

Fristilling – «ett sykehus med fem dører»

10.1 Innledning

Konsernmodellen ble lansert som et kinderegg der tre mål kunne oppnås samtidig: økonomisk kontroll gjennom mål- og rammestyring, omstrukturering og omprioritering gjennom de bytter/utvekslinger som kunne iverksettes innenfor rammen av divisjonaliseringen til helse- og sosialdistrikter, og ikke minst politisk legitimitet, ved at det geografiske divisjonaliseringsprinsippet var lagt til grunn. Men som vist ovenfor møtte konsernmodellen to fundamentale problemer i iverksettingsfasen: Styringsmodellen ble kun iverksatt på et overordnet strukturelt nivå, ikke når det gjaldt de styringsprinsippene som er forutsatt for at konsernorganisering skal fungere. Den manglende iverksetting av modellen som er vist i forrige kapittel, kan forklares blant annet med at divisjonaliseringsprinsippet inviterte til videreføring av lokalpolitisk mobilisering – med vedvarende problemer i det overordnede fylkeskommunale styringssystemet.

Modellen var bedre egnet til å skape politisk legitimitet, i og med at endringer nå skulle skje innenfor rammen av relativt autonome helse- og sosialdistrikter. I all hovedsak var derfor modellen en bekreftelse på, snarere enn et brudd med, de helsepolitiske spill som var etablert i tiden før vedtaket om konsernmodellen. Men modellen hadde to viktige implikasjoner: for det første det byttet som var foretatt som resultat av Prosjekt Samarbeid; utviklingen av lokalsykehusenes fødevirksomhet og etableringen av «atferdsfaglige enheter» ved de fem lokalsykehusene, noe som var svært kontroversielt, men viste at styringssystemet nå tross alt kunne foreta strukturelle endringer innenfor bestemte rammer. Og for det andre at en gjennom konsernmodellen hadde konsolidert geografi – med fem helse- og sosialdistrikter – som det grunnleggende

divisjonaliseringsprinsippet. På sett og vis kan en tale om en formalisering – og derved en styrking – av de institusjonaliserte særtrekk ved helsesektoren i regionen.

Samordningsproblemene mellom helsedistriktene, og særlig motsetningsforholdet mellom på den ene side organisasjonsstruktur og på den annen side både økonomiske og medisinsk-faglige behov for effektivisering og samordning av tjenestene, ble etter hvert åpenbare. Det varte derfor ikke lenge før nye ideer og forslag om endringer i styringsstruktur ble lansert. Her ble svakhetene ved det kompromisset som var valgt – mellom en radikal styringsmodell som få hadde utdypende kunnskaper om – og fordelingen av tjenestene koplet til helse- og sosialdistriktene, tatt opp igjen. Til tross for – eller kanskje på grunn av – konsolideringen av helse- og sosialdistriktene, var det likevel mulig å foreta tre viktige grep i tjenestetilbudet: sentraliseringen av fødevirksomheten til Sentralsykehuset, avvikling av akuttberedskapen ved lokalsykehusene, og sammenslåingen (noen mente nedlegging) av Sarpsborg sykehus med sentralsykehuset. Disse tre grepene skjedde under sterke protester. For de dominerende politiske eliter i fylkeskommunen hadde imidlertid noe skjedd, og det viste seg mulig å samle politisk flertall for disse endringene. En av grunnene til dette var at en gjennom opprettholdelse av helse- og sosialdistriktene som konsernvedtaket sikret, var tilbøyelig til å akseptere de «nødvendige» strukturendringer som økonomiske og faglig-medisinske hensyn talte for. Samtidig var det mange som etter hvert innså at denne strukturen kunne legge grunnlag for en omprioritering fra somatikk til psykiatri, ettersom psykisk helsearbeid ville ekspandere primært i de ulike helse- og sosialdistriktene, innenfor rammen av de nye adferdsfaglige enheter.

