



International Research Institute of Stavanger

[www.irisresearch.no](http://www.irisresearch.no)

Jan Erik Karlsen

## Rusbehandling i Midt-Norge.

### Evaluering av en ny organisasjonsform

Rapport IRIS – 2007/034

Prosjektnummer: 720.2017  
Prosjektets tittel: Rusbehandling Midt-Norge HF. Evaluering av organisasjonsmodell  
Oppdragsgiver: Helse Midt-Norge – Regionalt helseforetak  
Forskningsprogram:  
ISBN: 978-82-490-0514-7  
Gradering: Konfidensiell (åpen fra:15.2.2007)

Stavanger 22. februar 2007

---

Sverre Martin Nesvåg  
Prosjektleder

Sign.dato

---

Terje Lie  
Kvalitetssikrer

Sign.dato

---

Gottfried Heinzerling  
Senterleder

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 RHF (HMN-RHF) ved rusreformen fra 2004. Denne delrapporten tar for seg *organisasjonsstrukturen* i det nye helseforetaket for rusfeltet i Midt-Norge, Rusbehandling Midt-Norge Helseforetak (RMN-HF). Prosjektets samlede vurdering er beskrevet i en egen hovedrapport.

## 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 RHF's divisjonsorganisasjon. Rusforetakets organisasjonsform blir i rapporten betegnet som en «funksjonsmodell», dvs. den har ansvar for å organisere all rusomsorg innen hele helseregion Midt-Norge-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 kontraktbundne 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.**

22.2.2007

Sverre Martin Nesvåg, prosjektleder

## Innhold

1	PROBLEMBAKGRUNN.....	1
1.1	Sånn var det før... ..	1
1.2	men Rusreformen økte valgfriheten ... ..	2
1.3	- den ga oss tre reelle alternativer ... ..	3
1.4	Da valgte vi foretaksformen.....	5
1.5	- så nå vil vi vite om vi gjorde rett?.....	6
2	HELSESEKTORENS STØPEFORMER.....	8
2.1	Endringsledelse og offentlig tjenesteproduksjon .....	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	ORGANIGRAMMENES MASKERADE .....	17
4.1	Rusforetakets «ballkort» .....	17
4.2	Masterorganigrammet for Helse Midt-Norge-Norge .....	18
4.3	Rusforetakets organisatoriske selvbilde .....	23
4.4	Rusforetaket og «ny offentlig forvaltning» .....	26
5	LEVERER RUSFORETAKET «VARENE»? .....	27
5.1	Behandlingskjeden .....	27
5.2	Produksjonsheter, funksjoner og bemanning .....	30
5.2.1	Egne behandlingsheter .....	30
5.2.2	Kontraktsbundne tjenesteleverandører.....	31
5.2.3	Helsedirektoratets tjenestetilbyder .....	32
5.3	Behandlingskapasitet.....	32
5.4	Evaluering av sentrale målområder.....	34
5.4.1	Kapasitet og dimensjonering.....	35
5.4.2	Kvalitet.....	36
5.4.3	Integrasjon.....	38

5.4.4	Brukerevaluering .....	38
5.4.5	Forebygging .....	40
5.5	Forbedringsagendaen .....	40
6	FØRST TIL FREMTIDEN? .....	42
6.1	Institusjonaliseringsprosessen .....	42
6.2	Aktiv identitetsforvaltning .....	44
6.3	Klare trekk eller tvetydigheter? .....	45
6.4	I hvilken retning ligger fremtiden? .....	47
7	NÅR TRÅDENE TREKKES SAMMEN .....	49
7.1	Ble det bedre enn før? .....	49
7.2	Styrke og trygghet? .....	51
8	REFERANSER .....	53
	VEDLEGG .....	56
	Sentrale forskningsspørsmål i intervjuguiden .....	56

# 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
- 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 men 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 - den 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 kompetansenhet 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. Samspillet 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 overgangperiode 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 rusmiddelmissbruk i regionen. 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 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.

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 - så 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 å angi noen bestemt tidsfrist for selve evalueringstidspunktet. I det etterfølgende stiftelsesmøtet for RMN-HF (19.1.2004) sies det heller ingenting om at Rusforetaket skal ha en begrenset prøveperiode eller at organisasjonsmodellen skal evalueres innen et bestemt tidspunkt.

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 prosjektet<sup>i</sup>.

