Offentlig og utvidet søkerliste overføres manuelt til saksbehandlingssystemet Ephorte. Virksomhetsleder mottar klargjort søkerliste fra personalavdelingen. Virksomhetsleder skal drøfte med tillitsvalgt hvilke kandidater som bør kalles inn til intervju.

I ansettelsesreglementet fremgår det bla. krav til sammensetning av intervjuutvalgene, fagforeningsdeltakelse, vitnemål, attester og autorisasjon, gjennomføring av intervju, registrering i saks- og arkivsystem, referansesjekk, kontroll av politiattest og autorisasjon i helsepersonellregisteret og kvalitetssikring av utenlandsk helsepersonell. Det er videre krav til ansettelsesvedtak og skriftlig arbeidsavtale.

I rutinen blir det påpekt at avvik fra rutinen skal registreres og behandles i avviksmodule i kommunens kvalitetssystem i RiskManager. Fra intervju fremgår det at personalavdelingen ikke har etablert faste kontrollpunkter for å sjekke at rutinen etterleves.

I Tiltaks- og boligenheten er det avdelingslederne som er ansvarlig for å gjennomføre ansettelsesprosessene. Virksomhetsleder skal kvalitetssikre prosessene og signere på arbeidsavtaler og ansettelsesprotokoll. En av avdelingslederne forklarer i intervju at hun også rådfører seg med personalavdelingen knyttet til elementer hun er usikker på i den enkelte ansettelsesprosessen. Personalavdelingen i Haugesund kommune gjennomfører også temamøter, flere av avdelingslederne fremhever at disse blir oppfattet som veldig nyttige.

Rutine for ansettelse av utenlandsk personell

Haugesund kommune har en egen rutine for kvalitetssikring og evaluering av utenlandsk helsepersonell. Hensikten med rutinen er å kvalitetssikre rekrutteringsprosess, faglige kvalifikasjoner, realkompetanse, innhenting av politiattest, innhenting av autorisasjon og evaluering.

² Etter omorganisering i Haugesund kommune er det både enhetsledere og virksomhetsledere i kommunen. Noen enheter har virksomhetsleder over seg, og det er noen virksomhetsledere som bare har avdelingsledere under seg og har derfor ikke enhetsledere. I de tilfellene er det virksomhetsleder som er ansvarlig for at ansettelsen er i henhold til lov og regelverk. Ettersom Tiltaks- og boligenheten har virksomhetsleder, og ikke enhetsleder, bruker vi uttrykket virksomhetsleder.

Ingen av avdelingslederne vi har intervjuet har ansatt personer med utenlandske papirer/utenlandsk helsepersonell. Dette blir forklart med at de ansatte må kunne norsk for å gjennomføre arbeidsoppgavene.

Rutine for innhenting og registrering av politiattest og autorisasjon

Kommunen har en egen rutine for innhenting og registrering av politiattest og autorisasjoner ved ansettelse av personell. I rutinen fremkommer det at dens hensikt er å sikre at autorisasjoner og politiattester blir innhentet i henhold til gjeldende lover, forskrifter og avtaleverk, for stillinger der dette er påkrevd, samt hindre ansettelser av personer som mangler autorisasjon og politiattest.

Politiattest

Rutinen lister opp og beskriver alle tjenesteområder i kommunen det blir stilt lovkrav om at ansatte må ha gyldig politiattest. Rutinen beskriver hvilke krav lovverket stiller til fremvisning av politiattest for tjenesteområdene barnehage, skole/fritidsordning, musikk og kulturskole, barnevern, helse og omsorg, brannvesen, fritidsklubber og barne- og ungdomsleirer.

For innhenting, registrering og behandling av politiattest ved ansettelse av helsepersonell i kommunen, henviser rutinen til kravene som står i helsepersonelloven, helse og omsorgstjenesteloven og politiregisterforskriften.

