



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2023 30 stp.

Fakultet for landskap og samfunn
Institutt for by- og regionplanlegging

Legitimitet og styringssystemer: En analyse og vurdering av nedleggelsen av Ullevål Sykehus og planleggingen av Nye OUS

Legitimacy and governance systems: An analysis and evaluation of the closure of Ullevål Hospital and the planning of New Oslo University Hospital

Tina H. Østad

By- og regionalplanlegging - master

Abstract

Different governance systems apply in land use planning: *Traditional public administration*, *new public management*, and *new public governance*. The governance systems have different systematic conditions for participation and democratic processes, and these governance systems can operate simultaneously in planning processes (Amdam, 2019). This presents different challenges that affect the legitimacy basis of institutions and decisions made on behalf of the population. Input legitimacy may be low if affected parties and stakeholders do not get to influence planning. The quality of plans depends on acceptance of the plans and trust that those who develop and decide on the plans can achieve tangible results (output legitimacy). Throughput legitimacy refers to transparent processes in planning and policy development, which are essential for stakeholders to hold decision-makers accountable (Falleth, Hanssen & Saglie, 2010). The different governance systems prioritize the different forms of legitimacy differently. This study uses legitimacy and governance systems to analyse and evaluate a case. The case concerns the decision to close Ullevål Hospital and the plans for New Oslo University Hospital. The study answers two research questions:

"What roles do different forms of governance systems play in the process and how can they be legitimized?"

"How is legitimacy at stake for different stakeholders in the closure of Ullevål Hospital?"

The study reveals that there are several legitimacy challenges in the decision to close Ullevål Hospital and the plans for New Oslo University Hospital. These are both structural and related to the stakeholders themselves. The plans have created resistance, as affected parties have not felt they could influence the project. The healthcare organization has not managed to conduct a process that creates trust that they have assessed and chosen the best alternatives. It has also been found that the governance system which the healthcare organization model is a part of - *new public management* - has a low degree of legitimacy. It has been difficult to hold anyone accountable for the decisions made. The healthcare organization is in a position where they are relatively autonomous, even though they are subject to elected representatives. The decision to implement the plans as a state regulation in 2022 goes against the principle of local self-governance. This has raised questions about who that should have power in the decisions made. Accepting plans developed by the healthcare organizations themselves, who have already had problems legitimizing their plans, can contribute to weakened trust in national elected officials and the organizational model.

Sammendrag

Ulike styringssystemer gjør seg gjeldene i arealplanleggingen; *tradisjonell offentlig forvaltning, ny offentlig styring og ny offentlig forvaltning*. Styringssystemene har ulike systematiske vilkår for medvirkning og demokratiske prosesser, og disse styringssystemene kan virke samtidig i planprosessene (Amdam, 2019). Dette gir ulike utfordringer som påvirker legitimitetsgrunnlaget til institusjoner og avgjørelser som blir tatt på vegne av befolkningen. Input-legitimiteten kan bli lav hvis berørte parter og interessenter ikke får påvirke planleggingen. Kvaliteten på planene avhenger av aksept for planene og tillitt til at de som utvikler og avgjør planene kan oppnå håndgripelige resultater (output-legitimitet). Throughput-legitimiteten viser til at transparente prosesser i planleggingen og politikktutforming er viktig for at interessenter kan ansvarliggjøre beslutningstakere (Falleth, Hanssen & Saglie, 2010). Styringssystemene vektlegger de ulike legitimitetsformene forskjellig. I denne studien brukes legitimitet og styringssystemer for å analysere og vurdere en case. Casen gjelder avgjørelsen om å legge ned Ullevål Sykehus og planene for Nye OUS. Det er to studiespørsmål som besvares i studien:

«Hvilken rolle spiller ulike former for styringssystemer seg i prosessen og hvordan kan disse legitimeres?».

«Hvordan er legitimitet satt på spill for ulike interessenter i nedleggelsen av Ullevål Sykehus»

Studien avdekker at det er flere legitimitetsutfordringer i avgjørelsen om å legge ned Ullevål Sykehus og planene for Nye Oslo Universitetssykehus. Disse er både strukturelle og handler om interessentene selv. Planene har skapt motstand, da berørte parter ikke har opplevd at de har kunnet påvirke prosjektet. Helseforetaket har ikke klart å gjennomføre en prosess som har skapt tillitt til at de har vurdert og valgt de beste alternativene. Det er også funnet at styringssystemet som helseforetaksmodellen er en del av, *Ny offentlig styring*, har en liten grad av legitimitet. Det har vært vanskelig å ansvarliggjøre noen for beslutningene som er tatt. Helseforetaket står i en posisjon der de er relativt autonome selv om de er underlagt folkevalgte representanter. Beslutningen om å gjennomføre planene som statlig regulering i 2022 går imot prinsippet om lokalt selvstyre. Dette har gitt opphav til spørsmål om hvem som burde ha makten i beslutningene som er tatt. Å godta planer utviklet av helseforetakene selv, som allerede har hatt problemer med å legitimere planene sine, kan bidra til å svekke tilliten til nasjonale folkevalgte og foretaksmodellen.

ABSTRACT	II
SAMMENDRAG.....	III
FIGURLISTE:.....	V
INNLEDNING.....	2
STUDIESPØRSMÅL	3
METODE.....	3
CASESTUDIE.....	3
TEORETISK RAMMEVERK	4
VALG AV CASE	4
DATAINNSAMLING	6
STUDIENS GYLDIGHET.....	6
PLANLEGGING I NORGE I DAG	7
NASJONALT NIVÅ	7
FYLKESKOMMUNEN:	9
KOMMUNEN	10
MEDVIRKNING	11
CASE	12
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	12
HVA ER PLANEN	14
FASE 1: BEGYNNELSEN PÅ SLUTTEN (2012-2015)	15
FASE 2: VEDTAK OG MOTSTAND (2016-2019)	17
FASE 3: MISTILLIT OG STATLIG AREALPLAN (2019-2022)	19
TEORI.....	23
LEGITIMITET	24
MEDVIRKNING OG PLANLEGGING UNDER ULIKE STYRINGSSYSTEMER	26
<i>Tradisjonell offentlig forvaltning</i>	27
<i>Ny offentlig styring</i>	28
<i>Ny offentlig forvaltning</i>	29
INPUT-, OUTPUT- OG THROUGHPUT-LEGITIMITET.....	31
<i>Input-legitimitet</i>	32
<i>Output-legitimitet</i>	34
<i>Throughput-legitimitet</i>	35
ANALYSE.....	36
STYRINGSFORMER OG LEGITIMITET – ANALYSE- OG VURDERINGSMODELL	36
<i>Tradisjonell offentlig forvaltning</i>	37
<i>Ny offentlig styring</i>	38
<i>Ny offentlig forvaltning</i>	39
STUDIESPØRSMÅL 1	39
<i>Tradisjonell offentlig forvaltning</i>	40
<i>Ny offentlig styring</i>	40
<i>Ny offentlig forvaltning</i>	41
STUDIESPØRSMÅL 2	42
<i>Helseforetakene</i>	43
<i>Folkevalgte og myndigheter</i>	45
<i>Organisasjoner og grupper</i>	47
DISKUSJON.....	48
LEGITIMITET OG STYRINGSSYSTEMER SOM METODE- OG ANALYSEVERKTØY	48
REFLEKSJONER OM NEDLEGGELSEN AV ULLEVÅL OG NYE OUS	49
VIDERE STUDIER	50
AVSLUTNING.....	51
KILDER.....	51

Figurliste:

Figur 1 Oversikt over prosjektfaser Nye OUS..... s. 15

Innledning

Legitimitetsteorien har de senere årene fått en sentral rolle i samfunnsforskningen og arealplanleggingen. Dette kommer av en økt mistillit i befolkningen til demokratiske systemer og politikere i Europa (van Ham, Thomassen, Aarts & Andeweg, 2017). Ulike forståelser og teorier er utviklet for å analysere og vurdere legitimiteten til ulike institusjoner og beslutninger. Legitimitet er systemets «... evne til å skape og opprettholde troen på at de politiske institusjoner man har, er de som passer samfunnet best» Lipset (1968, s.74). Legitimitet i et demokratisk perspektiv har sin kilde i befolkningen og deres rett til å påvirke avgjørelser som angår dem selv. Lav legitimitet kan få konsekvenser, da det kan skape misnøye og konflikter i befolkningen.

