

## KAPITTEL 8

# Å bryte med helsepolitiske spill – konsernet som radikal rasjonalisme

### 8.1 Bakgrunn og problemstilling

I forbindelse med behandlingen av helse- og sosialplanen for 1988–91 for Østfold ble det i 1987 vedtatt innføring av «konsernorganisering» i den fylkeskommunale helse- og sosialsektor. Utgangspunktet for dette vedtaket var et arbeid utført av et svensk konsulentfirma – AB SPRI-consult – som et ledd i et forslag til etablering av nytt overordnet styringssystem for sektoren. Gjennom en uvanlig rask beslutningsprosess ble de viktigste forutsetninger for innføring av den nye styringsmodellen tilrettelagt. Som vi skal se, innebar denne prosessen til dels grunnleggende endringer i helse- og sosialsektorens styringsfilosofi og organisasjonsform.

Den organisasjonsmodellen som i Østfold fikk betegnelsen «konsernorganisasjon», foregrep på flere måter utviklingstendenser i helse- og sosialsektoren andre steder i landet. Også i andre deler av offentlig forvaltning var det blitt foreslått å benytte konsernorganisasjon som et element i moderniseringen og effektiviseringen av styringssystemene. Fra samfunnsvitenskapelig hold ble det først ofte hevdet at innføringen av denne organisasjonsformen representerte et motefenomen, der en i løpet av 1980-årene så en tendens til ukritisk å importere organisasjonsløsninger fra privat sektor (Olsen & Læg Reid, 1993; Ramsdal & Skorstad, 2004). Samtidig var innføring av denne organisasjonsformen så ny at en ennå ikke hadde foretatt empiriske analyser av hvordan modellen fungerte i offentlig sektor. Men med utgangspunkt i generelle organisasjonsteoretiske resonnementer om begrensningene ved innføring av slike «rasjonalistiske» modeller, og i analyser av problemer og muligheter ved innføring av konsernorganisasjon i private bedrifter, forutsatte en at

vanskelighetene med iverksetting av konsernorganisasjon i offentlig sektor ville være store (se f.eks. Gammelsæther & Strand, 1989).

I et organisasjonsteoretisk perspektiv innebærer innføring av nye organisasjonsmodeller et fokus på «design». I dette ligger en tro på at det er mulig å endre organisasjonsadferd gjennom endringer i de strukturelle rammebetingelsene adferd spilles innenfor. Reorganisering oppfattes med andre ord som et virkemiddel for å skape en mer «effektiv» og «moderne» forvaltning (Egeberg, 1984). Da konsernmodellen ble vedtatt, ble det stilt spørsmål ved om det faktisk kunne være slik? Vil det være mulig å benytte nye organisasjonsmodeller som et instrument for å oppnå politiske mål? Og under hvilke betingelser vil dette i så fall være tilfellet?

Jeg skal i dette kapitlet ta for meg tre forhold som har sammenheng med innføringen av konsernorganisasjon i Østfolds helse- og sosialsektor. For det første skal jeg forklare hvorfor denne organisasjonsformen ble ansett som en «løsning» på styringsproblemene i sektoren. Dette skal gjøres ved å relatere forslaget om ny organisasjonsmodell til de styringsproblemer som preget sektoren da forslaget ble lansert. For det andre skal jeg vise hvilke implikasjoner innføringen av denne modellen hadde for styringen av den fylkeskommunale helse- og sosialsektor. For det tredje skal jeg drøfte i hvilken grad denne modellen ble en realistisk strategi for å realisere de politiske mål som er utgangspunktet for valg av konsernorganisasjonen. Et hovedanliggende er å vise hvordan de dominerende beslutningsmåter i fylkets politisk-administrative system sto i sterk kontrast til de forutsetningene konsernmodellen bygget på. Dette må ses i sammenheng med det mer allmenne spørsmålet om mulighetene for at en slik organisasjonsform kunne bidra til å redusere styringsproblemene i offentlig sektor i det store og hele.

## 8.2 Den gamle og nye organisasjonsmodellen

Den organisasjonsstrukturen som var gjeldende i 1986 da forslaget til ny modell ble lansert, var et uttrykk for en historisk prosess der de enkelte elementer var bygget inn i etablerte strukturer uten at det var foretatt noen helhetlig analyse av styringssystemet. Som vist i de foregående kapitler var kontrasten mellom de moderate strategier tilpasset konfliktene i den helsepolitiske debatten og de økonomiske utfordringene

fylkeskommunen sto overfor, markant. Konsernmodellen ble, da den ble vedtatt, oppfattet å være en måte å overkomme denne konstrasten gjennom organisatorisk design.

