

KAPITTEL 6

Ekspertstrategi: «Struktur-utvalget»

6.1 Bakgrunn

I Harlem-utvalgets innstilling av 1971 og i fylkestingssak nr. 8 av 10. august 1971 ble det pekt på et vesentlig problem i den daværende sykehusstruktur, nemlig samarbeidsforholdet mellom Sarpsborg sykehus og Sentralsykehuset i Fredrikstad. Om dette anbefalte Harlem-utvalget følgende:

«Utvalget vil tilrå at en legger særlig vekt på å videreutvikle samarbeidet mellom Sarpsborg sykehus og Sentralsykehuset. Det bør være mulig å etablere et meget intimt medisinsk faglig og praktisk samarbeid, hvor de spesialiteter som er representert ved begge sykehus gradvis organiseres i en hensiktsmessig funksjonsfordeling innenfor vedkommende disiplin, gjeldende både for Nedre Glomma-regionen og for fylket forøvrig.» (Delinnstilling I, s. 2)

Det daværende Statens sykehusråd anbefalte i to betenkninger i 1970 og 1972 en oppdeling av Østfold i to sykehusområder. Her het det at Østfold fylke burde basere sin sykehusplan på en todeling, med et sentralsykehus i søndre del, Fredrikstadområdet, og et lokalsykehus i nordre del av fylket, som også burde ta med en del av befolkningen i søndre Akershus som opptaksområde. Videre het det at Sarpsborg og Fredrikstad sykehus burde slås sammen under én administrasjon, og at sykehusene i Askim og Halden kunne «omprogrammeres til helsesenter med poliklinikk/legevakt, noen få akuttsenger og senger for fødsler, og tilliggende sykehjem av høy standard». De i helseplanen anførte argumenter for opprettholdelse av eksisterende lokalsykehus måtte etter Statens sykehusråds mening «vike til fordel for en større konsentrasjon av sykehustjenestene, da det her dreier seg om et fylke med korte avstander og gode kommunikasjoner. Disse forhold bør etter sykehusrådets mening nettopp tilsi at Østfold fylke baserer sin fremtidige sykehusutbygging på moderne prinsipper, dvs.

at man bør søke andre alternativer for medisinsk service enn akuttsykehus innenfor et lokalt område.» (Statens sykehusråd, brev til Østfold fylkeskommune, desember 1973)

Anbefalingen møtte stor motstand i fylket, og heller ikke på sentralt hold vant den særlig gjenklang. Det ble derfor ikke aktuelt å videreføre nevnte utspill fra sykehusrådet. Konsulentfirmaet Nosyko la i januar 1974 frem en rapport vedrørende samarbeidet mellom Sarpsborg sykehus og Sentralsykehuset. Hovedformålet med rapporten var å se videreutviklingen av de to sykehusene i sammenheng, spesielt i forbindelse med sentralsykehusutbyggingen i Fredrikstad. Forslagene i denne rapporten ble bare i mindre grad fulgt opp. En del av tiltakene ble også etterhvert uaktuelle. Men i skriv fra Sosialdepartementet av 9. januar 1981 i forbindelse med helseplanen for fylket (4-årsplanen 1982–84) er følgende anført om forholdet mellom Sentralsykehuset og Sarpsborg sykehus:

«For å oppnå en jevnere geografisk fordeling av sykehussengene i Sarpsborg og Fredrikstad sykehusområder, arbeider fylkeskommunen med planer om å slå sammen disse områdene til ett lokalsykehusområde (Nedre Glomma-regionen). Planene omfatter også at fylkets behov for sentralsykehus-funksjoner blir dekket både ved Sarpsborg sykehus og Sentralsykehuset for Østfold. Dette skjer under henvisning til at den faglige standard og antall spesialister ved Sarpsborg sykehus i realiteten medfører at det allerede i dag er en rekke sentralsykehusfunksjoner som dekkes ved Sarpsborg sykehus. Departementet stiller seg positivt til disse forslagene, som også medfører endringer i forhold til Kgl.res. og fylkets helseplan. Før eventuell godkjenning er det behov for en dokumentasjon av ressursbruken ved de ulike alternativene, og det må videre også finnes frem til en hensiktsmessig funksjonsfordeling mellom Sarpsborg sykehus og Sentralsykehuset i Østfold. Departementet mener at det finnes muligheter for rasjonalisering av sykehusvesenet i Østfold.»