Legitimitetsteorien brukes i denne studien for å analysere og vurdere avgjørelsen om å legge ned Ullevål sykehus og planleggingen av Nye Oslo Universitetssykehus (Nye OUS). Den ser også på ulike styringssystemer og interessenters legitimitet i prosessen. Planene har skapt mye motstand og vært et tema for debatt. Ulike aktører, organisasjoner og ad hoc-grupper har mobilisert seg, da de har opplevd å ikke bli hørt i planprosessen. Etter en årelang kamp mot planene fra ulike interessenter, ble planprosessen overtatt av kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) som statlig regulering i 2022. Prosessen har bragt opp spørsmål om medvirkningen og om demokratiets rolle i avgjørelser tatt av folkevalgte på ulike forvaltningsnivåer og av helseforetakene. Denne motstanden og mistilliten kan komme av at avgjørelsene og institusjonene har hatt en lav grad av legitimitet. Temaet for denne studien er hvor styringssystemet og interessentene henter sin kilde til legitimitet, og hvordan legitimiteten kan være satt på spill i denne prosessen.

Studiespørsmål

Basert på ulike problemstillinger som er identifisert i casen, er det laget to studiespørsmål. Disse er knyttet opp mot interessenters og styringssystemers legitimitet i prosessen. Disse studiespørsmålene ses i sammenheng, og det er laget en analysemodell for å besvare disse spørsmålene. Første studiespørsmål ser på styringssystemene som har påvirket casen, og ser på hvordan disse kan legitimeres. Det andre studiespørsmålet ser på interessebildet som utspiller seg i eller utenfor styringssystemet og deres legitimitetsgrunnlag.

Studiespørsmål 1:

«Hvilken rolle spiller ulike former for styringssystemer i prosessen og hvordan kan disse legitimeres?».

Studiespørsmål 2:

«Hvordan er legitimitet satt på spill for ulike interessenter i nedleggelsen av Ullevål Sykehus?»

Metode

Her redegjør jeg for studiens design og metoder. Jeg argumenterer for relevansen til studiespørsmålene, og valgene som er tatt for å besvare dem. Avslutningsvis diskuteres studiens gyldighet og pålitelighet.

Casestudie

For å besvare studiespørsmålene har jeg valgt å gjennomføre en casestudie. Casestudie er en kvalitativ metode som baserer seg på empiriske undersøkelser og datainnsamling. I dette tilfellet er studien basert på dokumentanalyse. Mediasaker, rapporter og saksdokumenter gir grunnlaget for besvarelsen. Ved å vise til prosessen og presentere ulike synspunkter er målet å belyse hvilke aktører som har utpekt seg som tilknyttet ulike beslutninger og prosesser i casen. Casestudien viser også de strukturelle vilkårene som gir interessenter mulighet til medvirkning.

Casen fremstilles i kronologisk rekkefølge. Den valgte tidsrammen i casen er fra 2012 til april 2022, med noe bakgrunnsinformasjon fra før dette. Den lange tidsrammen på prosessen gjør at mange detaljer må utelates. Det er hovedlinjene som blir presentert.

Teoretisk rammeverk

Case-studien legger grunnlaget for analyse og vurderinger basert på et utvalg av teori om legitimitet og styringssystemer. Det er i hovedsak valgt to tekster som grunnlag for teoridelen og besvarelsen av studiespørsmålene. Ut fra disse tekstene er det laget en modell (tabell 3) som kombinerer teorien. Dette har blitt analyse- og vurderingsmodellen som brukes for å besvare studiespørsmålene.

Den første delen er basert på Amdams artikkel *Strukturelle vilkår for medverking i kommunal planlegging og politikk under tre ulike styringssystemer* (2019). Artikkelen gir et overordnet blikk over demokratiske utfordringer under de ulike styringssystemene *Tradisjonell offentlig forvaltning, ny offentlig styring og ny offentlig forvaltning*. Tekstene til Amdam er valgt fordi jeg mener de er nyttige for forståelsen av eget fag og kan brukes som et verktøy for å identifisere problemstillinger med styringssystemer i planleggingen. I plansammenheng åpner dette for å være kritisk og å gjenkjenne strukturene som vi jobber med innad.

Andre del av teorikapittelet ser på artikkelen *“Challenges to democracy in market-oriented urban planning in Norway”* (Falleth, Hanssen & Saglie, 2010). Med denne artikkelen som utgangspunkt vil casen og prosessen vurderes ut fra kriterier for input-, output- og throughput-legitimitet. De ulike legitimitetstypene kan brukes for å vurdere og kvalitetssikre legitimiteten i planprosesser. Legitimitetsbegrepene viser til utfordringer knyttet til medvirkning, resultater og prosess i planprosesser.

Valg av case

Valget om å bruke nedleggelsen av Ullevål Sykehus og planene til OUS som case er todelt; personlig og at casen er relevant for eget fag.

Jeg har vært tidligere tillitsvalg og ansatt ved Ortopedisk avdeling, Ullevål Sykehus, både som som fulltids- og deltidsansatt mellom 2013 til 2022.

Planene om nedleggelse og relokalisering av nye bygg har vært en lang prosess, men av personlig erfaring opplevdes ikke planene som en realitet før oppstarten av de interne medvirkningsprosessene i 2021. Reaksjonene fra kolleger og andre ansatte var ikke positive, men snarere på en skala fra apati til ren frustrasjon. Da prosessen ble åpnet for medvirkning, var det innenfor stramme rammer, der budsjetter og omfanget av utbyggingen allerede var etablert. Tilbakemeldinger fra kollegaer var at dette ga lite rom for påvirkning, og at de hadde liten innvirkning på prosjektet. Behov for modernisering og oppgraderinger av bygningsmassen er ikke noe nytt, og det skal være vanskelig å finne en ansatt eller pasient som ikke mener det samme. Spørsmålet har derfor ikke vært om noe burde gjøres, men hva og hvordan. Dette la grunnlaget for å bruke Ullevål Sykehus som case, og å se nærmere på problemstillinger relatert til planlegging i Nye OUS.

Ved å se nærmere på ulike teorier i planleggingen ble legitimitet et begrep som fanget opp de ulike aspektene og problemstillingene som jeg identifiserte som viktige i casen; styringssystemer, medvirkning og demokrati. Casen er relevant da den representerer problemstillinger som ofte forekommer, og særlig i større utviklingsprosjekter. Nasjonale- og lokale interesser er ikke alltid sammenfallende. Beslutningen om å legge ned Ullevål Sykehus har opprørt store deler av fagmiljøet i OUS og andre interessenter. Flere appeller og demonstrasjoner er organisert av fagforeninger og ad hoc-grupper, som følge av at de mener medvirknings- og informasjonsgrunnlaget for beslutningen ikke har vært god nok.

