

KAPITTEL 9

Iverksetting av konsernmodellen

9.1 Innledning

Som nevnt i forrige kapittel er det gjennom iverksettingsprosessen at den «teoretiske», formelle organisasjonsmodellen står foran sin avgjørende prøve. Jeg skal her gjennomgå en del av de vedtakene og tiltakene som på ulike måter har hatt betydning for graden av iverksetting av modellen, sett i forhold til de teoretisk definerte intensjonene. En slik gjennomgåelse innebærer at jeg – i strømmen av politiske og administrative prosesser – har trukket ut noen som særlig relevante. De fem årene etter vedtaket er vårt tidsperspektiv, ettersom det i denne tiden ble gjennomført en rekke reorganiseringstiltak som fikk betydning for modellens status i styringssystemet. Disse omfattet både strukturelle endringer, utvikling av økonomistyringssystemer, lederopplæring og faglig baserte endringer i tjenestetilbudet. Ingen i sektoren var uberørt av disse prosessene. Tvert imot er inntrykket at det skjedde en lokal «reform-revolusjon» av omfattende karakter. Disse prosessene hadde sammenheng med det ytre presset sektoren ble utsatt for på denne tiden, som igjen hadde sammenheng med at nye krav om kostnadseffektivisering fra statlige myndigheter, nye kvalitetskrav i tjenestene og den politiske turbulensen om nedlegging av lokalsykehusene kom opp samtidig med full styrke. Noen av de prosessene som påvirket iverksettingen av konsernmodellen, var knyttet til etableringen av den formelle strukturen, først og fremst gjennom direktørenes rolle og utarbeidelsen av organisasjonsplaner for distriktene. På begge disse punktene viste det seg at det trakk ut med klargjøringen av hvordan disse forholdene skulle løses. Det samme gjaldt iverksettingen av målstyringssystemet som modellen hvilte på, særlig i forbindelse med samordningsprosesser,

distriktsorganisering og funksjonsbaserte, faglige planer. I forhold til den senere utvikling av organisasjons- og styringsformer i sektoren er det tre prosesser knyttet til den manglende iverksetting av konsernmodellen som jeg vil peke på: etablering av fagråd, innføringen av virksomhetsplanlegging og organisering av ulike prosjekter innenfor tjenstefeltet. Det viktige er her at alle disse tiltakene satte den vedtatte distriktsorganisering under press.

Etablering av fagråd

Fylkeshelsesjefen tok på et tidlig tidspunkt etter SPRI-vedtaket opp spørsmålet om etablering av fagråd for å sikre at faglig-medisinske vurderinger ble ivaretatt, og sikre at fylkeshelsesjefen kunne innhente råd direkte fra faglig kompetent organ uten å måtte gå den lange veien via de lokale distriktsadministrasjoner. I diskusjonene om hensiktsmessigheten av etablering av fagråd var meningene på ledermøtene sterkt delte, og mange var svært kritiske. Det ble uttrykt bekymring for at den nyvunne, formelt sett styrkede autoritet som divisjonaliseringen hadde gitt distriktene, ville bli svekket allerede før den hadde satt seg. I forlengelse av dette ble det gitt klart uttrykk for at etablering av fagråd ville, med mindre det ble gitt klare forutsetninger i mandats form, raskt utvikle seg til en konkurrerende autoritetsstruktur, med undergraving av den økonomisk-administrative ledelse i «grunnmodellen» som resultat.

Ideen om etablering av fagråd ble fulgt opp, men det ble gitt klart uttrykk for at fagrådene utelukkende skulle ta stilling til spørsmål som fylkeshelsesjefen ba om svar på, og at disse svarene skulle bringes tilbake til ledelsesmøtet (konsernledelsen). Etter dette ble det etablert fagråd i somatikk, voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, rusmiddelomsorg og informasjonsteknologi.

Erfaringene med fagråd viste imidlertid at disse ikke nøyet seg med å være passive, reagerende organ, som svarte når de ble bedt om det (fra fylkeshelsesjefen). Det ble utarbeidet detaljerte mandater for virksomheten, det ble avholdt faste regelmessige møter og deltakerne oppfattet rådene som permanente, selvstendige organer, som høringsinstanser og legitime initiativtakere til egne vedtak (Ramsdal & Qvortrup, 1992).

