



# Kontroll og oppfølging av kvalitet i kommunale institusjoner for rusmiddelavhengige

2  
0  
1  
2

## Tidligere publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

- Rapport 01/2011 Planlegging, styring og oppfølging av investeringsprosjekter i Energigjenvinningsetaten
- Rapport 02/2011 Kontroll av anskaffelser i ni virksomheter
- Rapport 03/2011 Skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom – en undersøkelse av bydelenes tilbud til elever i videregående skole
- Rapport 04/2011 Intern kontroll i og rundt enkelte IT-systemer - Samlerapport 2010
- Rapport 05/2011 Bruk av private døgnovernattingstilbud
- Rapport 06/2011 Ulike undersøkelser i regnskapsrevisjonen - Samlerapport 2010
- Rapport 07/2011 Konsulentbruk i Oslo kommune; strategier og oppfølging
- Rapport 09/2011 Sykehjemsetatens oppfølging av lønns- og arbeidsvilkår i sykehjem driftet av kommersielle aktører
- Rapport 10/2011 Hovedsykkelveinetten i Oslo kommune - utbyggingstakt
- Rapport 11/2011 Tiltak mot frafall fra yrkesfag - Byggfag ved Bjørnholt skole  
Helse- og sosialfag ved Holtet videregående skole
- Rapport 12/2011 Avfall - Kommunalt tilsyn med avfallsområdet
- Rapport 13/2011 Avfall - Kommunens mottaksordninger for farlig avfall
- Rapport 14/2011 Offentlige anskaffelser - kontroll av utvalgte innkjøp utført av Omsorgsbygg Oslo KF
- Rapport 15/2011 Hovedsykkelveinetten i Oslo kommune - kvalitet
- Rapport 16/2011 Kvalitet i sykehjem - Smestadhjemmet
- Rapport 17/2011 Etablering og drift av NAV-kontorene i Oslo
- Rapport 18/2011 Forvaltning av beboermidler i samlokaliserte boliger
- Rapport 19/2011 Eierstyring og selskapsledelse i Ruter As
- Rapport 01/2012 Gjennomgang av anskaffelsesdokumentasjon i 16 virksomheter
- Rapport 02/2012 Bydelene som barnehagemyndighet - Bydel St. Hanshaugen og Bydel Nordstrand
- Rapport 03/2012 Styringsinformasjon i Utviklings- og kompetansetaten
- Rapport 04/2012 Utleie av kommunal grunn - saksbehandling, kontroll og oppfølging
- Rapport 05/2012 Anskaffelse, kontroll og oppfølging av tjenester til utviklingshemmede - Bydel Frogner og Bydel Nordre Aker
- Rapport 06/2012 Planlegging av investeringsprosjekter i Vann- og avløpsetaten
- Rapport 07/2012 Ulike undersøkelser i regnskapsrevisjonen – samlerapport 2011
- Rapport 08/2012 Skolens saksbehandling knyttet til spesialundervisning
- Rapport 09/2012 Intern kontroll i og rundt enkelte IT-systemer, Samlerapport 2011
- Rapport 10/2012 Informasjonssikkerhet i Energigjenvinningsetaten
- Rapport 11/2012 Informasjon om tannhelsetjenester til mottakere av hjemmesykepleie  
Bydel Alna og Bydel Vestre Aker
- Rapport 12/2012 Etterlevelse av finansreglementet i Oslo kommune
- Rapport 13/2012 Forvaltning av Gericca i Oslo kommune og intern kontroll rundt inntekter fra praktisk bistand
- Rapport 14/2012 Sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelavhengige ved behandlingsopphold
- Rapport 15/2012 Ledelsesforankring av innkjøpsområdet i Sykehjemsetaten

For mer informasjon om Kommunerevisjonen og våre rapporter se [www.krv.oslo.kommune.no](http://www.krv.oslo.kommune.no)

## Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet *Rusmiddeletatens kontroll og oppfølging av kvalitet i kommunale institusjoner*.

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Oslo kommune etter kommuneloven av 25. september 1992 med endringer av 12. desember 2003. Formålet med forvaltningsrevisjon er nedfelt i kommuneloven § 77 nr. 4 som har følgende ordlyd:

Kontrollutvalget skal påse at kommunens eller fylkeskommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte. Kontrollutvalget skal videre påse at det føres kontroll med at den økonomiske forvaltning foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak, og at det blir gjennomført systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger (forvaltningsrevisjon).

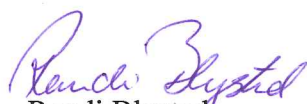
Forvaltningsrevisjon i Oslo kommune gjennomføres iht. gjeldende standard for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner i Norge (RSK 001).

Prosjektet ble vedtatt av kontrollutvalget i møte 25.01.2011 (sak 8). Prosjektet tilhører fokusområdet *Virksomhetsstyring*, jf. bystyrets vedtak om *Overordnet plan for forvaltningsrevisjon* av 18.06.2008 (sak 259).

Undersøkelsen er gjennomført med revisjonsrådgiver Arve Alstad som prosjektleder og revisjonsrådgiver Anne Lise Jørgensen som prosjektmedarbeider.

Vi vil takke Rusmiddeletaten/Velferdsetaten for nødvendig bistand i løpet av prosjektet.

06.06.2012

  
Randi Blystad  
ass. avdelingsdirektør

  
Arve Alstad  
revisjonsrådgiver



# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>1</b>
<b>Hovedbudskap</b> .....	<b>5</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>9</b>
1.1 Formål, problemstillinger og avgrensninger .....	9
1.2 Revisjonskriterier .....	10
1.3 Undersøkelsesopplegg.....	10
1.4 Rapportens inndeling.....	10
<b>2. Om ansvaret for kontroll og oppfølging av kommunale rusinstitusjoner</b> .....	<b>11</b>
2.1 Oppgaver og organisering i undersøkelsesperioden.....	11
2.2 Grunnlaget for Rusmiddeletatens arbeid med kvalitet i institusjonene.....	11
2.3 Endringer fra 01.01.2012 .....	13
<b>3. Tilrettelegging for kontroll og oppfølging</b> .....	<b>14</b>
3.1 Revisjonskriterier .....	14
3.2 Faktabeskrivelse .....	14
3.3 Vurderinger.....	17
<b>4. Gjennomføring av kontroll</b> .....	<b>19</b>
4.1 Revisjonskriterier .....	19
4.2 Faktabeskrivelse .....	19
4.3 Vurderinger.....	23
<b>5. Utvikling og forbedring av etatens kvalitetsarbeid</b> .....	<b>24</b>
5.1 Resultatmålingsprosjektet .....	24
5.2 Nøkkeldataprojektet.....	24
5.3 Nytt system for oppfølging av kommunale institusjoner .....	25
<b>6. Oppsummering, konklusjon og anbefalinger</b> .....	<b>26</b>
6.1 Oppsummering .....	26
6.2 Konklusjon og anbefaling .....	27
<b>7. Mottatte uttalelser og Kommunerevisjonens avsluttende vurdering</b> .....	<b>28</b>
7.1 Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester.....	28
7.2 Velferdsetaten.....	28
7.3 Kommunerevisjonens avsluttende vurdering.....	28

<b>Referanser .....</b>	<b>29</b>
<b>Vedlegg 1 Revisjonskriterier .....</b>	<b>31</b>
<b>Vedlegg 2 Metode .....</b>	<b>37</b>
<b>Vedlegg 3 Oppfølging av kommunale institusjoner .....</b>	<b>40</b>
<b>Vedlegg 4 Kommunale og private institusjoner .....</b>	<b>41</b>
<b>Vedlegg 5 Uttalelse fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester .....</b>	<b>43</b>
<b>Vedlegg 6 Uttalelse fra Velferdsetaten .....</b>	<b>45</b>

## Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har undersøkt hvordan daværende Rusmiddeletaten (nå del av Velferdsetaten) planla og gjennomførte kontroll og oppfølging av kvaliteten i kommunale institusjoner for rusmiddelavhengige.

Samlet sett viser undersøkelsen at etaten hadde lagt planer for kontroll og oppfølging av institusjonene gjennom handlingsplaner og lederkontrakter. Etaten kontrollerte og fulgte opp institusjonene gjennom kvalitetsundersøkelser, ledermøter, oppfølgingsmøter i institusjonene og rapportering. Etaten arbeidet dessuten med flere forbedringstiltak for å bedre resultatmålinger, datakvaliteten og oppfølging av institusjonene.

Undersøkelsen viser samtidig at Rusmiddeletaten ikke hadde en helhetlig dokumentasjon av etatens kontroll og oppfølging av de kommunale institusjonene, herunder skriftlige prosedyrer, risikovurderinger og planer for gjennomføring av kontroll og oppfølging av kommunale institusjoner. Undersøkelsen viser også at kun to av fire undersøkte institusjoner hadde gjennomført resultatmålinger i 2010. Etaten hadde heller ikke gjennomført interessentundersøkelser rettet mot alle relevante interessenter i undersøkelsesperioden.

## Sammendrag

I denne rapporten presenteres resultatet av Kommunerevisjonens undersøkelse av daværende Rusmiddeletatens (nå del av Velferdsetaten) kontroll og oppfølging av kvalitet i kommunale institusjoner høsten 2011.

Formålet med undersøkelsen har vært å undersøke om Rusmiddeletaten hadde god kontroll og oppfølging av kvalitet i kommunale institusjoner for personer med rusmiddelavhengighet, og eventuelt bidra til forbedring av den nye Velferdsetatens styringssystem for å sikre kvaliteten ved institusjonene.

## Problemstillinger

Undersøkelsens problemstillinger har vært: Gjennomfører Rusmiddeletaten god kontroll og oppfølging av kvaliteten i kommunale institusjoner for rusmiddelavhengige? Herunder:

- Har etaten prosedyrer, risikovurderinger og planer for gjennomføring av kontroll og oppfølging av kommunale institusjoner?
- Kontrollerer og følger etaten opp institusjonenes arbeid med kvaliteten i kommunale institusjoner?
- Har etaten prosedyrer og praksis for å nyttiggjøre seg erfaringer og resultater til forbedringer i etatens kontroll og oppfølging av kvalitet i kommunale institusjoner?

## Undersøkelsesopplegg

Datagrunnlaget i rapporten er basert på dokumentasjon fra Rusmiddeletatens kontroll og oppfølging av institusjonene og gjennomførte intervjuer med etatsleder, avdelingsleder, seksjonsledere og en spesialrådgiver med oppgaver knyttet til oppfølging av institusjonene. Data ble i hovedsak innhentet i perioden august 2010 til februar 2011.

Revisjonskriteriene som er anvendt i undersøkelsen, er i hovedsak hentet fra

- forskrift om internkontroll i kommunen i sosial- og helsetjenesten
- bystyresak 292/01 *Kvalitetsutvikling og kvalitetsmålinger i institusjoner for rusmiddelmisbrukere*
- byrådssak 1057/08 *Overordnet rammeverk for god intern kontroll i Oslo kommune*

## Oppsummering av viktigste vurderinger og konklusjoner

Rusmiddeletaten hadde, gjennom tiltak som HMS-håndbok, rutiner for bruker- og arbeidsplassundersøkelser, oppfølgingsbesøk, regelmessige møter, momentlisten, rapporteringskrav, handlingsplaner og lederkontrakter, etablert viktige elementer i et system for kontroll og oppfølging av de kommunale institusjonene.

For å få en effektiv kontroll- og oppfølgingsaktivitet er det etter Kommunerevisjonens vurdering viktig at virksomheten, gjennom en helhetlig og systematisk tilnærming basert bl.a. på en vurdering av risiko, konkretiserer hva som forventes fulgt opp, og ikke minst hvordan. Her hadde etaten en vei å gå.

Når det gjaldt den faktiske kontroll- og oppfølgingsaktiviteten fra etaten overfor de kommunale institusjonene, fant vi også at en rekke elementer var på plass, så som styringsdokumenter, enkelte kvalitetsundersøkelser, rapportering og møtevirksomhet. Etaten brukte mål og krav i tildelingsbrevet fra byrådsavdelingen som utgangspunkt i etatens handlingsplaner og lederkontrakter på alle nivåer. Rusmiddelstaten gjennomførte i praksis sin kontroll og oppfølging av kvaliteten i institusjonene gjennom bruker- og arbeidsplassundersøkelser, ledermøter, oppfølgingsbesøk på institusjonene og gjennom rapportering fra institusjonene.

Etaten hadde gjennomført, eller begynt å gjennomføre, risikovurderinger på viktige enkeltområder som f.eks. HMS-området og i forbindelse med større omstillinger. Men etaten hadde ikke gjennomført overordnede risikovurderinger knyttet til målkrav i tildelingsbrevet fra byrådsavdelingen eller etterlevelse av myndighetskrav etter sosial- og helsetjenestelovgivningen. Manglende risikovurderinger relatert til kvaliteten i institusjonene gir risiko for at etatens kontroll- og oppfølgingsaktivitet ikke er tilstrekkelig målrettet. Risikovurderinger er viktig for å sikre effektivitet i kontroll- og oppfølgingsarbeidet.

I tråd med bystyrets vedtak i sak 292/01 *Kvalitet og kvalitetsmålinger i institusjoner for rusmiddelmissbrukere* skulle Rusmiddelstaten gjennomføre kvalitetsmålinger i kommunale og private institusjoner for rusmiddelavhengige. Det skulle gjennomføres

- brukerundersøkelser for å måle brukernes vurderinger av oppholdet i institusjonene og umiddelbare resultater av tjenesteproduksjonen, det vil si brukerkvaliteten

- resultatundersøkelser for å måle sluttresultatene for brukerne ved utskrivningstidspunktet
- arbeidsplassundersøkelser rettet mot de ansatte for å måle deres vurdering av tjenestekvaliteten og resultatene for brukerne
- interessentundersøkelse for å måle hvor fornøyde interessentene er med institusjonene

De fire institusjonene Kommunerevisjonen undersøkte kontroll og oppfølging av, hadde gjennomført årlige bruker- og arbeidsplassundersøkelser. Resultatene ble oppsummert i årsrapporter for hver av institusjonene, og etatsledelsen ga tilbakemeldinger om sin vurdering av årsrapportene. To av fire institusjoner skrev i årsrapportene fra bruker- og arbeidsplassundersøkelsene at de også hadde gjennomført resultatundersøkelser, men oppsummerte ikke resultatene fra disse undersøkelsene. Interessentundersøkelser hadde blitt gjennomført mer sporadisk. Ettersom etaten ikke hadde oppsummert resultatundersøkelser og i begrenset omfang hadde gjennomført interessentundersøkelser, gikk etaten glipp av muligheter for informasjon som kan være verdifull for å belyse kvaliteten på institusjonene.

Det var svakheter i etatens dokumentasjon, når det gjaldt både skriftlige nedfelte føringer for kontroll- og oppfølgingsarbeidet og dokumentasjon fra den faktiske kontroll- og oppfølgingsaktiviteten.

### **Konklusjon og anbefaling**

Samlet sett viser undersøkelsen at viktige elementer var på plass, men at

- det var behov for en mer helhetlig og systematisk tilnærming til kontroll- og oppfølgingsaktiviteten overfor de kommunale institusjonene
- planer for kontroll- og oppfølgingsaktiviteten i større grad burde vært basert på risikovurderinger
- dokumentasjonen i form av skriftlige føringer og dokumentasjon fra faktisk kontroll og oppfølging var mangelfull



Kommunerevisjonen anbefaler at det iverksettes tiltak for å sikre en bedre ivaretagelse av disse forholdene.