Nedleggelsen av Ullevål er ikke en avgjørelse som står alene, men en del av en større helhet. Nye sykehusbygg på Aker og Gaustad skal overta funksjonene til Ullevål. Derfor er disse planene også med i studien. Planprosessen til Nye OUS kunne i utgangspunktet blitt løst på lokalt nivå, men forsinkelser og usikkerhet om hvorvidt planene ville bli godkjent, gjorde at det ble besluttet å gjennomføre planen som statlig arealplan.

Datainnsamling

Datagrunnlaget gir det empirisk grunnlag for å besvare studiespørsmålene. Det er brukt offentlige dokumenter og medieartikler som er tilgjengelige for offentligheten som en del av dokumentanalysen.

Jeg har valgt å bruke medieartikler og kronikker som kilder for å få frem ulike debatter og hendelser som har utspilt seg gjennom årene. Disse kildene dokumenterer meningsutvekslinger som ikke nødvendigvis kommer frem av andre offentlige dokumenter. Offentlige dokumenter er brukt for å undersøke og understøtte artikler og som et supplement der det har vært nødvendig. Det har vært viktig å finne kilder som representerer ulike interessert synspunkter og ståsteder i prosessen. For Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus har deres egne nettsider og publikasjoner vært viktige kildematerialer. De har for eksempel benyttet seg av podcaster og Youtube-videoer for å informere allmennheten om prosessen.

Studiens gyldighet

Oppgaven er basert på en kvalitativ casestudie ved bruk av dokumentanalyse. Å ikke gjennomføre intervjuer er et valg som ble tatt tidlig i prosessen med masteroppgaven. Det ble brukt mye tid på å avklare problemstillinger og det teoretiske grunnlaget. Jeg kunne ikke rettferdiggjøre å gjennomføre intervjuer uten å være sikker på at tiden strakk til, og at intervjuene kunne utføres på en forsvarlig måte. Det er god grunn til å tro at intervjuer kunne tilført oppgaven et sterkere grunnlag for å besvare problemstillingene.

Det er vanskelig å fange opp alle relevante nyanser, og det er en risiko for å forenkle kompliserte problemstillinger ved å generalisere og kategorisere. Slik kan det gis et forenklet bilde av situasjonens tilstand. Dette kan virke urettferdig for de involverte. Debattinnlegg og kronikker kan gi et polarisert bilde som ikke fanger perspektiver til interessentene som ikke uttaler seg. Jeg mener likevel at det – så lenge teorien og metodene er godt presentert – vil gi en forståelse av hva som fanges opp av studien og implisitt hva som faller utenfor.

Det er ikke mulig å komme unna forfatterens egne subjektive vurderinger. Utgangspunktet som var en skepsis til planene, da spesielt nedleggelsen av Ullevål Sykehus, kan gjøre at jeg ubevisst ser etter argumenter og kilder som er kritiske til denne beslutningen. I valget av teoretisk rammeverk og hvordan casen analyseres er det vanskelig å unngå bekreftelsestendens; at man søker og leter etter informasjon som bekrefter etablerte oppfatninger. Den initielle interessen for casen er som beskrevet basert på egne erfaringer. Med dette som utgangspunkt er det forståelig at dette kan svekke studiens troverdighet. Jeg vil derfor understreke at grunnlaget for valget av case har vært å utforske og studere saken utenfor rollen som ansatt. Det forutsetter en selvbevissthet rundt valgene av kilder og materiale og hvordan disse fremstilles. Å jobbe med det teoretiske rammeverket har åpnet opp for nye perspektiver. Det har også gitt et bredere begrepsapparat for å redegjøre for og forstå det som er observert. Diskusjonen senere i oppgaven vil åpne for nærmere å diskutere funnene og vise til egne refleksjoner.

Planlegging i Norge i dag

Dette kapittelet redegjør for planlegging i Norge i dag. Først gjennomgås plansystemet og forholdet mellom de tre forvaltningsnivåene kommune, fylkeskommune og kongen i statsråd, også kalt planhierarkiet. Deretter beskrives saksbehandlingskrav om medvirkning i planprosessen. Dagens plan- og bygningslov (pbl.) er fra 2008 og viser til hvem som har planmyndighet og de spesielle saksbehandlingskrav som gjelder i arealplanleggingen.

Nasjonalt nivå

Kongen i statsråd er Norges øverste planmyndighet. Hver valgperiode (hvert fjerde år) utarbeider kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging* (jfr. pbl. §6-1). Formålet er å informere om regjeringens nasjonale mål og retningslinjer for planleggingen i kommunene og fylkene. Forventningene utformes innenfor de gjeldende politiske rammene og vedtas av kongen i statsråd. De nasjonale forventningene er ikke rettslig bindende, men kommunene kan likevel bli møtt med innsigelser fra andre sektormyndigheter dersom de i stor grad strider imot forventningene.

Ved særskilte behov er det hjemmel for å utarbeide *statlige retningslinjer* (§6-2). Statlige retningslinjer kan brukes for landet som helhet, eller for bestemte geografiske områder. Dette styringsmiddelet brukes der statlige myndigheter anser det viktig å ivareta nasjonale interesser. De statlige retningslinjene er ikke rettslig bindende, men skal legges til grunn for kommunens myndighetsutøvelse. Om kommunene bryter retningslinjene, åpner det for innsigelse fra sektormyndigheter, og klager fra berørte parter.

Statlige planbestemmelser er et virkemiddel som er hjemlet i PBL §6-3. Planbestemmelsen åpner opp for et forbud mot enkeltstående bygge- og anleggstiltak for landet i helhet eller bestemte geografiske områder. Planbestemmelsen vedtas som forskrift og er rettslig bindende. Kommunen eller sektormyndigheter kan ikke innvilge tiltak som strider imot planbestemmelsene, men tiltakshaver kan søke departementet om samtykke.

Statlig planmyndighet kan i henhold til PBL §6-4 vedta *statlig arealplan*. Statlig arealplan gjelder et avgrenset område og er rettslig bindende. Staten kan anmode kommunene om å vedta planer etter statens ønsker. Dette vil være aktuelt i større utviklingsprosjekter som skal tjene regionale eller nasjonale interesser. Statlig arealplan er en unntaksordning som brukes i situasjoner der de underliggende planmyndighetene ikke ventes å imøtekomme statlige preferanser. Det er en begrenset adgang til å benytte seg av statlig arealplan, og hjemmelen kan bare brukes jfr. pbl. §6-4 første ledd:

«Når gjennomføringen av viktige statlige eller regionale utbyggings-, anleggs- eller vernetiltak gjør det nødvendig, eller når andre samfunnsmessige hensyn tilsier det ...»

Departementet gis bredt skjønn til å bruke statlig arealplan, da formuleringen for kriteriene i loven er vage (Holt & Winge, 2017). Forarbeidene til loven understreker at hjemmelen er ment i en unntakstilstand. KDD har i samarbeid med Samferdselsdepartementet utarbeidet kriterier for bruk av statlig arealplan (KDD, 2018):

- *Det er viktig med rask gjennomføring av planprosessen.*
- *Det er større prosjekter som berører to eller flere kommuner, og der det er stor uenighet mellom kommunene i valg av løsning.*
- *Det er store konflikter mellom lokale, regionale og nasjonale interesser.*

- *Det er et ønske fra lokale myndigheter at planen behandles som statlig plan.*
- *Det er store konflikter mellom statlige myndigheter.*

Fylkeskommunen:

Fylkeskommunen er et folkevalgt organ som har som oppgave å forvalte og vurdere regionale interesser. En viktig rolle for fylkeskommunen er å se sammenhengen mellom lokale og regionale beslutninger i et større perspektiv, da disse beslutningene kan ha konsekvenser utenfor de formelle grensene innad i fylket og ellers i landet. Fylkeskommunen er i stor grad et bindeledd mellom staten og kommunen, og skal følge de lover og retningslinjer gitt av staten.

