

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

Navn på kandidater:

BE311E

Raymond Dokmo og Haakon Lindekleiv

Rasjonalitet eller organisert anarki?

En studie av beslutningsprosessen ved opprettelse av et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset Bodø.

Dato: 18. juni 2018

Totalt antall sider: 79

Sammendrag

Styret i Helse Nord besluttet i 2017 å etablere et behandlingstilbud for perkutan koronar intervensjon (PCI) i Bodø. Saken var en av de mest omdiskuterte og opprivende sakene i Helse Nord de siste årene. Prosessen fremstod vanskelig å forstå. I masteroppgaven undersøkte vi *hvordan man med utgangspunkt i ulike beslutningsmodeller kan forstå prosessen bak etablering av et PCI-tilbud i Bodø*. Vi studerte dette fordi en bedre forståelse kan lette fremtidige beslutningsprosesser i vanskelige saker.

I arbeidet med masteroppgaven tok vi utgangspunkt i teorier om mennesket som beslutningstaker, hvordan ulike logikker kan sameksistere i en prosess og fire sentrale modeller for beslutningsprosesser: Den rasjonelle modellen, forhandlingsmodellen, regelmodellen og organisert anarki.

Vi benyttet kvalitativ tilnærming og gjennomgikk styrepapirer, rapporter, videoopptak av styremøter og avisoppslag. I tillegg intervjuet vi sentrale beslutningstagere. Vi brukte teori og egne erfaringer til å fortolke og analysere funnene.

Masteroppgaven har tre hovedfunn:

- i) Det eksisterte konkurrerende logikker og den dominerende logikken virket å endre seg underveis.
- ii) Aktører utenfor styrerommet påvirket styringsinformasjonen og styrte prosessen.
- iii) Beslutningsprosessen bar preg av organisert anarki.

Konklusjonen var at beslutningsprosessen ikke kan forklares av én enkelt beslutningsmodell, men inneholdt elementer av den rasjonelle modellen, forhandlingsmodellen, regelmodellen og bar preg av organisert anarki. Etter vår mening er det tre implikasjoner av funnene. Vi har valgt å formulere disse som spørsmål:

- Kan man legge til grunn at en vanskelig beslutningsprosess skal forbli rasjonell?
- Hvordan kan det etableres en felles forståelse av problemet, målet og nytten av løsningen før beslutningsprosesser i lignende saker i fremtiden?
- Bør beslutningstakere involveres i vanskelige beslutningsprosesser på et tidligere tidspunkt?

Vi mener beslutningsprosessen om PCI kan ses i sammenheng med de flerdimensjonale målsettingene som et regionalt helseforetak har. Målsettingen er definert av ulike aktører med ulike logikker. Dette kan være én forklaring på hvorfor vanskelige saker kan få et forløp som vi har beskrevet i masteroppgaven. Gjennom dette kan vi kanskje også forstå hvorfor beslutningsprosessen bar preg av organisert anarki?

Summary

The board of the Northern Norway regional health authority decided in 2017 to establish a treatment with percutaneous coronary interventions in Bodø. This was one of the most controversial and debated decisions of the last decade in Northern Norway. The decision making process appeared complex and difficult to understand. The aim of our master's thesis was to elucidate how one can understand the decision process based on theoretical models of decision making.

The theoretical framework of our study was man as decision maker, competing logics, and four models of decision making: the rational, the negotiation, the rule-based, and organized anarchy.

We used a qualitative approach and reviewed protocols and video recordings of board meetings, reports, and newspaper articles. We conducted in-depth semi-structured interviews with key informants. The findings were interpreted using theory and our own experience.

There were three main findings:

- i) competing logics existed and the dominant logic changed during the decision process;
- ii) external actors influenced the flow of information and the process;
- iii) the decision making process had several characteristics of an organized anarchy.

We concluded that the decision making could not be explained by one model of decision making, but included elements of the rational, the negotiation, and the rule-based model. Taken together, the process had several characteristics of an organized anarchy.

The implications of our findings are:

- Can decision making in controversial decisions stay rational?
- How can a common understanding of the problem, purpose and goal of future decisions be established?
- Should decision makers be involved in difficult decision at an earlier stage?

In the present case, the decision making can be seen in light of the multidimensional objectives of Norwegian regional health authorities. These objectives are based on different logics. This may be one explanation for why the process became characterized by organized anarchy.

Forord

Valget av temaet for masteroppgaven i helseledelse var basert på undring over hvordan fagpersoner og styremedlemmer kan være så sterkt uenig i en sak. Vi var ikke delaktige i prosessen, men observerte den på nært hold som ansatte i Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge.

Arbeidet med oppgaven var hektisk, men lærerikt og vi hadde mange gode diskusjoner underveis. Dette mener vi utviklet oss både faglig og personlig.

Vi ønsker å takke de som har bidratt under arbeidet med oppgaven:

Vår eminente veileder Kari Nyland ga oss konstruktiv kritikk og mange gode tilbakemeldinger.

Medstudentene på kull-16 bidro til mange nyttige diskusjoner. Vi satte stor pris på samværet med dere.

Helse Nord RHF etablerte masterstudiet og våre arbeidsgivere ga oss mulighet til å delta.

Informantene var alle veldig positive. Under arbeidet med oppgaven var det et tidspunkt der vi diskuterte om vi heller burde valgt en annen oppgave. Informantenes positive holdning og ønske om at denne oppgaven skulle bidra til læring i Helse Nord var en viktig grunn til at vi fortsatte.

NRK Nordland og Troms ga oss velvillig tilgang til videoopptak av styremøtene.

Våre kjære hjemme som viste forståelse, støtte og bidro med gjennomlesning av oppgaven.

Bodø og Tromsø 18.06.2018

Raymond Dokmo og Haakon Lindekleiv

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	1
1.1.	Bakgrunn	1
1.2.	Formål og problemstilling	1
1.3.	Avgrensning.....	1
1.4.	Sentrale begreper	1
1.5.	Oppgavens oppbygging	2
2.	Kontekst	3
2.1.	Helseforetakene	3
2.2.	Styrets sammensetning og oppgaver	3
2.3.	Hjerteinfarkt og PCI	4
3.	Teori	5
3.1.	Mennesket som beslutningstaker.....	5
3.2.	Modeller som beskriver beslutningsprosessen	5
3.3.	Ulike logikker	9
4.	Metode.....	13
4.1.	Valg av metode	13
4.2.	Godkjenninger og samtykke	13
4.3.	Vitenskapelig perspektiv	14
4.4.	Innsamling av data fra sekundærkilder.....	14
4.5.	Intervjuene	15
4.6.	Validitet og reliabilitet.....	17
4.7.	Styrker og svakheter	18
5.	Empiri.....	19
5.1.	Forspillet	20
5.2.	Styremøte én	26
5.3.	Styremøte to.....	32
5.4.	Styremøte tre.....	36
5.5.	Styremøte fire	44
6.	Diskusjon.....	55
6.1.	Det eksisterte konkurrerende logikker og den dominerende logikken virket å endre seg underveis	55
6.2.	Aktører utenfor styrerommet påvirket styringsinformasjonen og styrte prosessen...	59
6.3.	Beslutningsprosessen bar preg av organisert anarki.....	60
6.4.	Sammenligning av PCI-saken med tidligere prosesser	62
7.	Konklusjon og implikasjoner	64
8.	Litteraturliste og referanser	66
9.	Vedlegg: Intervjuguide.....	72

1. Innledning

I dette kapittelet redegjør vi kort for oppgavens bakgrunn, formål og avgrensning. Vi presenterer sentrale begreper og oppgavens oppbygging.

1.1. Bakgrunn

Styret i Helse Nord besluttet 13.12.17 å etablere et behandlingstilbud for perkutan koronar intervensjon (PCI) i Bodø. Saken var en av de mest omdiskuterte og opprivende sakene i Helse Nord de siste årene. Den omhandlet desentralisering av en universitetssykehusfunksjon og fagfolk, media, politikere og befolkningen engasjerte seg. Det var motstridende faglige, økonomiske, politiske og geografiske argumenter. I løpet av prosessen kom nye argumenter og informasjon som ble sentral. Saken var gjenstand for flere styrebehandlinger før endelig vedtak ble fattet. Saken ble preget av harde diskusjoner mellom Nordland og Troms. I etterkant ble en avis innklaget til Pressens faglige utvalg og direktøren og styreleder ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) trakk seg som en direkte konsekvens av saken. Prosessen fremstod uoversiktlig og vanskelig å forstå.

1.2. Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven var å bedre forstå beslutningsprosessen frem mot vedtak. Vi formulerte forskningsspørsmålet:

Hvordan kan vi med utgangspunkt i ulike beslutningsmodeller forstå prosessen bak etablering av et PCI-tilbud i Bodø?

Begrunnelsen for dette var at beslutningsprosessen var svært kompleks og medførte betydelig uenighet. En bedre forståelse av beslutningsprosessen vil kunne lette fremtidige beslutningsprosesser i lignende saker.

1.3. Avgrensning

Vi avgrenset oppgaven til å omhandle beslutningsprosessen fra den startet til 13.12.17 da styret i Helse Nord RHF fattet beslutning om å opprette PCI-tilbud i Bodø. Fordi saken har eksistert siden Helse Nord ble etablert i 2002 var det vanskelig å definere en startdato. Vi valgte i hovedsak å se på prosessen fra da utredning ble ferdigstilt høsten 2016, men har kort omtalt forspillet som ledet til utredningen.

1.4. Sentrale begreper

Vi definerer her noen utvalgte begrep som er sentrale i oppgaven:

Beslutningsteori er en sosiologisk teori som gransker faktorer som virker inn på beslutningsprosesser (Beslutningsteori, 2018). I beslutningsteori er det flere sentrale begrep:

- *Beslutningsprosess* er sekvensen av hendelser som leder frem til en beslutning.
- *Beslutningstaking* er når et alternativ velges fremfor et annet.
- *Beslutningen* er resultatet av beslutningstakingen.
- *Beslutningstagerne* er individene eller gruppen som fatter beslutningen.

I en beslutningsprosess deltar ulike *aktører* som er individer eller grupper på ulike nivå og som har formelle eller ikke-formelle roller i forhold til beslutningsprosessen.

Rasjonalitet omhandler et menneskes evne til å tenke logisk i forhold til mål en ønsker å oppnå. Begrepet brukes om handlinger som utføres etter fornuftsmessige, hensiktsmessige, praktiske eller vitenskapelige grunnsetninger og metoder (Rasjonalitet, 2018).

Et *argument* består av premiss og konklusjon. Et argument benyttes som begrunnelse for et standpunkt i hensikt å overbevise og forklare. Et argument er ikke sant eller falskt, men kan være gyldig eller ikke gyldig (Argument, 2018).

Logikk kan oppfattes som kulturelt betingede regler og tankesett som påvirker tenkning, oppfatning, oppmerksomhet, persepsjon, resonnering og kommunikasjon. Logikk påvirker vurderingen av om en argumentasjonen er gyldig (logisk) (Logikk, 2017).

Dekobling betyr at en aktør velger bort argumenter i hensikt å nå sitt ønskede målet. Ulike aktører kan velge bort ulike argumenter (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

1.5. Oppgavens oppbygging

Kontekstkapittelet redegjør for organisering av helseforetak, styrets sammensetning og oppgaver, hjerteinfarktbehandling, samt bakgrunnen for PCI-saken.

Teorikapittelet redegjør for det teoretiske rammeverket vi tok utgangspunkt i for oppgaven.

Metodekapittelet redegjør for metodene vi valgte for systematisk innhenting av observasjoner og intervjuer, samt styrkene og svakhetene i oppgaven.

Empirikapittelet beskriver de innhentede observasjonene.

Diskusjonen vurderer funnene med utgangspunkt i teorier og vår egen ledererfaring.

Avslutningsvis trekker vi konklusjon og implikasjoner fra funnene våre.

2. Kontekst

I dette kapittelet beskriver vi helseforetaksreformen, styringen av helseforetakene, samt behandlingen av hjerteinfarkt. Konteksten er viktig for å forstå beslutningsprosessen og saken.

2.1. Helseforetakene

Gjennom helseforetaksreformen overtok staten i 2001 eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene. Virksomhetene ble organisert i helseforetak som egne rettssubjekter. De regionale helseforetakene (RHF) fikk et helhetlig ansvar for organisering, finansiering og oppgavefordeling i underliggende helseforetak (HF). Målet med reformen var å sikre bedre helsetjenester til befolkningen gjennom en mer helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og bedre utnyttelse av ressursene i sektoren. Helseforetakenes formål er hjemlet i helseforetaksloven §1: *«Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning».*

Helse- og omsorgsdepartementet er eier av RHF-ene, oppnevner styret og fastsetter økonomiske og organisatoriske krav gjennom foretaksmøter og oppdragsdokument. Helse Nord RHF er et av fire regionale helseforetak. Helse Nord RHF eier fire HF som har lokalsykehus under seg. Dette er: Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset, UNN og Finnmarkssykehuset.

2.2. Styrets sammensetning og oppgaver

Helseforetaksloven §20 fastsetter at helseforetak skal ha et styre og en daglig leder. Lovforarbeidene beskriver at styringen av foretaket bygger på prinsippet om rollefordelingen mellom eier og foretaksledelse der eier utpeker styret, men ikke har direkte ansvar for den løpende driften av foretaket (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001, s. 202). Styret utpeker daglig leder (administrerende direktør) og skal på vegne av eier forvalte foretaket. Det er foretaksledelsens ansvar å sørge for at de mål eier setter for virksomheten realiseres best mulig med grunnlag i de ressurser som er stilt til rådighet for foretaket.

Eier velger styreleder og styremedlemmer i foretaksmøtet. I tillegg velges medlemmer blant de ansatte. Sammensetningen av og oppgavene til styret i Helse Nord RHF er hjemlet i helseforetaksloven §10 og vedtekter for styret i Helse Nord RHF (Vedtekter for Helse Nord RHF, 2001). Styret i Helse Nord RHF har representanter fra alle fylkene i Nord-Norge, men vedtektene §8 fastslår at *«Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper»* og at *«Styrene*

skal samlet sett ha en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetakene står overfor». (Vedtekter for Helse Nord RHF, 2001).

Oppgavene til styret i Helse Nord er å sørge for at det regionale helseforetaket oppfyller de sektorpolitiske målsettingene slik de fremkommer i nasjonale politiske vedtak og planer. Virksomheten skal drives innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsatt gjennom vedtekter, oppdrag gitt i foretaksmøtet og oppdragsdokumentet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet. Helse Nord RHF skal samordne virksomheten i de helseforetakene det eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse.

Styret i RHF-et har stor frihet til å fatte vedtak, men saker av vesentlig betydning skal vedtas av Helse og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet, jf. helseforetaksloven §30. Eksempler på slike saker er nedleggelse av sykehus og omfattende endringer i sykehusstrukturen eller tjenestetilbudet. Helseforetaksmodellen og prinsippene for eierstyring innebærer at eier kun kan gi instruks gjennom vedtak i foretaksmøtet. Hvert enkelt styre er ansvarlig for å fatte vedtak på selvstendig grunnlag og med en selvstendig begrunnelse, i den grad det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). PCI-saken ble ikke ansett å være så omfattende at dette måtte forelegges eier og ble forelagt styret i Helse Nord RHF.

2.3. Hjerteinfarkt og PCI

Hjerteinfarkt er en tilstand der hjertemuskelen skades på grunn av redusert tilførsel av blod. Dette er vanligvis forårsaket av tranghet i en eller flere av hjertets kransårer. Det finnes to typer hjerteinfarkt. Ved den ene typen (STEMI) er blodtilførselen tilstoppet og det haster med å få opp blodårene. Ved den andre typen hjerteinfarkt (NSTEMI) er blodåren ikke fullstendig tilstoppet og man har bedre tid. Hjerteinfarkt var frem til midten av 1990-tallet den hyppigste dødsårsaken i Norge for personer under 75 år (Folkehelseinstituttet, 2017), Siden 1970 har antall dødsfall på grunn av hjerteinfarkt falt med 85%. Nedgangen har i hovedsak vært drevet av en mindre røyking, lavere kolesterol og blodtrykk i befolkningen (Mannsverk, et al., 2015).

De siste 15 årene har PCI blitt standard behandling ved hjerteinfarkt. PCI innebærer at en hjertelege fører en plastslange fra håndleddet opp til pasientens trange kransåre og blokker ut trangheten. Behandling med blodproppopløsende medisiner (trombolyse) er et godt alternativ for pasienter med alvorlige hjerteinfarkt (STEMI) som ikke kan behandles med PCI innen 90 minutter etter symptomdebut. PCI har vært en universitetssykehusfunksjon i Helse Nord siden det ble etablert ved UNN på 1990-tallet.

3. Teori

I dette kapittelet beskriver vi teorien som vi valgte utfra forskningsspørsmålet.

Fordi det var mange argumenter og stor uenighet mellom aktørene tok vi utgangspunkt i mennesket som beslutningstaker, fire sentrale modeller for beslutningsprosesser og hvordan ulike logikker kunne sameksistere i prosessen. Vi valgte å vie en av beslutningsmodellene (organisert anarki) mer plass enn de andre modellene. Årsaken til dette er at funnene våre gjorde det nødvendig å diskutere organisert anarki-modellen mer i detalj.

3.1. Mennesket som beslutningstaker

Sentralt i beslutningsmodellene står ideen om at individer handler rasjonelt. Rasjonalitet angir hvordan man skal fatte beslutninger for å løse et problem (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Den rasjonelle idealmodellen krever perfekt rasjonalitet. Perfekt rasjonalitet forutsetter at beslutningstaker har klare mål, full informasjon, kan rangere og velge det beste alternativet for å nå målet (Simon, 1955).

Utfordringen med perfekt rasjonalitet er at det avviker fra virkeligheten. Mennesket har begrenset evne til motta informasjon og analysere denne. Dette medfører at informasjon kommer frem til beslutningstakere ulikt og ufullstendig. Beslutningstakere prosesserer informasjonen ulikt og vekter argumentasjon forskjellig. Videre vurderes utfall opp om mot ulike referansepunkt der man legger mer vekt på tap enn på gevinster ut fra referansepunktet (Kahneman & Tversky, 1979). Dette omtales som begrenset rasjonalitet (Simon, 1955).

Begrenset rasjonalitet innebærer at man ikke vurderer forventet nytte slik den rasjonelle modellen, men ofte velger et alternativ som er «godt nok». Det er ofte uklare og skiftende mål, man vurderer kun enkelte løsninger og konsekvenser, behandler alternativer i en bestemt rekkefølge og velger det første tilfredsstillende alternativet (Simon, 1955).

3.2. Modeller som beskriver beslutningsprosessen

En beslutningsprosess kan beskrives med ulike modeller. For å forklare beslutningsprosessen rundt etablering av PCI i Bodø har vi tatt utgangspunkt i fire modeller: den rasjonelle modellen, regelmodellen, forhandlingsmodellen og organisert anarki-modellen (Jacobsen & Thorsvik, 2013, ss. 326-40). Vi har også beskrevet hvordan vi mener beslutningsprosessen i PCI-saken ville foregå i de ulike modellene.

3.2.1. Den rasjonelle modellen

Den rasjonelle modellen beskriver en ideell situasjon med perfekt rasjonalitet. Beslutningstakerne har klare mål, perfekt tilgang til informasjon, kan rangere alternativene og velge den beslutningen som maksimerer forventet nytte i henhold til beslutningsprosessens mål.

I den rasjonelle modellen ville vi forvente at beslutningsprosessen rundt PCI-tilbud i Bodø først ville fremskaffe et solid beslutningsgrunnlag, f.eks. gjennom en ekspertgruppe som samlet argumentene for og imot. Vi ville forvente en effektevaluering av alternativene enten gjennom kostnadsminimering, kostnad-effekt analyse, eller en kostnad-nytte analyse. En kostnadsminimering beregner hvilket tiltak som koster minst av flere alternative for å oppnå lik helsegevinst. En kostnad-effekt-analyse måler nytten av tiltaket gjennom helsegevinsten for pasienten. En kostnad-nytte-analyse beregner de samfunnsmessige kostnader og helsegevinstene i kroner og øre (Helseøkonomi, 2016). Effektvurderingen ville foregå med utgangspunkt i etablerte måleenheter for helsegevinst som f.eks. antall kvalitetsjusterte leveår (quality adjusted life years, QALY) eller leveår justert for funksjonshemming (disability-adjusted-life-years, DALY).

Den endelige vurderingen ville ta utgangspunkt i etablerte kriterier for prioritering: nytte, ressurs og alvorlighet. Disse kriteriene er beskrevet i Stortingsmelding 34 (2015-16) om prioritering og er i hovedsak en videreføring av kriteriene for prioritering som ble utarbeidet i 1987 og 1997 (NOU 1987:23, 1987; NOU 1997: 18, 1997). For å sikre en likeverdig og rettferdig fordeling av helseressurser mellom pasientgrupper er det bred politisk enighet om at de overnevnte kriteriene skal legges til grunn for prioritering i helsetjenesten. Uten prinsipper for prioritering kan ressurssterke grupper bli prioritert framfor grupper som ikke har høy status eller ressurser til å hevde sine rettigheter. Deltagerne i ekspertgruppen og beslutningstagerne ville så være enige om målet og velge den modellen som maksimerte forventet nytte i henhold til målet. Modellen forutsetter altså sammenfallende mål og enighet om metoder for å rangere nytte og kostnad for de ulike alternativer

3.2.2. Regelmodellen

I en regelmodell (institusjonell modell) er beslutningstagerne styrt av regler for å fatte en rasjonell beslutning. Dette er den tradisjonelle måten å styre beslutninger i organisasjoner med en byråkratisk struktur. Reglene kan gis ved lover, forskrifter og normer. Fordelene med regelmodellen er at den effektiviserer beslutningsprosessen, fremmer forutsigbarhet og likebehandling (Jacobsen & Thorsvik, 2013, ss. 326-40).

I en regelmodell vil vi forvente at beslutningen om PCI-tilbud i Bodø fattes med utgangspunkt i regler for organisering av medisinske behandlingstjenester som er vedtatt regionalt eller av sentralmyndighetene. Eksempler på slike regler ville vært normer for befolkningsgrunnlag eller reisetid til et PCI-tilbud. Slike regler eksisterer ikke. Utfordringen med regelmodellen er situasjoner der beslutningstagerne forelegges problemstillinger som ikke er beskrevet i regler. Beslutningstagerne måtte da enten finne lignende regler, benytte en annen modell for beslutningsprosess eller ikke fatte en beslutning (Jacobsen & Thorsvik, 2013, ss. 326-40).

3.2.3. Forhandlingsmodellen

Forhandlingsmodellen tar utgangspunkt i at partene kan ha forskjellige mål og ulike virkemidler for å nå målene. Det finnes to hovedtyper beslutninger i en forhandlingsmodell: vinn-tap situasjon der en part vinner og den andre taper og en vinn-vinn situasjon der alle parter kommer bedre ut av forhandlingene (Jacobsen & Thorsvik, 2013, ss. 326-40).

I en forhandlingsmodell ville vi forvente at beslutningsprosessen rundt PCI-tilbud i Bodø ville ha ulike parter med ulike mål og forståelse av hva som var forventet nytte. For å få gjennomslag for sine interesser vil ulike partene utnytte tilgjengelige maktbaser som er til rådighet. Forhandlingene vil deretter resultere i en beslutning som er akseptabel for de involverte partene.

3.2.4. Organisert anarki-modellen

Et organisert anarki er en organisasjon som karakteriseres av i) problematiske mål, dvs. at målene varierer og tidvis er inkonsistente; ii) uklar teknologi, dvs. at aktører av organisasjonen ikke alltid forstår organisasjonsprosessene eller forholder seg til disse; og iii) flytende deltagelse, dvs. at det variere over tid hvilke aktører som deltar og hvilken tid og krefter ulike aktører legger ned i prosessen (Cohen, March, & Olsen, 1972).