I rutinen fremgår det at krav om tilfredsstillende politiattest skal stå i alle de aktuelle jobbutlysningene og arbeidsavtalene til kommunen, hvor det er en forutsetning for å få stillingen. Tilfredsstillende politiattest er et vilkår ved ansettelser og inngåelse av arbeidsavtaler. Rutinen har ikke definert hva som er en tilfredsstillende politiattest.

Det fremgår av rutinen at kravet gjelder kun ved nyansettelser, og ikke for de som allerede er fast ansatt eller i vikariat. Samtidig fremgår det at dersom en vikar blir tilsatt på ny, skal en kreve tilfredsstillende politiattest. I følge rutinen skal kommunen kun kreve politiattest av den søker som får tilbud om stillingen/vikariat. Politiattesten må foreligge før arbeidstakeren tiltrer i ny stilling. Det fremgår videre at kommunen må kontrollere at politiattesten ikke er eldre enn tre måneder.

Den innhentede politiattesten skal sendes til den aktuelle virksomhetsleder. Ved eventuelle merknader på politiattesten skal disse vurderes opp mot bestemmelsene i den aktuelle særlov. Videre sier rutinen at en eventuell ansettelse bør vurderes opp mot hvorvidt de vurderer at søker kan gjennomføre arbeidsoppgavene og om de kan ha tillit til vedkommende. Dersom kommunen ansetter søkere med merknader, må den konkrete vurderingen dokumenteres skriftlig og oppbevares i personalmappen.

I rutinen er det beskrevet i et eget avsnitt hvordan politiattest for søkere på stillinger innen helse og omsorgstjenester skal håndteres. Det skal dokumenteres at politiattester uten merknader er innhentet, deretter skal politiattesten makuleres umiddelbart etter at den har vært benyttet til det formålet den var innhentet for. Ved søknader med merknader skal kommunen vurdere hvorvidt de likevel ønsker å ansette søkeren og utarbeide et notat som beskriver vurderingene kommunen har gjennomført. Rutinen påpeker at politiattesten og det tilhørende notatet skal oppbevares konfidensielt så lenge vedkommende er arbeidstaker i stillingen, og at det er makuleres når ansettelsesforholdet avsluttes.

En avdelingsleder forteller i intervju at da vedkommende tiltrådte i stillingen manglet det 27 politiattester. Noen av de som manglet politiattest ble ansatt før det ble stilt krav til politiattest, mens andre var ansatt etter at det ble et krav. Avdelingsleder hentet da inn politiattest for alle. Det var ingen av de ansatte som hadde merknader på politiattesten.

Autorisasjon

Rutinen beskriver også en stegvis prosess for hvordan kommunen skal innhente og motta autorisasjon fra jobbsøker. Det fremgår at kommunen skal sjekke og kontrollere om søker har nødvendig autorisasjon før søkeren blir ansatt. Kommunen skal også sjekke om fremvist dokumentasjon på autorisasjon er registrert hos Helsedirektoratet. I følge rutinen er virksomhetsleder ansvarlig for at autorisasjon er innlevert og dokumentert. Autorisasjonen skal videresendes til Personal, organisasjon og service, sammen med arbeidsavtalen.

Vi har fått oversendt referat fra drøfting mellom Haugesund kommune og arbeidstakerorganisasjonene, hvor det fremgår at tredje års vernepleierstudenter kan søke på og få stilling som vernepleier, forutsatt at de får autorisasjon og er kvalifisert.

I Tiltaks- og boligenheten er det avdelingslederne som er ansvarlig for å gjennomføre ansettelsesprosessene, herunder å hente inn politiattest og autorisasjon. Virksomhetsleder gjør en overordnet kontroll av arbeidsavtaler og ansettelsesprotokoller. Virksomhetsleder presiserer i intervju at det skal undersøkes om personen har merknader på politiattest og godkjent autorisasjon også ved interne ansettelser. I tillegg skal de sjekke referanse fra forrige leder.