Som del av arealforvaltningen har fylkeskommunen noen særoppgaver, slik som forvaltningen av kulturminner. De har også ansvaret for å utforme en regional planstrategi hver valgperiode. Innholdet og formålet til den regionale planstrategien kommer frem av pbl. §7-1, andre ledd:

Planstrategien skal redegjøre for viktige regionale utviklingstrekk og utfordringer, vurdere langsiktige utviklingsmuligheter og ta stilling til langsiktige utviklingsmål og hvilke spørsmål som skal tas opp gjennom videre regional planlegging.

Den regionale planstrategien er ikke rettslig bindende.

På bakgrunn av den regionale planstrategien kan fylkeskommunen utarbeide en regional plan. Fylkeskommunen kan også få i oppgave av regjeringen eller departementet å utforme regionale planer for spesielle temaer, områder eller virksomheter. Den regionale planen skal følges av en planstrategi for hvordan planen skal gjennomføres, og hvordan gjennomføringen skal organiseres. Arbeidet med regional plan legger opp til bred medvirkning der fylkeskommunen skal samarbeide med berørte kommuner, statlige myndigheter og -organisasjoner (jfr. pbl. §8-3, andre ledd). Planen skal sendes på høring med offentlig ettersyn. Den regionale planen er ikke rettslig bindende, men “(...)skal legges til grunn for regionale organers virksomhet og for kommunal og statlig planlegging og virksomhet i regionens.” (pbl. §8-2).

Jamfør plan- og bygningsloven §8-5 kan fylkeskommunen utforme regionale planbestemmelser for å verne om regionale og nasjonale interesser. I opptil ti år kan fylkeskommunen legge ned et midlertidig forbud om utbyggingstiltak eller annen arealutnyttelse. Planbestemmelsen gir fylkeskommunen myndighet til å fastsette begrensninger for kommunenes arealutnyttelse. Fylkeskommunen er innsigelsesmyndighet og kan rette innsigelse mot kommunens arealplaner dersom de ikke samsvarer med regionale eller nasjonale planstrategier og interesser.

Virkemidlene fylkeskommunen har i arealplanleggingen er svakere enn virkemidlene på de andre plannivåene. Det at den regionale planen ikke er rettslig bindende, samt ordlyden i pbl. §8-2 “(...)skal legges til grunn(...)”, åpner for tolkning og skjønn. Planbestemmelse kan benyttes av fylkeskommunen, men blir i liten grad benyttet i praksis (Holth og Winge, 2017).

Kommunen

Kommunen skal hver valgperiode utforme en planstrategi, og hvert fjerde år utarbeide eller revidere kommuneplan med arealdel og tilhørende samfunnsdel. I tillegg kan kommunen opprette bestemmelser for ulike arealformål og områder som spesifiserer mer detaljert bruk, arealutnyttelse og utforming. Arealdelen vedtas av kommunestyret og er rettslig bindende. Kommunen har også rett til å gi dispensasjon fra arealplanene hvis kommunen kommer frem til at samfunnsnyttene ved å sette arealplanen til side er større enn ved å overholde planen.

Kommunen er det laveste forvaltningsnivået i plansystemet, men har en sentral rolle i arealplanleggingen. De har brede fullmakter til å styre arealbruken innenfor sine geografiske grenser, og plan- og bygningsloven gir kommunen adgang til selv å vedta, igangsette, behandle og gjennomføre plantiltak.

Tradisjonelt har kommunene i Norge hatt en sterk posisjon til å beslutte og forvalte sine ressurser gjennom lokaldemokratiet. Tanken er at beslutninger skal tas lokalt der arealbruk og arealendringer har størst innvirkning. Dette kommer videre frem av Stortingets beslutning i 2016 om å tilføye at “*Innbyggerne har rett til å styre lokale anliggender gjennom lokale folkevalgte organer*” i Grunnloven §49. Kommunen har ansvaret for å ivareta lokale interesser og arealer på en slik måte de selv anser som hensiktsmessig. Samtidig må de følge

opp nasjonale- og regionale interesser og føringer i sitt planarbeid. Selv med fullmakter til å styre arealbruken i kommunen er det, som beskrevet ovenfor, muligheter til å komme med innsigelser fra statlig hold.

Medvirkning

I Norge ble idealet om medvirkning i planlegging gitt høy prioritet på 70- og 80-tallet (Hanssen, 2014). Plan- og bygningsloven av 1985 lovfestet generelle regler som skulle utvide deltakelsen og medvirkningen til befolkningen; annonsering av start på planutforming, publisering, informasjon om planer og høringer. Formålet var å få med standpunkter og meninger tidlig i prosessen, slik at planene ikke skulle forsinkes på et senere tidspunkt.

I alle plannivåer er medvirkning en lovfestet del av saksbehandlingen i planprosessen. Medvirkning skal bidra til å forankre planene og «...er en grunnleggende forutsetning i et lokaldemokrati, og gir befolkningen muligheten til å delta og medvirke til bedre planløsninger. Befolkningens aktive rolle i plan- og beslutningsprosessen fremheves som viktig for å ta vare på felles verdier og grunnleggende levekår i et bærekraftig samfunn.» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

Det er den som igangsetter planforslaget som skal tilrettelegge for medvirkningen, men det er – for alle plannivåer – kommunen som skal sørge for at medvirkning blir gjennomført i praksis. Plan- og bygningsloven spesifiserer også at kommunen skal tilrettelegge for direkte medvirkning av svakere parter slik at de skal kunne delta. *Kommunen har et særlig ansvar for å sikre aktiv medvirkning fra grupper som krever spesiell tilrettelegging, herunder barn og unge. Grupper og interesser som ikke er i stand til å delta direkte, skal sikres gode muligheter for medvirkning på annen måte.* (pbl. §5-1, andre ledd).

Alle planforslag skal sendes ut på høring. Forslag til planer skal sendes ut til alle plannivåer og berørte parter, slik som andre offentlige organer og private bedrifter/organisasjoner. Formålet med høringer er å få til en bred medvirkning der alle berørte parter kan delta. I tillegg til dette kan alle komme med innspill til planer til offentlig ettersyn jamfør lovens bestemmelser.

Loven legger opp til et minstekrav for medvirkning, men sier ikke noe om hvordan medvirkningen skal utføres utover de formelle høringene. Det er utviklet veiledere som viser metoder og eksempler på medvirkning. I veilederen *Medvirkning i planlegging* (2017) er det fire forhold som legger grunnlaget for medvirkning i planprosessen (KDD, 2018):

- *Kvalitet i plan og beslutningsunderlaget.*
- *Mangfold i samfunnet.*
- *Eierskap og stedsidentitet.*
- *Gjensidig læring og demokratiutvikling.*

Case

Dette kapitlet legger grunnlaget for å besvare studiens to studiespørsmål:

- 1) *“Hvilken rolle spiller ulike former for styringssystemer i prosessen og hvordan kan disse legitimeres?”*
- 2) *“Hvordan er legitimiteten satt på spill for ulike interessenter i nedleggelsen av Ullevål Sykehus?”*

Hensikten er å gi et kronologisk overblikk over planprosessen, og å identifisere aktørbildet og diskusjoner som har trådt frem i lys av disse planene.