Organisert anarki som beslutningsmodell er en deskriptiv modell som beskriver hvorfor aktører tenker og handler slik de gjør. Den kjennetegnes ved at beslutningsprosesser ikke er systematiske, men der problemer, løsninger, beslutningssituasjoner og deltagere møtes i fire ulike strømmer (Jacobsen & Thorsvik, 2013, ss. 326-340):

- i. En strøm av problemer
- ii. En strøm av løsninger
- iii. En strøm av beslutningsmuligheter
- iv. En strøm av aktører med ulike interesser

Deltagerne møter med sin egen virkelighetsforståelse og egne interesser, det er stort sprik i vurderingen av beslutningsgrunnlaget, det kommer ulike problemer og løsninger. Til sist fattes beslutning ved at det på et tidspunkt oppstår en «søppelkasse» som blir møtepunkt for løsninger og problemer. Det er sjeldent at en organisasjon er et fullstendig organisert anarki, men mange organisasjoner har grader av organisert anarki. Spesielt universiteter og høyere utdanningsinstitusjoner er kjent for et betydelig element av organisert anarki (Cohen, March, & Olsen, 1972).

Det organiserte anarki kan også eksistere selv om en prosess har beslutningsstrukturer. Disse strukturene kan brukes til å påvirke hvordan strømmene vandrer og møtes. Dette kan skje for eksempel gjennom tidsfrister, at informasjon blir tilgjengelig på ulike tidspunkt, eller at deltagerne har ulik oppmerksomhet eller mulighet til å delta.

Organisert anarki-modellen skiller seg fra de normative beslutningsmodellene der beslutningsprosessen består av fire deler: i) erkjennelse av behov, ii) informasjonsinnhenting, iii) evaluering og valg av alternativer og iv) iverksetting. En beslutning i et organisert anarki er i liten grad preget av rasjonalitet fordi den kan oppstå i møtet mellom litt tilfeldige strømmer av problemer, løsninger, beslutningsmuligheter og aktører.

Ordet anarki kommer fra det greske ordet *ἀναρχία* som betyr fravær av styre (Anarki, 2018). En beslutningsmodell som foregår i henhold til organisert anarki-modellen kan ofte være komplekse og rotete. Løsningen kan først bli definert og deretter problemene, ulike argumenter, problemer og løsninger kan komme til på ulike steder av beslutningsprosessen. Til sist inneholder et organisert anarki ofte flere mulige beslutningstidspunkter. I et organisert anarki kan tidspunktet for beslutningstidspunktet være avgjørende for hvilken beslutning som blir tatt. Det endelige resultatet av en beslutning trenger heller ikke være i henhold til beslutningstagernes intensjon. Et eksempel på en prosess som inneholdt et betydelig element av organisert anarki er vedtaket om ny hovedflyplass i Norge. Beslutningsprosessen bestod av en mengde aktører og det kom en strøm av argumenter og problemer. Stortinget fattet vedtak om hovedflyplass først på Hobøl i 1972, på Hurum i 1988 og på Gardermoen i 1992. Voteringsrekkefølgen i Stortinget hadde mye å si for at den endelige beslutningen ble Gardermoen (Bye & Sjøe, 2001).

Tilstedeværelsen av organisert anarki kan møtes med ulike strategier i en organisasjon. Den første strategien er å forsøke å gjenopprette den rasjonelle beslutningsprosessen. Vi tror at helsetjenesten i tilfeller med organisert anarki vil søke å gjenopprette den rasjonelle

beslutningsprosessen. Begrunnelsen for dette er at den rasjonelle modellen er sentral i medisinsk og naturvitenskaplig kunnskap og forskning. Vi tror imidlertid dette kun kan lykkes dersom man adresserer de underliggende karakteristika som skapte det organiserte anarkiet. Dette er at målene varierer og tidvis er inkonsistente, at aktørene ikke forstår organisasjonsprosessene eller forholder seg til disse; at det variere over tid hvilke aktører som deltar og hvilken tid og krefter ulike aktører legger ned i prosessen (Cohen, March, & Olsen, 1972). Uten at dette gjøres vil tilstanden med organisert anarki vedvare. Den andre strategien er å tilpasse organisasjonen til det organiserte anarkiet ved å redusere tilfeldighetene i de fire strømmene. Dette kan gjøres ved å sette tidsfrister og avgrense hvem som får delta i en prosess. En annen mulighet er at man aksepterer at mål egentlig er hypoteser og at man anerkjenner tvetydige mål som en del av en beslutningsprosess (March & Cohen, 1986).

I en organisert anarki-modell vil vi forvente at beslutningene rundt PCI-tilbud er preget av stor grad av tilfeldighet, med aktører som er preget av ulik virkelighetsforståelse og egne interesser, der det er stort sprik i vurderingen av beslutningsgrunnlaget og der løsningen (etablering av PCI-tilbud) først er definert og deretter søkes det å identifisere problemene dette skal løse. Vi vil også forvente at beslutningen kunne vært fattet på flere tidspunkt og at saken da kunne fått et annet resultat. Vi tror også at organisasjonen vil forsøke å opprettholde den rasjonelle prosessen, men at dette ikke kan lykkes med mindre man erkjenner situasjonen med et organisert anarki og søker å løse de underliggende karakteristika som skapte situasjonen.

3.3. Ulike logikker

Logikker kan oppfattes som kulturelt betingede regler og tankesett som påvirker tenkning, oppfatning, oppmerksomhet, persepsjon, resonnering og kommunikasjon. Beslutningstagere vurderer ulike alternativer og velger ut det alternativet som er best egnet til å nå sitt målet. Denne vurderingen er preget av ønske om å oppnå gitt konsekvenser i fremtiden og er avhengig av beslutningstakerens ståsted (March, 1994). Vi organiserte logikkene i to grupper: faglig og økonomisk, samt politisk og geografisk.

3.3.1. Faglig og økonomisk logikk

Vi definerte faglig logikk som den tradisjonelle måten å tilnærme seg beslutninger i helsevesenet. Eksempler på slike beslutninger er kliniske vurderinger rundt diagnostikk og behandling, samt beslutninger om innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at man vurderer en beslutning opp mot dokumenterbare helsegevinster og kostnadene ved ulike alternativer. Utfra en faglig logikk vil vi forvente argumenter om hvilke

dokumenterbare helsegevinster etableringen av PCI senter i Bodø vil medføre for pasientene i Helse Nord i forhold til andre alternativer.

Vi har definert økonomisk logikk som å ta hensyn til hvilke økonomiske konsekvenser en beslutning medfører opp mot hva som må prioriteres ned. Ut fra en økonomisk logikk vil vi forvente argumenter om at etablering av PCI senter i Bodø vil gi bedre eller dårligere ressursutnyttelse enn om ressursene var benyttet andre steder.

3.3.2. Politisk og geografisk logikk

Vi har definert politisk logikk som å ta hensyn til ønskene i ulike deler av samfunnet, staten, media og det politiske systemet. Politisk logikk handler om hvordan ulike aktører ønsker å styre samfunnsutviklingen. Ut fra en politisk logikk vil vi forvente argumenter om at etablering av PCI senter i Bodø vil gi likeverdighet, trygghet og nærhet til befolkningen.

Vi har definert geografisk logikk som å ta hensyn til bosted i argumentasjonen. Dette grenser opp mot det den politiske logikken. Ut fra en geografisk logikk vil vi forvente at en beslutningstaker vurderer gyldigheten av et argument om etablering av PCI senter i Bodø i stor grad ut fra hvor beslutningstakeren bor. Vi har i det videre valgt å slå sammen den politiske og den geografiske logikken siden de henger tett sammen.

3.3.3. Konkurrerende logikker

Fordi ulike beslutningstakere har ulike ståsted og vektlegger ulike argumenter kan det oppstå konkurrerende logikker i et styreverrom på samme tid i en beslutningsprosess (Friedland & Alford, 1991). Tilstedeværelsen av konkurrerende logikker kan forårsake stress og emosjonalitet i en prosess fordi organisasjonen sliter med å integrere ulike logikker (Choi, 2011). Det kan også oppstå dekobling ved at aktører velger bort argumenter i hensikt å nå sitt ønskede mål. Det kan også oppstå et gap mellom det man formelt legger til grunn for en beslutning og det som faktisk blir lagt til grunn for beslutningen (Meyer & Rowan, 1977).

Konkurrerende logikker kan ifølge litteraturen håndteres på ulike måter. Reay og Hinings beskriver fire måter (Reay & Hinings, 2009): i) det oppstår kamper der aktørene som støtter den vinnende logikken oppnår dominans og de motstridende logikkene forlates (Hoffmann, 1999); ii) konkurransen mellom logikken opprettholdes gjennom at aktørene jobber i det skjulte for at en logikk skal få gradvis dominans (Reay, Golden-Biddle, & Germann, 2006); iii) det oppstår en hybridlogikk basert på de konkurrerende logikkene (Glynn & Lounsbury, 2005); eller iv) aktørene som støtter ulike logikker inngår et formalisert eller ikke-formalisert

samarbeid der konfliktene mellom logikkene vedvarer, men aktørene samarbeider om å oppnå felles mål (Reay & Hinings, 2009).

Konkurrerende logikker kan eksistere i samme organisasjon over lengre tid (Lounsbury, 2007) og skape spenninger. Tilstedeværelsen av konkurrerende logikker i en organisasjon ender i hovedsak på tre måter: i) de konkurrerende logikker løses aldri, men vedvarer og deler plass i organisasjonen (Thornton, Jones, & Kury, 2005), ii) en logikk vinner og aktørene samler seg rundt den dominerende logikken (DiMaggio, 1983) eller iii) det oppstår en hybridlogikk som inneholder elementer av de konkurrerende logikkene (Glynn & Lounsbury, 2005).

Et eksempel på konkurrerende logikker er konflikten mellom den profesjonelle logikk og styringslogikk i ledelsen av helseforetakene (NOU 2016: 25, 2016). Konkurrerende logikker kan redusere muligheten til å nå ønskede mål. I sammenslåingen av Huddinge Universitetssjukhus og Karolinska Sjukhuset i Stockholm bidro tilstedeværelsen av konkurrerende logikker (faglig logikk hos leger og styringslogikk hos sjefer) til at økonomiske mål og antatte stordriftsfordeler med sammenslåingen ikke ble nådd (Choi, 2011).

3.3.1. Oversikt over beslutningsmodellene

Oppsummert er de fire beslutningsmodellene kort beskrevet i Tabell 1. Modellene skiller seg med henblikk på logikker, prosesser, mål, organisasjonen og maktforhold. Det kanskje viktigste skillet er mellom de normative og de deskriptive modellene (Jacobsen & Thorsvik, 2013, ss. 326-40)

De normative modellene (den rasjonelle modellen og regelmodellen) tar utgangspunkt i rasjonell adferd og beskriver idealiserte prosesser for å fatte den beste beslutningen. Utfordringen med normative modeller er at de avviker fra virkeligheten.

De deskriptive modellene (forhandlingsmodellen og organisert anarki-modellen) beskriver i større grad hvordan beslutninger faktisk fattes basert på menneskets tanker og handlinger. I de deskriptive modellene kan det eksistere flere ulike vurderinger som for hver aktør er rasjonelle fordi aktørene har ulike mål, tilgjengelig informasjon og interesser. Dette medfører at det kan eksistere konkurrerende og motstridende logikker på samme tid i en organisasjons beslutningsprosess (Friedland & Alford, 1991).

Tabell 1. Oversikt over viktige elementer i de fire beslutningsmodellene (Jacobsen, 2013).

Kjennetegn	Beslutningsmodell			
	Rasjonell	Regel	Forhandling	Organisert anarki
Hovedgruppe	Normativ	Normativ	Deskriptiv	Deskriptiv
Logikk	Hva er best for organisasjonen?	Hva er passende?	Hva er best for de som omfattes av beslutningen	Ingen klar logikk eller flere konkurrerende
Prosess	Vurderer alternativer og konsekvenser opp mot mål	Aktørene baserer seg på hva som ble gjort i tidligere saker	Aktørene forhandler basert på ulike interesser	En strøm av deltagere, løsninger problemer og beslutningspunkter
Mål	Klare	Fokus på regler	Motstridende	Uklare eller motstridende
Organisasjonen	Hierarkisk	Regelstyrt	Delt i likeverdige enheter horisontalt og vertikalt	Organisk med enheter som er likeverdige og enkeltpersoner har stor påvirkning
Maktforhold	Sentralisert	Regelbasert	Spredt	Spredt

Det finnes andre beslutningsmodeller, deriblant inkrementell beslutningsmodell (Lindblom, 1959) og kommunikativ rasjonalitet (Habermas, 1981). Vi har i oppgaven ikke vurdert disse to modellene fordi vi mener denne saken ikke var et resultat av inkrementelle handlinger og at prosessens hovedmål ikke å var at aktørene skulle komme til gjensidig forståelse.

4. Metode

Vi redegjør i metodekapittelet for vitenskapelig perspektiv, valg av metode og fremgangsmåte for innhenting av data fra primær og sekundærkilder, samt metodenes styrker og svakheter, validitet og reliabilitet.

4.1. Valg av metode

Vi ville gå i dybden på beslutningsprosessen om PCI. For å gjøre dette var vi avhengig av å undersøke beslutningsprosessen slik de involverte opplevde det. Til dette er en kvalitativ metode godt egnet (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016). Kvalitativ metode går dypere inn i en problemstilling enn kvantitativ metode og kan være bedre egnet til å forstå handlinger og beslutninger. Kvalitativ metode er en forskningsmetode som undersøker fenomener slik de oppleves av de involverte. Kvalitativ metode benytter intervjuer, tekstanalyser og deltagende observasjon til å samle data. I kvalitativ metode søker forskeren å oppnå forståelse av dataene (hermeneutikk) og hvordan saken fremtrer på egne premisser (fenomenologi). Kvalitativ metode benyttes ofte i sosiologi, psykologi og samfunnsvitenskap.

På bakgrunn av dette benyttet vi kvalitativ metode til å vurdere ulike sekundærkilder (rapporter, saksfremlegg, videoopptak av styremøte og avisoppslag). Vi benyttet kvantitativ metode til å fremstille forekomsten av avisoppslag på ulike tidspunkt av prosessen. Vi benyttet triangulering og sammenlignet data fra ulike kilder (intervju, presseoppslag, styrepapirer og videoopptak av styremøter) for å verifisere gyldigheten av funn samlet inn med ulike metoder og gi en mer nyansert forståelse ved at saken ble undersøkt fra ulike synsvinkler og styrke tillitten til funnene (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016).

Vi vurderte sekundærkildene med et eksplorativt perspektiv og med utgangspunkt i oppgavens problemstilling og de teorier vi hadde tatt utgangspunkt i. Formålet var å bedre forstå prosessen og finne problemstillinger og nyanser som kunne utdypes i intervjuene av primærkildene. Vi søkte ytterligere informanter for å opplyse forhold som ble avdekket underveis og under intervjuene forfulgte vi nye opplysninger etter hvert som de kom frem. Dette er i litteraturen omtalt som snøballrekruttering (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016).

4.2. Godkjenninger og samtykke

Studien var meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Vi vurderte at oppgaven ikke var søknadspliktig etisk komité. Alle informantene ble på forhånd gitt informasjonsskriv om oppgaven, samtykket til å delta i intervjuene og godkjente bruk av sitater.

4.3. Vitenskapelig perspektiv

Vi er begge leger og er opplært i en naturvitenskapelig og kvantitativ forskningstradisjon. Vår yrkesbakgrunn gjør oss godt vant med faglig logikk, i noe mindre grad økonomisk logikk, og kanskje i liten grad politisk og geografisk logikk. Vi opplevde den kvalitative metoden initialt som utfordrende. Dette gjaldt spesielt det eksplorative perspektivet i den kvalitative metoden ettersom en slik tilnærming i en naturvitenskapelig metode ofte anses å true studiens validitet og reliabilitet. Imidlertid innså vi raskt at tilnærmingen representerte en fordel ved den kvalitative metoden fordi den åpner for ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015).

Vi benyttet våre erfaringer fra administrasjonen i Helse Nord RHF og UNN til å fortolke funnene fra kildene våre. Vi hadde som utgangspunkt at det ikke eksisterte en absolutt sannhet, men forsøkte å studere saken slik den fremtrådte på egne premisser (fenomenologi). En slik tilnærming er avhengig av innsikt i våre egne fordommer (Gadamer, 1999). En hermeneutisk tilnærming anerkjenner at fortolkningen påvirkes av vår egen forhåndsviten, forståelse og forforståelse. For å utvikle bevissthet rundt dette snakket vi mye mellom oss om vår egen oppfatning av PCI-saken. Dette er beskrevet som å «sette seg selv på spill» (Gadamer, 1999). Vi oppfattet at ingen av oss hadde noen sterk oppfatning av saken, men først og fremst var nysgjerrige på hvordan ulike aktører kunne vurdere en sak så ulikt. For å utvikle en dypere forståelse benyttet vi den hermeneutiske sirkel ved å lese gjennom intervjuene og fortolke disse gjentatte ganger (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.4. Innsamling av data fra sekundærkilder

Vi innhentet informasjon fra mange sekundærkilder. Disse er beskrevet i Tabell 2.

Ettersom saken har eksistert siden Helse Nord ble etablert i 2002 innhentet vi brevkorrespondansen da saken ble tatt opp med Helse Nord RHF av Landsforeningen for Hjerte- og lungesyke i 2014 (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2013; Helse Nord RHF, 2013). Vi innhentet prosjektplanen for utredningen av PCI i Bodø i 2015 og den endelige rapporten fra utredningen i 2016 (Helse Nord RHF, 2016). Vi innhentet saksfremleggene og presseprotokollene fra styremøtene der PCI-saken var satt opp til behandling (Helse Nord RHF, 2016-17). Vi gjennomså videoopptak av styremøtet tre og fire (Norsk rikskringkasting, 2017). At vi inkluderte videoopptak styrket oppgaven ved at vi kunne hente sitater fra diskusjonen i styremøtet, se hvem som sa hva og observere ikke-verbal kommunikasjon. Det var ikke videoopptak tilgjengelig for styremøte én og to. Vi innhentet medieoppslag i norske papiraviser gjennom mediearkivet Retriever. Vi avgrenset søket til perioden 01.01.16 t.o.m. 13.12.17. Vi

benyttet søkeordene «PCI» og «Bodø». Vi plottet ble antall treff per uke gjennom denne perioden. Vi lagte søylediagram over antall artikler som ble publisert i ulike aviser fordelt på avisenes fylkesvise tilknytning. Samtlige artikler ble gjennomlest og det ble trukket frem utvalgte oppslag som vi mente var representative for de ulike periodene og hvilke aktører som engasjerte seg.

Tabell 2 Beskrivelse av sekundærkildene

Sekundærkilde	År
Brev fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke til Helse Nord RHF 10.7.13 og 12.11.13 med svar fra Helse Nord 14.11.13	2013
Prosjektplanen for utredningen av PCI i Bodø	2015
Utredningen «Hjertefarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI) i Helse Nord	2016
Saksfremlegg og presseprotokoll styremøte én (23.11.16)	2016
Saksfremlegg og presseprotokoll styremøte to (22.2.17)	2017
Saksfremlegg og presseprotokoll styremøte tre (25.10.17)	2017
Videoopptak av styremøte tre (25.10.17)	2017
Saksfremlegg og presseprotokoll styremøte fire (13.12.17)	2017
Videoopptak av styremøte fire (13.12.17)	2017
Medieoppslag i norske papiraviser som innehold søkeordene «PCI» og «Bodø» (1.1.16-13.12.17)	2016-17

Sekundærkildene ble benyttet til å forberede intervjuene og innhente informasjon for bedre å forstå prosessen. Vi søkte å avdekke de sentrale beslutningstagerne, hvem som definerte mål, problemer og løsninger, ulike argumenter og logikker som ble fremmet, hvilken informasjon som ble etterspurt og hvilke alternativer som dukket opp og hvordan disse ble avveid mot hverandre. Formålet var å bedre forstå prosessen og finne problemstillinger og nyanser som kunne utdypes i intervjuene av primærkildene. Det rike datamaterialet fra sekundærkildene gjorde at vi kunne triangulere mellom mange kilder. Problemstillingene vi identifiserte fra sekundærkildene dannet utgangspunkt for intervjuene av primærkilder som hadde vært tett på beslutningsprosessen. De ble gjennomlest og fortolket flere ganger for å bedre forståelsen vår.

4.5. Intervjuene

Vi innhentet informasjon fra primærkilder ved å intervju informanter. Informantene er beskrevet i Tabell 3 og ble utvalgt fordi vi mente de var representative og kunne belyse viktige deler av beslutningsprosessen. Hensikten med intervjuene var å få utdypet begrunnelsene som styremedlemmene brukte i argumentasjonen i styremøtene og for å se sammenhengen mellom

primær- og sekundærkildene. Et av styremedlemmene vi intervjuet var styrets leder. I tillegg intervjuet vi administrerende direktør i Helse Nord RHF. Underveis i prosessen ble vi klar over forhold som gjorde at vi utvidet med å intervju en informant som var sentral i miljøet som jobbet for PCI i Bodø, samt en med kjennskap til behandlingen av saken i Helse Nord RHF (snøballrekruttering).

Tabell 3 Beskrivelse av informantene

Informant	Posisjon	Varighet av intervju
A	Styremedlem i Helse Nord	1 t 50 min
B	Styremedlem i Helse Nord	1 t 40 min
C	Styremedlem i Helse Nord	1 t 30 min
D	Styremedlem i Helse Nord	1 t 30 min
E	Styremedlem i Helse Nord	1 t 30 min
F	Styremedlem i Helse Nord	1 t 15 min
G	Administrerende direktør i Helse Nord RHF	1 t 10 min
H	Person som jobbet for PCI i Bodø	30 min
I	Person med kjennskap til behandlingen av saken i Helse Nord RHF	20 min

Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt. Vi deltok begge på alle intervjuene, men en av oss deltok i enkelte tilfeller på Skype. Vi har av hensyn til informantenes anonymitet valgt å ikke oppgi hvor vi møtte de eller sagt noe om informantenes geografiske tilhørighet. Intervjuene ble gjennomført i løpet av april 2018.

Intervjuene var semistrukturerte og basert på en intervjuguide som var utviklet i samarbeid med vår veileder (se Vedlegg). Et semistrukturert intervju baseres på en overordnet intervjuguide, men spørsmål og tema kan variere. Vi valgte semistrukturerte intervju siden sekundærkilden viste at styremedlemmene i styremøtet hadde argumenterte ulikt og vi forventet derfor ulike svar. Intervjuene tok utgangspunkt i hva som skjedde i forbindelse med de ulike styremedlemmene og forhold som vi identifiserte i sekundærkildene. Vi stilte åpne spørsmål og fulgte opp med ytterligere spørsmål når nye opplysninger og informasjon kom frem. Informantene som var styremedlemmer ble forelagt hvilken argumentasjon og styringsinformasjon de og andre styremedlemmer hadde brukt i de videofilmede styremøtene. Spørsmålene var utviklet med utgangspunkt i teorimodellene vi har lagt til grunn for studien, samt våre observasjoner fra sekundærdata. Vi søkte å avdekke hvilken styringsinformasjon som ble lagt til grunn og hvilken argumentasjon som ble vektlagt.

Intervjuene ble transkribert, gjennomlest og fortolket flere ganger (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi kondenserte viktige meningsbærende utsagn og presenterte disse i empirikapittelet. Vi valgte av hensyn til informantenes anonymitet i flere tilfeller å ikke tilskrive utsagnet til en bestemt informant, men omtalte informanten i stedet som «Informant X». Informantene fikk egne utsagn til gjennomlesing og godkjenning.

