

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap

Bente Elin Lilleøkseth og Laila Irene Stenseth

Masteroppgave

Da koronaviruset kom til Innlandet – En beslutningsteoretisk casestudie av samvirke og samordning

When the coronavirus came to Innlandet – a decision-theoretic case study of
collaboration and coordination.

Master i offentlig ledelse og styring

2021

Innhold

INNHold	3
FORORD	7
NORSK SAMMENDRAG	8
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	9
1. INNLEDNING	10
1.1 BAKGRUNNEN FOR VALG AV TEMATIKK.....	10
1.2 TEMA OG PROBLEMSTILLINGER.....	11
1.3 AVGRENSNING	13
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING	13
2. KONTEKST OG NØKKELBEGREP	14
2.1 KRISE OG KRISEORGANISERING I NORGE.....	14
2.2 LOVVERK	16
2.3 SAMFUNNSSIKKERHETSPRINSIPP	18
2.4 RISIKOSTYRING OG KRISEHÅNTERING.....	20
2.5 KRITERIER FOR VELLYKKET KRISEHÅNTERING	22
3. TEORI	25
3.1 TEORETISK RAMMEVERK	25
3.2 MODELL 1: RASJONELL AKTØRMODELLEN.....	26
3.2.1 <i>Forklaringsvariabler og nøkkeltbegreper</i>	26
3.2.2 <i>Hypoteser</i>	27
3.3 MODELL 2: ORGANISATORISK PROSESSMODELLEN.....	27
3.3.1 <i>Forklaringsvariabler og nøkkeltbegreper</i>	27
3.3.2 <i>Hypoteser</i>	28
3.4 MODELL 3: BYRÅKRATISK POLITIKKMODELLEN	28

3.4.1	<i>Forklaringsvariabler og nøkkelbegreper</i>	28
3.4.2	<i>Hypoteser</i>	29
3.5	OPPSUMMERING AV TEORETISK RAMMEVERK	30
4.	METODE OG FORSKNINGSDESIGN	32
4.1	GENERELT OM METODE	32
4.2	TO HOVEDPROBLEM: VALIDITET OG RELIABILITET	32
4.3	KVALITATIV VERSUS KVANTITATIV METODE	33
4.4	FORSKNINGSDESIGN	33
4.4.1	<i>Tekstanalyse</i>	34
4.4.2	<i>Intervjuer</i>	35
4.5	METODEKRITIKK	38
5.	FYLKESMANNEN I INNLANDET – EMPIRISKE FUNN OG DRØFTING	40
5.1	RAMMEFAKTORER	40
5.1.1	<i>Roller og ansvar</i>	40
5.1.2	<i>Regionale planer for samfunnssikkerhet og beredskap</i>	41
5.1.3	<i>Tidslinje</i>	42
5.2	INTERVJUER	44
5.2.1	<i>Hovedfunn</i>	44
5.2.2	<i>Funn og utsagn – Den rasjonelle aktørmodellen</i>	46
5.2.3	<i>Funn og utsagn – Den organisatoriske prosessmodellen</i>	48
5.2.4	<i>Funn og utsagn – Den byråkratiske prosessmodellen</i>	50
5.2.5	<i>Andre funn og utsagn</i>	53
5.3	VEKTING AV MODELLER OG ANDRE FORKLARINGSFAKTORER	55
5.3.1	<i>Den rasjonelle aktørmodellen</i>	56

5.3.2	<i>Den organisatoriske prosessmodellen</i>	58
5.3.3	<i>Den byråkratiske politikkmodellen</i>	61
5.3.4	<i>Andre forklaringsfaktorer</i>	63
5.4	OPPSUMMERING	64
6.	UTVALGTE KOMMUNER – EMPIRISKE FUNN OG DRØFTING	70
6.1	RAMMEFAKTORER	70
6.1.1	<i>Dokumenter fra Løten kommune</i>	70
6.1.2	<i>Dokumenter fra Nord-Fron kommune</i>	71
6.1.3	<i>Dokumenter fra Tynset kommune</i>	72
6.1.4	<i>Dokumenter fra KS Innlandet</i>	72
6.2	INTERVJUER	73
6.2.1	<i>Hovedfunn</i>	73
6.2.2	<i>Funn og utsagn – Den rasjonelle aktørmodellen</i>	73
6.2.3	<i>Funn og utsagn – Den organisatoriske prosessmodell</i>	76
6.2.4	<i>Funn og utsagn – Den byråkratiske politikkmodell</i>	78
6.2.5	<i>Andre funn og utsagn</i>	82
6.2.6	<i>Funn og utsagn fra KS Innlandet</i>	84
6.3	VEKTING AV MODELLER OG ANDRE FORKLARINGSFAKTORER	85
6.3.1	<i>Den rasjonelle aktørmodellen</i>	86
6.3.2	<i>Den organisatoriske prosessmodellen</i>	89
6.3.3	<i>Den byråkratiske politikkmodellen</i>	91
6.3.4	<i>Andre forklaringsfaktorer</i>	93
6.4	OPPSUMMERING	95
7.	KONKLUSJON	101

LITTERATURLISTE	106
BØKER OG ARTIKLER	106
OFFENTLIGE DOKUMENTER OG ELEKTRONISKE KILDER	108
VEDLEGG.....	113
VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKE	113
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE.....	117
VEDLEGG 3: FYLKESMANNEN I INNLANDETS KORONAHÅNDTERING FRA 2.2 TIL 15.4.2020	121

Forord

Høsten 2018 begynte vi på Master i Offentlig ledelse og styring ved Høgskolen i Innlandet, og kom undervegs i studiet til at vi ønsket å skrive masteroppgave sammen.

Vi har lang, men ulik erfaring fra kommunal sektor, noe vi mener kan være en styrke for oppgaven. Laila har erfaring som regnskapssjef, revisor og økonomisjef. Bente Elin har erfaring fra politisk ledelse, som ordfører i Løten kommune i perioden 2007 – 2019.

Sykdommen COVID-19 blir forårsaket av koronavirus (SARS-CoV-2). Det er en kontinuerlig debatt innad i kommunesektoren og mellom stat og kommune om oppgavefordeling og finansiering. Hva som bestemmes hvor og av hvem, er også viktig i krisehåndtering. Dette er noe av bakteppet når vi ønsket å skrive denne masteroppgaven.

Med utgangspunkt i den svenske politikeren Tage Erlanders formulering om at «*samfunnet skal være et dansegolv der innbyggerne skal kunne danse sine liv*» mener vi offentlig lederskap både på system- og individnivå innebærer å ta rollen både som snekker og vaktmester, og sørge for at gulvet det danses på blir mest mulig sikkert. Vi er av den oppfatning at da er det viktig å være i forkant, også på systemnivå. Til dette arbeidet ligger også beslutningstaking og samvirke mellom forvaltningsnivå - både der lovens bokstav er klar, men også der handlingsrommet er større.

Arbeidet med masteroppgaven har vært både krevende og spennende. Takk til våre familier for tålmodighet og støtte. Takk også til våre respondenter som har stilt opp til intervju i en krevende pandemitid. Og sist, men ikke minst, takk til vår veileder Ole A. Lindaas for god oppfølging og meget god veiledning. Vi er takknemlige for å ha fått lære så mye undervegs på alle mulige måter.

Løten 10. mai 2021

Bente Elin Lilleøkseth

Laila Irene Stenseth

Norsk sammendrag

Koronaviruset (SARS-CoV-2) utfordret samhandling mellom sektorer i Innlandet våren 2020. I løpet av seks uker ble det planlagt for, og noen steder fysisk rigget, 370 pasientplasser i primærhelsetjenesten. De aller fleste av disse ble etablert som intermediærplasser i interkommunale eller regionale samarbeider. Vi ønsker å se på hvordan man kom fram til disse beslutningene.

Som teoretisk rammeverk for vår analyse har vi valgt å benytte forklaringsmodellene utviklet av statsviteren Graham T. Allison. Det empiriske grunnlaget for oppgaven har vi kommet fram til ved å benytte kvalitativ metode i form av dokumentanalyse og semistrukturerte intervjuer. Det har vært et poeng for oss at all dokumentasjon og informasjon skal være offentlig og tilgjengelig. Vi har sett på hvordan modellene – alene eller sammen – gir forklaringskraft for beslutningene som ble fattet hos Fylkesmannen (Statsforvalteren fra 2021) og kommunene.

Gjennom arbeidet med oppgaven har det tegnet seg et bilde av at Innlandet raskt innstilte seg på å håndtere en viss koronapasientmengde. Fylkesmannsembetet jobbet målrettet med krisehåndtering og risikostyring innenfor de gitte rammer. Kommunene på sin side har forholdt seg på en god måte til bl.a. Sivilbeskyttelsesloven, særlig §§ 14 og 15, i forkant av virusutbruddet.

Det er allikevel også noe mer utover Allisons tre modeller, som forklarer hvorfor Innlandet var så tidlig ute med intermediærplasser, og hvorfor kommunene i så stor grad var lydhøre for Fylkesmannens oppfordringer. Dette “noe” har vi identifisert til å handle om tillit mellom folk og tillit mellom organisasjoner. Det norske samfunnet har inntil våre dager vært preget av relativt små forskjeller og høy grad av tillit. Våre funn indikerer at så fremdeles er tilfelle mellom forvaltningsnivå i Innlandet.

Engelsk sammendrag (abstract)

The coronavirus (SARS-CoV-2) challenged interaction between various actors within the Innland in the spring of 2020. For 6 weeks, it was planned for, and in some places physically established, 370 patient places in the primary health care service. The vast majority of these were established as intermediate places within inter-municipal or regional collaborations. We want to look at decision making processes to further understand why these decisions were made.

For the theoretical framework for our analysis, we have chosen to use the explanatory models developed by political scientist Graham T. Allison. We have collected the empirical data for the thesis by using a qualitative method in the form of document analysis and semi-structured interviews. It has been our contention that all documentation and information should be public and accessible. We have looked at how the models, separately or together, provide an understanding of the rationale for the decisions made by the County Governor (State Administrator from 2021) and the municipalities.

While working on the thesis, a picture has emerged that Innlandet quickly set out to handle a certain number of corona patients. The county governor's office worked purposefully with emergency preparedness and risk management within the given framework.

The municipalities have effectively worked with the framework of The Civil Protection Act, especially §14 and 15, in advance of virus outbreaks.

There is however another factor outside/beyond Allison's three models that must be considered in order to understand why Innlandet was proactive in providing intermediate places early. As well as understanding why the municipalities were so responsive to county governors' requests. This factor we have identified is the societal trust of the population between each other as well as their various institutions. This social cohesion and trust with each other as well as social and political institutions is founded upon the egalitarian nature of Norwegian society. This factor was essential in the successful implementation.

1. Innledning

I dette første kapittelet trekker vi opp omrisset av oppgaven.

Avsnitt 1.1 gir bakgrunnen for valg av tematikk. Avsnitt 1.2 viser tema og problemstillinger og i avsnitt 1.3 foretar vi avgrensinger for oppgaven. Avsnitt 1.4 viser oppgavens oppbygging og peker vegen videre.

1.1 Bakgrunnen for valg av tematikk

I 2020 opplevde Norge en stor krise, da koronaviruset SARS-CoV-2, spredte seg i landet. Verdens helseorganisasjon (WHO) erklærte koronapandemi den 11. mars 2020. Den 12. mars 2020 erklærte Norges regjering pandemi og nedstenging av landet. Pressekonferansen samme dag innledet statsminister Erna Solberg med å si:

«Vi står i en vanskelig tid, både for Norge og verden. Norge blir satt på en stor prøve både som samfunn, men også vi som enkeltmennesker ... De drastiske tiltakene som vi nå iverksetter gjennomfører vi i håp om å stanse viruset.»

Tiltakene som ble iverksatt, ble fra regjeringshold kommunisert som *«de mest inngripende i folks hverdag i fredstid»*. Språkbruken fra myndighetenes side, nasjonale hastevedtak i lovgivning og forskrift, samt statlig agering overfor kommunene, satte stemning i landet.

I slutten av februar 2020 kom mange nordmenn hjem fra vinterferie i Østerrike og Italia. En stor andel var smittet av koronaviruset, også innbyggere fra Innlandet fylke. I Sel kommune var mange innbyggere smittet tidlig i mars, og mange innbyggere ble satt i karantene. Nord-Fron kommune hadde også innbyggere med smitte tidlig.

Dersom smittespredningen ble høy, var det risiko for at pasientmengden kunne overstige kapasiteten til Sykehus Innlandet. Fylkesmannen i Innlandet mente det var behov for å etablere behandlingsplasser for å sikre tilstrekkelig behandlingsskapitet.

Kommunene har ansvar for å tilby forsvarlig helsetjenester til sine innbyggere, mens Fylkesmannen har en samordningsrolle. Forholdet mellom stat og kommune debatteres til stadighet. Kommunesektoren er opptatt av lokalt selvstyre, og ønsker ikke statlig styring. I debatten om statlig styring og kommunalt selvstyre, er tillit og kontroll tilbakevendende begreper.

Fylkesmannen har ikke lovhjemmel til å pålegge kommunene å etablere behandlingsplasser. Til tross for dette valgte kommunene å etterkomme statens oppfordring om å etablere behandlingsplasser for koronapasienter. Disse plassene ble i hovedsak opprettet som intermediære plasser i ulike former for interkommunale samarbeider. Vår forståelse av begrepet intermediær sengeplass/avdeling i denne oppgaven er at dette er sengeplasser som kan behandle pasienter før eller etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten (sykehus). Plassene er midlertidige, i det ligger det at pasientene er der før de enten sendes hjem til seg selv eller til videre behandling i sykehus.

I denne oppgaven ser vi på beslutninger fattet på regionalt og kommunalt nivå i en internasjonal krise. Oppgaven beskriver og søker å forklare noen av de mekanismene som ligger bak beslutningene som ledet opp til etableringen av 370 intermediære covid-19 behandlingsplasser i Innlandet våren 2020.

Vi ser på beslutninger hos Fylkesmannen i Innlandet og tre kommuner. Vi har avgrenset oss til å undersøke beslutningsprosessen hos tre kommuner:

- Nord-Fron kommune som hadde tidlig smitte og iverksatte strenge smitteverntiltak.
- Løten kommune som hadde tidlig smitte, men ikke iverksatte like strenge smitteverntiltak.
- Tynset kommune som da ikke hadde smitte, men var offensive i sin kommunikasjon ut til interessenter.

I et såpass begrenset utvalg følger det at funnene som fremkommer også har begrenset overføringsverdi. Ikke desto mindre er det vår oppfatning at våre funn vil kunne si noe om samspill mellom stat og kommune under visse typer kriser.

I oppgaven har vi valgt å benytte begrepet “Fylkesmannen i Innlandet”. Det var navnet på embetet da vi startet arbeidet med oppgaven. Fra 1. januar 2021 er tittelen endret til “Statsforvalteren i Innlandet”.

1.2 Tema og problemstillinger

I Innlandet ble det estimert et behov på inntil 370 behandlingsplasser ute i kommunene. Fylket har en høy grad av eldre i befolkningen, i tillegg til folkehelseutfordringer som fedme og

hjerter-karsykdommer¹. Koronaviruserfaringen fra andre land på nyåret 2020 innebar at alder samt denne type underliggende sykdommer kunne medføre alvorlig sykdom og død.

For oss handler dette også om dynamikken mellom to forvaltningsnivå som sammen måtte håndtere en global krise regionalt og lokalt. På om lag seks uker gikk Innlandet fra å få den første smitten av et nytt virus inn i lokalsamfunn, til å ha rigget ekstraordinær intermediær behandlingsskapitet. Det er en stor og kompleks operasjon mellom og internt i forvaltningsnivå. Fylkesmannen har ikke ordinær lovhjemmel til å pålegge kommunene å etablere behandlingsskaper. Likevel valgte kommunene å etterkomme Fylkesmannens oppfordring. Ut fra dette har vi valgt å studere følgende to beslutninger nærmere:

1. Fylkesmannen i Innlandet sin beslutning om å oppfordre kommuner til å opprette behandlingsskaper.
2. De tre utvalgte kommunenes beslutning om å etterkomme Fylkesmannen i Innlandet sin oppfordring.

Dette har ledet frem til oppgavens to hovedspørsmål.

Hovedspørsmål 1: Hvorfor besluttet Fylkesmannen i Innlandet å oppfordre kommunene i Innlandet om å opprette 370 behandlingsskaper?

Hovedspørsmål 2: Hvorfor besluttet kommunene i Innlandet å etterkomme Fylkesmannens oppfordring om å opprette 370 behandlingsskaper?

Som teoretisk rammeverk for vår analyse har vi valgt å benytte forklaringsmodellene statsviteren Graham T. Allison utviklet da han søkte forklaringer på USAs og Sovjetunionens handlingsvalg i tilknytning til Cubakrisen. Dette var en krise som brakte supermaktene på randen av atomkrig, hvor følgelig utgangspunktet var en annen type krise enn den vi studerer i vår oppgave. Et sentralt trekk ved forklaringsmodellene Allison utviklet, er imidlertid at de er generelle i form og innhold. Fokuset er på forklaringsfaktorer av allmenn karakter, med klar overføringsverdi til andre typer kriser. Dette i tillegg til at modellene er velutviklede og høyst anerkjente, gjør at de også danner en naturlig teoretisk ramme for en studie av beslutningsprosessen rundt opprettelsen av inntil 370 intermediærskaper i Innlandet.

¹ Kilde: <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>

1.3 Avgrensning

Vi har avgrenset oppgaven til å se på to konkrete beslutninger. For det første Fylkesmannen i Innlandet sin beslutning om å oppfordre kommuner til å opprette behandlingsplasser, og for det andre beslutningen til tre utvalgte kommuner om å etterkomme Fylkesmannens oppfordring.

Videre har vi avgrenset oss til å se på aktører som var sentrale i beslutningsprosessene vi skal undersøke; Fylkesmannen i Innlandet og tre utvalgte kommuner i samme fylke.

Vi kunne gått bredt ut og valgt flere kommuner, eller gått dypere inn i utvalgte kommuner. Oppgavens omfang og tidsperspektiv har hatt betydning for at vi avgrenset oss både med hensyn til bredde og dybde.

Vi har avgrenset oppgaven tidsmessig til perioden februar til 15.april 2020, da dette var tidsrommet for oppspill til og gjennomføring av beslutningene vi ser på.

1.4 Oppgavens oppbygging

I følgende kapittel 2 ser vi på kontekst og nøkkelbegrep, før vi tar for oss teori og forskningsdesign i henholdsvis kapittel 3 og 4. I kapittel 5 presenterer vi empiriske funn fra Fylkesmannen i Innlandet og drøfter disse. I kapittel 6 viser vi empiriske funn fra kommunene og KS Innlandet og drøfter disse. I kapittel 7 trekker vi konklusjon og peker på tematikk som er egnet for videre forskning.

2. Kontekst og nøkkelbegrep

Formålet med kapittelet er å sette oppgaven inn i en større sammenheng.

I avsnitt 2.1 ser vi på krise og kriseorganisering i Norge. I avsnitt 2.2 beskriver vi lovverket på området. Deretter ser vi på samfunnssikkerhetsprinsipp i avsnitt 2.3, før vi i avsnitt 2.4 ser på risikostyring og krisehåndtering. Avslutningsvis ser vi på kriterier for vellykket krisehåndtering i avsnitt 2.5.

2.1 Krise og kriseorganisering i Norge

Om begrepet krise og innholdet i dette, foreligger det ulike definisjoner og diskusjoner. En vanlig definisjon av begrepet krise er som følger: en uønsket situasjon med høy grad av usikkerhet og mulig uakseptable konsekvenser for de enkeltpersonene, organisasjonene eller statene som rammes (Bjelland & Nakstad, 2018).

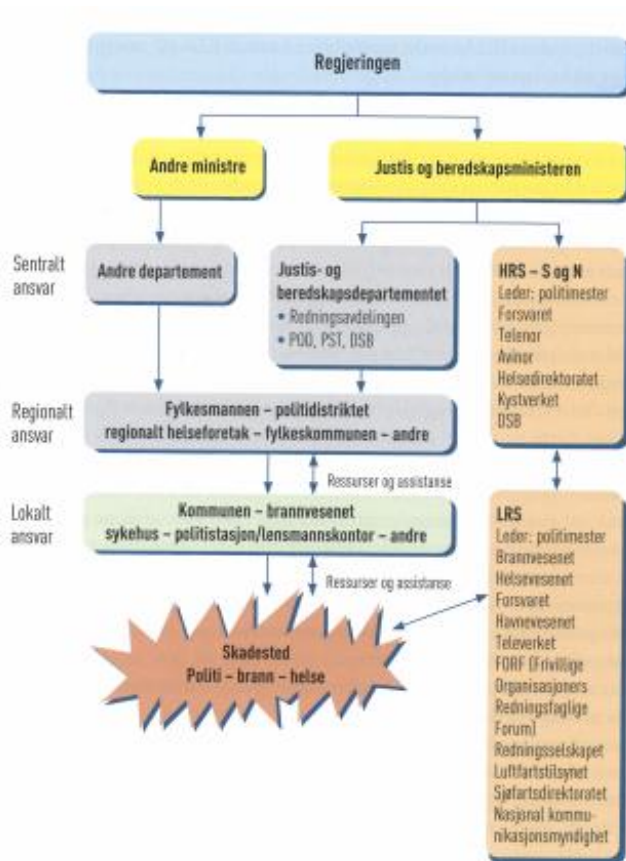
For vår oppgaves del er det den beslutningsteoretiske tilnærmingen som er av interesse. Lindaas (1994) peker på at krise kan defineres ut fra beslutningsstrukturelle kriterier. Han mener kriser er et produkt formet av fire foreliggende betraktninger:

- Det må være en oppfatning om at en trussel foreligger.
- Dernest at en imøtegåelse av trusselen vil utløse kostnader.
- Det vil videre være en usikkerhet om hvorvidt kostnadene vil bli påført.
- Det fjerde er at egen tid til å fatte beslutninger er begrenset.

Ut fra vår problemstilling er det forståelsen av krise ut fra et beslutningsperspektiv som er relevant. I lys av dette legger vi følgende beslutningssentrerte forståelse av krise til grunn slik Lindaas (1994) har redegjort for i sin artikkel:

- En krise er en ekstraordinær hendelse eller tilstand som kommer overraskende.
- En krisesituasjon skaper stort tidspress og stor grad av usikkerhet.
- En krisesituasjon er preget av tvetydighet og manglende informasjon.
- I en krise vil store verdier stå på spill. Med verdier mener tap av liv eller skade på helse, miljø og materielle verdier.
- Valg og beslutninger har høy grad av viktighet og det er risiko for galt valg.

Kriseorganiseringen i Norge er i korte trekk som følger (Njå et al., 2020, s. 156):



Figur 1: Krisehåndtering i Norge; ansvar og nivåer.

Horisontal inndeling viser sentralt, regionalt og lokalt ansvarsnivå, der justis- og beredskapsdepartementet og øvrige departementer har nasjonalt ansvar. HRS (hovedredningssentralen) har nasjonalt og regionalt ansvar for utførelsen av redningsoppdrag.

Fylkesmannen, politidistrikt, regionalt helseforetak og fylkeskommune har ansvar på regionalt nivå. Kommuner, brannvesen, sykehus, politistasjon eller lensmannskontor er har ansvar på lokalt nivå. LRS (lokal

redningssentral) har ansvar for utførelsen av redningsoppdrag på lokalt nivå.

Ved akutte alvorlige situasjoner av nasjonal karakter blir det utpekt et «lederdepartement». Det trenger ikke være Justis- og beredskapsdepartementet (JD), men JD hadde lederansvaret ved utbruddet av koronapandemien.

Fylkesberedskapsrådet i Innlandet er oppnevnt av Fylkesmannen. Det er *Sikkerhetsinstruksen for Fylkesmenn* fra 2015 som legitimerer et slikt råd i hvert fylke. Rådet skal drøfte beredskapsspørsmål, og gi gjensidig orientering om beredskapsarbeidet på de ulike områdene.

Innlandets fylkesberedskapsråd besto pr. 2020 av følgende medlemmer, i tillegg til Fylkesmannen i Innlandet:

- Forsvaret ved HV-05
- Oppland sivilforsvarsdistrikt
- Hedmark sivilforsvarsdistrikt
- Innlandet fylkeskommune

- Sykehuset Innlandet HF
- Innlandet politidistrikt
- 110-sentralen
- Statens vegvesen
- Bane Nor
- NVE
- Telenor
- Kraftforsyningens distriktssjef
- Mattilsynet
- NRK Hedmark og Oppland
- Den norske kirke ved Hamar bispedømme
- Røde kors
- Norsk folkehjelp

2.2 Lovverk

Den legale rammen for krisestyring er nedfelt i følgende lover:

Lov om kommuner og fylkeskommuner (heretter omtalt som Kommuneloven). Lovens formål er å fremme det kommunale og fylkeskommunale selvstyret og legge nødvendige rammer for det (§ 1-1). Kommunene og fylkeskommunene utøver sitt selvstyre innenfor nasjonale rammer. Begrensninger i det kommunale og fylkeskommunale selvstyret må ha hjemmel i lov (§ 2-1). Skal kommunene pålegges oppgaver eller plikter, skal dette gjøres gjennom forskrift eller lov. Dette kalles legalitetsprinsippet. Videre bør det kommunale selvstyret ikke begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål (§ 2-2). Offentlige oppgaver bør legges til det forvaltningsnivå som er nærmest innbyggerne, samtidig som kommunene innenfor rammene av nasjonaløkonomisk politikk bør ha frie inntekter som gir økonomisk handlingsrom².

² Kilde: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunalrett-og-kommunal-inndeling/forholdet-kommune-stat/id2340288/>

Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og sivilforsvaret (heretter omtalt som Sivilbeskyttelsesloven). Formålet med loven er å beskytte liv, helse, miljø, materielle verdier og kritisk infrastruktur ved bruk av ikke-militær makt når riket er i krig, når krig truer, når rikets selvstendighet eller sikkerhet er i fare, og ved uønskede hendelser i fredstid (§ 1). Loven og forskrift til loven er styrende for kommuners aktivitet innen området.

Kommunal beredskapsplikt og plikt til å utarbeide risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) følger av § 14. Kommunen skal kartlegge uønskede hendelser som kan inntreffe, vurdere sannsynligheten for at hendelsene inntreffer og hvordan de kan påvirke kommunen og oppsummere resultatet av arbeidet i en risiko- og sårbarhetsanalyse. ROS-analysene skal forankres i det enkelte kommunestyret, og skal legges til grunn for kommunens beredskapsplan (§ 15). En slik beredskapsplan skal inneholde oversikt over tiltak kommunen har forberedt for å håndtere uønskede hendelser. Videre stilles det minimum krav om at planen inneholder plan for kriseledelse, varslingslister, ressursoversikt, evakueringsplan og plan for å informere befolkning og media. Planen for kriseledelse skal la det tydelig framgå hvem som har beslutningsmyndighet til å innkalle denne. (DSB, 2018).

To mer helsefaglige lover som kort bør nevnes er **Lov om vern mot smittsomme sykdommer** (heretter omtalt som smittevernloven) og **Lov om helsemessig og sosial beredskap**. I tillegg er **Midlertidig lov om forskriftshjemmel for å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av Covid-19 mv.** (koronaloven) også relevant for denne oppgaven.

I **Instruks for fylkesmenn** (forskrift) fastsettes det at «*fylkesmannen er Kongens og Regjeringens representant i fylket og skal arbeide for at Stortingets og Regjeringens vedtak, mål og retningslinjer kan bli fulgt opp*». Med dette som utgangspunkt skal fylkesmannen virke til gagn og beste for fylket og ta de initiativ som finnes påkrevd (§ 1). Fylkesmannens samordnende oppgave går frem av instruksen, hvor det fastsettes at fylkesmannen skal arbeide for at det skjer et best mulig samarbeid mellom kommunene, fylkeskommunen og den lokale statsforvaltning (§ 4). Ellers skal fylkesmannen, etter oppdrag fra regjeringen, sentraladministrasjonen eller etter eget initiativ, gi veiledning til kommuner og fylkeskommuner (§ 7) og skal formidle informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige organer om forhold som antas å berøre deres virksomhet (Instruks for fylkesmenn, 1981).

I «Fylkesmannsrollen – Utvikling og utfordring» fra 2012 peker fornyings- og administrasjonsdepartementet (FAD) på problemstillinger knyttet til fylkesmannsinstitusjonen og utøvelsen av fylkesmannsrollen. Det går frem at fylkesmannen skal være bindeledd mellom nasjonal politikk og lokalt folkestyre – en av de største spenningene i norsk offentlig forvaltning (FAD, 2012).

Fylkesmannens samfunnssikkerhetsinstruks (korttittelen) fra 2015 trekker opp linjene for arbeidet med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering. I kapittel IX heter det blant annet (<https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2015-06-19-703>):

«Fylkesmannens regionale samordningsansvar ved håndtering av uønskede hendelser. Fylkesmannen skal på regionalt nivå samordne den sivile krisehåndteringen, og mellom sivile og militære myndigheter, for å sikre optimale løsninger i samarbeid med berørte aktører, og i samsvar med gitte instruks, retningslinjer og lover.»

2.3 Samfunnssikkerhetsprinsipp

Samfunnssikkerhet som begrep ble en del av det norske vokabularet i løpet av 1990-tallet. Den gangen var det internasjonale forsvarsbildet i endring etter nedtrappingen av den kalde krigen. Det skal ha vært daværende statssekretær i Forsvarsdepartementet, Martin Kolberg, som benyttet begrepet “samfunnets sikkerhet” i et foredrag under “Totalforsvarsprosjektet” i 1997. I begrepet **sikkerhet** er det vanlig å legge en forståelse av et systems evne til å unngå tap og skade.

Justis og beredskapsdepartementet definerte i Stortingsmelding 10 (2016-2017) *Risiko i et trygt samfunn* begrepet som følger:

Samfunnssikkerhet handler om samfunnets evne til å verne seg mot og håndtere hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner og setter liv og helse i fare. Slike hendelser kan være utløst av naturen, være et utslag av tekniske eller menneskelige feil eller bevisste handlinger. (s. 9)

Norge har opplevd flere store nasjonale kriser. Alexander Kielland-ulykken, Åsta-ulykken og angrepet på regjeringskvartalet og Utøya 22. juli 2011 er noen av disse. Landet var berørt av pandemien svineinfluensa i 2009 – 2010. Stortingsmelding 10 *Risiko i et trygt samfunn* (2016 – 2017) peker på pandemi som ett av åtte viktige satsningsområder.

I stortingsmelding 22 *Samfunnssikkerhet – samvirke og samordning* (2007-2008) ble det fastsatt at nasjonalt sikkerhets- og beredskapsarbeid i Norge skulle bygge på ansvars-, likhets- og nærhetsprinsippet. I kjølvannet av terrorangrepet 22. Juli 2011 ble samvirkeprinsippet inkludert som et fjerde bærende prinsipp, det skulle være et bærende element på lik linje med allerede eksisterende prinsipper (St.meld. 29, 2011-2012). I Sivilbeskyttelsesloven med veileder blir de fire prinsippene nærmere beskrevet, der essensen er sammenfattet i figur 2³:



Figur 2: De norske beredskapsprinsippene

De fire prinsippene etablerer en overordnet ramme for hvordan kriser skal håndteres. For vår studie er det især samvirkeprinsippet som er av relevans. Vi søker å finne hvor godt samvirket var mellom Fylkesmannsembetet og kommunene, knyttet til beslutning om etablering av opptil 370 intermediære covid-19 behandlingsplasser i Innlandet våren 2020.

Koronapandemien kan karakteriseres som det organisasjonslitteraturen beskriver som «Wicked Issues» eller gjenstridige problemer. Dette er sammensatte problemområder som ofte spenner over organisatoriske grenser, hierarkiske nivåer og forvaltningsnivåer. Samordning som prinsipp kan være et virkemiddel for å håndtere slike utfordringer. Den samordningsrollen som ligger til Fylkesmannen, kan forstås utfra dette perspektivet.

³ Kilde: St. meld. 22, (2007 – 2008) og St. meld. 29 (2011 – 2012).

2.4 Risikostyring og krisehåndtering

God anvendelse av samfunnsikkerhetsprinsippene hviler mer enn annet på god risikostyring. Hva vil det imidlertid si å bedrive god risikostyring? For å forstå dette er det nødvendig først å knytte noen kommentarer til selve risikobegrepet.

Med begrepet **risikostyring** forstår vi virkemidler som kan tas i bruk for å kontrollere og styre risiko. Det handler om å balansere ulike hensyn opp mot hverandre, blant annet mellom å utvikle og skape verdier og det å unngå ulykker, tap og skader (Aven, 2015). Beslutningene om å opprette intermediære plasser i Innlandet er et eksempel på risikostyring.

Det er viktig å være oppmerksom på at det finnes ulike kunnskapssyn og tilnærminger til hva risiko er. Hvordan man oppfatter risiko, vil påvirke hvordan man beslutter i krisesituasjon. Begrepet **risiko** benyttes i vår oppgave som et uttrykk for konsekvens eller utfall av uønskede hendelser og usikkerhet assosiert med hendelser og utfall. Koronavirusets ankomst til, og videre spredning i Innlandet, var i seg selv en risiko for alvorlig sykdom og tap av menneskeliv. Tett knyttet til begrepet risiko finner vi også begrepene usikkerhet og sannsynlighet.