Innledningsvis beskriver jeg Oslo Universitetssykehus, med eierskapsstruktur og som foretaksmodell, og planene for Nye Oslo Universitetssykehus (Nye OUS). Deretter har jeg delt kapitlet inn etter det jeg anser som tre hovedfaser i planprosessen frem til beslutningen om statlig arealplan for Aker Sykehus og Rikshospitalet; Fase 1: Begynnelsen på slutten, Fase 2: Vedtak og motstand og Fase 3: Mistillit og statlig arealplan. Jeg har gjort et utvalg av kilder for å forsøke å fremlegge flere synspunkter og argumenter om hovedmomentene i saken.

Oslo Universitetssykehus

Oslo Universitetssykehus er et helseforetak opprettet i 2008, og består i dag av sykehusene Radiumhospitalet, Ullevål, Rikshospitalet og Aker. Virksomheten foregår på over 40 forskjellige lokalisasjoner. Oslo Universitetssykehus (OUS) eies av det regionale

helseforetaket Helse Sør-Øst (HSØ) som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Eierstrukturen og foretaksmodellen er et resultat av sykehusreformen av 2001, der eierskapet til alle offentlige sykehus ble overført fra fylkeskommunen til staten. Noe av bakgrunnen for dette var å få en mer oversiktlig og helhetlig helsetjeneste med sterkere politisk styring (Ot.prp. nr. 66. (2000-2001)).

Modellen innebærer at HOD gir overordnede føringer gjennom lovverket og styringsdokumenter som helseforetakene har som ansvar å imøtekomme. Organiseringen følger prinsipper som gjelder selskaper der de regionale helseforetakene og de underliggende helseforetakene har et eget styre og administrerende direktør. Helseforetakene er egne rettssubjekter. Styret i de regionale foretakene er utpekt av HOD, og de regionale helseforetakene utpeker styret i de underliggende helseforetakene. OUS har inntil elleve styremedlemmer der eier (HSØ) utpeker inntil syv representanter og de ansatte velger fire.

Staten har en todelt finansiering av de regionale helseforetakene, der den ene delen er basert på basisbevilgning og den andre basert på aktivitetbevilgning. De regionale helseforetakene bestemmer hvordan disse pengene fordeles og brukes, blant annet basert på lokal aktivitet og behov. HOD blander seg ikke inn i daglig drift utenom i særtilfeller (Regjeringen, 30.11.2021). Helseforetakene står slik relativt fritt i hvordan de løser de overordnede oppgavene og føringene. Av helseloven §34 plikter de regionale helseforetakene å melde årlig om redegjøring for oppfølging av krav og virksomhet til HOD. På bakgrunn av denne organiseringen er det helseforetakene som har ansvar for å drifte og ivareta bygningsmassen til sykehusene. De må utrede og imøtekomme kapasitetsbehov i egen virksomhet for å oppfylle de overordnede føringene fra regjeringen.

Helseforetakene har et arbeidsgiveransvar og må møte kravene for HMS. De må også tilby en forsvarlig pasientbehandling. Utredninger og revisjoner gjennomført av blant annet Arbeidstilsynet, Riksrevisjonen og Branntilsynet (Ikdahl, 2014; Riksrevisjonen 2021) har meldt om flere mangler og behov for oppgraderinger av bygningsmassen til OUS. Store deler av arealene på alle OUS' sykehus er vurdert som uegnede og i for dårlig stand til å oppfylle dagens standarder. Flere av bygningene, særlig ved Ullevål sykehus, er vernede. Kapasiteten er også vurdert som for liten til å imøtekomme framskrevet befolkningsvekst.

Sammenslåingen av sykehusene til ett foretak i 2008 innebar å vurdere mulighetene for å slå sammen likeartet aktivitet for å øke effektiviteten. Det ble bestemt på daværende tidspunkt å samle regionsykehusfunksjoner på Rikshospitalet og lokalsykehusfunksjoner på Ullevål. Fordelingen av opptaksområder for lokalsykehusfunksjoner gjorde at deler av Oslos befolkning fikk nytt lokalsykehus på Akershus Universitetssykehus (Ahus). På grunn av den nye fordelingen av pasienter mellom OUS og Ahus, besluttet OUS å legge ned Aker sykehus og selge unna deler av tomtearealene i 2010.

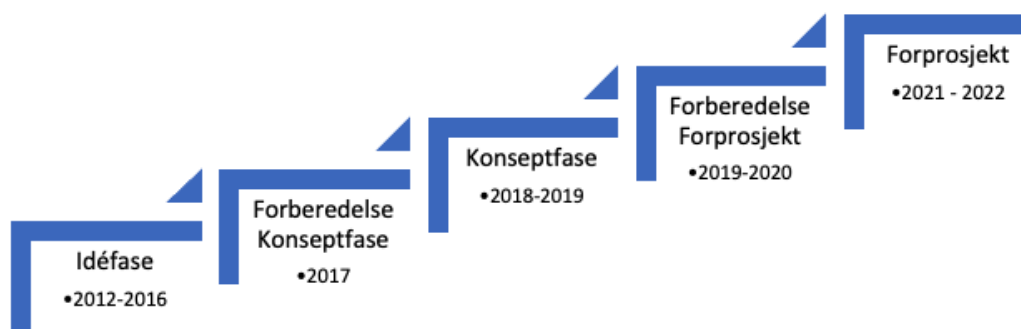
Hva er planen

Nye Oslo Universitetssykehus (Nye OUS) består av seks byggeprosjekter. Disse byggeprosjektene omfatter:

- Utvidelse av Rikshospitalet på Gaustad
- Nye Aker sykehus
- Storbylegevakten på Aker (samarbeid med Oslo kommune)
- Nye Radiumhospitalet
- Livsvitenskapsbygget (samarbeid med Universitetet i Oslo)
- Ny sikkerhetspsykiatri

Prosjektet har et budsjett på 40 milliarder kroner (summen varierer mellom ulike kilder). Helseforetaket må stille med en egenandel på 30%, og staten bevilger det resterende som lån til byggeprosjektet. Lånet tilbakebetales gjennom foretakets bevilgninger og økonomisk styring. For å betjene lånet, er det behov for besparelser innad i foretaket (NRK, 2022). Planleggingen har foregått over flere år og har gjennomgått ulike prosjektfaser (figur 1).

Figur 1 Oversikt over prosjektfaser Nye OUS



Driften som foregår på Ullevål Sykehus i dag skal etter planen fordeles på Aker sykehus, Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Utvidelsen av Radiumhospitalet er påbegynt, og skal stå ferdig i 2024. Fellesprosjektet med Oslo kommune om ny storbylegevakt er også under oppføring, og er planlagt ferdig i 2023. I hovedsak er planen at nye Aker og Rikshospitalet skal huse størstedelen av Ullevåls aktivitet i fremtiden. Rikshospitalet vil samle store deler av regional- og landssykehusfunksjoner, og i tillegg være lokalsykehus. Nye Aker vil fungere som akuttsykehus samt være lokalsykehus for flere bydeler i Oslo. Driften på Ullevål vil bestå frem til byggeprosjektet og prøvedriften er ferdig.

Fase 1: Begynnelsen på slutten (2012-2015)

Høsten 2012 foreslo daværende direktør ved OUS, Bjørn Erikstein, en plan om en full samling av OUS på Gaustad (Grinde, 2012). Bakgrunnen for forslaget var det påbegynte arbeidet til styret i OUS om å utvikle en plan for sykehusets fremtidige lokalisering og organisering. Erikstein hadde fått utført en mulighetsstudie som utredet ulike alternativer. En full samling på Ullevål ville bli dyrere og ta lengre tid enn alternativet på Gaustad, ifølge denne mulighetsstudien. Forslaget kom som en overraskelse for flere av styremedlemmene da det først ble presentert, fordi de ikke visste om dette arbeidet fra før.