**Uttalelser til rapporten**

Rapporten ble 15.05.2012 sendt byråden for

helse og sosiale tjenester og Velferdsetaten til uttalelse. Det er mottatt uttalelser fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Velferdsetaten. I uttalelsene blir det varslet at tiltak enten er eller vil bli iverksatt. De varslede tiltakene synes relevante.



# 1. Innledning

Denne rapporten handler om hvordan Rusmiddeletaten kontrollerte og fulgte opp kvaliteten i kommunale institusjoner for rusmiddelavhengige i 2010 og 2011. Undersøkelsen ble gjennomført høsten 2011 og vinteren 2012 – en periode der etaten deltok i Oslo kommunes virksomhetsstyringsprosjekt<sup>1</sup> og var i en overgangsfase da den fra 01.01.2012 ble en del av den nyetablerte Velferdsetaten.

Rusmiddeletaten hadde som oppgave å forebygge rusavhengighet og gi mennesker med rusproblemer muligheten til et bedre liv. Etatens hovedmål var å bistå bydelene med å gi mennesker med rusrelaterte problemer helhetlige og differensierte tilbud som skulle legge til rette for utvikling og vekst. En sentral oppgave for etaten var å tilby tidsbegrensede institusjonsplasser etter bestilling fra bydelene. Etaten hadde ansvar for drift av kommunens egne institusjoner og for kontraktsoppfølging av private leverandører av institusjonsplasser.

Rusmiddeletatens målsettinger om å "... gi mennesker med rusproblemer muligheten til et bedre liv ..." og "... legge til rette for utvikling og vekst ..." fordrer at tiltakene har god kvalitet. Rusmiddeletaten la til grunn for sitt arbeid med kvalitet- og kvalitetsmålinger en definisjon av kvalitet basert på ISO 9000-standarden:

Kvaliteten er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov.<sup>2</sup>

Det er ikke enkelt å måle kvaliteten på tjenestene direkte. Derfor er det vanlig å identifisere faktorer som kan påvirke kvaliteten, måle brukernes oppfatninger og måle resultater av tjenesteproduksjonen opp mot målsettingene med tjenestene.

<sup>1</sup> Virksomhetsstyringsprosjektet gjennomføres av Byrådsavdeling for finans og bygger på byrådssak 1170/07 *Prosjekt – Styrket intern kontroll i Oslo kommunes virksomheter*. Rusmiddeletaten var en av pilotene i prosjektet.

<sup>2</sup> Rusmiddeletaten (2001): *Rapport. Kvalitet og kvalitetsmålinger i behandling av rusmiddelmissbrukere*.

Kommunerevisjonen har i flere prosjekter undersøkt kvaliteten i tjenesteutøvelsene på institusjonsnivå, f.eks. på sykehjem og i skoler. I disse prosjektene har vi sett på viktige faktorer som påvirker tjenestekvaliteten og måloppnåelse blant annet i form av læringsprosesser, kvalitets-sikring og resultater.<sup>3</sup> I andre undersøkelser har vi sett på kommunale virksomheters kontroll og oppfølging av kvalitet i leverte tjenester.<sup>4</sup> I denne undersøkelsen har vi sett på hvordan daværende Rusmiddeletaten arbeidet med å kontrollere og følge opp kvaliteten i tjenesteproduksjonen i underliggende institusjoner.

## 1.1 Formål, problemstillinger og avgrensninger

Formålet med undersøkelsen har vært å undersøke Rusmiddeletatens kontroll og oppfølging av kvalitet i kommunale institusjoner for rusmiddelavhengige. Med kontroll og oppfølging mener vi de aktiviteter etaten planla, gjennomførte og fulgte opp for å sikre at kvaliteten i institusjonene var i tråd med myndighetskrav og kommunale vedtak.

Dersom undersøkelsen avdekket svakheter eller mangler i etatens kontroll- og oppfølging, var det ønskelig at rapporten bidro til forbedring på området.

Undersøkelsens hovedproblemstilling har vært om Rusmiddeletaten gjennomførte god kontroll og oppfølging av kvaliteten i kommunale institusjoner.

Herunder har vi sett på om

- etaten hadde prosedyrer, risikovurderinger og planer for gjennomføring av kontroll og oppfølging av institusjonene

<sup>3</sup> Se f.eks. rapport 16/2011 *Kvalitet i sykehjem – Sme-stadhjemmet* og rapport 12/2008 *Kvalitet i skolen. Resultater, undervisning og ledelse ved Haugenstua skole*.

<sup>4</sup> Se f.eks. rapport 4/2010 *Barneverntjenestenes anskaffelse, kontroll og oppfølging av private leverandører av tiltak i hjemmet i to bydeler*.

- etaten kontrollerte og fulgte opp institusjonenes arbeid med kvalitet

### *Avgrensning*

Mange forhold kan påvirke kvaliteten på tjenesteproduksjonen, så som system for virksomhetsstyring og organisering, økonomi, kompetanse, hvilke brukergrupper som mottar tjenester, m.m. I denne undersøkelsen har vi fokusert på etatens kontroll og oppfølging av noen vesentlige aspekter ved kvaliteten på tjenesteproduksjonen. Hva som er undersøkt, framgår for øvrig av revisjonskriteriene.

## **1.2 Revisjonskriterier**

Revisjonskriterier utgjør den målestokken som ligger til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger. Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen bygger på lover, forskrifter, kommunale vedtak, kommunens og statlige organers veiledere og anerkjente standarder for intern kontroll.

Revisjonskriteriene er presentert fortløpende i rapporten, sammen med faktabeskrivelsen og våre vurderinger. En samlet redegjørelse for revisjonskriteriene og utledningen av dem finnes i vedlegg 1.

## **1.3 Undersøkelsesopplegg**

Undersøkelsen er i hovedsak basert på informasjon innhentet gjennom dokumentanalyse og intervjuer.

Dokumentasjon som er gjennomgått, er bl.a.

- budsjettdokumenter, tildelingsbrev
- interne styringsdokumenter: handlingsplaner, lederkontrakter
- møtereferater fra ledermøter og seksjonsmøter
- dokumentasjon fra Rusmildeletatens kontroll og oppfølging av fire av etatens 22 institusjoner i perioden 2010–2011: handlingsplaner, lederkontrakter, årsrapporter fra kvalitetsmålingssystemet, risikovurderinger, referater fra oppfølgingsbesøk og seksjons-

møter, skade- og avviksmeldinger og tertialvise HMS-rapporter

- eksempler på dokumentasjon fra oppfølging av et antall andre institusjoner
- rapporter fra utviklingsprosjekter

Intervjuer er gjennomført med sentrale personer i Rusmildeletaten, herunder etatsdirektør, avdelingsleder i Avdeling for kommunale tjenester, en spesialkonsulent og fire seksjonsledere med ansvar for underliggende kommunale institusjoner.

Datainnsamlingen foregikk i perioden august 2011 til og med februar 2012.

Vedlegg 2 gir mer informasjon om gjennomføringen og metoden i prosjektet.

## **1.4 Rapportens inndeling**

I kapittel 2 gis det en kort orientering om Rusmildeletatens organisering, oppgaver, hjemmelsgrunnlag for internkontroll og krav om kvalitetsmålinger.

I kapittel 3 vurderes Rusmildeletatens prosedyrer/rutiner, risikovurderinger og planer for kontroll og oppfølging av kommunale institusjoner.

I kapittel 4 vurderes Rusmildeletatens gjennomføring og dokumentasjon av kontroll- og oppfølgingsaktiviteter.

I kapittel 5 beskrives kort tre utviklingsprosjekter som etaten arbeidet med i 2010 og 2011.

I kapittel 6 oppsummeres undersøkelsens konklusjoner og anbefalinger.

I kapittel 7 redegjøres det for mottatte uttalelser fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Velferdsetaten og Kommunerevisjonens avsluttende vurdering. Uttalelsene følger i sin helhet som vedlegg til rapporten.

## 2. Om ansvaret for kontroll og oppfølging av kommunale rusinstitusjoner

I dette kapittelet beskrives daværende Rusmiddeletatens oppgaver og organisering på et overordnet nivå. Videre gis det en kort beskrivelse av grunnlaget for etatens arbeid med kvalitet i institusjonene gjennom kravene til kvalitetsmålingssystem og internkontroll.

### 2.1 Oppgaver og organisering i undersøkelsesperioden

Rusmiddeletatens ansvar og oppgaver ble fra 01.01.2012 overført til den nye Velferdsetaten. Denne organisasjonsendringen endret ikke oppgavene knyttet til kontroll og oppfølging av kommunale institusjoner. Rusmiddeletatens hovedmål var å bistå bydelene med å gi mennesker med rusrelaterte problemer helhetlige og differensierte tilbud som skulle legge til rette for utvikling og vekst.

Etaten hadde ansvar for drift og utvikling av rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner og skadereuserende tiltak for rusmiddelmissbrukere over 18 år. Rusmiddeletaten drev også oppsøkende arbeid i Oslo sentrum og andre byomfattende forebyggende tiltak. Etaten disponerte i 2011 til sammen 740 institusjonsbaserte døgnplasser fordelt på 22 kommunale og 12 private institusjoner.<sup>5</sup> Etatens brutto driftsbudsjett for 2011 var på vel 600 mill. kr.<sup>6</sup>

Høsten 2011 var ansvaret for kontraktsoppfølgingen av de private institusjonene lagt til etatens Avdeling for anskaffelser i konkurranse. Avdeling for kommunale tjenester (AKT) hadde ansvar for drift, kontroll og oppfølging av de kommunale institusjonene, i tillegg hadde avdelingen et bredt spekter av dagtiltak, herunder uteseksjonen, oppsøkende tjenester og Villa MAR, Café Trappa, lavterskel tannhelsetjeneste, sprøyterom og andre dagtilbud.

Avdeling for kommunale tjenester hadde ansvar for i alt 22 kommunale institusjoner, som var fordelt på fire seksjoner. I de kommunale institusjonene skulle det gis tilbud til mennesker med rusrelaterte problemer tilpasset behovet for bistand. Avdelingens fire seksjoner hadde ansvar for følgende institusjoner:

- *Seksjon omsorg og kvinnetiltakene* omfattet syv institusjoner, hvorav fire institusjoner var for brukere med helsesvikt som følge av rusavhengighet, og som hadde behov for bistand til økt egenomsorg og bedre mestring av dagliglivets aktiviteter. Seksjonen omfattet i tillegg tre institusjoner for kvinner.
- *Seksjon rehabilitering* omfattet åtte institusjoner som skulle bidra til reduksjon eller opphør av avhengighet av rusmidler gjennom miljøpåvirkning, gruppepåvirkning og individuell påvirkning. I tillegg var to boligtiltak knyttet til seksjonen.
- *Seksjon skadereduksjon* omfattet fem institusjoner beregnet for brukere i aktiv rus. Institusjonene skulle gi hjelp til større grad av egenomsorg og reduksjon av skader som følge av rusmisbruk.
- *Seksjon oppsøkende og MAR* hadde ansvar for en institusjon beregnet for ungdom.

### 2.2 Grunnlaget for Rusmiddeletatens arbeid med kvalitet i institusjonene

#### 2.2.1 Virksomhetsstyringssystem

Oslo kommunes prinsipp om mål- og resultatstyring innebærer at virksomhetene må etablere et styringssystem som omfatter fastsetting av mål, planlegging for måloppnåelse, måling av resultater og bruk av resultatene til styring, kontroll og forbedring av virksomheten.<sup>7</sup> En definisjon av virksomhetsstyring, slik den

<sup>5</sup> Kilde: Rusmiddeletaten, intranett (lest 13.12.2011).

<sup>6</sup> Kilde: Budsjett 2011, Dokument 3.

<sup>7</sup> Byrådssak 1057/08 *Overordnet rammeverk for god intern kontroll i Oslo kommune.*

framkommer i tildelingsbrevet til Rusmiddel-etaten for 2011, er som følger:

Virksomhetsstyringen er den totale prosessen som omfatter arbeidet med å fastsette mål og resultatkrav, planlegge hvordan disse skal nås, løpende rapportering av status, analyser av situasjonen og utforming og iverksettelse av korrigerende tiltak for å oppnå fastsatte mål. Virksomhetsstyring omfatter både styring, ledelse og kontroll, plan- og rapporteringsarbeid.

Byrådsavdelingen ønsker å presisere betydningen av økt fokus på risikostyring, intern kontroll og investeringer. Disse områdene må være en integrert del av virksomhetsstyringen.

Dette innebærer at etaten skulle beskrive mål og krav til de underliggende institusjonene i styringsdokumenter og innhente styringsinformasjon for å sikre at virksomhetene når fastsatte mål og ellers yter tjenester i tråd med lover og forskrifter. I tillegg til kravene til virksomhetsstyringen ga også kravet om et kvalitetsmålings-system og kravet om et system for internkontroll etter lov om sosiale tjenester sentrale føringer for Rusmiddelstatens kontroll og oppfølging av kvalitet i institusjonene.

### 2.2.2 Krav til kvalitetsmålingssystem

Rusmiddelstaten utga i desember 2000 en rapport om kvalitet og kvalitetsmålinger i arbeid med rusmiddelavhengige.<sup>8</sup> Rapporten var et resultat av tre års arbeid med å finne fram til kriterier for kvalitet i rusmiddelbehandlingen. Intensjonen med utviklingen av kvalitetsmålingssystemet var å belyse flere sider av behandlingssituasjonen for å kunne vurdere institusjonenes egenskaper som var avgjørende for kvaliteten på tjenestetilbudet.

Rapporten dannet grunnlag for bystyrets behandling av kvalitetsutvikling og kvalitetsmåling i rusmiddelomsorgen. Bystyret vedtok 10.05.2001 (sak 292, jf. byrådssak 120/01) at Rusmiddelstaten skulle utvikle et helhetlig kvalitetsmålingssystem som et supplement til det

ordinære internkontrollsystemet. I bystyresaken ble det blant annet pekt på at kvalitetsmålings-systemet skulle

- bidra til de riktige tjenestene i tråd med brukernes behov
- brukes både av private og kommunale institusjoner
- danne grunnlaget for fortløpende å utvikle og forbedre kvaliteten på tjenestene

Bystyret vedtok at kvaliteten skulle måles innenfor følgende seks hovedområder:

- virksomhetsidé, målsetting og metoder
- organisasjonsstruktur, personalkompetanse og ledelsesfunksjoner
- lokalitetenes utforming og standard
- kjennskap til og håndtering av gjeldende lover, regler, forskrifter og rundskriv
- resultater
- økonomisk soliditet

Bystyret vedtok videre at Rusmiddelstaten skulle måle kvaliteten i institusjonene gjennom fire typer kvalitetsmålinger:

- *Brukerundersøkelser*: Undersøkelsene skal gjennomføres ved bruk av spørreskjema der brukerne skal gi sine vurderinger av oppholdet i institusjonene og umiddelbare resultater av tjenesteproduksjonen, det vil si brukeropplevd kvalitet.
- *Resultatundersøkelser*: Resultatundersøkelsene skal måle sluttresultatet for brukerne ved utskrivningstidspunktet sett i forhold til den enkelte beboers tiltaksplan.
- *Arbeidsplassundersøkelser*: I arbeidsplassundersøkelsene skal de ansatte gi sine vurderinger av tjenestekvaliteten og hva de mener beboerne oppnår i forbindelse med oppholdet på institusjonen.
- *Interessentundersøkelser*: Interessentundersøkelsene skal måle hvor fornøyde interessentene er med institusjonene. Aktuelle interessenter er pårørende, bydelenes sosialtjeneste og samarbeidende instanser.