Men den politiske belastningen ved disse vedtakene var stor, mange sentrale fylkespolitikere ble skiftet ut, og også fylkeskommunens helse- og sosialsjef og sykehusdirektørene opplevde utskiftninger og sterke belastninger i denne tiden. Likevel ble endringene vedtatt, gjennomført og konsolidert i løpet av en femårsperiode etter konsernvedtaket. Men utfordringene var fremdeles store. Den økonomiske rammen for fylkeskommunens virksomhet ble strammere, den faglig-medisinske misnøye med tungvinte arbeidsprosesser mellom helse- og sosialdistriktene var

uttalt, og en tiltakende opplevelse av at også psykisk helsearbeid måtte kvalitetsforbedres gjennom sterkere hierarkisk samordning – på tvers av helse- og sosialdistriktene – ble stadig sterkere fremhevet i den helsepolitiske debatten. I en større sammenheng dreide krav om omstrukturering seg om at en mente at funksjoner – dvs. overgripende faglige styring – burde prioriteres fremfor geografi – slik konsernmodellen innebar. Det at barnevernet ble utskilt og fikk en funksjonsbasert styringsmodell, var første skritt på veien mot funksjonsorganisering for sektoren i sin helhet.

Summen av de synspunktene som var dominerende i denne debatten, førte etter hvert til nye ideer om ytterligere omstrukturering av helsesektoren i regionen. En av de nye ideene som ble lansert, og etter hvert vedtatt, var en modell for «indre fristilling» for sykehusene – innenfor rammen av det fylkeskommunale eierskapet. Hva innebar denne ideen, hvordan ble den iverksatt, og hvordan opplevde aktørene som var involvert at den nye organisasjonsmodellen ivaretok de intensjonene som vedtak om å gjennomføre fristillingen var begrunnet i?

10.2 «Indre fristilling og funksjonsorganisering»

Som nevnt i forrige kapittel innebar konsernvedtaket at de enkelte direktører hadde ansvar for driften i sine helse- og sosialdistrikt. De hadde imidlertid ikke, slik den teoretiske konsernmodellen tilsier, mandat i tråd med prinsippene for en totalledelsesmodell. Blant annet hadde de ikke myndighet til å opprette nye stillinger. Og beslutninger som omfattet mer enn ett sykehus måtte vanligvis til politisk behandling. Gjennom vedtaket om fristilling ble det foretatt en endring i formell organisasjonsstruktur, med to viktige kjennetegn: Samtlige fire sykehus ble organisert som ett sykehus, og direktøren for det nye Sykehuset Østfold fikk mandat til å treffe avgjørelser som gjaldt samtlige sykehusenheter i fylket. Dessuten ble han delegert ansvaret for en del andre funksjoner som tidligere lå under fylkesrådmannen (bl.a. gjestepasientoppgjør, legespesialister utenfor sykehus, kjøp av private laboratorietjenester og røntgentjenester samt eiendomsforvaltning). Sykehusdirektøren fikk derved det «totalansvar» som konsernmodellen forutsatte. Det innebar også at sykehusdirektøren kunne foreta omdisponering av ressurser mellom de tidligere

sykehusene/distriktene, og mellom sykehusdrift og tjenester kjøpt utenfra, uten politisk behandling. Han/hun fikk også myndighet til å opprette nye stillinger. Som nevnt innebar ikke dette en endring av sykehusenes tilknytningsform til fylkeskommunen som eier og driftsansvarlig, men hadde likevel store implikasjoner, både for fylkeskommunens styringspotensial, og for sammensetning og fordeling av spesialisthelsetjenestene i fylket.

Initiativet til omorganiseringen – «fristillingen» – ble etter det vi vet tatt i fylkeskommunens administrasjonsutvalg i 1996. En av Arbeiderpartiets representanter i utvalget fremla et forslag om å få en vurdering av eksisterende samordning mellom sykehusene, *«herunder den administrative og medisinsk-faglige samordningen»* (Adm.utvalgssak 30/96). Som begrunnelse ble det vist til *«situasjonen som var oppstått i helseavdelingen i fylkeshuset, den vanskelige situasjonen for ventelistepasientene og situasjonen på sentralsykehuset»*. Vedtaket i administrasjonsutvalget, der også de ansatte var representert, var enstemmig.