Usikkerhet er mer enn annet knyttet til mangel på kunnskap. Det er ikke gitt noen entydig definisjon på begrepet usikkerhet, men begrepet kan forstås ulikt, avhengig av hvor man befinner seg på en tidslinje. I nåtid handler usikkerhet om hva man kan vite. I fortid handler usikkerhet om hva som har blitt tillagt forståelse etter å ha blitt observert, gjenkjent og fortolket. I framtid handler usikkerhet om hva som vil skje. Usikkerheten som finnes i framtida, kan ikke reduseres eller måles, og vil være knyttet til risiko (Njå et al., 2020). Koronaviruset brakte med seg stor usikkerhet. Det var et nyoppstått virus, som det var svært liten erfaring med. Man visste ikke hvor mange som ville bli rammet eller på hvilken måte, ei heller hvordan helsevesenet var i stand til å håndtere dette.

Til å kvantifisere usikkerhet, benyttes ofte **sannsynlighet** som verktøy. Sannsynlighet er uttrykk for hvor trolig det er at noe skal inntreffe (Aven, 2015). Vi mener sannsynlighet er et sentralt begrep for å forstå beslutningene som ble lagt til grunn for opprettelsen av intermediærplassene.

En tradisjonell teknisk-naturvitenskaplig og medisinsk tilnærming til risiko bygger på naturvitenskaplig tenkemåte. Utfra kunnskap om tidligere sammenlignbare tilfeller kan det lages beregninger som benyttes til å predikere sannsynligheter og dermed også risiko. Folkehelseinstituttets⁴ R-tall, som er en modell for smitteutvikling i samfunnet ved koronaviruset, er fundert i en slik tilnærming. R-tallet (reproduksjonstallet) forteller hvor mange personer en person med viruset smitter videre.

Sårbarhet kan beskrives som manglende evne hos et analyseobjekt til å motstå virkninger av en uønsket hendelse, herunder det å gjenopprette tilstand eller funksjon etter hendelsen. Som begrepsmotsats til sårbarhet benyttes ofte robusthet eller resiliens.

Krisehåndtering kan i et ledelsesperspektiv defineres som totaliteten av tiltak som iverksettes når en krise har inntruffet, for å begrense skaden og bringe krisen til opphør (Bjelland & Nakstad, 2018, s.22). Kriser kan, ut fra et beslutningsperspektiv, forstås som risikostyring under ekstremt ugunstige rammevilkår. Når usikkerheten er stor, tidspresset høyt og muligheten for å feile er svært reell, gir det seg selv at det blir ekstra krevende å hegne om samfunnets verdier.

Kriser kan kategoriseres ut fra hastighet. Det vil si ut ifra hvor raskt krisen oppstår, og hvor lang tid det tar før den er avsluttet. I sine arbeider har Boin et al. (2017) viet krisetypologier oppmerksomhet. De deler inn kriser etter tid, rom og konsekvenser for å kunne beskrive dem bedre.

Utviklingshastighet			
Avslutnings- hastighet		Hurtig	Langsom
	Hurtig	Raskt brennende kriser	Rensende kriser
	Langsom	Lange skyggers kriser	Sakte brennende kriser

Tabell 1: Kategorisering av kriser ut fra utviklings- og avslutningshastighet

⁴ Folkehelseinstituttet blir i det følgende benevnt dels som folkehelseinstituttet og dels som FHI. Vedr. R-tall: <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/#smittetallet-r-innlagte-i-sykehus-og-totaldoedelighet>

Raskt brennende kriser oppstår hurtig og går fort over. En husbrann kan være et godt eksempel på en slik krise. **Rensende kriser** utvikler seg langsomt og avsluttes raskt. Opprør eller revolusjon er eksempler på denne typen kriser. **Lange skyggers kriser** er kriser som kan kjennetegnes ved at selve hendelsen blir raskt håndtert, men at konsekvensene i etterkant setter sitt preg på samfunnet i lang tid etterpå. Alexander Kielland ulykken kan være et eksempel på en slik krise. **Saktebrennende kriser** utvikler seg langsomt og avsluttes langsomt. Kampen mot terror kan være et eksempel på saktebrennende krise. For oss er det nærliggende å kategorisere koronapandemien som en saktebrennende krise, både ut ifra dens tempo og varighet.

2.5 Kriterier for vellykket krisehåndtering

Selv om ingen kriser er helt like, er det enkelte karakteristika som går igjen i det som kan beskrives som vellykket krisehåndtering.

Kruke (2011) deler inn i følgende krisefaser (Njå et. al., 2020, s. 191):

- Førkrisefase (forebygging og forberedelse)
- Akutt krisefase (respons)
- Etterkrisefase (gjenoppretting og læring)

Enhver krise følger sitt unike utviklingsforløp, men alle kriser har behov for ledelse. For å få til gjennomgående god krisehåndtering bør disse elementene være på plass:

- Godt kunnskapsgrunnlag
- Gode beslutningsprosesser
- God kommunikasjon
- Gode evalueringskriterier

I denne mengden av elementer er det beslutninger og beslutningsprosesser vi ser på i vår oppgave. Beslutningstaking i kriser er ofte knyttet til skadebegrensning. Stor informasjonsmengde og konsekvensene av ulike valg kan framstå som usikre, og kan bidra til vesentlig stress.

Kriserespons, eller hvordan en krise “svares opp”, er ikke bare snakk om beslutninger, men også hvordan disse beslutningene gjennomføres og kommuniseres. Den nasjonale kriseresponsen 12. mars 2020 var å stenge ned Norge for en periode. Det har i ettertid blitt offentlig kjent at beredskap knyttet til bemanning og smittevernustyr kunne vært bedre. Blant

annet gjennomførte Helse Øst hasteinnkjøp av smittevernutstyr og materielt parallelt med nedstengingen for å kunne behandle koronapasienter og sikre ansatte mot smitte.

Planlegging av intermediære behandlingsplasser i Innlandet er et eksempel på at en global krise også er lokal. Det kan være komplekst å gjennomføre koordinering og implementering i en stor organisasjon. I denne situasjonen skulle krisen også håndteres på tvers av forvaltningsnivåer og organisasjoner i offentlig sektor under tidspress.

Et sentralt virkemiddel, som blant annet blir framhevet i den nasjonale beredskapsplanen for pandemisk influensa fra 2014, er kommunikasjon. På bakgrunn av WHO sine retningslinjer og sentrale kommunikasjonsfaglige prinsipper fastslår pandemiplanen noen generelle, overordnede retningslinjer. Fra disse retningslinjene for krisekommunikasjon kan følgende trekkes ut:

- Åpenhetsprinsippet
- Samordnet budskap
- Proaktiv kommunikasjon
- Publikumsforståelse.

(Brekke, Ludvigsen og Bjørkedal, 2017)

I krisesituasjoner vil det være viktig å vinne opinionens oppfatning av hva som har hendt og hender. Krisen blir raskt en «symbolsk konkurranse om den sosiale betydningen av et problemomene» (Boin et al., 2017, s. 79).

Boin et al. peker på viktigheten av å både håndtere og å vinne denne «meningsskapingsprosessen» eller «kampen om forståelsen» (Boin et al., 2017). Effektiv kriseledelse handler dermed ikke bare om rett beslutning og handling, men også om å skape «rett mening». Å kommunisere slik at budskapet blir oppfattet som avsender ønsker det, blir dermed viktig. Evner man å sette agenda, er man også nær å ha konsensus og aksept for de beslutningene som skal fattes. Om denne aksepten mangler, vil andre raskt vinne fram med alternative budskap og historiefortelling.

Meningsskapingsprosessen i kriser kan normalt deles i to. For det første må leder skape et narrativ, en «fortelling om hendelsen» som kan gi mening om hva og hvorfor noe har skjedd, skissere løsninger på det som har hendt og hva som kan læres av det som har oppstått. Deretter må budskapet kommuniseres. Det er viktig at kommunikasjonen er nøye gjennomtenkt, for på den måten å optimalisere interessentenes persepsjon (Boin et al., 2017).

Krise er brudd med normalen. Slike brudd skaper kognitive tomrom både på individ- og samfunnsnivå. Publikum vil forvente at ledere setter dagsorden, inklusive å fortelle en troverdig historie om hva som har hendt og at normalen skal gjenopprettes og på hvilken måte den skal gjenopprettes. Alternative fortellinger om hva som skjedde og hvorfor, vil kunne underminere tilliten og troverdigheten til lederen og organisasjonene det dreier seg om. Det er derfor viktig å vinne oppslutning for det narrative som presenteres (Boin et al., 2017).

En krise bærer også i seg mulighetsvinduer for ledere og ledelse. Innbyggerne som opplever tilværelsen truet av utenforliggende faktorer, eksempelvis et virus, har en tendens til å dempe kritikken, og heller støtte opp om sine ledere. Brukt på rett måte gir det en anledning til de styrende til å ramme inn (frame) krisen og innholdet i den. Historien om hva som hendte kan skapes i dette tidsvinduet. De som vinner fram med sin innramming (framing) av krisen, vil også ha «kort på hånda» slik at de kan løse krisen. En vellykket innramming vil inneholde elementer som en troverdig fortelling om hva som hendte, avhengig av personens eller organisasjonens troverdighet, i tillegg til effektiv kommunikasjon (Boin et al., 2017).

3. Teori

Formålet med dette kapittelet er å redegjøre for teoretisk rammeverk og modeller knyttet til dette.

I avsnitt 3.1 redegjør vi for teoretisk rammeverk. Vi tar for oss Modell 1 rasjonell aktørmodellen i avsnitt 3.2, Modell 2 organisatorisk prosessmodellen i avsnitt 3.3 og Modell 3 byråkratisk prosessmodell i avsnitt 3.4. Avsnitt 3.5 oppsummerer teoretisk rammeverk.

3.1 Teoretisk rammeverk

Allisons analyse av Cubakrisen er en klassiker innen kriselitteraturen. Bokens originaltittel *Essence of Decision: Explaining the Cuban Missile Crisis*, er en tittel den har fått fra en del av en tale USAs president John F. Kennedy holdt. Sitatet på originalspråket er som følger:

"The essence of ultimate decision remains impenetrable to the observer - often, indeed, to the decider himself."

Når Allison søker forklaringer, tar han utgangspunkt i tre modeller som han holder hendelsene opp mot og forsøker å finne forklaringskraft i. De tre modellene er som følger (Allison, 1969):

1. The Rational Actor Model – heretter omtalt som rasjonell aktørmodellen
2. The Organizational Process Model – heretter omtalt som organisatorisk prosessmodellen
3. The Governmental Politics Model – heretter omtalt som byråkratisk politikmodell

Rasjonell aktørmodellen fremstiller beslutningstaking som en logisk, rasjonell prosess der ulike tilgjengelige handlingsalternativ blir sammenstilt og vurdert, og hvor det alternativet blir valgt, som ut fra en kostnads- og gevinstkalkyle gir det beste utfallet for aktøren. Utgangspunktet er at aktøren har full oversikt over ulike handlingsalternativ og deres angivelige konsekvenser, og at vedkommende har en velordnet preferansestruktur som gjør vedkommende i stand til å rangordne alternativene. Å opptre rasjonelt innebærer i korthet å velge det som gir det beste utfallet for aktøren (Allison, 1969 og 1971).

Organisatorisk prosessmodellen fremstiller beslutningstaking som en organisasjonsstyrt prosess der valgene som tas er drevet frem av særtrekk ved den enkelte organisasjon. «Output» bestemmes av organisasjonsadferden, de etablerte rutineene og de fastlagte standardene for mål

og prosedyrer innad i organisasjonen. Organisasjonens rammer og retningslinjer, kultur og normer, mål, rutiner og prosedyrer vil være styrende for handlinger, valg og beslutninger (Allison, 1969 og 1971).

Byråkratisk politikkmodellen fremstiller beslutningstaking som en tautrekkingsprosess både innad i, men også mellom organisasjoner. Beslutningen kan være et minste felles multiplum der man har forsøkt å ta hensyn til ulike behov de enkelte aktørene har. I en tautrekkingsprosess vil det ofte være en aktør som får gjennomslag for sitt syn og sine preferanser, mens andre aktører ikke får gjennomslag for sine preferanser (Allison, 1969 og 1971).

Den rasjonelle aktørmodellen setter enkeltindividets beslutninger i fokus. I den organisatoriske prosessmodellen setter organisasjonsstruktur og -kultur begrensninger for beslutninger, og treghetsfaktorer som sedvane, vanetenkning og rutiner bryter ned den rasjonelle mål/middeltenkningen. Den byråkratiske prosessmodellen ser beslutninger som resultat av forhandlinger og tautrekking mellom aktører, og retter oppmerksomheten mot interessekampen mellom aktører i organisasjonene der beslutninger fattes.

Modellenes generiske perspektiver gjør at de har en konseptuell betydning og relevans for bruk i vår oppgave. Det er mekanismene i de tre modellene som gir relevans av en allmenn karakter og dermed gjør de til nyttige verktøy for oss.

3.2 Modell 1: Rasjonell aktørmodellen

3.2.1 Forklaringsvariabler og nøkkelbegreper

Den rasjonelle aktørmodellen bygger på klassisk, rasjonell beslutningsteori som sier at aktøren opptrer enhetlig og ut fra mål og preferanser, velger det alternativet som best fremmer egne mål. Den rasjonelle aktørmodellen tar utgangspunkt i formålsrasjonalitet, og bygger, slik vi oppfatter det, på instrumentell rasjonalitet.

Formålsrasjonalitet innebærer at en tar beslutninger ved hjelp av konsekvenslogiske resonnementer og på en systematisk måte (Weber).

Instrumentell rasjonalitet handler om å klargjøre nåværende mål og utrede midler som kan anvendes for å nå målet. (Elster, 1986).

3.2.2 Hypoteser

I dette kapitlet ser vi på hvilke funn og hypoteser vi kan forvente, gitt den rasjonelle aktørmodellen. Det følger av fremstillingen i foregående punkt at denne modellen betrakter fylkesmannen i Innlandet og de utvalgte kommunene som enhetlige aktører. Modellen legger vekt på hva som kan bli konsekvensene av handlinger og valg, og legger en mål- og middeltankegang til grunn. Disse betraktningene munner i sin tur ut i veloverveide valg.

Med utgangspunkt i den rasjonelle aktørmodellen forventer vi følgende funn:

1. Valg og beslutninger er tatt av aktøren som en enhet.
2. Det har vært enighet om valg og beslutninger.
3. Valg og beslutninger er tatt av velinformerte aktører.
4. Aktørene har hatt klare mål og målene har hatt betydning for valg og beslutninger.
5. Valg og beslutninger er fattet etter en systematisk prosess og fremstår som veloverveide.
6. Det er lagt vekt på hva som kunne bli konsekvensene av ulike valg.
7. Det er lagt vekt på behovet for å berolige befolkningen gjennom å vise handlekraft og gjennomføringsevne.

3.3 Modell 2: Organisatorisk prosessmodellen

3.3.1 Forklaringsvariabler og nøkkelbegreper

Den organisatoriske prosessmodellen legger vekt på **organisatorisk og institusjonelt rammeverk**, der beslutninger skjer i henhold til etablerte planer, prosedyrer, rutiner og normer (Allison, 1969).

Der den rasjonelle aktørmodellen vektlegger mål-middelbetraktninger, vektlegger den organisatoriske prosessmodellen organisatoriske særtrekk. Handlingsrom og handlingsrepertoar formes mer av ytre rammer, enn av indre mentale prosesser. Foreliggende rammebetingelser vurderes som bestemmende for hvilke valg som tas. Sentrale forklaringsfaktorer er organisasjonsstruktur og hierarki med tilhørende roller, ressurser og ansvar.

3.3.2 Hypoteser

Den organisatoriske prosessmodellen legger vekt på organisatoriske føringer i form av organisatorisk og institusjonelt rammeverk. Den enkelte beslutningstaker har et svært begrenset handlingsrom, gitt modellens vekt på organisasjonen og beslutninger innenfor gitte rammer.

Med utgangspunkt i den organisatoriske prosess modellen forventer vi følgende funn:

1. Valg og beslutninger begrunnes med føringer gitt i lov eller beredskapsplaner.
2. Valg og beslutninger er tatt ut fra regelverk om hvordan beslutningsprosesser gjennomføres og hvem som har myndighet til å fatte beslutninger.
3. Valg og beslutninger begrunnes med føringer gitt i andre prosedyrer, rutiner og normer (øvrige planer, øvelser og øvingsdokumenter).
4. Valg og beslutninger begrunnes i ansvar og behov for behandlingsskapitet.
5. Valg og beslutninger begrunnes med tilgang på ressurser, personell eller hensiktsmessige lokaler.

3.4 Modell 3: Byråkratisk politikkmodellen

3.4.1 Forklaringsvariabler og nøkkelbegreper

Den byråkratiske politikkmodellen representerer langt på veg en krysning av de to foregående modellene. På samme måte som rasjonell aktørmodellen, forutsettes beslutningsutfallet å være et resultat av aktørers ønske om å nå ulike mål. Tilsvarende organisatorisk prosessmodellen antas imidlertid resultatet samtidig å være et resultat av indre-organisatoriske prosesser. I denne modellen antas beslutningsforløpet å ta form av et spill mellom ulike **særinteresser**. Det skapes en kompleks arena hvor «spillet» om beslutningene foregår. Modellen ser handlinger som resultat av en **tautrekkingssprosess** mellom beslutningstakere med egne mål, preferanser og særinteresser. Det som skjer, kan verken ses som en handling eller et resultat, men som et overlappende spill eller forhandlinger mellom aktører er på ulikt nivå i **hierarkiet**. De ulike aktørene har ulike mål der deres respektive **posisjon, makt og taktiske manøvreringsevne** vil ha betydning for beslutningsutfallet. (Allison, 1969).

Gitt denne modellen, er makt og autoritet sentrale begreper.

En klassisk definisjon av makt er følgende: *Makt er en relasjon mellom sosiale aktører, hvor sosial aktør A, kan få en annen aktør B, til å gjøre noe B ellers ikke ville gjort* (R. Dahl i Njå et. al. 2020, s. 105).

Makt er ikke bare knyttet til personer, men ligger innbakt i sosiale normer, lover og prosedyrer. Formell makt er innfelt i det hierarkiske systemet av posisjoner, med tilgang på ressurser og sanksjonsmidler. Det er kobling mellom en persons rolle og status, og personens evne til å utøve makt (Sjøvold, 2016).

Autoritet innebærer å kunne opptre med makt og gjøre sin innflytelse gjeldende. Formell autoritet innebærer at vedkommende har autoritet i kraft av sin rolle eller stilling. Reell autoritet innebærer at vedkommende har evne til å påvirke andres handlemåte eller oppfatninger, for eksempel i kraft av indre egenskaper eller den anseelse vedkommende nyter, og som har til følge at folk retter seg etter vedkommende (Møller, 2009).

3.4.2 Hypoteser

Den byråkratiske politikkmodellen legger vekt på organisasjoners interne forhold, beslutningstakernes særinteresser, samt samhandling og forhandling mellom beslutningstakerne. Modellen er preget av kollektive beslutninger etter forhandling mellom aktører. I modellen har aktørens makt, autoritet og spillteori betydning.

Med utgangspunkt i den byråkratiske politikk modellen forventer vi følgende funn:

1. Valg og beslutninger har bakgrunn i interne forhandlinger og samspill i egen organisasjon.
2. Valg og beslutninger følger av forhandling og tautrekking mellom ulike styringsnivåer og organisasjonsheter.
3. Valg og beslutninger er et resultat av innspill og påvirkning fra ulike interesseorganisasjoner.
4. Valg og beslutninger er et resultat av toppleders evne til å overtale og få gjennomslag for ønsket løsning.
5. Valg og beslutninger er et resultat av andre ledes evne til å argumentere og få gjennomslag for sitt syn.

3.5 Oppsummering av teoretisk rammeverk

Modelltype	Forklaringsvariabler	Sentrale hypoteser
Rasjonell aktørmodell	<p>Beslutningstaker oppfattes enhetlig.</p> <p>Velinformerte valg: Aktøren analyserer situasjonen, har preferanser som kan rangeres, fastsetter mål, søker alternative løsninger, vurderer konsekvenser, velger og gjennomfører (Njå et. al. 2020).</p> <p>Mål- og middeltankegang: Aktøren søker å optimalisere realiseringen av fastsatte mål.</p> <p>Konsekvenser: Aktøren legger vekt på konsekvenser.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valg og beslutninger er tatt av aktøren som en enhet. 2. Det har vært enighet om valg og beslutninger. 3. Valg og beslutninger er tatt av velinformerte aktører. 4. Aktørene har hatt klare mål og målene har hatt betydning for valg og beslutninger. 5. Valg og beslutninger er fattet etter en systematisk prosess og fremstår som veloverveide. 6. Det er lagt vekt på hva som kunne bli konsekvensene av ulike valg. 7. Det er lagt vekt på behovet for å berolige befolkningen gjennom å vise handlekraft og gjennomføringsevne.
Organisatorisk prosessmodell	<p>Organisasjonen ses som beslutningstaker.</p> <p>Organisatorisk og institusjonelt rammeverk begrenser handlingsrommet.</p> <p>Lovverk, planer, prosedyrer, rutiner og normer kan gi føringer for beslutninger og valg.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valg og beslutninger begrunnes med føringer gitt i lov eller beredskapsplaner. 2. Valg og beslutninger er tatt ut fra regelverk om hvordan beslutningsprosesser gjennomføres og hvem som har myndighet til å fatte beslutninger. 3. Valg og beslutninger begrunnes med føringer gitt i andre prosedyrer, rutiner og normer

Modelltype	Forklaringsvariabler	Sentrale hypoteser
	<p>Tilgang på ressurser kan ha betydning for beslutninger og valg.</p>	<p>(Øvrige planer, øvelser og øvingsdokumenter).</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Valg og beslutninger begrunnes i ansvar og behov for behandlingsskapitet. 5. Valg og beslutninger begrunnes med tilgang på ressurser, personell eller hensiktsmessige lokaler.
<p>Byråkratisk politikkmodell</p>	<p>Beslutningsutfall som resultat av individer med ulike ønsker og mål og organisatoriske prosesser.</p> <p>Beslutninger som resultat av spill, forhandling og tautrekking mellom ulike særinteresser</p> <p>·</p> <p>Beslutningstakeres posisjon, makt og taktiske manøvreringsevne har betydning for beslutninger.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valg og beslutninger har bakgrunn i interne forhandlinger og samspill i egen organisasjon. 2. Valg og beslutninger følger av forhandling og tautrekking mellom ulike styringsnivåer og organisasjonsenheter. 3. Valg og beslutninger er et resultat av innspill og påvirkning fra ulike interesseorganisasjoner. 4. Valg og beslutninger er et resultat av toppleders evne til å overtale og få gjennomslag for ønsket løsning. 5. Valg og beslutninger er et resultat av andre ledes evne til å argumentere og få gjennomslag for sitt syn.

Tabell 2: Teoretisk rammeverk med modeller, forklaringsvariabler og sentrale hypoteser

4. Metode og forskningsdesign

Formålet med dette kapittelet er å beskrive oppgavens metodebruk og forskningsdesign.

Avsnitt 4.1 tar for seg generelt om metode, og avsnitt 4.2 tar for seg validitet og reliabilitet. I avsnitt 4.3 ser vi på kvalitativ versus kvantitativ metode, før vi i avsnitt 4.4 beskriver forskningsdesign. Avslutningsvis i avsnitt 4.5. drøftes ulike metodiske innvendinger som kan rettes mot vår studie.

4.1 Generelt om metode

Metode kan forstås som en planmessig framgangsmåte, hvor man søker å gå fra det mer spekulative og vilkårlige over til det mer velbegrunnede. Selve ordet metode kommer av det greske begrepet *methodos* som kan oversettes med “det å følge en bestemt vei mot målet”. Metode er bærebjelken innen all vitenskapelig aktivitet og er det som skiller forskning fra annen type virksomhet.

Valg av metode avhenger av en lang rekke faktorer, hvor noen av de viktigste er problemstilling, kildetilfang og ressurstilgang. Selv om hensyn og avveininger vil kunne variere fra situasjon til situasjon, er den overordnede målsettingen den samme; nemlig å fremme en prosess som sikrer at fremkomne funn bidrar til økt innsikt og kunnskap.

4.2 To hovedproblem: Validitet og reliabilitet

De to bærende spørsmålene i metodesammenheng knytter seg til validitet og reliabilitet.

Validitet handler om hvorvidt funnene er gyldige, sanne og troverdige. Det er vanlig å dele opp i intern og ekstern validitet. Intern validitet handler om hvorvidt konklusjoner er troverdige, og tolkninger kan sies å stemme overens med virkeligheten. Vi mener at den indre validiteten er ivaretatt, og viser nærmere til dette i avsnitt 4.4. Ekstern validitet handler om hvorvidt funnene er generaliserbare – at funn kan gjøres gjeldende for en større populasjon. Det har ikke vært et hovedmål for oss at funnene skal kunne generaliseres. Det innebærer at funnene har begrenset overføringsverdi. Ikke desto mindre er det vår oppfatning at våre funn vil kunne si noe om samspill mellom stat og kommune under kriser.

Reliabilitet handler om hvor pålitelige funnene er. Det kan reises som kritikk mot kvalitativ forskning at denne typen forskning kan være vanskelig å spore i etterkant, og at det kan være krevende å gjenta prosessen for andre forskere. Relasjon og stemning mellom intervjuobjekter, samt tolkninger gjør at det kan være vanskelig å oppnå samme resultat for andre. Vi har beskrevet forskningsdesign og metode nøye, slik at andre kan gjennomføre en tilsvarende undersøkelse. Dette øker oppgavens reliabilitet. Vi viser også her til nærmere beskrivelse i avsnitt 4.4.

4.3 Kvalitativ versus kvantitativ metode

Kvalitative metoder omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, intervju, observasjon eller skriftlig tekst. Kvantitativ metode er undersøkelse av sammenhenger ved hjelp av matematiske og statistiske metoder.

Vi undersøker beslutninger fattet av Fylkesmannen i Innlandet og utvalgte kommuner, og ønsker å studere beslutningene i dybden. Våre forskningsspørsmål har et fortolkende aspekt, noe som legger godt til rette for bruk av kvalitativ metode. Vi har valgt en kombinasjon av dokumentanalyse og semistrukturerte intervjuer for å sørge for datatriangulering i datainnsamlingen. Dokumentanalyse og intervju av nøkkelpersoner i enhetene vil etter vår mening gi det beste inntaket for tematikken vi ønsket å studere.

Vår studie er en casestudie. Disse fire elementene har bred anerkjennelse som kjennetegn på casestudier:

- 1) samtidig fenomen
- 2) studiet av fenomenet må knyttes til den videre konteksten
- 3) casestudie dreier seg om fenomener som ikke kan skilles fra konteksten
- 4) bruk av flere datakilder

(Andersen, 2013, s. 25)

4.4 Forskningsdesign

I vår kvalitative tilnærming valgte vi et forskningsdesign som besto av følgende to bestanddeler, tekstanalyse og intervjuer. Formålet med tekstanalysen var å studere kontekst, hendelsesforløp, og ulike aktørers posisjonering. Formålet med intervjuene var på sin side å avdekke beveggrunner hos de enkelte enhetene, for deretter å avdekke likheter og ulikheter.

En viktig grunn til valg av et slikt forskningsdesign var ønsket om datatriangulering, med andre ord å kontrollere for validitet og reliabilitet (Andersen, 2013).

4.4.1 Tekstanalyse

Vi gjennomførte en kvalitativ tekst- og ideanalyse, der vi gjennomgikk dokumenter og så video av pressekonferanse og pressebriefer. Vi så etter innhold og ideer som kunne bidra til å belyse forskningsspørsmålene. Når analysen er kvalitativ så innebærer det at forsøk på å telle forekomster av ideer er underordnet. I ideanalysen er man opptatt av ideene aktører bærer, først og fremst for å kartlegge disse slik at de kan bidra til å forklare handlingsvalg (Bratberg, 2017, s. 67 - 68). I vår undersøkelse har det vært et mål at ideanalysen skulle bidra til å forklare beslutninger (Bratberg, 2017, s. 72 - 75).

For å gjøre oss kjent med tematikken, gjennomgikk vi følgende sentrale dokumenter:

- Stortingsmelding 10 *Risiko i et trygt samfunn* (2016 – 2017).
- Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa (2014).

Regjeringens pressekonferanse om nye tiltak for å bekjempe koronaviruset av 12. mars 2020, nr. 37/20 er viktig for tematikken i vår oppgave. Denne pressekonferansen utgjør derfor del av vårt kildegrunnlag. Vi gjennomgikk og informasjon på Fylkesmannen i Innlandet, Innlandet fylkeskommune og utvalgte kommuner internettsider:

- Fylkesmannen i Innlandet sine pressebriefer fra perioden 1. mars 2020 - 15. april 2020.
- Fylkesmannen i Innlandet sin offentlige informasjon om koronasituasjonen fra februar – 15. april 2020 (tidslinjedelt via embetets nettsider).
- Risiko- og sårbarhetsanalyse for tidligere Oppland fylke.
- Regional plan for samfunnssikkerhet og beredskap, tidligere Oppland fylke.
- Risiko- og sårbarhetsanalyse fra tidligere Hedmark fylke.
- Regional plan for samfunnssikkerhet og beredskap tidligere Hedmark fylke.
- Offentlig tilgjengelig informasjon om koronasituasjonen i utvalgte kommuner. Vi har gått igjennom postlister og sakslister til politiske møter, og hentet ut dokumenter i den grad de har ligget tilgjengelig. Der de ikke har ligget tilgjengelig, har vi bedt om dokumenter som har vært journalført som offentlige på postlister. Vi har studert tidslinjer som enkelte undersøkelsesenheter har delt på sine nettsider. Offentlig tilgjengelige dokumenter er omtalt pr. kommune i kapittel 6.1.
- Protokoller fra styremøter i KS innlandet fra mars og juni 2020.

I tillegg gjennomgikk vi sentralt lovverk. Vi har bevisst unngått å innhente informasjon som er unntatt offentlighet. Dette fordi vi ønsker at våre funn skal kunne bidra i en opplyst, offentlig samtale om tematikken - også for ettertiden.

4.4.2 Intervjuer

Vi har valgt å se på to forvaltningsnivåer; Fylkesmannen i Innlandet og utvalgte kommuner i Innlandet. Disse utgjør våre undersøkelsesenheter (Andersen, 2013, s.14).

Undersøkelsen omfatter følgende kommuner i Innlandet: Nord-Fron, Løten og Tynset kommune. Vi valgte disse kommunene fordi det var kommuner med tidlig offentlig oppmerksomhet rundt koronaviruset. Nord-Fron og Løten kommune hadde påvist smittetilfeller allerede før den nasjonale nedstengingen fant sted. Tynset kommune var lenge uten smitte, samtidig som de hadde en offensiv interessentkommunikasjon. Vi valgte respondenter hos Fylkesmannen i Innlandet, i utvalgte kommuner og hos KS Innlandet, og har gjennomført åtte semistrukturerte intervjuer.

For å danne oss et bilde av beveggrunn, beslutningsprosesser og beslutninger hos Fylkesmannen i Innlandet, valgte vi å intervju fire respondenter med ulike roller i embetsledelsen, herav to kvinner og to menn.

Det er sektorsjef for helse og velferd som har det daglige ansvaret for helsetjenestene i kommunen. Sektorsjefene for helse og velferd ble derfor valgt ut som respondenter. Alle tre er menn. For i størst mulig grad å sikre anonymisering av respondentene, har vi valgt å benevne kommunene som kommune 1, 2 og 3, når vi presenterer funn fra intervjuene.

I Tynset kommune valgte vi i tillegg å intervju ordfører, i kraft av vedkommende sin rolle som leder av KS Innlandet (Kommunesektorens Interesseorganisasjon). På den måten kunne vi eventuelt avdekke eventuell ubalanse mellom administrasjonens og det politiske nivåes oppfatning av hendelsesforløp og samhandling mellom kommunene og Fylkesmannsembetet. Vi har ikke oppdaget forskjeller av betydning her.

Utvalget av respondenter kunne vært flere og bredere. Det gjelder særlig respondenter fra utvalgte kommuner, hvor vi vurderte å rekruttere kommunelegene til intervju. Utfra oppgavens tidsperspektiv og omfang, samt kommunelegenes arbeidspress og prioritet, valgte

vi ikke å gjøre dette. Vi mener likevel at vårt utvalg av respondenter er tilstrekkelig til å undersøke våre problemstillinger.

Kvalitative intervjuer gir mulighet for å stille åpne spørsmål, ha dialog med respondenter og stille utdypende spørsmål for å komme i dybden av det en forsker på. Respondenten får stor frihet til å tolke spørsmål og svare ut fra hva vedkommende mener er relevant og viktig. Samtidig gir det intervjuer mulighet for å tolke kroppsspråk, eksempelvis om respondenter virker berørt, svarer raskt, trekker på svaret, ler mv. Dette er forhold som gir ekstra informasjon fra den som intervjues til intervjuer. Alle våre intervjuer ble av smittevern hensyn gjennomført på MS Teams. Det kan ha hatt en viss betydning for om alle nyanser i kroppsspråk og stemmeleie ble fanget opp. Vi har lydopptak og transkriberte referater fra alle intervjuer. Respondentene fikk tilbud om å lese gjennom referat fra sitt intervju i etterkant. Til tross for at det vil være muligheter for tolkning, bidrar dette til å sikre at respondentene er korrekt gjengitt og forstått.