Fra fylkeskommunale organer ble de forskjellige tilrådinger og utspill som er nevnt ovenfor, vurdert som at de dels bygget på ulike forutsetninger, og dels var preget av lite presise målsettinger, og forslagene ble i første omgang ikke fulgt opp.

På bakgrunn av bygningslovens krav om utarbeidelse av fylkesplan ble det i oktober 1975 lagt frem et omfattende førsteutkast til fylkesplan for Østfold. Det nye fylkestinget (valgperioden 1976–79) tok opp arbeidet

med utarbeidelse av fylkesplan sommeren 1976, og denne forelå som Kgl. res. 10.2.1978. I 1979 ble det satt i gang arbeid med en ny fylkesplan, som bl.a. var forutsatt bygget på egne sektorplaner. Helseplan for Østfold ble godkjent i Kgl.res. i slutten av 1979, og var ikke klar til å inntas i fylkesplanen for Østfold for perioden 1980–83. Det ble i fylkesplanen kun gitt en kortfattet oversikt over sektoren, og noen få tilrådinger og prioriteringer. Av disse fremkom det at det var delvis behov for en utbygging for å nå normtallene på enkelte sektorer, dels behov for kvalitetsforbedringer av tilbudet ved Sentralsykehuset («Serviceblokken»), i HVPU og i psykiatrisk sektor. Når det gjaldt de somatiske sykehusene, het det bare at en tilråde en sterk opp-prioritering av den polikliniske virksomhet (som reduserer sengeplass-behovet og samtidig gir fylkeskommunen inntekter), i tillegg til investeringene ved Sentralsykehuset.

Spørsmålet om tilråding i saker som sengedekning, strukturendringer, spesialiseringsgrad osv. burde utstå til fylkets helseplan forelå, het det.

6.2 Strukturutvalgets arbeid

Det såkalte «Strukturutvalget» ble nedsatt av fylkeskommunens helse- og sosialutvalg 10.2.1981. Bakgrunnen for etableringen av utvalget var ifølge utvalgets innstilling flere:

1. Gjentatte ønsker fra politisk hold i fylkeskommunen om en bred helsepolitisk debatt, med særlig vekt på en revisjon av sykehusstrukturen i fylket
2. Kgl.res. om fylkets helseplan av 10.9.79 med Sosialdepartementets merknader og anbefalinger, herunder de krav som det nye planleggingssystemet for institusjonshelsetjenesten stilte
3. Sosialdepartementets påpeking i godkjenningsskriv av 9.1.1981 til langtidsplanen 1980–84 av en noe uklar helsepolitisk målsetting for institusjonshelsetjenesten i Østfold
4. Krisen i fylkeskommunens økonomi, med krav om strengere prioritering innen institusjonshelsetjenesten, effektivisering og nedskjæringer på kort sikt – og langsiktig kostnadsdempende effekter (Struktur-utvalget II, s. 1)

Utvalget fikk følgende sammensetning: fylkeslege Odd Lien, fylkespsykiater Ole Petter Lossius, overlege Trond Reinschou, overlege Audor Nygård, direktør Hans O. Larsen og direktør Knut Okkenhaug. Utvalget besto derved av representanter fra ulike deler av helsesektoren i fylket. De to direktørene var fra henholdsvis Askim og Moss sykehus, overlegene fra Fredrikstad og Halden sykehus.

Mandatet ble utformet slik:

«1. Utvalget skal innen 10. februar 1981 utarbeide et skissemessig utformet diskusjonsgrunnlag for en helsepolitisk debatt i Østfold fylkeskommune.»

