



International Research Institute of Stavanger

www.irisresearch.no

Jan Erik Karlsen,
Sverre Nesvåg & Ingvild Hansen

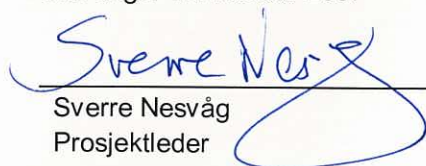
Rusbehandling i Midt-Norge.

Fra bakgård til utstillingsvindu?

Rapport IRIS - 2007/014

Prosjektnummer: 720.2017
Prosjektets tittel: Rusbehandling Midt-Norge HF. Evaluering av organisasjonsmodell
Oppdragsgiver: Helse Midt-Norge - Regionalt helseforetak
Forskningsprogram:
ISBN: 978-82-490-0508-6
Gradering: Åpen

Stavanger 13. februar 2007


Sverre Nesvåg
Prosjektleder

13/2 .07
Sign.dato


Terje Lie
Kvalitetssikrer

13/2-07
Sign.dato


Gottfried Heinzerling
Senterleder

13/2-07
Sign.dato

Forord

Prosjektet skal evaluere måloppnåelsen for den modellen som ble valgt for organisering av de fylkeskommunale institusjoner og avtaler som ble overført til staten ved Helse Midt-Norge-Regionalt helseforetak (HMN-RHF) ved rusreformen fra 2004.

Resymé

Bakgrunnen for vedtaket om og begrunnelsen for valget av en spesiell modell for rusbehandlingen i regionen gjengis. Rapporten fokuserer på den valgte modellens strukturelle særtrekk, fordeler og ulemper, samt i hvilken grad Rusforetaket er i stand til å møte de målkrav som stilles i løpet av prøveperioden 2004-2006.

I helseregion Midt-Norge-Norge er det fra 2004 seks ulike helseforetak, inkludert det nye foretaket for rusfeltet, alle ulike i størrelse men organisatorisk likestilt i Helse Midt-Norge-RHFs divisjonsorganisasjon. Rusforetakets organisasjonsform blir i rapporten betegnet som en "funksjonsmodell", dvs. den har ansvar for å organisere all rusomsorg innen hele helseregion Midt-Norge. Dermed brukes en tversgående organisering, annerledes enn den geografisk segregerte organisasjonsmodellen som brukes for de øvrige selvstendige helseforetakene i regionen. For Rusforetaket må man derfor kunne dekke alle ledd i behandlingsskjeden innen hele helseregionen, mens de øvrige helseforetakene har avgrenset sitt ansvar til utvalgte pasientgrupper innen de mindre, geografisk avgrensede områder i helseregionen.

Rusforetaket er organisert både med interne tjenesteproduserende enheter og kontraktsbundne eksterne tjenesteleverandører. Slik er kapasiteten innen foretakets opptaksområde økt i forhold til de aktuelle brukergruppers behov innen hvert ledd i behandlingsskjeden. Denne organiseringen av tjenesteproduksjonen gir god fleksibilitet og rask responsevne i forhold til markedsetterspørselen. Det er ikke gjort noen sammenligning av enhetskostnader pr. klient mellom de interne og de eksterne tjenesteleverandørene i Rusforetaket.

Rapporten konkluderer med at Rusbehandling Midt-Norge Helseforetak er en organisatorisk nyskaping innen rusfeltet i Norge. Den egner seg meget bra for en helseregion med stor geografisk spredning (som Midt-Norge). Den øker oppmerksomheten om rusfeltets brukere, følger tett på kravene som reises i forhold til behandlingsskjedens ulike ledd, oppfyller målene som settes både når det gjelder kvantitet og kvalitet, øker kompetansen i foretakets interne og eksterne tjenesteled, bedrer samhandlingen med øvrige spesialisthelsetjenester og profilerer tydelig sin identitet som en «annerledes» organisasjonsform for rusbehandlingen.

Takk til alle bidragsytere i HMN-RHF og i RMN-HF for aktiv assistanse ved intervjuer og informasjonsinnhenting.

13.02.2007

Sverre Nesvåg, prosjektleder

Innhold

1	PROBLEMBAKGRUNN.....	1
1.1	Sånn var det før... ..	1
1.2	Rusreformen økte valgfriheten	2
1.3	og ga oss tre reelle alternativer	3
1.4	da valgte vi foretaksformen.....	5
1.5	Nå vil vi vite om vi gjorde rett	6
2	TEORI OG MODELL	8
2.1	Endringsledelse i offentlig sektor.....	8
2.2	Referansemodell.....	9
3	FOKUS, DESIGN, METODE OG DATA	11
3.1	Hovedproblemstilling	11
3.2	Design av evalueringen	12
3.3	Dokumentanalysen	12
3.4	Intervjuundersøkelsene.....	14
3.5	Datainnsamlingens fokus	15
4	MIDT-NORGE VERSUS RESTEN AV KONGERIKET	18
4.1	Endringer på tiltaksnivå	18
4.2	Endringer på pasientnivå.....	19
4.3	Endringer i kommunene	21
4.4	Situasjonen i kommunene i helseregion Midt-Norge.....	25
5	VEIER INN I RUSAVHENGIGHET OG BEHANDLING	26
5.1	Tre pasienthistorier.....	26
5.1.1	Dobbeltdiagnosens avmektighet	26
5.1.2	Heroinmisbrukeren.....	27
5.1.3	Av-og-på (u)avhengighet	28
5.2	Hovedinntrykk fra intervjuene med misbrukerne	29
6	DET LOKALE TILTAKSAPPARATET	31
6.1	Temaområder for intervjuene.....	31
6.2	Ressurssituasjonen i kommuner og NAV	32

6.3	Endringer i kompetanse og holdninger til rusmiddelmissbrukere som klientgruppe.....	32
6.4	Pasientrettigheter.....	33
6.5	Henvvisninger og pasientflyt – kapasitet og ventetider	33
6.6	Informasjon og samhandling med spesialisthelsetjenesten.....	34
6.7	Hovedsynspunkter fra det lokale tiltaksapparatet	34
7	ORGANIGRAMMENES MASKERADE	35
7.1	Rusforetakets «ballkort»	35
7.2	Masterorganigrammet for Helse Midt-Norge	36
7.3	Rusforetakets organisatoriske selvbilde.....	41
7.4	Rusforetaket og «ny offentlig forvaltning».....	44
8	LEVERER RUSFORETAKET «VARENE»?	45
8.1	Behandlingskjeden	45
8.2	Produksjonsenheter, funksjoner og bemanning	48
8.2.1	Egne behandlingsenheter	48
8.2.2	Kontraktsbundne tjenesteleverandører.....	49
8.2.3	Helsedirektoratets tjenestetilbyder	50
8.3	Behandlingskapasitet.....	50
8.4	Evalueringsav sentrale målområder.....	52
8.4.1	Kapasitet og dimensjonering.....	53
8.4.2	Kvalitet.....	54
8.4.3	Integrasjon.....	56
8.4.4	Brukerevaluering.....	56
8.4.5	Forebygging	58
8.5	Forbedringspotensialet	58
9	DISKUSJON	60
9.1	Stanser rusreformen uten foretaksmodellen?.....	60
9.2	Endringer i kommunene	62
9.3	Relasjoner og samhandling	64
9.3.1	Samhandling innen spesialisthelsetjenesten.....	64
9.3.2	Samhandling mellom kommunene og spesialisttjenestene	65
9.4	Rusforetakets institusjonalisering	66
9.4.1	Aktiv identitetsforvaltning	67
9.4.2	Klare trekk eller tvetydigheter?.....	68
9.5	I hvilken retning ligger fremtiden?.....	71
9.5.1	Utfordringene	72

9.5.2	Veivalgene.....	73
9.6	Mer organisering på tvers?.....	74
10	KONKLUSJON.....	75
10.1	Men ble det bedre enn før?.....	75
10.2	Hinc robur et securitas?.....	77
	REFERANSER.....	79
	VEDLEGG	82
	Sentrale forskningsspørsmål i intervjuguiden	82

1 Problembakgrunn

1.1 Sånn var det før...

Inngangen til det nye årtusen medførte flere store og dyptgripende reformer innen helsevesenet. *Fastlegereformen* ble vedtatt og iverksatt i 2001 og 2002; den gir alle rett til å ha en fast tilknyttet allmennlege. Den sentrale *helseforvaltningen* ble omorganisert; Helse- og sosialdirektoratet, Folkehelseinstituttet og et nyorganisert Statens helsetilsyn ble satt i funksjon i 2002. Dessuten overtok Staten spesialisthelsetjenesten fra samme tid. Sykehusene ble tatt ut av den fylkeskommunale forvaltningen og organisert under fem regionale helseforetak. Denne *sykehusreformen* omfattet 350 helseinstitusjoner med 100 000 ansatte. Under det regionale helseforetaket ble så sykehus, enten alene eller i grupper med andre helseinstitusjoner, organisert som egne helseforetak med definerte ansvarsområder innen regionen. Fra 2004 trådte *rusreformen* i kraft; nå fikk de (statlige) regionale helseforetakene ansvar for den spesialiserte rusbehandlingen.

Sykehusreformen medførte at tilbudet om behandling av somatiske og psykiatriske helseplager hos personer med rusmiddelproblemer ble synliggjort. Reformen førte således til at en del tilbud og tiltak for rusmiddelmisbrukere som fylkeskommunen hadde lagt til sykehusene fulgte med over til de regionale helseforetakene med forankring i helselovgivningen, mens de øvrige tiltak forble fylkeskommunale under Lov om sosiale tjenester.

Innenfor det spesialiserte psykiske helsevernet er i varierende grad også selve rusmiddelmisbruks- og avhengighetsproblematikken et eget tema i behandlingstilbudet. Dette er tilbud som dels gis innenfor «allmennpsykiatriske» avdelinger og poster, og dels i egne poliklinikker (som i Psykiatriske Ungdomsteam), egne spesialposter for såkalt dobbeltdiagnoseproblematikk, eller «rusteam» ved psykiatriske poliklinikker eller døgnavdelinger. Også i helseregion Midt-Norge-Norge ble en rekke behandlingstilbud rettet mot rusmiddelmisbruk og avhengighetsproblematikk overført til helseforetakene i 2002.

I 2003 vedtok Stortinget Ot.prp. nr 3 (2002-2003) om endringer i Lov om sosiale tjenester (Rusreform I). Dette førte til at «sørge-for-ansvaret» for helsefaglige tiltak for rusmiddelmisbrukere ble flyttet fra fylkeskommunen til det regionale helseforetaket. Dette ble gjort for å tydeliggjøre spesialisthelsetjenestens ansvar for behandling av rusmiddelmisbrukere og for å styrke helsetilbudet til denne gruppen. Det regionale helseforetaket får også ansvaret for at det finnes institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmisbrukere som legges inn under tvang i henhold til sosialtjenesteloven.

De statlige reformene ga altså mulighet til å tenke nytt om hvordan behandlingstilbudene innenfor rusfeltet skulle organiseres. I sum ga følgende dokumenter startgrunnlaget for en slik nyorientering innen Helse Midt-Norge RHF:

- Ot.prp. nr 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere) (Rusreform I)
- Ot.prp. 54.(2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)
- Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005)
- Handlingsprogram for Psykisk helsevern i Helse Midt-Norge RHF
- Utredningsserie 10-2000 Statens helsetilsyn: Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmiddelmissbruk

Regjeringen Bondevik II hadde (i Sem-erklæringen, 2001) signalisert at den ønsket å styrke behandlingen av rusmiddelbrukere, men ikke gitt annen anvisning på dette enn at man ønsket å koble behandlingstilbudet tettere til spesialisthelsetjenesten. Siktemålet var å oppgradere tilbudet til rusmiddelmissbrukerne slik at disse ble likestilt med andre pasientgrupper og fikk en bedre tilpasset helsetjeneste.

1.2 Rusreformen økte valgfriheten ...

28. januar 2003 vedtok Stortinget statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere, også kalt Rusreform I. Vedtaket innebar at staten ved de regionale helseforetakene overtok fylkeskommunenes ansvar for den spesialiserte rusomsorgen fra og med 1. januar 2004.

Rusreform II og rett til individuell plan (jf. Ot.prp. nr. 54 (2002-2003)) gjelder de behandlingstiltak som etter departementets kartleggingsrunde ikke vil omfattes av Rusreform I. Disse er omtalt som institusjoner som yter "spesialiserte sosiale tjenester". Regjeringen la opp til at kommunene skal overta institusjoner som omfattes av Rusreform II.

Et flertall i Stortingets sosialkomité gikk inn for at staten skal overta alle rustiltak som er inne på fylkeskommunenes planer, noe som dermed var i strid med regjeringens forslag. I brev av 30.06.2003 ba Helsedepartementet om at de regionale helseforetakene planlegger slik at også Rusreform II-oppgavene med tilhørende ansvar for institusjoner og avtaler med private kan overføres til staten ved de regionale helseforetakene.

Både Rusreform I og II ble iverksatt med virkning f.o.m. 1. 1.2004. Fra da ble det øvrige fylkeskommunale behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere overført til de regionale helseforetakene. Det er dette behandlingstilbudet som tidligere har gått under betegnelser som rusvernet, rusmiddelomsorgen og rusfeltet, og derav betegnelsen Rusreformen. Gjennom denne reformen ble «tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere» en del av helseforetakenes ansvar.

Verken lovteksten eller Stortingets vedtak sier imidlertid noe om hvordan de tverrfaglige spesialiserte tjenestene skal være organisert. I fire av de regionale helseforetakene har en valgt ulike varianter av å organisere tjenestene integrert i den foretaksstrukturen som alt var på plass etter sykehusreformen i 2002. I to regionale

helseforetak ble noen deler av de nye tjenestene samlet i avdelinger for rus- og avhengighetsbehandling under psykiatriklinikker, som i Aker Universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF. I alle de fire regionale helseforetakene, utenom det i Midt-Norge, er hele eller deler av de tidligere fylkeskommunale «rusvern»-tilbudene, organisert som virksomheter i avdelinger innen psykisk helsevern. I tillegg kommer de mange private tjenesteyterne som har inngått driftsavtaler med de regionale helseforetakene og som forutsettes å inngå i ulike former for samarbeid med tjenesteyterne i HF-ene.

Den fremtidige organisatoriske utformingen av rustiltakene kan ha stor betydning for den videre utviklingen av rusbehandlingen i Norge. Det regionale helseforetaket i Midt-Norge så dette som en utfordring og en mulighet. Man benyttet umiddelbart det handlingsrom som ble skapt gjennom Rusreformene til å lansere ulike måter å organisere tjenestetilbudet overfor rusmiddelmissbrukerne på innen helseregion Midt-Norge-Norge.

1.3 og ga oss tre reelle alternativer ...

Rusreformen (I + II) ga altså HMN-RHF muligheten til å legge inn de fire tidligere fylkeskommunalt eide virksomhetene; Vestmo behandlingssenter i Ålesund, Veksthuset i Molde, Nidarosklinikken i Trondheim og MARiT (nå: LAR-Midt) i sitt eget nye helseforetak, «Rusbehandling Midt-Norge HF (RMN-HF)». Dessuten ble Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget (MNK) inkludert som del av det nyopprettede RMN-HF, hvor leder av Vestmo i tillegg er administrativ leder for MNK. RMN-HF (som vi heretter også vil betegne som «Rusforetaket») fikk også ansvar for kjøp av plasser utenom regionen. I tillegg overtok eller inngikk HMN-RHF (v/RMN-HF) avtaler med to privateide virksomheter; NKS Kvamsgrindkollektivet og Lade behandlingssenter i Trondheim. Senere er det også inngått en driftsavtale med Tyrilistiftelsen. Samlet ble altså fire interne og tre eksterne, operative og en kompetanseenhet knyttet til det nye Rusforetaket.

Men la oss gå litt tilbake: Valget av eget foretak som organisasjonsmodell for rusfeltet ble ikke gjort uten motforestillinger og fordi man manglet alternativer. I saksfremlegget for valg av fremtidig organisasjonsmodell (sak 69/03), ble tre modeller vurdert; a) behandlingstiltakene

Rustiltakene legges til det helseforetak de geografisk hører til

En slik organisering er lett å etablere fordi nødvendige strukturer og støttesystemer allerede er på plass. Samspeillet mellom rus, psykiatri og somatikk kan styres/stimuleres gjennom felles ledelse. Rustiltakene vi skal overta ansvaret for har forskjellig behandlingsprofil og ulike pasientgrupper og skal gi et tilbud til hele helseregionen. For å lykkes med dette, må det ved denne modellen etableres et nettverk med tett samarbeid mellom de enkelte helseforetakene i behandlingen av pasienter med rusproblematikk. Dette vil kreve en overordnet faglig styring knyttet til det regionale helseforetaket, og med en regional strategi. Modellen er sårbar fordi den tradisjonelle somatikk og psykiatri har større volum, prestisje og bedre økonomi enn rusbehandling.

lagt til de *eksisterende tiltakene* de geografisk hørte til, b) et *eget foretak*, eller c) tiltakene organisert som en *rusmiddelavdeling* ved ett av de eksisterende foretakene. Begrunnelsen for modellene er gjengitt i de to neste tablåene:

En mulig modell var altså å legge rusbehandlingen til det helseforetaket rusmiddelmissbrukerne geografisk hørte til, en modell med både fordeler og ulemper som vist i dette tablået.

Denne modellen hevdes altså å være enkel å etablere fordi det strukturelle systemet (sykehus, etc.) allerede fins, men samtidig er den sårbar fordi rusfeltet ikke kan løftes frem på samme måte som hvis man organiserer det innenfor et spesialisert og selvstendig rusforetak (sak 69/03:8):

Dette kan føre til at den tradisjonelle rusbehandlingen blir underminert før en har fått hevet ruspasientenes og rusbehandlingens status innenfor helsetjenesten. Flere av helseforetakene mangler i dag erfaring og kompetanse innen rusbehandling. Et oppsplittet rusfelt fordelt på de enkelte helseforetak vil minske muligheten for regional planlegging og videreutvikling av rusbehandlingen i region. Det er også fare for at kompetanse kan gå tapt på grunn av fragmentering.

Uttytning av allerede sparsom og relevant kompetanse og dårligere muligheter for fokusert regional samordning blir derfor fremhevet som ulemper knyttet til denne modellen. Den andre modellen ble først og fremst begrunnet med behovet for «løfte frem rusfeltet – gi det status – og ruste det opp...».

Eget foretak for rusfeltet

HMN-RHF har en klar målsetting om å få kartlagt omfanget av rusproblematikk, klargjøre ressursbruken, heve rusfeltets kompetanse og anseelse, samt måle resultatene av behandlingen. Dette kan ivaretas ved at de institusjoner/rustiltak som vi skal overta ansvaret for i en overgangsperiode samles i et eget prosjektrettet foretak.

Dette vil gi mulighet for en målrettet, avgrenset og målstyrt organisering, og understreke HMN sitt eierskap til rusfeltet samt fremheve at dette skal være en kvalitetsreform – ikke bare et eierskifte. Kompetansen innen rusbehandling skal heves, og systemer for måling av kvalitet og brukertilfredshet implementeres. Foretaksorganisering gir god mulighet til å styre ressursbruken og måle effekten innenfor rusbehandling.

Et selvstendig foretak for rusfeltet kunne gi en slik mulighet. Denne modellen ble oppfattet som nyskapende og samlende og med en viss sjanse til å kunne representere en senere overgang til en enda bedre tilpasset rusbehandling gjennom en tettere integrasjon av tilbudene innen rusbehandling, psykiatri og somatikk.

En slik organisering av rusfeltet forutsetter at «det utvikles hensiktsmessige systemer for samarbeid både med hensyn til

kartlegging og utredning, henvisning og inntak og i forhold til en faglig tilnærming mellom de ulike spesialisthelsetjenestene m.h.t. behandling av ulike målgrupper», sier HMN-RHF i sin vurdering av dette alternativet. Samtidig mener man at en slik modell best tar vare på den kompetanse som allerede fins i regionen innen rusfeltet, vil ha ansvar for pasientstrømmen fra hele regionen og vil kunne videreutvikle den behandlingskompetansen som allerede fins. På den annen side er det også motforestillinger til modellen:

Modellen strir imidlertid mot intensjonen om å ha færrest mulig helseforetak. Det kan bli oppfattet som om en ønsker en slags «særomsorg» innenfor rusfeltet. Det kan også oppfattes ulogisk å organisere rusfeltet på en annen måte enn psykiatri og somatikk når en av hovedmålene med rusreformene er å gi rusmiddelmissbrukere lik tilgang på spesialisthelsetjenester som den øvrige befolkningen.

Denne modellen med et særskilt rusforetak anses mest ressurskrevende å etablere, men vurderes likevel som det beste alternativet for å få gjennomføre en ønsket regional oppgradering av rustilbudet i regionen.

Også en tredje måte å organisere seg på ble (kort og summarisk) vurdert; nemlig å knytte tiltakene til en separat rusmiddelavdeling underlagt et av de allerede eksisterende foretakene. Denne modellen ble vurdert som å ha mange av de samme fordeler som et eget foretak, men også liknende ulemper som i alternativet med geografisk tilordning av tiltakene.

Uansett modellvalg måtte noen målsettinger oppfylles:

1. Kunne *kartlegge* tiltakets omfang og utvikle *kapasiteten* i forhold til dette.
2. Få til en bedre *kvalitet* på tjenestene gjennom rekruttering av kompetent personell, kompetanseheving og faglig utvikling av tjenestene.
3. Utvikle metoder for å måle *effekt* og *brukertilfredshet*.
4. Få til en «*tettere integrasjon* av spesialisthelsetjenestene» og utvikle gode *samarbeidsrelasjoner* til de kommunale helse- og sosialtjenestene og til andre relevante tjenester.

I tillegg ble det stilt krav om at den modellen som ble valgt også skulle *evalueres* (innen en prøveperiode) slik at man på et så sikkert grunnlag som mulig var i stand til å avgjøre om de tenkte fordeler ved modellen stemte overens med de opplevde gevinster.

1.4 da valgte vi foretaksformen

Etter utredninger vedtok Styret for HMN-RHF å opprette et «*eget helseforetak for rusbehandling*». Det nye helseforetaket – Rusbehandling Midt-Norge Helseforetak (RMN-HF) fikk så ansvar for å sørge-for nødvendige, spesialiserte helsetjenester for behandling av rusmiddelmisbruk i regionen.¹ Dette omfattet:

- avrusning (etter henvisning) som krever tett medisinsk og helsefaglig utredning og kartlegging av pasientens behandlingsbehov
- spesialisert (vesentlig helsefaglig) behandling; poliklinisk eller i institusjon

I forbindelse med rusreformene ble det så etablert et eget prosjekt knyttet til fagavdelingen i det regionale helseforetaket. En intern arbeidsgruppe i Helse Midt-Norge RHF ivaretok forhold som berørte selve overtakelsen. Dette omfatter bl.a. overtakelse av personell, avtaler og bygningsmessige forhold samt etablering av støttefunksjoner. I tillegg ble det etablert arbeidsgrupper som startet arbeidet med å utrede innleggelsesfunksjoner, samt utvikling av samarbeids- og kvalitetsregimet.

¹ Vi skal bruke betegnelsen **Rusforetaket** som egennavn i det meste av denne rapporten.

Dessuten ble et utredningsarbeid med et regionalt program for rusfeltet iverksatt. Det ble vedtatt høsten 2005. Målet er at tilbudet til rusmiddelmissbrukere i Midt-Norge skal styrkes og forbedres, og alle brukerne skal få tilgang på spesialisthelsetjenester på lik linje med befolkningen for øvrig. Prosjektet skal også bidra til å oppgradere rusfeltets anseelse og øke interessen for tverrfaglig samarbeid.

Sett under ett ble altså modellen med eget rusforetak fremholdt som den best egnede av de opprinnelige tre alternativene med følgende begrunnelse (jf. sak 69/03:8):

Behandling av rusmiddelmissbrukere er nytt ansvarsområde for de regionale helseforetakene. Det vurderes derfor hensiktsmessig å holde rusfeltet samlet for å få til en prosjektrettet, målstyrt utvikling av dette tjenestetilbudet i henhold til det regionale rusprogrammet som er under utarbeidelse jfr. vedlagte prosjektplan. Etablering av et eget helseforetak for rus er å foretrekke for å ivareta målet om utvikling av et godt tjenestetilbud til alle brukerne i regionen.

Det spesifikke argumentet for å velge en modell med et eget rusforetak, i det minste i en avgrenset periode, var behovet for å «løfte frem feltet» for å styrke behandlingstilbudets kapasitet og kvalitet, og dermed heve dette fagfeltets og denne pasientgruppens status. Målet var å understreke det regionale helseforetakets eierskap til rusfeltet og samtidig realisere rusreformen som en *kvalitetsreform*, og ikke bare en eierreform. Arbeidet skulle gis en prosjektrettet form, med krav til en målrettet og målstyrt organisering, forankret høyt oppe i den regionale foretaksstrukturen. Samhandlingen med de etablerte delene av spesialisthelsetjenestene skulle bygge på *gjensidig respekt* og en *likeverdig posisjon*. Reformen ble altså brolagt med gode intensjoner.

Modellen med et eget helseforetak for rusbehandling i Midt-Norge, betyr ikke at absolutt alle tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere er organisatorisk plassert i dette foretaket. I saksforelegget i forbindelse med styrets behandling av handlingsplanen for det regionale rusprogrammet (sak 69/03), ble det slått fast at det er summen av de tiltakene som er foreslått i planen som skal tilfredsstillende kravene til kvalitet og omfang på tjenestene til rusmiddelavhengige. Styrebehandlingen av handlingsplanen tildelte imidlertid RMN-HF en koordinerende funksjon i forhold til det regionale helseforetakets arbeid med å «holde oversikt over samlet fremdrift i prioritering og implementering av handlingsplanen», dvs. tiltak planlagt innenfor både det psykiske helsevern og i RMN-HF selv.

1.5 Nå vil vi vite om vi gjorde rett

Styret i HMN-RHF vedtok altså (jf. sak 69/03) at de rustiltakene som foretaket overtok ansvaret for fra 1.1.2004 skulle organiseres som et eget helseforetak. I det lå det en forventning om en betydelig oppgradering og balansert likestilling med de allerede etablerte helseforetakene. Disse kunne både være større sykehus eller spesialisthelsetjeneste innen bestemte distrikter og regioner i Midt-Norge.

Styret vedtok dessuten at «Organiseringen vil bli evaluert» uten først å angi noen bestemt tidsfrist for selve evalueringstidspunktet.ⁱⁱ I det etterfølgende stiftelsesmøtet for RMN-HF (19.1.2004) sies det heller ingenting om at Rusforetaket skal ha en begrenset prøveperiode.

Evalueringen av organisasjonsmodellen for «tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere» tar på denne bakgrunn utgangspunkt i det utvidete ansvarsområdet for RMN-HF, og i samhandlingen mellom og organiseringen av de øvrige HF-enes tilbud til rusmiddelavhengige i Midt-Norge. Den legges altså opp og gjennomføres mot slutten av det tredje driftsåret.

Videre omfatter evalueringen samhandlingen med de øvrige spesialisttjenestene, de kommunale helse- og sosialtjenestene og andre instanser som yter tjenester til eller representerer interessene til rusmiddelmissbrukere i helseregion Midt-Norge. Over 50 % av behandlingen som gis innenfor Rusforetaket skjer i regi av private tjenesteytere. Måten disse institusjonene er inkludert på i organisasjonsmodellen vil tillegges stor vekt i evalueringen.

Sammenligningsgrunnlaget for evalueringen av Rusforetaket vil dels være den velkjente organiseringen av tilsvarende tjenester og instanser for rusbehandling i de fire andre helseregionene i Norge, og dels organiseringen av andre spesialisthelsetjenester innenfor HMN-RHFs ansvarsområde. Derfor vil det ikke være nødvendig å foreta egne datainnsamlinger fra de andre regionene, innen rammen av dette prosjektetⁱⁱⁱ.

ⁱⁱ I protokollen fra møtet på sak 69/03 sies det at HMN-RHF vil organisere rustiltakene som et eget helseforetak. I tillegg anføres det: "Den langsiktige målsettingen er likevel en integrasjon av rusfeltet i helseforetakenes øvrige virksomhet. Organiseringen vil derfor bli fortløpende evaluert og styret ber om å bli forelagt slik evaluering, første gang innen utgangen av 2006."

ⁱⁱⁱ Data og analyser fra den nasjonale evalueringen (som IRIS gjennomfører på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet) vil imidlertid bli holdt opp mot data skaffet til veie i dette prosjektet, i selve rapportfasen av evalueringen. Dette vil også gjelde data og analyser fra to surveykartlegginger som er under gjennomføring, og der resultatene fra Helseregion Midt-Norge-Norge kan skilles ut og holdes opp mot de andre regionene. Det ene gjelder en tverrsnittsundersøkelse av rustiltak og pasienter som nå er under gjennomføring, og som vil bli holdt opp mot en tilsvarende tverrsnittsundersøkelse fra 2003. Det andre gjelder en landsdekkende survey som vil omhandle status og endringer i kommunenes innsats overfor rusmiddelmissbrukere. Denne surveyen er gjennomført høsten 2006.

2 Teori og modell

2.1 Endringsledelse i offentlig sektor

Reformene i det norske helsevesenet de seneste årene kan alle knyttes til den idéretningen som kalles «New Public Management» (NPM). Den gir en ny forståelse av hvordan offentlig tjenesteproduksjon, herunder også tradisjonelle oppgaver som helse- og sosialtjenester kan organiseres, drives og styres. Fokus legges på dokumentert resultatoppnåelse, effektiv kostnadsbruk og målstyring. I 1990 ble alle statlige virksomheter pålagt å innføre resultat- og målstyring, og i 1996 ble det innført nye økonomireglementer, markedskontrakter og konkurranseutsetting. Ledere i offentlige virksomheter ble dessuten gitt andre lønns- og karrierevilkår enn tidligere, ofte knyttet til oppnådde resultater. Dessuten gjør man oftere bruk av kontrakter som styringsverktøy, i stedet for direkte styring gjennom hierarkiet. Eierne (les: politikerne) er også etter hvert blitt mer aktive. De kan imidlertid tendere til å overse interne forhold, slik som hevdvunne arbeidsordninger, etablerte hierarkier eller særlige belønningsordninger, fremfor de prinsipielle og målstyrte løsninger og krav. Eier- og styringsformene ligner derfor nå mer på mønsteret i privat sektor, enn på den tradisjonelle offentlige, byråkratiske grunnformen. Man overtar organisasjons- og ledelsesprinsipper og modeller fra privat sektor og tilpasser dem til internt bruk i den reformerte offentlige virksomheten.

I en slik reformert offentlig sektor vil folk flest være forbrukere, kunder eller klienter som får sine behov dekket på et vanlig marked eller et kvasimarked (skapt av konkurranse mellom ulike offentlige tilbydere). En slik «servicetankegang» medfører også at brukerne trekkes inn i produksjonskjeden til den offentlige tjenesteleverandøren, de medvirker gjennom å stille krav og synliggjøre sine behov til å utvikle den riktige profil på tjenestene. Dette stiller store krav til kompetanseutvikling, omstilling og læring hos tjenestetilbyderen. Rammebudsjettering (i stedet for detaljregulering), desentralisert beslutningstaking og kvalitetsmålinger forsterker behovet for fleksibilitet hos tjenestetilbyderen ytterligere. Etter hvert finner vi derfor at offentlig sektor ikke preges av samme (isomorfe) form i alle organisasjoner som leverer samme type tjenester, men kan ha betydelige ulikheter i struktur og interne prosesser.

Sett under ett inneholder derfor NPM (i norsk versjon) endringer innenfor to hovedområder i offentlig tjenesteproduksjon (Busch et al. 2003a:36); *økonomiske* begrunnelser knyttet til kontraktsrelasjoner og konkurranseprinsipper, og *organisasjon og ledelse* med bruk av kjente modeller fra privat sektor (jf. entreprenørledelse, Serviceledelse, Total kvalitetsledelse, etc).