Forarbeid

Vi studerte tekster på nasjonalt og regionalt statlig nivå for å sette oss inn i tematikken. Deretter søkte vi spesifikt etter tekster som kunne belyse den konkrete tematikken hos Fylkesmannen i Innlandet og utvalgte kommuner. I intervjuene kunne vi stille respondentene åpne spørsmål, flere spørsmål om samme tematikk og oppfølgingsspørsmål.

Da vi startet vårt arbeid med intervjuguiden, tok vi utgangspunkt i oppgavens problemstillinger (hovedspørsmål). Undervegs i arbeidet ble både problemstillingene og intervjuguiden justert en rekke ganger. En del spørsmål ble tatt ut av intervjuguiden, mens andre kom til. Vi arbeidet med teoretisk rammeverk og mulige hypoteser parallelt med at vi utarbeidet intervjuguiden. Vi kom frem til at vi til slutt i intervjuguiden ønsket å ha med noen spørsmål som kunne gi konkret informasjon opp mot det teoretiske rammeverket og de hypoteser vi hadde kommet frem til. Dette er bakgrunnen for at intervjuguiden består av en del med åpne, innledende spørsmål knyttet opp mot etableringen av covid-19 sengene, og at den siste delen består av spørsmål knyttet opp mot beslutningsprosessen(e) og aktuelle teoretiske perspektiver (teoretisk rammeverk).

Vi satte anslag på tidsbruk for hver del av intervjuguiden, som ble inndelt slik:

- Innledning
- Åpne, innledende spørsmål knyttet til det konkrete caset og etableringen av covid-19 sengene med temaene:
 - Regjeringens pressekonferanse med påfølgende tiltak
 - Bakgrunnen for at Covid-19 sengene ble etablert
- Beslutningsprosessen og aktuelle teoretiske perspektiver
 - Rasjonelle beslutninger som kobles opp mot handlingene / beslutningene og resultatene av disse.
 - Organisatorisk prosessmodellen som ser handlinger som et resultat av organisasjonsadferd og etablerte rutiner.
 - Byråkratisk forhandling mellom aktører som handler om drakampen mellom aktører / individer, spillet og prosessen.
- Oppsummering og avslutning

Gjennomføring av intervjuer

Vi anslo at hvert enkelt intervju ville ta fra 1 – 2 timer, der 1,5 time ble ansett som det forventede. Vi sørget for å ha inntil 2 timer tilgjengelig slik at vi ikke måtte avslutte et intervju før vi hadde kommet gjennom alle temaer, og respondenten hadde fått fortalt det vedkommende ønsket.

Vi valgte en arbeidsdeling der vi vekslet på hvem som gjennomførte intervjuet og hvem som sørget for at vi stilte nødvendige oppfølgingsspørsmål og noterte. Alle intervjuer ble tatt opp ved hjelp av diktafon. Vi har begge jobbet lenge i kommunal sektor og kjente derfor en del respondenter fra tidligere. Relasjon mellom den som blir intervjuet og den som intervjuer, kan påvirke informasjonen respondenten gir og hvordan respondenten velger å svare. Vi valgte å fordele arbeidet slik at den som ikke kjente eller kjente respondenten minst, gjennomførte intervjuet. Formålet var at tidligere relasjon, i minst mulig grad, skulle påvirke intervjuet.

Vi la vekt på å sette av god tid til hvert intervju, og lot respondentene snakke fritt opp mot de enkelte spørsmål. Oppfølgingsspørsmål ble stilt ut fra hva den enkelte respondent svarte. Vi opplever av respondentene var svært tilgjengelige, åpne og tydelige.

Etterarbeid

I etterkant av intervjuene hørte vi gjennom intervjuene og transkriberte det som ble sagt. Respondenter som ønsket å se sitt transkriberte intervju, fikk dette oversendt, og har bekreftet at det kan benyttes slik det er skrevet ned. Det var to av åtte respondenter som ønsket å se transkribert referat.

Vi har i tillegg hørt gjennom intervjuene og lest referatene en rekke ganger. Vi valgte å gjennomgå referatene sammen og analysere disse opp mot teoretisk rammeverk og hypoteser. I denne prosessen noterte vi oss utdrag av intervjuene og sitat det kunne bli aktuelt å benytte i oppgaven. Vi vurderte å benytte Atlas for å analysere våre data, men kom frem til at med vår datamengde, ville det være like effektivt å benytte Excel. Vi utarbeidet regneark med arkfaner, der vi hadde en arkfane med matrise som viste respondenter og spørsmål, og en annen arkfane som viste matrise med respondenter og teoretiske modeller og hypoteser. Vi tok også med funn som ikke passet inn i det teoretiske rammeverket og hypotesene vi hadde kommet frem til. Vi var bevisst på at vi spesifikt skulle se etter funn som kunne tyde på andre forklaringsfaktorer enn de som fulgte av teoretisk rammeverk. Vi gjennomgikk hva respondentene hadde svart og sorterte utsagn inn i matrisene vi hadde utarbeidet. Matrisene har dannet grunnlag for vår beskrivelse av funn og utsagn, samt vektingen av modellene i oppgaven.

Alle respondenter har samtykket skriftlig til å delta og er i henhold til vedlagt samtykkeerklæring anonymisert. Ettersom utvalget er lite, er muligheten for gjenkjennelse likevel til stede. Som ekstra foranstaltning er derfor intervjuobjekt blitt gitt mulighet til gjennomlesning av sitater og godkjenning av at disse brukes i oppgaven. De er innforstått med at de vil kunne bli sitert anonymt, og at de til tross for anonymisering, kan bli gjenkjent.

4.5 Metodekritikk

Det kan reises ulike innvendinger mot metoden vi har valgt, i det påfølgende omtaler vi fire sentrale motforestillinger.

For det første kan det innvendes at det er få respondenter fra kommunene. Vi har en respondent per kommune, og respondenten er valgt utfra stillingens relevans i arbeidet med “koronaplassene” i organisasjonen. Vi er av den formening at kommunalsjef /-leder for helse og velferd er en sentral aktør, og at vedkommende var den som utgjorde tungen på vektskålen

da beslutninger ble tatt hos den enkelte kommune. Vedkommende har en sentral rolle i kommunens beslutningsprosess, og er en primærkilde for å forstå hva som ble lagt til grunn for beslutningen i de ulike kommunene.

For det andre kan det reises innvendinger mot selve utvalget av kommuner, da vi begge har nær relasjon til en av disse. Dette kan påvirke respondentens svar. Relasjon mellom den som intervjues og intervjuer kan påvirke intervjuet, informasjonen som blir gitt og hvordan informasjon blir tolket. Å være bevisst på at det kan være problematisk, kan i seg selv motvirke at det er nettopp det. Vi har søkt å være bevisste på egen forforståelse, og er selv av den oppfatning at vi har unngått å trekke raske, subjektive konklusjoner basert på erfaringer og kunnskaper. Den aktuelle kommunen var tidlig berørt av korona i 2020, og vi mente var det viktig å ta den med i utvalget.

En tredje innvending som kan reises er selve metodevalget. Vi har valgt kvalitativ metode, men kunne ha valgt kvantitativ metode i stedet. En kvantitativ undersøkelse, i form av en spørreundersøkelse, kunne ha generert større mengde informasjon og det kunne vært enklere å overholde anonymisering av respondenter. En kvantitativ undersøkelse kunne hatt utfordringer med å avdekke bakenforliggende dynamikk og årsakssammenhenger i beslutningene som ble tatt. Siden vi ønsket å gå i dybden på beslutninger i samhandling mellom nivå valgte vi kvalitativ metode.

En fjerde innvending kan reises angående tilfanget av tekst vi har gått igjennom. Vi kunne ha gått dypere inn i underlagsdokumenter hos hver enhet. Utfordringen ville ha vært at vi hadde gjennomgått og blitt kjent med konfidensiell informasjon, og at oppgaven hadde blitt klausulert. Dette ville gått på tvers av den åpenheten vi ønsket. Vår ambisjon har vært at oppgaven vår skal bidra til ordskiftet om risikostyringen knyttet til pandemien våren 2020 i Innlandet.

5. Fylkesmannen i Innlandet – Empiriske funn og drøfting

Formålet med kapittelet er å presentere funn fra Fylkesmannen i Innlandet og drøfte forklaringskraften i de tre forklaringsmodellene med forklaringshypoteser.

Vi presenterer rammefaktorer i avsnitt 5.1. Deretter presenterer vi i avsnitt 5.2 funn innhentet ved intervjuer. I avsnitt 5.3. drøftes og vektet forklaringsmodeller og andre forklaringsfaktorer. Avsnitt 5.4 oppsummerer vi våre funn opp mot forklaringshypoteser.

5.1 Rammefaktorer

5.1.1 Roller og ansvar

Fylkesmannen er statens representant i Innlandet med ansvar for å følge opp vedtak, mål og retningslinjer fra Stortinget og regjeringen. Fylkesmannen er også et viktig bindeledd mellom kommunene og sentrale myndigheter. Det organisatoriske grunnlaget er ikke gitt i lov, men i *"Instruks for fylkesmenn"*, fastsatt ved kongelig resolusjon av 7. august 1981, sist endret 6. juni 1999⁵.

Fylkesmannen skal bidra til å samordne, forenkle og effektivisere den statlige virksomhet i fylket, og må holde seg orientert om viktige saker som kan ha betydning for dette arbeidet (instruksens §3). Fylkesmannen skal arbeide for best mulig samarbeid mellom kommunene, fylkeskommunen og den lokale statsforvaltning, og skal bistå statlige etater med behandling av spørsmål som tas opp med kommunene eller fylkeskommunen (instruksens §4).

Av dokumentet «Fylkesmannsrollen», kapittel 3.2 går det frem at fylkesmannen skal arbeide for best mulig samarbeide mellom kommunene, fylkeskommunen og statsforvaltningen. Her står følgende:

Samfunnssikkerhet og beredskap er heller ikke knyttet til regjeringens sektorpolitikk, men representerer for Fylkesmannen samordning av oppgaver fra sentrale myndigheter for å styrke arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap tverrsektorielt, lokalt og

⁵ Kilde: <https://www.statsforvalteren.no/innlandet/om-oss/> Hentet ned 28.2.2021

regionalt. Disse oppgavene formidles gjennom samordningsrollen til Justis- og beredskapsdepartementet (JD) og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) på dette området. Denne samordningen foregår både horisontalt og vertikalt. Horisontal i forhold til andre regionale samfunnssikkerhetsaktører, og vertikal i forhold til både kommunene og JD/DSB. Samordningsrollen på samfunnssikkerhetsområdet gjelder både innenfor forebygging og krisehåndtering.

(NOU Fylkesmannsrollen Utvikling og utfordring 2012 s. 17)

Fylkesmannsembetet er det eneste regionale organet med egen fullmakt til, og forventning om å ta samordningsinitiativ overfor andre statlige etater på samme nivå. Det begrunnes hovedsakelig ut fra ønsket om en effektiv statsforvaltning, samordningsbehov overfor kommunene og fylkeskommunen, og forventningen om at fylkesmannen skal arbeide til det beste for fylket.

Det kan også nevnes at Kommunal og regionaldepartementet (KRD) har gitt særlige retningslinjer for Fylkesmannens samordningsfunksjon overfor kommunene.

5.1.2 Regionale planer for samfunnssikkerhet og beredskap

Tidligere Oppland og Hedmark fylke ble slått sammen til Innlandet fylke fra 1.1.2020. Fylkes-ROS utarbeidet for Oppland og Hedmark fylkeskommuner, samt regionale planer for samfunnssikkerhet og beredskap, gjelder inntil ny ROS analyse og ny plan er utarbeidet og vedtatt.

Både regional plan for samfunnssikkerhet og beredskap for Oppland og for Hedmark har med pandemisk influensa som en av flere risikoer⁶. Alvorlig menneskesykdom (pandemi) med et høyt antall syke, kunne sprengre behandlingsskapiteten i helsetjenesten.

⁶ <https://innlandetfylke.no/f/p1/idc5254b6-68a7-443d-921e-87861d2d4fff/regional-plan-samsik-2018-2021.pdf> hentet ned 9.5.2021 og <https://www.statsforvalteren.no/siteassets/utgatt/fm-hedmark/dokument-fmhe/09-samfunnssikkerhet/regional-plan-samfunnssikkerhet-og-beredskap-plandok-vedtatt.pdf> hentet ned 9.5.2021

5.1.3 Tidslinje

Vi har gjennomgått koronainformasjon på Fylkesmannen i Innlandet sin internettside og utarbeidet detaljert tidslinje for perioden februar – 15. april 2020. Her gjengir vi et utdrag av sentrale hendelser slik de er presentert⁷:

Tidspunkt	Hendelse
3.2.2020	Verdens helseorganisasjon erklærer internasjonal folkehelsekrise. Fylkesberedskapsrådet samles for å diskutere situasjonen. Fylkesmannen orienterer om at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet forbereder hvordan situasjonen skal håndteres dersom viruset kommer til Norge. Kommunene blir orientert om situasjonen.
2.3 – 3.3.2020	Fylkeslegen orienterer fra møte med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet 2.3.2020 og Fylkesberedskapsråd 3.3.2020. Kommuner blir anbefalt å gjennomgå helseberedskapsplaner, pandemiplaner, smittevernplaner og kontinuitetsplaner ⁸ . I tillegg blir de bedt om å følge med på sidene til Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.
5.3.2020	Fylkesmannen orienterer om at DSB har laget veileder i kontinuitetsplanlegging. Sel kommune får påvist smitte. Nord-Fron kommune bekrefter at de har tre smittede.
8.3.2020	Fylkesmannen arrangerer koronamøte med kommunene. Beredskapsnivået økes til oransje. Det er registrert koronasmittede i flere kommuner i Innlandet. Fylkesmannen følger situasjonen tett. Faste møter med Helsedirektoratet, fylkesberedskapsrådet og kommunene for å informere og koordinere.
9.3.2020	Kommuner får beskjed om å forberede seg på en situasjon som kan bli verre. Fylkesmannen ber kommunene vurdere hvordan utbruddet kan påvirke kommunen. Kommunens kriseledelse blir bedt om å drøfte situasjonen og

⁷ Detaljert tidslinje følger oppgaven som vedlegg, se kapittel 9.3.

Kilde: <https://www.statsforvalteren.no/innlandet/helse-omsorg-og-sosialtjenester/smittevern/fylkesmannen-folger-med-pa-koronavirus/>

⁸ Kontinuitetsplan er en plan som skal sikre drift av tjenester, eksempelvis ved store smitteutbrudd der mange ansatte blir syke.

Tidspunkt	Hendelse
	gjennomgå plan for kriseledelse, kommunikasjonsplan, helseberedskapsplan, smittevernplan, pandemiplanlegging og kontinuitetsplaner. Kommunene må være forberedt på å sette i verk tiltak.
11.3 – 12.3.2020	Fylkesmannen anbefaler felles kjøreregler for Innlandet. Reglene var laget i samarbeid med noen kommuneleger, og lagt frem for kommunene på ettermiddagen 11.3.2020. Kjørereglene ble forsterket 12.3.2020, kl. 12.00. Regjeringen la frem sterke og inngripende tiltak for hele landet kl. 14.00.
17.3.2020	Fylkesmannen holder pressebrief. Minst 1800 innbyggere er i karantene. Minst 218 har samfunnskritiske funksjoner. Ressursbank Innlandet er etablert med formål om å kartlegge behov og ressurser.
20.3.2020	Fylkesmannens holder pressebrief. Situasjonen er svært alvorlig. Fylkesmannen peker på to sentrale strategier: Forhindre og forsinke smitte. Det forventes mange syke mennesker som vil trenge behandling. I møter med kommunene har fylkesmannen tatt opp at kommunene har betydelig makt og plikt til å handle, jf. smittevernloven § 4-1. Kjørereglene for kommunene hadde blitt revidert. Det ble orientert om tre ulike scenarier: Høyt, middels og lavt smittenivå.
26.3.2020	Fylkesmannen signaliserer at kommunene må rigge seg for opptil 370 syke utenfor sykehus. Kommunene kan bli nødt til å ta imot 300 - 370 alvorlig syke med behov for pleie og omsorg samtidig, når pandemien når sitt høydepunkt. Beregningene er basert på folkehelseinstituttets modell og R-tall på 1,3. Det legges vekt på tre budskap: begrense smitte, rigge for hjelp og vise omsorg og omtanke. Noen kommuner planlegger regionale senger, noen interkommunale senger og noen egne senger.
26.3.2020	Helsedirektoratet sendte brev til landets kommuner og Fylkesmenn og ber kommunene kartlegge virksomheter utenfor den offentlige helsetjenesten som kunne bidra til ekstra kommunale sengeplasser, utstyr og personell i den nasjonale håndteringen av pandemien. Det rettslige grunnlaget var smittevernloven § 2-2, siste ledd. Kommunene ble bedt om å kartlegge

Tidspunkt	Hendelse
	kapasitet, ta det inn i beredskapsplaner og rapportere til Fylkesmannen. Aktuelle nye sengeplasser kunne være private helseinstitusjoner, hoteller, asylmottak, militærforlegninger mm. Lokalteter med båretilgang, store, åpne arealer, kjøkken, toaletter og sengeplasser ble ansett særlig egnet.
8.4.2020	Fylkesmannen melder at alle kommuner har arbeidet hardt for å få på plass nok intermediære senger, og at det nå er intermediære senger i alle regioner. Arbeidet ville fortsette gjennom påsken.
15.4.2020	Sykehus Innlandet inngikk avtale med Røde Kors, Innlandet og Norsk folkehjelp i Innlandet om samarbeid om pasienttransport og beredskap.

Tabell 3: Utdrag av tidslinje over hendelser. Kilde: Fylkesmannens koronainformasjon.

5.2 Intervjuer

Funn som presenteres i dette avsnittet er basert på intervjuer med respondenter hos Fylkesmannen i Innlandet.

Vi presenterer hovedfunn i underavsnitt 5.2.1. Deretter redegjør vi i underavsnittene 5.2.2 - 5.2.4 for detaljerte funn opp med de tre teoretiske modellene. Andre funn og utsagn går frem av avsnitt 5.2.5.

5.2.1 Hovedfunn

Koronaviruset var på vei fra Kina, mot Europa og Norge. Fra slutten av 2019 fulgte Fylkesmannen i Innlandet utviklingen tett. Fylkesberedskapsrådet hadde møte 31. januar 2020 og satte gul beredskap fra 2. februar 2020. I slutten av februar 2020 var det vinterferie. Mange nordmenn var på skiferie i Østerrike og Italia. Da de kom hjem, var mange smittet av koronaviruset. Sel og Nord-Fron kommune hadde innbyggere med smitte allerede 5. mars 2020⁹.

⁹ <https://www.statsforvalteren.no/innlandet/helse-omsorg-og-sosialtjenester/smittevern/fylkesmannen-folger-med-pa-koronavirus/?p=11>

Den 6. mars 2020¹⁰ ble beredskapen hos Fylkesmannen i Innlandet hevet til oransje nivå, og det ble satt krisestab. Samme dag kontaktet ordfører i Nord-Fron kommune, Fylkesmannen i Innlandet og etterlyste klare retningslinjer for hvilke konkrete tiltak kommunen kunne iverksette.

I perioden før nasjonal nedstengning hadde Fylkesmannen i Innlandet en rekke møter med sentrale myndigheter som helsedepartement, helsestatsråden og helsedirektoratet.

Situasjonen medførte at Fylkesmannen i Innlandet allerede 11. mars 2020, gikk ut med det embetet selv omtaler som strenge tiltak (jf. fotnote 8). Tiltakene ble endret og skjerpet 12. mars 2020, kl. 12.00. Samme dag, kl. 14.00, innførte regjeringen inngripende, nasjonale tiltak¹¹.

I første del av mars 2020 var mediedekningen av koronakrisen i Europa omfattende. I samme perioden hadde Fylkesmannen dialog både med Sykehus Innlandet og kommuner, representert ved kommunalsjefer og kommuneleger, som fryktet at mange innbyggere skulle bli syke. Innlandet er en region med en større andel eldre, og innbyggere med risikofaktorer som hjerte-/kar sykdommer, diabetes mv. Det medførte forhøyet risiko for alvorlig sykdom og død, dersom en stor andel av innbyggerne i Innlandet ble smittet. Sykehus Innlandet fryktet et stort antall koronasyke, fordi det kunne resultere i manglende behandlingsskapasitet ved sykehusene. Det var flere kommuner som kun hadde en omsorgsinstitusjon. De var ekstra redde for å få smitte til kommunen og inn på institusjonen. Dette var bakgrunnen for at behandlingsskapasitet tidlig ble et tema som ble diskutert i fylkesberedskapsrådet.

FHI utarbeidet prognoser basert på ulike R-tall (reproduksjonstall) og med ulike scenarier. Scenariene estimerte hvor mange innbyggere som kunne bli smittet i Norge, gitt høyt, middels eller lavt R-tall. Fylkesmannen i Innlandet beregnet hvor mange smittede det kunne bli i Innlandet. Ut fra beregningene anslo Fylkesmannen hvor mange behandlingssplasser det kunne bli behov for i den enkelte kommune. Anslagene viste at det kunne bli en stor krise og at behandlingsskapasiteten ved sykehusene kunne bli sprengt.

¹⁰ På tidslinjen oppgis 8. mars 2020, mens respondent har oppgitt 6. mars, uten at det har vesentlig betydning for vår oppgave.

¹¹ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pressekonferanse-om-nye-tiltak-for-a-bekjempe-koronaviruset/id2693286/>

I siste halvdel av mars gikk Fylkesmannen i Innlandet ut og oppfordret kommunene til å øke behandlingsskapasiteten. Kommunene hadde allerede begynt å planlegge for økt behandlingsskapasitet, da både Fylkesmannen og kommunene den 26. mars mottok brev fra helsedirektoratet. I brevet ble de bedt om å kartlegge kapasitet og rapportere til Fylkesmannen, som skulle rapportere videre til direktoratet (se også tabell 3 ovenfor).

I det følgende presenterer vi detaljerte funn sortert opp mot teoretiske modeller.

5.2.2 Funn og utsagn – Den rasjonelle aktørmodellen

Som tidligere omtalt, ble beslutningen om å oppfordre kommunene til å etablere økt behandlingsskapasitet tatt i siste halvdel av mars. Det var fylkesberedskapsrådet og Fylkesmannens krisestab som tok beslutningen. Signalene fra Fylkesmannen til kommunene, ble gitt både i digitale møter og annen kommunikasjon mellom ledere hos Fylkesmannen og kommunalsjefer. Fylkesmannen selv ringte også kommunenes ordførere og ga samme signal.

Fylkesmannen i Innlandet kommuniserte med sentrale, nasjonale aktører i forkant av at Norge ble stengt ned 12. mars 2020. De var tidlig ute med å sette krisestab og iverksette konkrete tiltak. Fylkesmannen i Innlandets brukte, fra februar 2020, sine nettsider til å gi fortløpende informasjon om situasjonen. En respondent forteller at Fylkesmannen i Innlandet, som følge av smittesituasjonen i Sel og Nord-Fron kommune, var tett på regjeringen og sentrale myndigheter.

Fylkesmannen la frem tre scenarier som var basert på beregninger utført av FHI. Prognosene fra FHI skisserte ulike R-tall (reproduksjonstall) der 1,3¹² var middelalternativet. Dersom middelalternativet slo til, viste beregningene at den behandlingsskapasiteten sykehusene hadde ikke ville være tilstrekkelig, og at kapasiteten ville bli sprengt. Analytikere hos Fylkesmannen beregnet utviklingen i Innlandet fylke og ulike kommuner. Anslagene viste at det var risiko for en formidabel krise med manglende behandlingsskapasitet, noe som var tema på flere møter i fylkesberedskapsrådet. Det ble også tatt opp mellom Fylkesmannen i Innlandet og Sykehuset i Innlandet. Det var enighet i krisestaben om å oppfordre kommunene til å øke behandlingsskapasiteten i form av regionale senger. Valget ble tatt ut fra objektive kriterier.

¹² Hver smittet vil i gjennomsnitt smitte 1,3 personer og smitten i samfunnet stiger.

Respondenter forteller at behandlingsskapasitet og behovet for å ivareta liv og helse var viktig for beslutningen. Fylkesmannen i Innlandet oppfordret kommunene til å samarbeide om regionale løsninger. Det ble begrunnet med kostnader, at det ville gi en beredskapsmessig sikrere løsning, at det ville sikre både koronapasienter og andre pasienter behandling og at det ville ivareta smittevern hensyn.

Det er kommunene som har ansvar for behandlingsskapasitet i primærhelsetjenesten. Beregningene viste risiko for mange smittede, syke og behandlingstrengende i kommunene. Fylkesmannen i Innlandet var bekymret for behandlingsskapasiteten til Sykehus Innlandet og kommunene ved større smitteutbrudd. Det var bakgrunnen for at Fylkesmannen spurte kommunene om de hadde tilstrekkelig kapasitet, og oppfordret til å øke denne.

Det var viktig å unngå smittespredning gjennom å isolere og skjerme pasienter, sørge for tilstrekkelig behandlingsskapasitet og at spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester ikke brøt sammen.

En respondent sier at fylkesmannsembetet gikk langt da de oppfordret kommunene til å øke behandlingsskapasiteten. En del kommuner stilte da også spørsmål ved oppfordringen. Respondenten mener likevel at det var riktig og nødvendig, og sier:

«Vi må alltid tørre å tenke et scenario hvor man plutselig får mange syke, og jeg må si døende i små kommuner, og da vil man trenge senger og varme hender ... dersom man så for seg er Worst-Case scenario og da blir det brutalt, men jeg mener det også er viktig for å få folk til å følge de reglene som enten vi anbefalte eller anbefalinger som staten etter hvert kom med.»

En del respondenter gir uttrykk for at det var viktig å vise handlekraft og gjennomføringsevne. Andre respondenter mener det hadde liten betydning. En respondent mener det var avgjørende å vise befolkningen at embetet tok ansvar, var proaktiv og tok beslutninger. Respondentene forteller at Fylkesmannen i Innlandet var opptatt av å handle, hindre smittespredning og å ivareta befolkningen. Dette uttrykker en respondent slik:

«Vi var jo veldig enige om at dette her må vi ha fokus på og vi får heller få noe kjeft i ettertid for at vi har tenkt for mye i forhold til behandling av syke mennesker.»

5.2.3 Funn og utsagn – Den organisatoriske prosessmodellen

Instruks for fylkesmenn¹³ gir Fylkesmannen et samordningsansvar for kriseberedskap, men gir ikke konkrete føringer. Videre stiller helselovgivningen krav om forsvarlig helsebehandling, jf. lov om helsepersonell § 4. Ellers er det i liten grad gitt konkrete føringer i lovverk. Fylkesmannen har i liten grad lovmessig ansvar i en pandemi. Smittevernlovgivningen nevner knapt embetet.

Det er ikke gitt føringer om behandlingskapasitet i beredskapsplaner hos Fylkesmannen. Fylkesmannen i Innlandets beredskapsplan og pandemiplan sier noe om dimensjonering av organisasjonen, hvilke oppgaver som ligger hvor, hva som skjer ved grønn, gul og rød beredskap, samt hyppighet av møter i kriseledelse og fylkesberedskapsmøter.

Fylkesmannen i Innlandet gikk ut i februar 2020 og spurte kommunene om de hadde planer for å håndtere pandemi. Noen kommuner var godt forberedt, mens andre ikke hadde godkjente pandemiplaner. Pandemi var ikke en uventet hendelse, og en respondent sa det slik:

«... og tenke som så at kriser er som regel kriser fordi du egentlig har forberedt deg på noe annet. Og det er et paradoks, når vi ser at varslene fra direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap gjennom de siste årene har vært pandemi.»

Fylkesmannen i Innlandet gikk også ut og spurte kommunene om de hadde kontinuitetsplaner. Det er planer som skal sikre driften i kommunale tjenester, eksempelvis ved store smitteutbrudd. Det var viktig at det var avklart hvor pasienter skulle sendes, at kommunene var i stand til å behandle alle pasienter, også ved smitteutbrudd blant kommunens ansatte.

Både Fylkesmannen i Innlandet og kommunene oppgir at de ikke hadde planer for å kunne håndtere en krisesituasjon de skulle stå i over lengre tid. Flere respondenter har vært opptatt av at det ikke er mulig å øve på å stå i en langvarig og saktebrekkende krise. Samtidig sier respondenter at erfaring med krise, sammen med øvelser og tilsyn, i dette tilfellet likevel har vært viktig fordi det bidrar til at organisasjoner er forberedt på krise. En respondent trakk frem

¹³ Kilde: <https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/1981-08-07-3642?q=instruks%20for%20fylkesmenn> Hentet ned 9.5.2021

at i krise må en ta beslutning på svakere grunnlag enn det en vanligvis gjør, noe en også bør øve på, og sier:

«For hvis man skal vente til man er helt sikker, så er det en ting som er sikkert, da blir man for sein, hvis krisen er der.»

Som vi har vært inne på i kapittel 2.1, har Fylkesmannen, sammen med politidistrikter, regionalt helseforetak og fylkeskommunen, regionalt ansvar for krisehåndteringen i Norge. Fylkesmannens myndighet er gitt i instruks og gir et handlingsrom. Fylkesmannen har ikke lov hjemmel til å pålegge kommunene å opprette behandlingsplasser, jf. kommunelovens § 2-1 og legalitetsprinsippet.

Fylkesmannen i Innlandet satte krisestab 6. mars 2020¹⁴. Den varte frem til påsketider som var andre uka i april. Det var jevnlig møter i kriseledelsen og krisestaben. Avdelingsdirektørene sitter i kriseledelsen, har fagansvar og forvalter ansvaret med helhetlig perspektiv. Avdelingsdirektøren er den fremste faglige autoritet på sitt avdelingsområde, og har samtidig medansvar for helheten i fylkesmannsembetets virksomhet og den samlede innsats i Innlandet fylke (FAD, 2012, punkt 7.2.3). Avdelingsleder for samfunnssikkerhet og beredskap er fylkesberedskapssjef, leder krisestaben og fylkesmannens rådgiver i beredskapsspørsmål.

Fylkesmannsembetet har ny organisering, med en velferdsavdeling og velferdsleder som har ansvar både for helse og utdanning. En respondent sier det hadde betydning når Fylkesmannen benyttet personell på tvers, mellom helse og utdanning.

Som beskrevet tidligere var det tidlig dialog i fylkesberedskapsrådet om koronasituasjonen og behandlingsskapitet. Det var diskusjoner om kapasitet, helt fra behandling av syke frem til eventuell død. Det var møte med biskopen for å diskutere kjølekapasitet for lik, og hvordan en best mulig kunne håndtere døde legemer. Fjellhallen på Gjøvik ble diskutert som et alternativ for å sikre kapasitet. Fylkesmannen besluttet, uten hjemmel, å oppfordre kommunene til å øke behandlingsskapiteten. En respondent uttrykte det slik:

“Vi har tatt mange initiativ i denne krisa her og det har vært, jeg tror det har vært kjærkomment for kommunebefolkningen i Innlandet.”

¹⁴ Tidslinje i tabell 3, viser 8. mars uten at det anses vesentlig for vår oppgave.

Fylkesmannsembetet i Innlandet hadde gjennomført en skrivebordsøvelse knyttet til pandemi¹⁵. Fylkesmannen i Innlandet hadde også gjennomført en stor beredkapsøvelse, og hadde øvd på forgiftning kort tid før pandemien kom til Norge og Innlandet.

Vi har ingen signaler om at prosedyrer eller rutiner inneholder føringer knyttet til behandlingsskapitet.

Fylkesmannen i Innlandet var opptatt av å forhindre smitte på tvers av pasientgrupper. Det ville være kritisk å få inn smitte i og mellom grupper. Behovet for å isolere og skjerme pasienter, satte krav til lokaler, senger og personell. Lokaler, senger og personell hadde også betydning når fylkesmannen oppfordret kommunene til å etablere regional behandlingsskapitet.

5.2.4 Funn og utsagn – Den byråkratiske prosessmodellen

Det var Fylkesmannens kriseledelse som besluttet å oppfordre kommunene til å øke kapasiteten. Deltakerne i kriseledelsen har ulike roller og diskuterte saken fra ulike perspektiver, samtidig som de vurderte hva konsekvensene kunne bli.

En respondent forteller at beslutningene ble tatt etter timer og dager med diskusjon mellom helse, utdanning og beredskap. Vedkommende forteller at diskusjonene ble løftet ut av kriseledelsen og lagt til ressursbanken for at kriseledelsen skulle ha strategisk perspektiv.

En annen respondent sier det alltid er spenninger mellom ulike nivåene i en kriseorganisasjon, herunder krisestab som tar operative beslutninger og kriseledelsen som tar strategiske beslutninger. Beslutninger i kriseledelsen tas etter diskusjoner. Respondenten framhever at det formelt er fylkesmannen som person, som tar den endelige beslutningen, men at reelt sett er beslutningen ofte tatt tidligere.

Embetets ledelse kommuniserte med regjeringen. Fylkesmannens ansatte i velferdsavdelingen og Fylkeslegen kommuniserte med folkehelseinstituttet, helsedirektoratet og helsedepartementet. Fylkesmannens beredkapsavdeling kommuniserte med direktoratet for

¹⁵ I en skrivebordsøvelse avklarer beredkapsorganisasjonen kommunikasjonslinjer, funksjoner, tiltak og organisering gjennom å agere i en tenkt krise. Tid er ikke en kritisk faktor i en slik øvelse. De involverte får muligheten til å avklare funksjoner og ansvarsområder og etablere beste praksis mens øvelsen pågår.

sikkerhet og beredskap (DSB) og justisministeren. Fylkesmannen selv ba kommunalministeren og kommunaldepartementet om å ta initiativ til å samle fylkesmennene, noe som skjedde i mars. Fylkesmannskollegiet har sittet digitalt samlet gjennom krisen. De har kunnet rapportere oppover, og har fått informasjon i fellesskap. Respondenter forteller at det var tett kontakt i dagene før de nasjonale anbefalingene kom. Fylkesmannen var selv i kontakt med justisministeren og kommunalministeren i dagene forut for pressekonferansen.