---

<sup>i</sup> 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 Helsesektorens støpeformer

Den siste generasjonens store endringer i offentlig sektor har gitt opphav til og rom for mange ulike produksjons- og driftsformer som tidligere bare forekom i privat sektor. Ikke bare gjelder dette offentlige, vareproduserende virksomheter, men like ofte er organisasjonsformer og driftsvilkår endret også for offentlig tjenesteproduksjon. I takt med en økende vektlegging av tjenestekvalitet tilpasset brukernes behov, er fokuset utvidet til også å omfatte kostnads- og ressursbesparende strukturtiltak for de største offentlige sektorene, herunder helse- og sosialtjenester i bred forstand. På denne bakgrunn er evalueringen av rusbehandlingen i Midt-Norge og den betydning den endrede organisasjonsform kan få, gitt en særlig oppmerksomhet innen rammen av det regionale helseforetakets ansvarsområde.

### 2.1 Endringsledelse og offentlig tjenesteproduksjon

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.

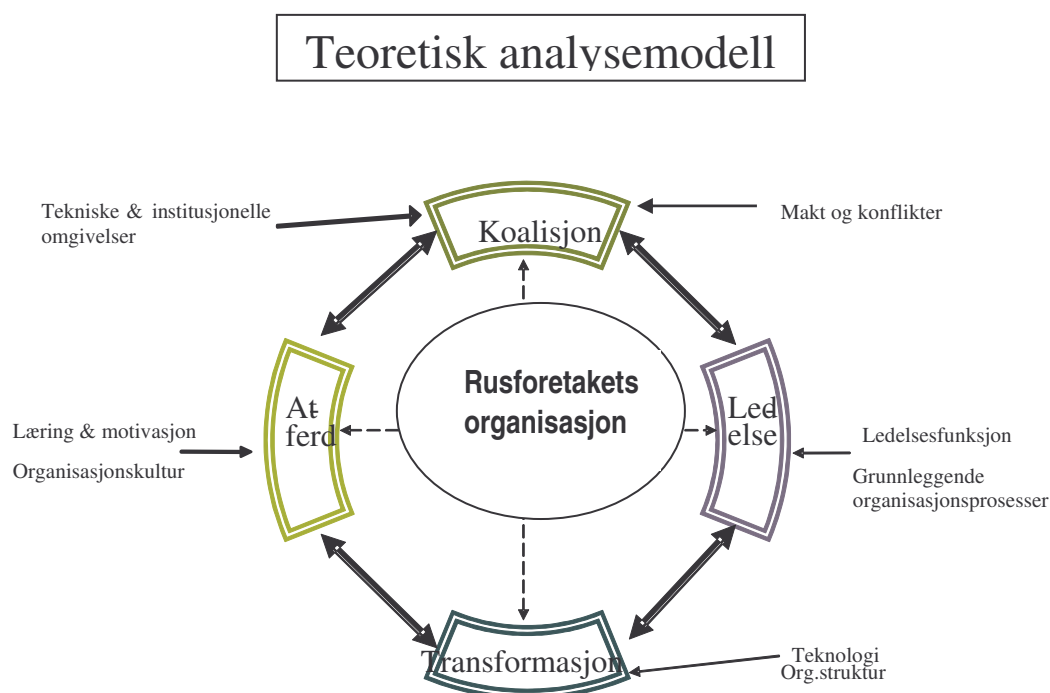
Sett under ett inneholder derfor NPM (i norsk versjon) endringer innenfor to hovedområder i offentlig tjenesteproduksjon (Busch et al. 2003a:36); *økonomiske* begrunnelser knyttet til kontraktsrelasjoner og konkurranseprinsipper, og *organisasjon og ledelse* med bruk av kjente modeller fra privat sektor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

Vi skal se 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 vekslers 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 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. Organisasjonskulturen 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 av selve organisasjonsformen 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 både sammenlignes med de vanligste tiltak og organisasjonsformer for rusbehandling som anvendes i de øvrige regionale helseforetakene i Norge, og med de øvrige helseforetakene innen Helse Midt-Norge.

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 premiss 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 møtereferater, 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 en undersøkelse blant behandlingsansvarlige og et utvalg pasienter som også vil være 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 evalueringsoppdraget som rapporteres i denne publikasjonen har derfor valgt ut informanter ut fra to funksjoner:

1. 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)<sup>ii</sup>.