Diskusjonsgrunnlaget skulle primært inneholde en «helsepolitisk målsetting for Østfold fylkes sykehusstell, slik det bør videreutvikles de nærmeste 10–15 år, med angivelse av så vel kapasitet som innhold (medisinske spesialiteter). Herunder søkes anvist, gjerne i alternativer, et mønster på en sektorisering av det psykiske helsevern knyttet til (integrert) i lokalsykehusene.

2. Utvalget skal vie forholdet mellom Sentralsykehuset og Sarpsborg sykehus spesiell oppmerksomhet og anwise, om mulig i alternativer, en hensiktsmessig funksjonsfordeling mellom Sentralsykehuset og lokalsykehusene.

3. Under sitt arbeid skal utvalget ta nødvendig kontakt med de berørte sykehus og fagkrefter, herunder innhente faglige råd utenifra.»

Utvalget utarbeidet i første omgang en rapport som var ment å være et diskusjonsgrunnlag for den brede helsepolitiske debatt politikerne hadde ønsket. Rapporten ble fremlagt 5.2.1981. Utvalget presiserte formålet med rapporten slik:

«Rapporten skal være kort og i en skissemessig form danne grunnlag for den ønskede helsepolitiske debatt, først og fremst konsentrert om sykehusstrukturen og sykehusfunksjonene (sykehusbegrepet her brukt til dels i en utvidet betydning)». Det het at utvalget forventet at «denne debatt, som antas å foregå over et lengre tidsrom», etter hvert ville føre til slike avklaringer mht. den helsepolitiske målsetting i fylkeskommunen

at nødvendig registrering av konkrete tiltak (driftsomlegginger og ny-anlegg) kunne foretas i ettårsplanene, i de rullerende fireårsplanene og i perspektivplanen – den siste med et tidsperspektiv frem mot 1995.

Formelt bindende politiske vedtak om aktuelle strukturendringer og tiltak ble forutsatt å skje i forbindelse med behandlingen av forannevnte planer. Utvalget gikk derfor ut fra at rapporten ikke ville bli gjenstand for noen formell behandling – utover det å «tjene som en katalysator for den helsepolitiske debatt» (Innst. II, s. 2).

Denne helsepolitiske debatten mente utvalget ville finne sted forut for gjennomføringen av tiltak som måtte ha kortsiktige mål om å lette budsjettbehandlingen for 1982. For å kunne få overblikk over konsekvensene av de mer omfattende innstrammingsiltakene som måtte bli aktuelle, ville det bli nødvendig å se disse med bakgrunn i den helsepolitiske målsetting som fylkeskommunen ønsket å komme frem til. Som antydnet foran var rapporten ment å være et skritt i retning av avklaringen om denne målsettingen (Innst. II, s. 2).

De forutsetningene utvalget la til grunn for rapporten, var at det somatiske sykehussystemet også i fremtiden skulle bestå av fem sykehus, at helsetjenestetilbudet i størst mulig grad skulle være like i alle de fem lokalsykehusområdene, at sengeavdelinger for spesialiteter hvor pasientgrunnlaget er lite, ble samlet ett sted i fylket, og at forslaget til ny struktur i minst mulig grad skulle medføre investeringsutgifter. Det ble videre forutsatt at utbyggingsoppgavene ved Halden sykehus og sykehjem, Sarpsborg sykehus, SØF (Service-blokken) og Østfold Psykiatriske Sykehus (ØPS) skulle gjennomføres.