Ifølge Velgaard (2002) kunne ingen av de intervjuede huske at det i den første fasen generelt var spesielt stor motstand mot forslaget, bortsett fra blant ansatte ved sykehuset i Askim. Etter hvert ble imidlertid lokal motstand mobilisert blant ansatte ved Halden sykehus, men det viste seg at både ansattes organisasjoner i Fredrikstad og i Moss, som utgjorde det store flertallet av ansatte i sektoren, var positive til strukturendringene. Her var det heller ikke lagt opp til forslag om å fjerne akuttberedskap, tvert imot ville disse sykehusene få et større opptaksområde når det gjaldt akuttisykehusfunksjoner. Samtidig innebar forslaget at en skulle legge fylkesovergripende ortopedi til Halden, noe som skapte mindre generell motstand mot forslaget også der. I denne første fasen, da forslaget ble lansert i administrasjonsutvalget, ble ikke de lokale sykehusaksjonene – særlig i Indre Østfold og Halden – aktivisert. I denne fasen var ikke selve «fristillingen», det vil si den organisasjons- og styringsstrukturen som ble foreslått, i fokus, men motstand mot at lokalsykehusene/helse- og sosialdistriktene skulle tappes for funksjoner, særlig akuttberedskap. Resultatet var at mens den helsepolitiske debatten raste, kom endringen i styringsmodell på sett og vis «under radaren» for politisk oppmerksomhet. Dette endret seg imidlertid senere i prosessen.

Forslaget som ble fremmet, må også ses på bakgrunn av at en etter hvert fikk dårlige erfaringer med driftsstyrenes rolle i relasjon til distriktsorganiseringen. Driftsstyrene hadde i utgangspunktet en overgripende koordinerende rolle, som gjerne sto i motstrid til den teoretiske konsernmodellen – slik denne er beskrevet ovenfor. Driftsstyrenes funksjon innebar at jo flere saker som ble tatt opp der, jo vanskeligere ble det å opprettholde autoriteten til direktørene i helse- og sosialdistriktene.

I et av intervjuene med en sentral politisk leder heter det om dette:

«Vi følte at den modellen vi hadde da med selvstendige sykehus og selvstendige administrasjoner fem forskjellige steder, var ikke mulig å gå videre med hvis vi skulle få resultater av de politiske strukturvedtakene som vi dels hadde gjort og som vi dels kom til å gjøre. Samordning og flytting av akuttberedskapen i medisin og kirurgi.» (Velgaard, 2002, s. 12)

Som Velgaard viser, var strategien med å fremme forslaget gjennom administrasjonsutvalget basert på at en ønsket først å få tverrpolitisk oppslutning i et organ der også de tillitsvalgte deltok. Forslaget innebar å foreta en utredning, ikke et konkret forslag om strukturendringer. Denne strategien var vellykket. Som det heter: *«Den politiske og administrative toppledelsen i fylkeskommunen drev saken frem, med støtte fra blant annet de hovedtillitsvalgte.» (Velgaard 2002, s. 13)*

I mars–april 1996 ble saken om omorganisering lagt frem for helse- og sosialkomiteen, administrasjonsutvalget, fylkesutvalget og fylkestinget, om «de somatiske sykehusenes administrative og medisinsk-faglige samordning og ledelse». I saksfremlegget til Fylkesrådmannen pekes det på følgende utfordringer:

- Øke behandlingsskapiteten og redusere ventetiden uten tilførsel av penger
- Man klarer ikke å utnytte samlet kapasitet mellom faglig selvstendige institusjoner
- Sykehusene tilpasser aktivitetene etter fagfolkens behov for faglig interessante og utviklende oppgaver, heller enn til det samlede sykeomsbildet og behovet i befolkningen.

Dette kan kort oppsummeres: «*Det var problemer med samordning av tjenestene mellom sykehusene, som ble ansett å kjempe for sine særinteresser og ikke for helheten.*» (Velgaard, 2002, s. 15)

I fylkeskommunens administrative og politiske toppledelse ble det oppfattet at felles styring var nødvendig, og at dette krevde at direktørene for de fem helse- og sosialdistriktene måtte erstattes av et annet overordnet styringssystem. I intervjuene som Velgaard foretok, ble det om dette henvist til det umulige i å videreføre den «kranglingen mellom sykehus» som forekom. Et viktig poeng var at det både i den politiske debatten og i de saksutredningene som ble utarbeidet, ble henvist til at den eksisterende styringsmodellen førte til at legene kunne «ta seg til rette», og maksimere sine faglige særinteresser under beskyttelse av distriktsorganiseringen.