Vi skal se organisering av Rusforetaket i lys av et slikt endringsperspektiv i offentlig sektor. Kravene til og oppmerksomheten på den offentlige tjenesteproduksjonen er vesentlig endret, samtidig er den interne handlefriheten i de enkelte virksomheter økt. Dette er rammevilkår man har dratt veksler på i nyorganiseringen av rusfeltet i Midt-Norge.

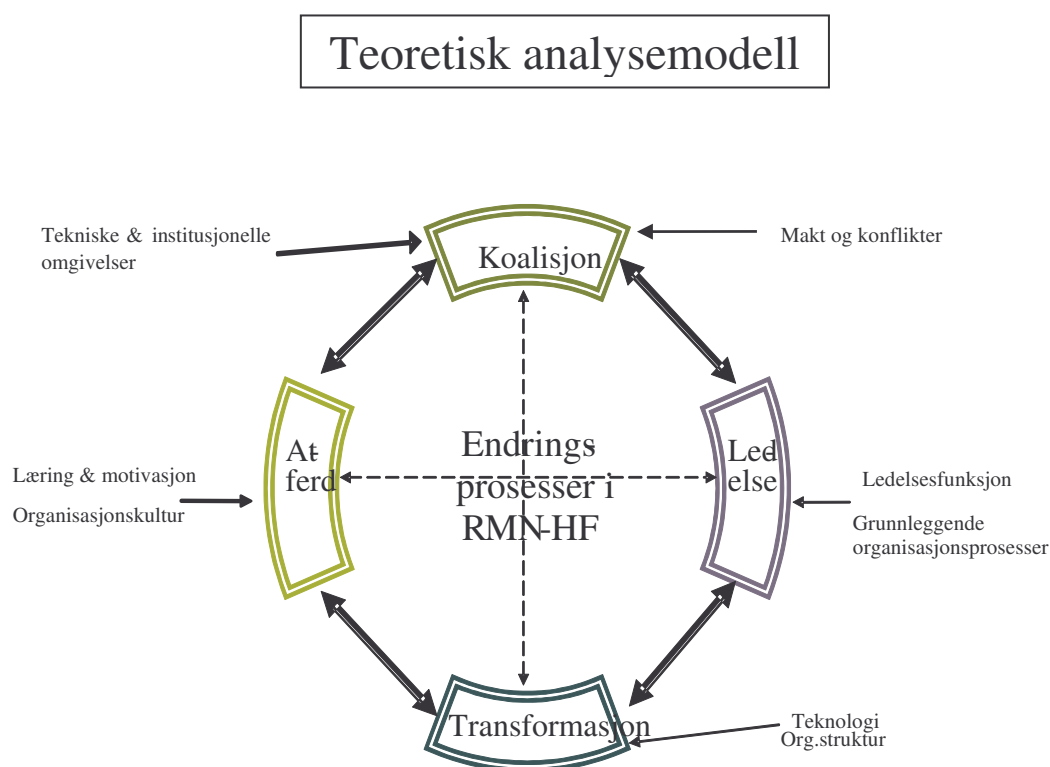
2.2 Referansemodell

Vi oppfatter RMN-HF som en organisasjon med en distinkt utforming og identifiserbare omgivelser. I den forbindelse tenker vi på «organisasjonen» som en koalisjon av grupper og interessenter, som hver for seg forsøker å oppnå noe fra kollektivet gjennom samhandling med de andre, og hvor enhver har sine egne preferanser og mål. Fokus på interessentene, deres *preferanser, bidrag og belønninger* blir viktig i intervjuet. Likevel, med et åpent systemperspektiv på organisasjonen vil det også være viktig å kunne angi systemets grenser, struktur og prosesser.

Modellen (jf. figur under) henter sitt rasjonale fra faget «Endringsledelse» (jf. Busch et al, 2003a, 2003b; Jacobsen 2004), og fokuserer på «organisasjon» som bestående av fire ulike delsystemer; koalisjons-, ledelses-, atferds- og transformasjonssystemet.

Innen hvert av disse delsystemene vektlegges ulike grunnleggende elementer hos en *organisasjon i endring*. Stikkord for disse elementene er angitt i modellen og skal adresseres i selve analysen av det samlede materialet.

En slik modell kan gi mulighet både til å sjekke hvilke prosesser som fant sted i selve konsiperingen og utformingen av organisasjonsmodellen, etablering og implementering av modellen, samt endringer og justeringer som har skjedd underveis.



I datainnsamlingen er det vektlagt informasjon både om prosesser og beveggrunner knyttet til selve valget av den spesifikke modell med et eget rusforetak, til oppbyggingen og operasjonen i den korte driftsperioden man har erfaring med så langt, og til i hvilken grad det er bestemte trusler og konfliktområder som bør iakttas i tiden som kommer.

I relasjon til de enkelte delsystemene har det vært aktuelt å sjekke følgende aspekter:

1. Koalisjonssystemet

- Kontrakter og etablerte relasjoner med definerte interessenter
- Sammensetning av interessentmatrisen
- Makt- og innflytelsesstrukturer

2. Atferdssystemet

- Kompetanse hos de ansatte
- Servicenivå
- Motivasjon

3. Transformasjonssystemet

- Organisasjonsplan
- Teknologisk/organisatorisk løsning
- Leveransestrukturen

4. Ledelsessystemet

- Ledelsesprosesser
 - målutvikling/måloppnåelse
 - kommunikasjon
 - problemløsning/beslutninger

I evalueringen har denne modellen gitt anvisning til hvilke av de strukturelle sidene ved Rusforetaket det har vært viktig å skaffe innsikt om. Organisasjonskulturelle sider, herunder også forekomsten av subkulturer (f.eks. i de ulike produksjonsenhetene) er av kapasitetshensyn ikke vurdert. Organisasjonsteoretisk forskning anser dessuten som oftest de kulturelle sidene som forholdsvis svakere når det gjelder å igangsette og gjennomføre endringer, enn de rent strukturelle organisasjonsgrepene som iverksettes. Organisasjonskulturell antas å gi et visst «dekningsbidrag», men ikke nødvendigvis være avgjørende for hvordan en reform eller organisasjonsendring vil kunne gjennomføres.

Det har også vært et hovedpoeng å få tydeliggjort beskrivelser av de *endringsstrategier* som er benyttet og som vil bli benyttet ved en eventuell videreføring av den valgte modellen. Likeens har evalueringen vektlagt hvordan foretaket oppfyller målsettingene om bedre og økte tjenesteleveranser til rusfeltet i regionen.

3 Fokus, design, metode og data

3.1 Hovedproblemstilling

Vi oppfatter RMN-HF som en organisasjon med en distinkt utforming og identifiserbare omgivelser. Med et åpent systemperspektiv på organisasjonen vil det likevel være nødvendig å kunne angi systemets opphav, grenser, struktur og prosesser. Hovedproblemstillingen for evalueringen ble derfor formulert slik:

Hvordan vurderes den valgte organisasjonsmodellens styrke og svakheter i forhold til de opprinnelig fastsatte målsettinger om bedre kapasitet og effekt, økt brukertilfredshet, tettere integrasjon og bedre samarbeidsrelasjoner av de særlige spesialisttjenester organisasjonsreformen omfatter?

I den forbindelse tenker vi på Rusforetaket som en *koalisjon* av grupper og interesser, som hver for seg forsøker å oppnå noe fra kollektivet gjennom samhandling med de andre, og enhver har sine egne preferanser og mål. Tilstrekkelig fokus på interessentene, deres *preferanser, bidrag og belønninger* er viktig i evalueringen. Koalisjonen har både teknisk-økonomiske (regulert gjennom markeder for arbeid, kapital, leverandører, kunder) og institusjonelle (ordnet gjennom regulative, normative, kognitive mekanismer) omgivelser.

Rusforetakets omgivelser er således karakterisert av at det settes krav og forventninger som organisasjonen må tilpasse seg for å oppnå støtte og legitimitet. Legitimitet er en generalisert antagelse om at spesielle handlinger er ønskelig og akseptable innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, tro og definisjoner. Legitimitet er viktig for en organisasjons relasjon til sine omgivelser. For Rusforetaket vil legitimiteten antagelig motsvare de institusjonelle mekanismene, med hovedvekt på legal (regulativ) legitimitet som både stammer fra det lov- og regelverket eieren (HMN-RHF), utførende enheter og brukere tilpasser seg (jf. kap. 1.1 -1.2).

Evalueringen av organisasjonsmodellen er basert på to hovedkilder til informasjon; innsamling og analyse av utvalgte deler av *dokumentmassen* som berører Rusforetaket fra vedtaksbeslutning til dags dato, og *intervjuer med nøkkelinformanter og ledelse* fra de strategisk viktigste interessentene i Rusforetakets aksjonsradius (særlig det regionale helseforetaket, Rusforetaket selv, samt brukere og det kommunale systemet).

Utvelgelsen av dokumenter er gjort slik at både strategiske, operative og administrative beslutninger, prosedyrer og resultater skulle kunne gjenfinnes i materialet. Ingen deler av dokumentmassen som er anmodet fra prosjektet er blitt tilbakeholdt eller unndratt analyse.

Som en viktig del av datainnsamlingen har vi gjennomført intervjuer med representanter for ledelse og ansatte i ulike deler av helseforetaksorganisasjonen samt med brukere og fagfolk i utvalgte kommuner og i andre hjelpeinstanser. Det ble ikke krevd noen spesiell forberedelse fra den som ble intervjuet i forkant av intervjuet.

Intervjuene fulgte en (halvåpen) intervjuguide og ble både gjort skriftlig og tatt opp på bånd. Båndene vil slettes etter at prosjektet er avsluttet. Informasjonen fra intervjuene er behandlet på en slik måte at ingen utsagn skal kunne peke direkte tilbake på den enkelte som blir intervjuet.

3.2 Design av evalueringen

Evalueringen legges opp som en *casestudie (eksempelstudie)*, med et komparativt islett. Organiseringen av Rusforetaket vil først og fremst sammenlignes med de vanligste tiltak og organisasjonsformer for rusbehandling som anvendes i de øvrige regionale helseforetakene i Norge, samt med de øvrige helseforetakene innen Helse Midt-Norge RHF.

Kvalitativt orienterte casestudier kan gi god innsikt i prosesser og lokale strategier. Ved å bruke eksempelstudie kan man trekke ut essensen av komplekse sammenhenger, noe som gir en mer helhetlig forståelse av spesifikke lokale betingelser og den betydning de har for aktørenes handlinger.

Utvelgelsen av eksempler på organisasjonsmodeller (for sammenligning) gjøres ikke først og fremst for å generalisere, men for analytiske formål. Om man velger eksempler som er «unike» eller «idealtypiske» avhenger av evalueringens problemstilling. Når det gjelder organisasjonsformen til Rusforetaket er den (enn så lenge) *unik* blant de regionale helseforetakene i Norge når det gjelder organiseringen av rusbehandlingen.

Fordi en eksempelstudie skal trekke ut essensen av et komplekst fenomen, bør man benytte et mangeartet evalueringsdesign. Det betyr at man må kunne kombinere ulike metoder, og gi rom for å tilpasse opplegget til de resultater man finner underveis. Siktemålet vil være å gi en intensiv beskrivelse av et sosialt system og å utvikle en helhetsforståelse (Halvorsen 1993).

Det ligger i eksempelstudiens natur at man ikke nødvendigvis skal generalisere til en hel populasjon. Men de funn som gjøres kan stimulere ideer og tanker om lignende modeller brukt andre steder. Dessuten kan en slik studie gi basis for analytisk generalisering, hvor teorier og antagelser utvikles eller etablerte forklaringer og modeller gis en ny vurdering. Dette er også håpet i denne evalueringen.

3.3 Dokumentanalysen

Et viktig grunnlag for denne evalueringen er det utvalg av dokumenter fra HMN-RHF og RMN-HF som er gjort til gjenstand for analyse. Dokumentanalyse er en betegnelse for en systematisk analyse av skrevne (eller audiovisuelle) beretninger som ikke er produsert eller generert av forskeren selv. Dokumentanalysens premisser er at vi lever i kulturer som i vesentlig grad baserer seg på skrevet materiale og andre former for dokumenter. I de fleste organisasjoner er fremstilling, behandling og lagring av dokumenter en hovedaktivitet. Dokumentene representerer organisasjonenes kollektive minne, deres fremste middel til systematisering av rutiner og erfaringer og en av de viktigste formene for selvpresentasjon. En analyse som ikke forholder seg til hvordan

organisasjoner og institusjoner fremstiller seg selv dokumentarisk, står dermed i fare for å bli mangelfull.

Ved en sammenligning av intensjoner og realiteter er dokumenter derfor et utgangspunkt for å finne frem til de mål og intensjoner prosjektledelsen hadde i starten, og for en rekonstruksjon av forløpet for beslutningen om opprettelse av Rusforetaket. Dessuten er implementering og drift i prøveperioden også dokumentert på ulike måter. Dokumentene blir dermed et hjelpemiddel til å fylle ut informasjonshull som kan oppstå i evalueringen. Helt «tette» blir selvsagt ikke disse hullene da dokumenter vanligvis ikke formidler de ulike aktørers erfaring, meningsutveksling og intensjoner verken i startfasen eller i driftsfasen. Derfor er det i dette tilfellet nødvendig å supplere dokumentinformasjonen ved hjelp av informantintervjuer.

Ved dokumentanalyse skaffer man til veie data gjennom analyse av foreliggende kildemateriale. En kilde er et dokument som er forfattet med en bestemt hensikt og innenfor en gitt kontekst. Det betyr at kilden gjenspeiler ikke bare den forståelse og kunnskap som var rådende i opphavssituasjonen, men også den hensikt kilden var ment å tjene. Når man analyserer skriftlige kilder er det derfor viktig å ha klart for seg hva slags dokumenter man har med å gjøre. Holme & Solvang (1996) skiller for det første mellom *kognitive* (berettende) og *normative* (vurderende) kilder. Kognitive og normative utsagn kan imidlertid være tett sammenvevd, og forekomme side om side i samme setning. Likeledes kan en tilsynelatende kognitiv fremstilling være et forsøk på å hevde normative synspunkter. Videre skiller det også mellom *fortidsrettede* og *fremtidsrettede* kilder. Ved å sette de to dimensjonene sammen kommer man frem til fire hovedformer for dokumentasjonskilder:

	Fortidsrettet	Fremtidsrettet
Kognitiv	Berettende	Forutsigende
Normativ	Vurderende	Programmatisk

Dokumentasjonen fra Rusforetaket dekker alle fire kategorier; både *kognitive* og *normative* kilder om det som *har hendt* og om det som *planlegges* innen en bestemt tidshorisont. Det materiale som er stilt til rådighet faller dessuten i kategorien offentlig, institusjonell dokumentasjon. En offentlig, institusjonell kilde vil normalt være formell og preget av en «institusjonell» sjargong, dette gjelder også materialet fra Rusforetaket.

Det er også slik at ulike dokumenter vanligvis ikke er oppstått som respons på selve evalueringen (eller forskningsprosjektet) og derfor er upåvirket av dette. Datamaterialet kan derfor gi innblikk i forhold som de intervjuede informanter har glemt, fortregnt eller ikke ønsker å diskutere. På den annen side advares det mot å lese dokumentene som en nedskrevet opptegnelse av hva som faktisk har funnet sted (Yin 1994:81).

Dokumenter har ulik validitet avhengig av hvem som har skrevet dem og i hvilken hensikt de er forfattet. Offentlige dokumenter tillegges gjerne større validitet enn avisinnlegg, men det er viktig å huske at begge deler er innlegg i en pågående diskurs, slik at ordbruken kan være overdreven. Forskningsrapporter og ulike former for statistikk regnes å ha høy validitet. I evalueringen er det ikke brukt mediekilder, kun dokumentasjon fremstilt av Rusforetaket eller av dets eier til interne (gjelder særlig møterefater, styringsdokumenter, prosedyrer etc) eller eksterne formål (f.eks. brosjyrer, langtidsplaner, etc.).

Av enkelte organisasjonsteoretikere anses imidlertid «planer» å være dokumenter som egentlig ikke får noen signifikant betydning for hva som kommer til å skje. Noen ser planer som symboler, spill, påskudd for samhandling, eller som profilering og reklame (Cohen & March 1974), eller mener at sammenhengen mellom planer og resultater mer er et fantasiprodukt enn et godt kontrollert utfall av en beslutning (Mintzberg 1994).

Både forut for iverksettingen av prøveordningen og i driftsperioden (2004-2006) er det gjennomført flere utredninger, utarbeidet planer, og inngått avtaler mellom ulike samarbeidende instanser. Det er også laget referater fra en rekke møter, seminarer og konferanser. Alt dette er dokumentasjon som har vært relevant for denne evalueringen.

Enkelte interne undersøkelser danner også et viktig informasjonsgrunnlag for evalueringen: I 2005 ble det gjennomført en brukertilfredshetsundersøkelse for hele Helse Midt-Norge. RMN gjennomførte samme år en arbeidsmiljøundersøkelse blant sine ansatte. I 2006 gjennomførte RMN-HF en undersøkelse blant behandlingsansvarlige og et utvalg pasienter som også har vært tilgjengelig for evalueringen.

I tillegg er det brukt dokumentasjon om Rusforetaket som finnes i form av statistikk og data i det kvalitetssystemet som er under utvikling i helseregion Midt-Norge-Norge.

3.4 Intervjuundersøkelsene

Evalueringen ønsker gjennom kvalitative intervju med representanter fra relevante instanser og interessenter å få nødvendige data om *opplevelser* og *erfaringer* disse har med den *valgte organisasjonsmodellen* og den *arbeidspraksis* som har utviklet seg innenfor denne. Av særlig interesse er de vurderinger som gjøres av hvordan Rusforetaket har utviklet seg i prøveperioden, og hvilken fremtidig modell og praksis som de ulike instansene og interessentene mener bør velges. Den delen av evalueringssoppgaven som rapporteres i denne publikasjonen har derfor valgt ut informanter ut fra to funksjoner:

1. **Funksjoner**, dvs. informanter som dekker *styrefunksjoner* (Styret i RMN-HF og HMN-RHF-styret), og *ledelsesfunksjoner* (herunder; administrative og faglige rådgivere, støttefunksjoner, tjenesteytere (saksbehandlere/behandlere) i begge organisasjoner).
2. **Instanser**, dvs. informanter fra RMN-HF og dets tiltak, andre HF-tiltak med tilbud rettet mot selve rus/avhengighetsproblematikken, HF-er og HF-tiltak som dekker andre spesialisthelsetjenesteoppgaver, informanter fra de kommunale

helse- og sosialtjenester, fra andre tjenesteytende instanser og fra bruker-/pårørendeorganisasjoner.

Intervjuguiden er bygd på en analysemodell egnet for å forstå RMN-HF som *organisasjon*, dvs. som selvstendig foretak med en særlig organisatorisk utforming. Intervjuguiden tok derfor sikte på å dekke informantenes syn og erfaringer på alle elementene i behandlingsskjeden (jf. kap. 2.2), der hvor det var relevant og aktuelt i forhold til den enkelte informants posisjon og erfaring.

Intervjuene ble gjennomført i november 2006 og fokuserer hovedsakelig på organisering og driftserfaring fra oppstart i januar 2004 til dagens situasjon, herunder; «i hvilken grad har en med dagens organisasjonsmodell oppnådd»:

1. de generelle målsettingene om bedre kapasitet, kvalitet og samhandling internt innen de spesialiserte tjenestene og mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og sosialtjenestene, og andre tjenesteytere.
2. de spesifikke målsettingene om å oppnå høyere status for fagfeltet og dets pasienter, sterkere gjensidig respekt og likeverdig posisjon med de øvrige spesialisthelsetjenestene, og en bedre koordinering av de samlede tverrfaglige spesialiserte tjenestene til rusmiddelmissbrukere i helseregion Midt-Norge-Norge.

Intervjuene dekker også hvilke (antatte) endringer i organisering eller arbeidsmåter som kan være aktuelle for å videreføre eller forsterke de fordeler og redusere de ulemper den valgte modellen har medført.

3.5 Datainnsamlingens fokus

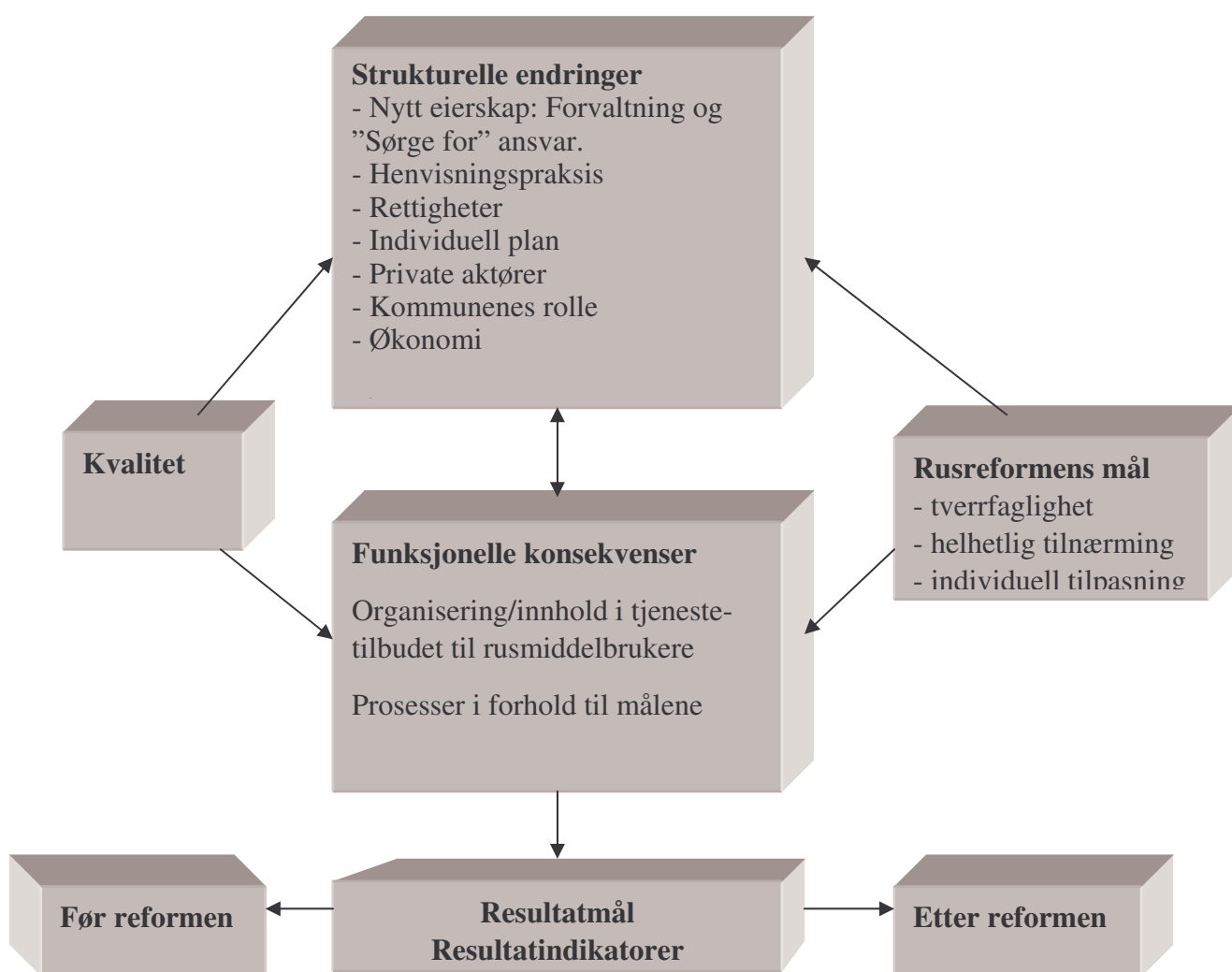
I evalueringen er søkelyset i hovedsak satt på de *strukturelle* sider ved organiseringen av Rusforetaket som del av det regionale helseforetakets samlede organisasjonsform. Derfor har det vært viktig å samle inn informasjon som kan svare på de overordnede målsettinger det regionale helseforetaket satte for en effektiv organiseringsform om kapasitetsutforming, kvalitet, virkning, brukertilfredshet, integrasjon og samarbeidsrelasjoner (jf. kap. 1.3).

Både disse opprinnelige målene og de nevnte fokusområdene (jf. 3.4) gjelder som undersøkelsesområde for hele evalueringen. Derfor blir intervjumaterialet brukt som «speil» for dokumentasjonsmaterialet som anvendes. Begge kilder skal altså belyse de samme sider ved organisasjonsformen selv om dataene er samlet inn ved hjelp av ulike metoder, har sitt eget rasjonale, styrke og svakheter som vist foran.

Evalueringer kan ses på som læringsprosesser hvor informasjon fra evalueringen skal føres tilbake til mål og planer for et program eller tiltak (Rossi og Friedman 1993; Lie 1999). I litteraturen om strategier for iverksetting er det vanlig å skille mellom to tilnæringer for å forklare hvordan offentlig politikk blir satt ut i livet.

«Top down»- modellene gjør spørsmålet om «vellykket» iverksetting til et spørsmål om graden av samsvar mellom sentralt utformede mål og måten disse blir gjennomført i praksis på det lokale plan. «Bottom up» modellene betrakter iverksetting mer nedenfra og legger vekt på å studere samspillet mellom de ulike aktørene. Spørsmålet om vellykket iverksetting blir her bl.a. et spørsmål om delmålene til aktører på et underordnet nivå blir realisert (Offerdal 1992, Kjellberg og Reitan 1995).

I evalueringen skal vi gjøre bruk av begge perspektiver som basis for datainnsamling. Vi fokuserer både på de strukturelle sidene ved den valgte modellen, med et perspektiv på organisasjon og styring, og på hvordan den nasjonale rusreformen er implementert innenfor den valgte organisasjonsmodellen og hvilke funksjonelle konsekvenser modellen synes å ha fått. Utgangspunktet er en analysemodell som IRIS også valgte for den nasjonale evalueringen av rusreformen:



Figur. Evaluering av rusreformen. Rammer og resultater.

Datagrunnlaget for evalueringen er både nye bearbejninger av datasett fra tidligere prosjekter, og da spesielt den nasjonale rusreformevalueringen, intervjuer med brukere

og fagpersoner ved tre rustiltak i regionen, intervju med fagpersoner i helse- og sosialtjenesten i to kommuner, og ved to NAV-kontor (ett NAV-trygd og ett NAV-arbeid), intervjuer med ledere i det HMN-RHF og i Rusforetaket, samt et fyldig dokumentasjonsmateriale som er stilt til rådighet for evalueringen.

Utgangspunktet er de problemstillingene i oppdragsbeskrivelsen for evalueringen som både berører pasientenes status og posisjon i hjelpeapparatet, omfang og kvaliteten på behandlingstilbudet, samarbeidsforhold både innen de ulike delene av spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og vurderingen av hvorvidt den valgte organisasjonsmodellen kan anses som vellykket eller ikke.

4 Midt-Norge versus resten av kongeriket

Ved å utnytte data fra andre prosjekter er det mulig å sammenligne utviklingen og situasjonen innen rusfeltet i Helse Midt-Norge RHF med resten av landet. Dette gjelder særlig data fra undersøkelser gjennomført i forbindelse med den nasjonale evalueringen av rusreformen. Følgende datasett er relevante:

1. For å få informasjon om endringer som har skjedd på *tiltaksnivå*, kan vi utnytte data fra en undersøkelse der alle rustiltak i Norge i 2006 ble bedt om å svare på spørsmål om endringer i oppholdstider, kapasitet og bemanning. 73 tiltak i spesialisthelsetjenesten besvarte disse spørsmålene. Av disse var 7 tiltak i Helse Midt-Norge RHF.
2. I 2003 gjennomførte SINTEF Helse og Rogalandforskning (nå IRIS) en *tverrsnittsundersøkelse om pasienter i rustiltak*. Det ble også laget en egen rapport til Helse Midt-Norge RHF fra denne undersøkelsen. I 2006 gjentok IRIS denne undersøkelsen og vi kan nå både sammenligne pasienter i Helse Midt-Norge RHF med pasienter i landet for øvrig og med resultatene fra undersøkelsen i 2003.

Vi har også brukt to datasett som kan si oss noe om utviklingen innen de kommunale rustjenestene, organisert i sosialtjenesten:

3. *Økonomitall* fra KOSTRA, der vi kan sammenligne utviklingen og nivået på tjenestene i kommuner i helseregion Midt-Norge med kommuner i andre helseregioner.
4. I 2006 gjennomførte også IRIS en egen *spørreskjemaundersøkelse* om hvilke endringer sosialtjenestene i alle kommuner i Norge har opplevd etter rusreformen. Også her kan vi sammenligne svarene fra kommunene i helseregion Midt-Norge med landet for øvrig.

I dette kapitlet vil vi benytte utvalgte deler av dette datamaterialet for å skissere et relevant sammenligningsgrunnlag for den situasjonen rusbehandlingen har gjennomgått i Midt-Norge, sammenlignet med resten av landet. Fokus vil være på endringer og ulikheter på tiltaks- og pasientnivå, samt indikatorer på viktige endringer i kommunenes fokus på rusbehandlingen.

4.1 Endringer på tiltaksnivå

I tiltaksundersøkelsen fra 2006 er det med sju spesialisttiltak fra Helse Midt-Norge RHF. Det er tre «rene» poliklinikker organisert under psykiatrien, LAR-senteret (deres polikliniske virksomhet) en korttidsinstitusjon som også har et poliklinisk behandlingstilbud, og to langtidsinstitusjoner. Fordelingen på tiltakstyper er nokså den samme som for landet for øvrig. Opplysningene nedenfor må ses i sammenheng med opplysningene vi ellers har presentert for tiltakene i delrapport 1.

Normerte oppholdstider:

I spørsmålet om endringer i normerte oppholdstider, det vil si varigheten av et normert behandlingsopphold, er det ett tiltak som melder om redusert oppholdstid mens det ved de øvrige ikke har skjedd noen endringer. I landet ellers er det noen få tiltak som har meldt om lengre normerte oppholdstider, men ellers er situasjonen i Helse Midt-Norge RHF den samme som for landet ellers.

Antallet plasser:

Flere av tiltakene i Helse Midt-Norge RHF enn i landet for øvrig, melder om en økning i tallet på institusjonsplasser, knyttet til nybygg og etablering av nye enheter i tiltak som ble overtatt etter rusreformen. I tillegg kommer ny avtale med Tyrili. Dette bekrefter inntrykket av at det har skjedd en sterkere økning i kapasitet i Helse Midt-Norge RHF enn i landet for øvrig.

Bemanning:

Den gjennomsnittlige bemanningsfaktoren i tiltakene i Helse Midt-Norge RHF var i 2006 den samme som for landet totalt. Også fordelingen på ulike faggrupper var ca. den samme. Mye tyder på at bemanningsfaktoren før var lavere i Helse Midt-Norge RHF, fordi det er flere tiltak i Helse Midt-Norge RHF som melder om økt bemanning, enn det vi finner for landet for øvrig.

Disse opplysningene bekrefter at Helse Midt-Norge RHF hadde en dårligere behandlingskapasitet enn landet for øvrig før rusreformen, men at regionen de siste tre årene har hatt en sterkere vekst i kapasitet i form av plasser og bemanning, enn det vi finner i landet for øvrig.

4.2 Endringer på pasientnivå

I tverrsnittsundersøkelsen i 2006 var det noen færre langtidsinstitusjoner og noen flere poliklinikker i Helse Midt-Norge RHF som svarte, i forhold til tverrsnittsundersøkelsen i 2003. Dette må det tas hensyn til ved tolkningen av resultatene. Vi har imidlertid mulighet til å fordele svarene på tiltakstype, der vi ønsker å kontrollere for dette. Der vi ikke finner at dette forklarer forskjellene/endringene, overlater vi tolkningen til leserne i Helse Midt-Norge RHF.

