

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn: Per Bjørnerud Rønning
Fredrik Sund

Spiser myter og kultur den rasjonelle beslutningsprosessen til frokost?

En normativ avviksstudie av beslutningsprosessen om
struktur og lokalisering av sykehus på Helgeland
(Helgelandssykehuset 2025)

Dato:

22.06.20

Totalt antall sider: 83

Sammendrag

I 2013 fikk Helgelandssykehuset HF i oppdrag fra Helse Nord RHF å utrede framtidig struktur og lokalisering av sykehus på Helgeland. Siden har det pågått en omfattende og langvarig prosess i Helgelandssykehuset. Utgangspunktet for oppgaven er å belyse og forstå beslutningsprosessen som førte til vedtak om framtidig lokalisering og sykehusstruktur på Helgeland, for å undersøke om den var i tråd med kravene som organisasjonsteori stiller til en rasjonell beslutningsprosess.

Vi presenterer organisasjonsteoretiske perspektiv som er relevante for beslutningsprosesser. I dette inngår hvordan offentlige organisasjoner er vevd inn i komplekse politiske og samfunnsmessige nettverk, samt grunnlag for å forstå hvilke mekanismer og årsaksforhold som ligger bak manglende rasjonalitet hos beslutningstakere. Gjennom en sammenstilling av perspektivene har vi fått et teoretisk rammeverk for å analysere om beslutningsprosessen var rasjonell.

For å undersøke et fenomen i dybden er kvalitativ metode godt egnet. Det ble gjennomført en dokumentanalyse av styresaker og protokoller hvor beslutningstakernes faktiske atferd ble sammenlignet med idealet om den rasjonelle beslutningsprosessen. Funnene ble analysert og fortolket ut fra teorien og egne erfaringer.

Vi identifiserte seks brudd med en rasjonell beslutningsprosess. Disse bruddene opptrådte spredt utover gjennom hele prosessen. Vi så at det eksisterte en spenning mellom administrasjonen og styret i Helgelandssykehuset. Foretaket lyktes ikke å snevre inn beslutningsalternativene for gradvis å nærme seg en løsning som både er rasjonell og bredt akseptert internt i organisasjonene og i befolkningen som helseforetaket skal betjene.

Beslutningsprosessen som førte til et vedtak om framtidig lokalisering og sykehusstruktur på Helgeland var ikke fullt ut rasjonell.

Vår anbefaling for fremtidige beslutningsprosesser som innebærer funksjonsfordeling og lokaliseringskonflikt, er en strammere instrumentelt hierarkisk fremgangsmåte med økt politisk kontroll over prosessen. Samtidig må toppledernes innsikt i problemstillingen være omfattende.

Abstract

In 2013 Helgeland hospital trust was given an assignment from the Northern Norway regional health authority to explore the future structure and localization of hospitals in the region. It has since then been an extensive and long-lasting process in Helgeland hospital trust. The aim of our master thesis was to elucidate and comprehend the process, and furthermore determine if it was in concordance with rational decision-making processes as demanded by organizational theory.

Relevant theoretical aspects considering decision-making processes in organizations was presented, and this includes how public organizations are integrated into complex political and societal networks, as well as the basis of how to understand which mechanisms and causalities that underlie the limited rationality of decision makers. Through an assembly of the perspectives we made a theoretical framework to analyze the decision-making processes.

We used qualitative research method, which is well suited to study the phenomenon in depth and performed a document analysis of the board documents and protocols where the decision-makers actual behavior was compared to the ideal of rational decision-making processes. The findings were analyzed and interpreted using organizational theory and our own experience.

Our main finding of the study is the identification of six shortcomings regarding the rational decision-making process. These shortcomings occurred dispersed throughout the entire process. We observe a tension between the administration and the board of Helgeland hospital trust. The hospital trust has not succeeded in narrowing down the decision alternatives to progressively come to a solution that is both rational and broadly accepted in the organization as well as the communities the trust is meant to serve.

The decision-making process that led to a resolution concerning the future structure and localization of hospitals in the region was not fully rational.

Our recommendation regarding future decision-making processes that involves distribution of functions and localization conflicts, is to implement a more stringent instrumental hierarchically approach to the process with increased political control. Simultaneously the insight of chief executive officer must be extensive.

Førord

Uttalelser i skarpe ordelag har florert på Helgeland i forbindelse med prosessen frem mot ny sykehusstruktur og lokalisering av sykehus i regionen. Prosjektet *Helgelandssykehuset 2025* har vakt lokal, regional og nasjonal interesse med bakgrunn i konfliktene som har oppstått (og pågår) mellom sykehusene i foretaket og kommunene rundt sykehusene. Disse utfordringene er gjenkjennbare fra den offentlige debatten som omhandler endring av sykehusstruktur i Norge. Vårt utgangspunkt for valget av denne forskningsoppgaven var nysgjerrighet om årsaken til den store uenigheten og spenningen (både faglig og politisk) i beslutningsprosessen for struktur og lokalisering av Helgelandssykehuset, samt forventningen om at slike prosesser er tuftet på rasjonalitet. En av oss er styremedlem i Helse Nord RHF, og har således hatt direkte befatning med deler av beslutningsprosessen på et overordnet nivå.

Vi har gjennom arbeidet med oppgaven fått god oversikt over teoretiske aspekter som omhandler beslutningsprosesser i offentlige organisasjoner og tilegnet oss kunnskap om forskningsmetoder som vi fra tidligere har hatt lite erfaring med. Dette har styrket oss faglig. Vi har satt pris på reisen fra skisser og løse planer til å kunne levere sluttproduktet som vi håper kan komme andre til nytte.

Vi ønsker å takke veileder Sverre Grepperud for gode råd og konstruktive diskusjoner, medstudentene som har bidratt med diskusjon og sosial stimulans, Helse Nord som har opprettet studiet i samarbeid med Nord Universitet og vår arbeidsgiver UNN som tilrettelegger for at vi kunne tas opp til dette studiet. I tillegg vil vi rett en stor takk til Anita Eide som har framstått som «limet» i organisering og gjennomføring av dette masterstudiet. Til slutt er det naturlig å takke familiene våre for forståelse og tålmodighet gjennom disse to årene.

Tromsø 22.06.2020

Per Bjørnerud Rønning og Fredrik Sund

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Formål og problemstilling	1
1.3 Avgrensing.....	2
1.4 Oppbygging av oppgaven.....	2
2. Bakgrunn	3
2.1 Utviklingen i forkant av oppstarten av prosjektet Helgelandssykehuset 2025.....	3
2.2 Helseforetakene – organisering og styring	5
2.3 Krav til utredning av større investeringer i helseforetak.....	8
3. Teori	11
3.1 Beslutninger og rasjonalitet	11
3.1.1 Seks beslutningsmodeller	12
3.2 Det instrumentelle-, kulturelle- og myteperspektivet	15
3.2.1 Organisasjonsstruktur og meningsdannelse i kultur- og myteperspektivet	17
3.2.2 Styring av beslutningsprosesser i et instrumentelt perspektiv	18
3.2.3 Stiavhengighet	20
3.3 Sammenstilling av teorien	20
3.4 Forventninger til en rasjonell beslutningsprosess i Helgelandssykehuset 2025.....	21
4. Metode	23
4.1 Enkeltcasestudie-design	23
4.2 Dokumentanalyse	25
4.3 Datainnsamling fra kilder	26
4.4 Etikk og juridiske aspekter	26
4.5 Vår rolle som forskere - refleksivitet.....	26
4.6 Pålitelighet, troverdighet og overførbarhet	27
4.7 Styrker og svakheter	28
5. Empiri	30
5.1 Mandatet.....	32
5.2 Utviklingsplanen.....	34
5.3 Overgang til Tidligfasen - Idefase.....	36
5.4 Første forsøk på å endre mandatet	39
5.5 Endring i prosessen – fast track.....	42
5.6 Andre forsøk på endring av mandat.....	45
5.7 Tredje forsøk på å endre mandatet	48
5.8 Endelig beslutning om struktur og lokalisering	51
6. Diskusjon	53
6.1 En rasjonell beslutningsprosess	53
6.2 Mandatet.....	54
6.3 Desentralisering og solide fagmiljø	54
6.4 Sykehusstruktur i Helgelandssykehuset 2025.....	55
6.5 Sykehuslokalisering i Helgelandssykehuset 2025	56
6.6 Den nye veien til målet	59
6.7 Den endelige styrebehandlingen i HSYK HF	62
6.8 Noen refleksjoner	63
6.9 Oppsummering av diskusjonen.....	67
7. Konklusjon med forslag til alternativ organisering av prosessen	69
Litteraturliste	71

1. Innledning

I dette kapitlet redegjøres det kort for oppgavens bakgrunn, formål, problemstilling, avgrensning og struktur.

1.1 Bakgrunn

Helseministeren satte 27.01.20 punktum for en årelang og bitter lokaliseringsdebatt på Helgeland da han tok den endelige beslutningen om lokalisering av sykehusfunksjoner i regionen for fremtiden. Prosjektet *Helgelandssykehuset 2025* hadde ledet til konflikter og polarisering, både mellom sykehusmiljøene i foretaket og mellom kommunene som omgir sykehusene. Dette har vært av en slik intensitet at det har vekket nasjonal interesse. Slike problemstillinger er gjenkjennbare fra flere typer offentlige investeringsprosjekter og omorganiseringer som omhandler forvaltning av store ressurser og viktige tjenester for regionens befolkning. Allikevel er dette kanskje aller mest fremtredende i helsesektoren. I en oversikt fra Aftenposten i 2010 ble det funnet at det var pågående konflikter knyttet til om lag 1/3 av alle lokalsykehus i Norge (Hornburg, 2010). Årsaken var hyppigst knyttet til nedleggelse eller sentralisering av funksjoner. Kombinasjonen av store investeringer, fusjoner, sentralisering, profesjonalisering og effektivisering i helseforetakene gjør at disse sakene følges med stor interesse og stort engasjement fra mange hold.

Vårt utgangspunkt for valget av denne forskningsoppgaven var en interesse for årsakene til den store uenigheten og spenningen (både faglig og politisk) i beslutningsprosessen for struktur og lokalisering av *Helgelandssykehuset 2025*. Videre lurte vi på om prosessen ble gjennomført på en måte som sikret at utfallet ble det best mulige i forhold til målene som var satt. Den siste delen av beslutningsprosessen ble behørig dekket av media og sammenfalt i tid med at Jan Thorsvik og Kjell Arne Røvik holdt forelesninger for vårt kull i Master i Helseledelse om begrenset rasjonalitet i beslutningsprosesser. Dette pirret vår nysgjerrighet for beslutningsprosessen rundt *Helgelandssykehuset 2025* og om det ville være mulig å undersøke om denne ble gjennomført på en rasjonell måte.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven er å gjøre oss bedre i stand til å forstå prosessen frem til beslutning i prosjektet *Helgelandssykehuset 2025*. Vi vil belyse den faktiske prosessen og drøfte den med bakgrunn i utvalgte organisasjonsteoretiske perspektiver. En bedre forståelse av

beslutningsprosessen vil kunne forbedre lignende beslutningsprosesser i fremtiden. På bakgrunn av dette utformet vi følgende problemstilling:

Var beslutningsprosessen som førte til et vedtak om fremtidig lokalisering og sykehusstruktur på Helgeland rasjonell?

1.3 Avgrensning

Denne oppgaven er avgrenset til tidsperioden fra februar 2013 frem til Helgelandssykehuset HF sin beslutning om struktur og lokalisering 28.11.19. Allikevel har vi for helhetens del valgt å redegjøre for den historiske bakgrunnen til *Helgelandssykehuset 2025* i bakgrunnskapittelet. Grunnlagsdokumentene for dokumentanalysen er begrenset til de offentlige styredokumentene og protokollene fra foretaket og dets eier (Helse Nord), med tillegg av dokumenter som er identifisert gjennom analysen av styresakene og protokollene, og som har vært viktige for å forstå konteksten og prosessen. Tidligfaseveilederen, Nasjonal helse- og sykehusplan og en rekke analyser og rapporter utført av eksterne aktører i prosjektet er noen eksempler.

1.4 Oppbygging av oppgaven

I bakgrunnskapittelet setter vi prosjektet *Helgelandssykehuset 2025* i et historisk perspektiv, redegjør for hvordan helseforetakene styres og hva som er prosesskravene ved større investeringer. I teorikapittelet vil vi presentere teoretiske perspektiv som er relevante for beslutningsprosesser. Vi vil også redegjøre for de krav som må oppfylles for at beslutningsprosessen skal kunne beskrives som rasjonell. Vår forskningsmetode og fremgangsmåte for analyse, samt forhold som pålitelighet, troverdighet og overførbarhet beskrives i metodekapittelet. I empirikapittelet beskriver vi beslutningsprosessen for *Helgelandssykehuset 2025* detaljert og kronologisk ut fra kildematerialet. I diskusjonskapittelet vil vi drøfte om funn fra empiridelen kan klassifiseres som brudd på en rasjonell beslutningsprosess ut fra forutsetningene gitt i teorikapittelet. Avslutningsvis vil vi konkludere ut fra funnene og drøftingene våre og forsøke å formulere forslag som kan bidra til å forbedre fremtidige beslutningsprosesser.

2. Bakgrunn

I dette kapitlet beskriver vi først forhistorien (utviklingen) til den sykehusstrukturen som foreligger på Helgeland og innledningen til prosjektet *Helgelandssykehuset 2025* (2.1), deretter Helseforetaksreformen og hvordan helseforetak (HF) styres (2.2), og avslutningsvis hva som er kravene til større investeringer i helseforetakene (2.3).

2.1 Utviklingen i forkant av oppstarten av prosjektet Helgelandssykehuset 2025

Det har siden slutten 1700-tallet vært en form for sykehusdrift på Helgeland (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010) og det første sykehuset i moderne tid stod ferdig i 1926 i Sandnessjøen. Strukturen og lokaliseringen av sykehus fra 1800-tallet og frem til midten av 1970-tallet var et resultat av datidens behandlingsformer, sykdomspanoramaer, næringsvirksomhet, bosettingsmønster, kommunikasjon og infrastruktur (NOU 1998: 9, 1998). Det var først ved innføringen av sykehusloven i 1969 og St. Meld. Nr. 9 (1974-75) «Sykehusbygging m. v. i et regionalt helsevesen» at det ble etablert planer for fremtidig struktur hvor man ønsket å ta utgangspunkt i analyser av hvilke behov som forelå. På dette tidspunktet var det allerede etablert sykehus i kommunene Alstahaug, Vefsn og Rana. På tross av sykehusloven så har det skjedd få endringer med sykehusstrukturen som reflekterer moderne kommunikasjoner og den medisinsk-teknologisk utvikling (Sosial- og helsedepartementet, 1997).

Ifølge Helse Nord regionalt helseforetak (HN RHF) har sykehusstrukturen på Helgeland vært diskutert i flere tiår og startet mens Nordland fylkeskommune enda var eier av sykehusene. Rekruttering av fagpersoner, utvikling og stabilisering av sterke fagmiljøer har siden 1990-tallet vært hovedargumentene for å endre strukturen (HN RHF, 2019a). I 1994 vedtok fylkestinget i Nordland at daværende sykehusstruktur måtte videreutvikles fra å være autonome sykehus til å bli enheter som kunne samarbeide tettere. [St. Meld. Nr. 50 (1993-94) «Samordning og styring. Om mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste»] og flere fagutredninger fant behov for endringer i den gjeldende strukturen (Nordland fylkeskommune, 1996). Bakgrunnen for dette var den faglige utviklingen, økte kvalitetskrav, utvidede rettigheter til brukere og andre samfunnsendringer. I tillegg ble det utdypet at sykehusene på Helgeland i lang tid hadde forsøkt å bedre samarbeidet. Størrelsen på sykehusene var slik at det var behov for konsolidering for å møte fremtidens kvalitetskrav. Det ble blant annet påpekt at det allerede var utfordringer med rekruttering og det å ha en stabil arbeidsstyrke av spesialutdannet helsepersonell.

Fylkestinget i Nordland vedtok i 1995 å utrede den fremtidige strukturen for sykehusene på Helgeland; «Helgelandssykehuset – Prosjekt for samordning av sykehusene på Helgeland» (Nordland fylkeskommune, 1996). Prosjektgruppen leverte sin rapport i november 1996 og den ble sendt på høring før behandling i fylkestinget april 1997. Det ble da vedtatt at de tre sykehusene skulle slås sammen til ett sykehus (Helgelandssykehuset) - der alle tre enheter skulle opprettholdes. Felles administrasjon og ledelse skulle legges til sykehuset med utvidet akuttberedskap. Det ble videre besluttet at Sandnessjøen sykehus skulle fungere med utvidet akuttberedskap (hovedsykehus). Fylkestingets vedtak ble imidlertid aldri effektivt, men satt i bero i påvente av ferdigstillingen av NOU 1998:9 «Hvis det haster.....— Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap» og St. Meld. Nr. 43 (1999-2000) om akuttmedisinsk beredskap (Nordland fylkesting, 2000)¹.

Stortinget behandlet sommeren 2000 St. Meld. Nr. 43 og på bakgrunn av denne vedtok fylkestinget å lansere et nytt prosjekt på Helgeland (Helgelandssamarbeidet). Funksjons- og arbeidsdelingen mellom de tre sykehusene på Helgeland skulle på ny vurderes i lys av den nye stortingsmeldingen (St. Meld. Nr. 43). Helseforetaksloven om statlig eierskap kom midt i prosjektperioden og dermed valgte prosjektgruppen å avvende vedtak om funksjonsdeling (utover det eksisterende samarbeidet på noen fagområder) til ny eier hadde tatt over (HN RHF, 2003).

Helseforetaksloven ble vedtatt i juni 2001 og betød en overføring av eierskapet fra fylkeskommunene til staten, samt en endring i styringsmodellen for sykehusene (fra forvaltningsorgan til foretak). Hensikten var å oppnå en mer helhetlig styring gjennom lovfesting av ansvar, for dermed å oppnå bedre ressursutnyttelse (Sosial- og helsedepartementet, 2001). Helseregionene fra før 2001 ble omgjort til regionale helseforetak som skulle drive med planlegging og tilrettelegging av driften i de underliggende sykehusforetak. I sitt andre styremøte i september 2001 vedtok HN RHF helseforetaksstrukturen og lokaliseringen av hovedkontoret i hvert foretak. I saksfremlegget beskrev man betydelige samarbeidsutfordringer mellom sykehusene på Helgeland, hvor blant annet Rana sykehus hadde bedt om å bli fusjonert med Nordlandssykehuset. Det ble også henvist til de omfattende utredningene vedrørende struktur og funksjonsfordeling som

¹ Nordland fylkesting sak 161-00 ble tilsendt fra fagkoordinator ved Dokumentasjonssentret i Nordland Fylkeskommune etter forespørsel.

tidligere hadde vært gjennomført. HN RHF vedtok at disse tre sykehusene skulle samles i et foretak og at hovedkontoret skulle legges til Rana sykehus. Disse beslutningene ble sannsynligvis gjort uten noen form for høring eller innspill fra interessenter (de berørte partene) slik som styresaken -og protokollen leses (HN RHF, 2001). Utover det forhold at ledelsen skulle lokaliseres ved Rana sykehus, så ble det ikke vedtatt å gjøre andre funksjonsfordelinger eller strukturendringer i 2001.

I 2002 startet HN RHF et prosjekt som skulle utrede den akuttkirurgiske beredskapen og fødselsomsorgen i regionen. I 2003 vedtok styret å legge ned akuttkirurgisk beredskap og fødeavdelingen ved sykehuset i Mosjøen og i 2005 ble fødeavdelingen omgjort til en jordmorstyrt fødestue (nedlagt i 2016). I 2006 ble vedtaket om nedlegging av akuttkirurgisk beredskap effektivert. Rana og Sandnessjøen sykehus beholdt begge akuttkirurgisk beredskap og fødeavdeling. I 2010 ble det på bakgrunn av en regional intensivplan gjort en endring av intensivkapasiteten ved Helgelandssykehuset helseforetak (HSYK HF) (vedtatt desember 2010 av styret i HN RHF), der Rana sykehus skulle kunne behandle mer kompliserte intensivpasienter (for eksempel pasienter med behov for mekanisk pustestøtte) enn de andre to enhetene.

Tjenestetilbudet i HSYK HF er hovedsakelig desentralisert. For en del fagområder, der pasientvolum ikke var tilstrekkelig ble tilbudet sentralisert til kun ett av sykehusene. Dette gjelder fagområdene ortopedi, urologi, plastikk-kirurgi, revmatologi, nevrologi, hudsykdommer, øyesykdommer, ØNH-sykdommer, fysikalskmedisin og rehabilitering. HN RHF tok i 2013 initiativ til at HSYK HF skulle starte en utredning om hvordan foretaket ville bli påvirket av de større endringene i sektoren. Dette arbeidet skulle gi et beslutningsgrunnlag for den fremtidige utvikling og struktur.

2.2 Helseforetakene – organisering og styring

Statens eierskap til spesialisthelsetjenesten er inndelt i fire regionale helseforetak (RHF). De regionale helseforetakene eier sykehus og annen spesialisthelsetjeneste som er organisert i egne helseforetak (HF). Formålet til helseforetak er hjemlet i helseforetaksloven (2001, §1) og lyder som følger: «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».

Både eierskap til underliggende helseforetaksgruppe og et «sørge for ansvar» for helsetjenester til regionens befolkning ivaretas av de regionale helseforetakene. Helseforetakene har styrer på både regionalt og lokalt nivå og er selvstendige rettssubjekter. Det er helseforetaksloven som fastsetter rammene for organisering av helseforetakene. Eieravdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet skal sikre en strategisk og operativ styring av de regionale helseforetakene. Avdelingen har ansvar for å forberede foretaksmøter², oppfølgingen av styringskrav som formidles og et særskilt ansvar for organisatoriske og økonomiske styringskrav og rammebetingelser (Regjeringen, u. å.).

HN RHF eier i dag seks helseforetak (HF) hvorav fire er sykehusgrupper som tilbyr pasientbehandling; Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF. Det regionale helseforetaket ledes av et styre og er virksomhetens øverste styrings- og ansvarsorgan. Styret har ansvar for forvaltning og tilsyn med foretaket (også de underliggende helseforetak), samt å rette seg etter eiers styringskrav i foretaksmøte og oppdragsdokument. Oppgaver og plikter til styret fremgår av helseforetaksloven (spesielt kapitlene 6 og 7) og vedtektene til det regionale helseforetaket (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Hovedoppgavene er nedfelt i vedtektene §6 (Regjeringen, 2001):

Helse Nord RHF skal oppfylle de sektorpolitiske målsettingene slik de fremkommer i nasjonale helsepolitiske, forskningspolitiske og utdanningspolitiske vedtak og planer. Virksomheten skal drives innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

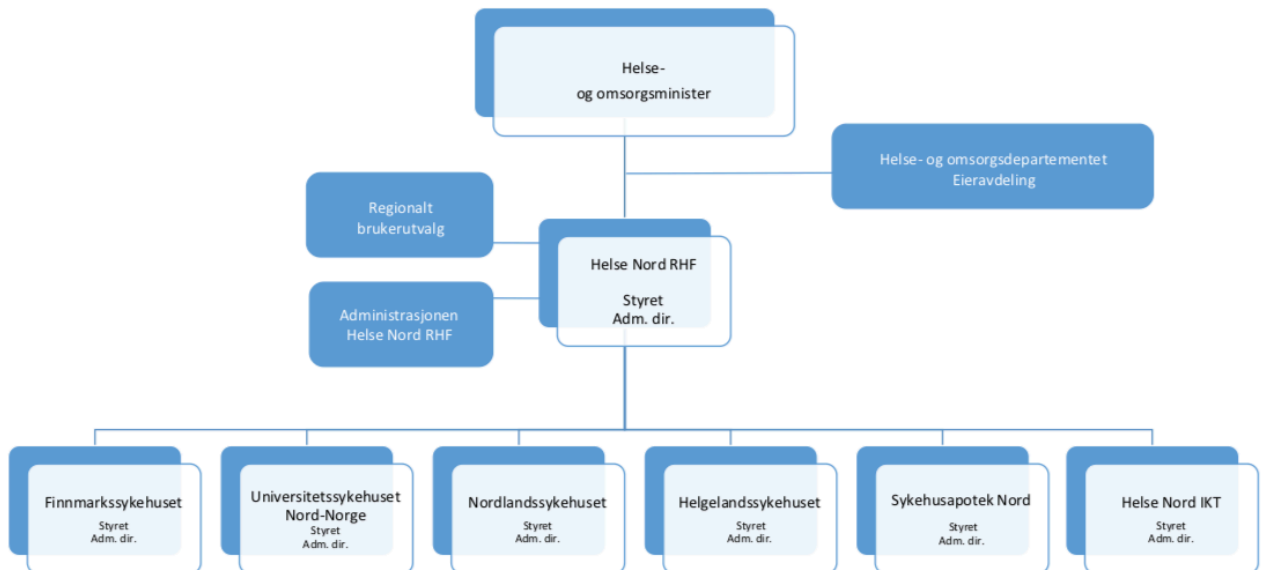
Helse Nord RHF skal samordne virksomheten i de helseforetakene det eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse.