Fylkesrådmannens forslag til løsning var å legge forholdene organisatorisk bedre til rette for en mer effektiv, helhetlig drift av sektoren. Dette kunne oppnås ved at det ble en overordnet driftsansvarlig direktør for somatisk sektor, og gjennomgående faglig «klinikkledelse» for hele fylket. Det het likevel i forslaget at den geografiske strukturen ikke skulle endres, det vil si at sykehuset fortsatt skulle være lokalisert i fylkets fem byer. Den nye ledelsen skulle ikke være lokalisert til fylkeskommunens sentraladministrasjon.

Den politiske behandlingen av fylkesrådmannens forslag i mars 1996 viste at det var ulike oppfatninger blant partiene. Høyre ønsket å utsette behandlingen til etter at det såkalte «Hauglin-utvalget» hadde kommet med forslag til ny helseplan for Østfold. I forslaget deres, som også KrF og FrP sluttet seg til, het det blant annet at en avviste å organisere somatisk sektor under en drifts- og resultatansvarlig direktør nå, og at rekkefølgen måtte være at en først bestemte seg for hvilken sykehusstruktur/organisering av somatisk tilbud en skulle ha, for deretter å etablere en administrasjon tilpasset den struktur som er valgt. FrP hadde tidligere foreslått at somatisk sektor fortsatt skulle ha lokale «avdelingsdirektører» med selvstendig budsjett- og resultatansvar. Venstre på sin side foreslo å «fisjonere» – det vil si splitte opp – sykehusene i Fredrikstad og Sarpsborg som noen år tidligere var fusjonert, og at alle sykehusene skulle ha selvstendig budsjett- og resultatansvar. Fylkesrådmannen ble samtidig bedt om å omdanne Sarpsborg sykehus til et offentlig eid AS, etter modell av

St. Gørans sykehus i Stockholm. AP sluttet seg på sin side til hovedprinsippene i fylkesrådmannens innstilling, og ba om at rådmannen fikk i oppdrag å iverksette ansettelse av direktør og forberede ansettelse av medisinsk-faglig ledelse («klinikkledelse»). Dette forslaget ble vedtatt med stemmene fra AP, Senterpartiet og SV. Men det var en jevn avstemming i fylkestinget, forslaget ble vedtatt med 23 mot 20 stemmer til Høyres forslag.

Det ble deretter satt i gang en prosess med å rekruttere ny direktør for somatiske spesialisttjenester i fylket. Det viste seg imidlertid at det var uklarhet og uenighet om hvilken rolle den nye direktøren skulle ha. Mange mente at direktøren skulle plasseres sammen med fylkesrådmannens administrasjon, noe som ble sterkt imøtegått av fylkesrådmannen. Det var samtidig kontroversielt at direktørstillingen ble lyst ut eksternt – et grep som gjorde at mange mente at en ikke ønsket at noen av de daværende direktører fra helse- og sosialdistriktene var egnet for jobben.

Det var i det hele tatt mange i det politiske miljøet som ikke var tilfredse med måten den nye direktørfunksjonen skulle ivaretas. På dette grunnlag ba fylkestinget om en nærmere avklaring av den nye sykehusdirektørens oppgaver og myndighetsforhold, både i forhold til fylkesrådmann/fylkeshelsesjef og den eksisterende administrative og faglige ledelsen ved det enkelte sykehus. I november/desember 1996 ble det så lagt frem en ny sak der disse spørsmålene ble tatt opp. Av denne fremgikk det at mens de folkevalgte først og fremst skal styre gjennom mål, rammer og resultatkrav, skal fylkesrådmannen (og fylkeshelsesjefen) legge premisser for de folkevalgtes styringsprinsipper, samt for oppfølging av at styringsvedtak blir iverksatt. Den nye direktøren og hans administrative og faglige medarbeidere skal først og fremst lede den faktiske (daglige) utøvelsen av tjenestetilbudet. Et viktig prinsipp, het det, var at bedre samordning mellom klinikkene skulle oppnås ved å etablere ordningen med gjennomgående faglig ledelse. «Divisjonsledelsen» (klinikksefene) skulle være faglig kompetent og ha nødvendig autoritet til å styre den faglige virksomheten på tvers av de tidlige sykehusenhetene. Dette ble ansett å være en forutsetning for å gi reformen et reelt resultat, hvor styring av den faglige virksomheten var essensielt. Dette innebar også at direktøren ikke kunne være lokalisert sammen med fylkesrådmannens administrasjon.