<sup>8</sup> Rusmiddelstaten 2001, 2. opplag: *Kvalitet og kvalitetsmålinger i behandling av rusmiddelmissbrukere*.



Bystyret vedtok at brukerundersøkelser skulle gjennomføres jevnlig og sammenfattes i etats årsberetning, mens det ikke ble fastsatt en hyppighet for de øvrige tre undersøkelsene.

### 2.2.3 Lovpålagt internkontroll

Institusjoner for rusmiddelavhengige er underlagt et omfattende lovverk. Kravene til internkontroll med hjemmel i lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) og lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) var de mest sentrale for arbeidet med kvalitet i tjenesteproduksjonen i institusjonssektoren i den perioden vi undersøkte. I forskriftene om internkontroll som var hjemlet i disse to lovene, gis det i hhv. § 4 og § 5 oversikt over krav til innholdet i internkontrollen. Kravene er i hovedsak identiske. Begge forskriftene skal sikre at virksomhetene drives i tråd med myndighetskravene på de respektive områder.

Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn ga i 2004 ut veilederen *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenestene* som et hjelpemiddel for helse- og sosialtjenestene. Veilederen beskriver grunnlaget for internkontrollen i sosial- og helsetjenestene, virkeområde og innholdet i et fungerende system for internkontroll. Hensikten med internkontroll er bl.a. å bidra til kvalitetsforbedringer. Internkontrollen består av aktiviteter som skal sikre at virksomhetens oppgaver planlegges, organiseres, utføres, vedlikeholdes og forbedres

i tråd med kravene i lovgivningen. Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av myndighetskravene. Veilederen peker også på at dokumentasjon er et virkemiddel som skal bidra til å sikre at internkontrollen virker som forutsatt, og at dokumentasjonen gir grunnlag for kontinuerlig evaluering og forbedring av de tiltakene virksomheten iverksetter for å sikre at kravene i lovgivningen overholdes.

## 2.3 Endringer fra 01.01.2012

Ansvar og oppgaver som Rusmiddel-etaten hadde, ble i sin helhet overført til den nyetablerte Velferdsetaten 01.01.2012, hvor de ble lagt til Institusjons- og boligavdelingen. Selv om Rusmiddeletaten er nedlagt, anser vi at denne undersøkelsen vil være relevant for Velferdsetatens kontroll og oppfølging av kommunale institusjoner for rusmiddelavhengige.

Lovgrunnlaget på det undersøkte området ble endret fra 01.01.2012, altså *etter* den perioden vi har undersøkt. Med virkning fra 01.01.2012 ble institusjoner for rusmiddelavhengige hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. Etter lovens § 13-2 er forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten videreført.

### 3. Tilrettelegging for kontroll og oppfølging

I dette kapittelet vurderer vi Rusmiddelstatens prosedyrer/rutiner, risikovurderinger og planer for kontroll og oppfølging av kvaliteten i de kommunale institusjonene for rusmiddel-avhengige.

#### 3.1 Revisjonskriterier

Basert blant annet på internkontrollforskriftene og kommunale krav til virksomhetsstyring har vi lagt følgende kriterier til grunn:

- *Prosedyrer/rutiner mv.*: Etaten skal ha utarbeidet prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller lignende for kontroll og oppfølging av kommunale institusjoner. Disse
  - bør være skriftlig nedfelt
  - bør omfatte hva som skal kontrolleres / følges opp, hvordan dette skal gjøres, med hvilken hyppighet og hvordan det skal dokumenteres
- *Risikovurderinger*: Etaten skal ha gjennomført risikovurderinger for å undersøke om det er fare for manglende måloppnåelse og/eller fare for svikt eller manglende etterlevelse av myndighetskrav.
- *Planer for kontroll og oppfølging*: Etaten bør ha planlagt kontroll og oppfølging av kommunale institusjoner for rusmiddel-avhengige.

#### 3.2 Faktabeskrivelse

##### 3.2.1 Prosedyrer/rutiner for kontroll og oppfølging

Rusmiddelstaten hadde ikke utarbeidet en kvalitets håndbok eller en samlet dokumentasjon av prosedyrer, rutiner, instruksjoner eller lignende som beskrev hva som skulle kontrolleres, og hvordan kontroller skulle gjennomføres og rapporteres.

Etaten hadde en håndbok på helse-, miljø- og sikkerhetsområdet som inneholdt informasjon om lover og regler på arbeidsmiljøområdet og rutiner, instruksjoner og skjemaer til bruk i HMS-

arbeidet. Det var blant annet rutiner for registrering og oppfølging av sykefravær, skjema for avviksregistrering og behandling (bl.a. skademeldinger), nye eller endrede arbeidsplaner og oppfølging av enkeltpersoner i forbindelse med omstillinger. HMS-håndboken inneholdt instruksjoner for vernearbeidet og forholdet mellom klient og ansatt i etaten. Videre inneholdt håndboken skjemaer og sjekklister til bruk ved risikovurderinger, handlingsplaner, kvalitetssikring og dokumentasjon av internkontrollaktiviteter på HMS-området.

Etaten sentralt hadde dessuten etablert rutiner for gjennomføring og rapportering av og tilbakemeldinger fra årlige bruker- og arbeidsplassundersøkelser. Etaten hadde videre lagt opp til møter på ledernivå med de kommunale institusjonene hver 14. dag, og til gjennomføring av oppfølgingsbesøk i alle de kommunale institusjonene hvert andre år.

Til bruk i forbindelse med oppfølgingsbesøkene hadde etaten utarbeidet en momentliste med aktuelle temaer. Momentlisten var opprinnelig utviklet i samarbeid med etatens Avdeling for anskaffelser i konkurranse og bygde på kvalitetsmålingssystemet og myndighetskrav. Bakgrunnen for en felles momentliste var at private og kommunale institusjoner skulle følges opp på samme måte. Momentlisten som Avdeling for kommunale tjenester brukte i 2011 hadde følgende temaer for oppfølgingsbesøk i institusjonene:<sup>9</sup>

- *Fag*: Faglige temaer som skulle tas opp, var gjennomgang av mandatet for institusjonen og informasjon om beleggstill. Andre faglige temaer handlet om hvordan institusjonen arbeidet med brukerne og videreformidling av dem, og om institusjonens samarbeid med andre institusjoner. Administrasjonen ønsket dessuten framlagt dokumentasjon av

<sup>9</sup> Se vedlegg 3 Oppfølging av kommunale institusjoner.



en individuell plan og tall for oppholdstider ved institusjonen.

- *Personal*: På personalområdet var temaene sykefravær, bemanning, kompetansebehov, turnus og institusjonens HMS-arbeid.
- *Økonomi*: På økonomiområdet var temaene status for institusjonens økonomi, om den var tilfredsstillende, og hva institusjonen eventuelt gjorde for å bedre økonomien.
- *Brannforebygging*: Temaene i forbindelse med brannforebygging var status for risikovurderinger, plan for øvelser og forebyggingstiltak.
- *Forventninger / ris og ros*: Administrasjonen ønsket tilbakemelding om institusjonens forventninger og ris/ros.

Administrasjonen ba også institusjonen legge til rette for at det under oppfølgingsbesøket kunne gjennomføres samtaler med brukere, hvis brukere ønsket dette.

Seksjonene i Avdeling for kommunale tjenester hadde ikke utarbeidet egne skriftlige rutiner eller prosedyrer for sin kontroll og oppfølging av institusjonene. Seksjonslederne oppga at handlingsplaner, lederkontrakter med institusjonslederne og resultater fra bruker- og ansattundersøkelsene ble brukt som grunnlag for seksjonsledernes kontroll og oppfølging av den enkelte institusjon.

### 3.2.2 Risikovurderinger

Av etatens sentrale handlingsplan for 2011 framgikk det at risikostyring skulle være en integrert del av virksomhetsstyringen. Avdelingens handlingsplan la til grunn at etaten skulle ha økt fokus på risikoanalyser, og at alle skulle ta i bruk nye skjemaer for risikovurderinger/analyse. Ut over dette hadde ikke etaten planer for risikovurderinger relatert til kvalitet i institusjonene, eller risikovurderinger relatert til egen kontroll og oppfølging av kvaliteten i institusjonene.

Det forelå ikke dokumentasjon på gjennomførte risikovurderinger knyttet til kontroll og

oppfølging av kvaliteten i institusjonene eller vedrørende kvaliteten på etatens tjenesteleveranser i henhold til myndighetskrav og krav i tildelingsbrev.

Etaten hadde imidlertid gjennomført risikovurderinger på noen enkeltområder i 2011 som hadde direkte eller indirekte betydning for kvaliteten i institusjonene. En oppdatert versjon av etatens sentrale handlingsplan viste til at det per oktober 2011 hadde vært gjennomført to slike risikovurderinger. I tillegg hadde Avdeling for kommunale tjenester gjennomført en risikovurdering av mulig omorganisering av avdelingen. Vi mottok dokumentasjon på to risikovurderinger som berørte kontroll og oppfølging av institusjonene:

- Risikovurdering av innføringen av nytt system for plan- og resultatmålinger identifiserte følgende risikoer:
  - manglende ansvars plasseringer på systemnivå
  - mangel på klare retningslinjer/prosedyrer for rapportering/analyse
  - motvilje, motstand, manglende entusiasme
  - at grunnlagsdokumentene ikke holder mål
  - manglende opplæring, utvikling og vedlikehold
- Risikovurdering av alternativ organisering av Avdeling for kommunale tjenester identifiserte følgende risikoer:
  - omorganisering av døgntiltakene i to seksjoner med ulike tilbud etter en kjedemodell
  - sentralisering av inntaksarbeidet i en felles inntaksenhet for alle tiltak
  - samling av seksjonsledere og seksjonsstaber sammen med eller nær etatsledelsen
  - mulige konsekvenser av etatsreformen

De utfylte skjemaene med disse to risikovurderingene inneholdt vurdering av aktuelle uønskede hendelser i forhold til sannsynlighet

og konsekvens. For noen av risikoene var det beskrevet tiltak og ansvar, mens det for flere av risikoene ikke framgikk informasjon om hvem som var ansvarlig for tiltakene, og hvilke tidsfrister som gjaldt.

Ifølge etatsdirektøren hadde etaten hatt god nytte av opplæringen i risikoanalyser i forbindelse med virksomhetsstyringsprosjektet i kommunen. Direktøren ga uttrykk for at resultatet av risikovurderingene var at det ble igangsatt tiltak som bidro til at risikoen var redusert eller ikke lenger var til stede senere på året. Etaten hadde ikke gjennomført overordnet risikoanalyse for tiltak i tildelingsbrevet, men viste til at etaten i større grad enn tidligere gjennomførte risikovurderinger, og at alle nye oppgaver skulle risikovurderes. Direktøren mente at etaten kunne bli bedre på risikovurderinger og gjennomføre det mer systematisk og etterprøvbart.

Vi mottok også dokumentasjon på gjennomførte risikovurderinger i to av de fire institusjonene vi har sett nærmere på oppfølgingen av. I tillegg fikk vi fem eksempler på dokumentasjon av gjennomførte risikovurderinger, i en seksjon og tre andre institusjoner. Risikovurderingene var gjennomført hovedsakelig på områdene helse, miljø og sikkerhet: vold/trusler/skader, salmonella, overdoser, brannsikkerhet, bemanning og sikkerhet for brukerne. Seksjonene og institusjonene hadde brukt skjemaer for risikovurderinger fra etatens HMS-håndbok. De eksemplene på risikovurderingene/-analysene vi gjennomgikk, var i varierende grad utfylt med angivelse av risikodempende tiltak, hvem som var ansvarlig for gjennomføring av tiltak, og tidsfrister.

I tillegg til nevnte risikovurderinger var det i etatens tertialrapport på HMS-området (2. tertial 2011) oppsummert at 16 av 26 kommunale tjenestesteder hadde gjennomført risikovurderinger.<sup>10</sup> Av de ti tjenestestedene som ikke hadde

gjennomført risikovurderinger, rapporterte åtte at risikovurderinger var planlagt. Vi har ikke gjennomgått dokumentasjonen av institusjonenes risikovurderinger.

Vi mottok ikke dokumentasjon av videre oppfølging av gjennomførte risikovurdering, f.eks. av risikodempende tiltak.

### 3.2.3 Planer av kontroll og oppfølging

Etatsledelsen oppga at etaten ikke hadde skriftlige planer for kontroll og oppfølgingen av institusjonene, men viste til at etaten hadde handlingsplaner og lederkontrakter på alle nivåer. Disse ble også benyttet i planlegging av kontroll og oppfølging av institusjonene.

#### *Handlingsplaner*

Vi mottok flere handlingsplaner for 2010 og 2011 fra etaten: en felles for alle avdelingene i etaten i 2010, fra 2011 fikk vi én overordnet plan for hele etaten, én for Avdeling for kommunale tjenester, én for hver av seksjonene i denne avdelingen og for tre av de institusjonene vi har sett nærmere på oppfølgingen av.

Handlingsplanene for 2010 og 2011 for Avdeling for kommunale tjenester inneholdt tiltak som skulle gjennomføres, og eventuelt hvordan disse skulle kontrolleres. Tiltakene gjaldt særlig gjennomføring av interessent- og brukerundersøkelse, implementering av nytt system for resultatmålinger i rehabiliteringsinstitusjoner og oppfølgingsbesøk i alle institusjonene i løpet av 2010–2011. Videre skulle det gjennomføres stikkprøvekontroller av registreringer av enkeltklienter i etatens fagsystem Rusdata, av arbeidet med helhetlige klientforløp og av bruk av individuell plan<sup>11</sup>.

I seksjonenes handlingsplaner for 2011 gikk det fram strategier, delmål og tiltak for seksjonene og underliggende institusjoner. Disse handlings-

<sup>10</sup> Rapport for helse-, miljø og sikkerhet (IK/HMS) 2. tertial 2011. Rapporteringen gjelder for perioden 01.05.2011 t.o.m. 31.08.2011.

<sup>11</sup> Brukerne har rett til individuell plan etter forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen (FOR 2010-11-19 nr. 1462).

planene bygde på etatens sentrale handlingsplan, men spesifiserte ikke konkret hva som skulle kontrolleres i institusjonene. Mer spesifikke krav til institusjonene og egne kontrollpunkter var formulert i lederkontraktene med institusjonslederne.

#### *Lederkontrakter*

I en av lederkontraktene med en seksjonsleder var det ført opp tiltak som skulle gjennomføres og følges opp overfor institusjonene. Det gjaldt bl.a. måloppnåelse i henhold til planer, gjennomgang av mandat, gjennomføre medarbeidersamtaler, gjennomføre tiltak innen helse, miljø og sikkerhet, oppfølging av IA-avtalen og lage et registreringssystem med årlig rapportering med oversikt over antall brukere som flyttet til ordinært boligtilbud. I tråd med målkrav formulert i tildelingsbrevet fra byrådsavdelingen var det også stilt krav til seksjonsleder om resultater i bruker- og arbeidsplassundersøkelsene. I brukerundersøkelsene skulle minst 70 % av brukerne være fornøyde, og i arbeidsplassundersøkelsene skulle lederne oppnå en fornøydhet på minst 4 på en skala fra 1 til 6, med 6 som det beste.