Administrerende direktør tilsettes av styret og er ansvarlig for den daglige driften (gjennom instruks, retningslinjer og pålegg fra styret). Det er foretaksmøtet (helseministeren) som velger eieroppnevnte styremedlemmer i de regionale helseforetakene, herunder styreleder og

² Saker av stor og prinsipiell betydning (oppdragsdokument, saker av vesentlig betydning for tjenestetilbudet, økonomi m. m.) behandles i foretaksmøter og er den eneste arenaen hvor helseministeren kan utøve eierstyring overfor foretakene. Det er styrene i foretakene som har ansvar for å styre og kontrollere driften i regionene utover foretaksmøtene.

nestleder. Det er stilt krav om at styremedlemmene i de regionale helseforetakene må ha tilknytning til regionen (gjelder ikke underliggende helseforetak) og at styrets medlemmer ikke representerer geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper. I helseforetaksloven (2001, §16) beskrives eierstyringen på følgende måte «Eiere utøver den øverste myndighet i foretak i foretaksmøte. Eier kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte». Dette betyr at all kommunikasjon utenom foretaksmøtet er dialog og meningsutvekslinger, og ikke instruks (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Medlemmene i styret skal fatte vedtak på et selvstendig grunnlag og med en selvstendig begrunnelse, såfremt det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøte. Dette gjelder likelydende i forholdet mellom regionalt helseforetak og helseforetak. HN RHF eier HSYK HF. Eierstyringsmodellen beskrevet over gjelder i all hovedsak også mellom det regionale helseforetaket og et helseforetak. I styringen av HSYK HF er det foretaksmøtet (HN RHF som eier) som er øverste organ. Dette illustreres i figur 2.1 (HN RHF, 2019b)

Figur 2.1 Organisasjonskart foretaksgruppen HN RHF. Fra Organisasjonskart HN RHF, av HN RHF, 2019.



Det ligger i rollefordelingen som følger av helseforetaksreformen at den skal sikre autonomi til det enkelte regionale helseforetak og underliggende helseforetak til å fatte vedtak i en rekke saker på bakgrunn av egne vurderinger. Ved behandling av saker med vesentlig

betydning er det slik at foretaksmøtet ved Helse- og omsorgsdepartementet skal gjøre vedtaket. Dette er utdypet i helseforetaksloven §30 og saker omfattet av denne paragrafen skal forelegges departementet av det regionale helseforetaksstyret (også saker som angår helseforetak). Følgende vedtak må ifølge helseforetaksloven (2001, §30) alltid fattes av foretaksmøtet i regionale helseforetak:

1. Vedtak som kan endre virksomhetens karakter.
2. Vedtak om nedleggelse av sykehus.
3. Omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen.
4. Omfattende endringer i tjenestetilbudet.
5. Vedtak om endringer i antall helseforetak i helseregionen.
6. Vedtak om vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak.

Beslutningen om ny struktur og lokalisering av sykehus på Helgeland faller inn under helseforetakslovens §30. Organiseringen av styringslinjen i spesialisthelsetjenesten er illustrert i figur 2.1 og viser de formelle strukturer for beslutninger fra Helse- og omsorgsministeren til det enkelte helseforetak.

2.3 Krav til utredning av større investeringer i helseforetak

I staten er det utredningsinstruksen og dens veileder som legger føringer på hvordan prosessen vedrørende investeringer eller tiltak gjennomføres. Helseforetakene som egne rettssubjekter er ikke underlagt plikt å følge Finansdepartementets kvalitetssikringsordning³ som trer i kraft ved statlige tiltak med kostnadsramme over 750 millioner kroner (Direktoratet for økonomistyring (DFØ), 2018). Det er likevel slik at Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at helseforetak skal ha minst like gode kvalitetssikringssystemer som andre statlige prosjekter. Videre er det krav om at prosjekter med kostnadsramme over 500 millioner kroner skal kvalitetssikres eksternt og forelegges departementet (Helsedirektoratet, 2011).

Helsedirektoratet (og etter hvert Sykehusbygg HF⁴) har utviklet veiledere for planlegging av nye sykehus og vesentlige strukturendringer i helseforetak. «Veileder Tidligfaseplanlegging i

³ Store investeringsprosjekter i staten underlegges strengere krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring.

⁴ Sykehusbygg HF (etablert i 2014) og eies av alle de fire helseregionene. De skal sikre et nasjonalt kompetansemiljø for planlegging og –bygging av sykehus på høyt internasjonalt nivå, og skal benyttes i alle byggprosjekter med en verdi > 500 millioner kroner.

Tabell 2.1 Bestemmelser som regulerer krav til utredning i staten.

Fra «Hva er kravene til statlige utredninger, og er det gjort utredninger av alternative løsninger for sykehusstruktur i Finnmark som tilfredsstillende disse kravene?», av Oslo Economics, 2017. Copyright 2017, Oslo Economics. Gjengitt med tillatelse.

Bestemmelse	Formelt grunnlag	Formål	Virkeområde
Instruks om utredning av statlige tiltak	Utredningsinstruksen ble første gang fastsatt ved kongelig resolusjon 18. februar 2000 og er revidert i 2005 og 2016. Den gjeldende instruksen ble fastsatt ved kongelig resolusjon 19. februar 2016, med virkning fra 1. mars 2016. Instruksen er å anse som en sentral forskrift som er hjemlet i instruksjonsmyndigheten.	Formålet med instruksen er å legge et godt grunnlag for beslutninger om statlige tiltak gjennom å: <ul style="list-style-type: none"> • Identifisere alternative tiltak • Utrede og vurdere virkningene av aktuelle tiltak • Involvere dem som er berørt av tiltaket, tidlig i utredningsprosessen • samordne berørte myndigheter. 	Instruksen gjelder for utarbeiding av beslutningsgrunnlag for alle statlige tiltak som utføres i, eller på oppdrag for, statlige forvaltningsorganer. Helseforetakene er formelt unntatt fra utredningsinstruksen, men instruksen legger likevel til grunn at kravene som stilles til utredninger bør regnes som en standard for alle offentlige virksomheter.
Statens prosjektmodell	Statens prosjektmodell ble innført i år 2000 (KS2) og senere utvidet i 2005 (KS1). Modellen eies av Finansdepartementet.	Målet med modellen er å sørge for at mulighetsrommet er utforsket, at prosjektene er tilstrekkelig utredet og kvalitetssikret og at beslutningstakerne har all nødvendig informasjon når de skal fatte beslutninger om statlige investeringer.	Prosjektmodellen gjelder for statlige investeringsprosjekter med antatt kostnad over 750 MNOK. Helseforetakene er formelt unntatt fra utredningsinstruksen, men Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at helseforetakene skal ha minst like gode kvalitetssikringssystemer som andre statlige byggeprosjekter
Veiledere for plan og utvikling i helseforetakene	Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter ble utgitt av Helsedirektoratet første gang 15. april 2006, siste versjon er fra 2011. Denne veilederen er blitt erstattet av to veiledere fra Sykehusbygg HF; Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017) og Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (2016)	Formålet med veilederne er bedre og mer effektive sykehustjenester gjennom bedre kvalitet i tidligfaseplanleggingen i sykehusprosjekter. Veilederne skal bidra til en effektiv og målrettet planprosess, og etablere en felles plattform for innhold og struktur i plandokumenter og beslutningsunderlag for sykehusprosjekter.	Veilederne kan og bør brukes for alle prosjekter uavhengig av størrelse, men omfanget av utredninger må tilpasses type tiltak og forventet størrelse på investeringene. Avgrensning av bruken vil være regulert av helseforetakets styringssystem. Alle helseforetak skal ha en utviklingsplan. Tidligfaseplanlegging av sykehusbygg skal være basert på en slik utviklingsplan. Fra 2011 skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring av konseptvalg (KSK) for investeringer med forventet kostnad over 500 MNOK.

sykehusprosjekter» (publisert 2011) og «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter» (publisert 2017 og erstattet da forrige utgave) gir en beskrivelse av og anbefalinger om gjennomføringen av planprosessen for investeringsprosjekter i helseforetakene. Det stilles krav om at det før oppstart av planprosessen skal foreligge en Utviklingsplan. Dokumentet baseres på etablerte styringsmodeller og investeringssystemer i helseforetakene, og i tillegg kravene og styringssignaler gitt i foretaksmøter og i oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene. I prosjektet om ny struktur og lokalisering av sykehusene på Helgeland ble det besluttet å følge «Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter» heretter betegnet som Tidligfaseveilederen. Denne veilederen ble revidert i 2017 og endringene medførte at HSYK HF kunne forenkle den tidlige fasen i planleggingen. I tabell 2.1 vises en oversikt over bestemmelser som regulerer krav til utredning i staten (Oslo Economics, 2017).

3. Teori

I dette kapittelet presenterer vi organisasjonsteoretiske perspektiv som er relevante for beslutningsprosesser. Vi har valgt å trekke frem to teoretiske tilnærminger fra henholdsvis Jacobsen og Thorsvik (2019) og Christensen, Læg Reid, Roness og Røvik (2009). Disse teoretiske arbeidene har noen overlappende elementer, men avviker også noe. Først vil vi presentere hovedlinjer fra hver av dem for deretter å sammenligne dem med hensyn til felles fundamentaler og særskilte perspektiver. Avslutningsvis vil vi redegjøre for de krav som må oppfylles for at en beslutningsprosess skal karakteriseres som rasjonell, samt at vi basert på dette gir en beskrivelse av våre forventninger til en ideell rasjonell beslutningsprosess for *Helgelandssykehuset 2025*.

3.1 Beslutninger og rasjonalitet

En beslutning kan defineres som et valg mellom ulike alternativer. En beslutningsprosess vil da være en rekke av vurderinger som leder frem til en beslutning. Jacobsen og Thorsvik (2019) setter opp denne rekken slik:

1. Identifikasjon av et problem eller en mulighet
2. Innsamling og vurdering av informasjon
3. Valg mellom alternativer
4. Iverksetting av et handlingsalternativ

Det er mennesker som gjør disse vurderingene og derfor er menneskenes evne til å ta veloverveide og fornuftige beslutninger helt sentralt når vi skal studere beslutningsprosesser hvor det må tas flere hensyn fordi det er mange forskjellige interesser og store mengder informasjon involvert (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Beslutningsprosesser er imidlertid dynamiske av natur og kan ses som prosesser som pågår over tid og hvor ulike problemer og løsningsmuligheter presenteres av ulike deltakere. Prosessen påvirkes av organisasjonens mål, strategier, struktur, kultur og maktforhold, samtidig som nettopp disse faktorene kan påvirkes av viktige beslutninger som tas i organisasjonen. Det er altså en vekselvirkning hvor beslutningsprosesser og den organisatoriske konteksten påvirker hverandre (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Rasjonalitet er et handlingsmønster som samsvarer med hvordan man ideelt sett bør fatte beslutninger når man presenteres for et problem. Formålsrasjonalitet beskriver et rasjonelt valg av virkemidler for å nå et mål. «Economic-man» modellen er en rasjonell idealmodell for

beslutninger som tar utgangspunkt i at mennesket er i stand til å handle fullstendig rasjonelt. Dette perspektivet bygger på en rekke antakelser (Simon, 1945, referert i Jacobsen & Thorsvik, 2019):

1. Beslutningstakeren har klare mål
2. Beslutningstakeren har full informasjon om samtlige løsninger, konsekvenser og alternativer
3. Beslutningstakeren er i stand til å rangere alle alternativene
4. Beslutningstakeren velger det alternativet som er best egnet for å nå målet

I den ideelle beslutningsprosessen er altså all relevant informasjon tilgjengelig og alle aktørene har felles mål og ensartede vurderinger. I realiteten er imidlertid mennesket ikke i stand til å handle fullstendig rasjonelt siden vi aldri har all informasjon tilgjengelig, samt at vi ikke er i stand til å vurdere alle konsekvenser av våre valg og er forutinntatt basert på egne preferanser og/eller erfaringer. Denne begrensede rasjonaliteten betegnes i litteraturen som «the administrative man» (Simon, 1945, referert i Jacobsen & Thorsvik, 2019). Her antar man at mennesker streber etter å handle rasjonelt, men er begrenset av forholdene nevnt over. Vi tenderer derfor til å velge et alternativ som er godt nok, uten å vite at det er det beste, noe som betegnes som «satisfierende atferd». Beslutningstakeren har mål, men disse kan endre seg eller være utydelige. Enkelte konsekvenser og alternative løsninger belyses og forskjellige beslutningsalternativer vurderes ettersom man har kapasitet til det. Til slutt velges det første beslutningsalternativet som kan gi et tilfredsstillende resultat (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Prosessen bærer preg av usikkerhet og uklarhet og det kan altså være av betydning i hvilken rekkefølge løsningsalternativer presenteres for beslutningstakeren.

3.1.1 Seks beslutningsmodeller

Jacobsen og Thorsvik (2019) beskriver seks anerkjente modeller for beslutningsprosesser i organisasjoner. Den første av de seks modellene er normativ og beskriver hvordan organisasjonen best kan fungere som en rasjonell aktør. Regelmodellen og Kommunikativ rasjonalitet er også normative da de viser hvordan organisasjoner kan tilpasse beslutningsprosessene sine til å oppnå en noe høyere grad av rasjonalitet. De tre siste modellene, Forhandlingsmodellen, Inkrementell handling og Organisert anarki, er deskriptive og viser hvordan rasjonalitet kan være fraværende i beslutningsprosesser.

Organisasjonen som rasjonell aktør

Denne modellen er normativ og beskriver hvordan organisasjoner bør ta beslutninger for å være mest mulig rasjonell. Organisasjoner kan konstrueres for å nå bestemte mål, men det er få komplekse organisasjoner som er fullt ut rasjonelle. For å kunne ta så rasjonelle beslutninger som mulig, og kompensere for den enkelte ansattes begrensede rasjonalitet, har organisasjonen som rasjonell aktør noen særegne kjennetegn. Den har klare mål og strategier som gir tydelige retningslinjer for hvordan målene skal realiseres. I tillegg gjøres en arbeidsdeling mellom enheter som gjør at hvert enkelt individ kan fokusere på spesialiserte oppgaver. Det lages systemer for å koordinere mellom enheter og enkeltoppgaver slik at disse bidrar til å realisere det felles målet (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Herbert Simon (1945, i Jacobsen & Thorsvik, 2019) beskriver at mennesker som er organisert i en stram institusjonell struktur kan overvinne de psykologiske begrensningene for rasjonell adferd som vi som mennesker er underlagt. Han sier videre at beslutningene til et individ i en slik struktur må reflektere de bredere hensyn og betraktninger som den organiserte gruppen representerer, og ikke bare være et resultat av den enkeltes egne mentale prosesser. Gjennom samarbeid, samt atferd og prosesser som gir gode beslutninger, kan organisasjonen oppnå en høy grad av rasjonalitet i sine beslutninger. Ledere og spesialiserte medarbeidere involveres i klart definerte beslutningsforum hvor koordinering mellom enhetene styres strengt hierarkisk. Hierarkiet sørger også for at informasjon spres på en hensiktsmessig måte og fanges opp på den aktuelle beslutningsarenaen hvor deltakerne har bedre beslutningsgrunnlag enn hva noen enkeltperson kunne hatt. I og med at valg av beslutning styres av organisasjonens overordnede mål og strategier, vil det være liten uenighet om hvilken beslutning som er den riktige. Dersom uenighet allikevel skulle oppstå, vil en hierarkisk ledelsesstruktur raskt sørge for at prosessen kommer videre.

Regelmodellen

Regelmodellen fokuserer på at medarbeidere kan ledes til å handle rasjonelt gjennom bruk av regler og prosedyrer som styrer adferd og beslutninger i gitte situasjoner. Dette er typisk for byråkratiske organisasjoner og kan gi svært effektive og forutsigbare beslutningsprosesser når problemstillingene passer inn i de forhåndsdefinerte beslutningskategoriene. Dersom problemstillingen ikke passer inn i en bestemt kategori, blir imidlertid beslutningstakeren handlingslammet. Det er altså en forutsetning for at denne modellen skal fungere at man klarer å forutse alle mulige situasjoner og definere de beste beslutningsalternativer for hver enkelt av disse. Dermed kan denne modellen fungere i lite komplekse beslutningssituasjoner

og være nyttig dersom det må gjøres mange individuelle beslutninger som har et sammenfallende beslutningsgrunnlag, som for eksempel ved saksbehandling i NAV. I noen tilfeller kan beslutninger etter denne modellen like gjerne automatiseres og utføres av en datamaskin. (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Modellen er til liten hjelp ved komplekse, prinsipielle beslutningsprosesser i offentlige organisasjoner.

Forhandlingsmodellen

Organisasjoner er ofte sammensatt av ulike grupper som har motstridende mål og interesser. Disse gruppene har varierende grad av makt i organisasjonen og kan arbeide strategisk gjennom desinformasjon, tilbakeholdelse av informasjon, byttehandler og lignende for å få gjennomslag for sine egne interesser og synspunkter. Dersom makten er rimelig likt fordelt, og begge parter har ønske om å komme til enighet med hverandre, kan gruppene forhandle med hverandre. Dette kan være en vinn eller forsvinn-situasjon, hvor den ene parten taper og den andre vinner (fordelingsforhandlinger), eller det kan være en vinn-vinn-situasjon hvor begge parter kommer bedre ut (integrasjonsforhandlinger). Forhandlinger kan også forekomme selv om den ene parten har betydelig mer makt enn den andre. I slike tilfeller begrunnes forhandlingene med at maktbruk i seg selv kan skade organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Kommunikativ rasjonalitet

Kommunikativ rasjonalitet er på mange måter motsetningen til formålsrasjonalitet. Denne modellen idealiserer hvordan aktører i en organisasjon kan oppnå en felles forståelse av problemer og utforme omforente ønsker til løsninger av disse gjennom kommunikasjon og samhandling. I helsesektoren, og mange andre sektorer, har kunnskapsmedarbeidere ofte større kunnskap om konkrete problemer og beslutningsalternativer enn det administrative ledere har. Beslutningstakerne kan dermed skaffe seg grunnlag for å fatte rasjonelle beslutninger ved å tilrettelegge for en åpen og fri drøfting av problemer blant de ansatte som innehar fagkompetansen. Dette forutsetter imidlertid at deltakerne i diskusjonene har felles språk, åpen og ærlig tilnærming for å belyse alle sider av saken, oppriktig ønske om å sette seg inn i andres synspunkter, evne til å erkjenne at andres argumenter er bedre enn egne, samt at makten er jevnt fordelt mellom deltakerne i debatten (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Dersom denne modellen skal fungere, må i tillegg organisasjonen være lite hierarkisk, de sosiale relasjonene internt må være gode og den interne kulturen må være integrerende for å sikre at alle stemmer blir hørt.

Inkrementell handling

Inkrementell handling som beslutningsmodell beskriver hvordan mange mindre beslutninger, uten klare overordnede mål eller grundige analyser som er tatt over lang tid, etter hvert former organisasjonen gjennom mange små skritt (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Hver av disse mindre beslutningene har ingen klare mål og alternativer er ikke grundig analysert, men er ofte basert på hvordan man har valgt å gjøre i tidligere beslutningssituasjoner og innebærer at det tiltaket som flest er enige i blir valgt. Byråkratiske prosesser som budsjettering foregår ofte etter denne modellen og er et typisk eksempel på hvordan modellen favoriserer gjeldende status og viderefører etablerte feil eller skjevheter. En slik strategi oppleves som trygg for beslutningstakerne i og med at det ikke gjøres noen dramatiske endringer og man risikerer ikke å fremprovosere kraftige interne eller eksterne reaksjoner på beslutningene.

Organisert anarki

Organisert anarki, eller «garbage can» modellen, har likhetstrekk med inkrementell handling på den måten at modellen beskriver hvordan mange beslutninger over tid er preget av manglende helhet og struktur. Prosessene er imidlertid helt ustrukturerte og i det organiserte anarkiet er det mange beslutningsprosesser som foregår samtidig, uten at det er mulig å skaffe seg oversikt over eller styre disse. Modellen beskriver en situasjon med problemer som det ikke finnes noen løsning på, favoriserte løsninger som gjør at man leter etter problemer som disse løsningene kan benyttes på, uklare eller ingen kriterier for utvelgelse av deltakere til beslutningsprosesser og tilfeldige anledninger for å samles og fatte beslutninger. Dette beskrives av Jacobsen og Thorsvik (2019) som fire uavhengige strømmer av beslutningsmuligheter, deltakere, problemer og løsninger. Beslutninger skjer når disse fire strømmene møtes mer eller mindre tilfeldig. Videre beskrives det at aktører engasjerer seg i prosesser, ikke bare fordi de ønsker å oppnå mål, men også rett og slett fordi de synes det er interessant å delta. Beslutninger som interesserer mange, tiltrekker seg derfor også mange deltakere. Det skapes beslutningsanledninger «på sparket» avhengig av om man har tid og overskudd til å møtes, samtidig som det er uavklart hvilke problemer, løsninger og deltakere som anses som legitime (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

3.2 Det instrumentelle-, kulturelle- og myteperspektivet

I denne delen av teorikapitlet vil vi presentere perspektiver fra Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2009). Denne teorien har noen overlappende elementer med Jacobsen og Thorsvik (2019), men tilfører også mye nytt. Vi mener at et bredere teoretisk grunnlag vil gi et bedre

utgangspunkt for å forstå beslutningsprosessen som førte til vedtak om fremtidig lokaliseringen og struktur av *Helgelandssykehuset 2025*.

Prosesser kan defineres som aktiviteter og atferd som utspiller seg over tid. Et typisk eksempel på en prosess i offentlige organisasjoner, er en beslutningsprosess. Organisasjoner har en struktur som setter grenser for hvem som skal delta i prosessen og som angir standarder for hva som er passende situasjonsoppfatning og rimelige løsningsforslag.

Organisasjonsstrukturen gir føringer og regler for hvordan noe skal gjøres, men forklarer ikke alene hvordan organisasjonens medlemmer faktisk handler. Offentlige organisasjoner er vevd inn i komplekse politiske og samfunnsmessige nettverk som består av mer eller mindre organiserte grupper og interesser (Christensen et al., 2009). Dette gjør at organisasjonen, på samme måte som samfunnet rundt, vil bli påvirket fra flere kanter og romme konkurrerende logikker. Ledelsens prioritering og strategiske valg er ikke alltid på linje med organisasjonens kultur og tradisjon, samtidig som omgivelsene og det ytre handlingsmiljøet kan gi føringer for hva som er aksepterte beslutninger og løsninger. Dette kan utløse spenninger og konflikter som gjør at lojaliteten til organisasjonens medlemmer ikke alltid vil ligge i den formelle lederlinjen. Dermed er ikke organisasjonen en enhetlig aktør, og beslutningstakerne må forholde seg til og fortolke både trender i tiden, historiske perspektiver og forventinger til fremtiden. Samtidig kan det være uforutsigbart hvilke aktører, problemer og løsninger som velges ut og tas inn i beslutningsprosesser (Christensen et al. 2009).

For å nyansere bildet og forklare sammenhenger med en organisasjonsteoretisk tilnærming, finner Christensen et al. (2009) det hensiktsmessig å benytte tre perspektiver som er viktige for å forstå prosesser i organisasjoner. Dette er det instrumentelle perspektivet, det kulturelle perspektivet og myteperspektivet:

- Det instrumentelle perspektivet i en organisasjon er de formelle normene i organisasjonen som gjerne gjenspeiles i organisasjonskart, regler og instruksjoner.
- Det kulturelle perspektivet er mer uformelle normer, verdier, tradisjoner og organisasjonskultur som medlemmene i organisasjonen blir kjent med og påvirkes av gjennom erfaring og sitt daglige arbeid.
- Myteperspektivet fokuserer på at uformelle normer også kan komme fra omgivelsene, for eksempel i form av betraktninger om hva som er passende for en organisasjon som er et forbilde for andre.