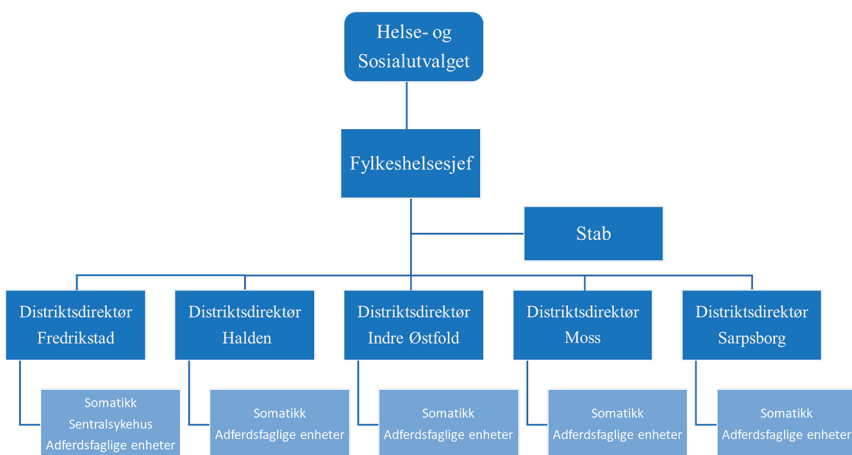
Da konsernmodellen ble vedtatt var den formelle organiseringen av fylkeskommunen helse- og sosialsektor slik: overordnet politisk nivå, sektornivå (helse- og sosialutvalg), distrikts- eller delsektornivå (sykehusdirektører) og lokalt nivå (ulike helsefaglige ledere). I tillegg var det på sentralt nivå i fylkeskommunene andre politiske og administrative organ. Administrasjons- og byggeutvalget hadde f.eks. en direkte kopling til helse- og sosialutvalgets virksomhet. Administrasjonsutvalgets rolle som stabsorgan til fylkesutvalget fikk i praksis en operativ innretning med økonomiske konsekvenser som ikke ble vurdert i sammenheng med sektorens budsjett. Det var også ni fagutvalg og rådgivende utvalg som hadde overgripende oppgaver på sine fagfelt for hele fylkeskommunen. På lokalnivå var det til sammen over 60 styrer innenfor ulike fagområder i spesialisttjenestene. Overføringen av sykehjemmene til kommunene reduserte riktignok dette tallet til ca. 30 (SPRI-consult, 1987b).

Den organisasjonsmodellen som er skissert ovenfor, var karakterisert ved en «dobbeltstruktur»: På den ene siden var det dominerende inndelingsprinsippet fagsektor, med en linjeorganisasjon fra sektornivå (sykehussjefens kontor) til delsektor- og lokalt nivå. På en annen side en distriktsinndeling, der sykehusstyrer for hvert av sykehusene var sentrale, oftest rekruttert av lokalpolitiere og tillitsvalgte fra lokalsykehusområdet. En implikasjon var at administrative ledere noen ganger fikk to herrer: Sykehusdirektørene var for eksempel ifølge sine instruksjoner «underordnet» sykehussjefen og «underlagt» det lokale sykehusstyret. Det lokale sykehusstyret besto av et flertall politikere fra helsedistriktet, utnevnt av fylkestinget. Direktørene ved lokalsykehusene kom dermed i en klemme mellom de overordnede fylkeskommunale beslutninger og sykehusstyrenes tendens til å opptre som regional- og institusjonsforsvarere.

Det svenske konsulentfirmaet SPRI-consult fikk i 1986 oppdrag med å utarbeide forslag til intern organisasjonsmodell for Moss sykehus. I forlengelsen av dette fikk firmaet så oppdraget med å utarbeide en styringsmodell for helse helse- og sosialsektoren i fylkeskommunen. SPRI-consult utarbeidet to alternativ til ny organisasjonsmodell. I det ene alternativet

ble de lokale sykehusstyrer beholdt, i det andre ble de tatt bort. SPRI-con-sult anbefalte det siste, og denne anbefalingen ble fulgt. I korthet gikk forslaget ut på følgende:

Sektorinndelingen innenfor helse- og sosialsektoren skulle oppheves, og det skulle etableres fem helse- og sosialdistrikter, basert på lokalsykehusenes opptaksområder, disse representerte de viktigste «divisjonene» i konsernmodellen. Samtlige politiske institusjonsstyrer (inkludert sykehusstyrene) ble foreslått nedlagt, og de fem helse- og sosialdistriktene skulle gis *en* administrativ ledelse. Det skulle innføres mål- og ram-mestyling i sektoren gjennom utvikling av et system der planlegging, budsjettering og resultatvurdering ble de viktigste lederoppgaver. Som nevnt var distrikt det overordnede divisjonaliseringsprinsipp. Dette var basert på organiseringen av andrelinjetjenesten innenfor de tidligere fagsektorene. Dette skapte imidlertid problemer for Sentralsykehuset i Fredrikstad, som også hadde lokalsykehusfunksjon. Sykehuset ble derfor foreslått utskilt som en egen divisjon med både overgripende (tredjelinje) og lokalsykehusfunksjoner (andrelinje). For tredjelinjepsykiatrien ble det foreslått en samordning mellom psykiatrisk avdeling ved Sentralsykehuset og Østfold Psykiatriske Sykehus (ØPS). Dette innebar at den overordnede strukturen for tredjelinjepsykiatrien var uavklart da modellen ble vedtatt, ettersom dette ble utsatt på grunn av den «historiske» konflikten mellom de to delene av psykiatrien (Ramsdal, 1996).



**Figur 1.** Konsernmodellen - Overordnet styringsmodell for helse- og sosialsektoren i Østfold 1987.

### 8.3 Teoretiske perspektiver på konsern-organisasjon

Hva innebar så etablering av en «konsern-organisasjon»? Den modellen som er presentert i figur 1, knytter an til en bestemt organisasjonsform, som i organisasjonsteorien vanligvis betegnes som den «divisjonaliserte form» (Mintzberg, 1983). Dette begrepet dekker imidlertid en rekke ulike modeller og organisasjonsløsninger. Som Gammelsæther og Strand (1989) pekte på, kan derfor konsernbegrepet fortone seg som temmelig uklart. Likevel må en, for å kunne drøfte de teoretiske implikasjonene av modellen, ha et mer presist utgangspunkt. Gammelsæther og Strand hevder at divisjonalisering kan ses på som en prosess der startpunktet er etablering av en divisjon, til et teoretisk sluttpunkt, med en fullstendig divisjonalisert struktur. I det siste ligger at divisjonene er selvforsynt, dvs. at alle stabsaktiviteter, servicefunksjoner og tjenesteyting eller produksjon er etablert i den enkelte divisjon. Den modellen som Østfold fylkeskommune valgte, var derfor å oppfatte som nær opp til en idealmodell, dvs. som et sluttprodukt av divisjonaliseringsprosessen. En kan derved anlegge to ulike perspektiv i en analyse av den nye styringsmodellen: En kan vurdere idealmodellen i forhold til de oppgaver helse- og sosialsektoren er satt til å løse, eller en kan se på selve iverksettingsprosessen, der intensjonene med modellen nedfeller seg i beslutninger og forventninger om endret organisasjonsadferd. Her skal jeg konsentrere meg om det første perspektivet og komme tilbake til det neste i neste kapittel.