For ikke å presentere for mange tall, velger vi bare å presentere forskjeller som er statistisk signifikante. I dette tilfellet vil det si forskjeller på minimum 5-10 prosentpoeng. Der forskjellene er større enn dette, bruker vi ord som «langt færre/flere». Oversikten forteller både om endringer på hvert målepunkt (2003 og 2006), og endringer fra 2003 til 2006.

Tabell 4.1. Forskjeller i pasientpopulasjon, tilbud og samarbeid 2003 – 2006.
Helse Midt-Norge RHF i forhold til landet ellers.

Måleindikatorer	2003	2006
Aldersfordeling	Færre av de yngste og de eldste	Flere av de yngste (skylde flere rusteam i utvalget?) og fremdeles færre av de eldste
Kjønnsfordeling	Ingen forskjell	Flere kvinner
Sivilstand	Flere gifte	Ikke lenger noen forskjell
Inntekt	Flere på sosialhjelp og færre på uføretrygd	Færre på sosialhjelp, like mange på uføretrygd, flere sykemeldte
Bolig	Flere uten egen bolig	Fremdeles flere uten egen bolig
Rusmiddelmissbruk	Flere med omfattende narkotikamisbruk	Ikke lenger noen forskjell i type dominerende misbruk
Psykiske problem	Langt flere som oppgir at de "ikke vet" i fht. psykiske problem	Nå er det langt færre som svarer "ikke vet"
Ventetider	Langt lengre ventetider til langtids døgntil behandling	Ikke så store forskjeller men fremdeles signifikant lengre for langtids døgntil behandling
Udekkede behov	Flere med udekkede behov ift. bolig, økonomi, tilbud fra a-etat og i særdeleshet; LAR	Samme bilde ift. a-etat, flere udekket ift. aktivisering, skole, andre rustjenester. Nå færre med udekkede behov ift. fastlege, økonomi, trygd, sosial og somatisk utred.
Samarbeid	Flere langtidsinst. samarbeider med pårørende, arbeidssted, utdanning, trygd, politi, fastlege, psykiatritjeneste, og har planer/ ansvarsgrupper. Færre korttidstilbud/poliklinikker samarbeider med pårørende, fastlege og har planer/grupper	Færre samarbeider med sosial og annen rus. Flere samarbeider med alle øvrige, inkludert flere med ansvarsgrupper og langt flere med individuell plan (48 % mot 34 %)

Det er noen påfallende forskjeller mellom pasientene i Helse Midt-Norge RHF og pasientene i landet for øvrig, i forhold til utviklingen fra 2003 til 2006:

- Den totale pasientgruppen i Helse Midt-Norge RHF består av en større andel kvinner og er blitt mindre marginal enn i landet for øvrig. Det kan vitne om en mer offensiv strategi for å nå hele bredden av rusmiddelproblematikk.
- Det har skjedd en betydelig økt bevissthet og kunnskap om pasientenes psykiske problemer, både absolutt og i forhold til landet ellers. Fra å være blant de mest «uvitende» om pasientenes psykiske problemer, er en nå blant de best informerte.
- Informasjonen om hvor lenge de pasientene som var inne i langtids døgntil behandling på undersøkelsestidspunktet, hadde ventet på inntak, viser noe lengre ventetid for Helse Midt-Norge RHF – pasientene enn for pasientene i landet for øvrig. Tall fra Norsk Pasientregister viser imidlertid at Helse Midt-Norge RHF nå har de absolutt korteste ventetidene i landet, for pasienter tatt inn i 2.tertial 2006. Mye tyder derfor på at den økte kapasiteten i Helse Midt-Norge RHF nå viser igjen i landets korteste ventetider. Det er verdt å merke seg at dette skjer i den regionen som gir den absolutt høyeste andelen henviste pasienter rett til nødvendig helsehjelp (97 % i Helse Midt-Norge RHF mot 76 % på landsbasis).

- Det er en klar bedring i hvor mange av pasientene som får dekket sine ulike hjelpebehov i 2006 i forhold til 2003. Det er imidlertid flere med udekkede behov i forhold til utdanning, arbeid og aktivisering, samtidig med at flere oppgis å ha behov for å dekke slike behov. Dette kan tyde på en mer aktiv holdning til å arbeide med slike behov i Helse Midt-Norge RHF enn i landet for øvrig.
- Den siste markerte forskjellen mellom Helse Midt-Norge RHF og resten av landet, gjelder samarbeid og samarbeidsvirkemidler som ansvarsgrupper og individuell plan. Allerede i 2003 var det flere av pasientene i langtids døgntiltak i Helse Midt-Norge RHF som hadde ansvarsgrupper og individuelle planer, men i 2006 er forskjellene blitt enda større og gjelder for alle typer tiltak. Det samarbeides også med psykiatrien om flere pasienter i Helse Midt-Norge RHF enn i landet for øvrig.

4.3 Endringer i kommunene

Økonomiutvikling:

KOSTRA er et nasjonalt økonomi-rapporteringsystem for kommunene. I tabellen nedenfor gjengir vi tall fra KOSTRA for hvilke endringer det har skjedd i netto driftsutgifter til kommunale rustiltak i perioden 2003 til 2005, når vi justerer for det fratrukket som kommunene fikk i sine rammeoverføringer i forbindelse med rusreformen. Vi har valgt å ta ut en kommune, Ålesund, fra materialet, fordi KOSTRA viser en ekstrem utvikling i denne kommunen. I følge KOSTRA har netto driftsutgifter til rustiltak i Ålesund blitt redusert med over 4,2 mill. kroner. På spørsmål til kommunen opplyses det at dette skyldes at utgifter knyttet til boliger til rusmiddelmissbrukere er flyttet fra sosialbudsjettet til pleie- og omsorgsbudsjettet, og at det derfor ikke er et uttrykk for noen reell nedgang i ressursbruken. Vi har derfor valgt å holde Ålesund utenom tabellen.

Tabell 4.2 Endring i netto driftsutgifter i 2005 sammenlignet med netto driftsutgifter i 2003, justert for uttrekket i 2004.

Antall innbyggere	Økning i gjennomsn. 1000 Kr Midt-Norge	Økning i gjennomsn. 1000 Kr Landet	Standard-avvik 1000 Kr Midt-Norge	Standard-avvik 1000 Kr Landet
Opp til 4000	2	-33	4	181
5000 – 10 000	-15	33	191	605
10 000 - 20 000	-35	53	508	648
20 000 og over	1052	1078	1754	2446
Total	28	127	405	984

Tabellen viser at kommunene med mellom fem og tjue tusen innbyggere i helseregion Midt-Norge, har hatt en gjennomgående dårligere utvikling i sine rustjenester enn kommunene i landet ellers. For de minste kommunene er utviklingen noe bedre og for kommunene med over 20.000 innbyggere er utviklingen nokså den samme som for landet ellers.

Svarene i den landsdekkende spørreskjemaundersøkelsen til sosialtjenestene i kommunene, gir ikke et like negativt bilde. Her er det flere av sosialtjenestene i midt-Norge som melder om en uendret total ressursituasjon enn i landet ellers:

Tabell 4.3. Er det betydelige endringer i de økonomiske midler sosialtjenesten har til rådighet for tiltak til rusmiddelmisbrukere i 2005 sammenlignet med situasjonen i 2002. Prosent

	Kommuner i Midt-Norge	Kommuner i landet totalt
Betydelig mindre midler til rådighet	13	25
Ingen betydelig endring	84	64
Betydelig mer midler til rådighet	3	11
I alt	100%	100%

Svarene fra sosialtjenestene i midt-Norge tyder på at de fleste av disse ikke ser på de endringene vi kunne lese ut av KOSTRA som betydelige endringer. Men det er altså også langt færre kommuner i denne regionen som opplever at de har betydelig mer midler til rådighet enn i landet totalt.

Bildet blir noe annerledes når vi ser på utviklingen i forhold til personell til rådighet for rustiltak og på endringer i forhold til botiltak og andre konkrete kommunale tiltak:

Tabell 4.4. Endringer i budsjett for personell i sosialtjenesten og enkelte tiltak rettet mot rusmiddelmisbrukere. Prosent

	Personellutgifter i sosialtjenesten	Permanente botiltak	Andre botiltak	Kommunale tiltak/prosjekt ellers	Kjøp av omsorgsplasser i private instit.
	Midt – Landet	Midt – Landet	Midt – Landet	Midt – Landet	Midt – Landet
	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Mindre budsjett i 2005	3 – 7	3 – 3	0 – 4	0 – 7	29 – 34
Ingen endring	71 – 72	95 – 85	89 – 80	71 – 62	58 – 59
Større budsjett i 2005	26 – 22	3 – 12	11 – 16	29 – 31	13 – 7
I alt	100 – 100	100 – 100	100 – 100	100 – 100	100 – 100

Vi ser at når det gjelder personell, andre kommunale tiltak enn botiltak og kjøp av private omsorgsplasser, er utviklingen i kommunene i helseregion Midt-Norge, noe bedre enn i landet for øvrig. Noen færre kommuner melder om reduserte budsjetter og noen flere om større budsjetter. Når det gjelder botiltak for rusmiddelmisbrukere, synes det å ha skjedd lite i flere kommuner i helseregion Midt-Norge enn i landet ellers.

Henvisninger:

I undersøkelsen ble sosialtjenestene spurt om hvilken utvikling det har vært i forhold til antall henvisninger av rusmiddelmissbrukere til spesialisthelsetjenesten. Kommunene i helseregion Midt-Norge skiller seg her lite fra landet totalt. 20 prosent mener det har skjedd en reduksjon i antall henvisninger, noe under halvparten mener det ikke har skjedd noen endring, mens 30 prosent mener det har skjedd en økning. I den nasjonale evalueringen viser vi at nesten hele økningen i antallet henvisninger fra før rusreformen til 2006, skyldes et større antall henvisninger fra lege og fra andre deler av spesialisthelsetjenesten.

I forhold til den tiden sosialtjenesten bruker på henvisninger, skiller imidlertid kommunene i helseregion Midt-Norge seg noe ut fra landet ellers. Det er flere kommuner i helseregion Midt-Norge som melder at de bruker mindre tid, og færre som sier at de bruker mer tid på henvisninger enn i forhold til kommunene i landet ellers. Det samme bildet får vi i forhold til spørsmålet om endring i sosialtjenestens ansvar. Det er flere kommuner i helseregion Midt-Norge som svarer at de har fått et mindre ansvar og færre som sier de har fått et større ansvar enn i landet for øvrig. På den annen side er det flere av kommunene i helseregion Midt-Norge som, sammenlignet med landet ellers, sier at de nå har bedre kunnskap om og innsikt i enkeltsaker enn før reformen.

Samhandling:

På spørsmål om samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, får vi følgende svar fra kommunene i helseregion Midt-Norge, sammenlignet med kommunene i landet ellers:

Tabell 4.5. Vurdering av samhandlingen med rustiltakene i spesialisttjenesten.

	Samhandling i forbindelse med henvisning	Samhandling under institusjonsoppholdet	Samhandling under oppfølging etter oppholdet
	Midt – Landet Prosent	Midt – Landet Prosent	Midt – Landet Prosent
Dårligere etter reformen	18 – 20	18 – 13	16 – 13
Ingen endring	34 – 49	50 – 70	49 – 69
Bedre etter reformen	47 - 32	32 - 17	35 – 17
I alt	100 - 100	100 - 100	100 - 100

Vi ser at er en større spredning i erfaringer med samhandling med rustiltakene etter reformen. Det er noen flere kommuner i helseregion Midt-Norge som, sammenlignet med kommunene i landet ellers, svarer at samhandlingen er blitt dårligere. På den annen side er det langt flere som svarer at samhandlingen er blitt bedre.

Valg av behandlingssted:

På spørsmål om brukerne har fått bedre mulighet til å velge hvilken behandlingstjenestestasjon de ønsker seg til etter reformen, er det flere av kommunene i helseregion Midt-Norge som, sammenlignet med kommunene i landet ellers, svarer at valgmulighetene er blitt dårligere etter reformen. Dette kan være et utslag av at

kapasiteten i egne tiltak er blitt bedre og at det derfor er mindre aktuelt med behandling utenfor regionen, for en større andel av pasientene.

Tiltak i ventetiden:

Vi spurte også sosialtjenestene i kommunene om de setter inn ulike kommunale og ikke-kommunale tiltak i tiden fra henvisning til inntak i behandling. Sammenlignet med kommunene ellers i landet, svarer en klart mindre andel av kommunene i helseregion Midt-Norge at dette blir gjort.

Tjenestedekning:

På spørsmål om hvordan sosialtjenestene vurderer endringer i dekingen av kommunale tjenester og spesialisttjenestetiltak for rusmiddelmissbrukere etter reformen, er det klart færre kommuner i helseregion Midt-Norge som, sammenlignet med kommunene i landet ellers, mener dekingen av kommunale tjenester er blitt bedre, og klart flere som mener at dekingen av spesialisthelsetjenester er blitt bedre. For rusmiddelmissbrukere med omfattende psykiske problem, er bildet noe annerledes. Her er det lite forskjell mellom kommunene i helseregion Midt-Norge og landet ellers når det gjelder kommunale tiltak: En fjerdedel mener det kommunale tilbudet er blitt bedre og nesten ingen (3 %) mener det er blitt dårligere. Det er noe forskjell når det gjelder vurderingene av dekingen av spesialisthelsetjenester for denne gruppen. Det er noe under 20 prosent som mener dekingen er blitt bedre både blant kommunene i helseregion Midt-Norge og i landet ellers, mens 13 prosent av kommunene i helseregion Midt-Norge mener det er blitt dårligere, mot 18 prosent av kommunene i landet ellers.

Informasjon om legenes henvisninger:

Det er svært mange av sosialtjenestene i kommunene, både i helseregion Midt-Norge og i landet ellers, som svarer at de har liten oversikt over henvisninger fra leger (Midt-Norge – 58 %, mot 51 % for landet) og at de får lite informasjon om behov for oppfølging av pasienter henvist fra lege (Midt-Norge – 55 %, mot 47 % for landet).

Rettigheter og planer:

Vi får også stort sett de samme svarfordelingene fra kommunene i helseregion Midt-Norge som fra kommunene i landet ellers, på spørsmål om i hvilken grad brukerne etterspør informasjon om pasientrettigheter (80 prosent av svarene er «etterspør i liten grad»).

På spørsmål om sosialtjenesten tar initiativ til å opprette individuell plan finner vi heller ingen forskjeller mellom kommunene i helseregion Midt-Norge og i landet ellers. Nesten 50 prosent av kommunene svarer at de i stor grad tar slike initiativ.

Vurdering av «sørge-for-ansvaret»:

Men den aller viktigste forskjellen mellom kommunene i helseregion Midt-Norge og kommunene ellers i landet, finner vi i forhold til det avsluttende spørsmålet om »sosialtjenesten ut fra en samlet vurdering, synes at det regionale helseforetaket ivaretar «sørge-for-ansvaret» for rusmiddelmissbrukere. Svarfordelingen for alle regionene er presentert i tabellen nedenfor:

Tabell 4.6. Kommunenes vurdering av hvordan det regionale helseforetaket ivaretar sitt «sørge-for-ansvar» overfor rusmiddelmissbrukere, sammenlignet med kommunene og fylkeskommunene før reformen. Prosent.

	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord	Total
Bedre	22	27	22	39	18	25
Ingen endring	44	49	56	39	53	48
Dårligere	35	24	22	23	29	27
Total	100	100	100	100	100	100

Som vi ser, utmerker helseregion Midt-Norge seg med at det er langt flere kommuner i denne regionen enn i alle de andre regionene som vurderer at helseforetaket ivaretar sitt «sørge-for-ansvar» bedre enn det kommunene og fylkeskommunene gjorde før rusreformen. På den annen side er det også i helseregion Midt-Norge nesten en fjerdedel av kommunene som mener at ansvaret ivaretas på en dårligere måte.

4.4 Situasjonen i kommunene i helseregion Midt-Norge

Utviklingen i ressursituasjonen i kommunene i helseregion Midt-Norge er relativt lik den vi finner i resten av landet. Det er noen flere av de mellomstore kommunene (5. - 20.000 innbyggere) som har hatt en nedgang i netto driftsutgifter til rustiltak etter reformen. De største forskjellene synes å være at kommunene i Midt-Norge i mindre grad har utviklet ulike typer botiltak for rusmiddelmissbrukere, at det er færre som setter i verk ulike tiltak overfor pasienter som venter på å komme inn i behandling og at det er flere av sosialtjenestene som opplever å være dårlig informert om pasienter som henvises fra lege i samme kommune.

Men det er også noen positive trekk ved utviklingen i kommunene i Midt-Norge. Det er riktignok større forskjeller kommunene i mellom i Midt-Norge, i forhold til hvordan de vurderer samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. I forhold til kommunene i landet ellers, er det imidlertid flere som vurderer samarbeidet til å ha utviklet seg i positiv retning. Et negativt trekk i dette bildet er at kommunene i Midt-Norge opplever å ha fått redusert sine muligheter til å velge behandlingsinstitusjon for sine klienter. Dette er nok en følge av at behandlingsskapiteten i RHFets egne tiltak er blitt bedre og at kommunene dermed ikke lenger har et stort antall "gjeste-institusjoner" utenfor regionen, å velge i.

Den mest positive responsen fra kommunene, får rusbehandlingen i Midt-Norge på spørsmål om ivaretagelsen av "sørge for" ansvaret. Langt flere (39 prosent mot 25 prosent for landet ellers) opplever at Helse Midt-Norge ivaretar sitt "sørge for" ansvar bedre enn det fylkeskommunene og kommunene gjorde før reformen.

5 Veier inn i rusavhengighet og behandling

5.1 Tre pasienthistorier

Historiene som følger nedenfor, viser hvor variert veien inn i misbruk og rusmiddelavhengighet kan være. Vi får en historie om eksperimenteringen med hasj og så amfetamin. Ungdomstiden går med økende rusing og sterk ambivalens til ønsket om endring og det å motta hjelp. Poliklinisk tilbud gir en viss kontakt med hjelpeapparatet og etter hvert som problembelastningen øker og ønsket om endring modnes fram, er hjelpeapparatet i stand til å tilby den rette hjelpen. Men for en annen varte misbruket mye lenger før noe konstruktivt begynte å skje. Kombinasjonen av å selv ikke se mulighetene for endring og et hjelpeapparat som ser ut til å ha nøydt seg med et minimumstilbud, har ført til at LAR er blitt den eneste mulighet. Vi får også en historie om hvordan er krise etter et dramatisk samlivsbrudd som sammen med oppvekstens belastninger, skaper det psykiske sammenbrudd og den påfølgende misbruksutvikling.

Historiene bygger på intervjuer med tre aktuelle pasientene og deres primærbehandlere ved de tiltakene de var innlagt på intervjudtidspunktet.

5.1.1 Dobbeltdiagnosens avmektighet

Dette dreier seg om en kvinne i 40-årene som har vokst opp med rusmiddelmisbruk i egen familie. Broren er opiatavhengig.

Etter å ha vært gift noen år og fått barn, opplevde hun for to år siden et dramatisk samlivsbrudd. Hun ble alvorlig psykisk syk med psykose og selvmordsforsøk. Via fastlegen ble hun innlagt akutt i psykiatrisk sykehus. Under sykehusoppholdet ble hun fysisk skjermet og kraftig medisinert. Noe av denne medisineringsen opplever hun selv som en oppstart på senere rusmiddelbruk.

Etter vel tre måneder ble hun overført til DPS. Hun hadde store problemer med angst og depresjon. Her fikk hun tilbud om en leilighet i tilknytning til senteret, polikliniske samtaler og et dagtilbud. Dette tilbudet opplevde hun som godt og nyttig. Samtidig begynte hun å bruke ulike rusmidler som alkohol og hasj/amfetamin, som hun fikk tilgang til fra broren. Rusmiddelbruken økte raskt i omfang. Ved DPSet fikk de ikke kjennskap til dette, men ved en urinprøve ble bruken avdekket. Det var mange pasienter ved DPSet som brukte både alkohol, medikamenter og illegale rusmidler. Det var imidlertid ingen spesifikke tilbud eller kompetanse rettet mot denne siden ved pasientenes problematikk. Rusmiddelbruken blant pasientene ble dermed primært oppfattet som et atferdsproblem, som en hadde store vanskeligheter med å håndtere. Slik kvinnen opplevde det, var testing og ikke gjennomførte trusler om utskriving, de eneste virkemidlene DPSet hadde til disposisjon. I

individual- og gruppesamtaler ble rusmiddelbruken sjelden eller aldri tatt opp som en del av hennes problematikk.

Etter en tid ble rusmiddelbruken svært omfattende og ga også store somatiske helseproblemer. Hun ble innlagt i somatisk sykehus og deretter søkt inn til avrusning ved nærmeste rusinstitusjon. Etter tre ukers avrusningsopphold fortsatte hun med tilbudet ved DPSet, samtidig med at hun skulle vente på et rus-klinikktilbud (stipulert ventetid 5-6 måneder). Hun opplever at også det videre tilbudet ved DPSet fortsatt var nyttig og nødvendig, men samtidig fortsatte rusmiddelbruken som før. Da det begynte å nærme seg tiden for inntak i rus-klinikken, ble det avholdt flere møter mellom DPSet, rusklinikken og henne selv, der det også ble diskutert om det burde etableres en individuell plan.

Noe før forventet kom hun så inn til nytt avrusningsopphold og deretter klinikktilbud ved rusinstitusjonen. Også dette opplever hun som svært nyttig. Etter endt klinikktilbud ble hennes helse- og livssituasjon vurdert å fortsatt være så dårlig at man ønsket å gi en ny ”runde” med tilbud i klinikken.

Under dette oppholdet ble det tatt initiativ til et møte med DPSet om framtidig tilbud. Selv hadde hun en forståelse av at tilbudet ved rusinstitusjonen skulle komme i tillegg til fortsatt tilbud fra DPSet, men på møtet ble hun fortalt at DPSet hadde skrevet henne ut fra sitt tilbud. De kunne ikke se hva mer de kunne ha å tilby og mente det nå primært var rusfeltet som var det rette tilbudet. Etter kort tid tok behandler ved rusinstitusjonen ny kontakt med DPSet og de er nå inne i samtaler om hvordan en kan sy sammen et tilfredsstillende tilbud med innsatser fra både rus og psykiatri. Raskt etter samlivsbruddet hadde hun meldt flytting fra omlandskommunen hun hadde bodd i og til nærmeste bykommune. En fant det nå også viktig å involvere hennes nye hjemkommune mer i samarbeidet.

5.1.2 Heroinmisbrukeren

Dette er en mann i 40-årenes som begynte å røyke hasj alt tidlig i tenårene og etter hvert også å bruke amfetamin.

Samtidig fullførte han både skolegang og tok fagbrev innen byggfag. Han ble også gift og fikk barn. Han arbeidet hardt for å forsørge familien og finansiere sin stadig mer omfattende rusmiddelbruk. I travle tider i byggebransjen opplevde han at konsekvensene av mye arbeid og økende rusmiddelbruk forsterket hverandre. I to perioder med dårlige tider i byggebransjen, mistet han arbeidet. I disse periodene fikk rusmiddelbruken store sosiale og økonomiske konsekvenser for både han selv og familiens livssituasjon.

I den siste av disse periodene flyttet han fra familien. Han opplevde at det var eneste redning for konen og barnet. Han tok da for første gang kontakt med sosialkontoret og ut fra situasjonen med bosteds- og arbeidsløshet, fikk han økonomisk sosialhjelp. Han var selv ikke villig til og ble heller ikke spurt om å ta opp andre sider ved sin livssituasjon med sosialtjenesten. Det ble igjen

oppgang i byggebransjen og kom igjen inn i en sirkel med mye jobbing og omfattende rusmiddelbruk. Han arbeidet i lite stabile firmaer med flere ansatte med rusmiddelproblemer, og etter en periode med konkurser i firma han arbeidet for, og stor ustabilitet i eget arbeid, var han kommet til et punkt der han ikke kunne klare et slikt kjøp lenger.

Hans sosiale omgangskrets var nå helt dominert av personer med alvorlige rusmiddelproblemer og tilgang på alle typer stoffer. Første gang han prøvde heroin opplevde han at nå var det dette stoffet han trengte, og fra da av var han over i en omfattende opiatavhengighet. Han prøvde å spe på med medisiner fra leger og penger fra sosialkontor, men det ga bare noen få dagers «fri» i en tilværelse som mer og mer var preget av kjøp, salg og bruk av heroin. Han fikk etter hvert noe mer kontakt med en del av sosialtjenesten som arbeidet med rusmiddelmisbrukere, men uten at de kom i posisjon til hverandre, i forhold til å tilby mer hjelp. For ca. fem år siden ble han henvist til en rusklinikk via et kort avrusningsopphold. Han opplevde en svært dårlig dialog med ansatte på denne klinikken og etter tre dager skrev han seg ut.

Han var nå inne i en periode med svært omfattende heroinbruk, bare avbrutt av en lang rekke korte og noe lengre fengselsopphold, med noe mindre rusing. Han opplevde etter hvert også en serie av overdosesituasjoner, og en stadig dårligere somatisk og psykisk helse. Til slutt kom både han selv og sosialtjenesten til at han måtte søkes inn i LAR, selv om han ikke hadde gjennomført noen andre forsøk på behandling for sin rusmiddelavhengighet. Selv ønsket han å komme over på Subutex, både fordi han mener dette er mindre skadelig enn metadon og fordi han da kunne opprettholde en drøm om på et eller annet tidspunkt å komme ut av rusmiddelavhengigheten. Men fra LAR-senteret har de insistert på at metadon er eneste alternativ. Han ser ingen annen mulighet enn å akseptere dette.

Nå er han inne til avgiftning ved en rusinstitusjon og der opplever de at han har vist en enorm vilje til å komme seg igjennom et svært krevende opphold. Selv motiveres han sterkt av muligheten til å få mer kontakt med eget barn, og kanskje også ha mulighet til å bruke fagbrev og lang arbeidserfaring til å komme tilbake i noe arbeid. Han opplever at det nå legges ned et stort arbeid fra alle hold for å sy i sammen det tilbudet han vil komme til å trenge.

5.1.3 Av-og-på (u)avhengighet

Dette er en mann i slutten av 20-årene som begynte med hasj og etter hvert amfetamin fra midten av tenårene.

Han har ikke fullført videregående skole men har hatt ulike jobber helt fram til nå. De senere årene har han arbeidet i SFO og i spesialgruppetilbud i en videregående skole. Han er fortsatt ansatt ved skolen med mulighet til å komme tilbake i jobb etter fullført behandlingstilbud.

Han har bodd hjemme hos foreldrene hele tiden. Han har aldri følt seg avvist av foreldrene og særlig mor har nesten uten grenser, gitt han sin støtte og omsorg.

For fem år siden fikk han, via lege, den første kontakten med det psykiatrisk ungdomsteamet i hjembyen (nå organisert som rusteam ved DPS). Den første behandleren fikk han aldri noen nyttig relasjon til. Han opplevde tilbudet som for vagt og lite omfattende, samtidig som han ikke helt kan se hvordan det tilbudet skulle være, som skulle kunne endret på noe i denne fasen. Han gikk så inn i en periode uten særlig kontakt med noen del av hjelpeapparatet. I denne fasen tok han seg godt betalt, men krevende arbeid, samtidig som amfetaminbruken økte kraftig.

Til slutt kollapset han fysisk og psykisk og ble innlagt til avgiftning i en rusinstitusjon. Siden dette var midt på sommeren med mindre pågang, fikk han bli ganske lenge. Selv hadde ingen tanker om noen radikal endring. Han trengte en pause men var klar for ny rusing i det øyeblikket han ble utskrevet. Han fikk ny kontakt med rusteamet under dette oppholdet. Denne nye kontakten ble mer omfattende og pågående fra behandlerens side. Han selv opplevde nå også behandlingsrelasjonen som mer nyttig. Etter hvert endret hans innstilling seg, godt støttet av familie og en arbeidsgiver som både stilte krav og ga støtte. Han forsto mer og mer at han var i ferd med å komme til et avgjørende punkt; enten måtte han begynne på en reell endringsprosess eller så ville støtten stoppe og rusmiddelproblemene gå over i en ny og enda mer alvorlig fase.

Han ble på ny innlagt til avgiftning og denne gang med planer om videre tilbud ved en langtids rusbehandlingsinstitusjon. Han fikk beskjed om at det ville kunne gå et halvt år fra avgiftningsoppholdet til innleggelse i institusjonen. Selv tenkte han at det var det samme hvor lang tid det gikk, så lenge han ikke kunne gå direkte fra avgiftning til behandling. Egentlig tenkte han det var greit med en vår og sommer å gjøre seg skikkelig ferdig med sitt rusliv. Han ble derfor nesten skuffet når tilbudet ble tilgjengelig allerede tidlig på våren, men det var tydelig at alle rundt han opplevde dette som svært gledelig. Begynnelsen på oppholdet i institusjonen var derfor nokså lunkent fra hans egen side, og han var flere ganger i ferd med å avbryte. Men etter hvert har dynamikken mellom kvaliteten på tilbudet, bedre relasjoner til familie og andre hjelpeinstanser, og til arbeidsgiver, styrket hans egen motivasjon og innsats for endring. Både han selv og hans hovedbehandler opplever at han nå er inne i en god, men svært krevende endringsprosess.

5.2 Hovedinntrykk fra intervjuene med misbrukerne

Men selv om historiene om veier inn i misbruk og avhengighet nok kan variere, er det fellestrekk ved historiene om veier inn i behandling og behandlingsforløp. Alle historiene viser hvordan motivasjon og mulighet for endring som oftest er lange prosesser der hjelpetiltak som i øyeblikket kan vurderes som mislykkede, i ettertid kan

vrurderes som viktige bidrag i prosessen. Historiene har et sterkt preg av at livssituasjonen oppleves som dramatisk når det først er blitt aktuelt med et behandlingstilbud. Ideelt skulle en ønske at tilbudene ble gitt som øyeblikkelig hjelp, men en innser at det er en umulighet.

Fokus flyttes da over på å definere en start for behandlingen, og når behandlingen først har startet er brudd i tilbudene svært problematiske å håndtere. For eksempel fører et tilbud om avrusning nesten alltid til ny rusing, om ikke videre behandlingstilbud ytes umiddelbart etterpå. Det legges mindre vekt på hvor lenge en må vente på oppstarten av behandlingen, bare tilbudet henger sammen når det først har startet og en blir møtt med den respekt og forståelse som kreves for å kunne få til avgjørende endringer i livet.

Historiene handler om ulike kombinasjoner av rus- og psykiatrisk problematikk. Brukerne har ulike erfaringer med psykiatrien, og med samarbeidet fra behandlingsskjeden mellom rus og psykiatri. En av historiene viser at det er en positiv endring i samarbeidet mellom rustiltak og psykiatritiltak. Mens utgangspunktet var at psykiatritiltaket ønsket å skrive pasienten ut av sitt system ved henvisningen til rustiltaket, er en nå i ferd med å finne fram til en bedre arbeidsfordeling slik at pasienten kan få tilstrekkelig hjelp for både sine psykiske problemer og sine rusproblemer. En annen historie viser at det fremdeles kan være en lang vei å gå. Pasienten blir medisineret for sine psykiske lidelser og rusproblematikken vurderes som et atferdsproblem som en ikke kan håndtere.

6 Det lokale tiltaksapparatet

Som en del av evalueringen har vi gjennomført intervjuer med 3 representanter for helse- og sosialtjenestene i to kommuner og to representanter fra NAV, en fra et NAV-trygd kontor og en fra et NAV-arbeid kontor.^{iv} Antall informanter er lite og svarene deres må vurderes opp mot andre data vi har samlet inn om situasjonen i kommunene, slik dette er presentert i kapittel 4.3.