3.2.1 Organisasjonsstruktur og meningsdannelse i kultur- og myteperspektivet

I studier av beslutningsprosesser fremhever Christensen et al. (2009) betydningen av et utvidet beslutningsbegrep. Dette innebærer at man undersøker hvordan en sak kommer på dagsorden i organisasjonen, hvilke handlingsalternativer som er mulige og hvordan konsekvenser vurderes forut for det formelle vedtaket. I dette utvidede perspektivet vurderes også iverksettingen av tiltaket i etterkant av beslutningen og tiltakets effekt. Fokus på vedtaksfasen alene kan gjøre at vi overser «meningsdannelsen» som skjer i offentlige organisasjoner når politiske strømninger og ønske om legitimitet i samfunnet påvirker organisasjonens symboler og verdier, og dermed medlemmenes holdninger og sympatier (Christensen et al., 2009). Fullt ut rasjonelle beslutningsmodeller ut fra instrumentelle og økonomiske hensyn, vil ha et begrenset bruksområde på grunn av problemer med kapasitet, forståelse og autoritet hos deltakerne i prosessen. Derfor må det ifølge Christensen et al. (2009) skje en utvelging av hvilke områder som skal vies oppmerksomhet, hvilke områder som skal overses og hvilke saker som skal ignoreres. Dermed dominerer verdigrunnlag og de kulturelle perspektiver ofte beslutningsprosesser i offentlige organisasjoner. Bevissthet rundt hensiktsmessig organisering kan imidlertid øke evnen til rasjonell kalkulasjon i organisasjonen (Christensen et al., 2009).

Begrepet «begrenset rasjonalitet» rommer disse problemene som forårsaker at komplekse offentlige organisasjoner ikke har klare og konsistente mål, samtidig som alternativer og konsekvenser blir ufullstendig belyst. Å skaffe seg et bedre beslutningsgrunnlag vil kreve mye tid og ressurser og full oversikt vil være tilnærmet umulig å oppnå. I slike situasjoner vil organisasjonene fatte beslutninger basert på «satisfiering» som innebærer at man velger et alternativ som er «godt nok» (Christensen et al., 2009).

Offentlig sektor skal tjene befolkningen gjennom å løse prioriteringer, utfordringer og konflikter med minst mulig ressursbruk. Allikevel er det et viktig prinsipp at demokratiske verdier er representert ved styringen av offentlige organisasjoner. Disse skal være lydhøre og ta beslutninger som gjenspeiler folks ønsker gjennom en offentlig debatt hvor verdier og holdninger testes og hvor forventninger og krav modifiseres og videreutvikles. Dermed ser vi at myteperspektivet er sentralt fordi offentlige organisasjoner er politiske aktører med dynamiske relasjoner til samfunnet og den politiske ledelsen. Gjennom dette samspillet påvirkes spillereglene for beslutningsprosedyrer og deltakerrettigheter slik at noen aktører,

konfliktlinjer og standpunkt tas inn mens andre tas ut av offentlige beslutningsprosesser (Christensen et al., 2009).

Oppfatningen av hva som er «passende» er sentralt i kulturbegrepet hos Christensen et al. (2009). Konseptet stammer fra March og Olsen (1983, i Christensen et al., 2009) sin logikk for passende atferd og er et motstykke til konsekvenslogikk. I dette ligger det at organisasjoner og deres medlemmer ikke nødvendigvis handler ut fra verken instrumentelt rasjonelle eller egennyttige motiver, men heller forholder seg til det de oppfatter som rimelig eller akseptabel atferd. Hva som er en passende handling bestemmes av organisasjonens kulturelle normer, erfaringer og historie. Dette utkrystalliserer seg som holdninger og følelser som vil være en kulturelt basert rettesnor i vanskelige og komplekse situasjoner og kan utløse standardiserte og intuitive handlinger hos medlemmene i organisasjonen. Disse handlingene forholder seg ikke nødvendigvis til demokratiske føringer eller rasjonelle prinsipper (Christensen et al., 2009).

3.2.2 Styring av beslutningsprosesser i et instrumentelt perspektiv

I det instrumentelle perspektivet antas ledelsen å ha evne til både rasjonell kalkulasjon og politisk og sosial kontroll. Styringen skjer i dette perspektivet enten gjennom hierarki eller forhandling (Christensen et al., 2009). I en enhetlig organisasjon hvor ledelsen har makt til å gjennomføre beslutninger og oppnå mål, vil styringen være hierarkisk. Her legges det vekt på målene som skal oppnås og ledelsens kunnskap om mål-middel-sammenhenger. I en sammensatt organisasjon hvor flere underenheter har motstridende mål, interesser eller innsikt, kan man oppleve at ingen har mulighet til å oppnå mål på egenhånd. Dermed blir organisasjonen avhengig av en praksis med forhandlinger og kompromisser. Organisasjoner kan dermed oppfattes som heterogene og mangfoldige med koalisjoner som handler til dels ut fra egne mål og interesser. Disse sprikende interessene kan til en viss grad være forankret i den formelle strukturen gjennom ulike ansvarsområder og hierarkisk plassering. Hver enkelt aktør kan handle formålsrasjonelt ut fra egeninteresse. I tillegg kan koalisjonen de inngår i også inkludere aktører utenfor organisasjonen (Christensen et al., 2009). Disse interessekonfliktene kan håndteres på flere måter. Dersom det er en klart dominerende koalisjon, vil denne få gjennomslag for sine mål og interesser i de fleste tilfellene. I Norge er det imidlertid mest vanlig at motstridende interesser fører til en kompromissløsning gjennom forhandlinger. En tredje mulighet er «kvasiløsning» av konflikten gjennom at saker med motstridende mål blir behandlet sekvensielt slik at de ikke blir konfrontert med hverandre.

Dette kan gi lite konsistente løsninger med kort holdbarhet. En variant av dette er at partene kommer frem til en løsning basert på at de tilfeldigvis er enige om virkemidlene, uten at det er tatt stilling til at aktørenes mål er motstridene (Christensen et al., 2009).

En situasjon hvor mange aktører har rett til å delta i en prosess er imidlertid ikke bare negativ. Mangfold og bred deltakelse vil gi et bedre beslutningsgrunnlag siden flere sider av problemstillingen blir belyst. Større kunnskapsgrunnlag gjennom bred involvering vil øke legitimiteten til beslutningen. Samtidig vil flere deltakere vanskeliggjøre hierarkisk styring og lede til påtvungne forhandlinger med lav grad av kontroll som gir risiko for utvidelse av konflikten og målforskyvning (Christensen et al., 2009). I en vanskelig beslutningsprosess med flere interessenter, er dermed ledelsens oppgave svært utfordrende. Ledernes egen innsikt i og forståelse av problemstillingen er av stor betydning for kvaliteten på beslutningen, samtidig som den «politiske» kontrollen over aktørene i prosessen er avgjørende for muligheten til å iverksette endringer (Christensen et al., 2009). Disse utfordringene for offentlig lederskap i beslutningsprosesser kan oppsummeres slik vi har gjort i figur 3.2.

Tabell 3.1 Utfordringer ved offentlig lederskap i beslutningsprosesser.

Utledet fra Christensen et al. (2009).

		Politisk kontroll	
		Høy	Lav
Ledelsens innsikt	Høy	Ledelsen må bruke store ressurser på å opparbeide seg ekspertise og delta mye selv i prosesser	Problemer med å iverksette endringer ("skrivebordsplaner")
	Lav	Lite gjennomtenkte planer og behov for nye reformer	Kaotiske eller anarkistiske prosesser uten løsning av samfunnets problemer og med økt grad av konflikt mellom aktørene

3.2.3 Stiavhengighet

Både Christensen et al. (2009) sitt kulturperspektiv og Jacobsen & Thorsvik (2019) sin inkrementelle modell rommer betraktninger om at beslutninger i organisasjoner over tid følger noen allmenne mønstre, bevisst eller ubevisst. Dette oppfatter vi som en felles plattform for de to teoretiske retningene. Sydow, Screyögg og Koch et al. (2009) som refereres av begge forfatterne, beskriver hvordan organisasjoner kan danne et mønster for hvordan beslutninger tas basert på at de tar med seg erfaringer fra tidligere prosesser. Medlemmene i organisasjonen havner i en selvforsterkende prosess hvor en bestemt handling eller måte å vurdere handlingsalternativer på blir dominerende. Til slutt er det ingen fleksibilitet i hvordan organisasjonen utfører handlingene eller vurderer handlingsalternativene. Uansett hvilken input som mottas, reproduseres den samme løsningen. Systemet blir ineffektivt da det ikke lenger er i stand til å tilpasse seg bedre alternativer. Dette kan ses på som at man trækker en sti som det er lettere å følge ved neste anledning. Dermed har begrepet «stiafhengighet» oppstått (Sydow et al., 2009). Dette kan være gunstig og effektivt for organisasjonen dersom man har havnet der som følge av aktiv læring og bevisste prosesser, men det kan også bli vanskelig å endre kurs dersom dette viser seg å skulle bli nødvendig. En organisasjon kan på denne måten bli fanget i en uheldig kurs hvor de nødvendige, korrigerende beslutningene ikke blir tatt.

3.3 Sammenstilling av teorien

Jacobsen og Thorsvik (2019) og Christensen et al. (2009) beskriver den normative tilnærmingen til rasjonelle beslutningsprosesser i komplekse offentlige organisasjoner på en sammenfallende måte gjennom henholdsvis modell 1, «Organisasjonen som rasjonell aktør», og det instrumentelle perspektivet med hierarkisk styring. De beskriver at en rasjonell beslutningsprosess foregår i en enhetlig organisasjon hvor det legges vekt på at klart definerte mål skal oppnås gjennom strategiske valg. Ledelsen har både kunnskap om mål-middel-sammenhenger og makt til å gjennomføre beslutninger for å oppnå sine mål. Samtidig bidrar arbeidsdeling og spesialisering til inngående kunnskap om problemkomplekset, mens koordinering sørger for at alle enkeltoppgaver blir ivaretatt og bidrar til å realisere det felles målet gjennom beslutninger i definerte beslutningsfora.

Jacobsen og Thorsvik (2019) sine øvrige modeller bidrar med forståelse for hvordan organisasjoner kan tilpasse seg begrenset rasjonalitet og hva som preger organisasjoner som ikke handler rasjonelt. Christensen et al. (2009) beskriver utfyllende hvordan offentlige

organisasjoner er vevd inn i komplekse politiske og samfunnsmessige nettverk, samtidig som det gjennom kultur- og myteperspektivet gis et bredt teoretisk grunnlag for å forstå hvilke mekanismer og årsaksforhold som ligger bak manglende rasjonalitet i beslutningsprosesser.

3.4 Forventninger til en rasjonell beslutningsprosess i Helgelandssykehuset 2025

Vår gjennomgang av relevant teori i kapittel 3.1 og 3.2 viser at følgende kriterier karakteriserer en rasjonell beslutningsprosess:

- A. Klare mål og tydelige strategier for hvordan disse skal nås
- B. Systematisk innhenting av all relevant informasjon i beslutningsprosessen
- C. Rangering av relevante alternativer gjennom grundig analyse av positive og negative effekter
- D. Valg av hvilke alternativer som skal være med videre i prosessen ved beslutningspunkter, og til slutt valg av det beste alternativet i definerte beslutningsfora med klare deltakerrettigheter

Tidligfaseveilederen er normativ og har flere kjennetegn som er typisk for den ideelle beslutningsprosessen (som definert i kap.3.1). Den har et tydelig fokus på at organisasjonen skal ha klare mål, samt strategier som gir retningen for hvordan målene skal nås (gjennom eksempelvis ulike mandater, styringsdokumenter, forutbestemte analyser m. m). Det fremkommer også tydelig i veilederen hvilke oppgaver som må utføres for å nå målet gjennom ulike faser og beslutningspunkter, og det legges opp til en arbeidsdeling i organisasjonen. Denne arbeidsdelingen medfører at grupper eller individ som utfører oppgaver får tid til å fokusere og begrense oppmerksomheten (spesialisering). Det legges opp til en prosjektorganisering som skal sørge for koordinering mellom ulike arbeidsgrupper, ledelsen, eier, ansatte og bruker for å kunne realisere felles mål. Veilederen legger opp til prosesser der aktørene har en klar forståelse av utfordringsbildet og målene, har fremskaffet informasjon om alle relevante alternativer og kan rangere dem utfra hva som gir det beste utfallet, og til slutt velger resultatet som oppfyller målet best. Videre er Tidligfaseveilederen tett knyttet opp til den formelle strukturen i helseforetakene, styringssystemet opp mot regionale helseforetak og departementet, samt ulike planverk og lov- og forskriftskrav.

Vår forventning til en ideell rasjonell beslutningsprosess for *Helgelandssykehuset 2025* er at denne ville startet med et mandat fra HN RHF som tok utgangspunkt i prosesskravene i

Tidligfaseveilederen. Her ville prosessens første steg være en Utviklingsplan med formulering av klare, overordnede mål for virksomheten og forsikring om at underliggende planer støtter opp om de overordnede målene. Deretter ville det blitt utarbeidet et mandat for Idefasen basert på de beslutningsalternativene som er kommet frem i utviklingsplanen. Idefasen ville startet med innhenting av informasjon om de ulike alternativene. Det ville vært en prosjektorganisering for prosessering av informasjon med evaluering og rangering av alternativer, samt koordinering mellom arbeidsgrupper og ledelse. Det ville vært en hierarkisk styring med klart definerte deltakerrettigheter som inkluderte eksperter, representanter fra ledelsen, eier, ansatte og brukere. Beslutningspunkter ville vært lagt opp etter Tidligfaseveilederens anbefalinger hvor en optimal struktur vedtas først sammen med et mandat for prosjektfasen og deretter lokalisering i et eget beslutningspunkt. Styremedlemmene, som beslutningstakerne i helseforetaket, ville på denne måten ha et optimalt beslutningsgrunnlag med full oversikt over alle alternativer og konsekvensene av disse. Styremedlemmene ville være bevisst både foretakets overordnede mål og §6 b i helseforetakets vedtekter om at de ikke skal representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper (HN RHF, 2014). De ville da samstemt valgt det alternativet som utredningsarbeidet viste ville maksimere nytten i forhold til målet.

4. Metode

I dette kapitlet beskriver vi vårt forskningsdesign, metodevalg, fremgangsmåte for analysen samt forhold som pålitelighet, troverdighet og overførbarhet.

Vår utdanning og yrkesvalg som leger gjør at det er den kvantitative og naturvitenskaplige forskningen som preger vår bakgrunn. Det har derfor vært krevende å omstille seg til å ta i bruk og forstå andre forskningsmetoder. I vår forskning tar vi utgangspunktet i den rasjonelle beslutningsteorien (nærmere omtalt i kapittel 3) for å analysere en beslutningsprosess (gjennom styresaker og protokoller) som vedrører sykehusstruktur og lokalisering av sykehus på Helgeland (*Helgelandssykehuset 2025*). Deretter sammenlignes den faktiske beslutningsprosessen med den rasjonelle beslutningsprosessen for å vurdere i hvilken grad de avviker og på hvilken måte. Vår problemstilling er som følger;

Var beslutningsprosessen som førte til et vedtak om fremtidig lokalisering og sykehusstruktur på Helgeland rasjonell?

Problemstillingen ble formet over tid etter gjennomgang av relevant litteratur, forskning og i dialog med veileder. Vi måtte på bakgrunn av problemstillingen velge et relevant forskningsdesign. Et forskningsdesign skal gi retning for analysen og beskrive hvordan informasjonen om virkeligheten ble fremskaffet, hvordan den skal analyseres, hva den kan si oss om forhold og prosesser, og systematikk, grundighet og åpenhet er viktige kjennetegn (Johannessen, Christoffersen & Tuft, 2016). Vi diskuterte ulike mulige forskningsdesign og metoder for å identifisere den eller de som var best egnet for vår problemstilling. Videre brukte vi mye tid på å avgrense og konkretisere tema og problemstilling.

4.1 Enkeltcasestudie-design

Med bakgrunn i vårt valg av tema og problemstilling var det nødvendig å studere beslutningsprosessen inngående. Kvalitativ metode egner seg godt for å undersøke fenomener vi ønsker å forstå i dybden (Johannessen et al., 2016), og forskeren ser etter mangfold og nyanser i kildene (Malterud, 2017). Vi mener vårt forskningsprosjekt kan beskrives som et casedesign da slike analyser karakteriseres av at ett eller flere tilfeller studeres inngående (Johannessen et al., 2016). Denne typen studier er brukt i organisasjonsforskning, og avgrenset oppmerksomhet og en detaljert beskrivelse av tilfellet er i god overenstemmelse med vårt forskningsprosjekt. Denne typen studier benytter gjerne kvalitative data som dokumenter, og målet er at forskningen skal gi leseren forståelse av temaet gjennom analyse,

tolkning og rapport. Designstrategier for casestudier kan ifølge Yin (2014) deles inn i 4 grupper ut fra antallet analyseenheter og case. Vårt design med en analyseenhet og en case kan benevnes som enkeltcasestudie-design hvor en prosess er analyseenheten. Yin (2014) og Johannessen et al. (2016) beskriver følgende seks faser som betydningsfulle ved gjennomføring av en slik undersøkelse:

1. Problemstillingen er ofte hentet fra praksis. Slik er det også i vår oppgave der beslutningsprosessen er analyseenheten og prosjektet *Helgelandssykehuset 2025* er casen.
2. Det gjøres et valg av teoretisk forankring eller antakelse. Vi har valgt teori om beslutningsprosesser som rammeverk. Bakgrunnen for dette er antakelsen om at offentlige byggeprosjekter ut fra styringsdokumenter og opinionen forventes å være rasjonell. Målet med undersøkelsen er å kartlegge om selve beslutningsprosessen var rasjonell.
3. Det må gjøres et valg av analyseenheter ut fra problemstillingen. Det er beslutningsprosessen(e) som i vår oppgave er definert som den enheten som analyseres. I vår oppgave valgte vi dokumentanalyse som metode (beskrives mer utførlig i neste avsnitt). Alle styresaker (inklusive vedlegg og presseprotokoller) fra styrene i HSYK HF og HN RHF ble systematisk gjennomgått og tolket i den aktuelle tidsperioden for prosjektet (2013-2019). Alle dokumentene ble katalogisert og lagret på et eget område for lett å kunne ha tilgang gjennom arbeidet. Det ble vurdert å bruke et eget analyseskjema, men etter å ha testet dette på noen dokumenter ble denne strategien forkastet i samråd med veileder.
4. Neste fase er den logiske sammenheng mellom data og teori. I vår oppgave var strategien for analyse av data basert på det forutbestemte teoretiske rammeverket, som fungerte som et filter gjennom analysearbeidet. Hensikten var å identifisere avvik fra den valgte teori.
5. Kriterier for tolkning av funn. I vår oppgave tolkes funnene fra dokumentanalysen (avvik eller ikke avvik fra den rasjonelle beslutningsprosessen og vi ser om funnene er i tråd med teorien, og hvis ikke, om dette kan forklares ut fra annen teori om beslutningsprosesser.
6. Avslutningsvis omtales rapportering. Johannessen et al. (2016) anbefaler kapittelinndeling og innhold i disse. I vår oppgave har vi valgt en tilnærmet lik disposisjon, men rekkefølge og innhold avviker noe uten at det svekker meningsinnholdet.

4.2 Dokumentanalyse

Vi valgte dokumentanalyse som metode for innsamling og analyse av kvalitative data i denne undersøkelsen. I forbindelse med beslutningsprosessen om struktur og lokalisering av sykehus på Helgeland foreligger en omfattende mengde av dokumenter. Majoriteten av disse er offentlig tilgjengelig, noe som gjør tilgangen og bruken av disse enkel. På bakgrunn av den store mengden dokumenter (akkumulert over en lang tidsperiode) valgte vi i samråd med veileder ikke å utvide metoderepertoaret med intervjuer og video slik vi initialt hadde tenkt. Dette fordi vi etter hvert innså at en kombinasjon av ulike metoder i dette tilfellet ikke var innenfor den fastsatte tidsrammen for denne undersøkelsen, og kanskje ikke var ønskelig for å besvare problemstillingen. Vurderingen av kildene, med utgangspunkt i problemstillingen og det teoretiske rammeverket, ble gjort i et deskriptivt perspektiv. Rådataene er beskrevet i en kronologisk rekonstruksjon av beslutningsprosessen (kapittel 5), og det ble beskrevet og drøftet steg i prosessen som vi vurderte som avvik fra det som ansees som den rasjonelle beslutningsprosessen (kapittel 6).

Dokumentanalyse kan også benevnes som en type kvalitativ innholdsanalyse og kjennetegnes av datainnsamling fra dokumenter som analyseres for å få frem vesentlige sammenhenger og betydningsfull informasjon om det forholdet i samfunnet vi ønsker å studere (Grønmo, 2004). Dokumentene brukt i denne type undersøkelser er overleverte beretninger fra en situasjon i fortiden som ikke er generert av forskeren selv og gir informasjon om et spesifikt tids- og stedsbestemt saksforhold (Johannessen et al., 2016). Ut fra forskerens eget ståsted analyseres levninger fra fortiden og gjennom et møysommelig arbeid rekonstrueres fortiden gjennom kildene. Hvilke dokumenter det tas utgangspunkt i og hvordan de analyseres er avhengig av problemstillingen. Relevant teori brukes sammen med kildene og begge brukes som verktøy for analyse av tekst for å fremstille en helhet. Analyser av faglige dokumenter vil som hovedregel ha som formål å gi en nøytral beskrivelse av de vesentlige deler av tekstens innhold (Johannessen et al., 2016). Det er anbefalt å ha en strategi for systematisering ved gjennomgang av omfattende mengder dokumenter (for eksempel med analyseskjemaer), samt at kildene brukes på en informert og reflektert måte for å kunne trekke holdbare konklusjoner. For at forskeren ikke skal vri på eller endre informasjon som hentes ut av kildene må de vurderes, tolkes og analyseres etter regler og elementene i kildekritisk tilnærming er autentisitet, troverdighet, representativitet og tolkning (Johannessen et al., 2016).

4.3 Datainnsamling fra kilder

Vi hentet informasjon fra en rekke kilder. Vi ble før undersøkelsen enige om at fokuset skulle være på de offentlig tilgjengelige dokumentene fra eierne av prosjektet *Helgelandssykehuset 2025*. Det ble derfor gjort en gjennomgang av sakslistene i alle styremøtene i HSYK HF og HN RHF i tidsperioden 2013-2019. Tidsperioden er sammenfallende med da prosjektet startet gjennom en bestilling fra HN RHF til HSYK HF og da endelig beslutning ble tatt av HSYK HF i november 2019. Vi gikk deretter gjennom alle saker (inklusive vedlegg og presseprotokoller) som omhandlet dette prosjektet og samlet disse på et eget område for å lette senere tilgang og bruk. Kildene ble hentet ut fra styresaksarkivene til de respektive foretakene som er åpent tilgjengelig på nettsidene. I tillegg har vi gjennomgått en rekke dokumenter som er identifisert gjennom analysen av styresakene og protokollene, og som har vært viktige for å forstå konteksten og prosessen. Tidligfaseveilederen, Nasjonal helse- og sykehusplan og en rekke analyser og rapporter utført av eksterne aktører i prosjektet er noen eksempler.

4.4 Etikk og juridiske aspekter

Studien er ikke meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, da den kun er basert på dokumentanalyse. Kildene er offentlig informasjon og det ble således vurdert ikke å være nødvendig å innhente samtykke fra produsenten av opplysningene.

4.5 Vår rolle som forskere - refleksivitet

Som forskere vet vi at utdannelse, faglig bakgrunn, erfaring og teoretisk tradisjon er av betydning for vår forståelse av virkeligheten. Vi er begge leger ansatt på Universitetssykehuset Nord-Norge og har i tillegg ulike lederroller i virksomheten. I tillegg er en av oss styremedlem valgt av de ansatte i HN RHF og har hatt dette vervet siden 2010 (utenom perioden 2014-2016). Dette betyr at en av oss har vært direkte involvert i deler av den beslutningsprosessen som analyseres, som er foretatt i krysningen mellom HSYK HF og HN RHF. Vi har begge røtter fra Helgeland og er født og oppvokst i henholdsvis Sømna og Alstahaug kommune (vertskommune for HSYK HF avdeling Sandnessjøen). Det ville være naivt å tro at våre erfaringer ikke påvirker vår forforståelse og forskningsprosessen som sådan. Vi har reflektert og diskutert vår nærhet til temaet i undersøkelsen og beslutningsprosessen, og det er naturlig å være kritisk til og kunne forkaste egne hypoteser vi hadde forut for undersøkelsen. Vi har forsøkt å være objektive i den deskriptive fremstillingen

av hendelsesforløpet i prosessen og hele tiden stått sammen om fremgangsmåte og konklusjoner for på den måten å kunne kvalitetssikre arbeidet. Ulike metodefeil eller skjevheter kan oppstå i kvalitativ forskning. Johannessen, Christoffersen og Tufte (2011) beskriver tilbøyeligheten til å søke og tolke informasjon for å støtte egne meninger som én mulig konsekvens av kognitiv skjevhet. Bevissthet rundt ulike former for kognitiv skjevhet har vært viktig i våre søk og tolkning av informasjon, men utelukker naturligvis ikke all risiko for dette.