Virksomhetsplanlegging

I siste halvdel av den da gjeldende helseplanperioden, våren 1991, tok fylkesrådmannen initiativ til å arbeide med virksomhetsplanlegging for hele Østfold fylkeskommunes virksomhet. Fylkesrådmannens initiativ kan betraktes som en forlengelse av de tanker om målstyring som preget så vel offentlig som privat virksomhet siden etableringen av New Public Management-inspirerte styrings- og ledelsesformer. Det som fra vårt synspunkt er sentralt i opplegget fra fylkesrådmannen, var at det tok utgangspunkt i funksjoner som omfattet hele Østfold. En ønsket å planlegge vertikalt, f.eks. all kirurgisk virksomhet, uavhengig av hvor den fant sted. Dette impliserte helt grunnleggende koordineringsproblemer i møtet med det horisontale, geografisk baserte styringsprinsipp som divisjonaliseringen i helse- og sosialsektoren representerte. Hvem skulle ha det endelige ansvar for faglige prioriteringer med dertil hørende økonomisk ansvar? Skulle det være en faglig sjef på toppen av det enkelte funksjonsområde, eller skulle det være en lokal styringsenhet i distriktet?

For den fremtidige styring og ledelse var det nødvendig at dette ble avklart. Forslaget til organiseringen av virksomhetsplanarbeidet kan tolkes som en sterk skepsis overfor den geografisk baserte styringsstruktur som SPRI-modellen innebar. Dette pekte, som vi skal komme tilbake til i neste kapittel, mot at grunnlaget for distriktsorganiseringen ble truet.

Prosjektarbeid

I løpet av 1980-årene ble det tatt flere initiativ til etablering av prosjekter som arbeidsform for endringer i helse- og sosialsektoren i fylket. Som vist foran i kapittel 6 var det første initiativet basert på denne strategien det omfattende «Prosjekt Samarbeid». Mens resultatet av dette prosjektet var beskjedne, fikk imidlertid prosjektarbeidsformen vind i seilene, og ble siden benyttet både innenfor det enkelte helse- og sosialdistrikt og i forhold til de store utfordringene innsparingene og omstruktureringene innebar. En tendens var at prosjektene ble mer lukket enn Prosjekt Samarbeid, med til dels få deltakere og med klare mandat om å nå resultater innenfor oppgitte rammer. De prosjektene som ble etablert, hadde enkelte fellestrekk: De var alle orientert mot

samordningsoppgaver på tvers av distriktene, og hadde en funksjonell og faglig basert innretning.

Eksempler som er særlig viktige i forhold til utfordringene med iverksettingen av konsernmodellen, var Prosjekt Hasy-Sasy-SØF, som skulle se på samordning mellom sykehusene i Halden, Sarpsborg og Sentralsykehuset. Prosjektet resulterte i sammenslåingen av Sarpsborg Sykehus og Sentralsykehuset – til «ØSS». Også andre samarbeidsprosjekter innen somatikken ble initiert. Disse hadde imidlertid relativ kort varighet og må ses i sammenheng med rent økonomiske problemer, om enn med strukturelle implikasjoner.

Det såkalte «Østfold-prosjektet» hadde som formål å omstrukturere rusomsorgen, og utvikle et nærmere samarbeid mellom fylkeskommunene og kommunene om dette feltet. Dette prosjektet var finansiert av Sosialdepartementet, og hadde en tidsramme på fem år. Da Østfold-prosjektet ble avsluttet, ble rusvirksomheten inkorporert i distriktsmodellen, men underveis i prosjektet oppsto det stadig vekk problemer mht. det daglige styringsansvar: Lå det hos prosjektledelsen eller hos distriktsadministrasjonen?