6.1 Temaområder for intervjuene

Kommunenes og NAVs erfaringer med rusbehandlingstilbudet etter rusreformen er et viktig grunnlag for å vurdere hvilke funksjonelle konsekvenser den valgte organisasjonsmodellen i Helse Midt-Norge har hatt. Her ønsket vi å rette oppmerksomheten mot de mest sentrale emner og temaer som opptar det lokale tiltaksapparatet i forbindelse med dets arbeid med rusbehandling, og som kan være konsekvenser av rusbehandling organisert som et eget helseforetak, herunder:

1. Ressurssituasjonen i kommuner og NAV
2. Endringer i kompetanse og holdninger til rusmiddelmisbrukere som klientgruppe
3. Pasientrettigheter
4. Henvisning og pasientflyt av rusmisbrukere, vurdering av saker, utredning, behandling – kapasitet og ventetider
5. Informasjon og samhandling med spesialisthelsetjenesten

Det skal gis tverrfaglige tjenester både på kommunalt nivå og innenfor Rusforetaket. Hovedmålsettingen er altså å sikre et godt og effektivt samarbeid mellom kommunene og Rusforetaket slik at rusmiddelmisbrukere får et best mulig tilbud tilpasset sin situasjon. I intervjuene med de lokale aktørene er det spurt om hvilke erfaringer informantene har gjort seg i samarbeidet om enkeltklienter og i samarbeidet med behandlingstiltak og spesialisthelsetjenesten på et mer overordnet organisatorisk nivå.

Informasjonen fra intervjuene presenteres i forhold til hvert av de temaområdene som ble berørt i intervjuene, før det gis en samlet vurdering av det som kom frem i intervjuene. Dette blir holdt opp mot data vi ellers har om situasjonen i kommunene og samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

^{iv} Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) består av den (nye) statlige Arbeids- og velferdsetaten (tidligere Aetat og trygdeetaten) og sosialtjenesten i kommunene.

6.2 Ressurssituasjonen i kommuner og NAV

I forhold til kommunenes egne budsjetter knyttet til tjenester til rusmiddelbrukere, mener våre informanter at det er få eller ingen betydelige endringer etter rusreformen, men at pengene i større grad blir rettet mot lokale sosiale tiltak, tiltak i kommunalt psykisk helsevern og til oppfølging av pasienter etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder i hvilken grad det har blitt kjøpt opphold eller plasser fra private institusjoner som ikke har avtale med Rusforetaket, mente informantene at heller ikke det har endret seg, verken i forhold til de som hadde avtale med fylkeskommunene før reformen, eller de som ikke hadde det.

6.3 Endringer i kompetanse og holdninger til rusmiddelmisbrukere som klientgruppe

Et av målene med rusreformen er at kompetansen innen rusfeltet skal heves. Informantene var positive til hvilke kompetansehevende tiltak som er satt i verk i egne virksomheter. Det var gjennomført en rekke kurs og gitt tilbud om videreutdanning både i kommunene og i NAV. Det er også gjennomført kompetansehevingstiltak i regi av det regionale kompetansesenteret på rusfeltet.

Fastlegereformen, sykehusreformen, rusreformen, NAV-reformen og store endringer i den kommunale helse- og sosialtjenesten, har endret store deler av behandlings- og rehabiliteringssystemet for alle pasientgrupper, og ikke minst for rusmiddelmisbrukere. Det er brukt mye ressurser på å gjøre de ansatte bedre kjent med det behandlings- og rehabiliteringssystemet som er etablert etter alle disse endringene.

Den økte kompetansen har gjort det lettere å tilby den rette behandlingen til ulike pasient/klientgrupper i kommunene og i NAV. To gode eksempler er pasienter med både rus og psykiatrisk problematikk, og rusmiddelmisbrukere med somatiske pleiebehov. Før var det mye kamp om å skyve fra seg denne gruppen ved å henvise til at det var «de andre» tilbudenes problemområde som var det primære. I dag er det en annen holdning til rusmiddelmisbrukere både i den kommunale psykiatrien og i pleie- og omsorgstjenestene. Hjulpet av interne omorganiseringer og mer oppmerksomhet rettet mot tverretattlig samarbeid og teamarbeid, er grunnlaget også lagt for å få til gode lokale samarbeidsløsninger om disse pasientgruppene.

Det er langt mer varierte erfaringer i forhold til samarbeidet med fastlegene. Mange fastleger utfører sitt arbeid og henviser pasienter, uten for eksempel å informere om hvilke oppfølgingsbehov pasientene vil ha etter eller parallelt med tilbud i spesialisthelsetjenesten. Mange leger tenker for tradisjonelt om samarbeid og arbeider og henviser rusmiddelmisbrukere etter samme praksis som for pasienter med avgrensede somatiske lidelser. Men informantene melder også om en holdningsendring blant mange fastleger. Særlig synes det som om yngre leger både har en annen holdning til og interesse for rusmiddelmisbrukere som pasientgruppe.

Rusreformen og den oppmerksomhet som er skapt av systemet og lovgrunnlaget for den nye regionale rusbehandlingen, har utvilsomt bidratt til denne holdnings- og atferdsendringen i det lokale hjelpeapparatet. Men ut over dette mener våre informanter at det primært er de lokale initiativene og strategiene som har ført til en bedre lokalt hjelpeapparat for rusmiddelmissbrukere. Men det understrekes at det fremdeles er lang vei å gå før standarden på det lokale hjelpetilbudet til rusmiddelmissbrukere er på samme nivå som for andre klient- og pasientgrupper.

6.4 Pasientrettigheter

Både ansatte i det lokale hjelpeapparatet og klientene/pasientene synes å være godt informert om de nye pasientrettighetene som rusmiddelmissbrukere fikk i forbindelse med rusreformen. Informantene opplever at rusmiddelmissbrukere også etterspør mer informasjon om sine rettigheter. Det lokale hjelpeapparatet og pasientene er også blitt mer opptatt av og positive til bruk av «Individuell Plan» som et nyttig redskap overfor pasienter/klienter med omfattende og sammensatte hjelpebehov.

Men på samme tid som en er oppmerksom på og positive til de nye rettighetene, ser en også svakheter med det nye systemet som er etablert. Systemet med henvisninger og vurdering før inntak i behandling, oppleves som en langdryg og komplisert prosess. Det er vanskelig å opprettholde motivasjonen hos pasientene gjennom hele denne prosessen. En opplever også ofte vurderingene som for dårlige og for ensidig rettet mot å definere en frist og et behandlingsnivå, i stedet for en reell vurdering av hvilke tilbud som er det rette for pasienten. På den annen side er dette et mer forutsigbart system enn det en hadde før reformen. Det er også lettere å se hele det tilgjengelige behandlingsapparatet, sammenlignet med situasjonen før reformen da en var nokså ensidig orientert mot de tiltakene en hadde erfaring med fra tidligere.

Et klart negativt trekk ved praktiseringen av det nye systemet, er den begrensningen som nå er lagt på mulighetene for å velge institusjon. I Midt-Norge var en, på grunn av det dårlige tilbudet i regionen, vant med å bruke et stort antall gjesteinstitusjoner utenom egen region. I takt med utviklingen av tilbudet i regionen, opplever en at det legges sterkere begrensninger på valg av institusjon. Det vil si at forutsetningen for å få et tilbud innen oppsatt frist, er at en velger en av regionens egne tiltak. Informantene opplever at pasienter i mange tilfeller velger bort fristen for å få komme til den institusjonen en primært ønsker seg, med de problemer det skaper for å opprettholde kontakten i ventetiden.

6.5 Henvisninger og pasientflyt – kapasitet og ventetider

Det er ulike oppfatninger blant informantene om det har skjedd noe særlig økning i antall henvisninger fra sosialtjenestene, og henvisninger fra fastlegene har våre informanter liten oversikt over. En informant legger da også stor vekt på at det ikke er noe poeng å henvise flere pasienter om pasientene ikke er mer motivert for behandling og oppfølgingstilbudet ikke er tilstrekkelig. En annen informant mener det har blitt

lettere å motivere pasienter til behandling fordi tilbudet i regionen nå fremstår som klart bedre enn før reformen.

Informantene opplever at det stilles strengere krav både til henvisningene og til hvilke planer og muligheter de selv har for å følge opp pasientene under og etter tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Dette har også ført til at de opplever nå å ha bedre kunnskap om den enkelte pasients problemsituasjon.

Samtidig er det et problem med den lange prosessen fra henvisning til inntak. Ofte er både fagperson, pårørende og pasienten selv svært klar for å starte opp behandlingen når man er enige om at henvisning skal sendes. All venting etter dette oppleves som en stor utfordring. Våre informanter har imidlertid ulike oppfatninger av hvordan dette med ventetider egentlig har utviklet seg. En informant er svært opptatt av at ventetidene er blitt lengre og svært vanskelig å håndtere. En annen informant opplever ikke at ventetidene nå er vesentlig lengre enn før reformen og er mer opptatt av manglende tilpasning av behandlingstilbudet til pasientenes behov.

6.6 Informasjon og samhandling med spesialisthelsetjenesten

Våre lokale informanter er mest opptatt av hvilke endringer som har skjedd i deres egne interne virksomheter, også når det gjelder utvikling av samarbeidsforhold. De har vært gjennom store interne endringsprosesser og opplever at dette har skapt grobunn for bedring i samarbeidet.

I forhold til spesialisthelsetjenesten bygger de nesten utelukkende sine erfaringer på samarbeidet om den enkelte pasient. De mener at det ofte bygges gode samarbeidsrelasjoner om pasientene, men disse er i alt for stor grad avhengig av tidligere bekjentskaper og erfaringer med representanter for enkelttiltak.

Informantene mener altså at det finnes altfor lite faste avtaler og rutiner for samarbeid mellom lokale hjelpeinstanser og spesialisthelsetjenesten. De har heller ikke opplevd det regionale rusforetaket eller RHFet som noen aktiv aktør på dette området. For de lokale informantene er det den interne organisasjonen og samarbeidet med enkelttiltak om enkeltpasienter, som har fått all oppmerksomhet. I så måte fremstår den nye samhandlingsavtalen mellom rusforetaket og kommunene som en mulig ny fase i utviklingen av relasjonene mellom spesialisttjenestene og det lokale hjelpeapparatet.

6.7 Hovedsynspunkter fra det lokale tiltaksapparatet

Sett under ett er flere aktører i det lokale tiltaksapparatet overraskende lite orientert om Rusforetakets eksistens, om rusbehandlingens nye agenda, om endringer i ventetider og kapasitet, etc. En del aktører er svært kritiske til hvorvidt nyordningen faktisk representerer en forbedring for den delen av behandlingsapparatet de representerer. Det påpekes også en del flaskehalser i behandlingsskjeden, særlig i forhold til henvisninger og inntaksvurderinger. Et positivt trekk er at holdningen til pasientgruppen under ett synes å ha bedret seg, ikke minst hos legene.

7 Organigrammenes maskerade

7.1 Rusforetakets «ballkort»

I avgrensningen av evalueringen er det som startpunkt brukt tilgjengelig skriftlig dokumentasjon, herunder organisasjonskart, stillingsbeskrivelser, åpne publikasjoner, samt utvalgte møtetreferater. Dette dokumentasjonsgrunnlaget er viktig for å forstå den *struktur* som er bygd opp rundt Rusforetaket, herunder formelle funksjoner og posisjoner, kommunikasjonslinjer og beslutningsorganer. I organisasjonsteoretisk forstand er oppgaven å klargjøre hvilken typologi som best beskriver den valgte modellen. Fra en bestemt typologi er det mulig å utlede de konsekvenser strukturen vil ha, både som ramme for planlagte handlinger men også som arena for ønskede utviklingsprosesser.

Dette kapitlet forsøker på denne bakgrunn å typebestemme Rusforetaket samt å analysere hvilke handlingsvalg som er optimale innen den valgte modellen, men også å klargjøre hvilke begrensninger, flaskehalsar og potensialer modellen innebærer. Drøftingen er gjort i en organisasjonsteoretisk ramme med vekt på at Rusforetaket har en åpen løsning mot sine omgivelser, men at det samtidig er del av den tenkemåten som preger ny-institusjonelle løsninger (jf. New Public Management).

Gjennom lang tid har vi vent oss til å tegne og tolke organisasjonskart, såkalte organigrammer. De er organisasjonenes «ballkort». Disse har en logisk struktur bygd på enkle prinsipper som angir ordre- og kommunikasjonslinjer, stabs- og støttefunksjoner så vel som linjefunksjoner, alt pent pakket inn i et hierarkisk ordnende prinsipp om over- og underordning. Et slikt hjelpemiddel skal sikre oss en oversikt over hvordan stillinger er utformet og gruppert i større enheter, så vel som å vise hvordan aktivitetene våre kan styres og samordnes, og ikke minst hvordan beslutningsmyndigheten fordeles. Det kan altså si oss i hvilken grad organisasjonens beslutninger er sentralisert eller desentralisert.

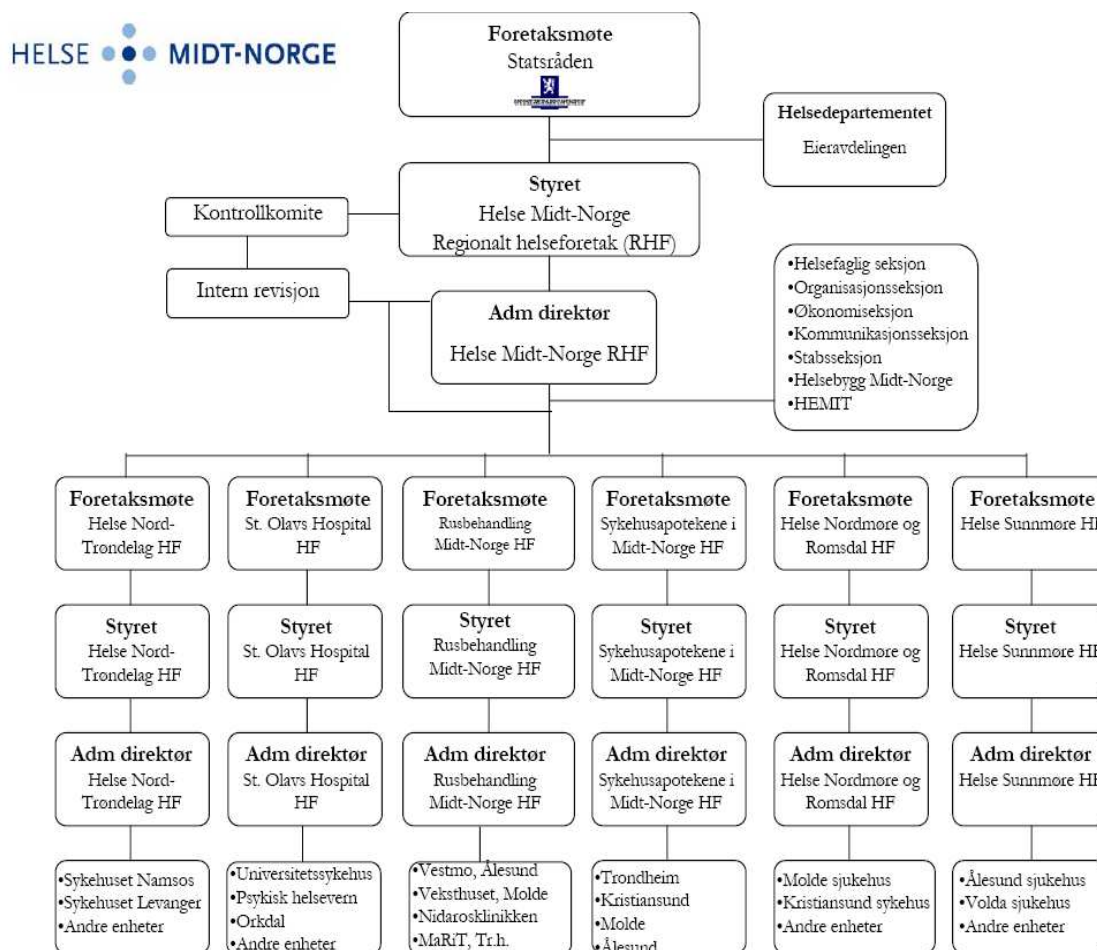
Men organigrammene dekker også over mange viktige organisatoriske aspekter; først og fremst de som er knyttet til organisatoriske prosesser, kultur, makt og uformell samhandling. Det er lite sannsynlig at en bestemt organisasjonsstruktur vil vedvare over lang tid. Snarere er det å forvente at det oppstår stadige tilpasninger og justeringer, samt at det tidvis vil være behov for radikale endringer i strukturen. På bakgrunn av ulike prinsipper for utforming og gruppering av funksjoner får vi vanligvis en organisasjonsform som antas å være tilpasset organisasjonens oppgaver og utfordringer. Hovedhensikten er selvsagt å finne en struktur som både gir høy effektivitet og en god legitimitet. Innen helsefeltet har det utviklet seg en slags standardløsning for hvordan rusfeltet skal organiseres basert på likhet i tjenestetilbud, sammensetningen av brukere eller institusjonelle forventninger fra viktige interessenter.

Rusfeltet i Midt-Norge har brutt med den konvensjonelle modellen for å tilby behandlingstjenester for sine brukergrupper. I stedet for å koble rusbehandlingen som

en slags «attåtnæring» til allerede eksisterende helseinstitusjoner, har man opprettet et eget helseforetak med helhetlig ansvar for tjenestetilbudet. Dette behøver i seg selv ikke bety at man har begått en organisatorisk «genistrek», men det er iallfall forsøkt å utforme en modell som kan oppnå de nasjonale og regionale målsettinger på rusfeltet ved å samordne ressursene etter andre prinsipper enn de som praktiseres i de øvrige regionale helseforetakene i Norge. Vi skal derfor først se litt nærmere på organisasjonskartene for både RMN-RHF og RHF-HF.

7.2 Masterorganigrammet for Helse Midt-Norge

Etter omorganisering i Sør-Trøndelag ble det fra 2004 seks sideordnede foretak i helseforetaksgruppen i HMN-RHF. Endringen i organiseringen av rusbehandlingen fra 2004 fikk dermed et konkret uttrykk i organisasjonskartet hos Helse Midt-Norge RHF. Kartet vises under:



Helse Midt-Norge RHF er i dag inndelt i seks helseforetak, der to (Rusbehandling Midt-Norge HF og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF) er organisert basert på kjernefunksjon (tversgående organisering), mens de øvrige er organisert ut fra geografisk tilhørighet. Alle helseforetakene er selvstendige rettssubjekter. Foruten sykehus og institusjoner innen psykisk helsevern, er det i Midt-Norge opprettet eget helseforetak for sykehusapotekene og altså for rusfeltet. HMN-RHF eier alle disse helseforetakene.

Organisasjonskartet viser et helsekonsern som er oppdelt etter prinsippet om divisjonalisering. Vanligvis vil nok denne formen være typisk for større, eldre og veletablerte organisasjoner med vekt på resultatstyring. Den består av en sentral enhet (hovedkontor = konsernledelse) og flere separate enheter som er rettet inn mot avgrensede brukere eller som representerer spesielle «teknologier», leveringsmåter eller markedssegmenter. Den divisjonaliserte formen koordineres typisk gjennom standardisering av arbeidsresultater, for eksempel av kapasitet og gjennomstrømming av klienter. Mellomledelsen, dvs. lederne av de enkelte divisjonene anses å være den mest sentrale enheten i denne modellen. Hver divisjon har en begrenset, desentralisert handlefrihet som gis støtte fra den sentrale organisasjonen av det vi kan kalle «teknostaben», dvs. slike som har til oppgave å effektivisere den daglige driften og tilpasse organisasjonen til omgivelsenes endrede krav. Dette vil for HMN-RHF være både organisasjons- og økonomiseksjonen. I tillegg vil det også være en «støttestab» som fremmer den operative arbeidsflyten i divisjonene, herunder helsefaglig seksjon og kommunikasjonsseksjonen. Stabene vises øverst til høyre i masterorganigrammet.

Organisasjonskartet viser dessuten en kommandolinje som er standardisert og som løper på samme måte på det overordnede som det underordnede planet. Statsråden har et «foretaksmøte», et «styre» (for hvert av de fem regionale helseforetak i Norge), og en administrerende direktør som leder hver «operative» organisasjon, her HMN-RHF. Det samme mønsteret har det regionale helseforetaket; et foretaksmøte, et styre, en administrerende direktør som samordner alle operative enheter i hver sin divisjon.

Ved første øyekast kan det virke uvanlig at det over «Styret» i hvert av helseforetakene fins en aktør som kalles «Foretaksmøte». Om dette organet formelt skal være overordnet Styret må det altså representere eierne på en slik måte at det kan fatte bindende og gjerne strategiske beslutninger som Styret i neste omgang må håndtere og overføre til operative funksjoner i hvert av helseforetakene.

I Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) om sykehusreformen er følgende anført om *foretaksmøtet* (kap.4.8):

Foretaksmøtet er i følge lovforslaget i høringsnotatet foretakenes øverste organ. I foretaksmøtet i de regionale helseforetakene representerer departementet staten som eier og tar beslutningene. Tilsvarende vil det regionale helseforetaket fatte vedtakene i helseforetakets foretaksmøte. Eierne skal ikke ha noe direkte ansvar for den løpende driften av foretakene. Ansvaret for den løpende driften og kompetansen til å ta beslutninger knyttet til denne ligger hos foretaksledelsen.

De foreslåtte bestemmelsene om foretaksmøtet innebærer derfor at eieren må treffe sine beslutninger i foretakets saker i foretaksmøtet og i de former som gjelder for dette. Eierne kan ikke utøve eierstyring i foretaket på annen måte. I relasjonen mellom departementet som myndighetsorgan og foretakene vil imidlertid departementet kunne utøve styring utenom foretaksmøtet. Eksempler på dette kan være at det gis forskrifter, fattes forvaltningsvedtak i enkeltsaker m.v.

Foretaksmøtet er altså det høyeste beslutningsorganet i helseforetakene (tilsvarer generalforsamlingen i et aksjeselskap). Her håndhever det regionale helseforetaket sin eierrolle overfor datterforetakene. I en slik foretaksmodell kan eierstyring derfor bare

utøves gjennom foretaksmøtet. I det regionale helseforetaket for Midt-Norge er det departementet som utgjør foretaksmøtet og som fatter dets beslutninger. I de seks enkelte helseforetak, herunder Rusforetaket, vil det ideelt sett være styret i det regionale helseforetaket eller den det utpeker som tilsvarende utgjør foretaksmøtet og som fatter dets vedtak (jf. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) kap. 4.8.3).

Helseforetaksloven regulerer RHF-enes mulighetsrom når det gjelder formell organisering og styring. Staten som øverste eier styrer altså RHF-ene gjennom regelmessige foretaksmøter. Eier kan også innkalle til foretaksmøte etter behov. Eier utformer i tillegg årlig et styringsdokument som klargjør hvilke oppgaver og prioriteringer som skal gjelde for det enkelte RHF. Gjennom Statsbudsjettet får RHF-ene økonomiske rammer. Rusforetaket får på sin side både øremerkede midler fra Staten via HMN-RHF samt eventuelle tilleggsbevilgninger direkte fra det regionale helseforetakets budsjett.

Nasjonale planer og strategier (f.eks. Opptrappingsplan for psykisk helse og Nasjonal IT-strategi) er styrende for HMN-RHFs eierskap. I tillegg har Styret i HMN-RHF vedtatt egne strategier og planer som er å oppfatte som styrende for hvordan eierrollen utøves^v:

- Overordnet strategi for Helse Midt-Norge (2004 -2007)
- Masterdokument
- Samhandling med kommunene
- Kvalitetsstrategi
- Personalpolitikk i Helse Midt-Norge
- Kommunikasjonsstrategi
- Forskningsstrategi

Fra Statens side er imidlertid ikke eieransvaret detaljert beskrevet eller beordret lenger enn til nivået med regionalt helseforetak (RHF). Det regionale helseforetaket står derfor fritt til å utforme styringsmodellen mellom seg og de enkelte helseforetakene det har ansvar for. Dessuten kan HMN-RHF med hjemmel i spesialisthelsetjenestelovens «sørge-for-ansvar» gi oppdrag til ulike aktører og enheter slik at bestillingen (om f.eks. utvidet rusbehandling) fra Departementet møtes. Dette ansvaret er lagt til det regionale helseforetaket som tildeler oppgaver til ((HMN-RHF 2006:5):

- helseforetakene,
- private sykehus
- avtalespesialister
- andre regionale helseforetak
- utenlandske tjenesteutøvere

Eieransvaret omfatter således å løse oppdragene fra «sørge-for-ansvaret», gjennom styring av innsatsfaktorene innenfor helseforetaksgruppen. Styret i hvert HF kan

^v Disse dokumentene er ikke listet i Referanselisten bakerst.

oppnevnes enten autonomt eller som representant for det regionale helseforetaket. I «Eierstrategien» for Helse Midt-Norge sies det (HMN-RHF 2006:22) følgende:

De ulike måtene å oppnevne styrer i helseforetakene på, gjenspeiler ulik rolleforståelse mellom RHF og helseforetakene. Hovedskillet går her mellom en forståelse av foretaksorganiseringen som en *konsernmodell*, eller som en *bestiller - leverandør-modell*. Altså vil en foretaksgruppe som vektlegger samordning og synergier mellom helseforetakene være best tjent med helseforetakstyrer med sterk gjennomgående styring. Motsatt vil en foretaksgruppe som vektlegger et tydelig skille mellom RHF som bestiller (sørge-for) og helseforetakene som frittstående, lite koordinerte leverandører med store frihetsgrader, velge en modell med lite gjennomgående styring.

Valget av overordnet modell for foretaksorganiseringen, enten den er konsernbasert eller «sørge-for» basert, forplanter seg nedover i styringslinjen. Her antydes også at modellene ikke nødvendigvis må oppfattes som gjensidig utelukkende, men mer som alternativer som kan iverksettes i ulike grader (HMN-RHF 2006:22):

Tilsvarende vil valget mellom de to alternativene for styreoppnevning også ha betydning for rollen til adm.dir i RHF-et. Helsereformen bygger på at adm.dir i RHF skal ha en dobbeltrolle som både »«sørge-for-direktør» og «eier-direktør». Jo mindre grad av gjennomgående styring en foretaksgruppe velger, jo mindre direkte makt har adm.dir over helseforetakene og eierorganisasjonen. Konsekvensen er at adm.dir i et system med lite gjennomgående styring blir en tydeligere «sørge-for-direktør» på bekostning av rollen som «eier-direktør».

Av organigrammet for det regionale helseforetaket er det ikke (umiddelbart) rimelig å lese annet enn at HMN-RHF er organisert som et konsern med foretakene som divisjoner. På den annen side kan også en «bestiller-leverandør» modell der den sentrale forvaltningen i det regionale helseforetaket får rollen som bestiller av helsetjenestene, mens det operative driftsnivået (helseforetakene) utfører bestemte tjenester og som muliggjør en rendyrking av ulike kapabiliteter, skjule seg i det samme organigrammet (Busch m.fl. 2003: kap. 3.5). Den sentrale ledelsen får i så fall en «prinsipalrolle», mens de utøvende helseforetakene får en «agentrolle». Bestillerrollen medfører ansvar for finansiering, beslutninger, utforming av tjenestetilbud, samt kontroll og oppfølging. Det enkelte helseforetak får et ordinært arbeidsgiveransvar for sine utførende enheter, samt et bestilleransvar overfor sine (private) leverandører. Det må også ta ansvaret for selve driften, og for å utvikle relevant kompetanse og kapasitet til å levere det prinsipalen bestiller.

En slik prinsipal-agent organisering kan være svært utfordrende i en stor organisasjon som et regionalt helseforetak er. De viktigste årsakene til utfordringene er knyttet til at prinsipal og agent kan ha ulik målstruktur, at informasjonen kan være asymmetrisk og til at de kan ha ulik risikoaversjon. Kontraktene mellom de to partene vil nesten alltid være ufullstendige eller underspesifiserte, informasjonen om både strategiske og operative spørsmål ulikt fordelt og trangen til å ta risiko kan være større hos agenten enn hos prinsipalen. Der hvor informasjonen er skjev kan det oppstå opportunistisk atferd, målene behøver ikke være sammenfallende og atferden kan være av en karakter som ikke nødvendigvis er ønsket. Derfor vil det være viktig å kunne måle agentens (helseforetakets) ytelse og samtidig redusere målkonflikten mellom bestiller og

leverandør (Ouchi 1979). Det kan gjøres på ulike måter avhengig av i hvilken grad resultatene er faktisk målbare og hvor godt «programmerbare» oppgavene (dvs. tjenesteproduksjonen) er. Ved å kontrollere atferd eller resultat, eller gjennom ulike grader av normstyring kan man til en viss grad kontrollere slik uønsket og opportunistisk atferd.

Alle de regionale helseforetakene i Norge har en viss grad av *gjennomgående styring*, dvs. at ledelsen (både styremedlemmer og direktører) der også er styremedlemmer i de enkelte helseforetakene. Men prinsippet er ikke helt entydig og rendyrket; også autonome styremedlemmer kan velges inn i helseforetakene (HMN-RHF 2006:22):

Helse Sør har hatt en modell med sterk gjennomgående styring: Der har posisjonen som styreleder i helseforetakene vært besatt av direktører i RHF-et.

Helse Midt-Norge har valgt en modell i andre enden av skalaen: Her har RHF, representert ved en direktør, hatt en styreplass i helseforetakene, mens posisjonen som styreleder har vært besatt av en person uten andre formelle roller i foretaksgruppen for øvrig.

Dette impliserer at også selve foretaksmodellen i Helse Midt-Norge oppfattes som en hybrid form; organisatorisk er det en konsernmodell med et innslag av en «bestiller-utfører-praksis» som samtidig styres av en blandet gruppe av ledere i foretakslinjen/-staben, samt av ressurspersoner utenfor den formelle styringsstrukturen.

Det mest slående trekket masterorganigrammet i Helse Midt-Norge er imidlertid den formelle likestillingen alle divisjonene (foretakene) gis. Uansett produksjonsmønster, historie eller størrelse er alle tildelt samme plass i organisasjonsstrukturen. Dette bør tilsi at grunnleggende organisatoriske funksjoner; myndighetsutøvelse, kommunikasjon, målsettingsprosesser osv. også er gitt samme tydelighet og vekt i hver av divisjonenes forhold til overordnede ledd i kommandolinjen. Selvsagt kan lederne i hver av divisjonene ha ulikt antall nivåer i sine kontrollspenn, men dette fremgår ikke av organigrammet. Snarere tvert om, her er det den formelle jevnbyrdighet og likeartethet som fremheves.

Men en slik organisasjonsmodell som HMN-RHF presenterer er egentlig ikke så enhetlig som organigrammet lett kan gi inntrykk av. Faktisk er det mer en formell organisasjonsstruktur som legges ovenpå noen strukturer som allerede er der fra før. Hver divisjon, dvs. helseforetak (HF), har sin interne struktur, og den kan variere avhengig av både marked og leveranser. Både Rusforetaket og apotekene leverer spesialtjenester som de øvrige fire divisjonene ikke leverer direkte og er derfor organisert funksjonelt, dvs. *tversgående* med ansvar for hele regionen. Motivasjonen for likevel å velge en slik divisjonsorganisasjon ligger åpenbart i det faktum at de ulike enhetene faktisk er diversifiserte når det gjelder hva slags helsetjenester som leveres. En slik diversifisering oppmuntrer organisasjonen til å erstatte funksjonelle enheter med markedsfokuserede enheter, en for hver distinkte produksjonslinje. Dermed gis det også en betydelig autonomi til hver enkelt divisjon til å drive optimalt innenfor hvert sitt markedssegment. Resultatet er altså en viss form for desentralisering nedover i kommandolinjen. Tversgående organisering er best egnet der pasientgruppene er atskilte og tjenestetilbudet har liten overlapping mellom fagfeltene.