En av avdelingslederne forteller at hun alltid sjekker at søkerne har autorisasjon i helsepersonellregistret, før kandidatene kalles inn til intervju. Avdelingslederen oppbevarer utskriften fra helsepersonellregisteret på sitt kontor. Innhentede politiattester sender avdelingsleder til personalavdelingen. Ved interne ansettelser sjekker avdelingsleder med personal hvorvidt den som skal ansettes har registrert politiattest.

Fra intervju fremgår det at de gangene avdelingslederne har hatt søkere med merknader på politiattesten, har det blitt diskutert med virksomhetsleder. Det er ikke blitt ansatt personer med merknader på politiattesten de senere år.

Rutine for opplæring av nyansatte

Kommunen har en egen rutine for opplæring av nyansatte. I rutinen fremgår det at dens hensikt er å kvalitetssikre opplæringen av nyansatte og vikarer i kommunen. Ifølge rutinen skal alle nyansatte begynne med et møte med avdelingsleder og fagansvarlig, hvor forventningene avklares og opplæringsplanen gjennomgås. Den nyansatte skal få tildelt en fadder blant de fast ansatte. Fadderen har ansvaret for å følge opp de tre første opplæringsvaktene, samt påse at den nyansatte får opplæring i henhold til opplæringsrutinene i avdelingen. All opplæring av den nyansatte skal dokumenteres ved at den nyansatte kvitterer for hver ting de blir opplært i.

I rutinen fremgår det at avdelingsleder, fagansvarlig, fadder og nyansatt skal gå gjennom, drøfte og evaluere:

- ✓ At tilstrekkelig opplæring er gitt til nyansatt.
- ✓ At den nyansatte fungerer i stillingen.
- ✓ Hvordan nyansatt fungerer i forhold til kollegaer.

I intervju fremgår det at gjennomgang av beboermidler er en del av ansattopplæringen i alle avdelingene. Samtidig var det bare en avdeling som kunne vise til at det fremgikk på det interne opplæringssskjemaet.

3.2.2 Etterlevelse av rutiner

Vår gjennomgang viser at kommunen har dokumentasjon på autorisasjon for de 10 siste ansettelsene. For tre av ansettelsene er dette dokumentert i form av utskrift fra helsepersonellregisteret, for de

andre har vi fått oversendt den formelle, skriftlige autorisasjonen. Oppsummert kan dokumentasjonen knyttet til autorisasjon og politiattest ved ansettelsene oppsummeres slik:

Kandidat	Stilling	Autorisasjon		Politiattest
		Gyldig autorisasjon	Kommunens dokumentasjon	Registrert politiattest
Kandidat 1	Helsefag-arbeider	OK	Innvilget autorisasjon helsefagarbeider	Innhentet i samsvar med rutine
Kandidat 2	Vernepleier	OK	Innvilget autorisasjon vernepleier	Attest eldre enn 3 måneder Intern kandidat
Kandidat 3	Vernepleier	OK	Innvilget autorisasjon vernepleier	Innhentet i samsvar med rutine
Kandidat 4	Sykepleier	OK	Innvilget autorisasjon sykepleier	Innhentet i samsvar med rutine
Kandidat 5	Vernepleier	OK	Utskrift autorisasjon helsepersonellregisteret. Nyutdannet.	Innhentet i samsvar med rutine
Kandidat 6	Vernepleier	OK	Innvilget autorisasjon vernepleier	Søknad sendt Ikke startet i stilling
Kandidat 7	Vernepleier	OK	Innvilget autorisasjon vernepleier	Ikke gyldig politiattest Søknad sendt intern kandidat
Kandidat 8	Vernepleier	OK	Utskrift autorisasjon helsepersonellregisteret Ikke innlevert i personalmappen	Innhentet i samsvar med rutine
Kandidat 9	Sykepleier	OK	Utskrift autorisasjon helsepersonellregisteret Innlevert i personalmappen	Innhentet i samsvar med rutine
Kandidat 10	Vernepleier	OK	Innvilget autorisasjon vernepleier	Sendt søknad

Tabell 1: Dokumentasjon innhentet politiattest og autorisasjon.