Prosjekt Psykiatri ble etablert i 1988, og hadde som formål å utvikle en samlet strategi for en omstrukturering av Østfold-psykiatrien, særlig med henblikk på utvikling av andrelinjetjenester. Prosjektet førte til at det ble etablert voksenpsykiatriske poliklinikker i fire av de fem helse- og sosialdistriktene. Disse klinikkene ble underlagt distriktsledelsen, og var opptatt av å sikre seg faglig autonomi fra tredjelinje-psykiatrien gjennom sin integrasjon i distriktene. I motsetning til samordningen som skjedde i somatikken på tvers av distriktene, ble dette prosjektet en støtte til distriktsmodellen. Debatten om hensiktsmessigheten av å opprettholde denne autonomien mellom andre- og tredjelinjetjenester var imidlertid stadig tilbakevendende. Særlig førte mangelen på psykiatere i tredjelinjen til et press om å se fagressursene i den fylkeskommunale psykiatrien som en samlet helhet (Ramsdal, 1996).

9.2 Barnevern

Et tilbakevendende tema i forhold til konsernmodellen var organiseringen av barnevernsarbeidet i fylkeskommunen. Ved etablering av

distriktsadministrasjonene ble også barnevernsarbeidet en del av det lokale ansvar. Distriktskonsulenter i barnevern ble ansatt, og de lokale barne- og ungdomshjem inngikk som et normalt innslag i de lokale barnevernsbasene. Barnevernet opprettholdt imidlertid et innslag av sektorstyring tilknyttet fylkeshelsesjefens kontor. Denne formaliserte blandingsadministrasjon på to nivåer skapte store uklarheter. Løsningen på denne uklarheten ble at barnevernet, etter initiativ fra sektoren selv og med fylkeshelsesjefens og helse- og sosialutvalgets godkjenning, utarbeidet en organisasjonsanalyse. Denne analysen munnet ut i at en for barnevernets vedkommende burde fravike hovedmønsteret for helsevesenets organisering og etablere en ren funksjonell organisasjon. Begrunnelsen for dette var først og fremst den faglige isolasjonen de enkelte fagkonsulentene følte gjennom sin relativt ensomme posisjon i distriktene. Forslaget møtte motstand fra enkelte distriktsadministrasjoner og politikere, men fikk gjennomslag som en prøveordning.

Det fylkeskommunale barnevern fikk etter dette faglig og administrativt forankring i Sarpsborg helse- og sosialdistrikt, med avvikling av sektoradministrasjonen hos fylkeshelsesjefen og det distriktsvise ansvar som resultat.

9.3 Nyetableringer

I forbindelse med den planlagte avvikling av HVPU vokste erkjennelsen av fylkeskommunens ansvar for habiliteringstjenesten. Forholdet mellom HVPU og psykiatri var et gråsonefelt. Teoretisk sett kunne en tenke seg dette feltet spredt ut på andrelinjenivåene – dvs. distriktene. Det ble imidlertid definert som en tredjelinjetjeneste og administrativt tilknyttet det nyopprettede Sarpsborg helse- og sosialdistrikt, med den konsekvens at ressurser ble trukket ut av andre distrikter, spesielt Fredrikstad og Halden.

Det vil være upresist å karakterisere denne organisering som et avvik fra modellens grunnforutsetninger, men slik som utfallet ble, var det uttrykk for at det funksjonelle aspektet vant frem på bekostning av det geografiske.

Et annet og tilsvarende eksempel er etableringen av rehabiliteringstjenesten, selv om konsekvensene her ble annerledes. Sosialmedisinsk

avdeling ved ØSS ble avvirket, og en ny funksjon ble vedtatt etablert i Indre Østfold, administrert av ØSS.

9.4 Drøfting

Tre spørsmål er etter min vurdering av vital interesse for å forstå i hvilken grad, og på hvilken måte, den vedtatte konsernmodell ble iverksatt:

- 1) *I hvilken grad var etableringen av konsernorganisasjonen et element i en konsistent strategi for å innføre management-ideologien i sektoren?*

Gjennomgåelsen ovenfor indikerer at det ble iverksatt flere tiltak som støttet opp under og bekreftet modellen. Dette gjaldt særlig distriktsorganiseringen og direktørens sentrale rolle i styring og ledelse av distriktene. Samtidig ble helse- og sosialutvalgets rolle som strategisk styringsorgan styrket, i hvert fall ved at antallet enkeltsaker ble drastisk redusert.