Et siste aspekt ved organigrammet er den tilsynelatende mangel på horisontale forbindelser. Hvert helseforetak står som etasjesøyler ved siden av hverandre uten tversgående forbindelser. Dermed kan man undre seg over hvordan konsernet som helhet skjøtter kompetanseoverføring og læring mellom de seks foretakene. Gjennom intervjuene er det imidlertid klarlagt at det er etablert til dels ganske aktive slike forbindelser på tvers av helseforetakene; herunder er nok «Direktørmøtet» som sammenkalles hver måned, og hvor også styrelederne inviteres kvartalsvis, det viktigste for de løpende operative oppgaver. Direktørmøtet er rådgivende, her er det ingen formell rapportplikt, men det gis likevel orienteringer fra de enkelte foretakene. På samme vis fins det et «Foretaksmøte», som samles to ganger årlig. Her er HMNs styreleder, styreleder for hvert enkelt helseforetak, adm. direktør i HMN og adm. direktør for helseforetakene deltakere. Dessuten fins det et «Styreledermøte» som møtes fire ganger årlig og hvor alle styreledere (inkl. HMN styreleder) og alle direktørene samles.

Direktørene i HMN og de seks helseforetakene har felles samling en gang i måneden, og fagsjefene i HMN og helseforetakene har felles «fagsjef-forum fire ganger årlig. I tillegg til dette er det mange nettverk som er felles for HMN og HF-ene og der operative fagfolk samles for å drøfte felles utfordringer; herunder bl.a. regionalt kvalitetsutvalg, forhandlingsledere, beredskap, HMS, informasjonssjefer, IT-bestillere, IKT, personalsjefer og PRS systembrukere.

Det bemerkelsesverdige er ikke at slike arenaer fins, men at organigrammet ikke viser noen slike tversgående relasjoner på noen av nivåene i de enkelte helseforetakenes formelle ordrelinje. Den antatte læringen i det regionale helseforetaket foregår altså både med topplederne i foretakene som formidlingsagenter, men også på det operative planet foregår det altså en formalisert og utstrakt ide- og erfaringsutveksling. Det er imidlertid ikke gjort noen (så vidt vi har kunnet bringe på rene) kartlegginger av eventuelle læringsgevinster som direkte kan tilbakeføres til de mange møtearenaene som er etablert. Likevel må vi anta at viktig informasjonsutveksling finner sted på tvers av helseforetakenes ulike organisatoriske sjikt.

På denne bakgrunn vil derfor det regionale helseforetaket med denne divisjonaliserte organisasjonsformen være avhengig av gode kontrollsystemer som måler sluttresultatet hos de enkelte helseforetakene. For å kunne måle og evaluere sluttresultatene må hovedledelsen derfor etablere en liten «teknostab» som leverer bestemte tjenester til divisjonene, herunder de kontrollsystemene som både skal evaluere og gi informasjon om avviksbehandling og korrektive tiltak. Fordi hovedorganisasjonen også er den som utøver ekstern kontroll (særlig vis a vis Staten), kan strukturen i divisjonene derfor lett bli trukket mot den mest tradisjonelle, hierarkiske formen (Mintzberg & Quinn 1991:347).

7.3 Rusforetakets organisatoriske selvbilde

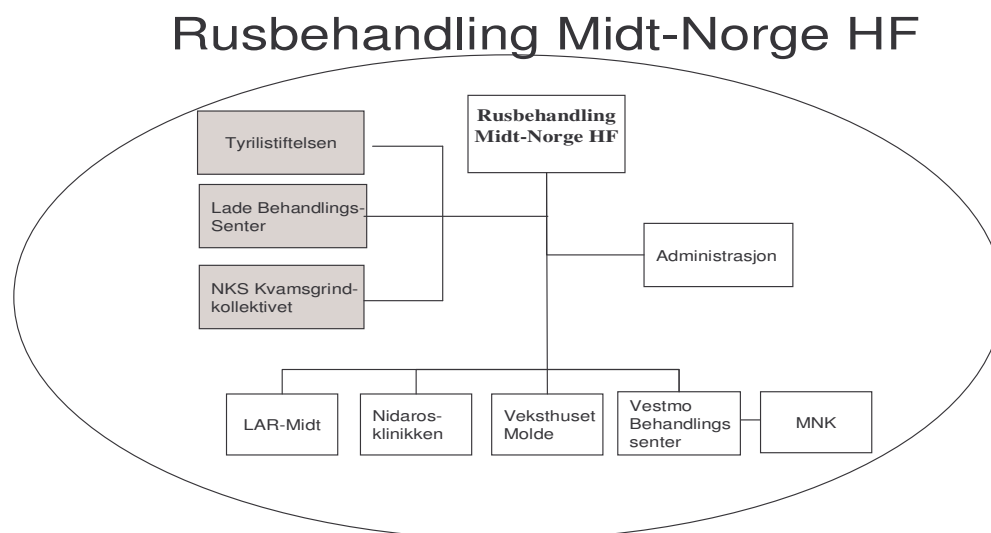
Rusforetaket er altså formelt sett likeordnet de øvrige spesialisthelsetjenestene som organiseres av HMN-RHF. Rusbehandling Midt-Norge HF er slik sett ett av seks helseforetak i Midt-Norge, men er den eneste delen av *kjernevirksomheten* i det

regionale helseforetak som er organisert funksjonelt, dvs. har ansvar og oppgaver for alle elementer og ledd i rusbehandlingen i Midt-Norge. Helseforetakene er eid av Helse Midt-Norge RHF som får fastlagt sine bevilgninger gjennom statsbudsjettet. Rammer for virksomheten er gitt i Lov om helseforetak og gjennom årlige styringsdokumenter.

I sitt opprinnelige vedtak (i 2003) gjorde HMN-RHF det klart at Rusforetaket også skulle inngå separate avtaler med private leverandører av rusbehandlingstjenester (jf. sak 69/03):

Helseforetaket får ansvar for å inngå driftsavtaler med Lade BehandlingsSenter, Trondheim v/ Blå Kors Norge og NKS Kvamsgrindkollektivet, Trondheim v/ Norske Kvinners Sanitetsforening

Slik fikk Rusforetaket både et sett av egne produksjonsenheter som skal styres som ledd i en ordinær driftsmessig ordrelinje, og et sett av frittstående «hoffleverandører» som via kontraktuelle relasjoner sikrer Rusforetaket en økt kapasitet til å ta i mot og behandle klienter. Organisasjonsformen Rusforetaket dermed velger blir «hybrid» med blandede styringsformer; via hierarkiet i egen organisasjon og via prinsippal-agentforholdet regulert gjennom inngåtte kontrakter med eksterne leverandører. Organigrammet for Rusforetaket ble dermed seende slik ut:



Rusforetaket har en egen administrasjon som både har en (beskjeden) støtte- og teknostab. I *linjen* fins det nå fire operative enheter som leverer behandlingstjenester, samt en tilsluttet enhet (MNK-rus) som leverer rådgivningstjenester (knyttet til Vestmo Behandlings senter). I en *tilsynelatende stabsposisjon* (til venstre) i organigrammet befinner altså de tre tjenesteleverandørene (Tyrilistiftelsen, Lade BehandlingsSenter og NKS Kvamsgrindkollektivet) seg. Men de private leverandørene er de facto tilknyttet Rusforetaket gjennom kontrakter om leveranser av rusrelaterte helsetjenester, ikke som en ekstra «stab» og burde heller vært tegnet inn på linje med Rusforetakets egne produksjonsenheter.

Det er også interessant å merke seg at MNK-rus, som er et kompetansesenter for rusfeltet i regionen, egentlig ikke er en del av selve organisasjonen i Rusforetaket. Kompetansesenteret er et organ underlagt Helsedirektoratet, og det får sine bestillinger og budsjetter derfra. Likevel tas den med i organigrammet for Rusforetaket. Slik sett er MNK-rus en «gratisressurs» som fanges opp av Rusforetakets organisasjonsmodell og som fremstår som tett «assosiert» med Rusforetaket for øvrig. Det vanlige mønsteret for slike kompetansesentra i andre helseregioner, er at de arbeider i samarbeid med kommunene om forebyggende innsats på rusfeltet. I Midt-Norge gis de altså også en annen mulighet, nemlig å knytte seg til det utførende apparatet organisert i det særskilte helseforetaket for rusomsorg.

Utenfor selve organigrammet burde vi øverst (ideelt sett) kunne gjenfinne Rusforetakets Styre og dets Foretaksmøte, slik som beskrevet foran. Dessuten vil det være et grensesnitt mot andre helseforetak både når det gjelder poliklinisk og døgnbehandling i psykisk helsevern og et betydelig antall gjestepasientplasser som også kunne vært tegnet inn i organigrammet for å gjøre det mer informativt.

Det regionale helseforetaket er tydelig bevisst på at Rusforetaket skal gis en annerledes organisasjonsform enn de øvrige kjerneforetakene, dvs. en tversgående organisering, men har også synspunkter på at dette kan utfordre den samlede styringen av hele helseregionen. I eierstrategien sies det (HMN-RHF 2006:21):

Tversgående organisering innebærer en utflating av den regionale styringsmodellen som er valgt i Helse Midt-Norge, og utfordrer den geografiske forankringen av Helse Midt-Norges tjenester.

Det argumenteres også med at når man først har valgt en funksjonsmodell, må fordeler og ulemper kunne veies mot hverandre, herunder (HMN-RHF 2006:22):

Fordeler med tversgående organisering:

- Større oppmerksomhet på og synliggjøring av utviklingen av faget og oppgaven
- Samling av kompetanse
- Ressursutnyttelse og styring
- Muliggjør organisering spesielt tilpasset oppgaven
 - F.eks. sykehusapotekene

Utfordringer:

- Beskrive pasientforløp slik at det ikke oppleves som mindre helhetlig
- Samhandling mellom fagområdene
- Krever ryddighet i forhold til avtaler mellom foretak.
 - Utfordringene øker jo mer integrert tjenesten er med tilbud fra andre helseforetak
- Kan skape eller forsterke oppfatning av særomsorg for enkeltgrupper
 - Ta del i samordningsgevinstene på støttetjenester

Tversgående organisering er best egnet der pasientgruppene er atskilte og tjenestetilbudet har liten overlappning mellom fagfeltene (RMN-RHF 2006:32). For Rusforetaket er det altså vurdert slik at utfordringene kan aktivt møtes og fordelene best aktualiseres til fordel for rusfeltet i Midt-Norge gjennom en slik organisasjonsmodell.

En utfordring ved en slik funksjonell organisering blir å avklare selve behandlingskjedens ulike ledd, deres innbyrdes sammenheng, kapasitetstilpasning og eventuelle flaskehalser. For Rusforetaket må en slik behandlingskjede kunne garantere å dekke alle viktige sider ved rusbehandlingen for alle klienter i regionen. Derfor blir det også viktig å avklare hvilke oppgaver og funksjoner som ligger utenfor behandlingskjeden; herunder forebyggende tiltak, eller behandling (psykiatrisk eller somatisk) hvor rusdiagnosen utgjør en liten del av selve sykdomsbildet hos klienten.

Helse Midt-Norge hevder (jf. HMN-RHF 2006) at det ønsker å vurdere *strukturell organisering* som virkemiddel når og hvis dette kan demonstrere betydelige gevinster for styring av virksomheten. Man kan tenke seg at dette vil medføre et økt antall foretak organisert ut fra et funksjonsperspektiv. Dette kan både omfatte kjernevirksomheten, og medisinske og ikke-medisinske støttetjenester. Inntil videre er hovedmodellen geografisk avgrensede divisjoner, med unntak for Rusforetaket og apotekvirksomhet som begge altså er organisert på tvers.

7.4 Rusforetaket og «ny offentlig forvaltning»

Sammenholder vi organisasjonsmodellen for Rusforetaket med ideene for en tradisjonell offentlig tjenesteproduksjonen, finner vi at forskjellene nok ikke er så store. I Rusforetakets sted er det myndighetene som bestemmer, dvs. er bestiller og utformer vilkårene for bestillingen, og det er myndighetene som finansierer det hele, og begge disse trekkene gjenfinnes i vi i tradisjonell offentlig forvaltning. Men det er både private leverandører og egne enheter som utfører tjenesteproduksjonen, og dette er et nytt trekk. NPM-tankegangen viser seg således tydeligst i «utførerrelasjonen» ved at tjenestene produseres både gjennom kommandolinjene i hierarkiet og gjennom avtalte kontrakter.

Rusforetakets organisasjonsform er likevel tilpasset de klassiske ideene om å *selge* (rusmiddelmissbrukeren i sentrum), *styre* (gjennom hierarki og kontrakt) og *spare* (trimme organisasjonsenhetene, øke kvalitet og leveransekapasitet). Organisasjonshierarkiet er riktignok høyere (har flere nivåer) enn ideelt innen NPM, men operativt er de ulike enhetene selvstendige og målfokuserte med en sammensetning som gjør at behandlingskjeden i prinsippet dekkes optimalt.

På denne bakgrunn kan vi si at Rusforetaket innenfor rammen av et politisk formulert rammeverk både har et klart *brukerfokus* med differensierte tilbud til rusmiddelmissbrukerne og deres pårørende, er *fragmentert* i den forstand at det både er interne og eksterne markeder med både avhengige og uavhengige tjenesteleverandører, har en *bestiller-utfører* modell, og har et *desentralisert* og *selvstendig personalansvar* innen rammen av foretakets organisasjonsstruktur.

8 Leverer Rusforetaket «varene»?

Dette kapitlet bygger både på analyse av tilgjengelig dokumentasjon og på intervjuer med seks utvalgte nøkkelpersoner i HMN-RHF og RMN-HF. Intervjumaterialet er anonymisert, mens dokumentasjonskildene som er brukt angis med spesifikke referanser og er listet i Referanser, bakerst. Resultatene beskrives i relasjon til evalueringens mål (jf. 1.5 og 3.3) og til de mål Rusforetaket selv har satt seg for den aktuelle prøveperioden (jf. 1.3).

8.1 Behandlingskjeden

Rusbehandling Midt-Norge HF ble selvsagt ikke skapt av intet, det startet opp i 2004 med 112 egne ansatte. Foretaket hadde ved utgangen av 2004 økt til i alt 125 personer ved utgangen av 2005 til 141 ansatte og i 2006 til 159 ansatte. I hovedsak skyldes økningen en jevn oppgradering av kapasiteten ved Vestmo Behandlingscenter og Veksthuset Molde. I løpet av 2004 fordoblet man dessuten kjøp av gjestepasienter (Årsberetning 2004:7; 2005:9).

I samme periode ble budsjettene økt fra 117 MNOK for 2004, til 205 MNOK i 2006, og ytterligere til 221 MNOK for 2007. Ingen andre helseregioner satser gjennom en slik økning på rusfeltet, det nominelle budsjettet for 2007 er nær fordoblet sammenlignet med oppstartsåret. Av budsjetttrammen for 2007 kommer 145 MNOK direkte fra staten, resten kommer fra som ekstra overføring fra HMN-RHFs budsjett. Gjennom hele prøveperioden gjør eieren en bevisst og aktiv oppjustering av rusfeltets budsjettmessige (relative) status sammenlignet med budsjettallokeringen til de øvrige helseforetakene. Faktisk har Rusforetaket hatt en enda større økonomisk aktivitet enn budsjettet har gitt uttrykk for, ved at man har akseptert et driftsunderskudd på om lag 9 MNOK i 2004 og hele 33 MNOK i 2005^{vi}.

Denne «oppjusteringen» har gitt mulighet til en personellmessig ekspansjon i Rusforetakets interne organisasjon (10-15 % årlig økning), og til økt kjøp av tjenester fra private tilbydere. For 2007 anslås det at Rusforetaket vil inngå kontrakter med eksterne leverandører på om lag 82 MNOK, fordelt på fire tilbydere, herunder Lade Behandlingscenter som den største leverandøren. Aktivitetstakten har altså hele tiden vært høy, både internt og eksternt.

Regnskapstallene for Rusforetaket viser at man har vært svært offensiv i kjøp av behandlingstjenester fra de private leverandørene man har inngått kontrakter med.

vi Kilde: Årsrapporter 2004 og 2005. Tilsvarende regnskapstall for 2006 forelå ikke på evalueringstidspunktet, men det anslås at underskuddet vil være ca. 15 MNOK. Dessuten uttaler styreleder Kolbjørn Almid i HMN-RHF at helseforetakene i Midt-Norge må innrette aktiviteten slik at de når balansekravet i 2006. Opptrappingen innen rusbehandling er likevel ikke mål på slutten av 2006, sier han (http://www.rus-midt.no/templates/page___48987.aspx; sitert 1.12.06)

Faktisk har man økt omfanget av dette med nær 75 % i løpet av prøveperioden. Tabellen under viser hvordan kjøpene fordeler seg på de viktigste tilbyderne.

	Regnskap 2004 MNOK	Regnskap 2005 MNOK	Foreløpig regnskap 2006 MNOK
Tyrilistiftelsen	--	6,2 *	12,5
Lade BehandlingsSenter	35,1	44,2**	50,1***
NKS Kvamsgrindkollektivet	10,0	14,7****	14,9
Brygga (Tr.heim kommuner)	--	0,45*****	0,6
Sum	45,1	65,55	78,1

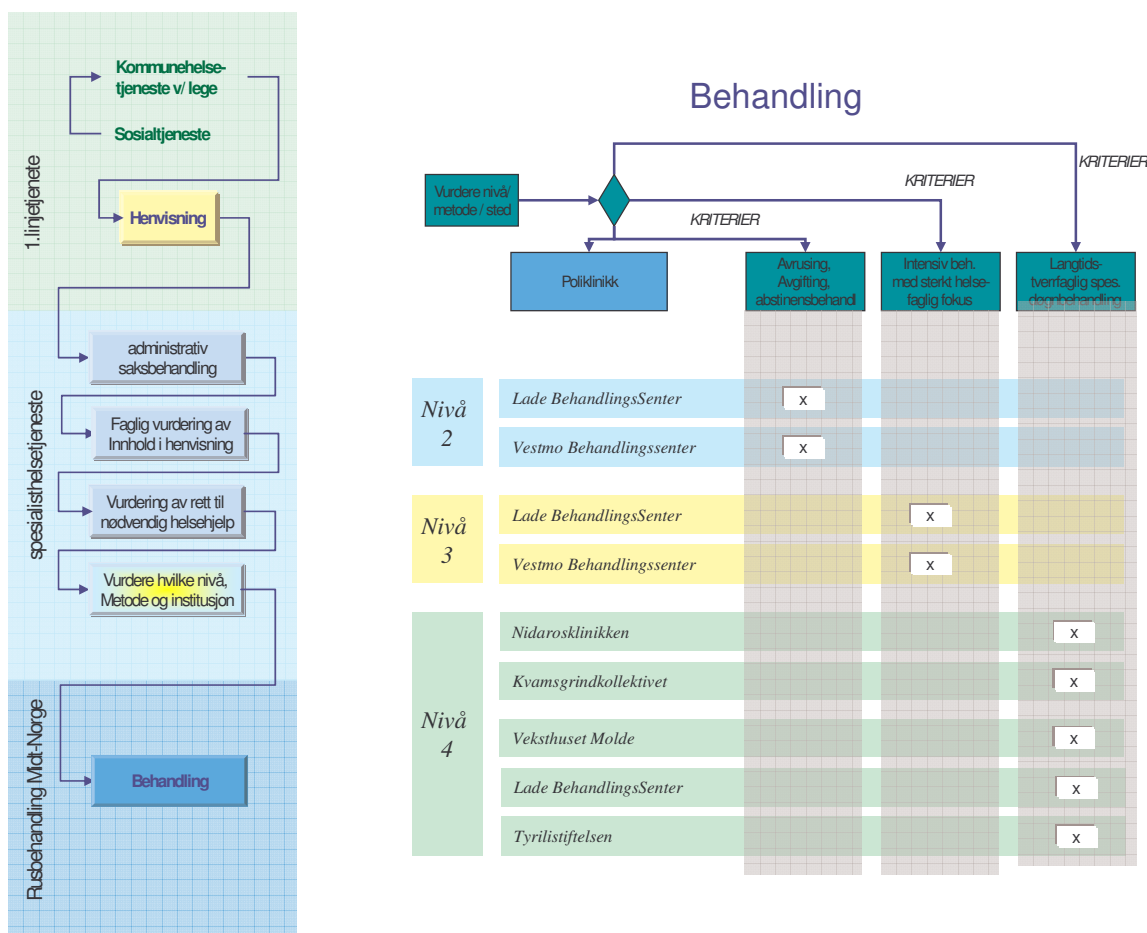
*Avtale om 20 faste plasser inngått f.o.m. 1.7.2005; **4 nye plasser i ny skjermingspost. ***Poliklinikk fom 1.7.2006 + 2 nye plasser familieavdelingen; **** Ny avtale med økning fra 13 til 21 plasser; *****Avtale med Trondheim kommune om årlig finansiering (0,6 MNOK) av integreringstiltaket Brygga. Tilsvarende integreringstiltak med tilskudd fra Rusforetaket planlegges bygget opp i de 10 største tettstedene i regionen jf Handlingsplan.

Samlet utgjør kjøpet av rusomsorgstjenester fra de private aktørene nær to-femdeler av hele driftsbudsjettet for Rusforetaket. Lade BehandlingsSenter er den største aktøren i dette bildet, med Tyrilistiftelsen og Kvamsgrindkollektivet som mindre, men omtrent likeverdige leverandører fra 2006.

Selv om Rusforetaket har vært gitt anledning til å drive mer aktivt enn selve budsjetttrammen i utgangspunktet indikerer, må ressursene, dvs. personell og budsjetter likevel husholderes nøye for å kunne dekke alle de viktigste behov som oppstår i hele behandlingsskjeden. Rusforetaket har fått ansvaret for å sørge-for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, jfr. Lov om spesialisthelsetjenesten § 2-1a, pkt. 5, og omfatter:

- avrusing som krever tett medisinsk oppfølging
- helse- og sosialfaglig utredning og kartlegging av behandlingsbehov
- spesialisert (vesentlig helsefaglig) behandling, poliklinisk eller i institusjon
- langtids sosial rehabilitering
- institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmissbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3.

Behandlingskjeden for tverrfaglig spesialisert rusbehandling følger derfor en nøye fastlagt prosedyre som omfatter både førstelinjetjenesten i kommunene, spesialisthelsetjenesten i regionen og innsatsen i selve Rusforetaket. Henvisning og behandling i Midt-Norge følger et mønster som vist i neste figur:



I den venstre kolonnen er kjedens ledd fra anvisning til behandling angitt, og i den høyre kolonnen vises hvordan de ulike leveranseenheterne er fasett inn i de ulike hovedaktiviteter i selve rusbehandlingen. Behandlingstiltakene innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk ble i 2004 inndelt i fire nivåer (jf. prioriteringsforskriften). Dette gjelder for alle de fem regionale helseforetakene.

Leveransekjeden for Rusforetaket omfatter her pasientnivågruppene 2-4 og de enheter som tilbyr ulike behandlingstjenester overfor disse. Nivå 1 gjelder poliklinisk behandling, inkludert dagbehandling som i hovedsak leveres av rusteam i fylkene, nivå 2 omfatter avgiftning, avrusing og abstinensbehandling på døgnbasis, nivå 3 gjelder hovedsakelig helserelatert døgnbehandling inntil 6 måneder og nivå 4 omfatter både helse- og sosialfaglig langtids døgnbehandling.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er ikke plassert innenfor nivåene, men er et eget tilbud med sine særregler, utenfor de fire nivåene. Henvisning forutsetter et samarbeid mellom sosialtjeneste og fastlege. Det foregår nå en lovprosess med sikte på avklaring av bl.a. nivåbegrepet og LARs plassering. Det er antydning implementering fra 2008.

Det er det regionale helseforetakets målsetting at behovet i størst mulig grad skal dekkes innenfor egen region. Rusforetakets oppgave er derfor å gi tverrfaglig spesialisert rusbehandling hovedsakelig i institusjon for befolkningen i Midt-Norge (Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal). Slik foretakets organigram (jf. kap.

4.2.2) viser, har Rusforetaket ansvaret for og eier enhetene Nidarosklinikken, LAR-Midt, Veksthuset Molde og Vestmo Behandlingscenter. Kvamsgrindkollektivet NKS, Lade Behandlingscenter og Tyrilistiftelsen er enheter foretaket har inngått driftsavtaler med. Disse enhetene og leverandørene inngår altså som produksjonsenheter i Rusforetakets samlede tjenestetilbud.

Rusforetaket er dermed å se som en «integrert tjenestetilbyder» innen rusfeltet som tilbyr følgende behandlingstyper:

- Akuttbehandling
- Poliklinisk behandling
- Avrusing
- Døgnbehandling inntil 6 mnd
- Langtids døgnbehandling (over 6 mnd)
- Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Tilbudene som gis skal være individuelt tilrettelagt og ha god kvalitet, med innsats fra ansatte som har høy og relevant kompetanse. I tillegg til rusavhengigheten skal klientene kunne få hjelp med psykiske, kroppslige og sosiale problemer. Sammensatte problemer krever samordnede behandlingstilbud. Det skal utarbeides en individuell plan for dem som har behov for samordnet innsats og som ønsker dette.

I tillegg til de institusjoner Rusforetaket driver eller har avtale med er det verdt å merke seg at dersom vurderingsinstansen peker på annen institusjon (m/avtale med et annet RHF), kjøpes plass her fra Rusforetakets side. Pasienten kan også benytte seg av fritt sykehusvalg - jf reglene for dette.

8.2 Produksjonsenheter, funksjoner og bemanning

Som beskrevet foran har Rusforetaket fire egne operative enheter som leverer rusoperative tjenester, samt tre eksterne tjenesteleverandører. Rusforetaket har selv nær 160 personer til intern rådighet, og de kontraktbundne leverandørene har nesten like mange (150) ansatte i sine enheter. I tillegg kommer det «assosierte» kompetansesenteret for forebyggende og rådgivende tjenester som har 11 ansatte. Sett under ett arbeider det derfor mer enn 320 personer tilknyttet de operasjoner Rusforetaket organiserer i Midt-Norge.

8.2.1 Egne behandlingssenheter

Vestmo behandlingssenter:

Vestmo Behandlingscenter ligger på Moa i Ålesund og gir behandling til mennesker over 18 år med ulike typer rusmiddelavhengighet. Institusjonen har 36 plasser fordelt på følgende tilbud:

- Avgiftning: 7 plasser, 1-3 ukers innleggelse (nivå 2).
- Utredning: 7 plasser, ca 6 ukers innleggelse (nivå 3).
- Klinikk: 22 plasser, 6-12 ukers innleggelse med kortere reinnleggelser (nivå 3).
- Det gis også tilbud til rusmiddelavhengige på tvang.

Vestmo Behandlingscenter har 50 årsverk fordelt på 70 ansatte og eies av Rusforetaket.

Veksthuset Molde:

Veksthuset Molde ligger sentralt i Molde og gir behandling til mennesker mellom 18-40 år med rusavhengighet vesentlig knyttet til narkotika. Institusjonen har 32 plasser fordelt på følgende tilbud:

- Terapeutisk samfunn: 18 plasser, ca 12 mnd innleggelse (nivå 4).
- Videreføring: 10 plasser, ca 15 mnd behandling i overgangsbolig (nivå 4).
- Villa Ma: 4 familieplasser (voksne og barn), ca 12 mnd innleggelse (nivå 4).

Veksthuset Molde har 27 årsverk og eies av Rusforetaket.

Nidarosklinikken:

Nidarosklinikken ligger sentralt i Trondheim og gir behandling til mennesker fra 20 år og oppover med rusavhengighet vesentlig knyttet til narkotika. Institusjonen har 18 plasser, samt to ekstra plasser for etablerte par:

- Behandlingen har en varighet på ca 12 mnd innleggelse (nivå 4).

Nidarosklinikken har 23 årsverk og eies av Rusforetaket.

LAR-Midt:

Senteret er lokalisert i Trondheim og har ansvaret for legemiddelassistert rehabilitering i Midt-Norge. Behandlingstilbudet følger nasjonale retningslinjer, hvor metadon og subutex brukes som ledd i et helhetlig rehabiliteringstilbud. Ved utgangen av 2005 hadde senteret 224 pasienter i behandling. LAR-Midt har 16 stillinger.

8.2.2 Kontraktsbundne tjenesteleverandører

N.K.S. Kvamsgrindkollektivet:

Kvamsgrindkollektivet har tre avdelinger; to i Trondheim og en på Aunøya. Institusjonen gir et behandlingstilbud til mennesker mellom 17-24 år med ulike typer rusmiddelavhengighet. Institusjonen har 21 plasser fordelt på følgende tilbud:

- Tunet: 9 plasser, ca 12 mnd innleggelse (nivå 4)
- Aunøya: 7 plasser, ca 12 mnd innleggelse (nivå 4)
- Kløverheimen: Videreføringstilbud med 5 plasser, ca 12 mnd (nivå 4)

Kvamsgrindkollektivet har 21 stillinger. Institusjonen har driftsavtale med Rusforetaket og eies av NKS Sør-Trøndelag.

Lade behandlingssenter:

Lade behandlingssenter er lokalisert med døgnavdelingene på Lade like utenfor Trondheim sentrum og poliklinikken i Trondheim sentrum. Institusjonen gir behandling til mennesker over 18 år med ulike typer rusmiddelavhengighet og har 53 døgnplasser fordelt på følgende tilbud:

Poliklinisk behandling (nivå 1)

- Avgiftning/skjerming/utredning: 23 plasser, 1-6 ukers innleggelse (nivå 2)

- Klinikk: 19 plasser (11 for menn, 8 for kvinner), 9-11 ukers innleggelse (nivå 3)
- Familieavdeling: 6 familieplasser, ca 12 mnd. innleggelse (nivå 4)
- Det gis tilbud til rusmiddelavhengige på tvang: 6 plasser i egen avdeling.

Lade behandlingssenter har nærmere 80 årsverk fordelt på 110 ansatte. Institusjonen har driftsavtale med Rusforetaket og eies av Blå Kors Norge.

Tyrilistiftelsen:

Tyrilistiftelsen har en rekke behandlingssenheter i Norge, de fleste på Østlandet. Rusforetaket har en driftsavtale med stiftelsen som innebærer 20 behandlingss plasser for mennesker over 18 år med ulike typer rusavhengighet. Behandlingen har en varighet på ca 18. mnd innleggelse (nivå 4).

Tyrili Trondheim har pr i dag 2 ansatte. Det er lokalisert på Ranheim, der pasienter også kan være i kortere perioder i integreringsfasen. Tyrili Trondheim arbeider aktivt med pasientene i forhold til inntak/venting på inntak. Dessuten har det tett samarbeid med Trondheim og nærliggende kommuner med oppfølging av og etterbehandling etter institusjonsopphold.

8.2.3 Helsedirektoratets tjenestetilbyder

MNK-Rus:

Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget (MNK-Rus) er ett av sju regionale kompetansesentre for rusproblematikk i Norge. MNK-Rus skal bidra til å iverksette regjeringens rusmiddelpolitikk regionalt og lokalt, og ta initiativ til å opprette rusforebyggende og kompetanseutviklende tiltak ut fra lokale forhold. Kompetansesenteret har 11 ansatte fordelt på hovedkontoret i Ålesund og avdelingskontor i Trondheim og Levanger. MNK-Rus er underlagt Helsedirektoratet, men arbeider altså tett med Vestmo behandlingssenter og utfører sine oppgaver på kryss og tvers i Rusforetakets faglige og operative teig.