Nærheten til beslutningsprosessen betyr også at vi har godt grunnlag for å forstå den, samtidig som vi hadde et godt overblikk over tidslinje, saksgang og dokumenter før undersøkelsen startet. Vi har brukt våre erfaringer fra Universitetssykehuset Nord-Norge og styret i HN RHF, kursene i masterprogrammet og teorien til å fortolke kildene våre. Bakgrunnen vår gir også god tilgang til virksomhetene, forståelse av styringssystemene og prosessene i spesialisthelsetjenesten.

Vårt utgangspunkt for valget av denne forskningsoppgaven var den store uenigheten og spenningen (både faglig og politisk) i beslutningsprosessen for struktur og lokalisering av *Helgelandssykehuset 2025*, og antakelsen om at slike prosesser er tuftet på rasjonalitet. Gjennom vårt arbeid har vi en nærhet til og stor kjennskap til prosessene som styrket interessen. Konflikter rundt større investeringer og funksjonsfordeling i helsevesenet er mer en normaltstand enn unntak og tanken var å tilnærme seg dette caset fra et vitenskapelig ståsted. Dette for å kunne undersøke om prosessene gjennomføres slik de er tiltenkt av staten og helseforetakene.

4.6 Pålitelighet, troverdighet og overførbarhet

Pålitelighet er knyttet til hvilke data som brukes i undersøkelsen, hvordan innsamlingen er gjort og bearbeidelsen av dem (Johannessen et al. (2016, s. 229). Vi har gjennom å gi en detaljert beskrivelse av bakgrunn og prosess for vår case, samt en åpen og inngående beskrivelse av hvordan vi har gått frem gjennom forskningsprosessen forsøkt å styrke påliteligheten til studien. Dataene er kilder primært fra offentlige instanser og må derfor kunne ansees som pålitelige, selv om det naturligvis er slik at betraktninger, uformelle prosesser og uenigheter som kan ligge til grunn for kilden ikke nødvendigvis fremkommer fullstendig.

Troverdighet eller intern validitet i en kvalitativ undersøkelse handler om i hvilken grad fremgangsmåten og funn gjenspeiler formålet med studien på en adekvat måte og stemmer med virkeligheten (Johannessen et al., 2016, s. 230). Vi brukte dokumentanalyse som metode og hadde et representativt utvalg av kilder fra ulike aktører som gav et bredt datagrunnlag. Vår langvarige kjennskap til beslutningsprosessen og de involverte virksomheter gjorde at vi var godt kjent med konteksten og kunne bedre skille ut relevant informasjon. Vi vurderte bruk av intervju med et utvalg av aktørene i HSYK HF og HN RHF, men da studien er en normativ analyse av beslutningsprosessen mener vi dette var best å utelate og at intervjuer mer hadde pekt på deskriptive forhold knyttet til kultur- og myteperspektivet (se kapittel 3.3). I tillegg er det usikkert om aktørene ville vært villig til å snakke åpent om det vår oppgave fokuserer på, nemlig bruddene med den rasjonelle prosessen (spesielt sett i lys av at beslutningen nylig er tatt og prosjektet fortsatt pågår).

Overførbarhet (ekstern validitet) sier noe om forskningens resultat er overførbart til andre områder enn det som studeres. Vi tror at noen av våre resultater i form av beskrivelser, forklaringer og fortolkninger av beslutningsprosessen for lokalisering og struktur av sykehus på Helgeland kan være gyldige for andre liknende beslutningsprosesser (som større investeringsprosjekter og funksjonsfordelinger) i helseforetak og forvaltningen for øvrig.

4.7 Styrker og svakheter

Vår gode kjennskap til organisasjonene og beslutningsprosessen i prosjektet *Helgelandssykehuset 2025* mener vi er en styrke for undersøkelsen. Vi argumenterer for at våre erfaringer gav en bedre forståelse av beslutningsprosessen. Det at alle kilder som er brukt er offentlige og lett tilgjengelige gjør at det er transparens for andre og kildene kan etterprøves. Den store mengden kilder som er gjennomgått og analysert styrker resultatene og fortolkningen, og reduserer risikoen for at vesentlige informasjon er utelatt. Bakgrunnen vår, nærhet til prosessen og at en av oss har deltatt i deler av beslutningsprosessen kan være en svakhet, og øker risikoen for at det kan ha oppstått kognitiv skjevhet. Videre er vår erfaring med kvalitativ forskning begrenset, noe som kan påvirke resultatene. Vi har derfor vært lyttende og åpne på innspill fra veileder i et forsøk på å begrense effekten av dette.

En annen mulig svakhet ved undersøkelsen er at vi kun har benyttet oss av én metode, og at disse kildene (dokumenter) i hovedsak fremstiller en mer formell kommunikasjon. Dette kan

gjøre at nyanser og kunnskap ikke blir avdekt. Ved å gjøre intervjuer i tillegg til dokumentanalyse kunne vi ha fanget opp mer av den uformelle kommunikasjon mellom virksomhetene og aktører og spenningen mellom ulike subkulturer og koalisjoner som ikke avdekkes i dokumentene. Vi mener at det hadde vært en risiko for strategiske svar fra intervjuobjektene da tidspunktet for intervju ligger nært beslutningen, og prosessen har vært omdiskutert og splittende i regionen. Med bakgrunn i den store mengden dokumenter i denne undersøkelsen (fra ulike kilder), at vi primært skulle sammenligne dokumenterbare faktiske forhold mot den rasjonelle beslutningsprosessen og etter råd fra veileder, valgte vi å utelate dette.

5. Empiri

I dette kapitlet gir vi først en kort oversikt over beslutningsprosessen for *Helgelandssykehuset 2025*, før vi beskriver prosessen detaljert og kronologisk i de neste delkapitlene. Kildene er hentet fra styresaksarkivene til de respektive foretakene som er åpent tilgjengelig på nettsidene, og en oversikt gjengis i tabell 5.1. I tillegg har vi gjennomgått en rekke dokumenter som ble identifisert gjennom analysen av styresakene og protokollene, og som har vært viktige for å forstå konteksten og prosessen. Tidligfaseveilederen, Nasjonal helse- og sykehusplan og en rekke analyser og rapporter utført av eksterne aktører i prosjektet er noen eksempler.

Tabell 5.1 Oversikt over kilder (antallet styresaker i prosjektet).

Årstall	Styresaker i HN RHF	Styresaker i HSYK HF	Styresaker totalt
2013	2	3	5
2014	0	0	0
2015	2	2	4
2016	2	9	11
2017	0	10	10
2018	4	7	11
2019	5	12	17
Sum	15	43	58

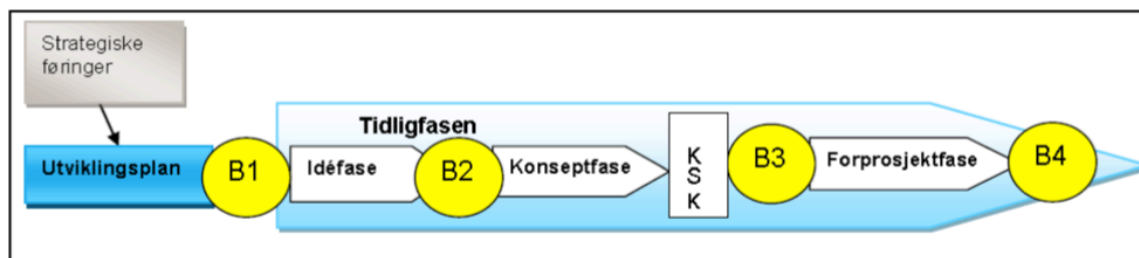
For å starte et investeringsprosjekt i helseforetak må det være utarbeidet en Utviklingsplan⁵. Dette forelå ikke for HSYK HF, og dette arbeidet måtte således gjennomføres før planleggingen av ny struktur og lokalisering av sykehus kunne starte. Etter at en Utviklingsplan er vedtatt, starter Tidligfasen som er en betegnelse på fasene et behov definert i en Utviklingsplan må gjennom for å bli utviklet til et byggeprosjekt. Tidligfasen avgrenses som perioden fra et godkjent mandat for oppstart av Tidligfasen (beslutning B1) til investeringsbeslutningen fattes (beslutning B4). I denne oppgaven er det Utviklingsplan med

⁵Plan som skal være grunnlaget for byggeprosjekt. Skal vise en tydelig utviklingsretning og føre til formålstjenlig bygg. Planen skal sammen med den økonomiske langtidsplan gi retning innenfor organisasjon og ledelse, samhandling og oppgavedeling, kompetanse, teknologi, utstyr og bygg.

overgang til Tidligfasen og dens første del kalt Idefasen (fra 2017 omdøpt til Prosjektinnramming) som ender i beslutningspunkt B2, som gjennomgås. Øvrige faser kommer i fremtiden. For raskt å orientere seg i de ulike fasene kan figur 5.1 og 5.4 være nyttig. I figur 5.2 vises en tidslinje for beslutningsprosessen med utvalgte milepæler.

Figur 5.1 Faser og beslutningspunkter i Tidligfasen.

Fra Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (IS-1369), av Helsedirektoratet, 2011.

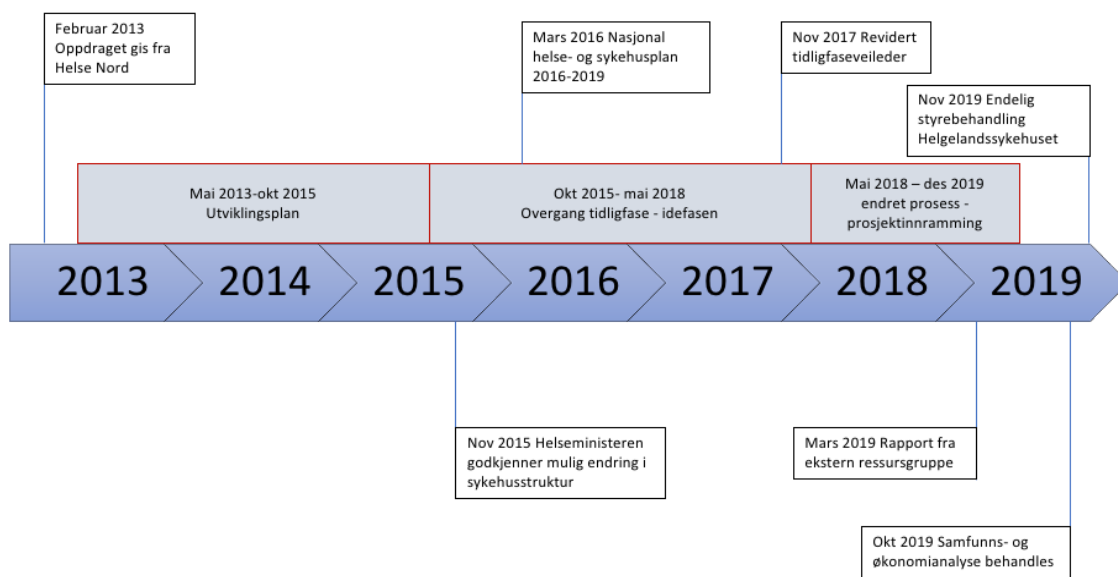


For å bistå leseren gir vi en kort overordnet beskrivelse av beslutningsprosessen i innledningen av dette kapitlet og i figur 5.2 presenteres en oversikt over noen sentrale deler av prosessen i prosjektet *Helgelandssykehuset 2025*.

HSYK HF fikk i 2013 et oppdrag fra HN RHF om å utrede hvordan foretaket var i stand til å møte dagens og morgendagens utfordringer gjennom et prosjekt som kalles en Utviklingsplan nærmere beskrevet i 5.1-5.2). Da Utviklingsplanen var fullført (etter høring og styrebehandling) og det var konkretisert hvilke alternativer (ett stort sykehus i ulike varianter) som var best for å løse problemene til HSYK HF, startet Tidligfasens første del, Idefase, i oktober 2015. Her ble det tatt utgangspunkt i behov og tiltak beskrevet i Utviklingsplanen og i tillegg ble mandatet for denne fasen utvidet med et strukturalternativ (2 sykehus) som ikke var forankret i Utviklingsplanen (som styret i HSYK HF forsøkte å fjerne flere ganger senere i prosjektet) (se 5.3-5.4). Idefasen stoppet opp av ulike årsaker (beskrevet i detalj i 5.5), og det ble gjort en større omorganisering av prosjektet i perioden august 2017 til mai 2018. Det ble tatt i bruk en revidert Tidligfaseveileder og prosessen ble «satt ut» til en ekstern ressursgruppe som ble ansett å være uhildet av HN RHF og HSYK HF. Denne gruppen konkluderte (etter offentlig høring) i mars 2019 med at den beste løsningen på problemet var alternativet med ett stort sykehus for hele Helgeland. Det ble i kjølvannet av denne rapporten utført supplerende utredninger fra styret i HSYK HF i form av seminarer og rapporter om forhold fra

fødselsomsorg og distriktsmedisinske senter til samfunnsanalyser og økonomiske forhold om bærekraft (omtalt i 5.6-5.7). I november 2019 vedtok styret i HSYK HF sykehusstruktur og lokalisering. Beslutningen om ett stort akuttsykehus i Sandnessjøen og omegn, var ikke i tråd med innstillingen fra administrasjonen.

Figur 5.2 Tidslinje for utvalgte deler og hendelser i beslutningsprosessen for prosjektet Helgelandssykehuset 2025.



5.1 Mandatet

HSYK HF fikk i Oppdragsdokumentet 2013 (HN RHF, 2013b) følgende oppdrag fra HN RHF: «Helgelandssykehuset HF skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste på Helgeland i samarbeid med kommunene og styrke forskning, fagutvikling og utdanning». Hensikten med dette oppdraget var å kartlegge på hvilken måte HSYK HF var i stand til å håndtere utfordringer knyttet til rekruttering og det å opprettholde samt videreutvikle robuste fagmiljøer. HN RHF gav i styresak 37-2013/3 HSYK HF et mandat med tittelen «Utredning av fremtidig somatisk sykehusstruktur for Helgelandssykehuset HF» (HN RHF, 2013a). Prosjektet (som senere fikk navnet Utviklingsplan) fikk en frist for gjennomføring til 01.05.2014. Bakgrunnen for mandatet var erkjennelsen av at en desentral struktur med tre sykehusenheter med behov for betydelige investeringer i både utstyr og bygg (på tre steder) var en krevende situasjon økonomisk. Denne strukturen gav i tillegg utfordringer med mange små og sårbare vaktstjikt for

legespesialister. Det ble beregnet et behov for 44 nye legespesialister i løpet av en 10-15 års periode på bakgrunn av naturlig avgang, samt endrede krav til vaktbelastning både fra helsemyndigheter, men også som følge av legenes behov. Videre ble det beskrevet de endringer som fulgte av samhandlingsreformen og den endrede demografiske og teknologiske utviklingen. Dette sammen med helsepolitiske mål og føringer gav en mulighet for å utrede spesialisthelsetjenestetilbudet på Helgeland for fremtiden. Mandatet er gjengitt i boks 5.1 (HN RHF, 2013a).

Boks 5.1 Mandat Utviklingsplan HSYK HF

Helse Nord RHF ber Helgelandssykehuset konsekvensutrede

- Befolkningens behov for spesialisthelsetjenester lokalisert til Helgeland
- Demografisk og epidemiologisk utvikling
- Faglig og teknologisk utvikling
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Samhandling med de andre helseforetakene i Helse Nord
- Helse Nord sin strategi om mest mulig behandling nært der pasienten bor
- Endringer i pasientrollen med særlig fokus på økt brukermedvirkning.

Utredningen bør utrede og beskrive minimum 3 ulike alternative modeller for organisering av spesialisthelsetjenester som ivaretar overnevnte kriterier:

- Fremskrive nåværende modell
- Utrede en modell med tre klinikker lokalisert til nåværende sykehus og et nytt «sengesykehus»
- Utrede en modell hvor man legger ned all somatisk aktivitet i nåværende sykehuslokalisasjoner og bygger et nytt sykehus

Utredningen må ha høyt fokus mot hvordan man bygger gode, solide fagmiljø i de neste 10-15 årene. Det må være et tett samarbeid med kommunehelsetjenesten, tillitsvalgte og vernetjenesten.

Helgelandssykehuset HF organiserer selv utredningen. Prosjektet skal ferdigstilles inne 1.5.2014.

5.2 Utviklingsplanen

Styresak 40-2013 «Utredning av framtidig somatisk sykehusstruktur for Helgelandssykehuset HF»

Det ble vedtatt oppstart av prosjektet med en Utviklingsplan for somatisk virksomhet i HSYK HF's styre i styremøte 28.05.2013. Denne styresaken gav en beskrivelse av rammeverket som lå til grunn for videre planlegging og organisering av arbeidet med Utviklingsplanen.

Tidligfaseveilederen for sykehusplanlegging var et sentralt dokument i saken. Denne veilederen var utgitt av Helsedirektoratet, som anbefaler at den brukes i alle byggeprosjekter.

Formålet med veilederen var å bidra til effektive og målrettede prosesser, og brukes som et verktøy i den tidlige fasen av planleggingen i investeringsprosjekter i sykehus (både i helseforetak og i regionale helseforetak) (Helsedirektoratet, 2011).

Veilederen stilte krav til en overordnet Utviklingsplan i helseforetaket før oppstart av planprosessen. Styresaken beskriver hvordan struktur og organisering for Utviklingsplanen planlegges i et eget vedlagt dokument; «Utredning av fremtidig somatisk sykehusstruktur for Helgelandssykehuset HF -

Struktur og organisering av konsekvensutredningen» (HSYK HF, 2013c). Vedlegget beskriver rammeverket, den strategiske forankringen, mål, organisering, intern og ekstern

medvirkning og økonomi. Styret vedtok følgende etter saksbehandlingen (HSYK HF, 2013a):

- Styret i Helgelandssykehuset HF slutter seg til administrerende direktør sitt fremlegg til organisering av konsekvensutredningen
- Administrerende direktør får fullmakt til å gjøre mindre endringer i organiseringen ved behov, men at endringer drøftes med tillitsvalgte og vernetjenesten.
- Styret ber om at det til neste styremøte legges frem et styringsdokument for utviklingsplanen, med sammensetning av de ulike arbeidsgruppene, og en milepælsplan for arbeidet.
- Styret ber om at det legges fram et detaljert kostnadsoverslag for utredningsprosessen i neste styremøte.
- Styret ber om at prosjektet ferdigstilles innen 1. mai 2014.

I juni 2013 behandlet styret i HSYK HF en oppfølgingssak knyttet til sak 40-2013. Styresak 52-2013 «Utredning av framtidig somatisk sykehus - struktur for Helgelandssykehuset HF - Oppfølgingssak» (HSYK HF, 2013b). Denne inneholdt et oppdatert styringsdokument med en milepælsplan og sammensetningen av ulike arbeidsgrupper. Videre ble det definert suksessfaktorer og det ble fremlagt en innholdsliste for Utviklingsplanen. Tidsrammen ble

endret fra mai til desember 2014 etter innspill fra tillitsvalgte, kommunene og ut fra behov for tid til å inngå kontrakter for konsulentbistand. Styret tilsluttet seg innstillingen fra administrasjonen.

I perioden frem til prosjektet behandles på nytt i styret i HSYK HF var det jevnlig muntlige orienteringer, samt at prosjektet ble presentert i tematimer for styret. Utviklingsplanen ble utarbeidet av fire arbeidsgrupper sammen med bistand fra et eksternt firma. De områdene som ble kartlagt var framskriving av aktivitet, bygg, transport, stabilisering og rekruttering. Det var bred representasjon i de ulike arbeidsgruppene som besto av fagfolk, tillitsvalgte, vernetjenesten, brukerrepresentanter og deltakere fra kommunehelsetjenesten. I tråd med tidligere vedtak var det Tidligfaseveilederen som var førende i prosessen. Den 29.10.2014 ble Utviklingsplanen ferdigstilt og sendt på høring med frist 1.mars 2015. De ulike modellene som var beskrevet for fremtidig struktur var følgende (HSYK HF, 2014):

- Alternativ 0: Fortsette som før
- Alternativ 1: Bygge ut de tre sykehusene
- Alternativ 2: Ett nytt sengesykehus og 3 klinikker (DMS-er) lokalisert til nåværende sykehus
- Alternativ 3: Ett nytt samlet sykehus

Utviklingsplanen konkluderte med at alternativ 2 og 3 skilte seg klart ut som de foretrukne, og burde være med videre i neste fase av prosjektet ut fra en totalvurdering av både kvalitative og kvantitative områder som var beskrevet i arbeidet. Majoriteten av høringssvarene anbefalte at alternativene 2 og 3 burde utredes videre. I styresak 26-2015 «Utviklingsplan» den 30.04.2015 ble planen og høringssvarene gjennomgått. Behandlingen av saken var på dette tidspunktet fem måneder forsinket. Styret i HSYK HF vedtok at disse to alternativene skulle utredes i neste fase av prosjektet og ba om bistand fra HN RHF i arbeidet med å utvikle mandat for neste fase (Idefasen). I tillegg vedtok styret at tilbudet innenfor psykisk helsevern og rus skulle inkluderes i videre faser.

HN RHF behandlet 27.05.2015 styresak 52-2015 «Helgelandssykehuset HF – Utviklingsplan 2025». Dette var en naturlig oppfølging av beslutningen fra HSYK HF sitt styre da de vedtok å gå videre til Idefasen (starten av Tidligfasen) i prosjektet med alternativ 2 og 3. Saken oppsummerer hovedfunnene i Utviklingsplanen samt styresaken og beslutningene fra HSYK HF sitt styre. HN RHF tok Utviklingsplanen til orientering, og ba samtidig administrerende

direktør sammen med HSYK HF å utarbeide et mandat for Idefasen. Da vedtaket og konklusjonene i Utviklingsplanen medførte mulig endringer i sykehusstruktur på Helgeland ble saken sendt til Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte (HN RHF, 2015b).

5.3 Overgang til Tidligfasen - Idefase

Styresak 76-2015 «Forslag til mandat for idéfasen i Helgelandssykehuset 2025»

I HSYK HF sitt styre ble det den 29.10.2015 gjennomgått og vedtatt mandat for Idefasen *Helgelandssykehuset 2025*. Målsetningen var å utrede alternativ 2 og 3 fra Utviklingsplanen med tanke på fremtidig organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet på Helgeland.

Rammeverk og føringer ble beskrevet som arbeids- og funksjonsfordeling i det regionale helseforetaket, HSYK HFs egne styrevedtak, Utviklingsplan 2025, Nasjonal helse- og sykehusplan (utkast som var planlagt behandlet vår 2016) og Tidligfaseveilederen. Det skulle kartlegges prinsipielle alternative løsninger (HSYK HF, 2015):

1. I alternativ 2 skal det utredes ett komplett sykehus (tidligere omtalt som sengesykehus) med inntil tre lokalmedisinske sentre (LMS) lokalisert til dagens sykehus og LMS i Brønnøysund. Det bør også åpnes for andre kombinasjoner. Hva LMS-enes faglige innhold, størrelse og oppgaver skal være, vil avhenge av de føringene som kommer i ny nasjonal helse- og sykehusplan.
2. I idéfasen skal også behovet for et indremedisinsk sengetilbud ved en eller flere av de desentraliserte lokasjoner vurderes. Lokalisering av det nye Helgelandssykehuset vil påvirke dette behovet.
3. Utredning av alternativene skal også inkludere psykisk helsevern og rus. Det betyr at vi ikke skiller mellom psykisk helse og fysisk helse når det gjelder lokalisering og organisering.
4. Det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet/LMS i Brønnøysund skal styrkes i tråd med rapporten «Desentraliserte spesialisthelsetjenester/LMS Brønnøysund» datert 19.12.2014.
5. Utviklingsplanens 0-alternativ skal videreutvikles på en måte som gjør det mulig for Helgelandssykehuset å gå videre til neste fase i prosessen.

6. Utredningen skal beskrive et moderne prehospitalt tilbud som sentralt element i den akuttmedisinske kjeden. Den skal også vise hvordan den prehospitalt aktiviteten er tilpasset en ny organisering og lokalisering av spesialisthelsetjenesten. Mulige konsekvenser av å endre lokalisering av luftambulansetjenesten skal også utredes.
7. Idéfaseutredningen skal inneholde minst to forslag til lokalisering av sykehuset. Her skal det, i samarbeid med Helse Nord RHF, utvikles et sett kriterier som lokaliseringalternativene skal vurderes mot. Anerkjente metoder og kriterier fra andre prosjekter skal legges til grunn. Samfunnsmessige konsekvenser skal analyseres og transportkostnader skal beregnes for alle alternativer.
8. Idéfaseutredningen skal inneholde en ny bærekraftsanalyse basert på nåværende inntektsfordelingsmodell og alle kjente forhold som påvirker den økonomiske situasjonen.