Kandidat 5 er nyutdannet, og har derfor ikke fått dokument på autorisasjonen. Derimot er autorisasjonen dokumentert i form av utskrift fra helsepersonellregisteret og vitnemål fra studiet. For kandidat 8 har vi mottatt utskrift fra helsepersonelloven, samtidig fremgår det i oversendelsen fra

kommunen at det ikke er registrert autorisasjon i personalmappen til den ansatte. Fra kommunens oversendelse fremgår det at kandidat 9 hadde utskrift fra helsepersonellregisteret i personalmappen.

Vi har for øvrig kontrollert alle ansatte helsepersonellregisteret, og alle hadde gyldig autorisasjon på tidspunktet for revisjon.

For kandidat 2 er politiattesten eldre enn tre måneder, det fremgår samtidig at denne personen er internt ansatt i enheten. For kandidat 6 er søknad om politiattest sendt, men ikke mottatt, når vi fikk oversendt dokumentasjonen. Kandidaten hadde ikke startet i stillingen når vi fikk oversendt dokumentasjonen. For kandidat 7 er søknad om politiattest sendt. Denne kandidaten har allerede startet i stillingen som vernepleier. Det fremgår for øvrig at denne kandidaten var intern innen enheten. Det samme gjelder for kandidat 10. Når det gjelder kandidat 9, er denne personens politiattest eldre enn tre måneder på ansettelsestidspunktet.

Fra intervju går det frem at det ved gjennomgangen av personalmappene i forbindelse med forvaltningsrevisjonen ble det oppdaget at noen mapper manglet politiattest. Dette dreier seg om interne ansettelser/forflytninger. I følge kommunaldirektør for Helse, omsorg og sosiale tjenester jobber tjenesteområdet med å rette opp i dette.

3.2.3 Begrensinger i ansettelsesforhold

Kommunen har ikke egne, skriftlige rutiner knyttet til oppfølging og kontroll av ansatte med begrensinger i ansettelsesforholdet. I følge personalsjef vil det være nærmeste leder sitt ansvar å følge opp at disse begrensningene etterleves. Verken virksomhetsleder eller noen av avdelingslederne vi har gjennomført intervju med, har erfaring med å ha ansatte med begrensinger i arbeidsforholdet under seg. Samtidig fremgår det i intervju at personen som ble tiltalt og dømt for underslag i 2017 hadde begrensinger i arbeidsforholdet knyttet til håndtering av beboernes økonomiske midler. Disse begrensningene ble da ikke etterlevd, ettersom personen likevel hadde tilgang til beboernes bankkort. Avdelingsleder ved den aktuelle boligen ble ansatt i stillingen omtrent samtidig med at underslaget ble oppdaget.

3.3 Vurderinger

Haugesund kommune har et omfattende og detaljert rutine- og malverk for ansettelse av personell som tydeliggjør ansvarsforholdene ved ansettelser.

Rutinene for innhenting av politiattest og autorisasjon er i samsvar med lovverket. Samtidig vurderer vi at det være hensiktsmessig med enkelte presiseringer. I rutinen for innhenting av politiattest og autorisasjon fremgår det at autorisasjonen skal sjekkes i helsepersonellregisteret før tilsetting. Vår vurdering er at det kan være hensiktsmessig for kommunen at dette er en del av prosessen før kandidater kalles inn til intervju, slik at en ved innkalling til intervju kun kaller inn kandidater som er kvalifisert til stillingen.

Alle de siste ti ansettelsene i Tiltaks- og boligenheten har gyldig autorisasjon. Det er en person som mangler dokumentasjon på autorisasjon i personalmappen, men det fremgår fra kommunen sin gjennomgang at denne personen har gyldig autorisasjon. Den personen som begikk underslag hadde fremvist autorisasjonen i form av et dokument, men denne autorisasjonen var ikke lenger gyldig. Dette ville kommunen ha oppdaget ved å sjekke i Helsedirektoratet sitt register, slik som rutinen tilsier.