Det særegne ved konsern- (eller «divisjons»-modellen) er at det ikke er en enhetlig modell, men en modell som legger en «super-struktur» over etablerte organisasjonsformer (Mintzberg, 1983). Ifølge Mintzberg er hovedprinsippet i konsernorganisasjonen at en minimaliserer den gjensidige avhengigheten mellom divisjonene, slik at hver enkelt av dem fungerer som en delvis autonom enhet. Hver enhet må i minst mulig grad behøve å samordne sine daglige aktiviteter med de øvrige divisjoner, og kommunikasjon formidles i størst mulig grad direkte til hovedkvarteret. Modellen innebærer at den enkelte divisjon får myndighet til å ta beslutninger innenfor et område definert og avgrenset av hovedkvarteret. «Delvis autonomi» for divisjonene innebærer altså to ting: at den enkelte

divisjon er klart adskilt, og at hver divisjon har en relativ selvstendighet i forhold til hovedkvarteret. Som organiserende prinsipp innebærer konsernmodellen at det er lite behov for horisontal samordning mellom konsernets divisjoner, og at det gjennomføres en utstrakt desentralisering av oppgaver til de enkelte divisjoner fra hovedkvarteret. Den viktigste samordningsmekanismen i organisasjonen er «standardisering av resultater», det vil kontroll av resultater i forhold til på forhånd oppsatte mål for divisjonenes virksomhet. Målutvikling og fastsetting av rammer for virksomheten i de enkelte divisjonene, utvikling av standarder for resultatmåling og gjennomføring av resultatkontroll blir de viktigste oppgavene for hovedkvarteret. Gjennom hovedkvarterets fastsetting av mål og rammer, og gjennomføring av resultatkontroll, blir den desentralisering en taler om i konsernmodellen høyst begrenset, ofte ikke annet enn delegasjon fra et lite antall ledere i hovedkvarteret til et bare noe større antall ledere i divisjonene.

Mintzberg hevder – stikk i strid med den dominerende retorikken som ofte følger innføring av denne organisasjonsformen – at mål- og rammestyring og standardiserte resultatkontrollsystemer innebærer en sterk grad av sentralisering gjennom anvendelsen av de viktigste styringsmekanismer.

Den organisasjonsmodellen som her er presentert i en relativt abstrakt form, ble altså lagt til grunn for forslaget til ny organisasjonsmodell i den fylkeskommunale helse- og sosialsektor i Østfold. Som nevnt innledningsvis opplevde en på 80-tallet at konsernorganisasjon ble lansert som et virkemiddel for effektivisering og modernisering også andre steder i offentlig forvaltning. Etter min oppfatning må dette forstås på bakgrunn av de styringsproblemer offentlig sektor generelt, og helse- og sosialsektoren spesielt, sto overfor – og for Østfolds vedkommende er dette illustrert i de foregående kapitler. Hovedformålet er å skape balanse mellom økonomiske rammer og faglig virksomhet.

## 8.4 Bakgrunnen for konsernorganisasjonen

Forklaringene på de styringsproblemer helsesektoren sto overfor ble på det tidspunktet da konsernmodellen ble vedtatt i Østfold, basert på to

ulike, men gjensidig forsterkende argumenter. For det første ble det gitt en forklaring på makronivå. Her ble det pekt på at styringsproblemene var resultat av det «spillet om helsetjenesten» som er beskrevet foran – mellom ulike interessegrupper og potensielle brukere av helsetjenester, yrkesgrupper, private organisasjoner, kommuner, fylkeskommuner og statlige organer. Dette spillet har hatt en iboende tendens til å drive sektoren i retning av nye vekstområder, uten at prioriteringer av enkelttiltak skjer etter en samlet plan, der økonomiske rammebetingelser og helsepolitiske mål ses i sammenheng (Hansen, 1979; Grund & Hjort, 2000). Grund hevder at utviklingen i helsesektoren ikke formes gjennom planer der filosofien bak planleggingen er et ønske om å treffe rasjonelle beslutninger. Prosessen foregår i et samspill der alle ser det som sin oppgave å fremme sine interesser. Ut fra dette blir en av helsepolitikkenes største utfordringer å motstå kravet fra pressgruppene når disse kommer opp enkeltvis. Dette beslutningssystemet har vært betegnet som et løst kopledd system, der resultatene blir preget av mer eller mindre tilfeldige konstellasjoner av deltakere og problemer til enhver tid (Olsen, Cohen & March, 1972). Og det er nettopp dette systemet som la et teppe av konflikt og beslutningsvegring over mange av de prosessene som er beskrevet i de tre foregående kapitlene.

For det andre gis det forklaringer på mikronivå. Det blir påpekt at det overordnede prinsipp for helseinstitusjonenes organisering er profesjonell autonomi, der særlig legenes mandat til å treffe faglige beslutninger om behandlingen av den enkelte pasient aggregeres til uhåndterlige vekstprosesser frikoplet politiske prioriteringer og økonomiske rammer. På det enkelte sykehus er medisinsk autoritet plassert på det operative nivå, der legene møter pasientene. Men økonomisk-administrativt ansvar er på sin side tillagt de øverste styringsorganer, i den modellen som eksisterte i Østfold da konsernmodellen ble foreslått, institusjonsstyre og direktør. Fra legenes synspunkt kan sykehuset først og fremst fremstå som et «hjelpesystem» for medisinsk-profesjonell yrkesutøvelse, mens det økonomisk-administrative systemet ser styringsproblemene som en utfordring om å bringe legene og annet helsepersonell inn i det totale sykehussystemet.