8.3 Behandlingskapasitet

I årsmeldingen for første driftsår (2004) rapporterer Rusforetaket om 25 % kapasitetsøkning i sitt første driftsår (Årsrapport 2004:3,7). Dette skyldes i stor grad at nybygg ved Veksthuset Molde, Vestmo Behandlingssenter og Lade Behandlingssenter har gjort det mulig å ta i mot stadig flere brukere. Beleggsutviklingen har vært positiv og har økt fra 80 % til 100 % i løpet av året. Samtidig er gjennomsnittlig ventetid og ventelistene for langtidsbehandling økt. Dette forklares med at tilfanget av brukere er økt vesentlig som følge av reorganiseringen. Ventetiden varierer også sterkt fra nivå 2 (døgnbasert avrusning/avgiftning m.v.) som har 54 dagers venteliste til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) som har hele 608 dagers ventetid i 2004. Mellom disse ytterpunktene ligger nivå 1 med 79 dager, nivå 3 med 116 dager og nivå 4 med 133 dager. Ventetiden for nivå 2 varierer over året mellom 14 og 90 dager.

Veksten i antall henvisninger fortsetter i det andre driftsåret, og oppgis å være sterkere enn i andre helseregioner, selv om det flater litt ut i løpet av 2005 (Årsrapport

2005:3,8). Gjennomsnittlig ventetid er nå redusert fra 157 dager i starten til 108 dager ved utgangen av året. Kapasiteten er økt slik at det er 30 % flere i behandling i 2005 enn i 2004 sett under ett for hele året. For de to første driftsårene ser bildet dermed slik ut (Årsrapport 2005:8):

Tjenestetilbyder	Antall i behandling, gj.snitt pr. måned		
	2004	2005	Endring i prosent
Totalt i behandling	281	365	30
Egne og driftsavtaleenheter	102	126	23
LAR	148	189	28
Kjøp av gjestepasientplasser	31	50	64

Rusforetaket har vært aktiv i oppgraderingen av tilbudskapiteten både ved å øke mottaket ved egne enheter og i de kontraktsbundne enhetene, samt ved kjøp av gjestepasientplasser utenfor eget foretak. Samtidig har antall brukere på venteliste økt noe, fra 243 til 262 personer i 2005, mens ventetiden stort sett er redusert slik neste tabell viser (Årsrapport 2005:9):

Prioriteringsnivå	Gj.snittlig ventetid - dager	
	2004	2005
Nivå 2	54	50
Nivå 3	116	106
Nivå 4	133	135
LAR	608	236

Den største endringen i ventetid har funnet sted innen feltet "LAR", hvor den gjennomsnittlige ventetiden er redusert fra om lag 20 måneder til 8 måneder. Faktisk er ventetiden ytterligere redusert mot slutten av 2005 hvor den for LAR er vel 5 måneder (168 dager), og antall på venteliste for LAR er også redusert. For nivå 2-4 er det bare mindre endringer fra 2004 til 2005. Ventetiden for avrusing (nivå 2) er redusert mot slutten av året, mens den har økt for langtidsbehandling (nivå 4) til 186 dager på slutten av 2005. Samlet ventetid er likevel redusert fra slutten av 2004 (157 dager) til slutten av 2005 (108 dager).

Sett i relasjon til de overordnede målene som HMN-RHF har satt seg om kortere ventetid, henger Rusforetaket langt bak. Det regionale helseforetaket målsatte en maksimal ventetid på 1-2 måneder innen 2004. Som helhet møter ikke Rusforetaket det målet, men innen enkelte av tilbudene er ventetiden før behandling innen rekkevidde av dette målområdet. Ved utgangen av det tredje driftsåret (2006) finner vi imidlertid store variasjoner i ventetiden avhengig av prioriteringsnivå og tjenestetilbyder. Ventetiden for

LAR er ytterligere redusert til mindre enn 5 måneder, mens de øvrige tilbudene varierer stort, mellom 1 og 9 måneder.

Nivå og institusjon	Forventet ventetid (uker) pr. 11.12.06
Nivå 1: Polikliniske funksjoner inkl. dagbehandling	25
Lade Behandlingssenter, Poliklinikken	25
Nivå 2: Avrusning/avgiftning/abstinensbehandling	6 -14
Lade Behandlingssenter, Akuttavdeling	6
Lade Behandlingssenter, Utredningsavdeling	14
Vestmo Behandlingssenter, Akuttavdeling	6
Nivå 3: Døgnbehandling korttid (inntil 6 måneder)	8-42
Vestmo Behandlingssenter, Utredningsavdeling	8
Vestmo Behandlingssenter, Klinikkavdeling	8
Lade Behandlingssenter, Klinikkavdeling Kvinner	18
Lade Behandlingssenter, Klinikkavdeling Menn	42
Nivå 4: Døgnbehandling langtid	0-35
Nidarosklinikken	17
Veksthuset Molde, Terapeutisk samfunn	0K/0M
Veksthuset Molde, Villa Ma (familieavdeling)	0
NKS Kvamsgrindkollektivet	35
Lade Behandlingssenter, Avdeling for gravide og småbarnsfamilier	17
Andre spesialiserte tjenester	20
Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	20

Den største spennvidden fins innen nivå 3 og 4, døgnbehandling korttid og langtidsbehandling på døgnbasis. Det synes paradoksalt at ventetiden for enkelte tilbud, for eksempel for gravide og småbarnsfamilier ved Lade er så lenge som halvdelen av et normalt svangerskap, mens det ikke er slik ventetid ved Villa Ma. Det samme mønsteret finner vi når det gjelder korttidsklinikktilbudet; lang ventetid, lengre enn de individuelle tidsfristene skulle tilsi. Over året varierer imidlertid ventetiden også en del for hvert av tilbudene. Sett under ett er altså ventetiden lenger enn strengt tatt foreskrevet, noe som ofte gir en stor belastning på pårørende i tillegg til at det tydeliggjør flaskehalsene i behandlingsskjeden.

I årsrapportene er det ikke gjort noen analyser av selve behandlingsskjeden, verken når det gjelder kostnadseffektivitet eller eventuelle flaskehalsar. Det oppgis imidlertid at antall personer i behandling varierer over året også når det gjelder behandlingens lengde. Noen er på kort avrusning (1-2 uker), mens andre kan ha langtidsbehandling opp til 18 måneder. I 2005 har 1138 personer fått sluttbehandling i Rusforetakets ulike enheter.

8.4 Evaluering av sentrale målområder

I beslutningsdokumentet for det nye Rusforetaket anføres det et sett av mål som skal søkes realisert innen et rimelig tidsperspektiv. I tillegg til at modellen for organisering av rusfeltet skal evalueres før endelig beslutning fattes, settes det der følgende mål (Sak 69/03:6):

1. Helse Midt-Norge skal kartlegge omfanget av rusproblematikk som grunnlag for å utvikle/ dimensjonere behandlingstilbudet.
2. Kvaliteten på behandlingstilbudet skal økes gjennom økt forskning, kompetanse og utvikling av rusfaget.
3. Det skal arbeides for en tettere *integrasjon* av spesialisthelsetjenestene samt bedre samarbeid mellom rusfeltet, psykiatri, somatikk og kommuner.
4. Det skal utvikles verktøy og metoder for å *evaluere* behandlingseffekt og brukertilfredshet, slik at pasientene sikres best mulig behandling.
5. Det skal stimuleres til økt satsing på *forebyggende* tiltak

Det er rimelig å tolke det slik at disse målene skal søkes oppnådd før evalueringen gjennomføres (i praksis innen utgangen av 2006). Vi skal kort omtale måloppnåelsen på hvert av feltene i de neste avsnittene, slik dokumentasjonen er gitt gjennom skriftlige og muntlige kilder.

8.4.1 Kapasitet og dimensjonering

Økt kvalitet og kapasitet i rusbehandlingen er avhengig av riktig dimensjonering av nøkkelpersonalet, særlig gjelder dette innen det helsefaglige feltet. Rusforetaket har ingen stor fagstab på dette feltet, men har iallfall maktet å øke bemanningen i prøveperioden slik tabellen viser:

Faggruppe	1.1.2004	31.12.2006
Lege/psykiater	2	5
Psykolog	3	6
Sykepleiere	15	18

Fra et beskjedent utgangspunkt ved oppstart i 2004 er kapasiteten økt vesentlig (relativt sett) ved utgangen av 2006, særlig for lege/psykiater- og psykologgruppene. Dette får klare konsekvenser for hvilke tjenester Rusforetaket kan tilby med foreskrevet kvalitet innenfor de fleste utførende enheter. Det er ikke utformet nasjonale normtall for kompetanse og bemanning innen rusomsorgen, slik det er for psykisk helsevern og somatikk. Derfor er det opp til Rusforetaket selv å etablere operative normtall og sikre at spesialistene fins i behandlingsskjeden. Det er lagt betydelig vekt på rekruttering av disse faggruppene i prøveperioden. Det er likevel ikke etablert interne normtall som anviser hva som vil være et tilstrekkelig nivå og omfang av slike spesialister innen Rusforetakets organisasjon.

Det er dessuten ikke gjort noen kartlegging av det samlede omfanget av rusrelaterte helsebehov som må møtes innenfor Rusforetakets ansvarsområde. Foretakets strategi har vært å la antall henvisninger være en indikator på omfanget. Dermed har man hatt en god oversikt over det manifeste behovet, mens det latente behovet for et organisert behandlingstilbud egentlig ikke har vært avdekket. Bemanningsøkningen i helsepersonellet har imidlertid i følge informantene, hatt som positiv effekt at det helsefaglige perspektivet i tjenestetilbudet er blitt mye mer tydelig og selvstendig i løpet av prøveperioden.

8.4.2 Kvalitet

Å måle kvalitet i rusomsorgen er ingen enkel sak. Det foreligger nå forslag om nasjonale kvalitetsindikatorer både for somatikk og psykiatri, men arbeidet er ennå ikke slutført for rusområdet. For Rusforetaket var det i styringsdokumentet for 2004 vektlagt kvalitet knyttet nær til innleggelse og behandling, med mye oppmerksomhet på LAR-gruppen (RMN-HF Styringsdokument 2004:23):

- Alle søknader om innleggelse/behandling skal være besvart i løpet av 7 virkedager fra mottatt henvendelse
- Alle pasienter og brukere som ønsker det skal ved utskriving ha fått utarbeidet en individuell plan
- Ventetid for legemiddelassistert rehabilitering skal ved utgangen av 2004 maksimum være 12 måneder
- Foretaket skal sørge for at vedtaket om individuell utrednings- og behandlingsfrist blir fulgt opp i egne institusjoner og i institusjoner man har avtaler med.

I 2005 pålegges Rusforetaket av eieren å etablere og vedlikeholde et kvalitetsstyringssystem i tråd med Helse Midt-Norges samlede kvalitetsstrategi. Det skal da rapporteres hvordan man skårer på regionale og nasjonale kvalitetsindikatorer (RMN-HF Styringsdokument 2005:15), herunder:

- Antall pasienter innen rusbehandling med ventetid over 90 dager skal reduseres med **XX** prosent.^{vii}

Det kan imidlertid virke forunderlig at eieren av Rusforetaket ikke har satt konkrete måltall for ventetidsparameteren, slik styringsdokumentet over viser.

I tråd med det regionale helseforetakets kvalitetsstrategi ble fokus i 2006 så rettet mot tre perspektiver ved tjenestetilbudet; pasientopplevelse, profesjonalitet og ledelse. Den *pasientopplevde kvaliteten* gjelder hvordan krav fra både pasienter og pårørende møtes. *Profesjonell kvalitet* omhandler (både sosial- og helse-)faglige krav, og *ledelseskvalitet* fokuserer på evnen til å levere det som mangfoldet av pasienter og brukere faktisk etterspør. Dette trefoldige kvalitetsperspektivet blir formulert svært tydelig i Styringsdokumentet (RMN-HF 2006:7-8), som gjengitt under:

Pasientopplevd kvalitet:

Brukermedvirkning: Brukerne skal ha en sentral rolle og medvirke i planlegging og utvikling av tjenestetilbudet ved alle helseforetak. Et av virkemidlene er å involvere brukerutvalget i prosesser som påvirker tjenestetilbudet. Brukermedvirkning innebærer også at pasienten og pårørende får kunnskap, reell mulighet til innvirkning på behandlingsopplegget og til å være aktiv i gjennomføring av opplegget. Helseforetaket skal:

vii Dokumentet inneholder ingen spesifisert angivelse av hvor stor andel denne kategorien pasienter skal reduseres med. Etter flere henvendelser bekrefter Rusforetaket at det ikke ble fastsatt noe måltall.

- Samarbeide med Helse Midt-Norge for å utvikle strategier og handlingsplaner for brukervedvirkning.
- Legge (forholdene) til rette for at brukerutvalget kan løse sine oppgaver i henhold til mandatet.
- Rapportere om brukervedvirkningstiltak gjennom årlig melding.

Brukererfaringer: Rusbehandling Midt-Norge HF skal delta i to brukerundersøkelser i 2006 (jf. senere omtale i kap. 5.4.4).

Faglig kvalitet:

- Helseforetaket skal anvende og delta i utvikling av elektronisk pasientjournal slik at sammenheng i behandlingstilbudet og dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet, understøttes.
- Helseforetaket er pliktig til å rapportere til de nasjonale kvalitetsregistrene etter de spesifikasjoner som gjelder for hvert register. Kunnskap fra kvalitetsregistre skal legges til grunn i det kontinuerlige utviklingsarbeidet.
- Helseforetaket skal bidra til å utvikle faglige retningslinjer, og legge faglige retningslinjer til grunn i utforming av tjenesten.
- Helseforetaket har rapporteringsplikt til NPR og Folkehelseinstituttet på nasjonale kvalitetsindikatorer i henhold til innkallingsbrev fra databehandler. Gjeldende resultatkrav for nasjonale kvalitetsindikatorer skal oppfylles.

Ledelseskvalitet:

Helse Midt-Norges gjennomgående styringssystem skal tas i bruk i oppfølging av egen virksomhet. Det fastslår at nasjonale og regionale mål og terskelverdier skal benyttes, og lokale verdier skal fastsettes for andre indikatorer der det er aktuelt. Det skal dessuten legges til rette for at virksomhetsportalen blir brukt som verktøy for deling av informasjon og bruk av felles informasjonsressurser. Helseforetaket skal også sikre høyt ledelsesmessig engasjement i systematisk HMS-arbeid, herunder:

- Sørge-for god oppfølging av Arbeidstilsynets rapport «God Vakt»
- Sørge-for at felles regional arbeidsmiljøundersøkelse i 2006 gjennomføres med solid deltakelse fra de ansatte og følges opp med systematiske forbedringstiltak

Kvalitetsbegrepet endrer seg altså i prøveperioden fra i hovedsak fokus på leveringsparametere (særlig ventetider m.v.) til å dekke både pasientenes og de pårørendes behov for aktive tilbud, faglig oppgradering og god ledelse. Kvalitetsutviklingen er således med på å institusjonalisere og legitimere Rusforetaket, ikke bare som en helsetjeneste med et spesielt ansvar, men som en spesialisthelsetjeneste med samme type krav rettet mot seg som de øvrige fem foretakene i det regionale helsekonsernet.

Når det gjelder forsknings- og utviklingsinnsatsen var den noe mer markert i 2005 enn i 2006. Noen felles møteplasser med psykisk helsevern ble etablert, og sett under ett har den samlede innsatsen på rusrelatert forskning i regionen økt gjennom bl.a. doktorgradstipendiateres innsats.

8.4.3 Integrasjon

Rusforetaket skal også arbeide for en tettere *integrasjon* av spesialisthelsetjenestene, samt bedre samarbeid mellom rusfeltet, psykiatri, somatikk og kommuner. På dette feltet er det ikke satt noen operative delmål; all aktivitet som øker samhandlingen anses som en forbedring. I 2004 ble det etablert samarbeidsavtaler for å bedre samhandlingen mellom aktørene, dette er et arbeid som ble videreført i 2005 og 2006. Det rapporteres imidlertid ikke mer detaljert om helt konkrete tiltak som er iverksatt, verken suksesser eller fiaskoer (jf. Årsrapport 2004:3; Årsrapport 2005:4). Konkrete opplysninger om dette for prøveperioden er heller ikke fremkommet i intervjuene.

I separate dokumenter er det imidlertid angitt at man arbeider med organisering og tiltaksplaner (2007-2010) for bedret samhandling mellom brukerorganisasjoner, institusjonene i Rusforetaket og kommunene når det gjelder pasient- og pårørendeopplæring. Her foreslås det bl.a. et Lærings- og mestringssenter som skal arbeide for et bedret samspill mellom fagmiljøene, brukerne og deres pårørende (Rapport 3.12.06).

Dessuten er det i samhandlingsavtalen mellom Rusforetaket og kommunene i Midt-Norge angitt en lang rekke områder hvor intensjonen er å øke samarbeidet. Avtalen er treårig med start fra 2007 og regulerer nærmere hvordan ansvar og plikter med inn- og utskrivning av pasienter og brukere skal fordeles. Dette ansvaret ses også i relasjon til Regionalt rusprogram 2005-2010, hvor samordningsoppgavene for primærtjenestene drevet av kommunene i Midt-Norge og Rusforetakets behandlings- og oppfølgingsoppgaver fokuseres (jf. særlig kap. 2.2).

Sett under ett er disse dokumentene for samhandlings- og integrasjonsbestrebelsene er svært godt grunnlag for målrettet forbedring, hvor man kan forvente større effekt fra 2007 av, enn i prøveperioden hvor dette målområdet ikke har hatt samme operative fokus som det nå gis.

8.4.4 Brukerevaluering

Rusbehandling Midt-Norge og berørte institusjoner har gjennomført to kliniske datainnsamlinger og undersøkelser for å synliggjøre oppnådde resultater i 2006. Disse består av en statusundersøkelse utfylt av primærbehandler, og en brukerundersøkelse utfylt av innlagte brukere/pasienter. I alt 145 innlagte pasienter deltok i undersøkelsene og begge undersøkelsene har svært god responsrate; henholdsvis 89 % for statusundersøkelsen og 84 % for brukerundersøkelsen. Resultater for LAR-Midt, Lade Skjerming A4 og Lade Familieavdelingen er ikke publisert i kartleggingsrapporten ettersom svarandelene derfra ikke regnes som statistisk tilstrekkelige (skyldes for få respondenter eller en prosentandel som faller under «cutoff-grensen» på 50 %), ellers er alle enheter som leverer tjenester til Rusforetaket med i rapporten (jf. Brukerundersøkelse. Foretaks- og institusjonsrapport:28.06).

Bakgrunnen for undersøkelsene var:

1. Ønske om få mer systematisk kunnskap om pasientene som mottar rusbehandling og deres opplevelse av behandlingen

2. Mer faktabasert kunnskap og dokumentasjon vil i tillegg til andre kilder gi bedre grunnlag for videreutvikling og forbedring av tjenestene

Oppsummeringen av funnene viser følgende særtrekk ved klientene:

1. 34 % av respondentene er kvinner, 66 % er menn
2. 30 % av respondentene er under 25 år, 27 % er mellom 26 og 35 år, 28 % er mellom 36-45, 15 % og er over 46 år.
3. Varighet på behandlingstilbud: 9 % er inne for 0-2 uker, 35 % 3-12 uker, 11 % 3-6 måneder, 13 % 6-12 mnd, 32 % over 12 mnd.
4. Mest brukte rusmiddel: 30 % alkohol, 25 % amfetamin og lignende, 7 % cannabis, 28 % heroin og morfinstoffer, 11 % legemidler.

Dessuten viser dataene at:

- Status på psykisk helse hos pasienter rapporteres å være *god*. Pasientene ved *Lade Behandlingssenter* rapporterer dårligst psykisk helse.
- Gjennomsnittet ved foretaket er *fornøyd* med tilbudet de har fått, og rapporterer *en del* utbytte.
- Gjennomsnittet av pasienter rapporterer å ha noe innflytelse på behandlingssopplegg og medisiner, mest innflytelse har pasientene ved *Kvamsgrindkollektivet*.
- *Vestmo Behandlingssenter* skiller seg ut fra de andre institusjonene i forhold til lavere skåre på ivaretagelse av mestringsbehov, aktivitet og miljøterapi, samt opplevelse av samarbeid mellom behandlere og andre hjelpeinstanser. Disse faktorene kan sies å dreie seg om samme tema, nemlig hvordan man skal klare seg etter behandlingen.
- *Nidarosklinikken* skiller seg ut fra de andre institusjonene med lavere skåre på opplevd samarbeid mellom behandlere og andre hjelpeinstanser, samt individuell tilpasning av behandling. Pasientene her er også mer misfornøyd med behandlingen, sammenlignet med de andre institusjonene.
- Rusproblemene har, sett på foretaket i ett, forbedret seg.

En slik brukerundersøkelse kan gi en god indikasjon på hvor i behandlingsskjeden de største utfordringene fins. En gjennomgang av de kvalitative (åpne) kommentarene i undersøkelsen viser også at frykt for tilbakeslag etter rusbehandlingen knyttes til at det faktisk mangler effektive virkemidler innen Rusforetaket til å møte dette. Det vektlegges for lite fysisk trening under oppholdet, det er underbemanning flere steder (særlig i helgene), rusmiddelmissbrukerne merker ingen virkning av personellens hyppige kursdeltakelse og antatte kompetanseheving, forholdene er ikke optimale for besøk av familien, dessuten varierer kvaliteten og relevansen av de tilbud som gis av Rusforetakets fire operative enheter ganske mye. Nidarosklinikken kommer dårlig ut både på de kvantitative skårene og i de kvalitative vurderingene fra respondentene. Det angis ikke i undersøkelsen mulige årsaker til variasjonene i kvalitet, tilbudsspekter, og tilgjengelighet.

Slike brukerundersøkelser vil imidlertid være viktige i tiden som kommer for å oppgradere tjenestekvaliteten, påvise feilkapasitet og flaskehalser, samt kalibrere relevansen av de tilbud som gis til hver enkelt brukergruppe. Foretaksmodellen gir åpenbart gode muligheter for overføring av erfaringer og felles standarder, både mellom linjeorganisasjonens enheter og overfor de eksterne tjenesteleverandørene. Dessuten er informasjonen såpass konkret at de enkelte enhetene også burde kunne iverksette individuelle korrektive tiltak.

8.4.5 Forebygging

Innenfor spesialisthelsetjenesten for psykiatri og deler av somatikk brukes det ressurser på forebyggende innsats. Forebygging deles gjerne i områdene primærforebygging (generelle tiltak), sekundærforebygging (tiltak for utsatte grupper), tertiærforebygging (tiltak for de som allerede er skadet eller avhengige). Begrepet tidligintervensjon er også sentralt, både innen forebyggings- og behandlingsfeltet (jf. sak 40/05, vedlegg 1; Arbeidsgruppe III; 2005c).

Det er ennå et åpent spørsmål i hvilken grad Rusforetaket bør engasjere seg på dette feltet, eller utelukkende fokusere på intervensjon og behandling. I Rusforetaket har imidlertid Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget (MNK-rus) sammen med kommunene den sentrale rollen omkring rusforebyggende arbeid og prosjekter, men HF/behandlings tiltak kan også selv drive forebyggende arbeid.

Kompetansesenteret driver i hovedsak informativ forebygging; dvs. gir løpende informasjon gjennom bl.a. et eget informasjonsorgan (Midt-Norsk RusInfo), men engasjerer seg også i utvalgte tiltak innen kompetanse- og metodeutvikling (f.eks. «videreutdanning i rusforebyggende arbeid» ved HiNT). Mye av informasjonen synes rettet mot unge rusmiddelmissbrukere, pårørende og grupper i faresonen (utsatt ungdom).

Rusforetaket anfører at det har vært mye diskusjon omkring hva som er god primær- og sekundærforebygging, da det er betydelige utfordringer knyttet til å vurdere og måle effekten av iverksatte tiltak (jf. sak 40/05, vedlegg 1, 2005c).

Som Rusforetakets (de facto) spesialenhet for informasjon og forebygging har MNK-rus i sitt forebyggende arbeid lagt vekt på gjeldende statlige føringer på området. Man hevder å ha prioritert prosjekter i 2005 innenfor områder med god dokumentasjon, men også igangsatt prosjekter for å bidra med ny kunnskap og kompetanse. Dette er med på å styrke Rusforetakets omdømme også på det forebyggende målområdet. Det synes imidlertid ikke å være like naturlig å tenke seg at kompetansesenteret bør engasjeres i «tidligintervensjon», et felt som mer naturlig hører til i de egne enheter eller som del av kontrakten med de private tjenesteleverandørene.

8.5 Forbedringspotensialet

Rusforetaket er tro mot sine målsettinger og mot eiernes forventninger; alle sentrale målområder er tatt med i foretakets operasjoner og rapportert i etterprøvbare former. Årsrapportene (2004-2005) viser egentlig svært gode resultater på alle målområdene. I oppsummering av egenerfaringene med modellen (Hårstad, slidepresentasjon på høstmøte 23.-24.11.2005, Rusforetakets hjemmeside) påpekes det likevel noen områder hvor man ennå ikke har fått til et godt nok resultat, herunder;

- Kvalitet
 - Dokumentasjon, verifikasjon og systematisk forbedring
 - Kompetanseheving
- Bedre samhandling
 - Internt mellom psykiatri, somatikk og rus

- Om tilbudet til barn og unge
- Mellom oss og kommunene, inkl ansvarsdeling
- For lange ventetider
 - Avrusning, klinikk og langtidsbehandling
- Akuttfunksjonen (avrusning innenfor 24t)
- Påførendeopplæring

Rusforetaket har både levert egne innspill og vært bidragsyter i utredninger, aksjonsplaner, strategier etc. som adresserer flere av disse forbedringsområdene; herunder «Overordnet strategi for 2004-2007», «Kvalitetsstrategi for 2004-2007», «Eierstrategi 2010», «Handlingsprogram 2006-2010», «Regionalt rusprogram for 2005-2010», «Pasient- og påførendeopplæring», «Kvalitet, dokumentasjon, pasienttilfredshet», og «Samhandlingsavtaler med kommunene 2007-2010» som illustrasjon på de viktigste. Hele denne dokumentfloraen som også blir støttet av de årlige bestillerdokumentene, utreder sentrale utfordringer både for det regionale helseforetakets samlede drift og for Rusforetakets arbeid innen den valgte organisasjonsmodellen og flere angir også konkrete tiltak som bør iverksettes for å bøte på de mangler den tidligere organisering har gitt.

Både det regionale helseforetaket og Rusforetaket rapporterer om bruk av ulike systemer for å sjekke fremdrift, kvalitet og tilgjengelighet på sine viktigste målområder. Et system (EQS) for kvalitetsledelse er satt i verk for hele helsekonsernet. Et viktig sjekkpunkt i ethvert slikt kvalitetssystem er meldesystemet for avvik og behandlingsrutinene for å lukke avvikene. Fra informantenes side fremheves det at selv om det fins et KS-system, er det ennå ikke utviklet noen egentlig «kvalitetskultur». Likevel gir KS-systemet både strategiske føringer for administrasjonen samt å operasjonalisere mål i den enkelte enhet og avdeling, og år 2005 karakteriseres som KS-årets startpunkt.

Informantene påpeker at det egentlig ikke uttrykker en paradoksal situasjon at man når svært langt på de viktigste målområdene og samtidig avdekker store avvik som ennå ikke er lukket. Hovedpoenget er nemlig knyttet til ønsket i Rusforetaket om å ha en klar forbedringshorisont å strekke seg mot. På alle disse viktige områdene som er listet over er det uten tvil rom for forbedring, kreative løsninger, nye samarbeidsformer, mer effektiv bruk av ressurser, kompetanseutvikling, aktiv profilering osv. Rusforetaket stikker ikke under stol at man ikke har nådd til topps på alle områder. Derimot fremheves det at man faktisk har gjort en målrettet innsats for å nå toppen selv om det ikke har lyktes fullt ut. Forbedringsagendaen blir dermed et positivt bilde på hva foretaket selv kan forbedre seg på, og et nyttig og målbart merke som kan bæres åpent av alle involverte.

9 Diskusjon

Fra årtusenskiftet og frem til i dag har norsk helsevesen vært gjennom en rekke med reformer, inkludert Rusreformen. I organisasjonsteoretisk perspektiv kan vi si at disse er del av en sterk offentlig endringsmotivasjon, formulert av helsemyndighetene og teoretisk begrunnet som del av den nye offentlige ledelsesmåten (New Public Management). Fastlege-/helseforvaltnings-/sykehusreformene har fått stort sett de samme konsekvenser over hele landet når det gjelder valg av eierskaps- og organisasjonsmodell, implementering av tiltak osv. Unntaket gjelder Rusreformen og den spesielle nyskaping som prøves ut innenfor Helse Midt-Norge RHF.

For organiseringen av rusomsorgen i Midt-Norge består Rusreformen således av (minst) to delreformer; en *eierskapsstrategi* hvor endelig organisering av det psykiske helsevernet utsettes inntil evalueringen av rusomsorgen er gjennomført (jf. Eierstrategi for Helse Midt-Norge RHF, datert 30.5.06), og en *organisasjonsreform* hvor en unik modell for strukturell tilpasning av rusomsorgen prøves ut innenfor det regionale helseforetakets regime.

La oss derfor først drøfte betydningen den valgte modellen har for gjennomføringen av Rusreformen, for endringer i kommunenes funksjon og posisjon i behandlingsskjeden og for samhandlingsrelasjoner med andre aktører i behandlingsskjeden. Dernest drøfter vi kjerneforetakets særtrekk, utvikling og tilpasning til Rusreformens utfordringer.

9.1 Stanser rusreformen uten foretaksmodellen?

Rusreformen ble vedtatt uten noen omfattende planleggingsperiode i forkant. De regionale helseforetakene hadde liten tid på seg til å implementere reformen slik Stortinget vedtok den, og det la et stort press på foretakene. Den nasjonale evalueringen (Lie & Nesvåg 2007) viser at de regionale foretakene på en til dels imponerende måte, raskt fikk på plass de nye funksjonene, rollene og rutinene. Også implementeringene av de nye pasientrettighetene kom svært raskt på plass. Foretakene tok også ansvar for å dekke opp for den budsjettmessige underdekningen av reformen. I tråd med kravene fra eieren, Helsestatsråden, økte de regionale foretakene i 2004 og 2005 - budsjettene til «tverrfaglige spesialisttjenestene for rusmiddelmissbrukere», prosentvis sterkere enn budsjettene til somatikken.

I helseregion midt var utgangspunktet dårligere enn for landet ellers, når det gjaldt kapasiteten i det behandlingsapparatet som det regionale helseforetaket overtok som følge av rusreformen. Budsjettgrunnlaget for de regionale helseforetakene ble definert ut fra hvilket nivå det hadde vært på tjenestene i de tre aktuelle fylkeskommunene før reformen. Nivået på tjenestene i disse tre fylkene lå, til sammen, langt lavere enn i landet for øvrig. Dermed overtok Helse Midt-Norge- RHF «sørge-for» ansvaret for de spesialiserte rustjenestene med et budsjett som lå 40 % lavere enn landsgjennomsnittet, om vi måler i forhold til folketallet.

Etableringen av et eget rusforetak i Helse Midt-Norge er begrunnet i målsettinger som også de andre regionale foretakene kunne ha brukt for en tilsvarende organisering. Når målsettinger om å løfte spesielt fram disse tjenestene og denne pasientgruppen ble sett på som så relevante i Helse Midt-Norge, må det blant annet ses på bakgrunn av det utgangspunktet en hadde ved overtakelsen av ansvaret for disse tjenestene i 2004. Et spesielt dårlig utgangspunkt krevde spesielle virkemidler.