Fylkesmannen i Innlandet hadde digitale møter med politisk kommuneledelse løpende. Sentrale aktører som justisminister, helseminister og andre ministre deltok. Fylkesmannen i Innlandet hadde også hyppige møter med samarbeidspartnere og kriseberedskapsråd.

En respondent sier at det var tett kontakt og god dialog med Sykehus Innlandet om behandlingsskapasitet. Vedkommende forteller at utskrivningsklare pasienter ble skrevet ut tidlige, og det var streng prioritering av hvilke pasienter som ble lagt inn på sykehus.

En respondent forteller at Fylkesmannen i Innlandet samhandlet med statlige og kommunale aktører og at Sykehus Innlandet var «på» embetet for å sikre at kommunene kunne ta imot både utskrivningsklare pasienter og koronapasienter. Samme respondent forteller at Sykehus Innlandet en periode var på grensen kapasitetsmessig. Mange sjuke pasienter ble derfor skrevet ut og sendt til hjemkommunen for behandling. Verken sykehuset eller kommunene var dimensjonert for en krise av et slikt omfang.

Fylkesmannen i Innlandet mente det ville være sikrere beredskapsmessig å etablere regionale løsninger. En respondent forteller at det var krevende diskusjoner innad om løsninger. Respondenter presiserer at det var kommunene som besluttet om de skulle etablere økt behandlingsskapasitet. Respondenter forteller at representanter for embetet var i kontakt med kommunalsjefer og kommuneleger. De sier det var diskusjoner om en rekke temaer slik som scenarier, nye oppgaver og plikter i kommunal helsetjeneste og behov for reservekapasitet av helsepersonell.

Beregnet behov for plasser varierte avhengig av hvilket av scenariene kommunen eller regionen la seg på. En respondent sier at:

«Vi ble enige om å rigge oss ganske lavt egentlig, i forhold til de prognosene. Det viktigste var på en måte å ha tenkt gjennom scenariet og ha en beredskapsplan.»

Respondenter gir uttrykk for at det var lite forhandlinger og tautrekking mellom forvaltningsnivåer, og at det tvert imot var mange kommuner som var på tilbudssiden og forsto at Fylkesmannen i Innlandet ønsket regional behandlingsskapasitet. En respondent uttrykker beundring for kommunene og sier:

«Det er en robusthet i kommunene som jeg tror folk flest ikke tenker over. Den måten kommunene håndterer krise, er jo jevnt over på høyt nivå. Og norske innbyggere skal prise seg lykkelig over å bo i kommuner som blir styrt på en sånn måte som kommunene i Innlandet blir.»

Fylkesmannen ba om økt behandlingsskapasitet ut fra en faglig vurdering, og signaliserte at kommunene ville få kompensasjon. Respondenten sier det slik:

“For har vi bedt om noe uten hjemmel, så må vi i hvert fall følge opp med finansiering.»

Formålet med finansiering, var å motivere kommunene, og gjøre det enklere å følge rådet fra Fylkesmannen.

Noen kommuner ga uttrykk for at de ikke hadde økonomi til å øke behandlingsskapasiteten og at økonomisk kompensasjon var sentralt. De fulgte likevel oppfordringen fra Fylkesmannen og stolte på at de ville få økonomisk kompensasjon. Med bakgrunn i ønske om å stimulere til samarbeid om behandlingsskapasitet, besluttet Fylkesmannen i Innlandet å gi økonomisk kompensasjon til de som etablerte regionale eller interkommunale senger¹⁶. Kommuner som etablerte egne, kommunale senger, fikk ikke kompensasjon. Det ble sett som en del av kommunens ordinære drift. Fylkesmannen i Innlandet arbeidet intenst mot regjeringen for å få midler slik at kommunene kunne få kompensasjon. Midlene ble fordelt over skjønnsmiddelordningen. Det gjorde det mulig å ta hensyn til ulik smittesituasjon og forskjell i utgifter, mellom kommuner.

KS Innlandet var opptatt av at kommunene fikk økonomisk kompensasjon. Våre undersøkelser har ikke avdekket at det er et forhold som har hatt betydning for beslutningen om å oppfordre

¹⁶ Regionale senger er senger der det innenfor en region blir samarbeidet om behandlingsskapasitet. Interkommunale senger er senger der to eller et fåtall kommuner samarbeider om behandlingsskapasitet.

kommunene til å øke behandlingskapasiteten. Vi har ikke mottatt signal om at andre interesseorganisasjoner påvirket beslutningen.

Fylkesmannen i Innlandet brukte sitt samordningsansvar og snakket med kommunene om behandlingskapasitet. Samtalene ble fulgt opp av telefoner til regionsentre og kommuner med spørsmål om kapasitet, økonomi og evne til å håndtere pandemien. Både fylkesmannen selv og andre ledere hos Fylkesmannen ringte kommunene.

I løpet av en helg i mars skal fylkesmannen selv ha ringt ordførere i 46 kommuner, drøftet behandlingskapasitet og spurt om det fantes lokaler. Fylkesmannen skal ha vært tydelig på kommunenes ansvar for kapasitet, og ga samtidig uttrykk for at embetet gjerne ville bistå. Fylkesmannen var klar på at mindre kommuner ikke kunne gjøre en slik jobb alene, anbefalte samarbeid regionalt og regional behandlingskapasitet. Regionsentrene ble oppfordret til å ta med mindre kommuner og etablere felles løsninger. For enkelte kommuner satt dette langt inne. Respondenter sier at tett kontakt med kommunene ble avgjørende for økt behandlingskapasitet.

Embetsledelsen gir uttrykk for at kommunene var konstruktive, viste samhold og solidaritet, og var raske til å snu seg rundt. Det var lite motstand og gode tilbakemeldinger fra kommunene.

5.2.5 Andre funn og utsagn

Nåværende fylkesmann tiltrådte stillingen i 2019. Med bakgrunn som justisminister har han hatt ansvar for å samordne all kriseberedskap i Norge. Etter eget utsagn prioriterte han beredskapsarbeidet for fylkesmannsembetet høyt etter at han tiltrådte stillingen. Fylkesmannen i Innlandet har bygget opp en beredskapsavdeling der det er lagt vekt på robusthet, læring og å utnytte handlingsrom for å kunne møte ulike typer kriser.

Fylkesmannen var justisminister 22. juli 2011 og har gjennom mange år som justisminister bred og tung kriseerfaring. En annen respondent i embetet har kriseerfaring knyttet til 22. juli 2011 fra departementsnivå. Alle våre respondenter har ulik, omfattende og bred kriseerfaring.

Fylkesmannen i Innlandet uttrykker at pandemien ikke kom overraskende. Det var likevel overraskende hvor maktesløse det globale samfunnet var da pandemien rammet. Virusets spredte seg raskt. Da viruset kom til Lombardia-regionen i Italia, ble det som skjedde der

toneangivende for hva Norge valgte å gjøre. Respondenter forteller at de så TV-bildene fra Italia. De fryktet italienske tilstander og manglende behandlingsskapasitet hos Sykehus Innlandet.

Fylkesmannen i Innlandet ble kontaktet både av Sykehus Innlandet og kommuner som fryktet koronaviruset og at mange innbyggere skulle bli syke. Det manglet kunnskap om viruset, dets egenskaper og sannsynligheten for sykdom og død. Manglende kunnskap medførte stor usikkerhet. Dersom mange ville trenge behandling samtidig, kunne helsetjenesten i Innlandet kollapse.

Det viste seg at kommuner i Innlandet tidlig i mars 2020 hadde innbyggere som var smittet, noe som kom svært overraskende. Omfanget av utbruddet var massivt. Fylkesmannen i Innlandet fryktet mangel på behandlingssplasser, og at helsepersonell måtte prioritere hvem som skulle leve og hvem som skulle dø. Alder og sannsynlighet for helbredelse ville avgjøre hvilken behandling pasienter ville få, eller som en respondent uttrykker det:

«Det er flere du må prioritere blant da. Det gjør jo at du får et skremmebilde rett i fjeset liksom. For da er det slik at du prioriterer hvem som skal leve og hvem som skal dø, for det er jo realiteten og det snakket vi også om flere ganger at det er jo det man må gjøre ... En 80 åring som ikke kommer på intensivseng, vil jo mest sannsynlig dø. Kjemper han med en 40 åring om den senga, så taper han. Hvert fall hvis det er en frisk 40 åring. Sånn er det lagt opp.»

En respondent var opptatt av at Fylkesmannens råd skulle bli fulgt, og sa at embetet er avhengig av tillit. Respondenten uttrykker det slik:

«Når vi kommer med en så sterk anbefaling, så må det være forståelig. Begynner vi å bli vilkårlige, så mister vi den appellmyndigheten eller påvirkningsmuligheten. Det er vi veldig bevisst på ... Dette er makt og en makt vi er nødt til å bruke med en veldig, veldig fornuft. Så langt jeg har vært med, har jeg forsøkt å få en situasjonsforståelse der alle skjønner hvorfor det må bli sånn. Vi må være nennsomme.»

En annen respondent presiserer at ansvarsprinsippet gjelder, at Fylkesmannen i Innlandet fattet beslutning ut fra samordningsrollen og at kommunene selv måtte beslutte om de ville etablere økt behandlingsskapasitet. Noen kommuner frigjorde avdelinger på sjukehjem, noen leide

lokaler og noen kommuner tok ansvar for kapasitet til flere enn egen kommune. En respondent sier følgende:

De kunne jo valgt å ikke gjort noe, men i en krisesituasjon tror jeg Fylkesmannens stemme den er.. den blir hørt på, og da må vi også være bevisste, ikke sant, og ting må være gjennomtenkt når vi går ut med ting. Vi må ha en god begrunnelse og et godt faktagrunnlag for å anbefale ting, fordi vi faktisk blir lyttet til og kommunene kan jo si nei, men det er uvanlig. Presset blir veldig sterkt fra oss, på å gjøre det vi har diskutert i flere runder og i fylkesberedskapsrådet.»

5.3 Vekting av modeller og andre forklaringsfaktorer

Formålet med avsnittet er å presentere og vekte forklaringsmodeller og øvrige forklaringsfaktorer som kan bidra til å forklare:

Hvorfor besluttet Fylkesmannen i Innlandet å oppfordre kommunene i Innlandet om å opprette 370 behandlingsplasser?

Målsettingen med å vekte modellene, er å si hvilke forklaringsmodeller som har størst forklaringskraft. Målsettingen med å presentere og vurdere andre forklaringsfaktorer, er å komme frem til nye forklaringshypoteser som kan bidra til en mulig, fjerde forklaringsmodell.

Modellenes forklaringskraft vil bli vurdert i lys av de hypotesene vi kom frem til i avsnitt 3.4, og vil bli rangert som høy, middels eller lav ut fra grad av empirisk støtte. Den samlede støtten til hypotesesettet for hver av modellene, sammenfatter modellenes respektive forklaringskraft.

De påfølgende underavsnitt 5.3.1 - 5.3.3 er strukturert slik:

Innledningsvis presenterer vi hypotesene vi kom frem til i avsnitt 3.4. Deretter gjennomgår og drøfter vi den enkelte hypotese opp mot empiriske funn, og gir en vurdering av om hypotesens forklaringskraft anses høy, middels eller lav. I underavsnitt 5.3.4 gjennomgår vi andre forklaringsfaktorer og kommer frem til nye hypoteser. Avslutningsvis oppsummerer vi hypoteser opp mot funn i avsnitt 5.4.

5.3.1 Den rasjonelle aktørmodellen

Modellen legger til grunn at beslutninger blir tatt og gjennomført av en enhetlig aktør. Aktøren tar velinformerte og rasjonelle beslutninger ut fra en mål- og middeltankegang. Dette skjer etter en systematisk prosess, der aktøren legger vekt på konsekvensene av mulige handlingsalternativer.

I kapittel 3.4 kom vi frem til følgende hypoteser som vi ser nærmere på i det følgende:

1. *Valg og beslutninger er tatt av aktøren som en enhet.*
2. *Det har vært enighet om valg og beslutninger.*
3. *Valg og beslutninger er tatt av velinformerte aktører.*
4. *Valg og beslutninger er fattet etter en systematisk prosess og fremstår som veloverveide.*
5. *Aktørene har hatt klare mål og målene har hatt betydning for valg og beslutninger.*
6. *Det er lagt vekt på hva som kunne bli konsekvensene av ulike valg.*
7. *Det er lagt vekt på behovet for å berolige befolkningen gjennom å vise handlekraft og gjennomføringsevne.*

I det påfølgende vil forklaringskraften til hver av hypotesene, bli vurdert i lys av empiriske funn. Der vi finner det hensiktsmessig ut fra sammenheng og funn, vurderer vi to hypoteser samlet.

Hypotese 1 og hypotese 2

Fylkesmannsembetet ga enhetlige signaler til kommunene i Innlandet i møter og telefonsamtaler med kommunene. Både fylkesmannen selv og andre ledere i embetet tok kontakt med kommunene. Signalene som ble gitt var sammenfallende, noe som underbygger at Fylkesmannen opptrådte som en enhetlig beslutningstaker (aktør). Beslutningen ble tatt i fylkesberedskapsrådet og Fylkesmannens krisestab. Det var enighet om beslutningen.

Ut fra ovenstående vurderer vi at Fylkesmannen som enhet tok beslutningen om å oppfordre til økt behandlingsskapitet. Det var enighet om beslutningen og Fylkesmannen opptrådte enhetlig. Vi vurderer at hypotese 1 og 2 har høy forklaringskraft.

Hypotese 3 og hypotese 4

Fylkesmannen i Innlandet var tett på regjeringen og andre sentrale aktører. Samtidig er det rimelig å anta at situasjonen var kaotisk slik at det var krevende å ta velinformerte valg.

Fylkesmannen kommuniserte med sentrale aktører på nasjonalt nivå, Sykehus Innlandet og kommunene. Fylkesmannen innhentet informasjon som ble bearbeidet og dannet grunnlag for beslutningen. Våre funn viser at embetet gjorde det de kunne for å skaffe seg nødvendig kunnskap og informasjon. I ettertid kan en si at embetet kunne ventet med å ta beslutningen, alternativt oppfordret til færre senger. Slik vi vurderer det, ble beslutningen tatt ut fra den kunnskapen Fylkesmannen hadde på gitt tidspunkt.

Vi har ikke hatt fullt innsyn i beslutningsprosessen, men er kjent med at behandlingsskapitet var tema i fylkesberedskapsmøtet en rekke ganger. Det har ikke vært mulig å vurdere hvor systematisk prosessen var. Vi oppfatter situasjonen som kaotisk, preget av usikkerhet og tidspress, noe som anses normalt i en krisesituasjon. Det har påvirket beslutningsprosessen og muligheten for å opptre systematisk. Sett med «etterpåkløskapens briller» kan det trolig stilles spørsmål ved hvor veloverveid beslutningen var. Det er likevel rimelig å anta at krisestaben opptrådte så systematisk det lot seg gjøre, gitt situasjonen.

Vi vurderer at beslutningen ble tatt av Fylkesmannen i Innlandet som velinformert aktør, gitt det som var kjent i en kaotisk situasjon og på gitt tidspunkt. Vi mener hypotese 3 har høy forklaringskraft.

Den kaotiske situasjonen, sammen med tidspress, har påvirket muligheten for å opptre systematisk og veloverveid. Vi mener hypotese 4 har middels forklaringskraft.

Hypotese 5

Fylkesmannen hadde klare mål om å unngå smittespredning og forhindre at mennesker ble syke og døde. Det går frem både i intervjuer og av tidslinjen (se omtale i kapittel 5.1.3). Økt behandlingsskapitet kan ses som middelet Fylkesmannen valgte for å nå målsettingene. Klare målsettinger, sammen med mål- middeltankegang er typisk for den rasjonelle aktørmodellen.

Vi vurderer at fylkesmannen i Innlandet hadde klare mål. Målene hadde betydning for beslutningen som ble tatt. Hypotese 5 har høy forklaringskraft.

Hypotese 6

Fylkesmannen var opptatt av risikoen for stor smittespredning, som igjen ville føre til mange syke og at en del ville dø. Våre funn viser at Fylkesmannen i Innlandet fryktet en formidabel helsekrise, der sykehuskapasiteten ble sprengt. Dersom syke og døende mennesker ikke får behandling, omsorg og pleie, kan det få dramatiske konsekvenser både for samfunnet, den

enkelte og nærstående. Det kunne lede til en situasjon der helsepersonell måtte prioritere hvem som skulle få mulighet til å leve og hvem som mest trolig ville dø.

Ut fra dette mener vi at Fylkesmannen i Innlandet la vekt på konsekvensene av ulike handlingsalternativer, og at det hadde betydning for beslutningen Fylkesmannen tok. Vi mener hypotese 6 har høy forklaringskraft.

Hypotese 7

Våre funn er noe sprikende når det gjelder behovet for å vise handlekraft og gjennomføringsevne. Noen respondenter er klare på at det var viktig å vise handlekraft. Andre igjen mener det var av mindre betydning. Respondentene er enige om at det var viktig å handle, hindre smittespredning og ivareta Innlandets befolkning. Det kan tenkes at respondenter som fikk gjennomslag for sitt syn, mener handlekraft og gjennomføringsevne var viktig, mens øvrige respondenter ikke var opptatt av forholdet. Uansett forklaring, gir våre funn grunnlag for å si at respondentene mente det var viktig å handle og gjennomføre det som ble besluttet. Ut fra dette, mener vi det er grunnlag for å si at hypotesen har middels forklaringskraft.

Vi vurderer at Fylkesmannen i Innlandet la vekt på behovet for å handle og gjennomføre beslutningen om å oppfordre kommunene til å øke behandlingsskapasiteten. Hypotese 7 har middels forklaringskraft.

5.3.2 Den organisatoriske prosessmodellen

I denne modellen er organisasjonen beslutningstaker. Organisasjonens handlingsrom begrenses av både organisatorisk og institusjonelt rammeverk. Lovverk, planer, prosedyrer, rutiner og normer kan gi føringer for beslutninger og begrense beslutningstakerens handlingsrom.

I kapittel 3.4 kom vi frem til følgende hypoteser som vi ser nærmere på i det følgende:

- 1. Valg og beslutninger begrunnes med føringer gitt i lov eller beredskapsplaner.*
- 2. Valg og beslutninger er tatt ut fra regelverk om hvordan beslutningsprosesser gjennomføres og hvem som har myndighet til å fatte beslutninger.*
- 3. Valg og beslutninger begrunnes i ansvar og behov for behandlingsskapasitet.*
- 4. Valg og beslutninger begrunnes med føringer gitt i andre prosedyrer, rutiner og normer (øvrige planer, øvelser og øvingsdokumenter).*

5. *Valg og beslutninger begrunnes med tilgang på ressurser, personell eller hensiktsmessige lokaler.*

I det påfølgende vil forklaringskraften til hver av hypotesene, bli vurdert i lys av empiriske funn.

Hypotese 1

Det følger av instruks at Fylkesmannen har samordningsansvar ved kriser og katastrofer i fredstid. Fylkesmannen har likevel ikke hjemmel til å pålegge kommunene å etablere økt behandlingsskapasitet. Helselovgivningen inneholder bestemmelser om at helsepersonell og kommunene plikter å gi forsvarlig helsebehandling til sine innbyggere. Ut over dette, er det ikke gitt føringer i lovverk. Til tross for at pandemisk influensa er beskrevet i beredskapsplaner på sentralt, regionalt og lokalt nivå, er det så langt vi er kjent med, ikke gitt føringer om behandlingsskapasitet i planene.

Vi vurderer at beslutningen Fylkesmannen i Innlandet tok, ikke kan forklares ut fra konkrete føringer i lovverk eller beredskapsplaner. Fylkesmannens samordningsrolle, gitt i instruks, gir fleksibilitet og har slik sett hatt betydning for den beslutningen Fylkesmannen i Innlandet tok. Vi vurderer at hypotese 1 har middels forklaringskraft.

Hypotese 2

Fylkesmannen har gjennom instruks regionalt ansvar og myndighet for krisehåndteringen i Norge, men har ikke lovhjemmel til å pålegge kommunene å opprette behandlingssplasser, jf. kommunelovens § 2-1 og legalitetsprinsippet. Fylkesmannen så at det kunne bli behov for større behandlingsskapasitet, kommunene etterlyste retningslinjer og handling, samtidig som fylkesmannen har regionalt samordningsansvar. Det ga mulighet for å oppfordre kommunene til å øke behandlingsskapasiteten.

Ny organisering, med en velferdsavdeling og velferdsleder som hadde ansvar både for helse og utdanning blir framholdt av embetet som en fordel når personell ble benyttet på tvers mellom helse og utdanning. Det hadde likevel ikke betydning for den beslutningen vi undersøker.

Beslutningen ble fattet av krisestaben. Krisestaben vil normalt være det organet som har myndighet til å fatte denne typen beslutninger. Vi oppfatter at beslutningen ble tatt innenfor en møtestruktur som gjelder i krisesituasjoner og av et organ som har myndighet i en

krisesituasjon. Vi mener det er forhold som trekker i retning av en beslutning fattet innenfor gjeldende regelverk.

Vi mener det er rimelig å anta at beslutningen ble tatt i samsvar med regelverk som sier hvordan og av hvem beslutninger skal fattes i en krisesituasjon. Vi vurderer derfor at hypotese 2 har middels forklaringskraft.

Hypotese 3

Det var dialog i fylkesberedskapsrådet om koronasituasjonen og behandlingsskapitet. Det var også dialog med andre aktører om kapasitet langs hele linjen, fra behandling av syke frem til eventuell død. Vi mener det viser at Fylkesmannen var opptatt av kapasitet i forkant av at beslutningen ble tatt.

Vi vurderer at beslutningen kan begrunnes ut fra ansvar for og behov for behandlingsskapitet. Hypotese 3 har høy forklaringskraft.

Hypotese 4

Fylkesmannen i Innlandet har øvd på ulike typer kriser. Øvelser vil normalt ikke ha betydning for en beslutning om å øke behandlingsskapitet. Dersom manglende behandlingsskapitet hadde blitt avdekket i en øvelse, ville det vært naturlig å innarbeide det som et tiltak i et oppdatert planverk. Vi er ikke kjent med at det er tilfelle. Videre har vi ikke signaler om at det er føringer gitt i prosedyrer, rutiner, normer eller andre typer dokumenter som har hatt betydning for beslutningen.

Vi mener beslutningen ikke kan begrunnes ut fra føringer gitt i andre prosedyrer, rutiner og normer. Hypotese 4 har, slik vi vurderer det, lav forklaringskraft.

Hypotese 5

Våre funn viser at smitte på tvers av pasientgrupper ble vurdert som kritisk. Behovet for å holde pasientgruppene adskilt, stilte krav til personell og egnede lokaler. Respondenter sier dette er forhold som hadde betydning for beslutningen de kom frem til i krisestaben.

Vi vurderer at tilgang på hensiktsmessige lokaler og tilstrekkelig personell hadde betydning da Fylkesmannen tok sin beslutning. Hypotese 5 har høy forklaringskraft.

5.3.3 Den byråkratiske politikkmodellen

Modellen ser beslutninger som et resultat av samspill mellom aktører med ulike ønsker og mål. Beslutningene er også et resultat av organisatoriske prosesser. Gjennom diskusjoner, forhandlinger og tautrekking, kommer aktørene frem til beslutninger. Aktørens posisjon, makt og taktiske manøvreringsevne har betydning for beslutningene.

I kapittel 3.4 kom vi frem til følgende hypoteser som vi ser nærmere på i det følgende:

1. *Valg og beslutninger har bakgrunn i interne forhandlinger og samspill i egen organisasjon.*
2. *Valg og beslutninger følger av forhandling og tautrekking mellom ulike styringsnivåer og organisasjonsenheter.*
3. *Valg og beslutninger er et resultat av innspill og påvirkning fra ulike interesseorganisasjoner.*
4. *Valg og beslutninger er et resultat av toppleders evne til å overtale og få gjennomslag for ønsket løsning.*
5. *Valg og beslutninger er et resultat av andre ledes evne til å argumentere og få gjennomslag for sitt syn.*

I det påfølgende vil forklaringskraften til hver av hypotesene, bli vurdert i lys av empiriske funn. Der vi finner det hensiktsmessig ut fra sammenheng og funn, vurderer vi to hypoteser sammen.

Hypotese 1

Fylkesmannens kriseledelse besluttet å oppfordre kommunene til å øke kapasiteten. Deltakerne i kriseledelsen har ulike roller, og diskuterte saken fra ulike perspektiver og ståsted. Beslutningen ble tatt etter timer og dager med diskusjon mellom helse, utdanning og beredskap. Dette viser at kriseledelsen ble enige, men det var etter diskusjoner mellom aktører med ulike preferanser og mål, noe som er typisk for den byråkratiske politikkmodellen. Det var spenninger mellom de ulike nivåene i kriseorganisasjonen, herunder krisestab som tar operative beslutninger og kriseledelsen som tar strategiske beslutninger.

Vi vurderer at beslutningen om å oppfordre kommunene til å øke behandlingskapasiteten ble tatt etter interne diskusjoner og samspill i egen organisasjon. Hypotese 1 har høy forklaringskraft.

Hypotese 2

Fylkesmannen i Innlandet kommuniserte med regjering, helsedepartementet, statsråden, helsedirektoratet og folkehelseinstituttet. Embetet kommuniserte også med direktoratet for sikkerhet og beredskap (DSB), justisministeren og justisdepartementet. Fylkesmannskollegiet satt samlet gjennom krisen. I tillegg hadde Fylkesmannen i Innlandet møter med politisk kommuneledelse løpende. Dette er forhold som viser at Fylkesmannen i Innlandet samhandlet med statlige og kommunale aktører i krisen. Sykehus Innlandet var «på» embetet for å sikre at kommunene kunne ta imot både utskrivningsklare pasienter og koronapasienter. Det viser at det var forhandlinger og tautrekking mellom forvaltningsnivåer og ulike aktører. Kommunene hadde forståelse for oppfordringen, og var på tilbudssiden. Det viser at det ikke var tautrekking og forhandling mellom Fylkesmannen og kommunene.

Sykehuset var opptatt av at kommunene måtte øke sin behandlingsskapasitet. Det var spenning mellom nivåer, og særlig mellom Sykehuset Innlandet og Fylkesmannen i Innlandet. En kan også se det som en spenning mellom Sykehuset og kommunene, med Fylkesmannen som samordningsaktør. Sykehuset slet med kapasiteten og var på Fylkesmannen i Innlandet for å sikre at kommunene hadde kapasitet. Det kan karakteriseres som forhandling eller tautrekking.

I den grad beslutninger var et resultat av forhandling og tautrekking mellom ulike styringsnivåer og organisasjonsenheter, var det mellom Fylkesmannen i Innlandet og Sykehuset Innlandet, og mellom Sykehuset Innlandet og kommunene. Diskusjonene mellom embetet og Sykehuset Innlandet i fylkesberedskapsrådet hadde, slik vi vurderer det, betydning for beslutningen Fylkesmannen tok. Vi mener hypotese 2 har middels forklaringskraft.

Hypotese 3

KS Innlandet var opptatt av at kommunene måtte få økonomisk kompensasjon for behandlingsskapasiteten kommunene etablerte. Det hadde likevel ikke vesentlig betydning for beslutningen Fylkesmannen tok. Initiativet fra KS kom etter at beslutningen var tatt. Vi har ingen opplysninger om at øvrige interesseorganisasjoner har vært involvert i beslutningsprosessen.

Det er ingen signaler om at interesseorganisasjoner har påvirket beslutningen Fylkesmannen tok. Ut fra dette, mener vi hypotese 3 har lav forklaringskraft.

Hypotese 4 og 5

Fylkesmannen i Innlandet har samordningsansvar og tok opp forhold knyttet til behandlingsskapasitet i møter med kommuneledelsen. De fulgte opp med telefoner der de tok opp kommunenes kapasitet, økonomi og evne til å håndtere pandemien. Både fylkesmannen selv og andre ledere hos Fylkesmannen ringte kommunene. Det viser at både fylkesmannen selv og øvrige ledere gikk ut og oppfordret kommunene til å øke behandlingsskapasiteten. Det sier likevel ikke noe om hvem som fikk gjennomslag for sitt syn. Vi har tidligere omtalt at beslutningen ble tatt etter dager med diskusjon mellom helse, utdanning og beredskap. Beslutningen kan tolkes slik at velferdsleder fikk gjennomslag for sitt syn. Vi har fått opplyst at fylkesmannen selv ringte til Innlandets 46 ordførere. Det kan gi signal om at fylkesmannen var opptatt av behandlingsskapasitet og at han fikk gjennomslag for sitt syn.

Vi mener beslutningen om å oppfordre kommunene til å øke behandlingsskapasiteten, dels kan være et resultat av fylkesmannens evne til å få gjennomslag for ønsket løsning. Det kan også være et resultat av velferdsleders evne til å få gjennomslag for sitt syn. Vi vurderer at hypotese 4 og 5 har middels forklaringskraft.

5.3.4 Andre forklaringsfaktorer

Pandemien kom ikke overraskende på Fylkesmannen. Samtidig framholder respondenter hvor maktesløst det globale samfunnet var, da pandemien rammet. Virusene spredte seg raskt og allerede 2. februar satte Fylkesmannen gul beredskap.

Sel og Nord-Fron kommune hadde smitte tidlig i mars. Koronaviruset var nytt og ukjent, noe som bidro til usikkerhet. Mediedekningen fra Italia var egnet til å skape frykt. Fylkesmannen forteller at de fryktet italienske tilstander og manglende behandlingsskapasitet hos Sykehus Innlandet. Det var risiko for at helsetjenesten i Innlandet kunne kollapse. Dersom det skjedde, måtte helsepersonell prioritere hvem som fikk muligheten til å leve og hvem som mest sannsynlig ville dø. Sammen med signalene fra regjeringens pressekonferanse og de drastiske tiltakene som ble iverksatt nasjonalt, tegnet dette opp et skremmende situasjonsbilde.

Vi vurderer at situasjonsbildet som ble tegnet opp, sammen med usikkerhet og frykt, har hatt betydning for beslutningen fylkesmannen tok.

Fylkesmannen selv var justisminister 22. juli 2011. En annen respondent har kriseerfaring fra 22. juli 2011 fra departementsnivå. Granskingsrapporten fra 22. juli, viste til dels store mangler

i beredskapsarbeidet. Det er rimelig å anta at fylkesmannen og øvrige ledere i fylkesmannsembetet var opptatt av at tilsvarende ikke skulle gjenta seg i Innlandet i forbindelse med koronapandemien.

I en krisesituasjon gjelder ansvarsprinsippet. Fylkesmannen i Innlandet tok beslutningen om å oppfordre til økt behandlingsskapasitet ut fra sin samordningsrolle. Kommunene besluttet å øke sin behandlingsskapasitet. Det viser at kommunene lytter til Fylkesmannen og fulgte opp oppfordringen de fikk. V mener det viser at Fylkesmannen har autoritet, troverdighet og tillit hos kommunene.

5.4 Oppsummering

Formålet med avsnittet er å oppsummere våre funn mot hypotesene vi kom frem til i avsnitt 3.4. I tabellen nedenfor oppsummerer vi hypoteser og funn per forklaringsmodell. Deretter gir vi en verbal vurdering av hvor stor forklaringskraft de respektive modellene har.

Tabellen inneholder også oversikt over andre forklaringsfaktorer. Disse har dannet grunnlag for mulige forklaringshypoteser som kan danne grunnlag for forskning om en fjerde forklaringsmodell.

Hypoteser pr. modell	Funn
Rasjonell aktørmodellen:	
1. Valg og beslutninger er tatt av aktøren som en enhet.	Fylkesmannen tok beslutningen om å oppfordre til økt behandlingsskapasitet. Hypotese 1 har høy forklaringskraft.
2. Det har vært enighet om valg og beslutninger.	Det var enighet om beslutningen. Hypotese 2 har høy forklaringskraft.
3. Valg og beslutninger er tatt av velinformerte aktører.	Beslutningen ble tatt av Fylkesmannen i Innlandet som velinformert aktør, gitt det som var kjent i en kaotisk situasjon og på gitt tidspunkt. Hypotese 3 har høy forklaringskraft.