Utvalget foreslo at det somatiske sykehussystemet også i fremtiden skulle bestå av fire lokalsykehus og et sentralsykehus. Det ble videre presisert hvilke avdelinger og spesieltjenester de fire lokalsykehusene burde ha, og hvilke funksjoner med sengeavdelinger for hele fylket SØF skulle dekke. Når det gjaldt psykiatrien, foreslo utvalget opprettet psykiatriske enheter i alle sykehusområdene, knyttet til sykehuset. Disse enhetene burde bestå av dagavdeling og poliklinikk. Det ble videre foreslått opprettet en ny avdeling ved ØPS og at psykiatrisk avdeling ved SØF skulle dekke behovet for voksenpsykiatriske sentralsykehussenger. I tillegg burde det

etableres en psykiatrisk legevakt/poliklinikk for tjeneste utenom vanlig arbeidstid.

Det som fra vårt synspunkt i første rekke er interessant i den første rapporten, er de vurderinger om økonomi utvalget gjorde. Det het her at dersom utvalgets forslag til endret struktur ble vedtatt som helsepolitisk målsetting, ville dette i seg selv ikke medføre økonomiske innsparinger, men sikre en mer lik fordeling av helsetjenestetilbudet. Det ble hevdet at forslaget ville føre til mer effektiv poliklinisk virksomhet, og at en derved ville få «mer helse for hver krone». Det het videre:

«I den grad fylkeskommunen ikke økonomisk makter å gjennomføre full helsepolitisk måloppfyllelse, vil utvalget anbefale at den grad av måloppfyllelse man kan make, blir mest mulig lik i alle sykehusområdene. Sagt på en annen måte: Eventuelle innskrenkninger bør foretas i forhold til målsettingen slik at skadevirkningene blir tilnærmet jevnt fordelt på alle de fem lokalsykehusområdene.» (Innst. II, s. 5)

Den første rapporten fra Strukturutvalget ble sendt til en rekke instanser. Den helsepolitiske debatten rapporten var ment å utløse, ble imidlertid ikke så omfattende som forventet, og resulterte heller ikke i den avklaring av de helsepolitiske målsettinger man hadde ventet. Stort sett fikk rapporten tilslutning fra de instanser som var blitt orientert. Hovedårsaken til det manglende engasjementet i debatten om rapporten mente utvalget selv lå i at de «forventninger man – i første rekke fra politisk hold – hadde stilt til at rapporten skulle inneholde anvisninger om hvordan man på kort sikt skulle komme ut av det økonomiske uføre fylkeskommunen befant seg i, var ikke blitt innfridd».

Utvalget mente at dette heller ikke hadde vært hensikten med rapporten.

Helse- og sosialutvalget vedtok i møte 23.4.81 å ta rapporten til etterretning. Videre fikk utvalget et revidert mandat: å utrede/utdype følgende spørsmål:

1. Forholdet mellom Sarpsborg sykehus og Sentralsykehuset
2. Justering av opptaksområdene for de fem somatiske sykehusene
3. Styring av pasientstrømmen, eventuell opprettelse av en innleggelsessentral

4. Vaktberedskapen ved de somatiske sykehusene
5. Poliklinikkvirksomheten, dag- og lettpleieavdelinger

Samtidig vedtok helse- og sosialutvalget å slutte seg til forslaget om prinsipper for hovedstruktur for psykiatrien.

Det mandatet utvalget nå skulle arbeide etter, ble ikke bare utvidet (som utvalget pekte på) men også konkretisert. Utvalgets dilemma ble derved enda klarere: I innstillingen som fulgte, het det om dette:

«Strukturutvalgets arbeid under det utvidete mandat har fortsatt vært sterkt preget av to motstridende hensyn: på den ene siden ønskeligheten av å komme frem til en klargjøring av grunnleggende helsepolitiske målsettinger i form av en mest mulig hensiktsmessig sykehusstruktur – noe som innebærer en arbeids- og tidkrevende prosess – og på den annen side hensynet til det sterke ønske om at Strukturutvalgets arbeid skulle føre til vesentlige innsparinger i det fylkeskommunale budsjett både på kortere og lengre sikt.» (Innst. II, s. 8)

I møte 26.6.81 gikk helse- og sosialutvalget med på en utsettelse av fristen for innlevering av innstillingen til 1.12.81, men i møte 10. september vedtok utvalget bl.a. følgende:

«Av økonomiske grunner må det allerede fra og med 1982 foretas en viss struktur-rasjonalisering av sykehusene i Østfold. Skal strukturutvalget ha noen innflytelse på disse tiltakene, må deres innstilling være avlagt senest 1. oktober 1981.»