Vi har mottatt lederkontrakt mellom seksjonsleder og institusjonsleder for tre av de fire institusjonene vi har sett nærmere på oppfølgingen av. I lederkontraktene med disse institusjonslederne var det formulert krav til gjennomføring av tiltak og hvordan det skulle kontrolleres, i form av enten rapportering eller stikkprøver. Det dreide seg om gjennomføring av medarbeidersamtaler, registreringer i fagsystemet Rusdata, rapportering vedrørende belegg, bruk av individuell plan og overdoseutviklingen og om medvirkning til reduksjon av overdoser. I de mottatte lederkontraktene var det formulert tiltak eller resultatmål, måltall og indikatorer som institusjonsleder skulle gjennomføre eller følge opp, og som kunne knyttes til institusjonsleders personlige innsats. I enkelte tilfeller framgikk det hvordan institusjonsleder skulle rapportere eller dokumentere gjennomførte tiltak og resultater til overordnet nivå.

#### *Årlige kvalitetsmålinger*

Etaten hadde planlagt årlige bruker- og arbeidsplassundersøkelser og hadde utarbeidet spørreskjema og en mal for årsrapportering av resultatene fra undersøkelsene. Etatsledelsen skulle med bistand fra seksjonslederne gi tilbakemeldinger til institusjonene med kommentarer til gjennomføring og resultater. Vi kommer tilbake til gjennomføringen av kvalitetsmålingene i kapittel 4.2.3.

Andre elementer i etatens kontroll og oppfølging beskrives i kapittel 4.

### **3.3 Vurderinger**

#### *Prosedyrer/rutiner*

Etaten hadde gjennom bl.a. en HMS-håndbok, rutiner for bruker- og arbeidsplassundersøkelser, gjennomføringen av regelmessige møter og oppfølgingsbesøk samt handlingsplaner, momentlisten og lederkontrakter etablert viktige elementer for sin kontroll- og oppfølgingsaktivitet overfor de kommunale institusjonene. Samlet sett var føringene lite konkrete relatert til hva som skulle følges opp, og ikke minst hvordan, og det framsto ikke som et helhetlig og systematisk opplegg for kontroll og oppfølging av institusjonene fra etatens side.

#### *Risikovurderinger*

Rusmideletaten hadde gjennom virksomhetsstyringsprosjektet i kommunen fått opplæring og hadde verktøy til bruk i gjennomføring av risikovurderinger, og opplevde dette som nyttig. I etatens handlingsplaner framgikk det at bruken av risikovurderinger skulle utvides.

Ifølge kommunens styringsprinsipper<sup>12</sup> skal kommunen vektlegge at mål og resultater er i henhold til fastsatte mål- og resultatkrav, og at vesentlige risikoer og avvik forebygges, avdekkes og korrigeres i nødvendig omfang. Rusmideletaten hadde gjennomført noen risikovurderinger. Ut over det institusjonene selv hadde

<sup>12</sup> Byrådssak 1057/08 *Overordnet rammeverk for god intern kontroll i Oslo kommune*, pkt. 3.1.

gjort, som primært var på HMS-området, hadde etaten ikke gjennomført risikovurderinger rettet mot de kommunale institusjonene, kvaliteten ved disse institusjonene eller sin egen kontroll og oppfølging av institusjonene.

Vurdering av risiko knyttet til mål og myndighetskrav er ikke nytt i god virksomhetsstyring. De siste årene har det imidlertid blitt et forsterket fokus på betydningen av å jobbe systematisk med slike vurderinger på ulike nivåer i kommunens virksomheter. Vi ser at Rusmiddeletaten var i gang med slike risikovurderinger, men relatert til kvaliteten i kommunale institusjoner, og etatens kontroll og oppfølging av denne kvaliteten, var risikovurderinger i liten grad på plass i 2010–2011.

#### *Planer for kontroll og oppfølging*

Etaten hadde ikke en samlet planlegging av sin kontroll og oppfølging av kvaliteten i de kommunale institusjonene, men brukte sine handlingsplaner og lederkontrakter som styringsverktøy for kontroll- og oppfølgingsaktiviteten.

I handlingsplanene til Avdeling for kommunale tjenester og underliggende seksjon/institusjoner var det i varierende grad gitt opplysninger om hvem som var ansvarlig for gjennomføring av oppfølgingstiltak, frister og status. Planlagte oppfølgingsaktiviteter inneholdt i enkelte tilfeller krav om rapportering, eventuelt om det ville bli gjennomført stikkprøvekontroller. Lederkontraktene bygget på handlingsplanene, men også lederkontraktene beskrev bare i enkelte tilfeller hva som skulle kontrolleres, og hvordan det skulle gjøres, f.eks. med krav til rapportering.

## 4. Gjennomføring av kontroll

I dette kapittelet ser vi på Rusmiddeletatens faktiske kontroll og oppfølging av kvaliteten i de kommunale institusjonene i 2010–2011. Vi har undersøkt hvordan etaten har gjennomført og dokumentert møter, oppfølgingsbesøk, kvalitetsmålinger og annet arbeid som bl.a. skulle bidra til å sikre at institusjonene hadde tilfredsstillende kvalitet.

### 4.1 Revisjonskriterier

- Etaten skal ha gjennomført kontroll og oppfølging av kvaliteten i institusjonene.
- Etaten skal ha gjennomført kvalitetsmålinger i form av
  - brukerundersøkelser
  - resultatundersøkelser
  - arbeidsplassundersøkelser
  - interessentundersøkelser
- Etaten bør ha dokumentert resultater fra kontroll og oppfølging av institusjoner.

### 4.2 Faktabeskrivelse

#### 4.2.1 Kontroll og oppfølging av kvalitet

##### *Avdeling for kommunale tjenesters oppfølging av institusjonene*

Avdeling for kommunale tjenester hadde i 2010–2011 gjennomført oppfølgingsmøter i de fire institusjonene vi har sett nærmere på oppfølgingen av. Momentlisten som ble omtalt i kapittel 3.2.1, ble brukt som agenda for disse møtene.

Vi mottok referater fra oppfølgingsmøter med tre av de fire utvalgte institusjonene. Referatene viser hvilke forhold det skulle jobbes videre med i etterkant av møtene:

- mandat og målgrupper
- individuelle planer
- sykefravær
- økonomistyring
- bemanning
- samarbeid med administrasjonen og inntakskontoret

- samarbeid med bydelene
- registreringskvalitet i Rusdata

I to av disse referatene var det utpekt ansvarlig(e) for gjennomføring av tiltakene. Ingen av referatene vi mottok, inneholdt tidsfrister for gjennomføring av tiltak. Vi mottok også eksempler på referater fra oppfølgingsbesøk i tre andre institusjoner som fulgte det samme mønsteret med mangler i utpeking av ansvarlig og tidsfrister for gjennomføring.

Vi mottok ingen annen dokumentasjon fra kontrollbesøkene med informasjon om hvordan videre oppfølging av institusjonene skulle gjennomføres fra avdelingens side, og status for gjennomførte tiltak, dette gjaldt også gjennomførte stikkprøvekontroller, resultatet av disse og hvordan dette skulle følges opp.

##### *Seksjonsledernes oppfølging av institusjonene*

Seksjonslederne i Avdeling for kommunale tjenester ga uttrykk for at det varierte hvor tett de hadde fulgt opp de ulike institusjonene, både når det gjaldt oppfølging av institusjonslederne enkeltvis og institusjonene samlet. Dette hadde bl.a. sammenheng med hvilke målgrupper institusjonene hadde ansvar for, og hvor erfarne de enkelte lederne var.

Seksjonslederne hadde seksjonsmøter med institusjonslederne samlet hver 14. dag. I forbindelse med oppfølging av den enkelte institusjon ble vi fortalt at det også ble gjennomført stikkprøvekontroller, særlig av etterlevelse av HMS-krav og registrering av brukerdokumentasjonen i fagsystemet Rusdata. Referater fra seksjonsmøtene i tremånedersperioden oktober–desember 2011 viste at følgende temaer ble tatt opp:

- fagseminar, kurs
- kvalitetssikring av fagsystemet Rusdata
- konkurranseutsetting
- etatsreform
- kartlegging av psykisk syke beboere



- liggetid på institusjonene
- innlevering av skademeldinger
- opplæringsbehov
- gjennomgang av handlingsplanene
- budsjettkutt

Annen skriftlig dokumentasjon på seksjonsledernes oppfølging av institusjonene forelå ikke.

#### 4.2.2 Kvalitetsmålinger

Avdelingene i Rusmiddelstaten hadde ansvar for å gjennomføre interessentundersøkelsene, mens institusjonene hadde ansvar for å gjennomføre bruker-, resultat- og arbeidsplassundersøkelsene.

##### *Bruker- og arbeidsplassundersøkelser*

Rusmiddelstaten begynte allerede i 1999 med brukerundersøkelser ved alle de større kommunale og private tiltakene for å måle brukernes opplevelse av kvalitet.<sup>13</sup>

Bruker- og arbeidsplassundersøkelsene hadde ifølge dem vi intervjuet, vært fundamentet for tilbakemeldinger om kvalitet i institusjonene. Undersøkelsene hadde blitt gjennomført årlig for å kartlegge brukernes og ansattes synspunkter på sentrale sider ved institusjonene og oppholdet der. I 2010 ble undersøkelsene gjennomført ved bruk av spørreskjema som dekket følgende områder:<sup>14</sup>

1. organisasjonsstruktur
2. brukermedvirkning (brukerundersøkelsen) og ledelsen (arbeidsplassundersøkelsen)
3. personalkompetanse
4. eksterne samarbeidspartnere/nettverk
5. organisasjonskultur
6. resultater
7. fysiske forhold / lokaliteter

Spørsmål hvor brukere og ansatte ble bedt om å vurdere resultater, var nytt i 2010. Det ble spurt om brukernes framgang under oppholdet og om

bedring i forhold til fysisk og psykisk helse, om sosiale behov og resultater i forbindelse med reduksjon eller opphør av rusmiddelmissbruk.

Resultatene fra undersøkelsene ble oppsummert i årsrapporter (kvalitetsrapporter). En gjennomgang av årsrapportene fra de fire institusjonene som vi har sett nærmere på, viste at disse institusjonene brukte en felles mal for årsrapportering. To av de fire institusjonene beskrev også kort selve gjennomføringen av resultatmålinger (jf. avsnittet *Resultatundersøkelser* nedenfor). Tre av de fire institusjonene hadde ikke rapportert fullstendig i tråd med rapportmalen. Vi fant bl.a. at én institusjon ikke redegjorde for resultater og tiltak fra tidligere undersøkelser og for nye tiltak for 2011, og at tre institusjoner ikke beskrev tendenser i tallmaterialet for inntak, avslag, utskrivninger (med og uten klientens vilje) og gjennomføringsprosent.

I tillegg ble også en årsrapport fra en femte institusjon gjennomgått. Denne var utfylt på alle punkter i malen og var mer fyldig når det gjaldt gjennomgang av resultater og tiltak etter tidligere undersøkelser.

Institusjonene fikk en skriftlig tilbakemelding fra etatsledelsen på årsrapportenes dokumentasjon og analyse av resultatene fra bruker- og arbeidsplassundersøkelsene. Vår gjennomgang av etatsledelsens tilbakemelding fra 2010 viste at de kommenterte og vurderte gjennomføring av og resultater fra undersøkelsene i forhold til måltall vedtatt av bystyret når det gjelder brukernes og de ansattes fornøydhet med institusjonene. Etatsledelsen kommenterte videre institusjonenes tiltak fra tidligere undersøkelser og framtidige tiltak og punkter i årsrapportene som ikke var tilfredsstillende beskrevet.

Ifølge etatsledelsen og seksjonslederne var årsrapportene fra de årlige bruker- og arbeidsplassundersøkelsene et viktig grunnlag for oppfølgingen av institusjonene. Resultatene fra bruker- og arbeidsplassundersøkelsene ble også

---

<sup>13</sup> Rusmiddelstaten (2001:12): *Rapport. Kvalitet og kvalitetsmålinger i behandling av rusmiddelmissbrukere.*

<sup>14</sup> I arbeidsplassundersøkelsene for 2011 ble det brukt samme undersøkelse som for kommunen for øvrig.

lagt til grunn for ledersamtaler og utforming av nye lederkontrakter mellom seksjonslederne og institusjonslederne.

#### *Resultatundersøkelser*

Etaten skulle i tråd med bystyrets vedtak om kvalitetsmålinger også gjennomføre resultatmålinger. Etaten opplyste at det viste seg etter hvert at skjemaene ikke ble tatt i bruk i alle institusjonene, og etaten besluttet derfor i 2009 å igangsette et resultatmålingsprosjekt med mål om å revidere plan- og resultatmålingssystemet. Det reviderte systemet er kort beskrevet i kapittel 5.1. Nytt system ble ifølge etaten tatt i bruk 01.01.2012.

I to av de fire utvalgte institusjonenes årsrapporter for 2010 ble det vist til at de hadde gjennomført resultatmålinger i 2010, men uten at resultatene ble oppsummert. Verken fra disse eller fra andre kommunale institusjoner var det rapportert om resultater av institusjonsopphold til etatens Avdeling for kommunale tjenester eller avdelingens underliggende seksjoner i 2010.

#### *Interessentundersøkelser*

Interessentundersøkelser retter seg mot aktører som på en eller annen måte har interesse av hvordan institusjoner gjennomfører sin tjenesteproduksjon uten at de selv er leverandør, oppdragsgiver eller bruker. Etaten oppgir i en rapport fra 2001 at aktuelle interessenter er sosialtjenesten ved bydelene i Oslo, bruker- og pårørendeorganisasjoner, familie, venner og/eller pårørende.<sup>15</sup>

Rusmiddeletaten ferdigstilte i april 2011 en interessentundersøkelse i forbindelse med et internt prosjekt om organisering i Avdeling for kommunale tjenester.<sup>16</sup> Undersøkelsen hadde vært rettet mot interne og eksterne aktører, herunder medarbeidere og utvalgte ledere og nøkkelpersoner i fem bydeler og i spesialisthelse-

tjenesten. Undersøkelsen var et ledd i et internt prosjekt der en arbeidsgruppe utarbeidet forslag om alternative måter å organisere avdelingen på.

Det hadde ikke vært gjennomført ytterligere interessentundersøkelser i 2010 og 2011. I 2009 gjennomførte imidlertid Rusmiddeletaten ved Avdeling for anskaffelser i konkurranse en interessentundersøkelse om erfaringer med kommunale og private institusjoner. Undersøkelsen var rettet mot sosialtjenesten, pårørende og interesseorganisasjoner, men ble kun besvart av sosialtjenesten.<sup>17</sup>

Etaten hadde tidligere besluttet at interessentundersøkelser skulle gjennomføres hvert andre år. Det var planlagt å gjennomføre interessentundersøkelse i 2011, men etaten opplyste at dette ikke ble gjort på grunn av store utfordringer og arbeidspress knyttet til etatsreformen samt betydelige utfordringer knyttet til personalsituasjonen. Etaten opplyste videre at det er planlagt gjennomføring av interessentundersøkelse i løpet av 2012.

#### **4.2.3 Annen rapportering**

Rusmiddeletaten rapporterte i sine tertialrapporter status på en rekke områder, herunder på etablerte måltall<sup>18</sup>, antall brukere med individuell plan og antall gjengangere i institusjon<sup>19</sup>. Rusmiddeletaten innhentet i tillegg noe informasjon som var relevant for vurderingen av kvalitet i institusjonene, blant annet informasjon om tjenesteproduksjon og om helse, miljø og sikkerhet for de ansatte:

- produksjonsdata:
  - oversikter over inntak, ventetider og endringer i målgruppene
  - avslag på plass i institusjon og utskrivninger mot brukers ønske

<sup>17</sup> Rusmiddeletaten (2009: 6–7): *Interessentundersøkelse vedrørende Rusmiddeletatens institusjoner*.