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 denne delen av evalueringen er søkelyset 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).

---

ii I hovedrapporten er også intervjuer med personer som representerer ulike **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/pårørende-organisasjoner, inkludert i analysen. Jf. J. E. Karlsen, S. Nesvåg og I. Hansen (2007) *Rusbehandling i Midt-Norge. Fra bakgård til utstillingsvindu?* Stavanger: Rapport IRIS – 2007/014.

Både disse opprinnelige målene og de nevnte fokusområdene (jf. 3.3) gjelder som undersøkelsesområde for hele evalueringen av organisasjonsformen. Derfor blir også intervjumaterialet brukt som «speil» for det 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. Slik sett sikrer vi oss et mer pålitelig bilde av organisasjonsformens særtrekk, funksjoner og tjenesteleveranser.

## 4 Organigrammenes maskerade

### 4.1 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.

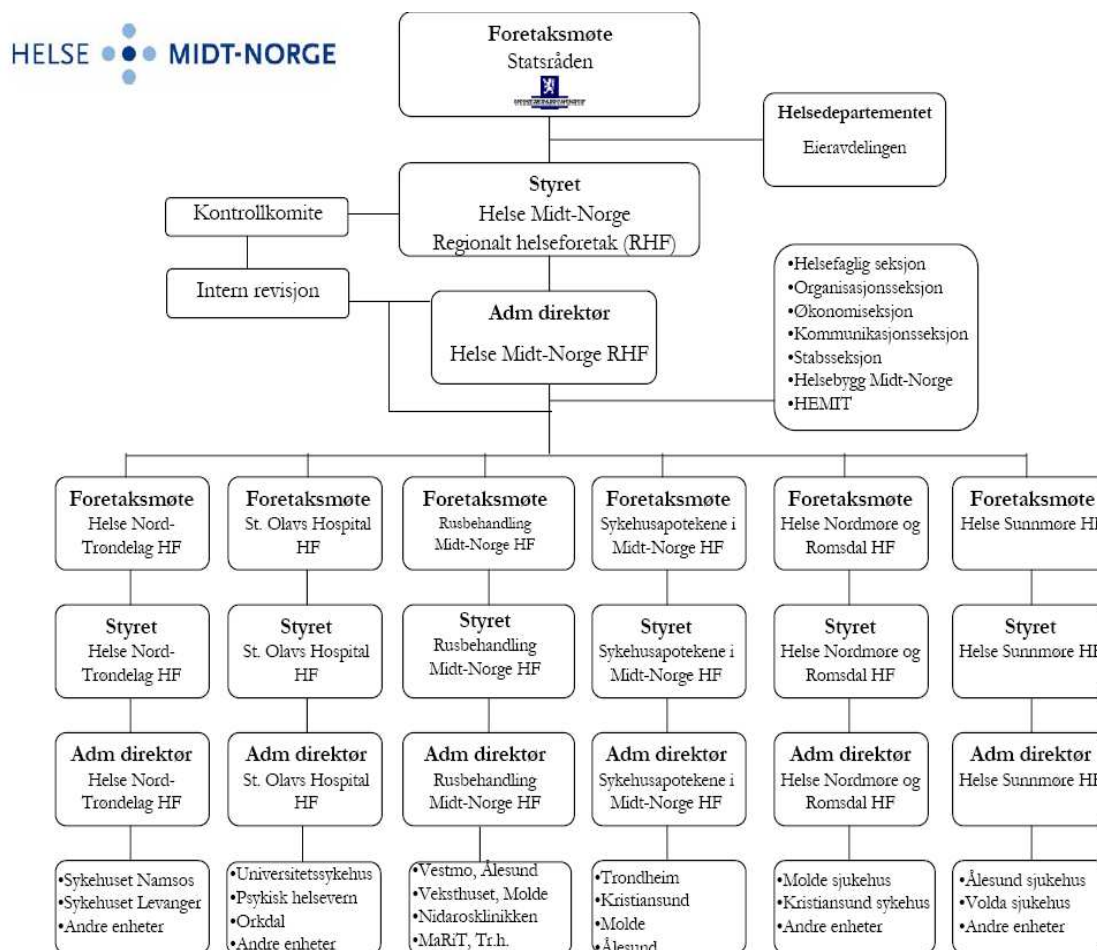
Men organigrammene dekker også over mange viktige organisatoriske aspekter; først og fremst de som er knyttet til organisatoriske prosesser, kultur, makt og uformell samhandling. Det er lite sannsynlig at en bestemt organisasjonsstruktur vil vedvare over lang tid. Snarere er det å forvente at det oppstår 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.