Under behandlingen i fylkesutvalget foreslo Frp å utsette saken, men dette falt mot partiets ene stemme. I fylkestinget ble rådmannens innstilling vedtatt med 36 mot 7 stemmer. Etter vedtaket i fylkestinget ble det etter hvert tilsatt ny eksternt rekruttert direktør, og han fikk i oppdrag å etablere klinikkledelser og nye tiltak for å samordne den faglige virksomheten etter helhetlige, funksjonsbaserte opplegg.

10.3 Beslutningsprosess, konsekvenser av fristillingen

Beslutningsprosessen som er beskrevet ovenfor, var sterkt preget av hierarkisk styring. Det var en liten gruppe politiske og administrative toppledere som i stor grad formulerte problemstillinger, foreslo og fikk vedtatt løsninger. Mest påfallende er at de lokale aktørene knyttet til de fem helse- og sosialdistriktene ikke ble aktivisert dels fordi det ikke var spesielle interesser som ble truet (Moss/Fredrikstad), dels at en «nøytraliserte» Halden-distriktet ved at en her foreslo tillagt fylkesdekkende funksjoner i ortopedi – et fagområde som sto sterkt i distriktets forsvar for sykehusets eksistens. Et annet viktig trekk er at den mest kontroversielle saken – som er betegnet som den viktigste fylkeskommunale problemstillingen i 90-årene: akuttberedskapen ved lokalsykehusene – allerede var avklart gjennom sentraliseringen av denne til Moss/Fredrikstad før fristillingen ble vedtatt. Velgaard viser også at fagprofesjonene i liten grad ble mobilisert mot forslaget, selv om sykepleierforbundet innledningsvis var kritiske til fristillingsmodellen, med den begrunnelse at det ikke var styringsmodellen, men legenes manglende lojalitet til vedtak som var problemet. Dels kan det virke som om fagprofesjonene – og da særlig legeforeningen – var opptatt av at den funksjonsbaserte modellen der klinikkjefer skulle erstatte de tidligere sykehusdirektører, innebar større fokus på faglig-profesjonell kompetanse. Det ble da også etablert todelt ledelse med krav om at leger skulle være klinikkjefer med sykepleiefaglig kompetanse i klinikkledelsen.

Et interessant trekk ved prosessen er at eksterne konsulenter ikke ble benyttet nå – i motsetning til den omfattende og betydningsfulle rolle SPRI-consult hadde i prosessen rundt vedtaket om konsernorganisasjonen

noen år tidligere. Det var heller ingen referanser til selve konsernmodellen, slik denne var forutsatt iverksatt. Det som ble definert som hovedproblemet i styringssystemet, var likevel knyttet til denne modellen – nemlig valget av geografi som divisjonaliseringsprinsipp (som SPRI-consult var kritiske til, men som lå i forutsetningene for etablering av modellen – se kapittel 8 og 9).

Derved fremsto vedtaket om «fristilling» som dels et brudd med konsernmodellen når det gjaldt valg av divisjonaliseringsprinsipp, dels som en videreføring av den mål- og rammestyringstenkning som konsernmodellen hadde bidratt til å tilrettelegge for.