Om vi sammenligner budsjettutviklingen i de fem helseregionene i 2004 og 2005, skiller imidlertid ikke helseregion midt seg markert ut fra de andre. Det synes som om kravet fra sentrale myndigheter, om sterkere prosentvis vekst, var effektivt for å få til en relativt sterk vekst i budsjettene i all regionene. Men i 2006, og nå i budsjettene for 2007, synes utviklingen i Helse Midt-Norge å gå i en annen retning enn for de andre regionene. Mens budsjettveksten er markert mindre i de andre regionene i 2006, sammenlignet med 2004 og 2005, fortsetter den sterke veksten i helseregion midt. I alle regionene er det laget ambisiøse planer for utviklingen av disse tjenestene, men det synes primært å være i helseregion midt, at det bevilges midler til å realisere viktige deler av disse planene.

Også på et annet område skiller utviklingen i Helse Midt-Norge seg fra de andre regionale helseforetakene. Det gjelder hvor langt en har gått i retning av å etablere systemer for dokumentasjon og kvalitetssikring, arbeidsgrupper og planer for ulike delområder av tjenestetilbudet, og avtaler og fora for samarbeid. I alle regioner har rusreformen krevd at slike strukturelle tiltak i en langt større grad enn det store deler av dette hjelpeapparatet var vant med. I tillegg har de sentrale rapporteringskravene økt, nå sist, rapporteringskrav til Norsk Pasientregister. I 2006 gjennomførte Helsetilsynet omfattende tilsyn med behandlingstiltak over hele landet. Det resulterte i flere avvik, primært knyttet til manglende kompetanse og dokumentasjon, og krav om bedre systemer for kvalitetssikring.

I alle regioner er dette fulgt opp med økt helsefaglig bemanning, bedre dokumentasjon av virksomheten og mer omfattende rapportering. Men ikke i noen annen region har en sett tilsvarende krav stilt fra det regionale nivået, som i Helse Midt-Norge. I så måte har Rusbehandling Midt-Norge HF vært en effektiv formidler av det regionale helseforetakets krav. Men posisjonen som regionsdekkende HF-organisasjon og faglig sterk styringsenhet, nettopp på områder som kvalitetsstyring og planlegging, har ført til at RMN-HF framstår som den sterkeste styringsenheten for spesialiserte rustjenester i hele landet. Styringen av tjenestene er utvilsomt sterk også i andre regioner, men framstår her som betydelig mer fragmenterte og mindre ensartet.

For de enkelte tiltakene i RMN-HF oppleves dette både som en stor belastning og som en stor styrke. Det stilles sterkere strukturelle krav til rustiltakene i Helse Midt-Norge enn i de andre regionene. Ledelsen ved tiltakene har måttet bruke store ressurser på å etterkomme slike krav. Kravene kan nok oppleves noe forskjellig fra tiltak til tiltak. For eksempel har tiltak med sterkt strukturerte behandlingstilbud, som forutsetter likeartet og konsistent opptreden fra alle ansatte, som de terapeutiske samfunnene, alltid måttet ha en solid dokumentasjon og kvalitetssikring av sin virksomhet. Men for de fleste rustiltak representerer de nye kravene store nye utfordringer. I slike situasjoner er det helt avgjørende at de som skal etterkomme kravene opplever en balanse mellom

omfanget og rigiditeten på systemkravene, på den ene side, og nytten av systemene for kvaliteten på egen virksomhet, på den andre. Ut fra flere intervjuer med ledere på ulike nivå i virksomhetene, kan det synes som om Rusforetaket til tider har beveget seg farlig nær grensen for at denne balansen ikke lenger har vært til stede.

Samtidig ser tiltakene den store styrken som ligger i å kunne etterkomme slike systemkrav, i forhold til den styrkede posisjon det har gitt i forhold til de øvrige spesialisthelsetjenestene og det regionale helseforetaket. I så måte opplever tiltakene seg å være på samme laget som ledelsen og fagstaben i Rusforetaket.

Spesielt tydelig kommer dette fram i de private tiltakene i helseregion midt. I de andre helseregionene har vi sett en spesiell utfordring for de private tiltakene, som er stadig like aktuell tre år etter at rusreformen trådte i kraft. Det gjelder det problematiske skillet mellom hvem som er de private aktørenes avtalepartner og hvem som er deres viktigste samarbeidspartnere. Avtalene inngås med RHFene og vil da først og fremst handle om hvilke spesifikke tjenester den enkelte private aktør skal levere (i samsvar med bestillerutfører modellen). På den andre siden var det en klar målsetting med rusreformen at tilbudene i ulike deler av de operative spesialisthelsetjenestene skulle samarbeide tettere og bli mer organisatorisk integrerte. Det forutsetter både et godt samarbeid mellom HF og de private aktørene i det daglige kliniske arbeidet og en aktiv deltakelse i ulike former for planleggings- og utviklingsarbeid fra ledelse og fagmiljøene i de privat eide tiltakene.

Det er ulike erfaringer med i hvilken grad avtalene mellom RHFene og de private aktørene gir et godt grunnlag for denne typen samarbeid på utførernivået. I de regionene der det er få private aktører står disse i fare for å bli marginalisert i forhold til viktige utviklingsprosesser, og i de regionene der det er mange og relativt store private aktører, står en i fare for å ikke utnytte den kompetanse som disse aktørene representerer. Foreløpig synes det ikke som en har funnet fram til avtaler som avklarer hvilke rolle de private aktørene skal ha, ut over det å levere en bestemt type og mengde tjenester.

I Helse Midt-Norge er situasjonen helt klart en annen. Avtalene mellom de private tiltakseierne og Helse Midt-Norge RHF, inngås de facto med Rusforetaket. Og siden Rusforetaket også er den sentrale styrings- og koordinatorenheten for den kliniske virksomheten, oppstår ikke det samme skismaet som er beskrevet for de andre regionene. Dette er en meget stor fordel i arbeidet for å utnytte, integrere og videreutvikle rustjenestene i regionen.

9.2 Endringer i kommunene

I forhold til bruk av ressurser i sosial- og helsetjenesten i de forskjellige kommunene ønsket vi å avdekke eventuelle endringer i ressursbruk etter at rusbehandling ble et eget helseforetak. I forhold til budsjettering knyttet til tjenester til rusmiddelbrukere, er det få eller ingen betydelige endringer etter rusreformen i de aller fleste kommunene i helseregion midt. Men det generelle inntrykket synes likevel å være at det har vært endringer i prioriteringen av ressursbruken; heller rettet mot mer lokale tiltak i forhold til rusmisbrukere. Dette trenger ikke tyde på at kommunene har økt betydelig i sine arbeidsoppgaver og ressursbruk, men heller at innsatsen internt i kommunene har skiftet

noe fokus. Inntrykket her er at kommunene har noen ressursbegrensninger, men at de til tross for dette klarer å ivareta det helhetlige ansvaret ovenfor rusmisbrukerne.

Antall henvisninger fra sosialtjenestene i kommunene til spesialisttjenestene synes å ha økt noe i de forskjellige kommunene, i alle fall om vi inkluderer henvisninger til LAR. Dette kan tyde på at kommunene bruker mer tid og ressurser på bedre tiltak for rusmisbrukere, noe som henger sammen med meldinger om økt kompetanse og mer tverrfaglig fokus i kommunene. Konsekvensen av økte henvisninger kan være at kommunene får et større antall brukere der de får ansvar for oppfølging i form av kommunale tilbud. Spesielt blir det meldt om at Rusforetaket stiller større krav til kommunene i forhold til LAR.

Det er altså noe flere henvisninger fra sosialtjenestene nå enn før, spesielt til LAR. Det er flere som berøres i prosessen og dermed fører det også til økt innsikt i enkeltsaker. Dette kan ses på som et direkte resultat av at rusmisbrukerne faktisk får vurdert om de har rett på behandling. Videre kan det tenkes at etablerte samarbeidsplaner og generelle holdningsendringer kan ha skapt større innsikt i enkeltsaker.

Pasientrettighetene er hjemlet i Lov om pasientrettigheter av 1. september 2004. Vurdering av rettigheter for rusmiddelmissbrukere innebærer at man først tar stilling til om pasienten har behov for spesialiserte tjenester. Dersom det ikke foreligger et slikt behov, returneres henvisningen til 1. linjetjenesten. Hvis et slikt behov er til stede, tas det så stilling til om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Uavhengig av rettighet, skal det besluttes hva slags hjelp pasienten trenger og på hvilket nivå hjelpen skal gis. For rettighetspasienter fastsettes en frist for når hjelpen senest kan gis ut fra den faglige vurderingen. Pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp, men som kan ha nytte av behandling fra spesialisthelsetjenesten, skal henvises til egnet behandlingstiltak og sted. Pasienten settes på venteliste og opplyses om ventetid og prioritering. Dette er en omfattende prosess som ofte trekker ut i tid.

Alle informantene i de forskjellige instansene i kommunene opplyser om bekymring i forhold til for lange ventetider. Ventetiden kan gjøre det vanskelig for pasienten å motivere seg for behandling. Videre ser man at mangel på institusjoner for denne gruppen kan føre til for dårlige valgmuligheter fra pasienten selv. Det kommer likevel klart frem at flere får behandling nå enn før, men samtidig er det mer usikkerhet i forhold til om det gis rett type av behandling. En forskjell er at det nå må søkes om gjesteplasser, og at denne prosessen kan ta for lang tid. Dette kan henge sammen med økonomiske hensyn; da det er dyrere for Rusforetaket å kjøpe gjesteplasser enn å bruke egne plasser innen foretaket. Dette kan også ha sammenheng med helseforetakets målsetting om at behovet i størst mulig grad skal dekkes innenfor egen region, og med nærhet til pasientenes hjemkommuner.

Tendensene fra kommunene i Helse Midt-Norge viser at lange ventetider kan være et resultat av en økt etterspørsel etter behandling. Dette kan igjen være et resultat av at det har blitt gitt god informasjon om pasientrettigheter, og på grunn av økt etterspørsel etter informasjon om rettighetene fra rusmisbrukerne selv. Til tross for uttrykk om for lang ventetid, kan man se tydelig at det har blitt etablert en større sikkerhet i at rusmisbrukerne blir vurdert på en god måte og at veien videre mot en eventuell behandling blir mer målrettet.

Målsettingen om tverrfaglig tilnærming til rusmisbrukere, og dermed et bedre behandlingstilbud, ser ut til å henge sammen med den økte kompetansehevingen blant ansatte i de forskjellige instansene i kommunene. Resultatene fra intervjuene viser tydelig at det er et større fokus på tverrfaglighet og holdningsendringer i forhold til rusmisbrukerne. Kommunene synes å ha fått en mer målrettet arbeidspraksis innen rusproblematikk, og dette viser seg igjen i etablerte kommuneplaner rettet spesielt mot tiltak og tilbud til rusmisbrukere. Her er det altså en positiv utvikling rettet mot pasienter med både rusmiddelmisbruk, somatiske og psykiske lidelser.

9.3 Relasjoner og samhandling

Rusreformens intensjon er at det samlede tjenestetilbudet skal være dimensjonert i tråd med befolkningens behov. Videre skal tjenestetilbudet være innenfor de intensjoner som ligger til grunn for Stortingets vedtak (om tverrfaglighet og oppfyllelse av pasientrettigheter). Dette skal være et felles ansvar for alle HF-ene i Helse Midt-Norge RHF, og Rusbehandling Midt-Norge HF har fått en sentral koordinerende rolle. Med dette blir det vist til at samhandling både internt i helseforetakene og ikke minst med kommunene, er avgjørende for å lykkes med reformens intensjon. Det er derfor blitt arbeidet med å legge forholdene til rette for etablering av samhandlingsavtaler som primært omhandler ansvar og plikter i forbindelse med inn- og utskrivning av pasienter/brukere til/fra Rusforetaket og kommune, samt andre avtalte samarbeidsforhold. Samarbeidet skal bygge på tillit og åpenhet mellom likeverdige parter som er gjensidig avhengige av hverandre for å kunne gi et godt tilbud til brukerne/pasientene. Videre blir det pekt på at samarbeidet bør skje ut ifra en felles forståelse av ansvar og plikter, og at et godt samarbeid forutsetter forankring i ledelsen som legger til rette for samhandling og aktivt sørger for at avtalen blir fulgt opp på alle nivåer. Rusforetaket skal altså arbeide for en tettere *integrasjon* av spesialisthelsetjenestene, samt bedre samarbeid mellom rusfeltet, psykiatri, somatikk og kommuner. På dette feltet er det ikke satt noen operative delmål; all aktivitet som øker samhandlingen anses som en forbedring.

Både på kommunalt nivå og innenfor Rusforetaket skal tjenestene som gis være reelt tverrfaglige. Hovedmålsetningen er altså å sikre et godt og effektivt samarbeid mellom kommunen og Rusforetaket slik at mennesker med rusmiddelproblemer får et best mulig tilbud tilpasset sin situasjon.

Spørsmålet blir da her om rusbehandling som et eget helseforetak har bidratt til å styrke og/eller svekke denne målsettingen, og hvilke områder innen rusbehandling dette eventuelt gjelder.

9.3.1 Samhandling innen spesialisthelsetjenesten

Generelle uttalelser fra fagpersoner i rustiltakene tyder på at det er blitt enklere å få til et greit samarbeid mellom rustiltakene og de somatiske spesialisthelsetjenestene. Utfordringen er da egentlig heller ikke så stor. Det dreier seg primært om å få aksept i det somatiske feltet for rusmiddelmisbrukeres rett til somatiske spesialisthelsetjenester, på linje med andre innbyggere. Her synes en å ha kommet ganske langt de siste årene.

Faktisk er det også en betydelig økt interesse i de somatiske spesialisthelsetjenestene for hvilken betydning rusmiddelbruk har for somatiske skader og lidelser, og behandlingen av dem. Dernest er utfordringen å få til en god logistikk i forhold til inntak og oppfølging etter behandling fra de somatiske spesialisthelsetjenestenes side. Også det synes å fungere rimelig godt. I så måte er det interessant når vi i tverrsnittsundersøkelsene, kunne se at behovet for somatisk utredning er gått fra å være et ofte udekket til et sjeldent udekket behov hos pasienter i helseregion midt.

I forhold til psykiatrien er utfordringene ofte større med krav om mer samtidighet i behandlingen av rusmiddelavhengighet og psykiske lidelse, og erfaringene i forhold til samarbeid mer varierte. Både i kommunene og i rustiltakene er det ulike vurderinger av utviklingen. Noen resultater fra våre undersøkelser tyder på at utviklingen i helseregionen har vært rimelig god, og bedre enn i landet for øvrig. Ut fra tverrsnittsundersøkelsene kunne vi lese at andelen pasienter en ikke kjente til om hadde psykiske problemer, er redusert fra 46 % til 5 % (klart lavere enn i landet for øvrig). Videre oppgis psykiatrien som samarbeidspartner for flere av pasientene i Helse Midt-Norge enn i landet ellers.

Også den ene av pasienthistoriene kan stå som et eksempel på hvordan rustiltak og psykiatrien nå lettere synes å komme fram til bedre samarbeidsformer, også der en utgangspunktet kanskje hadde syntes det var greiere om den ene tjenesten tok på seg eneansvaret for pasienten.

Mye tyder derfor på at samhandlingen mellom de tverrfaglige spesialisttjenestene for rusmiddelmissbrukere og psykiatridelene av spesialisthelsetjenesten er relativt omfattende i Helse Midt-Norge-Norge, sammenlignet med de andre helseregionene.

9.3.2 Samhandling mellom kommunene og spesialisttjenestene

Det kommer klart frem av intervjuene at Rusforetaket som egen organisasjonsenhet er lite synlig for de forskjellige instansene på kommunalt nivå. Instansene i de gjeldende kommunene ser få eller ingen sammenhenger i forhold til interne endringer knyttet opp mot foretaket. Inntrykket fra kommunene er heller at endringene skyldes bedre samarbeidsrutiner og fokus på økt kompetanseheving internt i de forskjellige instansene. Denne avstanden til selve Rusforetaket kan tenkes å være en konsekvens av manglende innarbeidede rutiner og informasjon.

Kommunene forholder seg primært til spesialisttjenestene som henvisende instans i enkeltsaker. Vurderingene av samarbeidsforhold er derfor sterkest preget av samarbeidet med enkelttiltak og i liten grad med Rusforetaket som sådan. Kommuneundersøkelsen viste at de fleste kommunene i helseregion midt opplever at Rusforetaket ivaretar sitt «sørge-for» ansvar i forhold til å tilbyd gode tjenester i slike enkeltsaker, på en like god eller bedre måte enn det fylkeskommunene og kommunene gjorde før rusreformen. Ja, ingen annen region har så mange kommuner som opplever at ansvaret blir ivaretatt på en bedre måte.

Fra 1.1.2007 er det inngått en samhandlingsavtale mellom Rusbehandling Midt Norge HF og kommunene i Midt Norge. Samhandlingsavtalen skal sikre et godt og effektivt samarbeid mellom kommunen og Rusforetaket som blant annet innebærer at pasientene

skal få sosial- og helsetjenester på rett nivå, av god kvalitet og til rett tid, og de skal oppleve trygghet, forutsigbarhet og kontinuitet. Videre skal avtalen sikre gode rutiner mellom kommune og helseforetak i tillegg til at ressursutnyttelsen i kommunen og i Rusforetaket skal være mest mulig effektiv. Avtalen regulerer samhandlingen mellom kommune og Rusforetaket på et overordnet nivå, og det er hjemlet at det skal kunne utvikles og godkjennes prosedyrer og rutiner knyttet til aktuelle områder for samhandling eller som har innvirkning på samhandlingen. I tillegg til disse målsettingene omhandler avtalen ansvar og plikter i forbindelse med inn- og utskrivning av pasienter til/fra Rusforetaket og kommune, samt andre avtalte samarbeidsforhold.

Dersom denne avtalen blir lagt til grunn for samhandlingen mellom kommunene og Rusforetakets ulike tiltak, vil det langt på vei møte mange av de utfordringene som kommunene har formulert i sin relasjon til Rusforetaket i Helse Midt-Norge.

9.4 Rusforetakets institusjonalisering

Selv om Rusforetaket hviler på forutsetningen om en evaluering av prøvedriften, arbeider den også som en organisasjon med et mer langsiktig og permanent siktemål. Derfor finner vi flere trekk hvor selve institusjonaliseringen av organisasjonen søkes styrket. Dette gjelder ikke bare den formelle organisasjonsstrukturen og dens implikasjoner for tjenesteleveranser, kommandolinjer, kommunikasjonsformer etc., men også tiltak som sikrer Rusforetaket bredere legitimitet i forhold til hele gruppen av interessenter. Gjennom intervjuene er det tydeliggjort at Rusforetakets interessenter ikke bare omfatter de formelle aktører inntegnet i organigrammet, men også kommunene, andre helseforetak i Midt-Norge og ikke minst rusmiddelmissbrukerne og deres pårørende.

Rusforetaket iverksetter derfor tiltak som både omfatter regulative, normative og kognitive tilpasninger til sine omgivelser. Kravene fra det regionale helseforetaket og dets overordnede eier danner en klar *regulativ* ramme for innretning og styring av Rusforetaket. Her fins de formelle regler som Rusforetaket må forholde seg til, og materialet bekrefter at organisasjonen følger spillereglene svært nøye. Lovverket og rusreformene gir sammen med overordnede styrings- og bestillerdokumenter et handlingsgrunnlag Rusforetaket ikke stiller spørsmålsteget ved, men tilpasser seg lojalt. Dette gjelder i særdeleshet lov om spesialisthelsetjeneste, men også allmenne regelverk som arbeidsmiljølov, HMS-forskrift o.l.

Et av siktemålene for Rusforetaket er å synliggjøre rusmiddelmissbrukergruppens behov for tilpasset behandling og øvrige tjenester. Det å bedre denne gruppens «verdighet» som sosial- og helsetjenestebrukere angår normer om hva som er rett og galt i rusomsorgen. Tiltak som kan gjennomføres omfatter både retten til «individuell plan» og behovet for opplæring av både pasientene selv og deres pårørende. Slike tiltak har både en regulativ og en *normativ* side. I lov om spesialisthelsetjeneste § 3-8, slås det fast at opplæring av pasienter og pårørende er en av sykehusenes fire viktigste oppgaver. En anerkjent modell for slik opplæring er Lærings- og mestringsentra (LMS) slik det finnes i flere helseforetak i Norge.

I Bestillerdokumentet for 2006 pålegges Rusforetaket å utvikle tilbud for pasienter og pårørende som har behov for dette. HMN-RHF har dessuten vedtatt et Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring for perioden 2004-2007. Styret for Rusbehandling Midt-Norge har i tråd med dette besluttet (19.12.06) å iverksette et prosjekt med tanke på planlegging av oppstart av et lærings- og mestringssenter (LMS-RuS) innenfor rusfeltet fra 1.1.2007.

Et slikt tiltak vil både møte behovet hos brukerne, men også kunne være en arena for tettere samarbeid mellom psykiatri og rus. Dermed vil det også kunne påvirke de normative mekanismer som befester hva som er «rett og rimelig» på dette feltet. Et slikt normativt grunnlag vil kunne føre til en form for rasjonalitet som tilsier at det er fornuftig å styrke innsatsen som er i tråd med fremvoksende normer og økt synlighet og likestilling for rusmiddelmissbrukere. Rusforetaket kan derved forsterke dette normgrunnlaget og samtidig bringes i parallellfase med det regionale helseforetakets og de enkelte helseforetakenes konkrete tiltak for å styrke innsatsen på dette feltet i Midt-Norge. Slik sett skal (jf. sak 44/06 - Rapport om pasient- og pårørendeopplæring: 4):

Rusbehandling Midt-Norge (skal) sørge-for at det samlede tjenestetilbudet til personer med rusrelaterte problemer i regionen utvikles og kvalitetssikres på best mulig måte i tråd med det regionale helseforetakets «sørge-for-ansvar», herunder også pasient- og pårørendeopplæring.

Ved å tilpasse seg både det regulative og normative grunnlaget som preger en spesialisthelsetjeneste oppnår Rusforetaket også en økende grad av legitimitet. Dermed blir det også slik at Rusforetakets motivasjon for sine handlinger, liksom de øvrige helseforetakenes, blir «tatt for gitt», dvs. blir implisitte, ikke-uttalte og som oftest heller ikke utfordret av interessentene. Slik *kognitiv* legitimitet er vanskeligere å se, men ikke desto mindre viktig. Den sikrer ro rundt de utviklingstiltakene Rusforetaket må gjennomføre for å befeste det bildet det selv har gitt av sin egen form og arbeidsmåte.

Det er først om Rusforetaket bryter med de viktigste forestillingene interessentene har av organisasjonen, at vi tydelig kan observere hva denne legitimiteten består i. De tiltak som Rusforetaket formulerer om sine mål og målgrupper må etter hvert gjennomføres i tråd med uttalte intensjoner og planer for å vedlikeholde denne legitimiteten. «Sørge-for-ansvaret» må altså aktivt fylles med innhold. Dette gjør Rusforetaket ved å øke porteføljen av tjenester, redusere ventelister og køer, øke profesjonaliteten, sikre kvalitet i alle ledd og holde seg innenfor gitte forvaltningsmessige og budsjettmessige rammer.

9.4.1 Aktiv identitetsforvaltning

Rusforetakets organisasjonsform ligner altså på de øvrige helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF, men den er ulik den måten man organiserer rusomsorgen i de øvrige regionale helseforetakene i Norge. I den forbindelse er det interessant å beskrive hvordan Rusforetaket har gjennomført sin forvaltning av identitet i prøveperioden. På et vis er Rusforetaket fanget av en «bølge» hvor man kopier hverandres organisasjonsmodeller. HMN-RHFs organigram viser tydelig hvordan alle helseforetakene er ordnet over samme lest, alle med samme formelle organ knyttet til seg, alle ordnet med parallelle beslutningsarenaer og likeartede kommandolinjer. Både ut hensynet til funksjonalitet og hensiktsmessighet kan det være forståelig at så har

skjedd, det gir en oversiktlig organisasjonsstruktur som kan effektivisere de administrative beslutninger som må iverksettes innenfor hele helsedivisjonen i Midt-Norge.

På den annen side kan forklaringen på denne frivillige «ensrettingen» også være knyttet til ønsket om en tydeligere profilering av rusfeltet, slik det opprinnelige styrevedtaket antyder (jf. sak 69/03). En slik «særomsorgsorganisering» av rusfeltet kan altså være knyttet til ideen om en mer aktiv forvaltning av organisasjonens identitet, enn det andre organisasjonsformer vil tillate. Når rusfeltet organiseres som del av de enkelte helseforetakenes avdelinger, forsvinner også muligheten til en tydelig identitetsutvikling.

Identitet konstitueres ved at man selv sammenligner seg med, og blir sammenlignet med andre (McCall & Simmons 1966). Like mye handler det om å være seg bevisst sin ulikhet (Hatch & Schultz 2002; Corley et al. 2006). Moderne organisasjoner er identitetssøkende aktører. Når identiteten utfordres vil dessuten motivasjonen for å adoptere hverandres modeller øke (Røvik 1998). Identitet er et relasjonelt fenomen hvor sammenlikning er viktig. Organisatorisk identitet skapes ved bevissthet om hvem en er i relasjon til, f.eks. gjennom kontrastering eller identifisering (ulik/lik), gjenkjenne det unike ved sammenligningsobjektet, klargjøre hvorvidt det er forbilledlig eller avstøtende og om modellen er et godt eller dårlig eksempel.

Adopsjon av en organisasjonsoppskrift, slik Rusforetaket kan ses som resultatet av, er i dette lyset altså først og fremst en bevisst identitetsforvaltning, motivert av ønsket om både å imitere (de andre, selvstendige helseforetakene) og differensiere (det øvrige rusfeltet). Rusforetaket markerer altså både likhet og forskjellighet samtidig. I denne prosessen ligger det et dynamisk element, nemlig å nærme seg idealet og fjerne seg fra vrengebildet.

Rusforetaket forvalter sin nyskapte identitet svært aktivt gjennom egne publikasjoner, egen nettside og selvsagt gjennom deltakelse på en arena hvor det er formelt likestillt med de øvrige helseforetakene i Midt-Norge. Dermed signaliseres tydelig den nye tilknytningsformen til HMN-RHF og dets ideelle organisasjonsstruktur og forskjelligheten fra resten av rusfeltets organisering i Norge. En genuin organisatorisk identitetsutvikling kan derfor sies å ha vært del av Rusforetakets utviklingsprosess helt siden oppstarten i 2004. Rusforetakets organisasjonsidentitet er annerledes enn rusfeltets vanlige uttrykksform, men det er mer likt de selvstendige helseforetakenes identitet. Denne profilen er bevisst villet og tydelig utviklet.

9.4.2 Klare trekk eller tvetydigheter?

Denne delen av evalueringen har lagt vekt på de formelle sider ved Rusforetakets organisering; struktur, strategi og leveransesystemer. De mer uformelle elementene i en organisasjon, f.eks. organisasjonskultur, læring, makt og innflytelse, kommunikasjonsmønstre osv. er ikke tatt med i vurderingen. Selv om både de formelle og uformelle elementene henger sammen og ofte ikke helt kan skilles fra hverandre, hevder mange at en endringsprosess bør begynne med det formelle systemet. Endringer

i strategi og struktur går forut for endringer i organisasjonskultur og andre formelle sider i organisasjonen (Kotter 1996; Miles 1997).

Og det er gode grunner til å se det slik: For det første er det faktisk de formelle elementene som best kan formes og kontrolleres av ledelsen i foretaket, slik som for eksempel valget av funksjonsorganisering av Rusforetaket. For det andre er det en godt underbygd observasjon at organisatorisk atferd gjerne påvirkes av de formelle strukturer og strategier. Om Rusforetaket organiserer seg smart oppnår man den riktige atferd i forhold til de oppsatte mål. For det tredje kan endringer i strukturen påvirke maktforholdene; formell makt kan omfordes og kildene til uformell makt kan kontrolleres i en ny kontekst. Og for det fjerde kan også endring i struktur og strategi skape endringer i organisasjonskulturen. En utfordring for Rusforetaket i denne forbindelse er at de tidligere separate enhetene ikke nødvendigvis deler den samme kulturelle forståelse av hvordan rusbehandlingen skal gjennomføres; subkulturer vil være et vanlig fenomen og kan representere en interessant utfordring som kan møtes gjennom ulike former for læringsprosesser (jf. omtalen av «tversgående forbindelser» i kap. 4.2.1).

Til sist, og for det femte vil det å endre organisasjonens formelle elementer også kunne ha en vesentlig symbolsk effekt. Rusforetakets formelle jevnbyrdighet i organigrammet i det regionale helseforetakets divisjonsgruppe signaliserer en ny orden, både innad og utad. Slike symbolske signaler kan gi Rusforetaket større legitimitet og støtte hos sine interessenter, noe som i sin tur kan gi bedre tilgang til materielle ressurser gjennom økte bevilgninger, flere stillinger osv.

Med bakgrunn i de forbehold som gjøres over, er det likevel sett under ett rimelig å kunne anta at de trekk vi har kartlagt og analysert ved Rusforetakets organisasjonsform og innplassering i det regionale helseforetakets divisjonaliserte struktur, faktisk er ganske klare. De målene som opprinnelig ble satt for reorganiseringen av rusfeltet i Midt-Norge har vist seg både forståelige og kodifiserbare for det nye Rusforetaket. Riktignok ble ikke disse målene operasjonalisert, de ble mer definert som områder hvor Rusforetaket måtte demonstrere at det både forstod utfordringene og forbedret sin innsats. Det har Rusforetaket tydeligvis gjort.

Det er derfor også interessant å iakttå hvilken strategi det regionale helseforetaket har brukt for å sikre at den nye organisasjonsformen fikk bryne seg mot reelle utfordringer. En tenkemåte henter sitt rasjonale fra store organisasjoner som har lyktes i å møte endringer gjennom strategisk nyorientering (Nadler & Tuschman 1990). Denne teorien hevder at økende global konkurranse og økende press utenfra krever at ledelsen har en større bevissthet rundt organisasjonens ledelsesstruktur. Hvor godt organisasjonen lykkes avhenger av ledelsens evne til å manøvrere seg gjennom endringenes utfordringer. Derfor er det viktig å bygge en struktur og en ledelsesform som takler endringspresset. En ledelsesmodell med vekt på nyorientering er derfor nødvendig om organisasjonen skal være vellykket i turbulente omgivelser.

Mange organisasjonsendringer skjer som tilpasning til eksterne krav og rammer; f.eks. vil alle reformene i helsesektoren være en pådriver for endringer. Slike endringer vil da vanligvis være *reaktive*, dvs. de inntreffer som respons på systemnedbrytende krav. Andre endringer kan iverksettes fordi ledelsen ser en fremtidig mulighet, en nisje, et

nytt marked, en ny leveringsmåte for sine tjenester osv. Rusreformene kan altså oppleves som et handlingsrom det er mulig å fylle med nye tilbud eller en ny leveransestruktur. På den annen side kan slike tilpasninger både være inkrementelle, dvs. at vi gjennomfører endringen i små skritt eller radikale (strategiske) ved at man drastisk skifter organisasjonsspor. Vi kan altså tenke oss prinsipielle organisasjonsendringer som kombinerer disse responsene slik som vist i figuren under:

	Inkrementell	Strategisk
Proaktiv	Harmoniserende	2. Nyorientering
Reaktiv	Tilpasning	1. Gjenskaping

Hva slags posisjonering er det Helse Midt-Norge RHF egentlig har gjennomført med sitt selvstendige Rusforetak? Er den reaktiv som respons på Rusreformen, eller proaktiv i forhold til fremtidige behov innen rusfeltet, er den en fremrykning i små steg eller som en strategisk posisjonering?

Fra lederintervjuene fremgår det at det regionale helseforetaket faktisk har benyttet to av disse organisasjonsstrategiene i sitt reformarbeid. En av informantene sier;

I starten måtte vi tilpasse oss de eksisterende enheter og ordninger, derfor ble man da noe reaktiv. Etter hvert, med egne planer og tiltak har endringen blitt proaktiv. I begge situasjoner har den vært strategisk.