Ifølge de analysene av sykehus som ble foretatt på den tiden konsernmodellen ble vedtatt, hadde legenes klassiske autoritet blitt supplert gjennom multiprofesjonalisering og forsterket administrativ styring. Men

derved har det moderne sykehus blitt preget av at de viktigste aktørene i sykehuset ofte mangler gjensidig legitimitet (Berg, 1987). Derved genereres konflikter i mange daglige beslutningssituasjoner i den enkelte institusjon. Resultatet ble organisatoriske hybrider og kompromisser om ressursfordeling, som i sin tur førte til dyre og uhensiktsmessige løsninger i driften, het det. I en tid med sterkere krav til økonomistyring, og med helsepolitiske mål om «mer helse for hver krone», nedfelte ønsket om å endre rammebetingelsene for de foran beskrevne prosesser seg i krav om reorganisering av beslutningssystemene – både på makro- og mikroplan.

Som vist i kapitlene foran manifesterte de styringsproblemene som er beskrevet i generelle vendinger, seg i en tiltakende beslutningskrise og et akkumulerende underskudd i Østfold fylkeskommune. Og som vist ble det tatt en rekke initiativ fra de politiske myndigheter i fylket med sikte på å forbedre økonomistyring, også ved å skape strukturendringer i sektoren. Et hovedelement i reformstrategien var å kombinere budsjettinnsparinger med overføringer av ressurser fra somatisk til andre deler av helse- og sosialsektoren. De forsøk på sparing og omstrukturering som ble igangsatt i disse årene, må imidlertid i hovedsak sies å være mislykkede, for så vidt som det fylkeskommunale budsjettunderskuddet økte jevnt og sikkert, samtidig som omprioritering av helse- og sosialtjenestetilbudet viste seg svært vanskelig. En viktig grunn til dette var den relativt svake posisjonen fylkeskommunens øverste politisk-administrative system hadde i befolkningen generelt, og blant de ansatte i sektoren spesielt. Kombinasjonen av sterk lokalpolitisk mobilisering for bevaring av lokalsykehusene og somatiske helsetjenester der, og de ansattes forsvar for faglige posisjoner og arbeidsplasser, brøt effektivt ned alle forsøk på å gjennomføre omfattende reformer.

I siste halvdel av 80-årene endret imidlertid arbeidet med omstruktureringer og sparing karakter. Ønskene om å styrke helhetlig planlegging gjennom større grad av toppstyring ble klarere formulert. Konkret kom dette til uttrykk på to gjensidig avhengige områder:

For det første ble det, i Helse- og sosialplanen for 1988–91 lansert en teoretisk modell for fordelingen av helse- og sosialtjenester i fylket, basert på forekomst av ulike sykdomstilfeller, pris og vanskelighetsgrad i behandlingen av de ulike sykdommer eller sosiale problem. Denne modellen var



inspirert av de forslag til nivåstrukturering av helsetjenestene som var lansert allerede i St.meld. 9 (1974–75) om et regionalisert helsevesen. For det andre ble det lansert et system for innføring av målstyring i staten, som fremsto som en modell også for styring av de fylkeskommunale tjenestene.

Og innenfor denne forvaltningspolitiske rammen ble forslaget om konsernorganisasjon, tuftet på SPRI-consults erfaringer med denne fra svensk helsesektor, vedtatt. Til sammen skaper dette inntrykk av at en – vel å merke parallelt med den dominerende inkrementalistiske beslutningsmåte – ønsket å benytte reformstrategier preget av synoptisk planlegging og radikal rasjonalisme i overgangen mellom 80- og 90-årene. Forslaget om konsernorganisasjon, sammen med de to øvrige tiltak (som ble gjort før vedtaket om konsernorganiseringen) som er nevnt foran, avfødte en styringspolitisk optimisme som sto i klar kontrast til oppfatningen om at helse- og sosialsektoren i Østfold var preget av en nærmest permanent beslutningskrise de siste 10–15 årene. Behandlingen av konsernforslaget i de fylkeskommunale organer var svært rask, og analysen av fylkespolitikernes kunnskapsgrunnlag om modellen viste at den var relativt beskjedent. Troen på konsulentfirmaets evne til å løse den gordiske knute i helsesektoren var imidlertid stor (Ramsdal & Quotrup, 1992).

Det sentrale spørsmål er da: Hvorfor lanseres nettopp disse strategiene? Hvorfor anses de som løsninger på styringskrisen? Hvilke konkrete organisatoriske elementer i konsernmodellen var det som skapte grunnlag for denne styringsoptimismen?

Den rapporten SPRI-consult utarbeidet i 1986, konkluderte med at fylkeskommunens helse- og sosialsektor var preget av «*manglende politisk styring, kompliserte beslutningsprosesser, interessekonflikter mellom deler og helhet, manglende samordning og kontroll med de økonomiske ressursene*» (SPRI-consult, 1987b, s. 3). Analysen deres viste til at forsøkene på helhetsstyring som de fylkeskommunale planleggere hadde lansert, ikke hadde klart å «beskytte» disse planene mot de politiske spill som er beskrevet foran. Forslaget til ny organisasjonsmodell ville ifølge konsulentfirmaet innebære en politisk sentralisering, klart administrativt ansvar, distriktsvis administrativ ledelse og samordning, og klar rollefordeling mellom politiske og administrative instanser. Det het videre

at modellen ville skape «integrasjon og konkurranse», idet den ville gi bedre forutsetninger for lokal integrasjon av ulike deler av helse- og sosialtjenesten i distriktene, og bedre grunnlag for samarbeid mellom den kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialtjeneste. Fordelene med organisasjonsformen var altså hevdet å være at den kunne eliminere de svakheter det gamle styringssystemet representerte, særlig mulighetene for lokalpolitisk mobilisering og for å spille ulike politisk-administrative og faglige særinteresser ut mot hverandre. De viktigste implikasjoner av det nye styringssystemet ble oppsummert slik: «*Mindre politisk engasjement lokalt, og derigjennom styrking av helhetstenkningen i helse- og sosialsektoren i fylket. Endret maktfordeling, idet administrative organer ville få større innflytelse, særlig lokalt*» (SPRI-consult, 1987b, s. 36).