<sup>18</sup> Antall plasser, beleggsprosent, ventetid, gjennomføringsprosent og resultater fra brukerundersøkelser/kvalitetsmålinger.

<sup>19</sup> Definisjon ”gjengangere”: klienter med mer enn 10 inntak siste 6 måneder. Rusmiddeletaten 1. tertialrapport 2011.

<sup>15</sup> Rusmiddeletaten (2001): *Rapport. Kvalitet og kvalitetsmålinger i behandling av rusmiddelmissbrukere*.

<sup>16</sup> Rusmiddeletaten (april 2011): *Alternativ organisering av Avdeling for kommunale tjenester*.

- dødsfall og overdoser
- klager på enkeltvedtak
- ledige institusjonsplasser
- HMS-årsrapporter og skademeldinger

Alle skademeldingene ble behandlet i arbeidsmiljøutvalgene og sendt til administrasjonen og gjennomgått av etatsledelsen. Skademeldingene ble samlet i felles statistikk tertialvis. I 2010 var det i hele etaten registret 236 skademeldinger. I første og andre tertial 2011 var antallet skademeldinger 115, hvorav over halvparten var registrert av Seksjon for skadereduksjon.<sup>20</sup>

Ifølge etaten ble alle enkeltsaker fulgt opp i arbeidsmiljøutvalget. Institusjonene utarbeidet tertialvise HMS-rapporter etter en felles mal. Disse ble sendt etatens administrasjon, som oppsummerte resultatene i en samlingsrapport med beskrivelse av blant annet status og gjennomførte tiltak på følgende områder:

- risikovurderinger
- episoder med vold
- trusler, skader og ulykker
- brannberedskap/el-sikkerhet, gjennomføring av brannøvelser
- sykefravær
- HMS-kompetanse og eventuelt gjennomført tilsyn fra tilsynsmyndigheter og konsekvenser av dette (nytt i 2011)

#### 4.2.4 Annen oppfølging

Ifølge etatsledelsen ble det gjennomført ledermøter på flere nivåer i organisasjonen med tanke på informasjon om status og utviklingsarbeid i institusjonene. Avdelingsdirektøren i Avdeling for kommunale tjenester opplyste at det ble arrangert ledersamlinger med linjelederne 1–2 ganger i året, her deltok også lederne for de kommunale institusjonene. Ledersamlingene gikk som oftest over to dager og tok opp temaer som hvordan implementere endringer i etaten, og gjennomføring av overordnede vedtak m.m. innenfor avdelingens primære ansvarsområde, det vil si tilbudet til brukerne.

<sup>20</sup> Kilde: Dokument med filnavnet ”Skademeldinger 2 tertial 2011”.

I tillegg gjennomførte Rusmiddeletaten lederforum ca. seks ganger i året med alle ledere med arbeidsgiveransvar. Temaene som ble tatt opp, var ifølge etatsdirektøren ofte rettet mot ledelse, intern oppfølging og kvalitet. Høsten 2011 hadde lederforumet blant annet følgende på agendaen: etatsreform, resultater og oppfølging av brukerundersøkelsene 2010, informasjon om Nøkkeldataprojektet (jf. kapittel 5.2) og samarbeid med spesialisthelsetjenesten.<sup>21</sup>

#### 4.2.5 Dokumentasjon

Som beskrevet tidligere ble det utarbeidet rapporter og annen dokumentasjon fra gjennomførte bruker- og arbeidsplassundersøkelser og interessentundersøkelser. Rusmiddeletaten sentralt innhentet dokumentasjonen om dette fra underliggende seksjoner og institusjoner i undersøkelsesperioden. Derimot ble ikke resultatmålingsundersøkelser dokumentert.

Institusjonene utarbeidet hvert år en oppsummering (årsrapport) av resultatene fra bruker- og arbeidsplassundersøkelser. Oppsummeringene inneholdt også institusjonenes vurderinger av oppnådde resultater av iverksatte tiltak etter tilsvarende undersøkelser de to foregående årene. Rusmiddeletaten sentralt utarbeidet på basis av disse oppsummeringene en tilbakemelding til den enkelte rusinstitusjon.

Både staben i Avdeling for kommunale tjenester og seksjonsledere gjennomførte oppfølgingsmøter med institusjonene. I referater fra slike møter ser vi oversikter over temaer som skulle følges opp, hvem som hadde ansvar for oppfølging, og eventuelle frister for gjennomføring. Men vi mottok ingen annen dokumentasjon om etatens videre oppfølging av institusjonene og status for dette arbeidet.

Etaten hadde ellers dokumentasjon av produksjonsdata og av etatens arbeid på helse-, miljø- og sikkerhetsområdet, herunder tertial- og årsrapporter fra institusjonene og skade- og

<sup>21</sup> Kilde: e-post: *Lederforum høsten 2011* (datert 24.08.2011).



avviksmeldinger som ble sendt til etatsledelsen. Administrasjonen samlet skademeldingene og utarbeidet en årsstatistikk for etaten og fordelt på de enkelte institusjonene.

Etaten hadde for øvrig ingen samlet dokumentasjon av planlegging, gjennomføring og evaluering av etatens kontroll og oppfølgingsaktiviteter som kunne blitt brukt som grunnlag for videre oppfølging av institusjonene.

### 4.3 Vurderinger

#### *Kontroll og oppfølging med institusjonene*

Etatsledelsen i Rusmiddeletaten hadde sikret seg styringsinformasjon på flere områder som hadde betydning for å vurdere kvaliteten i de fire institusjonene Kommunerevisjonen undersøkte. Etaten gjennomførte oppfølgingsmøter i institusjonene, ledermøter med deltakelse fra alle organisasjonsnivåene i etaten og sikret seg dessuten informasjon gjennom rapportering. Gjennom møtevirkomheten og rapporteringen sikret etaten etter Kommunerevisjonens vurdering seg informasjon om aspekter ved kvalitet og om utfordringer i institusjonene.

#### *Kvalitetsmålingene*

Rusmiddeletatens institusjoner hadde gjennomført årlige bruker- og arbeidsplassundersøkelser, i tråd med bystyrets vedtak. Etaten fikk gjennom dette arbeidet viktig informasjon om brukere og ansattes opplevelse av kvaliteten i institusjonene.

Det framgikk ikke av bystyrets vedtak hvor hyppig det skal gjennomføres resultat- og interessentundersøkelser. Undersøkelsen viste at institusjonene i mindre grad hadde gjennomført resultatundersøkelser i de senere år, men at det var blitt gjennomført én interessentundersøkelse i 2009, og én ble ferdigstilt i 2011. Ytterligere én var planlagt i 2011, men utsatt på grunn av etatsreformen. De gjennomførte interessentundersøkelsene ga ikke informasjon fra alle relevante interessenter, den første omfattet kun svar fra saksbehandlere i bydelen. Pårørende- og

interesseorganisasjoner ble spurt, men svarte ikke på undersøkelsen. Den andre undersøkelsen omfattet svar fra bydelene og fra spesialisthelsetjenesten. Disse to undersøkelsene omfattet dermed ikke viktige interessenter som pårørende, bruker- og interesseorganisasjoner og andre frivillige organisasjoner med rus- og rusomsorg som arbeidsfelt.

Undersøkelsen viste at ikke alle institusjonene gjennomførte resultatundersøkelser for å måle beboernes resultater ved utskrivning fra institusjonen. De resultatmålingene som ble gjennomført, ble ikke oppsummert og rapportert på samme måte som bruker- og arbeidsplassundersøkelsene. Manglende gjennomføring av resultatundersøkelser i enkelte institusjoner og manglende muligheter for å analysere resultater på et aggregert nivå og relativt sjeldne interessentundersøkelser ga etaten, etter Kommunerevisjonens vurdering, et dårligere grunnlag for å vurdere kvaliteten i tjenestene enn om disse undersøkelsene hadde blitt gjennomført systematisk.

#### *Dokumentasjon*

Etaten hadde dokumentert oppfølgingen i form av møtoreferater og årsrapporter på bruker- og arbeidsplassundersøkelsene i 2010 og etatsledelsens tilbakemeldinger på disse undersøkelsene. Referatene fra oppfølgingsmøtene oppsummerte hva som skulle gjennomføres av tiltak, og hvem som var ansvarlig. Det forelå ingen dokumentasjon fra stikkprøvekontroller og heller ingen dokumentasjon på hvordan tiltak etter oppfølgingsmøter faktisk ble fulgt opp i ettertid. I ledelsens tilbakemeldinger på institusjonenes årsrapporter ble resultater og tiltak kommentert og vurdert, men det ble ikke beskrevet noen videre oppfølging fra ledelsens side.

Samlet sett ser vi at etaten hadde dokumentert flere forhold fra kontroll og oppfølging av kvaliteten i institusjonene, men at det på flere områder var svakheter ved dokumentasjonen.

## 5. Utvikling og forbedring av etatens kvalitetsarbeid

Rusmiddeletaten arbeidet i perioden 2009 til 2011 blant annet med tre utviklingsprosjekter som kan få betydning for kvaliteten i institusjonene og gi ledelsen bedre styringsinformasjon: Resultatmålingsprosjektet, Nøkkeldataprojektet samt et nytt system for oppfølging av kommunale institusjoner.

I dette kapittelet beskriver vi status for dette utviklingsarbeidet, som vi altså ikke har revidert.

### 5.1 Resultatmålingsprosjektet

Bystyret vedtok at Rusmiddeletaten skulle utvikle et kvalitetsmålingssystem (sak 292/01) og gjennomføre resultatundersøkelser i institusjonene. Etaten skrev i en rapport fra et pilotprosjekt om nytt system for plan- og resultatmålinger at etaten over tid hadde erfart at instrumentene for utvikling av behandlingsplan med resultatmålinger ikke hadde gitt tilstrekkelig grunnlag for dokumentasjon av brukernes utvikling under opphold i etatens tiltak.<sup>22</sup> Etaten startet derfor i 2009 et pilotprosjekt for å styrke arbeidet med dette innen rehabiliteringsinstitusjonene. Åtte kommunale og to private institusjoner deltok i prosjektet.

Pilotprosjektet omfattet en revidering av etatens plan- og resultatmålingsskjema. Målsettingen med prosjektet var å sette fokus på brukernes rehabiliteringsprosess og målene som settes i samarbeid med brukerne. Gjennom bruk av det nye plan- og resultatmålingsskjemaet ønsket etaten også å sikre seg bedre dokumentasjon av resultater for brukerne.

Det nye plan- og resultatmålingsskjemaet skulle baseres på registreringer av brukerdata ved oppstart og i forbindelse med oppfølgingssamtaler med brukeren hver tredje måned. Skjemaet inneholder bl.a. registreringer av informasjon om brukerens fysiske og psykiske helse, rus-

problem, planer for oppholdet, vurderinger av resultater og avslutningsårsaker.

Etaten opplyste at alle rehabiliterings-, omsorgs- og korttidsinstitusjonene skulle ta i bruk det nye plan- og resultatmålingssystemet fra og med 01.01.2012. Høsten 2011 fikk alle institusjoner innføring i verktøyene, og det ble gjennomført oppfølgingsbesøk der hensikten var å drøfte erfaringer knyttet til utprøving av verktøyene. Institusjonenes bruk og erfaringer skulle rapporteres tertialvis, og det er planlagt en evaluering i løpet av sommeren 2012.

### 5.2 Nøkkeldataprojektet

Rusmiddeletaten brukte fagsystemet Rusdata for å registrere klient- og pasientopplysninger om brukerne i institusjonene, herunder kartleggingsdata og data vedrørende behandlingsforløp. Opplysninger som registreres, skulle primært knyttes til behov i behandlingen og hadde i utgangspunktet ikke statistiske formål. Etaten opplevde imidlertid at den hadde for liten systematisk bruk av dataene, og at det var behov for gjennomgang av relevansen av data som registreres.<sup>23</sup>

I april 2010 startet Rusmiddeletaten derfor opp Nøkkeldataprojektet for å bedre datakvaliteten, identifisere nødvendige nøkkeldata og etablere gode strukturer og rutiner for registrering og internkontroll, datafangst, analyse og rapportering. Formålet var å sikre nødvendige opplysninger om brukergruppen, kunne dokumentere tjenesten og å følge utviklingstrekk. Etaten ønsket å sikre et bedre grunnlag for å foreta nødvendige tilpasninger i etatens tilbud.<sup>24</sup>

Avdelingsdirektør i Avdeling for kommunale tjenester (AKT) opplyste at etaten arbeider med å lage et bedre system i forbindelse med oppføl-

<sup>22</sup> Kilde: Rusmiddeletaten (juni 2011: 3): *Revidert system for resultatmålinger. Rapport fra arbeidsgruppen.*

<sup>23</sup> Kilde: Rusmiddeletaten (2009/udatert): *Prosjektskisse "Bedre nøkkeldata/styringsinformasjon"*.

<sup>24</sup> Kilde: Rusmiddeletaten: *Årsberetning 2010.*

ging av kvalitetsmålingene og dokumentasjonen i Rusdata. Det ble bedt om en ekstra stilling til dette dokumentasjons- og analysearbeidet, noe avdelingen fikk høsten 2011. Ifølge etatsdirektøren skal resultatmålingene og nøkkeldata utfylle hverandre, og det arbeides med å samordne disse for å unngå dobbeltarbeid.

Sluttrapport fra Nøkkeldataprojektet ble levert i februar 2012. Valg av konkrete nøkkeltall var ikke besluttet per medio mai 2012. Ny versjon av Rusdata kommune ble tatt i bruk i januar 2012.

### **5.3 Nytt system for oppfølging av kommunale institusjoner**

I forbindelse med at etatens Avdeling for anskaffelser i konkurranse sommeren 2011 inngikk nye kontrakter om private institusjonsplasser, ble det satt i gang arbeid med et nytt system for oppfølgingen av disse private institusjonsplassene. Vi mottok dokumenter som brukes i forbindelse med kontraktsoppfølging av de private leverandørene, blant annet en evalueringsmatrise som inneholdt åtte områder med

til sammen 44 kontrollpunkter som institusjonen skulle vurderes i forhold til og gis poeng etter en nærmere bestemt skala. Områdene som skulle vurderes, var

- virksomhetsidé
- arbeidsmetoder
- resultater
- ledelsesfunksjoner
- organisasjonskultur
- personalkompetanse/opplæring
- eksternt nettverk og samhandlingskompetanse
- lokalitetenes utforming, planløsninger og beliggenhet

Ifølge avdelingsdirektøren i Avdeling for kommunale tjenester arbeidet avdelingen våren 2012 med å tilpasse dette nye systemet til sin kontroll av de kommunale institusjonene der det vil bli særlig fokus på områdene

- arbeidsmetoder
- resultater
- personalkompetanse/opplæring
- eksternt nettverk og samhandlingskompetanse

## 6. Oppsummering, konklusjon og anbefalinger

### 6.1 Oppsummering

I det foregående har vi sett at Rusmiddeletaten, gjennom tiltak som HMS-håndbok, rutiner for bruker- og arbeidsplassundersøkelser, oppfølgingsbesøk, regelmessige møter, momentlisten, rapporteringskrav, handlingsplaner og lederkontrakter hadde etablert viktige elementer i et system for kontroll og oppfølging av de kommunale institusjonene.