For at kommunen skal være sikker på at personene de ansetter faktisk har en gyldig autorisasjon, må de kontrollere helsepersonellregisteret. Vi vurderer at det kan være hensiktsmessig at det tas inn i rutinen at den som er ansvarlig for ansettelsesprosessen også må registrere at autorisasjonen faktisk er kontrollert i helsepersonellregisteret.

Videre fremgår det i rutinen for innhenting og registrering av politiattest og autorisasjon at tilfredsstillende politiattest skal foreligge før arbeidstaker tiltrer i stillingen/oppdraget. Samtidig sier ikke rutinen noe om hva som er en tilfredsstillende politiattest. I følge helsepersonelloven og helse- og omsorgstjenesteloven er det enkelte lovbrudd som utelukker personer til å yte helse- og omsorgstjenester til barn og unge. Samtidig vil ikke alle lovbrudd som merkes på politiattesten automatisk føre til utelukkelse. Vår vurdering er at rutinen bør presisere hvilke vurderinger som skal gjennomføres for å kunne bekrefte at en politiattest er tilfredsstillende.

Vår gjennomgang viser at to av de ansatte hadde politiattest eldre enn tre måneder på ansettelsestidspunktet. Helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og kommunens rutiner tilsier at politiattesten ikke skal være eldre enn tre måneder. Disse to tilfellene gjaldt interne ansettelser, og det kan således være uklart hvorvidt dette skal vurderes som nyansettelser og at en må innhente politiattest for å være i samsvar med lovverket. Samtidig sier både virksomhetsleder og kommunaldirektør i intervju, at en skal hente inn politiattest også ved interne ansettelser. Det vil etter vår vurdering være tjenlig å nedfelle direktørens forståelse inn i rutinen; at det skal hentes inn politiattest.

Ingen av avdelingslederne som er intervjuet har erfaring med å ha ansatte direkte under seg med begrensninger i arbeidsforholdet. Samtidig fremgår det at kommunen har hatt en underslagssak som kunne vært unngått, dersom begrensningene i arbeidsforholdet hadde blitt fulgt opp. Vi presiserer at det vil være viktig at ledere som har ansatte med begrensninger i ansettelsesforholdet følger opp begrensningene, og sikrer at de etterlevs.

4. Anbefalinger

KPMG vil her komme med anbefalinger på områdene der det i forvaltningsrevisjonen er funnet avvik eller forbedringspotensial.

Våre anbefalinger er at Haugesund kommune prioriterer følgende:

- ✓ Tiltaks- og boligenheten bør tydeliggjøre rutinen knyttet til håndtering av beboermidler:
 - hvilke ansatte som skal ha tilgang til de beboernes midler
 - hvem som skal ha tillatelse til å behandle beboermidlene.
- ✓ Tiltaks- og boligenheten bør gjennomføre risikovurderinger av ansattes behandling av beboermidler, både på overordnet- og avdelingsnivå. På identifiserte risikoområder, bør det etableres risikoreduserende tiltak.
- ✓ Tiltaks- og boligenheten bør ha en mer systematisk oppfølging av at rutinen for beboermidler etterleves.
- ✓ Tiltaks- og boligenheten bør tydeliggjøre når det skal føres avvik på rutinen knyttet til håndtering av beboermidler.
- ✓ Etablere rutiner som sikrer forsvarlig bemanning for beboere på ferie, samt rutiner som avklarer kostnadsdekningen for ledsager mellom kommunen og beboere.
- ✓ Tydeliggjøre rutinene knyttet til innhenting av autorisasjon og politiattest ved interne ansettelses.

5. Uttalelse fra rådmannen



KPMG AS
Kanalveien 11
5822 BERGEN

Deres referanse	Vår referanse Saksnr. 2019/4601 Løpenr. 57127/2019 Arkivkode 217	Saksbehandler Kathrine Straum Tlf. 52 74 45 33	Vår dato 08.11.2019
-----------------	---	--	------------------------

HØRINGSSVAR - UTKAST TIL RAPPORT FRA FORVALTNINGSREVISJON I HAUGESUND KOMMUNE

Vi viser til utkast til rapport fra forvaltningsrevisjonen «Beboermidler og ansettelsesforhold» som vi fikk til høring den 29. oktober 2019.