4.6. Validitet og reliabilitet

4.6.1. Intern validitet

En studies interne validitet er hvor troverdig undersøkelsen beskriver fenomenene man ønsker å studere (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016). For å styrke validiteten forela vi informantene saksfremleggene og referatene fra styremøtene, samt transkripsjoner med sitater fra styremøtene som vi hadde på video. Trianguleringen mellom intervjuene, informasjonen fra sekundærkilder og vår egen erfaring og kjennskap til saken styrket også den interne validiteten.

Vi kan ikke utelukke at informantene har holdt tilbake informasjon, men vi har ikke holdepunkt for dette. Informantene fremsto troverdige i møtene og ga oss fortrolige opplysninger. Det er mulig at informantenes innsikt i prosessen kan ha vært større enn deres egen selvvinnsikt. Dette er en mulig forklaring på hvorfor alle informantene mente at styret på et tidspunkt skilte seg etter geografiske skillelinjer, men ingen mente de selv hadde tatt geografiske hensyn. Det er vanskelig å vite hvordan sistnevnte påvirket studiens interne validitet.

4.6.2. Ekstern validitet

Ekstern validitet beskriver hvordan funn er generaliserbare (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016). Det er vanskelig å fastslå at funnene våre er generaliserbare til lignende fremtidige prosesser og til styrer som består av andre beslutningstakere. Men vi tror det kan være trekk i beslutningsprosessen om etablering av PCI-tilbud i Bodø som kan være gyldige for andre beslutningsprosesser som involverer mange aktører, ulike argumenter og logikker. Vi har redegjort for eksempler på tidligere prosesser i empirikapittelet.

4.6.3. Reliabilitet

Reliabilitet beskriver hvor pålitelig dataene er. Den kan påvirkes av informantenes hukommelse, forståelse av spørsmålene, samt vilje og evne til å fortelle sannheten. Under intervjuene forela vi informantene sakspapirene til de ulike styremøtene og sitater fra videoopptakene av styremøtene. Formålet var å styrke informantenes hukommelse. I tillegg fikk informantene lese gjennom sitatene sine og rette opp eventuelle misforståelser. At intervjuene samsvarte med sekundærkildene mener vi styrker oppgavens reliabilitet.

4.7. Styrker og svakheter

Det er flere styrker ved studien: i) vi kjente godt til organisasjonene og PCI-saken gjennom våre stillinger. Vi tror vår erfaring bidro til at vi forstod prosessen bedre. Vi vil bemerke at ingen av oss hadde direkte befatning med beslutningsprosessen; ii) vi benyttet kildetriangulering og sammenlignet data fra flere kilder (intervju, presseoppslag, styrepapirer og videoopptak av styremøter) for å verifisere gyldigheten av funn samlet inn med ulike kilder, gi en mer nyansert forståelse ved at saken ble undersøkt fra ulike synsvinkler og styrke tillitten til funnene (Kvale & Brinkmann, 2015).

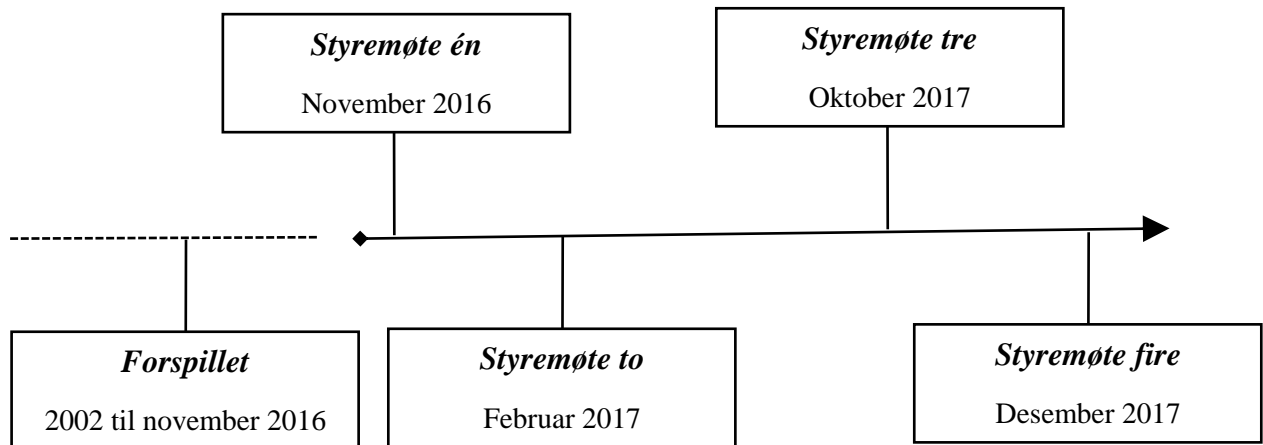
Det er flere mulige svakheter: i) PCI-saken var svært betent og vår bakgrunn kan ha påvirket informantenes åpenhet i besvarelse av spørsmålene. Dette kan forklare hvorfor informantene svarte ulikt. Samtidig kan sakens viktighet også være en styrke fordi den legitimerte oppgaven og kanskje gjorde at noen lettere åpnet seg; ii) intervjuene av informantene var tidsmessig nær i tid med saken og informantene kan ha hatt behov for å forsvare sine valg. Dette er også en styrke ettersom informantene bedre husket detaljer enn de kanskje ville gjøre på et senere tidspunkt; iii) informantenes svar kan ha blitt påvirket av hvordan vi opptrådte og våre forventninger til hva de skal svare (Rosenthal & Jacobsen, 1968). Videre har vi samarbeidet med flere av informantene før og etter intervjuene. Dette kan ha påvirket informantene. For å redusere effekten av dette tilstrebet vi å stille åpne spørsmål og være aktivt lyttende; iv) transkripsjon av intervjuene fra lydbåndopptak mistet den ikke-verbale kommunikasjonen; v) vi har i liten grad erfaring med kvalitativ metode og dette kan ha påvirket resultatene. Vi utviklet imidlertid intervjuguide i samråd med vår veileder og benyttet en fenomenologisk tilnærming til intervjuene med å ta utgangspunkt i å studere prosessen slik den fremstod (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene ble også gjennomført på samme måte; vi) vår fortolkning av informantenes utsagn kan ha blitt påvirket av vår egen forhåndsviten, forståelse og forforståelse. For å redusere effekten av dette snakket vi mye mellom oss om vår egen oppfatning av prosessen for å utvikle bevissthet om våre fordommer og forforståelse, forsøkte å la saken selv fremtre på egne premisser og vi benyttet den hermeneutiske sirkel ved å lese gjennom intervjuene og fortolke disse gjentatte ganger; vii) vi intervjuet ikke alle styremedlemmene i Helse Nord og det kan ha medført at enkelte forhold ikke ble avdekket. Vi tror dette i liten grad påvirket resultatene ettersom vi opplevde at de siste intervjuene i liten grad avdekket nye forhold.

5. Empiri

I dette kapitlet har vi med utgangspunkt i milepælene i beslutningsprosessen redegjort for våre observasjon fra primærkildene og sekundærkildene.

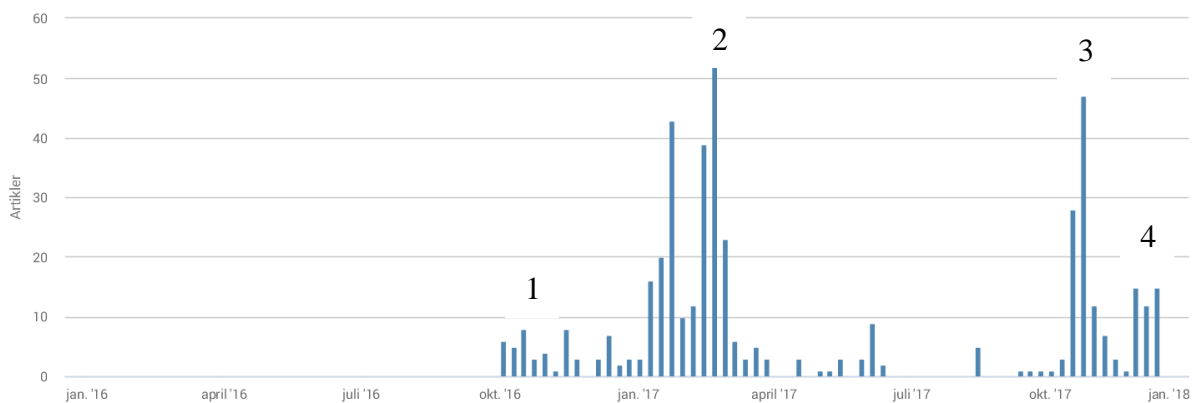
Figur 1 viser tidslinjen over det vi har definert som de viktigste milepælene i beslutningsprosessen. Innholdet i milepælene er nærmere beskrevet i dette kapitlet.

Figur 1. Tidslinje over de viktigste milepælene i beslutningsprosessen.



I perioden 1.1.16 til 13.12.17 identifiserte vi 463 artikler med søkeordene «PCI» og «Bodø» i norske papiraviser. Figur 2 viser fordelingen av artikler per uke.

Figur 2. Fordelingen av artikler per uke i perioden 1.1.16-13.12.17.*

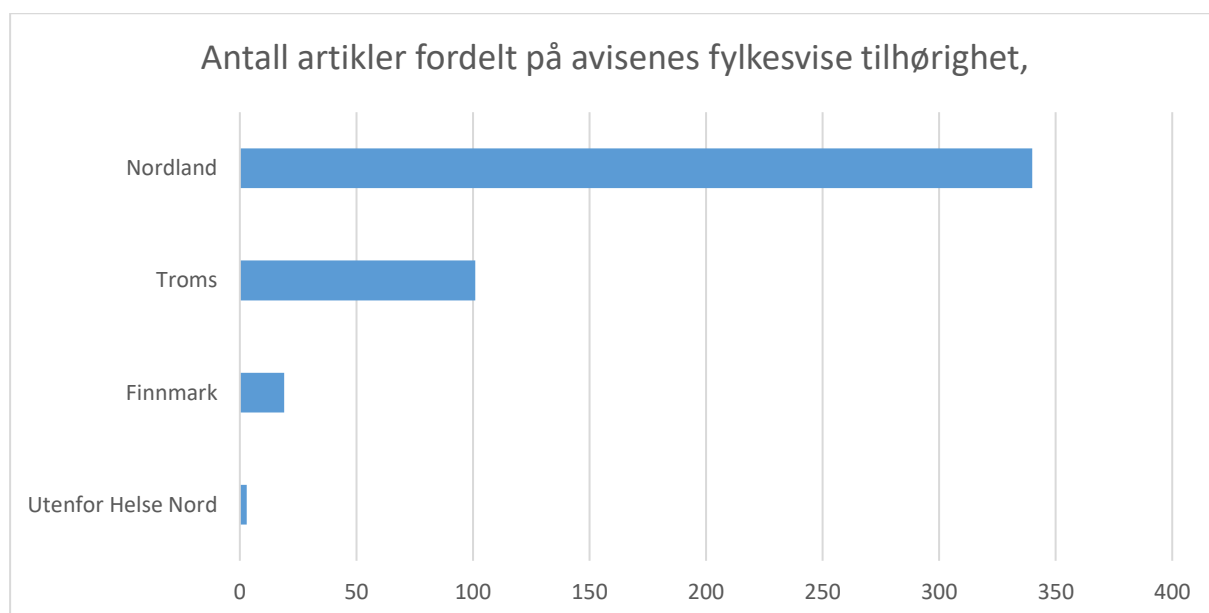


*Forklaringer: 1. tidspunktet for offentliggjøringen av rapporten «Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Et likeverdig tilbud i Helse Nord» og det første styremøtet oktober 2016. 2. tidspunktet for det andre styremøte. 3. tidspunktet for det tredje styremøtet. 4. tidspunktet for det fjerde styremøtet.

Kort oppsummert startet oppslagene om PCI før styrepapirene til det første styremøte ble sendt ut. Oppslagene ble i hovedsak publisert i forbindelse med styremøtene. Med unntak av perioden mellom første og andre styremøte var saken i liten grad gjenstand for oppmerksomhet i media.

Figur 3 viser antall artikler i avisene fordelt på avisenes fylkestilhørighet. Flertallet av artiklene (73%) var publisert i aviser fra Nordland. Det virket å være redaksjonelt samarbeid mellom avisene i Nordland der tilnærmet samme artikkel skrevet av samme journalist i Avisa Nordland ble publisert i Avisa Nordland, Rana Blad og Helgelendingen. Avisen med flest oppslag var Avisa Nordland (n=178). Saken var i mindre grad viet oppmerksomhet i Troms og Finnmark. Saken var av liten interesse for riksdekkende presse.

Figur 3. Artikler om PCI og Bodø fordelt på avisenes fylkesvise tilhørighet. 1.1.16-13.12.17



For å vurdere om papiravisene var representative gjennomgikk vi også nettavisene. Totalt var det 616 publisert artikler om PCI i Bodø i norske nettaviser i samme tidsrom. Fordelingen av oppslag tidsmessig og fylkesvis var lik som i papiravisene (data ikke vist). Vi valgte å ikke inkludere oppslag i nettavisene da vi vurderte at dette ikke ville endre funnene.

5.1. Forspillet

Etablering av PCI i Bodø har vært diskutert siden Helse Nord ble opprettet i 2002. PCI i Bodø ble utredet av Helse Nord's fagråd i kardiologi i 2008 (Helse Nord RHF, 2016). Et flertall av fagrådet tilrådet ikke å opprette PCI tilbud i Bodø. Rapporten ble ikke styrebehandlet.

I 2013 skrev Landsforeningen for hjerte- og lungesyke brev til Helse Nord RHF der de ba om at PCI i Bodø skulle utredes (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2013). Dette ble

begrunnet med ønske om å tilby pasienter i Bodø primær PCI ved STEMI. I svaret informerte Helse Nord om at dette ville bli fulgt opp:

«Helse Nord RHF har derfor besluttet at vi våren 2014 skal gjøre en kost-nytte vurdering av et PCI tilbud i Nordlandssykehuset. Når dette arbeidet er gjennomført vil det bli gjort en vurdering av hvorvidt et slikt tilbud skal etableres.» (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2013)

Vi har ikke funnet at saken ble tatt opp i 2014 eller at nevnte kost-nytteanalysen ble gjort.

5.1.1. Utredningen av PCI i Bodø forut for styrebehandlingen

Høsten 2015 ba administrerende direktør om at saken ble utredet. Begrunnelsen for dette var da at Hjerterinfarktregisteret viste *«at antall PCI-prosedyrer i forhold til innbyggertallet er lavest på Helgeland og høyest i Finnmark. Det er derfor stilt spørsmål om det regionale tilbudet gir et likeverdig tilbud.»*

Informantene hadde ulik oppfatning av hvordan PCI-prosessen startet. En av informantene oppfattet at saken var resultat av en langvarig prosess siden tidlig 2000-tallet:

«Man begynte jo nesten før helseforetaksreformen å snakke om dette. Så var det LHL i Nordland som først tok det opp igjen og mente at det var en ulikhet mellom befolkningen i Nordland og Tromsø. De mente det burde utredes om det skulle være PCI i Bodø.» (Informant G)

Dette ble støttet av en annen informant som redegjorde for sin opplevelse:

«Ganske tidlig etter at Helse Nord ble startet ble det opprettet et fagråd i kardiologi. Dette laget en rapport om PCI i 2008 med mye uenighet. Et flertall i fagrådet tilrådet da at det ikke skulle opprettes PCI. Saken ble ikke tatt opp videre. Deretter kom det flere innspill om å ta dette opp og det kom brev fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke i 2013. Daværende styreleder [som gikk av høsten 2015] var skeptisk til at saken skulle opp. Han ville ha trygghet for at dette var lønnsomt for RHF-et å gå i gang med. Det var klare signaler allerede da at PCI i Bodø ikke var kostnadseffektivt i forhold til hva man vanligvis legger til grunn i for eksempel beslutningsforum.

Men hvorfor var det viktig at saken kom opp? Dels var det nok fordi saken var etterlyst fra Nordland i mange år. Men jeg har lurt på om ledelsen i Helse Nord RHF følte at Bodø nå måtte få PCI ettersom UNN hadde blitt tilgodesett med betydelige ressurser de

siste årene i form av PET, økt sentralisering av kreftkirurgi og store byggeprosjekter?»
(Informant X)

En av informantene som var styremedlem ga uttrykk for at vedkommende i liten grad kjente til saken før 2016:

«Det har blitt sagt fra flere at saken ble reist etter et brev fra LHL. Slik kjenner ikke jeg den. Jeg ble først kjent med den i Helse Nord ved at et styremedlem i Helse Nord tok opp saken på nyåret 2016 og ba om at den ble problematisert.» (Informant D)

Sistnevnte utsagn er interessant ettersom styremedlemmene på dette tidspunktet ikke var orientert om arbeidet i egenskap av sitt styreverv. Vi har imidlertid ikke lyktes å avklare hvordan dette styremedlemmet kjente til problemstillingen. Utsagnet indikerer at minst ett styremedlem var engasjert i saken før styret ble gjort kjent med saken.

Direktørmøtet i Helse Nord (som består av de administrerende direktørene i helseforetakene) ga sin tilslutning 15.12.15 til å igangsette et prosjekt med tittelen «PCI ved Nordlandssykehuset?». Det ble opprettet en prosjektgruppe ledet av Helse Nord med representanter fra HF-ene og tillitsvalgt. Prosjektets hovedmål var å gi «en beskrivelse av dagens PCI tilbud i Helse Nord. Et likeverdig tilbud?» og beskrive «Hvilke gevinster vil et PCI tilbud ved Nordlandssykehuset i Bodø kunne gi?» (Helse Nord RHF, 2016, s. 13)

Første møte i prosjektgruppen var i mars 2016. Prosjektgruppen utarbeidet en rapport med tittelen «Hjerteinfarkt og PCI i Helse Nord – et likeverdig tilbud? Bør det opprettes et PCI-tilbud i Nordlandssykehuset». Rapporten vurderte fordeler og ulemper med å opprette PCI-tilbud ved i Bodø, men konkluderte ikke. Hovedfunnet i rapporten var at:

«Dagens tilbud til hjerteinfarktpasientene er ikke tilfredsstillende og kan bedres. Det er betydelige variasjoner i tilbudet. Innføring av sjekklister og pakkeforløp vil kunne bedre pasientforløp og sikre en mer likeverdig behandling. Dette bør følges opp av fagrådet for hjertemedisin. Internasjonalt finnes det studier som viser at økt tilbud vil kunne gi økt forbruk. Det er og angitt at nærhet til tilbudet gir bedre tilgjengelighet og høyere forbruk av tjenesten. Prosjektgruppen er innad uenig i betydningen av nærhet i forhold til tilgjengelighet.» (Helse Nord RHF, 2016, s. 9).

Tabell 4 viser 2x2 matrise over vår kategorisering av argumentene i rapporten som faglige/økonomiske eller politiske/geografiske, samt om argumentene ble benyttet for eller mot

PCI i Bodø. Vi oppfattet at de fleste argumentene i rapporten var basert på faglig og økonomisk logikk.

Tabell 4. 2x2 matrise over argumentene i rapporten utfra om vi vurderte at de var for eller mot PCI i Bodø og om de var basert i faglig/økonomiske eller politisk/geografisk argumentasjon*

	Faglig og økonomisk	Politisk og geografisk
Argument for PCI i Bodø	<p>Kan redusere ventetiden på PCI ved NSTEMI i Nordland. Arbeidsgruppen var uenig i hvilken nytte dette ville ha.</p> <p>Kan redusere forbruk av luftambulansetjenester</p>	<p>Likeverd ved at man kan tilby primær PCI ved STEMI til 100,000 personer i Bodø-området.</p> <p>Kan bedre samarbeidet i Helse Nord og redusere pasientstrømmen til St Olav.</p>
Argument mot PCI i Bodø	<p>Helsegevinsten av PCI for STEMI-pasientene ved dagdrift er liten og anslått til ni pasienter som ikke ville hatt effekt av prehospitaletrombolysse.</p> <p>Kan skape to små sentre med lavt volum som svekker hverandre</p> <p>Dødeligheten av hjertesykdom har falt betydelig de siste tiårene og det er ikke behov for et nytt senter</p> <p>Terskelen for angiografi blir lavere. Dette vil medføre en økning av antall pasienter med svak indikasjon og andelen med negative funn vil være høy.</p> <p>Totalkapasiteten for PCI i Helse Nord er i dag tilstrekkelig med ett senter</p> <p>Drift av to sentre som senter-satellitt medfører utfordringer ved ferieavvikling og lavdrift</p> <p>Ambuleringsvilligheten for invasive kardiologer i Tromsø er usikker</p> <p>Nordlandssykehuset har ikke thoraxkirurgisk vakt. Mindre mulighet til å håndtere komplikasjoner.</p> <p>Det vil medføre betydelige kostnader</p> <p>Besparselsene i luftambulansse er vanskelig å beregne</p>	

Representantene fra Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset i prosjektgruppen tok dissens og redegjorde i et vedlegg til rapporten for hvorfor de mente at «at det nå er tid for å etablere et tilbud om koronar angiografi og PCI i Bodø» (Helse Nord RHF, 2016, ss. 72-83).

Tabell 5 viser 2x2 matrise over vår kategorisering av argumentene i dissensen som faglige og økonomiske eller politiske og geografiske, samt om argumentene ble benyttet for eller mot PCI i Bodø.

Tabell 5. 2x2 matrise over argumentene i dissensen utfra om vi vurderte at de var for eller mot PCI i Bodø og om de var basert i faglig/økonomiske eller politisk/geografisk argumentasjon*

	Faglig og økonomisk	Politisk og geografisk
Argument for PCI i Bodø	<p>Det er store forskjeller i både behandlingstilbud og behandlingsresultater ved akutt hjerteinfarkt i Helse Nord</p> <p>Det er pasientgrunnlag for to PCI-sentre i Helse Nord og andre europeiske land har valgt en desentralisert modell</p> <p>Det er trolig store økonomiske besparelser ved reduserte kostnader til ambulansedyt ved å opprette PCI i Bodø</p> <p>Det er klare indikasjoner for at et PCI-tilbud i Bodø vil bedre befolkningens tilgang til invasiv koronar behandling og at det vil redusere 30-dagers dødeligheten i befolkningen i Nordland</p> <p>Pasienter som i dag ikke kan flys til Tromsø på grunn av dårlig vær kan behandles i Bodø</p>	
Argument mot PCI i Bodø		

Informantene fortalte at styret fikk presentert rapporten høsten 2016 på et styreseminar før den ble offentliggjort. Flere av informantene beskrev at styret allerede da var delt. En sa:

«Allerede i august 2016 var det blokkdannelse i styrerommet. Jeg opplevde dette var betinget i geografi. Jeg forsøkte å ta dette opp med mine styrekollegaer uformelt. Hva er årsaken til blokkene? Men jeg kom ingen vei. Jeg klarte ikke å knekke denne koden.»
(Informant C)

Informantene vurderte rapporten ulikt. Informantene som var skeptiske eller nøytrale til PCI i Bodø mente den ga et godt grunnlag for beslutning. En av informantene som var positiv til PCI i Bodø var svært kritisk til rapporten. Vedkommende sa:

«Rapporten bærer preg av at man har fattet konklusjon først og så begrunnet. Man har gjort en vurdering av et senter i Bodø ut fra et sett forutsetninger uten å legge inn de samme forutsetningene for det man sammenligner med. Rapporten er tendensiøs, og på flere områder er det ikke sammenheng mellom premiss og konklusjon. Jeg syntes ikke rapporten var god.» (Informant E)

Rapporten ble offentliggjort 11.11.16 og sendt på høring i forbindelse med styremøte én.