For å få en effektiv kontroll- og oppfølgingsaktivitet er det etter Kommunerevisjonens vurdering viktig at virksomheten, gjennom en helhetlig og systematisk tilnærming basert bl.a. på en vurdering av risiko, konkretiserer hva som forventes fulgt opp, og ikke minst hvordan. Her hadde etaten en vei å gå.

Når det gjaldt den faktiske kontroll- og oppfølgingsaktiviteten fra etaten overfor de kommunale institusjonene, fant vi også at en rekke elementer var på plass, så som styringsdokumenter, enkelte kvalitetsundersøkelser, rapportering og møtevirksomhet. Etaten brukte mål og krav i tildelingsbrevet fra byrådsavdelingen som utgangspunkt i etatens handlingsplaner og lederkontrakter på alle nivåer. Rusmiddeletaten gjennomførte i praksis sin kontroll og oppfølging av kvaliteten i institusjonene gjennom bruker- og arbeidsplassundersøkelser, ledermøter, oppfølgingsbesøk på institusjonene og gjennom rapportering fra institusjonene.

Etaten hadde gjennomført, eller begynt å gjennomføre, risikovurderinger på viktige enkeltområder som f.eks. HMS-området og i forbindelse med større omstillinger. Men etaten hadde ikke gjennomført overordnede risikovurderinger i forhold til målkrav i tildelingsbrevet fra byrådsavdelingen eller etterlevelse av myndighetskrav etter sosial- og helsetjenestelovgivningen. Manglende risikovurderinger relatert til kvaliteten i institusjonene gir risiko for at etatens kontroll- og oppfølgingsaktivitet ikke er tilstrekkelig

målrettet. Risikovurderinger er viktig for å sikre effektivitet i kontroll- og oppfølgingsarbeidet.

I tråd med bystyrets vedtak i sak 292/01 *Kvalitet og kvalitetsmålinger i institusjoner for rusmiddelmissbrukere* skulle Rusmiddeletaten gjennomføre kvalitetsmålinger i kommunale og private institusjoner for rusmiddelavhengige. Det skulle gjennomføres

- brukerundersøkelser for å måle brukernes vurderinger av oppholdet i institusjonene og umiddelbare resultater av tjenesteproduksjonen, det vil si brukerkvaliteten
- resultatundersøkelser for å måle sluttresultatene for brukerne ved utskrivningstidspunktet
- arbeidsplassundersøkelser rettet mot de ansatte for å måle deres vurdering av tjenestekvaliteten og resultatene for brukerne
- interessentundersøkelse for å måle hvor fornøyd interessentene er med institusjonene

De fire institusjonene Kommunerevisjonen undersøkte kontroll og oppfølging av, hadde gjennomført årlige bruker- og arbeidsplassundersøkelser. Resultatene ble oppsummert i årsrapporter for hver av institusjonene, og etatsledelsen ga tilbakemeldinger om sin vurdering av årsrapportene. To av fire institusjoner skrev i årsrapportene fra bruker- og arbeidsplassundersøkelsene at de også hadde gjennomført resultatundersøkelser, men oppsummerte ikke resultatene fra disse undersøkelsene. Interessentundersøkelser hadde blitt gjennomført mer sporadisk. Ettersom etaten ikke hadde oppsummert resultatundersøkelser og i begrenset omfang hadde gjennomført interessentundersøkelser, gikk etaten glipp av muligheter for informasjon som kan være verdifull for å belyse kvaliteten på institusjonene.

Det var svakheter i etatens dokumentasjon, både når det gjaldt skriftlige nedfelte føringer for kontroll- og oppfølgingsarbeidet, og når det

gjaldt dokumentasjon fra den faktiske kontroll- og oppfølgingsaktiviteten.

## 6.2 Konklusjon og anbefaling

Samlet sett viser undersøkelsen at viktige elementer var på plass, men at

- det var behov for en mer helhetlig og systematisk tilnærming til kontroll- og oppfølgingsaktiviteten overfor de kommunale institusjonene

- planer for kontroll- og oppfølgingsaktiviteten i større grad burde vært basert på risikovurderinger
- dokumentasjonen i form av skriftlige føringer og dokumentasjon fra faktisk kontroll og oppfølging var mangelfull

Kommunerevisjonen anbefaler at det iverksettes tiltak for å sikre en bedre ivaretagelse av disse forholdene.

## **7. Mottatte uttalelser og Kommunerevisjonens avsluttende vurdering**

Rapporten ble 15.05.2012 sendt byråden for helse og sosiale tjenester, rusomsorg og Velferdsetaten til uttalelse. Nedenfor gjør vi rede for og kommenterer utvalgte momenter i uttalelsene. Uttalelsene følger i sin helhet som vedlegg til rapporten.

### **7.1 Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester**

Byrådsavdelingen skriver i sin tilbakemelding av 01.06.2012 at rapportens konklusjoner og anbefalinger er nyttige innspill til byrådsavdelingens kontinuerlige arbeid med å følge opp, videreutvikle og forbedre tjenestene til kommunens innbyggere.

Byrådsavdelingen legger til grunn at Velferdsetaten aktivt vil gjøre bruk av funnene i rapporten til å vurdere om de eksisterende ordninger, rutiner og praksis er tilfredsstillende. Byrådsavdelingen forutsetter at etaten utvikler nye og forbedrede rutiner og instruksjer der det er behov for det, og forutsetter at arbeidet utføres planmessig og ved bruk av nødvendige virkemidler som for eksempel risikovurderinger.

Byrådsavdelingen skriver videre at den i sin styringsdialog med Velferdsetaten vil ta opp og drøfte Kommunerevisjonens funn og anbefalinger.

### **7.2 Velferdsetaten**

Velferdsetaten skriver i sin tilbakemelding av 01.06.2012 at rapporten gir gode råd om hva etaten bør fokusere på i det videre utviklingsarbeidet med oppfølging av de kommunale institusjonene. Etaten skriver at den kjenner seg igjen i rapportens konklusjoner og anbefalinger. Etaten oppgir at enkelte tiltak allerede er igangsatt og at det videre arbeidet vil bli videreført i tråd med etatsledelsens tidligere prioriteringer og Kommunerevisjonens anbefalinger.

Etaten skriver videre at den i hovedsak opplevde en god løpende dialog underveis i undersøkelsen, men har også enkelte innvendinger. Etaten opplevde blant annet at bestillingen av informasjon var noe uklar, at undersøkelsen medførte mye tidsbruk fra etatens side, og noe manglende informasjon om framdriften i undersøkelsen.

### **7.3 Kommunerevisjonens avsluttende vurdering**

Kommunerevisjonen beklager at etaten opplevde uklarheter om hvilken informasjon som var ønsket og at etaten opplevde at den ikke fikk tilstrekkelig informasjon om framdriften i prosjektet.

Kommunerevisjonen merker seg at både byrådsavdelingen og Velferdsetaten oppgir å ha iverksatt, eller vil iverksette, tiltak som synes relevante.



## Referanser

### *a) Referanser fra Oslo kommune*

Bystyresak 292/01 (jf. byrådssak 120/01) *Kvalitetsutvikling og kvalitetsmålinger i institusjoner for rusmiddelmisbrukere*

Rusmiddeletaten (2001): *Kvalitet og kvalitetsmålinger i behandling av rusmiddelmisbrukere. En gjennomgang av de egenskaper vi mener er viktige når man vurderer kvalitet ved institusjoner for rusmiddelmisbrukere, samt et forslag til system for kvalitetsmålinger.* Desember 2001, 2. utg.

Byrådssak 1170/07 *Prosjekt – styrket intern styring i Oslo kommunes virksomheter*

Byrådssak 1057/08 *Overordnet rammeverk for god intern kontroll i Oslo kommune*

Byrådsavdeling for finans og næring 2. november 2010: *Veileder for risikostyring i Oslo kommune*

### *b) Eksterne referanser*

Kommuneloven § 20 nr. 1 og 2

LOV 2009-12-18 nr. 131: *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*

LOV 1984-03-30 nr. 15: *Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (helsetilsynsloven)*

FOR-2010-11-19-1463: *Forskrift om internkontroll for kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen*

FOR 1996-12-06 nr. 1127: *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)*

FOR 2010-11-19 nr. 1462: *Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen*

Helsedirektoratet (2004): *Holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten.* Veileder. IS-1183

NS-EN ISO 9000: 2005 *Systemer for kvalitetsstyring – Grunntrekk og terminologi*





## Vedlegg 1 Revisjonskriterier

Prosjektet har en overordnet problemstilling:

- Gjennomfører Rusmiddeletaten god kontroll og oppfølging av kvaliteten i kommunale institusjoner?

For å belyse dette vil vi se på etatens arbeid med internkontroll og kvalitetsmålinger.

Nedenfor redegjøres det for hvilke revisjonskriterier som blir brukt i undersøkelsen, og hvilke grunnlag disse bygger på.

### Nærmere om internkontroll

Et generelt utgangspunkt er at kommunen må etablere et system for internkontroll for å “sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll”, jf. lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 20 nr. 1 og 2.

Bestemmelsen som sådan innebærer ingen lovpålagt plikt til å etablere et system for internkontroll. I Ot.prp. nr. 70 (2002–2003) om lov om endringer i kommuneloven (kapittel 1.5.4) uttales det at (...) det må regnes som fast praksis at administrasjonssjefen har ansvar for å etablere internkontroll i administrasjonen. Etableringen av tilstrekkelig internkontroll må regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar. Det er i tråd med allment aksepterte ledelsesprinsipper at en leder av en virksomhet etablerer rutiner og systemer som blant annet skal bidra til å sikre at organisasjonen når de mål som er satt.

For Oslos vedkommende har bystyret vedtatt at mål- og resultatstyring skal være kommunens styringsprinsipp, jf. bystyremelding nr. 3 1987 om målstyring i Oslo kommune. Byrådssak 1057/08 *Overordnet rammeverk for god intern kontroll i Oslo kommune*, som bygger på det internasjonalt anerkjente rammeverket COSO for internkontroll<sup>25</sup>, fastslår følgende om kommunens styringsprinsipp:

#### 1.0 Oslo kommunes styringsprinsipp

Oslo kommunes prinsipp om mål og resultatstyring pålegger virksomhetene å fastsette mål, planlegge hvordan målene skal nås, måle resultater og bruke informasjonen til styring, kontroll og læring i for å utvikle og forbedre virksomheten.

Intern kontroll er en integrert del av målstyringen og skal bidra til å sette fokus på de faktorer som har størst betydning i forhold til måloppnåelse, samt prioritere å tilpasse tiltak og aktiviteter som sikrer tilfredsstillende gjennomføring av tjenesteleveranser og myndighetsutøvelse.

Ansvar for intern kontroll er av bystyret lagt til etatsdirektør, jf. instruks for virksomhetsledere § 3 første ledd:

Virksomhetsleder har administrativt, faglig og økonomisk ansvar og myndighet for virksomheten innenfor de fullmakter som er gitt av overordnet politisk/administrativt organ. Virksomhetslederen skal lede innenfor gitte rammer, planlegge og utvikle, iverksette, kontrollere og evaluere oppgavene og ressursene i virksomheten, slik at midlene blir brukt forsvarlig og i samsvar med kommunens målstyring, lover, avtaler, regler, instruksjoner og prinsipper.

---

<sup>25</sup> Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (1996). *Intern kontroll – et integrert rammeverk. Oversettelse av COSO-rapporten*. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag AS.

På Rusmiddeletatens ansvarsområde er kommunens plikt til å ha internkontroll hjemlet i sosialtjenesteloven § 2-1 andre ledd der det heter:

Kommunen skal føre internkontroll for å sikre at virksomhet og tjenester etter kapitlene 4, 4A, 6 og 7 er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Kommunen må kunne gjøre rede for hvordan den oppfyller denne plikten.

Sosialtjenesteloven § 4 nevner hvilke tjenester som kommunen skal tilby, som er aktuelle for denne undersøkelsen:

d) plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,

I de av Rusmiddeletatens institusjoner hvor det også ytes helsehjelp, er hjemmelen for krav til internkontroll å finne i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 første ledd, der det heter:

Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Bestemmelsen gjelder alle helsetjenester og omfatter alle aktiviteter og tiltak som reguleres i helselovgivningen.

Et virksomhetsstyringssystem må omfatte planlegging, gjennomføring og oppfølging av tjenestekvaliteten i Rusmiddeletatens institusjoner, og vi legger til grunn følgende kriterier:

## Revisjonskriterier for planlegging

### Revisjonskriterium:

- ***Etaten skal ha utarbeidet prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for kontroll og oppfølging av de kommunale institusjonene.***
  - ***Disse bør være skriftlig nedfelt.***
  - ***Disse bør omfatte hva som skal kontrolleres/følges opp, hvordan dette skal gjøres, med hvilken hyppighet og hvordan det skal dokumenteres.***

Grunnlaget for dette kriteriet er:

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 første ledd:

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 annet ledd bokstav g:

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 5:

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

**Revisjonskriterium:**

- ***Etaten skal ha gjennomført risikovurderinger for å undersøke om det er fare for manglende måloppnåelse og/eller fare for svikt eller manglende etterlevelse av myndighetskrav.***

Grunnlaget for kriteriet er:

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 annet ledd bokstav f):

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav

Helsedirektoratets veileder IS-1183 *Hvordan holde orden i eget hus* pkt. 3.1.6:

Virksomheten må foreta en systematisk gjennomgang av sine tjenester og resultater for å finne fram til de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Målet for kartleggingen er å:

- finne fram til områder der svikt kan inntre oftere enn akseptabelt
- finne fram til områder der svikt kan få alvorlige eller uheldige følger for klienter, pasienter eller andre
- hindre at svikt skjer

Byrådssak 1057/08 *Overordnet rammeverk for god intern kontroll i Oslo kommune*, pkt. 4.2:

Risikovurderinger skal være en integrert del av virksomhetsstyringen, både i planlegging, gjennomføring og oppfølging. For å kunne evaluere risiko knyttet til måloppnåelse, er det en forutsetning at det er etablert klare mål.

Virksomhetene bør gjennomføre:

Risikovurderinger på vesentlige områder ved virksomhetens årlige plan- og budsjettprosess.

**Revisjonskriterium:**

- ***Etaten bør ha planlagt gjennomføring av kontroll og oppfølging av kommunale institusjoner for rusmiddelavhengige.***

Grunnlaget for kriteriet er:

I Bystyremelding nr. 3 1987 *Om målstyring i Oslo kommune* slås det fast at målstyring i Oslo kommune betyr at "hele kommunens virksomhet skal orienteres slik at de resultater som oppnås er i samsvar med avtalte målsetninger". Målstyring skulle bidra til å framheve hva kommunen ønsket å oppnå på ulike områder. Bystyremeldingen viste videre til målstyring som et virkemiddel i planleggings- og styringsfunksjoner, ved at mål knyttes til strategier for hvordan målene kunne nås innen gitte budsjettammer. Det pekes på betydningen av definering av mål, utarbeidelse av aktivitetsplaner, kontroll og resultatvurderinger med fokus på produserte tjenester og oppnådde effekter.

Byrådssak 1057/08 *Overordnet rammeverk for god intern kontroll i Oslo kommune* pkt. 1.0:

Oslo kommunes prinsipp om mål og resultatstyring pålegger virksomhetene å fastsette mål, planlegge hvordan målene skal nås, måle resultater og bruke informasjonen til styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre virksomheten.

