



# Masteroppgave

**ADM750 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse**

**Vegen til Eikrem: Ei kvalitativ undersøking om  
vedtaksprosessen for val av tomt for nye Molde  
sjukehus**

Andreas Ertesvåg

Totalt antall sider inkludert forsiden: 106

Molde, 07.11.2010



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Vegen til Eikrem: Ei kvalitativ undersøkning om vedtaksprosessen for val av tomt for nye Molde sjukehus**

**Tittel på engelsk:**

**Forfatter(e): Andreas Ertesvåg**

**Fagkode: ADM750**

**Studiepoeng: 45**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Lars Rønhovde**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 07.11.2010**

## Forord

Arbeidet med denne oppgåva har vore ein lang, krevjande og ikkje minst lærerik prosess. Det å studere og skrive om vedtaksprosessar inviterer til refleksjon over mine eigne vedtak med denne oppgåva. I oppgåva brukar eg fleire teoriar for å best mogleg beskrive ein vedtaksprosess. Sett tilbake har eg vore innom fleire fasar, der alle teoriane på ulik måte kan forklare arbeidet mitt med denne oppgåva. Om det har vore ein god eller dårleg ting, overlet eg til andre å vurdere.

Avgjerande for gjennomføring av denne oppgåva var tilgang til informasjon om tema. Eg vil derfor takke Helse Nordmøre og Romsdal, Molde kommune og Møre og Romsdal fylkeskommune for assistanse med å skaffe aktuelle dokument. Alle respondentane som tok seg tid til å prate med meg fortener og ein stor takk. Desse samtalanane har gitt uvurderleg innblikk og informasjon om prosessen.

Eg vil og takke min medstudentar. Frå dei som har gitt gode råd og motivasjon, til alt for lange lunsjpausar, til dei som gjennom sitt fråver har gitt arbeidsro. Saman har dykk gjort studietida, og arbeidet med oppgåva til ei minnerik og positiv oppleving. Alt blir motteke med takk. Det er og på sin plass å takke Høgskulen i Molde for utlån av eit eige kontor. Elles takk til Bård og Johanne for korrekturlesing av oppgåva.

Ut over dette er det særleg to personar som har vore viktige. Den første er rettleiaren min, Lars Rønhovde. Gode innspel og tilbakemeldingar frå idefase til ferdig produkt, har vore sentralt for at eg til slutt kan levere eit ferdig produkt. Den andre som fortener ein ekstra takk er min medstudent Bjørn Richard Jensen. Med gode tips og innspel har oppgåva fått seg eit løft. Det å ha nokon å arbeide saman med over mange lange dagar, har gjort arbeidet lettare. Takk.

Andreas Ertesvåg

København, 22.09.10

## Samandrag

I denne oppgåva har eg sett nærare på deler av vedtaksprosessen fram mot bygging av nye Molde sjukehus. Dette er ein stor og kompleks prosess. Eg har særleg vist til to grunnar til kvifor temaet er interessant. For det første er det reint fagleg interessant å teste teoriar opp mot så store og komplekse saker som blant anna det offentlege kan arbeide med. For det andre omhandlar desse vedtaksprosessane saker med til dels stor samfunnsmessig interesse.

Eg har kort diskutert litt om kvifor offentlege vedtaksprosessar er verdt å undersøkje. Blant anna kan det auke merksemda på denne delen av eit vedtak. Kanskje er det behov for å gå frå autopilot til medviten haldning. Eit anna poeng er kor viktige offentlege vedtak kan vere for samfunnet. Eit sjukehus er både ein viktig arbeidsgivar, og ein viktig del av eit kvart lokalsamfunn.

Sentralt i oppgåva er problemstillinga "Korleis kan vedtaksprosessen fram mot valet av Eikrem som tomt for nye Molde sjukehus beskrivast ut frå etablerte teoriar?". Oppgåva beskriv og tolkar vedtaksprosessen, framfor å dømme den.

Det teoretiske grunnlaget finn eg i tre etablerte modellar: rasjonelle modellar, forhandlingsmodellen og søppelbøttemodellen.

For å gi eit svar på problemstillinga, har eg gjennomført ei kvalitativ undersøking. Denne består av to deler. Først ein gjennomgang av sentrale dokument frå 1990-talet og framover. Her har eg sett korleis fylkestinget gjekk for vurdering av berre ei tomt tross diskusjonar, til Helse Nordmøre og Romsdal som først var nøgd med vurdering av to tomter, men enda opp med fire forslag. Deretter intervju med sentrale deltakarar som har gitt innsikt ut over det dokument fortel. Det har kome fram at interne diskusjonar om forholdet mellom by og land i Molde kommune og ulike tolkingar av vedtak blant sentrale deltakarar har spela ei rolle.

Oppgåva viser korleis ulike teoretiske modellar eignar seg for å forklare vedtaksprosessen på ulike nivå. På eit mikronivå er vedtaksprosessen prega av kontekstuell rasjonalitet. Ulike deltakarar har ulike roller. Dette gjer det vanskeleg å snakke om ein objektiv rasjonalitet på tvers av deltakarane. Dette gjer rasjonelle modellar mindre eigna på eit makronivå. Her har prosessen vore meir kaotisk.

Forhandling har vore sentralt. Både internt i organisasjonar, som konflikt mellom by og land i Molde kommune, og til dømes mellom Kristiansund og Molde kommune. Ulike problemoppfatningar har vore med å prege dei løysingsforslaga som har kome fram. Lergrovik var av enkelte ønska for å kome rundt ei vedtak om vern av området på grunn av jordbruksareal. Bynære tomter vart pressa fram med interesser frå Kristiansund for å verne om sjukehuset i Kristiansund. Samtidig som interesser for landlege alternativ førte ein kamp for Hjelset for å gjenreise denne delen av Molde kommune. Løysingar, problemstillingar og deltakarar har i større eller mindre grad endra seg over tid. Dette har gjort vedtaksprosessen langvarig, kompleks og interessant.

# Innhold

<b>1.0 INNLEIING</b> .....	<b>2</b>
<b>2.0 PROBLEMSTILLING</b> .....	<b>5</b>
<b>3.0 TEORI</b> .....	<b>8</b>
3.1 RASJONELL MODELL .....	9
3.2 FORHANDLINGSMODELLEN .....	12
3.3 SØPPELBØTTEMODELLEN .....	13
3.4 PROBLEMSTILLING I LYS AV TEORI.....	17
<b>4.0 METODE</b> .....	<b>19</b>
4.1 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE .....	19
4.2 UNDERSØKINGSOPPLEGGET MITT .....	21
<b>5.0 TIDSLINJE</b> .....	<b>27</b>
<b>6.0 DRØFTING</b> .....	<b>50</b>
6.1 STRATEGIAR OG MÅL .....	51
6.2 PROBLEMOPPFATNINGAR .....	54
6.3 ORGANISERING.....	58
6.4 SAMARBEID OG KONFLIKTLØYSING .....	64
6.5 INFORMASJON.....	67
6.6 POLITIKK OG FAG .....	73
6.7 DRIVKREFTER .....	76
6.8 LØYSINGAR .....	76
6.9 OM PROSESSEN.....	85
<b>7.0 AVSLUTTANDE KOMMENTAR</b> .....	<b>89</b>
7.1 VALIDITET, GENERALISERING OG VEGEN VIDARE.....	97
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>99</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>101</b>
VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE.....	101

## 1.0 Innleiing

Denne oppgåva vil gi ein introduksjon og ei kvalitativ analyse av deler av vedtaksprosessen fram mot bygging av nye Molde sjukehus. Dette er ein langvarig prosess med mange interessante, komplekse og vanskelege spørsmål. I ein eller annan form har denne saka vore aktuell sidan 80-talet, og den har enda ikkje fått ein endeleg konklusjon.

Fokuset ligg på spørsmålet om kvar sjukehuset skal ligge. Det har vore tre sentrale vedtak om ulik plassering av sjukehuset. Av desse er det det til no siste vedtaket eg vil analysere nærare. Gjennom ei tidslinje gir eg og eit historisk tilbakeblikk. Denne gir ein introduksjon til vedtaksprosessen. Her viser eg og kor stor og kompleks prosessen er. Samtidig gir den eit grunnlag for den vidare drøftinga.

Oppgåva beskriv og tolkar vedtaksprosessen i lys av tre sentrale teoretiske perspektiv. Eg legg ikkje opp til å dømme om det har vore ein "god" eller "dårleg" prosess.

Det er verdt å merkje seg at dette er ein prosess som framleis er aktiv. I skrivande stund har bygginga av nye Molde sjukehus ikkje starta. Hausten 2010 har ei ny utgreiing om eitt eller to sjukehus blitt presentert. Samtidig som det har vore nye diskusjonar om kvar sjukehuset skal ligge. Eg avgrensar meg i utgangspunktet til det som skjedde fram til vedtaket om bygging på Eikrem i 2006, sjølv om dei pågåande prosessane sjølv sagt er tilstades i ein viss forstand, til dømes i samband med datainnsamling og intervju med ulike respondentar.

Det er fleire grunnar til at eg vel å omtale denne vedtaksprosessen som "*stor og kompleks*". Blant anna kan det peikast på at den medisinske utviklinga er stor. Noko som gjer det vanskeleg å føreseie korleis framtidas helsetilbod blir utforma, og planleggje eit sjukehus som skal fungere bra i fleire tiår framover. I tillegg til å vere eit spesielt bygg med dei nødvendige tilpassingar og utfordringar dette fører med seg, er det og eit relativt stort bygg. Noko som sett krav til val av tomt. Infrastruktur, påverknad på miljø og etablert busetting er viktige faktorar. Reint politisk er det og fleire viktige spørsmål knytt opp mot bygging av eit nytt sjukehus. To saker som har vore særleg dominerande ved denne utbygginga er spørsmålet om det skal vere eit eller to sjukehus i regionen, og funksjonsfordeling mellom sjukehusa.

Vedtak omgir oss heile tida. Frå små ting som berre påverkar oss sjølv, som eg tek på meg dei fine skoa sjølv om dei er litt for små, til dei som påverkar omgjevnadane rundt oss, den nye rutetabellen har redusert avgangane til det halve, til store vedtak som påverkar heile eller store deler av samfunnet, Noreg skal kutte klimagassutslepp med 30% dei neste 10 åra. Generelt er det ein trend at stadig fleire beskriv arbeidet sitt som vedtaksprosessar (Brunsson 2000).

Meir generelt kan oppgåva sitt tema bli sett på som eit døme på ein stor og kompleks offentlege vedtaksprosess. Det kan vere fleire grunnar til at dette temaet er interessant. Særleg vil eg trekkje fram to grunnar. For det første er det reint fagleg interessant å bruke teoriar opp mot så store og komplekse saker, som blant anna det offentlege kan arbeide med. For det andre omhandlar desse vedtaksprosessane saker med til dels stor samfunnsmessig interesse. Eit sjukehus er ein viktig institusjon som både gir arbeidsplassar, og ikkje minst tryggleik, både lokalt, regionalt og dels også nasjonalt.

Kvifor skal ein så undersøkje offentlege vedtaksprosessar? Når dette er noko ein gjer heile tida, er det vel og noko ein er godt kjent med? For å begynne med det siste først, når ein gjer noko ofte er det fort at det blir ein vane, og ein kan fort bli blind for korleis vedtaksprosessen faktisk er. For den som er medviten om korleis vedtaksprosessen er, kan det tenkjast at ein berre er medviten på korleis ein sjølv tenkjer, eventuelt korleis dei næraste rundt seg tenkjer, men ikkje korleis det store bilete ser ut. I den grad ein reflekterer rundt dette, vil det og vere eit spørsmål om ein har eit teoretisk grunnlag. Og skulle det vise seg at alt dette er på plass, vil truleg informasjonen vere intern. Ei ekstern undersøking vil då vere med på å gjere informasjonen tilgjengeleg, samt kunne gi nyttige innspel til den som fattar vedtaka.

For å ta føre seg spørsmålet om kvifor ein skal gjere denne undersøkinga, kan det peikast på at offentlege vedtak til dels har stor påverknad på samfunnet. Nasjonalt er vi inne i ei periode med mange store vedtaksprosessar på gang i høve organisering av sjukehus (Aftenposten.no 2010). Frå eit samfunnsfagleg synspunkt vil det vere interessant å undersøkje korleis desse prosessane fungerer i praksis. Dette vil og vere nyttig for å teste eksisterande teori mot komplekse fenomen, og kan vere nyttig for vidare utvikling av faget.



Ein trend som har fått ein del merksemd i media er PR-bransjens innflytelse, og særleg tilfelle når tidlegare toppolitikarar går til rådgjevarstillingar innan denne bransjen. Eit godt nettverk, samt det å vere ein kjend person, er to faktorar som gjer denne typen tenester populære. Men kunnskapen om vedtaksprosessar er og ein viktig ressurs mange organisasjonar ønskjer å få tak i. Problemet for mange er at det er langt i frå gratis å få tilgang til kunnskapen. For samfunnet sin del, og av fagleg og forskingsmessig omsyn, er det truleg teneleg med mest mogleg kunnskap og informasjon og at dette er vert offentleg tilgjengeleg.

Den vidare oppgåva er disponert på følgjande måte. Først går eg vidare inn på situasjonen rundt nye Molde sjukehus, og presenterer problemstillinga som dannar grunnlaget for den vidare diskusjonen. Deretter presenterer eg det aktuelle teorigrunnlaget som ligg til grunn for drøftinga av vedtaksprosessen. Så følgjer ein diskusjon rundt dei metodiske vala og framgangsmåten for oppgåva. Før eg går inn på hovuddelen av drøftinga, presenterer eg ei historisk oversikt over prosessen fram til og med det siste lokaliseringsvedtaket. Deretter følgjer altså hovuddrøftinga av vedtaksprosessen og til sist nokre avsluttande ord.

## 2.0 Problemstilling

Temaet eg har valt å undersøkje, rettar seg mot vedtaksprosessen rundt bygginga av nye Molde sjukehus. Dette er ei aktuell sak, særleg for denne regionen. Prosessen har vore aktuell i fleire år, og i skrivande stund ser det ut til at det framleis er ei god stund til den blir lagt til side. Det er og snakk om ein relativt kompleks prosess. Her er det mange ulike vedtaksprosessar, interesser og deltakarar.

Dagens sjukehus er strukturert med hovudsjukehuset, med somatisk avdeling og psykiatrisk avdeling, på Lundavang, sentralt i Molde. I tillegg er det psykiatriske avdelingar på Hjelset, cirka 19 kilometer aust for Molde sentrum. Bygget på Lundavang vart teke i bruk 1960. Bygga på Hjelset er i hovudsak enda eldre (Arbeidsfelleskapet 2001). Bygningane på Lundavang blir karakterisert som av svært dårleg standard og lite praktiske. Medan Hjelset er for stort i forhold til aktiviteten, delvis nedslite og upraktisk (Male 2005). Dette gjorde det naudsynt med eit nytt sjukehus.

Arbeidet med nye Molde sjukehus starta på 1980-talet. I løpet av denne perioden har det vore mange endringar. Ulike regjeringar har kome og gått, det same gjeld for tilsette både politisk og administrativt. Ei stor endring det er verdt å merkje seg, er endringa frå fylkeskommunalt eigarskap av sjukehusa til statleg eigarskap frå og med 01.01.2002. Ein annan indikator på kor stor prosessen er, vil vere kostnadsramma. Denne har endra seg over tid, men var på 2.627 milliardar kroner våren 2010, inkludert byggjelånsrenter.

Oppgåva tek føre seg vedtaksprosessen til det som til no er det siste lokaliseringsvedtaket for sjukehuset. I tillegg til dette vedtaket, har det vore to tidlegare vedtak om lokaliseringa. Alle desse vedtaka har hatt ulikt utfall. Både for å få historisk oversikt, og for å få eit betre grunnlag for å forstå det siste vedtaket, kjem eg til å gå igjennom prosessen fram mot dette vedtaket.

Før eg skriv om dei tre vedtaka, er det på sin plass å seie noko om kvifor eg vel å fokusere på lokaliseringsspørsmålet. For det første er dette eit spørsmål som er via mykje merksemd. Politisk, i fagorganisasjonar, i styrebehandling, blant innbyggjarane i regionen og i media. Altså er dette eit spørsmål som er veldig aktuelt, og i så måte fortener å bli undersøkt nærare. For det andre er dette eit viktig spørsmål.

Lokaliseringa av sjukehuset vil ha mange konsekvensar. Rapporten *Nye Molde Sjukehus. Konsekvensutredning.*, gir ein grundig gjennomgang . Dømer på konsekvensar er konsekvensar for busetting, trafikktryggleik, tilgjengelegheit, næringslivet, Molde sin byfunksjon, nærområdet, risiko for flodbølgje, støy og kulturminne.

Vedtak 1. I 1999 vedtok fylkestinget i Møre og Romsdal at det nye sjukehuset skulle byggjast på Lundavang (same tomt som hovudsjukehuset ligg på i dag). Vedtaket vart ytterlegare bekrefta i 2001 ved godkjenning av samla plan for fylkessjukehuset i Molde.

Vedtak 2. I 2003 vedtok styret i Helse Nordmøre og Romsdal at det nye sjukehuset skulle byggjast på Hjelset (der største del av psykiatrisk tilbod ligg i dag), cirka 19 kilometer aust for Molde sentrum. Helse Midt Noreg støtta vedtaket i første styremøte i 2004.

Vedtak 3. I 2006 vedtok styret i Helse Nordmøre og Romsdal at det nye sjukehuset skulle byggjast på Øvre Eikrem (heretter berre Eikrem), cirka 5.5 kilometer aust for Molde sentrum. Styret i Helse Midt Noreg ga sin tilslutning i sitt påfølgjande møte.

Vidare i oppgåva vil eg forsøkje å skildre vedtaksprosessen rundt det siste vedtaket frå eit utval av teoriar. Eg set opp tre hovudvariablar eg drøfter vedtaka ut frå, problemstilling(ar), deltakar(ar) og løysing(ar).

I ei så omfattande sak, er det mange ulike nivå. Både internt i organisasjonar, og mellom organisasjonar. Dagens nivåstruktur er; lokalt Helse Nordmøre og Romsdal, regionalt Helse Midt Noreg og nasjonalt Staten med Helse og omsorgsdepartementet. I tillegg kjem dei to sjukehusa i regionen, kommunane med vertskommunen Molde i spissen og fylkeskommunen.

Ei avgrensa oppgåve som dette kan ikkje ta føre seg alle nivå på ein tilfredstillande måte. Eg vel difor å avgrense oppgåva til eit hovudfokus på fylkestinget i det første vedtaket, og Helse Nordmøre og Romsdal i dei to siste. Fylkestinget er eit naturleg val som øvste organ for eigarskapet på tidspunktet for det første vedtaket. Helse Nordmøre og Romsdal sitt med det daglege ansvaret for Molde sjukehus. Vedtaka frå styret i denne saka har og blitt følgt av styret i Helse Midt Noreg. Men eg kjem

dels til å referere Helse Midt Noregs vedtak og. Helse og omsorgsdepartementet har ennå ikkje kome med sitt svar på kva vedtak dei endeleg vil støtte. Dei er og relativt langt unna situasjonen, og eg meiner eit fokus på lågare nivå vil gi tilstrekkeleg informasjon og vere av høg interesse.

Dette leier fram til følgjande problemstilling for oppgåva:

*Kva kjenneteiknar vedtaksprosessen fram mot valet av Eikrem som tomt for nye Molde sjukehus?*

### 3.0 Teori

For å ha ei referanseramme for å beskrive kjenneteikn ved vedtaksprosessen, tek eg i bruk eit utval av etablerte teoriar for vedtaksprosessar. Det er mange ulike teoretiske perspektiv som tek føre seg desse prosessane. Eg vel å ta i bruk tre ulike teoretiske utgangspunkt for vedtaksprosessar; rasjonelle modellar, forhandling- og søppelbøtte modell (organisert anarki). Dette er etablerte og anerkjente teoretiske perspektiv, som alle har forskjellige innfallsvinklar til korleis vedtak blir fatta.

Roness (1997) presenterer fire strategiar for handsaming av teorimangfald. Desse er: avskjerming, utfylling, konkurrering og sameining. Strategiane har sine sterke og svake sider avhengig av formål. Målet med denne oppgåva er å kunne gi ei best mogleg skildring av vedtaksprosessen eg har presentert. I følgje Roness vil utfylling vanlegvis vere retta mot auka innsikt i ei konkret sak. Avskjerming og sameining kan og brukast.

Avskjerming vel ut ein teori, og eventuelt vidareutviklar denne. Dette gir eit meir fokusert syn på saka. Men i denne samanheng, trur eg ikkje det vil gi den store oversikta eg ønskjer. Sameining vil seie at deler av ulike teoriar blir satt saman til ein ny. Ein spennande innfallsvinkel. Men det ligg utanfor hovudfokusset for denne oppgåva. Eg vel å bruke teoriane utfyllande. Her ser ein saka frå mange ulike perspektiv, for å få større innsikt. Eit potensielt problem er at det kan bli for mykje informasjon. Avgrensing av oppgåva har derfor vore viktig. I og med at teoriane ikkje skal konkurrere mot kvarandre om å vere rett, er det ikkje eit problem å velje motstridande teoriar. Tvert om kan dette vere ein fordel for auka innsikt.

Modellane eg brukar kan delast inn to ulike kategoriar, normativ og deskriptive (Jacobsen 2007). Den rasjonelle modellen er ein normativ modell. Dette vil seie at det er ein idealmodell, som seier korleis vedtakstakarane bør opptre. Her er det verdt å merkje seg at sjølv om dette er ein idealmodell, kan ein finne situasjonar der organisasjonar er tilnærma lik det modellen seier (ibid.). Forhandlingsmodellen og søppelbøttemodellen derimot, er begge deskriptive modellar. Desse beskriver korleis organisasjonar faktisk gjer vedtak.

Eg vil no skissere opp hovudtrekka ved dei tre teoriane.

### 3.1 Rasjonell modell

Rasjonalitet, eller nettopp mangel på rasjonalitet, er nok det mange tenkjer på når dei skal vurdere ein vedtaksprosess. I daglegtale ser ein ofte på rasjonalitet som eit ideal. Rasjonalitet er kanskje særleg framtrudande innan økonomi, med tankegangen om "the economic man", og innan realfag som matematikk og fysikk. Kort sagt inneber rasjonelle val at ein gjettar på spørsmål, på kva usikre, framtidige konsekvensar blir, og kva framtidige preferansar blir (March 1988).

Ein rasjonell modell er knytt til ein føresetnad om at organisasjonar er medvitne konstruert for å realisere bestemte mål. Den organisasjonsmessige konteksten gir grunnlag for dette på tre måtar. For det første gjennom arbeidsfordeling blir merksemda til den enkelte avgrensa til spesifikke oppgåver som han skal løyse. Vidare gir dette grunnlag for at kvar enkelt kan forvente kva dei andre medlemmane av organisasjonen gjer. Noko som er med på å gi stabilitet og gjer det mogleg å føreseie kva framtida bringer. Det tredje punktet er at organiseringa styrer og koordinerer dei tilsette, så ein kan oppnå felles mål. (Jacobsen 2007)

At ein arbeider som ein del av ei gruppe, har og konsekvensar for korleis ein kan gjere eit vedtak. Vedtaket kan ikkje berre vere eit produkt av eit individ sine eigne mentale prosessar. Gruppas vurderingar og omsyn må og reflekterast i vedtaket. (ibid.)

Ein rasjonell vedtaksprosess består av fleire trinn (Greve 1995). Først må målsettingar klargjerast. Etterfølgd av arbeidet med å finne ut kva problem dei må løyse. Så må ein finne ut kva ein vil oppnå og korleis ein kan oppnå dette. Deretter må ein finne ut kva løysingar som er moglege og konsekvensane av desse. Til slutt vel ein den løysinga som på best mogleg måte oppfyller måla og gjennomfører denne. Ein kan seie at dette er ein lineær modell.

Eit klart definert hierarkisk leiarskap som kan "skjære igjennom" er nødvendig i tilfelle der det er usemje om for eksempel mål og strategiar (Jacobsen 2007). Når det er semje om mål, problem og korleis ein skal løyse dei, samt liten uvisse og fleirtydigskap, fungerer den rasjonelle modellen best. Sjølv om eit problem er stort og komplisert, er ikkje dette nødvendigvis eit hinder for at ein rasjonell modell skal fungere. Men då må all nødvendig informasjon vere kjent, eller la seg berekne. Sjølv

om det er stor uvisse, og fare for at rasjonelle verkty vil slå feil, vil enkelte leiarar halde på ein rasjonell framgangsmåte. Dette fordi det har ein stor symbolsk verdi. (Hatch 2001)

Truleg kan vi ikkje snakke om menneskje som absolutt rasjonelle, i alle fall ikkje i situasjonar som er komplekse. I praksis vil det ofte ikkje vere mogleg å ha kjennskap til, og behandle alle moglege faktorar. Derfor snakkar Herbert Simon om det han kalla avgrensa og bunden rasjonalitet, bounded rationality (Douma 2008). Denne teorien har i dag vid aksept, men ikkje universell (March 1988). Dei tre elementa som er trekt fram tidlegare om organisasjonsmessig kontekst, er med på å kompensere for den enkeltes avgrensa rasjonalitet (Jacobsen 2007).

Andre faktorar som peiker mot at menneskje er avgrensa rasjonelle, er blant anna at berre nokre få alternativ blir vurdert, og desse blir vurdert sekvensielt og ikkje samstundes som eit rasjonelt ideal vil ha det til. Vidare konsentrerer ein seg om nokre få konsekvensar, i staden for å vurdere alle konsekvensane. Desse "manglane", sett frå eit rasjonelt perspektiv, fører og til at vedtakstakarane ikkje har eit komplett sett av preferansar, men har i staden mangelfulle mål med manglande samanhengar. I praksis blir ofte resultatet at ein i staden for å prøve og gjere best mogleg handling, nøyer ein seg med noko som er "godt nok". (Douma 2008)

Eit kjenneteikn mange kan knytte til større vedtaksprosessar, er mykje informasjon og dokumentasjon. Kanskje særleg er dette noko som er assosiert med det offentlege og byråkratiet. I forhold til arbeidet med nye Molde sjukehus er det fleire relativt store utgreiingar. Gjennom ulike fasar, og med ulike aktørar, er det utarbeida dokumentasjon som skal gi eit godt vedtaksgrunnlag. Etter teorien om avgrensa rasjonalitet seiast det at vedtakstakarar ikkje søker all relevant informasjon om konsekvensar, og tilgjengeleg informasjon blir ikkje brukt (Douma 2008).

Mykje av den informasjonen menneskje søker og får er skvalder, "gossip" (March 1988). Det vil seie informasjon som ikkje er relevant for vedtaket som skal fattast. Ein sentral funksjon med tomprat, er vedlikehald av informasjonssystema (ibid.). Informasjon kan bli sett på som ei kjelde til makt. Den som har oversikt og veit kva som skjer, blir av andre sett på som viktig. Dette betyr ikkje nødvendigvis at det er

moglegheitene for effektiv handling som gjer informasjonen verdifull, men det at du har noko som er ei mangelvare og signala dette gir (ibid.).

Avgrensa kognitive eigenskapar er med på å gjere at folk kan oppfatte røynda ulikt. Noko som gir grunnlag for ulike preferanseskalaer. Fire sentrale forenklingfaktorar kan vere med på å forklare korleis og kvifor dette skjer. For det første *redigerer* og forenkler vedtakstakarar situasjonen før dei går inn i ein vedtaksprosess. Komplekse problem og situasjonar blir forenkla, og ulike deler blir kombinert for å forenkle situasjonen. Oppsøkt informasjon kan forenklast ved å forkaste deler av informasjonen, eller redusere mengda med prosessering av informasjonen. For det andre *delast problem opp* for å redusere store problem til små komponentar. Tanken er at gjennom å løyse delkomponentar, vil det globale problemet løysast. For det tredje kan *laust definerte reglar* danne eit grunnlag for korleis situasjonar vert angripen. Dette kan for eksempel bygge på tidlegare erfaringar. For det fjerde blir vedtak sett i *referanserammer*, som definerer problemet som skal vurderast, informasjonen som må samlast inn og dimensjonane som må evaluerast. Vedtak blir forskjellige avhengig av kva for ei referanseramme det blir plassert i. Ulike rammer gir ulike preferansar. (March og Heath 1994)

Ein må merkje seg at sjølv om teorien om avgrensa rasjonalitet seier at menneskje ikkje er (i mange samanhengar) fullt ut rasjonelle, betyr ikkje dette at dei ikkje ønskjer å handle rasjonelt. Douma (2008) skriv at kjernen i avgrensa rasjonalitet er at individ er tiltenkt rasjonelle. Men avgrensa kognitive eigenskapar, kombinert med mangelfull informasjon, fører til at handlingane deira ikkje blir fullt ut rasjonelle. Dette til tross for dei beste intensjonar og innsats.

Avgrensa rasjonalitet blir først eit problem i situasjonar med uvisse og/eller kompleksitet (Douma 2008). Som vi har sett er vedtaksprosessen med nye Molde sjukehus prega av både uvisse og kompleksitet. Dette er viktig å ha i mente når ein skal drøfte denne og tilsvarende vedtaksprosessar.



### 3.2 Forhandlingsmodellen

Denne modellen går under litt ulike namn. Forhandlingsmodellen blir brukt av Jacobsen (2007), medan Hatch (2001) kallar den "koalisjonsmodellen".

Modellen rettar seg mot situasjonar der det er usemje om mål og/eller virkemiddel. Dette er eit naturleg resultat av organisasjonar som består av ulike kjelder til konflikhtar, som kamp om ressursar og motstridande mål (Hatch 2001). I prosessen med planlegging av nye Molde sjukehus kan ulike grupperingar til dømes vere helsepersonell ved sjukehuset i Molde og Kristiansund, ulike politiske interesser, ulike pasientgrupper og bebuarar i regionen som på ulikt vis blir påverka av det nye sjukehuset.

Som resultat av usemje vil det oppstå ein maktkamp. Individ vil skape grupperingar og kome med forslag som dei i fellesskap er nøgd med. Denne grupperinga må så måle krefter med andre grupperingar i organisasjonen. Ei vanleg løysing i situasjonar der grupper i og utanfor organisasjonen står mot kvarandre, er at dei inngår eit kompromiss som alle kan slutte seg til (Jacobsen 2007). Men skal ein lukkast, må det vere ei vilje til å finne ei løysing, gjerne forankra i felles interesser av eit slag.

Ved forhandlingar kan det vere vanskeleg å skilje mellom person og sak (ibid.). Det er ulike interesser både i forhold til sak og løysingar. Vidare baserer forhandlingar seg på interaksjon mellom menneskje. Denne interaksjonen vil vere med og farge forhandlingane, til dømes kan forhandlinga gå betre viss partane har ein god tone seg i mellom. Med interaksjon mellom menneskjer vil og kjensler kome inn i bilete. Dette kan gjere det enda vanskelegare å skilje mellom sak og person.

Jacobsen (2007) deler inn i to typar forhandlingar; fordelings- og integrasjonsforhandlingar. Fordelingsforhandlingar går, som namnet indikerer, ut på fordeling av ein gitt mengde ressursar. Dette gir ein vinn-tap-situasjon. Det den eine tener, vil den andre tape på. Integrasjonsforhandlingar prøver å endre dette, og oppnå ein vinn-vinn-situasjon der alle partar kjem betre ut med å ta omsyn til kvarandre.

Maktkamp, forhandlingar og ulike grupperingar høyrer fjernt ut frå dei ideane presentert under ein rasjonell teori. Men det betyr ikkje at rasjonalitet er fråverande i ein forhandlingsmodell. Tvert om kan forsøk på å kome fram til felles løysingar i og

mellom grupperingar, vere ein rasjonell måte å handtere sterke interessekonfliktar der felles mål ikkje er mogleg (Hatch 2001).

Eit svært skeivfordelt maktforhold kan og påverke i kva grad det blir ei forhandling ved ein konfliktsituasjon. Om ein part har vesentleg meir makt, kan dei tvinge igjennom sitt syn på saka. Dette betyr ikkje at dette alltid vil bli gjort. Det er fleire døme på at grupper med overlegen makt kan velje å forhandle med svakare partar (Jacobsen 2007). Stadig overkjøring frå ein mektig part kan svekkje organisasjonen i form av mindre motiverte tilsette, og til og med støyte tilsette vekk frå organisasjonen.

Forhandlingar som vedtaksprosess er truleg mest vanleg i organisasjonar som er differensiert, med ulike nivå og avdelingar. Det ein kan kalle heterogene organisasjonar (Jacobsen 2007). Dette heng saman med til meir differensiert organisasjonen er, dess større er sannsynet for at det vil vere ulike interesser i organisasjonen. Det er ikkje berre ein oppdelt struktur som kan ha denne påverkinga, ein oppdelt organisasjonskultur med ulike subkulturar kan ha same effekt.

### **3.3 Sjøppelbøttemodellen**

Garbage Can modellen, eller sjøppelbøttemodellen på norsk, er ein teori som er særleg godt eigna når det er usemje rundt kva som er måla, eventuelt problema, og/ eller framgangsmåten ein skal ta. Situasjonen er prega av ulike oppfatningar av mål, problem og løysingar. Vidare er det eit kjenneteikn at nøkkelaktørar går ut og inn av vedtaksprosessen. Dette kan ein forklare ved at andre ting konkurrerer om merksemda til aktørane.

Gjennom å flytte fokus frå det kontrollerte og planlagde, over til usikre element, peikar teorien på det tilfeldige ved ein vedtaksprosess. Dette skil sjøppelbøtte modellen frå mange andre teoriar. Vedtaksprosessen blir ikkje sett på som lineær.

Cohen et. al. viser til det dei kallar organiserte anarki som organisasjonar der sjøppelbøttemodellen er særleg aktuell. Dette er organisasjonar som har tre generelle attributt. Det første er problem med å fastsette preferansar. Organisasjonen arbeider under varierte, inkonsistente og lite definerte preferansar. Attributt nummer to er uklar teknologi. Sjølv om organisasjonen klarer å overleve, er ikkje prosessane forstått av sine eigne medlemmar. Prøv og feil taktikkar der ein lærer litt frå eigne feil, og

pragmatiske oppfinningar er vanlege operasjonsformer. Det siste attributtet er flytande deltaking. Tid og innsats ulike deltakarar legg ned varierer, både ut frå den enkelte sak og over tid. Noko som gjer at organisasjonens grenser er uklare og endrar seg over tid. I sin klassiske artikkel brukar dei universitet som eit døme på ein sånn organisasjon. (March 1988)

Det er verdt å merkje seg at teorien ikkje seier at organisasjonar alltid fungerer sånn, men dei fleste organisasjonar vil frå tid til anna vise trekk frå søppelbøttemodellen. Yildiz (*Handbook of decision making* 2006) seier at modellen er særleg aktuell innan politiske prosessar der framtida er vanskeleg å føreseie. Med omgjevnadar der økonomiske og sosiale spørsmål dominerer. Dette er variablar ein kan kjenne igjen frå prosessen om nye Molde sjukehus.

Der ein rasjonell modell ser på organisasjonar som eit middel for å løyse veldefinerte problem, og forhandlingsmodellen som ser på organisasjonar som strukturar for å løyse konflikhtar gjennom forhandling, kan søppelbøttemodellen seie at organisasjonar er prosedyrar som lar deltakarar kome med ei tolking av kva dei gjer og kva dei har gjort medan dei gjer det (March 1988). Etter denne teorien består organisasjonar av fire uavhengige straumar; vedtaksmoglegheiter, ein straum av deltakarar, ein straum av problem og ein straum av løysingar. Desse beveger seg uavhengig av kvarandre, og det er dermed vilkårleg kva for nokre som møtest. Vedtak skjer når desse straumane blir kopla saman. Jacobsen (2007) visar til tre tilfeller der dette kan skje:

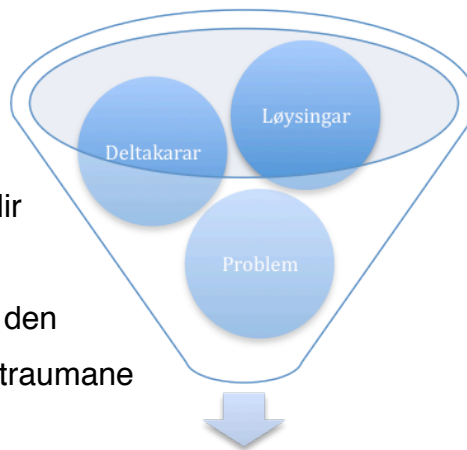
\*Som eit resultat av tid. Etterkvart som tida går aukar sannsynet for at folk tilfeldigvis vil møtast.

\*Eit resultat av læring. Organisasjonsmedlemmar vil etterkvart lære kva typar kunnskap, problem og ferdigheiter som er både internt i organisasjon, og eksternt.

\*Samankoplingane kan kome som eit resultat av strukturelle eller administrative arrangement.

Metaforen "søppelbøtte" er brukt om valmoglegheiter der ein kastar ulike problem og løysingar frå deltakarar.

Blandinga av "søppel" er avhengig av kva som er tilgjengeleg til ein kvar tid, kva som blir produsert og kor fort ting blir fjerna (March 1988). Dette vil seie at sjølve søppelbøtta er den enkelte vedtakssituasjon der alle dei andre straumane møtest.



Vedtaksmoglegheiter

Ein konsekvens av dei ulike straumane er at val

blir teke utan at problem nødvendigvis blir løyst. Enkelte problem blir aldri løyste, og det kan oppstå løysingar utan at det faktisk er eit problem. Når dette er sagt, blir ein god del problem løyst. Til tross for at dette skjer tilfeldig. (March 1988).

Det er ikkje ein føresetnad at deltaking i vedtaksprosessen er rasjonelt grunnleggjande. Her er det nok at ein ønskjer å realisere eit mål.

Organisasjonsstrukturen påverkar utfallet av ein vedtaksprosess særleg på tre måtar (March 1988). For det første påverkar det når problem, løysingar, val og deltakarar er tilgjengelege. Vidare bestemmer det kor mykje energi potensielle deltakarar kan sette inn i vedtaksprosessen. Til slutt vil strukturen vere med og etablere samankoplingar mellom dei ulike straumane. Organisk- eller ad-hoc-struktur er truleg den mest vanlege i organisasjonar der søppelbøttemodellen passar særleg godt. Sentralt i desse organisasjonsformene er ein fleksibel struktur og styring gjennom mål framfor reglar (Greve 1995). I samanheng med dette er det og grunn til å tru at organisasjonane er prega av ein del slakk. Slakk er overskotet av ressursar i forhold til det som trengs for å utøve organisasjonens oppgåver (March 1988). Dette gir rom for ein lausare vedtaksprosess. Etterkvart som slakket blir mindre, vil det bli eit behov for å fatte vedtak raskare. Organisasjonen beveger seg då mot ein hierarkisk vedtaksprosess.

Relatert til ein laus organisasjonsstruktur, er det og rimeleg å tru at organisasjonskulturen er prega av utydelege normer og verdiar.

March (1988) stiller opp desse tre måtane val blir teke på. (1) Gjennom å jobbe med dei ei periode, kan val løyse eit problem. Det viser seg at dette ikkje er den mest brukte metoden i praksis, bortsett frå i tilfelle der det siste alternativet er sterkt avgrensa, eller periodar med lett belastning. (2) God oversikt kan føre til at ei løysing som blir tilgjengeleg, kan bli teken i bruk på eit problem, sjølv om dette problemet i utgangspunktet var kopla med ei anna løysing. (3) Til slutt er ein situasjonar der oversikta ikkje er så god, og ei løysing er kopla med eit problem utan suksess over ei lengre periode. Dette held fram heilt til ei løysing som er meir attraktivt for problemet dukkar opp, og problemet blir kopla med den nye løysinga. Dermed er det gjennomført eit val. Men det er verdt å merkje seg at dette ikkje løyser noko problem. Problemet blir berre flytta til ei anna løysing. Forskjellen mellom punkt to og tre er at det siste punktet baserer seg på tilfeldig samankopling.

Eit interessant poeng å merkje seg med dei ulike formene val blir teke på, er at det er mindre sannsynleg at viktige val løyser eit problem enn uviktige val (March 1988). Grunnen til dette er at viktige val blir teke gjennom metode to og tre vist i førre avsnitt. Dette gjer ting meir tilfeldig, i motsetning til uviktige val som oftast blir løyste med alternativ nummer ein. Flest feil er ved dei viktigaste og dei minst viktige vala (ibid.).

Denne modellen står i sterk kontrast til den tradisjonelle rasjonelle modellen. Mål er ikkje kjende, og det er ingen eintydig definisjon. Alternativ er i mange tilfeller ukjente. Noko som fører til at det ikkje er mogleg å vurdere kva som mest relevant, til dømes når det gjeld effektivitet og kostnad.

### 3.4 Problemstilling i lys av teori

Etter å ha sett på eit utval av etablerte teoriar, kan problemstillinga belyst ut frå desse. Som sagt vil eg bruke desse teoriene utfyllande. Like fullt kan ein spørje seg om prosessen let seg betre beskrive ut frå eit teoretisk perspektiv enn eit anna. Eventuelt om det er to teoriar, eller ei god blanding av alle tre som er omtrent likeverdige.

Prosesen har vore lang og igjennom fleire ulike fasar. Kan vi sjå ei utvikling der ulike fasar er prega av trekk vi finn igjen i teoretiske perspektiv? For eksempel kan det tenkjast at forslagsfasa for ulike tomter i større grad var tilfeldige, medan arbeidet med vurdering av dei konkrete alternativa er dominert av rasjonalitet, før det endelege valet kan vere dominert av forhandlingar. Eit historisk blick på korleis arbeidet har endra seg over ei lengre tidsperiode kan og vere interessant. Når ein i tillegg får overgangen frå fylkeskommunalt til statleg eigarskap, blir dette ekstra interessant. Men dei to siste punkta her ligg nok litt utanfor tema for denne oppgåva.

Eit anna aspekt er om dei ulike deltakarane sin framgangsmåte best kan forklarast gjennom ulike teoriar. Er administrasjonen meir rasjonell og politikarane meir forhandlingsretta? Kva med styret i helse Nordmøre og Romsdal, som er samansett av personar med ulik bakgrunn og ulike roller. For å gjere ting meir komplisert, kan framgangsmåten og sjåast med utgangspunkt i ulike perspektiv. Det som kan sjå ut som eit tilfeldig utspel frå ein politikar, kan vise seg å vere eit rasjonelt val sett frå eit politisk perspektiv. "Politisk rasjonalitet", eller det meir generelle "kontekstuell rasjonalitet", kan vere ei beskriving.

Ei presisert problemstilling er:

*Korleis kan vedtaksprosessen fram mot valet av Eikrem som tomt for nye Molde sjukehus beskrivast ut frå etablerte teoriar om vedtaksprosessar?*

For å kaste lys over problemstillinga, har eg i tillegg tre underproblemstillingar. Desse er knytt opp mot sentrale teoretiske omgrep. For det første har det vore ein lang prosess. Nokre deltakarar har vore aktive gjennom heile prosessen, medan andre har kome inn i ulike fasar. Eit spørsmål er då, kva rolle har ulike aktørar spelt i ulike fasar av prosessen, og korleis har desse rollene endra seg? Vidare er det eit spørsmål om korleis desse rollene har påverka vedtaksprosessen. Er rollene klare og

arbeider mot eit felles mål som rasjonelle modellar legg opp til. Kanskje dei er fragmenterte og ulike deltakarar kjempar for ulike mål. Eller er det uklare roller som endrar seg over tid og er avhengig av interesser. For det andre er det eit spørsmål om kva problemoppfatningar som er gjeldande. Er det felles problemforståing, eller har ulike deltakarar ulike oppfatningar? Både forhandlingsmodellen og søppelbøttemodellen opnar for at deltakarar kan kjempe for at spesielle løysingar blir valt. Ut frå dette kan dei fremje problemoppfatningar som står i tråd med desse løysingane.

Underproblemstillingane senterer seg rundt tre omgrep: deltakarar, problemoppfatningar og løysingar. Dette er sentrale delar av vedtaksprosessen i alle teoriane eg brukar. Saman utgjer desse kjernen i vedtaksprosessen. Eg vel difor å fokusere særleg på desse for å kunne gi eit svar på hovudproblemstillinga mi.

*Kva rolle har ulike deltakarar spelt, og har dette endra seg gjennom ulike fasar?*

*Er vedtaksprosessen prega av stabile og felles problemoppfatningar?*

*Kven kom med forslaga til løysing, og kva problemoppfatningar ligg til grunn for dei løysingane som er vurdert?*

## 4.0 Metode

For å kunne gi eit svar på problemstillinga vil det vere nødvendig å gjennomføre visse undersøkingar. Oppgåva skal beskrive ein relativt omfattande prosess. Både i tidshorisont og talet på deltakarar. Eg går i djupna på denne prosessen for å beskrive den best mogleg. Det er mange nyansar og ulike synspunkt det er viktig å få med seg. Valet av undersøkingsopplegg må reflektere dette. Som eg vil kome tilbake til, vel eg eit todelt opplegg. Eg vil gjere både dokumentundersøkingar og djupneintervju.

### 4.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Metodisk framgangsmåte kan delast inn i to hovudkategoriar, kvantitativ og kvalitativ (Jacobsen 2005). Kvantitativ metode fokuserer på tal, eller andre former for mengdemåling, og blir til dømes uttrykt i form av statistikk. Kvalitativ metode derimot fokuserer på det som blir skriva eller sagt. Eller som Ian Dey skriv, kvantitative data opererer med tal og storleikar. Medan kvalitative data operer med meiningar, i hovudsak formidla via språk eller handlingar (ibid.).

Kvantitative undersøkingar blir gjerne gjennomført med spørjeskjema, der det er ferdige svaralternativ. Dette gjer at datainnsamlinga må kategoriserast før undersøkinga blir gjennomført (Jacobsen 2005). Ei kvalitativ framgangsmåte er meir open. Der samlar du inn data, til dømes med eit opent intervju, og kategoriserer først etterpå (ibid.).

Nokre fordelar med kvalitativ metode er at vektlegging av detaljar, får fram nyansar og det unike ved intervjuobjekta (Jacobsen 2005). Dette blir beskrive som ei open tilnærming. Undersøkinga får fram det den enkelte vurderer som det viktige og korrekte. Lengre og fokus på djupna fører til ein større nærleik mellom den som undersøker og den/dei som blir undersøkt. Fridomen gjer og undersøkingsopplegget meir fleksibelt. Utan faste spørsmål og svaralternativ, er det lett å kome med tilleggsspørsmål og tilpasse seg situasjonen.

Kvalitativ metode har og fleire negative sider (Jacobsen 2005). Den opne framgangsmåten gjer undersøkingane ressurskrevjande. Noko som legg restriksjonar er for eksempel kor mange intervju vi kan gjennomføre. Utveljing blir ekstra viktig for å få gode data. Eit sentralt spørsmål er kor representative data vi får. Kan data



generaliserast, eller snakkar den enkelte berre for seg sjølv? Vidare kan nærleiken til den vi undersøker bli eit problem. Kritisk refleksjon kan bli vanskeleg. Undersøkar kan og påverke den som blir undersøkt. Noko som gir feilaktige resultat. Til slutt er det verdt å nemne problemet med store mengder ustrukturert data. Mengda og manglande struktur gjer det lett å miste oversikta.

Kvantitativ metode gir fordelar som standardisert informasjon, og dermed lettare å behandle informasjonen. Standardiserte spørjeskjema gjer det lett å spørje mange personar. Noko som gjer det lettare å få eit representativt utval. Informasjonen blir presis på det vi undersøker. Større avstand til den vi undersøker, kan gjere det lettare å stille dei kritiske spørsmåla. (Jacobsen 2005)

Standardiserte undersøkingar kan få mange svar, men faren er at den kan bli for overflatisk. For å standardisere er det nødvendig å forenkle situasjonen. I alle fall når det er snakk om kompliserte spørsmål. Vi får dermed ikkje den same djupna som i kvalitative undersøkingar. Spørsmål og svar definert av den som gjer undersøkinga, gir og utfordringar. For det første er det avhengig av at undersøkar stiller dei rette spørsmåla. For det andre er vi avhengige av at dei som skal svare på spørsmåla tolkar dei på same måte som undersøkar. Dette kan vi og sjå i samanheng med større avstand til den som blir undersøkt. Det blir lågare felles forståing av kva som vert undersøkt. Undersøkingseffektar kan og førekome. Enkelte grupper kan vere utsett for eit større fråfall, til dømes eldre utan Internettilkopling. Standardiserte svar kan og påverke den enkelte. (Jacobsen 2005)

Det er fleire ulike framgangsmåtar for korleis undersøkingar kan bli gjennomførte i praksis. Gruppeintervju med opne spørsmål, standardiserte spørsmål over telefon, kvalitativ eller kvantitativ dokumentundersøking eller observasjon, for å nemne nokre. Eg vil kort fortelje kvifor eg har valt dei opplegga er går for. Ut over dette går eg ikkje nærare inn på dei ulike framgangsmåtane. For den interesserte viser eg til Jacobsen (2005) og Grønmo (2004) i litteraturlista. Begge desse forklarar ulike undersøkingssopplegg, meir om kvalitativ og kvantitativ metode, samt mange andre interessante spørsmål ved undersøkingar.

Etter denne korte gjennomgangen av dei to hovudformene for undersøkingssopplegg er det på tide å ta eit val. Anten gå for ein av dei, eller eventuelt ein kombinasjon.

Som sagt skal eg undersøkje ein kompleks prosess. Der nyansar og ulikt synspunkt er viktig. Samla sett vurderer eg ein kvalitativ framgangsmåte som det beste for denne oppgåva. Dette gir den fleksibiliteten og djupna som er nødvendig.

#### **4.2 Undersøkingsopplegget mitt**

Eg har alt avslørt at eg vil gjennomføre både dokumentundersøkingar og djupneintervju. Her vil eg fortelje litt om kvifor eg vel desse framgangsmåtane. Eg vil og seie litt om korleis eg vil bruke informasjonen.

Ei utfordring med vedtaksprosessen rundt nye Molde sjukehus, er den lange tidshorisonen. Sidan starten på 1980-talet og fram til i dag har det skjedd mykje. Personar har slutta og nye personar har kome inn. Hukommelsen kan og spele den enkelte eit puss. Særleg når det er snakk om kompliserte sakar med mange detaljar. Minner endrar seg over tid. For eksempel sommartider i barndommen der det var sol kvar dag, i motsetning til i fjor med berre regn. Dokument gir klare svar på kva som vart skrive og sagt på den tida.

Med utgangspunkt i dei problemstillingane eg har stilt, kan dokumentundersøking gi fleire nyttige svar. Til dømes gjennom møtereferat er det mogleg å danne seg eit inntrykk av rollene til ulike deltakarar. Kven som er med på møter, kven som kjem med høyringsuttalingar og korleis deltakarar har stemt er noko som blir dokumentert. Ved å sjå på dokument frå ulike fasar, er det og mogleg å seie noko om roller har endra seg over tid. Tilsvarande kan dokument gi svar på spørsmålet om stabile og felles problemoppfatningar. Er det dei same problemoppfatningane som blir diskuterte i møte etter møte, eller kan vi sjå endringar. Utgreiingar kan bygge på, og trekkje fram ulike problemoppfatningar. Løysingane som er vurderte, blir og dokumenterte i utgreiingar, møtereferat og andre dokument. Dokument dannar og eit grunnlag for vedtaksprosessen. Det er produsert mykje skriftleg data. Både som grunnlag for vedtak, og som dokumentasjon for vedtak som er fatta. Noko som gjer det naturleg å ta i bruk desse kjeldene.

Dokumentundersøking i kvalitativ metode baserer seg på systematisk gjennomgang av dokument. Der innhaldet kategoriserast og relevante data blir registrert (Jacobsen 2005). For å velje ut dokument, har det vore viktig å avklare fokus for undersøkinga. Kva tema prioriterer eg å samle inn informasjon om. Kva for ei type tekstar eg vel ut

har og vore ei vurdering. Innsamling og analyse av data skjer dels samstundes. Eit dokument kan peike ut fleire andre dokument som bør undersøkjast.

Eg la i utgangspunktet opp til undersøking av tre former for dokument: avisartiklar og andre nyhendekjelder, møtedata som protokollar og innstillingar og saksutgreiingar. Særleg dei to siste er det grunn til å anta er presise og gir ei rett framstilling. Saksutgreiingar er eit grunnlag for vedtak, og viser korleis vurderingar er gjort. Nyhender er særleg interessant for å få oversikt over hendingar, samt sitat og uttalingar som truleg er korrekte. Om ikkje hadde dei truleg blitt korrigert i ettertid.

Alle kjeldene er offentlege. Noko som gjer dei relativt lett å få tak i. I utgangspunktet skulle ein tru det var lettast å få tak i dei nyaste dokumenta. Med tanke på den digitale tidsalder. I praksis har teknologien motarbeida meg litt. Endringar på nettsidene til HNR og Romsdals budstikke har gjort deler av ønskja dokument mindre tilgjengeleg. For HNR sine dokument har eg henta desse frå andre kjelder. Til dømes nettsidene til HMN og fått utlevert skriftlege kopiar. Når det gjeld nyhender, har eg valt å ikkje bruke desse aktivt. I staden er desse berre brukt som deler av bakgrunns materialet for å få eit overordna bilete av prosessen.

Store mengder dokument er lese og vurdert for å finne relevant informasjon. Data er kategoriserte etter tid og kva dei gjeld. Eit potensielt problem er at mine perspektiv kan ha påverka utveljing og tolking av dokumenta (Jacobsen 2005). Dette problemet er forsøkt redusert på to måtar, i tillegg til ei medviten haldning. For det første er det i hovudsak kjende og sentrale dokument. Større utgreiingar og data om møta der sentrale vedtak vart fatta, er ein sentral del av prosessen. I tolkinga har eg og vore relativt generell og fokusert på dei store linjene. Sjølv om eg dels har gått meir i detalj. Til slutt er vala støtta opp av funn gjennom intervju. Respondentar er spurde om kva dei ser på som sentrale dokument og hendingar. Dette støttar opp om dei vala eg har teke.

Resultatet av dokumentundersøkinga er særleg brukt på to måtar. For det første har det gitt nyttig innsikt i vedtaksprosessen i eit lengre tidsperspektiv. Dette gir eit godt grunnlag for intervju fasa. For det andre er undersøkingar brukt til utforming av ei tidslinje. Eit lengre tidsperspektiv er og viktig for å sjå samanhengar og det store bilete. Sjølv om eg avgrensar meg til ei periode, er delar av prosessen aktiv både før

og etter denne tida. Samla sett gir og dokumentundersøkingar nyttig informasjon og innsikt i den endelege tolkinga.

Den andre delen av undersøkinga baserer seg på djupneintervju. Intervju er med på å gi historia bak dokumenta. Det er mange diskusjonar og interne debattar som ikkje kjem fram i offisielle dokument. Korleis deltakarane opplevde vedtaksprosessen er og viktig. Dette kjem truleg ikkje fram i dokument. For å kunne gi ei god beskriving av vedtaksprosessen er denne ekstra djupna og bredda nødvendig.

Det er ulike framgangsmåtar for djupneintervju. Ein framgangsmåte er gruppeintervju. Til dømes kunne det vore interessant å samle heile eller deler av styret i HNR. Dette kunne gitt innsikt i gruppedynamikken. I tillegg til fanga mange ulike synspunkt på relativt kort tid. Det er i hovudsak to grunnar til eg ikkje har gått for gruppeintervju. For det første den praktiske biten med å samle fleire personar. For mange er timeplanen full. Det er ikkje lett å finne eit tidspunkt som passar. Det andre problemet er at prosessen har ein viss konflikt rundt seg. Særleg i nyare tid. Krangling kan bli resultatet framfor givande diskusjon. Individuelle intervju er altså valt.

Intervjua var delvis strukturerte djupneintervju. Vedlegg 1 er basisen for intervjuguiden eg har brukt. For det enkelte intervju har eg gjort visse tilpassingar for å få med sentrale trekk ved den enkelte organisasjon og respondent. Eg vil særleg trekkje fram to fordelar ved eit delvist strukturert intervju. For det første er det ein middelveg mellom det heilt opne intervjuet, og eit meir lukka spørjeskjema. Dermed kan ein få med seg detaljane og djupna i det opne intervjuet, samstundes som ein har ein viss struktur og dermed gjer det lettare å samanlikne ulike intervju. For det andre kan strukturen vere eit nyttig hjelpemiddel under intervjuet. Dei som blir intervjuet er til dels profilerte personar som truleg har ein viss erfaring frå ulike intervjusituasjonar. Planlagde spørsmål sikrar at viktige spørsmål blir teke opp, og reduserer faren for at intervjuobjektet tek over styringa av intervjuet.

Denne framgangsmåten har og enkelte potensielle problem. Til dømes kan ein bli for opphengd i dei planlagde spørsmål og tema, og dermed ikkje får gått nok i djupna. Det som er planlagt på førehand dekkjer berre nokre sentrale hovudpunkt, og går ikkje særleg i djupna. For å dekkje alt, må ein ha fleire detaljerte spørsmål, eventuelt

færre spørsmål så intervjuet kan få ein betre flyt og ein dekkjer dei spørsmåla som kjennes naturleg. Til tross for dette vurderer eg fordelane med eit delvis strukturert intervju som større enn potensielle problem, og ser totalt sett på dette som den beste løysinga.

Utveljing av respondentar er gjort på to måtar. Eg har valt respondentar eg vurderer som sentrale. Dette er gjort på bakgrunn av dokumentundersøkinga og generell kjennskap til prosessen. I hovudsak er dette personar med sentrale posisjonar. Eller personar som på andre måtar har utmerka seg. Den andre måten er snøballmetoden (Grønmo 2004). Respondentar er spurte om dei har tips til andre personar å snakke med. Dette er og kontrollert opp mot eigen kjennskap til prosessen. I tillegg til å få tips til andre personar å snakke med, har og intervju bekrefta val av respondentar eg har teke. Eg har snakka med dei personane eg ønska å snakke med.

Totalt har eg gjennomført seks djupneintervju. Alle vart utført ansikt til ansikt. Utvalet inkluderer politikarar frå Molde og Kristiansund kommune, administrativt tilsette i MK og HNR og styrerepresentantar frå både HNR og HMN. Dette gir relativt brei representasjon av sentrale aktørar. Aktørar som har vore aktive då sentrale vedtak er fatta. Anten det er snakk om førebuande arbeid, eller det å ta det konkrete vedtaket. Det vil alltid vere eit spørsmål om det burde vore eit større utval. Opp mot den informasjonen eg har fått, og tilgjengelege ressursar vurderer eg utvalet som godt. Utvalet er og teke med omsyn på avgrensinga av oppgåva mi.

Lengda har vore to på ca 45 minutt, to på ca 90 minutt og to på ca 120 minutt. Lengda har i stor grad vore regulert av kva tid som følte nødvendig. Dels har og timeplanen til respondentar spelt inn. Men det er ikkje opplevd at manglande tid var eit problem.

Det har vore eit mål at respondentane skal vere anonyme i oppgåva. I praksis er det ikkje mogleg å sikre full anonymitet. Eg har undersøkt ein avgrensa prosess. Der eg har snakka med relativt få, men sentrale personar. For å forsøkje og bevare mest mogleg anonymitet, skriv eg stort sett generelt. Det er dei store trekkja eg er ute etter. Enkelte sitat er brukt. Desse er då gjengjevne på nynorsk, uavhengig av opphavleg målform. Eg brukar ord som: ein respondent, respondenten eller han, når eg skriv om kva enkelte har sagt. Kjønn eller bakgrunn blir ikkje nærare spesifisert.

Det har vore nødvendig å omtale enkeltorganisasjonar. Respondentar kan då knytast opp mot desse. Men og respondentar som ikkje er medlem av ein organisasjon har uttalt seg om desse.

Ved kontakt har eg informert respondentane om kva undersøkinga gjeld. Før intervjuet starta gjekk eg og kort igjennom kva eg skriv om og vil undersøkje. Eg har valt å vere fullt ut open. Både av etiske grunnar, og rett og slett fordi eg meiner dette gir best informasjon for å belyse problemstillinga. Respondentane fekk sjølv velje kvar og når dei ønskja å gjennomføre intervjuet. Dette gjer det lettare å få tak i personar som normalt er opptekne. Respondentane har og fått velje omgjevnadar der dei er komfortable. Noko som reduserer faren for undersøkingseffekt. Resultatet vart eitt intervju gjennomført ved Høgskulen i Molde, eitt privat hos respondenten og resten på kontor eller møterom på arbeidsplassen til respondenten. Møte privat og på kontor er meir utsett for forstyrringar. Kollegaer som er i nærleiken kan føre til andre svar, eller telefonsamtalar som avbryt intervjuet. Enkelte mindre forstyrringar vart det. Men samla sett opplevde eg ikkje at dette øydela flyten eller informasjonen i intervjuet.

Alle intervjuet vart teke opp med diktafon etter samtykke frå respondenten. Lydopptak, kombinert med notat frå intervjuet, var viktig for å sikre at eg fekk med meg alt som vart sagt. For å lettare gjere analysen, er lydopptaka delvis transkriberte. Vel så viktig er lydopptaket som hjelpemiddel for å sikre korrekt attgiving av respondenten. Moderne diktafonar er relativt diskre, og har ikkje problemet med kassettar som er fulle. Teknisk fungerte dette bra. Respondentane såg heller ikkje ut til å oppleve noko ubehag med at samtalen vart teken opp.

Sett tilbake har undersøkingsopplegget fungert rimeleg bra. Gjennom valet av ein kvalitativ framgangsmåte, har dette vore ein utviklande prosess. Etterkvart som eg har fått stadig ny innsikt, har eg kunne utvikle og tilpasse opplegget mitt. Dette gjeld blant funn av aktuelle dokument, val av respondentar, utvikling av spørjeskjema og informasjon som førte til at gamle dokument vart lese på ein ny måte.

Skulle eg endra på noko vil det vere tidspunkta for intervju. No vart hovudtyngda av intervju gjennomført i løpet av ei kort tidsperiode. Fordelen med dette er at eg hadde intervjuet friskt i minne. Den negative sida var at eg ikkje fekk tid til å gjennomgå

intervjudata så godt som eg ønskja mellom kvart intervju. Betre gjennomgang kunne gitt eit betre grunnlag for å stille gode spørsmål i komande intervju. Eg kunne og lagt opp til betre oppfølging av kvart intervju. Med ekstra spørsmål etter første intervjurunda var over. Respondentane har vore opne for å svare på spørsmål i etterkant. Manglande tid har vore ein faktor som har hindra meg her. Samtidig er det ikkje nødvendigvis lett å skulle sette av tid for fleire intervjurundar for respondentane.

## 5.0 Tidslinje

Her presenterer eg ei tidslinje som gir ein oversikt over sentrale vedtak og hendingar fram til og med vedtaket om bygging av nytt sjukehus på Eikrem. Dette er ikkje meint som ei komplett tidslinje over alle hendingar relatert til vedtaksprosessen om nytt sjukehus. Fokuset ligg på det som er relatert til sjølve lokaliseringsvedtaket. Samstundes er det fleire prosessar som går parallelt. Hendingane eg viser til, er dei som står fram som mest sentrale etter dokumentundersøkingar og samtalar med informantar og respondentar.

I etterkant av vedtaket i 2006 har det og vore fleire interessante vedtak, blant anna relatert til lokalisering av sjukehuset. Desse er ikkje teke med då dei fell utanfor avgrensinga for oppgåva mi.

Ein historisk oversikt gir nyttig innsikt og informasjon som kan vere med på å forklare den seinare vedtaksprosessen. Denne oversikta er og nyttig for å kunne svare på problemstillingane mine. Det gir innsikt, og moglegheit til å følgje utvikling, av alle dei tre delproblemstillingane mine. Altså rollene til deltakarane, problemoppfatningar og løysingar. Vidare gir dette eit betre grunnlag for å tolke og forstå vedtaksprosessen i eit meir overordna perspektiv.

Eg vil her sette opp ei tidslinje over sentrale hendingar relatert til vedtaket om bygging av nytt sjukehus på Eikrem.

**1980-talet:** I 1986 vart det oppretta ei plannemnd som skulle lage ein samla plan for utbygging og modernisering av den somatiske delen, på Lundavang, av Molde sjukehus (Fylkessjukehuset i Molde - Samla plan, Rapport fra Prosjektgruppe 1999). Dette arbeidet vart utløyst av ombyggingsbehov ved røntgenavdelinga på midten av 80-talet. Tidlegare hadde det og vore fleire ombyggingar både ved avdelinga på Hjelset og på Lundavang. I 1988 vart dette arbeidet overført til bygg- og eigedomsutvalet ved Møre og Romsdal fylkeskommune.

**1997:** Etter vedtak i fylkesutvalet, blir arbeidet med revidering av "samla plan" starta (Fylkesutvalet i Møre og Romsdal 1997). Dette er ein plan som tek føre seg den langsiktige utviklinga av bygningsmassen ved fylkessjukehuset i Molde (no sjukehuset i Molde). Dette arbeidet viser tilbake til arbeid som starta på slutten av



80-talet. Endra rammevilkår og stram økonomi vart oppgitt som hovudgrunnar for behov for revidering av planane. Tidlegare planar vart ikkje lenger sett på som realistiske, og fungerte dermed meir som ei sperre for framtidsretta arbeid og utvikling.

**1999:** Samla plan 99 er oppe til behandling i fylkestinget. Det vart vedteke at det vidare planarbeidet skulle byggje på samling av somatiske og psykiatriske aktivitetar på Lundavang. Det kom ikkje fram noko forslag til alternative tomteløysingar, verken i fylkestinget eller i fylkesutvalet som kom med forslaget til vedtak. Faktisk viser det seg at forslaget til vedtak har gått uendra frå fylkeshelsesjefen la fram sitt forslag for helse- og sosialutvalet (Helse- og sosialutvalet 1999).

Arbeidet med Samla plan var organisert som eit prosjekt. Med ei styringsgruppe på fire personar, og prosjektgruppa tretten personar. For å få brei deltaking i planarbeidet, har fire arbeidsgrupper og seks undergrupper vore engasjerte. (Fylkessjukehuset i Molde - Samla plan, Rapport fra Prosjektgruppe 1999)

Behovet for endring av dagens bygningsmasse kjem fram med kommentar i Samla plan 1999 om dagens situasjon med bygningane på Lundavang og Hjelset. Relativt høg alder på bygg blir påpeikt. På Lundavang har det vore fleire etappevise påbygg, som ikkje er i samsvar med overordna utbyggingsplan. Resultatet er at bygget er lite tilpassa dagens krav til eit somatisk sjukehus. Manglar med for smale korridorar og stor mangel på våtrom/WC, for låg takhøgde som fører til manglar i ventilasjon og anna teknisk anlegg, for dårleg branntryggleik og for dårleg heiskapasitet. Problem er gjeldande for både hovudbygg og mindre sidebygg.

På Hjelset blir det vist til omfattande rehabilitering dei siste åra på hovudpaviljongen, men ut over dette er bygningane i dårleg stand. Store branntekniske manglar på sentralbygga og for dårleg ventilasjonsanlegg på alle bygg. Bygga er strukturert på ein måte som gjer ombyggingsarbeid vanskeleg og kostbart. Vidare blir det peika på praktiske problem som følgje av bygningsstrukturen og oppdelinga med avdelingar på Hjelset og Lundavang. For eksempel i høve reinhald, matfordeling og mykje reise mellom avdelingane.

Økonomi er alltid eit sentralt spørsmål. Sjukehusdrift er relativt kostbart. Med eit gammalt sjukehusbygg er det fleire utfordringar for effektiv drift. Utgreiingar peikar på

eit behov for meir effektiv bruk av ressursar, der minst mogleg ressursar skal brukast på transport og flytting av pasientar. Betre logistikk, utforming og plassering av sentrale funksjonar er difor viktig.

Problemforståingane ser her ut til å vere felles. Dei er i hovudsak knytt opp mot det konkrete og fysiske. Ting som smale korridorar er noko du kan sjå, og difor truleg lett å einast om. Problem knytt opp mot lite effektiv drift, føler dei tilsette på kroppen dagleg. Sjølv om dei kanskje ikkje tenkjer direkte på dei økonomiske konsekvensane av dette.

Tre forslag til lokalisering er drøfta. Vidare delt løysing med drift både på Hjelset og Lundavang, samlokalisering på Lundavang eller heile sjukehuset på Hjelset.

For å ivareta heilskapsperspektivet, vart det oppretta ei arbeidsgruppe som såg på konsekvensane for psykiatrien på Hjelset, dersom akuttpsykiatrien vart flytta. Arbeidsgruppa konkluderte med at dei spesialiserte langtidsfunksjonane og alderspsykiatrien samt fellestilboda og velferdsavdelinga framleis burde vere på Hjelset, sjølv om akuttpsykiatrien flytta ut. Ein viktig grunn til denne konklusjonen var at arbeidsgruppa såg det som urealistisk å få på plass alle funksjonane på Lundavang. Vidare frykta ein at det ville ta mange år å få realisert eit sjukehus på Lundavang, og dermed risikerer ein å måtte leve med midlertidige og dårlege bygningsmessige forhold på Hjelset i mange år. Til slutt peikar gruppa på dei kvalitetane som ligg i plasseringa og omgjevnadane på Hjelset, og kva dette betyr for psykiatriske pasientar.

Til tross for desse kommentarane, kom prosjektgruppa til at det totalt sett ville vere mest teneleg å lokalisere heile sjukehuset anten på Lundavang eller Hjelset. Driftsmessige fordelar, som til dømes samanslåing av felles funksjonar, felles vaktsystem og reduserte reisetid og –utgiftar, var ein sentral grunn til dette. Betre samarbeid og eit meir heilskapeleg tilbod blir og trekt fram. Eit viktig aspekt som blir tillagt stor vekt, er rekruttering av fagfolk til psykiatrien. Dersom den tyngste delen av psykiatrien blir igjen på Hjelset, og den meir attraktive delen blir flytta til Lundavang, kan det oppstå eit A- og B-lag. Rekruttering til Hjelset kan bli vanskeleg.

Plassering av sjukehuset på Lundavang blir presentert med følgjande fordelar. Meir sentral plassering, som til tross for planlagt byutbygging mot aust (retning Hjelset), vil

det ta mange år før større endringar skjer, og Lundavang vil framleis vere meir sentralt plassert i lang tid framover. Sentral plassering er viktig som følgje av trendar der fleire føretrekkjer å bu nær sentrum. Kort veg til jobben og eit større tilbod generelt er viktige grunnar. For framtidig rekruttering er dette viktig. Større konsentrasjon av tenestetilbod gjer nærleik til sentrum nyttig og for sjukehuset i seg sjølv.

Det vart ikkje diskutert negative sider med lokalisering på Lundavang. Negative sider kjem rett nok i større eller mindre grad fram som følgje av fordelar ved andre løysingar.

Lokalisering av sjukehuset på Hjelset blir først og fremst tillagt positiv vekt som følgje av meir romsleg tomt og dermed fleksibilitet, samt "nydeleg" lokalisering med dei positive effektane dette har. Ein peikar og på at Hjelset vil få ei meir sentral lokalisering i løpet av komande år. Dette på grunn av tidlegare nemnde utbygging på austsida av Molde og planar om betre vegsamband mellom Molde og Hjelset.

Samla sett ser prosjektgruppa positive og negative sider med begge lokaliseringalternativa. Etter ei totalvurdering gjekk fleirtalet inn for plassering på Lundavang som førsteval og Hjelset som andreval. Rekrutteringsomsyn blir tillagt stor vekt. Sentrale Lundavang blir vurdert som best i så måte. Vurderingar frå Medplan og drøftingar med Molde kommune tilseier og at tomte på Lundavang er stor nok til både somatikk og psykiatri. Om det skulle vise seg at det blir knapt med plass er ein villig til å plassere deler av spesialiserte langtidsfunksjonane utanfor sjølv tomteområdet på Lundavang. Under den føresetnaden at ein finn ei passende plassering nær Lundavang.

I eit historisk perspektiv er det visse negative stempel til bygga på Hjelset. Tidlegare var dette eit asyl, noko som kan gi negative assosiasjonar. Dette gir eit døme på kor mange ulike problemoppfatningar det kan dukke opp.

Eit mindretal i prosjektgruppa ønskte ikkje, på dåverande tidspunkt, å ta stilling til om eit samla sjukehus burde plasserast på Lundavang eller Hjelset. Desse ønskte nærare utgreiing av lokaliseringsmoglegheitene for psykiatrisk-avdeling på Lundavang.

Alle var samde om at felles lokalisering av funksjonane var det rette alternativet for eit framtidig sjukehus.

I avslutninga blir det vist til ei grovskisse utarbeida av Medplan for lokaliseringalternativa. Grunna knapp tid er særleg plassering av psykiatrisk avdeling på Lundavang ufullstendig utgreia. Dette må utgreiast betre før ein kan ta eit endeleg vedtak om sjukehuset skal lokalisrast på Lundavang eller Hjelset. Her opnar ein altså for at det er for tidleg med endelege vedtak, samtidig som ein gir støtte til mindretallets innvendingar.

I forslag til helse- og sosialplanen (1999) kjem fylkeshelsesjefen med forslag om at samlokalisering av aktiviteten ved sjukehusa i Molde og Kristiansund må utgreiast nærare. Dette blir grunnlagt med rekrutteringsproblem for små sjukehus og andre utfordringar ved enkelte avdelingar som vil få påverke sjukehusstrukturen i framtida. Val av utbyggingsstruktur i Molde vil gi føringar for den bygningsmessige sjukehusstrukturen i fylket dei næraste 20 åra.

**2001:** I desember vedtok fylkestinget Hovudfunksjonsprogrammet for sjukehuset i Molde. Inn under dette følgjer det at Lundavang var tomtevalet. Vedtaket var samrøystes, men i prosessen fram mot vedtaket kom det inn fleire innspel som viser at det var fleire synspunkt rundt lokaliseringa.

Molde kommune uttrykker at det er lite hensiktsmessig med utgreiing som ser på samlokalisering av sjukehusa i Molde og Kristiansund, for eksempel på Hjelset. Dette synest heilt urealistisk og uaktuelt. Samlokalisering vil ha for store samfunnsmessige omkostnader, blant anna for menneskje og miljø. MK ser det derfor som det beste for saka at denne diskusjonen blir lagt politisk død. Vidare ber MK om og trekkjast inn i det vidare arbeidet om det er aktuelt med alternative tomter. Som vertskommune, og plan- og reguleringsmyndigheit er dette naturleg. (Molde kommune 2001)

I Samarbeidsutvalets møte 07.11.01 var utvalet delt i spørsmålet om alternativ tomt burde vurderast. I eit forslag til vedtak vert det sagt at det er problematisk med utbygging på Lundavang på grunn av framtidige utvidingsmoglegheiter, og at området utanfor sjukehuset sin eigedom må takast i bruk. Fire stemde for, og fire stemde mot dette vedtaket. (Samarbeidsutvalet 2001)

Styringsgruppa for samla plan kom med ei tilråding der det blant anna vart sagt at tomta var trong med ein del avgrensingar. Det vart i tillegg lagt fram eit forslag som spesifikt sa at ein burde greie ut ei alternativ tomt, på grunn av svakheitar og ulemper av dels vesentleg karakter. Forslaget vart nedstemt. I tillegg til dette må det merkjast at Hovudfunksjonsprogrammet avsluttar konklusjonen med "alternativt vurderes annen tomt" (Arbeidsfelleskapet 2001).

I fylkesutvalets behandling av saka kom det og fram nokre innvendingar. Fylkesrådmannen peikar i si vurdering på at både engasjerte konsulentar og styringsgruppa for samla plan har sagt at tomta er knapp, og alternativt må ei anna tomt vurderast. I tillegg peikar han på erfaring frå utbygging av Regionsjukehuset i Trondheim. Der starta ein med planlegging utan at alternative tomter var vurdert. Då endeleg vedtak skulle takast vart saka utsett mellom anna på grunn av denne mangelen. Han seier vidare at det ikkje er grunn til å tru at Sosial- og helsedepartementet har endra dette prinsippet, og for å hindre utsetting pga manglande utgreiing, bør alternative tomter greiast ut. Ved avstemming vart delen av tilrådinga om alternativ tomteutgreiing nedstemt.

Då fylkestinget handsama saka kom det fram to forslag som gjekk på at alternativ tomt burde greiast ut. Den eine av generell karakter, og den andre i eit spesifikt område. Begge desse forslaga vart nedstemte.

Her kjem det fram fleire ønskjer til ulike løysingar. Desse stammar frå personar internt i fylket, som har hovudansvaret for prosessen. Det er tydeleg at meiningane er litt delte. Grunnlaget for alternative løysingar er i alle fall dels basert på erfaring. Rask realisering ser ut til å vere ein sentral problemoppfatning. Dette kan ha ein samanheng med at Staten snart skulle ta over sjukehusdrifta, og Fylkeskommunen ønskte å kome med eit vedtak før dette. Intervju med respondentar peikar på dette. Eller det kan rett og slett vere på grunn av behov for snarleg nybygg.

**2002:** Frå 01.01.02 tok staten over eigarskapet av sjukehusa, og det vart gjort organisatoriske endringar. Helse Nordmøre og Romsdal Helseføretak (HNR) fekk ansvaret for spesialisthelsetenesta i regionen, derunder sjukehusa i Kristiansund og i Molde. HNR rapporterer vidare til Helse Midt-Noreg (HMN), som igjen er underlagt helse- og omsorgdepartementet.

For den vidare prosessen med planlegging av nye Molde sjukehus, viste fylkestinget til sine vedtak og bad om at desse vart følgt opp (Fylkestinget i Møre og Romsdal Romsdal 2002). Styret i HNR på sin side peikte på at Fylkestinget hadde gjort eit vedtak om nytt sjukehus på Lundavang, utan å vurdere alternative måtar å organisere sjukehusstilbodet på. Styret ville ha ei samla vurdering før dei sa seg einig med fylkestinget sitt vedtak (HNR HF 2006). Difor vart det sett i gang ei utgreiing i 2002 som skulle utarbeide ein samla plan etter to alternativ: 1) ei delt løysing for sjukehusa i Molde og Kristiansund, og 2) ei felles løysing (HNR HF 2003). I desember 2002 vart det vedteke at det skulle lagast ei tilleggsutgreiing for å betre vedtaksgrunnlaget.

Her kjem dei største endringane i forhold til deltakarar og roller. Fylket går no inn i ei meir passiv rolle. Samtidig som det kjem nye deltakarar på bana for å ta over fylket sitt tidlegare ansvar. Elles ser vi at Molde kommune så langt har vore aktive med innspel, og ønskjer å halde seg oppdatert med utviklinga.

**2003/2004:** I oktober 2003 vedtok styret i HNR at det skulle vere to sjukehus i føretaket, og lokaliseringa skulle vere Kristiansund og Hjelset (HNR HF 2003). Altså, det nye sjukehuset i Molde skulle byggjast på Hjelset.

Det som nok var den utløysande grunnen til at nytt sjukehus vart ønskt, var dårleg bygningsmasse. For å betre tilhøva, vart det vedteke at sjukehuset på Lundavang måtte rustast opp i 2004. Dette indikerer at behovet er meir eller mindre akutt. Den grunnleggjande problemoppfatninga har haldt seg stabil.

Relatert til dårleg bygningsmasse, kan ein og trekkje inn at betre logistikk vart nemnt som ein fordel med nytt sjukehus. Eit nybygg opnar for nye konsept, og tilrettelegging betre tilpassa dagens krav og løysingar. Enkelte effektar vil ein og få med bygging på Lundavang, som eit meir samordna tilbod for pasientar i psykiatrien. Men i utgreiinga blir det peika på at ein løysing med bygging av noko nytt og mykje bruk av gamle bygg ikkje vil gi optimale logistikkforhold for pasientbehandling. Med utgangspunkt i storleiken på investeringane for det nye sjukehuset, blir det sagt at dette gir mindre utteljing for investeringa. Ein må og sjå på dei auka investeringskostnadane ved bygging på Hjelset opp mot logistikkgevinst av å byggje eit heilt nytt somatisk sjukehus.

## **Samla Plan 2002**

Samla Plan 2002 tok føre seg spørsmålet om det skulle vere eitt eller to sjukehus i helseføretaket. Som følgje av denne avgrensinga er spørsmål om lokalisering av eit eventuelt felles sjukehus og tomteval etter to-sjukehusmodellen ikkje teke opp (HNR HF 2002). Konkret lokaliseringssløysing blir ikkje sett på som avgjerande for val av hovudalternativ for utbyggingsstruktur og hovudprinsipp for funksjonsfordeling. Trass i dette, spørsmålet om sjukehusstruktur har ei viss interesse for lokaliseringdiskusjonen.

Ved diskusjon om ein bør samle det somatiske og det psykiatriske tilbodet, vert det konkludert med at dette er både fagleg og driftsmessig ønskjeleg (HNR HF 2002). Her legg ein visse føringar på kravet til tomt. Ved felles lokalisering treng ein naturleg nok ei større tomt. Særlege krav til psykiatrisk bygg, for eksempel tal på etasjar og friområde, kan gjere ei tomt som Lundavang mindre eigna enn alternative tomter.

Det er tre hovudmodellar for organisering som er diskutert (HNR HF 2002). Modell 1 bygger i hovudtrekk på dagens situasjon. Modell 2A/2B gir to ulike framstillingar på ulik funksjonsfordeling. Modell 3 er eit felles sjukehus. Forslaga blir vurderte opp mot ulike variablar, og kjem ut med ulike styrkar og veikskapar. Ingen alternativ peikar seg ut som ein klar "vinnar" eller "tapar".

For eit felles sjukehus blir det sagt at dette må lokaliserast sånn at det sikrar best mogleg tilgjenge til sjukehuset (HNR HF 2002). Noko som må vurderast opp mot rekrutteringssituasjonen. Eit sentralt sjukehus kan tenkjast å ha betre rekrutteringsgrunnlag, men eit stort og godt sjukehus kan vege opp for ei mindre sentral plassering.

Ei løysing med to sjukehus må og liggje mest mogleg tilgjengeleg, men her har det og vist seg ein frykt for at det eine sjukehuset på sikt kan bli lagt ned. For å skaffe ein "buffer" mot dette, blir det av enkelte sett på som eit mål å plassere dei to sjukehusa lengst mogleg frå kvarandre.

Samla Plan 2002 gir ingen konklusjon og tilråding på kva som er det beste alternativet. Dette er eit dokument som er meint å kunne gi eit grunnlag for å ta eit vedtak.

Avgrensa tid og ressursar førte til lite medverknad nedover i organisasjonen, dvs. HNR, derfor vart det lagt opp til ei brei intern og ekstern høyringsrunde (HNR HF 2002). Resultatet av denne viste at eit fleirtal på heile 83% støtta to sjukehus. Av desse var 46% for to (tilnærma) like sjukehus, 36% for to sjukehus med større funksjonsfordeling og resten tok ikkje stilling til modellval for to sjukehus (HNR HF 2003).

Støtte for to sjukehus i regionen peikar på eit sentralt trekk i problemforståinga. To sjukehus set enkelte andre krav til tomt, enn eitt felles sjukehus. Eitt sjukehus treng for eksempel ei større tomt, og må truleg plasserast sentralt i regionen. Medan framleis to sjukehus, krev mindre tomt, og set andre krav til lokalisering.

### **Samla Plan 2003**

Etter Samla Plan 2002 ønskte styret i HNR ei tilleggsutgreiing for blant anna og betre vedtaksgrunnlaget for vurdering av framtidig sjukehusstruktur (Samla plan 2003). Vidare ønskte styret ei vurdering av hovudprinsipp for funksjonsfordeling mellom to sjukehus, og tilsvarande for funksjonsfordeling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta og eventuelle løysingar med Distriktmedisinske sentra (DMS) i denne samanheng.

Rapporten peikar på blant anna to utviklingstrekk. For det første er det eit nasjonalt og regionalt ønskje om samlokalisering av psykiatri og somatikk og større nærleik mellom ulike psykiatriske tilbod. Målet er eit meir heilskapeleg tilbod. Noko som støttar opp om tidlegare vedtak og intensjonar. For det andre går det mot ei aukande spesialisering innan sjukehusstenester. Noko som igjen sett krav til større miljø for å oppfylle krav til kvalitet, beredskap, rekruttering, forskning og utdanning.

### **HNRs saksbehandling**

Som ein del av det heilskapelege helsetilbodet i regionen, blir nærare samarbeid trekt fram som ein faktor. Drøftinga av framtidig sjukehusstruktur begynner med å seie at HNR er eit helseføretak, og befolkninga skal oppleve pasienttilbodet som samordna og velfungerande (HNR HF 2003).

Relatert til det førre punktet kjem det tidlegare nemnde ønsket om samlokalisering av somatisk- og psykiatrisk avdeling inn. Tenester innanfor psykiatri med behov for nærleik til somatiske helsetenester, skal følgje eit prinsipp om samlokalisering, er



oppgitt som eit mål for føretaket (HNR HF 2003). Med den eksisterande løysinga er hovudtyngda av vaksenpsykiatrien lokalisert på Hjelset, medan somatikk og ein akuttpost innanfor psykiatri ligg på Lundavang. For å gi pasientane eit tilbod som vert opplevd mest mogleg heilskapleg, ønskjer ein å samle begge tilboda på ein plass.

Eit sjukehus er eit bygg som skal bli brukt i mange år framover. Tidsperspektivet som blir lagt til grunn er på 30-50 år (HNR HF 2003). Løysingar som blir valt må difor vere framtidsretta med tanke på kvalitet, kostnadseffektivitet og fleksibilitet. Dette må sjåast opp mot eit kortare tidsrom for den faktiske gjennomføringa. Det nyttar ikkje å planleggje noko som først kjem til nytte om 40 år, når du treng det i dag.

Økonomi er alltid eit spørsmål ein må ta omsyn til. For lokaliseringa sin del er det kanskje særleg to punkt som er verdt å merkje seg. For det første er det kor raskt ein kan gjennomføre utbygginga. Brukarutvalet sa i eit vedtak september 2003 at dei sett realisering innan kort tid, som ein føresetnad (HNR HF 2003). For det andre er fleksibiliteten i utbygginga viktig. Her er eit spørsmål om ein kan byggje etappevis, samt korleis utbygginga påverkar drifta i utbyggingsperioden.

I ein så stor prosess er det fleire deltakarar. På styremøtet til HNR var alle ni styremedlemmane tilstades. I tillegg var åtte personar frå administrasjonen og ein frå sekretariatet og tilstades. På møtet vart det delt ut høyringsuttalingar frå to kommunar og Nordmøre Fiskarlag. Dette kjem i tillegg til åtte uttalingar frå kommunar i regionen som vart vedlagt saksdokumenta. Rapporten Samla Plan 02 var og ute på ei omfattande høyring med fleire ulike innspel.

Viss ein ser bort frå offisielle representantar, er det og fleire som indirekte kan vere med å påverke. Representantar for dei tilsette vil naturleg nok høyre på innspel og kommentarar frå sine medarbeidarar. Akkurat kven som når fram og kven som blir høyrte er det vanskeleg å seie konkret. På same måte får politiske representantar innspel både frå det politiske partiet, ulike organisasjonar og veljarar.

Med mange ulike aktørar, og tilsvarande mange ulike påverknadsmoglegheiter, er det vanskeleg å kunne gi eit fasitsvar på korleis den enkelte har gått fram. Skriftlege og munnlege kjelder gir eit visst innblikk, men det er vanskeleg å gripe tak i kva som ligg bak det enkelte resonnement og vedtak. Det som blir presentert som eit klart og felles vedtak, kan vere basert på mykje tvil og usemje i bakgrunnen.

Sett opp mot den eine delproblemstillinga mi, er rolledelinga klar. Kommunane i regionen er aktive med innspel til høyringar. Samtidig brukar ulike deltakarar dei kanalane som er tilgjengelege for å kome med innspel.

Som ei løysing på problema som vart teke opp, vart det presentert to moglege lokaliseringsforslag, Lundavang og Hjelset. I utgreiinga blir det sagt at det kunne vurderast fleire alternativ (HNR HF 2003). Det er oppgitt tre grunnar til at akkurat desse to tomtene vart valde som utgangspunkt. For det første eig føretaket begge tomtene. For det andre driv ein alt sjukehusverksemd der i dag. For det tredje blir det sagt at desse løysingane gir best moglegheit for etappevis gjennomføring. Hjelset vart valt som tomt.

I forhold til spørsmålet mitt om korleis løysingar kjem fram, viser det seg at den som styrer prosessen er den viktigaste pådrivaren. Både her med HNR i førarsetet, og fylket då dei var ansvarlege, kom løysingsforslaga internt. Interesse for å hente inn andre forslag, anten internt eller eksternt, synast å vere låg.

I uttalen seier Molde kommune at val av Hjelset som utbyggingstomt, kan ein framleis halde alternativet om eit nytt felles sjukehus for regionen open (HNR HF 2003; Helse Midt-Norge 2004). Det er interessant å sjå dette opp mot kommentaren i 2001 der ein ønskjer å leggje dette alternativet politisk dødt, og vidare at samling på Hjelset var urealistisk og uaktuelt.

HMN kom med eit vedtak som støtta opp HNRs vedtak januar 2004. Grunnlaget for vedtak synast å vere det same som for HNR.

**2004:** Julia 2004 vart prega av flodbølgjekatastrofen i Indiahavet. I etterkant av denne katastrofen vart det eit styrka fokus på moglege konsekvensar av flodbølgjer og i Noreg.

Historisk sett er Møre og Romsdal og kjent med faren for flodbølgje etter ras. I 1776 var det ei flodbølgje ved Tjelle i Langfjorden og i 1934 vart Tafjord råka av ei flodbølgje etter ras. Begge med alvorlege konsekvensar (Male 2005).

**2005:** Etter stortingsvalet hausten 2005 tok regjeringa Stoltenberg over. I regjeringsplattforma, kjent som Soria Moria-erklæringa, vart det sagt at ingen

lokalsjukehus skal leggjast ned (Arbeiderpartiet 2005). Noko som er i tråd med tidlegare vedtak gjort om nye Molde sjukehus, og styrkjer dermed dei vala som er teke.

*Regjeringen vil: (...) opprettholde et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akutfunksjoner og fødetilbud. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Regjeringen vil videreføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus, som fremmer styrket kvalitet i pasientbehandlingen.*

(Arbeiderpartiet 2005)

**2005-2006:** Bygging av nytt sjukehus utløyser krav om konsekvensutgreiing etter plan- og bygningsloven. Utgreiingsplikta er hos HNR som byggherre for sjukehuset. Medan Molde kommune som planmyndigheit er ansvarleg for behandling, inkludert høyring/offentleg ettersyn og offentleg møte. (Molde kommune 2005)

Konsekvensutgreiinga såg på fire alternativ, Lundavang, Hjelset, Øvre Eikrem og Lergrovik. Dei to siste alternativa var nye forslag i denne utgreiinga. Under arbeidet med utgreiinga kom det fram at tomta på Hjelset låg i ei utsett sone ved eit mogleg ras frå Opstadhornet på Midsund. Ei flodbølgje kunne råke eit bygg på Hjelset-tomta. Derfor valde ein å greie ut to alternativ på Hjelset (HNR HF 2006). Dette er eit døme på korleis problemoppfatningar, og følgjande løysingar endrar seg over tid.



Oversikt over tomtealternativa. Henta frå *Nye Molde sjukehus. Konsekvensutredning*, framside.

Konsekvensutgreiinga peikar på ein svært dårleg standard og lite formålstenleg bygg på Lundavang. Noko som gir eit stort behov for omfattande nybygg og modernisering. Vidare peikar ein på ønskja om samlokalisering av somatiske og psykiatriske avdelingar i eit felles sjukehusanlegg.

Avstanden på 19 kilometer mellom Lundavang og Hjelset fører til betydeleg transportbehov av pasientar og personell mellom einingane. Noko som er belastande for pasientar og medverkar til lite rasjonell sjukehusdrift.

Standarden på Lundavang sviker på fleire områder. Fleire funksjonar har for lite areal. Den sanitære standarden er låg i sengeavdelingane. Noko som fører til at det er vanskeleg å gjennomføre fullgode smittetiltak. Vidare er ein lite tilfreds med forholda for reinhald, sengetransport og avfallshandtering. Både administrasjonen og laboratoriet held til i midlertidige bygg.

Aktiviteten på Hjelset er vesentleg lågare enn det bygget er dimensjonert for. Før har det vore over 500 pasientar. No er talet på døgnpasientar omtrent 60. Den eldre bygningsmassen er følgjande for stor og lite praktisk. I tillegg er den delvis nedsliten.

Sjukehusa i Molde og Kristiansund er relativt små. For å kunne gi eit godt, samla tilbod til regionens cirka 110 000 innbyggjarar, er det naudsynt med samarbeid for å gi eit heilskapeleg tilbod til heile befolkninga.

Tidlegare utgreiingar har hatt eit større bygningsvolum enn det som er aktuelt her. Dagens areal er på 54 000 m<sup>2</sup>, planen frå 1999 var 62 200 m<sup>2</sup> og 2001 70 120 m<sup>2</sup> (Fylkestinget i Møre og Romsdal 2001). I konsekvensutgreiinga er det lagt opp til 45 000 m<sup>2</sup>. Tidlegare har det ikkje vore utarbeida nokon kravspesifikasjonar til tomta. Vurderingane har vore avgrensa til to alternativ, Lundavang og Hjelset, som føretaket eig. Fokuset har vore retta mot innhaldet i sjukehuset og om utbygginga kan gjennomførast.

Kostnadane for å byggje nytt sjukehus er estimert til omtrent 1.8 milliardar kroner. Utrekningar viser små forskjellar mellom tomtene, men desse er mindre enn uvissa knytt opp mot det som er estimert. Konsekvensutgreiinga seier difor at investeringskostnadane ikkje ser ut til å vere ein variasjon som kan tilleggast vekt for val av tomt.

Før ein går inn på drøftinga av konsekvensane ved bygging på dei ulike tomtene, er det og enkelte andre moment som er interessant å merkje seg. For det første er tomtene regulert ulikt i kommuneplanane frå Molde kommune. Tomtene på Lundavang og Hjelset er begge regulert så dei kan brukast til bygging av nytt sjukehus. Tomta på Lergrovik er regulerte for ulike formål. Deler av området er avsett til bevaringsverdig bygningar (Lergrovik gard), deler som landbruks-, natur- og friluftsområde (LNF-område) og utbyggingsområdet aust for Lergroviksbekken er regulert til landbruksområde. Utbygging er i strid med gjeldande arealplanar. Øvre Eikrem er ikkje regulert, men avsett til LNF-område og golfbane. Altså vil bygging også her vere i strid med arealplanane. I og med at Molde kommune var aktiv med å foreslå desse tomtene, kan ein tolke det sånn at omregulering er mogleg viss utbyggingsplanane skulle tilseie dette.

Elles vil utbygging på Hjelset føre til eit behov for utbygging av vegnettet, mogleg oppdimensjonering av leidningsnettet og reinseanlegg for vatn og avløp, og det vil gi eit auka behov for barnehageplassar og behov for utviding av Vikamyra barneskule. Alternativet på Eikrem vil og gi eit behov for utbygging av vegnettet.

Konsekvensutgreiinga ser på fleire konsekvensar som kan summerast opp i 14 ulike tema. Konsekvensane er kategorisert frå ”meget stor negativ konsekvens” til ”meget stor positiv konsekvens”, samanlikna med 0-alternativet, altså utviklinga dersom utbygging ikkje blir gjennomført. Det er ingen vekting mellom dei forskjellige deltema i utgreiinga. Tabell 1 gir ei oversikt over konklusjonane til kvart enkelt deltema.

Tema	Hjelset 1a	Hjelset 1b	Lundavang	Eikrem	Lergrovik
Busetting og bustadutbygging	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydeleg konsekvens
Transportsystem, trafikk og tilgjengelegheit	Stor negativ konsekvens	Stor negativ konsekvens	Liten positiv konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Liten positiv konsekvens
Trafikktryggleik og trafikkskadar	Stor negativ konsekvens	Stor negativ konsekvens	Liten positiv konsekvens	Liten negativ konsekvens	Liten positiv konsekvens
Arealbruk og eigedomsforhold	Ubetydeleg konsekvens	Middels negativ konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Middels negativ konsekvens	Middels negativ konsekvens
Skule- og barnehagetilbod	Liten negativ konsekvens	Liten negativ konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydeleg konsekvens
Ambulanse- og brannberedskap	Liten negativ konsekvens	Liten negativ konsekvens	Ingen konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Liten positiv konsekvens
Risiko for flodbølge	<b>Meget stor negativ konsekvens</b>	Ingen konsekvens	Ingen konsekvens	Ingen konsekvens	Meget stor neg. / ved avbøtande tiltak ingen konsekvens
Næringslivet i regionen	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydelig konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydeleg konsekvens
Moldes byfunksjon og framtidige rolle som handels- og regionsenter	Middels negativ konsekvens	Middels negativ konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Liten negativ konsekvens	Liten negativ konsekvens
Landskap	Middels negativ konsekvens	Middels negativ konsekvens	Liten negativ konsekvens	Liten negativ konsekvens	Stor negativ konsekvens
Støy	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Stor negativ konsekvens
Kulturminne og kulturmiljø	Middels negativ konsekvens	Middels negativ konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Liten negativ konsekvens	Stor negativ konsekvens
Nærmiljø	Liten negativ konsekvens	Liten negativ konsekvens	Liten negativ konsekvens	Liten negativ konsekvens	Ubetydeleg konsekvens
Konsekvensar i anleggsfasen	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Middels negativ konsekvens	Ubetydeleg konsekvens	Ubetydeleg konsekvens

Tabell 1

Henta frå *Nye Molde Sjukehus. Konsekvensutredning*, side 183.

Konsekvensutgreiinga fokuserer i hovudsak på konsekvensane for omgjevnadane til sjukehuset, og ikkje på nytta for pasientane. Det blir difor understreka at konsekvensutgreiinga berre utgjer ein del av vedtaksgrunnlaget for lokalisering av sjukehuset.

I tilrådinga frå byggherren gitt i konsekvensutgreiinga, blir det innleiingsvis vist til tidlegare vedtak og grunngevingar. Som kommentar til konsekvensanalysen blir det sagt at dei fleste av dei negative elementa ein peikar på ved tomta på Hjelset var kjent ved vedtakstidspunktet. Ein erkjenner altså dei negative sidene ved denne tomta. Av nye negative sider blir faren for flodbølgje sett på som viktigast. Her er det verdt å påpeike visse endringar som følgje av Hjelset b alternativet. I følgje samtale med respondent, vart ikkje dette alternativet sett på som like bra som det originale alternativet. Her vert dels den positive sida av å velje Hjelset redusert. Nye alternativ, Eikrem og Lergrovik, innfører og nye faktorar som ikkje tidlegare er vurderte.

I tillegg til konsekvensutgreiinga blir det peikt på arbeidet med strategi for korleis spesialisthelsetenestetilbodet i Midt-Noreg skal utviklast i framtida, kjent som "Helse Midt-Norge 2010". I samband med dette blir det særleg framheva at ein må velje ein fleksibel løysing som knyter fagmiljøa saman.

Tilrådinga seier at det må vere svært sterke grunnar dersom ein skal endre vedtaka om lokalisering på Hjelset. Noko byggherren ikkje kan sjå at konsekvensutgreiinga gir. Derfor er tilrådinga at alternativet Hjelset 1b blir valt som grunnlag for det vidare arbeidet med nye Molde sjukehus.

Med konsekvensutgreiinga kom det ein del interessant ut frå delproblemstillingane mine. Molde kommune har her ein meir aktiv rolle. Dei grunnleggjande problemoppfatningane held seg stabile. Av ting som er nytt er særleg faren for flodbølgje sentral. Elles gir konsekvensutgreiinga stor bredde og systematisk innsikt i grunnleggjande problemoppfatningar. To nye forslag til løysingar kom fram. Desse vart aktivt diskuterte, og skulle vise seg å få ei sentral rolle. Eg går grundigare inn på korleis desse løysingsforslaga kom fram, og vart valt i neste del av oppgåva, drøftinga.

**2006:** Året starta med ei avtale mellom ordføraren i Molde og i Kristiansund. Her vart det blant anna sagt at det skulle vere to robuste sjukehus i regionen, med funksjonsfordeling som gir best mogleg spesialisthelsetenester for befolkninga. I dette ligg det at begge sjukehusa skal ha spesialistkompetansefunksjonar. For plasseringa er det spesifisert at sjukehuset i Molde skal byggjast sentrumsnært. (Hammerø 2006)

30.05 vedtok styret i HMN at det skal vere åtte somatiske sjukehus i Helse Midt-Noreg (Helse Midt-Norge RHF 2006). Molde og Kristiansund sjukehus er to av desse. Dette er i tråd med tidlegare vedtak av organisering av helsetilbodet, og gir eit grunnlag for det vidare arbeidet med planlegging av nytt sjukehus.

Sommaren 2006 kom dei til no siste vedtaka om lokalisering av nye Molde sjukehus. HNR behandla saka på styremøte 14.-15.06.06, sak 38/06, og styret i HMN følgde opp med behandling 26.06.06, sak 56/06. Den korte tida mellom møta tilseier at det var avgrensa med diskusjon og refleksjon frå vedtaket i det HNR til HMN gjorde sitt vedtak. Det er desse vedtaka som er fokus for det vidare arbeidet med denne oppgåva. Som sagt er det først og fremst styret i HNR sitt vedtak eg fokuserer på, men og styret i HMNs vedtak er av interesse. Som med tidlegare vedtak startar eg med ein generell introduksjon til vedtaket.

### **HNR saksdokument**

Innleiingsvis blir det peika på historikken til sjukehuset, og arbeidet med nytt sjukehus. Av problem blir store manglar på sjukehuset på Lundavang og utfordringane som følgje av dette trekt fram. Vidare vert særleg mangel på plass og lite fleksibel bygningsmasse som gjer justeringar vanskeleg kommentert. Midlertidige løysingar som brakker er tekne i bruk. Tilsynsmyndigheiter har påpeika vanskeleg arealsituasjon. Utsettingar av pålegg er gitt på grunn av arbeid med permanente løysingar. 25 millionar er brukt på generell oppussing og utbetring av krav frå ulike tilsyn. Plassproblemet er ikkje utbetra.

Psykisk helsevern går inn i ei omstillingsperiode fram mot 2010. Ressursbruken i HNR skal reduserast med nærare 75 millionar kroner. Dette som følgje av endringar i regionale finansieringssystem. For å takle omstillingar som følgje av reduseringane, er det eit ønskje å tilpasse bygningsmassen raskt.



Det er litt interessant å merkje seg at tidshorisonten for funksjonstida til det nye sjukehuset har endra seg litt. I vedtaket frå 2003 snakka ein om 30-50 år, men no er dette auka til 40-60 år. Ei endring som indikerer korleis perspektiv endrar seg i løpet av relativt kort tid. Kanskje kan dette og seie litt om kor vanskeleg det er å planleggje ei så komplisert utbygging.

I saksutgreiinga er det vist til Molde kommunes behandling av konsekvensutgreiinga. Relatert til tomteval peikar kommunen på uheldige konsekvensar ved val av Lundavang. Difor rår kommunen føretaket om at denne tomta ikkje blir valt. Vidare blir det sagt at vurderingane frå konsekvensutgreiinga må tilleggjast vekt, men avgjerande er likevel omsynet til pasientane og moglegheitene for eit godt og framtidsretta tilbod. Hurtig realisering må og takast omsyn til, derfor støttar kommunen valet av tomta på Hjelset.

Kommunen ser ut til å ha følgd tilrådinga i konsekvensutgreiinga om at utgreiinga berre utgjer ein del av vedtaksgrunnlaget.

Administrerande direktør for HNR gjorde sine vurderingar av dei ulike tomtene. For Lundavang støttar han seg til argumenta frå MK. Desse er relatert til trong tomt med mindre utviklingspotensiale, stor bygningsmasse i tettbygd strøk, tomta si plassering i motsatt retning av byutviklinga, negative trafikale omsyn og støy, særleg under anleggsfasen. Argument som og vart brukt under vedtaket i 2003. Som med Molde kommune, rår administrerande direktør til at Lundavang ikkje blir valt.

Tomtene på Øvre Eikrem og Lergrovik blir vurdert som relativt like. Lergrovik skil seg spesielt negativt ut med konsekvensar for landskapet, kulturminne og dyrka jord. Men dette kan reduserast ved at tomta, som følgje av flodbølgjefaren, blir flytta høgare opp i terrenget. Dette reduserer og problemet med støy, som er eit anna moment som blir trekt fram. Når det gjeld tomta på Eikrem er det utløyising av to hus, samt påverkingane på golfbana, som blir trekt fram.

Som følgje av uvissa knytt opp mot Lergrovik, meiner direktøren at Eikrem bør veljast av desse to tomtene. Uklare element i forhold til omregulering, og dermed og truleg lengre sakbehandlingstid, kan føre til at det kan gå lengre tid før sjukehuset blir realisert. Vurderinga står då mellom Eikrem og Hjelset b (heretter berre Hjelset).

Dei to tomtealternativa blir drøfta opp mot ni moment. Desse seier noko om problemoppfatningane. (1) Valet mellom Eikrem og Hjelset gjort på eit sjølvstendig grunnlag utan føringar frå *tidlegare vedtak*. (2) *Konsekvensutgreiinga* viser at Hjelset har klart negative effektar i forhold til transport og tilgjengelegheit. Eikrem har middels negative konsekvensar for arealbruk og eigedomsforhold. (3) *Investeringskostnadane* er omtrent like for dei to alternativa. Ved val av Eikrem kan tomta på Hjelset seljast. Begge tomtene sett krav til oppkjøp av eigedommar. (4) *Driftskostnadane* blir og vurdert som relativt like. Utelukkande ny bygningsmasse på Eikrem gir ein liten positiv fordel. (5) Alternativet på Hjelset kan potensielt ha ein tidlegare *oppstart*. Dette fordi arbeidet med renovering av eksisterande bygg kan starte tidleg, om styret i HMN godkjenner dette før det endelege gjennomføringsvedtaket er gjort. Utan at dette skjer, blir det ikkje stor forskjell på gjennomføringa. (6) I følgje Helsebygg blir dato for *ferdigstilling* lik for dei to alternativa. (7) Nærleiken til arbeidsplassen er viktig for val av arbeidsplass, noko som gir ein fordel til Eikrem. Utvikling av byen i retning Hjelset kan på sikt redusere desse forskjellane. Utvikling av eit betre kvalitativt tilbod på Hjelset vil styrke *rekruttering*. (8) *Forholdet til pasientar og tilsette* er likt med tanke på at begge tomtene ligg usjenert til. Med unntak av negative konsekvensar for utbyggingsplanane til Molde Golfklubb på Eikrem, har eit nytt sjukehusbygg små konsekvensar for andre aktivitetar. Hjelset gir samla sett lengre reise for pasientar og tilsette. Byggeperioden gir og større utfordringar på Hjelset der det alt er drift, enn eit nybygg på Eikrem. (9) *Pasientstraumar* er vanskeleg å føreseie. Dagens struktur er prega av høg pasientutreise. Lokalisering langt frå dagens sjukehus gir størst uvisse. Men moglegheitene for eit betre kvalitativt tilbod kan jamne ut eventuell lengre reisetid.

Drøftinga ovanfor er truleg ikkje tiltenkt å vere uttømmende, men nokre få merknadar er det verdt å gjere. I høve til punkt to, legg ein merkje til at berre enkelte negative sider ved Hjelset er nemnt. Med utgangspunkt i Hjelset b, som er det reelle alternativet, gjeld for eksempel den negative konsekvensen nemnt for Eikrem og for Hjelset.

Punktet med nærleik til arbeidsplassen, punkt sju, er og litt uklart i forhold til det som vart drøfta i konsekvensutgreiinga. Avstand til arbeidsplassen er berre ein av fleire faktorar som avgjer val av bustad. Blant anna at mange har bil, reduserer kor viktig denne faktoren er. Kommentaren om at eit kvalitativt betre tilbod kan redusere negative sider ved lokalisering, ut frå eit rekrutteringsperspektiv, kan tolkast som eit argument for val av det alternativet som gir best kvalitet.

Brukarutvalet kommenterer og valet av lokaliseringa. Generelt vert det påpeikt at dei to sjukehusa i regionen må samarbeide, og pasientane må oppleve sjukehusa som eitt sjukehus som sikrar god kvalitet på tilbodet. Psykiatri og somatikk må samlokaliseras. Her må ein merkje seg at også Brukarutvalet legg seg på same linja der to alternativ blir vurdert nærare. Dette tyder på ei viss semje mellom fleire partar.

I diskusjon om kvar sjukehuset skal lokaliseras, er brukarutvalet delt. Argumenta som er brukt til fordel for Hjelset er kortare avstand mellom sjukehusa i Molde og Kristiansund. Noko som legg til rette for betre samarbeid og betre utnytting av ressursane mellom dei to sjukehusa. Sjukehusa kan fungere som ei eining med personell som arbeider på tvers av sjukehusa. Hjelset opnar og for rask realisering og samlokalisering av psykiatri og somatikk kan bli betre. Forskjellar i tilgjenge er så liten mellom Hjelset og Eikrem at dette ikkje kan tilleggjast nokon avgjerande vekt.

Eikrem blir omtala som meir tilgjengleg, særleg for dei som høyrer til Molde lokalsjukehusområde. Rekruttering til sjukehuset blir betre og samarbeid med andre, som Knausensenteret og kommunar med Molde som lokalsjukehus, blir lettare. At tomte ligg nær byen, blir sett på som ein fordel for både besøkande og pasientar som kan ta nytte av tilbodet i byen. Grunnlaget for å sikre kvalitet gjennom utvikling av samarbeid er like god ved begge alternativa.

Dei to sidene argumenterer litt rundt kvarandre. Først blir Hjelset og Eikrem sett på som like tilgjengelege, før Eikrem blir vurdert til å ha ein fordel her. Samarbeid blir og sett på som ein fordel/ingen ulempe av begge partar. Forståing av kva problem som er sentrale, og kva løysingar som er best er ikkje eintydig. Den interne prosessen minner om forhandlingsmodellen. Utvalet deler seg i to, med ulike oppfatningar.

Til slutt i saksdokumentet er administrerende direktøren si vurdering og tilråding. Han seier at verken konsekvensutgreiinga eller vurdering av tilleggsmoment gir eit eintydig bilete av eit klart tomtevalalternativ. Med både positive og negative sider hos begge alternativ, der enkeltmoment kan tilleggjast større vekt avhengig av ståstad og motiv hos den som ser.

Administrerende direktør baserer seg på skjønnsmessige vurderingar, basert på kva som best oppfyller overordna strategiar.

Avstand mellom sjukehusa blir tillagt vesentleg betydning for å realisere strategi om samordning og å skape eit heilskapeleg helsetilbod. Hjelset, som betyr 15-20 minutt kortare reisetid mellom sjukehusa, står fram som mest gunstig for oppnåing av dette. Noko som og gjer det gunstig med eit langsiktig perspektiv.

I forhold til hovudstrategi to, tre og fire, høvesvis fleksibilitet i organisasjon og bygg, overskot i drift frå 2007 og streng prioritering av investeringar i perioden 2007-2012, blir ikkje lokaliseringa sett på som ein avhengig faktor.

Hovudstrategi fem, om rask realisering, er ikkje avhengig av tomtevalt med tanke på når bygget er ferdig, berre når det kan starte.

Utbygging av Knausen og val av Hjelset, frigir begge areal på Lundavang til ytterlegare forbetringar. Administrative funksjonar kan flyttast til eksisterande bygg på Hjelset.

Endringar i psykiatrien i løpet av den komande femårsperioden, betyr at det vil kome eit anna tilbod enn dagens. For å gjere desse endringane lettare, ser ein det som ein fordel om ombygningar/nybygg tilpassa den nye situasjonen, blir gjennomførde samtidig som omstillingane i psykiatrien vert realisert. Noko som dels kan gjennomførast på Hjelset, men ikkje på Eikrem.

På grunn av storleiken på endringane, reduksjon på 75 millionar/30% av dagens vaksenpsykiatri, ser ikkje administrerende direktør bort frå at det kan bli nødvendig med bygningsmessige endringar på Hjelset. Dette uavhengig av om Eikrem blir valt. Noko som gir ein risiko for at det vil ta lengre tid før somatiske og psykiatriske sjukehusstilbodet blir samlokalisert.

I høve brukarutvalets kommentarar, tolkar adm. direktør det sånn at omsynet til kva som tener innbyggjarane best i eit langsiktig perspektiv, skal vege tyngst. Til tross for ein viss usemje om kva dette betyr for plassering av sjukehuset.

Den samla vurderinga er at Hjelset gjer det lettare å realisere HNRs strategiar. Når dette i tillegg samsvarar med Molde kommunes tilråding, er anbefalinga at Hjelset blir valt.

### **Styret i HNRs behandling**

Over til møtet i styret for HNR der saka vart drøfta og vedteke. Protokollen viser at åtte av ni styremedlem var tilstades. Av styremedlemmane var det berre to som var tilstade på møtet i 2003, resten er nye medlemmar. I tillegg var seks personar frå administrasjonen, ein frå sekretariatet og ein kategorisert som "andre" tilstade.

Saka om tomteval vart behandla først. Styreleiar fremma eit alternativt forslag til vedtak. I høve lokalisering er den mest framtrudande endringa at Eikrem blir valt. Dette forslaget vart samrøystes vedteke.

### **HMN saksdokument**

Etter handsaminga i HNR vart saka teke opp i styret for HMN 26.06.06.

Dokumentasjonen i saksdokumentet er i stor grad lik den som vart presentert for styret for HNR. Innleiingsvis blir det vist til tidlegare vedtak i saka. I høve konsekvensutgreiinga blir administrerande direktør i HNRs vurderingar og tilråding sitert. Vidare er Molde kommune si handsaming av konsekvensutgreiinga og brukarutvalets kommentarar med. Til slutt er styret i HNRs vedtak sitert. Her blir det og sagt at i drøftingane uttrykte styret at samarbeidslinene mellom sjukehusa skal vidareførast, og i den samanheng blir det vurdert som marginale forskjellar mellom alternativa. Tett samarbeid er avgjerande for å realisere eit nytt sjukehus, og for å gi eit godt tilbod til pasientane i opptaksområdet komande år (Helse Midt-Norge RHF 2006).

Administrerande direktør for HMN drøfta og tomtevalet. Lundavang blir sett på som lite ønskeleg. Jamfør vedtak i MK og HNR. Dette på grunn av avgrensingar i tomtealternativet, ønskja om sterkare samordning av sjukehusverksemda ved Molde og Kristiansund sjukehus og byplanmessige forhold.

Legrovik er det og aktuelt å velje bort. Konsekvensar for landskapet, kulturminne og dyrka jord, støy frå flyplassen og usikre element i forhold til omregulering med moglegheitene for lengre saksbehandling som følgje av dette.

Her, som i andre saksutgreiingar, står då to alternativ igjen, Eikrem og Hjelset. Adm. direktør siterer samanstilling av konsekvensar frå konsekvensutgreiinga for dei to alternativa. Vidare seier han at dei fleste forhold utreda i konsekvensutgreiinga talar til fordel for Eikrem, til tross for at forskjellane til dels er marginale. Desse fordelane blir nemnt: litt lågare driftskostnader, rekrutteringsfordelar, færre transportkilometer for tilsette, ambulanser når fleire på kortare tid, mindre eigenfinansiering.

Konklusjonen endar med ei tilråding til val av Eikrem.

### **Styret i HMN behandling**

I styret møtte tolv av tolv medlemmer. I tillegg møtte ti andre personar med administrative stillingar. Styrets medlemmer var endra sidan saka var oppe i styret i januar 2004.

Brev frå grunneigarar som blir påverka av forslaget på Eikrem vart lese opp og kommentert av administrasjonen.

Det kom inn totalt tre forslag på endringar til innstillinga frå adm. direktør. To av desse har ein særleg interesse for tomtevalet. Det eine gjekk ut på at ein berre skulle utrede utbygging på Eikrem. Noko som kan opne for endringar av tomtevalet, om vidare utgreiingar støttar opp om dette. Dette forslaget fall mot to stemmer. Det andre forslaget var at Hjelset vart valt i staden for Eikrem. Her ser vi at det framleis er ein viss usemje. Dette forslaget fall mot ein stemme.

Eikrem vart valt som tomt.

## 6.0 Drøfting

Tidslinja over har teikna dei store trekka i utviklinga fram til sommaren 2006. Det er viktig å ha denne i mente ved den vidare drøftinga. No går eg djupare inn i prosessen fram mot vedtaket om å byggje på Eikrem. Tidslinja bygger primært på skriftlege kjelder. For denne delen av oppgåva baserer eg meg mest på data frå intervju. Skriftlege kjelder supplerer og støtter opp, eventuelt svekkjer det som er sagt. Ei rekkje sentrale respondentar er intervjuet. Som tidlegare nemnd har det skjedd mykje sidan vedtaket i 2006. Informasjon som kjem fram frå respondentane vil dels trekkje trådar fram til nyare vedtak, men i hovudsak er det som blir diskutert frå tida fram mot vedtaket i 2006.

I forkant av drøftinga minner eg om hovud- og delproblemstilling(ane) for oppgåva. I korte trekk:

### **-Korleis kan vedtaksprosessen beskrivast?**

- Kva rolle har deltakarar og endrar den seg?
- Er det stabile og felles problemoppfatningar?
- Kven kjem med og kva er grunnlaget for val av løysingane?

Teoriane vil i større grad bli brukt aktivt. Desse er utgangspunktet for beskriving ut frå hovudproblemstillinga.

Det er ikkje lett å disponere ei drøfting av ein vedtaksprosess. Disposisjonen kan lett bli prega av teoriane som er brukt. Noko som kan føre til at alle moment ikkje kjem like godt fram, eller kanskje til og med at ein teori synast favorisert. På den eine sida gir rasjonelle teoriars trinnvise framgangsmåte oversikt og struktur. På den andre sida er søppelbøttemodellen betre til å fange opp kompleksiteten og anarkiske trekk.

Strukturen vidare byggjer på den formelle prosessen rundt vedtaket. Denne står fram som ein relativt rasjonell prosess. Med ulike fasar som følgjer kvarandre lineært. Om den faktiske prosessen viser seg å vere rasjonell, står att å sjå.

Først ser eg på mål og strategiar beskrive av ulike aktørar. Så ser eg på problemstillingar og ulike problem som blir trekt fram som grunnlag for prosessane. Deretter ser eg på korleis desse er handsama. Dette gjer eg gjennom å sjå på til dømes organisering, samarbeid og bruk av informasjon. Eg rundar av med å sjå på

løysingar som er presenterte. Til slutt ser eg på korleis vedtaksprosessen blir beskriven.

## 6.1 Strategiar og mål

Ein klar felles strategi og mål er utgangspunktet for vedtaksprosessen i eit rasjonelt perspektiv (Greve 1995). Dermed er det interessant ut frå hovudproblemstillinga. Fråver av fellesnemnarar opnar for ein prosess meir prega av forhandling eller søppelbøttemodellen. Gjennom undersøkingane er det presentert litt ulikt syn på kva som er tilfelle i denne saka. Forholdet til strategiar og mål kan vise korleis prosessen har utvikla seg. Inkludert utvikling av roller og problemoppfatningar.

Eg trekker først fram nokre døme på konkrete organisasjonar. Administrativt har *"målsettinga for arbeidet vore rimeleg greitt heile tida"* i Helse Nordmøre og Romsdal helseføretak (HNR), seier respondent frå administrasjonen. Det same kan seiast å gjelde for styret då ein skulle velje tomt i 2006. Blant medlemmene opplevde han at det var stor grad av felles forståing av kva argument ein skulle leggje vekt på. Kombinert med at det vart eit einstemt vedtak, tolkar eg det som at det må ha eksistert felles mål.

Går ein over til politiske organisasjonar, blir det litt meir uklart. Molde kommune (MK) har hatt ein strategi som dei har jobba ut frå, seier respondentar frå kommunen. Regionen skal ha to sjukehus, i Molde og Kristiansund. Denne har dei halde fast ved sidan dag ein. Sjølv om strategien har vore fast, har ønskja om plassering av sjukehuset endra seg. Dette blir beskrive som ein modningsprosess, der ein har gått frå eit stort fleirtal for Hjelset, til berre eit mindretal, og til slutt eit samstemt vedtak for Eikrem. Til tross for endra synspunkt, har ein i hovudsak valt å respektere vedtak fatta i HNR og Helse Midt-Norge (HMN).

I Kristiansund kommune og i Orkidé, ordførar og rådmannskollegiet for Nordmøre, var det i mange år uklare strategiar. Etterkvart som prosessen har utvikla seg, har strategiane blitt meir samkøyrde. Det å kunne miste sjukehuset til Molde, har gitt ein solidarisk og samlande effekt. I dag blir strategien vurdert som *"opplesen og vedteken"* seier ein respondent frå Kristiansund kommune (KK).

Sjølv om ein enkelt organisasjon har opplevd strategien sin som klar, er det ikkje alltid at dette er formidla tydeleg nok til omgjevnadane. Frå ein respondent i KK blir



det sagt at han er overbevist om at MK har hatt ein skjult agenda, med eitt felles sjukehus i Molde, som den underliggende planen. To sjukehus er ein mellombels plan for å få fred. Får dei alle funksjonane dei ønskjer til Molde, vil dette bli så omfattande at Kristiansund sjukehus må nedgraderast til eit distriktsmedisinsk senter. Noko dei i følgje respondenten, ikkje har problem med. Han meiner det hadde vore betre om dette kom klart fram frå starten. Her er det tydeleg at situasjonen er fragmentert.

På eit meir generelt plan peikar ein respondent med politisk erfaring frå blant anna MK på manglande tidshorisont i kommunepolitikken. Med val kvart fjerde år, er det ikkje lagt opp til langsiktig planlegging. Ein ønskjer ikkje å gjere ting som ein først tenar på om to valperiodar. Dagens incentivsystem løyser ikkje dette problemet. Bygging av eit sjukehus krev lang tidshorisont, både i planfasen og i levetid. Viss den politiske tidshorizonten ikkje er lang nok, kan dette ha følgjer for dei mål og strategiar som blir laga. Sjølv om det er eit klart mål og strategi over ei kommunestyreperiode, kan det samla sett vere mange ulike mål og strategiar i løpet av den totale vedtaksprosessen. I perioden etter at sjukehusa vart overført til staten, har det vore relativt stabilt politisk. Dei endringane som har skjedd, har ikkje ført til større endringar i den praktiske politikken. Altså ligg det til rette for ein stabil prosess.

Forholda har reint praktisk vore til stades for stabilitet. Trass i dette, er det ikkje full semje om strategiane. Måla har ikkje alltid vore konsistente. Meir generelt seier ein respondent med bakgrunn i politikken at: ”*Det har nok vore veldig situasjonstilpassa*”, på spørsmål om det har vore klare strategiar. Til dømes har det vore personar som har ønskt seg alle dei tre hovudmodellane for sjukehusstruktur. Altså, eitt felles, to likeverdige eller to klart differensierte sjukehus. Vidare blir det sagt at det nok er mange ulike mål, og ulike strategiar som blir etterlevd. Særleg interessant er det å merkje seg at det er delvis i full openheit og delvis går prosessane føre i det skjulte. Noko som har gjort prosessen vanskeleg.

Løftar ein blikket til eit høgare nivå, er ting og uklart. Det ser ikkje ut som ein på høgt politisk nivå klarer å sjå totalbiletet, blir det sagt frå ein respondent med erfaring frå politikk og styret i HMN. På departementsnivå er enkelte av den oppfatning at HMN ikkje har råd til å bygge nytt sjukehus. Om det skal byggast, må sjukehusstrukturen sanerast, og eitt felles sjukehus bør byggjast. Noko som skil seg frå måla som

dominerer på lågare nivå. Soria Moria-erklæringa gir eit anna bilete igjen, med krav om at ingen sjukehus skal leggjast ned. Denne typen varierende inntrykk skaper uvisse.

Uklare signal frå overordna styringssystem kan og ha gitt seg uttrykk i langsiktige strategiar. Ein respondent frå administrasjonen i MK seier at "*Strategi 2020 er første gong ein har gjennomtenkt tenking på korleis ein skal løyse framtidens problem*". Noko som fører til eit brot med politiske grunnar for sjukehusplanlegging. Ein ser klare skilje mellom politiske vedtak som ikkje stemmer med det faglege.

Korleis kan dette beskrivast ut frå teoriane eg har valt? Kvar enkelt organisasjon sett for seg sjølv, er mål og strategiar stort sett klare. Det tyder på at organisasjonane har starta med utgangspunkt første trinn av ein rasjonell vedtaksprosess som presentert av Greve (1995). Men politiske organisasjonar peikar seg litt ut. Hovudtrekka har vore klare, eller blitt klare i løpet av prosessen, men det har vore ulike mål og strategiar inne i biletet. Spørsmål om eitt eller to sjukehus står klart i mot kvarandre. Det at ein har klart å samle seg, tyder på forhandling. Noko som ikkje er overraskande med fleire ulike politiske parti tilstades.

Over tid har det kome fram fleire deltakarar med ulike mål. Som eg kjem tilbake til i delkapitelet om løysingar, har ulike personar kome inn i bilete med andre mål enn hovudutfordringa med å byggje eit nytt sjukehus. Ulike sidemål dukkar opp i løpet av prosessen. I eit overordna bilete er det mange forskjellige problemforståingar ute og går. Ulike og motstridande mål er eit kjenneteikn med forhandlingsmodellen (Hatch 2001). Ting er ikkje så klart som det kan sjå ut ved samtalar med enkeltorganisasjonar.

Det at ting har skjedd delvis i det skjulte, gjer det vanskeleg å forhandle. Sjølv om ein trur forhandlinga er rasjonelt grunnlagt, kan skjulte motiv føre til at dei faktiske strategiane blir uklare. Det som står på papiret, er ikkje nødvendigvis det som blir gjort. Noko som blir meir komplekst jo fleire ulike organisasjonar ein dreg inn.

## 6.2 Problemoppfatningar

I ein stor prosess vil det dukke opp mange ulike spørsmål og problemoppfatningar. Dette har eg og tatt som utgangspunkt for den eine delproblemstillinga mi.

Problemoppfatningar heng saman med fleire andre delar av prosessen. Val av mål og strategiar fører til problem som må løysast. Er det kompliserte problem, må kanskje ekstern kompetanse trekkjast inn. Noko som set krav til organisering og samhandling.

Over tid dukkar enkelte problem opp fleire gongar. Det har vore eit ønske om å auke samhandlinga mellom dei to sjukehusa i regionen. Difor må det nye sjukehuset plasserast med tanke på dette. Tidlegare prosjekt har sett på samarbeidskonsekvensen som følgje av opninga av Krifast-tunnelen. Det var ingen effekt, seier ein respondent frå HNR. Overført kan dette tilseie at plassering av sjukehuset, med dei alternativ som er diskutert, heller ikkje vil ha nokon (særleg) effekt.

Utgreiingar om sjukehusstruktur vart gjennomført i 2002-03, med Samla Plan. Dette er spørsmål som på ny er aktuelle i dag. Ved tidlegare utgreiing gjekk majoriteten for to sjukehus. Til tross for dette har løysinga med eitt sjukehus levd eit liv på sida av den formelle prosessen. Det er særleg mindre grupperingar som held liv i denne planen. Både lokale, politiske og personlege interesser, men og på høgare nivå, som enkelte i administrasjonen til HMN. Problemet er løyst, men framleis blir det halde i live. Noko som gjer det vanskeleg å gå vidare i prosessen. Ein lite rasjonell framgangsmåte. Vedtaksprosessen manglar ein hierarkisk struktur (Greve 1995) og eit hierarkisk leiarskap som kan skjære igjennom ved usemje (Jacobsen 2007). Heller ikkje i forhandlingsmodellen er dette ideelt. Når eit vedtak er fatta, sjølv om det fører til ein vinn-vinn eller vinn-tap situasjon, bør dette vere sluttstrek. Viss ikkje kan det føre til meir maktkamp, som igjen kan svekke sjansen for forhandling (ibid.). I praksis er nok dette ikkje alltid like lett. Den som ikkje har fått den fulle vilja si, kan framleis føre ein kamp for å oppnå denne. Ut frå søppelbøttemodellen er ikkje dette overraskande eller unormalt. Deltakarar arbeider for spesielle løysingar og prøver å få aksept for samsvarande problemoppfatningar. Sjølv om dei ikkje får til ei kopling mellom desse i første omgang, kan dei fortsette arbeidet sjølv etter at andre vedtak er fatta. Noko ein må sjå i samanheng med synet på at vedtaksprosessar består av

fire uavhengige straumar (March 1988), jamfør teorikapitelet mitt. Dette synest å vere eit klart trekk ved denne prosessen.

Det gjennomgåande er problem relatert til den dårlege standarden ved dagens sjukehus. Problem som dårleg bygningsmessig standard, dårlege logistikk-løysingar, låg effektivitet og for stort areal, er typiske underproblemstillingar. Ei generell semje om problemstillingar er mest typisk for rasjonelle modellar. Men det er for så vidt ikkje noko i vegen for at dette kan oppstå i søppelbøttemodellen. Forhandling ser ikkje ut til å ha vore ein aktiv rolle i denne delen. Enkelte organisasjonar har meir spesifikke problem knytt mot kva oppgåver dei utfører.

HNR har for eksempel problemet med å planleggje langt nok fram i tid. Utviklinga innan medisin skjer fort. Like fullt skal sjukehuset fungere bra i 40-60 år. Eit problem ein forsøker å løysa med fleksible løysingar. Sjukehuset skal vere moderne og fungere godt langt inn i framtida. Dette gjer det vanskeleg å fastsette preferansar, eit kjenneteikn ved søppelbøttemodellen (March 1988).

Då styret i HNR skulle gjere sitt vedtak i 2006, vart det klart at grunnleggjande like problemstillingar kan føre til ulike løysingar. Innstillinga foreslo Hjelset, men styret gjekk for Eikrem. Noko som kan forklarast med vekting av ulike synspunkt.

Problemframstillinga er ulik hos administrasjonen og styret. I styret vart pasienttilgjenge vurdert som viktigast. Tilrådinga til administrerande direktør la meir vekt på regionen sine to sjukehus, og behovet for samhandling mellom desse. I tillegg kjem ein ikkje vekk frå at økonomi alltid vil vere med i biletet.

Her ser vi at sjølv om dei grunnleggjande problema er like, er det forskjellig forståing av korleis dei best skal løysast. Både Hjelset og Eikrem blir vurdert som gode alternativ. Forskjellen ligg i kva som er vurdert som viktigast. Dette er ikkje ein situasjon med eit fasitsvar. Det har ikkje vore ein situasjon med konflikt eller forhandling. Alternativa er så pass like at situasjonen best kan kallast vinn-vinn.

Molde kommune, som vertskommune for sjukehuset, fekk fleire eigne problemstillingar. Eit stort og aktivt bygg som eit sjukehus krev fleire støttefunksjonar. Både tilsette og pasientar skal transporterast til og frå sjukehuset. Men også tilgang til andre aktivitetar, for eksempel kino og butikkar, blir trekt fram. Kommunale verksemder tek seg av ein del, som vatn og avløp og kommunale vegar. Men

samarbeid med andre organisasjonar har og vore viktig. Statens vegvesen, fylkeskommunen og sjølv sagt HNR blir trekt fram.

*”Vi kan det med å utvikle planverk, legge til rette for infrastruktur det kan vi, men vi veit ikkje korleis innhaldet i eit sjukehus skal vere.”*

Politikar i Molde kommune.

Lite eller manglande kunnskap om planlegging av eit sjukehus er noko som går igjen hos fleire deltakarar. Dette er eit fagfelt i stadig utvikling, samtidig som det er noko få har regelmessig erfaring med. Eg minner om at ein av tre attributtar ved søppelbøttemodellen er uklar teknologi (March 1988). Her blir det overført til mangelfull forståing for sjukehusplanlegging.

Parallelt med, og relatert til, lokaliseringsdebatten, har det vore ein debatt om sjukehusstruktur. Denne har skapt problemstillingar som og er relevante for lokaliseringa. Sjølv om det er semje om behovet for nytt sjukehus, er spørsmålet kva funksjonar det nye sjukehuset skal ha. Ein politisk respondent frå Kristiansund uttrykker bekymring for denne situasjonen. Eit sjukehus plassert eit stykke vekk frå sentrum, men framleis i Molde, Hjelset i praksis, fører til spørsmål om dette vil bli eit felles sjukehus. Særleg når planane for sjukehuset vert opplevd så omfattande, at det berre vil vere eit tidsspørsmål for når ressurskrava er så store, at Kristiansund sjukehus må redusere eller leggje ned.

Den nemnte respondenten opplever ambisjonane for det nye sjukehuset som så store, og delvis kamuflerte, at det er vanskeleg å støtte planane. Dette blir opplevd som problematisk. Samtidig seier andre at ein ved planlegging av eit så stort bygg, må bygge stort nok for å dekkje framtidige behov. Areal for framtidige utvidingar kjem som ein del av dette. Det nyttar ikkje å byggje for milliardar og så om få år oppleve at bygget vert for lite, seier ein administrativ respondent frå HNR.

Samfunnsmessige spørsmål dukkar og opp. Politisk i Kristiansund blir dette sett på som viktig. Eit sjukehus er ein viktig del av eit lokalsamfunn. Det å miste heile eller deler av sjukehuset, kan påverke tilflytting og arbeidsplassar. Særleg om det ikkje er som følgje av faglege grunnar. Vikarierende motiv kan skjule seg bak legitime faglege grunngjevingar. Her er det altså eit problem med konkurransevriding.

Over tid har KK endra sitt syn på situasjonen og korleis denne bør løysast. Frå å gå for to robuste einingar, til det seinaste målet med eitt felles sjukehus, midt mellom dei to byane. Argumentet for dette byggjer på ein ide om å skape ein vinn-vinn-situasjon. Som ein politisk respondent frå KK seier, er ikkje dette ei løysing som gjer nokon fullt ut fornøgde. Men etterkvart som sjukehuset går seg til vil det bli slutt på krangelen. Pendling frå dei to byane blir ei reell moglegheit. Noko som minskar tapet av eit bynært sjukehus. Dette blir ut frå dagens situasjon sett på som det mest aktuelle forslaget til løysing.

Eit anna punkt som er viktig for samfunnet, er alle arbeidsplassane knytt til sjukehuset. Her blir det blant anna vist til undersøkingar som seier at eit sjukehus utan nødvendig infrastruktur rundt, rekrutterer ikkje. Arbeidsplassar gir tryggleik for samfunnet. Men det kan og seiast at sjukehuset i seg sjølv kan opplevast som ein tryggleiksbastion. Rett nok var det ein kommentar frå ein respondent i MK om at folk ikkje nødvendigvis veit heilt kva som skjer bak veggane på eit sjukehus. Eit interessant poeng som kan vere verdt å tenkje på, ved diskusjon om funksjonsfordeling og plassering.

Transporttid har og effektar for samfunnet. Kombinert med fritt sjukehusval, kan ei ny lokalisering endre mønstra for kva sjukehus folk vel. For fleire randkommunar er det like aktuelt å reise til Ålesund eller Trøndelag. Denne problematikken gjer det vanskelegare å samlast om ei felles problemforståing.

Eg summerer opp delkapitelet med tanke på hovudproblemstillinga mi. Korleis kan problemoppfatningane forklarast ut frå teoriane? Alle dei ulike problemstillingane og problemforståingane gjer den totale vedtaksprosessen uoversiktleg og vanskeleg. Enkeltproblem kan forklarast rasjonelt, sett i den enkelte aktørs kontekst. Mest framtrédande er problema med dårleg byggmasse. Ei konkret sak det er lett å måle, og følgjeleg også lett for partane å einast om. Ser ein på samfunnsretta konsekvensar kjem forskjellane fram. Ulike aktørar trekker fram ulike problem. Problem blir og vektlagt på ulik måte. Dette gjer det vanskeleg å føre ein rasjonell prosess, der ein får fram all nødvendig informasjon. Prosessen blir i beste fall avgrensa rasjonell, der ein fokuserer på nokre få konsekvensar. Noko som fører til at deltakarane ikkje har eit komplett sett av preferansar, men mangelfulle mål med manglande samanhengar (Douma 2008). Mykje informasjon er truleg heller ikkje

mogleg å skaffe. Langsiktige samfunnseffektar er vanskeleg å føreseie sikkert. Ekstra problematisk blir det når enkelte aktørar oppfattar det som at skjulte motiv ligg bak.

I eit større bilete vert situasjonen best forklart gjennom forhandlings- og søppelbøttemodellen. Begge desse legg opp til at ulike aktørar kan ha ulik problemforståing (Jacobsen 2007). Om dette skjer i ein rasjonell modell, vil svar på manglande informasjon løyse desse problema. Dette treng ikkje vere tilfelle ut frå desse modellane. Dei ulike organisasjonane som er representerte har ulike mål. HNR har sitt ansvar for sjukehusstilbodet, medan vegvesenet har fokus på transportsystem. Også like organisasjonar har forskjellige utgangspunkt. Kommunar har ei rolle med å utvikle samfunnet og levere tenester til innbyggjarane. Dette kan både samle og splitte to kommunar sine forhold. Begge deler har vore tilfelle i denne saka.

Kompleksiteten rundt dei spørsmåla som er diskutert, gjer det vanskeleg å sette klare preferansar. Søppelbøttemodellen kan forklare dette med å vise til aktørar som går ut og inn av prosessen, samt uklar teknologi (March 1988). Aktørane har ikkje vore like aktive i alle fasar. I nokre fasar fungerer kommunar som høyringsinstans, medan MK var sentrale i arbeidet med konsekvensutgreiinga. Dette gir ulikt utgangspunkt for å uttale seg. Korleis den medisinske framtida blir er det vanskeleg å vite. Dermed kan ein og stille spørsmålsteikn med kva rolle det tradisjonelle sjukehuset vil ha i framtida. Medisinske framskritt kan gjere den tunge spesialiseringa i eit sjukehus mindre viktig. Stadig meir kan behandlast lokalt. Eller den stadige spesialiseringa kan auke behovet for større sjukehus.

### **6.3 Organisering**

Eg ser her på korleis ulike organisasjonar har organisert seg i forhold til arbeidet med nye Molde sjukehus. Omgrepet organisering er brukt i relativt vidt forstand. I tillegg til diskusjon om organisasjonsformer og struktur, trekker eg og inn andre deler der det kjennest relevant. Organisering kan og seie litt om rollene til ulike deltakarar, som eg har tatt med som ei delproblemstilling. Dette er og eit sentralt moment i forhold til korleis dei ulike teoriane eignar seg til å beskrive prosessen. Ulike teoriar har, og passar til ulike ideal for organisering.

Måten rammene rundt vedtaksprosessen er organisert på, kan påvirke korleis prosessen blir (Jacobsen 2007). Rasjonelle teoriar legg opp til organisasjonar konstruert med klar arbeidsdeling og koordinering. Hierarki er nødvendig for å kunne slå igjennom ved eventuelle konflikhtar. Med mange ulike faggrupper representert, samt mange organisasjonar som er ein del av vedtaksprosessen, kan ulike organisasjonskulturar vekse fram. Differensiering internt i organisasjonar og mellom organisasjonar, kan bli eit problem. Forhandling eller maktkamp er måtar for å løyse eventuelle konflikhtar på. Det kan tenkjast at enkelte deltakarar er aktive fordi dei ønskjer å oppnå eit mål, og ikkje på grunn av rasjonelle val.

Dei store linjene kan trekkjast med Helse og omsorgsdepartementet som leiar, med HMN og deretter HNR under seg. Ei hierarkisk organisering med klar funksjonsfordeling. Ulike andre organisasjonar kjem inn litt etter behov og interesse. Særleg MK får ei aktiv rolle som vertskommune. Romsdal regionråd og Orkidé er samlende organ for fleire kommunar. Dette er ordførar- og rådmannskollegium for sine respektive kommunar i Romsdal og Nordmøre. Begge organisasjonane arbeider for løysing av felles problem for sine deltakarar. Makroperspektivet er relativt klart og hierarkisk. På mikronivå varierer organiseringa litt.

HNR sin organisering blir beskrive som følgjer av ein respondent frå administrasjonen. Dei har basert seg på små organisasjonar. Dei ønskjer ikkje å starte med fleire personar enn nødvendig. Det er lettare å leggje til ein person enn å fjerne ein person. Alle har klare oppgåver. Med korte avstandar som legg opp til enkle løysingar. Det er prioritert å få rett person på rett jobb. Gjennom prosessen har det vore ein prosjektansvarleg med hovudansvaret.

Sjølv om organisasjonane har vore små, har nødvendige ressursar vore tilgjengelege, seier den nemnde respondenten. Dei ressursane ein har bedt om, har ein fått. Organiseringa har alltid vore sånn at personar er trekt inn etter kva som er nødvendig for prosjektet. Både blant tilsette i sjukehuset og eksterne ekspertar. Engasjement frå sjukehusstilsette har vore viktig, for å byggje eit sjukehus der dei faktisk ønskjer å jobbe. Sjukehusplanlegging og -bygging er elles ei så pass lita nisje, at ein veit kven som har kompetansen. Blant anna har erfaringar frå St. Olav Hospital vore nyttige. I praksis ser det ut til å ha fungert bra, då arbeidet blir beskrive som å ha gått ganske greitt.



Med klar arbeidsdeling og ein ansvarleg som gir eit visst hierarki, står organisasjonen fram som eit rasjonelt eksempel. Samtidig kan den og kallast organisk eller ad hoc inspirert (Greve 1995). Med ein ansvarleg som trekker inn personar etter behov, er organisasjonen i konstant utvikling. Dette gjer det og vanskeleg å utvikle ein felles organisasjonskultur. Særleg personar som kjem inn utanfrå, vil vere ein del av (minst) ein annan organisasjonskultur. Desse faktorane legg til rette for forhandlingsmodellen og søppelbøttemodellen som gode beskrivingar av prosessen.

I praksis ser det ikkje ut til at det har vore så store forskjellar og differensiering at forhandling har vore nødvendig. I følgje intervju har det vore veldig lite konflikter i planarbeidet til administrasjonen i HNR. I dei få tilfella der det har vore noko, har dette løyst seg gjennom eit møte med gjennomgang av saka. Det har vore viktig at alle omsyn kjem fram i saksbehandlinga. Denne kommentaren frå ein administrativt tilsett i HNR summerer opp situasjonen:

*”Eg vil ikkje kalle det konflikt, men vil kalle det ueinigheit om løysing”.*

Den overordna tanken bak organiseringa følgjer rasjonelle prinsipp. Her er det lagt opp til klar arbeidsdeling. Personar med ekspertise blir henta inn for å ta seg av sine område. Kompleksiteten gjer det nødvendig å stykke opp arbeidet. Samtidig er det eit hierarki.

Som tidlegare kommentert hadde det vore ganske stor utskifting av styremedlemmer i HNR sidan 2003. Fleire hadde dette også som sitt første styremøte. Blant anna var styreleiar ny. Dei nye medlemmene vart oppnemnt i april, og første møte var i juni. Det er interessant at ei så stor sak kom opp så kort tid etter. Dette blir forklart om ein ser litt vidare på vedtaksprosessen. Saka skal og opp høgare i hierarkiet, seier ein styrerepresentant i HNR: *”Grunnen til at vi måtte ta det opp allereie på junimøte 2006, det var at det regionale helseføretaket på sitt neste møte skulle ha det oppe som sak.”*

Kva konsekvensar hadde dette for vedtaket? Eit styre er i seg sjølv ein interessant organisasjon. Medlemmene har ulik bakgrunn og er oppnemnt av ulike grunnar. Variablar som bustad, bakgrunn og kjønn kan spele inn ved oppnemning av medlemmar. Eigarvalte representantar er truleg valt av litt andre grunnar enn dei tilsette sine representantar. På den eine sida kan dette splitte styret, men som ein

kommenterte, kan og mangfaldet styrke styret. Som organ har styret eit mål. Det som kan variere er måla til det enkelte styremedlem og dei som oppnemnar representantane. Dette gjer det sannsynleg at arbeidet i styret, i alle fall i enkelte tilfeller, best blir forklart ut frå søppelbøttemodellen. Særleg ved utskiftingar eller faste medlemmer som er borte.

Spørsmålet blir då korleis styret opplevde vedtaksprosessen i praksis. På generell basis blir det sagt at eigne interesser fort kan vere med å prege argumentasjonen i desse sakene. For den konkrete saka om lokalisering, lukkast dei godt med å samle fokus for styret, blir det sagt i eit intervju. Vidare opplevde ein i valet av Eikrem at det var ein stor grad av felles forståing av kva argument som skulle vektleggast.

Eigen styrekultur er eit mål. Organisasjonskultur er noko som utviklar seg over tid (Jacobsen 2007). Truleg var ikkje dette ein faktor som spelte inn for vedtaket om lokalisering. Kva som fekk styret til å samle seg er vanskeleg å seie. Noko intervjudata og seier. Ein mogleg grunn som blir trekt fram er dei faglege argumenta som ligg i konsekvensutgreiing. Desse kan ha gitt eit såpass klart svar at ulike bakgrunnar ikkje vart sett på spissen. Respondenten trur ikkje at lengre tid i styret hadde ført til eit anna utfall. Saka hadde blitt handsama på same måten. Forskjellen er at prosessen kunne gått over fleire styremøte. Prosessen blir oppfatta som rasjonell, der organiseringa har fungert for å nå eit mål. I denne saka ser det ut til at målet har vore klart og felles. Styret sine medlemmer er og samstemte om kva problem og løysing som ligg til grunn for vedtaket.

Frå ein respondent som følgde styremøtet i HNR, blir det sagt at det var tydeleg at det hadde vore diskusjon tidlegare. Viss ikkje hadde ikkje styret kome ut felles på denne måten. Før møtet var respondenten veldig spent. Noko som tyder på at ting ikkje var så klart som eit samstemt vedtak tyder på. Det kjem og fram at ein person som i utgangspunktet ville gå for Hjelset, gjekk for Eikrem, då det vart klart at det vart valt. Grunnen var å få eit sterkt felles vedtak. Sjølv om det truleg ikkje var utvikla ein klar, felles organisasjonskultur, ser det ut til at eit felles vedtak blir tillagt ein symbolsk verdi. Gruppepress kan vere ei alternativ forklaring. Når styret samlar seg, er det ikkje nødvendigvis lett å stå på sitt. Men ut frå intervju, er det ikkje noko som skulle tilseie at det er opplevd eit sånt press.

I MK har veldig mykje tid gått med til arbeid med prosessen. Særleg enkeltpersonar har jobba mykje med sjukehuset. Det meste som blir skriva om sjukehussaka blir gjort av ein person. Arbeidet er prioritert. Vidare beskriv respondenten frå administrasjonen at ressursar er sett inn og tidsfristar er haldne. Framgangsmåten har vore som med andre saker. Det konkrete arbeidet med sjukehussaka blir ikkje sett på som noko spesielt seier respondenten. Forskjellen ligg i at det er meir kompleks. Arbeidet kan løysast innanfor organisasjonens vanlege rammer. Fokuset har vore på sak.

Organisasjonen si medlemsgruppe har vore stabil gjennom arbeidet. Etterkvart som prosessen held fram over fleire år, vil det bli fleire utskiftingar. Men det er mange som kjenner saka og kan trå til. Ein annan konsekvens med at prosessen har teke så pass lang tid, er utvikling med sjukehusplanlegging. Før var det litt meir synsing på bakgrunn av tradisjonar.”*[Vi] er på eit anna nivå no, med tanke på å tenkje strukturert*”, kommenterer respondenten frå administrasjonen i MK.

Som følgje av kompleksiteten, er og andre aktørar trekt med i bilete. Ei samhandlingsgruppe er oppretta. Der andre sentrale aktørar er representert. Desse har hatt møte ein gong i månaden. Ei gruppe som blir beskrive som viktig. Problem blir løyst på ein effektiv måte. I tillegg har ein valt å halde Romsdal regionråd (ROR) orientert. ROR har oppretta ei eiga sjukehusgruppe for å kome med fagleg innspel og korrigeringar.

Liknande organisatoriske trekk finn vi i KK. Også der har saka fått spesiell merksemd. Framgangsmåten blir beskriven som forskjellig, i og med at intensiteten blir større. Dette med samanheng i den livsviktige funksjonen sjukehuset har. KK har oppretta to eigne grupper som arbeider med saka. Eit relativt breitt samansett utval som gir breiddeinformasjon, og eit utval direkte underlagt ordførar som får innspel frå den store gruppa.

I praksis er det truleg liten forskjell på organisasjonsformene. Ei fast gruppe med personar som arbeider med ei sak, er i praksis omtrent det same som ei definert gruppe som gjer akkurat det same. Forskjellar kan ligge i breidda. Men og her blir det rimeleg likt, i og med at ROR, og dels andre organisasjonar er trekt inn hos MK.

Organiseringa ser ut til å vere rimeleg målretta. Når ein samtidig i stor grad held seg innanfor eksisterande organisasjonar, med kjente personar, er truleg organisasjonskulturen samstemt. Dette vert forsterka med lengda på prosessen. Organiseringa har klare trekk frå det blant anna Jacobsen (2007) og Greve (1995) beskriv som ideal i ein rasjonell modell.

Omfanget av prosessen blir dels beskrive som eit problem. Saka blir beskrive som utmattande og som ein forferdeleg lang prosess. Som det er beskrive om MK og KK krev prosessen mykje ressursar. Blant anna vert det opplevd som eit sett med motkrefter, som vert sett inn på meir eller mindre velvalte tidspunkt. To problem som har prega prosessen, er det ein politiskar med styreefaring frå HMN kallar planleggingstyranniet, og stadig lengre planleggingshorisont. Det blir for mykje byråkratisering og for mange delprosessar. Oppdeling i delprosessar er ein måte og forenkla ein prosess på, og dermed prøve å skaffe oversikt (March og Heath 1994). Dette er problem som går igjen innan andre saker, men det har vore ekstremt i denne saka. Konsekvensane respondenten fryktar, er at enkelte skal få fritt spelrom fordi andre til slutt går lei. Noko han seier vi dels kan sjå i sjukehussaka. Han fryktar og for kva som vil skje med det personlege engasjementet på sikt.

Som med andre delemne, kan og organsering beskrivast ut ulikt ut frå teoriane. Samla sett viser dette eit skilje mellom organiseringa sine tiltenkte effektar og opplevde effektar. Jamt over er organiseringa rimeleg målretta. Noko ad hoc basert organisering blir det, med folk som går litt ut og inn. Men generelt ser det ut til å vere ein plan over det som blir gjort. Alt siktar mot eit mål. Fleire seier at dei opplever arbeidet som ein god prosess. Det viktigaste produktet produsert i denne fasa er ulike dokument og vedtak. To sider som går hand i hand i ein rasjonell modell (Greve 1995). Nye dokument gir ny informasjon, men samtidig er det og ein del repetisjon. Gjennom nye dokument kan det kome fram nye problemoppfatningar og løysingar. Lokaliseringa er og bestemt, fleire gonger. Dette kan tyde på mål som er vanskelege å oppnå. Valet mellom ulike løysingar er ikkje klart og eintydig. Trass i organisering som tilsynelatande er medviten konstruert for å nå bestemte mål.

Særleg dei siste punkta eg har teke opp viser motsetningane. Motarbeiding, planleggingstyranni og utmatta deltakarar står ikkje fram som direkte rasjonelt. Stadig nye planar kan tyde på fleire eller uklare mål. Dette skaper og uvisse. Uklare mål gjer

det vanskeleg å vite kva dei andre deltakarane gjer. Den rasjonelle arbeidsfordelinga frå Jacobsen (2007) eg presenterte i teorikapitelet fungerer ikkje. Problem og løysingar blir stadig kopla saman på nye måtar, og skaper behov for nye planar. Nye planar kan dels forklarast som eit resultat av avgrensa rasjonalitet. For å kompensere for avgrensa kognitive eigenskapar, søker ein stadig fleire utgreiingar. Samtidig ser og tolkar deltakarane verda ulikt (March og Heath 1994). Noko som gjer at personar føler ulikt behov for informasjon.

Utmatting kan vere eit godt døme på grunnar til at personar går ut av saka. Ikkje overraskande kan dette endre på utfallet av saka. Ein rasjonell prosess kan og vere krevjande. Forskjellen er at her går ein vidare når informasjonen er vurdert, og vedtaket fatta. Motarbeiding og utmatting av deltakaren er ikkje ein naturleg del av dette perspektivet.

#### **6.4 Samarbeid og konfliktløysing**

Mange personar og organisasjonar har delteke i prosessen fram mot lokaliseringa av nye Molde sjukehus. Korleis samarbeidet mellom desse har vore, fortel mykje om vedtaksprosessen. I arbeidet med vanskelege og viktige spørsmål, kan ein vente seg konfliktar. Måten desse er forsøkt løyst på, er og ein viktig del av vedtaksprosessen, og dermed viktig for å svare på problemstillinga for oppgåva. Dette delkapitelet må sjåast i ein særleg samanheng med delkapitelet om organisering. Det gir og nyttig informasjon i høve delproblemstillinga om problemoppfatningar og roller.

I HNR, både administrativt og i styret, vert samarbeidet opplevd som godt. Det har ikkje vore noko særleg konfliktar. Fram mot valet av Eikrem var det ei periode med fred og fordragelegheit. Spørsmålet om funksjonsfordeling, som har kome meir i ettertid, har ført til dei største diskusjonane. Som sagt tidlegare vart konfliktar forsøkt løyst med diskusjon.

I denne delen av vedtaksprosessen ser det ut til at ting fungerer som planlagt. Truleg er måla klare. Oppgåvefordelinga fungerer, noko som gir oversikt og gjer at samarbeidet fungerer. Beskrivinga er i tråd med korleis ein rasjonell modell vil seie vedtaksprosessen bør vere, jamfør dei kjenneteikn beskrive i teorikapitelet henta frå Jacobsen (2007) og Greve (1995).

MK opplevde og eit godt samarbeid. I ROR har det vore greitt samarbeid. Mindre unntak har det rett nok vore. Sett under eit blir det sagt at ein aldri har opplevd Romsdalskommunane så sterkt samla. Indikasjon på dette kjem med kommentaren frå ein respondent i MK:

*”Skal ikkje forundre meg om dette utløyser ein diskusjon om kommunesamanslåing”.*

Eventuelle problem har løyst seg gjennom dialog. Det sterke samhaldet blir blant anna forklart med utsegna:

*”Det blir det ofte når ein kjempar mot ein felles fiende”.*

No skal ikkje dette tolkast bokstaveleg, men det peikar like fullt på eit viktig poeng. Til no er ikkje samarbeidet på tvers av Romsdal og Nordmøre beskrive. Kommentaren tydar og på at dette samarbeidet ikkje har vore like bra.

Januar 2006 vart den tidlegare nemnde avtalen mellom MK og KK signert. Denne legg opp til å løyse konflikt blant anna med å leggje sjukehuset på sentrumsnær tomt. I tillegg kom Soria Moria-erklæringa hausten 2005. Desse to dokumenta gav tryggleik. Noko som førte til ro.

Problematikken har først og fremst vore relatert til funksjonsfordeling. Denne problematikken starta i 2005, og har berre vakse sidan då. Planar som blir oppfatta som for store, og ikkje redusert for å ta omsyn til to solide sjukehus, har ført til aukande irritasjon i KK og Orkidé fortel respondenten frå KK. Dette har ført til eit stigmatisert forhold. Konflikten har ikkje latt seg løyse. Den vert opplevd som folk ligg i kvar si skyttargrav. No ligg dette utanfor avgrensinga til oppgåva, men det er viktig å merkje seg denne konflikten.

Elles har Orkidé etterkvart samla seg, og hatt eit godt samarbeid, seier respondenten frå KK. Enkelte har vist litt reservasjon i enkeltsaker av litt ulike grunnar. Men hovudtrekka er stor grad av semje.

Forholdet til HNR er opplevd ulikt i MK og KK. MK har eit generelt godt forhold. KKs forhold kan beskrivast som meir lunkent. Frå ein politisk respondent i KK kjem det fram at leiinga opplevast som bortimot fråverande i Kristiansund. Vidare har dei

inntrykk av at leiinga i HNR er Moldedominert. I dette forholdet har ein ikkje lukkast å skape ei overordna ramme for koordinering og samarbeid. Her ser ein konsekvensar av eit skeivfordelt maktforhold som Jacobsen (2007) diskuterer. Om det er ein reell skeivfordeling av makta går eg ikkje inn på. Det sentrale er at enkelte deltakarar opplever det sånn, og tolkar verda deretter. Deltakarane blir differensiert. Mål og problemforståing vert utvikla ulikt.

Prosessen er klart todelt. Der det interne og lokale ser ut til å vere dominert av semje og godt samarbeid. Mot det regionale som blir dominert av ulike grupperingar og mangel på samarbeid. Internt kan prosessen godt settast opp mot eit rasjonelt ideal. Det ser ut til at dei har lukkast med god oppgåvefordeling, som har gitt eit godt samarbeid. Partane har og stort sett vore samstemte, og oppfatta situasjonen likt. Utanforståande faktorar kan ha hatt ei viss rolle. Der ein felles "fiende" har dukka opp, og band mellom kommunar har spelt ei rolle.

Det regionale er eit klart døme på oppsplitting. På tvers av regionen har ein ikkje lukkast med å samle deltakarane om felles mål og løysingar. Noko vellukka forhandling har det vore, jamfør den omtalte avtalen mellom MK og KK. Her klarte partane å finne premissar for ein vinn-vinn-situasjon. Etter dette har situasjonen snudd. Frykt for ein vinn-tap-situasjon har teke over. Premissane for å skape ein ny situasjon der alle vinn, har endra seg.

Om vi tar steget opp til styret i HMN, opplever respondenten med erfaring frå styret den interne prosessen som god. Det har vore ei viss rollefordeling. Eit mangfald skal styrke styret, seier han. Oppdeling kan gi grobotn til konflikt. Men organisasjonskulturen har vore konstruktiv. Med respekt for usemje, men ikkje dyrking av usemje. Det vart ikkje opplevd nokon personkonfliktar som måtte ryddast opp i. I saker med sterk usemje, vart desse løyst ved votering.

Det høyrer ut som eit godt grunnlag for ein god vedtaksprosess. Arbeidet ser ut til å ha fungert som tiltenkt, etter ein rasjonell modell. Eit styre har oppe mange, og ofte komplekse saker. For å kompensere for avgrensa rasjonalitet, kan rollefordeling sin funksjon ha vore nyttig (Jacobsen 2007). Rollefordeling kan og forklarast på ein annan måte. Interesser kan vere avgjerande for kva den enkelte vel å fokusere på (March 1988). Dette bryt dels med den rasjonelle og planlagde tenkjemåten.

Samtidig kan interesse og ha samanheng med erfaring og kunnskap om emnet. Til dømes er det naturleg å tru at ein økonom har interesse for fagfeltet sitt, samtidig som det er naturleg å gi han eit større ansvar for denne typen problemstillingar. Eit mogleg problem med rollefordeling er manglande evne til å sjå det store biletet. Det er lett at enkeltpersonar blir fokusert på sine problem, og ikkje har oversikt over andre saker. Då risikerer dei og at vedtak ikkje blir til som ein samla prosess for heile styret, men styrt av enkeltpersonar.

## 6.5 Informasjon

Det er utarbeida mykje informasjon som skal gi eit godt grunnlag, for å fatte eit rasjonelt vedtak. Informasjon i seg sjølv er ikkje mykje til hjelp. Det sentrale er korleis aktørane har oppfatta og brukt informasjonen. Er den brukt aktivt, er det nok informasjon, eller kanskje det er for mykje informasjon? Forholdet til informasjonen er viktig blant anna for fremming av problemoppfatningar og løysingsforslag.

Administrasjonen i HNR har jobba mykje med utarbeiding og handsaming av informasjon. Nye Molde sjukehus blir sett på som eit godt eksempel på at ting endrar seg. Fram til 2005 var ein ikkje kjent med faren for flodbølge. Før dette var Hjelset (1a) sett på som ei veldig god tomt der sjukehuset kunne byggjast. Dette hadde ein jobba med i mange år. Så dukka det opp ny informasjon, som totalt endra dette biletet. Eit godt døme som gir ein situasjon prega av avgrensa rasjonalitet, der ikkje all informasjon er tilgjengeleg eller oppsøkt (Douma 2008).

Ny kunnskap kjem til heile tida. Det har stadig kome nye innspel i prosessen. Noko som ikkje er spesielt for denne prosessen. Det blir kommentert at det er veldig kjekt, at det kjem fram element som kan ha innverknad på prioriteringar. Då får ein vurdert desse. Sjølv om enkelte hevdar eit element har innverknad, viser det seg at det ofte ikkje er tilfelle.

Etterkvart som datamengda aukar, åra går og folk skiftast ut, har fleire tidlegare spørsmål dukka opp på nytt. Dei fleste spørsmåla som kjem er greia ut tidlegare. Noko som kan indikere at oversikten og kjennskapen ikkje er 100%. Menneskja sin avgrensa rasjonalitet kjem på ny fram. Til tross for gjentaking av spørsmål, vil ikkje respondenten frå administrasjonen i HNR seie at det er for mykje utgreiingar. Ei så stor utbygging set store krav til utgreiing. Her blir det kommentert at det er viktig å



stille dei rette krava, og desse må stillast så tidleg som mogleg. Dei ville ikkje gjort arbeidet på ein annan måte.

Når spørsmål som er svart på tidlegare, dukkar opp i nye krav til utgreiingar, kva framgangsmåte vel ein då? Gitt at informasjonen frå tidlegare er god, er det ikkje utan vidare rasjonelt å bruke ressursar på å gjenta undersøkingane. Samtidig kan nye undersøkingar gi ny informasjon. Når eit problem blir teke opp på ny, er det nye moglegheiter for at det koplar seg til andre løysingar.

*”I utgangspunktet når ein gjer ei ny vurdering bør ein starte med blanke ark, og så må ein sjå kva er det som ikkje har endra seg.”*

Respondent i administrasjonen til HNR.

Dels byggjer ein på eksisterande data, dels startar ein på nytt. Det er ingen fasitsvar på kva som er standard, seier siterte respondent. Når det kjem krav til nye utgreiingar, prøver ein å gjere dette sånn at kravet til å gjere det på nytt, er tilfredstilt. Samtidig er det brukt tid på å sjå kva som faktisk finst, og kva som må greiast ut på nytt. Det er eit mål å sjå på krava mest mogleg objektivt. Kritiske spørsmål er viktige, men er noko vurdert av opp til fleire konsulentmiljø tidlegare, må ein vurdere om dette trengs greiast ut på ny påpeikar overnemnde respondent. Vidare blir det sett på som viktig å ikkje låse seg, og seie at dette har vi vurdert før, alltid stille kritiske spørsmål. Folk å diskutere med er viktig. Då kjem fleire synspunkt fram.

Framgangsmåten som er valt blir beskriven som open og objektiv. Der det stadig vert søkt etter ny informasjon. Samtidig set dette lys på eit problem. Det ser ikkje ut til å vere mogleg å få fram all informasjon om saka. Nye ting dukkar opp, og nye spørsmål blir stilt. Både kompleksiteten i saka, og mennesket sine avgrensa kognitive eigenskapar spelar inn. Prosessen let seg ikkje forklare fullt ut rasjonelt. Gjennom nye utgreiingar og nye deltakarar, blir problem og løysingar kopla saman på nye måtar. Noko som kjenneteiknar søppelbøttemodellen (March 1988). Eit døme på dette er forslag og val av tomter. Frå primært eitt forslag i 1999/2001 til to i 2003, før det til slutt var fire forslag som vart vurderte i 2006. Eg kjem nærare inn på dei ulike forslaga til løysing seinare.

Administrasjonen arbeider aktivt med utarbeiding og behandling av informasjon. Noko som gir god kjennskap til saka sine dokument. Opplever dei at personane som

skal bruke informasjonen, som styremedlemmar og politikarar, blir kjent med og klarar å bruke informasjonen i sitt arbeid?

Dette blir sett på som ei utfordring. For å lukkast må det vere eit tillittsystem basert på at dei essensielle punkta kjem fram, uttalar respondenten frå administrasjonen i HNR. Gjennom ei god sakshandsaming blir det viktigaste trekt fram. Det er alltid eit spørsmål om det rette er teke med. Det er ein balansegang mellom å skrive veldig langt, der dei essensielle punkta blir ein del av ei stor sak, eller punktvis trekkje fram det viktige. All informasjonen er uansett tilgjengeleg for den som ønskjer det. Utan at respondenten frå administrasjonen i HNR forventar at alle som behandlar ei sak skal sette seg like godt inn i den, som dei som har førstehandskunnskap til saka.

Malen har vore å gi ei så god og objektiv framstilling som mogleg. Noko den administrativt tilsette respondenten frå HNR trur har prega arbeidet. Eit arbeid dei opplever å ha lukkast med. Han har i alle fall ikkje oppfatta at det har vore noko problem med tanke på kva som er lagt fram. Men det er alltid nokon som spør kvifor enkeltpunkt ikkje er kommenterte. Det er ikkje sånn at alle ser alt. Andre kan sjå noko sakshandsamaren ikkje har sett. Då er det viktig å fange opp dette. Høyringar er ein viktig del i arbeidet med å fange opp nye kommentarar. Alle kommentarar blir tekne alvorleg, og så sila.

Administrasjonen i HNR er i ein posisjon der ein merkar mennesket sine avgrensa kognitive eigenskapar godt. Både gjennom sitt eige arbeid, og ny informasjon som dukkar opp etterkvart. Høyringar gir innspel på ting som dei kanskje ikkje har sett. Samtidig skal informasjon vidareformidlast. Sjølv om all informasjon er tilgjengeleg, blir ein forenkla presentasjon utdelt. I alle fall for enkelte styremedlemmar er det vanskeleg å sette seg tilstrekkeleg inn i omfattande dokument. For å gi oversikt støttar organisasjonen seg til dokument med dei essensielle trekka.

Lokaliseringa av nye Molde sjukehuset var ei stor og fokusert sak for styret i HNR. Med dette følgde stor merksemd frå omgjevnadane. Som grunnlag for vedtaket følte ein at informasjonen som skulle til, var tilgjengeleg. Både gjennom saksutgreiing og konsekvensutgreiinga. Ideelt sett kunne ein ønskje at ein hadde lengre tid, og kunne ha ein prosess internt i styret. Tross dette var det både tid og rom for å sette seg inn i saka. Det var ikkje ønskje om meir informasjon, som å greie ut fleire tomtealternativ.

Fokuset i styret for HNR var særleg på den nye konsekvensutgreiinga. Det var det heilt sentrale dokumentet. Her var det oppdaterte opplysingar om avstand og pasienttilgjenge. Saksutgreiinga bygde og på den same dokumentasjonen. I tillegg les ein sjølve konsekvensutgreiinga. Innhaldet var tilgjengeleg, berre ein brukte tid, noko respondenten med erfaring frå styret i HNR trur alle gjorde. Vedtaksgrunnlaget vart opplevd som godt.

Konsekvensutgreiinga har altså stått sentralt. Spørsmålet er om den har vore for sentral? Dette er eit viktig dokument, med oppdatert informasjon. Men som eg viste til i tidslinja, er det understreka at konsekvensutgreiinga berre utgjer ein del av vedtaksgrunnlaget for lokalisering av nytt sjukehus. Fokus på berre deler av tilgjengeleg informasjon kan vere eit teikn på avgrensa rasjonalitet (Douma 2008). Det blir presisert at all informasjon var tilgjengeleg. Saksframstillinga gav ei relativt omfattande oversikt. Tidlegare vedtak og ulike utfordringar er presentert. Sjølv om det er presentert mykje informasjon, er det avgrensa kor mykje det er plass til. Det er indikasjonar på avgrensa rasjonalitet. For det første tolkar ulike menneskje situasjonen ulikt (March og Heath 1994). Difor vil vektlegging av informasjon vere litt forskjellig. For det andre blir berre delar av informasjonen vurdert som følgje av avgrensa kognitive eigenskapar. No er dette rett nok den informasjonen som blir sett på som mest nyttig, og den mest oppdaterte. Konsekvensutgreiinga gir ny og oppdatert informasjon på ein del områder. Samtidig er det enkelte ting den ikkje tek opp. Til dømes nytten for pasientane.

Det vart gjort eit nytt sjølvstendig vedtak. Vedtaket var basert på faktamaterialet som var tilgjengeleg då styret skulle velje, seier ein respondent frå styret i HNR. Den tilgjengelege informasjonen er kopla mot styrets problemoppfatningar, dei ulike løysingane og deltakarane som var tilstade. Særleg eit nytt moment med flodbølgja var ikkje med i tidlegare vedtaksgrunnlag. Styret var merksame på tidlegare prinsippvedtak om Molde sjukehus, utan at dei hadde resultert i bygging. Derfor vart det bestemt at styret skulle følgje saka tett. Den har vore oppe på kvart einaste styremøte til orientering, uttalar respondenten frå styret i HNR. Det har vore eit veldig trykk på saka gjennom den vidare prosessen.

Forholdet til informasjon er prega av avgrensa rasjonalitet. Der fokus ligg på enkelte dokument, og enkelte punkt er trekt fram som spesielt viktige. Informasjonen blir

utarbeida etter styret sine ønskjer. Men samtidig er det redigering inne, for kva som blir presentert i saksutgreiing. Avhengig av kva personar som er aktive med dette, kan forskjellege ting bli vektlagt. Særleg gjeld dette når det er små, eller ingen forskjellar mellom alternativ. Sjølv om framstillinga er mest mogleg objektiv, kan utfallet vere forskjellig. Samtidig viser styret oversikt gjennom å vise til tidlegare vedtak.

I MK er og konsekvensutgreiinga sett på som det viktigaste dokumentet.

Respondenten frå administrasjonen i MK har alltid denne med på møter. Men og eldre dokumentasjon er trekt fram. Samla plan 2002 og 2003 har vore førebuande tenking. Dokumentasjonen er brukt aktivt. Når noko er avklart, så er det avklart.

Det har gått såpass lang tid at mange av dei som er på bana i dag, ikkje har vore med på den tidlegare prosessen. I enkelte tilfelle har det vore nødvendig å minne folk gjentekne gonger på kva som står i konsekvensutgreiinga. For eksempel er det ikkje alle politikarar som har fått med seg kotegrensa på Hjelset (kor høgt i terrenget sjukehuset må vere).

Den nødvendige informasjonen har vore tilgjengleg. Det har ikkje vore bedt om nye utgreiingar på ting som ein alt veit. Sett i samanheng med tidlegare kommentarar tyder det på gjennomført kjennskap til dokumentasjonen. Sjølv om informasjon er tilgjengeleg og god, kan det vere ting som ikkje er kjent. Noko som vart klart då flodbølgefaren ved Hjelset vart kjent. Faren for flodbølge førte til mindre plass på tomta. Tross dette skulle det vere nok plass. I ettertid beskriv ein respondent frå MK det som "*guds lykke*" at ein ikkje gjekk for Hjelset.

Politisk blir informasjonen beskriven som oversiktleg og solid. Den er brukt aktivt. Grunnlaget for standpunkt er basert på god dokumentasjon.

Informasjonen er brukt aktivt i ulike fasar. Både ny og eldre informasjon er kjent. Noko som tyder på god oversikt blant sentrale personar. Ikkje alle har like god oversikt. Nye personar får ikkje alltid historisk oversikt. Elles blir ting gløymde, og andre ting blir oversette. Det er ikkje til å kome bort frå at avgrensa rasjonalitet er sentralt i handsaming av informasjon. Når personar har ulikt forhold til informasjonsgrunnlaget, opnar dette og for situasjonar dominert av

søppelbøttemodellen. Kva moment som kjem fram er avhengig av kven som møtest og diskuterer saka (March 1988).

Erfaringar frå styret i HMN kan vere med på å kaste lys over prosessen. Som styremedlem i HMN er det ei bratt lærekurve, seier ein respondent som har erfaring frå styret. Saksområdet er vanskeleg. Du blir møtt med eit språk og sjargong som gjer det lite tilgjengeleg. I tillegg skal du meine noko om saker som har vore i gong i mange år. Det blir litt sånn at ein prøver å berre gjere det beste ut av det. Her blir det rett nok presisert at folk er forskjellige. Men respondenten har snakka med mange styremedlemmer som er frustrerte over at dei ikkje greier få den oversikt som er nødvendig.

Frå departementet er det ein aktiv strategi å stadig be om meir informasjon, fortel respondenten med erfaring frå styret i HMN. Dette blir sett på som eit politisk triks. Sånn kan ein stadig utsette saka. Dette kan tolkast som ein symbolsk bruk av rasjonalitet, der stadig søken etter komplett informasjon skal gi legitimitet. Det kan og bli sett på som eit døme på avgrensa rasjonalitet, der ein stadig søker ny informasjon for å fylle sin manglande oversikt og kunnskap. Når folk opplever situasjonen ulikt som følgje av ulik bakgrunn, har dei og ulikt ønskje og behov for informasjon (March og Heath 1994). Denne kulturen ligg ikkje til styreleiar i HMN, blir det sagt. Her er ein nøye på at når noko er sagt, byggjer ein vidare på det. Mot administrasjonen er det derimot retta noko kritikk. Av og til kjem det same innspelet på nytt, sjølv etter at det er slått tilbake politisk og i styret. Elles blir det sagt at HMN har gjort ein god jobb for å forsøke å opplyse om tilgjengeleg informasjon.

På grunn av kompleksiteten i fagområdet, vert det opplevd at veldig få politikarar har sett seg grundig inn i prosessen. Ein politisk respondent meiner politikk må vere faktabasert. I praksis må han berre erkjenne at i veldig stor grad så vel politikarar innimellom å berre snu ryggen til fakta, særleg i helsepolitikk.

Til slutt nokre meir generelle kommentarar frå intervjudata. Fleire seier det er lite truleg ein får brukt all dokumentasjonen som blir laga. Eit kjenneteikn på avgrensa rasjonalitet (Douma 2008). Som ein politikar frå Molde seier, er det irriterande at mange uttalar seg om konsekvensrapporten utan å ha lese den. Det same gjeld for politikarar som ikkje orker orientere seg om tidlegare utgreiingar. Blant anna på høgt

politisk nivå, klarer dei ikkje sjå totalbiletet. Ein del informasjon blir brukt politisk for å rettferdiggjere politiske motiv. Her har det vore ein sleip prosess seier ein respondent frå KK . Truleg kan ein del av dokumentasjonen overførast til andre planar om det skulle vere nødvendig. Frå ein politikar frå KK blir det og vist til tida fylket hadde ansvaret for sjukehuset. Truleg er det mykje dokumentasjon som er ubrukt frå den tid. Utgreiingar om funksjonsfordeling er sakna på eit tidlegare tidspunkt. Dette burde vere klart før nytt sjukehus skulle byggjast.

Generelt ser det ut til at dei fleste er nøgde med informasjonen. Det har vore nok til å gjere vedtak med eit godt grunnlag. Samtidig kjem det fram at bruk og handsaming av informasjonen varierer. I alle fall deler av informasjonen blir brukt aktivt av fleire. Men den totalte oversikta manglar nok hos ein del. Eldre informasjon kan ha lett for å bli liggande. Noko som fører til at ting blir greia ut fleire gonger. Informasjon som ikkje blir brukt, kan ha ein samanheng med at den ikkje er direkte relevant, jamfør avsnittet om skvalder i teorikapitelet (March 1988). Summen av varierende forhold til informasjonen gir ein noko usikker situasjon. Kva moment som til sjuande og sist vinn fram, er ikkje gitt.

## **6.6 Politikk og fag**

Sjukehusstyre er ei blanding av politikk og fag. Med staten som eigar, spelar politikken ei sentral rolle. Samtidig er det og eit fagområde som krev høg fagleg kompetanse. Ser vi bort frå helsepersonell, er det bygd opp eit stort administrativt støtteapparat. Noko som har vore sentralt i prosessen med å planleggje eit nytt sjukehus. I styra til føretaka er det ei blanding av politikk og andre faggrupper. På kva måte har dette påverka korleis vedtaksprosessen kan beskrivast ut frå teorien?

Administrativt i HNR er prosessen fagleg forankra. Det har vore faglege utgreiingar om kva som er framtida. Prosessen har utgangspunkt i den faglege utviklinga. Sjukehus er viktige samfunnsinstitusjonar som har følgje for samfunna. Då er det viktig at også det politiske nivå er med. Ved dei store spørsmåla har lokalpolitiske organ stort sett vore høyringsinstansar. Det utgreiingsarbeidet som er gjort, baserer seg på planprogrammet som er sett av styret og dels departementsnivå.

Fagleg sett har det å arbeide med mange ulike faggrupper, med spisskompetanse, vore artig og givande, seier ein respondent. Målet har vore å få alle til å diskutere det

som er det viktigaste. Det må vere ein strategi for korleis ein jobbar, og for når du skal involvere den enkelte. Noko respondenten meiner dei har lukkast godt med. Arbeidet er alltid lagt opp etter ein plan. Ein rasjonell modell ser ut til å vere utgangspunktet for arbeidet. Politiske styringssignal, inkludert signal frå styret, gir grunnlaget for kva som skal gjerast. Medan ei rasjonell, fagleg tilnærming tek seg av det konkrete arbeidet.

I styret var ein merksam på at det var ei sak mange hadde meiningar om. Det var stor politisk merksemd. Sentrale føringar, i form av Soria Moria-erklæringa, var ein klar premiss. Dette var ikkje noko ein skulle diskutere. Føringar var gitte rammer. I diskusjonen var det for respondenten det faglege som bestemte. Sjølv om han ser det utanfor styret, er diskusjonar som har eit anna utgangspunkt.

Politiske signal set rammer for arbeidet. Dette gir ein ekstra faktor som gjer langsiktig arbeid vanskelegare. Ved regjeringsskifte hausten 2005 kom eit nytt viktig styringsdokument, Soria Moria-erklæringa. Følgjene av store skifte som regjeringsskifte, men og endringar internt i ei regjering, kan ikkje planleggjast. Endra styringssignal kan endre prosessane for arbeidet lokalt i føretaka. Det er dei til ein kvar tid tilgjengelege signala som styrer arbeidet. Innanfor dei rammene som er gitt, er det fag som dominerer.

I MK var sjukehussaka først og fremst eit politisk spørsmål fram mot vedtaket om Eikrem. Noko som er i tråd med kommentaren lenger opp om lokalpolitiske organ som høyringsorgan. Ved konsekvensutgreiinga vart samarbeid mellom ei rekkje faggrupper etablert. Det faglege kom for alvor på bana i arbeidet med utgreiinga. For eksempel var ikkje vegstyresmaktene særleg aktive før det kom eit konkret vedtak.

Politisk tenkte ein i brei samanheng. Ei konflikt mellom Molde og Kristiansund er nok det som offentleg står sterkast igjen. På den tida var og fylket litt meir aktiv. Sjukehuset hang nok litt igjen i korridorane frå den tida fylket hadde ansvaret, påpeikar respondenten frå KK. Elles er dei same politiske aktørar på bana den gong som no. Vedtaksmakta låg i første omgang til styret i HNR. MK var mest ein meiningspart, men viktig i den rolla. Når sak skulle kommenterast, gjekk ein for ei konsekvent sakleg linje.

Politisk vert prosessen summert opp med at det var ein del politikk i starten, så har faget jobba, før det er avslutta med politikk. Samtidig har dei politiske organ vore kontinuerleg oppdaterte. Noko som truleg har gitt betre innsikt i dokumenta, då ein følgjer utviklinga over lengre tid. Signal frå staten har dei tatt omsyn til.

Sjølv om det har vore mykje fag, og faglege argument har følgd prosessen, kjem ein ikkje vekk frå at politikk har vore ein sentral del av vedtaksprosessen. Ein politikar uttrykte det sånn:

*”Håper det ikkje har gått så mykje politikk i det, at ikkje det ansvarlege helsemessige blir avgjerande for konklusjonen.”*

KK er av personar i MK vurdert: *”Sånn som det politiske system var samansatt hadde Kristiansund kommune stor innflytelse”*. Eit politisk apparat som etterkvart har vore sterkare engasjert. Dei hadde ei aktiv rolle i arbeidet fram mot Soria Moria-erklæringa. Alle kanalar vart brukte, seier ein respondent frå KK. Det politiske apparat fungerer dels som ei motvekt til dei fordelane ein administrasjonsby, som Molde er vurdert til å ha. Dette kjem i tillegg til politiske kontaktar som sjølv sagt MK og har. Ein kan ane konturane av ein maktkamp. Noko som Jacobsen (2007) har vist at kan svekke sjansane for forhandling. Oppsplitting mellom Nordmøre og Romsdal kan og flytte fokus frå sak til person, eller rettare sakt gruppe. Som igjen svekker moglegheitene for forhandling (ibid.).

Frå ein politisk respondent i KK går det eit stort skilje mellom politikk og fag ved overgangen til statleg eigarskap av sjukehusa. Før dette var det ein større nærleik mellom politikarane og innbyggjarane.

Det er ikkje til å kome vekk frå at det politiske har vore viktig. Politikken er uoversiktleg, og opererer ikkje under overordna planlagde rammer. Som Yildiz (*Handbook of decision making* 2006) seier er søppelbøttemodellen særleg aktuell i denne typen prosessar. Enkelte delar av prosessen har nok eit større innslag av rasjonelle ideal. Særleg dei reint faglege oppgåvene. Men desse oppgåvene er i siste omgang styrt av politisk leiing.



## 6.7 Drivkrefter

Som den tidlegare presenterte tidslinja viser, har dette vore ein lang prosess. Drivkreftene kan blant anna vise om det er felles problemoppfatningar som ligg til grunn. Det seier og noko om deltakarane sine interesser. Før vedtaket om bygging på Eikrem, var det to tidlegare vedtak om plassering på andre tomter. Kva blir sett på som dei viktigaste drivkreftene for å drive prosessen framover?

Det gjennomgåande er den dårlege standarden på bygningsmassen. Med medfølgjande negative følgjer for HMS-tiltak, tilbod for tilsette og pasientar. Behovet for å erstatte gamle Lundavang er veldokumentert. Framgang blir og beskrive som viktig for å oppretthalde motivasjon og arbeidslyst hos dei tilsette.

Andre innspel ser på dei viktigaste drivkreftene til administrasjonen og styret som å bygge eit nytt stort sjukehus. Altså at eit stort sjukehus i praksis vil erstatte dagens to sjukehus. Liknande trekk har eg vore inn på tidlegare. Der det vart beskrive at enkelte i HMN ønskja dette.

Dette er eit område der det er rimeleg klart og felles syn. Nokre forskjellar er det, men grunnlaget er felles. Vurdering av bygningsmassen er kanskje det mest konkrete ved denne prosessen. Kanskje ikkje så overraskande, at det er dette det er mest semje rundt. Dette er noko som passar godt med rasjonelle modellar. Samtidig ser vi at så fort det er snakk om tolking av motiv og mål, blir ting meir uklart. Då er det meiningar som skal vurderast. Dette gir rom for større variasjon av tolkingar. Andre inntrykk og tolkingar blir og trekt inn. Enkelthandlingar kan settast i eit større perspektiv.

## 6.8 Løysingar

Etter å ha sett på sentrale tema som problemstillingar, korleis organiseringa har vore og innsamling og bruk av informasjon, har eg no kome til den siste brikka i prosessen, løysingane. Forslag til løysingar og valte løysingar har endra seg gjennom tidlegare vedtak. I forkant av det siste vedtaket kom det inn to nye tomter. Dette gir interessante spørsmål som kvifor kom desse tomtforslaga først no? Var det aktuelt med fleire tomter tidlegare? Kvifor vart desse forslaga presentert? Ikkje minst, kven kom med forslaga til løysing, og kva problemoppfatningar ligg til grunn for dei løysingane som er vurderte? Her går eg i djupna på den siste

delproblemstillinga mi. Men det viser seg og at ulike roller hos deltakarar, og ulike problemoppfatningar har spela ein sentral del i prosessen.

Manglande informasjon blir vist til som ei kjelde til kvifor vedtak har endra seg over tid. Altså er det ikkje all informasjon som er kjent. Ut frå eit rasjonelt ideal skulle informasjon vore kjent eller late seg berekne (Hatch 2001). Den tilgjengelege informasjonen skulle i alle fall vore brukt. Som tidlegare delkapittel viser var ikkje dette alltid tilfelle. Ideala etter ein rasjonell modell var ikkje fullt ut tilstades på det tidspunktet vedtak vart fatta. Eit døme trekt fram av ein respondent er MK, som etter konsekvensutgreiinga rådar føretaket til ikkje å velje Lundavang. Dette var etter at MK i 2002 gjekk inn for bygging på Lundavang. Dette blir forklart med at dei negative sidene med å byggje på Lundavang ikkje var kjente. Desse vart først dokumentert i konsekvensutgreiinga i 2005.

MK var litt passive i tida fram mot konsekvensutgreiinga. Dei hadde eit vedtak i kommunestyret som gjekk for Lundavang. Til dette var ein merksam på korleis manglande informasjon kunne påverke utfallet. Samtidig vart det også teke omsyn til helseføretakt som ønskte Hjelset.

*”Som vi visste kanskje kunne bli annleis viss kommunestyret vart kjent med dei andre tomtene”.*

Respondent i MK om vedtaket deira om bygging på Lundavang.

Det blir og beskrive ei endring i perspektiv. I MK hadde ein ikkje eit like stort perspektiv på saka ved dei tidlegare drøftingane. Ingen såg det som ein trussel om Molde skulle få eit nytt sjukehus. Det var berre eit spørsmål om tid.

Ved tidlegare vedtak snakka HNR om bruk av eksisterande tomter. Her ville dei vurdere om eksisterande byggingsmasse kunne brukast vidare. Før arbeidet med konsekvensutgreiinga var det ikkje aktuelt å greie ut fleire tomter.

Eit anna poeng er endringar i oppfatningar av kva eit sjukehus er. I følgje ein respondent hang gamle førestillingar om kva eit sjukehus skulle vere litt igjen. Folk var ikkje klar over den medisinske utviklinga. Tidlegare måtte eit sjukehus ligge der folk bur. Noko som favoriserte Lundavang, seier ein respondent frå MK. Dette kan forklarast både med at folk tolkar verda ulikt som følgje av avgrensa rasjonalitet

(March og Heath 1994), og med søppelbøttemodellen der folk ikkje fullt ut forstår teknologien (March 1988).

For MK, som vertskommune for sjukehuset, var det heller ikkje aktuelt å foreslå alternative tomter på eit tidlegare stadium. Vi hadde ikkje kome så langt i tenkinga enda, seier ein respondent frå MK. Då staten overtok sjukehusa måtte dei nullstille seg. Noko også HNR gjorde.

Etter fleire utgreiingar, og to vedtak om lokalisering, kom det inn to nye tomter. Kva var det som gjorde at nye forslag vart presenterte no?

Etter vedtaket om bygging på Hjelset, vart det eit krav om konsekvensutgreiing. HNR tok då kontakt med MK for forslag til tomtealternativ. MK fremma ønskje om fleire tomter å greie ut. Dette sa HNR seg samd i. Dermed fekk dei eit breiare vedtaksgrunnlag.

*”Når vi skulle gjennomføre konsekvensanalyse, var det betre å ta inn nokre tomter ekstra, slik at vi seinare slepp å få kritikk for å ha vore for snever.”*

Administrativ representant frå HNR.

Kartlegging og innsamling av informasjon av fleire alternativ, er ein grunnleggjande rasjonell tanke. Det er avgjerande å få informasjon om moglege alternativ, for å kunne velje den beste løysinga. Men samtidig kjem det fram at val av moglege løysingar har vore prega av avgrensa rasjonalitet, med at berre nokre få alternativ har vore diskutert tidlegare (Douma 2008). Først no blir det aktuelt å trekkje inn fleire. Samtidig kan det hevdast at fire alternative tomter er relativt lite. Men dette må sjåast i samanheng med dei ressursane som trengst for å vurdere alle tomtene.

MK kom altså inn då dei vart bedne om å kome med alternativ lokalisering. Samtidig kom det innspel frå ein sentral person frå Kristiansund, som ikkje ønskte sjukehuset på Hjelset. Då dette vart sett på som ein trussel for sjukehuset i Kristiansund. Som søppelbøttemodellen seier går folk ut og inn av prosessen blant anna avhengig av interesse (March 1988). Han bad derfor om fleire alternativ sentralt i Molde.

Lundavang hadde fleire problem med seg. Blant anna var det vanskeleg å bygge med full drift av sjukehuset. Trafikalt var det og utfordringar, i og med at Lundavang

ligg eit tettbygd strøk. For å hindre at Hjelset vart valt, var det derfor behov for fleire sentrumsnære forslag. Dei kom i utgangspunktet med fem forslag. Eit av desse, Kringstad, vart skrinlagt med ein gong.

Ein deltakar sin interesse og aktive rolle i prosessen, har påverka den vidare utviklinga. Dette ser ikkje ut til å vere ein tiltenkt del av den overordna organiseringa. Derimot viser det korleis folk går ut og inn av prosessen. Spørsmålet om lokalisering var ikkje noko nytt. Forskjellen var at her kom ein deltakar aktivt inn på bakgrunn av interesse. Det har for så vidt vore enkelte andre innspel om fleire tomteforslag tidlegare. Avgjerande faktorar no var nok 1) tidspunktet var rett, det var i forkant av ei større utgreiing, og 2) deltakaren vart vurdert som så sentral at innspelet vart følgt.

KK har ikkje lagt seg bort i kva for tomter MK har foreslått. Bortsett frå at det skal vere sentrumsnært. I følgje ein politisk respondent i KK, har ikkje KK hatt nokon aktiv rolle i arbeidet med utgreiing ut over dette.

No var det ein situasjon der fleire sentrumsnære tomter var ønskte. Dette i seg sjølv legg avgrensingar for kva som kan veljast. Resultatet vart to forslag til aktuelle alternativ, Eikrem og Lergrovik. I utgangspunktet høyrer det bra ut med to forslag som oppfyller krava. Spørsmålet blir om det ligg noko meir bak desse vala, utanom nærleik til sentrum.

Sentrale personar i Molde kommune meinte Lergrovik burde vere eit alternativ. Lergrovik er eit jordbruksområde. Dette set restriksjonar for kva det kan brukast til. Tidlegare hadde det vore fleire forsøk på å bygge noko der. Noko som landbruksstyresmaktene sette ein stoppar for. Eit sjukehus har derimot høgare prioritet. Dette var einaste måten dei kunne få bygd noko der. Ein annan respondent peikar på problemet med Lergrovik som landbruksområde. Han rekna med det vil bli ein konflikt om denne tomte vart valt.

Tomte på Eikrem ligg opp til golfbana. Området er i utgangspunktet verna for annan bruk. Sjukehus vil og her ha større prioritet, og gå framfor dette vernet. I golfbana ligg det store moglegheiter for utviding. Når dette arealet trengs til noko anna, må ein berre bygge ei ny golfbane ein annan stad i kommunen.

Begge dei to overnemnde grunnane er moment der ulike problem er kopla med ulike løysingar, for no å vere aktuelle for andre løysingar. Ved Lergrovik tyder det på at deltakarane har hatt god oversikt. Lergrovik har vore kopla til ei løysing, jordbruk, men no dukka det opp ei løysing som vart vurdert som betre. Når spørsmålet om fleire tomteforslag dukka opp, var dette ein moglegheit for å betre utnytte tomta. Samtidig kan det hevdast at det var meir tilfeldig. I og med at forslaget ikkje var oppe før. Men sett i samanheng med at dette føya inn i rekkja av forsøk på å få bygging på Lergrovik, er det rimeleg å tru dette var medvite. Det eksisterte eit ønskje om å bruke tomta før forslaget om sjukehusutbygging var aktuelt for området. Begge deler er typiske vedtaksformer for søppelbøttemodellen (March 1988).

Valet av Eikrem som mogleg tomt er mykje likt som Lergrovik. Forskjellen her er at for Eikrem var det ikkje presentert nokon store ønskje om å bruke tomta til andre formål. Fram til no løyste tomta problemet med golfbana. Eit sjukehus blir sett på som ei betre løysing. Først og fremst er det snakk om flytting av golfbana ved eventuelle utbyggingar, men mindre endringar kan vere nødvendig uansett. Truleg var det ikkje dei same pådrivarane for å introdusere dette forslaget som med Lergrovik. Det kan rett og slett ha vore litt meir tilfeldig. Oversikt blir rett nok vist, i og med at alternativet blir presentert.

Frå HNR si side, både administrativt og i styret, blir Hjelset og Eikrem omtalt som to relativt like alternativ. Det var veldig dødt løp mellom dei to tomtene. I 2003 vart Hjelset sett på med eit stort minus, rekruttering. Tilsette ønskjer å bu i nærleiken av arbeidsplassen, samt sentrumsnært. Eikrem hadde det minus at det var ei tomt som føretaket ikkje eigde. Det vart vurdert sånn at ein ikkje gjorde eit dårleg val uansett kva for ei tomt styret gjekk for. På grunn av jamstilte alternativ er det sagt at styreleiar sette pris på ei balansert presentasjon frå administrerande direktør.

Kommentaren frå ein respondent i HNR: *"I ettertid så har kanskje Eikrem-alternativet styrka seg"*, tyder på at informasjonen aldri var heilt komplett då valet vart teke.

Truleg er det for mange variablar til at all informasjon kan skaffast.

Moglegheit til å utvide er og beskrive som viktig ved val av tomt. Etter at alternativet på Hjelset måtte flytte høgare opp, vart tomta mykje meir avgrensa for utviding. For å få finansiering for sjukehuset, seier ein respondent at dei må kunne vise korleis

sjukehuset kan utvidast i framtida. Elles kan dei risikere at sjukehuset er for lite om få år, og det må byggjast heilt på nytt. Kva som skal skje etter den tiltenkte levetida til sjukehuset, har ikkje HNR tenkt over.

KK hadde interesser av å få sjukehuset på andre tomter enn Hjelset. Noko som og gjaldt i tidlegare fasar. I 2001 var KK veldig oppteke av å få sjukehuset lengst mogleg vekk, seier ein respondent.

Informasjonen går gjennom mange ledd frå den blir utarbeida, til den presenterast i vedtaksforslaget på styremøtet. For eksempel vart Eikrem og Hjelset trekt fram som dei to beste alternativa. Men all informasjon vart lagt fram for styret. Dei kunne sette seg inn i alle alternativa, også dei som kom litt lenger ned på prioriteringslista.

Styret for HNR gjorde det endelege vedtaket, før saka vart sendt høgare opp i hierarkiet. Etter deira vurdering var det rimeleg klart ut frå konsekvensutgreiinga at Eikrem kom best ut i skore når det gjaldt tilgjenge for pasientar, reisetid til sjukehuset og kor mange som kunne nå sjukehuset på korte fristar. Variablar dei vurderte som særleg viktige.

KK var aktive for at Hjelset ikkje skulle bli valt. Respondenten i styret til HNR kjenner ikkje til at nokon i styre brukte det som argumentasjon i styremøtet, Vidare kjenner han ikkje til at nokon hadde andre, underliggande motiv enn dei som vart gitt. Altså faglege vurderingar. Det var stor grad av felles forståing av kva argument ein skulle leggje vekt på.

I avtalen mellom MK og KK var plasseringa avgrensa til ei sentrumsnær tomt. Det var litt diskusjon om kva som skulle ligge i dette omgrepet. Hjelset var det ikkje. Spørsmålet var om Eikrem og Lergrovik var kvalifisert. Etter mykje fram og tilbake vart ein samde om det.

I innstillinga då kommunestyret i MK skulle handsame konsekvensutgreiinga, tok ein ikkje stilling til kva for eit alternativ på Årø som var best. Eikrem og Lergrovik vart sett på som like. Overraskande for nokre, gjekk eit knapt fleirtal i kommunestyret inn for Hjelset.

I ettertid kan det vere at reduserte utbyggingsmoglegheiter på Hjelset 1b, og tilsvarende store moglegheiter på Eikrem, endra synspunktet til nokon med tanke på

eit framtidig nytt felles sjukehus. Lergrovik hadde og redusert plass på grunn av fare for flodbølgje.

MK opplevde og ein intern politisk diskusjon mellom dei ulike alternativa. Det vart sett i gong ein aksjon mellom by og land. Der distriktsrepresentantane, uavhengig av parti, stemte for Hjelset. Det var mykje sterke kjensler internt og mellom parti. Trass i dette var det ingen parti som piska representantane i ei retning. Det var fritt fram. Aksjonen må sjåast i samanheng med bakgrunnen Hjelset har som eit stort distriktssentrum. Sjukehusavdelinga på Hjelset var til dømes ei stor og aktiv avdeling tidlegare. Eit nytt sjukehus på Hjelset vart sett på som ein moglegheit til å gjenreise deler av denne posisjonen. Dette er ein prosess respondenten frå administrasjonen i MK meiner er oversett av KK.

Som med Eikrem og Lergrovik, ser vi og her at tomteforslaget kan løyse eit problem, korleis styrke denne delen av kommunen. Det er tydeleg at det er interesser for å styrkje denne delen av kommunen. Då bygging av nytt sjukehus kom opp, var dette ei god løysing på problemet. Ved forslag til tomter er det tydeleg at dette blir sett på som ei moglegheit til å løyse ulike eksterne problem. Altså problem som ikkje er direkte knytte opp mot det nye sjukehuset.

Eit anna moment som kan ha ført til forslaget om Hjelset i MK, er irritasjon. Utan at det kan dokumenterast, trur respondenten at enkelte stemte på Hjelset på grunn av irritasjon over KK sin framgangsmåte. Nok eit døme på vanskar med å skilje mellom person og sak, og dermed svekka moglegheiter for forhandling (Jacobsen 2007).

Lokalisering, transporttid for tilsette og besøkande blir trekt fram som viktige argument for Årø. MK har opplevd god støtte frå andre kommunar på dette.

*"[MK] Vurderte det slik at det viktigaste for oss var å unngå ein langvarig strid om tomtealternativ. La oss vere pragmatiske og prøve å få ei semje med Kristiansund så vi kjem vidare"*

Politisk respondent frå MK.

*”Og så er det nokon av oss som meiner at den viktigaste grunnen til at vi da fatta dette vedtaket om Øvre Eikrem, det var å få arbeidsfred”. [Det er mange som meiner dette var ein viktig grunn, utan at det kan dokumenterast.]*

Respondent i administrasjonen til MK.

Det er interessant å samanlikne desse to sitata med korleis situasjonen vart oppfatta i KK. Ein respondent oppfattar det sånn at taktikken til MK har vore: La oss no køyre taktikken med eit robust sjukehus på begge plassar, la oss no få fred til å gå vidare med nye Molde sjukehus på Eikrem. Og i den augeblinken vi får desse planane godkjent, så er dei så omfattande at det berre er eit tidsspørsmål før ressurskrava blir så store at Kristiansund må leggjast ned og bli eit DMS.

Datagrunnlaget mitt kan ikkje bekrefte den taktikken som blir presentert. Andre respondentar har sagt at MK har hatt to robuste sjukehus som plan heile tida. Dei sprikande oppfatingane kan indikere manglande felles målsforståing. Mål kan oppfattast som klare internt, men blir ikkje formidla like klart eksternt. Situasjonen minner i så måte meir om søppelbøttemodellen enn rasjonelle modellar. Resultatet blir konflikt.

Frå tida fylket hadde ansvar for sjukehuset, peikar ein respondent på at det var stor semje om oppussing på Lundavang. Det var nokon få som foreslo Hjelset, men dette trur han har samanheng med nærleiken til heimstaden til desse å gjere.

Ved arbeidet med konsekvensutgreiinga støtta KK seg til avtalen med Molde. Denne løyste konflikten ved å leggje det nye sjukehuset nært sentrum. I tillegg sa Soria Moria-erklæringa at ingen sjukehus skulle leggjast ned.

KK meinte det var ein fordel at sjukehuset låg på Lundavang. Då blir det eit sjukehus i kvar ende av regionen. Men valet av Eikrem vart respektert. Det som gjorde dei litt skeptisk var manglande planar om funksjonsfordeling. Dette meinte respondenten frå KK at burde vere klart når eit nytt sjukehus skulle planleggjast.

I HMN eksisterer det, som tidlegare drøfta, blant enkelte ei viss interesse for Hjelset. Med eit overordna mål om eit felles sjukehus. Desse interessene vann til slutt ikkje fram. Dette kan ha samanheng med ting som skjedde på høgt politisk nivå. Ein



respondent fortel om prosessar, særleg påverka av KK som frykta for Kristiansunds sjukehus si framtid. Han meiner det kom klar beskjed frå statsministeren sitt kontor. Viss Hjelset vart valt, ville det bli vanskeleg å finansiere sjukehuset. I praksis ville det ikkje vere mogleg å skaffe finansiering. Signalet var gitt til administrerande direktør og til styreleiar i HMN, men ikkje vidare ned i systemet. Respondenten trur ikkje styreleiar i HNR var kjent med signalet, utanom indirekte. Konstituert administrerande direktør, som både før og etterpå satt i styret for HNR som eigarrepresentant, hadde sikkert kjennskap til signalet. Det må understrekast at tross dette gjekk han for Hjelset i innstillinga til vedtak. Dermed er det vanskeleg å seie kor mykje dette signalet eventuelt hadde å seie.

Signalet vart, i alle fall av enkelte, oppfatta som frustrerande. Denne typen signal legg klare føringar for korleis ein kan gå fram i den vidare prosessen. I praksis vart eit alternativ lagt død. Tidlegare vedtak og tilråding til vedtak i 2006 viser at Hjelset elles vart vurdert som eit godt alternativ. Kor stor praktisk betyding signalet hadde til slutt, er vanskeleg å seie. Det som er sikkert er at det var påverkande faktor.

Fleire såg at det ikkje var mogleg å realisere nye Molde sjukehus om ikkje regionen kunne samlast om det. Derfor var det nødvendig å inngå avtalen mellom MK og KK.

To respondentar peikar på at det truleg var ein intern prosess i styret for HNR før vedtaket vart fatta. Ein seier at alle hadde ordet på styremøte, men det var ikkje så mykje som vart sagt. Den andre respondenten går lenger og seier det var tydeleg at det hadde vore diskusjon tidlegare, viss ikkje hadde ikkje styret kome ut felles som det gjorde. Han veit om ein representant som i utgangspunktet ville gå for Hjelset, men gjekk for Eikrem då det vart klart at det vart valt. Så kunne styret kome med eit sterkt felles vedtak. I styret for HMN hadde ein representant eit politisk vedtak om å gå for Hjelset, men valte å følgje fleirtalet for Eikrem. Også her ser vi at styret samlar seg om eit vedtak for å stå sterkare. Det kan seiast å ha vore ein viss grad av forhandling. Enkelte personar har gått vekk frå sine standpunkt, til fordel for å styrkje oppnåing av det overordna målet. Ei endring som kan forklarast rasjonelt (Hatch 2001). Dei ser det er viktigare og oppnå hovudmålet, enn å stå fast ved eit delpunkt.

Frå ein respondent vert det peika på kva endringa frå Hjelset til Eikrem hadde å seie for lokaldemokratiet. Fleire meiner at lokaldemokratiet vart overkøyrtd sidan fleirtalet i kommunestyret og nabokommunar gjekk for Hjelset. MK var berre høyringsinstans, men som vertskommune hadde uttalinga sjølv sagt noko å seie.

Konsekvensutgreiinga blir tolka som å vere veldig tett mellom Eikrem/Lergrovik og Hjelset. Sjølv om konklusjonen peikar mot Hjelset. I eit intervju vart det sagt at det var så likt mellom dei ulike alternativa, at det til sjuande og sist var eit strategisk spørsmål. Det var avgjerande å få støtte frå Nordmøre. Vurderinga gjekk på kva alternativ det var mest sannsynleg vart realisert. Politisk var det i MK nokon skikkelege diskusjonar. Trass i dette var det aldri tale å binde partigruppene. I ettertid har ikkje respondenten opplevd det som nokon klare politiske frontar.

Ein politisk respondent med styreerfaring i HMN undrar seg over om det er aktive motkreftar som arbeider for ein omkampprosess. Både frå departementet, og kanskje frå Helse-Midt Noreg sin administrasjon. Særleg frå departementets side har han opplevd at det er ein omkampskultur.

Oppsummert er det store biletet prega av uklare mål, ulike motiv og til tider ein tilfeldig prosess. Går vi nærare inn på enkeltprosessar blir situasjonen klarare. Her er prosessen meir rasjonell, om enn avgrensa i så måte.

## 6.9 Om prosessen

Etter å ha gått igjennom ulike deler av prosessen, avsluttar eg no med å sjå på korleis prosessen blir beskriven. Vedtaksprosessar består av menneskje. Ein kan forsøkje å beskrive prosessen ut frå teoretiske variablar, men til sjuande og sist må ein ikkje gløyme at det er menneskje som kjenner prosessen på kroppen. Fokus på menneskje gir og fleire variablar til å beskrive vedtaksprosessen.

*”[Det] Er ein veldig ryddig prosess, sjølv om nokon i 2006 meinte det var noko kokkelimonke for å flytte sjukehuset frå Hjelset 1b til Eikrem”.*

Administrativt tilsett i HNR.

Administrativt i HNR synest ein å vere nøgd med prosessen. Dette blir utdjupa med at ny kunnskap heile tida har følgt spørsmål om dei har den beste løysinga. Det er argumentert for dei løysingane som er valt. Vidare seiest det: *”[det har] Vore ein*

*omfattande prosess, der ein har forsøkt å leggje grunnlaget for framtidig val fram på ein så god måte at dei som skal fatte vedtak har det beste grunnlaget.”*

Styret ser og ut til å vere nøgd med prosessen. Fram mot valet av Eikrem blir det beskrive som ein god prosess, med eit grundig vedtaksgrunnlag gjennom konsekvensutgreiinga og i tillegg til ein sakleg og god diskusjon i styret. Der saklege argument resulterte i valet dei landa på. I etterkant sitt respondenten igjen med det inntrykket at det var stor aksept for valet. Han opplevde ikkje at det var kontroversielt i ettertid, sjølv om ein opplevde fleire synspunkt i forkant.

Inntrykket frå MK er at dei føler dei har hatt eit godt bilete av kva som skjer. Prosessen blir beskriven som open og god. Med moglegheit til å kome til ordet med argument. Samtidig påpeikar ein politisk respondent frå MK at det har det vore:

*”respektert at no er det på tide å fatte eit vedtak som grunnlag for kvar ein skal byggje eit nytt sjukehus”.*

Finansieringss spørsmålet har vore uklart, men det har vore eit kjent spørsmål. Dette er uansett ikkje noko MK har herredøme over. Prosessen opplevast som godt koordinert. MK har og halde seg oppdatert i dei delane der kommunen ikkje har vore involvert.

Meir generelt blir det sagt at saka har hatt eit veldig turbulent preg der det har vore viktig å halde tunga rett i munnen. Samtidig vert det opplevd som at MK har handsama saka på ein grei og rett måte. Andre omtalar prosessen som langvarig, kompleks, men samstundes full av tillit. Dette har resultert i gode løysingar.

I eit historisk perspektiv beskriv ein respondent frå KK at distriktsstriden i fylket har gitt fylket dobbeltfunksjonar og fire sjukehus. Men ein strid har og sine negative sider. Det har vore ein kamp der det opplevast som enkelte stadig ønskjer meir. Noko som dels er gjennomført med hestehandlar i fylkeskommunen. Dette har gått ut over samarbeidet.

Som ei motsetning til tidlegare beskrivingar om ein open prosess, seier ein respondent frå KK:

*”Det verste med heile prosessen er at den ikkje har vore open”.*

Her kjem forskjellane mellom ulike oppfatningar av vedtaksprosessen fram. Kommentaren blir utdjupa med å seie at prosessen har vore lukka og oversvømt av vikarierende motiv. Her vert det vist til ulik målforståing. Der det er frykt for nedlegging av sjukehuset i Kristiansund. Ei forklaring på dette er leiinga i HNR som oppfattast som overlegent Molde dominert. Inntrykket er at dei arbeider for eit stort sjukehus i Molde, som for alle praktiske formål er framtidens akuttsjukehus i nordfylket. Problematikken med opplevd skeivfordelt makt går igjen, som vist tidlegare.

Det hadde vore betre om dette vart avklart før. Gitt at antakingane stemmer, ville det kome reaksjonar. Men betre at dette vart avklart tidlegare, og ikkje gradvis avslørt. Større openheit er ønska, sjølv om dette kunne ført til ein større konflikt på eit tidlegare stadium. Etterkvart som partane har drive frå kvarandre, har den gode dialogen forsvunne. På eit tidspunkt, med semje om bynær tomteplassing, var det ein god dialog. Denne oppgåva avgrensar seg i prosessen rundt denne tidsperioden. Eit lengre tidsperspektiv er like fullt viktig for å sjå korleis ting utviklar seg.

Ei mildare framstilling, men med negativ vri, gir denne respondenten. Prosessen blir beskriven slik: *"Syns det har vore veldig mykje skiff"*. I form av den store ressursbruken oppfattar han prosessen som veldig frustrerende. Det blir stadig etterspurt ny og grundigare informasjon. Dette er særleg ein politisk taktikk brukt av departementet. I hans verd kjem du til eit punkt der du har eit godt nok grunnlag. Han hadde forstått politisk vingling ved eit regjeringsskifte. Derimot er det skammeleg måten det utvikla seg i seinare tid, med ulike signal og lukka prosessar.

Dette er og oppfatningar han trur folk generelt deler. Bortsett frå dei som kjempar for eitt sjukehus, som har halde på ei god stund, trur han det er ganske brei semje om at ein er oppgitt. Det vil alltid vere dei som var ueinige tidlegare, som er glad for at ein opnar opp for deira synspunkt igjen.

Ikkje overraskande er det ulik oppleving av prosessen. Som med andre delemnar går det eit skilje mellom interne og eksterne prosessar. Internt i dei enkelte organisasjonane er opplevinga stort sett god. Når fleire organisasjonar kjem inn i biletet, og det blir vanskelegare å halde oversikt, oppstår misnøye. Det ser ut til at dess lengre vekk frå styret i HNR organisasjonar og deltakarar er, dess mindre

fornøyde er dei. Sviktande informasjonsflyt, der ting blir borte på vegen kan vere ei forklaring. March og Heath (1994) skriv om redigering og forkasting av deler av informasjon som ei kjelde til avgrensa rasjonalitet. Dette kan ha endra korleis ulike deltakarar opplever prosessen, etterkvart som dei mottek stadig meir redigert informasjon jo lenger vekk frå primærkjelda dei kjem. Ser vi på alle deltakarane som del av ein felles organisering, har ikkje organiseringa vore klar nok. Mål, oppgåver og kjennskap til kva andre deltakarar held på med er ikkje klare nok.

Prosessten har vore skiftande over tid. Til tider har konflikt dominert, og andre gonger har det vore fred og semje. Svingingar mellom deltakarar, ulike problem, mål og løysingar ser ut til å ha vore avgjerande. Stabiliteten over tid er fråverande.

Ikkje overraskande blir prosessen beskriven som krevjande og omfattande. Det er mange spørsmål som må avklarast ved ei så kompleks sak. Eit spørsmål det er verdt å stille seg, er om mykje av arbeidet som er gjort, heng saman med eit mål om å vere rasjonell. Det er alltids meir som kan greiast ut. Informasjonsgrunnlaget blir truleg aldri komplett. Ein stadig søken etter meir informasjon kan då forstyrre prosessen sin framgang. Det er ikkje mogleg å kome i mål.

## 7.0 Avsluttande kommentar

Eg starta denne oppgåva med eit ønskje om å undersøkje det eg kalla ein stor, kompleks og offentleg vedtaksprosess. Karakteristikkar eg meiner var treffande, når eg ser tilbake på det eg har funne gjennom arbeidet med oppgåva. Med teorikapitlet, la eg dei teoretiske rammene for å sjå på vedtaksprosessen. Her presenterte eg ei hovud-, og tre delproblemstillingar. Eg kjem tilbake til desse snart. For å kunne få oversikt over vedtaksprosessen, og kunne svare på problemstillingane, har eg gjennomført to typar undersøkingar. Ei dokumentundersøking, og seks djupneintervju. Dokumentundersøkinga vart hovudgrunnlaget for ei tidslinje av prosessen. Tidslinja fungerer som ein introduksjon til vedtaksprosessen. Den gir eit inntrykk av kor stor og kompleks prosessen er. Samtidig som den er tenkt å gi ein oversikt, og eit grunnlag for å forstå den vidare drøftinga. Drøftinga bygger i hovudsak på funn gjort i djupneintervju. Ved å snakke med sentrale personar, har eg fått god innsikt i prosessen. Denne kombinasjonen gir datainnsamlinga eit godt grunnlag for å svare på problemstillingane mine.

For å samle trådane vender eg no tilbake til den presiserte problemstillinga, og spørsmål stilt i samband med denne. Eg presenterer og to modellar for å gi ein oversikt over vedtaksprosessen.

Hovud- og delproblemstillingane i denne oppgåva har vore:

*Korleis kan vedtaksprosessen fram mot valet av Eikrem som tomt for nye Molde sjukehus beskrivast ut frå etablerte teoriar om vedtaksprosessar?*

*Kva rolle har ulike deltakarar spelt, og har dette endra seg gjennom ulike fasar? Er vedtaksprosessen prega av stabile og felles problemoppfatningar?*

*Kven kom med forslaga til løysing, og kva problemoppfatningar ligg til grunn for dei løysingane som er vurdert?*

Teori	Deltakarar	Problemoppfatingar	Løysing
Rasjonell	Arbeidsdeling Fag/administrativt Klare mål og strategiar internt	Samla om konkrete problem	Problem er vurdert opp mot (deler av) tilgjengeleg informasjon Ulike alternativ er vurdert, men berre nokre få
Forhandling	Forhandling mellom MK og KK Interne diskusjonar i MK, by og land		Ulike meiningar By-land debatt i MK Konflikt og avtale mellom MK og KK
Søppelbøtte-modellen	Personar som går inn og ut Utsifting av t.d.. styremedlemar Politiske landskapet Signal frå eigar	Fleire ulike Kjem fram på ulike tidspunkt Uklart Samfunnsproblem basert på mange ulike oppfatningar	Ulike problem og løysingar blir kopla Deltakarar kjem inn og påverkar løysingsforslaga med eksterne grunnar

Forenkla oversikt over vedtaksprosessen fordelt på teoretiske modellar og tre ulike omgrep.

**Deltakarane** i vedtaksprosessen har vore mange. Eg var fokusert på eit utval av dei mest sentrale. Kva rolle har desse deltakarane spelt, og har rolla endra seg i ulike fasar? For å svare på dette ser eg først på Helse Nordmøre og Romsdal HF. Som ein del av eit større hierarki har dei to sentrale roller. For det første skal dei følgje opp og representere eigarane sine styringssignal og interesser. Denne rolla pregar alt arbeidet som er gjort gjennom heile vedtaksprosessen. Soria Moria-erklæringa er trekt fram som eit sentralt dokument. Dette er ei rolle som har vore stabil gjennom heile prosessen. Det som har gitt grunnlag for endringar i den praktiske utøvinga, er endringar i styringsforholdet i Noreg. Anten det er snakk om ny regjering, utskiftingar av for eksempel statsråd, eller saker som kjem opp på agendaen. Politisk styring fører med seg ein viss uvisse for framtidig utvikling. Men det er for så vidt ikkje noko nytt frå då fylkeskommunen hadde ansvar for sjukehusa. Når eg er inne på overgangen frå fylkeskommune til helseføretak, kva gjorde HNR for å sette rolla si? Eg legg ikkje opp til ei drøfting, men ein kort kommentar. HNR starta med sine egne utgreiingar, framfor og blindt følgje opp vedtaket om bygging frå fylkestinget. Dette tyder på eit ønske om å ta eigarskap over prosessen tidleg. Denne rolla vert

stadfesta på nytt etter vedtaket om bygging på Eikrem. Arbeidet med det nye sjukehuset har vore fast post på styremøta sidan då.

Den andre rolla til HNR er tenestetilbydar. Ved bygginga av nye Molde sjukehus inkluderer dette blant anna ei styrande og vedtaksfattande rolle. Styret har følgd opp med fleire vedtak gjennom prosessen. Frå dei store vedtaka om bygging, til vedtak om meir utgreiing og kva som skal greiast ut. Administrasjonen følgjer opp føringane frå styret. I enkelte fasar gir dette ei rolle med fokus på utgreiing og innsamling av informasjon. Medan til dømes under konsekvensutgreiinga hadde dei ikkje ei like aktiv rolle, men ei tolkande og støttande rolle.

Molde kommune har i hovudsak hatt to roller gjennom prosessen. I starten var dei litt passive. Då var dei først og fremst observatørar og kom med uttalingar til høyringar. Den mest aktive rolla fekk MK ved arbeidet med konsekvensutgreiinga i 2005. Ved spørsmålet om lokalisering var dei særleg aktive med forslag til lokalisering.

Kristiansund kommune starta og ut relativt passivt. Med utgangspunkt i ein struktur med to likeverdige sjukehus var deira rolle passiv. Etterkvart som det frå KKs side vart opplevd ein fare for sitt eige sjukehus, har dei kome sterkare på bana. Gjennom å bruke dei tilgjengelege kanalane, prøver dei å påverke vedtakstakarane til å ta eit vedtak dei kan leve med. Dette har i praksis betydd to likeverdige sjukehus, og i seinare tid eit felles sjukehus sentralt i regionen.

Rasjonelle teoriar legg opp til klare mål og strategiar i ein organisasjon (Greve 1995). Rollene til deltakarane har langt på veg følgd dette idealet. Politisk styrte organisasjonar skil seg litt ut. Politikken består av mange ulike roller. Til dømes internt i eit lokalparti, forholdet til nasjonal politikk, veljarar og andre parti. Dette kan gi ei litt uklar rolle til tider. I kapittel 3.4 stilte eg spørsmålet om administrasjonen i større grad er prega av rasjonelle modellar, medan politikarane er meir prega av forhandlingsmodellen. Det ser ut til at politiske organisasjonar er meir prega av fleire mål og forhandling, medan administrative i større grad er dominert av (avgrensa) rasjonalitet. Men både MK og KK har langt på veg samla seg. Internt og lokalt har samarbeidet vore bra. Dei fleste er nøgde med informasjonen som er tilgjengeleg. Men total oversikt manglar hos fleire. Sjølv om informasjon blir brukt aktivt, er det berre deler av informasjonen som blir teke i bruk. Ulike roller gir ulikt syn og tolking



av situasjonen (March og Heath 1994). Som March sa i teorien om avgrensa rasjonalitet, så prøver deltakarane å vere rasjonelle, men endar opp med avgrensa rasjonalitet (Douma 2008).

Vedtaksprosessen består ikkje berre av mange enkeltdeltakarar. Vel så viktig er korleis deltakarane fungerer som ein del av det store biletet. For helseføretaka er som sagt ein del av eit hierarki. Samtidig har dei ei rolle der kontakt med andre deltakarar er viktig. Elles i regionen er det i hovudsak ei todeling mellom Romsdal og Nordmøre. Geografi er avgjerande for rolleinndelinga. Deltakarane har langt på veg lukkast med den interne og lokale organiseringa. På tvers av regionane og enkelte organisasjonar er det derimot ikkje like godt forhold. Mål og strategiar blir ikkje formidla klart på tvers av regionane. Noko som har skapt misforståingar og gjort forholda vanskeleg for blant anna forhandlingar.

Personar har gått inn og ut av prosessen. Delvis kan dette forklarast med innhenting av nødvendig ekspertise. Delvis spelar ulike deltakarar sine interesser inn. Nokon ser moglegheiter til å løyse problem dei er opptekne av, medan andre er bekymra for konsekvensane av ulike forslag. For eksempel spelte ein sentral person frå Kristiansund ei viktig rolle som førte til forslag med fleire bynære tomter. Enkelte kan ta på seg ei rolle som beskyttar av eit synspunkt. Dette er faktorar som har vore med å gjere det store bilete uoversiktleg. Sjølv om deltakarar kan tolkast rasjonelt individuelt, og dels på tvers av nære samarbeidspartnarar, blir det samla resultatet betre forklart gjennom søppelbøttemodellen. Den enkelte organisasjon kan seiast å stå i stormens auge. Der er det relativt kontrollert, men rundt dei er det kaos.

**Problemoppfatningane** har vore ein sentral del av prosessen. Spørsmålet eg stilte meg var om vedtaksprosessen er prega av stabile og felles problemoppfatningar? Problemoppfatningane til deltakarane kan seiast å ha vore både stabile og skiftande. Hovudproblemet er dårleg standard ved dagens sjukehus, og behovet for eit nytt sjukehus. Dette er ei klar og felles problemoppfatning, som har vore stabil gjennom heile prosessen. Ut over dette har det vore både forskjellar og til dels endringar i problemoppfatningane hos dei ulike deltakarane. Eit tilbakeblikk på tidslinja, og utviklinga i vedtaksprosessen viser eit trekk. Dei grunnleggjande, primært fysiske, problemoppfatningane har vore stabile og felles. Men over tid har andre problemoppfatningar kome på bana. Desse er representert med ulike deltakarar.

Felles er at dei er lite synlege, til dømes interesser for lokalmiljø og samfunnsutvikling. Dess meir usynleg og komplisert, dess vanskelegare er det å einast om problemoppfatningane. Noko som fører til konflikt.

HNR har over tid endra på andre deler av problemoppfatningane. Noko som kjem til uttrykk med forskjellige vedtak om bygging. Frå fylkestingets vedtak om eit stort nytt sjukehus på Lundavang, til no eit mindre sjukehus på Eikrem. Rammer og behov for prosjektet har endra seg. Samtidig har ny informasjon, som risiko for flodbølge, spelt inn. Ulike vurderingar var og grunnen til at styret ikkje følgde direktørens tilråding ved vedtaket i 2006. Små forskjellar i problemoppfatningane utgjør forskjellen mellom val av den eine eller andre tomta.

Kristiansund og Molde kommune har begge interesser for sine egne innbyggjarar. Det har ført til ulike oppfatningar på enkelte område. KK har etterkvart fått ei auka frykt for framtida til sitt eige sjukehus, og konsekvensar av reduksjon/nedlegging av dette. Denne endra problemoppfatninga tilseier ei anna oppleving av dei løysingar som blir valt. Resultatet er at dei først ønskte det nye sjukehuset på ei sentrumsnær tomt i Molde, før dei i seinare tid ønskjer eit felles sjukehus sentralt i regionen. Dei trur dette gir best løysing på problemet sånn dei opplever det. MK har igjen litt andre tolkingar, ut frå kva dei vurderer som best for sine innbyggjarar. Samtidig får dei fleire konkrete problemstillingar som vertskommune for sjukehuset.

I tillegg til dei offisielle haldningane blant desse deltakarane, eksisterer det fleire mindre grupperingar. Desse kjem og går gjennom prosessen. Nokre kjem med nye problemoppfatningar, medan andre har eksisterande problemoppfatningar som fokus. Desse finn vi både internt i ulike organisasjonar, og blant andre interessentar. Desse er med på å halde liv i ulike problemoppfatningar, sjølv etter at vedtak er fatta. Til dømes har det vore kamp for eitt felles sjukehus, eller Hjelset som sjukehustomt etter at styret i HNR har gjort sitt vedtak. Internt i MK har det vore ein kamp mellom by og land som viser andre problemoppfatningar. Dette kan vere ein viktig faktor som har ført til uro og krangel seinare i prosessen. Ulike problemoppfatningar fører til at løysingar som står i stil med desse, blir fremma og prioritert. Når vedtak går i mot dette, blir ikkje saka lagt død, men heller justert til vidare kamp.

Teoretisk kan situasjonen summerast opp som følgjer. Problemoppfatningane har vore stabile og felles på handfaste saker, som standarden på dagens sjukehus. Felles semje om kva som er problemet er eit grunnlag for ein rasjonell prosess. Sjølv om grunnlaget er det same, har ny informasjon ført med seg nye og dels endra problemoppfatningar. Nytt lys kan føre til endra oppfatningar. Endringar hos ein deltakar, påverkar andre deltakarar sitt syn på saka. For eksempel har KK kome sterkare på bana etterkvart. Prioritering av enkeltproblem kan tolkast rasjonelt ut frå den enkelte deltakar sin kontekst. Når ein skal forholde seg til alle desse ulike problemoppfatningane, blir situasjonen komplisert. Særleg når det blir stilt spørsmålsteikn ved enkelte aktørars mål. Politiske spørsmål om samfunnsmessig utvikling er eit døme på saker som er spesielt kompliserte. Den politiske arena er full av meiningar og motsetningar mellom parti og mellom kommunar. Det er ikkje utan grunn søppelbøttemodellen blir sagt å vere ein god modell for å beskrive denne arenaen (*Handbook of decision making* 2006). Politikarar på nasjonalt nivå har og hatt ein finger med i spelet, direkte gjennom program som Soria Moria-erklæringa, og indirekte gjennom signal om kva lokalisering som ikkje bør veljast.

**Løysingane** utgjer utgangspunkt for den siste av mine tre delproblemstillingar. Så, kven kom med forslaga til løysing, og kva problemoppfatningar ligg til grunn for dei løysingane som er vurderte? Løysingar har kome fram på litt ulike måtar opp gjennom åra. Ved dei to første vedtaka, i 1999 og 2003, var høvesvis Møre og Romsdal fylkeskommune og HNR sentrale i utveljing av tomter. Desse var og er ansvarleg for sjukehusdrifta på dei tidspunkta. Tomter med sjukehusdrift, som dei eigde, vart vurderte. Dette var tenkt å gjere prosessen raskare. Enkelte fremma forslag om å ta inn alternative tomter, men dette vart nedstemt. Med konsekvensutgreiinga i 2005 vart fleire forslag greia ut. Forslaga vart teke med etter at HNR spurde MK om alternative forslag. Innspel frå ein viktig person frå Kristiansund, var ein sentral grunn til at MK til slutt kom med fleire alternativ. Problemoppfatninga som låg til grunn her, var ei frykt for framtida til sjukehuset i Kristiansund. Dette kravde fleire bynære tomter i Molde, altså lengst mogleg vekk frå Kristiansund. Utveljinga i MK igjen hang i saman med fleire andre problemoppfatningar. Ulike deltakarar internt i MK representerte ulike interesser. By og land vart stilt opp som to motsetningar. Andre interesser var moglegheita til bruk av landareal. Lergrovik var lenge ønskja utbygd, men var freda som blant anna

jordbruksareal. Enkelte såg eit sjukehus som ein måte å kome seg rundt denne fredinga, og få utbygging på tomte. KK med sine problemoppfatningar spelte og ei aktiv rolle. I saman med MK vart det inngått ei avtale som påverka plasseringsvalet av sjukehuset.

I styret i HNR vart det vektlagt å bruke den nyaste informasjonen. I det store biletet er det fleire som manglar oversikt, og berre deler av informasjonen blir brukt.

Deltakarane er som sagt tiltenkt rasjonelle, men er avgrensa rasjonelle i praksis. Vedtaksprosessen starta med eitt alternativ, men til slutt vart fire vurdert. Haldninga til dei ulike forslaga som vart presentert synast dels å vere litt lite medviten. I staden for å vere valt utelukkande på grunn av sine kvalitetar, har fleire andre grunnar vore aktive for å fremje fleire av forslaga. Ulike deltakarar har kome inn i debatten med ulike forslag. Sjøppelbøttemodellen sin beskriving av ein vedtaksprosess som beståande av fire uavhengige straumar med deltakarar, problem, løysingar og vedtaksmoglegheiter (Jacobsen 2007), stemmer godt med korleis vedtaksprosessen har utspelt seg.

I forkant av valet av løysing, var det fleire innslag av forhandling. Internt i MK har det som sagt vore forhandling mellom ulike grupperingar. KK og MK har og forhandla fram ei avtale om lokalisering. I styret for HNR gjekk direktøren, samt tilråding frå til dømes MK, for Hjelset, men styret valte til slutt Eikrem. Forskjellane har vore mange, men til slutt har det i hovudsak kome til semje. Det har vist seg at ikkje alle avtalar som har kome er like solide, noko som har skapt meir konflikt i ettertid.

Ulike problemforståingar har ført til dels ulike grunnar for val av løysing. Semje om behovet for nytt sjukehus ligg til grunn for mange, men for enkelte kan det synast å vere sekundært. Styret i HNR prioriterte til dømes pasienttilgjenge, medan direktøren prioriterte samarbeid mellom sjukehuset i Kristiansund og Molde. MK hadde interne diskusjonar der ulike problemforståingar kom fram. I tillegg har forholdet til KK spelt ei rolle. I KK har framtida til byens sjukehus, og regionens framtidige utvikling vore ein sentral faktor. I ulik grad påverkar dette det endelege vedtaket om bygging på Eikrem. Tida etter vedtaket har vist at forskjellane framleis spelar ei rolle.

**For å samle trådane**, stiller eg på ny det opphavlege spørsmålet mitt. Korleis kan vedtaksprosessen fram mot valet av Eikrem som tomt for nye Molde sjukehus beskrivast ut frå etablerte teoriar om vedtaksprosessar? På eit mikronivå kan vedtaksprosessen seiast å vere prega av kontekstuell rasjonalitet. Deltakarane må ta omsyn til mange ulike eksterne og interne premisser. Ulike roller har og skapt ulike føresetnadar for deltakarar i løpet av prosessen. Dette gjer det vanskeleg å snakke om ein objektiv rasjonalitet på tvers av alle deltakarar. Resultatet er at rasjonelle modellar eignar seg mindre til å beskrive prosessen på eit makronivå. I eit rasjonelt perspektiv skal alle deltakarane fungere i fellesskap for å løyse eit komplekst problem (Jacobsen 2007). Dette har berre delvis vore tilfelle. I staden har prosessen vore kaotisk. Mellom ulike deltakarar, både internt og på tvers av organisasjonar, har forhandling vore ein viktig del. Dette har resultert i vinn-vinn-situasjonar, og vinn-tap-situasjonar. Når det siste har vore tilfelle, har den tapande part av og til jobba vidare mot målet sitt. Fleire ulike mål, problemoppfatningar og løysingar gir eit makroperspektiv med uvisse og kompleksitet. Søppelbøttemodellen står fram som den beste beskrivinga av situasjonen i dette perspektivet.

	Mikroperspektiv	Makroperspektiv
Deltakarar	Arbeidsdeling Brukt eksisterande organisering Samarbeid lokalt og regionalt	Hierarki i for helseføretak Arbeidsdeling Personar går inn og ut av prosessen Interesser som drivkrefter Regionalt konflikt
Problemoppf.	Klare eller klare over tid Internt rasjonelt	Samla seg om det konkrete Fleire ulike problem, særleg i forhold til samfunnsmessige spørsmål (by/land, Molde/Kristiansund)
Løysing	Diskusjon internt, samla seg om kva den enkelte organisasjon vil ha Klare mål	Uklare motiv for val Uklare mål Løysingar presentert for å fremme eksterne mål

Forenkla oversikt over vedtaksprosessen fordelt på ulike nivå.

## 7.1 Validitet, generalisering og vegen vidare

Heilt til slutt vil eg seie noko om oppgåvas validitet, moglegheiter for generalisering og nokre spørsmål som står opne for vidare undersøkingar.

Sjølv om eg har prøvd å få eit breitt bilete av vedtaksprosessen, er det langt frå alt eg har undersøkt. Det er fleire moglege deltakarar eg kunne gått nærare inn på. Ein del er ikkje diskutert i det heile. Som eg har vist, er det ein del forskjellar i denne prosessen. Opplevinga av prosessen er ulik hos ulike deltakarar. Det er ikkje overraskande om enkelte ikkje kjennar seg igjen i mine beskrivingar og tolkingar. Dette betyr ikkje at det som står i oppgåva er feil. Det er heller ein indikator på mangfaldet av ulike opplevingar. Brunsson (2000) åtvarar mot å påstå generell validitet ut over det som er undersøkt. Han seier at målet må vere å utarbeide teoriar for den enkelte delen som er undersøkt. Dette vil eg seie eg har lukkast med. Eit utval av sentrale respondentar, og undersøking av sentrale dokument, har gitt eit godt fundament for å uttale seg om denne delen av vedtaksprosessen.

Eit relatert spørsmål er om oppgåvas funn kan generaliserast. Brunsson (ibid.) seier vidare at teoriane utarbeida frå den spesifikke situasjonen, kan brukast av andre i liknande situasjonar. Desse er i stand til å vurdere om teoriane gir eit brukbart instrument for deira situasjon. Det same vil eg seie gjeld for undersøkinga mi.

Oppgåva mi tek føre seg ein liten del av ein større prosess. Eg har her berre presentert ein liten, men viktig, del av puslespelet. Det er framleis mange spørsmål det er interessant å få eit svar på. Kanskje mest nærliggande er det å sjå på tida etter vedtaket i 2006. Mykje har skjedd sidan den gong. Konfliktnivået har auka, og ei endeleg løysing ser ikkje ut til å vere nær. Ei ny undersøking er på veg, den skal gi grunnlag for vedtak på om det blir eitt eller to sjukehus i regionen. Denne skal kome hausten 2010. Uavhengig av utfall, er sjansen stor for at diskusjonen ikkje blir lagt død med det første.

Eg har fokusert på lokaliseringsspørsmålet i denne oppgåva. Eit anna sentralt spørsmål er funksjonsfordeling. Dette er ein debatt som har vore særleg aktuell i tida etter lokaliseringsvedtaket i 2006. Men og før den tid har spørsmålet vore oppe, og skapt heftige diskusjonar. Ei undersøking med fokus på funksjonsfordeling kan gi eit

godt supplement til denne oppgåva. Ved å sjå på begge desse spørsmåla får vi eit meir heilskapeleg bilete av vedtaksprosessen.

Eit tredje spørsmål eg vil trekkje fram, er eventuelle forskjellar i vedtaksprosessar før og etter staten overtok eigarskapet av sjukehusa. I mine undersøkingar kom det blant anna fram at sjukehusplanlegginga har utvikla seg, og har no meir struktur og mindre synsing. Ein kan spørje seg om dette er eit resultat av fagleg utvikling, samt meir kunnskap blant dei som arbeider med denne typen spørsmål. Eller kanskje omstruktureringa av eigarstruktur har vore vel så viktig. Samtidig gir statleg eigarskap mindre nærleik til sjukehusa. Korleis påverkar dette saker som denne, der mykje av debatten handlar om lokalgeografi?

Spørsmåla er mange, og moglegheitene for ny kunnskap er stor. Vegen ligg open for den som ønskjer å gå vidare inn på dette spennande, og ikkje minst viktige fagområdet.

## Litteraturliste

- Aftenposten.no. 2010. *Konflikt om 1 av 3 lokalsykehus 2010* [lese 28.10 2010]. Tilgjengeleg frå <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/politikk/article3877507.ece>.
- Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. 2005. Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet [Soria Moria].
- Arbeidsfelleskapet. 2001. Hovedfunksjonsprogram for Fylkessjukehuset i Molde.
- Brunsson, Nils. 2000. *The irrational organization: irrationality as a basis for organizational action and change*. Bergen: Fagbokforl.
- Douma, Sytse. 2008. *Economic approaches to organizations*. Edited by H. Schreuder. Harlow: Prentice Hall/Financial Times.
- fylkeskommune, Helse- og sosialavdelinga Møre og Romsdal. 1999. Forslag til Helse- og sosialplan.
- Fylkessjukehuset i Molde - Samla plan, Rapport fra Prosjektgruppe. 1999. Molde: Fylkestinget i Møre og Romsdal.
- Greve, Arent. 1995. *Organisasjonsteori: nyere perspektiver*. Oslo: Universitetsforl.
- Grønmo, Sigmund. 2004. *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Hammerø, Jan Petter og Dagfinn Ripnes. 2006. *Felles uttalelse fra ordførerne i Kristiansund og Molde*.
- Handbook of decision making*. 2006. Edited by G. Morçöl. Boca Raton, Fla.: CRC Taylor & Francis.
- Hatch, Mary Jo. 2001. *Organisasjonsteori: moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forl.
- Helse, Midt-Norge. 2004. Sak 06-04 Samla plan.
- HF, Helse Nordmøre og Romsdal. 2002. Samla Plan 2002 - Fremtidig sykehusstruktur for Helse Nordmøre og Romsdal HF.
- . 2003. Sak 76/03 Samla Plan - Framtidig organisering av sykehusstilbudet i Helse Nordmøre og Romsdal HF.
- . 2006. Sak 38/06 Nye Molde sjukehus - Tomtevalg.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- . 2007. *Hvordan organisasjoner fungerer*. Edited by J. Thorsvik. Bergen: Fagbokforl.
- kommune, Molde. 2001. Planer for nytt sykehus i Molde: Vedlegg til U-168/01A.
- . 2005. Molde nye sjukehus - Konsekvensutredning - Høring Arkiv: H11/&32.
- Male, Bjørn Egil, Asplan Viak AS. 2005. Nye Molde Sjukehus. Konsekvensutredning.
- March, James G. 1988. *Decisions and organizations*. Oxford: Blackwell.
- March, James G., og Chip Heath. 1994. *A primer on decision making: how decisions happen*. New York: Free Press.
- RHF, Helse Midt-Norge. 2006. Sak 41/06 Eierstrategi Helse Midt-Norge.
- . 2006. Sak 56/06 Helse Nordmøre og Romsdal HF - Nye Molde sjukehus - tomtevalg.
- Romsdal, Fylkestinget i Møre og. 2001. T-81/01 (U-168/01 A) A - SAMLA PLAN FOR FYLKESSJUKEHUSET I MOLDE. HOVUDFUNKSJONSPROGRAM (HFP) FOR NYTT SOMATISK OG PSYKIATRISK SJUKEHUS PÅ LUNDAVANG, MOLDE.



- . 2002. T-56/02 (U-120/02 A) A - SJUKEHUSSTRUKTUREN I NORDMØRE OG ROMSDAL - HØYRINGSFRÅSEGN FRÅ MØRE OG ROMSDAL FYLKESKOMMUNE. Romsdal, Fylkesutvalet i Møre og. 1997. U-112/97 A - FSHM, REVISJON AV "SAMLA PLAN" FOR BYGNINGSMESSIG UTVIKLING DEL-FINANSIERING VED BRUK AV REST-MIDLAR FRÅ TIDLEGARE LØYVINGAR.
- Roness, Paul G. 1997. *Organisasjonsendringar: teoriar og strategiar for studiar av endringsprosessar*. Bergen: Fagbokforl.
- Samarbeidsutvalet. 2001. Protokoll frå møte i samarbeidsutvalet 07.11.2001.
- sosialutvalet, Helse- og. 1999. He- 102/99 A Fylkessjukehuset i Molde - Samla plan.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Intervjuguide

*NB. Dette er basisguiden. For kvart enkelt intervju er det gjort mindre justeringar avhengig av kva respondent eg har snakka med. Dette for å betre fange opp informasjon og synspunkt for kvar enkelt respondent.*

### Intervjuguide

Kort introduksjon til oppgåva.

1. Kva er din bakgrunn?
2. Kva er dine og din organisasjons roller i denne prosessen?
3. Kva er sentrale trekk ved prosessen og korleis du/dykk har opplevd den?
4. Kva ser du på som sentrale dokument, og korleis har du/dykk jobba med desse?
5. Korleis er informasjonen brukt? Har det vore for mykje/lite eller passe, brukt all informasjon?
6. Kva ser du/dykk på som dei viktigaste problema? Korleis vektast ulike problem?
7. Korleis angrip du/dykk denne prosessen? Likt eller ulikt andre vedtak.
8. Har du/dykk endra oppfatningar, mål og strategiar over tid?
9. Dominerer politikk, fag eller likevekt?
10. Kva vedtaksforum har du/dykk brukt? Eksisterande eller nye?
11. Korleis har samarbeidet med andre partar vore?
12. Korleis er konflikt forsøkt løyst?
13. Korleis oppfattast og beskrivast vedtaksprosessen?
14. Kva driv prosessen vidare?
15. Andre kommentarar, og forslag til personar å snakke med?