Den praktiske organiseringen av arbeidet ble overlatt sykehussjefen, og fylkesrådmannen og sykehussjefen ble bedt om å vurdere ytterligere konsulentbistand. Strukturutvalget gikk etter dette med på å fungere som et ad hoc-budsjettutvalg, for å komme med forslag om, og prioritering av mulige innsparingstiltak med sikte på balanse i helsebudsjettet for 1982. Utvalget la deretter frem en oppgave over 27 innsparingstiltak i prioritert rekkefølge. Det heter i innstilling II at det *«ble antatt at tiltakene ikke ville få noen nevneverdig betydning for utvalgets endelige innstilling»*. Implisitt innebar dette at forslagene ikke hadde betydning for strukturen i helsevesenet i Østfold.

Etter å ha fungert som ad hoc-utvalg i forbindelse med budsjettarbeidet for 1982 fortsatte utvalget sitt arbeid i tråd med det reviderte mandatet.

Utvalget pekte på at hovedårsakene til at det i det hele var kommet på tale å utrede endringer i sykehusstrukturen, var å finne i skjevheter i dekningsgraden for de fem sykehusområdene, lite befolkningsunderlag i Halden lokalsykehusområde, korte avstander i fylket generelt og i Nedre Glomma-området spesielt, stor overdekning av fødeplasser, spredning av enkelte sentralsykehusspesialiteter på flere sykehus, behov for omprioriteringer innen institusjonshelsevesenet og innstramming i de økonomiske rammebetingelser og utsikten til dempet vekst, ev. stagnasjon, i nærmeste fremtid. De forutsetninger utvalget la til grunn for sitt arbeid, var stort sett de samme som tidligere.

Når det gjaldt hovedspørsmålet om sykehusstruktur, delte utvalget seg i et flertall og et mindretall. Utvalgets flertall (alle unntatt sykehussjef Okkenhaug) gikk inn for at opptaksområdene skulle endres, slik at Halden lokalsykehusområde ble utvidet med Degernes og deler av Skjeberg kommune, til sammen 9000 personer. Sarpsborg lokalsykehusområde ble tilsvarende redusert, men skulle i stedet få deler av Borge og Rolvsøy kommune, tilsammen 10 000 personer. Fredrikstad lokalsykehusområde ville få sitt befolkningsunderlag redusert også med 10 000 personer. Dette forslaget innebar at alle de fem lokalsykehusområdene skulle opprettholdes, men at Halden sykehus ville bli redusert med 36 senger, Sarpsborg sykehus ville få en reduksjon på 20 senger, men at noen sentralsykehusfunksjoner skulle flyttes til Sarpsborg (geriatri og sosialmedisin, eventuelt ortopedisk kirurgi og revmatologi). Sentralsykehuset ville få 63 nye senger, og SØF ville få 165 «lokalsykehussenger» og 321 «sentralsykehussenger», pluss 60 psykiatriske sengeplasser. Moss sykehus ville i dette forslaget få redusert sengetallet med 11, og Indre Østfold ville opprettholde sitt sengetall.

Sykehussjef Okkenhaug foreslo på sin side at lokalsykehusområdene ble redusert til fire, og at det skulle være fire tradisjonelle sykehus og et sykehus som dekket føde, gynekologi og pediatri. I samtlige av strukturutvalgets forslag var fødevirksomheten og gynekologi sentralisert, og begge forslagene innebar et totalt sengetall på 1186, det vil si en moderat reduksjon.