Ansvaret for intern kontroll er av bystyret lagt til bydelsdirektør, jf. instruks for virksomhetsledere § 3 første ledd:

Virksomhetsleder har administrativt, faglig og økonomisk ansvar og myndighet for virksomheten innenfor de fullmakter som er gitt av overordnet politisk/administrativt organ. Virksomhetslederen skal lede

innenfor gitte rammer, planlegge og utvikle, iverksette, kontrollere og evaluere oppgavene og ressursene i virksomheten, slik at midlene blir brukt forsvarlig og i samsvar med kommunens målstyring, lover, avtaler, regler, instruksjoner og prinsipper.

## Revisjonskriterier for kontroll og oppfølging

### Revisjonskriterium:

- **Etaten skal ha gjennomført kontroll og oppfølging av institusjonene for å sikre seg at de drives i tråd med myndighetskrav og kommunens styringsprinsipper for mål og resultatstyring.**

Grunnlaget for kriteriet er:

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4:

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan institusjonen er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til og kunnskap om aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakere har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten

I Helse- og sosialdirektoratets veileder *Hvordan holde orden i eget hus* gis det flere eksempler på måter å innhente informasjon på og hvilke dokumenter som kan være aktuelle. I vår gjennomgang legger vi til grunn at eksemplene med fordel kan følges/brukes, men vi tar samtidig høyde for andre måter å gjennomføre kontroll og oppfølging på.

Arbeidsmiljøloven har en likelydende forskrift om internkontroll.<sup>26</sup> Mens internkontrollen etter sosialtjenesteloven retter seg mot tjenesteproduksjonen, gjelder internkontrollforskriften etter arbeidsmiljøloven de ansatte. Begge forskriftene har betydning for mottakerne av tjenestene og skal sikre at virksomhetene drives i tråd med myndighetskravene på de respektive områder. Hensikten med internkontroll er å bidra til kvalitetsforbedringer. Internkontrollen består av aktiviteter som skal sikre at virksomhetens oppgaver planlegges, organiseres, utføres, vedlikeholdes og forbedres i tråd med kravene i lovgivningen.

---

<sup>26</sup> Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften).

Byrådssak 1057/08 *Overordnet rammeverk for god intern kontroll i Oslo kommune*, punkt 1.0 Oslo kommunes styringsprinsipp (se over) tilsier at kommunen skal gjennomføre mål og resultatstyring, at intern kontroll er en integrert del av målstyringen og skal bidra til å sette fokus på faktorer som har størst betydning for måloppnåelse.

I byrådssakens punkt 2.2 presiseres det at ansvaret for intern kontroll ligger hos virksomhetsleder. I saken presenteres blant annet følgende hovedelementer i et system for intern kontroll som innebærer at

- systemet for intern kontroll tilpasses i forhold til risiko og vesentlighet
- det integreres i virksomhetsstyringen
- det fungerer på en tilfredsstillende måte
- det dokumenteres på en måte som sikrer etterprøvbarehet

Ansvaret for intern kontroll er av bystyret lagt til bydelsdirektør, jf. instruks for virksomhetsledere § 3 første ledd (se over):

Virksomhetsleder har administrativt, faglig og økonomisk ansvar og myndighet for virksomheten innenfor de fullmakter som er gitt av overordnet politisk/administrativt organ. Virksomhetslederen skal lede innenfor gitte rammer, planlegge og utvikle, iverksette, kontrollere og evaluere oppgavene og ressursene i virksomheten, slik at midlene blir brukt forsvarlig og i samsvar med kommunens målstyring, lover, avtaler, regler, instruksjoner og prinsipper.

#### **Revisjonskriterium:**

- ***Etaten skal ha gjennomført kvalitetsmålinger i form av***
  - ***brugerundersøkelser***
  - ***resultatundersøkelser***
  - ***arbeidsplassundersøkelser***
  - ***interessentundersøkelser***

Grunnlaget for kriteriet er:

I bystyrets behandling av sak 292/01 20.06.2001 *Kvalitetsutvikling og kvalitetsmålinger i institusjoner for rusmiddelmissbrukere* (jf. byrådssak 120/01) vedtok bystyret:

1. For institusjoner under Rusmiddeletaten skal det utvikles et helhetlig kvalitetsmålingsystem som supplement til det ordinære internkontrollsystemet.

Kvaliteten skal måles innenfor følgende 6 hovedområder:

- Virksomhetsidé, målsetting og metoder
- Organisasjonsstruktur, personalkompetanse og ledelsesfunksjoner
- Lokalitetenes utforming og standard
- Kjennskap til og håndtering av gjeldende lover, regler, forskrifter og rundskriv
- Resultater
- Økonomisk soliditet

2. For å måle kvaliteten ved institusjonene skal det foretas fire typer kvalitetsmålinger:

- Brukerundersøkelser

Brukerundersøkelser er allerede testet ut ved alle institusjonstyper i Rusmiddeletaten. Disse videreføres med jevnlig brukerundersøkelser, som sammenfattes i Rusmiddeletatens årsberetning.

- Gjennomførings-/Resultatundersøkelser  
Resultatundersøkelser testes ut og innføres i 2002.
- Interessentundersøkelser  
Interessentundersøkelser, dvs. målinger blant pårørende, bydelenes sosialtjeneste, samarbeidende instanser og lignende iverksettes i løpet av 2001.
- Arbeidsplassundersøkelser  
Arbeidsplassundersøkelser relatert til kvalitet på tjenestene innføres med virkning fra 2003.

**Revisjonskriterium:**

- *Etaten bør ha dokumentert resultater fra kontroll og oppfølging av institusjoner.*

Grunnlaget for kriteriet er:

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 5:

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

Helsedirektoratets veileder IS-1183 *Hvordan holde orden i eget hus* punkt 3.2 tredje ledd annet kulepunkt:

En måte å systematisere dokumentasjonen på er å dele den i to kategorier; styrende dokumenter og resultatdokumenter:

**Styrende dokumenter** omfatter organisasjonskart, fullmakter, funksjonsbeskrivelser, instruks, planer, prosedyrer, sjekklister mv.

**Resultatdokumenter** viser hvilke resultater virksomheten oppnår og kan omfatte

- registreringer
- kontroll- og måleresultater som oppfølging av iverksatte tiltak
- registrering av svikt og uønskede hendelser (avvik)
- resultatdokumentasjon som følger av annet regelverk, f eks skriftlige vedtak om tildeling av tjenester (forvaltningsloven) eller journalopplysninger (forskrift om pasientjournal)

Resultatdokumentasjonen gir grunnlag for kontinuerlig evaluering og forbedring av de tiltakene virksomheten har iverksatt for å sikre at kravene i lovgivningen overholdes.

Byrådssak 1057/08 pkt. 2.2 første ledd fjerde kulepunkt:

Ansvar for intern kontroll ligger hos virksomhetsleder, jf. instruks for virksomhetsledere § 3. I dette ansvaret ligger blant annet følgende hovedelementer:

- at intern kontrollsystemet dokumenteres på en måte som sikrer etterprøvbarehet



## Vedlegg 2 Metode

Dette vedlegget gis som et utfyllende tillegg til kapittel 1.3 Undersøkelsesopplegg. I det følgende gjør vi nærmere rede for datainnsamlingen i forbindelse med undersøkelsen og vår vurdering av dataenes pålitelighet og gyldighet.

De sentrale elementene i prosjektets metode er standard for forvaltningsrevisjon: Med utgangspunkt i tema og problemstillinger som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget, utleder vi relevante revisjonskriterier. Deretter kartlegger og beskriver vi undersøkt virksomhets praksis på aktuelle områder. Beskrivelsen av praksis blir så analysert og drøftet med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette leder fram til konklusjoner og anbefalinger.

### Oppstart av undersøkelsen

Prosjektet ble formelt startet ved utsendelse av oppstartsbrief av 07.07.2011 til Rusmiddeletaten og byråden for sosiale tjenester og rusomsorg. Rusmiddeletaten og byrådsavdelingen ble bedt om å oppnevne en kontaktperson. Det ble avholdt et oppstartsmøte 24.08.2011 med Rusmiddeletaten der vi redegjorde for prosjektet og tok imot innspill fra etaten.

### Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk i perioden august 2010 til februar 2011.

Undersøkelsen er basert på en kombinasjon av dokumentanalyse og intervjuer med sentrale personer i Rusmiddeletaten med fokus på etatens arbeid med kvaliteten i de kommunale institusjonene.

#### *Mottatt og gjennomgått dokumentasjon*

I oppstartsbriefen ba Kommunerevisjonen om dokumentasjon som synliggjorde etatens kontroll og oppfølging av de kommunale institusjonene i 2010 og 2011. Vi ba også om referater og rapporter fra institusjonene. Vi mottok dokumentasjon fra kontroll og oppfølging av fire institusjoner som Kommunerevisjonen hadde valgt ut. De fire institusjonene sorterte under Seksjon for omsorg og kvinnetiltak (1), Seksjon for rehabilitering (1) og Seksjon for skadereduksjon (2). Dessuten mottok vi dokumentasjon fra kontroll og oppfølging av ytterligere ni institusjoner.

Mottatt og gjennomgått dokumentasjon har blant annet vært

- budsjett dokumenter – tildelingsbrev, fullmakter
- handlingsplaner for etaten sentralt, Avdeling for kommunale tjenester, seksjoner og institusjoner
- lederkontrakter for seksjonsledere og institusjonsledere
- årsrapporter fra kvalitetsmålingssystemet
- tilbakemeldinger fra ledelsen til institusjonenes årsrapporter fra kvalitetsmålingssystemet
- prosjektrapporter vedrørende
  - nytt plan- og resultatmålingssystem
  - Nøkkeldataprojektet
  - Rusdata
  - omstilling AKT
- oversikt over antall skade- og avviksmeldinger, eksempel på avviksmelding
- HMS-rapporter
- møterefater

### *Intervjuer*

Det ble gjennomført intervjuer med sentrale personer i Rusmiddeletaten, herunder etatsdirektør, avdelingsleder i Avdeling for kommunale tjenester, en spesialkonsulent med blant annet ansvar for oppfølging av kommunale institusjoner og fire seksjonsledere med ansvar for underliggende kommunale institusjoner.

Det ble benyttet semistrukturerte intervjuguider med hovedspørsmål knyttet til kontroll og oppfølging av institusjonene. Der vi fant det nyttig, stilte vi oppfølgingsspørsmål.

### *Stikkprøver*

Etter gjennomføringen av intervjuer ble det gjennomført en stikkprøve av dokumentasjon av kontroll og oppfølging vedrørende fire utvalgte institusjoner:

- Dalsbergstien Hus og Bjørnerud rehabiliteringssenter i Seksjon for skadereduksjon
- Sjøstrand omsorgssenter i Seksjon omsorg og kvinnetiltak
- Liakollen rehabilitering i Seksjon for rehabilitering

De fire institusjonene ble valgt ut fordi de hadde relativt mange institusjonsplasser, seksjonsleder hadde ikke sitt kontorsted ved disse institusjonene, og institusjonene var ikke konkurranseutsatt.<sup>27</sup>

For de fire institusjonene ba vi om følgende dokumentasjon:

- årsrapporter for bruker- og arbeidsplassundersøkelsene med tilbakemelding fra Avdeling for kommunale tjenester (AKT), 2010
- handlingsplaner 2011, og eventuelle andre dokumenter som viser status/kvittering for gjennomførte tiltak
- lederkontrakter 2011 mellom seksjonsleder og institusjonsleder
- agenda og referater fra
  - AKTs oppfølgingsbesøk av de fire utvalgte institusjonene 2011
  - seksjonslederens oppfølging av de fire institusjonene, oktober og ut året 2011
- risikovurderinger 2011 i eller vedrørende institusjonen, gjennomført av enten seksjonsleder eller institusjonen
- skademeldingslogg/-oversikt 2011, og ev. dokumentasjon av oppfølging fra AKT/seksjon
- avviksmeldingslogg/-oversikt 2011, og ev. dokumentasjon av oppfølging fra AKT/seksjon
- dokumentasjon av at informasjon fra HMS-rapportering er brukt til å følge opp og/eller forbedre virksomheten, i den grad dette finnes
- eventuell annen dokumentasjon fra AKT og seksjonsledernes kontroll og oppfølging knyttet til de fire institusjonene i 2011

Kommunerevisjonen gjennomgikk referater fra ledermøter i tre seksjoner for oktober, november og desember 2011. Vi mottok ett eller flere referater fra alle: Seksjon for skadereduksjon (oktober og november 2011), Seksjon omsorg og kvinnetiltak (oktober til desember) og fra Seksjon rehabilitering (oktober). Fra Seksjon rehabilitering mottok vi i tillegg en møteoversikt og en forklaring på at øvrige møter i oktober, november og desember 2011 ble avlyst. Fra Seksjon omsorg og kvinnetiltak mottok vi også en oppsummering av seksjonens oppfølging av Sjøstrand omsorgssenter (oktober, november og desember 2011). Sjøstrand var i en spesiell situasjon i og med

---

<sup>27</sup> Det er i Oslo kommune planer om å privatisere enkelte institusjoner for rusmiddelavhengige. Det det etter vår kjennskap ikke konkrete var planer om å privatisere noen av de utvalgte institusjonene per februar 2012.



at institusjonen ble foreslått nedlagt i forbindelse med budsjettet for 2012. Det ble senere besluttet å ikke nedlegge institusjonen.

### **Faktaverifikasjon**

Referat fra intervjuene, samt eventuelle spørsmål knyttet til uklarheter i den forbindelse, ble oversendt personlig til alle vi intervjuet. Alle ble gitt anledning til å komme med merknader, presiseringer, tillegg med mer. I noen tilfeller fulgte vi opp med nye spørsmål per e-post.

Kommunerevisjonen har også laget et utkast til faktabeskrivelse som ble oversendt Rusmiddeletaten til gjennomlesing. Faktabeskrivelsen baserte seg på gjennomgåtte dokumenter, de verifiserte intervjuene og opplysninger vi fikk oversendt på oppfølgingsspørsmål.

### **Dataenes gyldighet og pålitelighet**

Dataene i denne rapporten bygger på styringsdokumenter, dokumenterte rutiner og praksis og intervjudata.

Da Kommunerevisjonen startet opp denne undersøkelsen, tok vi utgangspunkt i at Rusmiddeletaten hadde et samlet og dokumentert virksomhetsstyringssystem som beskrev mål, planer, prosedyrer og praksis. Det ble imidlertid snart klart at etaten ikke har hatt dette, og at informasjonen om etatens virksomhetsstyring og prosedyrer for kontroll og oppfølging av institusjonene var mer fragmentert og spredt. For å si noe om prosedyrer og rutiner for kontroll og oppfølging ble vi derfor nødt til i større grad å se på etatens praksis. Rusmiddeletaten har vært behjelpelig med å lete fram etterspurt informasjon og å svare på spørsmål.

Når det gjaldt dokumentasjon på etaten, gjennomføring av kontroll og oppfølging, ba vi først om eksempler på handlingsplaner, lederkontrakter, referater og rapporter som viste gjennomført kontroll og oppfølging og resultater fra dette, deretter ba vi om dokumentasjon på kontroll og oppfølging av 4 av 22 utvalgte institusjoner i 2011. Vi har ikke dokumentasjon ved alle sider av virksomhetsstyringen, for eksempel referater fra sentrale ledermøter og dokumentasjon av videre oppfølging. Vi vurderer likevel at dokumentasjonen dekker relevante sider ved Rusmiddeletatens kontroll og oppfølging av kvaliteten ved kommunale institusjoner for rusmiddelavhengige i 2011.