Samtidig var det en rekke forutsetninger i modellen som ikke ble fulgt opp gjennom en systematisk strategi. Dette gjaldt særlig utarbeidelsen av organisasjonsplaner for de enkelte helse- og sosialdistriktene og sentralsykehuset, og av instruksverk som bekreftet lederoppgaver i tråd med modellen. I tillegg ble det fattet en rekke vedtak som først og fremst hadde som hensikt å løse substansielle og akutte problemer mht. det akkumulerende budsjettunderskuddet, eller faglige samordningsproblemer. Dette omfattet bl.a. det viktige, og helsepolitisk spektakulære, spørsmålet om sammenslåing av Sarpsborg Sykehus og Sentralsykehuset. Det er påfallende at SPRI-konsulenten som hadde utarbeidet konsernmodellen, umiddelbart etter vedtaket om etableringen av den nye modellen ble engasjert til å gå inn som konsulent for denne sammenslåingen.

Virksomhetsplanlegging som styringssystem ble ikke initiert før fem år etter at modellen ble vedtatt. Tatt i betraktning den sterke koplingen mellom design og styringsformer management-ideologien foreskriver, måtte dette skape problemer. Det innebar blant annet at det ikke ble utviklet et grunnlag for et troverdig evalueringssystem.

Det må kunne konkluderes med at etableringen av konsernmodellen bare delvis ble fulgt opp gjennom iverksettingsfasen. Iverksettingen av modellen reflekterer tvert imot en betydelig usikkerhet og ambivalens om

modellens rasjonale. Enkelte tiltak bekreftet strukturen, andre avkreftet den. I denne sammenheng er det tilstrekkelig å påvise at det ikke ble etablert en strategi for iverksettingen av modellen, og at de tiltak som var nødvendige for at modellen skulle bli operativ, ikke ble iverksatt.

2) I hvilken grad, og på hvilken måte, har iverksettingen av modellen, eller andre relevante tiltak, støttet opp under de krav det geografiske divisjonaliseringsprinsippet forutsatte?

Som tidligere nevnt er det to krav til divisjonaliseringsprinsippet i konsernmodellen, slik denne presenteres som en idealtypisk konfigurasjon: at en ikke etablerer tversgående lojaliteter, og at en ikke kombinerer flere divisjonaliseringsprinsipper. Dette innebærer at en må sikre at organisasjonsendringer og etablering av styringsformer støtter opp under det valgte divisjonaliseringsprinsipp. Den ambivalensen som er påpekt foran, kommer i særlig grad til uttrykk på dette punktet. Konkret manifesterer det seg i innføringen av virksomhetsplanlegging, i organiseringen av prosjektene og i ulike reorganiseringer av tiltak og tjenester.

Når det gjelder virksomhetsplanlegging, er det grunn til å understreke viktigheten av at denne ville følge lederstrukturen i organisasjonen. Det er nettopp gjennom sammenkoplingen av mål og rammer for virksomheten på ulike nivåer grunnlaget for helhetsledelse, resultatevaluering og planlegging legges.

Virksomhetsplanleggingen ble initiert fra fylkesrådmannens side, og i utgangspunktet gjaldt den for alle virksomheter i fylkeskommunen. Til tross for at det blir pekt på inkonsistens mellom organisasjonsstruktur og lederansvar på den ene side og de programområder virksomhetsplanleggingen skulle gjennomføres for på den andre siden, valgte en å gjennomføre opplegget etter rådmannens pålegg. Dette innebar kort sagt at mens organisasjons- og ledelsesstruktur var distriktsbasert, var det styringsystemet som for øvrig ble etablert funksjonsorganisert. Dette må sies å være et fundamentalt brudd i utviklingen av et konsistent styringssystem basert på elementære krav til konsern- organisasjon.