Det neste steget i prosessen var idéfasen, der OUS arbeidet og utredet flere alternativer og vurderinger for den fremtidige utviklingen. En prosjektgruppe arbeidet med idéfasen, der

eksterne og interne aktører deltok. Det ble også opprettet flere medvirkningsgrupper for både brukere og ansatte i prosessen. Over 300 personer var involvert i arbeidet. Dette resulterte i rapporten *Idéfase OUS, Campus Oslo, 1.0* (2014). Rapporten ble vedtatt av OUS og lagt ut til offentlig høring i 2014. I rapporten ble det lagt frem fem alternativer:

- To løsninger med full drift på Rikshospitalet
- Full samling på Ullevål
- To løsninger med fortsatt drift på Ullevål og Rikshospitalet

Direktør, Bjørn Erikstein, ytret at han foretrakk løsningen der man la ring 3 i tunnel med full samling på Gaustad (Mordt, Olaussen & Wilden, 2014). Noe av bakgrunnen for at han foretrakk denne planen var at han mente den ville samle driften og fagmiljøene på ett sted, noe som kunne bidra til en mer effektiv og praktisk behandling (Erikstein, 2014). Salg av tomtene på Ullevål kunne også bidra til å finansiere prosjektet. Han pekte på at det ville bli dyrt å bygge nytt, men vedlikeholdsbehovet til den eksisterende bygningsmassen kostet allerede sykehuset millionbeløp hvert år.

Etter høringsrunden viste en gjennomgang av høringsuttalelsene til idéfase-rapporten at 32 av 51 uttalelser var kritiske til alternativet på Gaustad (Didriksen & Olaussen, 2014).

Fagforeninger viste til at prosjektet virket urealistisk og lite lønnsomt. Naboer til det eventuelle prosjektet organiserte seg i bl.a. ad hoc-gruppen *Nei til Gaustad Sør*. De uttrykte en bekymring for hvordan planene ville påvirke nærmiljøet og konsekvensene for trafikken i området om prosjektet ble gjennomført. Ledelsen ved A-hus ytret skepsis om at det var OUS selv som la frem disse planene, og ikke HSØ og Helsedepartementet (nå Helse- og Omsorgsdepartementet), da dette kunne gå utover helhetsperspektivet for utviklingen i helseregionen. I en kronikk i *Klassekampen* (2014) kritiserte samfunnsforsker Rune Slagstad prosessen, da det var direktør Erikstein selv som styrte flere av prosjektgruppene som utarbeidet rapporten.

Etter høringsrunden gikk OUS inn for å bearbeide og videreutvikle planene for Campus Oslo. Dette ble til rapporten *Idéfase 2.0* (2015). Kritikken mot planene om full samling på Gaustad

gjorde at styret trakk forslaget og heller så på muligheter med en nedskalert plan på Gaustad i kombinasjon med et lokalsykehus et annet sted i Oslo. Dette åpnet for at Aker sykehus kunne bli en del av den nye sykehusstrukturen. I februar 2015 presenterte OUS tre alternativer:

- 0-alternativet (bruk, ombygging og utvidelse av eksisterende bygningsmasse)
- Delt virksomhet mellom Gaustad og Ullevål
- Delvis samling på Gaustad kombinert med eksternt lokalsykehus

Rektor ved Universitetet i Oslo uttrykte etter presentasjonen av alternativene et ønske om hovedsykehus på Gaustad, og et håp om at dette alternativet ble med videre i neste runde. Han pekte på at OUS er en utdanningsinstitusjon med et stort forskningsmiljø, og ved å samle driften på Gaustad ville man ha en nærhet til Universitetet og forskningsmiljøet i forskningsparken (Toft, 2015). På den andre siden ble det samme alternativet kritisert av Legeforeningen, på grunnlag av at argumentet om at større og færre sykehus er en mer økonomisk løsning ikke hadde faglig grunnlag. Det ble vist til studier som tilsa at større sykehus ikke gjorde det bedre en mindre sykehus (Dommerud, 2015). Det var en generell enighet om behovet for et nytt lokalsykehus i Oslo, men de resterende planene ble videre et tema for debatt.

Flertallet i styret i OUS foretrakk alternativet med delvis samling på Gaustad. I desember fikk de støtte fra byrådet for *Eldre, helse og sosiale tjenester* (Groruddalen, 2015). Oslo kommune hadde ventet på avgjørelsen for hvor nytt lokalsykehus og akuttmottak ville bli. Utbygging av ny allmennlegevakt hadde blitt satt på vent fordi kommunen ønsket å knytte denne til akuttmottaket ved OUS.

Fase 2: Vedtak og motstand (2016-2019)

21. januar 2016 besluttet Byrådet i Oslo kommune å støtte alternativet med en delt løsning mellom Aker og Gaustad. Dette alternativet samt å utrede videre kreftbehandling på Radiumhospitalet ble deretter besluttet av styret i OUS, samtidig som ansattrepresentantene stemte imot. Dermed ble arbeidet med idefasen avsluttet (*Idéfase – konkretisering etter høring, 2016*), og grunnlaget var lagt for det fremtidige målbildet til prosjektet.

Etter Bystyrets støtte og OUS' beslutning om å gå videre med målbildet om utbygging på Gaustad med lokalsykehus på Aker, kom det frem at en ekstern kvalitetsrapport utført av

OPAK/Metier ikke hadde vært endelig under avgjørelsen. Rapporten viste til en risiko ved en samling av sykehuset på Gaustad og at reguleringsplanene stod i fare for ikke å bli vedtatt. Byrådet hadde tilsynelatende heller ikke fått informasjon om uttalelser fra Statens vegvesen (SVV) om de foreslåtte trafikkløsningene fra OUS (Werner-Eriksen, 2016). Forutsetningen om å legge lokk over ring 3 var ikke gjennomførbar. Motstandere av prosjektet stilte spørsmålsteget ved hvorvidt byrådet enten ikke var blitt informert, eller selv hadde valgt å se bort fra rapportene (Slagstad, 2016).

I juni 2016 ble forslaget til målbildet vedtatt i HSØs styremøte, og igjen i et foretaksmøte med daværende Helseminister Bent Høie (Høyre). Etter vedtaket var det HSØ som overtok som eier av prosjektet. Målbildet la grunnlaget for forberedelsene til konseptfasen. Blant annet skulle utviklingen av Gaustad og Aker dimensjoneres og avgrenses før en endelig beslutning og selve konseptfasen kunne starte. Ett år senere ga HSØ klarsignal for å gå i gang med konseptfasen med planlagt oppstart rundt årsskiftet 2017/2018 (Helse Sør-Øst, 2016). Etter beslutningen om oppstart på denne fasen av prosjektet, publiserte tillitsvalgte fra Legeforeningen ved OUS et opprop der de ba om at planprosessen skulle stanses. De ytret at fagmiljøene burde få en bedre anledning til å medvirke i prosessen. De anså planene om å splitte akuttfunksjonene fra Ullevål til Gaustad og Aker som risikofylte, og vurderte at konsekvensen kunne bli et svekket akutttilbud (Engen, 2017). Konseptfasen startet i februar 2018. Denne fasen bestod av å avklare arealbehov og kostnadsrammer for prosjektet, og det ble arbeidet med ulike bygningsløsninger og opprettet medvirkningsgrupper for de ulike funksjonsområdene i sykehuset.