Til høringens del 1, verifisering av fakta, har kommunedirektøren ingen kommentarer.

Til høringens del 2, uttalelse til rapporten, har kommunedirektøren noen kommentarer. Kommunedirektøren tar den foreløpige rapporten fra KPMG til orientering. Når endelig forvaltningsrapport foreligger, vil den bli presentert og gjennomgått i helse, omsorg og sosiale tjenester. Aktuelle virksomheter vil da følge opp de anbefalinger som er gitt i punktene 1- 4 og 6. Det betyr å korrigere de feil som er påpekt i rapporten, samt å vurdere den praktiske håndteringen av beboermidler i enhetene. Videre vil virksomhetene følge opp med:

- ROS-analyser av hvordan beboermidler blir håndtert på overordnet nivå og avdelingsnivå
- Forbedre rutinen som beskriver hvem av de ansatte som skal ha tilgang til beboernes økonomi.
- Kontrollere at rutinen blir fulgt.
- Ny gjennomgang for ansatte på når det skal føres avvik etter at økonomien til beboere er håndtert feil.

Haugesund kommune vil også gjøre rutinene som handler om å hente inn autorisasjoner og politiattester ved interne ansettelser tydeligere.

Når det gjelder punkt 5 av KPMGs anbefalinger, vil kommunedirektøren igjen bemerke at Haugesund kommune **ikke** arrangeres feriereiser i kommunens regi for beboere som mottar helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, slik det også er gjengitt i rapporten. Hvis beboere reiser på ferie, så skjer det i privat regi. De kommunale tjenestene til beboere som reiser på ferie blir da midlertidig stanset i den aktuelle perioden. Hvis kommunalt ansatte blir invitert av beboeren, eller dennes verge, til å være med på reisen

som ledsager, må den ansatte gjøre det i sine friperioder. Eller at den ansatte avspaserer opptjent tid til avspasering, eller søker om permisjon uten lønn. På bakgrunn av dette ser ikke kommunedirektøren grunn til å etablere egne rutiner for dette slik det er beskrevet i punkt 5 i KPMGs anbefalinger.

Oppsummert så vil aktuelle virksomheter bruke forvaltningsrevisjonsrapporten som et godt korrektiv og et viktig bidrag i arbeidet med å øke kvaliteten i håndteringen av beboermidler og ivareta ansettelsesforhold i Haugesund kommune.

Med hilsen

Ole Bernt Thorbjørnsen
kommunedirektør

Gunnar Johan Eljervik
rådgiver

Dette dokumentet er godkjent elektronisk og sendes uten signatur.

Vedlegg 1 Dokumentliste

- ✓ Regnskap for tjenestemottakere kontantkasse
- ✓ Etisk og faglig refleksjon i Tiltaks- og boligenheten
- ✓ Etikkråd brosjyre
- ✓ Etiske retningslinjer
- ✓ Mal for risikovurdering
- ✓ Bruk av elektronisk avvik og skaderegistrering
- ✓ Ansettelsesreglement
- ✓ Ansettelse og søknadsadministrasjon rutine
- ✓ Innhenting og registrering av politiattest og autorisasjon
- ✓ Arbeidsreglement for Haugesund kommune
- ✓ Informasjon om videre saksgang av innmeldte avvik skader
- ✓ Kontroll av regnskap
- ✓ Opplæring av nyansatte
- ✓ Regnskap for pengeskrin - bankkort- lommebok
- ✓ Tilleggsopplysninger ansettelsesforhold
- ✓ Sjekkliste opplæring
- ✓ Mal arbeidsavtale i Haugesund kommune
- ✓ Kvalitetssikring og evaluering av utenlandsk helsepersonell
- ✓ Oppbevaring av felles kontantkasse og bankkort (Bolig 1)
- ✓ Oppbevaring av kontantkasser i Bolig 1
- ✓ Prosedyre beboerregnskap – Bolig 3
- ✓ Risikovurdering - Bolig 1
- ✓ Bekreftelse på formål om politiattest
- ✓ Funksjonsbeskrivelse avdelingsleder
- ✓ Oppbevaring av felles kontantkasse og bankkort

Vedlegg 2 Revisjonskriterier

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

§ 23. Administrasjonssjefens oppgaver og myndighet.