Når det gjaldt organisering av ulike prosjekter, som i denne perioden ble et stadig viktigere virkemiddel for å endre organisasjonen, var samtlige basert på funksjonelle kriterier. Dette gjaldt Prosjekt Hasy-Sasy-SØF,

som nettopp hadde som mål å spare 40 mill. kr på driftsbudsjettet gjennom tiltak for samordning og samarbeid på tvers av distriktene. Også Prosjekt Psykiatri ble funksjonelt organisert, og hadde som mål å utarbeide en samlet plan for den fylkeskommunale psykiatrien. Men dette prosjektet var i stor grad basert på løsninger innenfor rammene av distriktsorganiseringen.

Det viktigste kan likevel være at noen av disse prosjektene var i virksomhet i mange år, og en mulig konsekvens av dette kan være at de kom til å representere en alternativ, funksjonell autoritetsbase på tvers av linjeorganisasjonen.

Reorganiseringer av tiltak og tjenester omfattet bl.a. opprettelsen av habiliterings- og rehabiliteringstjenester, og reorganiseringen av barnevernet. Fylkesdekkende tjenester innen habilitering, barnevern, ungdomspsykiatri og barnepsykiatri ble plassert i Sarpsborg helse- og sosialdistrikt, sammen med adferdsfaglige virksomheter hovedsakelig innenfor lokaldistriktet. Dette innebar at Sarpsborg helse- og sosialdistrikt fremsto som en hybrid, der noen, men ikke alle, adferdsfaglige virksomheter ble lokalisert. Sett utenfra kan det virke som at Sarpsborg helse- og sosialdistrikt ble ansett som et velegnet sted å plassere ulike adferdsfaglige aktiviteter mer bestemt ut fra pragmatiske og praktiske hensyn enn ut fra en overordnet organisasjonsstrategi. Grunnen til dette var sannsynligvis en blanding av at en i Sarpsborg hadde ledige lokaler og en ledelse fratatt mange av sine funksjoner, og at en «byttet» somatikken, som gikk til ØSS, med adferdsfaglige virksomheter som kompensasjon.

De forhold som er påpekt ovenfor, innebar at en rekke tiltak ble organisert på tvers av det vedtatte divisjonaliseringsprinsippet. Sett i sammenheng virker det som om det var en understrøm av funksjonell organisering som slo igjennom når en traff enkeltvedtak eller initierte nye ledelsesopplegg. I sin tur medførte dette at divisjonaliseringsprinsippet ble undergravd på to måter: for det første ved at de praktiske implikasjonene av disse vedtakene skapte faktiske autoritetsstrukturer preget av tvetydighet, for det andre ved at konsernmodellens status ble undergravd blant ledere og ansatte i de ulike deler av organisasjonen. Det underliggende spørsmålet her var i hvilken grad en distriktsbasert divisjonalisering – som altå konsoliderte lokalsykehusenes eksistens i sektoren – ville

vedvare. I tråd med Pedersen (2013) var den manglende iverksetting av modellen et frempek mot sykehusovergripende divisjoner – slik kapittel 9 vil beskrive.

3) I hvilken grad er den modellen som er innført, basert på allmenngyldige prinsipper om organisering på bekostning av substansiell rasjonalitet?

Selve konsernorganiseringen ble importert gjennom SPRI-consult. Forslaget ble lansert uten noen grundig analyse av de særtrekk helsesektoren eller Østfolds kulturelle og politiske historie er preget av. Analysen som lå til grunn var en overfladisk spørreundersøkelse, som først og fremst legitimerte behovet for sterkere overordnet politisk og administrativ styring. Selve organisasjonsmodellen var en rendyrket anvendelse av idealmodellen, med to referansepunkter som ble gjort eksplisitte: Modellen var basert på erfaringer fra konsernorganisering i privat næringsliv, og på organisering av svenske sykehus. De modifikasjoner fra den «rene» modellen som ble vedtatt, hadde sammenheng med elementære kjennetegn ved norsk helsevesen og arbeidsliv: Opprinnelig ble det foreslått at leger skulle være avdelingsledere (ledere for «basisenheter»), og at direktørene i siste instans skulle kunne avsettes dersom de ikke oppnådde de resultater som var forventet. Disse forslagene ble ikke vedtatt.