Det ble gjennomført intervjuer med ansvarlige fra organisasjonsnivåene over institusjonene, det vil si etats-, avdelings- og seksjonsledelsen. Intervjuene har blitt gjennomført med utgangspunkt i undersøkelsens problemstillinger og revisjonskriterier og for å supplere den skriftlige dokumentasjonen vi har benyttet oss av.

Både intervjureferater og framstillingen av fakta basert på intervjuene og tilgjengelig dokumentasjon ble verifisert. Beskrivelsene av etatens kontroll og oppfølging av kvaliteten i institusjonene har vært konsistent i betydningen av at intervjudata stemmer overens med dokumentasjonen revisjonen fikk til rådighet. Rapporten har vært underlagt intern kvalitetssikring i Kommunerevisjonen. Samlet sett mener vi at rapportens faktabeskrivelse har en pålitelighet og gyldighet på de områdene vi har undersøkt, noe som gjør den egnet til å besvare undersøkelsens problemstillinger.

## Vedlegg 3 Oppfølging av kommunale institusjoner

### OPPFØLGINGSRUNDE AKT 2011

#### 1. Fag

- Behov for klargjøring av institusjonens mandat?
- Belegg – nøkkeltall SØI (vi sender før møtet ut utvalgte SØI-tall for den enkelte institusjon og vil be om tilbakemeldinger på dette (gjelder plasser utover 3mnd)
- For institusjoner med lavt belegg over lang tid: Hvordan arbeider dere med dette?
- Samarbeid med øvrige institusjoner i RME?
- For Skadereduksjon: Hvordan arbeider dere med videreformidling ut av seksjonen, evt til Bjørnerud?
- Vi vil gjerne høre litt om det konkrete arbeidet med brukerne: hvordan arbeider dere med brukernes endringer og målsettinger i forhold til fysiske og psykiske helse, rusmestring, nettverk, økonomi, aktivisering, sosial kompetanse mv. Dere kan gjerne ta utgangspunkt i et eller to konkret eksempler.
- Individuell plan: Vi ønsker at dere legger fram 2 av de IP dere har deltatt i/bidratt til.
- Vi ønsker en oversikt over oppholdstid for brukerne dere har inne i dag: antall under 6 mnd, 7–12 mnd, 13–24 mnd og over 24 mnd.

#### 2. Personal

- Sykefraværsutviklingen og oppfølging av sykmeldte
- Bemanning og turnus, stikkord: Behov for å endre stillinger med krav til annen utdanning og kompetanse, har dere mange små/delte stillinger – ansatte som ønsker økt brøk?
- HMS-arbeidet generelt. Ting dere selv mener det er viktig å ta opp

#### 3. Økonomi

- Føler dere at dere har god oversikt over økonomien?
- Er den økonomiske situasjonen tilfredsstillende? – hvis ikke: hvorfor og hva kan dere selv gjøre for å endre den?

#### 4. Brannforebygging

- Risikovurderinger på institusjonen – status
- Plan for videre øvelser og tiltak for forebygging av brann.

#### 5. Forventninger, ris/ros til AKT/adm.?

### Samtaler med brukere

Vi setter av den siste timen for samtale med brukerne, med tilbud om at de kan snakke med oss om hvordan det er å være på institusjonen hvis de ønsker dette. Det bes om at dere orienterer brukerne om dette, og legger til rette for samtalen.

## Vedlegg 4 Kommunale og private institusjoner

1. SEKSJON OMSORG / KVINNTILTAKENE		
Navn/institusjon	Antall plasser	Kjønn
<b>Omsorgssentrene</b>		
Hovin rehabilitering og omsorgssenter	34	k/m
Sjøstrand omsorgssenter	31	k/m
Syningom omsorgssenter	22	k/m
Bygdøy rehabiliteringssenter	19	m
<b>Kvinnetiltakene</b>		
Kvinnetiltaket Bryn	26	k
Josefines hus	8	k
Thereses hus akutt plasser (5 døgn. Mulig utv. til 8 uker)	12	k
2. SEKSJON REABILITERING		
Navn/institusjon	Antall plasser	Kjønn
Blindern rehabiliteringssenter	18	k/m
– Avd. Hegdehaugen bofellesskap	6	k/m
Haugenstua rehabiliteringssenter	29	m
Karlsborg rehabiliteringssenter	20	m
– Avd. Mosseveien	6	m
Lassonløkken rehabiliteringssenter	10	m
Liakollen rehabiliteringssenter	29	m
Vestli rehabiliteringssenter	32	k/m
Gjennomgangsleiligheter med bo-oppfølging	20	k/m
Stensløkka Ressurssenter	17	k/m
Fredensborg bosenter	51	k/m
3. SEKSJON SKADEREDUKSJON		
Navn/institusjon	Antall plasser	Kjønn
Bjørnerud rehabiliteringssenter	22	m
Ila hybelhus korttidsplasser	62	m
Ila hybelhus akutt plasser	14	m
Dalsbergstien hus korttidsplasser	45	k/m
Dalsbergstien hus akutt plasser	5	k/m
Akuttinstitusjonen Prindsen	14	m
Marcus Thranes hus korttidsplasser	34	k/m
Marcus Thranes hus akutt plasser	6	k/m

<b>4. SEKSJON OPPSØKENDE OG MAR</b>		
<b>Navn/institusjon</b>	<b>Antall plasser</b>	<b>Kjønn</b>
EXIT unge 18–25	10	k/m
EXIT unge 18–25 akutt	1	k/m
<b>5. PRIVATE INSTITUSJONER</b>		
<b>Navn/institusjon</b>	<b>Antall plasser</b>	<b>Kjønn</b>
Heimen (Omsorg)	24	k/m
Kirkens bymisjon, Enga (Omsorg)	35	k/m
Østråt ( Rehabilitering )	28	k/m
Fredheim ( Rehabilitering )	20	k/m
BoSatt H25 (Rehabilitering )	28	k/m
Den Åpne Dør avd.( Omsorg)	18	k/m
Fagerborg korttidsplasser **	10	k/m
Fagerborg akutt plasser *	10	k/m
Tyrili- (Rehabilitering og Omsorg )	20	k/m
Incita AS ( For kl. med særlige behov )	4+4	k/m

\* Akutt plasser. Ingen søker- eller ventelister. Ukentlig ajourføring. For informasjon, ta kontakt med koordineringsenheten ved Seksjon oppsøkende og MAR.

\*\* Korttidsplasser inntil tre måneder. Ingen søker- eller ventelister. Ukentlig ajourføring av ledige plasser. For informasjon, ta direkte kontakt med institusjonen.

## Vedlegg 5 Uttalelse fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester



Oslo kommune  
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Kommunerevisjonen  
Grenseveien 88  
0663 OSLO

Deres ref:	Vår ref (saksnr):	Saksbeh:	Dato:
201100691-19	201103225-6	Ragnar Thorsteinsson, 23 46 11 66	Arkivkode: 126

### HØRINGSUTTALELSE - RUSMIDDELETATENS KONTROLL OG OPPFØLGING AV KVALITET I KOMMUNALE INSTITUSJONER FOR RUSMIDDELAVHENGIGE

Viser til Kommunerevisjonens brev av 14. mai 2012 der hvor det bes om byrådets uttalelse til rapporten, Kontroll og oppfølging av kvalitet i kommunale institusjoner for rusmiddelavhengige. Denne henvendelsen er besvart administrativt.

Rapporten fremstår som lettlest og oversiktlig. Dens konklusjoner og anbefalinger er nyttige innspill til Byrådsavdelingens for eldre og sosiale tjenester sitt kontinuerlige arbeid med å følge opp, videreutvikle og forbedre tjenestene til kommunens innbyggere.

På bakgrunn av Kommunerevisjonens sine funn presentert i rapporten vil Byrådsavdelingen kommentere følgende:

- **Dokumentasjon, planmessighet og risikovurderinger:**  
Kommunerevisjonen har gjennom sine funn konkludert med at Rusmiddelstaten ikke hadde tilstrekkelig dokumentasjon av kontrollaktiviteten, manglende planmessighet og gjorde ikke i tilstrekkelig grad bruk av risikovurderinger.

Det følger av forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten og Oslo kommunes egne regler om internkontroll, at hvert enkelt tjenestested må sørge for at virksomheten dokumenterer i den form og det omfang som er nødvendig av hensyn til virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dette innebærer at hvert tjenestested må avgjøre hvilke ordninger, arbeidsprosesser eller resultater som skal foreligge i skriftlig form, og etablere rutiner som sikrer skriftlighet på disse områdene.

Byrådsavdelingen legger til grunn at tidligere Rusmiddelstaten, nå Velferdsetaten, i sitt kontinuerlige forbedringsarbeide og videreutvikling av tjenestene, aktivt vil gjøre bruk av funnene i rapporten til å vurdere om de eksisterende ordninger, rutiner og praksis er tilfredsstillende. Ved behov må tjenesten utvikle nye og forbedrede rutiner, instruksjoner med videre der det er behov for det. Dette forutsettes utført på en planmessig måte og ved bruk av de nødvendige virkemidler som for eksempel risikovurderinger.

Byrådsavdeling for eldre og  
sosiale tjenester

Postadresse:  
Rådhuset, 0037 Oslo  
E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no

Byrådsavdelingen vil i sin styringsdialog med Velferdsetaten ta opp og drøfte Kommunerevisjonen sine funn og anbefalinger slik de fremkommer i rapporten.

Med hilsen

Björg Månum Andersson  
kommunaldirektør

Morten Mjelve  
sosialtjenestesjef

**Godkjent og ekspedert elektronisk**

## Vedlegg 6 Uttalelse fra Velferdsetaten



Oslo kommune  
Velferdsetaten  
Administrasjonen

Kommunerevisjonen  
Grenseveien 88  
0663 OSLO

Innkomet post Oslo kommune Kommunerevisjonen
- 4 JUNI 2012
Saksbehandler: <u>AFR - Anne A.</u>
Saksnr: <u>20110691 - 22</u>
Arkivnr: <u>126.2.2</u>

Dato: 01.06.2012

Deres ref:  
201100691-20

Vår ref (saksnr):  
201200656-2

Saksbeh:  
Merete Hanch-Hansen

Arkivkode:  
126.2

### RAPPORT FRA UNDERSØKELSE OM RUSMIDDELETATENS KONTROLL OG OPPFØLGING AV KVALITET I KOMMUNALE INSTITUSJONER FOR RUSMIDDELAVHENGIGE

Vi viser til oversendt rapport til uttalelse. Nedenfor følger våre kommentarer til de spørsmålene som Kommunerevisjonen ber om en tilbakemelding på.

1. *Har informasjonen om prosjektet vært tilstrekkelig klar?*

Velferdsetaten har vært tilfreds med den mottatte skriftlige informasjon og de informasjonsmøter som har vært avholdt underveis. Vi opplever også at det har vært en god løpende dialog både per mail og telefon. Omkring årsskiftet ble det en lengre periode uten kontakt og vi trodde da at alt var levert fra vår side. Imidlertid ble vi igjen kontaktet for innsending av mer dokumentasjon med relativt kort frist. Vi hadde ønsket noe mer informasjon underveis om hvor langt undersøkelsen hadde kommet.

2. *Har Velferdsetaten kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner?*

Velferdsetaten opplevde periodevis noe uklar kommunikasjon fra revisjonens side i forhold til hva slags dokumentasjon man ønsket tilgang til. Tidsmessig trakk undersøkelsen lengre ut i tid enn det etaten var forespeilet til tross for at det fra vår side ble satt av tid og ressurser til å bistå revisjonen når det var behov for dette. Kommunerevisjonens undersøkelse har medført mye tidsbruk fra etatens side.

3. *Har Velferdsetaten kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner?*

Etaten fikk tidlig i prosessen informasjon om hvilke revisjonskriterier som skulle benyttes og også anledning til å komme med innspill. Vi har derfor ingen kommentarer til disse i etterkant, og mener at de dekker undersøkelsens målsetninger på en god måte.

4. *Hva er Velferdsetatens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefaling?*

Velferdsetatens ledelse kjenner seg igjen i de tilbakemeldinger som gis. Enkelte av de områdene som anbefalingene omfatter, hadde etaten allerede startet arbeidet med å forbedre før Kommunerevisjonen igangsatte sin undersøkelse. Dette arbeidet vil bli videreført i tråd med etatsledelsens tidligere prioriteringer og revisjonens anbefalinger.

5. *Vil Velferdsetaten iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens anbefaling?*

Det vises til tilbakemelding under pkt 4. Videre følger her kommentarer omkring de tre hovedanbefalingene:

- Behov for en mer helhetlig og systematisk tilnærming: Velferdsetaten vil iverksette tiltak i forhold til denne anbefalingen, men trenger noe mer tid på å gi en tilbakemelding i forhold til hvilke tiltak.

Velferdsetaten  
Administrasjonen

Postadresse:  
Postboks 7104  
St. Olavs plass  
0130 OSLO

Besøksadresse:  
Pilestredet 27  
0164 OSLO

Telefon: 02 180  
Telefaks: 23 42 71 80

Bankgiro: 1315.01.02949  
Org.nr.: 997 506 413





- Mer bruk av risikovurderinger: Velferdsetaten har allerede igangsatt et arbeid med å ta i bruk risikovurderinger på flere områder, også knyttet til kvaliteten i institusjonene og etatens kontroll og oppfølging av disse. Det er planlagt opplæring i Oslo kommunes verktøy på flere ledernivåer i institusjonene. Det vil også bli lagt opp til et system med superbrukere som kan bistå lokale ledere med arbeidet med risikovurderinger og konsekvensanalyser.
- Manglende skriftlig dokumentasjon fra faktisk kontroll og oppfølging: Etaten har allerede igangsatt et arbeid med å bedre kvaliteten på dokumentasjon fra oppfølgingsarbeidet rettet mot de kommunale rusinstitusjonene. Institusjons- og boligavdelingen fikk en ny stilling i august 2011, og arbeidet er godt i gang.

6. *Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak?*

Velferdsetaten har, som redegjort for over, allerede startet arbeidet med planlegging og implementering av nødvendige tiltak. Med unntak av første kulepunkt, som vi vil komme tilbake til innen utgangen av juni 2012, vil tiltakene være igangsatt i løpet av inneværende år.

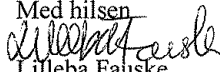
7. *Oppfattes rapporten som nyttig?*


Velferdsetaten har hatt god nytte av både prosessen i forkant av rapporten samt selve sluttrapporten som vi nå har fått tilsendt. Den gir gode råd i forhold til hva vi bør fokusere på i det videre utviklingsarbeidet med oppfølgingen av de kommunale rusinstitusjonene, og bekrefter også de utfordringene som vi allerede var klar over at vi hadde.

8. *Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?*

Vi opplever rapporten som kortfattet, lettforståelig og poengtert.

Med hilsen

  
Lilleba Fauske  
direktør

  
Merete Hagen-Hansen  
avdelingsdirektør

Kopi: BYRÅDSAVDELING FOR ELDERE OG SOSIALE TJENESTER



Oslo kommune  
**Kommunerevisjonen**

Grenseveien 88, 0663 OSLO  
Telefonnummer: 23 48 68 00  
Telefaksnummer: 23 48 68 01

[www.krv.oslo.kommune.no](http://www.krv.oslo.kommune.no)  
[postmottak@krv.oslo.kommune.no](mailto:postmottak@krv.oslo.kommune.no)