I vår sammenheng er særlig spørsmålet om forholdet mellom SØF og Sarpsborg sykehus interessant. Som vist tidligere gikk Harlem-utvalget

inn for å utvikle et «intimt samarbeid» mellom de to sykehusene, etter hvert også en felles administrasjon. I sin første innstilling la Strukturutvalget opp til et mønster for funksjonsfordelingen mellom SØF og Sarpsborg «*som i prinsippet var det samme som mellom Sentralsykehuset og de øvrige lokal-sykehus*». (Innst. II, s. 21)

I de ulike alternativer Strukturutvalget skisserte, var det bl.a. foreslått at Halden/Sarpsborg skulle slås sammen til ett lokalsykehusområde (Alt. II), eller at Sarpsborg og (størstedelen av) Fredrikstadområdet ble slått sammen, eller – som foreslått av Statens sykehusråd – at fylket ble delt i to lokalsykehusområder (Alt. V). Alle disse forslagene innebar at et eller flere lokalsykehus (opptil 3 i alt. V) ble omgjort til rehabiliteringssykehus, eller sykehus for føde, gynekologi og pediatri. Men ingen av disse forslagene, som ville innebære omfattende endringer i sykehusstrukturen, ble foreslått av utvalget.

6.3 En kortfattet drøfting av Strukturutvalgets arbeid

Bakgrunnen for opprettelsen av Strukturutvalget var dels Sosialdepartementets påpeking av uklare helsepolitiske mål, dels behovet for en debatt om strukturen i helsesektoren i sin helhet (noe som bl.a. må ses på bakgrunn av den heftige diskusjon og politiske mobilisering om «fødesaken» og investeringene ved Sentralsykehuset), og dels krisen i den fylkeskommunale økonomi. Igjen ser vi at de statlige myndigheters misnøye med «organiseringen av helsetjenestene» i fylket var en viktig drivkraft bak forsøkene på helhetlig planlegging i sektoren. Men i tillegg var nå også det lokale behovet for omstrukturering og sparing erkjent i det politiske miljøet. Derved kunne en anta at betingelsene for vellykket synoptisk samordning var til stede. Utvalgets sammensetning bar preg av ønsket om geografisk spredning, samtidig som representantene i utvalget dels var leger, dels administrative ledere ved sykehusene. Sykehussjefen kan hevdes å være den eneste i utvalget som ikke hadde en bestemt geografisk/faglig tilknytning. Utvalget fikk uansett et sterkt preg av å være et «ekspertutvalg».

Strukturutvalgets dilemma mellom på den ene siden geografisk og faglig balanse og på den andre siden kravet om omstrukturering med

sikte på omfattende sparetiltak kom umiddelbart til syne. Allerede i premissene for sitt arbeid prioriterte utvalget hensynet til regional og faglig balanse. Dette kom til uttrykk i formuleringen om at helsetjenestetilbudet skulle være mest mulig likt i alle sykehusområdene, samtidig som målet måtte være å ikke foreslå tiltak som ville gi vesentlige investeringsutgifter. De forslagene utvalget lanserte, baserte seg bl.a. på en oppfatning om at «sykehusstrukturen var ideell», uten at dette ble nærmere begrunnet. Derved var grunnlaget for omfattende strukturendringer mht. antallet sykehus borte, og den første innstillingen kom i hovedsak til å bekrefte den eksisterende struktur helsevesenet i fylket hadde. At en slik bekrefteelse ikke kunne skape grunnlag for en «bred helsepolitisk debatt», er ikke overraskende. For de sentrale styringsorganer i fylket var den første innstillingen fra utvalget åpenbart utilstrekkelig: Den la verken grunnlag for helsepolitisk debatt, sparing eller omstruktureringer. Helse- og sosialutvalget grep inn i prosessen på to måter: ved å presse utvalget til å «tenke i nedskjæringer», og ved å utvide og konkretisere mandatet for det videre arbeid slik at utvalget måtte ta konkrete standpunkt til oppgitte strukturelle problemer (forholdet SØF/Sarpsborg sykehus og justering av opptaksområdene).