Det regionale helseforetaket bygget naturlig nok på de ordninger rusfeltet i Midt-Norge allerede hadde etablert, før det altså tok et ”strategisk grep” og iverksatte en drastisk endring. To andre informanter uttrykker det slik;

Man har tatt det beste fra det som var for å skape noe nytt, og dermed har man blitt strategisk i både pro- og reaktiv modus.

Ideen om et eget Rusforetak var et kvantesprang, dvs. en strategisk satsing, som først var reaktiv, deretter proaktiv med videreutviklingen av foretaket.

Alle informantene er således entydige i sin vurdering av den strategi som ble anvendt. Den anfører at Rusforetaket ikke ble bygd fullstendig fra grunne, det eksisterte enheter og tiltak som ble med inn i det nye foretaket. Derfor var starten reaktiv, selv om den også var strategisk. Den tilsvarende i vår typologi det vi kaller «Gjenskaping». Den videre oppbyggingen har vært både proaktiv og strategisk, og motsvarer «Nyorientering».

Hva sier så denne teorien om slike valg knyttet til store organisasjonsendringer? For det første at slike endringer er nødvendige, for det andre at gjenskappingsendringer er mest risikable og for det tredje at nyorienteringer som oftest er forbundet med suksess

(Nadler & Tuschman 1990:80; Busch et al 2003:34). Gjenskapende endringer er følsomme fordi de ofte iverksettes under krisebetingelser og sterkt tidspress. Nyorienteringer derimot har fordelene av at organisasjonen selv setter mange av betingelsene for endringene; bestemmer tidsrammen for tiltakene som skal gjennomføres, bygger koalisjoner med relevante interessenter og bemyndiger nøkkelpersonell slik at de kan være effektive i den nye organisasjonen. Rusforetakets rammer ble riktignok gitt gjennom Rusreformene med innholdet i hvordan målene skulle oppnås er gitt av helseforetaket selv. Tidsrammen for prøveperioden er satt av eieren, det regionale helseforetaket og synes å være satt med bevisstheten om at det må være en reell prøvetid, ikke for lang, ikke for kort. Nøkkelpersonellet er håndplukket gjennom godt gjennomførte prosesser og man inngikk avtaler med private tjenesteleverandører.

Dessuten har topplederne fått rimelig tid til å utvikle og skjerpe forståelsen av at Rusforetaket trenger en tydelig og godt profilert kjerneverdi; nemlig å høyne rusfeltets synlighet. En av informantene sier det slik;

... man ønsket å adressere utfordringen først ved å skape større oppmerksomhet. Et eget Rusforetak kunne være et godt virkemiddel.

Hvilke forutsetninger knytter seg til ledelsen av slike endringer? En radikal endring i organisasjonsformen gjennomføres selvsagt ikke bare en gang for alltid. Selv om Rusforetaket kan iverksette tiltak som treffer de angitte målområdene godt, må både kommunikasjons-, lærings- og ledelsesprosesser utvikles i takt med kravene fra eksterne omgivelser og de viktigste interessentene. Engangstiltak duger sannsynligvis ikke!

9.5 I hvilken retning ligger fremtiden?

Det var et ensartet og klart bilde av den ønskede fremtiden som ble tegnet særlig gjennom intervjuene med lederne i det regionale helseforetaket og i Rusforetaket. Den nære fremtid er preget av stor tiltro til at den valgte organisasjonsmodell med konsern på regionnivå og funksjonell organisasjon på enhetsnivå, ga driftsmessige fordeler. Ved å likestille Rusforetaket med de øvrige helseforetakene bringes rusbehandlingen tydelig inn i synsfeltet for hele regionens tjenesteproduksjon. Det gir dessuten Rusforetakets ledelse trening i og deltakelse på de samme arenaer som de øvrige foretakene. Dermed blir det lettere å forstå de utfordringer de øvrige foretakene møter og kunne utveksle ideer om beste praksis på utvalgte områder. Samtidig har Rusforetaket sin egen utviklings- og forbedringsagenda; nemlig i praksis å samle rusfeltet slik at det faktisk lar seg innpasse i en ny struktur og en annerledes behandlingsskjede.

Dokumentasjonen av hvilke resultater Rusbehandling Midt-Norge HF, egne tiltak og private tiltakspartnere, har oppnådd så langt, fremstår som svært positive, både målt mot situasjonen i regionen før rusreformen og mot utviklingen i de andre helseregionene. Dette gjelder særlig på tre områder:

1. Rusreformen innebar en overtakelse av eierskap til flere tiltak, overtakelse av avtaler / nye forhandlinger om avtaler med private aktører, nytt lovverk i forhold til kompetanse (tverrfaglighet, krav om helsefaglig kompetanse) og

organisasjon, og nye pasientrettigheter. Samtidig er rusmiddelmissbrukere en pasientgruppe der svært mange har omfattende og sammensatte hjelpebehov og en måte å forholde seg til hjelpeapparatet på som ofte er annerledes enn andre pasientgrupper. Spesielt for rusreformen var også at det ble gitt henvisningsrett til både sosialtjenesten og fastlegene i kommunene. På samme måte som de andre regionene, har en også i Helse Midt-Norge fått til en god og rask implementering av de nye funksjonene, rollene og rutinene som rusreformen krevde. Dette har i seg selv vært et omfattende arbeid som er utført på svært kort tid. I denne prosessen har et eget rusforetak med en kompetent ledelse og fagstab vært et effektivt redskap.

2. Alle helseforetak er blitt stilt overfor klare krav om vekst i budsjetter, plasser og bemanning innen de tverrfaglige spesialisttjenestene for rusmiddelmissbrukere. For alle helseforetak har det betydd krav om interne omprioriteringer ut over økningen i rammeoverføringene fra staten. Gjennom en sterkere og mer langvarig vekst i budsjettene har Helse Midt-Norge-Norge RHF gått fra å ha den dårligste kapasiteten til å ha den relativt beste kapasiteten i landet, om en vurderer det i forhold til andelen av de henviste pasientene som får rett til nødvendig helsehjelp og hvor lenge pasientene må vente på behandling. Det sentrale kravet om en prosentvis vekst større en somatikk, kunne vært oppfylt på et langt lavere nivå. Dette er desto mer imponerende når en ellers vet hvilke økonomiske utfordringer Helse Midt-Norge-Norge RHF ellers har stått overfor. Det er sannsynlig at et faglig og administrativt sterkt rus-HF med eget styre og representasjon i RHFets ledergruppe har vært avgjørende for å kunne oppnå slike resultater. Det er vanskelig å kunne se for seg hvordan små rusenheter spredt i de andre HFene, kunne vunnet fram i ressurskampen på samme måte.
3. Alle helseforetak har møtt krav om bedre rapportering, dokumentasjon og kvalitetssikring fra både departement og helsetilsyn. Alle helseforetak har også hatt krav på seg om å utarbeide planer for utvikling av tjenestene. I tillegg til alt dette kommer krav om å utvikle bedre samarbeidsforhold internt i spesialisthelsetjenestene og til kommunene. I de andre helseregionene synes strategien å ha vært å gjøre det som har vært nødvendig for å møte disse kravene. I Helse Midt-Norge har vi et sterkt inntrykk av at RMN-HF langt på vei selv har formulert hvilke krav de ville stille til seg selv og sine tiltak, og dette er krav som ofte har gått lenger og vært mer omfattende og ambisiøse enn eksternt formulerte krav. Dette har nok til tider vært en stor belastning for store deler av behandlingsapparatet men har samtidig trolig styrket kvaliteten på tjenestene og hevet tjenestenes posisjon i resten av Helse Midt-Norge – systemet.

9.5.1 Utfordringene

Hva er så de største utfordringene videre for både Helse Midt-Norge og de andre helseregionene? I den nasjonale evalueringen har vi pekt på tre forhold som også synes relevante for Helse Midt-Norge (se Lie & Nesvåg 2006, for en mer detaljert drøfting av disse temaene):

- Organiseringen av forholdet mellom de kommunale helse- og sosialtjenestene og spesialisthelsetjenestene bygger på et prinsipp om det vi kunne kalle lineær ansvarsoverføring; henvisning – vurderinger – inntak – opphold – utskriving – oppfølging. Ut fra dette prinsippet er det gitt rettigheter og utarbeidet prosedyrer og kriterier for overføringene i hvert ledd. Dette er et system som i praksis viser seg å skape mange brudd i hjelpe-forløpene for den enkelte pasient. Pasientene opplever disse bruddene som mer problematiske enn selve ventetiden på å komme inn i behandling. I forhold til denne utfordringen framstår den nylig inngått samhandlingsavtalen mellom RMN-HF og kommunene som et meget lovende utgangspunkt for å utvikle praksisformer som hindre slike brudd. Igjen kan det synes som om Helse Midt-Norge, gjennom RMN-HF, er mer offensive enn de fleste andre helseregioner. At en kan ha kommet lenger i denne typen koordinert hjelpetilbud i Helse Midt-Norge, enn i resten av landet, kan også den høye andelen pasienter med Individuell Plan, være en indikasjon på; I 2006 var det 48 prosent av ruspasientene i Helse Midt-Norge som hadde IP, mot 34 prosent i resten av landet.
- Den andre store utfordringen for både Helse Midt-Norge og de andre helseregionene, er de manglende strategiene for forebygging og tidlig intervensjon. Vi vet nå mye om hvilket potensial det er for å drive forebygging og tidlig intervensjon overfor rusmiddelrelatert problematikk i spesialisthelsetjenesten. Her synes ikke RMN-HF å være like offensive. For eksempel inneholder Handlingsplanen fram til 2010 ingenting om en slik strategi.
- Sannsynligvis vil systemet med behandlingsnivå innen de tverrfaglige spesialisttjenestene for rusmiddelmissbrukere, falle bort. I den nasjonale evalueringen har vi gitt støtte til dette. I forhold til alle pasienter med langvarige problem og behov for varierende med langvarige tilbud fra spesialisthelsetjenestene, er dette svært viktig. Men verken i Helse Midt-Norge eller i de andre helseregionene synes det til nå å være utviklet noen strategier for hvordan dagens tiltak, eller eventuelt nye typer tiltak, skal inngå i slike langvarige behandlings- og rehabiliteringsprosesser.

9.5.2 Veivalgene

Er så Rusforetaksmodellen den beste for å møte disse utfordringene? Rusforetaksmodellen har utvilsomt vist seg å være svært effektiv i forhold til implementeringen av de strukturelle kravene til de nye spesialiserte tjenestene til rusmiddelmissbrukere. Men er den det også i forhold til å utvikle funksjonaliteten i tjenesteapparatet? Vårt syn er at det da vil kreves et taktskifte i Rusforetaket, i forhold til:

1. Hvilke tema som skal gis mest oppmerksomhet, dvs. mer oppmerksomhet rettet mot funksjonaliteten i tilbudet til den enkelte pasient, enn mot fortsatt størst oppmerksomhet på krav til styring, rapportering, dokumentasjon og kvalitetssikring.

2. Hvilken strategi som bør brukes for medvirkning i forhold til styring, dvs. mer vekt på en aktiv medvirkningsstrategi i forhold til fag- og organisasjonsutvikling og mindre på styring gjennom krav til tjenestene.
3. Hvilke indikatorer som er de beste for å måle oppnådde resultater, dvs. utvikling av gode indikatorer for kvalitet og resultater som oppnås i behandlingen av den enkelte pasient, for å balanse måleindikatorer i forhold til kapasitetsutnyttelse og økonomistyring. Da er det ikke nok med måling av brukertilfredshet. En må også utvikle indikatorer i forhold til de målsettinger som pasienter og behandlingsapparat blir enige om for den enkelte.

9.6 Mer organisering på tvers?

Rent prinsipielt fremheves det (både gjennom lederintervjuene og i strategidokumentene) det at det regionale helseforetaket kan tenke seg å utvikle flere områder med tversgående (funksjonell) organisering om de antatte fordeler ved et slikt organisasjonsprinsipp holder stikk (jf 'Høringsdokument Eierstrategi for HMN', des. 2005:21,32).

På litt lengre sikt hevdes det at psykiatrifeltet utmerket vel kan organiseres funksjonelt. En informant fremhever;

Et selvstendig psykiatrisk helseforetak vil være et radikalt grep som kan kobles med Rusforetaket og dermed bedre motsvare den utvikling man ser i dag hos rusbrukerne. For tiden er det ikke oppnådd tilstrekkelige synergier mellom enhetene på dette feltet.

En slik organisering av psykiatrien vil kunne gi en fordel for rusfeltet fordi det dermed ville bli lettere å samarbeide med og samordne aktiviteten mellom de to tjenesteområdene. Men som en informant sier;

Det er for tidlig å gjøre endringer i modellen. Man bør snarere øke innsatsen, særlig i samhandlingen med psykiatrien. Over tid kan man tenke på en tettere koordinering og sammenslutning med psykiatrien.

Med en antatt økende gruppe med dobbeltdiagnoser vil en slik organisering kunne gi både effektivitetsgevinster og synergieffekter. I et enda lengre tidsperspektiv (dvs. etter 2010) ser man for seg at rusfeltet og psykisk helsevern kan slås sammen til et helseforetak og at dette lettere kan finne samarbeidsfelter med de ulike (geografisk tilhørende) somatiske helseforetakene.

10 Konklusjon

10.1 Men ble det bedre enn før?

Det er ingen hemmelighet at RMN-HF som organisasjonsform er unik i den norske rusomsorgen. Men det betyr ikke nødvendigvis at den er bedre, bare at rusfeltet er annerledes organisert i Midt-Norge enn i andre deler av landet. Evalueringen av organisasjonsmodellen for Rusforetaket benytter seg av en sammenligning med de andre helseforetakene i Helse Midt-Norge og de øvrige norske helseregionenes vanligste modell for organisering av rusfeltet. I Midt-Norge er rusfeltet organisert «tversgående», dvs. alle relevante rusrelaterte helsetjenester kanaliseres via en felles organisasjon, formelt organisert som eget foretak under betegnelsen «Rusbehandling Midt-Norge HF». Den vanligste organisasjonsformen for helseforetakene både i Midt-Norge og andre helseregioner, er imidlertid en «geografisk» organisering. Dette innebærer at rusfeltet tilordnes de enheter det regionale helseforetaket rår over i de enkelte deler av sine regioner.

Enhver organisasjon har både en struktur og en tilhørende kultur. Denne evalueringen har ikke vurdert organisasjonskulturens profil, eller hvorvidt denne virker som et positivt eller negativt dekningsbidrag til Rusforetakets måloppnåelse. Evalueringen har sitt fokus på *strukturen*, dvs. både den normative og den atferdsmessige regelbinding vi finner i organisasjonen. Dermed har vi vært mest opptatt av det sett med verdier, normer og rolleforventninger som angir ønsket atferd blant organisasjonsmedlemmene. En slik normativ struktur kan i større eller mindre grad være formalisert, i Rusforetakets tilfelle har den vært rimelig høyt formalisert gjennom klare (skriftlige) spesifikasjoner av hva som har vært forventet. Dessuten er atferdsstrukturen blant organisasjonsmedlemmene av en viss varig karakter og den har vedvart en viss tid, faktisk for mange lenger enn selve prøveperioden. Men for Rusforetaket har denne atferdsstrukturen fått en ny organisatorisk ramme, som har presentert flere utfordringer og muligheter enn den foregående organisasjonsformen ga opphav til, hevder informantene.

Metodene som har vært benyttet for denne organisasjonsformstudien kan gi en viss «overtolkning» av de positive virkninger som i utgangspunktet er ønsket av foretakseieren. Særlig gjelder dette bruken av lederintervjuer, som ikke balanseres av motsvarende informasjon fra brukerne eller fra andre viktige interessenter (f.eks. pårørende). Imidlertid gir det omfattende skriftlige dokumentasjonsmaterialet som er stilt til rådighet en god mulighet til å sjekke informantenes utsagn i intervjuene. Dermed blir det mer sannsynlig at bildet blir mer balansert. Selvsagt kan en også hevde at bruk av skriftlige (offisielle) dokumenter også speiler ledelsens syn. Sett under ett kan vi derfor si at denne delen av analysen i hovedsak representerer et «top down» syn på Rusforetakets fortreffelighet og således bør veies mot informasjon og vurderinger fra andre deler av beslutningspyramiden og fra behandlingsskjedens ytterpunkter. I andre deler av evalueringen er slike «bottom up» vurderinger presentert (jf. kap. 4 - 6).

Det er også viktig å understreke at det ikke er innhentet informasjon fra de øvrige helseforetakene innen Midt-Norge om deres syn på Rusforetakets organisasjonsform, drift, finansiering eller fremtidige status. Det er imidlertid ingen indikasjoner fra intervjuene som varslers om at det har vært uenighet om å gjennomføre prøveprosjektet, likestille foretaket rent organisatorisk og administrativt med de øvrige fem helseforetakene innen regionen og samtidig gi Rusforetaket en «head start» ved å tildele ekstra økonomiske ressurser og en ekstra buffer i både «tillatelse og tilgivelse» til å drive med et omforent driftsunderskudd for hele prøveperioden.

Resultatet fra strukturevalueringen er likevel ganske tydelig; den nye organisasjonsformen har vært et godt virkemiddel til å realisere stadig større deler av Rusreformen; dekke behovene hos flere rusmiddelmissbrukere, gi bedre kontakt og oppfølging for de pårørende, være opphav til interessante faglige utfordringer for fagpersonalet, husholdere effektivt med knappe ressurser, igangsette konkrete regimer og tiltak for kvalitetsforbedring, og vise en modell for en fremtidig organisering av både rusfeltet og andre områder av helsetjenesten som kan organiseres likeartet.

Alle informantene er også av den formening at den valgte modellen for organisering av behandlingstjenester i rusomsorgen har svart til forventningene. En informant sier kort og godt:

Definitivt positivt, egentlig over forventning

En viktig grunn til dette og lignende utsagn finnes i at rusfeltet settes i sentrum for det regionale helseforetakets nyorientering. Her møter man nemlig samfunnets raskest voksende utfordringer, sies det. Men rusfeltets faglige profil må styrkes, sier en informant;

Fagets utvikling i forebygging er viktigst, dette skjules i dag og dermed blir samfunnsansvaret ikke så tydelig.

Et slikt synspunkt peker tydelig på grensebetingelsene for Rusforetakets oppmerksomhet. Som vist foran er forebygging nok det minst prioriterte innsatsområdet for Rusforetaket, slik bestillingene er utformet i dag (jf. 5.4.5). Og man er opptatt av at psykiatrien både gjemmer bort rusproblemene og samtidig også representerer et fagfelt som er avgjørende for hvor langt rusbehandlingen kan nå. Derfor ønsker også flere av informantene over tid en «En-dør-ordning», hvor rusbehandlingen er integrert med psykisk helsevern og har en «forløpsorganisering» hvor dobbeltdiagnosepasienter gis tilstrekkelig behandlingsoppmerksomhet.

Myndighetene prioriterer rus-psykiatrikoblingen, og det må det regionale helseforetaket slutte seg til dette. Men samfunnet må også prioritere dette sterkere, kanskje gjennom å utvikle nye former for «samfunnsbudsjett» som motvirker den fragmentering som sektoriseringen av statlige budsjetter i dag skaper, sier informantene.

Likevel mener informantene at fordelene med eget Rusforetak er større enn ulempene og at dette er en organisasjonsform som vil tåle tidens tann. Selvsagt vil det være avgjørende for Rusforetaket at det klarer å etterleve institusjonelle krav som etter hvert vil rettes mot tiltaket i økende grad og det må sikre at det vedvarende er åpent og tydelig i sin handlemåte.

10.2 Hinc robur et securitas?

I kortform vil vi konkludere med at forsøksmodellen som er utprøvd for Rusforetaket viser mange tegn på «styrke og trygghet» (hinc robur et securitas), men har også sårbare elementer. Selv om man i prøveperioden har lyktes i å oppnå minstekravene til implementering av rusreformen, er det ikke gitt at det er den eneste eller den aller beste organisasjonsmodellen som er tenkelig for å nå dit. Men – Helse Midt-Norge har gjennom Rusforetaket snudd det svake utgangspunktet fra (kanskje) dårligst i landet til å bli best når det gjelder ressursvekst og reduksjon i ventetider, har fulgt opp krav til rapportering og dokumentasjon, og gått lenger enn de øvrige regionene når det gjelder systemer for kvalitetssikring. Rusfeltet i Midt-Norge er ikke lenger en rusfeltets «bakgårdskatt», snarere likner det en «hermelin», riktignok en liten sådan, men likevel en kvikk organisatorisk nyskaping på dette feltet som kan være verdt å videreføre.

Men evalueringen har organisatoriske implikasjoner både for det regionale helseforetaket og for Rusforetaket separat.

For det første bør HMN-RHF vurdere om den organisasjonsstrukturen som er utprøvd med seks selvstendige helseforetak, organisert med samme type ordrestruktur men i en hybrid form hvor både funksjonell og geografisk organisering anvendes, skal utvikles til å bli normalformen for hele det regionale helseforetakets innretning. Om så skal gjøres bør det regionale helseforetaket, for det andre, også videreutvikle de læringsarenaer som vil trenge for å gjøre det samlede regionale tilbudet av helsetjenester best mulig tilpasset de operative rammer som gis av myndighetene og de behov som skal møtes i hele helseregionen. For det tredje bør helseforetaket da også vurdere om psykiatrifeltet kan organiseres etter samme strukturmodell som Rusforetaket, for å sikre en bedre kobling av behandlingstilbudet for misbrukergrupper som i ulik grad har dobbeldiagnoser. Dermed vil det også etableres en likeverdighet mellom rusfeltets og psykiatriens organisasjonsform som kan øke synligheten og lette samordningen mellom de to viktige behandlingsskjedene.

For Rusforetakets del vil det for det første være viktig å øke samhandlingen både mellom de fire interne og de tre eksterne tjenesteleverandørene. Her kan det avdekkes spennende områder for tettere samarbeid og organisatorisk læring som kan gagne hele Rusforetakets operasjonsfelt. De interne og de private tjenestetilbyderne skal ideelt sett dekke hele behandlingsskjeden, men både flaskehalser, ujevn kapasitet og store svingninger i etterspørselen gjør det vanskelig å unngå «brudd» i behandlingstilbudene til ulike misbrukergrupper. Rusforetaket må opparbeide en viss bufferkapasitet som gjør at slike brudd minimaliseres.

Alle organisasjonsformer har sterke og svake sider. For HMN har den sentrale utfordringen vært å finne den mest hensiktsmessige strukturering av tjenesteproduksjon for at målsettingene i Rusreformen skal nås. Rusforetakets organisasjonsform største fordel er derfor at rusmiddelmisbrukerne i Midt-Norge synliggjøres og deres behandlingsbehov møtes i større grad enn tidligere. Rusforetakets akilleshæl ligger i at dets mulighet til å videreutvikle seg kan hemmes av balansekrav til driftsbudsjettet, mangel på kompetent (helse)personell, varierende kvalitet på tjenestetilbudet og selvsagt også at den valgte organisasjonsformen kan reversere til en stivnet og tradisjonell hierarkisk struktur (jf. 4.2.1). Derfor må det regionale helseforetaket hele

tiden være på jakt etter de forbedringsmuligheter, læringsgevinster og kompetanseoverføringer som kan iverksettes innen hele helseforetaket.

Det spennende med Rusforetakets organisasjonsform ligger åpenbart i at man kombinerer mange ulike strategiske grep; man har både en hierarkisk form (med egne linjeenheter), en samarbeidsløsning (om forebygging gjennom MNK-rus) og en markedsløsning (kapasitetsøkning gjennom avtaler med private leverandører). Rent strukturelt har man altså i prinsippet oppnådd mye av det beste fra ulike organisatoriske logikker og modeller. Om man ønsker å videreføre Rusforetaket utover prøveperioden, ligger utfordringen i å gjøre denne hybridmodellen så dynamisk som rusfeltet krever, men det er det selvsagt lettere å si enn å gjøre!

Referanser

Faglitteratur:

- Busch, T., E. Johnsen og J. E. Vanebo (2003a): *Endringsledelse i det offentlige*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Busch, T., E. Johnsen og J. E. Vanebo (2003b): *Organisasjons og ledelse. Et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cohen, M. and J.G. March (1974): *Leadership and Ambiguity*. New York: McGraw-Hill.
- Corley, K.G, C.V. Harquail, M. G. Pratt, M.a. Glynn, V. M. Fiol, M.J. Hatch (2006): "Guiding Organizational Identity Through Aged Adolescence", *Journal of Management Inquiry*, Vol. 15 No. 2, June 2006:85-99.
- Halvorsen, K. (1993): *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Bedriftsøkonomens forlag.
- Hatch, M. J & M. Schultz (2002): "The dynamics of organizational identity". *Human Relations*, Vol. 55(8):9989-1018.
- Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1996): *Metodevalg og metodebruk*. 3. utgave. Oslo: TANO.
- Jacobsen, D. I. (2004): *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Kotter, J. P. (1996): *Leading Change*. Boston: Havard Business School Press.
- McCall, G.J. & J.L. Simmons (1966): *Identities and Interactions*. New York: Free Press.
- Miles, R. H. (1997): *Leading Corporate Transformation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mintzberg, H. (1994): *The Rise and Fall of Strategic Planning*. London: Prentice Hall.
- Ouchi, W. G. 1979). "A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms". *Management Science*, 25:833-848.
- Røvik, K. A. (1998): "Identitetsutvikling i moderne organisasjoner". *Magma*, Årg.1, nr. 1:41-51.
- Yin, R.K. (1994): *Case Study Research. Design and Methods*. London: Sage.

Offentlige dokumenter:

Arbeids- og administrasjonsdepartementet (2005) Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008. Publikasjonsnummer: A-0006

Helsedepartementet (2004): Strategidokument. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Publikasjonskode: I-1103 B.

Helseforetaksloven m/forskrifter (se www.lovdata.no)

Helsepersonelloven m/forskrifter (se www.lovdata.no)

NOU (2004). Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet 11. oktober 2004. NOU 2004:18.

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), Om Sykehusreformen. Sjekk tittel! Sosial- og Helsedepartementet.

Pasientrettighetsloven m/forskrifter (se www.lovdata.no)

Rundskriv I-8 (2004). Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Helsedepartementet.

Delrapport II til regionalt rusprogram. Utarbeidet av arbeidsgruppe (oktober 2005).

Sosialdepartementets rundskriv (2004) Orientering om endringer i sosialtjenesteloven som følge av rusreformen. U-1/2004.

Sosialtjenesteloven m/forskrifter (se www.lovdata.no)

Sosial- og helsedirektoratet (2004). Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. IS-1162 Veileder, september 2005.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. IS-1362.

Spesialisthelsetjenesteloven m/forskrifter (se www.lovdata.no)

Dokumenter fra Helse Midt-Norge:

Helse Midt-Norge (2003): Sak 69/03. Organisering av Helse Midt-Norges behandlingstiltak innenfor rusfeltet. Vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF 5.11.2003.

Helse Midt-Norge (2005): Regionalt rusprogram for Helse Midt-Norge 2005-2010 – handlingsplan. Vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF 30.11.2005

Helse Midt-Norge (2006): Eierstrategi for Helse Midt-Norge 2010. Høringsdokument desember 2005. Vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF 30.5.2006

Delrapport II til regionalt rusprogram. Utarbeidet av arbeidsgruppe (oktober 2005).

Dokumenter fra Rusbehandling Midt-Norge:

Rusbehandling Midt-Norge (2004a). Samhandling mellom Rusforetaket og kommuner/øvrige spesialisthelsetjenester. Delrapport I til regionalt rusprogram. Utarbeidet av arbeidsgruppe (desember 2004).

Rusbehandling Midt-Norge (2004b). Videreutvikling av Rusforetakets tjenestetilbud. Delrapport II til regionalt rusprogram. Utarbeidet av arbeidsgruppe (desember 2004).

Rusbehandling Midt-Norge (2005a) Prosjektrapport rus/psykiatriproblematikk: Hvordan sikre god behandling, samhandling og kompetanse i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge? September 2005.

Rusbehandling Midt-Norge (2005b). Kvalitet, dokumentasjon, pasienttilfredshet

Rusbehandling Midt-Norge (2005c). Arbeidsgruppe III: "Kvalitet, dokumentasjon, pasienttilfredshet". Regionalt rusprogram. (20.10.05) <http://www.rus-midt.no/upload/19730/page.html>; datert 080107.

Rusbehandling Midt-Norge (2006). Brukerundersøkelse. Foretaks- og institusjonsrapport (28.2.06).

Rusbehandling Midt-Norge (2006). (Rapport om Pasient. og pårørendeopplæring i Rusbehandling Midt-Norge, 3.12.06). pasienttilfredshet". Regionalt rusprogram. (20.10.05) <http://www.rus-midt.no/upload/73813/page.html>; datert 20.12.06.

Vedlegg

Sentrale forskningsspørsmål i intervjuguiden

- 1. Hvordan ble valget av organisasjonsform gjort?**
 - Hva skal den nye organisasjonsformen egentlig produsere?
 - Hvordan ser omgivelsene nå ut?
 - Hva slags situasjonsfaktorer er de viktigste?
 - a. Alder/størrelse, teknologi, omgivelser, maktforhold
 - Hvilke designparametere ble ansett som de viktigste?
 - a. Design av; stillinger, enheter, strukturkoblinger, beslutningssystemer
 - Hvordan kan de viktigste strukturdimensjonene beskrives?
 - a. Kompleksitet: grad av oppdeling/differensiering av oppgaver
 - i. Vertikal, horisontal, geografisk differensiering
 - b. Formalisering; regler, rutiner, SOP
 - c. Sentralisering; plassering av beslutningsmyndighet
- 2. Hvordan ser de grunnleggende prosesser i organisasjonen ut nå?**
 - Målsetningsprosess og måloppnåelse
 - Kommunikasjonsprosess
 - Beslutningsprosess
- 3. Hva slags modell ble brukt for organisasjonsutviklingsarbeidet?**
 - Medvirkning (bottom up) eller styring (top down)
 - Hva var diagnosens hovedfokus?
 - i. Det som fungerer godt eller det som ikke virker?
- 4. Kan vi se den nye organisasjonsmodellen som en ”radikal endring”?**
 - Hva er det som er tydeligst endret?
 - a. Koalisjons-, atferds-, ledelses- eller transformasjonssystemet?
 - Hvilke faser kan vi identifisere i endringsprosessen?
 - a. Eksponerings- og erkjennelsesfasen
 - b. Klargjøringsfasen
 - c. Endringsfasen
 - d. Stabiliseringsfasen
 - e. Andre faser?
 - Hvilke relasjoner/forbindelser/ sløyfer finner vi mellom fasene?
 - Hvilke funksjoner er tydeligst knyttet til fasene?
 - a. Innovasjon vs. kontinuitet
 - b. Innlæring vs. avlæring
 - c. Atferdsendring vs. rigiditet
 - d. Meningsskapende prosesser vs. etablerte bruksteorier
- 5. Hva er forholdet mellom legitimitet og effektivitet i den valgte løsningen?**
 - i. **Effektivitet** knyttes til den organisatoriske atferd, dvs. til de handlinger som utøves av ansatte og andre som er knyttet til produksjonen av tjenester på dette feltet.
 - a. Snakker vi reelt om en innføring av markedsstyring i denne sektoren, eller beholder vi fremdeles en form for hierarkisk styring
 - b. Er det i den valgte modellen åpninger/fare for opportunistisk tenkning og atferd, dvs. at medarbeidere i det skjulte arbeider med en agenda og mot andre mål enn de som er satt opp av de politiske myndigheter?
 - ii. **Legitimitet** er omtalt både i institusjonell teori og ny-institusjonell teori
 - a. Hva slags legitimitet snakker vi om her?
 - i. Rasjonelle instrumenter for interessentenes behov
 - ii. Organiske systemer som tilpasser seg omgivelsene
 - iii. Pragmatisk, legal, normativ, kognitiv legitimitet