Iverksettingen av den nye «fristilte» styringsmodellen skilte seg derimot radikalt fra den skjebne vi tidligere har beskrevet for konsernmodellen. Nå ble det tvert imot kraftfull iverksetting: Straks fristillingen var et faktum og den nye ledelsen var på plass, startet arbeidet med å omstrukturere og refordle faglig-medisinske funksjoner mellom de tidligere helse- og sosialdistriktene, med samordning av kreftbehandling som et viktig eksempel. Konsekvensene av vedtaket om fristilling ble derfor raskt materialisert, og i Velgaards analyse av utfallet av prosessen fremgår det at mange av de intervjuede politikerne var blitt overrasket over konsekvensene med hensyn til beslutninger som ble fattet. På samme måte som da konsernmodellen ble vedtatt nesten ti år tidligere, var politikerne også denne gang preget av manglende bevissthet eller oppmerksomhet om implikasjonene av endringer i styringssystemet. Og denne gang, mest åpenbart fordi det var bedre samsvar mellom problemstruktur (manglende samordning mellom sykehusene) og styringsmodell (overgangen til funksjonsbaserte divisjoner/klinikker), ble også konsekvensene oppfattet som langt mer inngripende både i politiske prosesser og i rollen fylkespolitikere var vant til. Dette kom blant annet til uttrykk ved at mange av de intervjuede i Velgaards analyse uttrykker at deres engasjement i fylkespolitikken var knyttet til helsepolitikken, men at en nå opplevde at en ikke lenger hadde innflytelse på disse sakene. Noen hevdet at politikerne gjennom sitt fristillingsvedtak hadde «abdisert», og at fylkespolitikken ikke lenger fanget interesse:

«Fullmaktene som der er i dag – til å gjennomføre tiltak, er noe helt annet enn vi hadde tidligere. Det som er feilen i dette, er at man har gitt ut fullmakter uten å

ha et system for oppfølging av det man har gitt fra seg. Man har fått en ansvarsfraskrivelse på dette.» (Velgaard 2002, s. 28)

Det ble uttrykt flere kritiske synspunkter på dette:

«Man gikk fra en veldig detaljorientert styringsmodell i driftsstyret, til en modell som var nesten motsatt. Hvor politikerne nesten abdiserte fullt og helt. Til den motsatte ytterlighet. Det er der vi er i dag.» (Velgaard, 2002, s. 28)

For politikerne var dette et dilemma – de var ofte utsatt for et sterkt press fra befolkningen og ansatte, fordi de ikke grep inn når sykehusledelsen fattet vedtak som tidligere var blitt avvist av politiske organ. Rammebetingelsene for å fatte kontroversielle beslutninger var nå endret, sykehusledelsen sto fritt i forhold til politiske programmer og trengte heller ikke se mot neste valg (Velgaard, 2002, s. 22).

På samme måte var tillitsvalgte opptatt av at deres rolle også var endret – der de tidligere kunne ta opp saker eller respondere direkte til fylkes helsesjefen eller det politiske nivået, måtte de nå ta opp sakene med sykehusdirektør eller klinikkjefer.

Et interessant forhold er at hele fristillingsprosessen ble gjennomført uten at en aktiviserte spørsmål om behovet for økonomiske innsparinger, til tross for at fylkeskommunens økonomiske situasjon ble forverret i løpet av denne tiden. Dette innebar at i første omgang var det de faglige samordningsproblemene som var i fokus. Etter hvert ble også økonomiske innsparinger knyttet til samordning tatt frem.

Et viktig spørsmål, ikke minst tatt i betraktning de mange resultatløse eller mangelfulle iverksettingsprosesser vi har gjennomgått foran, er hvorvidt styringsmodellen faktisk ble anvendt. I intervjuene hevder samtlige at sykehusledelsen nå tok beslutninger om det faglige tilbudet som tidligere var gjenstand for sterke politiske kontroverser.

Dette må ses som uttrykk for at sykehuset nå var reelt «fristilt» – nettopp i tråd med intensjonene til de som hadde utviklet modellen. Styringsmodellen påvirket forholdet mellom politikk, administrasjon og fag. Løsningene som nå ble vedtatt, innebar strukturelle endringer i tjenestetilbudet som hadde vært motarbeidet fra lokalmiljøer og/eller fagmiljøer i mange år. På samme måte reagerte også andre deler av helse- og sosialsektoren, som psykiatritjenestene og andre adferdsfag, på at de somatiske

helsetjenestene nå fungerte «fristilt» også i forhold til dem. Her kan en tale om at den interne samordning i somatikken – den vertikale samordning – hadde så sterk forrang at en ikke prioriterte den distriktstvis, horisontale samordning.