Når det gjaldt spørsmålet om omstrukturering, la utvalget i sin andre innstilling frem forslag som anga en moderat endring av funksjonsfordelingen mellom Sarpsborg sykehus og SØF, og en justering av opptaksområdene som i praksis innebar at SØFs lokalsykehusområde ble redusert, samtidig som SØFs sentralsykehusfunksjoner ble styrket. Dessuten skulle sengetallet ved lokalsykehusene reduseres, mens SØFs sengeantall tilsvarende økes, slik at det totale sengeantall ikke ble redusert. Når en ser dette i sammenheng med forslagene om opprusting av psykiatrien både ved lokalsykehusene og ved ØPS/SØF, innebar dette en total utgiftsøkning av ukjent omfang: Utvalget vurderte selv ikke de totale økonomiske utgiftene av sine forslag.

Når det gjaldt utvalgets arbeid med utgiftsreduksjoner, var dette delvis knyttet til ad hoc-funksjonen i forbindelse med budsjettforslaget for 1983, dels med forslagene til strukturendringer i innstilling II. De forslag til innsparinger utvalget foreslo, var av relativt beskjedent omfang (ca. 3 mill. kr) og spredt på 27 ulike sparetiltak. Ingen av disse berørte strukturen i

sektoren. I innstilling II overlot utvalget i praksis til de sentrale politiske organer å foreta innsparinger. Utvalget markerte sin «fordelingspolitiske» tenkning ved å henstille til disse organer å sørge for at dersom fylkeskommunen ikke kunne nå sine helsepolitiske mål, måtte en sørge for at skadevirkningene av de økonomiske sparetiltak ble mest mulig likt fordelt på de fem lokalsykehusområdene. Mens Strukturutvalgets mandat var å utvikle helsepolitiske mål innenfor fylkeskommunens økonomiske rammer, «løste» utvalget sin oppgave ved å skille mellom disse «helsepolitiske» og økonomiske hensynene. Etter alt å dømme må dette sees på bakgrunn av utvalgets sammensetning, der den helsefaglige og helseadministrative ekspertise i spenn med geografisk representasjon dominerte.

«Strukturutvalget» representerte et viktig forsøk på synoptisk samordning. Forutsetningene for å komme frem til omfattende strukturrendringer og sparetiltak var gode – en kombinasjon av statlig press og lokalt initiativ. Men sammensetningen av utvalget la grunnlaget for sonderinger og bytte innenfor utvalgets lukkede rom: Representantene fra de ulike lokalsykehusregioner fordelte skadevirkningene jevnt over den eksisterende struktur – SØF ble styrket, lokalsykehusene «mistet» noen senger hver, men «fikk» nye, og også nye psykiatriske tilbud. Psykiatrien «fikk» en opprustning og omstrukturering, mens somatikken «beholdt» sitt totale sengetall. Bare sykehussjefen selv – som var den eneste som representerte «helhetstenkningen» innen fylkeskommunen i utvalget – la frem en dissens der han gikk inn for noe mer omfattende strukturrendringer når det gjalt opptaksområdene, men heller ikke denne gikk særlig langt. Strukturutvalgets arbeid kom derved til å representere et mislykket forsøk på synoptisk samordning, strukturrendringer og sparing; utvalget fulgte den minste motstands vei: å bekrefte strukturen i sektoren og gjennom inkrementalistiske bytter opprettholde regional og faglig balanse. Men som vist i kapittel 3 raste den helsepolitiske debatten for fullt utenfor utvalgets møterom. Og i forhold til problemene med akselererende budsjettunderskudd i fylkeskommunen, og krav om omstrukturering og omprioriteringer som statlige helsemyndigheter stilte, ble det snart opplevd som et behov for nye forsøk på å «rydde opp». Neste kapittel omhandler det viktigste initiativet til å foreta denne «oppryddingen» – «Prosjekt Samarbeid».