## 4.2 Masterorganigrammet for Helse Midt-Norge-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-Norge RHF. Kartet vises under:



Helse Midt-Norge-Norge 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<sup>iii</sup>:

- Overordnet strategi for Helse Midt-Norge-Norge (2004 -2007)
- Masterdokument
- Samhandling med kommunene
- Kvalitetsstrategi
- Personalpolitikk i Helse Midt-Norge-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» påbudet, gjennom styring av innsatsfaktorene innenfor helseforetaksgruppen. Styret i hvert HF kan

---

<sup>iii</sup> Disse dokumentene er ikke listet i Referanselisten bakerst.



oppnevnes enten autonomt eller som representant for det regionale helseforetaket. I «Eierstrategien» for Helse Midt-Norge-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-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-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-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 det 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» en gang i kvartalet. 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).

### 4.3 Rusforetakets organisatoriske selvbilde

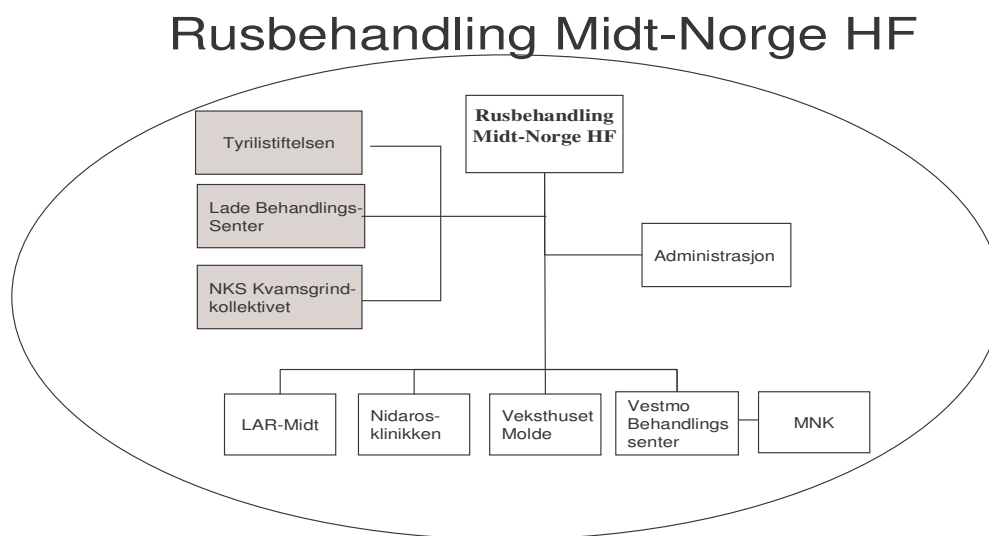
Rusforetaket er altså formelt sett likeordnet de øvrige spesialisthelsetjenestene som organiseres av HMN-RHF. Rusbehandling Midt-Norge HF er slik sett ett av seks helseforetak i Midt-Norge, men er den eneste delen av *kjernevirksomheten* i det

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-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 prinsipal-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 Behandlingssenter). I en *tilsynelatende stabssposisjon* (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-Norge, og utfordrer den geografiske forankringen av Helse Midt-Norge-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 behandlingsskjedens ulike ledd, deres innbyrdes sammenheng, kapasitetstilpasning og eventuelle flaskehalsar. For Rusforetaket må en slik behandlingsskjede 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 behandlingsskjeden; herunder forebyggende tiltak, eller behandling (psykiatrisk eller somatisk) hvor rusdiagnosen utgjør en liten del av selve sykdomsbildet hos klienten.

Helse Midt-Norge-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.

#### 4.4 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 «utfører-relasjonen» 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 organisasjonsenheter, 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 behandlingsskjeden 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.

## 5 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).

### 5.1 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<sup>iv</sup>.

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.

---

iv 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](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.