Det må også påpekes at konsulenten, og representanter for fylkeshelsetsejerskontor, mente at å velge distrikt som divisjonaliseringsprinsipp var uhensiktsmessig. Dette var imidlertid det eneste spesifikt uttalte kravet politikerne satte til organisasjonsmodellen. Dette var i sin tur basert på det sterke politiske ønsket om å opprettholde de fem sykehusene. Ut fra premisset om distriktsorganisering ble det så utarbeidet en «ren» konsernmodell. Derved ble de faglige vurderinger om hvordan helsesektoren som sådan ville utvikle seg, og hvilke faglige utfordringer sektoren sto overfor, ikke konsekvensgivende for organiseringen av sektoren.

9.5 Konklusjoner

Den konsernmodellen som ble vedtatt for Østfolds helse- og sosialsektor var et resultat av en hierarkisk planleggingsprosess, der en presenterte en totalmodell som skulle finne det optimale punkt mellom ønsker om

sparing, omstrukturering og omprioriteringer i helsesektoren, og samtidig sikre lojalitet og beslutningseffektivitet gjennom en hierarkisk autoritetsstruktur. Perspektivet var «synoptisk», men liten oppmerksomhet ble knyttet til hvordan denne idealmodellen skulle iverksettes.

Iverksettingen av modellen ble derfor mangelfull. En rekke av de tiltak som kunne bekrefte og styrke modellens gjennomslagskraft i praksis, ble utsatt for en tilfeldig behandling. Dette må som nevnt ses i sammenheng med at det ikke ble utviklet en strategi for gjennomføring. Ulike situasjonsbestemte forhold, bl.a. den økonomiske krisen i fylkeskommunen, førte til at oppmerksomhet, tid og ressurser ble anvendt på andre saker enn iverksettingen av modellen. Det er likevel påfallende at en rekke vedtak om organisering av tiltak med stor relevans for helse- og sosialsektorens virksomhet ble utformet slik at de aktivt underminerte modellens gjennomslagskraft – og at dette var basert på bevisste valg fra de beslutende politiske og administrative myndigheters side.

Det kan være grunn til å se de avvikene fra idealmodellen som skjedde i perioden etter at forslaget var vedtatt, som utgangspunkt for at et annet teoretisk perspektiv på organisering og reorganisering enn en rasjonell, målrettet beslutningsform er vel så fruktbart. I tråd med et institusjonelt perspektiv, der institusjonelle logikker er sentralt, anser en organisasjonsstrukturen som en avhengig variabel, som tilpasser seg krav og særtrekk ved omgivelsene. I dette perspektivet vil en – som vist i kapittel 3 – først og fremst se organisasjon, og i særlig grad faktisk adferd i organisasjoner, som ikke bare styrt av strukturelle føringer, men også av f.eks. kulturelle og politiske forhold. På mange måter kan disse avvik fra modellen, og den manglende iverksettingen av vesentlige elementer i den, anses som resultater av de krav fra omgivelsene som ikke var tatt hensyn til, eller bevisst holdt utenfor, i valget av organisasjonsstruktur. I konkurransen mellom distriktshensyn, faglig-medisinske (funksjonelle) hensyn og økonomiske hensyn var de avvikene som er redegjort for her, uttrykk for at det var de faglig-medisinske hensyn, sammen med økonomiske samordningsgevinster, som vant igjennom på bekostning av den vedtatte konsernmodellens forankring i distriktsorganiseringen.

I denne sammenhengen er det fire grunner til modellens manglende iverksetting som kan nevnes:

For det første var det uklarhet om hvem som eide modellen, og som derved følte seg forpliktet overfor iverksettingen av den. På den ene side var det en forutsetning at planer og vedtak skulle iverksettes etter intensjonene. Disse intensjonene hadde klare forutsetninger om et styrket sentralnivå samtidig som betydningen av autonome divisjoner med understreket. På den annen side er det mye som tyder på at aktører forankret i ulike maktbaser hadde uklare og til dels sprikende synspunkter på hvordan dette kunne gjennomføres.