1. Administrasjonssjefen er den øverste leder for den samlede kommunale eller fylkeskommunale administrasjon, med de unntak som følger av lov, og innenfor de rammer kommunestyret eller fylkestinget fastsetter.

2. Administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt. Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

3. Administrasjonssjefen har møte- og talerett, personlig eller ved en av sine underordnede, i alle kommunale eller fylkeskommunale folkevalgte organer med unntak av kontrollutvalget.

4. Kommunalt og fylkeskommunalt folkevalgt organ kan gi administrasjonssjefen myndighet til å treffe vedtak i enkeltsaker eller typer av saker som ikke er av prinsipiell betydning, hvis ikke kommunestyret eller fylkestinget har bestemt noe annet.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

§ 5-4. Krav om politiattest

Kommunen eller annen arbeidsgiver som yter tjenester etter loven her, skal ved tilbud om stilling eller oppdrag kreve fremlagt politiattest fra personer som skal yte slike tjenester. På politiattesten skal det anmerkes om personen er siktet, tiltalt, har vedtatt forelegg eller er dømt for overtredelse av straffeloven 1902 §§ 162, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 andre ledd, 201 første ledd bokstav c, §§ 201 a, 203, 204 a, 219, 222, 223, 224, 227, 228, 229, 231, 233, 242, 255, 256, 257, 258, 266, 268, jf. 267, 270, 271 og straffeloven 2005 §§ 231, 232, 251, 252, 254, 255, 256, 257, 258, 263, 264, 271, 272, 273, 274, 275, 282, 283, 288, 291, 293, 294, 295, 296, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 309, 310, 311, 312, 314, 321, 322, 324, 325, 327, 328, 330, 331, 371 og 372.

Overtredelse av straffeloven 1902 §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 andre ledd, 201 første ledd bokstav c, 201 a, 204 a og 233 og straffeloven 2005 §§ 275, 291, 293, 294, 295, 296, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 310, 311, 312 og 314 skal anmerkes i samsvar med politiregisterloven § 41 nr. 1.

Overtredelsene av straffeloven 1902 §§ 162, 203, 219, 222, 223, 224, 227, 228, 229, 231, 242, 255, 256, 257, 258, 266, 268, jf. 267, 270 og 271 og straffeloven 2005 §§ 231, 232, 251, 252, 254, 255, 256, 257, 258, 263, 264, 271, 272, 273, 274, 282, 283, 288, 309, 321, 322, 324, 325, 327, 328, 330, 331, 371 og 372 skal anmerkes i samsvar med politiregisterloven § 40.

Politiattesten skal ikke være eldre enn tre måneder.

Plikten til å kreve politiattest omfatter ikke personer som bare sporadisk yter tjenester etter loven her og som i alminnelighet ikke vil være alene med pasienten eller brukeren.

§ 8-1. Undervisning og praktisk opplæring

Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

§ 20 a. Krav om politiattest

Den som skal yte spesialisthelsetjenester og tannhelsetjenester til barn skal fremlegge politiattest som nevnt i politiregisterloven § 39 første ledd ved tilbud om stilling, ved inngåelse av avtale etter tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd, samt ved melding om åpning, overtagelse og inntreden i privat virksomhet, jf. § 18.