Det ble planlagt innleie av prosjektstøtte, og en milepælsplan med styrebehandling av rapporten i januar 2017 (se figur 5.3). Styret vedtok mandat (for Idefasen) som ble oversendt til HN RHF for endelig godkjenning, og det ble samtidig bedt om en oppfølgings sak hvor mandatet skulle operasjonaliseres av administrerende direktør i HSYK HF. På dette tidspunktet ble beslutningspunkt B1 jamfør Tidligfaseveilederen fullført (figur 5.1).

Den 17.11.2015 avholdes det et foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og HN RHF. Bakgrunnen var den mulige endringen av sykehusstruktur på Helgeland som følge av Utviklingsplan 2025. Foretaksmøtet vedtok følgende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015):

Foretaksmøtet viser til styret i Helse Nord RHF sin behandling av sak 52-2015 Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025 og godkjenner at Helse Nord RHF utarbeider mandat for idéfasearbeidet som innebærer at sykehusstrukturen i Helgelandssykehuset HF kan endres.

Figur 5.3 Milepælsplan for Idefasen i prosjektet Helgelandssykehuset 2025.

Fra Forslag til mandat for idefasen i Helgelandssykehuset 2025, av HSYK HF, 2015.

Milepæl	Tidspunkt
Forslag til mandat for idéfasen	29. oktober 2015
Oversendelse av mandat til Helse Nord RHF	30. oktober 2015
Foretaksmøte HOD	November 2015
Behandling i Helse Nord RHF	November 2015
Plan for prosjektorganisasjon, inklusive avklaring av rammeforutsetninger	November - desember 2015
Oppstart av idéfasen	Januar 2016
Arealanalyser inkludert definering av dimensjonerende forutsetninger, primært kvalitetssikring av analysene fra utviklingsplanen	Januar – februar 2016
Alternativ analyse med evaluering	Februar – mars 2016
Plan for gjennomføring av konseptfasen	August 2016
Ferdig idéfase til styret for godkjenning	September 2016
Styrebehandling – godkjenning av idéfase, dokument og plan for konseptfase	Desember 2016
Oversende idéfaserapporten sammen med styrets vedtak til Helse Nord RHF	Januar 2017

Styresak 136-2015 «Helgelandssykehuset 2025 – idefase, mandat»

HN RHF behandlet i styremøte den 16.12.2015 forslaget til et justert mandat for Idefasen.

Den vesentligste endringen var at det i alternativ 2⁶ kunne utredes mulighet for et akuttisykehus med døgkontinuerlig beredskap i vaktbærende fag deriblant kirurgi i tillegg til et stort akuttisykehus (jamfør scenarioene i Nasjonal helse- og sykehusplan). Milepælsplanen var også betydelig endret med en 11 måneders utvidet løpetid frem til desember 2017 før Idefaserapporten (med styret i HSYK HF sin beslutning vedrørende struktur og lokalisering) skulle oversendes HN RHF. Det var lagt til en kommunal og regional konsekvensutredning med høringer, samt en kvalitetssikring (som var selvpålagt da dette ikke var beskrevet i Tidligfaseveielederen). Styret i HN RHF vedtok følgende (2015a):

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner mandat Utredning idéfaseprosjekt

Helgelandssykehuset 2025 for utredningen av det framtidige tjenestetilbudet for

⁶ 1. *Stort akuttisykehus* er sykehus med opptaksområde på mer enn 60– 80 000 innbyggere, og har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter.

2. *Akuttisykehus* er sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavt og planlagt kirurgi (det *kan* ha akuttkirurgi hvis geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til prehospitaltjenester og værforhold gjør det nødvendig).

spesialisthelsetjenesten på Helgeland med den endringen i fremdriftsplanen som kom frem under behandling av saken.

2. Styret ber adm. direktør innen juni 2016 legge frem en styresak om hvilke alternativer som skal utredes videre i idéfasen, samt hvilke kriterier lokaliseringalternativene skal vurderes mot.
3. Styret ber adm. direktør rapportere utviklingen i prosjektet hvert tertial.

HSYK HF sitt styre behandlet prosjektplan for gjennomføring av Idefasen og avklaring av lokalisering og tomt i en parallell prosess den 12.02.2016 i sak 10-2016. Planen beskrev detaljert fremdriften med en tidslinje frem mot desember 2017 som forutsatt i mandatet. Prosjektet la opp til en omfattende prosess for medvirkning med syv arbeidsgrupper bestående av fagpersonell fra eget foretak, tillitsvalgte, representanter fra kommunehelsetjenesten og brukerrepresentanter. Videre ble det opprettet kommunal/fylkeskommunal referansegruppe. Styret tilsluttet seg prosjektplan og ba om løpende tilbakemelding hver måned.

I styremøtet til HSYK HF i juni 2016 var det en skriftlig orientering om prosjektets fremgang. I dokumentet beskrives det at prosjektet skrider frem som forutsatt, men at sluttdato er skjøvet fra desember 2017 til februar 2018 på bakgrunn av behov for forlengende høringsfrister.

5.4 Første forsøk på å endre mandatet

31. august 2016 hadde styret i HSYK HF tre styresaker som omhandlet Idefasen. Den første er en månedlig løypemelding som beskrev at alt gikk etter plan. I neste styresak 61-2016 «Kriterier for valg av lokalisering og tomt for sykehusbygg på Helgeland» ble det gått gjennom premissene for valg av kriterier som skulle vektas når lokalisering og tomtevalg skulle tas. Det var utarbeidet en rapport fra Sykehusbygg HF (på vegne av prosjektgruppen) som hadde vært på høring (22 hørings svar ble mottatt). Rammeverket for utformingen av kriteriene for lokalisering og tomtevalg for bygging av sykehus (både plan- og sykehusfaglige) var basert på lovverk, føringer og retningslinjer. Det ble påpekt at kriteriene for valg for lokalisering og tomt ikke alene vil benyttes som grunnlag for beslutning, men som et verktøy og støtte for beslutning der de sykehusfaglige utredningene skulle være retningsgivende. Administrasjonen i HSYK HF foreslo de tre regionsentrene Mo, Mosjøen og Sandnessjøen som aktuelle for lokalisering av sykehus (i det fjerde regionsentret

Brønnøysund var det planlagt et distriktsmedisinsk senter). Styret vedtok innstillingen fra administrasjon vedrørende kriterier og valg av mulige steder for lokalisering, men utvidet dette også til å inkludere Hemnes og Leirfjord sentrum (de påpekte selv at ved å gjøre dette fravikes kriteriene for by- og tettstedsnær plassering, samt byutvikling) (HSYK HF, 2016b).

I samme møte ble styresak 62-2016 «*Helgelandssykehuset 2025 – alternativer som utredes videre*» behandlet. Tidligfaseveilederen anfører at det i Idefaser skal gjøres et utvidet alternativsøk. Dette ble gjort av Sykehusbygg HF ved en enkel simulering og følgende alternativer for sykehusstruktur ble anbefalt av administrasjonen til styret (HSYK HF, 2016a):

- 0-alternativet (dagens løsning)
- Alternativ 2a – Stort akuttisykehus med inntil tre DMS
- Alternativ 2b-1 Stort akuttisykehus i kombinasjon med akuttisykehus og inntil 2 DMS

I vurderingen av utvidede alternativer ble tidligere skisserte alternativ 3 (ett stort akuttisykehus – uten annet tilbud) forkastet da det var i strid med Nasjonal helse- og sykehusplan. Videre ble også modellen med to likeverdige akuttisykehus (eventuelt med eller uten akutt kirurgi) forkastet da det ble antatt stor lekkasje innenfor kirurgisk behandling og fødselsomsorgen ut av foretaket, samt at dette ikke var i tråd med føringer fra Nasjonal helse- og sykehusplan. Styret i HSYK HF vedtok at kun 0-alternativet (i Utviklingsplan benevnt som alternativ 0) og alternativ 2a (ett stort akuttisykehus med inntil 3 DMS) skulle videreføres i Idefasen og endret således innstillingen fra administrasjonen (6 mot 5 stemmer).

HN RHF behandlet 22.09.16 styresak 104 «*Helgelandssykehuset 2025 idéfase - kriterier for valg av lokalisering og tomt for sykehusbygg på Helgeland, oppfølging av styresak 136-2015*» og styresak 105 «*Helgelandssykehuset 2025 - utredning av alternativer*». Styret stadfestet vedtaket fra HSYK HF sitt styre vedrørende kriteriene for valg av lokalisering og tomt. Videre ble regionsentrene Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen, samt Hemnes og Leirfjord sentrum vedtatt å være aktuelle steder for lokalisering av sykehusbygg (de to sistnevnte måtte begrunnes særskilt). Med hensyn til utredning av alternativer (struktur) vedtok styret å ta inn igjen alternativ 2b-1 (stort akuttisykehus i kombinasjon med akuttisykehus og inntil 2 DMS) (forkastet av styret i HSYK HF). Begrunnelsen var at det på dette tidspunkt ikke var faglige eller planmessige grunner til å ekskludere dette

strukturalternativet, samt at dette alternativet var omfattet av mandatet gitt tidligere og at det lå som en føring i Nasjonal helse- og sykehusplan (HN RHF, 2016).

Styresak 92-2016 «Idefasen *Helgelandssykehuset 2025*, rapport per oktober 2016»

Den 22.11.16 ble HSYK HF sitt styre orientert om prosjektet, det ble skissert en forsinkelse for endelig beslutning av sykehusstruktur, lokalisering og tomt fra februar 2018 til desember 2018. Årsaken fremkommer ikke klart av rapporten. I perioden frem til mai 2017 var det månedlige rapporter for å beskrive fremgangen i prosjektet. Det var ikke vesentlige endringer i disse rapportene.

I HSYK HF sitt styremøte 23.05.17 sa administrerende direktør opp stillingen sin (av integritetshensyn ifølge ham selv) etter at styret endret hans innstilling til vedtak. Styresak 57-2017 «*Helgelandssykehuset 2025 – planprogram for idéfasen*» beskrev forslag til planprogram for Idefasen (rammer og omfang av den videre utredningen) og en innsnevring av utredningsalternativer (struktur og lokalisering). Styresaken var understøttet av to rapporter fra et eksternt firma. Direktøren konkluderte med at Leirfjord og Hemnes ikke var «liv laga»⁷, og anbefalte nok en gang at disse to stedene for lokalisering gikk ut, og videre at utkast til planprogram og anbefaling av utredningsalternativer skulle gå ut på høring. Styret mente derimot at Hemnes og Leirfjord som lokalisering for ett stort akuttisykehus (alternativ 2a) fortsatt var aktuell (benevnt som alternativ 4 og 9 i styrevedtak – men begge favnes av strukturalternativ 2a jf. mandatet for Idefasen). Et samlet styre i HSYK HF vedtok følgende (2017):

1. Styret for Helgelandssykehuset vedtar å sende det framlagte planprogram ut på høring, med tilhørende vedleggsrapport og høringsbrev.
2. Styret ber om at Hemnes og Leirfjord inkluderes i planprogrammet for alternativ stort sykehus, dvs. alternativ 4 og 9.
3. Styret forutsetter at arbeidsgruppens rapport fra arbeidsgruppemøte 12.05.17, legges ved høringsrapporten.

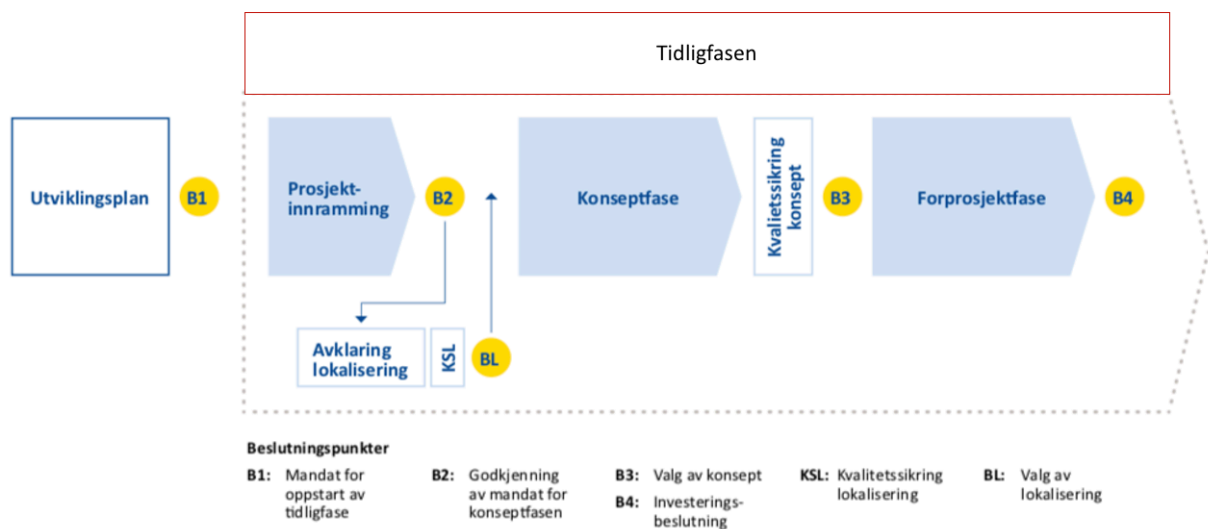
⁷Begrep fra Tidligfaseveilederen som betyr at tiltaket skal være relevant i forhold til Utviklingsplanen, gjennomførbart og økonomisk levedyktig.

I HSYK HF sitt styremøte august 2017 ble det i månedlig rapportering for Idefasen skissert betydelige forsinkelser (år) i henhold til opprinnelig plan, i tillegg til store økonomiske overskridelser sett opp mot budsjett. Sykehusbygg HF hadde foreslått flere nye muligheter for fremdrift i prosessen. Styret ba administrasjonen komme tilbake med forslag til ny organisering og videreføring av prosjektet i oktober 2017.

I september 2017 vedtok styret i HN RHF revidert Tidligfaseveileder, og at den i pågående byggeprosjekter skulle tas i bruk ved overgang til ny fase. Hensikten med denne revisjon var en forenkling av første del av planlegging av sykehusbygging og tydeligere styring av prosessene. Idefasen ble omdøpt til Prosjektinnramming, og beslutning om lokalisering ble tatt inn som eget beslutningspunkt adskilt fra Prosjektinnrammingen (Sykehusbygg helseforetak, 2017b) (se figur 5.4).

Figur 5.4 Revidert Tidligfaseveileder - fasene og beslutningspunkter i prosjektet som omhandler utredning og valg av lokalisering.

Fra Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter, av Sykehusbygg helseforetak, 2017.



5.5 Endring i prosessen – fast track

I perioden august 2017 til februar 2018 behandles det ikke saker vedrørende *Helgelandssykehuset 2025* i styrene til HSYK HF eller HN RHF (kun noe korte orienteringer).

Styresak 14-2018 «Helgelandssykehuset 2025 – videreføring av tidligfasen»

18.02.18 behandlet styret til HSYK HF en ny sak hvor det beskrives ett nytt forslag til videreføring av Tidligfasen (perioden fra Idefasen/Prosjektinnramming til vedtatt Forprosjekt), at denne gjennomføres i tråd med den nye Tidligfaseveilederen og at høringssvarene fra planprosessen⁸ tas med i denne nye prosessen. Bakgrunnen for denne vesentlige endringen av gjennomføring skyldes ifølge sakspapirene en rapport fra Sykehusbygg HF fremlagt for styret i HSYK HF i august 2017, og hovedforskjellene mellom opprinnelig og justert plan er visuelt fremstilt i figur 5.5 (HSYK HF, 2018a). Årsaken til endringene fremkommer ikke fullstendig av rapporten, men Sykehusbygg HF som prosjektleder anførte at endringer av strukturalternativer etter Utviklingsplanen hadde medført økt kompleksitet i oppgaven. Videre hadde byttet av personell, mangelfull oppfølging av underleverandører og forsinkelser fra Sykehusbygg HF medført en suboptimal prosess. Sykehusbygg HF bemerket også at det var en komplisert politisk prosess og at tilliten mellom partene ble oppfattet som svekket. Det ble fra kommunikasjonsavdelingen i HSYK HF (oppslag på interne nettsider) antydnet at styrets innlemming av Hemnes og Leirfjord som alternativer for stort sykehus var årsaken til forsinkelser og overskridelser (økte samlede struktur- og lokaliseringalternativene fra 7 til 9). Varigheten og kostnadene ved å følge opprinnelig plan ble av Sykehusbygg HF og administrasjonen i HSYK vurdert som ikke gjennomførbare.

Figur 5.5 Den nye prosessen.



Forklaring: Øverst vises tidslinje for opprinnelig prosess, nederst vises tidslinje for endret prosess jf. revidert Tidligfaseveileder. Fra Helgelandssykehuset 2025 – videreføring av tidligfasen, av HSYK HF, 2018a.

⁸ Arbeidet tidligere utført med tanke på kriterier for valg av lokalisering og tomt, samt grovsiling av steder for lokalisering jf. sak 57-2017 i Helgelandssykehuset.

Den nye prosessen for Idefasen ble kalt for Prosjektinnramming og det ble anført at dette var i tråd med den nye Tidligfaseveilederen. Gjennomføringen skulle akselereres ved å sette sammen en ressursgruppe med eksterne medlemmer som skulle foreslå endelig sykehusstruktur og lokalisering, i tillegg skulle medvirkningsarenaene både internt og eksternt forenkles. Den foreslåtte organiseringen i Prosjektinnrammingen og etableringen av en ekstern ressursgruppe ble vedtatt. Det ble presisert at de helsefaglige kriteriene var viktigst. Videre ba styret om at rapporten til den eksterne ressursgruppen gikk ut på høring, og at styret fikk rapporten som en del av det endelige beslutningsgrunnlaget for sykehusstruktur og lokalisering. Styret ba i tillegg om å bli forelagt et endelig mandat og sammensetning av ressursgruppen, en tydeligere plan for medvirkning, og en revidert fremdriftsplan og budsjett (inklusive plan for gjennomføring av bærekraftsanalyser) til styremøtet i mai 2018. Vedtak i HSYK HF sitt styre ble stadfestet i HN RHF sitt styremøte 28.02.18. Sakens innhold var for alle praktiske formål likt.

I HSYK HF sitt styremøte i mai 2018 (sak 41-2018) vedtas prosjektplan og mandat for videreføring av Tidligfasen (med fokus på første del i form av Prosjektinnrammingen) i tråd med saksfremlegget, som i all hovedsak var bygget på styresak 14-2018. Ressursgruppens deltakere ble endelig besluttet. Styret ba om at ressursgruppen i neste styremøte beskrev metode og fremdrift i arbeidet, samt at administrasjonen skulle oppsummere innspill fra kommunene i medvirkningsprosessen. Ny styreleder var oppnevnt i forkant av dette møtet og ny administrerende direktør ble tilsatt 16.04.18. HN RHF behandlet likelydende sak 23. mai 2018 (sak 69-2018), og vedtok prosjektplan og mandat. Styret i HN RHF forutsatte at HSYK HF skulle gjøre en konsekvensutredning⁹ før beslutningen om struktur og lokalisering (HN RHF, 2018). De ba samtidig om å holdes oppdatert om fremgangen gjennom foretakets tertialvise rapportering om byggeprosjekter.

I juni 2018 ble nok en sak fremmet for styret i HSYK HF. Dette var en orientering om en noe utvidet medvirkningsprosess med kommunene (tre ekstra dialogmøter i prosjektperioden), og at det etter vedtak i HN RHF ble lagt inn en ekstern konsekvensanalyse av prosjektrapporten for styrebehandling i HSYK HF, samt en justert fremdriftsplan med tentativ styrebehandling i HN RHF juni 2019 (om lag tre måneders lengre prosjektperiode).

⁹ Hensikt med en konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven er å sikre at vurderingen av miljø og samfunn blir hensyntatt under forberedelsen av planer og tiltak. Og videre hvilke vilkår som må ivaretas for å iverksette plan/tiltak. Tidkrevende og omfattende prosess som krever offentlig høring.

Den 03.12.2018 la ressursgruppen frem sin foreløpige rapport. Det ble samtidig avholdt den andre dialogkonferansen med kommunene, og administrerende direktør gjennomførte allmøter ved alle sykehusenhetene den 04.12.2018. Anbefalingen fra ressursgruppen var ett stort akuttpsykehus lokalisert til Mo i Rana (alternativ 2a), sekundært ble ett stort akuttpsykehus i Sandnessjøen foreslått (alternativ 2a). 0-alternativet (dagens struktur) og alternativ 2b-1 (et stort akuttpsykehus og et akuttpsykehus ble forkastet av gruppen). Den foreløpige rapporten ble sendt på høring med høringsfrist 01.03.2019.

5.6 Andre forsøk på endring av mandat

HSYK HF sitt styre fikk en muntlig orientering (sak 100-2018) fra administrerende direktør om prosjekt *Helgelandssykehuset 2025* (etter at foreløpig rapport fra den eksterne ressursgruppen var publisert) i styremøtet 14.12.2018. Styret valgte å be HN RHF på ny om mulighet til å endre mandatet for å kunne begrense strukturalternativer (punkt 4 i vedtaket). Styret i HSYK HF fattet følgende vedtak (2018b):

1. Styret tar administrerende direktørs redegjørelse til orientering
2. Styret er opptatt av at beslutningsgrunnlaget som legges frem for styret omfatter alle hovedområdene som skal til for å beslutte fremtidig struktur og lokalisering av et godt spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen på Helgeland.
3. Styret er tilfreds med at det gjennomføres en omfattende høringsprosess. Uavhengig av hvilke momenter som fremkommer i høringen, ber styret om at endelig beslutningsgrunnlag omfatter vurderinger av forhold som:
 - Psykisk helsevern og TSB
 - Fødetilbudet
 - Konsepter for desentralisert tilbud i DMS tilpasset forholdene på Helgeland, herunder tilbud til kronikere og skrøpelige eldre
 - Samhandling med kommunenes helsetjenester, herunder felles rekrutteringsutfordringer
 - Helhetlig helsetilbud i helseregionen
 - Konsepter for å ivareta øybefolkningens tilgjengelighet til tjenester
 - Vurderinger rundt utvikling av prehospital medisin, herunder muligheter for å flytte diagnostikk ut

- Vurderinger av teknologisk utvikling, både ift. transport med fly og helikopter, velferdsteknologi og fjerndiagnostikk
- Alternativskillende økonomiske forhold

4. Styret registrerer at det er stor tilslutning til en-sykehusmodellen. Styret ber derfor om at mandat for utredning av alternativer (RHF styresak 105/2016) justeres slik at det åpnes for at administrerende direktør kan legge frem et forslag til utredning som avgrenses til lokaliseringalternativer for ett stort akuttsykehus på Helgeland.

Styret i HN RHF behandlet styresak 169-2018 den 19.12.2018. Formålet var en vurdering vedrørende endring av mandatet for Prosjektinnrammingen i *Helgelandssykehuset 2025*, og en respons på vedtaket som nylig var gjort i HSYK HF sitt styre der de ba om avgrensning i mandatet til kun å inneholde strukturalternativer med ett stort akuttsykehus (alternativ 2a) i tillegg til 0-alternativet (eksisterende struktur). Administrerende direktør i HN RHF la frem et forslag til vedtak som støttet dette med bakgrunn i den klare anbefalingen fra den eksterne ressursgruppen og den store enigheten på Helgeland om struktur med ett stort sykehus. Det er i Tidligfaseveilederen anført at hvis et alternativ entydig fremstår bedre, kan antallet reduseres. I styremøtet endret administrerende direktør sitt forslag til vedtak etter at styret hadde diskutert saken. Styret i HN RHF vedtok ingen endring i mandatet, men ba om at saken ble forelagt styret på ny etter høringen, og at forslag til justert mandat da kunne presenteres.

Den 30. januar 2019 behandlet styret i HSYK HF sak 5-2019 (oppfølging av sak 100-2018) hvor administrerende direktør orienterte om arbeidet og videre plan for de temaene styret hadde bedt om skulle belyses utover ressursgruppens rapport i arbeidet med beslutningsgrunnlaget for struktur og lokalisering. Det var en liknende orienteringssak (sak 15-2019) i styremøtet den 26.02.2019. Dagen etterpå fikk styret i HN RHF en orienteringssak (sak 22-2019/5) på lik linje som styret i HSYK HF og innholdet var likt foruten at det i HN RHF sin sak var anført at det skulle gjøres en konsekvensutredning eventuelt en samfunnsanalyse i tillegg som ledd i beslutningsgrunnlaget (og at dette var i tråd med tidligere vedtak i sak 69-2018).