Hypoteser pr. modell	Funn
<p>4. Valg og beslutninger er fattet etter en systematisk prosess og fremstår som veloverveide.</p> <p>5. Aktørene har hatt klare mål og målene har hatt betydning for valg og beslutninger.</p> <p>6. Det er lagt vekt på hva som kunne bli konsekvensene av ulike valg.</p> <p>7. Det er lagt vekt på behovet for å berolige befolkningen gjennom å vise handlekraft og gjennomføringsevne.</p>	<p>Den kaotiske situasjonen, sammen med tidspress, har påvirket muligheten for å opptre systematisk og veloverveid. Hypotese 4 har middels forklaringskraft.</p> <p>Fylkesmannen i Innlandet hadde klare mål. Målene hadde betydning for beslutningen som ble tatt. Hypotese 5 har høy forklaringskraft.</p> <p>Fylkesmannen i Innlandet la vekt på konsekvensene av ulike handlingsalternativer. Hypotese 6 har høy forklaringskraft.</p> <p>Fylkesmannen i Innlandet la vekt på behovet for å handle og gjennomføre beslutningen. Fylkesmannen i Innlandet var opptatt av å vise handlekraft og gjennomføringsevne. Hypotese 7 har middels forklaringskraft.</p>
Organisatorisk politikkmodell:	
<p>1. Valg og beslutninger begrunnes med føringer gitt i lov eller beredskapsplaner.</p> <p>2. Valg og beslutninger er tatt ut fra regelverk om hvordan beslutningsprosesser gjennomføres og hvem som har myndighet til å fatte beslutninger.</p>	<p>Beslutningen kan ikke forklares ut fra konkrete føringer i lovverk eller beredskapsplaner. Fylkesmannens samordningsrolle gir fleksibilitet og har hatt betydning for den beslutningen Fylkesmannen i Innlandet tok. Hypotese 1 har middels forklaringskraft.</p> <p>Det er rimelig å anta at beslutningen ble tatt i samsvar med regelverk som sier hvordan og av hvem beslutninger skal fattes i en</p>

Hypoteser pr. modell	Funn
<p>3. Valg og beslutninger begrunnes med føringer gitt i andre prosedyrer, rutiner og normer (øvrige planer, øvelser og øvingsdokumenter).</p> <p>4. Valg og beslutninger begrunnes i ansvar og behov for behandlingsskapasitet.</p> <p>5. Valg og beslutninger begrunnes med tilgang på ressurser, personell eller hensiktsmessige lokaler.</p>	<p>krisesituasjon. Hypotese 2 har middels forklaringskraft.</p> <p>Beslutningen kan begrunnes ut fra ansvar for og behov for behandlingsskapasitet. Hypotese 3 har høy forklaringskraft.</p> <p>Beslutningen kan ikke begrunnes ut fra føringer gitt i andre prosedyrer, rutiner og normer. Hypotese 4 har lav forklaringskraft.</p> <p>Tilgang på hensiktsmessige lokaler og tilstrekkelig personell hadde betydning da Fylkesmannen tok sin beslutning. Hypotese 5 har høy forklaringskraft.</p>
Byråkratisk politikkmodell:	
<p>1. Valg og beslutninger har bakgrunn i interne forhandlinger og samspill i egen organisasjon.</p> <p>2. Valg og beslutninger følger av forhandling og tautrekking mellom ulike styringsnivåer og organisasjonsenheter.</p>	<p>Beslutningen ble tatt etter interne diskusjoner og samspill i egen organisasjon. Hypotese 1 har høy forklaringskraft.</p> <p>Det var noe forhandlinger og tautrekking mellom Fylkesmannen i Innlandet og Sykehuset Innlandet, og mellom Sykehus Innlandet og kommunene. Hypotese 2 har middels forklaringskraft.</p>

Hypoteser pr. modell	Funn
<p>3. Valg og beslutninger er et resultat av innspill og påvirkning fra ulike interesseorganisasjoner.</p>	<p>Det er ingen signaler om at interesseorganisasjoner har påvirket beslutningen Fylkesmannen tok. Hypotese 3 har lav forklaringskraft.</p>
<p>4. Valg og beslutninger er et resultat av toppleders evne til å overtale og få gjennomslag for ønsket løsning.</p>	<p>Beslutningen kan være et resultat av fylkesmannens evne til å få gjennomslag for ønsket løsning. Hypotese 4 har middels forklaringskraft.</p>
<p>5. Valg og beslutninger er et resultat av andre ledes evne til å argumentere og få gjennomslag for sitt syn.</p>	<p>Beslutningen kan være et resultat av velferdsleders evne til å få gjennomslag for sitt syn. Hypotese 5 har middels forklaringskraft.</p>
<p>Andre forklaringshypoteser:</p>	
<p>1. Situasjonsbilde/narrativ</p>	<p>Hypotese 1: Situasjonsbildet som blir tegnet opp rundt en krise, har betydning for hvordan aktører opptrer. Et situasjonsbilde som skaper usikkerhet og frykt, vil ha stor betydning for hvordan aktører opptrer.</p>
<p>2. “Kriseekspertise” hos sentrale aktører</p>	<p>Hypotese 2: Tidligere kriseerfaring vil ha betydning for hvordan aktører opptrer i en krise.</p>
<p>3. Andre aktørers tiltro til regionale myndigheter</p>	<p>Hypotese 3: Autoritet, tiltro og tillit har betydning for hvordan aktører responderer på regionale aktørers signaler og ønsker.</p>

Tabell 4: Oppsummering av hypoteser som er bekreftet av funn hos Fylkesmannen i Innlandet

Den rasjonelle aktørmodellens forklaringskraft

Beslutningen ble tatt av Fylkesmannen som enhet. Det var enighet om beslutningen. Beslutningen ble tatt av Fylkesmannen i Innlandet ut fra hva som var kjent i en kaotisk situasjon og på gitt tidspunkt. Den kaotiske situasjonen, sammen med tidspress, påvirket muligheten for å opptre systematisk og veloverveid. Fylkesmannen i Innlandet la vekt på konsekvensene av ulike handlingsalternativer. Mulige konsekvenser hadde betydning for beslutningen som ble tatt. Fylkesmannen i Innlandet la vekt på behovet for å handle og gjennomføre det som ble besluttet for derigjennom å vise handlekraft og gjennomføringsevne. Vi har kommet frem til at hypotesene 1 til 3 og 5 til 6 har høy forklaringskraft. Hypotese 4 og 7 har middels forklaringskraft. Ut fra dette mener vi **den rasjonelle aktørmodellen har høy forklaringskraft.**

Den organisatoriske prosessmodellens forklaringskraft

Beslutningen Fylkesmannen i Innlandet tok, kan ikke forklares ut fra konkrete føringer i lovverk eller beredskapsplaner, eller føringer gitt i prosedyrer, rutiner eller normer. Uten at instruksjonen inneholder konkrete føringer om tiltak, har Fylkesmannens samordningsrolle hatt stor betydning. Det er rimelig å anta at beslutningen ble tatt i samsvar med et regelverk som sier hvordan og av hvem beslutninger skal tas i en krisesituasjon. Samtidig kan beslutningen begrunnes ut fra ansvar for og behov for behandlingsskapitet. Tilgang på hensiktsmessige lokaler og tilstrekkelig personell hadde også betydning da fylkesmannen tok sin beslutning. Vi har kommet frem til at hypotese 1 og 2 har middels forklaringskraft, hypotese 3 og 5 har høy forklaringskraft og hypotese 4 har lav forklaringskraft. Ut fra dette har vi kommet frem til at **den organisatoriske prosessmodellen har en middels forklaringskraft.**

Den byråkratiske politikkmodellens forklaringskraft

Beslutningen om å oppfordre kommunene til å øke behandlingsskapiteten ble tatt etter interne diskusjoner og samspill i egen organisasjon. Det var noe tautrekking og forhandling mellom Fylkesmannen i Innlandet og Sykehuset Innlandet. Det var også spenninger mellom Sykehuset Innlandet og kommunene. Diskusjonene mellom Fylkesmannen og Sykehuset Innlandet i fylkesberedskapsrådet hadde betydning for beslutningen Fylkesmannen tok. Interesseorganisasjoner har ikke påvirket beslutningen. Beslutningen som ble tatt, kan dels være et resultat av topplers evne til å få gjennomslag for ønsket løsning, og dels være et resultat av andre ledes evne til å få gjennomslag for sitt syn. Vi har kommet frem til at hypotese 1 har høy forklaringskraft. Hypotese 2, 4 og 5 har middels forklaringskraft, mens

hypotese 3 har lav forklaringskraft. Ut fra dette mener vi **den byråkratiske politikkmodellen** har **middels forklaringskraft**.

De tre modellene supplerer og utfyller hverandre. Det innebærer at de tre modellene **samlet sett** har **høy forklaringskraft**.

Andre forklaringsfaktorer

Andre forklaringsfaktorer gir grunnlag for å si at situasjonsbildet som ble tegnet opp, hadde betydning for den beslutningen Fylkesmannen tok. Videre er det rimelig å anta at tung kriseerfaring fra 22. juli 2011 også påvirket beslutningen Fylkesmannen i Innlandet tok. Ut fra våre funn mener vi videre at det er grunnlag for å si at fylkesmannen i Innlandet har autoritet, troverdighet og tillit hos kommunene.

6. Utvalgte kommuner – Empiriske funn og drøfting

Formålet med kapittelet er å presentere funn fra utvalgte kommuner og KS Innlandet, og drøfte forklaringskraften i de tre forklaringsmodellene med forklaringshypoteser.

I avsnitt 6.1. tar vi for oss rammefaktorer og dokumenter fra kommunene og KS Innlandet. Deretter presenterer vi i avsnitt 6.2. funn innhentet ved intervjuer med kommunene og KS Innlandet. I avsnitt 6.3. drøftes og vektet forklaringsmodeller og andre forklaringsfaktorer. Avsnitt 6.4 oppsummerer våre funn opp mot forklaringshypoteser.

6.1 Rammefaktorer

Det er varierende hvor mye dokumenter og tekster som finnes i de tre kommunene knyttet til vegen mot beslutning om å etterkomme Fylkesmannens anbefaling om å opprette pasientplasser. De tre kommunene hadde overordnede beredskapsplaner og planer med tiltakskort knyttet til virusutbrudd/smittsom sykdom. Dette er i henhold til Sivilbeskyttelseslovens §§ 14 og 15. KS Innlandet har i styrevedtak 31. mars i funksjon av interesseorganisasjon, påpekt behov for økonomisk kompensasjon i tilknytning til intermediærplassene.

6.1.1 Dokumenter fra Løten kommune

Løten kommune mottok 26. mars 2020 brev fra Helsedirektoratet hvor de ble bedt om å kartlegge virksomheter utenfor den offentlige helsetjenesten som kunne bidra til ekstra kommunale sengeplasser, utstyr og/eller personell i den nasjonale håndteringen av pandemien. Brevet ble sendt fylkesmannen og alle kommuner i Innlandet, og er omtalt tidligere i oppgaven.

I tillegg har **Løten kommune** ved rådmannen¹⁷ sørget for løpende **orienteringer** om koronasituasjonen til kommunens politikere. Orienteringene er gitt muntlig, og møtene er ikke

¹⁷ Fra 1.2.2021 er tittelen kommunedirektør tatt i bruk i Løten kommune.

streamet. Det fantes derfor ikke tekster eller videoopptak som vi kunne gjennomgå. Vi har fått opplyst at beredskapsplan finnes, men vi har ikke fått oss forelagt denne.

6.1.2 Dokumenter fra Nord-Fron kommune

Nord-Fron kommune inngikk avtale om etablering og beredskap ved avdeling Lillehammer Helsehus for perioden 1.4 – 31.12.2020. Lillehammer kommune påtok seg som regional aktør, ansvaret for etablering av 23 regionale isolasjons- og behandlingseenheter ved Lillehammer Helsehus. Avtalen omfattet kommunene Øyer, Gausdal, Ringeby, Sør-Fron og Nord-Fron. Nord-Fron hadde også planlagte plasser i interkommunal regi ved Montebellosenteret i Ringsaker og Kløverhagen i Ringeby. Montebello alternativet ble rigget, men avvirket i løpet av kort tid. Plassene ved Ringeby ble kun planlagt, men ikke tatt i bruk. Nord-Fron kommune fikk også på plass en del behandlingsplasser ved eget sykehjem.

Nord-Fron kommune hadde smittede tidlig og var ute med tiltak før nasjonale tiltak kom 12. mars 2020. Kommunen har utarbeidet **tidslinje** som viser hva som skjedde i mars 2020. Den har ligget ute på kommunens nettsider. Dokumentet er også en del av rapportering til kommunestyret 14.4.2020¹⁸. Nedenfor gjengis et utdrag sentrale hendelser fra første uke i mars 2020.

Tre personer ble bekreftet smittet 4. mars 2020. Kommunen satte krisestab 5. mars 2020, beredskapstelefon ble opprettet og servicetorget ble oppbemannet. Kommunene tok kontakt med frivillige organisasjoner som kunne bistå ved bemanningskrise jfr. Beredskapsplan. Legevakta ble oppbemannet. Nye smittede ble bekreftet 7. mars 2020, og Vinstra videregående skole ble stengt. Det ble oppfordret til å kutte ut sosiale arrangement/unngå sosiale sammenkomster. Kommunale tjenester med publikumstrafikk ble stengt. Alle politiske møter ble avlyst inntil videre. Skoler og barnehager fikk beskjed om å holde seg for seg selv. Kontinuitetsplaner for sykefravær ble oppdatert 9. mars 2020. Det ble etablert midlertidig lokale for prøvetaking. Alle skoler og barnehager ble stengt 10. mars 2020. Det ble etablert tilbud for samfunnskritiske funksjoner. Noen leger på legekantoret kom i karantene.

¹⁸ https://www.nord-fron.kommune.no/innsyn.aspx?response=journalpost_detaljer&journalpostid=2020006968&scripturi=/innsyn.aspx&skin=infolink&Mid1=1080& Hentet ned 9.5.2021

Nord-Fron kommune fastsatte **lokal forskrift** for å forebygge koronasmitte 14.3.2020. Forskriften ble fastsatt av kommuneoverlegen i Nord-Fron med hjemmel i lov av 5. august 1994, nr. 55 om vern av smittsomme sykdommer § 4-1 femte ledd, jf. første ledd.

Nord-Fron har gitt skriftlig **statusrapportering** om koronasituasjonen til politisk nivå. Det er også gitt informasjon til trepartssamarbeidet i samarbeidsmøter.

6.1.3 Dokumenter fra Tynset kommune

Tynset kommune har **pandemiplan** som viser hvordan kommunen skal organisere, kartlegge arbeide med tiltak ved utbrudd av smittesjukdom i egen kommune. Her er møteforbud, stenging av lokaler, idrettsanlegg, skoler og barnehager aktuelle tiltak. Det er fokus på å sikre plan for informasjon til publikum og presse. Planen omtaler masseterapi og kontakt med FHI og apotek, innkalling av helsepersonell, omlegginga av vanlig drift og omdisponering av ressurser, planlegging av masseisolasjon og avtaler med frivillige organisasjoner og andre som kan bistå, eksempelvis Røde Kors og Sivilforsvaret¹⁹. Pandemiplanen er forankret i kommunens beredskapsplan som sist ble endret 15.1.2018²⁰.

Tynset kommune har i tillegg lagt frem **risikoanalyse** for helse og omsorgssektoren, utført i tilknytning til koronaepidemien. Analysen viser vurdering av sannsynlighet og konsekvens for risikoområder som økonomi, drift og smittevern.

6.1.4 Dokumenter fra KS Innlandet

Fylkesstyret i KS Innlandet hadde møte 31. mars 2020²¹. På sakskartet sto sak 20/14 Korona - Økonomiske konsekvenser for kommunesektoren. KS Innlandet var opptatt av at kommunene etter oppfordring fra Fylkesmannen i Innlandet skulle bygge opp kapasitet til å ta imot 300-400 plasser for Covid-19 pasienter. Det måtte være sikkerhet for at kostnadene ble dekket av staten.

¹⁹ Vi har fått pandemiplan og risikoanalyse tilsendt fra Tynset kommune.

²⁰ <https://www.tynset.kommune.no/f/p1/474906f-93d8-4413-8198-195d59069312/beredskapsplan.pdf> Hentet ned 9.5.2021

²¹ <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/KS/Meetings/Details/1018942> Hentet ned 9.5.2021

6.2 Intervjuer

I dette avsnittet presenterer vi hovedfunn i avsnitt 6.2.1. Deretter redegjør vi i avsnittene 6.2.2 - 6.2.4 for detaljerte funn opp med de tre teoretiske modellene beskrevet i kapittel 3.4. Andre funn og utsagn går frem av avsnitt 6.2.5. Avslutningsvis presenterer vi i avsnitt 6.2.6 funn og utsagn fra KS Innlandet. Det som presenteres nedenfor er basert på referat fra intervjuer.

6.2.1 Hovedfunn

Kommunene forteller at de ble kontaktet av Fylkesmannen i Innlandet tidlig i 2020 hva angikk beredskapsplaner. Embetet ble oppfattet som framoverlent og tydelig i et ønske om å kartlegge ressurser og kapasitet for pasienthåndtering ute i kommunene. Videre ble kommunene presentert for scenarier med ulike R-tall, og spurt hvordan de opplevde å eventuelt kunne håndtere pasientmengdene som var estimert. De tre kommunene vi har intervjuet, kom alle til at de ville inngå i ulike interkommunale eller regionale samarbeid om intermediærplasser for å være best mulig rustet til å håndtere en pasientmengde som scenariet med R-tall 1,3 la opp til. De forteller alle at de hadde tiltro og tillit til at eventuelle økonomiske spørsmål rundt intermediære plasser måtte finne sin løsning i etterkant. KS Innlandets styreleder forteller også det samme fra sin posisjon. Gjennomgående for alle kommunene, er det hensyn til liv og helse og pasientbehandling, gitt utfall av et R-tall på 1,3, som var førende for at de valgte å inngå i de ulike samarbeidene.

I det følgende presenterer vi detaljerte funn sortert opp mot teoretiske modeller.

6.2.2 Funn og utsagn – Den rasjonelle aktørmodellen

Den første kommunen vi har intervjuet fortelle at det ble fattet beslutning om å følge opp oppfordringen fra Fylkesmannen i kommunens kriseledelse. Beslutningen ble referert for politisk nivå. Antall sengeplasser var basert på FHI sitt anslag. Respondenten kan ikke erindre kritiske røster verken mot etablering av plassene eller antall plasser som skulle etableres.

Den andre kommune forklarer at beslutningsprosessen “gikk punktvis” ut fra Fylkesmannens informasjon om de ulike scenariene og de antall plasser det kunne bli behov for. Det var møter internt i kommuneorganisasjonen og involvering av tillitsvalgte og ansatte. Det var enighet om de valg og beslutninger som ble tatt.

Det var ekstraordinære kommunestyremøter, der politikerne ble orientert om tiltakene. Etter at politikerne hadde gitt tilslutning til skisserte opplegg, ble det jobbet videre med dem.

Den tredje kommunen rigget for det antall senger Fylkesmannens middelscenario la opp til. De oppfattet økt behandlingsskapasitet som en bestilling fra Fylkesmannen i Innlandet.

Respondenten fra kommune 1 hadde fra etterjulsvinteren holdt øye med koronavirusutviklingen og var forberedt på at “noe” kunne skje. Omfanget og varigheten av krisa og den nasjonale nedstengningen hadde han ikke sett for seg på forhånd.

Kommune 2 forteller at scenariene med lavt, middels og høyt smitteutbrudd som Fylkesmannen i Innlandet presenterte for kommunene, ble brukt for å estimere behovet for sengekapasitet for kommunene i regionen. Det var hovedgrunnen for at kommunen landet på det antall senger som de totalt planla og etablerte for.

Kommune 3 fulgte med på utviklingen fra januar 2020. Tanken var å være beredt om noe skulle skje lokalt. De ønsket å være tidlig ute med informasjon til innbyggerne i kommunen. I kriseledelsesmøte i januar ble tematikken satt på dagsorden, og det ble jobbet med den fram mot mars. De mente det var viktig å følge med på viruset og å trygge befolkningen med at kommunen var «på alerten». Kommunen formidlet informasjon via hjemmesider, kommunens Facebook-sider, og ved utspill i lokalpressen. De tre nett- og papirbaserte avisene i regionen ble bevisst brukt i kommunikasjonsstrategien. Alle som var med i kriseledelsen utviste god situasjonsforståelse og tok flere stoppunkter etter hvert som situasjonen utviklet seg.

Kommunene forteller at tallgrunnlaget fra FHI ble lagt til grunn i scenariene fra Fylkesmannen. Den første kommunen oppgir at de var opptatt av å planlegge for det verste og det var ingen kritiske røster mot å opprette plassene. Beslutningen om å opprette behandlingssplasser var et resultat av klart definerte mål. Respondenten mener styringssignalene som ble gitt var tydelige, med målsetning om å frigjøre kapasitet gitt en situasjon der sykehuset slet med kapasitet på grunn av mange smittede. Om samarbeidet med de to andre kommunene sier respondenten følgende:

Vi var ikke så opptatte av hvor mange plasser den enkelte kommune skulle ha. Vi ble på en måte enige om at om vi så det var under oppseiling så måtte vi ta stilling til det da.

Respondenten er tydelig på at det som lå fremst i oppdraget var å frigjøre kapasitet. Opprinnelig var oppdraget tenkt løst i eget sykehjem, som har mulighet for isolering og skjerming av pasienter.

Han sier det var klart definerte mål bak etableringen av behandlingsplassene. Det var en tydelig målsetning om å kunne frigi kapasitet gitt en situasjon der sykehusene slet med kapasitet på grunn av mange smittede. Han opplevde at dette ikke var tiden for å stille spørsmål, men heller tiden for å utføre. Kommunen startet med en tanke om lokal løsning. Respondenten sier det var rett løsning å velge interkommunal løsning. Respondenten satt som regionens representant inn i helseregionsamarbeidet med Sykehuset Innlandet og fikk direkte informasjon om presset helsetjenestene kunne komme under.

Den andre kommune hadde klart definerte mål, i form av det respondenten kaller “*en seks-sjutrinns rakett*” for den aktuelle situasjonen og håndteringen av den. Det var respondenten selv, sammen med kommunelegen, som utarbeidet «raketten». Beslutningen kommunen tok handlet om hva som var best for pasientene. Hovedgrunnen for å gå for interkommunale løsninger, var behov for å isolere og skjerme pasienter, og unngå smittespredning og mange syke.

I starten mente kommunen at det var riktig å opprette alle plassene. Etter hvert ville de ut av en kostbar avtale som ble sagt opp.

Den tredje kommunen kom fram til antall senger de skulle rigge for, etter å ha blitt presentert for fylkesmannens scenarier basert på materiale fra FHI. Respondenten beskriver at det var klare mål, og at målene har hatt betydning for valg og beslutninger. Han beskriver det slik:

«... vi hadde jo en bestilling på et antall som vi skulle jobbe mot, så beslutningen om å etablere denne interkommunale covid-19 enheten hadde som klare mål at den kapasiteten skulle bygges opp. Vi skulle klare å bemanne og ruste den opp slik at den skulle få utstyr og folk.»

Kommune 1 var opptatt av å forhindre smitte og sikre behandlingskapasitet. Kommune to var opptatt av hva som var best for pasientene. Kostnadene beskrives som underordnet, selv om det ble forespeilet høge kostnader. Det viktigste var behovet for å isolere og skjerme pasienter. Respondenten sier det slik:

«... og politikerne er jo i slike situasjoner veldig medgjørlige og klapper for tiltak.»

I kommune 3 var det smittevernfarende hensyn som ble lagt til grunn for etableringen av koronaplassene. En skulle samle pasientgruppen og ikke ha koronapasienter sammen med andre pasienter.

Behovet for å berolige befolkningen gjennom å vise handlekraft og gjennomføringsevne var noe kommune 1 var opptatt av. Vedkommende beskriver det som “*et viktig punkt for oss alle*”. I kommune 2 og 3 var handlekraft og gjennomføringsevne forhold som ikke hadde betydning for beslutningen kommunene tok.

6.2.3 Funn og utsagn – Den organisatoriske prosessmodell

Den første kommunen hadde tilsyn fra Fylkesmannen på helseberedskapsplanen i 2019 og jobbet med etterarbeidet etter tilsynet på etterjulsvinteren 2020. De var i gang med kontinuitetsplanlegging av kommunal virksomhet som en del av revideringen av kommunale beredskapsplaner. Det gjorde at de hadde forholdsvis oppdaterte planer da koronapandemien kom til kommunen. Kommunen hadde overordnet beredskapsplan, helseberedskapsplan og tiltakskort på virusmitte som forholdsvis nylig var revidert/oppdatert.

Den andre kommunen hadde nylig oppdatert planverk for smitte og pandemi da viruset braket løs. De hadde en helt fersk plan som var rettet mot NOVO virus (mage-/tarminfeksjon). Planen gjaldt en annen type virus, men tankegangen rundt smittevern var den samme. Planverket beskrives av respondenten som godt kjent for flere, og sier:

«... du har jo gått gjennom de planene gjennom beredskapsøvelser tidligere, så det handler vel mer om at du etter hvert har hovedlinjene i hjernebarken så du drar ikke opp planverket ...»

Respondenten i den tredje kommunen forteller at kommunen etter lov er forpliktet til å yte helsetjenester til de som oppholder seg i kommunen²² og respondenten sier det slik om lokal forståelse av lovgivningen:

«... helselovgivningen gir jo føringer som vi.. Jeg tenker at vi hadde det i ryggmargen.»

Det var tidlig på etterjulsvinteren 2020 kontakt mellom Fylkesmannen og kommunen om planverk og spesielt behov for en oppdatert pandemiplan. Kommunens smittevernplan er fra 2010. En av de første sakene den forholdsvis nyansatte kommunelegen skulle jobbe med i 2020, var å oppdatere planverket. Etablering av større kapasitet og kommunale behandlingsplasser var ikke et planlagt tiltak i beredskapsplanen. Smittevernplanen følger den

²² Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., § 3-1, 1. ledd

overordnede beredskapsplanen som vedlegg, og gir noen føringer i henhold til generelt smittevern²³.

I kommune 1 fattet den personen som har beslutningsmyndigheten etter organisasjonskartet, beslutningene om kommunalt engasjement i behandlingsplasser for koronapasienter. Beslutningene i kriseledelsen ble referert muntlig i orienteringer til kommunestyret. Respondenten hadde egne helseberedskapsmøter i egen organisasjon i forkant av 12. mars 2020. Kommune 1 satte krisestab i dagene rundt nasjonal nedstengning.

Kommune 2 har hatt flere kriser med ulik alvorlighetsgrad tidligere. Respondenten peker på organisasjonslæringen det har gitt når det gjelder involvering og informasjon til innbyggerne. Videre sier respondenten det er viktig å være 100 % transparent i alt man gjør, særlig under krise. Det er viktig å ha klart definerte roller i krisestaben. Det er også viktig å ha dyktige folk i verv og stillinger, og peker på ordfører og kommunelege. Beslutningen ble tatt av kommunens kriseledelse.

I kommune 3 har vi ingen signaler om at kommunens ansvar, myndighet eller organisatorisk struktur har hatt betydning for beslutningen som ble tatt. Beslutningen ble tatt av kriseledelsen i kommunen.

Med unntak av det som ligger i beredskapsplaner, har vi ingen signaler om at prosedyrer, rutiner eller normer har hatt betydning for beslutningen kommune 1 tok.

Respondenten i kommune 1 oppgir at han har erfaring med kriseledelse fra tidligere, men ikke i slik skala som koronakrisen. Han har ellers deltatt på øvelser i kriseledelsen, og er vant med å skaffe seg oversikt og holde fokus.

Kommune 2 forteller at de hadde øvd på beredskapsplaner. Planene var kjent, hovedlinjene satt i hjernebarken, og det gikk på «autopilot». Vi har ikke signaler om at prosedyrer, rutiner eller normer har hatt betydning for beslutningen kommunen tok.

Respondenten i kommune 3 trekker fram den læringen kommunen fikk i en stor NATO-øvelse i 2018. Øvelsen og oppbygging av kunnskap, var nyttige også i pandemisammenheng. Ellers

²³ Vi har fått innsyn i kommunens beredskaps-, smittevern- og pandemiplan.

har vi ikke signaler om at prosedyrer, rutiner eller normer har hatt betydning for beslutningen kommunen tok.

Kapasitetsspørsmål, særlig på bemanningssiden, var styrende for at kommune 1 stilte seg positive til å gå for interkommunale plasser.

Respondenten i kommune 2 forteller at kommunene i regionen estimerte behovet ut fra scenariene Fylkesmannen i Innlandet presenterte for kommunene. Det var hovedgrunnen for at kommunen landet på det antall senger som de totalt planla og etablerte for. De kartla lokal sengekapasitet og oppdaget at mye kapasitet kunne frigjøres ved å avvikle korttids plasser, flytte pasienter hjem og styrke hjemmesykepleien. De etablerte tidlig behandlingsskapasitet for koronapasienter på eget sykehjem.

Kommune 3 oppfattet oppfordringen fra Fylkesmannen i Innlandet som en bestilling, og etablerte kapasitet i samsvar med den.

Respondent sier at tilgang på personell hadde betydning for at kommune 1 valgte interkommunal løsning for økt behandlingsskapasitet.

Tilgjengelige lokaler blir beskrevet som en viktig faktor da kommune 2 endte opp avtale om interkommunale plasser sammen med kommuner i regionen. Tilgjengelig personalressurs ble kartlagt, noe som ble førende for beslutning om interkommunale plasser. Det ble også igangsatt arbeid for å kartlegge restkompetanse, hente inn helsepersonell fra andre stillinger i kommunen, i tillegg til pensjonister og folk med helsebakgrunn fra privat sektor.

I valget mellom lokaler, ble egnethet avgjørende for det valget kommune 3 tok. Valget sto mellom lokaler på institusjon og på vegkro. Respondenten peker også på tilgang av personell som årsak til valg av interkommunal løsning.

6.2.4 Funn og utsagn – Den byråkratiske politikkmodell

Samme uke som nasjonal nedstengning, fattet responderten i kommune 1 beslutning i kriseledelsen. Beslutningen ble referert for politisk nivå. Antall senge plasser var basert på FHI sitt anslag. Respondenten kan ikke erindre kritiske røster verken mot etablering av plassene eller antall plasser som skulle etableres.

Respondenten i kommune 2 opplevde det politiske nivået som lydhøre. Han sier administrasjonen i kommunen er prisgitt den tilliten de har i det politiske nivået. Han gir

uttrykk for at flere av kommunens beslutninger var resultat av interne samhandlinger i organisasjonen, på tvers av virksomhetsområder og innad i egen virksomhet. Involvering av ansatte, herunder tillitsvalgte, blir trukket frem som vesentlige når krisen skal håndteres. Respondenten sier det slik:

«... du slipper å stå i krigen med tillitsvalgte og med enkelte ledere. Da handler det egentlig bare om å få løst oppgavene best mulig.»

Den tredje kommunen hadde satt ned det respondenten kaller en “ministab” bestående av smittevernlegen, assisterende rådmann og helse og omsorgssjefen. Fra tidlig i februar fulgte de med på internasjonal smittestatus. I den anledning hadde de dialog mellom kommune og Fylkesmannen gjennom de kanalene de benytter i krise og beredskap.

Fylkesmannens scenario var utgangspunktet for hvor mange plasser kommunen skulle bygge opp. De så at det ville bli krevende for den enkelte kommune, gitt det antall behandlingsplasser de skulle rigge for. Kommunalsjefs nivåene i de fem kommunene fikk i oppdrag å se på interkommunal løsning. Oppdraget kom fra rådmennene i aktuelle kommuner. Kommunalsjefene tok med seg sentrale aktører i egen kommune i planleggingen. Det var kommunalsjefene, som etter å ha fått oppdraget, ble enige om det som ble løsningen; koronaplasser i kommunen for hele regionen. Slik beskriver vår respondent dette:

«At det skulle være en interkommunal løsning, det var på en måte på rådmannsnivået, mens selve den praktiske tilnærmingen og hvordan det skulle løses, det lå på kommunalsjefsnivå.»

Beslutningen skjedde raskt, ikke minst med tanke på interkommunal løsning. Vanligvis blir det utarbeidet et saksgrunnlag som blir lagt frem for politisk behandling. Deretter fatter hvert kommunestyre vedtak, noe som ikke skjedde her. Det har blitt kritisert i etterkant. Manglende politisk behandling ble begrunnet med knapphet på tid. Det var vanskelig å lage en forståelig sak innenfor gitt tidsplan, forteller respondenten.

Det var lite støy rundt etableringen av behandlingsplassene. Arbeidsturnus ble endret, legen ga opplæring til ansatte, som var fornøyde med løsningen. Det ble en del støy fra ansattes organisasjoner som følte at de ikke fikk medvirke ved etablering av ny arbeidsturnus.

Respondenten i kommune 1 sier han har sett gjennom epostene fra den aktuelle perioden. Det var en informasjonsstrøm på kryss og tvers mellom kommuner og aktører i kommuner, mellom

forvaltningsleddene og mellom publikum og forvaltningsleddene som er ganske formidabel. Det var relativt krevende å sortere ut og finne frem til det som var viktigst å ta tak i der og da.

Respondenten sier han har inntrykk av at Fylkesmannen kom med “*relativt tydelige signaler*” og at det var en form for handlekraft som var etterspurt fra kommunal side.

Kommune 1 hadde planlagt lokal løsning innen egen kommune, det ble kjøpt inn noen senger og det ble lagt planer for fordeling av pasientgrupper mellom sykehjemmet og idrettshallen i kommunen. Den 26. mars mottok kommunen brev fra Helsedirektoratet som oppfordret til interkommunale løsninger. Det ble etablert et samarbeide mellom tre kommuner om å benytte seg av en nylig rehabilitert institusjon i nabokommunen. Institusjonen er eid av Sykehuset Innlandet, som ga tilsagn til slik bruk. Kommunen opplevde Fylkesmannen i Innlandet som en pådriver for en interkommunal løsning. Respondenten sier det slik:

«... Det er klart at det spilte inn på vurderingene og kanskje også tempoet rundt dette her at Fylkesmannen var så aktiv som han var og var pådriver for interkommunale løsninger og at vi måtte rapportere på dette. Så det er klart det var en viktig faktor det.»