5.1.2. Saken ble løftet inn i det politiske rom før styremøte én

Det ble publisert flere artikler om PCI i Bodø før PCI-rapporten og styrepapirene til styremøtet i november 2016 ble offentliggjort. Artiklene var i hovedsak publisert i aviser i Nordland. En slik artikkel beskrev hvordan leger, politikere og pasientorganisasjoner i Bodø og Helgeland mobiliserte for PCI i Bodø (Gulliksen, 2006, 4. oktober). Som tidligere nevnt var det et betydelig redaksjonelt samarbeid mellom avisene i Nordland der tilnærmet samme artikkel skrevet av samme journalist ble publisert i *Avisa Nordland*, *Rana Blad* og *Helgelendingen*. Et eksempel på dette er artikkelen «Sammen om hjertesenter» (Skogheim, 2016, 15. oktober; Skogheim, 2016, 15. oktober; Skogheim, 2016, 15. oktober).

I en artikkel i *Helgelendingen* ble det referert fra et fellesmøte mellom hjerteleger ved Nordlandssykehuset og politisk og administrativ ledelse i Bodø kommune (Gulliksen, 2016, 11. oktober). Denne beskrev hvordan Bodø kommune ville lage en uttalelse til styret i Helse Nord. Ordfører Pinnerød i Bodø kommune uttalte:

«Jeg kommer til å oppfordre mine 43 ordførerkolleger rundt omkring i Nordland om å gjøre det samme. Dette handler om livskvaliteten til nordlendingene.» (Ordfører Pinnerød i Bodø, uttalelse til *Helgelendingen* 11. oktober 2016)

Dette oppslaget er interessant fordi det beskriver et samarbeid mellom helsepersonell og politikere i Bodø for å jobbe for PCI før saken, samt en plan for å samle alle kommunene i Nordland til å gå inn for PCI i Bodø. Dette skjedde før PCI-rapporten ble offentliggjort. Videre beskriver den et argument (livskvalitet til Nordlendingene) som ikke ble fremsatt av rapporten, men som ble et sentralt argument i styrerommet. For å bedre forstå dette supplerte vi intervjuene med informant H som hadde deltatt i prosessen med å jobbe for PCI i Bodø:

«Denne saken er gammel og har vært på agendaen i ca. ti år. Det var ikke tilfeldig at media og politikere kom på banen i Nordland høsten 2016. Fagmiljøet på Nordlandssykehuset og Nordland legeförening har samarbeidet en del. Pasientorganisasjoner, lokalpolitikere og media ble kontaktet i begynnelsen av prosessen. Det ble skrevet høringsuttalelse fra fagmiljøet i Bodø innen høringsfristen, blant annet ble tallene fremlagt av fagmiljøet på UNN korrigert på.» (Informant H)

Dette samarbeidet kan forklare hvorfor saken så raskt ble politisk. Flere av informantene som var styremedlemmer opplevde at dette hadde skjedd svært tidlig i prosessen, men de stilte seg undrende til hvorfor dette hadde skjedd:

«Saken ble veldig fort luftet ut av det faglige rommet og veldig raskt inn i det politiske rommet. Dette skjedde høsten 2016. Måten jeg ble oppmerksom på det var at en journalist ringte meg og fortalte at fylkespolitikere i Nordland hadde uttalt seg om PCI. Men for meg var det fortsatt en faglig sak.» (Informant F)

5.2. Styremøte én

Det forelå ikke videoopptak av styremøte én og vi har ingen dokumentasjon av diskusjonen i dette styremøtet. Administrasjonens forslag til vedtak ble noe justert. Vedtaket er gjengitt nedenfor. Vi markerte det som ble lagt til i **fet skrift** og ~~gjennomstreket~~ det som ble slettet.

«Styret i Helse Nord RHF tar rapporten Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Et likeverdig tilbud i Helse Nord? **Bør det opprettes et PCI-tilbud i Nordlandssykehuset? til orientering, og slutter seg til planlagt prosess mot endelig behandling i styremøte i februar 2017. Styret slutter seg til planlagt prosess og ber om at saken legges frem for endelig behandling i styremøte i februar 2017.**

1. Styret ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakene **umiddelbart** setter i gang et arbeid som sikrer bedre **og mer standardiserte** pasientforløp for denne pasientgruppen ~~og for å reduserer~~ uønsket variasjon.
2. Styret ber om at det **raskt** iverksettes felles tiltak i foretaksgruppen for å nå målet med å gi prehospital trombolysis så tidlig som retningslinjene angir (innen 30 minutter) i hele regionen.
3. Styret ber adm. direktør sørge for at vedtaket i punkt 2 og 3 forankres i Oppdragsdokument 2017 til helseforetakene som overleveres i foretaksmøte i februar 2017.»

Vi oppfattet endringene i hovedsak som semantiske. Vi vurderer at vedtakspunkt to viser at administrasjonen og styret i på dette tidspunktet anerkjente at de regionale variasjonene kunne reduseres ved andre tiltak enn å etablere PCI i Bodø. Arbeidsgruppen hadde i rapporten beskrevet eksempler på andre tiltak som sjekklister og pakkeforløp.

5.2.1. Politikere i Nordland engasjerte seg for PCI i Bodø

I perioden fra oktober 2016 til januar 2017 var avisoppslagene i stor grad publisert i aviser fra Nordland. Aktørene som uttalte seg var i hovedsak helsepersonell ved Nordlandssykehuset, politikere i Nordland og pasienter og pasientorganisasjoner.

Etter at rapporten ble publisert og sendt på høring (perioden november 2016 til januar 2017) besto avisoppslagene i stor grad av referater og uttalelser fra politikere i Nordland som sendte høringsuttalelser der de krevde PCI i Bodø. Begrunnelsen var ønsket om lik hjertebehandling.

5.2.2. Pasienter og helsepersonell fortalte at pasienter i Nordland fikk dårlig hjertefunksjon eller døde fordi det ikke var PCI i Bodø

Det var flere oppslag i *Avisa Nordland* om pasienter som hadde fått hjerteinfarkt og som hadde holdt på å dø på grunn av transporttiden til Tromsø (Gulliksen, 2017, 13. januar; Furulund, 2017, 19. januar). Dette ble støttet ved referanse til uttalelser fra overlege Storm ved Nordlandssykehuset til *NRK Nordland*. Bakgrunnen for uttalelsene var at Nordland legeforening krevde at Bodø måtte få et eget hjertesenter og Storm var styremedlem i Nordland legeforening (Andersen & Lysvold, 2017, 9. januar):

«Jeg har opplevd at pasienter har dødd om bord i flyet. Jeg har også opplevd at vi må drive gjenoppliving av pasienter i flyet. Noen har ved ankomst i Tromsø fått redusert hjertefunksjon på grunn av den lange tiden det har tatt» (Overlege Storm, uttalelse til NRK Nordland 9. januar 2017).

Disse oppslagene ble i liten grad motsagt i media. Når det gjelder utsagnet om at pasienter har dødd om bord i flyet vil vi bemerke at fagmiljøet ved UNN på pressekonferansen i februar fremviste dokumentasjon på at ingen pasienter hadde dødd i ambulansefly under transport til PCI de siste årene. Dette ble da ikke viet nevneverdig oppmerksomhet i media.

Avisa Nordland beskrev et fakkeltog med 150 personer for PCI-tilbud i Bodø arrangert av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke med appell fra Nordland legeforening og ordfører Ida Pinnerød i Bodø (Skogheim, 2017, 21. januar). På lederplass beskrev *Helgelendingen* hvordan politikere i Nordland samlet seg for «en felles hjertesak» (Helgelendingen, 2017, 24. januar)

Enkelte opplevde at debatten hardnet til. Politiker Heitmann i Tromsø fortalte at han opplevde det var lite rom for å argumentere mot PCI i Bodø (Lægland, 2017, 8. februar 2017):

«Folk sier at jeg må stå personlig ansvarlig hvis folk dør på veien fra Bodø til Tromsø, eller at jeg nærmest er en morder. Jeg har også fått meldinger og e-poster om at jeg er hjerteløs. Det tar jeg ganske tungt ettersom jeg selv er hjertesyk» (Politiker Heitmann, intervju med iTromsø)

I arbeidet med masteroppgaven ble vi kjent med at det også hadde foregått en kampanje på sosiale medier. Informant H fortalte:

«Vi startet 8. januar 2017 en kampanje på Facebook som het «Alliansen for fullverdig hjertebehandling i Nordland». Denne var aktiv under hele prosessen og presenterte jevnlig argumenter for PCI. Den ble hyppig delt og lest tusener av ganger. Sammen med LHL Nordland ble det organisert fakkeltog i Bodø for å vise støtte til etablering av PCI i Bodø.

Formålet med kampanjen var ikke å polarisere, men å skape engasjement og ikke minst gi opplysninger for å skape forståelse for PCI i Bodø. Det var ikke noe ønske å skape frykt i befolkningen. Samtidig kan man ikke utelukke at enkelte oppslag kan ha skapt utrygghet for om hjertebehandlingen i Nordland er god.» (Informant H)

Figur 4 viser eksempler på to innlegg på Facebook fra 2017. Kan aksjonen tross gode intensjoner om å argumentere for PCI-tilbud i Bodø ha bidratt til polarisering og frykt i befolkningen?

Vi bemerker at både navnet på aksjonen «Alliansen for *fullverdig* hjertebehandling i Nordland» og det sentrale slagordet «Nordlands-hjertes må få samme behandling som Troms-hjertes» vektlegger sterkt likeverd som argument for PCI i Bodø.

Figur 4 Eksempler fra Facebooksiden til Alliansen for fullverdig hjertebehandling i Nordland»

Alliansen for fullverdig hjertebehandling i Nordland
9. januar 2017 kl. 10:01 · 🌐

– Er det snakk om hjerteinfarkt teller hvert eneste minutt. Om du får tidlig eller sen behandling kan i verste fall skille mellom om du vil kunne gå i fjellet igjen eller om du skal uføretrygdes og sitte hjemme i sofaen, sier Benjamin Storm, anestesilege i Bodø og medlem i styret i Nordland legeförening.

600 akutt pasienter må fraktes til Tromsø med fly: – Pasienter har dødd i flyet
nrk.no

Alliansen for fullverdig hjertebehandling i Nordland har delt sitt bilde — 🙏 støtter Alliansen for fullverdig hjertebehandling i Nordland.
21. februar 2017 kl. 00:29 · 🌐

Vi trenger enda flere hjertevenner! Inviter gjerne en venn med et godt hjerte til siden.

Nordlands-hjarter må få samme behandling som Troms-hjarter!
INVITER EN VENN TIL SIDEN

Alle informantene som var styremedlemmer fortalte at de hadde fulgt med i presseoppslagene. De fleste informantene som var styremedlemmer ga uttrykk for at de var overrasket over interessen fra politikere og media i saken – spesielt i starten.

Ingen informanter ville medgi at de hadde blitt påvirket av politikere regionalt eller nasjonalt. En informant sa:

«Jeg registrerte at det var kommet innspill fra nasjonale politikere. Dette handler om politiske prosesser i bakgrunnen og det var tunge Nordlandspolitikere som engasjerte seg overfor administrasjonen i RHF-et og andre steder. Men jeg brydde meg ikke om dette. Det viktigste er at vi får et godt beslutningsgrunnlag.» (Informant F)

5.2.3. PCI-saken fikk initialt liten oppmerksomhet i Troms og Finnmark

Avisene utenfor Nordland omtalte i svært liten grad saken før februar 2017. Det var i perioden oktober 2016 til januar 2017 kun åtte oppslag i *Nordlys* eller *iTromsø*. Disse bestod i starten av en beskrivelse av at PCI-saken skulle behandles i Helse Nord. Dette endret seg i løpet av januar. Den 18.1.17 beskrev *Nordlys* saken som:

«En kampanje i Nordland som fremstår som politisk, som har tatt hjertepasienter i hele fylket som «gisler», men som ikke er særlig godt helsefaglig begrunnet» (Fjellheim, 2017, 18. januar).

Dette ble fulgt opp på lederplass i *Nordlys* 20.1.17 (Nordlys, 2017, 20. januar): *"Kampanjen følger et velkjent mønster fra Bodø, som vi også har sett i andre saker som handler om lokalisering i nord. Det handler om å spille ut et bredt register av følelser som gjør Tromsø til skurken og plasserer Nordland i rollen som offer".*

Den 26.1.17 gikk det hjertemedisinske fagmiljøet ved UNN ut i *Nordlys* og argumenterte for at hjerteinfarktbehandlingen i Helse Nord er god, at gevinsten ved å opprette PCI i Bodø er svært liten, og at de fryktet at to sentre i landsdelen ville svekke tilbudet til befolkningen i Helse Nord (Wessel-Hansen, 2017, 26. januar).

Finnmarksavisene omtalte saken i slutten av januar (Hansen, 2017, 28. januar): *«Finnmarkinger kan bli ofre i en nordnorsk helsekamp, hvis et komplisert hjerteinfarkt-tilbud opprettes i Bodø og tar ressurser nordfra» (Fylkesordfører Sjøstad i Finnmark, uttalelse til Finnmarken)*

5.2.4. Administrasjonen i Helse Nord var stille

I denne perioden fant vi kun tre utsagn i papiravisene fra administrasjonen i Helse Nord RHF. Dette var avisuttalelse fra fagdirektør Tollåli som bekreftet at saken ikke ville bli behandlet i styremøtet i oktober 2016 (Gulliksen, 2016, 18. oktober) og daværende rådgiver Norum som bekreftet at saken ikke ville bli vedtatt i styremøtet i november (Gulliksen, 2016, 15. november). I tillegg var Jan Norum medforfatter på kronikk som redegjorde for hovedfunnene i PCI-rapporten (Norum, Trovik, & Haug, 2016, 20. desember).

5.2.5. Helsepersonell og politikere mobiliserte i Troms da styrepapirene ble offentliggjort

Nordlys og *iTromsø* beskrev 17.2.17 hvordan det hjertemedisinske miljøet på UNN mobiliserte kraftig (Thuen, 2017, 17. februar; Lægland, 2017, 17. februar). Det ble avholdt en pressekonferanse der overleger og professorer i hjertemedisin og hjertekirurgi i Tromsø oppfordret Helse Nord om å utsette saken. Det virket som om hjertelegene i Tromsø ikke klarte å forstå hvordan saksgrunnlaget kunne brukes til å innstille for PCI i Bodø.

«Jeg leste gjennom argumentasjonen, og jeg var jo helt enig. Men da jeg kom til konklusjonen var den jo helt motsatt.» (Overlege Busund uttalelse til Nordlys 17.2.17)

Vi oppfatter utsagnet som uttrykk for at overlege Busund mente de faglige og økonomiske argumentene måtte vike til fordel for politiske og geografiske argumenter.

Vi fikk av presseoppslagene inntrykk av at saken kunne ha kommet overraskende på UNN. Dette ble bekreftet av noen av informantene. Vi fant fire mulige årsaker til dette: En årsak kan være at det hjertemedisinske fagmiljøet i Tromsø utfra sin medisinskfaglige logikk ikke forstod at noen kunne konkludere med at det skulle etableres PCI i Bodø.

«Hjertemedisin var på hælene og det var en slags desperasjon. Jeg snakket med de invasive kardiologene i Tromsø. De kunne ikke forstå utfra de faglige premissene som var lagt i rapporten at man kunne konkludere med å desentralisere.» (Informant C)

En annen årsak kan være at omtrent samtidig med at PCI-saken ble behandlet i Helse Nord gjennomgikk Hjertemedisinsk avdeling i UNN en større omorganisering i forhold til intensivseksjonen. Kan dette ha bidratt til liten oppmerksomhet rundt PCI-saken i starten?

«Jeg har forstått [i ettertid] at UNN og Hjertemedisin hadde flere andre prosesser som påvirket avdelingen. For eksempel omorganisering av hjerteintensiven og egne operasjonssykepleiere. Jeg ble litt sur på Tor I at han ikke fortalte meg om dette. Da hadde jeg utsatt å ta saken. Det er uheldig med flere vanskelige prosesser samtidig.» (Informant G)

På pressekonferansen ble de ulike argumentene for PCI i Bodø imøtegått. Det ble også påpekt at fagmiljøet i liten grad opplevde at Helse Nord RHF hadde vært i kontakt med dem. (Lægland, 2017, 17. februar):

«Dersom fagmiljøene hadde blitt forespurt på et tidligere stadium, og dersom Helse Nord hadde vært flinkere å lytte til fagmiljøene, ville vi ikke sisset her i dag. Det er et tankekors at vi må kommunisere med toppledelsen i Helse Nord via en pressekonferanse.» (Overlege Gilbert, uttalelse til iTromsø)

Administrerende direktør sa at kontakten med mellom Helse Nord og fagmiljøene kunne vært bedre. Vi oppfatter at han med dette mente at fagmiljøet burde fått mer tid på saken:

«Jeg burde hatt flere møter med fagmiljøene før vi tok opp denne saken. Det kom helt overraskende på dem. Det ble for kort tid. Vi sender ut saken en uke før styrevedtak. De måtte bruke veldig kort tid på å påvirke styret – det er legitimt, men de fikk for kort tid til dette. Det hadde blitt støy uansett, men sannsynlig mer konstruktivt.»

Uttalelsene fra fagmiljøet i UNN ble støttet på lederplass av *Nordlys* 18.2.17 (Nordlys, 2017, 18. februar). Pressekonferansen ble også dekket i Nordlandsavisene som var kritiske til UNN-miljøet. *Avisa Nordland* intervjuet leger ved Nordlandssykehuset som stilte spørsmål om hvorfor UNN ikke ville samarbeide og det ble stilt spørsmål ved om det kunne være andre motiver for motstanden (Gulliksen, 2017, 17. februar).

Vi observerte at både personer som ønsket og ikke ønsket PCI mente at de snakket pasientenes sak (Gulliksen, 2017, 28. januar; Lægland, 2017, 17. februar):

«Vi snakker pasientene og befolkningens sak og er ikke en del av noen lokalpolitisk bystrid» (Overlege Hovland og Bjørnstad som ønsket PCI i Bodø, uttalelse til *Avisa Nordland* 28.1.17)

«Dette handler ikke om bykamp eller om faglig prestisje. Det handler om å gi pasientene i landsdelen et best mulig tilbud» (Overlege Gilbert som ikke ønsket PCI i Bodø, uttalelse til *iTromsø* 17.2.17)

Eksterne fagpersoner engasjerte seg også. Professor Bønaa ved St Olav som ledet Hjerterefarktregisteret uttalte (Holte, Wessel-Hansen, & Henriksen, 2017, 21. februar):

«Data fra hjerterefarktregisteret har dessverre blitt misbrukt i et politisk spill for å få etablert PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset» (Bønaa, intervju med *Nordlys* 21.2.17)

Påstanden om at data fra Hjerterefarktregisteret ble misbrukt er interessant. Vi har ikke tatt stilling til dette, men vil påpeke at argumentene om de store regionale variasjonene i Hjerterefarktregisteret var til stede i sakspapirene til styremøte to. I løpet av 2017 kom det oppdaterte tall fra Hjerterefarktregisteret som viste at 30-dagersoverlevelsen etter hjerterefarkt i 2016 i boområdet for Nordlandssykehuset var høyest i Norge (Norsk hjerterefarktregister, 2017). Dette medførte at argumentene om de store regionale variasjonene i Hjerterefarktregisteret i betydelig grad ble fjernet fra administrerende direktørs vurdering i styremøte tre og fire.

5.3. Styremøte to

Styresak 12-2017 ble behandlet i styremøtet 22.2.17. Styresaken bestod av et saksfremlegg på 21 sider, samt vedlegg i form av rapporten på 109 sider og de 49 høringsvarene.

Saksfremlegget tok utgangspunkt i rapporten *«Hjerterefarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Et likeverdig tilbud i Helse Nord? Bør det opprettes et PCI-tilbud i Nordlandssykehuset?»* og høringsvarene. Det var totalt 49 høringsvar, 39 fra Nordland, 7 fra

Troms, 2 fra Finnmark og ett utenfor Helse Nord. Alle høringssvarene fra Nordland unntatt ett var positive til PCI-tilbud i Bodø. Dette var i stor grad begrunnet i ønske om likeverdig behandling. Høringssvarene fra Troms og Finnmark mente at ett senter i Helse Nord ville gi det beste tilbudet. Dette var begrunnet i større helsegevinst ved andre tiltak og bekymringer rundt svekkelse av dagens behandling ved å fordele pasientene på to sentre.

Saksfremlegget bestod av administrasjonens redegjørelse for fakta i saken, oppsummering av funnene i rapporten og høringssvarene, samt administrerende direktørs vurdering.

Vi oppfatter at administrerende direktør i sin vurdering la vekt på flere forhold. Noen av forholdene var omtalt i rapporten. Dette gjaldt variasjon som er påvist i registrene, det store antallet pasienter i Helgeland og Nordland som ikke får et adekvat tilbud om PCI ved NSTEMI (arbeidsgruppen var delt i synet på dette), at PCI i Bodø muliggjør at flere får utredning og behandling med PCI innen anbefalt tid (arbeidsgruppen var delt i synet på dette), muligheten for bedret logistikk og at det var tilstrekkelig volum for to PCI-sentre i Helse Nord (arbeidsgruppen var delt i synet på dette).

Vi vil bemerke at punktene om likeverd og nærhet i liten grad var fremmet i arbeidsgruppens rapport, men var de sentrale punktene i høringssvarene fra politikere Nordland, i aksjonen fra Alliansen for fullverdig hjertebehandling i Nordland og medieoppslag i Nordlandsavisene.

Rapportens argumenter om helsegevinst og økonomi ble i liten grad tatt hensyn til. Administrerende direktør vurderte at det kunne være en helsegevinst ved PCI i Bodø ved at *«Nærhet til tilbud og kortere ventetid kan også gi opplevde livskvalitetsgevinster for pasientene»*, men at *«mangelen på livskvalitetsstudier gjør vurderingene vanskelige»*. Data på dokumenterbare helsegevinster i rapporten ble ikke trukket frem. Det ble ikke lagt ikke vekt på økonomi ettersom det *«ikke var mulig å regne seg fram til en kost-/nytte-faktor for etablering av et slikt tilbud»*.

Administrerende direktør inviterte styret i Helse Nord RHF til å fatte vedtak om å etablere PCI i Bodø som dagtilbud i en senter-satellitt modell mellom Tromsø og Bodø. Dette skulle evalueres og eventuelt utvides etter frem år. Et av de foreslåtte vedtakspunktene var at *«å sikre at fagmiljøet ved hjertemedisinsk avdeling på Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø også i fremtiden kan opprettholde og videreutvikle forskning og kompetanse»*. Vi er usikre på hvorfor administrerende direktør foreslo det som for oss fremstår som en selvfølgelig universitetssykehusoppgave. Hvilken konsekvens ville et slikt vedtakspunkt få? Ble dette inkludert for å møte en bekymring fra UNN?

Administrerende direktør valgte å trekke saken i samråd med styreleder før den ble behandlet i styremøtet på grunn av den store uenigheten og støyen i media. Vi oppfattet at spesielt pressekonferansen fra Tromsø påvirket at saken ble trukket.

Flere informanter fortalte at styret allerede før behandling var delt.

«På dette tidspunktet [februar 2017] var det allerede bygget seg opp to fronter i styret. Halvparten av styret var veldig for å desentralisere tilbudet. De syntes prosessen gikk altfor sakte. De var ganske bestemt og tydelige for administrasjonen at jobben ble gjort for sakte og at dette måtte iverksettes umiddelbart. Den andre halvdelens inkludert meg følte at dette ikke var så intuitivt og at det kunne være andre løsninger for å bedre hjertebehandlingen i Helse Nord.» (Informant C)

Flere informanter mente at vedtaket kunne gått begge veier dersom det ble fattet i februar.