Mye tyder på at mange oppfattet konsernvedtaket som et «alminnelig» politisk vedtak som en kunne forholde seg avslappet til, eventuelt tolke på egen måte når det ble aktuelt. Erfaringene fra tidligere forsøk på å reorganisere sektoren var jo nettopp at vedtak ikke overlevde neste politiske debatt eller budsjettbehandling. Denne noe avventende holdning gled over i en usikkerhet både sentralt og lokalt om hvordan planens enkelte punkter skulle konkretiseres og følges opp.

Et annet fenomen som må tillegges en viss vekt, var tilsetting av ny fylkesrådmann etter at vedtaket var fattet. Fylkesrådmannen hadde ikke deltatt i prosessen som førte frem til vedtaket. Inntrykket er at den nye fylkesrådmannen ikke hadde et nært forhold til vedtaket. Dette kan også forklare fylkesrådmannens gjentatte omstruktureringsforslag innen den somatiske sektor, i noen grad i motsetning til klare politiske signaler. Uklarhet om hvem som eide modellen, må antakelig suppleres med uenighet, ikke om konsernmodellen som styringsprinsipp, men om divisjonene skulle bygges opp med basis i geografi eller i funksjon.

For det andre var mange av de vedtak og tiltak som avkreftet modellen basert på helt enkle hensiktsmessighetsvurderinger preget av situasjonsbestemt oppmerksomhet. Kriser krever tiltak som virker fort. Nedgang i skatteinntekter, manglende polikliniske inntekter og vekst i gjestepasientutgifter krevde raske tiltak, tiltak som ikke nødvendigvis ses i sammenheng med mer langsiktige tendenser, utledet av en vedtatt organisasjonsstruktur. Inkrementalismen overtar.

For det tredje kan en ikke se bort fra at de enkelte divisjoner falt sammen med allerede eksisterende distrikter. Det politiske rasjonale som lå bak valget av divisjonaliseringsprinsipp, førte samtidig til en forlengelse av den konflikten som hadde pågått i en årrekke mellom distriktene.

Distriktsdivisjonene hadde politisk legitimitet, men det er mye som tyder på at de savnet både administrativ og faglig legitimitet i forhold til fylkeskommunens toppledelse. Om så er tilfellet kan det være forklaringen på at distriktene i stedet for aktivt å utnytte den nyvunne autonomi i hovedsak ble en salderingspost for beslutninger truffet andre steder, av statlige myndigheter og på sentralt plan i fylkeskommunen.

For det fjerde kan det hevdes at det var et motsetningsforhold mellom de viktigste problemene sektoren sto overfor, og distriktsorganiseringen. De etter hvert mange tiltakene og vedtakene som ble koplet til funksjonell samordning, indikerer at viktige aktører i det politisk-administrative systemet oppfattet at for å få utgiftene under kontroll, og samtidig ivareta kravet om faglig forsvarlig virksomhet, måtte en se de ulike virksomheter innen somatikk, psykiatri og andre atferdsfag under ett. De små avstandene og ønsket om å bryte distriktsmotsetningene innebar at funksjonell organisering fremsto som mer tjenlig enn distriktsorganiseringen.

Denne fremstillingen av bakgrunn, særtrekk og iverksetting av konsernorganisasjonen viser at de egenskaper som kjennetegnet de helsepolitiske spill, fremdeles gjorde seg gjeldende i beslutningsprosesser i fylket. På mange måter var modellen et uttrykk for at en organiserte styrings- og ledelesesformer basert på en radikal, rasjonell og økonomistisk ideologi, samtidig som en bevarte den geografiske forankring i distrikt som skapte legitimitet lokalt for modellen. Men i denne innebygde motsetningen lå også kimen til oppløsning av den konsernmodellen Østfolds helse- og sosialsektor var tuftet på. Neste kapittel dreier seg om hvordan en omorganiserte divisjonaliseringsprinsipp samtidig som de øvrige kjennetegn ved styringsmodellen ble bevart.