Det ble arrangert styreseminarer for å belyse styret i HSYK HF sine tilleggspunkter i utredningen (jf. punkt 3 sak 100-2018) første halvår 2019:

- Distriktsmedisinsk senter (DMS) 30.01.2019

- E-helse og velferdsteknologi 26.02.2019
- Prehospitale tjenester 26.03.2019
- Fødselsomsorg 30.04.2019

Etter høringen (bestående av 136 hørings svar på samlet om lag 1000 sider) av ressursgruppens rapport ble det endelige resultatet presentert 19.03.19. Konklusjonen fra gruppen var entydig med hensyn til sin anbefaling om struktur med ett stort akutt sykehus (alternativ 2a) og flertallet i gruppen (7/8) anbefalte lokalisering i Rana kommune, og én anbefalte Alstahaug kommune (HSYK HF, 2019b). Hørings svarene viste bred støtte til strukturvalget, og i praksis var det ingen støtte til den foreslåtte to-sykehus-løsningen i mandatet (alternativ 2b-1). Det var stor uenighet om plassering av ett stort akutt sykehus med en klar polarisering mellom nord og sør på Helgeland (hyppig referert til som nord eller sør for Korgfjellet) og uenighet om ressursgruppens vektning av kriterier som ledet til valg av lokalisering.

Styresak 27-2019 «Helgelandssykehuset 2025 – videre arbeid med endelig beslutningsgrunnlag»

Den 27.03.2019 behandlet HSYK HF en sak hvor det beskrives behov for å ha et eget styreseminar som omhandler fødselsomsorgen (etter at dette er bemerket av flere av høringsinstansene i tillegg til at styret eksplisitt hadde bedt om dette i sak 100-2018). Det ble i tillegg ytret behov for å gjøre en samfunnsanalyse (dette på bakgrunn av tidligere vedtak i HN RHF, samt at om lag 1/3 av høringsinstansene savnet dette i ressursgruppens rapport og at de samfunnsøkonomiske virkningene ble problematisert av firmaet som gjorde en ekstern evaluering av ressursgruppen sin rapport). En samfunnsanalyse ville forsinke Prosjektinnrammingen for beslutning av struktur og lokalisering ytterligere med omtrent 6 måneder. Videre ble det presentert en alternativskillende økonomianalyse. Denne viste at det var høyst usikkert om alternativet med ett stort akutt sykehus (alternativ 2a) i nybygg var mulig å finansiere og ha bæreevne til, og pekte på at rehabilitering i kombinasjon med nybygg var vesentlig rimeligere. Denne økonomiske analysen ble kritisert av blant annet Vefsn og Alstahaug kommune for å være unøyaktig og gi et feilaktig bilde vedrørende både bærekraften og favorisering av rehabilitering kontra nybygg (blant annet gjennom en juridisk vurdering). Administrerende direktør redegjorde videre for hvordan hun skulle bygge opp det endelige beslutningsgrunnlaget gjennom en rekke punkter opplistet i boksen under (HSYK HF, 2019c). Styret i HSYK HF besluttet å gjennomføre både styreseminar og en

samfunnsanalyse. Administrerende direktør ble bedt om å utarbeide et konkurransegrunnlag for samfunnsanalysen og at dette ble lagt frem for styret i et ekstraordinært styremøte.

Boks 5.6 Plan for oppbygging av endelig beslutningsgrunnlag

1. Ressursgruppas endelige rapport
2. Høringsrapporten
3. Ni (sju) punkter styret har bedt om ytterligere vurderinger av. Her inngår styreseminarene 30. januar, 26. februar og 27. mars (fødeseminar 30. april)
4. Innhentet dokumentasjon fra kommunene på Helgeland (strategiske planer for helse- og omsorgssektoren samt rekrutteringsplaner)
5. Innhentet dokumentasjon fra andre helseforetak
6. Alternativskillende økonomisk analyse/bæreevneanalyse
7. Samfunnsanalyse

5.7 Tredje forsøk på å endre mandatet

I styremøtet til HSYK HF i april 2019 orienteres styret om fremgangen i prosjektet og konkurransegrunnlaget for samfunnsanalysen. Administrasjonen innstilte på å ta saken til orientering, samt vedta konkurransegrunnlaget for samfunnsanalysen. Styret endret på vedtaket og ba kommunene og fylkeskommunen om å komme med innspill på analyseområder og forslag til avgrensning av strukturalternativer for sykehus og steder for lokalisering som skulle inngå i analysen. Styret uttrykte et behov for å sikre legitimitet for innholdet i samfunnsanalysen, da flere av kommunene i forkant hadde uttrykt et ønske om å delta i dette arbeidet (i form av brev til helseforetaket). Videre ba styret om en fornyet alternativskillende økonomisk- og bærekraftsanalyse. Til slutt ba styret for tredje gang HN RHF om mulighet til å avgrense mandatet med hensyn til antallet strukturalternativer som skulle utredes (de ønsket å ta ut alternativene 2b-1 - ett stort akuttisykehus og et akuttisykehus, altså kun ta med 0-alternativ og alternativ 2a - ett stort akuttisykehus). Bakgrunnen for dette var at høringen av ressursgruppen sin rapport nå var gjennomført (og at HN RHF hadde lagt opp til en revurdering av mandat når denne var gjennomført). Ingen av høringssvarene hadde pekt på alternativ 2b-1 som styret i HSYK HF ba om å få mulighet til å utelate i videre utredning (HSYK HF, 2019a).

I sak 68-2019 behandlet styret i HN RHF forespørsel fra HSYK HF om mulighet til å utelate alternativ 2b-1 fra videre utredninger. Administrerende direktør (som i desember 2018 anbefalte nettopp dette) innstilte på at mandatet for Prosjektinnrammingen skulle beholdes uendret, da hans vurdering var at HSYK HF var i behov for mer kunnskap før en slik beslutning kunne fattes. Dette stod i kontrast til saksfremlegget fra desember 2019 da direktøren innstilte på å innskrenke mandatet. Styret støttet direktøren og beholdt opprinnelig mandat. I tillegg vedtok styret at inntil seks alternativer (varianter av 2a og 2b-1 begrenset til lokalisering i Mo i Rana, Mosjøen med omegn og Sandnessjøen med omegn) skulle beskrives i samfunnsanalysen (en begrensning av tidligere muligheter), og at beslutningen vedrørende struktur skulle forelegges HN RHF senest i november 2019, og først deretter skulle beslutningen om lokalisering fattes (HN RHF, 2019c).

Sak 59-2019 «Helgelandssykehuset 2025 - Kravspesifikasjon for samfunnsanalyse, oppdatering av alternativskillende økonomisk analyse og utkast til framdriftsplan»

I styremøtet til HSYK HF 18. juni gjennomgikk administrasjonen mottatte innspill fra kommunene i regionen på tema i samfunnsanalysen og ulike utredningsalternativer (struktur og lokalisering). Videre ble det skissert en oppdatering av den alternativskillende økonomiske analysen og fremlagt en fremdriftsplan. Styret vedtok midlertidig kravspesifikasjonen til samfunnsanalysen, med et forbehold om endringer etter innspill fra Fylkeskommunen som hadde fått en forlenget høringsfrist til 19.06.2019. Det ble avholdt et ekstraordinært styremøte 21.06.2019 hvor innspill fra Fylkeskommunen ble vurdert. Konklusjonen ble å opprettholde vedtak fra 18. juni 2019 da det ble vurdert slik at ingen nye forhold ble belyst. Styret innsnevret alternativene til struktur og lokalisering til fem som vist i tabell under (HSYK HF, 2019d).

Styret i HSYK HF fikk i august 2019 en orientering om fremdrift i prosjektet *Helgelandssykehuset 2025*. Det var inngått avtale med firma med hensyn til både samfunnsanalysen og en oppdatert alternativskillende økonomisk analyse. I et ekstraordinært styremøte 03.09.2019 ble styret orientert om fremdrift og plan for den alternativskillende økonomisk analyse, samt en presentasjon av metodikk fra firmaet. På det ordinære styremøtet 26.09.2019 fikk styret en ny orientering om medvirkning fra kommunene og fylkes-

Tabell 5.1 De fem ulike alternativene for struktur og lokalisering som ble valgt ut. Fra Presseprotokoll, av HSYK HF, 2019d.

Alternativ	Stort akutt sykehus (SA)	Akutt sykehus (A)	Distriktmedisinsk senter (DMS)	Distriktmedisinsk senter (DMS)	Distriktmedisinsk senter (DMS)
0-alternat.	Mo i Rana Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund		
2a (1)	Mo i Rana		Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund
2a (2)	Sandnessjøen og omegn*		Mo i Rana	Mosjøen	Brønnøysund
2a (3)	Mosjøen og omegn		Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund
2b-1 (1)	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund	
2b-1 (2)	Sandnessjøen	Mo i Rana	Mosjøen	Brønnøysund	

* Sandnessjøen og omegn (herunder Leirfjord), jfr. HN RHF sak 68/ 2019, pkt. 4

kommunen til samfunnsanalysen og en tentativ innholdsfortegnelse på kommende styresak om struktur og lokalisering. I tillegg ble det gitt en løypemelding på samfunnsanalysen, oppdatering av den alternativskillende økonomiske analysen og de andre særskilte temaene styret hadde bedt om skulle belyses før beslutning (eks. føde, distriktmedisinsk senter, prehospitale tjenester m. m).

Helseministeren møtte 24.10.19 fylkesrådslederen og representanter for alle kommunene. Styreleder og administrerende direktør fra HN RHF og HSYK HF deltok også i dette møtet.

Styresak 11-2019 «Helgelandssykehuset 2025: Samfunnsanalyse og alternativskillende økonomisk analyse»

Den 30.10.2019 behandlet styret i HSYK HF en orienteringssak hvor resultatene av disse to analysene ble presentert. Samfunnsanalysen så på de samfunnsmessige virkningene av valget av sykehusstruktur på Helgeland (både alternativ 2a og 2b-1, samt lokaliseringen). Foretakets økonomi og befolkningens helsemessige konsekvenser ble ikke vurdert her. De viktigste funnene er oppsummert i boks 5.7 (Menon Economics, 2019).

Analysen av tidligere betraktninger vedrørende alternativskillende økonomiske forhold viste at det var usikkerhet knyttet til beregningene (ÅF Advansia AS, 2019). Det vesentligste forholdet var at nybygg hadde lavere kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold, og at

kostnadene som var lagt inn for rehabilitering/ombygging av eksisterende bygg kun var for teknisk oppgradering (tilbakeføring til opprinnelig standard - grenser mot vedlikehold).

Boks 5.7 Oppsummering funn i samfunnsanalyse

- Stort behov for nyrekruttering (alle konsepter).
- Økt vare- og tjenestekjøp og kommunalt tjenestetilbud, behov for nye boliger
- Sysselsetting og utflytting rammer Sandnessjøen hardest ved tap av sykehus.
- Verken sykehusendring eller medfølgende endringer i næringsliv gir ytterligere flyttevirkninger eller endret befolkningsvekst i regionene.
- To-sykehusløsning gir minst reisetid for pasienter, ved ett sykehus gir Mosjøen minst reisetid for pasientene.
- Ett sykehus i Mo i Rana gir kortest reisetid for de ansatte, og sannsynligvis gir dette også lavest samlet reisetid (usikkerhet gjør at ett sykehus i Mosjøen kan gi lavest samlet reisetid).
- Rekruttering enklere ved ett sykehus.
- Noe lettere rekruttering til Mo i Rana (størrelse, nærhet til studiested).
- Rekruttering av fastleger og annet helsepersonell i kommunen kan være best ivaretatt med to-sykehusløsningen.
- Ett sykehus vil være en fordel for forskningsaktiviteten.
- Sentrum som plassering foretrekkes (i omegn gir kun fordel ved å tilrettelegge for pendling mellom vertskommuner).

Kostnader for ombygging eller standardheving av gamle bygg ville bli vesentlig høyere (med en faktor på mellom 3 til 7). Firmaet mente dette ikke påvirket det overordnede bildet mellom alternativene.

Stortinget behandlet 26.11.19 sak 10 (Innst. 40 S (2109-2020)) som var et forslag fra Senterpartiet og Arbeiderpartiet (to dager før styrebehandlingen i HSYK HF) om å utvide videre utredning til å inkludere to fullverdige sykehus. Forslaget ble nedstemt (Stortinget, 2019).

5.8 Endelig beslutning om struktur og lokalisering

Styret i HSYK HF behandlet den 28.11.19 styresak 115-2019 «*Helgelandssykehuset 2025: Anbefaling om struktur og lokalisering*». Møtet hadde en varighet på 6 timer og i praksis var

det kun denne saken som ble behandlet. Det var 32 vedlegg til selve styresaken som var 54 sider lang. Alt i alt utgjorde saken og dens vedlegg over 1000 sider. Administrerende direktør la frem et forslag til vedtak med et hovedsykehus i Mo i Rana og et akuttsykehus (men med fødeavdeling og akuttkirurgisk beredskap) i Sandnessjøen (HSYK HF, 2019e). Det er uklart hvilket strukturalternativ dette passet med og administrerende direktør angav at dette var ekvivalent til alternativ 2b-1 (men passet bedre med 0-alternativet med tillegg av at sykehuset i Mosjøen skulle legges ned). Det ble fremmet to alternative forslag til vedtak. Det ene var et forslag med et stort akuttsykehus i Sandnessjøen (og omegn) og et akuttsykehus i Mo i Rana (alternativ 2b-1). Det andre forslaget til vedtak foreslo ett stort akuttsykehus lokalisert til Sandnessjøen og omegn (alternativ 2a). Det var dette siste som ble vedtatt med 7 mot 4 stemmer.

6. Diskusjon

I dette kapitlet diskuterer vi funnene våre i empirien opp mot det teoretiske rammeverket. Vi vil benytte oss av kriteriene som vi i kapittel 3 fastslo at karakteriserer en rasjonell beslutningsprosess:

- A. Klare mål og tydelige strategier for hvordan disse skal nås
- B. Systematisk innhenting av all relevant informasjon i beslutningsprosessen
- C. Rangering av relevante alternativer gjennom grundig analyse av positive og negative effekter
- D. Valg av hvilke alternativer som skal være med videre i prosessen ved beslutningspunkter, og til slutt valg av det beste alternativet i definerte beslutningsfora med klare deltakerrettigheter

Diskusjonen vil legge grunnlaget for i neste kapittel å kunne besvare problemstillingen, som er formulert slik:

Var beslutningsprosessen som førte til et vedtak om fremtidig lokalisering og sykehusstruktur på Helgeland rasjonell?

6.1 En rasjonell beslutningsprosess

Tidligfaseveilederen stiller krav om at det skal foreligge en Utviklingsplan før oppstart av Tidligfasen for *Helgelandssykehuset 2025*. Denne sikrer at HSYK HF har klare mål og tydelige strategier for hvordan disse skal nås. Utviklingsplanen ble utarbeidet av en prosjektgruppe som bestod av helseforetakets eget personell med ekstern konsulentbistand. Det var en hierarkisk styrt prosess med koordinering av spesialiserte grupper for informasjonsinnhenting og bearbeiding av informasjon. Samtidig ble krav om medvirkning og transparens ivaretatt med klart definerte deltakerrettigheter, mål, tidsrammer og høringer. HSYK HF sitt styre vedtok enstemmig anbefalingene om de to strukturalternativene med ett stort akuttsykehus (alternativ 2 og 3) og det ble fremhevet at konfliktnivået i organisasjonen og i omgivelsene var lav. Prosessen ble opplevd som åpen og transparent. Utviklingsplanen ble altså laget helt ifølge kriteriene for en rasjonell beslutningsprosess med klare mål, systematisk informasjonsinnhenting, rangering av alternativer og et entydig valg av hvilke alternativer som skulle tas med videre i prosessen. Tidligfaseveilederen gir føringer for en tilsvarende rasjonell prosess også videre i *Helgelandssykehuset 2025*, inn i Idefasen. Det er ingen tvil om at det ble lagt ned et stort arbeid fra HSYK HF for systematisk innhenting og prosessering av informasjon med mål om å fremme utvikling og skaffe et optimalt

beslutningsgrunnlag for fremtidig struktur og lokalisering. Mye av dette arbeidet har vært vellykket og har gitt verdifulle bidrag til beslutningsprosessen. I den videre diskusjonen vil vi imidlertid fokusere på punktene hvor vi kan påvise at det har vært brudd med den rasjonelle beslutningsprosessen. Bruddene som omtales er oppsummert i tabell 6.1 (side 64). Videre viser tabell 6.2 (side 64) i hvilke faser av prosjektet *Helgelandssykehuset 2025* bruddene har oppstått.

6.2 Mandatet

Oppdraget HSYK HF fikk fra HN RHF i 2013 om ny sykehusstruktur på Helgeland favnet vidt og stilte krav om både kvalitet i tilbudet til befolkningen og utvikling av fag, forskning og utdanning. Den videre spesifiseringen av mandatet (boks 5.1, side 33) er en kombinasjon av problemer som skal løses og et sett med forhåndsdefinerte løsningsalternativer. Ifølge Tidligfaseveilederen, er det løsningsalternativer som er forankret i Utviklingsplanen som skal utredes i idefasen. Dette mandatets løsningsalternativer angis imidlertid før Utviklingsplanen er påbegynt, og vi kan heller ikke spore disse alternativene tilbake til noen annen utredning. En slik oppstart av prosessen er altså ikke basert på Tidligfaseveilederen. Utformingen av det første mandatet synes å være et brudd med kriteriene for en rasjonell beslutningsprosess, spesielt kriterium B, «systematisk innhenting av all relevant informasjon i beslutningsprosessen». Dette begrunner vi med at mandatet, uten forutgående utredning, legger begrensninger på HSYK HF sitt arbeid med Utviklingsplanen som skal være en samlet plan som sørger for at underliggende planer støtter opp om et overordnet felles formål (Helsedirektoratet, 2011). Å bringe inn favoriserte løsninger er en av de fire strømmene i prosesser preget av organisert anarki (kap. 3.1.1) og beslutningsprosessen for *Helgelandssykehuset 2025* kan dermed på dette tidspunktet sies å ha preg av andre beslutningsmodeller med manglende eller begrenset rasjonalitet. Dette kan ha fått konsekvenser i form av at andre alternativer som kunne ha beriket prosessen ikke har kommet med. Det er også slik at ett av alternativene fra dette første mandatet ble forkastet senere i prosessen da det var i strid med overordnede føringer i planverket. Altså kan denne skjeve starten på prosessen ha medført økt ressursbruk i utredningsarbeidet, samtidig som alle alternativer og løsninger ikke nødvendigvis har blitt belyst.

6.3 Desentralisering og solide fagmiljø

Både i oppdragsdokumentet og mandatet for utredning av ny sykehusstruktur er det presisert at desentralisering av tjenester med behandling nært der pasienten bor er høyt prioritert. Dette

kan oppfattes som overflødig når det samtidig er angitt at det skal være et godt lokalsykehusstilbud og at det er befolkningens behov for spesialisthelsetjenester lokalisert til Helgeland som skal utredes. Det er gitt at tjenestene skal ligge på Helgeland, og dersom sykehuset er så langt unna, eller så utilgjengelig på grunn av begrensede transportforbindelser at pasienter ikke når frem i tide, er befolkningens behov ikke ivaretatt. På denne bakgrunnen kan vi fornemme at oppdragets fokus på mest mulig behandling nært der pasienten bor synes å være et svar på omgivelsenes forventninger om sykehus som distriktpolitiske virkemidler for å sikre arbeidsplasser, bosetning og distriktsutvikling. Vi har ikke indikasjoner på at disse formuleringene har påvirket utfallet av prosessen direkte, men etter vårt kriterium A: «Klare mål og tydelige strategier for hvordan disse skal nås», ville ikke slike vurderinger med alternative målsetninger vært en del av en rasjonell beslutningsprosess. I stedet kan det være et eksempel på hvordan Christensen et al. (2009) sitt myteperspektiv hvor dominerende verdier og normer i omgivelsene er viktig for å forstå prosessen rundt endring av sykehusstrukturen på Helgeland.

Mandatet presiserer at det er høyt prioritert å bygge gode og solide fagmiljø for fremtiden. For å oppnå høy grad av spesialisering er sentralisering med samling av fagmiljø viktig for å oppnå tilstrekkelig volum på tjenestene. Vi oppfatter derfor at HN RHF sitt mål om mest mulig behandling nært der pasienten bor står i et motsetningsforhold til bygging av robuste og spesialiserte medisinske fagmiljø. Det kan naturligvis være mulig å finne et balansepunkt hvor tjenestene er tilstrekkelig desentralisert, og fagmiljøene er gode nok, men dette ville vært typisk satisfierende atferd som skyldes at organisasjonen ikke har klare og konsistente mål (Christensen et al., 2013). Man kan ikke jobbe for å oppfylle ett av disse målene best mulig uten at det går ut over det andre. Vi finner altså at det er en målkonflikt mellom desentralisering og spesialisering i dette første mandatet. Målkonflikt er et brudd på kriterium A «klare mål og tydelige strategier for hvordan disse skal nås» og er derfor et brudd med en rasjonell beslutningsprosess. Målkonflikter er ifølge Christensen et al. (2009) svært vanlig i offentlige organisasjoner og det forventes gjerne at politiske mål inneholder kompromisser, uenighet og forhandlinger (Jacobsen og Thorsvik, 2019).

6.4 Sykehusstruktur i Helgelandssykehuset 2025

Et klart brudd med den rasjonelle beslutningsprosessen oppstod i HSYK HF's styremøte 29.10.15 hvor strukturalternativene (0-alternativet, ett sykehus alene eller ett sykehus med

flere DMS) skulle tas videre fra Utviklingsplanen til Tidligfasens første steg, Idefasen. Bruddet er at det i forslaget til beslutning fra helseforetakets administrasjon kom inn et nytt alternativ som ikke var nevnt i utviklingsplanen, nemlig «indremedisinsk sengetilbud» ved en eller flere av de desentraliserte lokalisasjonene. I den videre saksgangen ble dette gradvis endret til «akuttsykehus», i motsetning til «stort akuttsykehus» som i tillegg har beredskap i kirurgi og andre fag. Dette åpner for en ny verden av muligheter, da indremedisinske senger i all hovedsak er knyttet til øyeblikkelig hjelp, noe som innebærer døgnkontinuerlig drift, samt at det som skiller et indremedisinsk tilbud fra et primærhelsetjenestetilbud i kommunen, er at det drives av spesialister i indremedisin. Dermed vil man være avhengig av et indremedisinsk fagmiljø med lokal tilstedeværelse hele døgnet ved en ny type minisykehus, noe som står i direkte motsetning til en samling og styrking av Helgelands fagmiljø for legespesialister. Det er en del av en rasjonell beslutningsprosess å belyse alle alternative løsninger, men det å ta inn igjen alternativ med to eller flere sykehus, må klassifiseres som et brudd med normen for en rasjonell prosess, ettersom dette alternativet ble lagt vekk i forrige fase av prosessen (Utviklingsplanen). I tillegg ble det i starten av Idefasen, før utformingen av mandatet var klart, gjort en ny gjennomgang av alternativene av Sykehusbygg HF og styringsgruppen. De konkluderte med at alternativet med to sykehus, med eller uten akuttkirurgi, ikke var aktuelt. At dette alternativet kommer inn i prosessen en tredje gang, under et litt annet navn og uten at inkluderingen kan spores tilbake til noen formell prosess, er et brudd med kriterium D for en rasjonell beslutningsprosess, «valg av hvilke alternativer som skal være med videre i prosessen ved beslutningspunkter». En situasjon hvor aktører engasjerer seg i ustrukturerte prosesser, setter fokus på egne interesseområder og bringer inn favoriserte løsninger, har mye til felles med modellen «organisert anarki». I denne modellen beskriver Jacobsen og Thorsvik (2019) fire uavhengige strømmer av beslutningsmuligheter, deltakere, problemer og løsninger, noe man også kan få inntrykk av at preger beslutningsprosessen i HSYK HF på dette tidspunktet.

6.5 Sykehuslokalisering i Helgelandssykehuset 2025

I styremøtet i HSYK HF i august 2016 ble kriterier for valg av lokalisering for fremtidige sykehusbygg behandlet (Planprosessen), samtidig som alternativene for struktur ble gjennomgått. Administrasjonens saksfremlegg inneholdt følgende tre alternativer: dagens løsning (0-alternativet), et stort akuttsykehus med inntil 3 DMS (alternativ 2a), og et stort sykehus i kombinasjon med akuttsykehus og inntil 2 DMS (alternativ 2b-1). Styret vedtok imidlertid i dette møtet på eget initiativ å fjerne alternativ 2b-1 fra den videre prosessen.

Vedtaket ble gjort med 6 mot 5 stemmer. Styreprotokollene viser at av de styremedlemmene som hadde tilhørighet på Helgeland, stemte alle som var fra sør for Korgfjellet for å fjerne alternativet med to sykehus, mens alle som var fra nord for Korgfjellet stemte mot å fjerne alternativet med to sykehus. Den geografiske splittelsen i styret og avviket fra administrasjonens anbefaling viser spenningen i prosessen når beslutninger om struktur som vil få betydning for hvilke steder som vil få sykehusdrift behandles. Senere valgte styret i HN RHF å ta inn igjen alternativ 2b-1 (stort akuttisykehus i kombinasjon med akuttisykehus og inntil 2 DMS) i styremøte i september 2016.

Vi ser konturene av en klassisk lokaliseringskonflikt mellom tre av regionens byer og mellom nord og sør i regionen. Sykehuset i Mosjøen har det smaleste fagmiljøet av byene på grunn av systematisk nedbygging av virksomheten over mange år til fordel for nabobyene. Derfor ble Mosjøen etter hvert bedømt av mange som uaktuell som vertsby for et stort sykehus, selv om byen ligger midt i regionen og kunne gitt kortest reisetid for flest mulig pasienter ved ett stort akuttisykehus. I slutfasen av prosessen var derfor Sandnessjøen og Mo i Rana de aktuelle lokaliseringene for sykehus, enten det var alternativ med ett eller to sykehus. I den rasjonelle beslutningsprosessen ville vi forventet at Tidligfaseveilederens føringer om å velge sykehusstruktur først og deretter lokalisering, ble fulgt. Når dette allikevel ikke skjedde, uten at vi finner noen nærmere forklaring i sakspapirene, ser vi det som et uttrykk for en underliggende lokaliseringskonflikt, i og med at en avklaring av struktur indirekte ville lagt føringer i lokaliseringsspørsmålet. Den dominerende oppfatningen mot slutten av prosessen var at ett sykehus for hele regionen ikke kunne plasseres i Rana, da dette ville medført for lang reisevei for pasientene på søndre Helgeland og dermed lekkasje av pasienter til Trøndelag. En slik argumentasjon ble skriftliggjort av HN RHF's administrerende direktør (2019a):

Geografiske hensyn, med særlig vekt på ulike pasientgruppers behov, avstander mellom alternative lokalisasjoner og befolkningens bosettingsmønstre, gjør bildet mer komplekst. Å samle alle sykehusfunksjoner i Rana, skaper stor avstand til Sør-Helgeland. Flertallet av befolkningen bor sør for Korgfjellet.

Samtidig var det på dette tidspunktet også sannsynlig at en avklaring av struktur før lokalisering ville endt med ett stort akuttisykehus, sett i lys av at både Utviklingsplanen og ressursgruppens rapport entydig pekte på en struktur med ett sykehus. Slik vi ser det, var dermed to-sykehusalternativet eneste mulighet for å beholde sykehuset i Mo i Rana. For at

dette alternativet skulle kunne være aktuell måtte lokalisering behandles i samme runde som struktur. Valget av alternativet med to sykehus ble således avhengig av distriktpolitisk argumentasjon, som for eksempel at det ville vært utenkelig at Nord-Norges tredje største by ikke hadde sykehus, for å få gjennomslag. Dermed finner vi at lokal og regional politikk var en sentral del av beslutningsprosessen i HSYK HF. Dette er målkonflikter som ikke er i tråd med en rasjonell beslutningsprosess. En konflikt om lokalisering er en målkonflikt hvor aktører i organisasjonen har egne mål og prioriteringer basert på konkurrerende logikker. Dermed er dette et brudd med kriterium A for en rasjonell beslutningsprosess: «klare mål og tydelige strategier for hvordan disse skal nås». Dersom det av politiske hensyn var nødvendig å beholde sykehus både nord og sør for Korgfjellet, burde dette vært avklart som et premiss for prosessen før oppstart, slik at helseforetakets prosess kunne blitt instrumentelt og rasjonelt fokusert på å bygge best mulig spesialisthelsetjenester for Helgeland innenfor disse rammene.

Det er ikke enestående eller overraskende at denne viktige beslutningsprosessen om fremtidig sykehusstruktur virvler opp debatter og maktkamp om lokalisering av arbeidsplasser, investeringer og opplevd trygghet for befolkningen i forskjellige deler av regionen. Allikevel innebærer dette at prosessen har klare trekk av Jacobsen og Thorsvik (2019) sin «forhandlingsmodell». I en slik modell har ulike grupper internt i organisasjonen motstridende mål og interesser og arbeider strategisk for å få gjennomslag for sine saker. Dette problemet belyses også av Christensen et al. (2009) som fremhever at organisasjoner med arbeidsdeling og underenheter vil være heterogene med koalisjoner som både har ulike mål og ulike ressurser tilgjengelig for å hevde sine interesser. I denne situasjonen kan de enkelte enhetene handle formålsrasjonelt innenfor sin forståelse av verden og sin logikk. Forhandlingsmodellen tydeliggjør også hvorfor prosessen rundt sykehusstruktur har potensiale for å bli svært tilspisset, i og med at en struktur med kun ett sykehus på Helgeland vil være en situasjon med «fordelingsforhandlinger» hvor det er en vinn-eller-forsvinn-situasjon for hver enkelt by. Dersom det var to sykehus å fordele i regionen, ville imidlertid forhandlingene ha mindre nedside (og mindre gevinster) og bære preg av «integrasjonsforhandlinger», i og med at det ville være mulig å opprettholde aktiviteten i flere byer. Lokaliseringsstriden passer også godt overens med Christensen et al. (2009) sitt myteperspektiv hvor offentlige organisasjoner er lydøre og tar beslutninger som gjenspeiler folks ønsker gjennom en offentlig debatt.

Dermed finner vi at beslutningstakerne i HN RHF og HSYK HF i denne saken balanserer på grensen til å være politiske aktører med dynamiske relasjoner til samfunnet og den politiske ledelsen. Vi mener at dette underbygges ved at vi finner spor av en intern lokaliseringsstrid i den offisielle kommunikasjonen fra HSYK sin administrasjon i Rana. Vedtaket om å fjerne alternativet med to sykehus i styremøtet i august 2016, ble omtalt som et omstridt vedtak i strid med direktørens innstilling på HSYK HF sine egne nettsider (HSYK HF, 2016c). Det er ikke i tråd med den hierarkiske styringsmodellen i helseforetaket at administrasjonen sår tvil om legitimiteten til vedtak som er fattet av helseforetakets eget styre. Denne konfliktlinjen, som synes å eksistere mellom styret i HSYK HF og foretakets administrasjon i Mo i Rana, gjenfinner vi også i Sykehusbygg HF sin bemerkning om at det foregikk en komplisert politisk prosess og at tilliten mellom partene oppfattes som svekket (2017a). Dette er ikke i tråd med den instrumentelt hierarkiske styringsmodellen og er et brudd med en rasjonell prosess i vår analyse ut fra at det foreligger konkurrerende logikker med målkonflikt mellom administrasjon og styre. Dette karakteriseres som et brudd med kriterium A: «klare mål og tydelige strategier for hvordan disse skal nås».

6.6 Den nye veien til målet

Proessen ble endret tidlig i 2018 på grunn av utsiktene til flere års forsinkelser i beslutningen om ny struktur og lokalisering for *Helgelandssykehuset 2025*. Slike forsinkelser er ikke uvanlig for komplekse offentlige organisasjoner, og kan være relatert til problemer med kapasitet og forståelse hos deltakerne i prosessen. Dette gir manglende oversikt over problemkomplekset og skiftende eller uklare mål og kan gi seg utslag i begrenset rasjonalitet med tilfredsstillende atferd (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Den nye veien til målet avviker etter vår vurdering fra anbefalingene i Tidligfaseveilederen på flere områder. Vi noterer imidlertid at HSYK HF selv også har gjort en vurdering av om den reviderte prosessen er i tråd med veilederen, og de kom til motsatt konklusjon. Hensikten med revisjonen er uansett godt begrunnet med rasjonell argumentasjon basert på å opprettholde fremdriften i prosjektet, skaffe til veie et godt beslutningsgrunnlag, samt økonomiske vurderinger av konsekvensene ved ikke å slutføre prosessen innen rimelig tid. På den ene siden ville man ved en godt planlagt og fullt ut rasjonell prosess ikke havne i en slik situasjon hvor tidsrammene brytes med flere år. På den andre siden må det klassifiseres som rasjonelt for en organisasjon å være i stand til å endre kurs dersom uforutsette hindringer gjør at den opprinnelige planen ikke lenger leder til det ønskede resultatet, som i dette tilfellet vil være en

rasjonell beslutning om struktur og lokalisering for HSYK HF. Vi kan derfor ikke konkludere med at denne nye veien til målet var et brudd på en rasjonell beslutningsprosess. Vi kan imidlertid si at behovet for å endre prosessen ved å inkludere en ekstern «uhildet» ekspertgruppe, er et tegn på at beslutningsprosessen har aktivert omgivelsene og skapt spenninger som fører til at stadig nye problemer og løsninger fases inn i prosessen. I en slik situasjon hvor den «politiske» kontrollen over deltakerne i prosessen ikke er til stede, blir det vanskelig å slutføre prosessen og det er risiko for kaos og anarki, jamfør vår figur 3.2 (side 19), utledet fra Christensen et al. (2009). Færre deltakere, med mindre kulturell tilknytning til problemkomplekset, vil derimot lette hierarkisk styring, bedre kontrollen og redusere risiko for utvidelse av konflikten og målforskyvning. Arbeidsdeling med bruk av en ekspertgruppe hvor spesialiserte enkeltindivider og grupper kan fokusere på mindre oppgaver, samtidig som det etableres systemer for å koordinere mellom enheter og enkeltoppgaver, er helt i tråd med hvordan den rasjonelle organisasjonen er bygd opp. Herbert Simon (1945, i Jacobsen & Thorsvik, 2019) sier det slik: «Det rasjonelle individ er, og må være, et organisert og institusjonalisert individ».

Den eksterne ressursgruppen ble en viktig del av denne nye veien til målet for HSYK HF. Gruppen anbefalte at den videre prosessen kun skulle handle om ett strukturalternativ (alternativ 2a – ett stort akutt sykehus) og to lokaliseringalternativer (Mo i Rana og Sandnessjøen). I tråd med dette ba styret i HSYK HF både i desember 2018 og mai 2019 om at mandatet fra HN RHF ble justert til ikke å inneholde alternativet med to sykehus på Helgeland. HN RHF valgte å ikke ta hensyn til dette ønsket, og ville fortsatt ha alternativet «akutt sykehus» i tillegg til «stort akutt sykehus» med videre i prosessen. Det kan diskuteres om dette var en klok beslutning eller ikke, og det er ukjent om vurderinger om å unngå konkurranse fra et storsykehus på Helgeland for det spesialiserte tilbudet ved Nordlandssykehuset Bodø spilte inn, men ifølge den hierarkiske styringsmodellen i helseforetakene er det utvilsomt det regionale foretakets rett å instruere sine underliggende foretak i slike saker. Samtidig sier Tidligfaseveilederen at alternativene som utredes skal være reelle og dersom Utviklingsplanen gir entydige avklaringer på hvilke alternativer som er aktuelle, så kan antallet som utredes reduseres (Helsedirektoratet, 2011). I dette tilfellet avklarte både Utviklingsplanen og den eksterne ressursgruppen at to sykehus ikke var et foretrukket alternativ. Dette fikk også støtte av høringsuttalelsene som kom inn i de forskjellige fasene av prosessen. Derfor mener vi det ville være i tråd med en rasjonell prosess å ta ut alternativer som utredningene har vist vil gi en lavere grad av måloppnåelse eller

høyere risiko for negative konsekvenser. Dette kan gjøres ved å snevre inn valgmulighetene ved viktige veiskiller etter hvert som organisasjonen erverver erfaring og kunnskap når prosessen skrider frem. Det ville vært i tråd med vårt kriterium D for en rasjonell beslutningsprosess: «valg av hvilke alternativer som skal være med videre i prosessen ved beslutningspunkter». Allikevel mener vi at vi ikke har tilstrekkelige holdepunkter til å konkludere med at behovet for å fjerne alternativet med to sykehus var entydig avklart. Dermed kan vi ikke konkludere med at det å beholde alternativet er et brudd med en rasjonell beslutningsprosess.

Samfunnsanalysen, som analyserte de samfunnsmessige effektene av alternativene for sykehusstruktur og lokalisering på Helgeland, berørte noen temaer som ikke er relevante i forhold til Tidligfaseveilederen, mandatet eller helseforetakenes oppdrag. Dette gjelder analyser av sysselsetning, næringsliv og byutvikling. Det kan ikke i seg selv karakteriseres som et brudd med en rasjonell prosess at disse elementene blir belyst, men vi oppfatter dette klart som en del av myteperspektivet til Christensen et al. (2009) hvor helseforetaket søker å oppfylle omgivelsenes forventninger til organisasjonen som en bevisst og engasjert samfunnsaktør. Dersom disse forholdene hadde blitt tillagt avgjørende vekt, kunne det blitt et brudd med våre kriterier for en rasjonell beslutningsprosess, men det finner vi ikke tegn til.

Den alternativskillende økonomiske analysen som ble utført helt i slutfasen av prosessen, tok for seg kostnader for bygg og tekniske anlegg. Her ble det hevdet at det var store kostnadsmessige forskjeller mellom nybygg og oppussing av eksisterende bygningsmassene i favør av renovering. I lys av dette konkluderte analysen med at Helgelandssykehuset ikke hadde økonomisk bærekraft til å bygge et nytt stort sykehus, kun til renovering av eksisterende bygg. Dette var mange kritiske til da nybygg har vist seg å være det mest kostnadseffektive i et livsløpsperspektiv ved andre nordnorske sykehus den siste tiden (Stokmarknes, Narvik, Hammerfest, Kirkenes). I tillegg kom analysen frem til at det var store forskjeller i de beregnede kostnadene til renovering av byggene i Mo i Rana og Sandnessjøen, i favør av førstnevnte. Dermed favoriserte denne analysen alternativene med sykehus i Mo i Rana med flere hundre millioner kroner. Helse Nord har ikke forholdt seg til funnene i denne analysen og skriver i sin styresak 137-2019 at det kun er på kort sikt at løsningen med renovering av dagens bygningsmasse i Mo i Rana er kostnadseffektiv, og at det på lang sikt vil være nødvendig med full modernisering også her (HN RHF, 2019a). Videre sier de at to-sykehusalternativet også vil kreve moderniseringer og at løsningen med to lokalisasjoner gir

økt arealbehov og økt økonomisk risiko. Dermed vurderer det regionale helseforetaket at den alternativskillende økonomiske analysen ikke hjalp for å skille de forskjellige alternativene fra hverandre, i og med at usikkerheten vurderes som stor mens forskjellene vurderes som små. HSYK HFs administrasjon (som er lokalisert til Rana) var premissleverandør for det eksterne firmaet som fikk oppdraget med å utarbeide den alternativskillende økonomiske analysen. Hvorvidt denne bindingen var av betydning for den kontroversielle konklusjonen i rapporten og medførte bias i vurderingene som ble presentert, er ukjent, men vi mener at diskrepansen mellom de økonomiske vurderingene i analysen og Helse Nord's vurderinger underbygger påstanden om at analysene var lite relevante i den lange horisonten som sykehusbygg må vurderes ut fra. Dersom det var en slik bias, vil det kunne forklares ut fra Jacobsen og Thorsvik (2019) sin «Forhandlingsmodell» hvor en gruppe kan anvende *maktbaser* de kontrollerer i organisasjonen på en strategisk måte for å få gjennomslag for sine særinteresser.

6.7 Den endelige styrebehandlingen i HSYK HF

I den endelige styrebehandlingen av *Helgelandssykehuset 2025* i HSYK HF ble ett stort akuttsykehus i Sandnessjøen og omegn (alternativ 2a) vedtatt. Denne beslutningen i seg selv må karakteriseres som et rasjonelt valg mellom forhåndsdefinerte og belyste alternativer. Imidlertid var ikke beslutningsprosessen i denne siste fasen uten mangler. Saksfremlegget til styresaken, som var utarbeidet av HSYKs administrasjon, fulgte ikke våre kriterier for en rasjonell beslutningsprosess. Administrerende direktør anbefalte i denne siste fasen en struktur som ikke var en av de fem utvalgte alternativene for struktur og lokalisering (tabell 5.1, side 50). Strukturen som ble anbefalt var dermed ikke utredet. Dette er ikke i tråd med Tidligfaseveilederens prosessbeskrivelse og det er et brudd med kriterium C for en rasjonell beslutningsprosess: «rangering av relevante alternativer gjennom grundig analyse av positive og negative effekter».

Forslaget fra HSYKs administrerende direktør var at både Sandnessjøen og Mo i Rana skulle beholde brede sykehusfunksjoner. Dette er nært opp til dagens struktur og må karakteriseres som en anbefaling om en inkrementell handling hvor eksisterende feil og skjevheter videreføres mens beslutningstakerne opplever trygghet i å ikke risikere å fremprovosere kraftige reaksjoner gjennom vedtak om dramatiske endringer (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

En annen mulig forklaringsmodell for dette ikke-rasjonelle saksfremlegget fra HSYK sin administrasjon, er at helseforetaket er en sammensatt organisasjon hvor flere underenheter har motstridende mål og interesser som gjør at organisasjonen kan oppfattes som heterogen og mangfoldig med koalisjoner basert på ansvarsområder, hierarkisk- og geografisk plassering som handler ut fra egne mål og interesser (Christensen et al., 2009). Koalisjonenes interessekonflikter håndteres ofte gjennom forhandlinger, men kan også resultere i kvasiløsning av konflikten hvor partene kan ha en felles interesse av å være enige om virkemidlene her og nå, mens uenigheten om de langsiktige målene består. En tredje mulighet er at den sterkeste koalisjonen tvinger sitt syn gjennom (Christensen et al., 2009). I den stringente beslutningsprosessen som HSYK går gjennom her, vil det være det vanskelig for en sterk koalisjon å tvinge sine løsninger gjennom, i og med at prosessen følges tett av allmennheten og media, samtidig som alle betydningsfulle avgjørelser i siste instans skal tas i det bredt sammensatte styret, som vi må anta i mindre grad er kulturelt assimilert inn i interne koalisjoner i organisasjonen. Dermed gir muligens denne prosessen et innblikk i hvordan offentlige organisasjoner kan være vevd inn i komplekse politiske og samfunnsmessige nettverk som består av mer eller mindre organiserte grupper og interesser, som for eksempel en vertskommune hvor enheten er lokalisert. Organisasjonen består da av grupper med konkurrerende logikker som isolert sett handler formålsrasjonelt ut fra sine forutsetninger og mål. Dette gir gjerne spenninger og konflikter hvor lojaliteten til organisasjonens medlemmer ikke nødvendigvis følger organisasjonens hierarkiske struktur (Christensen et.al, 2009).

6.8 Noen refleksjoner

Vi har vist at beslutningsprosessen som førte til et vedtak om den fremtidige lokaliseringen og strukturen for *Helgelandssykehuset 2025* hadde gode forutsetninger for å bli en rasjonell prosess. Den instrumentelt hierarkiske strukturen i helseforetaksmodellen, sammen med en normativ prosessbeskrivelse i Tidligfaseveilederen, skapte et tydelig rammeverk for beslutningsprosessen. Allikevel har vi identifisert en rekke brudd med en rasjonell prosess som vi har oppsummert i tabell 6.1. I tabell 6.2 er bruddene vist i relasjon til beslutningsprosessens faser.

Bruddene med den ideelle rasjonelle beslutningsprosessen er, som det fremgår av tabell 6.1, av alle typer og kan ikke umiddelbart plasseres inn i én enkelt forklaringsmodell. I vår dokumentanalyse har vi kun benyttet de offisielle protokollene og styresakene fra HN RHF og HSYK HF for å identifisere og analysere disse bruddene. Ut fra disse kildene ser vi at det er

problemer med å holde seg til den valgte prosessen og hierarkiet i styringsmodellen, samt at det er det innslag av forhandlinger, målkonflikter, organisert anarki og inkrementelle vurderinger. Det er ikke lett å trenge gjennom til kjernen av disse problemene ut fra de

Tabell 6.1 Identifikasjon og klassifisering av brudd.

Brudd nummer	Beskrivelse brudd	Type brudd	Forklaringsmodell for brudd
1	Løsningsalternativer angitt før utviklingsplanen er laget	B	Favoriserte løsninger. Organisert anarki
2	Målkonflikt mellom robuste fagmiljø og desentralisering av tjenestene	A	Målkonflikt
3	Utvide antall alternativ som utredes uten forankring i utviklingsplanen (Akuttpsykehus + Stort Akuttpsykehus)	D	Organisert anarki
4	Maktkamp om lokalisering	A	Målkonflikt. Konkurrerende logikker. Forhandlingsmodell.
5	Maktkamp mellom administrasjonen og styret i HSYK HF	A	Målkonflikt. Konkurrerende logikker.
6	Administrasjonen i HSYK HF's innstilling til valg av strukturalternativ som ikke er utredet	C	Inkrementelle handlinger. Konkurrerende logikker. Myte og kultur.

Forklaring: A: Klare mål og strategier. B: Systematisk innhenting av informasjon. C: Rangering av alternativer. D: Valg av det beste alternativet.

Tabell 6.2 Brudd med den rasjonelle beslutningsprosessen (RBP) fordelt over prosessens faser.

Kriterier for RBP	Første mandat og Utviklingsplanen	Idefase del1, til 2017	Prosjektinnramming fra 2017 (=fast track)	Den endelige beslutningen (inkl.supplerende utredninger)
A	2			4
B	1			
C				6
D		3		5

Forklaring: Brudd er markert med røde felt og tall som korresponderer til «Brudd nummer» i tabell 6.1. Horisontalt presenteres de forskjellige fasene av Helgelandssykehuset 2025. Vertikalt presenteres de fire kriteriene for en rasjonell beslutningsprosess. A: Klare mål og strategier. B: Systematisk innhenting av informasjon. C: Rangering av alternativer. D: Valg av det beste alternativet.

offisielle dokumentene alene, men dersom vi også supplerer med nyhetssaker og leserbrev som er publisert av media om *Helgelandssykehuset 2025*, tegner det seg et tydelig bilde av en intens og langvarig konflikt med Rana, som den klart største kommunen, på den ene siden og de mange små og mellomstore kommunene lenger sør i regionen på den andre siden (se bilde 6.1). Flere ansatte ved sykehusene i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen har også deltatt aktivt i den offentlige debatten på hver sin side.

Bilde 6.1 Eksempler på noen mediesaker fra Rana blad og Helgelendingen som peker på konflikt.

Rana kommune og befolkningen i Nord-Norges tredje største by kan ikke akseptere flertallsvedtaket i styret i Helgelandssykehuset



Av Ordfører i Rana, Geir Waage (Ap)

05. desember 2019, kl. 16:28

Les innlegget til ordfører Geir Waage på styreseminaret til Helse Nord torsdag 5. desember i sin helhet her.

Ordfører Geir Waage (Ap) til ledelsen i Helse Nord: - Aksepterer vi støy og ufin adferd kan konseptfasen bli en slagmark



Ordfører Geir Waage (Ap) i Rana var tydelig overfor ledelsen i Helse Nord, at de i framtida må engasjere seg på en langt mer konstruktiv måte i Helgelandssykehuset enn det ranamiljøet har ment å se de siste ukene.

Av Toril S. Alfsvåg

26. februar 2020, kl. 16:26

Waage og Sollie støtter de 333 ansatte fra sykehuset som har sendt klage: - Hvis formålet var å skape ro rundt konseptfasen, så har Helse Nord bommet



Når vi offentlig støtter klagen fra de 333 ansatte ved sykehuset i Rana, innebærer det at vi ikke har tillit til styreoppnevninga av tre omtalte medlemmer i det nye styret til Helgelandssykehuset, sier ordfører Geir Waage og varaordfører Anita Sollie. Foto: Øyvind Bratt.

Av Toril S. Alfsvåg

08. juni 2020, kl. 06:32

Ordfører Geir Waage (Ap) og varaordfører Anita Sollie (H) støtter klagen fra 333 ansatte ved Helgelandssykehuset Mo i Rana, som er svært kritisk til deler av det nye styret i helse- foretaket - oppnevnt av Helse Nord.