«Jeg har tenkt mye på om vi bare skulle kjørt saken [i februar 2017] – så hadde vi vært ferdig med den? Men jeg tror at vedtaket ville blitt dårligere. Og jeg tror at om vi hadde kjørt det i februar hadde det kunne gått begge veier.» (Informant F)

5.3.1. Det var bred enighet i Nordland og Troms etter styremøtet om at utsettelse var klokt

At saken ble trukket fra styremøtet 22.2.17 skapte skuffelse blant sentrale politiske aktører i Bodø, Nordland fylkeskommune og helsepersonell og ledere ved Nordlandssykehuset, men ble vurdert som klok (Gulliksen & Karlsen, 2017, 21. februar). Begrunnelsen var at etablering av et PCI-tilbud i Bodø ville være avhengig av samarbeid med Tromsø. Helsepersonell og ledere ved UNN var også enige i at det var klokt å trekke saken (Johnsen, 2017, 21. februar). Begrunnelsen deres var at PCI i Bodø var lite faglig gjennomtenkt.

5.3.2. Direktørene ved Nordlandssykehuset og UNN diskuterte hverandres motiver for saken

Direktør Strand ved Nordlandssykehuset forfattet en kronikk med tittelen «Hva er det UNN frykter?» der han stilte spørsmål ved om UNNs motstand var betinget i «frykt for å miste størrelsen på eget miljø, anerkjennelse og forskning. Dette er primært ansatte - ikke pasientperspektiv.» (Strand, 2017, 22. februar).

Strand beskrev også sin bekymring over at Helse Nord benyttet mye ressurser på å opprettholde UNN som universitetssykehus og at i så henseende var det uforståelig at UNN bekymret seg over at PCI i Bodø ville medføre reduserte inntekter for UNN:

«UNN er bekymret for å miste inntekt. Virksomheten genererer et overskudd på 10- 15 millioner kroner ved UNN. Jeg mener det er betenkelig at mange spesialisthelsetjenestekroner brukes på å realisere UNN som et Universitetssykehus med samme innhold som St. Olav, Haukeland og OUS. Skal vi drøfte områder hvor volum er så lavt at det med fordel kunne vært samlet til St. Olav? Skal vi nevne investering i syklotron [nytt PET-senter ved UNN] til flere hundre millioner?» (Strand, 2017, 22. februar)

Kronikken ble besvart av direktør Ingebrigtsen ved UNN:

«Kollega Paul Strand på Nordlandssykehuset spør i Avisen Nordland tirsdag 21. februar hva UNN frykter i PCI-saken. Svaret er at vi frykter et dårligere tilbud for hjertepasientene og nedprioritering av andre pasienter. Jeg registrerer at vi dessverre blir tillagt andre motiver. Det UNN ber om, er at faglig uenighet blir respektert og håndtert» (Ingebrigtsen, 2017, 23. februar)

Etter dette var det stille i media frem til kort tid før styremøte tre.

5.3.3. Valg av tidspunkt for at saken kom opp igjen

Valget av styremøtet 25.10.17 som tidspunktet for å ta opp igjen PCI-saken ble påvirket av eksterne forhold. UNN var store deler av 2017 gjenstand for en rekke medieoppslag i *Nordlys* om håndteringen av ansatte og alvorlige hendelser ved UNN. Vi har ikke grunnlag for å si at dette medvirket til at direktøren ved UNN trakk seg februar 2018. Direktøren ble kritisert av media, Legeforeningen og stortingspolitikere med krav om å gå av. Dette resulterte i ekstraordinært styremøte i UNN der også Fylkesmannen deltok, samt at direktøren ved UNN ble innkalt til møte med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsetilsynet. Dette påvirket tidspunktet for når Helse Nord tok opp igjen PCI-saken høsten 2017. Administrerende direktør sa:

«Vi lurte på å ta den opp igjen i september 2017, men det passet dårlig for UNN fordi Tor hadde mye bråk med Legeforeningen. Har man for mye bråk har man bare kapasitet til å håndtere en sak om gangen. Det er sentralt i ledelse. Du kan ikke ha flere fronter samtidig.» (Informant G)

At PCI-saken skulle styrebehandles 25.10 kom overraskende på både styreleder og styremedlemmene i Helse Nord RHF:

«Jeg ble overrasket da en journalist ringte meg og sa at saken skal opp på neste styremøte... .. Jeg følte jeg at jeg var bondefanget. Jeg skjønnte fort at det ikke hadde vært en god prosess. Det tok tre minutter før legene i UNN sa at dette går aldri. Styremedlemmene begynte å tydeliggjøre sine preferanser og jeg så umiddelbart de geografiske skillene. Jeg synes det er et nederlag at vi deler oss etter geografi.»
(Informant X)

«Jeg sa til styreleder før møtet – hvorfor ble vi ikke orientert på forrige styremøte at PCI-saken nå kommer opp igjen? Hun fortalte så til meg at hun ikke kjente til at den skulle opp heller. Da ble jeg enda mer overrasket. Hvilken kommunikasjon er det mellom styreleder og administrerende direktør?» (Informant D)

Vi oppfattet disse utsagnene som interessante fordi informantene også fortalte at styreleder i perioder hadde hatt daglig kontakt med administrerende direktør om saken. Var prosessen for mye styrt av administrasjonen? Ble styreleder gjennom prosessen tilstrekkelig involvert i når og hvordan saken kom opp?

Flere informanter etterlyste at styret i større grad ble involvert i hvordan styresaken ble utformet.

«Når man ber om utredninger må man være tydelig på kravspesifikasjonene. Vi må være tydelig på hva vi ønsker svar på. Det handler også om tidspunktet styret kommer inn i en beslutningsprosess og når man legger premissene for det man ønsker som saksfremlegg. Som oftest har administrasjonen jobbet lenge med en sak før den kommer til styret og de har sine perspektiv på det. Men de perspektivene trengs kanskje å utfordres før beslutningsgrunnlaget ligger der?» (Informant F)

5.4. Styremøte tre

Saken var satt opp til styremøtet 25.10.17 som styresak 108-2017. Saksfremlegget bestod av 24 sider, samt vedlegg i form av rapporten på 109 sider og de 49 høringssvarene.

Det var gjort noen endringer i saksfremlegget sammenlignet med saksfremlegget til 22.2.17. Vi vurderte at endringene i hovedsak var av språklig karakter, endret rekkefølge av avsnitt og oppdatering av referanser og tabeller. Det var etter vår mening fire viktige endringer:

i) Saksfremlegget var oppdatert med tall fra 2016. Hjerteinfarktregisteret og Norsk pasientregister viste at man ikke kan konkludere med at det er regionale forskjeller i overlevelse i Helse Nord.

ii) Det var tatt inn et avsnitt om at det ikke er sammenheng mellom antall prosedyrer og behandlingsresultat. Dette imøtegikk et sentralt argument fra fagmiljøet ved UNN om at det ikke var pasientvolum i Helse Nord til to PCI-sentre. Saksfremlegget refererte til én studie som ikke viste sammenheng mellom antall prosedyrer og dødelighet (O'Neill, et al., 2017).

Vi er usikre på om dette var tilstrekkelig styringsinformasjon for beslutningstagerne. Hvorfor valgte administrasjonen i Helse Nord RHF å referere til denne artikkelen? Sammenhengen mellom volum og resultat er velkjent (Luft, Bunker, & Enthoven, 1979). Forskning består ofte av studier med forskjellige resultater. Det eksisterer flere studier som viser sammenheng mellom økt dødelighet ved PCI-sentre med lavt volum, selv om det er vanskelig å sette terskelverdi for når et volum blir for lite (Fanaroff, et al., 2017; Strom, Wimmer, Wasfy, Kennedy, & Yeh, 2014). Vi tror på generelt grunnlag at en meta-analyse gir bedre styringsgrunnlag enn en enkeltstudie. En meta-analyse legger sammen resultatene fra uavhengige studier av samme problemstilling. Fordelen med dette er at man unngår påstander om at man selektivt velger ut artikler som støtter eget synspunkt. Informantene som var styremedlemmer fortalte at de ikke hadde stilt spørsmål ved den informasjonen de ble forelagt, men stolte på administrasjonen. Imidlertid ble overnevnte problematisert av en informant:

«Det var for å bruke akademiske termer en svært selektiv presentasjoner av publikasjoner. Det ble presentert en publikasjon som støttet opp om en desentralisert modell – andre data ble ikke lagt frem. For meg som fagperson/styremedlem begynte jeg å stille spørsmål ved habiliteten til administrasjonen. Jeg tok dette opp med styreleder.» (Informant D)

iii) I økonomikapittelet er det fjernet to setninger fra saksfremlegget i februar 2017:

«Dersom tilbudet ved Nordlandssykehuset HF bygges ut og inntektsmodellen virker, vil UNN få en årlig utfordring på over 40 millioner kroner hvis det ikke gjøres endringer i aktiviteten».

«Dersom tilbudet bygges ut og inntektsmodellen slår inn med full effekt, er det estimert et netto overskudd for Nordlandssykehuset HF på ca. 15-18 millioner med dagens ISF-satser».

Vi fant ingen forklaring på hvorfor de to setningene om økonomi var fjernet.

iv) Det ble redegjort for hva som var gjort siden styremøtet 22.2.17: Det var avholdt to møter med fagmiljøene i Bodø og Tromsø. UNN hadde gjennomført et forbedringsarbeid for å øke andelen pasienter med NSTEMI som fikk PCI innen tidsfristen. Andelen hadde økt fra 57% i 2015 til 81% i 4. kvartal 2016. Helse Nord hadde våren 2017 gjennomført en fagrevisjonen av

pasienter med NSTEMI for å undersøke forskjellene i behandlingen av hjerteinfarkt i Helse Nord. Denne fant mangel på standardisering, ulike prosedyrer og at andelen som får koronar angiografi er høyere enn tallene fra Hjerteinfarktregisteret, men at tidskravene ikke alltid overholdes.

5.4.1. Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør hadde skrevet ny vurdering. Vi observerte at det var noen endringer i administrerende direktørs vurdering 25.10.17 sammenlignet med 22.2.17.

i. Vurderingen av regionale forskjeller i forbruksrater er i hovedsak erstattet med en redegjørelse for hvordan etablering av PCI i Bodø kan gi 100 000 flere personer i Helse Nord tilgang på primær PCI i stedet for trombolyse.

ii. Det var tatt inn et nytt avsnitt med tittelen «Kan vi forsvare en slik prioritering?» som konkluderte med at «*Adm. direktør mener en etablering av PCI i Bodø er et tiltak som må hvile på flere begrunnelser enn en ren kost-nytte-vurdering. Adm. direktør prioriterer likeverdighet, tilgjengelighet og opplevd trygghet for pasientene*».

Vi oppfatter at likeverd, tilgjengelighet og opplevd trygghet fikk en mer tydelig posisjon i saksfremlegget til styremøte tre. Administrerende direktør trakk også inn forpliktelsene RHF-et har i henhold til helseforetaksloven §1 om at «*Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning*».

Administrerende direktør inviterte styret i Helse Nord RHF til å fatte i hovedsak det samme vedtaket som for styremøte to. Dette var PCI i Bodø som et dagtilbud og som en senter-satellitt modell mellom Tromsø og Bodø.

5.4.2. Styremøtet

Til stede på styremøtet var administrerende direktør Vorland, styreleder Telle, styremedlemmene Strøm, Sundsfjord, Jørgensen, Sandnes, Alterskjær, Sund, Svann Are Jenssen og observatør fra brukerutvalget Hafstad. PCI-saken ble behandlet i en time og 20 minutter.

Styremøtet skilte seg fra de vanlige styremøtene i Helse Nord RHF ved at det ble sendt direkte på internett av NRK Troms og ved at foretaksledelsen i Nordlandssykehuset og UNN satt som tilhørere. Figur 5 viser bilde fra styremøtet.

Figur 5. Bilde fra styremøte tre.



Styreleder innledet med å redegjøre hvorfor saken ble trukket fra styremøtet 22.2.17.

«I november 2016 da styret først behandlet utredningen var den på åpen høring. Selve utredningsarbeidet, høringen og den offentlige debatten viste tydelig at det var ulike meninger om hjerteinfarktbehandlingen. De ulike synspunktene og klimaet i debatten var årsaken til at saken ble trukket til styremøtet. Det opplevdes ikke forsvarlig å presse gjennom et vedtak.» (Styreleder, sitat fra videoopptak)

Videre redegjorde styreleder for den offentlige debatten og hvordan saken skapte engasjement blant innbyggere og politikere Helse Nord:

«Fylker og byer argumenterer mot hverandre. Styrking av tilbudet et sted oppleves som en svekkelse av tilbudet et annet sted i regionen. Hjerter i Finnmark og Nordland settes opp mot hverandre i den offentlige debatten. En debatt som naturlig nok preger pasientene og innbyggernes opplevelse av kvalitet og trygghet.

Saken om PCI fremstår som en kamp mellom Nordlandssykehuset og UNN med Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset som respektive allierte.

Vi har fått innspill fra to av fylkeskommunene at de opplever at saken i dag er et brudd på samarbeidsavtalen mellom Helse Nord [RHF] og fylkeskommunen. Helse Nord kan være enig eller uenig. Men det er et faktum at en slik opplevelse ikke er fremmede for samarbeid.» (Styreleder, sitat fra videoopptak)

Administrerende direktør redegjorde så for saksfremlegget og sin vurdering.

«Innstillingen er basert på ønsket om å gi et likeverdig tilbud ... Dette vil koste Helse Nord ni millioner årlig som tilsvarer 0,0000045% av budsjettet i Helse Nord... Styret har vedtatt ambulanshelikopter i Evenes til 60 millioner årlig og... anestesivakt i Svalbard koster 16 millioner årlig for 3000 personer. Dette har vært begrunnet i likeverd... Det er helt greit å bruke ni millioner til å gi 160 000 mennesker likeverdighet.» (Administrerende direktør, sitat fra videoopptak)

Deretter åpnet styreleder for debatt. Det ble fremsatt argumenter for og imot et vedtak om PCI i Bodø. Etersom argumentene ble gjentatt i styremøte fire har vi ikke gått nærmere inn på dette her, men beskrevet disse i kapittel 5.5.

I debatten ga tre styremedlemmer (Sven Are Jenssen, Strøm og Sandnes) uttrykk for at saken var tilstrekkelig utredet og at de ønsket å fatte et vedtak om PCI i Bodø. Tre styremedlemmer (Sundsjord, Sund og Jørgensen) ønsket at saken skulle utsettes på grunn av mangler i saksfremlegget. Det ble uttalt at den eksisterende risikoanalysen ikke holdt mål. Det manglet vurdering av konsekvensene for pasientene i Finnmark, om det skulle være et dagsenter eller døgnsenters, samt konsekvensen for fagmiljøet ved UNN.

Videre ble det etterlyst en oppdatert analyse av økonomien og en kost-nytteanalyse. Det ble også påpekt at fagrådet i kardiologi ikke var i drift og at det måtte skapes en dialog mellom fagmiljøene ved Nordlandssykehuset og UNN.

På bakgrunn av disse innvendingene la administrerende direktør frem et nytt forslag til vedtak. Disse ble enstemmig vedtatt:

- 1. Med utgangspunkt i saksfremlegget ber styret i Helse Nord RHF adm. direktør om å supplere informasjonen med følgende:
 - a. En bred risikoanalyse av behandlingstilbudet til pasientene på Helgeland og i Finnmark ved en etablering av PCI-behandling ved Nordlandssykehuset Bodø.*
 - b. En risikoanalyse av dagtilbud vs. døgntilbud (inkl. kapasitet på Universitetssykehuset Nord-Norge HF og økonomi)*
 - c. Etablering av et regionalt fagråd for kardiologi med mandat med klare retningslinjer og bestillinger for oppdraget for å skape en arena for dialog og samarbeid.**
- 2. Styret ber adm. direktør om å ta initiativ ovenfor politiske myndigheter i Nordland, Troms og Finnmark for informasjon og forankring.*
- 3. Styret ber om at oppdatert saksfremlegg legges frem i styremøte i desember 2017.*

Vi oppfatter at punktene om risikoen for behandlingstilbudet til pasientene i Finnmark kom inn som et resultat av bekymringer som var reist i media forut for styremøtet. Vedtaket om initiativ overfor politiske myndigheter kom inn som et resultat av bekymringen som var reist fra Troms og Finnmark fylkeskommune.

Informantene fortalte at årsaken til at saken ble utsatt var uenighet om det var et tilstrekkelig styringsgrunnlag i saksfremlegget og på grunn av det geografiske skillet.

«Det var diskusjon. En relativt hard ordveksling i styrerommet. Man så jo hvem som argumenterte for og mot. Det var konturene av en dissens i styret. Det var et tydelig geografisk skille... ...Sykehus er friske folks kamp. De syke er opptatt av å komme til plasser der det er bra. I denne saken ble det i media en institusjonskamp som ikke gagnet pasientene våre.» (Informant E)

«Landsdelen var delt i to. Det er første gang jeg har opplevd» (Informant B)

To av informantene var positive til saksfremlegget og ønsket å fatte beslutning.

«Min vurdering av fremlegget var at det var bra. Jeg hadde ikke behov for noe mer informasjon på dette tidspunktet. Vi er bundet av loven til å gi et likeverdig tilbud der det er mulig.» (Informant E)

Hva er et likeverdig tilbud? To av informantene problematiserte paradokset med at likeverd lå i bunnen av de nasjonale prioriteringskriteriene samtidig som de vanlige kriteriene for prioritering i denne saken var satt til side til fordel for likeverd. En informant sa:

«Nyttebegrep og alvorlighet må vurderes opp mot ressurser. Det ble ikke gjort. I stedet innførte man et likeverdighetsprinsipp som selvsagt ligger i bunnen av alle politiske vurderinger i Norge. Men skal man diskutere en sak må det vurderes opp mot hva det koster. Vi har et beslutningsforum i Norge der man har klare kriterier for nytteverdi. Hva er leveårsgevinsten og livskvalitetsgevinsten av et nytt medikament?» (Informant C)

Styret hadde mulighet til å fatte vedtak i styremøte tre. Informantene ga uttrykk for at styret ville ha delt seg og at vedtaket kunne gått begge veier.

«Ved å presse gjennom et vedtak i saken i oktober ville det bli 5-4 i styret ene eller andre veien. Vi hadde en time-out i styret og var enige om at det var uklokt å fatte en beslutning.» (Informant G)

5.4.3. Media og politikere i Bodø var kritiske til at styret utsatte saken. I Troms var det forståelse. Politikere nasjonalt engasjerte seg.

Media i Nordland formidlet i stor grad frustrasjon over at saken ble utsatt. For eksempel uttalte *Avisa Nordland* på lederplass at: «Styret i Helse Nord har utsatt avgjørelsen om et PCI-tilbud i Bodø. Nok en gang. Man kan undres på hvorfor. Ingen andre saker styret har hatt til behandling har vært bedre utredet enn denne» (Avisa Nordland, 2017, 26. oktober). Ordfører Pinnerød i Bodø var også kritisk: «Det er synd at vi ikke kan diskutere et likeverdig helsetilbud på en saklig måte uten den type ordbruk og hersketeknikker som har preget den debatten. Det er skuffende og det overrasker meg.» (Furulund, 2017, 30. oktober)

Media i Troms formidlet i stor grad forståelse over at det ikke var fattet et vedtak og konstaterte at konflikten ville fortsette (Nordlys, 2017, 26. oktober; Johnsen, 2017, 26. oktober)

Politikere nasjonalt engasjerte seg også. Leder av Stortingets Helse- og omsorgskomiteé Bollestad uttalte at Helse Nord-styrets manglende opprettelse av PCI i Bodø undergravde foretaksmodellen og «At dette igjen stoppes for tredje gang når det kun er ett senter mellom Trondheim og Kirkenes kan jeg ikke skjønne» (Gulliksen, 2017, 27. oktober)

5.4.4. Debatten gikk fra sak til person og prosessen ble kritisert

Forut for fjerde styremøte gikk oppslagene i økende grad på person. Dette gjaldt spesielt for media i Troms der oppslagene var harde. Mye oppmerksomhet spesielt i *Nordlys* ble rettet personlig mot styreleder Telle og administrerende direktør Vorland i Helse Nord RHF. Politisk redaktør i *Nordlys* skrev en leder med tittelen «Et veivalg for Telle»:

«Fra utsiden ser Telles funksjon ut til å være redusert til en slags møteleder for direktøren... ..Direktørene, aktivistene og kampanjelederne i Bodø må gni seg i hendene over at statsråd Høie har velsignet dem med Marianne Telle som styreleder»

«Direktør Vorland har på mange måter min medfølelse. En høyt respektert professor og helseleder som opplever at det glipper forferdelig for ham, på tampen av en lang karriere. Tilliten hans ved UNN er sølt bort i løpet av få måneder, det vil prege hans ettermæle, og det er muligens i et slikt lys man kan forstå behovet for ansvarsfraskrivelse, noen å skylde på i en sak som har kommet helt ut av kontroll.»

«[Vorland har] gitt etter for hoveddoktrinen i Bodø, som handler om at UNN og Nordlandssykehuset på sikt må bli tilnærmet like sykehus. Det er denne slusen Vorland har åpnet nå, etter at kampanjemetoden er testet ut med stort hell. At PCI-saken bare

er en forsmak på flere lignende slag som vil tappe universitetsklinikken for pasientinntekter og fagmiljøer, vedder jeg en kasse småsei på.» (Fjellheim, 2017, 13. desember)

Tidligere fylkesmann Ludvigsen skrev i *Nordlys* at dette var «udemokratisk og uverdigg av styrelederen i Helse Nord» og at «Styrelederen i Helse Nord, Marianne Telle, har tydeligvis latt direktøren diktere sakslisten til styremøtet 13. desember. Det er ikke særlig tillitvekkende i den opphetede situasjonen helseregionen er inne i. Til tross for at styret ikke er fulltallig under behandlingen av saken om PCI-tilbud både i Tromsø og Bodø, har styrelederen latt direktøren bestemme at saken skal behandles».(Ludvigsen, 2017, 12. desember)

Et samlet fagmiljø ved Hjertemedisin på UNN skrev et åpent brev i *Nordlys* som var rettet direkte til styreleder Telle. Vi oppfattet at dette brevet *ikke* kritiserte styrelederen som person, men beskrev bekymring over hvordan prosessen var blitt og oppfordret styreleder til å utsette saken (Trovik, et al., 2017, 13. desember)

«Hovedproblemet i PCI-striden er etter vår mening at vi ikke har lykket med å etablere en felles situasjonsforståelse. Dette gjelder både mellom oss som er medisinske fagfolk i og utenfor sykehus regionen, mellom styrene i helseforetakene og i befolkningen»

«Striden om et PCI-tilbud i Bodø er nå en medie- og politikerstyrt kampanje med frykt, mistenksomhet, anklager og kunnskapsløs sjåvinisme i en giftig blanding.»

«Det eneste fornuftige du som styreleder kan gjøre nå, er å ta fast grep for å etablere en felles faglig situasjonsforståelse.» (Åpent brev fra fagmiljøet ved UNN til Marianne Telle i Nordlys 13. desember 2017)

Innspillene fra fagmiljøene ved UNN i løpet av prosessen var for øvrig kritisert av personer som gikk inn for PCI i Bodø. Leder av Stortingets Helse- og omsorgskomiteé Bollestad sa: «At det kommer flere innspill til styrets medlemmer utenom vanlige høringsinnspill og som ikke følger vanlige rutiner, tidsfrister, høringsmuligheter og innspillsrunder er for meg ubegripelig (Gulliksen, 2017, 27. oktober).

Det forekom i liten grad uttalelser fra administrasjonen i Helse Nord RHF til media i løpet av prosessen. Imidlertid uttalte administrerende direktør i Helse Nord RHF til *Avisa Nordland* at han oppfattet at saken var blitt veldig personfokuset (Jaklin, 2017, 6. november):

«Kritikken har blitt ganske så personlig. Den har i grunnen gått over alle støvleskaft, også i sak... ..F.eks. at jeg har drevet kokkelimonke med Nordland fylkeskommune. Da

stiller man spørsmål ved motivene mine uten å snakke med meg. Det liker jeg forferdelig dårlig. Det går nesten ikke an og det er helt umulig å forsvare seg mot. Jeg har ingen interesse av å forfordele noen av fylkene.» (Administrerende direktør, intervju i Avis Nordland)

Inntrykket hos flere av informantene var at media, politikere og helsepersonell i Nordland hadde forholdt seg i ro under hele prosessen, mens støyen i saken var skapt av media, politikere og helsepersonell i Troms.

«I Nordland var politikerne ganske tause, men gikk i liten grad ut i media. Jeg ba om at de ikke gjør dette. Ordføreren i Bodø var lojal mot dette. Dette påvirket nok intensiteten med argumentasjonen i Bodø. Samtidig var det her man skulle bygge opp noe og det er lettere å akseptere at noe bygges opp enn at noe bygges ned.» (Informant G)

En informant fortalte at aksjonsgruppen i Nordland bevisst hadde vært stille fra styremøte to, men at det samtidig hadde vært kontakt mot politikere regionalt og nasjonalt:

«Når administrasjonens innstilling kom til styremøte to var vi bevisst på å ikke gå ut i media- saken trengte ro. Dagen før styremøtet tok noen kontakt med Bollestad, som var leder av Helse- og omsorgskomiteen da det ble klart at fagmiljøet på UNN dagen før styremøtet sendte et brev unntatt offentligheten for å påvirke styret. Det var ikke tilfeldig at Bollestad rykket ut i media [oktober 2017].» (Informant H)

En av informantene var uenig i at støyen i saken bare var forårsaket i Troms:

«Før media i Troms tok av må du huske på at det var en fase i 2016 der Nordlandsmedia fremstilte saken veldig spisset og unyansert. Her var det også tett kontakt mellom fagfolk i Nordland og media. Polariseringen kom inn i styret gjennom dette i 2016. Det ble en avsporing fra det saken egentlig skulle dreie seg om – nemlig den helhetlige hjerteinfarktbehandlingen i Helse Nord. Denne avsporingen skjedde gjennom media veldig tidlig i 2016 og før rapporten kom på bordet» (Informant D)

Vi vil bemerke at den hardeste kritikken og det største personfokuset i media etter vår mening forekom i månedene etter vedtaket 13.12.17. Vi har ikke gått inn på dette ettersom det omhandler forhold utenfor oppgavens tidsavgrensning.

5.5. Styremøte fire

Saken var satt opp til styremøtet 13.12.17 som styresak 137-2017. Saksfremlegget var på syv sider. Dette var et supplement til styresak 108-2017. Som vedlegg var styresak 108-2017, den

nye risikoanalysen på 24 sider, en oppdatert økonomisk analyse på 33 sider, samt en oversikt over antall koronare angiografier i Helse Nord fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) på seks sider.

De viktigste punktene fra saksfremlegget er skissert under:

Konklusjoner fra den eksterne risikoanalysen var at:

- "Hjertepasientene i Helse Nord får god behandling før sykehus og i sykehus"
- Et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset kan gi befolkningen på Helgeland og i resten av Nordland et raskere og lettere tilgjengelig tilbud når tid er kritisk.
- Det er trygt og gjennomførbart – gitt forutsetningene som er drøftet i analysen.
- Det finnes mange tall i ulike registre. De er godt utgangspunkt for videre forbedringsarbeid, men ikke for å regne seg fram til om riktig svar er ett eller to PCI-sentra

Arbeidsgruppen som utarbeidet risikoanalysen pekte på to ulike alternativer (dette var ikke etterspurt i mandatet til arbeidsgruppen):

- Det bør opprettes en PCI-virksomhet ved NLSH med mål om et døgnbasert akutttilbud på sikt.
- Dersom styrets vedtak ikke gir tilstrekkelig trygghet for slik langsiktig satsning både ved NLSH og ved UNN, anbefales ikke opprettet et PCI-tilbud ved NLSH.

Videre opplyste saksfremlegget at prehospital trombololyse skal prioriteres samtidig med oppbygging av PCI, at Helse Nord vil styrke universitetssykehusfunksjonen til UNN, at det er ikke mulig å gjøre kost-nytteanalyse fordi det mangler livskvalitetsdata etter hjerteinfarktbehandling, at et vedtak vil medføre 12 millioner i økte årlige driftsutgifter for Helse Nord pluss 17 millioner i investeringskostnader for Nordlandssykehuset, at vedtaket vil ved full utbygging til døgntilbud innebære netto inntektsøkning for Nordlandssykehuset på 11 millioner og netto inntektstap for UNN på 33 millioner. Videre ble det opplyst at det var avholdt møte i regionalt fagråd for hjertesykdommer og avholdt møter med politiske myndigheter i Nordland, Troms og Finnmark.

Det hjertemedisinske miljøet ved UNN hadde sendt et brev til alle styremedlemmene like før styremøtet der de argumenterte mot et vedtak om PCI i Bodø. Dette brevet ble på styremøtet trukket frem som uttrykk for stor emosjonalitet.

Saksfremlegget refererte også fra møte i regionalt brukerutvalg som oppretthold uttalelsen om å opprette et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset Bodø:

«Vi som er brukerrepresentanter i Helse Nord er bekymret for tonen og sakligheten i det offentlige ordskiftet som har vært og er om PCI-saken. Spesielt ber vi om at språkbruken dempes og går på sak og ikke person. Det skaper usikkerhet om tjenester og svekker omdømmet til Helse Nord. Vi oppfordrer fagfolk og administrasjonen til å snarlig finne løsninger på denne saken i minnelighet».

Administrerende direktør la frem ny vurdering i dette saksfremlegget. Argumentasjonen til administrerende direktør er kort beskrevet under:

«Adm. direktør mener tiden er inne for å funksjonsfordele PCI-behandlingen i Helse Nord. Den etterspurte risikoanalysen har gitt oss den nødvendige trygghet for at et PCI-tilbud i Bodø kan opprettes».

«Det som er avgjørende for meg er at de risikovurderingene som er gjort og de tiltakene som er pekt på, kan bidra til å redusere risiko til et akseptabelt nivå».

«Etableringen vil koste Helse Nord penger ... I denne saken har adm. direktør lagt til grunn følgende prinsipp for prioritering: Spørsmålet om likeverdig tilgjengelighet».

«Det vil bli bedre nærhet til tjenestene, større tilgjengelighet og økt regional kapasitet for den samlede befolkningen ... Tid er viktig for å nå kvalitetskravene for den beste hjerteinfarktbehandlingen. Et tilbud nærmere der folk bor, vil bety kortere reisetid for mange».

«Adm. direktør mener det er trygt å desentralisere tilbudet i Nord-Norge».

«Det er ikke tvil om at vi gjennom PCI-saken ser to fagmiljøer som står langt fra hverandre. Dette er de samme fagmiljøene som skal samarbeide ved en eventuell etablering av et PCI-tilbud i Bodø. Adm. direktør anerkjenner at samarbeidsklimaet vil kunne påvirke etableringen. Risikoanalysen omtaler det samme. Med erfaringer fra andre krevende prosesser i regionen, og etablering av PCI-tilbud andre steder i Norge, mener adm. direktør at dette er et viktig og vanskelig tema som må tas tak i raskt, og som det må arbeides med på en tillitsvekkende og god måte».

Tabell 6 viser oversikt over punktene vektlagt i administrerende direktørs oppsummering og konklusjon i saksfremlegget til styresaken for styremøte to (som ble trukket), tre og fire.

Tabell 6. Oversikt over punktene som var vektlagt i administrerende direktørs oppsummering og konklusjon i saksfremlegget i styremøte to (trukket), tre og fire

Styremøte to (trukket)	Styremøte tre	Styremøte fire
Pasientens helsetjeneste med fokus på nærhet, likeverd og kvalitet	Prinsippet om likeverdig tilgjengelighet. Spesielt trukket frem ulikt tilbud om primær PCI ved STEMI.	Prinsippet om likeverdig tilgjengelighet.
Behov å fjerne uakseptabel variasjon som er påvist i registrene	Nærhet til befolkningen	Nærhet til befolkningen og kortere reisetid
Det store antallet pasienter i Helgeland og Nordland som ikke får et adekvat tilbud	Helseforetaksloven §1 krav om likeverdige tjenester	Sverige og Finland har valgt desentraliserte modeller
Pasientgruppens samlede antall	Pasientgruppens samlede antall	Det er tilstrekkelig volum for to PCI-sentre i Helse Nord
Sammenhengen mellom nærhet til PCI-tilbud og at flere får utredning og behandling innen anbefalt tid		
Bedret logistikk		
Nødvendigheten av at flere får prehospital trombolyse		
Det er tilstrekkelig volum for to PCI-sentre i Helse Nord		

Vi oppfattet at administrerende direktørs begrunnelse for å gå inn for PCI i Bodø utviklet seg gjennom beslutningsprosessen. Foran styremøte to var det flere forhold som ble vektlagt, inkludert behovet for å fjerne uakseptabel variasjon som var påvist i registrene. Dette ble i stor grad tatt ut i saksfremlegget for styremøte tre og fire. Vi tror årsaken var at disse variasjonene ble betydelig redusert med tiltak innenfor dagens struktur.

Direktørens vurdering fremsto i styremøte tre og fire alene basert på prinsippet om likeverd. Det er også interessant at direktøren i styremøte tre trakk frem helseforetaksloven §1. Ble denne benyttet som begrunnelse for at likeverd skulle være det avgjørende for vurderingen?

Vi bemerket at direktøren i oppsummeringen og konklusjonen i saksfremleggene ikke vektla hvilket prognosetap pasienter får ved at PCI ikke er i Bodø, hvilken effekt innføring av PCI i Bodø vil få eller kostnadseffektiviteten av å innføre PCI i Bodø. Dette er tre sentrale kriterier i prioriteringsforskriften og som Beslutningsforum legger til grunn ved innføring av nye metoder.

5.5.1. Styremøtet

Administrerende direktør inviterte styret i Helse Nord RHF til å fatte vedtak om PCI i Bodø som dagtilbud og senter-satellitt modell med Tromsø og Bodø. Til stede på styremøtet var administrerende direktør Vorland, styreleder Telle, styremedlemmene Strøm, Sundsfjord, Jernsletten, Jørgensen, Sandnes, Alterskjær, Ann-Mari Jenssen [vara for Sund] og Svern Are Jenssen, samt observatør fra brukerutvalget Hafstad. PCI-saken ble behandlet i 5 og en halv time (inkludert pauser).

Styremøtet skilte seg fra de vanlige styremøtene i Helse Nord RHF ved at det ble sendt direkte på internett av NRK Nordland. Noen av informantene opplevde at kringkastingen av styremøte tre og fire begrenset styrets arbeid. En informant sa:

«Det er jo uvant å sitte med mikrofoner. Det var som å sitte i en kinosal. I et lukket styreverom kan man ha prøveavstemning – det kan man ikke i et åpent. Styreleder får begrenset sine virkemidler. Og man er mer forsiktig om hvordan man ordlegger seg – naturlig nok.» (Informant E)

Styreleder startet styremøtet med å fortelle om det harde ordskiftet, at fokuset hadde gått fra sak til person og at hun hadde mottatt trusler i forbindelse med styrebehandlingen.

«Det er ingen hemmelighet at PCI-prosessen har vært krevende og ordskiftet har vært hardt og preget av feilaktige og misvisende påstander i hensikt å påvirke og undergrave styrets legitimitet til å fatte vedtak...»

Jeg har de siste dagene mottatt trusler at dersom jeg ikke stemmer i henhold til definerte interesser vil jeg som person bli rammet av sanksjoner og gjengjeldelse. Noen av truslene har vært så graverende at politianmeldelse er aktuelt og videre oppfølging vil bli gjennomført.» (Styreleder, sitat fra videoopptak)

Flere av informantene fortalte at styret hadde møttes uformelt dagen før og at styreleder da fortalte at hun i egenskap av å være styreleder hadde mottatt trusler. Flere styremedlemmer oppfordret henne til å navngi personen som hadde fremsatt truslene. Styreleder navnga administrerende direktør Ingebrigtsen ved UNN som avsenderen. En informant sa:

«Marianne sa at hun hadde mottatt alvorlige trusler Noen av styremedlemmene sa at hvis truslene gjelder deg selv er dette noe vi ikke trenger å vite om, men hvis dette er trusler mot styret i Helse Nord må vi vite dette før styremøtet.» (Informant A)

Styreleder sa videre:

«Grunnen til at jeg valgte å starte det offentlig i styrerommet var for at vi skulle ha ryggen fri til å behandle saken. Jeg startet styremøtet med å orientere om dette fordi saksbehandlingen i styret ikke skal skje på bakrom, men i styrerommet.»

Ingen av informantene mente at dette hadde påvirket deres egen vurdering av PCI-saken. En av informantene mente at informasjonen om truslene påvirket styrebehandlingen:

«Jeg mener det fikk konsekvenser for hvordan styremedlemmene forholdt seg til styresaken. Dette skadet saklige argumenter som kom fra et universitetssykehusperspektiv med regionalt ansvar. I stedet ble det at her er det en sykehusdirektør som opptrer uakseptabelt. Dette satte sitt preg på alle. Det lå under hele tiden.» (Informant D)

Administrerende direktør redegjorde for bakgrunnen for saken. Vi har ikke beskrevet denne nærmere her ettersom vi oppfattet at redegjørelsen var vesentlig uendret fra redegjørelsen i forrige styremøte og innholdet i saksfremlegget.

Prosjektdirektør Andreas Moan i Helse Sør-Øst hadde ledet arbeidet med den nye risikoanalysen og redegjorde for denne. Redegjørelsen tok utgangspunkt i saksfremlegget.

Eierdirektør Hilde Roaldsen redegjorde for økonomianalysen.

Styret diskuterte saken i 5,5 timer. Det ble fremmet argumenter for og mot vedtak om opprettelse av PCI i Bodø. Vi kategoriserte disse argumentene utfra om vi vurderte at de var basert i faglig, økonomisk eller politisk og geografisk argumentasjon. Vi vurderte også om utsagnene ble benyttet i argumentasjon for et vedtak om PCI i Bodø eller mot å fatte et vedtak om PCI i Bodø.

Vi vurderte at det var to ulike logikker i styret (faglig/økonomisk og politisk/geografisk) og at de faglige og økonomiske argumentene ble i hovedsak benyttet som argumenter mot å fatte et vedtak om PCI i Bodø, mens de politiske og geografiske argumentene ble benyttet som argument for et vedtak om PCI i Bodø.

Tabell 7 på neste side viser 2x2 matrise over vår kategorisering av argumentene fra styremøtene som faglige og økonomiske eller politiske og geografiske, samt om argumentene ble benyttet for eller mot PCI i Bodø. Vi vurderte at det var to ulike logikker i styret (faglig/økonomisk og politisk/geografisk) og at de faglige og økonomiske argumentene i hovedsak ble benyttet som argumenter mot å fatte et vedtak om PCI i Bodø, mens de politiske og geografiske argumentene ble benyttet som argument for et vedtak om PCI i Bodø.

Tabell 7 2x2 matrise over argumentene i styremøtet utfra om vi vurderte at de var for eller mot PCI i Bodø og om de var basert i faglig/økonomiske eller politisk/geografisk argumentasjon*

	Faglig og økonomisk	Politisk og geografisk
Argument for PCI i Bodø	<p>Tidskravet til PCI blir ofte ikke overholdt i Helse Nord. Etablering av PCI i Bodø vil kunne bedre dette.</p> <p>Etablering av PCI vil redusere forbruket av ambulansedy, men dette er ikke kostnadsberegnet.</p>	<p>Pasientene i deler av Nordland har i dag ikke likeverdig tilgang på PCI som i Tromsø. Etablering av PCI vil skape likeverd</p> <p>Pasientene i Nordland har ikke samme nærhet til PCI som i Tromsø. Etablering av PCI vil skape nærhet.</p> <p>Det er i dag utrygghet i befolkningen i Nordland for om de får god behandling av hjerteinfarkt. Etablering av PCI vil skape trygghet.</p> <p>Det er eller ikke nødvendig å vurdere etablering av PCI i Bodø utfra en kost-nytteanalyse fordi dette handler om likeverd.</p> <p>Det er innlysende at det er viktig med tidlig PCI for god livskvalitet selv om det ikke gir dokumentert helsegevinst.</p> <p>Å ikke etablere PCI i Bodø vil skade omdømmet for Helse Nord</p> <p>Brukerutvalget har enstemmig vedtak om opprettelse av PCI i Bodø</p> <p>UNN vil ikke dele kunnskap</p>
Argument mot PCI i Bodø	<p>Resultatene fra hjerteinfarktbehandlingen i Helse Nord er i internasjonal toppklasse. Det er ikke nødvendig å gjøre strukturendring.</p> <p>Det er ingen dokumenterbare helsegevinster av å opprette et PCI- i Bodø</p> <p>Det er mange tiltak innenfor dagens struktur man kan forsøke før man endrer struktur</p> <p>Livskvalitet er et bedre endepunkt enn død, men det er det ikke forsket på om det er forskjeller eller betydningen av tidlig PCI på dette. For å avklare helsegevinsten i forhold til livskvalitet må man gjennomføre en studie. Dette må gjøres før man vurderer å etablere PCI i Bodø</p> <p>Det er påvist store regionale forskjeller i prehospital trombolysse. Dette er viktigere for hjertehelsen i Helse Nord og bør adresseres i stedet for å etablere nytt PCI-tilbud</p> <p>Det må skapes dialog mellom fagmiljøene før man kan etablere PCI i Bodø.</p> <p>Man kan ikke innføre PCI i Bodø uten at det er gjort en kost-nytteanalyse</p> <p>Etablering av PCI i Bodø vil medføre at det blir mindre penger til andre pasientgrupper</p> <p>Det mangler beregninger i forhold til kostnadene ved et døgn-senter.</p>	<p>Etablering av PCI i Bodø vil skade pasientene i Finnmark</p> <p>Denne saken er et brudd på samarbeidsavtale med fylkespolitikkerne</p> <p>En oppsplitting kan medføre redusert kvalitet på behandlingen selv om dette ikke er dokumentert.</p>

Informantene som var styremedlemmer fortalte at de vektla argumentene rundt etablering av PCI i Bodø svært ulikt. Tre informanter la størst vekt på at PCI i Bodø ville bedre likeverdighet og livskvalitet. To informanter la størst vekt på kostnad-nytte og dokumentert helsegevinst.

Informanten som frontet faglige og økonomiske argumenter fortalte at de opplevde at de ikke ble lyttet til:

«Faglige argumenter ble ikke verdsatt Administrasjonen var vridd mot en side. For eksempel opplevd trygghet og likeverdighet ble vektet veldig høyt opp, mens kostnadseffektivitet og helsegevinst (jamfør prioriteringsmeldingens kriterier – nytte, ressurs og alvorlighet) i forhold til mere harde endepunkter ble ikke vektlagt slik jeg som styremedlem er vant fra andre saker og slik jeg som lege er vant til å omgås beslutninger i mitt kliniske virke Hvorfor så jeg denne saken så veldig forskjellig fra et annet styremedlem som jeg stort sett alltid er enig med? Jeg prøvde å nøste, men fikk ikke til å forstå dette.» (Informant D)

En annen informant sa:

«Vi skal vurdere nytten av helsehjelp opp mot økonomi Jeg følte at disse kriteriene var vektet veldig ned. Dette betydde ikke noe i denne saken for her er det likeverdighet. I andre saker er det ikke slikt.» (Informant C)

Informantene som ønsket PCI i Bodø forstod enten ikke den faglige og økonomiske argumentasjonen, så bort fra den eller oppfattet at den var uttrykk for arroganse.

«Det satt jo bare to leger i styret. Begge argumenterte mot etablering av PCI i Bodø. Argumentasjonen deres syntes jeg var tynn.» (Informant A)

«For meg er det åpenbart når man har en faggruppe som går ut på denne måten – da er ikke dette et signal om en positiv vilje til å dele kunnskap. Det har jeg lite sans for. Vi er avhengige av at fagmiljøer støtter opp om andre fagmiljøer i Helse Nord familien.» (Informant E)

En informant forklarte sitt syn på hvorfor likeverd ble vektlagt så sterkt:

«Vi har hatt to saker der man har hatt dette [likeverd] styrende i moderne tid. Den ene saken er helikopterbasen på Evenes. Det andre saken er [anestesilege]beredskap på Svalbard Poenget er at vi er villige til å betale mye for likeverd dersom vi kan gjøre noe med dette.» (Informant G)

Samlet fra diskusjonen i styremøte tre og fire observerte vi at argumentene for PCI i Bodø i stor grad ble fremsatt av styremedlemmer med bosted i Nordland (Svenn Are Jenssen, Sandnes og Strøm). Argumentene mot PCI i Bodø ble fremsatt av styremedlemmer med bosted i Troms og Finnmark (Sundsfjord, Sund, Jørgensen og Jernsletten). Styreleder Telle og styremedlemmene Alterskjær og Ann-Mari Jenssen ga i liten grad uttrykk for argumenter for eller mot.

Alle informantene sa at styret var delt etter geografi, men ingen av informantene sa at de selv hadde lagt vekt på geografi. En av informantene kommenterte dette paradokset:

«I styreinstruksen skal styremedlemmene opptre på vegne av regionens beste. Det er akkurat på samme måte som at stortingspolitikkerne opptrer på nasjonens beste. Vi vet alle at så enkelt er det ikke. Det er tydeligvis vanskelig å heve seg over der man kommer fra. Ingen vil innrømme det.» (Informant C)

Flere av informantene fortalte at de oppfattet at saken etter hvert omhandlet andre forhold enn PCI og hjerteinfarkt. Disse forholdene var kjent for alle styremedlemmene, men ble ikke diskutert i styrerommet.

«Saken sporet av tidlig Det ble politikk. Den klassiske institusjonskampen som var til stede da Universitetet i Tromsø og Handelshøgskolen i Bodø ble etablert igjen. Jeg oppfatter at bekymringen i stor grad handlet om bekymringen rundt ressurstilgangen til eget sykehus.» (Informant E)

Flere av informantene fortalte at det i løpet av hele prosessen hadde kommet en strøm av argumenter, problemer og løsninger. Informantene beskrev flere løsninger som kom underveis i prosessen, deriblant ny ROS-analyse, prosesser mot fagmiljøene, etablering av felles rutiner for hjerteinfarktbehandling i Helse Nord – inkludert prehospital trombolyse, bekymringer for fagmiljøet ved UNN, bekymringer for pasientene i Finnmark, lekkasje av pasienter ut av Helse Nord, bekymringer for økonomien, behovet for å vektlegge livskvalitet i stedet for dokumentert helsegevinst, samt manglende trygghet i befolkningen.

«Det dukket stadig opp nye elementer og problemstillinger når vi trodde vi hadde kommet frem til et beslutningsgrunnlag.» (Informant F)

«Jeg opplevde at argumentasjonen endret seg underveis. På siste styremøte da det ble klart at det var flertall ble det veldig mye økonomiargumenter.» (Informant G)

«Det var skremselspropaganda å si at Finnmarkspasientene skulle få et dårligere tilbud. Jeg stemte for risikoanalysen for å få ned støyen. Men når svarene på dette kom

så endret argumentasjonen seg. Den endret seg fortløpende både hos de som var for og mot å etablere PCI.» (Informant A)

Noen av problemene som prosessen måtte løse kan ha oppstått som et resultat av prosessen og viste effekten av media. Dette gjaldt for eksempel at PCI i Bodø måtte etableres grunnet manglende trygghet i befolkningen i Nordland.