10.4 Oppsummering

At «fristilling» er en utfordring for et demokratisk system er velkjent – og i dette tilfellet var det altså politiske eliter som i samarbeid med den administrative ledelsen i fylkeskommunen selv hadde brakt det politiske systemet i denne situasjonen. Sett fra et instrumentelt perspektiv var denne prosessen svært vellykket.

«Fristillingen» kunne oppfattes som en videreføring og presisering av de styringsprinsippene som konsernmodellen bygget på. Og i motsetning til da denne modellen ble vedtatt, var styringssystemet nå rigget for å implementere de styringsprinsippene som lå i strategisk politisk styring, sammen med et mål- og rammestyringssystem som i hvert fall i prinsippet kunne fungere. Selv om det i ettertid ble uttrykt en viss overraskelse om at disse prinsippene endret politikernes rolle, og noen mente at en nå hadde opplevd at politikerne hadde «abdisert» i helsepolitikken, var det også en form for lettelse i det politiske miljøet over at en ikke lenger skulle konfronteres direkte med de vanskelige avveieingene krav fra lokalbefolkning, faginteresser og økonomiske rammer representerte. Kort sagt innebar fristillingen at en lyktes i å skape et beskyttende lag til det en oppfattet som lokalpolitiske og faglige særinteresser, og at en maktet å opprettholde denne «forsvarsmuren» som det nye styringssystemet representerte også i møtet med disse særinteressene. Dette må ses i sammenheng med det andre organisatoriske grepet: at en nå foretok en radikal omdreining – en slags 180 graders snuoperasjon – fra geografisk divisjonalisering til funksjonell – det vil si faglig-medisinsk divisjonaliseringsstruktur. De nye klinikkjefene var nå ledere for gjennomgående fagområder, som omfattet faglig virksomhet på ulike geografiske lokaliseringer. Resultatet var at en relativt umiddelbart satte i gang et arbeid med å rasjonalisere, samordne og effektivisere den medisinsk-faglige virksomheten på tvers av de eksisterende sykehus.

Et aspekt ved denne omorganiseringen var at det også ble nødvendig å foreta en tilsvarende strukturendring for de «resterende» faglige virksomhetene, blant ved at psykiatrien (og senere spesialisert rusbehandling) ble trukket ut av distriktene og fikk en tilsvarende funksjonsbasert organisering.

Til sammen skapte disse prosessene grunnlag for en ny helsepolitisk situasjon, både med hensyn til definisjon av problem, aktører som deltok i prosessene, og hvilke løsninger en fant. Problem ble definert innenfor rammene av nye krav til effektivitet og kvalitet. Politikernes rolle, særlig knyttet til lokalpolitiske interesser, ble i stor grad definert ut av prosessene. Profesjonenes rolle ble også endret – allianser mellom lokale fagprofesjonsinteresser og lokalpolitiske aktørgrupper ble brutt. Samtidig ble faglig-medisinske vurderinger relativt umiddelbart de viktigste premissleverandører. Her var medisinsk spesialisering, og derav følgende aktører med kompetanse innenfor ulike spesialistfelt, de viktigste tilretteleggerne for fordeling og prioritering av helsetjenestene. Disse prosessene skjedde innenfor rammen av klinikkene og sykehusorganisasjonene, og andre aktører ble i liten grad trukket inn i beslutninger før en hadde en «omforent faglig løsning». Dette innebar også en tilrettelegging av en fortetning, konsentrasjon og spissing av arbeidet innen ulike spesialiteter. Geografisk avstand ble ikke vurdert uten at det var et element i kvalitetsvurderingene. Resultatet kan oppsummeres som en bekreftelse av at de «sentripetale» krefter nå hadde forrang, og at de «sentrifugale» krefter i strukturering av spesialisttjenestene nå – i første omgang – hadde tapt. Dette la premisser for måten en et par år senere organiserte tjenestene på innenfor de nye rammene som sykehusreformen i 2001 innebar.