Den som skal yte spesialisthelsetjenester og tannhelsetjenester til personer med utviklingshemming skal i tilfeller som nevnt i første ledd fremlegge politiattest som viser om vedkommende er siktet, tiltalt, har vedtatt forelegg eller er dømt for brudd på overtredelse av straffeloven 1902 §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 annet ledd, 201 første ledd bokstav c, 203 eller 204 a og straffeloven 2005 §§ 291, 293, 294, 295, 296, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 309, 310, 311, 312 og 314. Overtredelsen skal anmerkes i samsvar med politiregisterloven § 41 nr. 1.

Plikten etter første og annet ledd omfatter ikke den som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming.

Politiattest som nevnt i første og annet ledd skal ikke være eldre enn tre måneder.

Den som har vedtatt forelegg eller er dømt for overtredelser av straffeloven 1902 §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 annet ledd, 201 første ledd bokstav c, 203 eller 204 a eller straffeloven 2005 §§ 291, 293, 294, 295, 296, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 309, 310, 311, 312 og 314, er utelukket fra å yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemming.

Den som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven skal fremlegge politiattest som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4.

§ 48. Autorisasjon

Autorisasjonsordningen etter denne lov omfatter følgende grupper helsepersonell:

- a) ambulansearbeider
- b) apotektekniker
- c) audiograf
- d) bioingeniør
- e) ergoterapeut
- f) helsefagarbeider
- g) fotterapeut
- h) fysioterapeut
- i) helsesekretær
- j) hjelpepleier
- k) jordmor
- l) kiropraktor
- m) klinisk ernæringsfysiolog
- n) lege
- o) omsorgsarbeider
- p) optiker
- q) ortopediingeniør
- r) ortoptist
- s) perfusjonist
- t) psykolog
- u) radiograf
- v) sykepleier

- w) tannhelsesekretær
- x) tannlege
- y) tannpleier
- z) tanntekniker
- æ) vernepleier
- ø) provisorfarmasøyt
- å) reseptarfarmasøyt

Forskrift om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterforskriften)

§ 37-1. Bekjentgjøring av kravet om politiattest

Dersom det oppstilles krav om vandel bør annonserte stillinger, virksomheter, aktiviteter eller andre funksjoner bekjentgjøre slikt krav ved at det opplyses hvilken type politiattest som kreves.

§ 37-2. Oppbevaring av politiattest hos mottakeren

Politiattesten skal oppbevares utilgjengelig for uvedkommende. Politiattesten kan oppbevares så lenge det er nødvendig for formålet med politiattesten, men ikke utover det tidspunkt vedkommende slutter i den stillingen som ga grunnlaget for vandelskontroll. Politiattest som ikke lenger er nødvendig for formålet skal tilintetgjøres. Offentlige mottakere skal slette politiattesten i samsvar med § 16-2 annet ledd nr. 2.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

§ 2. Virkeområde

Forskriften gjelder virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter

- a) helsetilsynsloven § 3
- b) spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd
- c) helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd eller
- d) tannhelsetjenesteloven § 1-3a.

Forskriften gjelder også virksomheter som er pålagt plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet etter

- a) spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a eller
- b) helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

§ 3. Ansvar for styringssystem

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

§ 4. Definisjon

I denne forskriften betyr styringssystem for helse og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

§ 5. Omfang og dokumentasjon

Styringssystemet, jf. pliktene i § 6 – § 9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut i fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

§ 6. Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten

b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene

c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten

d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten

e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt

f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 7. Plikten til å gjennomføre

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres

b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet

c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes

e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

§ 8. Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres

b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen

- d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- f) minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

§ 9. Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.



Kontakt oss

Ole Willy Fundingsrud

Direktør

T +47 40 63 96 92

E ole.willy.fundingsrud@kpmg.no

Björg Rabbe Sandven

Senior Associate

T +47 99 39 65 83

E bjorg.sandven@kpmg.no

kpmg.no

© 2019 KPMG AS, a Norwegian limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

This proposal is made by KPMG AS, a limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent firms affiliated with KPMG International, a Swiss cooperative, and is in all respects subject to the negotiation, agreement, and signing of a specific engagement letter or contract. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm.