

Morten Bakken Brukstuen

Fremtidig sykehusstruktur i Innlandet: Enklere sagt enn gjort

Masteroppgave i Statsvitenskap m/ lektorutdanning i samfunnsfag
Veileder: Ole Bjørn Røste

Juni 2021

Morten Bakken Brukstuen

Fremtidig sykehusstruktur i Innlandet: Enklere sagt enn gjort

Masteroppgave i Statsvitenskap m/ lektorutdanning i samfunnsfag
Veileder: Ole Bjørn Røste
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på det femårige utdanningsprogrammet lektor i samfunnsfag med master i statsvitenskap ved Norges teknisk – naturvitenskaplige universitetet. Arbeidet med masteroppgaven har foregått gjennom semesteret våren 2021, og utgjør en arbeidsbelastning på 30 studiepoeng.

En pågående pandemi har gjort det allerede krevende arbeidet om mulig enda mer krevende, og jeg vil rette en stor takk til alle de som på ulike måter har gitt meg støtte gjennom semesteret. Faglig støtte har jeg først og fremst fått av min veileder Ole Bjørn Røste. Han har bidratt med gode og konstruktive tilbakemeldinger som har vært til stor hjelp underveis i arbeidet.

En takk må også rettes til samboer Julie mfl. for korrekturlesing og oppmuntring i en krevende periode. Til slutt vil jeg rette en særlig takk til medstudentene Jonas og Audun. Vi har tilbrakt mange timer sammen på skolen, og brukt fridagene til avkobling med turer i skogen. Dette har gjort at jeg på ny har fått oppleve gleden av å være ute. De gode bålsamtalene i skogen har for meg vært utrolig viktig både sosialt, men også mentalt.

Eventuelle feil og mangler i oppgaven er utelukkende undertegnedes ansvar.

Trondheim, 07.06.2021

Morten Bakken Brukstuen

Sammendrag

Proessen rundt ny sykehusstruktur har foregått i nærmere 20 år. Utfallet av den endelige beslutningen kan få store konsekvenser for den enkelte innbygger og lokalsamfunn.

Ofte retter forskningen seg enten i forkant eller i etterkant av en aktuell sak eller beslutning. Denne oppgaven skiller seg i så måte ut ved å gå inn i en pågående prosess hvor selve prosessen drøftes i lys av byråkratiske mekanismer. Påvirkning fra media, politikere og eksterne konsulentfirmaer, understreker at organisasjoner ikke bare tilpasser seg interne gruppers aspirasjoner, men også de eksterne verdiene i samfunnet (Selznick, 1957; Meyer og Rowan, 1977; DiMaggio & Powell, 1991; Brunsson, 1989; Scott og Meyer, 1994; Hatch, 2001, s. 7). Koblingen mellom det interne og det eksterne må sees i sammenheng med hverandre for en helhetlig forståelse for hvorfor den enkelte organisasjon eller institusjon handler som de gjør. Oppgaven bygger på casestudie som metode – en fleksibel metode som åpner for å behandle både kvalitative og kvantitative data og innhente kildematerialet fra ulike medier.

Med utgangspunkt i de fire strømmene i teorien til søppelbøttemodellen, (problemer, løsninger, deltakere og beslutningssituasjoner) vil utfallet av beslutningsprosessen avhenge av alle strømmene både hver for seg og kombinert med hverandre (Cohen, et al., 1972; March & Olsen, 1976, s. 25). Hver gang disse fire strømmene kommer i kontakt med hverandre, kan et problem bli identifisert eller løst. Helseforetaket Sykehuset Innlandet er en stor og kompleks institusjon som er spredt over et stort geografisk område. Å skape en felles enighet er derfor svært vanskelig. Uforutsette problemer, utallige anledninger for å påvirke små og store beslutninger og mange deltakere både internt og eksternt som ønsker å påvirke, gjør at løsningene som foreslås, kan bære preg av tilfeldigheter.

Spørreundersøkelser viser en tretthet i befolkningen - mange ønsker seg en avklaring (Heggelund, 2021 (B)); Hovland, 2021 (A)). Så mange som 7 av 10 vil beholde og videreutvikle dagens struktur jf. nullalternativet til modellering (Asplan Viak, 2017, s. 4). For å styrke støtten og interessen, kreves en tydelig handlekraft fra en stødig hånd (Børresen, 2021, 1.41.00-1.41.08).

Den store faren ved lang behandlingstid foruten fallende støtte i befolkningen, er utdaterte rapporter som ikke lenger speiler virkeligheten.

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1. Innledning	1
1.1 Aktualisering	1
1.2 Problemstilling, oppbygging og avgrensning	3
1.3 Min posisjon til tematikken	4
1.4 Tidligere forskning	5
Kapittel 2. Teoretisk tilnærming og begrepsavklaring	6
2.1 Begrepsavklaring	6
2.1.1 Differensiering av ulike sykehus.....	6
2.1.2 Områdeløft	8
2.1.3 Medisinske behov	9
2.2 Byråkrati i helsesektoren	10
2.3 Ny- institusjonalismen i organisasjonsteorien	10
2.3.1 Tvingende –, normativt – og mimetisk institusjonelt trykk.....	13
2.3.2 Beslutningsteori og begrenset rasjonalitet	14
2.3.3 Ekstern påvirkning	17
2.3.4 Olsens søppelbøttemodell	18
Kapittel 3. Metode - Case studie - kvalitativ metode	20
3.1 Metodevalg	20
3.2 Datamateriale.....	21
3.3 Anvendelse av kildematerialet.....	22
3.4 Metodekritikk	22
3.5 Etske retningslinjer	23

Kapittel 4. Utvikling av sykehusstruktur - tidslinje	24
4.1 Målbilde, utviklingsplan og idéfaserapport	24
4.2 Lokasjon	25
4.3 Konseptfasen	29
Kapittel 5. To rapporter - to anbefalinger	30
5.1 Samfunnsanalyse, Asplan Viak 2017	30
5.2 Samfunnsanalyse, Cowi AS og Vista Analyse 2020	32
5.2.1 Debatter, vedtak og handlekraft	34
5.2.2 Fylkestingets beretning	35
Kapittel 6. Gjennomgang av rapportene	36
6.1 Områdeløft fra to perspektiver	36
6.2 Den eksterne påvirkningen	39
6.3 Helsepolitikk.....	41
6.4 Verdiskapning av offentlig arbeidsplass.....	42
6.5 Opptaksområde - folkeregisterdata versus det reelle befolkningstallet.....	44
6.6 Langstrakt prosess	46
6.7 Sykehuset Østfold Kalnes.....	49
6.7.1 Beliggenhet	50
Kapittel 7. Avslutning	53
Litteraturliste	55
Appendix	62

Kapittel 1. Innledning

I tiden fremover endres befolkningssammensetningen i Norge. En stadig aldrende befolkning forventes å overgå hva dagens ressurser har av kapasitet til å håndtere (Helse og omsorgsdepartementet (B), 2019, s. 14). For å imøtekomme morgendagens behov, kreves det endringer i sykehusstrukturen for å kunne håndtere den varslede økningen. Antall årsverk fram mot 2035 må økes med 35%, for å dekke behovet for helse og omsorgstjenester (ibid).

I april 2021 ble min samboer blindtarmoperert ved St. Olav i Trondheim. Hun ringte først legevakta klokken 11 og fikk time én time senere etter smerter i nedre mageregion. Deretter gikk det kort tid før hun ved hjelp av en portør, (en som bringer pasienter mellom avdelingene) ble fraktet til akutten. Etter videre undersøkelser, konstateres det at hun må operere bort blindtarmen. Etter operasjonen ble hun overført til gastroavdelingen kl. 20.30. Tidsbesparende element som portør som flytter pasienter mellom avdelinger, rask diagnostikk ved legevakt/akutten og samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved gastroavdelingen, viser fordelene hvor man samlokaliserer flere avdelinger på ett sted. 24 timer etter at hun ringte legevakta, ble hun skrevet ut av sykehuset. En effektiv totalbehandling er med på å redusere sannsynligheten for komplikasjoner, og pasienten blir raskere skrevet ut av sykehuset.

Nå skal det sies at blindtarmoperasjon gjennomføres ved mange norske sykehus, og sykehusene har god erfaring rundt håndteringen av blindtarmoperasjon (Markar, Penna & Harris, 2014). Kort behandlingstid som følge av høy kvalitet og kompetanse, førte til en raskere bedring i helsetilstanden. Eksempelet viser viktigheten av samarbeid og god logistikk mellom avdelingene, slik at pasientens totalbehandling blir så god som mulig.

1.1 Aktualisering

Framskrivninger av befolkningsgrunnlaget i opptaksområdet for Sykehuset Innlandet (SI) helseforetak (HF), varierer fra noe synkende til noe økende ut ifra hvilken modell en tar utgangspunkt i. Fødselstallene og fraflytting utgjør faktorer som bidrar til en befolkningsnedgang, mens innvandring og tilflytting utgjør økningen. Summen av disse faktorene er vanskelig å forutsi fram i tid. Samtidig har SSB regnet seg fram til forventet befolkningsandel i ulike aldersgrupper i 2040 (Statistisk sentralbyrå, [SSB] 2020 (A)). Figuren under viser en svak total vekst i befolkningen. Framskrevet folkemengde fra SSB (2020 (A)) viser en økning på 39% i aldersgruppen 65 år eller eldre i 2040 sammenliknet med dagens befolkning. Tallene bidrar til å gi en god indikasjon på at befolkningen totalt sett blir eldre.

Eldre vil ha mer behov for ulike former for helsehjelp sammenliknet med de yngre aldersgruppene (Sykehuset Innlandet, 2021, s. 2).

Figur 1 – Framskrevet folkemengde etter aldersgruppe i Innlandet 2020-2040 (SSB, 2020 (A))

Aldersgruppe	2020	Andel av totalbefolkningen 2020	2040	Andel av totalbefolkningen 2040	Prosentvis endring 2020-2040
0-19 år	78 570	21,2 %	72 552	18,8 %	-8,2 %
20-64 år	210 430	56,7 %	197 534	51,3 %	-6,5 %
65 år eller eldre	82 385	22,2 %	114 941	29,9 %	39,5 %
Totalt	371 385	-	385 027	-	3,6 %

*Figur 1 fra SSB's samletall viser noe avvik da Kongsvingerregionen ikke er inkludert siden de ikke lenger hører under opptaksområdet for SI. Fra årsrapporten 2020 er det totale folkeregistrerte innbyggertallet: 338 965 (Sykehuset Innlandet, 2021, s. 3).

Fra 1.1.2020 ble Innlandet ett fylke. Med et befolkningsgrunnlag på av 371.000 personer (2020, SSB (A)) fordelt på 52.000 kvadratkilometer, vil det si at fylket er over nesten 10.000 kvadratkilometer større enn hele Danmark. Selv om fylket er større enn Danmark, er befolkningsgrunnlaget kun på 6,3% av Danmarks innbyggertall. Som Norges største hyttefylke med 88 364 fritidsboliger, (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2020 (B)) tilsier det at antall personer som oppholder seg i fylket varierer. I perioder vil antall personer som oppholder seg innenfor helseforetaket vil være langt flere sammenliknet med folkeregisteret. Dette illustreres godt gjennom et notat fra Høgskolen i Lillehammer (Ellingsen, Kvamme & Blumenthal, 2020) på oppdrag fra Lillehammer kommune (se figur 4 i kapittel 6.5).

Innlandet er det fylket i Norge hvor færrest bor i tettbebygde strøk (59,2%) (Sykehuset Innlandet HF, 2020, s. 57; Statistisk sentralbyrå [SSB], 2020 (C)). Flere som bor usentralt, fører til lengre reisevei både til offentlige og private tjenester. Lengre reisevei fører til at Helse Sør-Øst står overfor en krevende jobb, slik at tilbudet til alle innbyggerne som sogner til HF SI, er i balanse med framskrivninger om økt medisinsk behov (se figur 1). Grundige analyser av organisering av det offentlige tjenestetilbudet, er viktig for å kunne gi alle tilfredsstillende helsehjelp etter vedtak og lover fastsatt fra sentralt hold.

Siden mars 2010 har det vært fremlagt flere planer om endret sykehusstruktur. Disse rapportene tar for seg alt fra størrelse på sykehuset basert på medisinske behov, opptakstall innenfor

helseforetaket, plassering av sykehuset og nedleggelse av andre avdelinger. Reaksjonene har ikke latt vente på seg fra interessegrupper som ønsker å påvirke utfallet. Det har bl.a. vært gjennomført flere demonstrasjoner, høringsrunder, sterke utspill fra lokalpolitikere omkring i regionen, og et hundretalls kronikker har blitt skrevet i forbindelse med endret sykehusstruktur for SI HF.

Desentraliserte avdelinger risikerer nedleggelse til fordel for sentralisering av avdelinger på et sted (jf. nasjonal sykehusplan 2020-2023). Etter at flere kommuner har forlatt HF Innlandet, har opptaksområdet blitt kraftig redusert de siste årene. En uventet drahjelp eksternt i forhold til bevilgning av nytt sykehus, er pandemien vi står ovenfor. Stadige medieoppslag hvor intensivkapasiteten spiser av ressursene til andre avdelinger i 2020-2021, statuerer nesten daglig eksempler om ressursknapphet i helsesektoren.

«SI står overfor store utfordringer i tiden fremover for å kunne tilby fremtidsrettede helsetjenester til innbyggerne. Demografiske, medisinske og teknologiske utviklingstrekk betinger at Sykehuset Innlandet gjør store endringer i tiden som kommer» (Sykehuset Innlandet, 2016, s. 1).

1.2 Problemstilling, oppbygging og avgrensning

I den nåværende strukturen pågår en kontinuerlig maktkamp mellom byene for å få beholde sitt sykehus. Mens den somatiske enheten på Tynset skal beholdes, knyttes det stor usikkert rundt hva som vil skje rundt de resterende sykehusene i Mjøsregionen. Oppgaven vil ta for seg behandlingsprosessen omkring fremtidig sykehusstruktur. For å bringe kontekst til innholdet, inkluderes en stegvis progresjon fra idé til der vi er nå – slutfasen av idéfasen. Forslaget som foreligger nå, er å samle flere av de spesialiserte helsetjenestene inn i følgende struktur;

- Et storsykehus med samling av to psykiatriske avdelinger (Reinsvoll og Sanderud)
- Et mindre akuttsykehus
- Et elektivt sykehus

Hvor disse sykehusene skal plasseres er ennå ikke bestemt. Flere alternativer foreligger, og oppgaven vil presentere ulike varianter av alternativ som er aktuelle.

Problemformulering:

På hvilken måte kan prosessen rundt tilblivelsen av ny sykehusstruktur i Innlandet forklares gjennom beslutningsteorier, rapporter, politiske innspill og interessegrupper? Er det likhetstrekk i beslutningsprosessen i andre helseforetak i Norge som har gjennomgått lignende omstrukturering?

1.3 Min posisjon til tematikken

Jeg er født og oppvokst i Innlandet, og har god lokalkunnskap om regionen. Organisering og strukturering av offentlig sektor er noe som har min interesse – hvordan fungerer de ulike mekanismene sammen i et stadig mer komplekst bilde? Innlandet er et stort fylke i areal med en spredt befolkning. Fascinasjonen over hvor tidkrevende arbeid det er å etablere fremtidig sykehusstruktur, gjorde at jeg ønsket å se nærmere på prosessen rundt sykehusdebatten.

Jeg vil redegjøre kort for oppgavens relevans opp mot min profesjonsutdanning. Som fremtidig lærer er det viktig å være et godt forbilde. Elevene blir påminnet av lærerne gang på gang omkring kildekritikk, evnen til å være selvstendig og reflektert og ikke minst det å kunne se årsakssammenhenger. Oppgavens tematikk, innhold og oppbygging mener jeg legger opp til å innlemme disse aspektene. Samfunnet vårt er komplekst, og jeg liker ofte å benytte meg av puslespill metaforen når jeg skal forklare ovenfor elevene hvilken kompleks og globalisert verden vi lever i. Hvor tidligere hver brikke var svært stor og enkel å plassere, har brikkene blitt stadig mindre samtidig som at bilde har blitt større. En hendelse skjer sjelden bare som følge av en ting, men summen av flere faktorer bidrar til å skape hendelsen og i likhet med elevene, prøver jeg på en selvstendig og reflektert måte å belyse oppgaven fra en prosessorientert synsvinkel for å etterstrebe en objektiv innfallsvinkel på tematikken. Fra denne masteroppgaven og inn i læreryrket vil jeg ta med meg lærdom særlig omkring prosessorientert skriving ettersom dette er en pågående sak, oppbygging av offentlig sektor og noen av mekanismene som både lokale, regionale og nasjonale politikere, investorer og andre aktører kan benytte seg av for å påvirke en beslutning.

Til denne oppgaven har jeg hatt et halvt år til disposisjon - fra januar 2021 til juni 2021. Omfanget av temaet jeg ønsker å dekke er svært komplekst. Mye av jobben med oppgaven går med på å sortere ut unødvendig informasjon og konkretisere oppgaven til å omhandle selve prosessen i fremtidig sykehusstruktur.

De siste fem årene har jeg studert og bodd i Trondheim. Avstand rent fysisk til regionen, bidrar også til en viss avstand til prosessen. Forutsetningene er dermed bedre for å se saken fra et mer overordnet og objektivt perspektiv. Det prosessorienterte fokuset til tematikken i oppgaven, er med på å styrke validitet og skape høy pålitelighet til leseren av oppgaven. Jeg ser det også som en fordel at jeg ikke tar et standpunkt til hva som er den beste lokasjonen, men heller ta utgangspunkt i prosessen rundt beslutningene og belyser hvordan mekanismene påvirker hverandre. Mitt håp er at oppgaven skal bidra til kunnskap innenfor prosessen rundt omstrukturering av helsesektoren på regionalt nivå. Kunne noen steg hatt en kortere tidsfrist eller vært unngått og dermed få en raskere beslutning?

1.4 Tidligere forskning

Da jeg skulle gjøre research for å se etter lignende masteroppgaver og avhandlinger omkring sykehusstruktur, gjorde jeg en interessant observasjon. Ofte ligger forskningsfokuset og utredningene i forkant eller i etterkant av beslutningstidspunktet. Det utredes, analyseres og predikeres basert på tidligere erfaringer i forkant eller det evalueres og konkluderes i etterkant av beslutningstidspunktet. Med andre ord er selve prosessen mellom start og mål i mindre grad gjort rede for. Dette ser jeg på som en spennende utfordring, og vil av den grunn, fokusere på en pågående prosess. Hvorfor er denne prosessen så tidkrevende, og hvilke instanser kobles inn underveis i prosessen?

I 2001 utarbeidet Sintef en rapport omkring Sykehusstruktur i endring (Hansen, 2001). Denne rapporten er imidlertid utdatert og omtaler ikke tematikken innenfor det jeg forsker på i min oppgave. Rapportens hovedfokus er å se om størrelse på sykehusene og effektivisering kan ha en konsistent og signifikant sammenheng mellom funksjonen på sykehustype og (kostnads) - effektivitet.

Kapittel 2. Teoretisk tilnærming og begrepsavklaring

Kapittel to er et todelt kapittel hvor første del er en redegjørelse av begreper, mens resterende del tar for seg byråkrati i helsesektoren, institusjonell teori og beslutningsteori med fokus på eksterne påvirkningsaktører. I tillegg vil søppelbøttemodellen i organisasjonsstrukturen utviklet av blant andre Johan Peder Olsen inkluderes i dette kapittelet. I underkapittelet 2.1.1-2.1.3, vil begrepene differensiering av ulike sykehus, områdeløft og medisinske behov bli gjort rede for.

2.1 Begrepsavklaring

2.1.1 Differensiering av ulike sykehus

Somatikk betyr kroppslig, eller det som har med kroppen å gjøre (Braut, 2019). *Somatiske sykehus* tar imot pasienter med kroppslige eller fysiske sykdommer. I denne oppgaven benyttes somatiske sykehus som et samlebegrep for alle sykehus som behandler fysiske sykdommer. Størrelse og arbeidsoppgaver kan likevel variere fra sykehus til sykehus. Innenfor helseforetaket i SI finnes det fem somatiske sykehus i dag; Hamar, Lillehammer, Gjøvik, Elverum og Tynset. Etter strukturelle endringer skal Innlandet stå igjen med fire. Tynset blir videreført og Hamar sykehus skal legges ned. Når hovedsykehuset også blir en del av de fire somatiske sykehusene som skal stå igjen, ser det ut til å bli en kamp mellom Lillehammer, Elverum og Gjøvik om å beholde sitt sykehus.

Et *elektivt* sykehus er et sykehus, spesialisert for planlagte operasjoner som er avtalt på forhånd med pasienten (Kåss & Hem, 2020). Etter hvert som man har mulighet til å behandle flere ulike typer fysiske sykdommer, krever det høyere grad av kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Elektive sykehus har planlagte operasjoner og inngrep. Spesialister innenfor et mer spissrettet fagfelt innehar høy kompetanse og kan tilby pasienten en god behandling. Eksempler på tilbud som kan tilbys ved et elektivt sykehus er alt fra kreftbehandling til operasjon av kne (Moldestad, et al., 2014, s. 10). Innspill fra legeforeningen (ibid), peker på at skillet mellom sykehus med akuttfunksjon og sykehus som kun håndterer planlagt (elektiv) behandling må bli tydeligere. Mange av dagens sykehus har en kombinasjon av akuttfunksjoner og elektiv behandling. Bli skillelinjene for uklare rundt formålet og funksjonen til sykehuset og den enkelte avdeling, kan pasientene oppleve dårligere kapasitet hos de elektive sykehusene, fordi for mange sykehus har akuttfunksjoner sett opp mot behovet. Dette kan få konsekvenser ved at de elektive sykehusene nedprioriteres, og flere pasienter risikerer å måtte behandles akutt for noe som kunne vært håndtert elektivt (ibid).

I 2015 ble loven om fritt sykehusvalg endret til fritt behandlingsvalg (Helsedirektoratet, 2015; Endringslov til to helselover, 2015, § 2-4). Utvidelsen av lovteksten åpner for at ordningen gir pasienter rett til å velge mellom behandlingssteder i hele landet - dette omhandler gjerne den planlagte behandlingen (elektiv). Dersom pasientene ikke føler seg ivaretatt innenfor helseforetaket den enkelte sogner til, kan pasienten selv velge et annet helseforetak for å gjennomføre behandling. Fritt behandlingsvalg åpner også for å kunne gjennomføre deler eller hele behandling på private klinikker eller sykehus (ibid). Begge disse faktorene kan føre til pasientlekkasjer til andre helseforetak eller til den private sektoren. Dårlig kapasitet på de elektive sykehusene, kan også føre til at planlagte behandlinger (elektive) blir akutte og må behandles på akutt sykehus (Moldestad, et al., 2014, s. 10).

Psykiatriske sykehus omfatter behandling av pasienter med psykiske lidelser (Braut & Malt, 2019). I tråd med nasjonal helseplan hvor man ønsker å samlokalisere flere avdelinger på en plass, er det planlagt at dagens psykiatriske avdeling på Reinsvoll (Vestre Toten kommune) og Sanderud (Stange kommune) blir lagt ned. Den nye psykiatriske enheten vil dermed bli lokalisert i tilknytning til et nytt hovedsykehus. Dette gjenspeiler på mange måter ønsket til legeforeningen (Moldestad, et al., 2014, s. 10) som vektlegger et helhetlig tilbud til pasienten. Ofte trenger pasienter som får behandling gjennom psykiatrien også somatisk behandling. Det å samle avdelingene sammen slik det er tiltenkt inn mot det nye Mjøssykehuset, oppfyller i så måte legeforeningens ønske om «et helhetlig pasientforløp på tvers av behandlingsnivåer» (Moldestad, et al., 2014, s. 6).

Prehospitaltjenester er en samlebetegnelse innenfor et bredt spekter av tjenester. For mange pasienter kan dette være det første møte med helsetjenesten. Legevakt, ambulansetjenesten, Røde Kors, Sivilforsvaret eller medisinsk nødtelefon er eksempler på ulike typer prehospitaltjenester (Nilsen, et al., 2014, s. 8). Færre lokasjoner når det kommer til antall sykehus gjør avstandene større mellom befolkningen og sykehusene. I oppdrag fra akuttutvalget i helse og omsorgssektoren, er det utredet en rapport som peker på prehospitaltjenester. I fremtidens prehospitaltjenester, (Nilsen, et al., 2014, s. 9) anbefales et prehospitalt tilbud med fokus på blant annet ambulansetjenesten som må dimensjoneres i forhold til endringer i øvrige deler av helsetjenesten. Det innebærer for SI en fleksibel tilpasning både i form av sesongvariasjoner og den generelle utviklingen i oppdragsmassen (Nilsen, et al., 2014, s. 9). Tiden fra pasienten ber om hjelp, til pasienten mottar hjelp, skal ikke økes selv om avstandene til sykehusene blir større. Organisasjoner som Røde Kors og/eller midlertidige lokasjoner for ambulansetjenesten i umiddelbar nærhet av populære fritidsområder, bidrar til å dekke behovene i griskrendte strøk.

2.1.2 Områdeløft

Begrepet *områdeløft* eller *områdesatsing* er et begrep jeg fikk kjennskap til ved en tilfeldighet. Områdesatsing eller områdeløft er et satsingsområde for Trondheim kommune innenfor bydelen Kolstad – Saupstad området (Trondheim kommune, 2013, s. 4). I forkant av vedtaket ble forslaget utredet hvor bystyret vekta at suksessen lå i en langsiktig strategisk utviklingsplan. Ved å sette inn målrettede tiltak innenfor et avgrenset område, ville de høste erfaringer fra prosjektet som skulle danne grunnlag for å se om prosjektet kan benyttes i andre områder med levekårsutfordringer (ibid, s. 4).

Begrepet blir omtalt som en egen metodikk eller angrepsmetode med mål om å snu en negativ utvikling eller trend i utsatte områder (Trondheim kommune, 2013, s. 5; Smith, 1999, s. 35). Metodikken *area – based targeting* stammer opprinnelig fra USA og England. For å løfte områder med levekårsutfordringer, (høy andel arbeidsledige, manglende kulturtilbud, sviktende næringsgrunnlag i området og/eller utdaterte organisasjoner) vil den offentlige instansen gå aktivt inn for å sette inn tiltak (Smith, 1999, s. 36). Virkemidlene som er beskrevet i teorien, omfatter i stor grad feltene innenfor utdanning og utdanningsinstitusjonene, men teorien er også overførbart til andre felt.

Områdesatsing/områdeløft ble satt på dagsordenen i Soria Moria erklæringen som et virkemiddel for å bedre levekårene for utsatte grupper (Trondheim kommune, 2013, s. 5; Kommunal- og regionaldepartementet, 2007, s. 112). I denne oppgaven blir områdeløft/områdesatsing drøftet som et mulig virkemiddel for å motvirke en eventuell negativ trend eller utvikling for en del av regionen.

Smith (1999, s. 36) understreker at områdesatsing ikke er et tillegg, men et virkemiddel som et supplement til generelle velferdsordninger og individrettede offentlige tjenester. Teorien muliggjør også å drive områdesatsing over et større geografisk område – en regional områdesatsing. Dette krever dog en proporsjonal ressursbruk i forhold til størrelsen (ibid). Et premiss for å iverksette en satsing mot et avgrenset geografisk område, er gode prognoser på suksess. For å kunne legitimere bruk av ressurser for å styrke et avgrenset område, må nytteverdien veie opp for konsekvensene det er å bruke så mye ressurser på ett område. Denne metodikken bør brukes i tilknytning til brede og langsiktige programmer for størst effekt (Kommunal – og regionaldepartementet, 2007, s. 112). Hovedutfordringen med metodikken, er langsiktighet. Smith (1999, s. 37). Uforutsette hendelser slik som pandemi, kan være faktorer som gjør at prosjektet må avvikles eller pauses til fordel for mer akutte saker på agendaen.

2.1.3 Medisinske behov

En forventet eldrebølge krever en omstrukturering av flere helseforetak i Norge for å møte morgendagens utfordringer (Helse og omsorgsdepartementet (B), 2019, s. 14). Bildet om en aldrende befolkning, viser seg også godt i andel ansatte i HF. Andelen ansatte i SI som i dag er 40 år eller eldre, utgjør 60% av arbeidsstokken. Tar vi utgangspunkt i andelen som er 50 år eller eldre, utgjør det rundt 40% av arbeidsstokken (Cowi AS og Vista Analyse, 2020, s. 22). Fram mot 2040-2045, vil bortimot 60% av dagens ansatte være pensjonister. Den store andelen som er over 40 år er ikke unik for SI, men i alle yrker. Flere blir pensjonister i tiden som kommer, og andelen yrkesaktive i den totale befolkningen går ned. Utviklingen vil på sikt kreve mer ressurser fra velferdssamfunnet. Hvordan skal man møte morgendagens behov hvor flere blir eldre sammenliknet med resten av befolkningen? Hvor skal man hente arbeidskraft fra? Løfter dette fram viktigheten av ny sykehusstruktur med mål om å drive mer effektivt?

For den nye sykehusstrukturen i Innlandet må arbeidsplassen oppfattes attraktiv for å rekruttere ansatte. Tradisjonelt har universitetssykehusene vært ansett som de mest attraktive arbeidsplassene for leger og spesialisert helsepersonell blant annet på grunn av faglige utfordringer (Cowi AS og Vista Analyse, 2020, s. 22). Inndelingen i flere mindre sykehus, er både begrunnet i avstander omkring i fylket, og frykten for stordriftsulemper å ha kun ett stor-sykehus (Helse Sør-Øst, 2019, s. 13). Dersom det endelige utfallet ville omfattet ett sykehus, ville Mjøssykehuset vært landets nest største sykehus etter A-hus med et opptaksområde på over 330.000 personer (alternativ 1) (Cowi AS og Vista Analyse, 2020, s. 22).

Det nye Mjøssykehuset i Innlandet vil ikke ha status som universitetssykehus, men vil samarbeide og drive forskning sammen med NTNU og Høgskolen i Innlandet. Et moderne Mjøssykehus vil ifølge rapporten fra Cowi, fremstå som en attraktiv arbeidsplass hvor fagmiljøene samles til større enheter (Helse og omsorgsdepartementet, 2019 (B), s. 17). Kompetanseheving som beskrives her, håper å tiltrekke seg ansatte. Ved å utvikle tettere samarbeid mellom primærhelsetjenesten i kommunene ønsker SI å legge til rette for gode pasientforløp og bidra til at flere pasienter slipper belastende reiser mellom flere sykehus og unødige sykehusinnleggelse. Bedre samhandling rundt kompetanse, forskning og innovasjon blir viktig i tiden som kommer (Sykehuset Innlandet, u.å.). Allikevel er det ingen tvil om at en stadig eldre befolkning kombinert med at vi kan gi stadig mer avansert behandling, bidrar til økt press på helseforetakene.

Lignende omstrukturering har foregått lenger sør i RHF Helse Sør-Øst. Sykehuset i Østfold bygget nytt sykehus med akuttfunksjoner på Kalnes – i utkanten av Sarpsborg, i aksen mellom

Fredrikstad og Moss (Helse Sør-Øst, 2020). Moss sykehus fungerer som et elektivt sykehus i dag, og tar av seg planlagte operasjoner. En grundigere evaluering omkring Sykehuset i Østfold Kalnes kommer i kapittel 6.7.

2.2 Byråkrati i helsesektoren

Max Weber stilte seg i all hovedsak positiv til byråkratiet som en organisasjonsmodell. Den tidlige kapitalismen var preget av ustabile forhold der arbeiderne led under mangelfulle rettigheter som vern mot oppsigelse. Bedriftene var ofte dårlig strukturert og dermed utsatt for kollapser og andre uforutsette hendelser (Sennett, 2006).

I Webers byråkratiske idealverden, opererer beslutningstakerne uten personlige hensyn (Parsons, 1947; Scott, 1992; Hatch, 2001, s. 195). Ved å operere uten subjektive meninger, sikrer byråkratiet likebehandling og forutsigbarhet for alle. Beslutninger tas på bakgrunn av lover og regler og fremstår uavhengig av andre faktorer. En fast arbeidsfordeling hvor hierarkiet av stillinger er klart definert, og kandidater blir utpekt basert på tekniske kvalifikasjoner, sikrer god kvalitet og forutsigbarhet for organisasjonen (ibid). Større organisasjoner innehar ofte mer spesialiserte stillinger sammenlignet med mindre organisasjoner hvor de ansatte må bekle flere roller (Sociological Dictionary, 2018, 1:40). Stillingen er den enkeltes primære arbeid og utgjør en livslang karriere (Parsons, 1947; Scott, 1992; Hatch, 2001, s. 195). Bildet som Weber tegner, var et byråkrati med et system der ansatte med ganske gjennomsnittlige evner kunne være rasjonelle beslutningstakere – de fungerer som upartiske og effektive ansatte. Weber så allikevel faren for at byråkratiet kunne bli et *jernbur*. Stadige mer spesialiserte – og klart definerte oppgaver, gir ikke rom for å utøve en kunstnerisk frihet og eierskap over arbeidet. Den enkeltes indre motivasjon til å utvikle seg og skape noe unikt, hindres av rammene rundt (Sociological Dictionary, 2018, 6:00). Oppsummert blir arbeidsoppgavene stadig mer spesifikke og standardiserte innenfor et avgrenset fagfelt i totalen.

2.3 Ny- institusjonalismen i organisasjonsteorien

Institusjonell teori assosieres til Philip Selznick (1957) som hevdet at organisasjoner ikke bare tilpasser seg interne grupper aspirasjoner, men også det eksterne samfunnets verdier (Meyer og Rowan, 1977; DiMaggio & Powell, 1991; Brunsson, 1989; Scott og Meyer, 1994; Hatch, 2001, s. 7). Teorien markerer starten for det som skulle bli en anerkjennelse av et sosialt og

kulturelt grunnlag for ekstern påvirkning på organisasjoner. Samlingen av ideer og teorier som knyttes opp til dette, favner under samlebetegnelsen ny- institusjonalisme (ibid).

I organisasjonslitteraturen har det vært vanlig å anvende den tredelte kategoriseringen rasjonelt valg-, historisk-, og sosiologisk institusjonalisme for å se forskjellene mellom kategoriene i tilknytning til organisasjonsteori.

Rasjonelt valg- institusjonalisme bygger på rasjonell valgteori (Peters, 2005). De rasjonelle forklaringsmodellene tillegger mennesker rasjonalitet. Evnen til å skille mellom valgmulighetene og årsakssammenhenger, er basert på strategiske valg med mål om å maksimere egeninteresser (ibid). Rasjonell institusjonalisme har utviklet en mer konkret oppfatning rundt forholdet mellom institusjoner og atferd (Hall & Taylor, s. 18). Da teorien baserer seg på en systematisk fremtoning, kan teorien dermed egne seg godt til å generalisere funnene (ibid). Adferden og menneskets selvstendige evne til å tenke, vektlegges i liten grad, og dette forenklete bilde av menneskelig motivasjon og objektivitet hos beslutningstakerne, er ikke alltid tilfelle i det virkelige liv.

Ny institusjonell teori har med hensikt å tenke nyskapende (DiMaggio & Powell, 1991). Kombinasjonen ved påvirkningen både utenfra og innenfra, fører i større grad til at organisasjoner henter inspirasjon fra hverandre. Ved å heve blikket og se til andre organisasjoner, er det samtidig med på å skape en formlikhet (Strand & Søråunet, 2018, s. 11; DiMaggio & Powell, 1991). Organisasjonene speiler seg i hverandre, og prøver å kopiere det beste fra hverandre med ønske og mål om å utvikle til å bli en bedre versjon av seg selv. Etter hvert som institusjonene ble mer komplekse, skaper det et behov for flere kontrollmekanismer for å opprettholde struktur og orden.

Historisk institusjonalisme benytter historie som et referansegrunnlag for å forstå nåtiden (Olsen, 1997). En stiavhengig utvikling baserer seg på historiske forløp og hendelser som forhandlinger, konsensusbygging eller vinnende koalisjoner som reflekterer hva som er passende (ibid). Hvordan ulike hendelser knyttes sammen over tid, er avgjørende for utviklingen av prosesser, men ikke tilstrekkelige vilkår alene for et utfall. Tidsrekkefølgen for de ulike hendelsene kan være avgjørende for hva utfallet blir (ibid).

Hvor sårbare organisasjoner er i forhold til omgivelsene, avhenger av hvilke ressurser den enkelte organisasjon har behov for (Hatch, 2001, s. 97). For helsesektoren som er driftet av statlige midler, er de helt avhengig av kapitaltilførsel for å kunne gi et tilfredsstillende tilbud. I

så måte er helsesektoren og SI svært sårbar mot endring i tilførsel av kapital (Hatch, 2001, s. 97).

Tilførsel av utstyr som både er knappe og uunnværlige gis høyeste prioritet i organisasjonens anstrengelser for å finne fram til og administrere avhengighetsfaktorer siden disse utgjør det sterkeste maktgrunnlaget for andre nettverksaktører (Hatch, 2001, s. 98). Satt i kontekst er det svært viktig å sørge for at sykehus har nødvendig utstyr til å behandle pasienter mot Covid-19 (ibid). Mangel på smittevernsutstyr var en utfordring tidlig i pandemien (Ekroll, 2020). Etterspørselen holdt ikke tritt med produksjonen, og stengte landegrensener gjorde handel og vareflyt vanskelig (Helsedirektoratet, 2020). Bilder der statsministeren og helseministeren inspiserer smittevernsutstyr kjøpt for 3,2 milliarder kroner, viser at dette hadde høyeste prioritet hos myndighetene (Sæther, 2021). Utover våren og sommeren 2020 opparbeidet Norge en nasjonalt lager, og produksjonen økte slik at etterspørselen i samfunnet ble nådd.

Som organisasjon kan du forandre omgivelsene gjennom å gå inn eller ut av en forretningsavtale, men organisasjonen vil likevel ha et behov for å håndtere ressursavhengigheten (Hatch, 2001, s. 99). Å håndtere organisasjonens ressursavhengighet krever derfor en nøye definisjon og årvåkenhet av omgivelsene rundt.

Begrepet institusjon brukes mye i mange disipliner, spesielt i samfunnsvitenskap. Innen sosiologiens brede kontekst definerte Jepperson (1991, s. 143) institusjon som “en organisert, etablert, prosedyre”. Prosedyrene er representert som samfunnets regler, eller som et ordnet sett med regler som påvirker samhandling. Prosedyrene er “standardiserte interaksjonssekvenser” og blir gjengitt i institusjonen til prosessen når en viss tilstand eller institusjonen føler et eierskap over prosessen (Jepperson, 1991, s. 145). Denne prosessen med å inngrave prosedyrene i standardiserte sekvenser kalles institusjonalisering. Organisasjoner med klare definerte rammer, speiler seg i hverandre. Sykehusene er intet unntak. Uavhengig om du befinner deg nord eller sør i landet innehar sykehusene herunder styret flere formelle og uformelle regler, strukturer, verdier og oppfatninger, som er gjenkjennbart på tvers av sykehusene (Burch, 2007, s. 100).

2.3.1 Tvingende –, normativt – og mimetisk institusjonelt trykk

Når omgivelsene organiseres omkring sosiale, kulturelle, politiske og juridiske krav gjennom institusjonelle trykk sier vi at de blir institusjonalisert (Selznick, 1957; Hatch, 2001, s. 102).

DiMaggio & Powell (1991, s. 6) skiller mellom tre former for institusjonell påvirkning: tvingende -, normativt - og mimetisk institusjonelt trykk. Mekanismene kan henge sammen i og være påvirket av hverandre, men ofte stammer mekanismene fra ulike hold (ulike betingelser for de ulike typene) og kan lede til ulike resultater (Hatch, 2001, s. 102; Malt, 2020). Av den grunn vil det være vanskelig å skille begrepene fra hverandre. Alle formene for institusjonell påvirkning omhandler forholdet rundt endringer. DiMaggio & Powell (1991, s. 65) mener at når *konformitetspresset* (presset kultur og sosiale normer påvirker enkeltindivider slik at deres meninger, holdninger og atferd blir mest mulig like) stammer fra offentlige lover og regler, har vi å gjøre med et *tvingende institusjonelt trykk* (Hatch, 2001, s. 102; Malt, 2020).

Tvingende institusjonelt trykk er ifølge DiMaggio & Powell (1991, s. 64) en formlikhetsprosess mellom organisasjoner innenfor de samme fagfeltene. Selv om organisasjoner er forskjellige tilpasser de seg hverandre uavhengig fagfelt, og prosessen fører til en mer homogen struktur, uavhengig fagfelt. Formlikhet mellom organisasjoner bidrar til enda mer etablerte strukturer som setter tydelige normer og regler i de institusjonelle omgivelsene. Tvingende institusjonelt trykk fører dermed til at organisasjonene gradvis smeltes sammen (DiMaggio & Powell, 1991, s. 64).

Hva som er forventet av enkeltindividet - for eksempel formell utdanning, faller det under kategorien *normativt institusjonelt trykk* (DiMaggio & Powell, 1991, s. 64). Normativ institusjonelt press inkluderer både de formelle og ikke – formelle forventningene som legges på organisasjonen utenfra for å fremme en type adferd. Hvert år får helseforetakene et budsjett de må forholde seg til, og størrelsen på budsjettet er viktig for kvaliteten til tjeneste som tilbys.

Innledningsvis startet jeg med å eksemplifisere hendelsesforløpet til min samboer da hun ble innlagt på St. Olav i forbindelse med blindtarmbetennelse. For mange oppleves det å være i kontakt med helsetjenesten på et tidspunkt i livet hvor man er sårbar, enten det er fysisk eller psykisk. I en slik sårbar tilstand er det utrolig viktig å føle seg ivaretatt og trygg. En forventet adferd fra sykehuset er fra pasientens ståsted å føle seg hørt og ivaretatt på en god måte.

Mimetisk institusjonelt trykk (usikkerhetsdrevet) er noe som både kan skje bevist og ubevist, og har til hensikt å perfeksjonere og forbedre egne funksjoner ved å se til andre lignende fagfelt (DiMaggio & Powell, 1991; DiMaggio & Powell, 1983, s. 150). Slike handlinger forklares med

reaksjoner på usikkerhet, og ved å kopiere og følge i andres fotspor gjennom liknende struktur, handlingsmønstre eller resultater (DiMaggio & Powell, 1991, s. 65). Institusjoner kopierer en handling eller aktivitet til en annen organisasjon på samme felt eller et relatert felt med et ønske om å forbedre seg. Desto større usikkerhet i relasjonen mellom mål og middel i en organisasjon, vil organisasjonen i større grad, modellere seg selv etter andre som oppfattes som suksessfulle (DiMaggio & Powell, 1983, s. 152). For å kunne måle fremgang innenfor helsesektoren kan tall som knyttes til antall operasjoner, antall liggedøgn og økonomisk drift av sykehusene benyttes.

Uavhengig om det er organisering innenfor helse -, finans – eller industrisektoren, kan de strukturelle oppbygningene til en organisasjon være ganske lik (Bouville & Alis, 2014, s. 3016). *Lean* er et eksempel på en anvendt arbeidsteknikk hvor det underliggende målet er å forbedre den bedriftsøkonomiske lønnsomheten. I tilknytning til fremtidens sykehusstruktur vil standardiserte rutiner innarbeidet fra første dag, føre til mindre sløsing og bedre effektivisering gjennom et større fokus på kontinuerlig forbedring innenfor hvert ledd av prosessen (ibid). Arbeidsteknikken *lean* innebærer i all hovedsak små grep. Det kan være formlikhet gjennom at alle sykehus innenfor HF SI merker og plasserer utstyr i lik rekkefølge eller på samme plass uavhengig sykehus, male korridorer i bestemte farger etter avdeling for lettere å finne frem eller fellesregister for avvik digitalt slik at sykehus på tvers av helseforetakene kan forbedre seg. Summen av alle små grep en organisasjon foretar seg, vil bidra til å forbedre den totale bedriftsøkonomiske lønnsomheten på sikt.

2.3.2 Beslutningsteori og begrenset rasjonalitet

Beslutningsteori er bygget på atferden i en organisasjon for å tilpasse seg det organisatoriske anarkiet (Cohen, March & Olsen, 1972, s. 1). Den rasjonelle modellen legger opp til at utforming og implementering av strategier og beslutninger holdes adskilt fra hverandre. Omgivelsene analyseres av topplerne for å kunne forutsi mulige trusler mot organisasjonen (Hatch, 2001, s. 130). En slik analyse brukes også med hensikt å finne forskjellige strategier som kan maksimere organisasjonens ytelsesevne med grunnlag i organisasjonens kjerneverdier.

Beslutninger som gjøres foregår tradisjonelt ut ifra rasjonelle prinsipper. Prinsippene til rasjonelle modeller bygger i stor grad på en fast struktur som starter med problemdefinisjon, etterfulgt av innsamling og analyse av relevant informasjon (Hatch, 2001, s. 300). Disse forutsetningene fungerer som ramme når beslutningen tas. Etter definering av problemet vurderes ulike alternativer opp mot hverandre. En kontinuerlig evaluering underveis bidrar til

å ta et valg på bakgrunn av de positive og negative konsekvensene av hvert alternativ (ibid). Gjennom votering basert på utredningene skapes det en enighet blant valgmulighetene gjennom demokratiske prinsipper. Beslutningstakerne går så over til implementering av valget som tas og utfallet av valget overvåkes (ibid).

Til stadighet oppleves prosessen fram mot en beslutning som trøblete. Partene kan komme i situasjoner der de er uenige om målene og/ eller hva beslutningen omhandler. Uenighet kan bidra til å skape både usikkerhet og ulik tolkning av målene. Mangelfullt fokus på uenigheter underveis i prosessen fremstår som en kritikk mot rasjonelle beslutningsteori. Herbert Simon (Hatch, 2001, s. 300) peker på følgende punkter som begrenser mennesker å opptre rasjonelt;

1. Ufullstendig og utilstrekkelig informasjon
2. Kompleksiteten i problemene
3. Menneskets evne til å bearbeide informasjon
4. Tiden som er tilgjengelig for beslutningsprosessene
5. Beslutningstakeres motstridende preferanser når det gjelder organisasjonens mål

Simon kalte begrensningene ovenfor *begrenset rasjonalitet*. Selv om beslutningstakerne prøver etter beste evne å være rasjonelle gjennom å veie for og imot, hindres de i å være fullt ut rasjonelle (Hatch, 2001, s. 302). Når mange personer er involvert kan informasjonsflyten mellom leddene være mangelfull slik at alle sider av tematikken ikke blir belyst. Mange beslutninger skal tas, og kompromisser kan ikke inngås hvis valgmulighetene ikke er forenelig med en helhetlig løsning. Som mennesker har vi bare en viss evne å bearbeide informasjonen. Spesialister bringer flere aspekt på bordet i forkant av beslutningstidspunktet, og på et tidspunkt når grensen for hva en person klarer å bearbeide (ibid). I det moderne samfunnet skal alle planer organiseres og følge en tidsplan. Noen ganger får beslutningstakerne for dårlig tid, noe som vanskeliggjør å sette seg inn i alle synspunktene. Andre ganger blir den tilgjengelige tiden for beslutningsprosessene for lang. I begge tilfeller er det som i punkt fem, lett å plukke ut innhold som passer dine preferanser og favorisere den foran andre (ibid). Siden det ofte er flere beslutningstakere som voterer over forslag, kan preferansene være motstridende mellom beslutningstakerne når det gjelder hvilket mål og beslutning som gagnar organisasjonen best.

I likhet med samfunnet har organisasjoner utviklet seg, og med tiden blitt stadig mer komplekse. Når omgivelsene i og rundt organisasjonen er stabile og enkle, kreves det for det første ikke like mange beslutninger og for det andre er det gjerne mindre komplekse. Mangelen på

tilstrekkelig informasjon kan også gjøre at beslutningstakerne delvis utilsiktet tar irrasjonelle valg.

Den andre implikasjonen av begrenset rasjonalitet henger sammen med motstridende mål (Cohen, March & Olsen, 1972; March & Olsen, 1976). Uenighet om rammene omkring beslutningstakernes valgmuligheter, kan føre til problematiske tolkninger på et senere tidspunkt i prosessen (Hatch, 2001, s. 302). Når denne enighet ikke foreligger, skapes det flertydige mål og preferanser. Flertydigheten omkring mål og preferanser øker usikkerheten ved ytterligere informasjon, fordi den nye informasjonen gir beslutningstakerne enda flere punkter å være uenige om (Hatch, 2001, s. 303). Den begrensede rasjonelle tankegangen fikk flere teoretikere som Cohen, March & Olsen (1972; March & Olsen, 1976) til å omhandle beslutningsteori med utgangspunkt i modeller som inkluderte flere av de ovennevnte problemene ved beslutningstaking.

Beslutningsteori er tradisjonelt sett dominert av den rasjonelle modellen (March & Olsen, 1976). Det vil si at de fleste beslutningsteorier bygger på en rasjonell konsekvenslogikk, der beslutninger tas på bakgrunn av individuelle eller kollektive mål, og på basis av det man antar kan bli konsekvensene av nåtidens handlinger. March & Olsen (1976) peker på to sentrale faktorer i forståelsen av beslutningsprosessen til en organisasjon. Den første er måten en organisasjon tar valg uten at det alltid foreligger et konstant felles mål. Situasjoner rundt en beslutning med et tvetydig mål er oftere tilfelle i komplekse organisasjoner hvor personer har ulike interesser. Denne tankegangen rundt kompleksiteten kan også ses tydelig inn mot helsesektoren – ikke bare i HF Innlandet, men i flere strukturelle ledd i helsesektoren fra topp til bunn. Det skjer ganske ofte at problemer løses uten kilder til eksplisitte forhandlinger eller et eksplisitt marked for prissystemer. Dette er to vanlige prosesser for beslutningstaking hvor man ikke oppnår en felles konsensus (Cohen, et al., 1972, s.1).

Den andre faktoren er måten medlemmene eller arbeiderne fungerer som aktivt deltakende i organisasjonen. Dette medfører spørsmål knyttet opp mot hvordan noen medlemmer eller arbeiderne blir aktive, mens andre medlemmer eller arbeidere forblir tause. Slike faktorer kan bidra til å rette oppmerksomheten mot eller fra en beslutning. Dynamikken som foregår internt i organisasjonen er viktig å ta høyde for, ettersom ikke alle deltar på alt til enhver tid. Av den grunn kan noen utspill veie tyngre uten at man har noen annen forklaring enn timing (Cohen, et al., 1972, s. 2).

Anarki i en organisasjon gjør at deltakerne både har ulike forutsetninger gjennom forståelsen ovenfor et felles overordnet mål, og hvordan den enkelte skal agere sett opp mot den enkeltes rolle i organisasjonen. I noen tilfeller der deltakerne er uenige kan reorganisering være et alternativ. Organisasjonen definerer nye inngangsvinkler for å tilpasse seg. Endringene krever legitimitet og en sterk og tydelig organisatorisk kapasitet som har evne til å stabilisere spenningene ved en reorganisering (Olsen, 1991, s. 10). Konsekvensene som følge av reorganisering og nye inngangsvinkler på problemet, er økende press fra eksterne aktører. Dersom organisasjonen ikke har en sterk og tydelig organisatorisk kapasitet til å stabilisere spenningene som oppstår, risikerer organisasjonen brå og radikale forandringer hvor den eksterne påvirkningen styrer veivalgene. Dette er lite gunstig for omdømme og stabiliteten til organisasjonen på sikt (Olsen, 1991, s. 10). Suksessoppskriften ifølge Olsen (ibid, s. 10; March & Olsen, 1989, s. 64, 106, 167) ligger i en gradvis modningsprosess hvor organisasjonen får tid og mulighet til å gjennomgå endringene for å tilpasse seg videre utvikling.

2.3.3 Ekstern påvirkning

En viktig påvirkningsfaktor for beslutningsprosessene er ekstern påvirkning utenfra. Beslutningsprosessene kan være påvirket av makt og politikk og hvilke interesser disse aktørene har for utfallet av prosessen. Dette synliggjøres også i denne case-oppgaven gjennom rapporter fra eksterne konsultentselskap, fokusområde i nasjonal sykehusplan, befolkningens opinion i spørreundersøkelser - og debatter og politiske utspill i regionen. Med andre ord påvirkes beslutningstakerne som skal avgjøre ny sykehusstruktur i Innlandet fra mange ulike hold og vinklinger.

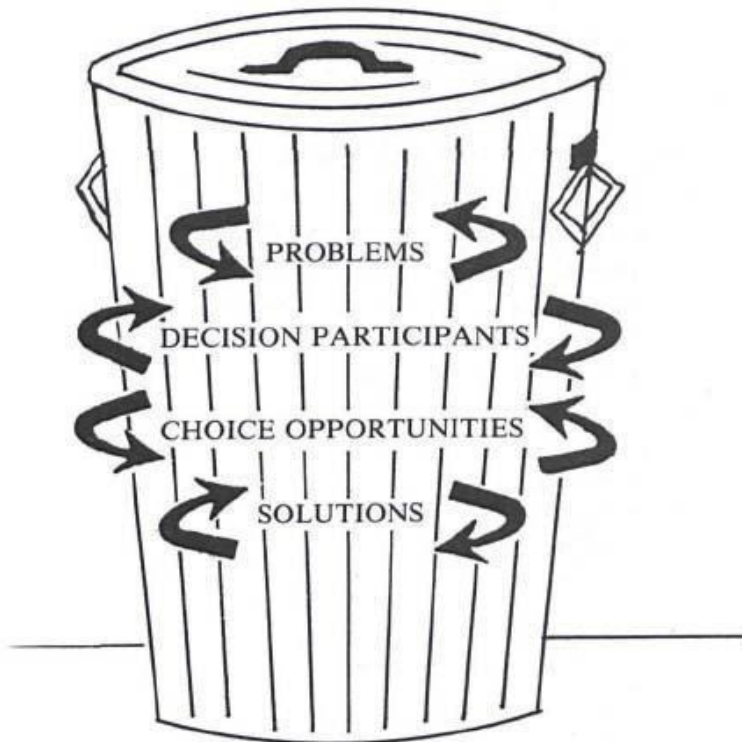
«Organisasjonspolitikken omfatter de handlinger som utføres i en organisasjon for å skaffe seg, utvikle og anvende makt og andre ressurser i den hensikt å oppnå egne ønskelige resultater i en situasjon der det er usikkerhet eller uenighet om hva som bør velges» (Pfeffer, 1981, s. 7; Hatch, 2001, s. 310).

Når en prosess står fast slik som lokasjonen av sykehusene, kan timing og eksterne faktorer som nevnt over, veie tyngre enn ellers i beslutningsprosessen. For å kunne beskrive beslutningsprosesser slik som den SI er midt inne i nå, vil jeg inkludere søppelbøttemodellen fra 1970 – tallet. Søppelbøttemodellen kan være et supplement i forståelsen av beslutningsprosesser i en organisasjon (Hatch, 2001, s. 306).

2.3.4 Olsens søppelbøttemodell

Søppelbøttemodellen ble utviklet på 70 – tallet. Tidligere tradisjonelle teorier omkring beslutningsteori fremmet den rasjonelle måten organisasjoner foretok beslutninger (Hatch, 2001, s. 305). Organisasjonene ansikt utad speilet et bilde av enighet omkring målet, prosessen og strukturen. Det bør påpekes at organisasjoner før var mindre åpne i form av tilgangen på beslutningsmateriale for eventuelle deltakere og eksterne aktører. Dette står i sterk kontrast med dagens samfunn hvor internett har åpnet for at alle kan lese utredninger og gjøre seg opp en mening (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2018).

I det moderne samfunnet, speilet ikke idealbilde av kriteriene som ligger til grunn for rasjonell beslutningstaking, virkelighetsbilde. I virkeligheten hendte det stadig at beslutningstakerne verken er enige om målene eller prosessen frem mot målet (Hatch, 2001, s. 306). Uklare rammefaktorer fører til usikkerhet hos beslutningstakerne. En konsekvens av ulike tolkninger blant beslutningstakerne, er flertydighet i beslutningsprosessen (ibid). Søppelbøttemodellen står i sterk kontrast med rasjonelle beslutningsmodeller hvor mål kan defineres entydig, og alternativene er kjent på forhånd, og kan vurderes ut fra de kriterier som anses som mest relevante.



Figur 2. Illustrasjon av søppelbøttemodellen, Einsiedel Jr., A. A. (1983).

Tanken bak søppelbøttemodellen, er å erstatte den rasjonelle konsekvenslogikken med en tidsmessig orden (March & Olsen, 1976, s. 26; Cohen, March & Olsen, 1972). Med

utgangspunkt i fire faktorer eller fire strømmer bestemmes utfallet av alle strømmene både hver for seg og kombinert med hverandre. De fire strømmene er problemer, løsninger, deltakere (beslutningstakere) og beslutningssituasjoner (anledninger) (Cohen, et al., 1972; March & Olsen, 1976, s. 25). Hver gang disse fire strømmene kommer i kontakt med hverandre kan et problem bli identifisert eller løst, men på grunn av vilkårene ved prosessen, hender det at valg tas uten at det foreligger et problem. Selv om ingen organisasjoner fungerer slik i alle beslutningssituasjoner vil enhver organisasjon fra tid til annen, oppleve å befinne seg i en posisjon hvor beslutningene ikke følger den rasjonelle konsekvenslogikken (Hatch, 2001, s. 306).

i) Problemer er bekymringen som angår folk både innenfor og utenfor organisasjonen. Problemene kan omhandle livsstilen til folk (March & Olsen, 1976, s. 26). Problemer er i motsetninger til valgene, ikke alltid løsbare ut ifra hvilke valg som blir tatt. ii) Løsninger er den andre faktoren og et produkt av noe eller noen. Med det menes at man alltid prøver å formulere spørsmål en vil ha svar på, men av og til vet man ikke spørsmålet før man har funnet svaret. Med andre ord kommer av og til svaret på problemet før problemet (ibid). iii) Den tredje faktoren i modellen er deltakere. Deltakere kommer og går, men siden hver inngang også kan ses på som utgang fra den andre siden, avhenger valget like mye av de som bidrar til valget til de som ikke gjør det. Varierende deltakelse og deltakere som kommer inn på ulike tidspunkt i prosessen og bidrar forskjellig ut ifra stilling, maktposisjon og hvilke krav den enkelte stilles ovenfor. iiiii) Den fjerde strømmen omhandler handlingsrommet eller beslutningsmulighetene (ibid). I denne strømmen inkluderes alt fra budsjett, hvilke valgmuligheter omkring lokasjonen og preferanser fra eksterne aktører. Fra tid til annen foretar organisasjoner ulike beslutninger. Valgmulighetene begrenses gjennom handlingsrommet til organisasjonen.

Søppelbøttemodellen har sine begrensninger ved at de fire strømmene kan være vanskelig å strukturere og definere (Hatch, 2001, s. 306). Hatch (ibid) mener at søppelbøttemodellen fungerer best som et supplement i tilknytning til beslutningsteori (ibid).

Kapittel 3. Metode - Case studie - kvalitativ metode

Kapittelet redegjør for valg av metode, hvilket kildemateriale som benyttes, hvordan metoden brukes for å anvende materialet, kritikk til metoden og hvilke etiske retningslinjer som en bør være klar over ved bruk av casestudie.

I metodefaget skiller man mellom to hovedstrategier for å innhente data. De to strategiene kalles kvalitativ og kvantitativ metode (Ringdal, 2013, s. 24) I kvantitativ metode brukes som oftest talldata med mange deltakere som for eksempel spørreundersøkelser. I kvalitativ metode brukes få observasjoner som enten er basert på intervju, dokument eller en kombinasjon av begge (ibid).

3.1 Metodevalg

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke casestudie som metode. Det er flere grunner til at jeg velger en casestudie for å se på utfordringer knyttet til prosessen rundt fremtidig sykehusstruktur. For det første er vi fortsatt inne i en pandemi. Det vanskeliggjør fysiske besøk på de aktuelle sykehusene og gjennomføring av intervju på de ansattes arbeidsplass på grunn av smitteverntiltak. For det andre fremstår tematikkens innhold splittende. En splittende tematikk der folk har motstridende preferanser kan føre til stor belastning på deltakerne (Tjora, 2017 s. 182). Som forsker ønsker du å påføre minst mulig belastning ovenfor intervjuobjektene. Bruk av intervju som metode vil uansett være en mer påtrengende fremgangsmåte for å innhente informasjon, sammenlignet med innhenting av informasjon fra andre publiserte dokumenter. Ønske om å være en «flue på vegg» opprettholdes ved bruk av en ikke – påtrengende metode. Også de gode refleksjonene blir vanskeligere å gjennomføre med tanke på eventuelt støy som oppstår i en intervjusetting hvor mange sitter med personlige preferanser. For meg er det viktig å opprettholde en så nøytral rolle i forskningsprosjektet som mulig. Valget av tematikken - en casestudie hvor jeg fokuserer på prosessen rundt fremtidig sykehusstruktur gjør at jeg opprettholder en nøytral rolle.

Casestudie er en metode som åpner for en fleksibel innhenting av data. Det gjør at både kvalitative og kvantitative data kan anvendes. Frihet i form av at dokumentene som skal innhentes både kan være case spesifikke (årsoppgaver, informasjon fra nettsider om kommuner) og mer generelle dokumenter, gjør at forskeren må være kildekritisk og selektiv i utvelgelsen av materiale (Tjora, 2017, s. 257). Materialet som ligger tilgjengelig for en case studie er vanligvis produsert med andre formål enn forskning (ibid). I min oppgave bidrar innhenting av

et variert kildemateriale til en god og bred forståelse av det som skal forskes på. Casemetode er en anvendbar metode når man skal forske på store organisatoriske spørsmål (Tjora, 2017, s. 42). Med andre ord egner denne metoden seg godt for det jeg ønsker å se nærmere på.

Det understrekes at enkelte caseoppgaver valgt ut fra bekvemmelighet, ikke alltid er gunstige for å kunne generalisere forskningen (Tjora, 2017, s. 42).

Rapporter utarbeidet både av eksterne og interne kilder som nyhetsartikler, høringsdokument, kronikker og innlegg blir benyttet for å skaffe et godt overblikk over tematikken. Det at jeg er født og oppvokst i regionen bidrar også til en naturlig innsikt og forståelse av demografien og de geografiske variasjonene som er beskrevet i aktualiseringsdelen. Siden jeg bruker flere typer kilder er det nødvendig å utføre en triangulering (krysssjekk) av sentrale poeng (Yin, 2012, s. 13). Når tre eller flere uavhengige kilder peker i samme retning bidrar det til å validere sentrale poeng i oppgaven.

3.2 Datamateriale

I denne oppgaven innhentes datamateriale fra samfunnsanalysene som kom i 2017 og i 2020. I tillegg støttes disse to rapportene opp av høringsrunder, politiske vedtak og styrevedtak i Helse Sør-Øst og styret i SI. Mye av kildematerialet som brukes til å understøtte teorien er ferskt.

Samfunnsanalysen fra Asplan Viak 2017 er på totalt 128 sider. I rapporten blir fire ulike modeller for sykehusstruktur utredet. Kriteriene som ligger til grunn for analysen i rapporten er; regional utvikling, persontransport, energibruk i bygg, rekrutteringsmuligheter og by- og regionutvikling (Asplan Viak, 2017, s. 4).

Mens mandatet til den første samfunnsanalysen fra 2017 er å besvare hvilken modell for sykehussammensetningen som er mest gunstig ut ifra gitte kriterier, tar den neste samfunnsanalysen mer tak i lokasjonsspørsmålet av hvert enkelt sykehus. Rapporten fra Cowi Vista Analyse fra 2020 er på 52 sider, og presenterer hvilke lokasjonsmuligheter Innlandet har. Rapporten trekker fram 6 ulike alternativer til hovedsykehus og akuttsykehus. Kriteriene som ligger til grunn, er basert på de samme kriteriene som Asplan Viak benyttet (se forrige avsnitt).

Når en ser bare på én organisasjon gjennom en enkel casestudie, kan det være fordel å vise til flere eksempler i helsesektoren. Dette bidrar til å skape referansepunkter både for leseren og forskeren. Derfor har jeg valgt å referere til evalueringsrapporten til Sykehuset Kalnes HF.

Dette for å ha et referansepunkt mot prosessen som foregår i SI. Målet er at rapporten bidrar til å skape et større oversiktsbilde mot denne enkel casestudien.

3.3 Anvendelse av kildematerialet

Kapittel fire inkluderer en deskriptiv gjennomgang av utviklingen satt inn i en tidslinje som strekker seg fra 2010 og frem til april 2021. For å presentere tidslinjen brukes styredokumenter fra SI, Helse Sør-Øst og politiske vedtak som kildegrunnlag. I denne delen blir leseren også gjort kjent med de to samfunnsanalysene som er med på å prege utspillet omkring lokasjon.

I kapittel fem presenteres begge samfunnsrapportene fra eksterne konsulenter. Her blir sentrale element som omtaler alt fra hvilket samfunnsmandat rapportene ble tildelt til hvilke funn rapportene avdekker som er av avgjørende betydning for konklusjon i rapportene. For å underbygge og få fram kontraster fra rapportene har jeg også inkludert politiske høringsrunder senere i kapittelet. Mens rapportens mandat er å gjenspeile den beste helhetlige strukturen for alle innbyggerne i Innlandet, ligger samfunnsmandatet hos politikerne på hva som best gagnar sitt lokalsamfunn. Maktkampen mellom faglige anbefaler og politiske ønsker bidrar til debatter og splittelser. I kapittel seks belyses allerede anvendte kilder fra flere vinklinger og teorien inkluderes i drøftingsdelen.

3.4 Metodekritikk

Poenget med datamaterialet som hentes ut er å sette det i en kontekst: Når er de skrevet? Hvem er leseren og for hvilket formål? Disse spørsmålene må en ha i bakhodet når funnene skal presenteres (Tjora, 2017, s. 183).

Kvalitativ forskning er preget av betydelig følsomhet overfor konteksten den gjennomføres i (Tjora, 2017, s. 15). Dette kombinert med logistikkutfordringer på grunn av pandemien, gjør at jeg ikke velger å gjennomføre intervjuer. På den ene siden kan det å gjennomføre intervjuer i denne saken være oppklarende, gitt aspekter ved saken som undertegnede ikke hadde tenkt på, ville kommet frem i lyset. På den andre siden, kan det å gjennomføre intervju omkring en tematikk som er svært betent, påføre oppgaven unødvendig støy (ibid).

Datamaterialets bruk i denne oppgaven er først og fremst tiltenkt en rolle for å kunne gi en best mulig utredning for beslutningstakerne til å foreta et valg vedrørende sykehusstrukturen, ikke for å bli forsket på. Materialet må settes i kontekst når funnene skal presenteres senere i

oppgaven. Ved bruk av materiale som er tilgjengelig for allmennheten kan noen aspekter bli utelatt.

3.5 Ethiske retningslinjer

Behandlingen av data på en respektfull måte er avgjørende for å opprettholde høy tillit og konfidensialitet hos leseren. Det å forske på prosessen er et etisk valg jeg har tatt for å opprettholde nøytralitet i saken.

Sykehusstrukturen fører til mange ulike meninger i befolkningen. Min strategi for å kunne opprettholde et nøytralt blick på saken er innhenting av kilder fra flere hold og fokusere på prosessen rundt lokasjonen av sykehusene. Som Tjora (2017, s. 235) påpeker, er det i all type samfunnsforskning, nødvendig å ha ett eller annet engasjement i tematikken det forskes på. I min oppgave fokuserer jeg på prosessen rundt ny sykehusstruktur i SI. Å skulle uttale meg noe om hvordan sykehuset skal plasseres, blir feil både etisk og forskningsmessig ettersom mitt mandat med oppgaven er å fokusere på hvordan de kommer fram til ulike beslutninger hvilke påvirkningsfaktorer som spiller inn på beslutningene. På den måten kan jeg opprettholde en objektiv vinkling på tematikken. Å reflektere rundt min forskningsetiske posisjon er viktig for påliteligheten til innholdet. Selv om forskerens engasjement på en side kan betraktes som støy, er det i hovedsak helt nødvendig å være engasjert for å kunne gjennomføre et forskningsprosjekt (ibid).

Kapittel 4. Utvikling av sykehusstruktur - tidslinje

Kapittel fire bygger på en tidslinje over de viktigste hendelsene i diskusjonen om fremtidig sykehusstruktur. Tidslinjen strekker seg fra oppstartsfasen i 2010 og frem til utgangen av april 2021. Kapittelets mål er å skape et overblikk av sakens gang fra oppstartsfasen til i dag ved å binde sammen hendelsene for en dypere forståelse for leseren, og understreke tittelen på oppgaven: fremtidig sykehusstruktur - enklere sagt enn gjort.

4.1 Målbilde, utviklingsplan og idéfaserapport

Helt siden opprettelsen av HF SI i 2001 har diskusjonen omkring ny sykehusstruktur vært på dagsorden. I 2005 gjennom daværende administrerende sykehusdirektør i HF SI Torbjørn Almlid, kom han med et forslag å bygge et felles sykehus i Hamarregionen (Sveen, Næsheim, 2005). Forslaget ble presentert foran 150 avdelingssjefer omkring i helseforetaket i 2005, men vi må spole tiden frem til 2010 før videre fremdrift sees i arbeidet.

Som en del av prosessen om ny sykehusstruktur har styret i SI i perioden mars 2010 - mai 2014, gjennomført et arbeid for å få på plass en helhetlig utviklingsplan for foretaket i regionen (Sykehuset Innlandet HF, 2016, s. 7). I henhold til fullmaktstrukturer som er vedtatt av Helse Sør-Øst RHF i 2012, (sak nr. 016-2012) skal det foreligge en utviklingsplan for helseforetaket i forkant av oppstart av en idéfase da prosjektet overstiger 500 millioner kroner – ett tak satt av nasjonale myndigheter for prosjekter i helsesektoren (Helse Sør-Øst/v Olsen, 2014, s. 2). Et annet element ved tidlig involvering og godkjenning av planer i styret, er å få nyttig innspill i planene. Målet er å høyne kvaliteten på beslutningsgrunnlaget (Rygh, 2017, s. 10). Argumentet for å involvere styret og presentere utviklingen i saken ut til media, er å skape legitimitet for videre utredning og sikre en bred involvering for alle som er interessert i å komme med innspill.

Styret i Helse Sør – Øst godkjente oppstart av idéfasen da den ble lagt fram av styret i SI i oktober 2014 (Sykehuset Innlandet, u.å.; Helse Sør-Øst/v Olsen, 2014, s. 2). En idéfase markerer starten på en innovasjon (Sander, 2019). En viktig del av denne fasen i prosessen er å utrede saken for å løse prekære behov eller problem. Klare rammebetingelser satt av staten, må foreligge for utarbeiding av en idéfaserapport. På forhånd må utvalget av rapporten vite tidsaspektet, hvor mye penger som skal brukes og hvilke ressurser og kompetanse som står til rådighet (ibid).

På bestilling fra styret i helse Sør-Øst, får Asplan Viak i oppgave å utrede fire forskjellige alternativer for strukturering av helseforetaket (se alternativene i kapittel 5 under

samfunnsanalyse) (Asplan Viak 2017) (Helse Sør-Øst, 2014, s. 3). Parallelt med godkjenning av oppstart med idéfasen opprettes en politisk referansegruppe. Mandatet til denne gruppen er å gi råd og innspill i utviklingen av den framtidige sykehusstrukturen (Sykehuset Innlandet, u.å.). Kort tid etter opprettelsen av den politiske referansegruppen, ble gruppen utvidet til å inkludere representanter fra begge fylkesting (Oppland, Hedmark), alle regionråd (10 regioner i Innlandet), KS (kommunesektorens organisasjon), brukerutvalget og pasient – og brukerombudet. I et styrevedtak fra 2016, vedtas det at referansegruppen skal gjennomføre 4 møter pr år (Sykehuset Innlandet/v Lang-Ree, s. 3). Utover disse fire møtene kan gruppen avholde møter når gruppa finner det hensiktsmessig (ibid).

I november 2015 la regjeringen fram Nasjonal helse- og sykehusplan, som gir føringer for hvordan spesialisthelsetjenesten skal drives og utvikles på nasjonalt plan i perioden 2016-2020 (Sykehuset Innlandet, u.å.). Fremtidens sykehus bør i størst mulig grad samlokaliseres både innenfor psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk. Planen vedtas av Stortinget i mars 2016, og legges til grunn i idéfaserapporten som ble ferdigstilt november samme år. I underkant av ett år senere godkjenner styret i SI idéfaserapporten hvor et viktig vedlegg til idefaserapporten, er samfunnsanalysen fra Asplan Viak. Idefaserapporten kommer til følgende anbefaling; «hovedsykehuset med modellen ett akuttsykehus, Mjøssykehuset, lokalisert ved Mjøsbrua, kommer best ut ifra de vurderingskriteriene som er vedtatt for idéfaseutredningen» (Sykehuset Innlandet v/Andersgaard, 2017, s. 2). Med det vedtas framtidig målbilde for den framtidige sykehusstrukturen. Saken oversendes så til Helse Sør-Øst RHF gjennomgår både idéfaserapporten og det framtidige målbildet.

4.2 Lokasjon

To år etter at målbilde og idefaseutredningen vedtas av styret i SI, blir det vedtatt av Helse Sør – Øst (Sykehuset Innlandet, u.å.). Som en tredje instans fremlegges saken av Helse Sør-Øst for helseminister Bent Høie hvor det gjennom et 15 minutters foretaksmøte vedtas følgende;

«Foretaksmøtet godkjenner at Helse Sør-Øst RHF kan endre framtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet i tråd med sitt framtidige målbilde for Sykehuset Innlandet HF, jf. sak 005-2019 med tilhørende vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF»
(Helse og omsorgsdepartementet, 2019, s. 4).

I etterkant av vedtaket jobbes det med videre lokasjon av den nye sykehusstrukturen. Cowi AS og Vista Analyse vinner anbudet, og får i oppgave som en ekstern enhet å utføre en samfunnsanalyse (se kapittel 5 om samfunnsanalyserapportene fra 2017 og 2020) hvor de skal utrede 6 ulike alternativer til hovedsykehus og akuttpsykehus.

Den 9. februar 2021 gjennomførte helseministeren et digitalt møte med alle kommunene som tilhørte opptaksregionen HF SI. I forkant av møte ble kommunene bedt om å besvare to spørsmål fra helseministeren (Børresen, 2021):

1. Hvor ønsker kommunene at det nye Mjøssykehuset, det akutte sykehuset og det elektive sykehuset skal plasseres?
2. Hvor ønsker kommunene at det nye Mjøssykehuset skal plasseres gitt at øvrige plasseringer gitt i foreslått i prosjektutredningen?

Fylkesordføreren kom med det avsluttende innlegget i det digitale møtet med helseministeren før pressen fikk stille spørsmål. «Oss treng itte fleire utgreiingar, analyser eller høringa. Oss treng en helseminister som viser politisk kløkt og handlekraft» (Børresen, 2021, 1.41.00-1.41.08).

I vedlegg 1 har jeg laget en tabell som viser en oversikt over hva alle kommunene i HF SI svarte den 09.02.2021 til helseministeren. Noen kommuner hadde et klart og tydelig standpunkt med innvendinger (*), andre kommuner hadde kun mandat å uttale seg om plassering av Mjøssykehuset, men ikke akutt – og elektivt sykehus, mens noen kommuner ønsket å videreføre dagens sykehusmodell (jf. nullalternativet) (Asplan Viak, 2017, s. 4).

Innenfor tidsrommet som er satt for masteroppgaven vil ikke en endelig lokasjonsavgjørelse bli inkludert i oppgaven siden den endelige beslutningen er ventet sommeren 2021. Allikevel kan henstillingen fra sykehusdirektøren i SI Innlandet veie tungt, og gi en pekepinn for hvilken beslutning Helse Sør-Øst går for (Hovland, 2021 (C); Heggelund, 2021 (B));

- Hovedsykehus plassert på Moelv
- Akuttpsykehus på Lillehammer
- Elektivt sykehus på Elverum. I tillegg til akuttfunksjoner i indremedisin og ny luftambulansbase.

Foruten denne strukturen anbefaler også SI direktøren nedleggelse av to somatiske sykehus, (Hamar og Gjøvik) samt nedleggelse av to psykiatriske sykehus plassert på Reinsvoll og Sanderud (Hovland, 2021 (C); Heggelund, 2021 (B)).

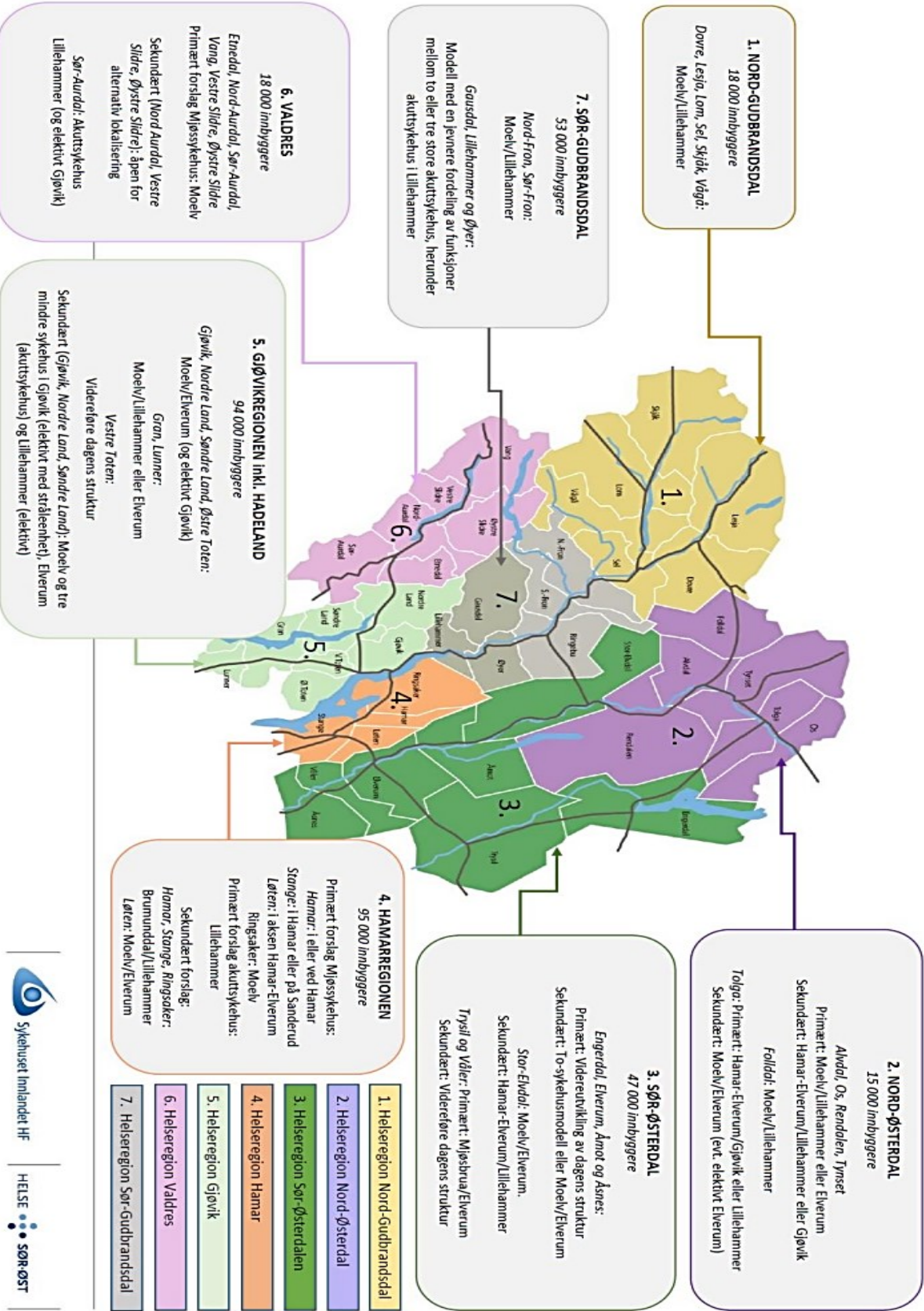
Sett i lys av rasjonell beslutningsteori har man nå definert «problemet», og vurderer ulike alternativer i form av lokasjonsmuligheter (Hatch, 2001, s. 300). Kompleksiteten i problemene, og beslutningstakeres motstridende preferanser når det gjelder organisasjons mål og tilgjengelig tid for beslutningsprosessene, gjør at timing og eksterne aktører kan få større innflytelse på beslutningstakerne.

I tillegg til de to spørsmålene som kommunene skulle besvare i forbindelse med det digitale høringsmøte med Bent Høie, fikk kommunene også i oppgave å besvare fire lignende spørsmål med frist 22. mars 2021 adressert Helse Sør - Øst. Dette fremstår som noe forvirrende ettersom kommunene allerede har besvart lignende spørsmål adressert til helseministeren bare en måned tidligere. Flere byråkratiske ledd som det i dette tilfellet jobber litt uavhengig av hverandre, kan også lede mot en lengre beslutningstid - noe denne saken absolutt ikke trenger. Avslutningsvis i dette kapittelet vil jeg vise til de fire spørsmålene Helse Sør-Øst sendte til kommunene med svarfrist 22. mars. Som det kommenteres ovenfor deler spørsmålene fra Helseministeren og Helse Sør-Øst svært mange likhetstrekk.

Spørsmålene kommunene skulle besvare Helse Sør-Øst er følgende;

1. Hva er utfordringene med dagens sykehusstruktur sett fra kommunens perspektiv?
2. Hva er kommunens primære og sekundære forslag til framtidig, helhetlig sykehusstruktur i Innlandet?
3. Hvordan vurderer kommunen det anbefalte helhetlige løsningsalternativet innenfor det vedtatte målbildet, slik det er beskrevet i prosjektrapporten (kapittel 8.3.8)?
4. Hvilke justeringer av virksomhet, funksjoner og/eller lokalisering kan eventuelt bidra til å gjøre den anbefalte løsningen bedre?

Figur 3 - Forenklet fremstilling av kommunens forslag til lokalisering av hovedsykehus og akuttsykehus (Helse Sør-Øst, 2021, s. 76).



Forklaring til tekstboksene: Lokalisering Mjøssykehus/lokalisering akuttsykehus

Figur 3 viser kompleksiteten av svarene kommunene har avgitt. De lokale politiske ønskene trumfer (Helse Sør-Øst, 2021, s. 76). Modellen er laget av Helse Sør-Øst og er basert på kommunenes svar på de fire spørsmålene stilt ovenfor. Sammenlignet med vedlegg 1 som tar utgangspunkt i svarene kommunene avga til helseministeren, er svarene fra kommunene uendret til Helse Sør-Øst. Den todelte høringsrunden med en måneds mellomrom fremstår som smør på flesk.

4.3 Konseptfasen

Et premiss for oppstart av konseptfasen er fastsettelse av lokalisering av sykehusene. Denne avklaringen er ventet som tidligere nevnt i juni- juli 2021.

Styret i SI anslår at oppstart av konseptfasen vil ta et halvt års tid (Strandby, 2021). Konseptfasen markerer på mange måter veien videre. Deretter er det satt som mål at lånesøknaden sendes 4. kvartal i 2022, og at den fremtidige regjeringen behandler søknaden om fremtidig sykehusstruktur høsten 2023. I 2024 er det et håp om at Mjøssykehuset er inne i statsbudsjettet (ibid). Med andre ord vil byggestart først skje omkring 2025 dersom planlagt tidsplan følges. Hvilke utfordringer som ligger til grunn som følge av det lange tidsaspektet fra start til mål er noe undertegnede kommer tilbake til i kapittel 6.

Kapittel 5. To rapporter - to anbefalinger

Kapittel fem presenterer de to eksterne rapportene bestilt fra Helse Sør-Øst. Rapportens anbefaling utgjør på mange måter kjernen i debatten rundt reorganiseringen av sykehusstrukturen. Rapportene som omtales er samfunnsanalyse fra Asplan Viak fra 2017 og samfunnsanalyse fra Cowi AS og Vista Analyse i 2020. Foruten rapportene presenteres høringsrunder, kronikker, vedtak fra politikerne, samt meningsmålinger fra innbyggerne i helseregionen i dette kapittelet.

I tilknytning til idéfasen ble flere alternativer utredet. I den første samfunnsanalysen levert av Asplan Viak i 2017 bygger rapporten på fire alternativer. Alternativene fokuserer på antall sykehus og utreder fordeler og ulemper knyttet til de fire alternativene. I tillegg tar rapporten for seg lokasjon av hovedsykehuset.

Den neste rapporten levert av Cowi AS og Vista Analyse fokuserer mer på lokasjonsspørsmålet rundt det nye hovedsykehusets plassering. Rapporten tar utgangspunkt i: sysselsetting, næringsliv, rekrutteringsevne, regional utvikling, byutvikling, persontransport, miljø og klima, utnyttelse av infrastruktur og folkehelse (Cowi AS og Vista Analyse, 2020, s. 4).

5.1 Samfunnsanalyse, Asplan Viak 2017

Samfunnsanalysen kommer som et vedlegg til idéfasen og tar for seg en vurdering av mulige samfunnsmessige konsekvenser av ulike løsningsmodeller i et framtidig perspektiv. I likhet med idéfaserapporten fra 2016 bygger samfunnsanalysen på fire ulike alternativer (Asplan Viak, 2017, s. 4);

1. Fremtidig modell med nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua
2. Fremtidig modell med 2 store akuttsykehus i Mjøsregionen
3. Fremtidig modell med 3 store akuttsykehus i Mjøsregionen
4. Fremtidig modell med 4 akuttsykehus i Mjøsregionen (nullalternativet, videreføring av dagens modell)

I tillegg til disse modellene ble det vurdert øvrig somatisk spesialisthelsetjeneste. Dette inkluderer blant annet det desentraliserte spesialhelsetilbudet, psykisk helsevern, habilitering/rehabilitering og prehospitaltjenester (Sykehuset Innlandet HF, 2016, s. 7; Asplan Viak, 2017, s. 107).

En samlet vurdering av alternativene fra de fire valgmulighetene bygger på følgende prinsipp satt av styret i SI (Sykehuset Innlandet HF, 2016, s. 120):

- **Relevant.** Oppfyller de overordnede målene som gjelder for helseforetaket
- **Gjennomførbart.** Kan gjennomføres innenfor helseforetakets finansielle handlingsrom
- **Levedyktighet.** Helseforetakets økonomiske bæreevne kan opprettholdes gjennom prosjektets levetid.

Rapporten slår fast at de faglige vurderingene av utviklingen i SI fram mot 2040 krever mer spesialisering og tverrfaglighet for å kunne tilby pasienter den beste, mest helhetlige, sammenhengende og effektive behandlingen (Sykehuset Innlandet HF, 2016, s. 120). Dette samsvarer også med nasjonal helseplan (Helse og omsorgsdepartementet (B), 2019, s. 165). Målet med samhandling er at pasientene skal føle seg ivaretatt på en helhetlig måte. Totalbehandlingen skal foregå sømløst mellom avdelingene, og de ansatte skal ha klart avgrensede og definerte oppgaver. Hjertekirurger er spesialister på hjerteoperasjon, portører er lommekjent på huset og frakter pasienter mellom avdelingene mens andre sykepleiere har i oppgave å observere pasientene. En fast arbeidsfordeling hvor hierarkiet av stillinger er klart definert og kandidater blir utpekt basert på tekniske kvalifikasjoner, sikrer god kvalitet og forutsigbarhet for organisasjonen (Parsons, 1947; Scott, 1992; Hatch, 2001, s. 195).

Utviklingen som skjer i helsetjenesten, deler likhetstrekk med samfunnet ellers ettersom det gjennomføres stadig små forbedringer i alle ledd. For helsevesenet vil det si at vi kan behandle mer komplekse sykdommer gjennom økt forståelse og spesialkompetanse. En direkte konsekvens av dette er at vi blir eldre som følge av at flere overlever sykdommer det tidligere ikke fantes behandling for. For å møte morgendagens utfordring kan man ved å gå for alternativ 1, ta imot et større pasientvolum, tilby et mer slagkraftig fagmiljø som igjen skal bidra til en høyere helhetlig behandlingskvalitet (Sykehuset Innlandet HF, 2016, s. 121).

I tillegg til behovet for tilstrekkelig behandlingsvolum innenfor hvert fagområde er det i delrapporten «*faglige utviklingstrekk mot 2040*» pekt på behovet for samling av spesialiserte funksjoner (akutte områdefunksjoner) (Lohfert – Praetorius AS, 2016, s. 232). Tilgang på relevant og riktig kompetanse på stedet pasienten tas imot er avgjørende for å møte de fremtidens medisinske behov. Samtidig som det kreves økt kunnskap og kapasitet innenfor spesialisthelsetjenesten, er det også et behov for styrking av breddekunnskapen særlig i akutt- og mottaksmedisin (ibid). En rask og god diagnostikk fører til at den enkelte blir sendt til riktig avdeling i riktig rekkefølge der team på tvers av spesialfelt samkjører med mål om en best mulig

totalbehandling av den enkelte pasient. Balansen mellom å inneha en høy spisskompetanse og en bred fagkunnskap er en vanskelig avveining for sykehusledelsen. En løsning for å vedlikeholde breddekompetansen, er bruk av spesialister i tilknytning til observasjonsposter i akuttmottak. Med andre ord ønsker administrasjonen i Sykehuset Innlandet (v/Andersgaard, 2017, s. 8) at spesialistene skal benyttes gjennom et rulleringssystem på tvers av sykehus og inkluderes i de små sykehusenes vaktlag. Summen av varierte arbeidsoppgaver og et mangfoldig arbeidsmiljø for de ansatte, har som mål å styrke totalbehandlingen til den enkelte pasient og heve fagkunnskapen hos de ansatte.

Samfunnsanalysen (Asplan Viak, 2017) fremhever at modellen med ett hovedsykehus ved Mjøsbrua er alternativet som faglig og økonomisk samlet sett er den beste løsningen for fremtidig sykehusstruktur i Innlandet (Sykehuset Innlandet HF, 2016, s. 131; Asplan Viak, 2017, s. 126). Dette alternativet krever imidlertid de største investeringsbeløpene noe som kan fremstå som utfordrende i en situasjon med begrensede investeringsmidler. Det anbefales å vedta en trinnvis utvikling av hovedsykehusmodellen ved Mjøsbrua til fordel for to – og tre – sykehusmodeller med lavere investeringsnivå dersom man ikke skulle få tilstrekkelig investeringsmidler (ibid).

Et moment med samfunnsanalysen fra 2017 er reduksjonen i opptaksområdet på cirka 70.000 innbyggere som følge av overføring av enkelte kommuner til HF Akershus i perioden mellom samfunnsanalysene som ble fremlagt i 2017 og 2020.

Idéfaserapporten sammen med samfunnsanalysen fra januar 2017, ble enstemmig vedtatt i styret HF Innlandet i juni 2017 for videre orientering (protokoll fra styremøte HF Sykehuset Innlandet, 2017). Hos undertegnede reagerte jeg imidlertid på ordstillingen– *«for videre orientering»*. Ifølge ordbøkene betyr både «å ta noe til etterretning», og «ta noe til orientering» det samme (Hem, 2012). Er dette et forsøk på helgardering fra styret sin side? Ved å bruke begrepet orientering tolker jeg det dit hen at de holder døra på gløtt for andre alternativer i fremtiden, og man forplikter seg i mindre grad til å gjennomføre det forslaget på et senere stadiet.

5.2 Samfunnsanalyse, Cowi AS og Vista Analyse 2020

4. desember 2020 publiserte Cowi AS og Vista Analyse på oppdrag fra Helse Sør – Øst RHF en samfunnsanalyse hvor de legger til grunn for ny sykehusstruktur. Tre år tidligere satt styret i HF SI og stemte for Mjøssykehus ved Mjøsbrua.

Med andre ord kom denne eksterne rapporten som tok tre måneder å utarbeide og kostet 2,7 millioner pluss moms, (Løvlund, 2020) noe overraskelse på mange. Rapporten skiller seg fra samfunnsanalysen fra 2017 ettersom den utreder 6 ulike alternativer med utgangspunkt i følgende struktur: ett hovedsykehus, to mindre akuttpsykehus (Tynset akuttpsykehus er ikke inkludert, men videreføres uavhengig utfall) og et elektivt sykehus. Alternativene leserne får presentert her tar for seg hovedsykehus og ett akuttpsykehus (Cowi AS og Vista Analyse, 2020, s. 4).

1. Alternativ 1 (Biri (Hovedsykehus) – Hamar (Akuttpsykehus))
2. Alternativ 2 (Biri (Hovedsykehus) – Elverum (Akuttpsykehus))
3. Alternativ 3 (Moelv (Hovedsykehus) – Lillehammer (akuttpsykehus))
4. Alternativ 4 (Moelv (hovedsykehus) – Gjøvik (Akuttpsykehus))
5. Alternativ 5 (Brumunddal (Hovedsykehus) – Lillehammer (Akuttpsykehus))
6. Alternativ 6 (Brumunddal (Hovedsykehus) – Gjøvik (akuttpsykehus))

*Tynset akuttpsykehus videreføres uavhengig utfall av fremtidig sykehusstruktur.

Alternativene tar utgangspunkt i tre forskjellige lokasjoner for hovedsykehus og fire alternativer til plasseringer for akuttpsykehuset i den nye strukturen. Både Biri, Moelv og Brumunddal har ikke sykehus i dag. Uavhengig plassering av hovedsykehus må en egnet tomt fremlegges, og sykehuset må bygges fra grunnen av. Mens Biri og Moelven ligger på hver sin side av Mjøsbrua og vil i så måte være definert som «ved Mjøsbrua», ligger Brumunddal 15 kilometer sørøst for Mjøsbrua i retning Hamar.

Rapporten legger også fram nullalternativet. Det vil si å videreføre og beholde dagens struktur, men dette alternativet sees bort ifra ettersom tidligere styremøte (jf. Høringsdokument, 2016) stemte for ny sykehusstruktur med et hovedsykehus. Av den grunn er nullalternativet fremlagt mer som en formalitet. Alternativ 1 og 2 ble raskt sett bort fra da rekrutteringsgrunnlaget til Biri er for lavt. Et Mjøspsykehus plassert på Biri, vil også gi økt reisekostnad for pasientene (Cowi AS og Vista Analyse, 2020, s. 45).

Debatten nådde nye høyder da rapporten skroter alternativet som var «ved Mjøsbrua» til fordel for Brumunddal (se alternativ 5 og 6). Avstanden til Mjøsbrua utgjør omkring 15 kilometer. I tidligere utredninger var ikke Brumunddal sett på som et alternativ. Hovedargumentet for plasseringen i Brumunddal var reisevei til de ansatte, og rekrutteringsgrunnlag innenfor en radius av 20 minutter fra hovedsykehuset (Cowi AS og Vista Analyse, 2020, s. 9). Med utgangspunkt i 20 minutters reisevei med dagens vegstandard vil Brumunddal ha mer enn

dobbelt så mange personer innenfor 20 minutter sammenlignet med Moelv (ibid). Det er først når reisetiden økes til 30 minutter at befolkningen blir like stor eller større på Moelv (ibid). Rapporten fremhever befolkningstetthet opp mulighetene for arbeidsplasser.

Rapporten henviser til A-hus HF og Sykehuset Østfold Kalnes hvor begge sykehusene befinner seg i utkanten av bykjernen, og det vises til få næringsmessige synergier av disse sykehusene i motsetning til St. Olav i Trondheim hvor forskningsmiljøet står sterkt sammen med sykehuset (se kapittel 6.7). Med andre ord peker rapporten på at det vil være smart å legge sykehuset i nærhet til en av de fire Mjøsbyene da disse har best forutsetninger for å oppnå positive ringvirkninger (ibid, s. 10). I lys av områdesatsing vil lokalisering i tilknytning til en by, styrke mulighetene for å maksimere ringvirkningene av lokasjon (Smith, 1999, s. 36). Å plassere sykehuset der det er høyere befolkningstetthet, kan gjøre det mer attraktivt for en eventuell partner å finne en jobb nummer to (Cowi AS og Vista Analyse, 2020, s. 42).

5.2.1 Debatter, vedtak og handlekraft

Foruten rapportene har det vært en rekke høringsrunder. I etterkant av samfunnsanalysen fra 2020, har ikke reaksjonene latt vente på seg. Det har blant annet blitt arrangert fakkeltog på Gjøvik som truer med å trekke sin støtte til ny sykehusstruktur dersom ikke hovedsykehuset plasseres ved Mjøsbrua. Elverum har gått hardt ut dersom de mister sitt sykehus og påpeker viktigheten med et helhetlig tilbud til Østerdalsregionen, og i forbindelse med to militærleirer som ligger i regionen.

Opptaksområdet til Sykehus Innlandet HF har også gjennom denne perioden endret seg drastisk. Et fall i opptaksområde på 70.000 mennesker som sogner til HF SI mellom den første og andre samfunnsanalysen (2017, 2020) er med på å endre strukturen. Nedgangen i innbyggere er konsentrert i den sørlige delen av opptaksområdet (Kongsvinger- regionen, Nes Kommune og Jevnaker overført til A-hus). Det fører til at tyngdepunktet i befolkningen flyttes nord/vest over. En reduksjon i befolkning endrer rammevilkårene og får konsekvenser for hvilke tilbud som lokaliseres innenfor HF SI ettersom opptaksområdet ikke lenger sogner til like mange innbyggere.

5.2.2 Fylkestingets beretning

Etter sammenslåing av Oppland og Hedmark fylke representerer fylkestinget et mangfold av meninger, og saken splitter de politiske partiene. Et felles forslag fra Arbeiderpartiet og deler av Senterpartiet med støtte fra Høyre, la grunnlaget for vedtaket: 38 stemte for nytt hovedsykehus på Moelv og 19 var imot dette forslaget (Hovland, 2021). Fylkestinget ville imidlertid ikke ta stilling til plassering av de øvrige sykehusene – akuttsykehus og det elektive. Ikke mange timene etter at fylkestinget stemte for nytt hovedsykehus på Moelv, går ordføreren i Hamar hardt ut mot fylkestinget. «*Godt argument for å legge ned fylkeskommunen*» (Brekne, 2021). Videre mener han at AP, Oppland SP og Oppland Høyre har gått sammen hvor Hedmark blir den store taperen (ibid). Sett i et større perspektiv kan en slik uttalelse fra en ordfører i Innlandets største by, ha svært negative konsekvenser for videre støtte til ny sykehusstruktur. Det er viktig å presisere at prosessen om ny sykehusstruktur ikke kan gå over i en eventuell konseptfase før plasseringen er bestemt.

Kapittel 6. Gjennomgang av rapportene

Kapittel seks omfatter drøftingsdelen hvor delene fra de foregående kapitlene inkluderes. Her vies større plass til eksterne aktører og deres mulighet til å påvirke prosessen. Den store variasjonen i innbyggertall i regionen gjennom deltidsinnbyggere og deres posisjon og rolle i debatten, legges fram i denne delen. Prosessen i saken sees fra flere sider og mulige løsninger rundt lokasjon og struktur i helseregionen drøftes. I tillegg vil jeg komme med enkelte eksempler fra Sykehuset Østfold Kalnes som har gjennomgått strukturelle endringer. Dette for å sette saken i et større perspektiv, og knytte DiMaggio & Powells (1983) teori omkring formlikhet mellom helseforetakene. Er det likhetstrekk i prosessen i det som foregår i HF SI sammenlignet mot andre helseforetak? Hovedfokuset til oppgaven, blir likevel å se på SI og prosessen som foregår der.

Opgaven vil som nevnt tidligere ikke drøfte og anbefale den «beste» strukturen, men heller belyse prosessen og mekanismene som foregår rundt beslutningene underveis. Jeg har valgt å sette en sluttdato for innhenting av materiale den 30.04.2021. Endelig avgjørelse omkring beliggenheten til fremtidig sykehus i Innlandet er ventet å komme i utgangen av mai måned fra Helse – Sør-Øst. Derfra er det ventet at helseminister Bent Høie godkjenner oppstart av konseptfasen i løpet av sommeren 2021.

6.1 Områdeløft fra to perspektiver

For å løfte metodikken områdeløft/områdesatsing vil jeg drøfte områdeløft fra to vinklinger. Det første perspektivet omhandler et områdeløft innenfor et geografisk område hvor det nye Mjøssykehuset vil stå ferdig. En positiv regenerering av arbeidsplasser vil skape gode levekår for innbyggere som bor i nærheten av hovedsykehuset (Smith 1999, s. 32). Det lokale næringslivet må sammen med lokalpolitikere fremlegge en plan for hvordan de skal håndtere flere innbyggere og arbeidstakere i kommunen. Fokuset blir da rettet mot et geografisk avgrenset område der vekst og forbedret levekår kommer som følge av opprettelse av en stor organisasjon. Kan nytt sykehus bidra til ekstra drahjelp dersom det legges til rette for flere offentlige organisasjoner i nærheten av det nye Mjøssykehuset?

På den andre siden kan områdeløft ses i sammenheng med de områdene hvor dagens sykehusstruktur ikke videreføres. Disse områdene risikerer å miste en av sine viktigste arbeidsplasser i sitt lokalsamfunn. For å eksemplifisere velger jeg å trekke fram Gjøvik. Undertegnede understreker at beslutningen ikke er tatt, men det ligger i kortene at antall

sykehusansatte i Gjøvikregionen reduseres kraftig. Ved et optimistisk syn vil Gjøvik få det elektive sykehuset. Ordføreren i Gjøvik tror en nedbemanning fra å være et akutt sykehus med 1100 ansatte, vil reduseres med 50 % ved en omstrukturering til elektivt sykehus (Hovland, 2020). Arealflaten som kreves i forhold til et eventuelt elektivt sykehus blir rundt det halve av dagens sykehusbygg på Gjøvik. Et mer realistisk anslag for Gjøvikregionen vil være nedleggelse av både Gjøvik sykehus og Reinsvoll psykiatriske avdeling. Forslaget til styret i SI er samlokalisering av den psykiatriske avdelingen på Reinsvoll (Vestre Toten) og Sanderud (Stange) i tilknytning til det nye hovedsykehuset. Ved avvikling av sykehusdriften i Gjøvikregionen, mener ordføreren i Gjøvik at de ansatte må pendle eller flytte for å få jobb ved det nye hovedsykehuset. Likevel påpeker ordfører at det er viktigere for Gjøvik kommune at Mjøssykehuset blir plassert på Moelv kontra å beholde sitt sykehus (ibid). Dette danner muligheter for en legeutdanning gjennom NTNU på Gjøvik i sterkt tilknytning til hovedsykehuset.

Omdisponering av bygningene bør utnyttes best mulig, enten som leiligheter slik som gamle Fredrikstad Sykehus (Bartolomei, 2019) eller som næringsbygg. For det første bidrar omdisponering av sykehus til andre formål et viktig mål sett i et bærekraftig perspektiv. Kostnadene å gjøre om et sykehusbygg hvor allerede infrastruktur foreligger, vil være bedre ressursutnyttelse kontra å la det stå tomt (ibid). For det andre vil det å omdisponere bygget til andre formål, bidra til å forhindre sviktende næringsgrunnlag i området som følge av at en organisasjon flytter ut. Med en sentral plassering av sykehuset på Gjøvik og Hamar bør dette utnyttes på best mulig måte. Lokale investorer bør i samarbeid med både SI og politikere se til andre områder i Norge hvor områdesatsing har blitt anvendt for å snu en negativ trend i et avgrenset geografisk område (Trondheim kommune, 2013, s. 5; Smith, 1999, s. 35).

For å snu en eventuell negativ trend i et område, kan staten gå inn med andre virkemidler og styrke området slik at den eventuelle negative trenden snus som følge av en annen virksomhet eller et løft i regionen. Gjøvik har universitetsstatus, og staten bidrar til finansiering av universitet. En strategisk satsing for campus-området, kan være med på å legge til rette for bydelsutviklingen. De kan gi økonomisk tilskudd slik at skolen kan ta imot flere studenter. Flere studenter krever bygging av flere boliger som igjen åpner muligheten for arbeidsplasser og økte skatteinntekter for kommunen. Som nevnt over kan mulige tiltak være så mangt, men det må være spesifikt, angrepsøkende og foregå over en lengre tidsperiode skal det lykkes og kunne kalles et områdeløft (Smith, 1999, s. 36).

Hamar er også et område som mest sannsynlig mister sitt lokalsykehus til fordel for et sykehus lenger nord. Mange arbeidsplasser forsvinner fra kommunen og de ansatte må belage seg på lengre reisevei dersom de overføres til det hovedsykehuset. Hamar har likevel en stor fordel pr. 2021 sammenlignet med Gjøvik. Vei - og tog standarden på østsiden av Mjøsa er vesentlig bedre sammenlignet med vestsiden. I 2014 ble nasjonal transportplan lagt fram for perioden 2014-2023 (Samferdselsdepartementet, 2013, s. 61). Intercity – strekningen Oslo – Hamar får dobbeltspor, og tillater dermed hastigheter opp mot 250 km/t. Kortere reisetid og en langt større kapasitet i forbindelse med togtrafikken, gjør vestsiden av Mjøsa til en attraktiv plass å bo på grunn av stadig oppgraderinger i infrastruktur (ibid). Nylig stod firefelts motorvei ferdig til Mjøsbrua slik at reisetiden for de som benytter seg av bil mellom Moelv og sydover på E6 forkortes.

Områdesatsing i et avgrenset område krever mindre økonomiske ressurser, og kan være enklere å definere hvilke(t) område (r) som skal inngå i et områdeløft. Ved suksess kan prosjektet filtreres og inkluderes i regionale og nasjonale program på sikt (Smith, 1999, s. 38). Effektene av områdesatsing vil fungere best når det forekommer godt definerte mangler og ulempene kan adresseres til spesifikke områder eller fagfelt (Smith, 1999, s. 36). Siden reorganiseringen av fremtidig sykehusstruktur foregår over mange plan og over et stort geografisk område, (lokalt, regionalt og nasjonalt) kan kompleksiteten være til hinder for å gjennomføre en målrettet områdesatsing.

Områdesatsing kan også benyttes som et supplement i større regionale områder. I motsetning til avgrensede områder, har regionale områdeløft noen planmessige fordeler (Smith, 1999, s. 22). Ved å satse på større regioner har man større sannsynlighet for bedre og mer informasjon om området som en helhet kontra et spesifikt lokalt område. Kontrastene kan også lettere utjevnes ved en større regional satsing. Effekten ved områdesatsing innenfor et større geografisk område, har imidlertid en bakside – den er svært kostbar. Foruten kostnadsutfordringene må det defineres hvor «dårlig» et område må være sammenlignet med andre for å kunne kvalifisere til områdeløft. Her må nytteverdien sees opp mot kostnadene. Inkludering av lokalpolitikere, er viktig for å definere den geografiske avgrensningen av et område, og om området er kvalifisert til å motta områdeløft eller ikke (Smith, 1999, s. 40).

Lokasjonen rundt storsykehuset vil bidra til økt sysselsetting hos øvrig næringsliv (Cowi AS og Vista Analyse, 2020, s. 23). De ansatte har sine daglige utgifter som alle andre. De handler mat, besøker underholdnings – og serveringssteder på kveldstid og i helgene, innkjøp av klær og pusser opp husene sine. Ringvirkningsanalysen fra Cowi AS og Vista Analyse, (2020, s. 23)

viser at det er knyttet i snitt 0,2 andre arbeidsplasser til hver fulltidsansatt ved sykehuset. Med andre ord vil det si at for hver femte sykehusansatt, skapes det en 100 % stilling utenfor sykehuset. Dette avhenger riktignok av flere faktorer. Er det tilstrekkelig tilgang på boliger, fritidsaktiviteter, arbeidsmarkedet utenfor sykehuset, skole og barnehager? Ved et mangelfullt tilbud til den ansatte, risikerer den 100% stillingen som skapes utenfor sykehuset å flytte seg lenger unna selve sykehus, og i større grad være fjerntliggende sett opp imot lokasjon av sykehuset.

Veistrekningene blir stadig utbedret og reisetiden blir kortere mellom mjøsbyene. NyeVeier (u.å.) melder at strekningen Moelv- Øyer vil stå ferdig med firefelts motorvei innen utgangen av 2025. Avstandene mellom mjøsbyene er relativt korte selv i dag, men med enda kortere reisetid mellom mjøsbyene forventes det at mange av dagens sykehusansatte forblir boende der de er etablert i dag (Cowi AS og Vista Analyse, s. 35). Med utgangspunkt i andelen som er 40 år eller eldre, utgjør det rundt 60% av arbeidsstokken i SI (Cowi AS og Vista Analyse, 2020, s. 22). Ser vi 20 år fram i tid, vil denne andelen av dagens ansatte være nær pensjonsalder eller allerede pensjonister. Det vil si at store deler av dagens arbeidsstokk ikke vil i liten eller ingen grad ta del i ny sykehusstruktur. Av den grunn, kan det være vanskelig å uttale seg omkring fremtidig bosetningsmønstre i forhold til sykehusene. Mens samfunnsanalysen fra 2020 hevder at folk vil bosette seg tett opp mot sykehuset er undertegnede noe usikker i deres prediksjon. For det første vil bedre veistandard føre til kortere reisetid. Det muliggjør bosetning lenger unna arbeidsplassen uten at det går på bekostning av reisetid. For det andre stilles det spørsmål omkring antall arbeidsplasser som muliggjør jobb nummer to. For at de ansatte skal flytte nærme sin arbeidsplass, bør også jobb nummer to være i nærheten av sykehuset. Plassering av sykehus i utkanten av en by, vil dermed redusere muligheten for å finne en jobb nummer to utenfor sykehuset ettersom arbeidsplassene sentraliseres i tilknytning til byene.

6.2 Den eksterne påvirkningen

Organisasjonene i dag er tettere vevd sammen, og sammenligner seg etter hverandre. For beslutningstakerne er det enklere å legitimere en beslutning ved å vise til andre eksempler på lignende reorganisering av helseforetak andre steder i landet, sammenlignet med å ta selvstendige valg som bryter med normene (DiMaggio & Powell, 1991, s. 64).

Sett i lys av Olsens søppelbøtte – modell, kan timingen med å foreslå Brumunddal som alternativ lokasjon til hovedsykehus, være gunstig (Cohen, March & Olsen, 1972; March &

Olsen, 1976, s. 26). Byen har ikke vært i søkelyset før samfunnsanalysen (2020) la dette fram som et alternativ (løsning). Timing gjennom at prosessen har strukket seg utover mange år, gjør Brumunddal til en joker i dette puslespillet. Kanskje den eksterne påvirkningen fra rapporten vil vise seg å være avgjørende for beslutningstakerne når den endelige beslutningen skal fattes.

Gjøvik - og Valdres regionen har vært tydelig på at de ønsker et Mjøssykehus på Moelv. I kampen om plassering, kan konsekvensene vise seg at Gjøvik sykehus blir lagt ned.

En tidligere kritikk til rasjonell beslutningsteori er mangelfull vektlegging rundt påvirkningen de individuelle aktører innehar i beslutningsprosesser (Hall & Taylor, 1996; Hatch, 2001, s. 300; Squires, 2010, s. 268). Timing og rollen til den enkelte kan tilegnes stor vekt for hvilket alternativ beslutningstakerne til slutt velger.

Flere av de eksterne aktørene, har et samfunnsmandat om å opptre objektivt og nøytralt. Dette er det imidlertid vanskelig å opprettholde til enhver tid. Et eksempel Hatch (2001, s. 314) tar for seg er å hente inn eksperter (konsulenter) utenfra som støtter ens egen posisjon. Det siste leddet i setningen; «*som støtter ens egen posisjon*» (Hatch, 2001, s. 314) kan imidlertid være svært vanskelig å bevise. Spekulasjonene vil allikevel leve i beste velgående. Ett påvist tilfelle hvor en ekstern aktør opptre subjektivt, kan være nok til at alle eksterne aktører mistenkes for det. Med bakgrunn i de svært komplekse leddene i prosessen om ny sykehusstruktur (se mer utfyllende under kapittel 4) er det en løpende risiko at på ett eller annet tidspunkt havner beslutningstakerne i søkelyset med påstander for å opptre partisk og vektlegge subjektive meninger. Lokalpolitikere og andre næringsaktører kan imidlertid inneha subjektive meninger, og støtte det som gagnar best for sin virksomhet eller sin region (Pfeffer, 1981, s. 7; Hatch, 2001, 301).

Makt og påvirkning endrer seg kontinuerlig ut ifra maktens bevegelse gjennom eksisterende autoritetskanaler (Hatch, 2001, s. 301). På grunn av den dynamiske maktfordelingen som endrer seg over tid får aktører ulike roller som styres av timing og posisjon på det aktuelle tidspunktet (Olsen, 1991). Slike endringer kan føre til at gamle legitimitetsmønstre blir avløst til fordel for nye mønstre. I likhet med interne dragkamper foregår det også en kamp eksternt vedrørende påvirkning.

Arthur Buchardt er en sentral næringslivstopp som har uttalt seg i sykehussaken (Hovland, 2021 (D)). Han mener Moelv er den beste plasseringen, og at Helse Sør-Øst ikke kan komme med et nytt forslag i tolvte time. Dette selv om han kommer fra Brumunddal. Et poeng journalisten løfter fram er investorens tomter i Moelv. «Jada, jeg har 400 mål i Moelv sammen med CC-

Gruppen. Men jeg klarer meg uansett. Dette er viktigere enn som så» (Hovland, 2021 (D)). Rent økonomisk vil et nytt sykehus til Moelv bidra til høyere verdi på områdene investoren allerede eier. Derfor er det naturlig at en journalist vil stille spørsmål rundt investorens uttalelser. En investor ønsker alltid å sikre egne resultater, og i en situasjon der det er usikkerhet eller uenighet om hva som bør velges, kan det å uttale seg i media, ha et tvetydig formål (Pfeffer, 1981, s. 7; Hatch, 2001, 301).

6.3 Helsepolitikk

Helse og politikk hører tett sammen, og på flere plan og faser i prosessen vises en tydelig kobling mellom de to feltene. Fra 2002 i forbindelse med ny helsereform, overtok staten hovedansvaret for sykehusene (Regjeringen v/Høie, 2017). Dette førte til at sykehusene ble totalt avhengig av støtte fra det offentlige for å drifte og levere tjenester til befolkningen. Med støtte og veiledning fra styret i de ulike helseregionene er det regjeringen som til syvende og sist godkjenner og bevilger penger til drift av sykehusene.

Helse og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for folkehelsen, helsepolitikk, helsetjenester, kommunale tjenester og deler av sosiallovgivningen i Norge (regjeringen, u.å.). Makten politikerne sitter på er ikke statisk, men dynamisk og endres over tid (Hatch, 2001, s. 314). Endringer i sykehusstruktur, styres i stor grad av visjonene til eksterne aktører over tid.

En ekstern konsulentgruppe anbefalte i 2017, en struktur hvor hovedsykehusets plassering bør ligge ved *Mjøsbrua*. Fire år senere, nærmere bestemt 17. mars 2021, stemte fylkestinget i Innlandet over forslaget i en digital høringsrunde. «Fylkestinget fastslår at et hovedsykehus må lokaliseres i Moelv» (Innlandet fylkeskommune, 2021, 2:15:07-2:15:15). Forslaget fikk politisk flertall i fylkestinget. En måned senere, den 29 april kom administrerende direktør i SI med følgende henstilling:

- Moelv: hovedsykehus
- Lillehammer: akuttisykehus
- Elverum: elektivt sykehus med en oppgradering av luftambulerende tjenester.

Lokasjonssaken blir deretter votert over i styret SI før den blir oversendt til Helse Sør-Øst. Den endelige beslutningen er ventet på forsommeren 2021. Dette markerer slutten på delprosessen *idéfasen* i utviklingsplanen. Hvor mye Helse Sør-Øst sammen med helsedepartementet kommer

til å vektlegge vedtaket fra fylkeskommunen, innspill fra kommunene og henstillingen fra SI – direktøren er ennå usikkert. Likevel vil henstillingen fra SI – direktøren sammen med fylkestingets vedtak, signalisere hvilken retning disse to instansene støtter for fremtidig sykehusstruktur. Å anbefale andre lokasjonsmuligheter som ikke er forenlig med vedtaket fra politikere i fylkeskommunen og henstillingen fra direktøren, vil utvilsomt ha en negativ effekt for legitimiteten til Helse Sør-Øst i en allerede svært betent sak.

6.4 Verdiskapning av offentlig arbeidsplass

Konsekvensene av endrede strukturer reiser også diskusjonen når det kommer til arbeidsmarkedet for jobb nummer to i samme området som det nye sykehuset.

At et Mjøssykehus alene klarer skape en ny by virker urealistisk (Cowi AS og Vista analyse, 2020, s. 25; Smith, 1999, s. 35). Urbanisering er en klar trend i by og tettstedsutvikling. Kombinasjonen av flere faktorer gjør at byer vokser, men opprettelsen av et sykehus alene, frembringer ikke nok arbeidsplasser som utgjør forskjellen til å skape en ny by (ibid). I en mindre skala, kan et sykehus bidra til å skape en solid vekst for én bydel, og dermed bidra til en høyere samlet bystatus. Positive ringvirkninger blir størst i konsentrasjonen omkring sykehuset, og avtar ved økende sirkulær avstand til sykehuset (Smith, 1999, s. 32).

Sykehuset i Kalnes, ligger i utkanten av Sarpsborg. Det er ikke tilknyttet direkte til byen, men det kan tenkes at bydelen kan få et løft – nye boliger og næringsvirksomheter etableres. Området ligger tett på E6 – raskeste veien til Oslo og Sverige. Nærheten til høy infrastruktur (E6) er en viktig faktor for en uproblematisk plassering av sykehuset. Det vises ettersom 79 % av de ansatte benytter bil som hovedtransportmiddel til og fra sykehuset på Kalnes (Urbanet, 2017, s. 18).

Gjøvikregionen påpeker flere svakheter ved samfunnsanalysen (2020). For det første påpeker regionen manglende vektlegging av NTNU, SINTEF og andre forskningsmiljøer. Forskning - og utdanningsmiljøene bidrar både til nyutdannede personell og kompetanseheving. Den høyteknologiske industriparken på Raufoss er også lite vektlagt i rapporten (Hovland, 2020; Hovland, 2021 (D)). Raufoss industripark ligger bare 10 minutter unna NTNU. Raufoss industripark omfatter 2500 ansatte, 12 milliarder i omsetning, tilholdssted for 50 bedrifter og 350 bygg (Raufoss Industripark, u.å.). Samlet utgjør disse tallene industriparken til en av Norges største. Industri og helse har flere likhetstrekk som deles på tvers av fagfelt. Begge sektorene benytter stadig mer teknisk komplekse oppgaver med mer bruk av datamaskiner og

automatiserte roboter for effektivisering og presisering. Et samarbeid mellom disse fagfeltene vil komme pasientene til gode på sikt. En samling av flere fagfelt generer en kunnskapsboble alle organisasjonene kan nyte godt av.

En annen svakhet som er trukket fram av eksterne aktører ved samfunnsanalysen (2020) er beregning av reisetid for de ansatte. Investor Arthur Buchardt kritiserer vektleggingen av 20 minutters reisevei for de ansatte med utgangspunkt i dagens veistandard (Hovland, 2021 (D)). Ved å se fram mot 2030 når sykehuset er planlagt å stå ferdig, vil veistandarden være vesentlig bedre sammenlignet med da rapporten ble utredet (2020). Riksvei 3 mot Elverum vil få et løft. Det samme gjelder Riksvei 4 på strekningen Gran - Grua. Europavei 6 på strekningen mellom Moelv-Øyer er planlagt ferdig i 2025. Oppgraderingene vil gjøre reisetiden kortere, og den sirkulære avstanden på 20 minutters reisevei til arbeidsplassen for de ansatte økes (Nye veier, u.å.; Samferdselsdepartementet, 2013, s. 61).

Fra Østerdalsregionen legges det vekt på lange reiseavstander for pasientene og nødvendigheten om en videreføring av sykehusdrift på Elverum. Rena – og Terningmoen militærleir samt hyttevirksomhet, brukes som et tydelig argument for at de skal beholde og videreutvikle sitt sykehus, og stå oppført med akuttfunksjoner (Børresen, 2021, 1:10:43) (se vedlegg 1.). Kampen om videreføring av sitt lokalsykehus på Elverum, står i kontrast til uttalelsene i Gjøvikregionen. De anser plassering av hovedsykehus på Moelv som viktigere enn sitt eget sykehus på Gjøvik. Etter svar fra høringsrundene til helseministeren står Lillehammer sykehus på trygg grunn (ibid). En bred enighet blant politikerne om å beholde Lillehammer sykehus enten som akutt - eller elektivt sykehus, vises gjennom uttalelsene til kommunene (Børresen, 2021) (se vedlegg 1 og figur 3). Argumentene til kommunene i tilknytning til Lillehammer peker på reiseavstander, turisme og fritidsvirksomhet. I drøftingsdelen under delkapittel 6.5, drøftes hvilke utfordringer noen deler av Innlandet står overfor med tanke på kapasitet og beregning av reelle folketall i området på et gitt tidspunkt (se figur 4 i neste delkapittel).

Fra undertegnede savnes en tydeligere klargjøring av funksjonen og verdiskapning rundt det elektive sykehuset med omkring 600 arbeidsplasser, lokalmedisinske sentre, luftambulansbase og andre desentraliserte behandlingstilbud. Disse er ikke utredet i samfunnsanalysen, noe som undertegnede synes er uheldig for regionen. Som tidligere nevnt er Innlandet det fylket i Norge hvor lavest andel av befolkningen bor i tettbebygde strøk (59,2%) (SSB, 2020 (C)). Debatten rundt den fremtidig sykehusstruktur, har i stor grad omhandlet lokaliseringen av hovedsykehus og akuttsykehus. Som legeföreningen påpekte i begrepsutredningen, har skillet vært for

utydelig mellom sykehus med akuttfunksjon og sykehus som kun håndterer elektiv behandling (Moldestad, et al., 2014, s. 10). Markestad som er utdannet lege, snakket varmt om elektive sykehus i forbindelse med en debattrunde i Fjellhallen på Gjøvik i vinter 2021 (Moshagen & Gulbrandsen, 2021). Dersom de elektive sykehusene blir tildelt nok midler og har flere spesialfelt, blir de ekstremt gode på det de holder på med (ibid). Gode elektive sykehus bidrar til mindre reisevirksomhet mellom ulike sykehus for å få rett behandling (Søndrol, 2021, s. 6).

6.5 Opptaksområde - folkeregisterdata versus det reelle befolkningstallet

Innlandet er det fylket i Norge hvor det er flest fritidsboliger på landsbasis med over 88.000 fritidsboliger (SSB, 2020 (B)). Høy standard på fritidsboligene gjør at mange benytter fritidsboligene sine. Flere kommuner har brukt fritidseiere som et argument i sine innspill til Helse Sør-Øst.

Figur 4 – Beregning av innbyggertall i Lillehammerregionen, inklusive fritidsbeboere (maks potensial, etter bruk) (Ellingsen, et al., 2020, s. 9).

Kommune	Folkeregistrert befolkning	Potensielle fritidsbeboere	Folkeregistrert befolkning og potensielle fritidsbeboere	Folkeregistrert befolkning inkl. gjennomsnitt av fritidsbeboere
Lillehammer	28 023	3 951	31 974	28 682
Ringsaker	34 488	17 310	51 798	37 373
Dovre	2 615	1 686	4 301	2 896
Lesja	2 009	5 115	7 124	2 862
Skjåk	2 204	1 680	3 884	2 484
Lom	2 293	738	3 031	2 416
Vågå	3 589	2 592	6 181	4 021
Nord-Fron	5 742	6 093	11 835	6 758
Sel	5 789	5 010	10 799	6 624
Sør-Fron	3 127	4 650	7 777	3 902
Ringebru	4 425	9 705	14 130	6 043
Øyer	5 119	7 893	13 012	6 435
Gausdal	6 112	6 942	13 054	7 269
Sum	105 535	73 365	178 900	117 763

Beregningene tar utgangspunkt i fritidsboliger eid av personer som ikke er folkeregistrert i opptaksområdet. Dette for å gi et mer korrekt bilde av befolkningen i opptaksområde. Personer som er bosatt i Innlandet er ikke inkludert - dette for å unngå dobbelttelling (Ellingsen, et al., 2020, s. 9). Potensielt antall personer pr. fritidsbolig anslås å være i gjennomsnitt tre (ibid). Det vil si at for hver fritidsbolig, multipliseres antall fritidsboliger med tre for å få antall fritidsbeboere. Som figur 4 viser fører det potensielle innbyggertallet til at sykehusene må utvise stor fleksibilitet. Avviket mellom folkeregistrert befolkning, og antall personer som oppholder seg i Lillehammerregionen i snitt 11,5%. Dette fører til at den samlede kapasiteten ved sykehusene må forsterkes spesielt i helger, ferier og høytider ettersom flere reiser på fritidsboligen i denne perioden (ibid). Med utgangspunkt i folkeregistret befolkning pluss potensielle fritidsbeboere, vil regionen oppleve en befolkningsøkning på 69 % (Ellingsen, et al., 2020, s. 9; Sykehuset Innlandet HF, 2020, s. 56).

Under pandemien hvor flere har hjemmekontor, har det vist seg at folk flytter jobben til fritidsboligen. For mange er fritidsboligen sidestilt med de fasiliteter de allerede har i sin primærbolig - hvis ikke mer fancy (Hagen, 2020). Høy teknologisk og materiell standard, bidrar til at eierne har anledning til å benytte fritidsboligen over lengre tid per år. Farstad, Rye & Almås (2009) anslo at eierne av fritidsbolig i snitt oppholder seg mellom 50 – 75 dager i året i/på fritidsboligen sin. Dette bekreftes av en nyere analyse av Ericsson & Flognfeldt (2018, s. 18) hvor de tok utgangspunkt i Sjusjøen hytteområde. De kom fram til en gjennomsnittlig bruk på 67 døgn årlig. Eierne av fritidsboliger med innlagt vann og strøm, bruker fritidseiendommen i gjennomsnitt 82 døgn (ibid). Under pandemien med begrensede muligheter til å reise utenlands, kombinert med pålagt hjemmekontor så langt det lar seg gjøre er det rimelig å anta at den gjennomsnittlige bruken er høyere nå sammenliknet med 2018. Mer bruk av fritidseiendom fører til økt medisinsk behov. Når vi samtidig vet at eiere og bruken av fritidseiendom gjerne øker med alder, korrelerer det sterkt med at eldre personer har større sannsynlighet for å havne på sykehus enten det er planlagt eller akutt sammenliknet med yngre personer (Sykehuset Innlandet, 2021, s. 2). Staten må bevilge nok penger til kommunene slik at de blir kompensert med et tilbud som dekker det medisinske behovet. I utredningen av fremtidig sykehusstruktur, må det reelle befolkningstallet tas i betraktning slik at sykehusene dimensjoneres for ulike behov.

Dersom tilreisende benytter seg av sykehusstilbudet i regionen, vil de i størst mulig grad benytte seg av de akutte tjenestene. Planlagte operasjoner og konsultasjoner vil normalt foregå innenfor et helseforetak de sogner til i sin hjemkommune. I 2015 ble loven om fritt sykehusvalg endret

til fritt behandlingsvalg (Helsedirektoratet, 2015; Endringslov til to helselover, 2015, § 2-4). Utvidelsen av lovteksten, gir pasienten større frihet. Den nye lovteksten åpner for at deltidsinnbyggerne kan gjennomføre deler eller hele den planlagte behandlingen ved sykehus i nærheten av fritidsboligen. Fritt behandlingsvalg åpner også for å søke for å gjennomføre deler eller hele behandlingen gjennom privat sektor. Denne åpningen av lovteksten bidrar samtidig til at private aktører kan få en større markedsandel, de blir mer konkurransedyktig på pris ettersom de får tilgang på et større pasientgrunnlag. Summen av disse faktorene kan igjen føre til kortere helsekøer og styrket kvalitet på behandlingen.

Fritidsreisende er noe som er løftet av flere kommuner i forbindelse med den digitale høringsrunden. Særlig kommunene Ringsaker, Ringebru og Trysil påpekte dette som et tydelig argument som må tas med i beregningen i fremtidig sykehusstruktur (Børresen, 2021). Andre kommuner som Elverum og Åmot ønsker å beholde og videreutvikle sitt somatiske sykehus på Elverum (ibid). De forankrer sitt standpunkt i to argumenter. For det første bedrives det stor militær aktivitet på Rena - og Terningmoen. Et stort antall norske og til dels utenlandske soldater trener og bor i området uten nødvendigvis være folkeregistrert i kommunene. Det andre argumentet til de to kommunene er sykepleierutdanning som gjennom HINN (Høgskolen i Innlandet) er lokalisert på Elverum. Praksisplasser og fremtidig arbeidskraft skapes også i dette området. Et fremtidig sykehus bør ifølge disse to kommunene tilknyttes til utdanningsinstitusjonene.

Foruten fritidseiere og militær virksomhet er det en rekke severdigheter som besøkes i Innlandet. Regionen har et variert og kupert landskap, og mange utnytter dette til å gjennomføre fjellturer og besøke attraksjoner regionen har å tilby. Destinasjoner som Hafjell, Trysil, Hunderfossen, Beitostølen, Norges største innsjø og gode friluftsopplevelser ligger alle innenfor opptaksområdet til SI og bidrar til å lokke mange turister til fylket. Det er imidlertid vanskelig å tallfeste et antall her, men i likhet med at antall fritidseiere som oppholder seg i opptaksområdet til HF Innlandet stiger antall turister i helger, ferier og høytider.

6.6 Langstrakt prosess

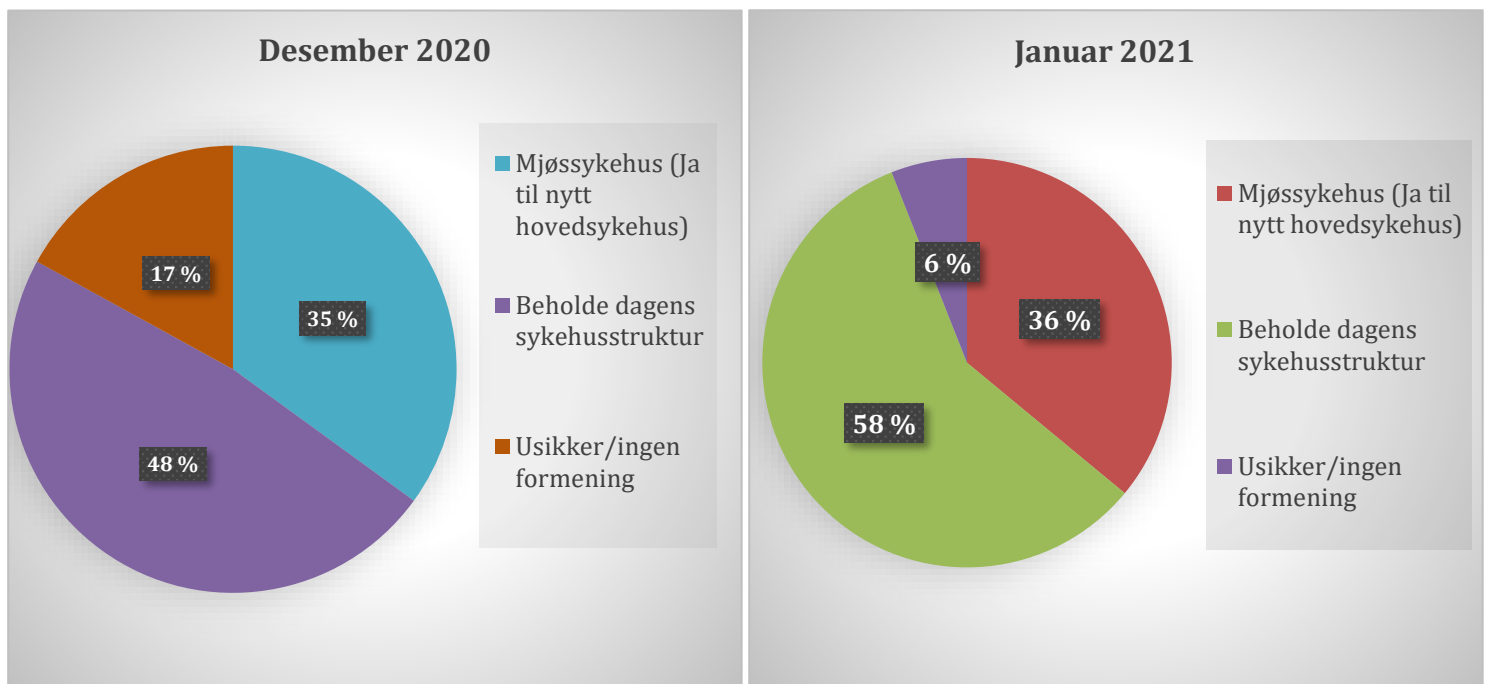
Arbeidet med ny sykehusstruktur har pågått over lang tid. I løpet av denne perioden har flere aktører både internt og eksternt kommet til, og forlatt prosessen underveis. Den langvarige prosessen og endret maktdynamikk er faktorer som bidrar til begrenset rasjonalitet.

De prøver å opptre saklig og objektivt, men kreftene fra eksterne aktører som jobber med å karre til mest mulig gevinst, fører til spenninger mellom partene.

Gjennom denne oppgaven, har jeg viet mye plass til å forklare prosessen fram til der vi er pr 29.april. 2021. Ingenting er bygd og alle scenarier er utredet. Befolkningen er lei hele prosessen, og vil ha en avklaring. De peker på motstridende rapporter og mange høringsrunder uten tydelig handlekraft. I kjølvannet av samfunnsanalysen fra 2020, gjennomførte Sentio Research to spørreundersøkelser på vegne av Hamar Arbeiderblad (Heggelund, 2021 (A)). Første runde pågikk rett i forkant av publiseringen av samfunnsanalysen fra Cowi AS og Vista Analyse, mens andre runde i perioden 12 januar til 19 januar 2021. Undersøkelsen baserer seg på 2 ganger 600 telefonintervju hvor følgende spørsmål ble stilt til deltakerne;

Vil du ha Mjøssykehuset, altså et nytt hovedsykehus for Innlandet eller vil du fortsette med dagens struktur? (Heggelund, 2021 (A))

Svarene illustreres gjennom to kakediagram med tre svaralternativer for å vise hva befolkningen mener om reorganiseringen av sykehusene.



Til venstre viser kakediagrammet til den første spørreundersøkelsen. 48% ønsket å beholde dagens struktur, 35% støtter ny sykehusstruktur og 17 % var usikre eller har ingen mening rundt saken (Heggelund, 2021 (B)). En måned senere (i etterkant av publisering av samfunnsanalysen fra Cowi AS og Vista Analyse) har opinionen i befolkning tatt en vending. 58% ønsket å beholde dagens struktur, 36% vil ha et nytt Mjøssykehus, mens 6% er usikre eller har ingen

mening rundt saken (Heggelund, 2021 (B)). Dette understøtter også tidligere undersøkelser hvor omtrent halvparten av befolkningen ikke støtter ny sykehusstruktur (ibid). Personene som tidligere svarte at de var usikre eller ikke har noen formening, har nå har gått over til å støtte å beholde dagens struktur. Den første runden ble gjennomført i forkant av publiseringen av samfunnsanalysen (Cowi AS og Vista analyse, 2020), mens den andre runden ble gjennomført i etterkant av publisering av samfunnsanalysen. Tidspunktet for gjennomføringen kan være avgjørende med tanke på å få fram en mening blant de som tidligere ikke visste eller ikke hadde noen formening omkring sykehusstruktur.

Oppland Arbeiderblad gjennomførte også (Hovland, 2021, (A)) en tilsvarende undersøkelse med 2500 deltakere hvor det store flertallet (over 70%) ønsker å videreføre dagens sykehusmodell jf. nullalternativet (Asplan Viak, 2016, s. 5; Cowi AS og Vista Analyse, 2020, s. 13). Uenighet og lang behandlingstid, kan se ut til å føre til en tretthet i befolkningen.

Som en organisasjon, ønsker du å vise et godt og åpent ansikt utad. Mediedekningen rundt saken har i lokal målestokk vært enorm. Nesten daglig er det utspill i tilknytning til fremtidig sykehusstruktur. Informasjonen ligger så lett tilgjengelig for allmennheten og selvsagt beslutningstakerne at sakene kan skape støy, og påvirke den rasjonelle beslutningsevnen til beslutningstakerne gjennom begrenset rasjonalitet (Hatch, 2001, s. 300). Timing for når de fire strømmene kommer i kontakt med hverandre, kan få en sentral rolle ettersom det hersker flertydighet blant beslutningstakerne (March & Olsen, 1976, s. 26).

Siden prosessen har foregått over en lang periode, har samfunnet endret seg i så stor grad at utredningene ikke lenger gjenspeiler virkeligheten. De økonomiske kostnadene knyttet til behandlingstid er lite omtalt. Årsberetningene som publiseres hvert år, fremstår veldig generelle og inneholder få poster i regnskapet til å kunne si noe om økt eller forminskede kostnader knyttet til bla. eksterne konsulenter for utredning av fremtidig sykehusstruktur. Det gjør også at tematikken rundt dette er svært lite omtalt både av sykehusledelsen og media. Ett unntak er artikkelen fra Østlendingen hvor kostnadsrammen på samfunnsanalysen fra Cowi og Vista analyse (2020) ble lekket. 2,7 millioner kroner kostet samfunnsanalysen som Cowi og Vista Analyse brukte 3 måneder på å utarbeide (Løvlund, 2020). Slik saken fremstår er kostnadseffektive løsninger rundt strukturen i fokus, og ikke hvor mye prosessen fram mot den ferdig strukturen koster å utarbeide – et prosjekt som strekker seg over en periode på 20 år med et intensivt fokus siden 2010. Med andre ord - hvor mye koster det å oppgradere eksisterende sykehusbygg for å møte fremtidens behov?

En annen utfordring knyttet til lang behandlingstid er endrede rammevilkår for opptaksområdet. Dette vises gjennom en sterk redusering i SI sitt opptaksområdet de siste fem årene. Årsrapporten i 2017 viser til et befolkningsgrunnlag på 408.051 personer (Sykehuset Innlandet, 2018, s. 3). Fire år senere kommer årsrapporten for 2020 som viser et befolkningsgrunnlag på 338.965 personer (Sykehuset Innlandet, 2021, s. 3). En nedgang i opptaksområde på ca. 17% midt under utredningen av hvordan en ny sykehusstruktur skal se ut er svært uheldig og eksempler de endrede rammevilkårene. Det vil si at samfunnsanalysen fra Asplan Viak tar utgangspunkt i 17% flere innbyggere i regionen sammenlignet med Cowi sin rapport da Kongsvingerregionen og flere kommuner i sør ble overført til Akershus helseforetak i denne tidsperioden. Uforutsette rammevilkår får også konsekvenser for tyngdepunktet i befolkningen. Det kan også få konsekvenser i form av mindre budsjett til videre arbeid, og en nedskalering av sykehusene sammenlignet med tidligere planer.

6.7 Sykehuset Østfold Kalnes

Det å samle kompetansen og endre på sykehusstrukturen er ikke unik for moderniseringen av helsesektoren i HF Innlandet. Flere helseforetak omkring i landet har nylig gjennomgått eller er i prosessen med å gjennomgå endringer i organiseringen av helseforetaket.

Sykehuset Kalnes ble åpnet i 2015. Sykehuset fungerer både som et lokal – og områdesykehus, og skal levere spesialisthelsetjenester til nærmere 300.000 innbyggere (Helse Sør-Øst, 2015). Fra evalueringsrapporten av det nybygde sykehuset på Kalnes, ble både styrker og svakheter belyst. Å benytte evalueringsrapporter som et referansegrunnlag, skaper en stivhengig utvikling som baserer seg på historiske forløp og hendelser som igjen viser hva som er passende for fremtiden (Olsen, 1997). Hvordan ulike hendelser knyttes sammen over tid er avgjørende for utviklingen av prosesser, men ikke tilstrekkelige vilkår for et utfall. Tidsrekkefølgen for de ulike hendelsene kan være avgjørende for hva utfallet blir (ibid). Av den grunn, kan erfaringer fra andre helseforetak, være viktig i prosessen om ny sykehusstruktur i SI HF. Organisasjonene speiler seg i hverandre og prøver å kopiere det «beste» fra hverandre med ønske og mål om å utvikle til å bli en bedre versjon av seg selv (Strand & Søraunet, 2018, s. 11; DiMaggio, 1988; DiMaggio & Powell 1983).

I evalueringsrapporten, fremheves organiseringen av HF Sykehus Kalnes over forholdsvis få etasjer. Fordelen med få etasjer er økt brannsikkerhet gjennom lettere å avstenge avdelinger. Få etasjer fører også til mer skjermede avdelinger siden det vil være mindre heiskjøring for å

komme mellom avdelingene og man kan benytte flere utganger. Pasientene som er gående, har større mulighet for å bevege seg, noe som kan være en fordel f.eks. i etterkant av en operasjon for å forhindre blodpropp (Sykehusbygg HF, 2018, s. 25).

Ved å samlokalisere flere avdelinger på en plass og samtidig over få etasjer, fører det til lengre distanser mellom avdelingene. En pasient som krever kompetanse fra flere avdelinger risikerer å måtte bli transportert over et større område mellom avdelingene av en portør. I tillegg vil større grunnflate ved å bygge et sykehus over få plan, være lite bærekraftig sett i et større perspektiv. Grunnflaten som kreves i tilknytning til sykehuset, kunne ved høy arealutnyttelse, blitt anvendt til for eksempel jordbruk, leiligheter eller andre næringsbygg. Korridorene er utformet i samme uttrykk som resten av sykehuset – hvite vegger og lysegrå gulv, slik at de ser veldig like ut (Sykehusbygg HF, 2018, s. 53). Det medfører at det kan være vanskelig å orientere seg. Mer variert fargebruk, kan være en løsning for å skille mellom avdelinger og korridorer (ibid).

I likhet med det planlagte Mjøssykehuset, innehar Sykehuset Østfold Kalnes både somatisk og psykiatrisk avdeling. De ansatte fortalte at pasientene på psykiatrisk avdeling benyttet uteområdet mindre enn planlagt (Sykehusbygg HF, 2018, s. 306). De ansatte pekte på to årsaker. For det første oppleves uteområdet som mørkt og innestengt. For det andre er de andre pasienters innsyn fra balkonger og rom til uteområdet. En ansatt uttrykte det slik: «At alle andre pasienter kan gå og se hvem du er, opplever pasientene som negativt» (Sykehusbygg HF, 2018, s. 306). Pasientene som er innlagt på psykiatrisk avdeling, kan være innlagt av mange grunner. Det at andre pasienter på sykehuset kan overvåke og se hvem som befinner seg på psykiatrisk avdeling er uheldig for den enkelte pasient (ibid).

6.7.1 Beliggenhet

Sykehuset i Kalnes ligger ikke midt i en større by, men strategisk plassert på akse mellom Fredrikstad, Sarpsborg og Moss. Siden sykehuset er plassert i utkanten av et byområde, blir mange ansatte avhengig av parkeringsmuligheter og/eller et godt kollektivtilbud for å komme seg til og fra arbeidsplassen. Informantene som ble spurt, opplevde imidlertid at det ikke er tilstrekkelig med parkeringsplasser, og at bussrutene har blitt endret etter innflytting (Helse sør-øst RHF, 2020, s. 509). For de ansatte er det mest utfordringer med parkeringsplasser på dagtid ettersom mange må bruke bil for å komme seg til sin arbeidsplass, mens for pendlerne er det mest utfordringer knyttet til korresponderende ruter ved kvelds – og nattevakter (Helse sør-øst,

2020, s. 509). Denne problemstillingen er også noe som bør tas med i betraktning når man velger å gå for et sykehus i utkanten av byområde. Tidligere har jeg vært inne på at en plassering av en stor offentlig virksomhet i utkanten av en by som allerede har på plass en god infrastruktur, vil være dårlig ressursutnyttelse (Smith, 1999, s. 37). Det er vanskeligere for å skape en jobb nummer to for eventuelle ektefeller, og ringvirkningene begrenses i større grad sammenlignet med sykehus plassert sentralt i en større by. Som samfunnsanalysen (2020, s. 23) fremhever kan ny sykehusstruktur i HF SI føre til en ytterligere positiv eller negativ spiral. En økning på ett årsverk i tilknytning til SI, predikeres i gjennomsnitt en befolkningsendring på tre personer. Med andre ord vil én sysselsatt bringe med seg to andre i familien. Dette er forutsatt at den sykehusansatte flytter nær sykehuset. En beliggenhet utenfor en større by, vanskeliggjør å flytte på seg. Mangel på annet tilbud som barnehage, skole, fritidsaktiviteter og andre tjenester gjør at den sykehusansatte i stedet velger å pendle til og fra arbeidsplassen.

Helse Sør-Øst favner over både SI og Sykehuset Østfold. Tvingende institusjonelt trykk i kombinasjon med mimetisk institusjonelt trykk bidrar til en formlighetsprosess mellom institusjonene (DiMaggio & Powell, 1991, s. 64). Naturlig nok vil Helse Sør-Øst sammen med helse - og omsorgsdepartementet benytte andre sykehus som Kalnes som referanse i beslutningsgrunnlaget til fremtidig sykehusstruktur i SI. Når noe fremstår usikkert for beslutningstakerne - noe som kan sies om behandlingen av sykehusstrukturen, modellerer institusjonene mot andre «suksessfulle» organisasjoner (DiMaggio & Powell, 1983, s. 148). For å måle en suksessfull sykehusstruktur, må man vite hva målet med målingen er. Er det for å se om sykehuset holder seg innenfor et gitt budsjett, trivsel blant ansatte eller om sykehuset fremstår som attraktiv og klarer å rekruttere nok ansatte? Jo større usikkerhet knyttet til mål/middel, fører til større grad av modellering mot andre institusjoner.

For å få likestilte byer som Fredrikstad og Moss enige omkring plassering av fremtidig sykehusstruktur ser vi at byene har inngått et slags kompromiss. Hovedsykehuset Kalnes ble plassert på aksene mellom Moss og Fredrikstad. Gamle Fredrikstad sykehus ble lagt ned, og omdisponert til å huse leiligheter mens Moss fikk ansvar for å opprettholde de elektive tjenestene med et eget sykehus. Ingen blir helt tilfredsstillt ettersom begge hadde ønsket hovedsykehus i sin by, men begge kan leve med et sykehus plassert mellom byene hvor reiseveien ikke blir for lang for noen parter. Funksjonen til sykehusene i SI og hvor de skal ligge er om mulig enda vanskeligere å bestemme og være samstemte sammenlignet med HF Sykehuset Østfold. Det begrunnes med at helseforetaket omfatter et området på landsbasis hvor færrest bor i tettbebygde strøk (Sykehuset Innlandet HF, 2020, s. 57; SSB, 2020, (C)). Det

påfallende er at «alle» ønsker nytt sykehus velkommen, så lenge de får beholde sitt lokalsykehus - en tankegang som verken er bærekraftig eller forenlig med nasjonal sykehusplan (Helse og omsorgsdepartementet, 2019 (B)).

Kapittel 7. Avslutning

Debatten rundt fremtidig sykehusstruktur fortsetter videre. Fallende støtte fra befolkning er uheldig med tanke på å legitimere pengebruk for utredningsrapporter og opprettholde tillit til befolkningen. 7 av 10 ønsker ikke en reorganisering av sykehusstrukturen, men vil beholde dagens struktur jf. nullalternativet (Cowi AS og Vista Analyse, 2020, s. 45; Heggelund, 2021 (A); Hovland, 2021 (A)). I likhet med befolkningen, viser flere politiske utsagn i media frustrasjon omkring prosessen. «Oss treng itte fleire utgreiingar, analyser eller høringa. Oss treng en helseminister som viser politisk kløkt og handlekraft» (Børresen, 2021, 1.41.00-1.41.08).

Hovedutfordringen omkring fremtidig sykehusstruktur er det lange tidsrommet fra idé til operativ drift. Selvsagt bør alle aspekter ved prosessen utredes og beslutningstakerne må kunne legitimere reorganiseringen av sykehusstrukturen ved tydelig utredninger, men å ha en konsekvent tredelt inndeling av byråkratiet fører til lang behandlingstid. Først voterer styret i SI. Deretter oversendes forslaget til styret i Helse Sør-Øst hvor prosessen gjentas. Etter godkjenning av styret i Helse Sør-Øst sendes saken til en endelig avgjørelse i Helse og omsorgsdepartementet med helseministeren som endelig beslutningsinnsats. Lang behandlingstid vises tydelig i godkjenning omkring idéfaserapporten hvor det tok to år fra oversending av saken fra styret i SI, til endelig godkjenning fra helseministeren Bent Høie i Helse og omsorgsdepartementet (Helse og omsorgsdepartementet, 2019 (A)). Også gjennom en todelt runde med kommunene hvor Bent Høie først innkaller kommunene til digital høringsrunde for å luften kommunenes primære og sekundære ønske før Helse Sør-Øst tar opp igjen samme tematikk - dette med en måneds mellomrom. Disse to rundene kunne vært mer koordinert og gjennomført som en felles runde. En kortere beslutningsprosess der det er hensiktsmessig, kan med fordel vise en tydeligere handlekraft og kortere behandlingstid fra beslutningstakernes side. Faren for utdaterte utredninger innen de blir behandlet, øker i takt med behandlingstid av sakene. Utredninger og høringsrunder gir på mange måter et øyeblikksbilde der og da og prediksjonene blir mer upresise ettersom tiden går – en prosess som tar langt tid risikerer å skape et misforhold mellom konklusjonene i utredningene og virkeligheten på beslutningstidspunktet. Beslutningene kan ende opp med å bli tatt på feil grunnlag.

Alle referatene fra styremøter og utredninger som danner beslutningsgrunnlaget, ligger tilgjengelig på hjemmesiden til SI. Åpenhet er viktig, men det kan også få uheldige konsekvenser. Sett i lys av begrenset rasjonalitet, kan en slik åpenhet påvirke interne og

eksterne aktører ettersom antall deltakere økes, og en flertydighet oppstår som følge av ulike preferanser omkring mål/middel. Timing og tidsmessig orden erstatter den rasjonelle konsekvenslogikken hvor tilfeldigheter i større grad spiller inn ettersom flere problemer, deltakere, løsninger og anledninger tilføyes prosessen (Cohen, al., 1972; March & Olsen, 1976, s. 25).

Selv om denne masteroppgaven tar utgangspunkt i prosessen fram til 30.04.2021, ruller sykehusballen videre. Oppgaven belyser og problematiserer hvilke følger lang behandlingstid og flertydig mål/middel kan ha for reorganisering av sykehusstruktur. Det å enes omkring ny fremtidig sykehusstruktur hvor både interne og eksterne påvirkningsfaktorer spiller inn er enklere sagt enn gjort. Frykten hos undertegnende er at lang behandlingstid er med på å skape et misforhold mellom informasjonen fra utredningene, og de faktiske medisinske behovene når planene skal iverksettes i fremtiden ...

Litteraturliste

- Asplan Viak. (2017). *Sykehuset Innlandet – idéfase: Samfunnsanalyse ved fremtidig sykehusstruktur. Sluttrapport*. Oppdragsleder: Sven Haugberg. Hentet 14.03.2021 fra <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2017/2017-01/004-2017%20Vedlegg%2001%20Samfunnsanalyse.pdf>
- Bartolomei, R. T. (28.10.2019). *Slik blir Norges første sirkulære bydel*. Fremtidens byggenæring. Hentet 24.04.2021 fra <https://www.fremtidensbygg.no/slik-blir-norges-forste-sirkulaere-bydel/>
- Bouville, G. & Alis, D. (2014). The effects of lean organizational practices on employees' attitudes and workers' health: evidence from France. *The International Journal of Human Resource Management*, 25 (21), s. 3016-3037. Hentet 20.04.2021 fra <https://doi.org/10.1080/09585192.2014.951950>
- Brekne, T. A. (2021.17.03.). Hamar-ordføreren etter sykehus-vedtaket: – Godt argument for å legge ned fylkes-kommunen. *Oppland Arbeiderblad*. Hentet 18.03.2021 fra <https://www.oa.no/hamar-ordforeren-etter-sykehus-vedtaket-godt-argument-for-a-legge-ned-fylkes-kommunen/s/5-35-1298822>
- Braut, G.S. (2019. 21.01). *Somatisk sykehus*. Store medisinske leksikon. Hentet 04.04.2021 fra https://sml.snl.no/somatisk_sykehus
- Braut, G. S & Malt, U. (2019.17.10). *Psykiatrisk sykehus*. Store medisinske leksikon. Hentet 04.04.2021 fra https://sml.snl.no/psykiatrisk_sykehus
- Brunsson, N. (1989). *The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions and Actions in Organizations*. New York: John Wiley
- Børresen, E. [Oppland Arbeiderblad]. (2021. 09.02). *Bent Høie møter kommunene i Innlandet til sykehusdiskusjon* [videoklipp]. Hentet 09.02.2021 fra <https://www.oa.no/bent-hoie-moter-kommunene-i-innlandet-til-sykehusdiskusjon/v/5-35-1276473>
- Cohen, M. D., March J. G. & Olsen, J. P. (1972). *A Garbage Can Model of Organizational Choice*. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 17, No. 1.(1-25). Hentet fra <https://doi.org/10.2307/2392088>
- Cowi AS og Vista Analyse. (2020.04.12). *Samfunnsanalyse Sykehusstruktur Innlandet Sammenstillingsrapport*. (oppdragsgiver: Helse Sør-Øst). Hentet 02.02.2021 fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Sykehuset%20Innlandet/Sammenstilling%20av%20samfunnsanalysen.pdf>
- DiMaggio, P., & Powell, W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), s. 147-160. <https://doi.org/10.2307/2095101>
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1991). Introduction. I Powell, W. & DiMaggio, P. (red.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press
- Einsiedel Jr., A. A. (1983). *Decision-making and problem solving skills: the rational versus the garbage can model of decision-making*. *Project Management Quarterly*, 14(4), 52–57. (Figur 2)
- Ekroll, H. C. (2020.21.03). Koronaviruset: Helsevesenet mangler enorme mengder smittevernstutyr. *Aftenposten*. Hentet 20.04.2021 fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/vQKbj/koronaviruset-helsevesenet-mangler-enorme-mengder-smittevernstutyr>
- Ellingsen, W., Kvamme S. & Blumenthal V. (2020.01.09). *Fritidsboliger i opptaksområdet til Lillehammer Sykehus*. (Oppdragsgiver: Lillehammer Kommune). Hentet 07.04.2021 fra

<https://www.ostforsk.no/wp-content/uploads/2020/10/NOTAT-fritidsboliger-og-sykehus-OF-HINN-2020.pdf>

- Ellingsen, W., Kvamme S. & Blumenthal V. (2020.01.09). *Fritidsboliger i opptaksområdet til Lillehammer Sykehus*. (Oppdragsgiver: Lillehammer Kommune). Side 8. Hentet 07.04.2021 fra <https://www.ostforsk.no/wp-content/uploads/2020/10/NOTAT-fritidsboliger-og-sykehus-OF-HINN-2020.pdf> (Figur 4)
- Endringslov til to helselover. (2015). Lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) (LOV-2015-05-22-32). Hentet fra <https://lovdata.no/LTI/lov/2015-05-22-32>
- Ericsson, B. & Flognfeld, T (2018.09.) Fritidsboligene i Sjusjøenområdet. ISSN nr.: 0808-4653. Hentet 22.02.2021 fra https://www.ostforsk.no/wp-content/uploads/2018/06/201809_Fritidsboligene_i_Sjusjoenområdet_.pdf
- Farstad, M., J.F. Rye and R. Almås (2009). By, bygd og fritidsboliger 2008: kommentert frekvensrapport. Report 10/09. Trondheim: Centre for Rural Research.
- Hagen, E. A. (2020). *Innlandstrategien. Regional planstrategi for Innlandet 2020-2024*. Hentet fra <https://innlandetfylke.no/tjenester/plan-statistikk-og-folkhelse/innlandsstrategien/innlandsstrategien-2020-2024/?print=1&securelevel=token#chapter-5813>
- Hall, P. A., & Taylor, R. C. R. (1996). *Political science and the three new institutionalisms*. Political Studies, 44 (5), 936-957. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1467-9248.1996.tb00343.x>
- Hansen, F. H. (2001). *SAMDATA: Sykehus Rapport. Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår*. Sintef rapport (NIS/2001:3). ISBN: 82-446-0830.7. Trondheim.
- Hatch, Mary Jo. (2001): *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oversatt av Kari Marie Thorbjørnsen. Oslo: Abstrakt forlag.
- Heggelund, J. K. (2021.26.01.) (A). HA – måling viser dramatiske tall for Mjøssykehuset: - Folk er lei. *Hamar Arbeiderblad*. Hentet 27.01.2021 fra https://www.h-a.no/2021/nyheter/ha-maling-viser-dramatiske-tall-for-mjossykehuset-folk-er-lei/?fbclid=IwAR3LSaQ10Lj12Z-sn_NtiJA2gUWKkPwX8dRVbrNVzTf_CJRuHynkE8xgsOo
- Heggelund, J. K. (2021.30.04.) (B). Sykehuset Innlandet: Vil ha Mjøssykehuset i Moelv. *Hamar Arbeiderblad*. Hentet 30.04.2021 fra <https://www.h-a.no/2021/nyheter/sykehuset-innlandet-vil-ha-mjossykehuset-i-moelv/>
- Helse og omsorgsdepartementet (A). (2019.08.03). *Protokoll fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF*. Hentet 10.03.2021 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/9760bd7a454b499d8b8223a41a68b78d/protokoll-foretaksmote-helse-sor-ost-rhf-8.-mars-2019.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet (B). (2019.22.11). *Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. nr. 7 (2019-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet (2020.02.09). *Ingen mangel på smittevernutstyr*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 20.04.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ingen-mangel-pa-smittevernutstyr#referere>
- Helsedirektoratet (2015). § 2-4 *Rett til fritt behandlingsvalg*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 20.04.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og->

[brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-helse-og-omsorgstjenester-og-transport/rett-til-fritt-behandlingsvalg](#)

- Helse Sør-Øst, (2021.19.04). *Forenklet fremstilling av kommunenes ønsker til lokasjon av Mjøssykehuset og akuttpsykiatrien*. Hentet 27.04.2021 fra <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2021-ekstraordin%C3%A6rt/042-2021%20Vedlegg%2004a%20Styresak%20044-2021%20Vedlegg%20-%20Oppsummering%20av%20h%C3%B8ringsuttalelser.pdf> (Figur 3)
- Helse Sør-Øst. (2020.26.03). *Hovedrapport. Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Sykehusbygg HF 2020*. Helse Sør-Øst RHF. Hentet 25.02.2021 fra https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Hovedrapport_%20Evaluering%20av%20nytt%20%C3%B8stfoldsykehus.pdf
- Helse Sør – Øst. (2019.25.01). *Målbilde for videreutvikling av sykehuset Innlandet HF*. (sak nr. 005-2019). Hentet 14.04.2021 fra <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2019-01/006-2019/006-2019%20Vedlegg%2002%20Styresak%20Helse%20S%C3%B8r-%C3%98st%20005-2019%20M%C3%A5lbilde%20for%20videreutviklingen%20av%20Sykehuset%20Innlandet.pdf>
- Helse Sør-Øst. (2015.10.08). *Kongen til stede ved den offisielle åpningen av Sykehuset Østfold Kalnes. Helse Sør-Øst*. Hentet 18.03.2021 fra http://hsorhf.prod.fpl.nhn.no/aktuelt/_nyheter/_Sider/offisiell-%C3%A5pning-sykehuset-%C3%B8stfold.aspx
- Helse Sør-Øst/v Olsen, P. (2014.15.10). *Søknad om oppstart idéfase*. (Sak nr. 066-2014). Hentet 11.03.2021 fra http://admininfo.helse-sorost.no/styredokumenter/_SIHF/SM_09_2410_087-2014%20Vedlegg%2012%20066-2014%20SI%20-%20S%C3%B8knad%20oppstart%20idefase.pdf%20-%20Adobe%20Reader.pdf
- Hem, E. (2012.18.09.). *Til etterretning bør unngås. Nor Legeforen* 2012(132). 1979. <https://doi.org/10.4045>
- Hovland, P. (2020.10.12). *Ordføreren tror at antall ansatte ved sykehuset på Gjøvik kan bli halvert. Oppland Arbeiderblad*. Hentet 03.03.2021 fra <https://www.oa.no/ordforeren-tror-antall-ansatte-ved-sykehuset-pa-gjovik-kan-bli-halvert/s/5-35-1242328>
- Hovland, P. (2021.12.01) (A). *7 av 10 sier nei til hovedsykehus, men det er HSØs framgangsmåte som kan rokke ved Torvilds standpunkt. Oppland Arbeiderblad*. Hentet 25.01.2021 fra <https://www.oa.no/7-av-ti-sier-nei-til-hovedsykehus-men-det-er-hsos-framgangsmate-som-kan-rokke-ved-torvilds-standpunkt/s/5-35-1260636>
- Hovland, P. (2021.17.03) (B). *Stor støtte til sykehus i Moelv fra fylket. Oppland Arbeiderblad*. Hentet 17.03.2021 fra <https://www.oa.no/stor-stotte-til-sykehus-i-moelv-fra-fylket/s/5-35-1298309>
- Hovland, P. (2021.30.04) (C). *BEKREFTET: Sykehussjefen går for Moelv, Lillehammer og Elverum. Oppland Arbeiderblad*. Hentet 30.04.2021 fra <https://www.oa.no/politikk-og-samfunn/sykehus/helse/bekreftet-sykehussjefen-gar-for-moelv-lillehammer-og-elverum/s/5-35-1320333>
- Hovland, P. (2021.21.01.) (D). *Arthur Buchardt: – Helse Sør-Øst kan ikke komme «ett på tolv» og anbefale en ny løsning. Østlendingen*. Hentet 03.03.2021 fra <https://www.ostlendingen.no/arthur-buchardt-helse-sor-ost-kan-ikke-komme-ett-pa-tolv-og-anbefale-en-ny-losning/s/5-69-1078213?access=granted>
- Innlandet fylkeskommune. (2021.17.03). *Høring – videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF*. [videoklipp]. Hentet 19.03.2021 fra [https://innlandetfylke.no/politikk/aktuelt/nett-tv/#ccwap=/innlandet/fylkestingsmoter/1e410-7c\\$](https://innlandetfylke.no/politikk/aktuelt/nett-tv/#ccwap=/innlandet/fylkestingsmoter/1e410-7c$)

- Jepperson, R. L. (1991). Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism. I P. J. DiMaggio & W. W. Powell (Red.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. (s. 143-163). Chicago: University of Chicago Press.
- Kommunal - og moderniseringsdepartementet. (2018.09.10.). *Åpenhet og tillit*. Hentet 20.05.2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/statlig-forvaltning/forvaltningsutvikling/apenhet-og-tillit/id2612413/>
- Kommunal – og regionaldepartementet. *Åpen, trygg og skapende hovedstadsregion*. (Meld. St. 31 (2006-2007)). Hentet 12.04.2021 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f184961ca7a948febe6ec79f686b43e3/no/pdfs/stm200620070031000dddpdfs.pdf>
- Kåss, E & Hem, E. (2020.30.07). *Elektiv*. Store medisinske leksikon. Hentet 04.04.2021 <https://sml.snl.no/elektiv>
- Lohfert – Praetorius AS. (2016.09.11). *Sykehuset Innlandet. Faglige utviklingstrekk mot 2040. Omstilling, endring og effektivisering i et 2040 – perspektiv*. Dokumentasjon nr. 954. Oppdragsgiver: Sykehuset Innlandet. Hentet 05.04.2021 fra <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/fremtidig-sykehusstruktur/Documents/Rapporter%20og%20analyser%202016/faglige-utviklingstrekk-2040.pdf>
- Løvlund, B. F. (2020.20.12). 2,7 millioner kroner for tre måneders jobb med sykehusstrukturen. *Østlendingen*. Hentet 04.02.2021 fra <https://www.ostlendingen.no/2-7-millioner-kroner-for-tre-maneders-jobb-med-sykehusstrukturen/s/5-69-1063841?access=granted>
- Markar, S. R, Penna, M. & Harris, A. (2014). *Laparoscopic Approach to Appendectomy Reduces the Incidence of Short- and Long-Term Post-operative Bowel Obstruction: Systematic Review and Pooled Analysis*. *Gastrointest Surg* 18, 1683–1692. Hentet fra <https://doi.org/10.1007/s11605-014-2572-7>
- Malt, U. (2020) *Konformitetspress*. Store norske leksikon. Hentet 22.04.2021 fra <https://snl.no/konformitetspress>
- March, J. G. & Olsen, J. P. (1976). *Ambiguity and choice in organizations*. Oslo: Universitetsforlaget.
- March, J. G. & Olsen, J. P. (1989). *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*. New York: The Free Press.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutional Organizational: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*.
- Moldestad, O., Ringnes, A., Kvanvik, M., Sletnes, T., Mjelva, S. U., Åmotsbakken, M. D., ... Fryjordet J. (2014.04.01). *Statusrapport 2014. Sykehus for fremtiden. Innspill til nasjonal sykehusplan*. Den norske legeforening. ISBN-13 978-87-8070-105-3. Hentet 09.04.2021 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/5c32f9e6fdbd426bb90e189a514e4bdb/legeforening_en_innspill_nhsp.pdf
- Moshagen, K. S. & Gulbrandsen, H. (2021.29.01.). Sveen: – Jeg kalte det er bråkmakervedtak, vi er i nærheten av det nå. *Oppland Arbeiderblad*. Hentet 04.03.2021 fra <https://www.oa.no/sveen-jeg-kalte-det-er-brakmakervedtak-vi-er-i-narheten-av-det-na/s/5-35-1270915?&session=12d7eaba-ec95-42ce-b0aa-e1bde86d437f&access=granted>
- Nilsen, J. E., Wik, L., Johansen, J. K., Styrkson, K., Tjelmeland, I. B. M., Seland, N., ... Olsen, J.Å. (2014.15.08). *Fremtidens prehospitaltjenester*. (NAKOS Rapport 3-2014). Hentet 13.04.2021 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/sved/03.pdf>

- NyeVeier (u.å.). *E6 Moelv – Øyer*. Hentet 20.04.2021 fra <https://www.nyeveier.no/prosjekter/e6-innlandet/e6-moelv-oyer/>
- Olsen, J. P. (1991). *Rethinking and reforming the public sector*. LOS – Senter notat (trykt utg., 91/33.) Bergen: LOS – Senteret.
- Olsen, J. P. (1997). European Challenges to the Nation State. I B. Steunenberg & F. V. Vught, (Red.), *Political Institutions and Public Policy*. (s. 157-187). Dordrecht: Kluwer. Hentet fra <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-94-015-8603-0.pdf>
- Parsons, T. (1947). *The theory of social and economic organizations*. Glencoe, III: Free Press.
- Peters, B. Guy (2005): *Institutional Theory in Political Science: The New Institutionalism*. (2.utg). London: Continuum
- Pfeffer, J. (1981). *Power in organizations*. Boston: Pitman.
- Raufoss industripark (u.å.). Nøkkeltall. Hentet 22.04.2021 fra <https://www.raufossindustripark.no/nokkeltall>
- Regjeringen. (u.å). *Helse og omsorg*. Hentet 12.04.2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/id917/>
- Regjeringen v/Høie, B. (2017.07.02). *Sykehus i pluss*. Hentet 13.04.2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehus-i-pluss/id2538002/>
- Ringdal, K (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvalitativ metode*. (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget
- Rygh, F. G. (2017.15.11). *Hva er kravene til statlige utredninger, og er det gjort utredninger av alternative løsninger for sykehusstruktur i Finnmark som tilfredsstillende disse kravene?* Oslo Economics. Hentet 16.04.2021 fra <https://fido.nrk.no/cbeacca50e71a5f15e85e761797deef2a84e622a9691d30b20662c07593f84d3/Krav%20til%20utredninger%20i%20staten%20og%20sykehusstruktur%20i%20Finnmark.pdf>
- Samferdselsdepartementet. (2013). *Nasjonal transportplan 2014-2023* (Meld. St. 26 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Sander, K. (2019.15.12). *Idéfasen til entreprenøren*. Hentet 10.03.2021 fra <https://estudie.no/idefase/>
- Scott, W. R. (1992). *Organizations: Rational, natural and open systems*. (3. utg.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Scott, W. R. & Meyer, J. W. (1994). The Rise of Training Programs in Firms and Agencies: An Institutional Perspective. I W. R. Scott og J. W. Meyer (red.) *Institutional Environments and Organizations. Structural Complexity and Individualism*. London: Sage.
- Selznick, P. (1957). *Leadership in administration. A Sociological Interpretation*. New York: Harper & Row.
- Sennett, Richard (2006). *The Culture of the New Capitalism*. New Haven, CT, Yale University Press.
- Simon, Herbert A. (1947): *Administrative behavior: a study of decision-making processes in administrative organization*. New York: The Macmillian Company.
- Smith, Gillian R. (1999) *Area-based initiatives: the rationale and options for area targeting*. CASEpaper (25). Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics and Political Science, London, UK.
- Sociological Dictionary [brukernavn]. (30.03.2018). *iron cage* [videoklipp]. Hentet fra https://www.youtube.com/watch?v=KKgHSY3Yy3A&ab_channel=SociologicalDictionary

- Squires, V. L. (2010). *A Policy Study of the Emergence of a Joint Interdisciplinary School*. Saskatoon, SK: University of Saskatchewan.
- Statistisk sentralbyrå. (2020) (A). 12882: *Framskrevet folkemengde 1. januar, etter region, alder, statistikkvariabel og år*. [datasett] (Figur 1). Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12882/tableViewLayout1/>
- Statistisk sentralbyrå. (2020) (B). 10328: *Fritidsbygg etter bygningstype*. [datasett]. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10328/tableViewLayout1/>
- Statistisk sentralbyrå. (2020) (C). 05212: *Folkemengde i tettbygde og spredtbygde strøk. Fylke*. [datasett]. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/05212/tableViewLayout1/>
- Strand, G. A. & Søråunet, J. E. (2018.25.04.). *Kommunale verdier: En kvalitativ flercasesstudie om hvordan politisk vedtatte verdier i norske kommuner blir utarbeidet, implementert og fulgt på i det daglige*. (Masteroppgave). Norges arktiske universitet, Brønnøysund.
- Strandby, T. (2021.01.02). Vanskelig å henge med? Dette er status i sykehussaken. *Ringsaker Blad*. Hentet 10.03.2021 fra <https://www.ringsaker-blad.no/vanskelig-a-henge-med-dette-er-status-i-sykehussaken/s/5-79-385207?access=granted>
- Sveen, T & Næsheim, A. (2005.17.10.) Felles sykehus i Hamar-regionen. *NRK*. Hentet 20.04.2021 fra <https://www.nrk.no/innlandet/felles-sjukehus-i-hamar-regionen-1.43472>
- Sykehuset Innlandet HF. (2021.19.04). *Oppsummering av høringsuttalelser: Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF* (vedlegg styresak 044-2021). Sykehuset Innlandet HF. Hentet 03.05.2021 fra <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2021-ekstraordin%C3%A6rt/042-2021%20Vedlegg%2004a%20Styresak%20044-2021%20Vedlegg%20-%20Oppsummering%20av%20h%C3%B8ringsuttalelser.pdf>
- Sykehuset Innlandet HF v/Lang-Ree, M. (2016.21.04). *Sykehuset Innlandet HF, Styremøte*. (Sak nr. 024-2016). Hentet 10.03.2021 fra <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2016/024-2016%20Deltakelse%20fra%20styret%20i%20politisk%20referansegruppe.pdf>
- Sykehuset Innlandet HF (2016). *Idéfaserapport. Fremtidig sykehusstruktur*. Høringsdokument. Helse Sør-øst. Hentet 20.02.2021 fra <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2016/077-2016-01%20Vedlegg%20Id%C3%A9faserapport.pdf>
- Sykehuset Innlandet HF. (u.å). *Framtidig sykehusstruktur*. Hentet 08.03.2021 fra <https://sykehuset-innlandet.no/framtidig-sykehusstruktur#samhandling>
- Sykehuset Innlandet HF v/Andersgaard, A. B. (2017). *Videreføring av tidligfasearbeidet i sykehuset innlandet – godkjenning av idéfaserapport med anbefaling om framtidig målbylde*. (Sak nr. 079 – 2017). Brumunddal. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2017/2017-09/079-2017%20Godkjenning%20av%20id%C3%A9faserapport%20med%20anbefaling%20om%20framtidig%20m%C3%A5lbilde.pdf>
- Sykehuset Innlandet HF. (2018.21.03). *Årsrapport Sykehuset Innlandet 2017*. Hentet 24.02.2021 fra <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2018-03/025-2018%20Vedlegg%2001%20%C3%85rsrapport%202017.pdf>
- Sykehuset Innlandet HF. (2020.27.03). *Årsrapport Sykehuset Innlandet 2019*. Hentet 24.02.2021 fra <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2020-05/026-2020/026-2020%20Vedlegg%20A%CC%8Arsrapport%202019.pdf>

- Sykehuset Innlandet HF. (2021.18.03). *Årsrapport Sykehuset Innlandet 2020*. Hentet 06.04.2021 fra <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/styret/Documents/2021-03/025-2021%20Vedlegg%20%C3%85rsrapport%202020.pdf>
- Sykehuset Innlandet HF. (2020.08.12). *Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF*. Helse Sør-Øst. Versjon 1.0. Hentet 19.03.2021 fra <https://www.helsesorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Sykehuset%20Innlandet/Prosjektrapport%20%20konkretisering%20av%20bygg,%20lokalisering%20og%20b%C3%A6rekraft%20ved%20Sykehuset%20Innlandet%20HF.pdf>
- Sykehusbygg HF (2018.29.06). *Evaluering av Nordlandssykehuset Vesterålen*. Sykehusbygg HF. Hentet 03.03.2021 fra <https://sykehusbygg.no/Documents/Rapporter/Sluttrapport%20evaluering%20Vester%C3%A5len.pdf>
- Søndrol, M. (2021. 26.03). *Høringsvar- videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF*. (Vang kommunestyre). Hentet 14.04.2021 fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/H%C3%B8ringer/Sykehuset%20Innlandet/H%C3%B8ringssvar/Vang%20kommune.pdf>
- Sæther, A. S. (2021.04.03). *Krisekjøpte smittevernsutstyr for 3,2 milliarder*. *Verdens Gang*. Hentet 04.04.2021 fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/869WL2/krisekjoepte-smittevernustyr-for-32-milliarder>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trondheim kommune. (2013). *Områdeprogram for Saupstad – Kolstad*. 2013-2020. saksnr. 12/15567. Hentet 16.02.2021 fra <https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/15-prosjekter-og-programmer/omradeloft-saupstad-kolstad/strategidokument-endelig.pdf>
- Urbanet analyse (2017.23.06). *Utredning av kollektivtilbudet Nedre Glomma*. (91/2017-Asplan Viak). Oslo. Hentet 29.02.2021 fra https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/rr-urbanet/Filer-Dokumenter/UArappport_91_2017_Utredning-av-kollektivtilbudet-i-Nedre-Glomma.pdf
- Yin, R. K. (2012). *Applications of case study research*. 3 utg. Los Angeles: SAGE

Appendix

Vedlegg 1. Svar til helseministeren vdr lokasjon av hovedsykehus, akuttisykehus og elektivt sykehus pr. 09.02.2021.

Spørsmål 1. Hvor ønsker kommunene at det nye Mjøssykehuset, det akutte sykehuset og det elektive sykehuset skal plasseres?

Spørsmål 2. Hvor ønsker kommunen at det nye Mjøssykehuset skal plasseres, gitt at øvrige sykehus plasseres slik det foreslås i prosjektutredningen?

Kommune	Plassering Mjøssykehuset	Plassering akuttisykehuset	Plassering elektivt sykehus
Fjellregionen (6 kommuner)			
Alvdal	SPM 1: Moelv SPM 2: Hamar/Elverum	Lillehammer Lillehammer	Elverum Gjøvik
Folldal	SPM 1: Moelv SPM 2: Hamar/Elverum	Lillehammer Lillehammer	Elverum Gjøvik
Os	SPM 1: Moelv SPM 2: Hamar/Elverum	Lillehammer Lillehammer	Elverum Gjøvik
Rendalen	SPM 1: Moelv SPM2: Hamar/Elverum	Lillehammer Lillehammer	Elverum Gjøvik
Tolga	SPM 1: Moelv SPM 2: Hamar/Elverum	Lillehammer Lillehammer	Elverum Gjøvik
Tynset	SPM 1: Moelv SPM 2: Hamar/Elverum	Lillehammer Lillehammer	Elverum Gjøvik
Gjøvikregionen (5 kommuner)			
Gjøvik	SPM 1: Moelv SPM: 2: Moelv	*Lillehammer *Lillehammer	*Gjøvik *Gjøvik
Vestre Toten	Støtter ikke Mjøssykehus ettersom de mister psykiatrisk avdeling ved Reinsvoll -		
Østre Toten	SPM 1: Moelv SPM: 2: Moelv	*Lillehammer *Lillehammer	*Gjøvik *Gjøvik
Søndre Land	SPM 1: Moelv SPM: 2: Moelv	*Lillehammer *Lillehammer	*Gjøvik *Gjøvik
Nordre Land	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	*Lillehammer *Lillehammer	*Gjøvik *Gjøvik
Hadelandsregionen (2 kommuner)			
Gran	SPM 1: Moelv SPM: 2: Moelv	**Lillehammer **Lillehammer	**Elverum **Gjøvik
Lunner	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	**Lillehammer **Lillehammer	**Elverum **Gjøvik
Nord – Gudbrandsdal regionen (6 kommuner)			
Dovre	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	***Elverum ***Elverum

Lesja	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	***Elverum ***Elverum
Lom	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	***Elverum ***Elverum
Sel	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	***Elverum ***Elverum
Skjåk	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	***Elverum ***Elverum
Vågå	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	***Elverum ***Elverum
Lillehammer regionen (3 kommuner)			
Øyer	SPM 1: Brumunddal SPM 2: Brumunddal	Lillehammer Lillehammer	***Elverum ***Elverum
Lillehammer	SPM 1: Brumunddal SPM 2: Brumunddal	Lillehammer Lillehammer	***Elverum ***Elverum
Gausdal	SPM 1: Brumunddal SPM 2: Brumunddal	Lillehammer Lillehammer	***Elverum ***Elverum
Midt – Gudbrandsdal regionen (3 kommuner)			
Nord Fron	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	***Gjøvik ***Gjøvik
Ringebu	SPM 1: - SPM 2: -	Lillehammer Lillehammer	Elverum Elverum
Sør - Fron	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	Elverum Elverum
Sør-Østerdal regionen (6 kommuner)			
****Elverum	SPM 1: Moelv SPM 2: Elverum/Hamar	Elverum Lillehammer	Gjøvik Gjøvik
*****Engerdal	SPM 1: - SPM 2: -	- -	- -
Stor Elvedal	SPM 1: Moelv SPM 2: Elverum/Hamar	Elverum Lillehammer	Gjøvik Gjøvik
*****Trysil	SPM 1: - SPM 2: -	Elverum Elverum	- -
Våler	SPM 1: Moelv SPM 2: -	Elverum -	Gjøvik -
*****Åmot	SPM 1: - SPM 2: -	Elverum Elverum	- -
Kongsvinger regionen (1 kommune etter overføring til Akershus HF)			
*****Åsnes	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Elverum Elverum	Gjøvik Gjøvik
Valdresregionen (6 kommuner)			
Etnedal	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	Gjøvik Gjøvik
Nord – Aurdal	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	Gjøvik Gjøvik
Sør – Aurdal	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	Gjøvik Gjøvik
Vang	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	Gjøvik Gjøvik

Vestre Slidre	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	Gjøvik Gjøvik
Østre Slidre	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	Lillehammer Lillehammer	Gjøvik Gjøvik
Hamarregionen (4 kommuner)			
Hamar	SPM 1: Hamar/Elverum SPM 2: Hamar/Elverum	Lillehammer Lillehammer	Gjøvik Gjøvik
Løten	SPM 1: Hamar/Elverum SPM 2: Hamar/Elverum	Lillehammer Lillehammer	Gjøvik Gjøvik
Stange	SPM 1: Hamar/Elverum SPM 2: Hamar/Elverum	Lillehammer Lillehammer	Gjøvik Gjøvik
Ringsaker	SPM 1: Moelv SPM 2: Brumunddal	Lillehammer Lillehammer	Gjøvik Gjøvik
*****Fylkestinget Innlandet	SPM 1: Moelv SPM 2: Moelv	- -	- -

*Dersom ikke Moelv blir valgt som lokasjon for Mjøssykehus, ønsker ikke regionen å støtte ny sykehusstruktur. «Når Mjøsbrua ligger fast, kan det øvrige ligge fast» (Børresen, 2021, 18:30-18:41).

** ikke behandlet disse to lokasjonene da den geografiske beliggenheten til Hadelandsregionen gjør at A-hus og Ringerike Sykehus er vesentlig nærmere jf fritt pasientvalg (Børresen, 2021, 19:20-23:35).

*** Ikke politisk vedtak, men følger målbilde som er utredet.

****Kommunens primære standpunkt er å videreutvikle dagens struktur, men skisserer over hvilke endringer de kan gå med på.

*****Beholde dagens struktur og videreutvikle nåværende sykehus

*****Voterte kun over Mjøssykehus (hovedsykehus) hvor Moelv som lokasjon fikk flest stemmer.