«Ranværingene nekter å godta sørhelgelendinger i Helgelandssykehusets styre»

Av Kjell Oterholm

06. juni 2020, kl. 10:37

Gjøkungen Rana løfter sitt hode

DEL **LESERBREV** 332 ansatte ved sykehuset i Mo i Rana har undertegnet et omfattende skriv som stiller seg svært kritisk til Helse Nord-styrets oppnevning av tre styremedlemmer i Helgelandssykehuset: Henriette Hanssen, Hege Harboe-Sjåvik og Andrine Sollie Oppegaard.

Jeg skjønner det så inderlig godt: de fikk ikke den maten de hadde forventet; og nå sitter de med skuffede nebb. Klart de er forbitret; noen har stjålet maten deres, den som de av naturens lov og orden har krav på.

332 gjøkunger fra Ranasykehuset ligger i reirene med bredåpne nebb og skriker og krever mer mat. De ynker seg så sårt, for andre medkyllinger i reiret har fått noe de selv skulle ha hatt: denne gang menneskekjøtt fra Sør-Helgeland. Evolusjonens lover har alltid tilsagt at dette er deres fulle rett, noe de har krav på.

Det de vil ha på menyen er tre sprell levende kyllinger fra Sør- Helgeland: tre nynnvalgte representanter til styret i Helgelandssykehuset fra Sør- Helgeland, noe som nå fremstår som den nydeligste delikatessen for gjøkungene.

ANNONSE

KRONES-MARKED

Kylling Vingemiks

60

DSH KYLLING VINGEMIKS
Frys. 3 kg. Pr på

LES UKENS KUNDEAVIS HER!

MO I RANA 8-22 (20)

obs

Et usystematisk søk i medieoppslag om *Helgelandssykehuset 2025* gir klart inntrykk av at det foregår en dragkamp om lokalisering med høy temperatur. Avisartikkelen (bilde 6.2) fra 06.06.2020 viser at den offisielle Facebook-profilen til HSYK HF, som kontrolleres av administrasjonen, har deltatt i den offentlige debatten og tatt parti med aktører som kritiserer vedtakene som er gjort av styrene for HSYK HF og HN RHF.

Bilde 6.2 Avisartikkel fra *Helgelendingen* 06. juni 2020.



HELGELANDSSYKEHUSET 2025

Facebook-tabbe av Helgelandssykehuset: - Uhell kan skje

Kommunikasjonssjef Tore Bratt understreker at Facebook-kontoen til Helgelandssykehuset ikke skal delta i den offentlige debatten Foto: Helgelandssykehuset/Skjermdump

Av John Christian Nygaard
06. juni 2020, kl. 13:37

Flere har reagert på at Helgelandssykehuset likte kommentar på Facebook.

DEL [Helgelendingen](#): I en kommentar på en sak om Helgelandssykehuset hos Rana Blad, skriver en bruker følgende:

«Rapporten fra Ressursgruppen & rapporten fra KPMG uten at de to rapportene har noen konsekvenser for det som skjer ... det er absolutt bortkastet penge, som bedre skulle har kommet pasientene og ansatte til gode. ;)»

Det er kanskje ikke så oppsiktsvekkende at sykehusstoff debatteres, men det som derimot flere har reagert på, er at innlegget hadde fått en «like» fra den offisielle Facebook-kontoen til Helgelandssykehuset.

HSYK HF's hovedkontor med administrasjon og toppledelse er lokalisert i Rana. Christensen et al. (2009) påpeker at organisasjonens formelle struktur, hvor vi må si at også geografisk plassering av funksjoner og enheter inngår, er et typisk utgangspunkt for fremvekst av sprikende interesser og motstridende mål internt i en organisasjon med flere underliggende enheter (heterogenitet). Dette fører til dannelse av koalisjoner hvor også eksterne aktører utenfor organisasjonen kan inngå (Christensen et al., 2009). Med et så høyt konfliktnivå mellom lokalisasjonene i foretaket over så lang tid, hvor vertskommunene er aktører, tenker vi det er naturlig å anta at det er vanskelig for ledere i helseforetaket å ikke bli assimilert inn i den rådende kulturelle konteksten som dominerer i deres arbeidsmiljø og sosiale miljø. Med

vårt perspektiv og med vårt teoretiske bakgrunnstykke, vil det i alle fall være naturlig å anta at denne konflikten er en del av kulturperspektivet for foretaksledelsen i Rana. Det vil være uformelle normer, verdier, tradisjoner og organisasjonskultur som medlemmene i organisasjonen blir kjent med og påvirkes av gjennom erfaring og sitt daglige arbeid (Christensen et al., 2009). Oppfatningen om hva som er passende kan bli den dominerende logikken hos organisasjonen og dennes medlemmer, som da ikke handler ut fra verken instrumentelt rasjonelle eller egennyttige motiver, men heller forholder seg til det de oppfatter som rimelig eller akseptabel atferd. Dette blir en kulturell rettesnor som utløser intuitive handlinger i vanskelige eller komplekse situasjoner (Christensen et al., 2009). Da er det nærliggende å tenke at det oppstår en kulturell stivhengighet (Sydow et al., 2009) hvor ansatte og ledere vil tendere til å føle, tenke, mene og beslutte på en spesiell måte når det kommer til avgjørelser som kan relateres til lokalisering av sykehusfunksjoner på Helgeland. På denne måten kan samlokalisering av ledelsen for helseforetaket ved en av de operative enhetene ha stor betydning for administrasjonens vurderinger, hvor inkrementelle handlinger for opprettholdelse av dagens status og overlevelse ved denne enheten kan bli et bevisst eller ubevisst mål. Dette underbygger bruddene på kriterium A som vi identifiserte i kapittel 6.5 (brudd nummer 4 og 5 i tabell 6.1).

6.9 Oppsummering av diskusjonen

Vi har identifisert seks brudd med en rasjonell beslutningsprosess, som er presentert i tabell 6.1. Disse bruddene har opptrådt spredt gjennom hele prosessen, samtidig som store deler av prosessen har tilfredsstilt kriteriene for rasjonalitet. Prosessen ble imidlertid svært langvarig. Dette kan indikere at bruddene vi har identifisert har hatt en generell påvirkning på prosessen gjennom problemer med manglende legitimitet, styring og samordning, mens konkurrerende logikker kan ha bidratt til konflikt og målforskyvning. Underveis i prosessen har det ikke lyktes å skille beslutningen om struktur fra beslutningen om lokalisering. I stedet har den politisk omstridte beslutningen om lokalisering fått påvirke beslutningen om struktur, som i utgangspunktet burde være tilgjengelig for en instrumentell tilnærming. Vi ser at det eksisterer en spenning mellom administrasjonen og styret i HSYK HF. Foretaket har, under ledelse av disse to organene, ikke lyktes å snevre inn beslutningsalternativene for gradvis å nærme seg en løsning som både er rasjonell og bredt akseptert internt i organisasjonene og i befolkningen som helseforetaket skal betjene. Disse funnene har vi gjort i de offisielle dokumentene for prosessen. Ut fra usystematiske søk i regionens lokalaviser er det grunn til å tro at dette bare er toppen av isfjellet når det gjelder koalisjoner, interessekonflikter,

uenigheter og konkurrerende logikker. For å få tak i disse aspektene, kunne det vært formålstjenlig for denne oppgaven å ha gjennomført intervjuer med sentrale aktører i prosessen. Når vi allikevel har valgt å ikke gjøre dette, er det dels fordi det er utenfor vår rekkevidde, i forhold til tid og ressurser som er avsatt til denne oppgaven, men også fordi det er usikkert om aktørene ville vært villig til å snakke åpent om det vår oppgave fokuserer på, nemlig bruddene med den rasjonelle prosessen. Spesielt mener vi dette kunne blitt vanskelig fordi Prosjektinnrammingen ble avsluttet for kort tid siden og neste fase i prosjektet fortsatt ikke er påbegynt. Ut fra mediebildet er det tydelig at de geografiske skillelinjene og konkurrerende logikkene lever i beste velgående inn i prosjektets neste fase.

7. Konklusjon med forslag til alternativ organisering av prosessen

Prosjektet *Helgelandssykehuset 2025* hadde en prosessbeskrivelse og styringsstruktur som la til rette for en rasjonell beslutningsprosess. Vi har funnet at flere deler av prosessen som et resultat av dette har forløpt slik man ville forvente ved en rasjonell prosess. Imidlertid har vi identifisert seks klare brudd med en rasjonell beslutningsprosess. Dermed må vi konkludere med at beslutningsprosessen som førte til et vedtak om fremtidig lokalisering og sykehusstruktur på Helgeland ikke var fullt ut rasjonell.

Sannsynligvis har denne prosessen ikke vært optimalt håndtert fra ledelsen i HSYK HF, i og med at det ikke har lyktes å komme i mål uten at prosessen bidro til dyp konflikt i organisasjonen og regionen. Helseforetaket selv løper stor risiko for å bli direkte berørt av skadevirkningene fra en slik profilert prosess i form av svekket omdømme og ytterligere forverring av rekrutteringssituasjonen. Årsaken til denne uheldige situasjonen kan være at slike prosesser ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til alle de menneskelige faktorene som påvirker beslutningsprosesser og gjør at disse tenderer til ikke å være fullkomment rasjonelle. Problemet er nok universelt, i og med at det er en omfattende forskningsinnsats som fokuserer på hva som hindrer maksimering av resultater i beslutningsprosesser. Denne forskningen er basisen for teorien vi har presentert i oppgaven vår og vi tror den kan gi et fundament for å foreslå alternative måter å organisere en slik prosess på.

Dersom vi skulle foreslå en alternativ prosess, ville vi tatt utgangspunkt i hva som ikke fungerte i prosessen vi har undersøkt. Vi mener at et helt sentralt element her er paradokset som vi beskrev i teorikapittelet om at større kunnskapsgrunnlag gjennom bred involvering vil øke legitimiteten til beslutningen, samtidig som flere deltakere vil vanskeliggjøre hierarkisk styring og lede til påtvungne forhandlinger med lav grad av kontroll som gir risiko for utvidelse av konflikten og målforskyvning (Christensen et al., 2009). Vi har vist at prosessen vi har studert bar preg av posisjonering, fragmentering og ulike logikker som dro i forskjellige retninger. Dette er tegn på at det har vært lav grad av politisk og sosial kontroll fra foretakets ledelse som har vært ansvarlig for prosessen. I tillegg har det vært brudd på den hierarkiske strukturen med tegn til maktkamp mellom styret og administrasjon. Det har også vært stor usikkerhet rundt tolkningen av faktagrunnlaget for hvilket alternativ som gir det beste resultatet for pasienten –ett eller to sykehus? Ut fra tabell 3.1 (side19), vil vi derfor kunne karakterisere lederskapet av denne prosessen som å ha lav politisk kontroll og lav innsikt i problemstillingen, noe som ifølge vårt teoretiske fundament vil føre til kaotiske eller

anarkistiske prosesser som igjen leder til økt grad av konflikt mellom aktørene. En alternativ tolkning vil være at ledelsens innsikt har vært tilfredsstillende, selv om den sosiale og politiske kontrollen ikke har vært tilstrekkelig. Med lav politisk kontroll og høy innsikt ville man ifølge denne teorien ende med en skrivebordsplan hvor det vil være problemer med å iverksette endringene som er besluttet.

Begge disse beskrivelsene kan sies å passe til deler av HSYK HF's prosess. Vår anbefaling for fremtidige beslutningsprosesser som innebærer funksjonsfordeling og lokaliseringskonflikt, vil derfor være en strammere instrumentelt hierarkisk fremgangsmåte med styring av deltakerrettigheter, kontroll på ulike strømmer av problemer, løsninger, aktører og beslutninger. Dette vil innebære å øke toppledelsens politiske kontroll over prosessen. Samtidig må toppledernes innsikt i problemstillingen være omfattende. Vi tror den politiske kontrollen kan bedres ved å flytte det primære ansvaret for prosessen opp ett hakk til det regionale helseforetaket som har mindre grad av bindinger til de omstridte lokalisasjonene, samtidig som innsikten kan bedres gjennom spesialisering med fullt fokus på den aktuelle saken fra ansvarlig leder på regionalt nivå i helseforetaket og direktørens stab. Dette vil bety at det er rom for bare et begrenset antall slike tunge prosesser til enhver tid i det regionale helseforetaket. Allikevel tror vi dette vil være en mer effektiv måte å organisere en vanskelig prosess på, basert på at det er mer effektivt å gjøre det rett ved første forsøk enn å ende med skrivebordsplaner, kvasiløsning av konfliktene og stadig nye prosesser og omkamper.

Litteraturliste

Christensen, T., Lægred, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Direktoratet for økonomistyring (DFØ). (2018). *VEILEDER TIL UTREDNINGSINSTRUKSEN - INSTRUKS OM UTREDNING AV STATLIGE TILTAK*. Oslo: Direktoratet for økonomistyring (DFØ).

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helgelandssykehuset helseforetak. (2013a). Styresak 45/2013: Styreprotokoll 28. mai 2013.

Hentet 04.06 2020 fra

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202013/Juni/20130618%20Styresak%2045%20Styreprotokoll%2028.%20mai%202013.pdf>

Helgelandssykehuset helseforetak. (2013b). Utredning av framtidig somatisk sykehusstruktur for Helgelandssykehuset HF - oppfølgingssak. Hentet 20.05 2020 fra

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202013/Juni/20130618%20Styresak%2052%20Utredning%20av%20framtidig%20somatisk%20sykehus-%20struktur%20-%20oppfølgingssak.pdf>

Helgelandssykehuset helseforetak. (2013c). Utredning av framtidig somatisk sykehusstruktur for Helgelandssykehuset HF. Hentet 20.05 2020 fra

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202013/Mai/20130528%20Styresak%2040%20Utredning%20av%20framtidig%20somatisk%20sykehusstruktur.pdf>

Helgelandssykehuset helseforetak. (2014). Helgelandssykehuset HF Rapport. Hentet 20.05 2020 fra

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202017/20170523/20170523%20Styresak%2057%20Vedlegg%204%20Helgelandssykehuset%20HF%20-%20Rapport%20utviklingsplan%2020141029.pdf>

- Helgelandssykehuset helseforetak. (2015). Forslag til mandat for idéfasen i Helgelandssykehuset 2025. Hentet 20.05 2020 fra <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202015/29.%20oktober/20151029%20Styresak%2076%20Forslag%20til%20mandat%20for%20idéfasen%20i%20Helgelandssykehuset%202025.pdf>
- Helgelandssykehuset helseforetak. (2016a). Helgelandssykehuset 2025 - alternativer som utredes videre. Hentet 20.05 2020 fra <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202016/20160831/20160831%20Styresak%2062%20Helgelandssykehuset%202025%20Alternativer%20som%20utredes%20videre.pdf>
- Helgelandssykehuset helseforetak. (2016b). Kriterier for valg av lokalisering og tomt for sykehusbygg på Helgeland. Hentet 20.05 2020 fra <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202016/20160831/20160831%20Styresak%2061%20Kriterier%20for%20valg%20av%20lokalisering%20og%20tomt.pdf>
- Helgelandssykehuset Helseforetak. (2016c). Omstridet vedtak i Helgelandssykehuset (31.august, 2016) - tidslinje 2025. Hentet 18.06 2020 fra <http://www.tidslinje2025.no>
- Helgelandssykehuset helseforetak. (2017). Presseprotokoll. Hentet 20.05 2020 fra <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202017/20170523/20170523%20Presseprotokoll.pdf>
- Helgelandssykehuset helseforetak. (2018a). Helgelandssykehuset 2025 – videreføring av tidligfasen. Hentet 21.05 2020 fra <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202018/20180219/20180219%20Styresak%2014%20-%202018%20Helgelandssykehuset%202025%20-%20videreføring%20av%20tidligfasen.pdf>

Helgelandssykehuset helseforetak. (2018b). Presseprotokoll. Hentet 21.05 2020 fra <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202018/20181214/20181214%20Presseprotokoll%20styrem%20Helgelandssykehuset%20HF%2014.12.2018%20a.pdf>

Helgelandssykehuset helseforetak. (2019a). Helgelandssykehuset 2025 - Oppsummering høringssvar til ekstern ressursgruppes foreløpige rapport. Hentet 21.05 2020 fra <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202019/20190327/20190327%20Styresak%2027%20Vedlegg%20%20Høringsrapport.pdf>

Helgelandssykehuset helseforetak. (2019b). Helgelandssykehuset 2025 - Rapport fra ekstern ressursgruppe. Hentet 21.05 2020 fra https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppe/Endelig%20rapport%2019.03.19/Helgelandssykehuset_Rapport%20fra%20ekstern%20ressursgruppe_19.03.19.pdf

Helgelandssykehuset helseforetak. (2019c). Helgelandssykehuset 2025. Videre arbeid med endelig beslutningsgrunnlag. Hentet 21.05 2020 fra <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202019/20190327/20190327%20Styresak%2027%20Helgelandssykehuset%202025.%20Videre%20arbeid%20med%20endelig%20beslutningsgrunnlag.pdf>

Helgelandssykehuset helseforetak. (2019d). Presseprotokoll. Hentet 21.05 2020 fra <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202019/20190618/20190618%20Presseprotokoll.pdf>

Helgelandssykehuset helseforetak. (2019e). Styresak 115/2019 Helgelandssykehuset 2025: Anbefaling om struktur og lokalisering. Hentet 04.06 2020 fra <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202019/20191128/20191128%20Styresak%20115%20Helgelandssykehuset%202025%20-%20Anbefaling%20om%20struktur%20og%20lokalisering.pdf>

Helse Nord regionalt helseforetak. (2001). Protokoll styremøte 14. september, Tromsø. Hentet 20.05 2020 fra <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styremøter/Styremøter%202001/20010914%20Styremøte%20i%20Helse%20Nord%20RHF%20-%20protokoll.pdf>

Helse Nord regionalt helseforetak. (2003). *Rapport om organisering av framtidig KIRURGISK AKUTTBEREDSKAP i Helse Nord*. Hentet fra <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Vedlegg%208%20Transport.pdf>

Helse Nord regionalt helseforetak. (2013a). Helgelandssykehuset HF, struktur - informasjon. Hentet 20.05 2020 fra <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styremøter/Styremøter%202013/20130321/Styremøte%2020130321%20-%20innkalling%20med%20sakspapirer,%20ettersendelse.pdf>

Helse Nord regionalt helseforetak. (2013b). Oppdragsdokument 2013 Fra Helse Nord RHF til helseforetakene. Hentet 20.05 2020 fra <https://helse-nord.no/arrangementer/styremote-i-helse-nord-rhf-6-februar-2013-sak-39>

Helse Nord Regionalt Helseforetak. (2014). Helgelandssykehuset HF - vedtekter. Hentet 15.06 2020 fra https://helgelandssykehuset.no/Documents/Om%20oss/HSYK_vedtekter_20052014.pdf

Helse Nord regionalt helseforetak. (2015a). Helgelandssykehuset 2025 - idefase, mandat. Hentet 20.05 2020 fra <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styremøter/Styremøter%202015/20151216/Styresak%20136-2015%20Helgelandssykehuset%202025%20-%20idefase%20mandat.pdf>

Helse Nord regionalt helseforetak. (2015b). Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025. Hentet 20.05 2020 fra <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styremøter/Styremøter%202015/20150527/Styresak%2052-2015%20Helgelandssykehuset%20-%20utviklingsplan%202025.pdf>

- Helse Nord regionalt helseforetak. (2016). Presseprotokoll. Hentet 20.05 2020 fra <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styremøter/Styremøter%202016/20160922/Styremøte%2020160922%20-%20presseprotokoll.pdf>
- Helse Nord regionalt helseforetak. (2018). Helgelandssykehuset 2025 - ekstern ressursgruppe, mandat for arbeidet - oppfølging av styresak 18-2018. Hentet 24.05 2020 fra <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styremøter/Styremøter%202018/20180523/Styresak%2069-2018%20Helgelandssykehuset%202025%20-%20ekstern%20ressursgruppe,%20mandat%20for%20arbeidet.pdf>
- Helse Nord regionalt helseforetak. (2019a). Helgelandssykehuset 2025 - struktur og lokalisering. Hentet 20.05 2020 fra <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styremøter/Styremøter%202019/20191218/Styresak%20137-2019%20Helgelandssykehuset%202025%20-%20struktur%20og%20lokalisering.pdf>
- Helse Nord regionalt helseforetak. (2019b). Organisasjonskart Helse Nord. Hentet 29.04 2020 fra <https://helse-nord.no/om-oss/organisasjonskart-helse-nord>
- Helse Nord regionalt helseforetak. (2019c). Presseprotokoll. Hentet 21.05 2020 fra <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styremøter/Styremøter%202019/20190528/Styremøte%2020190528%20-%20presseprotokoll.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *KOMPLEKS 9900175 Helgelandssykehuset Sandnessjøen*. Hentet fra http://lvph.no/pdf_vedtak/201_Sandnessjoen.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Protokoll fra foretaksmøte Helse Nord RHF. Hentet 20.05 2020 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/52525b269f3d4e40bfd5b80bc35c8dd/forelopigprotokollhelsenordrhf17112015.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Veiledning for styrearbeid i regionale helseforetak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (IS-1369)*.
Hentet fra
https://helgelandssykehuset.no/seksjon/helgelandssykehuset2025/documents/tidligfaseveileder_des_2011.pdf
- Helseforetaksloven. (2001). Lov om helseforetak m.m. (LOV-2001-06-15-93). Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Hornburg, T. B. (2010, 28. oktober). Konflikt om 1 av 3 lokalsykehus. *Aftenposten*, s. 10-11.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer (5. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag (3. utg.)*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (5. utg.)*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4. utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Menon Economics. (2019). HELGELANDSSYKEHUSET 2025 SAMFUNNSANALYSE.
Hentet 04.06 2020 fra
<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202019/20191030/20191030%20Styresak%2011%20Vedlegg%20%20Samfunnsanalyse%20Helgelandssykehuset%202025.pdf>
- Nordland fylkeskommune. (1996). *Helgelandssykehuset - Prosjekt for samordning av sykehusene på Helgeland*. Hentet fra
<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Vedlegg%206%20Transport.pdf>

Nordland fylkesting. (2000). *Sak 161-00 Samarbeid mellom sykehusene på Helgeland*.

NOU 1998: 9. (1998). *Hvis det haster.....— Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/8087d548c0a04059aa88f416fe19f3cc/no/pdfa/nou199819980009000dddpdfa.pdf>

Oslo Economics. (2017). *Hva er kravene til statlige utredninger, og er det gjort utredninger av alternative løsninger for sykehusstruktur i Finnmark som tilfredsstiller disse kravene?* Hentet fra
<https://fido.nrk.no/cbeacca50e71a5f15e85e761797deef2a84e622a9691d30b20662c07593f84d3/Krav%20til%20utredninger%20i%20staten%20og%20sykehusstruktur%20i%20Finnmark.pdf>

Regjeringen. (2001). *Vedtekter for Helse Nord RHF*. Oslo: Regjeringen.

Regjeringen. (u. å.). Eieravdelingen. Hentet 29.04 2020

Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Tilgjengelighet og faglighet - Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*
(St.meld. nr. 24 (1996-97)). Hentet fra
https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/stmeld/19961997/st-meld-nr-24_1996-97/3/id191076/#E18E5

Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*
(Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)). Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/15a4b853c7be45fb8d432b109b782961/no/pdfa/otp200020010066000dddpdfa.pdf>

Stortinget. (2019). Sak 10 Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Siv Mossleth og Willfred Nordlund om å utrede to sykehus med fullverdige akuttfunksjoner på Helgeland (Innst. 40 S (2019–2020), jf. Dokument 8:159 S (2018–2019)). Hentet 04.06 2020 fra
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=76398>

Sydow, J., Schreyögg, G. & Koch, J. (2009). Organizational Path Dependence: Opening the Black Box. *Academy of Management Review*, 34(4), 689-709.

<https://doi.org/10.5465/amr.34.4.zok689>

Sykehusbygg Helseforetak. (2017a). Idéfase Helgelandssykehuset

Oppfølging av kontraktsmøtet 8. juni 2017

Forslag til revidert prosjektplan. Hentet 18.06 2020 fra

https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202017/20170830/20170830%20Styresak%2083%20Vedlegg%20%20Rapport_Helgelandssykehuset%20-%20oppfølging%20av%20kontraktsmøte%2008.06.2017.pdf

Sykehusbygg helseforetak. (2017b). Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. Hentet

04.06 2020 fra <https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter.pdf>

Yin, R. K. (2014). *Case study research. Design and methods*. (5. utg.). Thousand Oaks: Sage.

ÅF Advansia AS. (2019). Vurdering av økonomiske beregninger i bæreevneanalysen. Hentet 04.06 2020 fra

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202019/20191030/20191030%20Styresak%20111%20Vedlegg%203%20Vurdering%20av%20økonomiske%20beregninger%20i%20bæreevneanalysen.pdf>