Det nevnes som en fare med den nye organisasjonsmodellen at mindre virksomheter, som HVPU, psykiatri, barnevern og rusomsorg, kunne komme i en mer utsatt konkurransesituasjon om ressursene i det enkelte distrikt enn tidligere, for så vidt som en hadde erfart at de lokale myndigheter hadde hatt en tendens til å prioritere akuttberedskapen ved lokal-sykehusene ved tidligere anledninger.

Begrunnelsene for innføring av den nye modellen var derved knyttet til overgangen fra en organisasjonsstruktur preget av den særegne hybriden mellom byråkratisk, profesjonell og demokratisk autoritet helsesektoren hadde vært preget av, til en modell der andre verdier og hensyn var bygget inn. Konsernmodellen er en idealtypisk modell, og det er denne idealtypen som i praksis presenteres som den fremtidige organisasjonsstrukturen for Østfold fylkeskommunes helse- og sosialsektor. Ut fra erfaringer med denne organisasjonsformen i private bedrifter mente SPRI-consult at bestemte forutsetninger måtte være til stede for at en skulle kunne opprettholde styringsprinsippene i konsernmodellen over tid. Disse forutsetningene var direkte koplet til den teoretiske modellen, slik denne var presentert av Mintzberg – stikkordsmessig oppsummert slik:

Det måtte sikres:

- en klar arbeidsdeling mellom hovedkvarter og divisjoner
- at kommunikasjonen mellom hovedkvarter og divisjoner er mest mulig formell

- at hovedkvarteret avviser detaljsaker
- at hovedkvarteret konsentrerer seg om strategiske oppgaver og resultatkontroll
- at hovedkvarteret etablerer økonomisk-administrative og faglige støttesystemer, f.eks. databaser og rapporteringssystemer der informasjon fra divisjonene kan bearbeides.

Hovedpoenget i dette styringssystemet er altså at faglige og økonomiske hensyn integreres på alle beslutningsnivåer i organisasjonen, bl.a. manifestert ved prinsippet om straff og belønning i relasjon til (manglende) måloppnåelse. Først og fremst innebærer dette at faglige mål må gjøres eksplisitte – og ikke overlates til de enkelte profesjonsutøveres «skjulte» disposisjoner. Når denne prosessen kan beskrives som en byråkratisering, har det altså sammenheng med at den profesjonelle autonomi reduseres på bekostning av økt økonomisk-administrativt ansvar. Med utgangspunkt i Mintzberg kan dette illustreres slik:

Kjennetegn	Gammel organisasjonsstruktur	Ny organisasjonsstruktur
Org. prinsipp	Prof. byråkrati	Konsernorg.
Samordning	Faglige ferdigheter	Mål- og rammestyring
Makt/styring	Operativt nivå	Divisjonsledelse
Design-parametre	Horisontal spesialisering, begrenset vertikal byråkratisering	Sentralisering byråkratisering

**Tabell 1.** Forholdet mellom den gamle og nye organisasjonsstrukturen.

Når den etablerte og vedtatte organisering settes i relieff på ovenstående måte, ser en klart hvorfor konsernorganisasjon velges som et fremtidig organisasjonsprinsipp ut fra de kjennetegn de helsepolitiske spill innebærer. På organisasjonsnivå – dvs. på sykehusnivå – reduseres preget av profesjonell autonomi, adskilt fra økonomisk-administrativt ansvar. Samtidig er muligheter for å mobilisere lokale sykehusstyrer eliminert. På samfunnsnivå – dvs. for helse- og sosialsektoren – reduseres preget av et løst koplet system med store muligheter til å mobilisere faglige eller geografiske særinteresser. En kan trygt si at det er de hensyn som er fremhevet her, som var de viktigste mål for reorganiseringen som ble vedtatt i Østfold i 1987.

## 8.5 Implikasjoner av vedtaket om konsernorganisasjon i Østfold

I det følgende skal forutsetningene for, og implikasjonene av, innføring av de styringsprinsipper det her er tale om, drøftes mer inngående. Etter min oppfatning er det to elementer i modellen som var vesentlige for dets styringspotensial. Det gjaldt for det første valg av divisjonaliseringsprinsipp og organisering av divisjonene, og for det andre valg av ledelsesstruktur og forventninger til lederadferd. Disse to elementene henger naturlig nok sammen i den praktiske utformingen av modellen.

### Valg av divisjonaliseringsprinsipp og organisering av divisjonene

Et hovedelement i konsernorganiseringen i Østfold var etableringen av fem helse- og sosialdistrikter. Divisjonaliseringsprinsippet i den nye konsernorganisasjonen var dermed geografi/region. Regionaliseringsprinsippet kommer klarest til uttrykk gjennom den før omtalte avvikling av den vertikale sektororganisering av HVPU, barnevern, rusmiddelomsorg og psykiatri. Dette innebar f.eks. at direktøren for HVPU i fylket mistet sine funksjoner. Innenfor konsernmodellens tankeskjema innebærer regional divisjonalisering at en skal utvikle mål og sette rammer for virksomheten i hvert distrikt.