I september 2018 var det åpen høring om sykehusutviklingen i Osloregionen arrangert av Helse- og sosialkomiteen i Oslo. Bakgrunnen var HSØs *Regional utviklingsplan 2035*. Tillitsvalgte i Legeforeningen advarte mot planene, da de mente at de nye sykehusene var dimensjonert med for liten kapasitet og ikke var økonomisk bærekraftig, og dermed ikke ville gi et bedre behandlingstilbud. I forbindelse med høringene ble det arrangert en demonstrasjon i regi av flere lokalpartier og organisasjoner. Demonstrasjonen gjaldt motstand mot nedleggelsen av Ullevål samtidig som de ville sikre at Nye Aker ble utbygget (Juven, 2018). Administrerende direktør og styreleder i HSØ svarte på kritikken om planene på Gaustad. De uttalte at planene var nedskalert og på størrrelse med andre sykehus i Norge. Kapasiteten var beregnet ut fra nye framskrivninger fra SSB, og at sengekapasiteten ved sykehusene ville øke mer enn befolkningsveksten mot 2028 (Storvik, 2018). Det ble vist til at planene som var

fremlagt så langt var for første etappe av sykehusutbyggingen, og at man har anledning til å planlegge etter behov når man kommer til å utrede og utvikle planer for andre etappe.

Kritikken som omhandlet Ullevål-tomten som bedre egnet enn tomten på Gaustad, ble besvart med at Ullevål-alternativet hadde vært til vurdering og utredet tidligere, og at prosjektet ville bli dyrt uavhengig av hvilket alternativ som hadde gått videre.

I november 2018 ga HSØ ut en pressemelding der de la frem konseptrapporten for Aker og Gaustad. Planene for Gaustad viste tre høye bygg med makshøyde på 76 meter. På Aker viste planene det nye sykehuset med en makshøyde på 63 meter. Begrunnelsen de ga for den høye bebyggelsen på Gaustad var å verne parkanlegget og bebyggelsen på Gaustad sykehus (Juven, 2018). PBE kritiserte planene på Gaustad for ikke å følge høyhusplanen i Oslo. Disse planene hadde heller ikke vært en del av konseptene som HSØ hadde lagt frem på møter om planprogrammet, som til nå hadde vært ute på to høringer. PBE ga tilbakemelding om at planene på Gaustad mest sannsynlig ikke ville bli godkjent og ba om en tredje høringsrunde for planprogrammet. I Oslo bystyre ville seks av åtte partier utrede en bevaring av Ullevål Sykehus. Arbeiderpartiet som sammen med Høyre hadde sikret et flertall for planene i bystyret ville ikke på dette tidspunktet ta stilling til planene før det forelå en mer detaljert plan.

Fase 3: Mistillit og statlig arealplan (2019-2022)

Januar 2019 vedtok styret i HSØ å godkjenne konseptfaserapporten. Samtidig ba de om en belysning av Ullevål som alternativ. Ansattrepresentantene stemte imot vedtaket da de ønsket en full utredning. Motstandere av planene stilte spørsmål om hva en «belysning» egentlig betydde, og hva dette innebar (Ali, Juven & Skarra, 2019). I april samme år lanserte en uavhengig faggruppe en rapport med en alternativ sykehusplan (Sykepleien, 2019). Deres utredninger og beregninger viste at det ville bli ca. 20 milliarder kroner billigere å bygge ut på Ullevål. Rapporten ble sendt til HSØ, som ga tilbakemelding om at rapporten ble mottatt med interesse siden de fremdeles holdt på med belysningen av Ullevål.

20. juni 2019 ble den oppdaterte konseptrapporten om sykehusene og belysningen av Ullevål behandlet av styret til HSØ. I den interne vurderingen av Ullevål kom det frem av belysningen at man kunne bygge et fullverdig sykehus på Ullevål på linje med Gaustad, men at dette ville ta ca. syv år lengre tid og koste 1,8 milliarder kroner mer (HSØ, 2019). To dager

før dette møtet meldte ansatte ved OUS mistillitsforslag mot administrerende direktør ved OUS, Bjørn Erikstein. Brevet var undertegnet av flere organisasjoner og fagforeninger som representerer store deler av de ansatte ved OUS (ca. 24.000 medlemmer). Bakgrunnen for mistillitsforslaget var mangelfull reell medvirkning i planarbeidet, og at fagforeningene anså beslutningsgrunnlaget som for dårlig (Aftenposten, 2019). Det ble bedt om at prosessen ble stoppet for å finne løsninger som kunne støttes av en større del av de ansatte. Styremøtet i HSØ gikk videre frem med planene for Aker og Gaustad. OUS kalte inn til ekstraordinært møte for å behandle mistillitsforslaget 24.06.19. Styret kom frem til at de fortsatt hadde tillitt til Erikstein, men han valgte selv å gå av med virkning fra juli.

Fra høsten 2019 jobbet OUS med forberedelsene til forprosjektet. Nye OUS ble også opprettet som en egen organisasjon. Organisasjonen hadde ansvaret for medvirkning og involvering av ansatte og brukere. Tiden fremover ble brukt til å avklare og konkretisere funksjoner og fagfordelinger mellom Aker og Rikshospitalet. Senere denne høsten ba Regjeringen Stortinget om innvilget lån til oppstartsfasen for Nye Aker og Rikshospitalet. Flere reagerte på at lånerammene kom før reguleringsplanene var avgjort i PBE. Avgjørelsen ble også kritisert av advokat Christine Kroepelien som på eget initiativ hadde utarbeidet en juridisk vurdering (2019) av HSØs planer. Hun mente at det var gjort flere saksbehandlingsfeil fra tidlig i planprosessen. Målbildet som la grunnlaget for de senere planene hadde ikke, ifølge henne, blitt utredet i henhold til de gjeldene saksbehandlingskravene i *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggeprosjekter*. Hun mente at utredningsinstruksen gjaldt helseforetakene som er et underliggende organ av departementet da beslutningen gjaldt omlegging av sykehusstrukturen (Kroepelien, 2019). Under en spørretime i Stortinget svarte helseminister Høie på spørsmål om utredningsinstruksen og veiledere i planprosessen. Han svarte at OUS og HSØ hadde tatt i bruk de anbefalinger og veiledere som gjelder sykehusprosjekter (Sak nr. 2 [11:24:08]). Videre viste han til at helseforetakene er en del av foretaksmodellen og at planene ikke var et ordinært statlig finansieringsprosjekt.

Fra januar 2020 ble Bjørn Atle Bjørnbeth innsatt som ny direktør i OUS. Han hadde tidligere uttalt seg skeptisk til planene for OUS og signert et opprop fra ulike fagmiljøer i OUS (Jacobsen et al., 2019). Oppropet gjaldt bekymringer om planene ville møte fremskrevet kapasitetsbehov og gi pasienter et forsvarlig akutttilbud. De mente at fagmiljøet ikke hadde blitt godt nok inkludert i utformingen av planene. Da Bjørnbeth tok over som direktør under

ett år senere, var han klar på at de ansatte skulle få en mer direkte innvirkning på prosjektet, men at planene om lokalisering på Aker og Gaustad skulle bestå. Han påpekte at planene var blitt justert etter oppropet, og mente at akutttilbudet som planene la opp til var forbedret. Bjørnbeth uttalte at han støttet vedtaket fra HSØ og Stortinget, og at det var viktig å komme i videre med prosjektet (Kalveland, 2020). I samme periode vedtar Oslo bystyre offisielt å trekke støtten til planene på Gaustad, og det blir igjen bedt om en utredning av Ullevål. Kommunevalget året før hadde endret koalisjonen i bystyret. Arbeiderpartiet Oslo og Høyre Oslo som tidligere hadde sikret støtten til planen var nå i mindretall (Borger, 2020)

I oktober 2020 stemmer flertallet i styret i OUS for forprosjekter for Aker og Rikshospitalet. De tre ansattrepresentantene i styret stemte imot da de mente det var usikkerhet rundt planene. Det var ansatte som meldte at de var positive til planene. Leder ved medisinsk avdeling uttalte at det var på tide å komme videre med prosjektet (Kalveland & Moe, 2020). I anledning styremøtet ble det avholdt en protest i regi av flere fagforeninger og aksjonsgrupper. Forprosjektet ble vedtatt i HSØ senere i november.