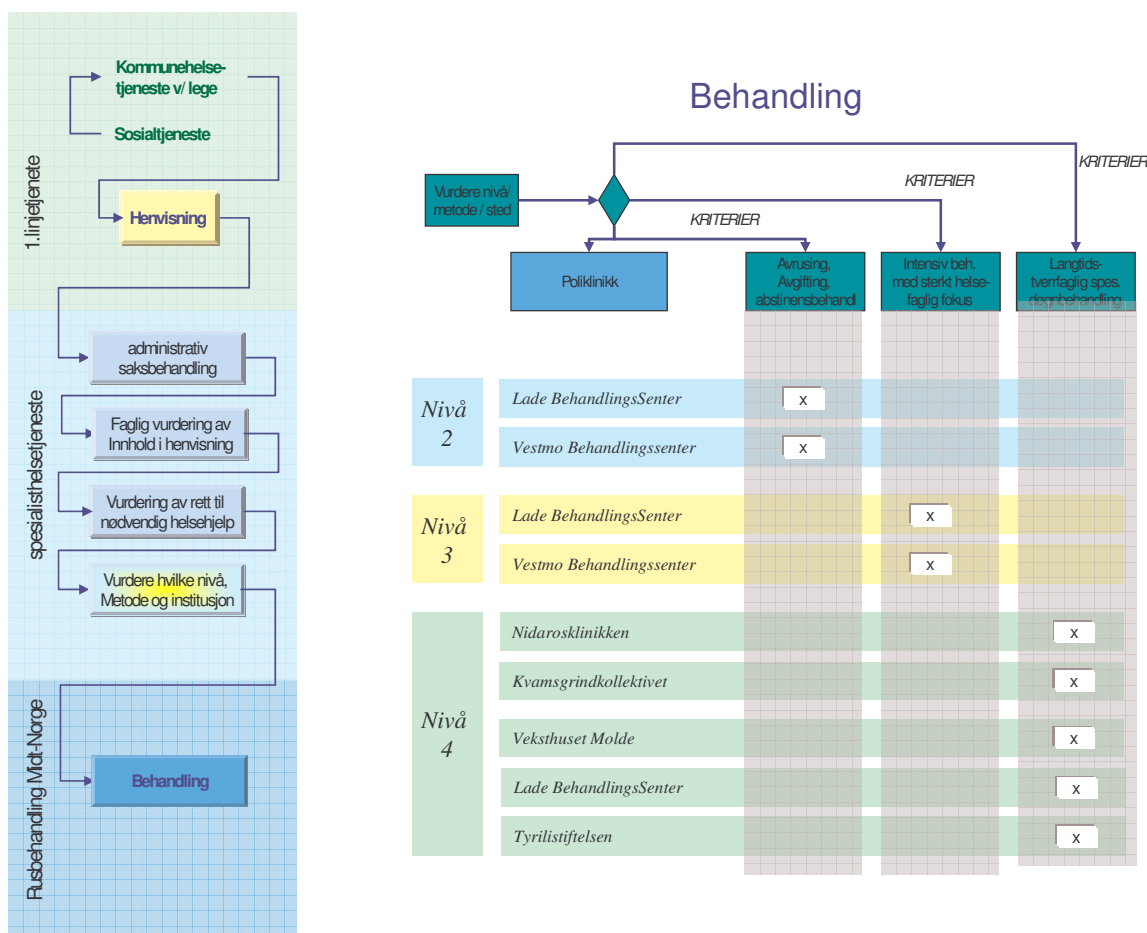
Samlet utgjør kjøpet av rusomsorgstjenester fra de private aktørene nær to-femdeler av hele driftsbudsjettet for Rusforetaket. Lade BehandlingsSenter er den største aktøren i dette bildet, med Tyrilistiftelsen og Kvamsgrindkollektivet som mindre, men omtrent likeverdige leverandører fra 2006.

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.

Behandlingsskjeden 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 leveranseenheter 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 i Norge.

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.

## 5.2 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 kontraktsbundne 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.