Ut fra de overordnede mål som er formulert i helse- og sosialplanen, skulle en skape et mest mulig likt helsetilbud i alle deler av fylket. Som et teoretisk utgangspunkt innebærer dette at en benytter «blåkopi» i fordelingen av tjenestetilbudet og at en lar helse- og sosialdistriktene utføre samme type tjenester for hver sin befolkning. Divisjonen i Fredrikstad-distriktet var som antydnet foran unntaket til dette, i og med at denne hadde de fylkesdekkende tjenestene (tredjelinjen) i tillegg.

Valget av geografi som divisjonaliseringsprinsipp var knyttet til en politisk forutsetning om at alle lokalsykehusområdene skulle bevares, og innebar først og fremst at man på politisk hold hadde innsett at den sterke lokalpolitiske mobiliseringen til forsvar for lokalsykehusene måtte tas hensyn til dersom modellen skulle bli vedtatt. Modellen la samtidig

opp til en bedre samordning av de fylkeskommunale og kommunale helse- og sosialtjenester, uten at innholdet i dette samarbeidet ble nærmere konkretisert – en implisitt forutsetning var at gjennom distriktsorganiseringen ville beslutninger lokalt kunne tilpasses bedre mellom de to nivåene. I tillegg til dette var det et vesentlig poeng at modellen la opp til en oppløsning av det somatiske sykehuset som et slags lokalt tempel for de fylkeskommunale helsetjenester i distriktet. Gjennom utbyggingen av andre «adferdsfaglige» tjenester – barnevern, rusomsorg, psykiatri og HVPU – kunne en opprettholde fylkeskommunens innsats i volum (både antall ansatte og økonomisk innsats) samtidig som omstrukturering fra somatikk til andre helse- og sosialtjenester potensielt ville bli enklere. Slik sett kunne valget av region som divisjonaliseringsprinsipp være en knipetangsmanøver der en pakket den ønskede omstruktureringen av helsetjenester – særlig fra somatikk til psykiatri – inn i den lokalistiske ideologien striden om helsetjenestene i fylket ble dominert av.

Organiseringen av den enkelte divisjon ville være avgjørende for om styringssystemet modellen forutsetter, kunne fungere effektivt. Mintzberg hevder at kravene om intern resultatkontroll tvinger divisjonen til å utvikle en styringsstruktur som «kinesiske esker». Dette innebar at distriktssorganisasjonen måtte organiseres med relativt selvstendige driftsenheter, under en direktør for helse- og sosialdistriktet.

Det knytter seg imidlertid flere problemer til det å benytte et regionalt divisjonaliseringsprinsipp innenfor helse- og sosialsektoren. For det første er som kjent helse- og sosialtjenester ikke bare geografisk fordelt, en skiller også mellom ulike nivåer i tjenesteytingen, i fylkeskommunal sammenheng var dette mellom andre- og tredjelinjetjenester. Fordelingen av tjenester geografisk og på nivå var et av de viktigste kjennetegn ved den helsepolitiske debatten i Østfold. Gjennom helse- og sosialplanen ble det som nevnt utviklet en modell for fordelingen av tjenestene. Prinsippet innebar at sjeldne, kompliserte og dyre helseproblemer skulle løses på tredjelinjenivå, og at disse tjenestene skulle betjenes for hele fylket under ett. De mer alminnelige, mindre kompliserte og billigere tjenester skulle helse- og sosialdistriktet ta seg av. Samtidig ble det imidlertid også åpnet for at de enkelte lokalsykehus i distriktet kunne få fylkesfunksjoner i ytelse av bestemte tjenester. Modellen for fordelingen av helse- og

sosialtjenester var imidlertid ikke operasjonalisert, og også her ble det åpnet for forhandlinger om lokalisering av de ulike helsetilbud. For at helseplanens fordelingspolitiske modell skulle bli et instrument i styringen av helsesektoren i fylket, var det derfor nødvendig med en klargjøring av hva som var ment med «sjeldne, kompliserte og dyre» tjenester. Det paradoksale var at det var nettopp dette som var kjernen i den helsepolitiske debatten i fylket.

Prinsipielt kan en tenke seg en lokalt utformet organisasjonsstruktur i divisjonene uavhengig av den overordnede konsernorganiseringen. En kan altså organisere de ulike helse- og sosialdistrikter etter ulike prinsipper, under forutsetning av at relasjonene mellom hovedkvarter og divisjonsledelse er likt organisert. Likevel vil konsernorganisering virke som en sterk drivkraft i retning av etablering av tilsvarende organisatoriske prinsipper – det som ligger i prinsippet om «kinesisk eske» – innenfor de ulike divisjonene. I de utredninger som var foretatt om organiseringen av helse- og sosialdistriktene, ble dette prinsippet bekreftet. Forslaget innebar at de ulike virksomheter i distriktet skulle organiseres som selvstendige driftsenheter, med eget budsjett, med mål og rammer for sin virksomhet, og med ledelsen som ansvarlig for resultatene. Disse selvstendige enhetene ble betegnet som basisenheter, og omfattet f.eks. en avdeling på sykehuset, eller HVPU i distriktet.

## Ledelsesstruktur og forventet lederadferd

Den nye modellen forutsatte at ledelsesstrukturen ble endret, og at den adferd ledere utviste, er i samsvar med forutsetningene i modellen. Som jeg skal komme tilbake til, er utvikling av lederadferd i samsvar med modellens forutsetninger en nøkkel til suksess, ifølge teorien, men også det kanskje mest problematiske ved modellen.

I utgangspunktet opererte modellen med en politisk og administrativ ledelse. De viktigste elementene i modellen ble politisk ledelse gjennom helse- og sosialutvalget, stabsfunksjoner ved fylkeshelsesjefens kontor, divisjonsledelsene (distriksdirektørene) og avdelingsledelsene.