«Den utryggheten begynte da saken ble kjent høsten 2016. Det var ingen som visste hva PCI var før. Det viser symbolikken i saken. Frykten som oppstod var det jo vi – helseforetakene som skapte. Vi har en knakende god hjerteomsorg i Helse Nord. Likevel klarer vi å skape en utrygghet om at det ikke er det Jeg traff personer i Bodø like etter vedtaket som fortalte meg at de plutselig hadde følt seg trygge igjen da det var besluttet å opprette hjertesenter i Bodø. I Bodø var det slik at personer jeg traff følte trygghet da vedtaket ble fattet. Mange kom med tilbakemelding om at nå føler de seg trygge. Det viser symbolets kraft. Men tilbudet var jo akkurat likt dagen etter vedtaket!» (Informant F)

Under styremøtet fire ble det etter hvert tydelig at et flertall av styret ønsket et vedtak om PCI i Bodø. Diskusjonen tok så utgangspunkt i den oppdaterte risikovurderingen. Som nevnt over anbefalte risikoanalysen to alternativer:

- 1. Det bør opprettes en PCI-virksomhet ved NLSH med mål om et døgnbasert akutttilbud på sikt.*
- 2. Dersom styrets vedtak ikke gir tilstrekkelig trygghet for slik langsiktig satsning både ved NLSH og ved UNN, anbefales ikke opprettet et PCI-tilbud ved NLSH.*

Vi oppfattet at den videre diskusjonen i styremøtet ble hvordan man kunne styrke miljøet ved UNN slik at styret kunne få tilstrekkelig trygghet for en satsning på PCI både ved Nordlandssykehuset og ved UNN, jf. punkt 2 i risikovurderingen over.

5.5.2. Vedtaket

Det endelige forslaget til vedtak om å etablere PCI i Bodø som et dagtilbud inkluderte to nye punkter i forhold til administrasjonens opprinnelige innstilling. Det ene endringen var at vedtaket svært detaljert beskriver hvordan det hjertemedisinske miljøet ved både Nordlandssykehuset og UNN skal styrkes (vedtakspunkt fem). Den andre endringen er at styret forutsetter at UNN ikke blir økonomisk skadelidende som følge av etableringen av et PCI-tilbud ved Nordlandssykehuset (vedtakspunkt seks).

Vi oppfattet at disse vedtakspunktene ble lagt til for å møte bekymringene om at PCI i Bodø ville skade fagmiljøet i UNN og redusere inntektene til UNN. Således kan vedtaket oppfattes som en forhandlingsløsning som er akseptabel for alle parter. Flere av informantene beskrev at den endelige vedtaket ble til gjennom en forhandlingsprosess. Styremedlemmene møttes i pausene og diskuterte hva som skulle til for å samle styret om et vedtak om PCI.

«Vi gjorde flere endringer og vedtaket ble mye mer detaljert enn vi pleier. Begrunnelsen for dette var å sikre enighet i styret og at UNN ikke skulle svekkes.» (Informant F)

Vedtaket ble fattet mot en stemme. Sundsfjord som stemte imot redegjorde ikke i styremøtet for bakgrunnen for sin stemmegivning. Det var ingen protokolltilførsel.

6. Diskusjon

I dette kapitlet diskuterer vi funnene med utgangspunkt i teorien, litteratur og våre egne erfaringer som ledere. Vi tar utgangspunkt i oppgavens problemstilling om hvordan vi med utgangspunkt i ulike beslutningsmodeller kan forstå prosessen bak etablering av et PCI-tilbud i Bodø?

Av empirikapittelet fremgikk det at saken var lang, vanskelig og kompleks med mye informasjon, mange argumenter og flere interessenter. Vi har valgt å trekke ut tre hovedfunn til videre diskusjon basert på teorien: i) det eksisterte konkurrerende logikker og den dominerende logikken virket å endre seg underveis, ii) aktører utenfor styrerommet påvirket styringsinformasjonen og styrte prosessen og iii) den rasjonelle metoden brøt sammen og prosessen bar preg av organisert anarki.

6.1. Det eksisterte konkurrerende logikker og den dominerende logikken virket å endre seg underveis

Logikker kan defineres som kulturelt betingede regler og tankesett som påvirker tenkning, oppfatning, oppmerksomhet, persepsjon, resonnering og kommunikasjon. Vi fant at argumentene som ble benyttet for og mot etablering av PCI i Bodø i stor grad kunne kategoriseres i to hovedgrupper av logikker. Argumentene for PCI var i hovedsak basert i politisk og geografisk logikk. Argumentene mot PCI var i hovedsak basert i faglig og økonomisk logikk. Disse konkurrerende logikkene sameksisterte under beslutningsprosessen, men den dominerende logikken endret seg fra faglig og økonomisk til politisk og geografisk.

Var de konkurrerende logikkene i PCI-saken til stede allerede da Helse Nord RHF ble etablert i 2002? Både da saken var oppe i 2008 og i arbeidsgruppen i 2016 var det dissens etter geografiske skillelinjer. Det er likevel interessant at de som tok dissens i arbeidsgruppen i 2016 i stor grad brukte faglige og økonomiske argumenter for PCI i Bodø. Den politiske logikken med argumenter som likeverd og nærhet virker å ha kommet inn i saken og fått dominans gjennom engasjementet fra politikere, helsepersonell, pasientorganisasjoner og media i Nordland høsten 2016. De konkurrerende logikkene eksisterte også i styrerommet. Man kunne ane konturene av et geografisk skille i styret allerede før saken ble formelt lagt frem. Styremedlemmer vurderte situasjonen ulikt og informantene beskrev dekolpling i form av at styremedlemmene virket å ha sett bort fra de argumenter som ikke støttet deres vurdering. Vi oppfatter at alle aktørene og styremedlemmene opplevde sine vurderinger som rasjonelle i forhold til logikken de vektla. Tilstedeværelsen av konkurrerende logikker kan forklare hvordan

aktørene leste det samme saksgrunnlaget og kom til forskjellig konklusjon uten at de forstod hvordan andre kunne komme til annen konklusjon enn dem selv.

Konkurrerende logikker er kjent å kunne eksistere i samme organisasjon over lengre tid (Lounsbury, 2007). Helsepersonellet ved Nordlandssykehuset og UNN har samarbeidet godt om hjerteinfarktbehandlingen siden før Helse Nord RHF ble etablert, men konflikten mellom logikkene vedvarte. Dette er i tråd med teorien om at aktører som støtter ulike logikker kan inngå et formalisert eller ikke-formalisert samarbeid der konfliktene mellom logikkene vedvarer, men aktørene samarbeider om å oppnå felles mål (Reay & Hinings, 2009).

Ifølge en av informantene ble saken ikke tatt opp i mange år fordi det var vanskelig å vise at PCI ville gi dokumenterbar helsegevinst og at det var kostnadseffektivt i forhold til hva man vanligvis legger til grunn for beslutninger. Vi tolker dette som at de faglige og økonomiske logikkene var dominerende i perioden 2000 til 2016. Da PCI-saken kom opp i 2017 fikk argumentene om nærhet og likeverd stor plass. Vi oppfatter dette som at de politiske/geografiske logikkene da ble dominante.

Hvorfor endret den dominerende logikken seg? Vi har ikke funnet en klar årsak til dette. Det er mulig at endringen er et resultat av et mangeårig engasjement fra aktører som ønsket PCI i Bodø og dette medførte en gradvis endring i den dominante logikken. Dette støttes av at det var et betydelig engasjementet fra politikere, helsepersonell og media i Nordland allerede før saken ble lagt frem for styret november 2016. En av informantene fortalte at saken hadde vært planlagt i mange år. Dette er i tråd med teorien om at aktører kan jobbe i det skjulte for at en logikk skal få gradvis dominans (Reay, Golden-Biddle, & Germann, 2006). Det er også mulig at skiftet av styreleder i Helse Nord RHF januar 2016 kan ha medvirket til at saken kom opp i 2016. Daværende styreleder Kaldhol hadde vært styreleder i Helse Nord RHF siden 2005 og ble i januar 2016 erstattet av Telle som hadde begrenset erfaring med spesialisthelsetjenesten og Helse Nord. Skiftet av styreleder sammenfalt tidsmessig med at administrasjonen i Helse Nord RHF igangsatte utredningen og styresaken.

Vi oppfatter at det harde klimaet i debatten mellom politikere, helsepersonell og i befolkningen også kan ses som et produkt av kampen mellom de konkurrerende logikkene. Kampen endte med at aktørene som støttet den dominerende politisk/geografiske logikken vant og beslutningstakerne samlet seg om denne (Hoffmann, 1999). Det er tankevekkende at flere av informantene mente at bekymringen i befolkningen var forårsaket av selve beslutningsprosessen.

PCI-saken viser også at det kan være forskjell mellom helseregionene i hva som blir den dominante logikken. I PCI-saken i Helse Nord ble de politisk/geografiske logikkene dominerende. Hjerterefarktregisteret har imidlertid vist store regionale forskjeller også i de andre regionale helseforetakene. Videre ville flere personer fått tilgang på primær PCI ved STEMI dersom det ble etablert et PCI-tilbud i Ålesund sammenlignet med et PCI-tilbud i Bodø. Helse Sør-Øst og Helse Midt har de siste årene diskutert etablering av PCI ved henholdsvis Lillehammer og Ålesund. Argumentene for og mot PCI i Lillehammer og Ålesund har i stor grad vært de samme som de som ble brukt i Helse Nord. I diskusjonen i Helse Sør-Øst og Helse Midt ble de faglige og økonomiske argumentene dominerende, mens de politisk/geografiske logikkene i liten grad fikk plass. I begge tilfeller ble det ikke besluttet å opprette PCI senter. Det blir interessant å se om Helse Nords vektlegging av likeverd vil påvirke hvilken logikk som blir førende i fremtidige prosesser rundt etablering av PCI-sentre i andre helseregioner.

Representerer PCI-saken en endring av hvilken logikk som er dominerende i Helse Nord? Administrerende direktør i Helse Nord viste i fjerde styremøte til at Helse Nord de siste årene har fattet to andre beslutninger begrunnet i likeverd der den dokumenterbare helsegevinsten var begrenset og kostnadene store. Dette var etablering av ambulanshelikopter på Evenes i 2013 og etablering av anestesilege i døgnvakt på Svalbard i 2017. Vi oppfatter at likeverd i PCI-saken var et argument som trumfet andre argumenter. Dette begrunner vi at likeverd var det avgjørende argumentet i administrasjonens saksfremlegg og at flere av informantene mente det hadde vært grunnlag til å fatte en beslutning om PCI tidligere i prosessen fordi saken handlet om likeverd og at det ikke var nødvendig å vise dokumenterbare helsegevinst og kostnad/nytte.

Vi ser tre mulige forklaringer på hvorfor likeverd ble et sentralt argument i PCI-saken. En mulighet er at PCI-saken var en enkeltsak der ulikheter i helsetilbudet var så store at likeverd ble den dominerende logikken. Dette støttes av informantene som argumenterte for PCI i Bodø som viste til at de store regionale forskjellene i hjerterefarktregisteret. På den andre siden mente hjerterefarktregisterets leder at dataene ble misbrukt i en politisk kampanje og nye data kom til under prosessen som viste at behandlingsresultatene var svært gode i hele Helse Nord. En annen mulighet er at det er en stor grad av tilfeldighet når likeverd blir gjeldende logikk. Vi har ikke funnet holdepunkt for dette. Til sist er det mulig at likeverd ble benyttet av krefter som av politiske årsaker ønsket PCI-tilbud i Bodø ettersom man vanskelig kunne begrunne etableringen med helsegevinst eller kostnad/nytte. Likeverd – at Nordlandshjerter skulle få den samme behandlingen som Tromshjerter – var det førende argumentet i de koordinerte høringssvarene fra politikere og pasientorganisasjoner i Nordland. PCI-saken omhandlet hjertesykdom som er

et fagområde med høy prestisje både i befolkningen og i helsevesenet (Grue, Johannesen, & Rasmussen, 2015). Eksisterte det en kollektiv oppfatning som ble en etablert sannhet? Påvirket dette administrasjonens saksfremlegg til å legge vekt på likeverd som det dominerende argumentet?

Hva er likeverd? To av informantene problematiserte at likeverd lå i bunnen av de nasjonale prioriteringskriteriene samtidig som de vanlige kriteriene for prioritering i denne saken var satt til side til fordel for likeverd. Flere av informantene problematiserte også hvordan ønsket om å oppnå likeverd kan skape økt ulikhet ved at helseressurser omfordeles til allerede høyt prioriterte pasientgrupper. Et likeverdig tilbud er grunnleggende i norsk helsevesen, men krever gode prioriteringer. Uten prinsipper for prioritering kan ressurssterke grupper bli prioritert framfor grupper som ikke har høy status eller ressurser til å hevde sine rettigheter. Dette gir ikke en likeverdig og rettferdig fordeling av helseressurser mellom pasientgrupper. Det er bred politisk enighet om at man samlet skal legge tre kriterier til grunn for prioritering: nytte, ressurs og alvorlighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I PCI-saken var prioriteringsmeldingen ikke vektlagt av administrerende direktør. Dette er et paradoks fordi prioriteringsmeldingen er hva som legges til grunn i Beslutningsforum ved innføring av nye metoder og fordi direktøren i samme periode ledet Beslutningsforum. Flertallet av informantene var imidlertid enig i at dette ikke var nødvendig ettersom saken handlet om likeverd.

Som nevnt i teorikapittelet kan tilstedeværelsen av konkurrerende logikker i en organisasjon ende på tre måter. Den ene løsningen er at de konkurrerende logikker vedvarer og deler plass i organisasjonen (Thornton, Jones, & Kury, 2005). Vi mener dette var tilfelle i PCI-saken gjennom store deler av 2000-tallet. Vi tror dette er en lite heldig løsning for Helse Nord i fremtidige saker ettersom konkurrerende logikker er krevende og konfliktskapende. Den andre løsningen er at en logikk vinner og aktørene samler seg rundt den dominerende logikkene (DiMaggio, 1983). Vi mener dette ble resultatet i PCI-saken fordi beslutningstagerne samlet seg om en politisk/geografisk logikk der likeverd ble det trumfende argumentet. Den tredje og siste løsningen er at det oppstår en hybridlogikk som inneholder elementer av de konkurrerende logikkene (Glynn & Lounsbury, 2005). Det er mulig det kunne blitt en mindre konfliktfull løsning på PCI-saken dersom man før prosessen startet hadde samlet seg om en hybridlogikk, f.eks. basert på prioriteringskriteriene. Vi tror dette kan være en god løsning i fremtidige saker, men det betinger at styret og administrasjonen enes før utredningen starter om hva saken skal vurderes mot og hva målet med saken er.

6.2. Aktører utenfor styrerommet påvirket styringsinformasjonen og styrte prosessen

Vi observerte at aktører utenfor styrerommet som media, helsepersonell, politikere og pasienter/pasientorganisasjoner påvirket styringsinformasjonen. Saken startet med en organisert kampanje i samarbeid mellom fagmiljøet ved Nordlandssykehuset, Nordland legeförening, lokalpolitikere og kommuneadministrasjonen i Bodø i media, som var rettet mot Helse Nord RHF, politikere og befolkningen i Nordland gjennom avisoppslag, sosiale medier og folkemøter. Dette starter før første styremøte. Dette var omtalt i Avisa Nordland og ble bekreftet av en av våre informanter. Vi tror dette var årsaken til at saken tidlig ble løftet ut av det faglige rommet og inn i offentligheten. Dette kan ha medvirket til at likeverd og nærhet ble dominerende logikker. Fagpersoner ved UNN og media i Troms mobiliserte da innstillingen til styremøte to ble klar. Det kom mange innspill til beslutningstagerne utenom vanlige hørings- og innspillsrunder. Den kraftige reaksjonen skapte usikkerhet i styret og medførte at saken ble trukket fra styremøte to og utsatt fra styremøte tre. UNN var opptatt av omorganisering og konflikt med media i samme periode som saken foregikk. Ifølge informantene våre kan dette ha gjort at UNN kom for sent inn i prosessen og det påvirket tidspunktene for når saken ble tatt opp i styret. Oppslag i media og fra politikere påvirket argumenter og vedtak i styret. Dette gjaldt blant annet bekymringen om konsekvensen for pasienter i Finnmark og vedtaket om initiativ overfor politiske myndigheter. Til sist skapte medieoppslagene utrygghet i befolkningen. Utryggheten ble et av problemene som ble skapt av prosessen og som måtte løses ved vedtak om PCI i Bodø. Ordfører og fylkespolitikere i Nordland, Troms og Finnmark engasjerte seg. Lederen av Stortingets helse og sosialkomité engasjerte seg etter oppfordring fra forkjemperne for PCI og uttalte at Helse Nord «truet foretaksmodellen» I siste styremøte fortalte styreleder i Helse Nord RHF at administrerende direktør ved UNN hadde truet henne.

Våre funn ga inntrykk av at styremedlemmene ble ulikt påvirket av styringsinformasjon som kom fra eksterne aktører. Videre påvirket de eksterne aktørene tidspunktene for vedtak og dette kan ha påvirket utfallet av prosessen. Informantene fortalte at dersom vedtaket hadde blitt fattet i februar eller oktober 2017 kunne resultatet gått begge veier. Selv om beslutningstagerne var de samme var det i prosessen en strøm av deltagere, problemer og løsninger. Et av problemene (bekymring i befolkningen) oppstod på grunn av prosessen og ble løst av vedtaket.

At eksterne aktører påvirket og styrte prosessen mener vi bryter med prinsippet om rasjonalitet som ligger under de normative beslutningsmodellene (Simon, 1955). Styringsinformasjon tilfløt ulikt og dette bidro til at beslutningstagerne ikke hadde det samme klare mål for hva

prosessen skulle løse og hvordan det skulle løses. Dette er forenelig med begrenset rasjonalitet (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

6.3. Beslutningsprosessen bar preg av organisert anarki

Beslutningsprosessen i denne saken inneholdt etter vår mening elementer fra flere beslutningsteorier.

Vi mener beslutningsprosessen initialt var lagt opp til å foregå etter den rasjonelle beslutningsprosessen. Dette støttes av at administrasjonen startet en utredning der man samlet sentrale eksperter for å gi en anbefaling som skulle legges frem for styret. Dette er i tråd med den rasjonelle beslutningsprosessen og målet om perfekt rasjonalitet (Simon, 1955). Vi oppfatter at den rasjonelle beslutningsmodellen brøt sammen allerede før første styremøte i oktober 2016. En rasjonell beslutningsprosess fordrer perfekt rasjonalitet der beslutningstakeren har klare mål, full informasjon om alternativer og dens konsekvenser og kan velge det beste alternativet for å nå målet (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Vi mener PCI-saken i likhet med mange kontroversielle og store saker bar preg av begrenset rasjonalitet. I saksutredningen var arbeidsgruppen som utarbeidet grunnlagsrapporten delt og det ble avlevert en dissens som var etter geografiske skillelinjer. Styremedlemmene leste også rapporten utfra sine bakgrunn og det oppstod tidlig uenighet i styret som ble delt etter geografi. Videre virket beslutningstagerne uenige om problemet saken søkte å løse og konsekvensene av beslutningsalternativene. Dette virket også å endre seg under prosessen. Initialt var målet å redusere ulikheter i forbruk, dette ble etter hvert i prosessen tonet ned. Til slutt var det likeverd og nærhet som fremstod som hovedmålene. Videre var det uenighet i styret hvordan man skulle legge vekt på økonomi, dokumenterbare og udokumenterbare helsegevinster. Styresaken manglet også alternativer for å oppnå målet. Styret ble fra administrasjonen presentert en løsning (PCI-tilbud i Bodø) på et problem (ulikheter i forbruksrater). Det ble ikke lagt frem alternativer til å etablere et PCI-tilbud i Bodø.

Beslutningsprosessen fikk fra styremøte tre et element av regelmodellen ved at administrasjonen da begrunnet sin innstilling til vedtak med styrets juridiske forpliktelser etter helseforetaksloven §1: *«Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.»* Dette ble også benyttet av administrasjonen til å besvare innvendinger fra styremedlemmer rundt behovet for å prioritere PCI opp mot andre tiltak i spesialisthelsetjenesten. Administrasjonen

besvarte dette med at styret i tidligere vedtak som har handlet om likeverd har sett bort fra prioriteringsspørsmålet og at kostnadene i disse sakene var større enn i PCI-saken. Informantene beskrev to årsaker til at det i prosessen oppstod elementer av regelmodellen i PCI-saken. Noen av informantene oppfattet at dette var det sentrale i hvorfor de ønsket PCI i Bodø. Andre informanter mente dette ble benyttet for å avskjære saklige argumenter mot PCI i Bodø. En fordel med regelmodellen er at den effektiviserer beslutningsprosesser og man slipper å ta stilling til hva som er relevant og hva man eventuelt burde gjøre (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

I siste styremøte oppfatter vi at beslutningsprosessen fikk et element av forhandlingsmodell. Det var ulike parter med ulike mål og forståelse av forventet nytte. For at styret skulle kunne fatte en beslutning og at denne skulle være akseptabel for alle involverte parter la styret svært detaljerte føringer hvordan fagmiljøet ved UNN skulle styrkes og ikke tape økonomisk på at pasientvolumet ble redusert ved at et PCI-tilbud ble opprettet i Bodø. Vi kjenner ikke til en styresak i Helse Nord som har hatt så detaljerte føringene.

Vi mener at beslutningsprosessen sett som helhet bærer preg av organisert anarki-modellen. Aktørene hadde ulik virkelighetsforståelse og ulike interesser. Det var stort sprik i vurderingen av beslutningsgrunnlaget der ulike aktører trakk helt motsatte konklusjoner. Det eksisterte konkurrerende logikker. Det fremstod tidvis tilfeldig hvilke argumenter som kom, og det kom stadig nye. Eksempler på dette er at vedtaket kan skade pasientene i Finnmark, at det var nødvendig å fatte et vedtak ettersom det var behov å skape trygghet i befolkningen (flere av informantene beskrev at utryggheten oppstod på grunn av prosessen), samt at vedtaket var en trussel mot fagmiljøet ved UNN. Det var konkurrerende logikker og de ulike aktørene argumenterte utfra sitt ståsted og sin logikk. En av aktørene (Hjertemedisin ved UNN) var i tillegg involvert i omorganisering som kan ha påvirket oppmerksomheten mot PCI-saken initialt. Videre startet saken med at den skulle løse påviste regionale forskjeller i forbruksrater og overlevelse. Etter hvert ble det påvist at forskjellene ikke var så store som først antatt og det var igangsatt flere tiltak som reduserte disse forskjellene. Begrunnelsen ble da endret i saksfremlegget. De store regionale variasjonene var viktige i administrerende direktørs vurdering i februar. I oktober 2017 var dette i stor grad tatt ut av vurderingen og hovedargumentet var da likeverd og nærhet. Videre manglet saken alternativer for hvordan problemet kunne løses. Flere av informantene etterspurte dette i fremtidige saker. En av informantene påpekte at saken opprinnelig var fra tidlig 2000-tallet og stilte spørsmål ved om beslutningsprosessen startet med løsningen (PCI-tilbud) for så å definere problemet.

Sett som helhet er overnevnte typiske kjennetegn for organisert anarki-modellen for en beslutningsprosess (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Et organisert anarki kjennetegnes ved at beslutningsprosesser ikke er systematiske, men oppstår gjennom at strømmer av problemer, løsninger, beslutningssituasjoner og deltagere møtes i fire ulike strømmer (Cohen, March, & Olsen, 1972). Spesielt universiteter og høyere utdanningsinstitusjoner er kjent for et betydelig element av organisert anarki (Cohen, March, & Olsen, 1972).