Respondenten fra kommune 1 oppgir at finansieringen av sengene var en tematikk, men staten var tydelig på at kostnadene skulle kompenseres. I etterkant har det blitt en diskusjon om hvorvidt det er fullkompenserte kostnader, men respondenten sier at han ikke skal mene så mye om det. Respondenten forteller videre at diskusjonen rundt finansiering av sengene har dreid seg om forståelse av de signalene staten ga via Fylkesmannen.

Respondenten framholder at det først og fremst var på bakgrunn av de anmodningene de fikk fra sentrale myndigheter, at de gjorde det de gjorde. En aktiv fylkesmann som var pådriver for interkommunale løsninger, sammen med rapportering, gjorde sitt til å påvirke beslutningen om interkommunalt samarbeide.

Respondenten fra kommune 2 forteller at han opplevde at fylkesmannen ivret veldig for at det skulle etableres regionale plasser. Han mener å huske at fylkesmannen ikke var enig i at de skulle avvikle interkommunale plasser da kommunen valgte å gjøre det. Plassene kom til med bakgrunn i scenarier Fylkesmannen presenterte for kommunene. Scenariene, som var basert på prognoser fra FHI, var hovedgrunnen til at de landet på det antall senger de totalt kom ut med i den enkelt kommune, og i regionen. Respondenten sa det slik:

«... så det er klart at Fylkesmannen slo på stortromma og var vel.. Ønsket å være fremoverlent i sitt beredskapsarbeid tenker jeg ...»

Respondenten forteller at de på et tidspunkt internt i kommunen, lurte på hvilken rolle Fylkesmannen egentlig skulle ha. De diskuterte om Fylkesmannen tok for stor plass, opplevde at det gikk seg til og at det ble et godt samarbeide mellom embetet og kommunene. Respondenten sier kommunene opplevde press fra Fylkesmannens side om å opprette interkommunale plasser. Respondenten er tydelig på at han opplevde at fylkesmannens iver hadde bakgrunn i erfaringen fra Utøya og manglende beredskap i den situasjonen. Han sier han har forståelse for det.

Avtalen om interkommunale plasser skulle signeres med noen timers frist. De opplevde press fra nasjonale myndigheter, ved Fylkesmannen, om at avtalen måtte inngås.

Respondenten i kommune 3 gir uttrykk for at kommunen jobbet på oppdrag fra Fylkesmannen. Han forteller om frustrasjon fordi Sivilforsvaret avslo å bidra med koronaplasser. Frustrasjonen ble luftet med kriseledelsen og på fylkesmannsnivå. Slik sier han det:

«... Det var ikke det at vi mente det skulle hit på permanent basis, det skjønnte vi at ikke gikk an, men altså som stående beredskap der det dro i veien, så skulle sånne kapasiteter kunne etableres. Spurte også lokalt hjemmevern, sivilforsvaret og det var blankt nei til alt. De skulle ha beredskap for andre hendelser og sånn ting.»

Vi har ikke signaler om at interesseorganisasjoner påvirket beslutningene kommunene tok.

I kommune 1 har vi ingen signaler om at rådmannen hadde særskilte synspunkter eller var opptatt av gitte løsninger.

Kommune 2 benyttet scenariene fra Fylkesmannen og la seg på middels smittetrykk. Etter hvert som tiden gikk og smittebølgen bredte seg, så de at de interkommunale plassene var dyre og overflødige. Kommunedirektøren utøvde press for at kommunen skulle komme seg ut av avtalen.

I kommune 3 fikk kommunalsjefen oppdrag fra sin rådmann. Vedkommende skulle, sammen med andre kommunalsjefer i regionen, se på interkommunal løsning. Det var bakgrunnen for at det ble interkommunal løsning med koronaplasser for hele regionen i kommune 3.

Beslutningen i kommune 1 ble fattet av respondenten i kriseledelse samme uke som nedstengning fant sted. Vi har ikke signaler om at det var diskusjon om beslutningen.

Respondenten i kommune 2 forteller at de i starten mente det var riktig å opprette plassene. Etter hvert ville de ut av en avtale på grunn av kostnadene, og en avtale om interkommunale plasser ble sagt opp.

Kommunalsjefen i kommune 3 fikk mandat fra kommunedirektøren. Det var bakgrunnen for at det ble interkommunale plasser for hele regionen i denne kommunen.

6.2.5 Andre funn og utsagn

Respondenten fra kommune 1 trekker fram handlingsgangen (narrativet) rundt pandemien. Det var et viktig aspekt rundt de intermediære plassene å få etablert et tilbud der man hadde tilstrekkelig med fagfolk, samtidig som man hadde en kvalitativ bygningsmasse som muliggjorde et forsvarlig tilbud. Respondenten sier det slik:

«Vi hadde jo fått inn disse bildene fra Italia på den tida. Vi så de kjørte likkister med truck i kjølecontainere i USA. Vi hadde jo med oss det da vi vurderte mulighetene av hva vi kunne få til. Det var jo bekymringen min rundt å tenke (en navngitt idrettshall). Hva slags tilbud kunne vi egentlig få til der?»

Respondenten peker på den usikkerheten og redselen som preget starten på krisa. Som kommune ville de trygge innbyggerne. Han sier at åpenhet og kritikk må følge hånd i hånd i en slik situasjon, etter hvert som den utvikler seg.

Videre sier respondenten uoppfordret at det er spesielt at krisesituasjonen fortsatt er pågående. Han sier det er en slags vekting på de tiltakene de velger å sette inn, kontra ulempene de medfører og at:

«Vi er jo heldige som bor i et land som kunne ha hatt stor grad av åpenhet og åpne og kritiske diskusjoner rundt det. Det tenker jeg at har vært veldig viktig for oss som aktører også og den tilliten må vi ha. For det har vært flere ting rundt denne håndteringen som har vært svært inngripende i fredstid, kanskje på grensen i forhold til det vi ville kalle for akseptabelt ellers. Så det er viktig at det er debatt rundt dette.»

Respondenten forteller at det innledningsvis var noe forvirring om hvilken pasientgruppe kommunen skulle rigge plasser for. Var det koronapasienter eller var det andre mer eller mindre utskrivningsklare pasienter som måtte vike plassen i sykehus?

Kommune 2 hadde smitte tidlig i mars. Den 11. mars 2020 gikk det ut oppfordring til alle ansatte bosatt i nabokommunen om å holde seg hjemme fra jobben. Det ble begrunnet med utbrudd av koronavirus og frykt for økt smitte i kommunen. Samtidig gikk det ut oppfordring til innbyggere om å holde seg unna nabokommuner. Dette ble begrunnet med smittesituasjonen. I etterkant ser respondenten at det var en “*merksnodig oppfordring*” som var farget av den informasjonen de hadde fått fra stat og fylke, som en følte behov for å ta på alvor. Respondenten forteller at det alvorlig Solberg regjeringens pressekonferanse skapte, allerede var på plass før 12. mars i hans kommune.

Respondenten snakker enkelte ganger om fylkesmannen som person, og bruker navn, særlig når respondenten forteller at fylkesmannen var framoverlent og engasjert. Han trekker også fram to andre funksjoner, både som rolle og person. Det er ordfører og kommuneoverlege. Ordførerrollen er en del av kriseledelsen. Vedkommende som innehar vervet, har erfaring fra media og kommunikasjon fra tidligere yrkesliv. Respondenten mener det er en fordel i en krisesituasjon, fordi ordfører er kommunens talsperson utad. Respondenten trekker fram kommuneoverlegen som en kapasitet, med god kunnskap om det medisinskfaglige og med god situasjonsforståelse.

Respondenten gir uttrykk for at tidlig informasjon til innbyggerne var ekstremt viktig, både for å få kontroll på mediebildet av situasjonen, men også for at kommunen skulle styre krisen og krisehåndteringen.

Respondenten fra kommune 3 trekker frem likhetsprinsippet og nærhetsprinsippet. Han mener prinsippene har blitt utfordret. Han sier det ble overført store mengder arbeidsoppgaver fra sykehusene til kommunene. Den kommunale helsetjenestens forventning, var at de ville få den pasientkategorien de normalt håndterer, men at pasientene ville være i dårligere forfatning, komme på et tidligere tidspunkt og i et større omfang. I stedet:

«... så får vi det største omfanget av covid-19 smittede pasienter som altså er greia. Og spesialisthelsetjenesten var vel ikke spesielt skodd de heller for å håndtere denne pandemien, men de er nå mer vant til å håndtere avansert smitte, enn det primærhelsetjenesten er da, tross alt. Eller var hvert fall. Det gjør noe med prinsipper

på en måte at du skal drive med det i krise, som du driver med til daglig. Det fungerer best. Så er det jo samhandlingen, hvis samhandlingen skal foregå, så må det være likeverdige parter da. Der er det jo samhandlingsreformen og rammene i den som skaper utfordringsbildet.»

Respondenten peker på utfordringene som oppsto da arbeidsgiver hadde behov for å endre turnus og å kontinuitetsplanlegge:

«Ja, det kom jo noen nasjonale.. altså det kom et dokument som liksom skulle hjelpe kommunene i forhold til hvilke rammer som gjaldt, men det var jo egentlig ingenting. Det var jo bare de normale ytre grensene som man kunne operere innenfor eller avtale seg frem til. Det var en ting, og det var hvor fort du kunne endre turnus og hvilke konsekvenser det hadde økonomisk. Men ut over det, det var ikke noe, det var jo ting vi hadde avtalt oss til i utgangspunktet. Men spillereglene ved krise.. også har man jo blitt, spesielt sykehussektoren kanskje, har jo blitt kritisert for å bruke krisa som unnskyldning for å kjøre turnuser og arbeidstidsordninger, og ha ei arbeidsbelastning som ble utidig, men uten at jeg har noe peiling på om det riktig eller ikke. Det gjelder å ikke misbruke da, hvis man setter slike unntaks.. når en beskriver sånne unntak. Jeg tror det hadde vært behov for å ha sånne, som du sier, som en del av avtaleverket sånne unntaksbestemmelser når det behov for det.»

Avslutningsvis forteller respondenten at kommunelegen, i rollen som smittevernlege, i kommune 3 var proaktiv i informasjonsarbeidet til innbyggerne sammen med ordføreren.

6.2.6 Funn og utsagn fra KS Innlandet

Respondenten fra KS Innlandet trekker frem at det gikk veldig fort med etableringen av koronaplassene. På spørsmål om hun mener at det var riktig å opprette plassene svarer hun slik:

«Det spørres - hvis pandemien ikke hadde stoppa så hadde jeg sikkert svart ja. Men når man ser at de slo den ned så er vel svaret kanskje at det gikk i alle fall for fort. Det kan nok hende at vi skulle ha planlagt for det og at vi skulle hatt en løsning som kunne stått klar i løpet av kort tid. Men at vi heller burde hatt planen klar for å trykke på knappen i stedet for å gjøre konkret jobben. Så det føles litt sånn i ettertid at det kanskje ble litt mye Møllers Tran rundt omkring i kommuner i utgangspunktet.»

Respondenten sier også at det var viktig å vise befolkningen at kommunene ikke var handlingslammet. Gjennom å vise at kommunene var raske og rustet for det som måtte komme, kunne en skape ro blant innbyggere.

Respondenten har kontakt med egne medlemmer og kollegaer andre steder i landet. Hun svarer slik på hvorvidt fylkesmannsembetet var tidlig ute i koronakontakten med kommunene i Innlandet:

«Ja, jeg tror alle kommuner som jeg har snakket med i ettertid og internt i KS også så er det litt spesielt for Innlandet. At uansett hvem du snakker med av kommunene så er inntrykket det at “vi har fått en klar anbefaling som vi har fulgt opp” og det er kanskje ikke noe som gjenspeiles i fylkesmannsembetet eller i andre fylker. Så det er litt spesielt for Innlandet ja.»

Respondenten forteller at temaet ble bragt inn til KS sentralt. Kommunene i Innlandet fikk tydelige signaler om å rigge plasser. Respondenten mener det også må gjenspeiles i kompensasjon til kommunene i Innlandet. Vedkommende har en opplevelse av at andre fylker ikke kjenner seg igjen i det respondenten her beskriver. I andre fylker har kommunene ikke fått klare føringer om å rigge for et gitt antall behandlingsplasser.

På spørsmål om respondenten mener de økonomiske utleggene var imøtekommet (20. november 2020), svarer respondenten at:

«Så jeg tror at fylkesmannen sitter med en følelse av å ha bidratt til å påføre oss noen ekstra kostnader som de nå vil prøve å hjelpe oss med å dekke inn. Jeg håper at kommunene i Innlandet har fått kompensert størsteparten av disse utgiftene via skjønnsmidlene fra fylkesmannen.»

6.3 Vekting av modeller og andre forklaringsfaktorer

Formålet med dette avsnittet er å presentere og vekte forklaringsmodeller og øvrige forklaringsfaktorer som kan bidra til å forklare:

Hvorfor besluttet kommunene i Innlandet å etterkomme Fylkesmannens oppfordring om å opprette 370 behandlingsplasser?

Målsettingen med å vekte modellene, er å si hvilke forklaringsmodeller som har størst forklaringskraft. Målsettingen med å presentere og vurdere andre forklaringsfaktorer, er å komme frem til nye forklaringshypoteser som kan bidra til en mulig, fjerde forklaringsmodell.

Modellenes forklaringskraft vil bli vurdert i lys av de hypotesene vi kom frem til i avsnitt 3.4, og vil bli rangert som høy, middels eller lav ut fra grad av empirisk støtte. Den samlede støtten til hypotesesettet for hver av modellene, sammenfatter modellenes respektive forklaringskraft.

Underavsnitt 6.3.1 - 6.3.3 er strukturert som følger:

Innledningsvis i hvert underavsnitt presenterer vi hypotesene vi kom frem til i avsnitt 3.4. Deretter gjennomgår og drøfter vi den enkelte hypotese opp mot empiriske funn, og gir en vurdering av om hypotesens forklaringskraft anses høy, middels eller lav.

I underavsnitt 6.3.4 gjennomgår vi andre forklaringsfaktorer og hypoteser, før vi i avsnitt 6.4 oppsummerer.

6.3.1 Den rasjonelle aktørmodellen

Modellen legger til grunn at beslutninger blir tatt og gjennomført av en enhetlig aktør. Aktøren tar velinformerte og rasjonelle beslutninger ut fra en mål- og middeltankegang. Dette skjer etter en systematisk prosess. Aktøren legger vekt på konsekvensene av mulige handlingsalternativer.

I kapittel 3.4 kom vi frem til følgende hypoteser som vi ser nærmere på i det følgende:

1. *Valg og beslutninger er tatt av aktøren som en enhet.*
2. *Det har vært enighet om valg og beslutninger.*
3. *Valg og beslutninger er tatt av velinformerte aktører.*
4. *Valg og beslutninger er fattet etter en systematisk prosess og fremstår som veloverveide.*
5. *Aktørene har hatt klare mål og målene har hatt betydning for valg og beslutninger.*
6. *Det er lagt vekt på hva som kunne bli konsekvensene av ulike valg.*
7. *Det er lagt vekt på behovet for å berolige befolkningen gjennom å vise handlekraft og gjennomføringsevne.*

I det påfølgende vil forklaringskraften til hver av hypotesene, bli vurdert i lys av empiriske funn. Der vi finner det hensiktsmessig ut fra sammenheng og funn, vurderer vi to hypoteser sammen.

Hypotese 1 og 2

Kommune 1 fattet beslutning om økt behandlingsskapasitet i kriseledelsen. Beslutningen ble referert for politisk nivå. Det var ikke kritiske røster verken mot etablering av plassene eller antall plasser som skulle etableres. Kommune 2 besluttet ut fra fylkesmannens informasjon og det antall plasser det kunne bli behov for. Etter interne møter i kommuneorganisasjonen og involvering av tillitsvalgte, var det enighet om beslutningen som ble tatt. Det ble avholdt ekstraordinære kommunestyremøter, der politisk nivå ga tilslutning til skissert opplegg. Det oppsto en viss diskusjon om Fylkesmannens rolle. Etter hvert ble det også diskusjon om nødvendigheten av en del plasser og en avtale ble sagt opp. Kommune 3 rigget for det antall senger Fylkesmannens middelsscenario la opp til. De oppfattet økt behandlingsskapasitet som en bestilling fra Fylkesmannen i Innlandet. I denne kommunen oppsto det diskusjon om det burde vært lagt frem sak for politisk nivå, og om det var diskusjoner knyttet til involvering av ansatte. Ellers var det ikke diskusjoner i noen av kommunene.

Vi vurderer at beslutningen ble tatt av den enkelte kommune som enhetlig aktør. Til tross for diskusjon om fylkesmannens rolle, og etter hvert også om omfanget av plasser var for stort i kommune 2, er det grunnlag for å si at det var enighet om beslutningen som kommunene fattet på det tidspunkt beslutningen ble tatt. Vi vurderer at hypotese 1 og 2 har høy forklaringskraft.

Hypotese 3 og 4

Kommune 1 fulgte med på utviklingen og var forberedt på at viruset ville komme til Norge og kommunen. Beslutningen ble tatt av respondenten i kriseledelsen. Vi har ikke informasjon om hvor systematisk kommunen gikk frem, men har inntrykk av at beslutningen var veloverveid. Kommune 2 hadde smitte før regjeringens pressekonferanse, og måtte selv finne ut hvordan de skulle gripe an pandemisituasjonen. De var i gang med å etablere behandlingsskaper for koronapasienter på sjukehjemmet tidlig, baserte seg på Fylkesmannens beregninger, inngikk avtaler og etablerte og planla plasser ut fra dette. Vi har ikke informasjon om hvor systematisk beslutningsprosessen var, men har inntrykk av at beslutningen var veloverveid, gitt den aktuelle situasjonen. Kommune 3 fulgte med på utviklingen fra januar 2020 og utover. De ønsket å være beredt om noe skulle skje lokalt. De var opptatt av å være tidlig med informasjon til innbyggerne i kommunen. De la vekt på å følge med på viruset og å trygge befolkningen.

Alle kommunene tok beslutningen som følge av tydelige signaler fra Fylkesmannen i Innlandet.

Det kan variere noe hvor tett kommunene fulgte situasjonen. Vi mener beslutningene i kommunene ble tatt av informerte aktører. Hypotese 3 anses å ha høy forklaringskraft.

Vi er usikre på hvor systematiske prosesser kommunene gjennomførte. Beslutningene var et resultat av tydelige signaler fra fylkesmannen i Innlandet. Hypotese 4 anses å ha lav forklaringskraft.

Hypotese 5 og 6

Kommune 1 sier det var en klar målsetting å frigjøre kapasitet dersom Sykehus Innlandet hadde for liten behandlingsskapasitet på grunn av smitteutbrudd. Samtidig la kommunen vekt på å isolere og skjerme pasienter. Kommune 2 peker på klare målsettinger. De ønsket å gjøre det beste for pasientene, og så behov for å isolere og skjerme pasienter. Kommune 3 fulgte opp bestillingen fra Fylkesmannen, og la smittevernfarene hensyn til grunn da de etablerte behandlingsskapasitet for koronapasienter.

Kommune 1 var opptatt av å forhindre smitte og sikre behandlingsskapasitet. Kommune 2 var opptatt at å samle pasientgruppen og ikke ha koronapasienter sammen med andre pasientgrupper på grunn av smittefare. Kommune 3 forteller at kostnadene var underordnet og hva som var best for pasienten var viktig. Det var viktig å isolere og skjerme pasienter for å unngå smitte. Vi vurderer at hypotese 5 har høy forklaringskraft.

Når kommunene sier de var opptatt av å forhindre spredning av smitte, kan det bety at de var bekymret for konsekvensene. Spredning av smitte kunne føre til flere alvorlig syke og døde. Manglende behandlingsskapasitet kunne medføre at syke innbyggere ikke fikk behandling og døde. Ut fra dette mener vi at hypotese 6 har høy forklaringskraft.

Hypotese 7

Kommune 1 var opptatt av å vise handlekraft og trygge befolkningen. De gir uttrykk for at de oppfattet at andre kommuner savnet handlekraft fra staten. Kommune 2 sier behovet for å vise handlekraft ikke hadde noen betydning for beslutningen de tok. Kommune 3 har ikke gitt signaler om at dette er et forhold som hadde betydning.

Det er kun kommune 1 som har lagt vekt på forholdet. Ut fra dette er det rimelig å anta at behovet for å berolige befolkningen og vise handlekraft og gjennomføringsevne ikke hadde

avgjørende betydning da kommunene valgte å følge fylkesmannens oppfordring og etablerte økt behandlingsskapasitet. Vi mener hypotese 7 har lav forklaringskraft.

6.3.2 Den organisatoriske prosessmodellen

I denne modellen er organisasjonen beslutningstaker. Organisasjonens handlingsrom begrenses av både organisatorisk og institusjonelt rammeverk. Lovverk, planer, prosedyrer, rutiner og normer kan gi føringer for beslutninger og begrense beslutningstakerens handlingsrom.

I kapittel 3.4 kom vi frem til følgende hypoteser som vi ser nærmere på i det følgende:

1. *Valg og beslutninger begrunnes med føringer gitt i lov eller beredskapsplaner.*
2. *Valg og beslutninger er tatt ut fra regelverk om hvordan beslutningsprosesser gjennomføres og hvem som har myndighet til å fatte beslutninger.*
3. *Valg og beslutninger begrunnes i ansvar og behov for behandlingsskapasitet.*
4. *Valg og beslutninger begrunnes med føringer gitt i andre prosedyrer, rutiner og normer (øvrige planer, øvelser og øvingsdokumenter).*
5. *Valg og beslutninger begrunnes med tilgang på ressurser, personell eller hensiktsmessige lokaler.*

I det påfølgende vil forklaringskraften til hver av hypotesene, bli vurdert i lys av empiriske funn.

Hypotese 1

Tilsyn i 2019 bidro til at kommune 1 hadde et forholdsvis oppdatert planverk. De jobbet med kontinuitetsplan da pandemien kom. Kommunen gjennomførte helseberedskapsmøter i forkant av nedstengingen, og hadde satt krisestab. Både kommune 2 og 3 hadde oppdatert planverk for smitte og pandemi.

Vi har ikke signaler om at planverket var førende for beslutningen kommunene tok. Kommune 2 peker på helselovgivningen som setter krav om forsvarlig helsebehandling og sier at det «*sitter i ryggmargen*». Også kommune 2 nevner krav om forsvarlig helsebehandling. Kommune 1 nevner ikke at lovverk kan ha hatt betydning for beslutningen de tok.

Til tross for at bare to av tre kommuner nevner helselovgivningen og forsvarlig helsebehandling, er det rimelig å anta at dette sitter i ryggmargen på helsepersonell slik kommune 3 gir uttrykk for.

Vi vurderer at beslutningen kommunene tok kan begrunnes med føringer gitt i helselovgivning, men ikke med føringer gitt i planer. Vi mener hypotese 1 har middels forklaringskraft.

Hypotese 2

I den første kommunen ble beslutningen fattet av kriseledelsen og den personen som har beslutningsmyndighet. Videre ble det i denne kommunen referert til beslutningene i orienteringer gitt til kommunestyret. Også i de to andre kommunene ble beslutningen tatt av kommunens kriseledelse. I en krise er det rimelig å anta at denne type beslutning blir tatt av kriseledelsen. Det er bakgrunnen for at vi oppfatter at beslutningen er tatt i samsvar med etablerte prosedyrer for beslutningsprosesser i en krisesituasjon.

Vi mener beslutningen ble tatt i samsvar med regler for hvordan og av hvem, det vil si kriseledelsen ved leder for helse og velferd, beslutninger skal tas i en krisesituasjon. Vi vurderer at hypotese 2 har middels forklaringskraft.

Hypotese 3

Behandlingskapasitet hadde betydning for den beslutningen kommunene tok. De beregnet antall plasser de ville trenge, ut fra signalene de fikk fra Fylkesmannen i Innlandet. Beregningene fra Fylkesmannen synes å være hovedgrunnen til at kommunen landet på det antall senger som de gjorde. Kommune 3 oppfattet at Fylkesmannen i Innlandet kom med en bestilling som de fulgte opp.

Kommunene har et ansvar for å tilby innbyggerne forsvarlig helsebehandling, i dette ligger også behandlingsplasser. Vi antar det hadde betydning for beslutningen kommunene tok.

Vi vurderer at kommunenes ansvar for forsvarlig helsebehandling og nok plasser, hadde betydning når beslutningen ble tatt. Samtidig ble Fylkesmannens signaler om nødvendig antall plasser styrende for hvor mange plasser kommunene etablerte eller planla for. Vi mener hypotese 3 har middels forklaringskraft.

Hypotese 4

Våre funn gir ikke signaler om at prosedyrer, rutiner eller normer har hatt betydning for beslutningen kommunene tok.

Kommunenes prosedyrer, rutiner eller normer antas ikke å ha hatt betydning for beslutningen kommunene tok. Hypotese 4 har lav forklaringskraft.

Hypotese 5

Kommunene sier tilgang på kompetanse og personell hadde betydning når de valgte å etablere en interkommunal løsning for å øke sin behandlingskapasitet. Kommune 2 og 3 sier videre at hensiktsmessige lokaler hadde betydning for beslutningen.

Vi mener beslutningen kommunene tok, kan begrunnes med tilgang på kompetanse, personell og hensiktsmessig lokaler. Hypotese 5 har høy forklaringskraft.

6.3.3 Den byråkratiske politikkmodellen

Modellen ser beslutninger som et resultat av samspill mellom aktører med ulike ønsker og mål. Beslutningene er også et resultat av organisatoriske prosesser. Gjennom diskusjoner, forhandlinger og tautrekking, kommer aktørene frem til beslutninger. Aktørenes posisjon, makt og taktiske manøvreringsevne har betydning for beslutningene.

I kapittel 3.4 kom vi frem til følgende hypoteser som vi ser nærmere på i det følgende:

- 1. Valg og beslutninger har bakgrunn i interne forhandlinger og samspill i egen organisasjon.*
- 2. Valg og beslutninger følger av forhandling og tautrekking mellom ulike styringsnivåer og organisasjonsenheter.*
- 3. Valg og beslutninger er et resultat av innspill og påvirkning fra ulike interesseorganisasjoner.*
- 4. Valg og beslutninger er et resultat av toppleders evne til å overtale og få gjennomslag for ønsket løsning.*
- 5. Valg og beslutninger er et resultat av andre ledes evne til å argumentere og få gjennomslag for sitt syn.*

I det påfølgende vil forklaringskraften til hver av hypotesene, bli vurdert i lys av empiriske funn. Der vi finner det hensiktsmessig ut fra sammenheng og funn, vurderer vi to hypoteser sammen.

Hypotese 1

Kommune 1 gir uttrykk for at det ikke var kritiske røster eller motstand mot beslutningen om å etablere økt behandlingskapasitet. Kommune 2 forteller at det var samhandling på tvers av virksomhetsområder og involvering av tillitsvalgte og ansatte, mens kommune 3 sier at

kommunaldirektørene i regionen ga kommunalsjefene i oppdrag å følge opp bestillingen fra Fylkesmannen i Innlandet og etablere en interkommunal løsning.

Ovenstående viser at samspill og intern samhandling varierer fra kommune til kommune. For en kommune har vi ikke opplysninger om interne forhandlinger i forkant av beslutningen. For en annen kommune var det intern samhandling på virksomhetsnivå, og i den siste kommunen engasjerte kommunedirektøren seg og ga mandat til kommunalsjefen. Det er likevel slik at de tre kommunene valgte å følge opp fylkesmannens oppfordring. Ut fra dette mener vi at det interne samspillet ikke har hatt betydning for hva kommunene besluttet.

Vi vurderer at interne forhandlinger og samspill ikke har hatt betydning for den beslutningen kommunene tok. Kommunene valgte å gjøre som fylkesmannen oppfordret dem til. Vi mener hypotese 1 har lav forklaringskraft.

Hypotese 2

Kommunene fikk tydelige signaler fra Fylkesmannen i Innlandet. Kommune 3 kaller det en bestilling. Vi mener dette underbygger at det ikke var forhandlinger mellom Fylkesmannen i Innlandet og kommunene. Kommunene valgte å gjennomføre det Fylkesmannen oppfordret dem til, uten diskusjon eller tautrekking.

Ut fra dette mener vi beslutningen kommunene tok, ikke var et resultat av forhandling og tautrekking mellom Fylkesmannen og kommunene. Kommunene gjennomførte det de oppfattet at Fylkesmannen ba om eller bestilte. Hypotese 2 har lav forklaringskraft.

Hypotese 3

KS Innlandet var aktive mot Fylkesmannen i Innlandet. De var opptatt av at kommunene måtte få økonomisk kompensasjon for etablering av intermediære covid-19 senger. For øvrig har vi ikke signaler om at beslutningen kommunene tok, var et resultat av innspill og påvirkning fra ulike interesseorganisasjoner.

Ut fra ovenstående, mener vi hypotese 3 har lav forklaringskraft.

Hypotese 4 og 5

Kommunedirektøren i kommune 2 ønsket at kommunen kom seg ut av en inngått avtale som ble kostbar. Kommunedirektøren i kommune 3 ga kommunalsjefen mandat om å etablere interkommunal løsning. Bortsett fra dette har vi ingen signaler om at rådmann eller kommunedirektør i kommunene har engasjert seg og gitt klare føringer for hva som var ønsket

løsning, eller at rådmann / kommunedirektør har påvirket beslutningen. Det er likevel rimelig å tro at rådmann eller kommunedirektør har hatt oppfatninger om saken. Det er også rimelig å anta at kommunalsjef for helse og velferd har hatt det samme. Det er likevel tydelig at oppfordringen og føringene fra Fylkesmannen hadde stor betydning. Alle kommunene gjorde som Fylkesmannen oppfordret til.

Bortsett fra at kommunedirektørene ga kommunalsjefene i mandat å etablere interkommunal løsning, mener vi det er lite som tyder på at beslutningen som kommunene tok kom som et resultat av topplers eller andre ledes evne til å få gjennomslag for ønsket løsning eller sitt syn. Vi vurderer at hypotese 5 og 6 har lav forklaringskraft.

6.3.4 Andre forklaringsfaktorer

Kommunene trekker fram den medievirkeligheten samfunnet ble eksponert for i starten av pandemien som viktig. NRK og andre medier viste i tiden rundt nedstengningen av Norge 12. mars 2020, reportasjer fra Italia og USA som viste virusets herjinger og konsekvensene av manglende behandlingsskapitet.

Språkbruken i pressekonferansen til Solbergregjeringen 12. mars blir også vektlagt. Erna Solbergs sa at vi står i *«en vanskelig tid der vi som samfunn og enkeltindivid blir satt på prøve i det som er de mest inngripende tiltak i folks liv i fredstid»*. Det rammet inn koronapandemien som en fullbåren krise og fortalte at det var stor risiko for negativt eller dødelig utfall for mange av oss. Det var statsministeren selv som kommuniserte, noe som la ekstra tyngde i ordene. Vi mener ordvalget i selve pressekonferansen, at både politisk ledelse og helsebyråkrati var til stede, sammen med mediedekningen, bidro til å skape forståelse av en alvorlig situasjon.

Samfunnet ble i hovedsak stengt ned, med blant annet hjemmeskole for alle i en periode. I dagene etter 12. mars var debatten preget av om det var gjort nok for å begrense smittespredning. Enkelte steder i Innlandet forsøkte kommunene med smittevernloven i hånd, å innføre begrensninger for ferdsel over kommunegrensene som et føre-var tiltak.

Det er nærliggende å gå ut ifra at krisebudskapet som ble kommunisert fra regjeringen i pressekonferansen 12. mars, beredte grunnen for at planleggingen og opprettelsen av

kommunale behandlingsplasser i Innlandet kunne gjennomføres uten videre motforestillinger på daværende tidspunkt. En av våre informanter uttrykker dette slik:

«Når Fylkesmannen gir deg noen anbefalinger, så vet du jo hvor det kommer fra. Det er staten som ønsker at vi kommuner skal gjøre noe. Og det er jo det som er litt vanskelig. Vi er jo litt lutter øre og vant til å handle når de kommer med anbefalinger til oss. Det er jo det vi gjør i andre situasjoner i disse Covid tider. Det er jo anbefalinger de kommer med, disse smittevernrådene og alt dette andre også. Det er jo ikke så veldig mye som er lov. Alt dette rundt arrangementer og antall og alle anbefalinger. Det er jo ikke lovfesta og en føler jo som en kommune at man må lytte til de anbefalinger som staten og Fylkesmannen kommer med i en sånn situasjon.»

Det varierte hvordan og hvor tidlig fylkesmannsembetet i ulike landsdeler engasjerte seg mot kommuner. En av våre respondenter i embetet sier det slik:

«Også er det er litt sånn i fylkesmannsembetet at noe er definert i fylkesmanns sikkerhetsinstruks og sånn, men det er et veldig stort handlingsrom for å kunne ta initiativ også utover det som mange andre faktisk gjør. Og jeg vil nok våge den påstand at vi har tatt mange initiativ i denne krisa og det har vært, jeg tror det har vært kjærkomment for kommunebefolkningen i Innlandet.»

Innrammingen av krisen, sammen med mediedekning fra andre steder i verden, hadde betydning for hvordan respondentene oppfattet krisen. En respondent forteller om bilder av at de kjørte likkister til kjølecontainere med truck i USA. Samtidig opplevde Innlandet tidlig og omfattende smitte. Det bidro til at kommunene så alvorret i situasjonen, og hadde betydning for beslutningene kommunene tok og videre håndtering av krisen.