Organiseringen av helse- og sosialutvalget var det samme i konsernmodellen som tidligere. Det er først og fremst markeringen av

utvalgets strategiske oppgaver som var det nye. Disse oppgavene var knyttet til utformingen av konsernets hovedmål, etablering av standarder for måling av resultater i divisjonene, resultatkontroll og iverksetting av straff og belønning på basis av resultatene i divisjonene. Forutsetningen for effektiv strategisk ledelse er klare mål, enkle men relevante resultatindikatorer, effektive resultatkontrollsystemer, og tilstrekkelig autoritet til iverksetting av straffe- og belønningstiltak. Det er grunn til å påpeke at målene med innføring av konsernorganisasjon først og fremst ble knyttet til behovet for bedre kontroll med utgiftsveksten i fylkeskommunens helse- og sosialsektor. Helse- og sosialutvalget var det eneste politiske sektororgan, og hadde derved et overordnet ansvar for fastsetting av helhetlige mål, økonomiske rammer og resultatkontroll. Å operere med politiske organ på lavere nivå ville være en måte å desintegre politisk styring på, og ville være uforenlig med konsernmodellen. Konsernorganisasjon i offentlig sektor setter derfor store krav til den sentrale politiske styringen. Behovet for klare mål, strategisk planlegging og politisk styrke til å motstå krav fra faglige, lokalpolitiske eller andre «særinteresser» er enda større i denne styringsmodellen enn i det gamle systemet.

De erfaringene som helse- og sosialstyret i Østfold fikk i løpet av særlig valgperioden 1985–88 førte til en stadig sterkere markering av ønsket om å ivareta de foran nevnte behov for sterkere politisk styring i sektoren. Konkret kom dette til uttrykk ved at helse- og sosialutvalget selv overtok arbeidet med utformingen av helse- og sosialplanen, og engasjerte utenforstående konsulenter for å reorganisere sektoren. Dette må oppfattes som en klar markering av ønsket om å skape større avstand til lokalpolitiske og faglige særinteresser. Denne utviklingen i helse- og sosialutvalgets styringsambisjoner og styringsmåter må sees på bakgrunn av de erfaringene utvalget etter hvert fikk med å engasjere sektorens egne ansatte til å reorganisere og spare, slik dette er vist i tidligere kapitler.

De erfaringene et samlet helse- og sosialutvalg fikk i løpet av siste periode, kunne imidlertid gå tapt, ved at nesten hele utvalget ble skiftet ut etter kommunevalget i 1987. Kun to av de ni representantene ble gjenoppnevnt i utvalget. I forhold til de åpenbare behov for erfaring og politisk styrke som i praksis var en forutsetning for å gjennomføre konsernmodellen,

innebar dette en stor fare for at en ikke ville lykkes i å iverksette de tiltak som styringsmodellen forutsatte.

For å kunne ivareta både hensynet til faglige vurderinger og økonomisk styring i konsernhovedkvarteret ble det foreslått å reorganisere fylkeshelsesjefens kontor etter en «blandingsmodell». Denne modellen innebar at de ansatte ved kontoret skulle arbeide hovedsakelig med problemstillinger knyttet til faglige funksjoner, dvs. somatikk, psykiatri, barnevern, HVPU etc. I tillegg skulle det ansettes nytt personell med plan- og økonomifunksjoner. Det mest interessante med denne modellen var at det grunnleggende styringsproblem i sektoren, forholdet mellom økonomiske rammer og helsefaglige krav, ble bygget inn i hovedkvarteret (det vil si fylkeshelsesjefens kontor).

Den vesentligste nyvinningen i konsernmodellen på sentralt nivå var etableringen av et konsernråd. Dette rådet besto av direktørene i helse- og sosialdistriktene («divisjonsledelsen») og fylkeshelsesjefen. I tillegg ble representanter for ansatte, faglige virksomheter eller andre innkalt for å supplere rådet i konkrete saker. I tillegg ble det etablert fagråd for de ulike deler av helse- og sosialtjenesten for å gi konsernledelsen råd i forhold til sine respektive fagområder. Heller ikke fagrådene hadde beslutningsmyndighet.

Den største utfordringen for å få til effektiv konsernledelse er hvordan de overordnede oppgavene løses. Spørsmålet var her hvordan fylkets helse- og sosialstyre med fylkeshelsesjefens kontors hjelp kunne opprettholde kontroll og samtidig overlate operativt ansvar til distriktsledelsen. De viktigste styringsinstrumentene ble nå mål- og rammestyring, med resultatkontroll og muligheter for «straff og belønning». Ifølge Mintzberg er tilsettingsmyndigheten over distriktslederne en nøkkel for å få til overordnet styring. Ved å systematisk rekruttere distriktsledere med en klar forståelse av den ideologien konsernorganiseringen bygger på, ville det være mulig å styre virksomheten i divisjonene etter intensjonene. Ja, det kan hevdes at dyktiggjøring av divisjonsledere, det vil her altså si direktørene for helse- og sosialdistriktene, var avgjørende for at modellen skulle fungere. Riset bak speilet var muligheten til å kunne straffe – eventuelt si opp – distriktslederne som ikke oppnådde de resultater hovedkvarteret fastsatte. I arbeidet med innføring av konsernmodeller ble dette sterkt



fremhevet av SPRI-consult, særlig på bakgrunn av de erfaringene en hadde hatt med de lokale sykehusstyrer som ikke fulgte pålegg om nedskjæringer i driften.