### 5.2.1 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.

### **5.2.2 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.

### **5.2.3 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.

## **5.3 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
<b>Nivå 1: Polikliniske funksjoner inkl. dagbehandling</b>	<b>25</b>
Lade Behandlingssenter, Poliklinikken	25
<b>Nivå 2: Avrusning/avgiftning/abstinensbehandling</b>	<b>6 -14</b>
Lade Behandlingssenter, Akuttavdeling	6
Lade Behandlingssenter, Utredningsavdeling	14
Vestmo Behandlingssenter, Akuttavdeling	6
<b>Nivå 3: Døgnbehandling korttid (inntil 6 måneder)</b>	<b>8-42</b>
Vestmo Behandlingssenter, Utredningsavdeling	8
Vestmo Behandlingssenter, Klinikkavdeling	8
Lade Behandlingssenter, Klinikkavdeling Kvinner	18
Lade Behandlingssenter, Klinikkavdeling Menn	42
<b>Nivå 4: Døgnbehandling langtid</b>	<b>0-35</b>
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
<b>Andre spesialiserte tjenester</b>	<b>20</b>
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. Hele 1138 personer har vært til sluttbehandling i Rusforetakets ulike enheter i 2005.

## 5.4 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-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.

#### 5.4.1 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	Januar 2004	Desember 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.

### 5.4.2 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-Norge-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.<sup>v</sup>

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 tjenestetilbud 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:

---

<sup>v</sup> 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-Norge for å utvikle strategier og handlingsplaner for brukermedvirkning.
- Legge (forholdene) til rette for at brukerutvalget kan løse sine oppgaver i henhold til mandatet.
- Rapportere om brukermedvirkningstiltak 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-Norge-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.

### 5.4.3 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.

### 5.4.4 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 behandlingsopplegg og medisinerings, 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 flaskehals, 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.

### 5.4.5 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.

## 5.5 Forbedringsagendaen

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)
- Pårørendeopplæring

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 pårørendeopplæring», «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.

## 6 Først til fremtiden?

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-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-Norge, datert 30.5.06) og en *organisasjonsreform* hvor en unik modell for strukturell tilpasning av rusomsorgen prøves ut innenfor det regionale helseforetakets regime.

### 6.1 Institusjonaliseringsprosessen

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 spørsmålstejn 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 mestringssentra (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 de forvaltningsmessige og budsjettmessige rammer som gis.

## 6.2 Aktiv identitetsforvaltning

Rusforetakets organisasjonsform ligner altså på de øvrige helseforetakene i Helse Midt-Norge-Norge, 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-RHF's 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 likestilt 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.



### 6.3 Klare trekk eller tvetydigheter?

I denne delen av evalueringen har vi 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).

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 iaktta 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	Nyorientering
Reaktiv	Tilpasning	Gjenskaping

Hva slags posisjonering er det Helse Midt-Norge-Norge 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 «**Gjenskapning**». 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 gjenskapingsendringer 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 fordelen 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!

## **6.4 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.

Både gjennom lederintervjuene og i strategidokumentene fremheves 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. På litt lengre sikt hevdes det at psykiatrifeltet utmerket vel kan organiseres funksjonelt. Det vil kunne gi en fordel også for rusfeltet fordi det dermed ville bli lettere å samarbeide med og samordne aktiviteten mellom de to tjenesteområdene. 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.

## 7 Når trådene trekkes sammen

### 7.1 Ble det bedre enn før?

Det er ingen hemmelighet at Rusforetaket som organisasjon 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 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.<sup>vi</sup>

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 bestillingen 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.

---

vi Jf. Hovedrapporten, se fotnote iii.

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 klare 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.

## 7.2 Styrke og trygghet?

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 «bakgårdsfatt», snarere likner det en «hermelin», riktignok en liten sådan, men likevel en kvikk organisatorisk nyskaping på dette feltet som kan være verdt å videreforedle.

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 personell, varierende kvalitet på tjenestetilbudet og selvsagt også at den valgte organisasjonsformen kan reversere til en stivnet og tradisjonell hierarkisk struktur (jf. 4.2). Derfor må det regionale helseforetaket hele tiden være på jakt etter de forbedringsmuligheter, læringsgevinster og kompetanseoverføringer som kan iverksettes innen hele helseforetaket.

Det spennende og nyskapende ved 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 å realisere 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!



## 8 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 rusmiddelmisbrukere. Perspektiver og strategier. Publikasjonskode: I-1103 B.

Helseforetaksloven m/forskrifter (se [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no))

Helsepersonelloven m/forskrifter (se [www.lovdata.no](http://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](http://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](http://www.lovdata.no))

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

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](http://www.lovdata.no))

## **Dokumenter fra Helse Midt-Norge-Norge:**

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

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

Eierstrategi for Helse Midt-Norge-Norge 2010. Høringsdokument desember 2005. Vedtatt av styret for Helse Midt-Norge-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 08.10.07.

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