Vi tror Helse Nord inneholder et element av organisert anarki som ikke er avgrenset til PCI-saken. Selv om helsetjenesten skal ha pasientens beste for øye har vi i våre jobber ofte observert at ulike aktører i helsetjenesten har ulike mål, at aktører ikke forstår eller forholder seg til organisasjonsprosesser og at det kan være tilfeldig hvilke aktører som engasjerer seg i en sak og når de gjør det.

6.4. Sammenligning av PCI-saken med tidligere prosesser

Endring av struktur og funksjonsfordeling mellom sykehus er ofte svært vanskelige prosesser. Helsepersonell har en sterk profesjonsidentitet og engasjement for pasientene. Dette medfører ofte at beslutninger og prosesser som foregår på toppnivå i organisasjonen kan møte stor motstand på grunnplan (Urbach, 2015).

Vi oppfatter at det i saker om funksjonsfordeling og endret struktur ofte oppstår konflikter mellom ulike logikker (faglig, økonomisk, politisk og geografisk). Dette er betinget i at toppledelsen i en organisasjon vurderer en sak utfra helsemessig gevinst og kostnad/nytte, mens befolkningen og politikere vektlegger nærhet. Eksempler på saker der dette har vært fremtredende i Helse Nord er diskusjonen av fødetilbudet ved Narvik sykehus i 2017, den pågående diskusjonen om sykehus eller sykestue i Alta, sentralisering av intensivmedisintilbud for ekstremt tidligfødte i Helse Nord i 2013, og den pågående diskusjonen om lokalisering av nytt sykehus i Helgeland.

Forskjellene i logikker kan skape strategisk uenighet mellom sykehusadministrasjon og styret eller eier. Dette kan ende med at direktøren trekker seg. Både direktør Per Martin Knutsen i Helgelandssykehuset trakk seg i 2017 og direktør Astrid Eidsvik i Helse Møre og Romsdal trakk seg som en direkte følge av uenighet om lokalisering av sykehus.

Et helseforetaks styre må ta hensyn til hva som er politisk mulig. Eksempel på dette er diskusjonen av akuttkirurgi ved Odda sykehus. Denne ble i april 2017 vedtatt nedlagt av Helse Vest, men reversert da det i mai ble klart at det var et flertall i Stortinget for å opprettholde tilbudet og statsråden lovet at tilbudet skulle opprettholdes. Det politiske mulighetsrommet

virker ikke alltid like forutsigbart. I samme tidsrom vedtok styret i UNN å justere det akuttkirurgisk beredskap ved Narvik sykehus uten at Stortinget reagerte.

PCI-saken skiller seg fra de fleste andre opprivende sakene ved at den omhandlet desentralisering. Det fleste sakene om funksjonsfordeling har handlet om sentralisering. Til forskjell fra andre saker ble nærhet i PCI-saken benyttet som argument for de som ønsket å få en funksjon og det ble også benyttet av administrasjonen. I de øvrige sakene er nærhet et argument som oftest brukes av politikere og befolkning ved sykehuset som risikerer å tape en funksjon. Kanskje var desentralisering av PCI et uttrykk for både en motreaksjon mot sentraliseringen i helsetjenesten og behovet for å sikre befolkningen nærhet?

Helseforetaksmodellen og prinsippene for eierstyring innebærer at eier kun kan gi instruks gjennom vedtak i foretaksmøtet. Hvert enkelt styre er ansvarlig for å fatte vedtak på selvstendig grunnlag og med en selvstendig begrunnelse, i den grad det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Vi kjenner ikke til at det ble gitt instruks fra eier. Vi fant at det ble utøvet et betydelig press fra politikere regionalt og nasjonalt. Dette inkluderte lederen for Helse- og omsorgskomiteen i Stortinget som uttalte at styrets manglende vedtak om å opprette PCI i Bodø truet foretaksmodellen. Informantene i vår studie fortalte at de var kjent med dette, men at de mener de ikke ble påvirket selv.

7. Konklusjon og implikasjoner

Beslutningsprosessen rundt PCI kan ikke forklares av én enkelt beslutningsmodell. Den inneholder elementer av den rasjonelle modellen, forhandlingsmodellen, regelmodellen og bar preg av organisert anarki-modellen.

Vi har trukket tre implikasjoner fra funnene og formulert de som spørsmål. Disse har igjen gitt oss noen flere spørsmål som kan danne utgangspunkt for videre forskning:

- i) *Kan man legge til grunn at en vanskelig beslutningsprosess i et helseforetak skal forbli rasjonell?*

Hvem styrer informasjonstilgang og problemdefinisjoner i en politisert sak? I vanlige styresaker blir dette i stor grad styrt av administrasjonen og dens utredninger. I PCI-saken fremstod det at mye ble styrt av eksterne aktører. Hvis man ikke selv styrer problemdefinisjoner eller informasjonstilgang, hvem styrer da prosessen? Kan man forvente en forutsigbar rasjonell beslutningsprosess når eksterne aktører påvirker informasjonstilgang og definerer problemer?

- ii) *Hvordan kan det etableres en felles forståelse av problemet, målet og nytten av løsningen før beslutningsprosesser i lignende saker i fremtiden?*

Hvordan kan man løse en situasjon der det eksisterer konkurrerende logikker? I PCI-saken eksisterte ulike logikker og likeverd ble det trumfende argumentet. Hva er likeverd og når skal likeverd være avgjørende? Kan man forene konkurrerende logikker i fremtidige saker ved å ta utgangspunkt i en hybridlogikk som for eksempel prioriteringskriteriene?

- iii) *Bør styret involveres i vanskelige beslutningsprosesser på et tidligere tidspunkt?*

PCI-saken sammenfalt tidsmessig med at Helse Nord fikk ny styreleder. Bør man starte slike saker samtidig med at en ny styreleder tiltrer? Bør styreleder og kanskje styret involveres av administrasjonen tidligere i avgjørelsene om når og hvordan vanskelige beslutningsprosesser skal utredes og fremlegges for styret?

Avsluttende kommentar

Vi mener beslutningsprosessen om PCI kan ses i sammenheng med de flerdimensjonale målsettingene som et regionalt helseforetak har. Det blir stilt krav til et regionalt helseforetak i form av blant annet økonomistyring, aktivitets og kvalitetsmåling, iverksetting av nasjonal

helsepolitikk, planlegging og samordning av virksomheten i underliggende helseforetak. Videre skal det regionale helseforetaket sørge for å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det og ivareta samfunnsmessige hensyn. Disse kravene har bakgrunn i ulike logikker og stilles av forskjellige grupper i samfunnet (politikere, media, helsepersonell og befolkningen). Dette kan være én forklaring på hvorfor vanskelige saker kan få et forløp som vi har beskrevet i masteroppgaven. Gjennom dette kan vi kanskje også forstå hvorfor beslutningsprosessen bar preg av organisert anarki?

8. Litteraturliste og referanser

- Anarki. (2018). *I Store norske leksikon*. Hentet 8. juni 2018 fra <https://snl.no/anarki>.
- Andersen, B., & Lysvold, S. (2017, 9. januar). 600 akuttpasienter må fraktes til Tromsø med fly: – Pasienter har dødd i flyet. *NRK Nordland*. Hentet 8. juni 2018 fra https://www.nrk.no/nordland/600-akuttpasienter-ma-fraktes-til-tromso-med-fly_-_pasienter-har-dodd-i-flyet-1.13311863.
- Argument. (2018). *I Store norske leksikon*. Hentet 8. juni 2018 fra <https://snl.no/argument>.
- Avisa Nordland. (2017, 26. oktober). Pinlig trenering. *Avisa Nordland*, s. 2.
- Beslutningsteori. (2018). *I Store norske leksikon*. Hentet 8. juni 2018 fra <https://snl.no/beslutningsteori>.
- Bye, R., & Sjøe, F. (2001). *Post festum Gardermoen: maktspillet om Gardermoen*. Kristiansand: LJ-forlag.
- Choi, S. (2011). Competing logics in hospital mergers - The case of the Karolinska University Hospital. (*Doktorgradsavhandling*). Stockholm: Karolinska institutet.
- Cohen, M. D., March, J. G., & Olsen, J. P. (1972). Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, 17(1): 1-25.
- DiMaggio, P. J. (1983). State expansion and organizational fields. I R. H. Hall, & R. E. Quinn, *Organizational theory and public policy* (Vol. 147-161). Thousand Oaks, USA: Sage.
- Fanaroff, A. C., Zakrotsky, P., Dai, D., Wojdyla, D., Sherwood, M. W., Roe, M. T., . . . Rao, S. V. (2017). Outcomes of PCI in Relation to Procedural Characteristics and Operator Volumes in the United States. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(24): 2913-2924.
- Fjellheim, S. (2017, 13. desember). Veivalg for Marianne Telle. *Nordlys*, ss. 2-3.
- Fjellheim, S. (2017, 18. januar). En politisk hjertekamp. *Nordlys*, ss. 26-7.
- Folkehelseinstituttet. (2017). Mindre risiko for å dø av folkesykdommer. Hentet 8. juni 2018 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2017/mindre-risiko-for-a-do-av-folkesykdommer2/>.
- Friedland, R., & Alford, R. R. (1991). Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. I W. W. Powell, & P. J. DiMaggio, *The New*

- Institutionalism in Organizational Analysis* (ss. 232-263). Chicago, USA: University of Chicago Press.
- Furulund, S. (2017, 19. januar). Jan Holt ventet sju timer på PCI. *Avisa Nordland*, ss. 6-7.
- Furulund, S. (2017, 30. oktober). Verdens flotteste jobb. *Avisa Nordland*, s. 10.
- Gadamer, H. G. (1999). *Truth and Method. 2nd revised edition*. New York, USA: The Continuum Publishing Company.
- Glynn, M., & Lounsbury, M. (2005). From the critic's corner: Logicblending, discursive change and authenticity in a cultural production system. *Journal of Management Studies*, 42(5): 1031-1055.
- Grue, J., Johannesen, L., & Rasmussen, E. (2015). Prestige rankings of chronic diseases and disabilities. A survey among professionals in the disability field. *Soc Sci Med*, 124: 180-6.
- Gulliksen, S. (2006, 3. oktober). Kjemper for lik hjertebehandling. *Avisa Nordland*, s 6-7.
- Gulliksen, S. (2006, 4. oktober). Kjemper for lik hjertebehandling. *Rana Blad*, ss. 6-7.
- Gulliksen, S. (2016, 11. oktober). Inn i kampen for hjertesenter. *Helgelendingen*, ss. 12-13.
- Gulliksen, S. (2016, 15. november). Utsetter PCI-vedtak. *Avisa Nordland*, s. 10.
- Gulliksen, S. (2016, 18. oktober). Utsetter hjertesaken. *Avisa Nordland*, s. 9.
- Gulliksen, S. (2017, 13. januar). Nå ruster de opp til hjertekamp i nord. *Avisa Nordland*, ss. 6-7.
- Gulliksen, S. (2017, 17. februar). - Ønsker samarbeid med UNN. *Avisa Nordland*, ss. 6-7.
- Gulliksen, S. (2017, 27. oktober). Undergraver foretaksmodellen. *Avisa Nordland*, s. 36.
- Gulliksen, S. (2017, 28. januar). - Faktafeil fra UNN. *Avisa Nordland*, s. 14.
- Gulliksen, S., & Karlsen, A. (2017, 21. februar). Får ros for å utsette PCI-saken. *Avisa Nordland*, ss. 8-9.
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns. 2 bd*. Frankfurt am Main, Tyskland: Suhrkamp.
- Hansen, S. (2017, 28. januar). Redd Finnmarktilbud svekkes. *Finnmarken*, s. 3.

- Helgelendingen. (2017, 24. januar). En felles hjertesak. *Helgelendingen*, s. 8.
- Helse Nord RHF. (2013). Brev til Landsforeningen for hjerte og lungesyke datert 14.11.13.
- Helse Nord RHF. (2016). Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI). Hentet 8. juni 2018 fra <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styremøter/Styremøter%202016/20161123/Styresak%20131-2016-1%20Vedlegg%20-%20Rapport%20Hjerteinfarkt%20og%20perkutan%20koronar%20intervensjon.pdf>. Hentet fra Hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI).
- Helse Nord RHF. (2016-17). Arkiv over styremøter i Helse Nord RHF. Hentet 8. juni 2018 fra <https://helse-nord.no/om-oss/styret-i-helse-nord-rhf/styremoter-i-helse-nord-rhf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). Om lov om helseforetak m.m. (Ot.prp. nr. 66 2000-2001). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). "Vedrørende tolkning av helseforetakslovens bestemmelser om eierstyring, kommunikasjon og åpenhet i møter. Brev til helseforetakene". Mottatt av Helse Nord RHF, 30.6.15.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering. Stortingsmelding 34 (2015-2016)*.
- Helseforetaksloven. Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m..
- Helseøkonomi. (2016). *I Store norske leksikon*. Hentet 8. juni 2018 fra <https://sml.snl.no/helseøkonomi>.
- Hoffmann, A. J. (1999). Institutional Evolution and Change: Environmentalism and the U.S. Chemical Industry. *The Academy of Management Journal*, 42(4): 351-371.
- Holte, M. A., Wessel-Hansen, S., & Henriksen, T. (2017, 21. februar). Professor om PCI-debatten: - Urovekkende, med feiltolkninger og selektiv bruk av fakta. *Nordlys*, ss. 16-17.
- Ingebrigtsen, T. (2017, 23. februar). Faglig uenighet må respekteres. *Avisa Nordland*, s. 24.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer (4. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Jaklin, A. (2017, 6. november). Kritikken har blitt ganske så personlig. *Avisa Nordland*, ss. 8-9.
- Johannessen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnsen, L. (2017, 21. februar). Helse Nord utsetter behandling av omstridt hjertesentersak. *iTromsø*, s. 8.
- Johnsen, L. (2017, 26. oktober). Utsetter betent PCI-avgjørelse - ber om et bedre. *iTromsø*, s. 16.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect Theory - Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*, 47(2), 263-292.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (2013). Brev til Helse Nord datert 10. juli og 12. november 2013.
- Lindblom, C. E. (1959). The Science of Muddling Through. *Public Administration Review*, 19(2): 79-88.
- Logikk. (2017). *I Store Norske leksikon*. Hentet 8. juni 2018 fra <https://snl.no/logikk>.
- Lounsbury, M. (2007). A Tale of Two Cities: Competing Logics and Practice Variation in the Professionalizing of Mutual Funds. *The Academy of Management Journal*, 50(2): 289-307.
- Ludvigsen, S. (2017, 12. desember). Udemokratisk og uverdigg av styrelederen i Helse Nord. *Nordlys*, s. 3.
- Luft, H. S., Bunker, J. P., & Enthoven, A. J. (1979). Should Operations Be Regionalized? — The Empirical Relation between Surgical Volume and Mortality. *New England Journal of Medicine*, 301:1364–1369.
- Lægland, M. (2017, 17. februar). - Det er ren populisme. *iTromsø*, s. 16.
- Lægland, M. (2017, 8. februar 2017). Hjertesyke Jarle kalles hjerteløs. *iTromsø*, s. 4.
- Mannsverk, J., Wilsgaard, T., Mathiesen, E. B., Løchen, M. L., Rasmussen, K., Thelle, D. S., . . . Bønaa, K. H. (2015). Trends in Modifiable Risk Factors Are Associated With

- Declining Incidence of Hospitalized and Nonhospitalized Acute Coronary Heart Disease in a Population. *Circulation*, 133(1), 74-81.
- March, J. G. (1994). *A primer on decision making*. New York: Free Press.
- March, J. G., & Cohen, M. (1986). *Leadership and Ambiguity*. Boston: Harvard business school press.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2): 340-363.
- Nordlys. (2017, 18. februar). Du må ta ansvar for helheten, Marianne Telle. *Nordlys*, s. 29.
- Nordlys. (2017, 20. januar). En nordnorsk hjertesak. *Nordlys*, s. 25.
- Nordlys. (2017, 26. oktober). Helt nødvendig utsettelse. *Nordlys*, s. 35.
- Norsk rikskringkasting. (2017). Videoopptak av styremøte i Helse Nord RHF 26. oktober 2017 og 13. desember 2017 [Strømmet på internett]. Nordland og Troms: Norsk rikskringkasting.
- Norum, J., Trovik, T., & Haug, B. (2016, 20. desember). Har du tenkt på hjertet? *Nordlys*, s. 3.
- NOU 1987:23. (1987). *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 1997: 18. (1997). *Prioritering på ny*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 2016: 25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- O'Neill, D., N. O., Gale, C. P., Ludman, P., de Belder, M. A., Timmis, A., . . . Ray, S. (2017). Total Center Percutaneous Coronary Intervention Volume and 30-Day Mortality. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 10(3): <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003186>.
- Rasjonalitet. (2018). *I Store norske leksikon*. Hentet 8. juni 2018 fra <https://snl.no/rasjonalitet>.
- Reay, T., & Hinings, C. R. (2009). Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics. *Organization Studies*, 30(6): 629-52.
- Reay, T., Golden-Biddle, K., & Germann, K. (2006). Legitimizing a new role: Small wins and micro-processes of change. *Academy of Management Journal*, 49(5): 977-998.

- Rosenthal, R., & Jacobsen, L. (1968). Pygmalion in the classroom. *Urban review*, 3(1): 16-20.
- Simon, H. A. (1955). A Behavioral Model of Rational Choice. *The Quarterly Journal of Economics*, 69(1), 99-118.
- Skogheim, C. (2016, 15. oktober). Sammen om hjertesenter. *Avisa Nordland*, s. 10.
- Skogheim, C. (2016, 15. oktober). Sammen om hjertesenter. *Helgelendingen*, s. 18.
- Skogheim, C. (2016, 15. oktober). Sammen om hjertesenter. *Rana blad*, s. 6.
- Skogheim, C. (2017, 21. januar). - Dette er folkets høring. *Avisa Nordland*, s. 18.
- Strand, P. (2017, 22. februar). Hva frykter UNN? *Avisa Nordland*, s. 3.
- Strom, J. B., Wimmer, N. J., Wasfy, J. H., Kennedy, K., & Yeh, R. W. (2014). Association Between Operator Procedure Volume and Patient Outcomes in Percutaneous Coronary Intervention A Systematic Review and Meta-Analysis. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 7: 560-566.
- Thornton, P., Jones, C., & Kury, K. (2005). Institutional Logics and Institutional Change. I: Transformation in Accounting, Architecture, and Publishing. I P. Thornton, & C. Jones, *Research in the Sociology of Organizations*. London: Emerald Group Publishing Limited.
- Thuen, I. P. (2017, 17. februar). - Avvis forslaget. *Nordlys*, ss. 2-3.
- Trovik, T., Iqbal, A., Steigen, T., Mannsverk, J., Dahl-Eriksen, Ø., Kristensen, A., . . . Fredriksen, K. (2017, 13. desember). Besinnelse, nå! *Nordlys*, s. 4.
- Urbach, D. R. (2015). Pledging to Eliminate Low-Volume Surgery, 373: 1388-1890. *New England Journal of Medicine*.
- Vedtekter for Helse Nord RHF, Fastsatt ved kgl. res. 31. august 2001. Sist endret 10. januar 2017 (2001).
- Wessel-Hansen, S. (2017, 26. januar). Står i fare for å svekkes. *Nordlys*, ss. 20-21.

9. Vedlegg: Intervjuguide

Til deg som blir intervjuet

” En studie av beslutningsprosessen rundt etableringen av PCI-tilbud i Bodø”

Studenter: Raymond Dokmo og Haakon Lindekleiv

Vi skriver masteroppgave til Helse Nords master i helseledelse. Vi har valgt å skrive om beslutningsprosessen rundt PCI-saken. Beslutningsprosessen rundt etablering av PCI i Bodø var svært kompleks og medførte betydelig uenighet i befolkningen, fagmiljøene, helseforetakene og styret i Helse Nord RHF. Hvordan kan vi med utgangspunkt i ulike beslutningsmodeller forstå prosessen bak etablering av et PCI-tilbud i Bodø?

Formålet med oppgaven er å få en bedre forståelse av beslutningsprosessen, slik at fremtidige beslutningsprosesser med betydelig uenighet kan løses enklere. Vi trenger derfor å se hvordan en bruker ulik styringsinformasjon og hvordan de ulike argumentene vinner frem.

Avgrensning

Vi avgrenset oppgaven til å omhandle beslutningsprosessen fra 23.11.2016 da administrerende direktør i Helse Nord RHF bestilte utredning av PCI-tilbudet i Helse Nord til 13.12.2018 da styret i Helse Nord RHF fattet beslutning om å opprette PCI i Bodø.

Metode

Oppgaven er kvalitativ og vil kronologisk fremstille og analysere eksisterende kilder (saksgrunnlag, styrepapirer, styreprotokoller, uttalelser til media). Vi vil gjennomgå mediearkivet Retriever etter oppslag på «PCI» og «Bodø». Vi vil gjennomføre semistrukturerte intervju med de endelige beslutningstagerne (administrerende direktør og styremedlemmer i Helse Nord RHF). Beslutningsprosessen vil analyseres med utgangspunkt i sentrale organisasjonsteoretiske modeller og logikker. Intervjuene vil foretas med utgangspunkt i en intervjuguide. Intervjuguiden vil bli tilsendt informantene på forhånd. Det vil ikke foretas lydopptak under intervjuene, men tas notater. Informantene vil gis anledning til å gjennomlese og eventuelt rette det som gjengis av fremstillinger fra eget intervju. Uttalelsene fra informantene vil ikke navngis i oppgaven.

Prosjektet er meldepliktig Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste etter personopplysningsloven og dataene vil behandles i henhold til personopplysningsloven.

Utkast til intervjuguide

Introduksjon

Hva tenker du når du hører begrepet beslutningsprosess?

Hva kjennetegner et godt styrevedtak? Har du eksempler på slike vedtak?

Har du eksempler på styrevedtak som har blitt utsatt eller der det har vært dissens? Hva tenker du var årsaken til utsettelsene eller dissensen da?

Hvilken informasjon lå til grunn før styremøtene?

Hva av informasjonen var viktig for deg?

Hvilken informasjon prioriterte du?

Vi ønsker å snakke litt om de fire styremøtene. Du vil bli vist saksfremlegget og styreprotokollen under intervjuet.

Styremøte 1

Hvordan stilte du deg til saksfremlegget?

Administrasjonens forslag til vedtak ble endret. Hva tenker du rundt endringen? Hvorfor ble det endret?

Styremøte 2

Hvordan stilte du deg til saksfremlegget?

Styresaken ble trukket. Hva tenker du rundt dette? Hvorfor ble den trukket?

Styremøte 3

Hvordan stilte du deg til saksfremlegget?

Vi har sett gjennom videopptak av styremøtene og lest saksdokumentene og styreprotokollen.

Vi fant at det ble ulike argumenter. Hva tenkte du rundt disse argumentene?

Administrasjonens forslag til vedtak ble endret. Hva tenker du rundt endringen? Hvorfor ble det endret?

Styremøte 4

I forbindelse med styremøtet fortalte styreleder at hun hadde mottatt trusler. Hva tenkte du da du ble gjort kjent med disse opplysningene?

Vi har sett gjennom videopptak av styremøtene og lest saksdokumentene og styreprotokollen. Vi fant at det ble ulike argumenter. Hva tenkte du rundt disse argumentene?

Hvordan vil du rangere de ulike argumentene i forhold til hva du la vekt på?

Administrasjonens forslag til vedtak ble endret. Hva tenker du rundt endringen? Hvorfor ble den endret?

Avslutning

Det var mange eksterne aktører og interessegrupper som engasjerte seg i saken? For eksempel media, politikere, pasientorganisasjoner og fagfolk. Har du noen tanker rundt dette? Hvilken virkelighetsforståelse tror du de ulike aktørene la til grunn?

Hva tror du kunne vært gjort for at PCI-prosessen skulle blitt mindre belastende i Helse Nord?