Både med hensyn til mulighetene for rekruttering og oppsigelse av distriktslederne møtte organisasjonsprinsippet på visse problemer i møtet med realitetene: Det var de tidligere direktørene ved sykehusene som overtok distriktslederstillingene, og dermed arvet den nye organisasjonen ledere som hadde arbeidet i, og tilpasset seg, de beslutningskamper og den styringsstrukturen som sektoren inntil da hadde vært preget av. Hittil hadde kompetansen for sykehusdirektørene snarere vært basert på å beherske de politisk-administrative spill som med den nye styringsformen var forutsatt avviklet. Når det gjaldt mulighetene for å si opp ulydige eller udyktige distriktsledere, ble det etter hvert klart at en ikke hadde tilstrekkelige muligheter til å gjøre det innenfor rammen av oppsigelsesvernet som gjelder i norsk arbeidsliv. Dette ønsket en å løse ved å ansette direktørene på åremål.

Et viktig poeng i det styringssystemet som ble etablert, var at konsernledelsens styring ville være indirekte og generell. Dette innebar at de sanksjonsmidler som hovedkvarteret hadde til disposisjon, først og fremst var etterkontroll av resultater. At hovedkvarterets styring vil være av generell karakter, innebar at detaljstyring skulle falle bort, og erstattes med mål- og rammestyring. *Hvordan* divisjonene nådde sine mål, skal hovedkvarteret prinsipielt ikke bry seg med. Et alternativ til indirekte styring er løpende, direkte overvåking. Forutsetningen for at dette skal skje, er at en etablerer gode informasjons- og rapporteringssystemer mellom divisjonsledelse og hovedkvarter, eller at en har uformell kontakt mellom hovedkvarteret og divisjonsledelsene. Som nevnt vil dette bryte med styringsprinsippet konsernorganisasjonen hviler på.

## 8.6 Konsernorganisasjon: «Ved veis ende, på kanten av stupet»?

I sin bok om ulike organisatoriske «konfigurasjoner» har Mintzberg (1983) en underskrift om den divisjonaliserte form, der det heter: «*The divisionalised form: at the end of the road, on the edge of the cliff*». Bakgrunnen

for denne påstanden er at konsernorganisasjonen bærer i seg egenskaper som kan bidra til dens egen oppløsning.

Som jeg skal vise i neste del, var det dette som skjedde med konsernmodellen i Østfold. Den fylkeskommunale helse- og sosialsektoren i Østfold hadde gått en lang vei gjennom økonomisk krise og politisk frustrasjon da en vedtok konsernmodellen i 1987. Modellen representerte en ny tilnærming til de styringsproblemene en opplevde i sektoren, nå basert på prinsipper om å bryte de helsepolitiske spill gjennom reorganisering av styringssystemet. I forhold til de problemene som var nedfelt i den etablerte styringsmodellen, hadde konsernorganisasjonen et teoretisk potensial for bedre styring. Likevel må det understrekes at selv om den vedtatte organisasjonen hadde fungert etter hensikten, ville en ikke løse de grunnleggende, innebygde dilemmaer og konflikter helse- og sosialsektoren står overfor. Poenget er at disse konfliktene ble satt inn i nye organisatoriske rammer. Valg av organisasjonsstruktur og styringssystem er i bunn og grunn et maktfordelingsspørsmål – noen mister, andre får, økt innflytelse over beslutningene i sektoren. Noen måter å definere problemene på blir organisert ut av de avgjørende beslutningssituasjonene, andre blir definert inn i beslutningenes sentrum. For den profesjonelle helsearbeider er «sannhetens øyeblikk» møtet mellom den enkelte pasient og helsearbeideren. For den som i sitt daglige arbeid observerer det akkumulerte underskudd i offentlige budsjetter, blir «sannhetens øyeblikk» der hvor en i beslutningssituasjonene velger dyre fremfor billige løsninger, eller der en tar mer hensyn til lokalpolitiske særinteresser fremfor løsninger som gagnar sektoren i hele fylket. Den ene er ikke mindre rasjonell enn den andre; det er tale om ulike former for rasjonalitet. Gjenopprettelse – eller snarere opprettholdelse – av administrativ og/eller politisk detaljstyring kan bli et resultat av at de sentrale politisk-administrative organer i fylket føler at tapet av styringsrett blir for stort i den nye styringsmodellen.

En tredje mulighet var at konsernmodellen hadde tatt for lite hensyn til de spesifikke krav til faglig organisering helsesektoren fordrer. To elementer ved modellen var sentrale i denne forbindelse: For det første ville enkelte av de «små» sektorene, som barnevern, rusomsorg og til dels psykiatri, bli så fragmentert i distriktsorganiseringen at det kunne

avstedkomme at en mobiliserte krefter for å samle virksomhetene etter funksjonelle prinsipper. For det andre kan det hende at behovet for en samordning av somatikken – som helsepolitisk er den viktigste utfordringen i fylket – forutsatte en annen organisering enn distriktsorganisasjonen ga anledning til.

Alt tydet derfor på at konsernmodellen bar i seg kimen til både desintegrasjon og rebyråkratisering. Det kreves sterk vilje og store kunnskaper til å opprette, og opprettholde, konsernorganisasjon i en så komplisert virksomhet som helse- og sosialt arbeid. Mintzberg (1983) hevder derfor at konsernorganisasjon er en «idealtipe» og at en vanskelig kan finne belegg for at den fungerer effektivt i offentlig sektor. Dette har i siste instans sammenheng med de grunnleggende egenskaper rasjonelle organisasjonsmodeller generelt er kjennetegnet ved: at de er for gode for denne verden. Sannsynligheten for å lykkes med en slik reorganisering som ble vedtatt for Østfold fylkeskommunes helse- og sosialektor, måtte derfor i det store og hele anses for små, selv om prosessen frem mot målet under gitte betingelser kunne bedre styringen av sektoren. Dette skal tas opp i neste kapittel, som nettopp dreier seg om utfordringene som iverksettingen av konsernmodellen i fylket innebar.