Våre funn viser at Fylkesmannen, både som embete og person, har autoritet, troverdighet og tillit i kommunene. Når Fylkesmannen gir signaler til kommunene, så er det staten som snakker, og kommunene gjennomfører det Fylkesmannen ber om.

6.4 Oppsummering

Formålet med avsnittet er å oppsummere våre funn mot hypotesene vi kom frem til i avsnitt 3.4. I tabellen nedenfor oppsummerer vi hypoteser og funn per forklaringsmodell. Deretter gir vi en verbal vurdering av hvor stor forklaringskraft de respektive forklaringsmodellene har.

Tabellen inneholder også oversikt over andre forklaringsfaktorer. Disse har dannet grunnlag for mulige forklaringshypoteser som kan danne grunnlag for forskning om en fjerde forklaringsmodell.

Hypoteser pr. modell	Funn
Rasjonell aktørmodellen:	
<i>1. Valg og beslutninger er tatt av aktøren som en enhet.</i>	Beslutningen ble tatt av den enkelte kommune som enhetlig aktør. Hypotese 1 har høy forklaringskraft.
<i>2. Det har vært enighet om valg og beslutninger.</i>	På det tidspunkt beslutningen ble tatt, var det enighet om beslutningen. Hypotese 2 har høy forklaringskraft.
<i>3. Valg og beslutninger er tatt av velinformerte aktører.</i>	Beslutningene i kommunene ble tatt av informerte aktører. Hypotese 3 anses å ha høy forklaringskraft.
<i>4. Valg og beslutninger er fattet etter en systematisk prosess og fremstår som veloverveide.</i>	Vi er usikre på hvor systematiske prosesser kommunene gjennomførte, samtidig som beslutningene var et resultat av tydelige signaler fra fylkesmannen i Innlandet. Hypotese 4 anses å ha lavforklaringskraft.
<i>5. Aktørene har hatt klare mål og målene har hatt betydning for valg og beslutninger.</i>	Det var viktig å isolere og skjerme pasienter for å unngå smitte. Hypotese 5 anses å ha høy forklaringskraft.

Hypoteser pr. modell	Funn
<p>6. Det er lagt vekt på hva som kunne bli konsekvensene av ulike valg.</p> <p>7. Det er lagt vekt på behovet for å berolige befolkningen gjennom å vise handlekraft og gjennomføringsevne.</p>	<p>Kommunene var opptatt av å forhindre spredning av smitte og var bekymret for konsekvensene. Spredning av smitte kunne føre til flere alvorlig syke og døde. Manglende behandlingsskapasitet kunne medføre at syke innbyggere ikke fikk behandling og døde. Ut fra dette har hypotese 6 høy forklaringskraft.</p> <p>Behovet for å berolige befolkningen og vise handlekraft og gjennomføringsevne hadde ikke avgjørende betydning da kommunene valgte å følge fylkesmannens oppfordring og etablerte økt behandlingsskapasitet. Hypotese 7 har lav forklaringskraft.</p>
Organisatorisk politikkmodell:	
<p>1. Valg og beslutninger begrunnes med føringer gitt i lov eller beredskapsplaner.</p> <p>2. Valg og beslutninger er tatt ut fra regelverk om hvordan beslutningsprosesser gjennomføres og hvem som har myndighet til å fatte beslutninger.</p> <p>3. Valg og beslutninger begrunnes med føringer gitt i andre prosedyrer, rutiner og normer (øvrige planer, øvelser og øvingsdokumenter).</p>	<p>Beslutningen kommunene tok kan begrunnes med føringer gitt i helselovgivning, men ikke med føringer gitt i planer. Hypotese 1 har middels forklaringskraft.</p> <p>Beslutningen ble tatt i samsvar med regler for hvordan og av hvem beslutninger skal tas i en krisesituasjon. Hypotese 2 har middels forklaringskraft.</p> <p>Kommunenes ansvar for forsvarlig helsebehandling og nok plasser, sammen med fylkesmannens signaler om nødvendig antall plasser hadde betydning når beslutningen ble tatt. Hypotese 3 har middels forklaringskraft.</p>

Hypoteser pr. modell	Funn
<p>4. Valg og beslutninger begrunnes i ansvar og behov for behandlingskapasitet.</p> <p>5. Valg og beslutninger begrunnes med tilgang på ressurser, personell eller hensiktsmessige lokaler.</p>	<p>Kommunenes prosedyrer, rutiner eller normer antas ikke å ha hatt betydning for beslutningen kommunene tok. Hypotese 4 har lav forklaringskraft.</p> <p>Beslutningen kommunene tok, kan begrunnes med tilgang på kompetanse, personell og hensiktsmessig lokaler. Hypotese 5 har høy forklaringskraft.</p>
Byråkratisk politikkmodell:	
<p>1. Valg og beslutninger har bakgrunn i interne forhandlinger og samspill i egen organisasjon.</p> <p>2. Valg og beslutninger følger av forhandling og tautrekking mellom ulike styringsnivåer og organisasjonsheter.</p> <p>3. Valg og beslutninger er et resultat av innspill og påvirkning fra ulike interesseorganisasjoner.</p> <p>4. Valg og beslutninger er et resultat av toppleders evne til å overtale og få gjennomslag for ønsket løsning.</p>	<p>Interne forhandlinger og samspill har ikke hatt betydning for den beslutningen kommunene tok. Hypotese 1 har lav forklaringskraft.</p> <p>Beslutningen kommunene tok, var ikke et resultat av forhandling og tautrekking mellom Fylkesmannen og kommunene. Hypotese 2 har lav forklaringskraft.</p> <p>Vi har ikke signaler om at beslutningen kommunene tok, var et resultat av innspill og påvirkning fra ulike interesseorganisasjoner. Hypotese 3 har lav forklaringskraft.</p> <p>Det er lite som tyder på at beslutningen som kommunene tok kom som et resultat av toppleders evne til å få gjennomslag for ønsket løsning. Hypotese 4 har lav forklaringskraft.</p>

Hypoteser pr. modell	Funn
5. Valg og beslutninger er et resultat av andre lederes evne til å argumentere og få gjennomslag for sitt syn.	Det er lite som tyder på at beslutningen som kommunene tok kom som et resultat av andre lederes evne til å få gjennomslag for sitt syn. Hypotese 5 har lav forklaringskraft.
Andre forklaringshypoteser:	
1. Innramming/narrativ	Hypotese 1: Hvordan historien blir kommunisert, og den innrammingen krisen får, har betydning for hvordan krisen håndteres og hvordan aktører opptrer.
2. Autoritet hos annen aktør	Hypotese 2: Aktørers autoritet, troverdighet og tillit påvirker andre aktører, og har betydning for hvordan de opptrer.
3. Betydningen av personlig autoritet	Hypotese 3: Sentrale personers autoritet, tillit og respekt har stor betydning for hvordan andre personer velger å opptre.

Tabell 5: Oppsummering av funn hos fylkesmannen i Innlandet opp mot hypoteser.

Den rasjonelle aktørmodellens forklaringskraft

Beslutningen ble tatt av den enkelte kommune som enhetlig aktør. Det er grunnlag for å si at det var enighet om beslutningen som kommunene fattet på det tidspunkt beslutningen ble tatt. Det kan variere hvor tett kommunene fulgte situasjonen. Det er likevel grunnlag for å si at beslutningene i kommunene ble tatt av informerte aktører. Vi er usikre på hvor systematiske prosesser kommunene gjennomførte. Beslutningene var et resultat av tydelige signaler fra Fylkesmannen i Innlandet. Kommunene hadde klare mål, og målene hadde betydning for beslutningen de tok. Det er tydelig at kommunene var opptatt av konsekvensene av manglende behandlingsskapasitet og økt smitte. De la vekt på hva som kunne bli konsekvensene av ulike valg, herunder å ikke øke behandlingsskapasiteten. Behovet for å berolige befolkningen og vise

handlekraft og gjennomføringsevne hadde mindre betydning da kommunene valgte å følge fylkesmannens oppfordring og etablerte økt behandlingsskapasitet.

Vi har kommet frem til at hypotese 1 til 3, samt 5 og 6 har høy forklaringskraft. Hypotese 4 og 7 har lav forklaringskraft. Samlet sett mener vi **den rasjonelle aktørmodellen** har **høy forklaringskraft**.

Den organisatoriske prosessmodellens forklaringskraft

Beslutningen kommunene tok kan begrunnes med føringer gitt i helselovgivning, men ikke med føringer gitt i planer. Vi mener beslutningen ble tatt i samsvar med regler for hvordan og av hvem, beslutninger skal tas i en krisesituasjon. Kommunenes ansvar for forsvarlig helsebehandling og nok plasser, hadde betydning når beslutningen ble tatt. Samtidig ble Fylkesmannens signaler om nødvendig antall plasser styrende for hvor mange plasser kommunene etablerte eller planla for. Kommunenes prosedyrer, rutiner eller normer antas ikke å ha hatt betydning for beslutningen kommunene tok. Beslutningen kommunene tok, kan begrunnes med tilgang på kompetanse, personell og hensiktsmessig lokaler.

Vi har kommet frem til at hypotese 1 til 3 har middels forklaringskraft, mens hypotese 4 og 5 har lav forklaringskraft. Ut fra dette mener vi at **den organisatoriske prosessmodellen** har **middels forklaringskraft**. Dette gjelder særlig behov for behandlingsskapasitet, hensiktsmessige lokaler og tilstrekkelig og kompetent personell.

Den byråkratiske politikkmodellens forklaringskraft

Interne forhandlinger og samspill hadde ikke betydning for den beslutningen kommunene tok. Beslutningen var heller ikke et resultat av forhandling og tautrekking mellom Fylkesmannen og kommunene. Kommunene valgte å gjøre det Fylkesmannen oppfordret dem til. Dette viser at Fylkesmannen, både som embete og person, har autoritet og tillit. Det er ikke noe som tyder på at beslutningen kommunene tok, var et resultat av innspill og påvirkning fra interesseorganisasjoner. Finansiering av plassene var underordnet der og da. Kommunene hadde tillit til at de ville få økonomisk kompensasjon. Når en ser bort fra at kommunedirektørene ga kommunalsjefene i mandat å etablere interkommunal løsning, er det lite som tyder på at beslutningen kommunene tok var et resultat av topplers eller andre ledes evne til å få gjennomslag for ønsket løsning eller sitt syn.

Hypotesene 1 til 5 har lav forklaringskraft. Slik sett er det lite som tyder på at forhold knyttet til den byråkratiske politikkmodellen har hatt betydning for beslutningen kommunene tok. Vi mener *den byråkratiske politikkmodellen* har **lav forklaringskraft**.

De tre modellene supplerer og utfyller hverandre. Det innebærer at de **tre modellene samlet** sett har **høy forklaringskraft**. Kommunenes beslutning kan i høy grad forklares av den rasjonelle aktørmodellen, og i middels grad av den organisatoriske prosessmodellen. Den byråkratiske politikkmodellen har lav forklaringskraft.

Andre forklaringsfaktorer

Historien som ble kommunisert, de dramatiske TV bildene fra andre land, og den innrammingen krisen fikk, hadde betydning for håndteringen av krisen. Vi mener det er grunnlag for å si at situasjonsbildet som ble tegnet opp, hadde betydning for beslutningen kommunene tok.

Fylkesmannen i Innlandet har autoritet, troverdighet og tillit hos kommunene. Vi vurderer at også dette hadde betydning for beslutningen kommunene tok.

Ovenstående kan, sammen med det vi fant i avsnitt 5.4, gi grunnlag for å forske på om det kan utvikles en fjerde modell. Vi mener det kan være grunn til å undersøke i hvilken grad det situasjonsbildet som blir tegnet opp rundt en krise, vil ha betydning for hvordan aktører opptrer. Det kan også være grunn til å se på hvordan sentrale aktørers makt, autoritet, tiltro og tillit kan påvirke andre aktørers opptreden i krise.

7. Konklusjon

I oppgaven har vi satt søkelys på beslutningene som la til rette for planleggingen, og noen steder opprettelsen, av inntil 370 intermediære behandlingsplasser for koronapasienter i Innlandet våren 2020. Vi har undersøkt følgende to hovedspørsmål:

1. Hvorfor besluttet Fylkesmannen i Innlandet å oppfordre kommunene i Innlandet om å opprette 370 behandlingsplasser?
2. Hvorfor besluttet kommunene i Innlandet å etterkomme Fylkesmannens oppfordring om å opprette 370 behandlingsplasser?

Det teoretiske rammeverket for vår studie har vært Graham T. Allisons forklaringsmodeller for beslutningsatferd under kriser. Hans modeller deles inn i tre komponenter som kan ha effekt hver for seg, men også utfyller hverandre. Disse er 1) rasjonell aktørmodell, 2) byråkratisk politikkmodell og 3) organisatorisk prosessmodell.

Vår undersøkelse viser at **den rasjonelle aktørmodellen** har høy forklaringskraft opp mot beslutningen Fylkesmannen i Innlandet tok. Det begrunnes med at fem av sju hypoteser har høy forklaringskraft. Øvrige to hypoteser har middels forklaringskraft. Beslutningen ble tatt av Fylkesmannen som enhet og det var enighet om beslutningen. Til tross for at en kaotisk situasjon og tidspress påvirket muligheten for å opptre systematisk, fremstår Fylkesmannen som velinformert. Embetet hadde klare mål og la vekt på konsekvensene av beslutningen. Betydningen av å vise handlekraft og gjennomføringsevne hadde også betydning da Fylkesmannen i Innlandet besluttet å oppfordre kommunene i Innlandet om å opprette 370 behandlingsplasser.

Den organisatoriske prosessmodellen har middels forklaringskraft opp mot beslutningen Fylkesmannen i Innlandet tok. Det begrunnes med at to av hypotesene har middels forklaringskraft, to hypoteser har høy forklaringskraft og en hypotese har lav forklaringskraft. Fylkesmannens samordningsrolle har, sammen med regelverk for hvem som skal beslutte og hvordan beslutninger skal fattes i krisesituasjoner, hatt betydning. Lovverk og beredskapsplaner har hatt mindre betydning. Ansvar for behandlingsskapasitet og tilgang på lokaler og personell, var også forhold som ble tillagt vekt, da Fylkesmannen i Innlandet besluttet å oppfordre kommunene i Innlandet om å opprette 370 behandlingsplasser.

Den byråkratiske politikkmodellen har også middels forklaringskraft. Det begrunnes med at tre av fem hypoteser har middels forklaringskraft, en har høy forklaringskraft og en har lav forklaringskraft. Beslutningen om å oppfordre kommunene til å opprette 370 behandlingsplasser ble tatt etter interne diskusjoner og samspill i egen organisasjon, det var noe forhandling mellom Fylkesmannen i Innlandet og Sykehuset Innlandet og spenninger mellom Sykehuset Innlandet og kommunene. Det kan også være slik at toppleders evne til å få gjennomslag for ønsket løsning, og andre ledes evne til å få gjennomslag for sitt syn har hatt betydning.

Andre forklaringsfaktorer har også hatt betydning. Situasjonssbildet som ble tegnet opp hadde betydning da fylkesmannen besluttet å oppfordre kommuner i Innlandet om å opprette 370 behandlingsplasser. Det er videre rimelig å anta at tung kriseerfaring fra 22. juli 2011 også påvirket beslutningen som ble tatt. Uten at det har hatt betydning for denne konkrete beslutningen, viser vår undersøkelse at Fylkesmannen i Innlandet har autoritet, troverdighet og tillit hos kommunene.

Vår undersøkelse viser at **den rasjonelle aktørmodellen** har høy forklaringskraft også når det gjelder kommunenes beslutning om å etterkomme Fylkesmannens oppfordring om å opprette 370 behandlingsplasser. Det begrunnes med at seks av sju hypoteser har høy forklaringskraft. Beslutningen ble tatt av kommunene som enhetlig aktør. Det var enighet om beslutningen. Det er grunnlag for å si at kommunene opptrådte som informerte aktører. Det er usikkerhet om hvor systematiske prosesser kommunene gjennomførte. Kommunene hadde klare mål og var opptatt av konsekvensene av manglende behandlingsskapasitet og økt smitte.

Den organisatoriske prosessmodellen har middels forklaringskraft. Det begrunnes med at tre av fem hypoteser har middels forklaringskraft, mens øvrige to hypoteser har lav forklaringskraft. Beslutningen kan til en viss grad begrunnes med føringer i helselovgivning. Videre ble beslutningen tatt i samsvar med regler for hvordan og av hvem, beslutninger skal tas i en krisesituasjon. Kommunenes ansvar for forsvarlig helsebehandling og nok plasser hadde også betydning. Samtidig ble Fylkesmannens signaler styrende for kommunens beslutning. Tilgang på kompetanse, personell og hensiktsmessig lokaler, hadde også betydning. Den organisatoriske prosessmodellen har middels forklaringskraft opp mot kommunenes beslutning om å følge Fylkesmannens oppfordring og opprette 370 behandlingsplasser.

Den byråkratiske politikkmodellen har lav forklaringskraft. Det begrunnes med at interne forhandlinger og samspill, samt forhandlinger og tautrekking mellom forvaltningsnivåer ikke hadde betydning for den beslutningen kommunene tok. Vår undersøkelse viser at Fylkesmannen, både som embete og person, har autoritet og tillit, og at kommunene hadde tillit til at de ville få økonomisk kompensasjon. Det er ellers lite som tyder på at beslutningen kommunene tok var et resultat av toppleders eller andre ledes evne til å få gjennomslag for ønsket løsning eller sitt syn. Den byråkratiske politikkmodellen har lav forklaringskraft og kan i liten grad forklare at kommunene fulgte oppfordringen fra Fylkesmannen om å opprette 370 behandlingsplasser.

Andre forklaringsfaktorer hadde også betydning for beslutningene. Den innrammingen koronakrisen fikk, hadde betydning da kommunene besluttet å følge oppfordringen fra Fylkesmannen om å opprette 370 behandlingsplasser. Fylkesmannen i Innlandets autoritet, troverdighet og tillit har også hatt betydning.

Våre funn knyttet til andre forklaringsfaktorer kan gi grunnlag for å forske på en mulig fjerde modell. Det er grunn til å anta at det situasjonsbildet som blir tegnet opp rundt en krise, har betydning for hvordan aktører opptrer. Sentrale aktørers kriseerfaring kan også påvirke hvordan aktører opptrer i en krisesituasjon. Videre kan det også være grunn til å se på hvordan sentrale aktørers makt, autoritet, tiltro og tillit kan påvirke andre aktørers opptreden i krise.

Våre funn viser at kommuner i Innlandet forberedte seg raskt på å håndtere pasientmengden som kunne komme som følge av koronaviruset. Fylkesmannsembetet i Innlandet jobbet målrettet med risikostyring innenfor rammene av samfunnssikkerhetsprinsipper og andre rammer gitt i lovverk og føringer. Det ble tatt tydelig ledelse i tråd med samordningsoppdraget som ligger til embetet. Kriseerfaring hos flere i embetet har, slik vi tolker våre funn, bidratt til en spesiell årvåkenhet som gjorde at Innlandet reagerte raskt. Våre funn tyder også på at Innlandet reagerte raskere enn andre regioner andre steder i landet når det kommer til å planlegge og opprette intermediærplasser for koronapasienter.

Det er også grunn til å peke på at de tre modellene i varierende grad har forklaringskraft i opp mot aktuell beslutning hos Fylkesmannen og i kommunene. Det innebærer at modellene supplerer og utfyller hverandre som forklaringsfaktorer.

Som omtalt ovenfor er det likevel noe utover disse tre modellene hver for seg og sammen, som forklarer hvorfor Innlandet var så tidlig ute med intermediærplasser og hvorfor kommunene i så stor grad var lydhøre for Fylkesmannens oppfordringer.

Vi mener å ha funnet at dette “annet” handler om tillit mellom folk og tillit mellom forvaltningsnivå. Enkelte av respondentene i kommunene snakker om “han Knut” når de snakker om fylkesmannen. Dette mener vi er et uttrykk for nærhet og tillit til både embetet, men også til personen som innehar “toppjobben”. Det norske samfunnet har inntil våre dager vært preget av relativt små forskjeller og høy grad av tillit. Våre funn peker i retning av at slik var det fortsatt i Innlandet i mars 2020.

Risiko for manglende behandlingsskapasitet for koronasmittede ved Sykehuset Innlandet avdekket en sårbarhet helsevesenet. Da staten ikke maktet å finne kapasitet innenfor spesialisthelsetjenesten, var det kommunesektorens robusthet som gjorde det mulig å rigge tilstrekkelig behandlingsskapasitet. Kommunene viste en evne til fleksibilitet og absorbering av oppgaver.

Det er trekk ved koronakrisen som tyder på at den organisatorisk beveger samfunnsordenen bort fra “wicked issues” og over mot “wicked mess”. Krisen er grenseoverskridende, også når det kommer til sektor og forvaltningsnivå. For å finne en løsning på denne og lignende kriser i framtida vil det kunne tvinge seg fram mer internasjonal samhandling og kanskje også overnasjonal handling. Forhold knyttet til blant annet arbeidsliv, innkjøp, finansiering og kontinuitetsplanlegging i offentlig sektor peker etter vårt syn i den retningen. Hvordan få til best mulig samordning mellom de ulike aktørene vil være viktig for videre læring.

Forslag til videre forskning:

Ut fra vår oppgaves tematikk og funn kan det være grunnlag for å forske videre på om det kan utvikles en fjerde beslutningsteoretisk modell. En fjerde modell kan, sammen med enkeltaktørers kriseerfaringer, ta for seg den situasjonsforståelsen som tegnes opp og innrammer en krise. Innrammingen av krisen, vil sammen med enkeltaktørers tidligere kriseerfaring, ha stor påvirkning på hvordan aktører opptrer særlig før og under krise. Dette vil være i tråd med perspektivene til bl.a. Kahneman, Tversky og Klein som har forsket på nettopp intuisjon og erfaringsbasert trening som elementer av krisehåndtering.

Forhold som makt, autoritet, tiltro og tillit kan også være avgjørende for aktørers opptreden i krise. Dette er også forhold det kan være interessant å forske videre på i en annen sammenheng.

I vår oppgave ser vi at samordning og samvirke må kunne sies å ha fungert mellom Fylkesmannsembetet og kommunene i Innlandet. Spørsmålet å stille, kan være i hvilken grad det skal være opp til de til enhver tid gjeldende aktørers dynamikk eller om det bør nedfelles fastere i lov. Dette er en tematikk som kan gi grunnlag for videre forskning.

Litteraturliste

Bøker og artikler

Allison, G.T. (Sept. 1969). Conceptual Models and the Cuban Missile Crisis. *The American Political Science Review*, Vol. 63, no. 3, pp. 689-718.

Allison, G.T. (1971). *Essence of Decision. Explaining the Cuban Missile Crisis*. Harvard University

Allison, G. & Zelikow, P. (1999). *Essence of Decision. Explaining the Cuban Missile Crisis*. (2. Utg.) Longman

Andersen, S.S. (2013). *Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. (2. utg.). Fagbokforlaget

Aven, T. (2015) *Risikostyring* (2.utgave) Universitetsforlaget

Bjelland B. & Nakstad E.R. (2018) *Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid* Gyldendal

Boin A., 'tHart P., Stern E. & Sundelius B. (2017) *The politics of crisis management. Public Leadership under Pressure. Second edition*. Cambridge University Press

Bottomore, T.B. & Mulkay, M.J. (Red) (1984). *The Limits of Rationality. An Essay of the Social and Moral Thought of Max Weber. Controversies in Sociology 16*. Rogers Brubaker

Bratberg, Ø. (2017). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk

Brekke, O.A., Ludvigsen, K. & Bjørkedal, K. (2017). Handling og usikkerhet. Norske myndigheters kommunikasjon om svineinfluensapandemien i 2009. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, Vol. 33, s. 54-77. Hentet fra:

https://www.idunn.no/nst/2017/01/handling_og_usikkerhet_norskemyndigheters_kommunikasjon_o

Brunsson, K & Brunsson, N. (2015). *Beslutninger*. Cappelen Damm Akademisk.

-
- Camic, C., Gorski, P.S. & Trubek, D.M. (Red.). (2005) *Max Weber's Economy and Society. A critical companion*. Stanford University Press
- Chen, Z., (2020). *Covid-19: A revelation – A reply to Ian Mitroff*. Technological Forecasting & Social Change 156:120072.
- Christensen, T., Egeberg, M., Læg Reid, P., Ronness, P.G. og Røvik, K.A. (2017). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3.utg.). Universitetsforlaget.
- Eid, J. & Johnsen, B.H. (Red.). (2018). *Operativ psykologi* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Eid, J. & Johnsen, B.H. (Red.). (2019). *Operativ psykologi. Anvendte aspekter*. Fagbokforlaget.
- Elster, J. (Red.) (1986). *Rational Choice. Syndics of the Cambridge University Press*
- Elster, J. (1979). *Ulysses and the Sirens. Studies in rationality and irrationality*. Basill Blackwell Ltd.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsteori*. (13. opplag). Universitetsforlaget
- Hill, M. & Varone, F. (2017). *The Public Policy Process*. (7. Utg.). Routledge
- Høyer, H.C., Kasa, S. & Tranøy, B.S. (2016). *Tillit, styring, kontroll*. Universitetsforlaget.
- Kahneman, D. (2013) *Tenke, fort og langsomt*. Pax forlag
- Lindaas, O.A. (1994) *Konseptuelle betraktninger og empirisk relevans. Internasjonal politikk* 5(52). Universitetsforlaget
- Mitroff, I.I., (2020). *Coronavirus: A prime example of a wicked mess*. Technological Forecasting & Social Change 157:120071.
- Møller, T. (2016). *Politisk ledarskap* (2. utg.). Liber
- Njå, O., Sommer, M., Rake, E.L. & Braut, G.S. (2020). *Samfunnssikkerhet. Analyse, styring og evaluering*. Universitetsforlaget

Olsen, J.P. (2014). *Folkestyrets varige spenninger. Stortinget og den norske politiske selvforståelse*. Universitetsforlaget

Renn, Ortwin (2008) *Risk Governance. Coping with Uncertainty in a Complex World*. Earthscan

Simon, H.A. (1957). *Administrative Behaviour. A study of Decision-Making Process in Administrative Organization*. (2. Utg.) The Macmillan Company.

Sjøvold, E. (2016). *Makt og maktbruk i arbeidslivet*. Universitetsforlaget

Offentlige dokumenter og elektroniske kilder

DSB. (2018). *Veileder til forskrift om kommunal beredskapsplikt*. Hentet fra:

<https://www.dsb.no/veiledere-handboker-og-informasjonsmaterieell/veileder-til-forskrift-om-kommunal-beredskapsplikt/>

DSB. (2020). *Veileder i kontinuitetsplanlegging - Opprettholdelse av kritiske funksjoner ved høyt – personellfravær*. Hentet fra:

<https://www.dsb.no/veiledere-handboker-og-informasjonsmaterieell/veileder-i-kontinuitetsplanlegging---oppretholdelse-av-kritiske-funksjoner-ved-hoyt-personellfravar/>

Folkehelseinstituttet. (2021, 9. mai). *Hent folkehelseprofil eller oppvekstprofil for kommuner, bydeler og fylke*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>

Folkehelseinstituttet. (2020, 9. august). *Statistikk om koronavirus og covid-19*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/sv/smittestomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/#smittetallet-r-innlagte-i-sykehus-og-totaldoedelighet>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-mot-utbrudd-av-alvorlige-smittsomme-sykdommer/id2680654/>

Innlandet fylkeskommune. (2021, 9. mai). *Regional plan for samfunnssikkerhet og beredskap- Hedmark fylkeskommune*. Hentet fra:

https://innlandetfylke.no/_f/p1/i83e4d2d1-dfff-46a5-b727-b23872c24290/regional-plan-for-samfunnssikkerhet-og-beredskap.pdf

Innlandet fylkeskommune. (2021, 9. mai). *Regional plan for samfunnssikkerhet og beredskap- Oppland fylkeskommune*. Hentet fra:

https://innlandetfylke.no/_f/p1/idc5254b6-68a7-443d-921e-87861d2d4fff/regional-plan-samfsik-2018-2021.pdf

Justis- og beredskapsdepartementet. (2015). *Instruks for fylkesmannens og Sysselmannen på Svalbards arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering*. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2015-06-19-703>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2020). *Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner Veileder Med prinsipper og retningslinjer*. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/c7f4729ba2744851b6e55d373be7f802/h-2382_elektronisk.pdf

KS Innlandet. (2021, 9. mai). <https://www.ks.no/ho>

KS Innlandet. (2021, 9. mai). *Styrende organer. Fylkesstyret i Innlandet (31.03.2020)*. Hentet fra: <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/KS/Meetings/Details/1018942>

Løten kommune. (2021, 9. mai). <https://www.loten.kommune.no/>

Nord-Fron kommune. (2021, 9. mai). <https://www.nord-fron.kommune.no/>

Nord-Fron kommune (2020). *Forskrift om forebygging av koronasmitte, Nord-Fron kommune, Innlandet*. Hentet fra:

https://www.nord-fron.kommune.no/_f/p1/i397dbbde-e476-467d-9e00-5650f69a0f23/forskrift-om-forebygging-av-koronasmitte-nord-fron.pdf

Nord-Fron Kommune (2020). *Kommunestyre 17.4.2020, K-sak 20/538 - Koronavirus - møter i kriseledelsen og rapporter til beredskapsrådet og Fylkesmannen i Innlandet*. Hentet fra:

https://www.nord-fron.kommune.no/innsyn.aspx?response=journalpost_detaljer&journalpostid=2020006968&scripturi=/innsyn.aspx&skin=infoLink&Mid1=757&

Nord-Fron kommune (2020). *Kommunestyre 17.4.2020, Overordna beredskapsplan for Nord-Fron kommune*. Hentet fra:

<https://innsyn.onacos.no/nordfron/wfdocument.ashx?journalpostid=2020003413&dokid=314048&versjon=3&variant=A&>

Regjeringen. (2021, 9. mai). *Koronasituasjonen*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/id4/>

Regjeringen. (2021, 9. mai). *Koronasituasjonen: Pressekonferanse om nye tiltak for å bekjempe koronaviruset*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pressekonferanse-om-nye-tiltak-for-a-bekjempe-koronaviruset/id2693286/>

Regjeringen. (2021, 9. mai). *Pressekonferanser om koronasituasjonen*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nett-tv/id2000007/?ownerid=875&from=01.01.2020&to=31.12.2020&topic=2692388&term=>

Regjeringen. (2021, 9. mai). *Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-pandemisk-influensa/id2354614/>

Regjeringen. (2021, 9. mai). *Forholdet kommune-stat*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunalrett-og-kommunal-inndeling/forholdet-kommune-stat/id2340288/>

Statsforvalteren i Innlandet. (2021, 9. mai). Hentet fra:

<https://www.statsforvalteren.no/nb/innlandet/>

Statsforvalteren i Innlandet. (2021, 9. mai). *Om oss. Oppgaver og ansvar*. Hentet fra:

<https://www.statsforvalteren.no/innlandet/om-oss/> og

<https://www.statsforvalteren.no/innlandet/om-oss/oppgaver-og-ansvar/>

Statsforvalteren i Innlandet. (2021, 9. mai). *Korona i Innlandet*. Hentet fra:

<https://www.statsforvalteren.no/innlandet/helse-omsorg-og-sosialtjenester/smittevern/fylkesmannen-folger-med-pa-koronavirus/>

Statsforvalteren i Innlandet. (2021, 9. mai). *En svært alvorlig situasjon*. Hentet fra:

<https://www.statsforvalteren.no/innlandet/helse-omsorg-og-sosialtjenester/smittevern/coronavirus/-en-svart-alvorlig-situasjon/>

Statsforvalteren i Innlandet. (2021, 9. mai). *Må rigge seg for opptil 370 syke utenfor sykehus*.

Hentet fra:

<https://www.statsforvalteren.no/innlandet/helse-omsorg-og-sosialtjenester/smittevern/coronavirus/ma-rigge-seg-for-opptil-370-syke-utenfor-sykehus/>

Statsforvalteren i Innlandet (tidl. Fylkesmannen i Oppland) (2021, 9. mai). *Regionalplan for Samfunnssikkerhet og beredskap 2014 -2017, inkludert risiko- og sårbarhetsanalyse for Oppland*. Hentet fra:

<https://www.statsforvalteren.no/Oppland/Samfunnssikkerhet-og-beredskap/Forebyggende-samfunnssikkerhet/FylkesROS-for-Oppland/>

St. meld. 22 (2007-2008). *Samfunnssikkerhet - samvirke og samordning*. Justis- og politidepartementet. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-22-2007-2008-/id510655/>

St. Meld. 29 (2011–2012). *Samfunnssikkerhet*. Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20112012/id685578/>

St. meld. 16 (2012-2013). *Beredskap mot pandemisk influensa*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20122013/id716183/>

St. meld. 10 (2016-2017). *Risiko i et trygt samfunn*. Justis- og beredskapsdepartementet.

Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-10-20162017/id2523238/>

St. Meld. 5 (2020–2021). *Samfunnssikkerhet i en usikker verden*. Justis- og politidepartementet. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20202021/id2770928/>

Stortinget. (2021, 9. mai). *Vedtak til midlertidig lov om forskriftshjemmel for å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av Covid-19 mv. (koronaloven)*. Hentet fra:

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Beslutninger/Lovvedtak/2019-2020/vedtak-201920-062/?all=true>

Tynset kommune. (2021, 9. mai). Hentet fra: <https://www.tynset.kommune.no/>

Tynset kommune. (2018). *Beredskapsplan*. Hentet fra:

<https://www.tynset.kommune.no/f/p1/if474906f-93d8-4413-8198-195d59069312/beredskapsplan.pdf>

Tynset kommune (2020). *Risikoanalyse – Drift, økonomi, smittevern og beredskap i HO-sektoren ifm. Korona epidemien*

Tynset kommune (Udatert). *Pandemiplan for Tynset kommune*.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykke

Vil du delta i masteroppgaven

«Pandemi og økonomi – En studie av styringsspenn og risikostyring i et samfunnsperspektiv»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i vår masteroppgave hvor formålet er å undersøke:

Hva som skjedde da akutt-/intensivplassene ble etablert og hvordan det var mulig til tross for at finansiering ikke var avklart? I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med undersøkelsen er å undersøke hva som skjedde da akutt-/intensivplassene ble etablert og hvordan det var mulig til tross for at finansiering ikke var avklart? Formålet med å se på denne konkrete saken, er å belyse om nødvendigheten av sentral styring butter mot prinsippet om at beslutninger bør tas lokalt, jf. lokalt selvstyre og nærhetsprinsippet.

Vi har formulert følgende tentative hovedproblemstilling:

I hvilken grad kan vi si at sentral styring butter mot nærhetsprinsippet når det gjelder etablering av akutt-/intensivbehandlingss plasser i Innlandet?

I tillegg har vi formulert følgende tentative delproblemstillinger:

- *Hva er bakgrunnen for at det har oppstått diskusjon om finansieringen av akutt-/intensivplassene?*
- *Hva kan bidra til at liknende situasjoner ikke oppstår i fremtidige krisesituasjoner?*

Vi gjør oppmerksom på at problemstillingene kan bli justert i løpet av gjennomføringen av undersøkelsene.

Opplysningene som samles inn, vil inngå i våre MPA-studier og bli benyttet i vår avsluttende masteroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet, Institutt for organisasjon, ledelse og styring er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Undersøkelsen gjennomføres som en casestudie, hvor vi innhenter data fra dokumenter og ved å intervju sentrale aktører hos fylkesmannen i Innlandet, KS Innlandet mv. Du er valgt ut som en av de vi ønsker å snakke med (intervjue). Vi håper du ønsker å bidra.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi vil innhente aktuelle dokumenter fra Fylkesmannen i Hedmark og KS Innlandet. Det kan også bli aktuelt å innhente data i form av dokumenter fra andre aktører / kilder. Vi vil gjennomføre tekstanalyser.

Vi vil også gjennomføre dybdeintervjuer med utvalgte informanter hos Fylkesmannen i Innlandet og KS Innlandet. Det kan også bli aktuelt å gjennomføre intervjuer med andre respondenter innenfor samme organisasjoner, alternativt med sentrale respondenter i et fåtall kommuner i Innlandet.

I forkant av intervjuet vil vi oversende temaoversikt som viser hvilke temaer vi vil komme innom i intervjuet. Dersom du deltar i intervjuet, vil det ta ca. 1,5 time. Vi vil ta lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

-
- Prosjektgruppen består av Bente Elin Lilleøkseth og Laila Irene Stenseth. Vi vil ha tilgang til opplysningene. I tillegg vil vår veileder Ole A. Lindaas ha tilgang.
 - Lydfiler, referater og utdrag av referater vil bli lagret på forskningsserver som vi har tilgjengelig som studenter ved Høgskolen i Innlandet. Alle data vil bli slettet, når masteroppgaven er fullført og godkjent.
 - Dataene vil bli benyttet i masteroppgaven. Oppgaven vil i sin helhet være offentlig, forutsatt at det ikke er opplysninger som må unntas fra offentlighet / er taushetsbelagt.
 - Så langt det er mulig vil vi anonymisere respondenter i masteroppgaven. Det vil likevel ikke være mulig å unngå at respondenter på ledernivå kan gjenkjennes ut fra tittel og uttalelser.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene vil slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen vil skje senest innen utgangen av 2021.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet, Institutt for organisasjon, ledelse og styring har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Handelshøgskolen Innlandet – Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap ved Ole A. Lindaas (e-post: ole.a.lindaas@gmail.com), alternativt studentene:
- Bente Elin Lilleøkseth (e-post: benteelin@hotmail.com) eller
- Laila Irene Stenseth (e-post: lairst@live.no)
- Vårt personvernombud:
Hans Petter Nyberg, e-post: hans.nyberg@inn.no, telefon: 62 43 00 23

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ole A. Lindaas

Bente Elin Lilleøkseth

Laila Irene Stenseth

Prosjektansvarlig

Student

Student

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Pandemi og økonomi – En studie av styringsspenn og risikostyring i et samfunnsperspektiv*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å delta i annen kommunikasjon og besvare spørsmål som måtte dukke opp i prosjektforløpet
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

1. Gjennomføring og arbeidsdeling

Vi er inspirert av Allisons analysegrep som tar utgangspunkt i tre ulike modeller der han holder hendelsene opp mot og forsøker å finne forklaringskraft i de tre modellene. Dette tilsier en struktur som følger:

I del 1 ønsker vi velkommen og innleder intervjuet. En av oss har vært en del av samme organisasjon som en av respondentene, og kjenner en del av de andre respondentene fra før. Vedkommende vil derfor ønske velkommen, orientere om oppgaven, passe tiden og si ifra når vi bør gå videre til neste tema. Den andre gjennomfører intervjuet.

I del 3 av intervjuguiden stiller vi åpne, innledende spørsmål knyttet til det konkrete caset og etableringen av covid-19 sengene.

I del 4 går vi nærmere inn på de teoretiske perspektivene vi planlegger å analysere data opp mot.

Vi avslutter intervjuet med avslutning og oppsummering.

2. Innledning (ca. 5 min):

- Ønske velkommen
- Presentasjon
- Informasjon om studiet, tematikk og avgrensning i tid (førpandemi og de første 2 - 3 ukene etter 12.3 dvs. perioden februar – mars 2020)
- Informasjon om personvern, anonymitet og lagring av data.

Husk informasjonsskriv og samtykkeskjema.

Fortelle at vi har gjennomgått fylkesmannen i Innlandet sin informasjon om coronaviruset inklusive pressebriefene 17.3, 20.3 og 26.3, samt Stortingsmelding 10 og DSBs planlegging knyttet til pandemi.

Be informasjon / tips om andre offentlig tilgjengelige dokumenter og informasjon vi bør gjennomgå.

3. Åpne, innledende spørsmål knyttet til det konkrete caset og etableringen av covid-19 sengene (inntil 40 minutter)

Tema 1: Regjeringens pressekonferanse med påfølgende tiltak

Vi har sett på regjeringen Solbergs pressekonferanse den 12.3 hvor regjeringen kom med det de selv kalte «*de mest inngripende tiltak i fredstid*».

1. I hvilken grad fikk din organisasjon medvirke og komme med synspunkter og innspill i forkant av regjeringens beslutning om å iverksette disse inngripende tiltakene?
2. Hvor lang tid i forveien fikk din organisasjon informasjon, åpen eller taushetsbelagt, om at nedstenging kunne skje?
3. Mottok din organisasjon noen signaler knyttet til behandlingsskapitet fra andre aktører.
 - a. Fra hvilke aktører?
 - b. Hvilke signaler?
4. Hvor tidlig opplevde du at fylkesmannen i Innlandet var ute med råd og tiltak?
5. Har du erfaring med krise og krisehåndtering fra tidligere?
6. I tilfelle erfaring, hvilken innvirkning hadde det på hvordan du valgte å håndtere denne krisen?

Tema 2: Bakgrunnen for at Covid-19 sengene ble etablert

7. Har din organisasjon arbeidet med pandemiscenariet i perioden januar – mars 2020? I så fall, på hvilket vis?
8. Hvilke beredskapsplaner hadde din organisasjon utarbeidet i forkant av pandemien?
 - a. Hvilke tiltak var med i planene?
 - b. Var etablering av større kapasitet og kommunale behandlingsplasser et planlagt tiltak?
9. Har din organisasjon øvd på pandemiscenariet i løpet av de 2-3 siste årene? I så fall, hvilke aktører deltok på øvelsene?
10. Kom pandemien overraskende på deg?
11. Kom pandemien overraskende på din organisasjon?
12. På hvilket nivå i organisasjonen og av hvilke enheter ble beslutningen om å opprette Covid-19 senger (kommunale behandlingsplasser) tatt?
 - a. Hvem deltok i beslutningsprosessen?
 - b. Hvordan ble beslutningsprosessen gjennomført med tanke på:

-
- i. Beslutningsarenaer?
 - ii. Eventuelle formøter?
 - iii. Tempo i beslutningen?
 13. Hvilke alternativer ble vurdert å foreligge?
 - a. Hva valgte dere?
 - b. Hva var begrunnelsen for beslutningene?
 14. Hvordan kom dere frem til hvor mange Covid-19 senger som skulle etableres?
 - a. Hva var utslagsgivende for beslutningen?
 - b. Hadde noen motforestillinger mot etablering av sengeplasser, og i så fall, hva var deres begrunnelse?
 - c. Var det noen som hadde motforestillinger mot antall sengeplasser som ble besluttet og hva var i så fall deres begrunnelse?
 15. Mener du at det var riktig å opprette Covid-19 sengeplassene?
 - a. Hvis ja: I hvilket omfang / hvor mange?
 - b. I hvilken grad fikk du gjennomslag for ditt syn?
 16. Ligger det føringer knyttet til behandlingsskapasitet i beredskapsplaner?
 17. Var finansiering av sengene en tematikk:
 - a. I forkant av at de ble etablert?
 - b. Under etableringen?
 18. Har det vært diskusjon om finansiering av Covid-19 sengene etter etableringen?
 - a. I så fall, hva har diskusjonen bestått i?
 - b. Hva er din organisasjons standpunkt i diskusjonen?

4. Beslutningsprosessen og aktuelle teoretiske perspektiver (inntil 25 minutter)

Vi ønsker å innhente og vurdere data opp mot ulike teoretiske perspektiver og prinsipper. Vi er opptatt av aktør- og individperspektivet opp mot følgende teorier /modeller²⁴:

- **Modell 1:** Rasjonelle beslutninger som kobles opp mot handlingene / beslutningene og resultatene av disse.
- **Modell 2:** Organisatorisk prosessmodellen som ser handlinger som et resultat av organisasjonsadferd og etablerte rutiner.

²⁴ Vi kommer ikke til å si dette til respondentene. Det er tatt med for å klargjøre hvilke modeller vi er opptatt av og for å innhente data opp mot disse.

- **Modell 3:** Byråkratisk forhandling mellom aktører som handler om drakampen mellom aktører / individer, spillet og prosessen.

19. I hvilken grad vil du si at beslutningene dere tok var et resultat av:

- a. Klart definerte mål?
- b. Eksplisitte kostnads- og nyttekalkyler?
- c. Behovet for å isolere og skjerme pasienter?
- d. Andre helsemessige hensyn og avveininger?
- e. Behovet for å berolige befolkningen gjennom å vise handlekraft og gjennomføringsevne?

20. I hvilken grad vil du si at beslutningene dere tok var et resultat av:

- f. Føringer gitt i lov eller beredskapsplaner?
- g. Tilgjengelige personell?
- h. Tilgjengelige lokaler?
- i. Planer, øvelser og øvingsdokumenter?

21. I hvilken grad vil du si at beslutningene dere tok var et resultat av:

- j. Interne forhandlinger og samspill i egen organisasjon?
- k. Forhandling og tautrekking mellom ulike styringsnivåer?
- l. Innspill og påvirkning fra ulike interesseorganisasjoner?

22. Hvilken beslutning hadde dere i utgangspunktet tenkt at dere ville falle ned på?

- m. Hva ble den endelige beslutningen?
- n. Hva var beveggrunnene for at dere kom frem til denne?

5. Avslutning og oppsummering (5 – 10 minutter)

Oppsummere og avrunde intervjuet.

Søke å avklare hva respondenten ønsker å fremheve og trekke frem som viktig.

23. Gitt det vi har snakket om, hvilke punkter vil du i særlig grad fremheve?

24. Er det noe utover det vi har snakket om, som du ønsker å trekke fram?

25. Er det noe du hadde forventet at vi skulle spørre om? I så fall hva?

Avklare om de ønsker å se transkribert utskrift fra intervjuet.

Avslutte med å takke for at de stilte opp til intervju.

Vedlegg 3: Fylkesmannen i Innlandets koronahåndtering fra 2.2 til 15.4.2020²⁵

Tidspunkt	Overskrift / hovedpunkt	Kommentar
3.2.2020	Coronaviruset ble diskutert i fylkesberedskapsrådet	Verdens helseorganisasjon erklærte internasjonal folkehelsekrise pga. coronaviruset. Fylkesberedskapsrådet var samlet for å diskutere situasjonen.
3.2.2020	Utbrudd av nytt coronavirus i Kina	Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet arbeidet med å forberede hvordan helsetjenesten skulle håndtere situasjonen dersom det nye coronaviruset kom til Norge.
3.2.2020	Kommunene ble orientert om coronaviruset	Fylkeslege og ass. fylkeslege orienterte fra møte med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet 2.2.2020 og Fylkesberedskapsrådet 3.2.2020. Kommunene ble anbefalt å gå gjennom helseberedskapsplaner, pandemiplaner, smittevernplaner og kontinuitetsplaner, samt å følge med på sidene til Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.
2.3.2020	Slik jobbes det med Coronaviruset i Innlandet	Fylkesmannen hadde satt stab og jobbet kontinuerlig med situasjonen knyttet til Coronaviruset. Faste møter med Helsedirektoratet, fylkesberedskapsrådet og kommunene for å informere, koordinere og utarbeide felles kjøreregler. I kommunemøte var det dialog mellom Sykehuset Innlandet, Fylkeslegen og kommuneoverlegene.
3.3.2020	Slik jobbes det med Coronaviruset i Innlandet	Fylkesmannen i Innlandet følger situasjonen tett og har faste møter Helsedirektoratet, fylkesberedskapsrådet og kommunene for å informere og koordinere regionale etater og myndigheter.
5.3.2020	Kontinuitetsveileder	DSB har laget veileder i kontinuitetsplanlegging for opprettholdelse av kritiske funksjoner ved høyt personellfravær.
5.3.2020	Koronavirus i Innlandet	Sel kommune har påvist smitte. Nord-Fron bekrefter at de har 3 smittede. Mange i karantene. Fylkesmannen fulgte situasjonen tett. Faste møter med Helsedirektoratet, fylkesberedskapsrådet og kommunene for å informere og koordinere regionale etater og myndigheter.
7.3.2020	Koronavirus - «Alle har ansvar for å unngå å spre smitte»	Fylkeslegen oppfordret befolkningen i Innlandet til å følge med på sin kommunes hjemmeside, og lytte og følge kommunelegens råd.

²⁵ Kilde: <https://www.fylkesmannen.no/innlandet/helse-omsorg-og-sosialtjenester/smittevern/fylkesmannen-folger-med-pa-koronavirus/?p=6>

Tidspunkt	Overskrift / hovedpunkt	Kommentar
8.3.2020	Fylkesmannen arrangerer Koronamøter med kommunene	Øker beredskapsnivå til oransje. Registrert koronasmittede i flere kommuner i Innlandet. Faste møter med kommunene. Det var etablert møteplasser der kommunene kunne utveksle erfaringer og snakke direkte med blant annet Sykehus innlandet.
9.3.2020	«Alle kommuner må forberede seg»	Alle kommuner måtte forberede seg for en situasjon som kunne bli verre. Fylkesmannen ba alle kommuner om umiddelbart å vurdere hvordan utbruddet kunne påvirke kommunen, også de som ikke hadde smittede innbyggere. Kommunens kriseledelse ble bedt om å drøfte situasjonen og gjennomgå plan for kriseledelse, kommunikasjonsplan, helseberedskapsplan, smittevernplan, pandemiplanlegging og kontinuitetsplaner. Fylkesmannen ba kommunene forberede seg på å måtte sette i verk tiltak.
11.3.2020	Felles kjøreregler i forbindelse med korona	Fylkesmannen i Innlandet anbefalte et sett felles kjøreregler for Innlandet. Kjørereglene var laget i samarbeid med noen av kommunelegene og ble lagt fram for alle kommunene på ettermiddagen onsdag den 11.3.
12.3.2020	Fylkesmannen forsterker kjøreregler Regjeringen legger frem sterke og inngripende tiltak for hele landet.	12.03 kl. 12.00: Fylkesmannen i Innlandet forsterker kjørereglene som ble lagt fram dagen før. 12.03 kl. 14.00: Regjeringen legger fram sterke og inngripende tiltak for hele landet.
12.3.2020	Redusert kapasitet til annet enn Koronasaker	Fylkesmannen satte inn store ressurser på å håndtere og hindre koronaspredningen sammen med andre myndigheter. Alle enheter var involvert. Mindre kapasitet til annen saksbehandling.
13.3.2020	Har du en samfunnskritisk jobb	Foreldre med samfunnskritiske jobber. Barna har krav på tilsyn. (Ble oppdatert 17.3.20)
13.3.2020	Korona og kommunikasjon– erfaringer fra Innlandskommunene	Fylkesmannen har samlet gode eksempler på hvordan kommunene i Innlandet har ivare tatt kommunikasjon. Nord-Forn er en av de hardest rammede kommunene i Innlandet.
13.3.2020	Kraftsamling av ressurser i Innlandet	Etablering av Ressursbank Innlandet for å samordne innsatsen mot korona.
13.3.2020	Oppfordring til hyttefolk - Bli hjemme	

Tidspunkt	Overskrift / hovedpunkt	Kommentar
14.3.2020	Folkevalgte organers anledning til å holde fjernmøter.	Kommunal- og moderniseringsdepartementet fastsatte midlertidig forskrift.
14.3.2020	Ber ungdommene «holde seg ved skjermene»	
14.3.2020	Ansatte i barnevernet har samfunnskritisk funksjon	De som jobber i barnevernet, er blant gruppene som har krav på å få tilsyn til barna sine selv om skoler og barnehager er stengt.
14.3.2020	Adgangskontroll og besøkstans på helseinstitusjoner	For å beskytte sårbare pasienter og brukere mot smitte ble det innført adgangskontroll og alminnelig besøksstans i alle landets offentlige og private helse- og omsorgsinstitusjoner, samt i fellesarealer i omsorgsboliger mv.
15.3.2020	Ta karantene på alvor - «Hold deg hjemme»	Vedtatt en ny forskrift om karantene, isolasjon og forbud mot opphold på fritidseiendommer.
17.3.2020	Fylkesmannen avlyste tilsyn	Fylkesmannen avlyste meldte stedlige tilsyn innenfor barnehage og skole, helse og omsorg, sosial og barnevern.
17.3.2020	Fylkesmannens pressebrief - 215 samfunnskritiske samfunnsfunksjoner i karantene (står 218 i artikkelen)	Fylkesmannens pressebrief 17.03 kl. 13.00 ligger på hjemmesiden. Det kom fram at minst 1.800 i Innlandet var i karantene og at 218 hadde såkalte "samfunnskritiske funksjoner". Fylkesmannen sier blant annet: <i>“Dette er en situasjon vi aldri har sett maken til, en pandemi. Bare løsbart en vei, og det er ved deg og meg som enkeltpersoner. Virkemiddelet er ikke jeg, men vi. Regjeringen, lokale myndigheter og fylkesmannen har iverksatt kraftfulle virkemidler”</i> . Er ellers opptatt av å spre smittespredning ut i tid slik at syke får den behandlingen de trenger.
17.3.2020	Ressursbank Innlandet i gang	Formålet var å kartlegge behov og hvilke ressurser Innlandet hadde til rådighet.
17.3.2020	Grensekontroll innføres mot Sverige	Forskrift med gitte unntak fra 14. dagers karantene.
17.3.2020	Foreldre slipper å betale for barnehage og SFO	Pressemelding fra Kunnskapsdepartementet
18.3.2020	Sykdom og fravær på gardsbruk på grunn av korona	Tilskudd til avløsere i jordbruket (aktuelle forskrift)

Tidspunkt	Overskrift / hovedpunkt	Kommentar
18.3.2020	Helseattest ved forlengelse av førerkort	Midlertidig forskrift om forlengelse av førerrett.
19.3.2020	Testing av ansatte som har stilling som samfunnskritisk personell	FHI har presisert og oppdatert testkriteriene 20.2.2020.
19.3.2020	Hytteforbud innført	Ikke tillatt å overnatte på fritidseiendom.
20.3.2020	Landbruket i beredskap	Fylkesmannen er opptatt av at matproduksjonen i størst mulig grad går som normalt.
20.3.2020	Kjørereglene/anbefalinger	Harmonisert mot nasjonale kjøreregler
20.3.2020	Nytt om permitteringer, sykefravær og egenmelding	
20.3.2020	Foreldres rett til omsorgspenger doubles	
20.3.2020	Tett dialog med kommunene	Det fremgår at fylkesmannen vil utarbeide informasjonsskriv som sendes til ordførere og kommunedirektører jevnlig.
20.3.2020	«En svært alvorlig situasjon» - Pressebrief	Fylkesmannen understreket at situasjonen var svært alvorlig og pekte på to strategier som både sentrale myndigheter og FM var opptatt av; forhindre og forsinke smitte. Han ga uttrykk for at det forventes at kommunene de neste ukene får flere syke mennesker som trenger behandling og omsorg. Han pekte på møte med kommunene og at de har betydelig makt og plikt til å handle, jf. smittevernlov § 4.1. Kjøreregler for kommunene ble reviderte den 20.3. Det forventes økning i antall smittede. Det orienteres om tre ulike scenarier: Høyt, middels og lavt smittenivå.
20.3.2020	Flere Nav-ansatte defineres som samfunnskritisk personell	
20.3.2020	Innlandet har bedt om smittevernustyr.	En oversikt over hva Innlandskommuner trenger av smittevernustyr er sendt Helsedirektoratet.
20.3.2020	Nå kan du abonnere på Koronanyheter fra Fylkesmannen i Innlandet	

Tidspunkt	Overskrift / hovedpunkt	Kommentar
20.3.2020	Meld fra ved mistanke om koronavirus	FHI ber folk som mistenker at de kan være koronasmittet om å registrere dette hos dem.
23.3.2020	Rett til dagpenger ved permittering i påsken	Regjeringen opphever særregler, slik at permitterte kan få dag penger i påsken.
23.3.2020	Vold i nære relasjoner - veileder for helsepersonell	BUF DIR fokuserer på mulig økende grad av vold i nære relasjoner.
23.3.2020	Endringer i forskrift om karantene etter reise	
24.3.2020	Bønder i karantene eller isolasjon kan stelle sine egne dyr	
24.3.2020	Smittevern hensyn stenger meklingskontorene	
24.3.2020	Kjøreregler/anbefalinger: Smittevernstiltak videreføres til 13. april	
25.3.2020	Folk, bygg og utstyr i «Ressursbank Innlandet»	Oversikt over ressurser. Koordineres av fylkesmannen.
25.3.2020	Hvem svarer på hva om koronasaker?	
25.3.2020	Koronatiltak fortsetter – noen ble skjerpet	Orienterer om at tiltakene mot koronaviruset videreføres frem til og med 13. april. Inneholder oversikt over rådene, og spesielt på områder hvor rådene ble skjerpet.
26.3.2020	Eksamen avlyses for 10. trinn	Alle eksamener for 10. trinn og skriftlige eksamener for videregående skole er avlyst.
26.3.2020	Krisesentre er en samfunnskritisk funksjon	Krisesentrene har en viktig funksjon for familier i krise. Det ble besluttet at ansatte der defineres som personell i kritisk samfunnsfunksjon.
26.3.2020	Prioriterer politiattest til de i kritiske samfunnsfunksjoner	
26.3.2020	Familievernkontorene åpner igjen på telefon	

Tidspunkt	Overskrift / hovedpunkt	Kommentar
26.3.2020	«Må rigge seg for opptil 370 syke utenfor sykehus»	Innlandskommunene kunne bli nødt til å ta imot ca. 300-370 alvorlige syke med behov for pleie og omsorg, samtidig, når pandemien skulle nå sitt høydepunkt. Dette var basert på en modell hvor det var tatt utgangspunkt i Folkehelseinstituttets r-tall på 1,3. Det ble lagt vekt på tre budskap: Begrense smitte, rigge for hjelp og vise omsorg / omtanke. En ukontrollert epidemi ville ikke gi kapasitet til behandling / intensiv behandling. Dette er grove anslag for hva kommunene må planlegge for. FM er kjent med at det planlegges med egne smitteavdelinger, senger i sykehus, regioner/kommuner. Noen planlegger regionale senger, noen interkommunale senger og noen egne senger. Felles smitteavdeling i Vang, Lillehammer mv. Sier at dette baserer seg på forutsetninger som er lagt inn i modellen.
26.3.2020	Helsedirektoratet sender brev il fylkesmenn og kommuner	Helsedirektoratet sendte brev til landets kommuner og Fylkesmenn og ber kommunene kartlegge virksomheter utenfor den offentlige helsetjenesten som kunne bidra til ekstra kommunale sengeplasser, utstyr og personell i den nasjonale håndteringen av pandemien. Det rettslige grunnlaget var smittevernloven § 2-2, siste ledd. Kommunene ble bedt om å kartlegge kapasitet, ta det inn i beredskapsplaner og rapportere til Fylkesmannen. Aktuelle nye sengeplasser kunne være private helseinstitusjoner, hoteller, asylmottak, militærforlegninger mm. Lokalteter med båretilgang, store, åpne arealer, kjøkken, toaletter og sengeplasser ble ansett særlig egnet.
26.3.2020	Kommuner kan stenge campingplasser	Smittevernloven gir hjemmel for at kommunen kan stenge campingplasser.
26.3.2020	Skole og barnehage til de som trenger det mest	Helsedirektoratets retningslinjer for stenging av skole og barnehage gjør unntak for barn og unge med særskilte omsorgsbehov.
27.3.2020	Landbruket trenger mange hender i arbeid.	
27.3.2020	Ekstra råd til risikogruppene	Helseministeren kom med ekstra smittevernråd for grupper som er ekstra utsatt.
27.3.2020	Mulighet for forskudd på dagpenger	Koronapandemien har medført en bølge av permitteringer og oppsigelser på det norske arbeidsmarkedet. I løpet av uke 12 hadde Innlandet mottatt nærmere 11600 søknader om dagpenger fra personer som hadde behov for støtte.
27.3.2020	Kommunalbanken styrkes med 750 mill.kr. for å hjelpe kommunene	
27.3.2020	Innlandet fylkeskommune får ca. 3,5 millioner til	

Tidspunkt	Overskrift / hovedpunkt	Kommentar
	kompetanseutvikling for å hindre permitteringer og oppsigelser	
28.3.2020	Ekstraordinært tilskudd til skogplanting	
28.3.2020	Ny koronalov	Koronaloven ble vedtatt i Stortinget 21. mars og gir Regjeringen fullmakt til å gjennomføre nødvendige og forholdsmessige tilpasninger i en begrenset periode. Formålet med loven er å sikre at samfunnet fungerer, og at de negative konsekvensene ikke blir større enn nødvendig for enkeltpersoner, næringsliv, offentlig sektor og samfunnet for øvrig. Loven gir myndighetene mulighet til å vedta nødvendige regler der det i dag ikke finnes gode nok grunnlag for å gi slike regler.
31.3.2020	EØS-borgere kan jobbe i landbruket.	Grensene åpnes for sesongarbeidere fra EØS-land som skal jobbe i jordbruk, gartneri, skogbruk og matindustri.
01.04.2020	Presisering av forbudet - åpner for idrettsaktivitet innenfor strenge regler	Helsedirektoratet kom med en avklaring på hva forbudet betød. Samtidig åpnet flere kommuner i Innlandet fotballbaner og andre idrettsanlegg for aktivitet.
01.04.2020	Over 40.000 elever i Innlandet har ny skolehverdag	Utdanningsdirektør i Innlandet, Aasa Gjestvang, var imponert over hvor raskt skole-Innlandet har snudd seg rundt og hvor langt de har strukket seg for at elevene skulle få et godt opplæringstilbud i tråd med læreplanene.
01.04.2020	Permittert og jobb i landbruket?	Det ble lettere å kombinere sesongarbeid og dagpenger.
01.04.2020	Vel 300 millioner til kommunene i Innlandet	Korona-pandemien med store økonomiske kostnader for kommunene. Krisepakke 3 vedtatt i Stortinget og andre midler ga over 300 millioner til Innlandet.
02.04.2020	Digital grunnmur viktig	Distrikt- og digitaliseringsminister Linda Hofstad Helleland deltok på Fylkesmannens pressekonferanse, og ga der også honnør til Innlandet.
02.04.2020	Ledige jobber og folk – nå kobles det sammen	Arbeidssøkere og permitterte ble oppfordret til å melde seg for NAV. Helsearbeidere var sterkt etterspurt.
03.04.2020	Opprettholdelse av samfunnsfunksjoner innen avløp og avfallshåndtering	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap definerte samfunnskritiske og viktige funksjoner som håndtering av avløpsvann, samt renovasjon og håndtering av farlig avfall.

Tidspunkt	Overskrift / hovedpunkt	Kommentar
03.04.2020	En mulighet for hjelp når viktige forutsetninger endres, og du trenger litt hjelp	Mange ble permittert og opplevde store endringer i inntekt. Flere hadde behov for hjelp fra det offentlige.
03.04.2020	Kjøp lokalt under påskehandelen!	Lokalmatprodusentene opplevde nedgang i omsetning gjennom de tradisjonelle salgskanalene, men interessen for REKO-ringene i Innlandet var økende.
03.04.2020	Ikke normal påskeberedskap i fjellet.	Røde Kors og Norsk Folkehjelp prioriterte at mannskapene skulle ha vakt hjemme fordi de også trengtes til kommunale beredskapsoppdrag under koronakrisen. Bare noen få steder i fjellet var det bemannet.
03.04.2020	Gode råd om bruk av smittevernustyr	Personlig smittevernustyr er blitt en global mangelvare. Nå har helsearbeiderne fått en veileder om hvordan de kan jobbe trygt og samtidig holde forbruket av smittevernustyr på et forsvarlig nivå.
04.04.2020	Smittevernustyr fordeles fortløpende – også i påsken	Fylkesmannen bidro også i påsken til at tilgjengelig smittevernustyr ble fordelt mellom kommunene.
04.04.2020	Trygghet for grønt produsentene	Regjeringen vedtok å utvide den eksisterende avlingsskadeordningen for jordbruket slik at den også omfattet avlingssvikt som følge av mangel på arbeidskraft.
07.04.2020	Vil åpne samfunnet gradvis og kontrollert	<i>“Vi har nå sammen fått kontroll på viruset, derfor kan vi åpne opp samfunnet litt etter litt. Vi skal gjøre det sammen, kontrollert og over tid”,</i> sa statsminister Erna Solberg da regjeringen tirsdag 7. april presenterte endrede korona-tiltak.
08.04.2020	Beredskap i påsken hos Fylkesmannen	Fylkesmannen i Innlandet hadde beredskap gjennom påsken og sørget for at tilgjengelig smittevernustyr ble distribuert rundt i fylket.
08.04.2020	Intermediære sengeplasser i alle regioner	Kommunene i Innlandet hadde de to siste ukene jobbet hardt med å få på plass nok intermediære sengeplasser til at de kunne håndtere koronaepidemien. Svært mye godt arbeid var ifølge fylkesmannen gjort. Kommunene fortsatte det ressurskrevende arbeidet gjennom påsken.
08.04.2020	I Kongsvinger syr frivillige nærmere 400 smittefrakker	Med frivillige syere som leverte nesten 400 smittefrakker, holdt Kongsvinger kommune et stort helsetilbud i gang og de ansatte trygge - og produktene var både kortreiste og miljøvennlige.
08.04.2020	Dugnaden fortsetter - vil bistå kommunene med	<i>“Barn, foreldre og ansatte skal være trygge når barnehagene og skolene åpner igjen i Innlandet. Vi kommer til å følge opp kommunene tett i planleggingen fram mot åpning”,</i> sa fylkesmann i Innlandet, Knut Storberget på en pressebrief.

Tidspunkt	Overskrift / hovedpunkt	Kommentar
	trygg oppstart av skoler og barnehager	
08.04.2020	Anbefaler fortsatt ikke fritidsreiser	Hytteforbudet skulle oppheves 20.4.2020. Fortsatt nasjonal anbefaling om å unngå fritidsreiser.
15.04.2020	Snart åpner barnehagene igjen,	I Innlandet er det inntil 17000 barnehagebarn i alderen 0-6 år og inntil 16000 elever i 1. til 4. trinn som skal i gang igjen.
15.04.2020	Ta hensyn til hverandre og naturen med friluftslivets koronavettregler	
15.04.2020	Ansatte i barnehager og på barneskoler 1.-4. klasse regnes som samfunns viktig personell	Barnehager og 1. – 4. trinn på barneskoler inne på listen over viktige samfunnsfunksjoner for å håndtere den pågående koronasituasjonen.
15.04.2020	Samarbeid om transport av koronapasienter i Innlandet	Sykehuset Innlandet, Røde Kors Innlandet og Norsk Folkehjelp i Innlandet inngikk et samarbeid om levering av pasienttransport og beredskap i forbindelse med Covid-19 Pandemien.
15.04.2020	Trygt å vende tilbake til barnehagene igjen	<i>“Neste uke åpner barnehagene igjen. Regjeringen presenterte onsdag veilederen for smitteverntiltak i barnehagene. -Det skal være trygt å vende tilbake til barnehagene – både for barna, foreldrene og de ansatte”</i> sa fylkesmann Knut Storberget.