Arbeiderpartiet Oslo som tidligere hadde støttet planene til OUS vedtok i februar 2021 at de ønsket å beholde Ullevål Sykehus. Dette var et resultat av diskusjoner innad i partiet og lokallag som hadde arbeidet for en endring av politikken. Dette stred imot politikken til partiet sentralt (Stoksvik, 2021). I mars 2021 startet forprosjektet til Nye OUS. De startet medvirkning med tillitsvalgte, brukere, verneombud og ansatte.

Våren 2021 sendte HSØ ut planene for Aker og Gaustad på høring. Etter en tilbakemelding fra PBE året før om at planene ikke ville bli godkjent, arbeidet OUS med nedjusterte høyder og ulike alternativer for bebyggelsen på Gaustad. PBE anbefalte planene på Aker under tvil, men ville vente med en beslutning om Gaustad til etter høringen (Juven, 2021). Bystyret meldte at de vil si nei til planene når disse skulle til politisk beslutning i 2022 (Juven & Didriksen, 2021). Stortinget hadde stemt ned flere forslag om en bevaring av Ullevål, men det var Oslo kommune som skulle godkjenne en eventuell utbygging. Høringen fikk over 200 merknader (OUS, 2022.). I desember 2021 leverte HSØ nytt revidert planforslag til PBE. Planene var tegnet om for å imøtekomme høringssvar fra høringen tidligere dette året. På Aker ble det tatt hensyn til støy for utsatte pasientgrupper og på Rikshospitalet gjorde de om på bygningsmassen for å ivareta de vernede områdene på Gaustad. De omfattende endringene

av planene på Gaustad gjorde at Oslo kommunes behandling av saken ville bli forsinket, da planene måtte ut på ny høring.

Styreleder Bovim og administrerende direktør i OUS forsvarte planene i et leserbrev i Avisa Oslo (2021). De viste til behovet for nye og moderne bygg som skal tjene lokale og nasjonale sykehusfunksjoner som imøtekommer forventet befolkningsvekst. Det var utført utredninger hvor man hadde sett på flere alternativer og høringer hadde blitt tatt til etterretning. Hvis man skulle utrede flere alternativer på nytt, ville dette ta mer tid og øke kostnadene til prosjektet. Det ble vist til vedtaket til Helseministeren i 2016 som la grunnlaget for planene som nå tok form, og at det ble innvilget lån i 2019. OUS hadde kommet langt inn i forprosjektet, og med fremdriftsplanen de hadde utarbeidet mente OUS at sykehusene kunne stå ferdig 2031. De anerkjente at det var økonomiske utfordringer, men mente at OUS har kapasitet til å ta seg av lånet og kostnadene.

Etter stortingsvalget i 2021 var det flere som hadde håpet at Ullevål skulle få bestå. Etter regjeringsforhandlinger og regjeringsplattformen ble vedtatt i oktober 2021 kom det frem at den nye regjeringen besluttet å støtte planene til Nye OUS (Juven & Jonassen, 2021). Dette startet rykter om at regjeringen forberedte statlig regulering av planene. I en spørretime på Stortinget i februar 2022 tilbakeviste statsminister Støre at regjeringen forberedte statlig regulering (Sak nr. 1 [10:01:39]). Han uttalte at han hadde respekt for diskusjonen om planene, men at prosessen allerede var godt i gang og at det er staten, ikke kommunen som har ansvaret for sykehus tilbudet i Norge. Han viste til at vurderingene av planene var tatt av erfarne sykehusplanleggere som var gitt tillitt og myndighet til å utforme planene

Første april 2022 sendte Helse- og omsorgsdepartementet et brev med en anmodning til Kommunal- og distriktsdepartementet om gjennomføring av Nye Aker og Nye Rikshospitalet som statlig arealplan. Grunnlaget som ble gitt for anmodningen var de regionale- og nasjonale interessene i prosjektet (HOD, 2022). I brevet ble det blant annet lagt frem at det var knyttet usikkerhet til den politiske behandlingen av planene i Oslo kommune, og at OUS og HSØ trengte forutsigbarhet for å komme videre med arbeidet. Flere lokalpolitikere i Oslo reagerte da de anså anmodningen som et overtramp av lokaldemokratiet og faglige myndigheter i kommunen (Jacobsen, 2021). I forbindelse med anmodningen om statlige arealplanen ble det arrangert en demonstrasjon i regi av *Redd Ullevål Sykehus* sammen med

andre støttespillere. Demonstrantene krevde at det måtte holdes en folkeavstemming i Oslo om fremtiden til Ullevål og sendte senere inn ett innbyggerforslag til kommunen (NRK, 2022).

I etterkant av anmodningen om statlig arealplan har debatten og motstanden mot prosjektet vedvart. Annen gangs høring for planene ble benyttet for å tale for en bevaring av Ullevål. Flere partier i Oslo har uttrykt at statlig arealplan er en overkjøring av lokaldemokratiet og at det er kommunen selv som har best forutsetning for å ivareta Oslos interesser. Forprosjektfasen til Nye Aker og Nye Rikshospitalet ble avsluttet i oktober 2022 (Helse Sør-Øst, 2022). Andre desember avgjorde styret i OUS å gå videre med planene for Rikshospitalet og Aker Sykehus på bakgrunn av forprosjektrapporten. Endelig vedtak ble fattet av HSØ 16. desember 2022, der de besluttet å gå videre til gjennomføringsfasen (OUS, 19.12.22). Økonomisk nedgangstid har påvirket prosjektet og det er meldt budsjettkutt i sykehussektoren. Det har kommet frem at man må spare mer innad OUS for å gjennomføre planene (Ekroll, 2023). Dette har skapt debatt, da flere tror at besparelsene kan gå utover pasienttilbudet og flere har bedt om å legge sykehusplanene på vent. Kostnadene til planene er oppjustert flere ganger i løpet av prosessen (Oslo legeforening, 2019). I desember 2022 la NRK frem at sykehusplanene kunne gå 10 milliarder over budsjettet, noe som tilsvarer en total kostnad på ca. 50 milliarder kroner (Juven, 2022).

Teori

Dette kapitlet tar for seg det teoretiske grunnlaget for studien. Hensikten er å vise til perspektiver på styresett og legitimitet og gi et teoretisk rammeverket for å besvare de innledende studiespørsmålene.

Første del introduserer og redegjør for legitimitet som begrep. Andre del baseres på Amdams tekst (2019) om styringssystemene; stat, marked og nettverk, og hvilke implikasjoner disse styringssystemene har for demokrati og medvirkning i planleggingen. I analysen og vurderingen vil dette bidra til å identifisere de institusjonelle vilkårene for medvirkning og beslutningsmakt i casen. Tredje del av kapitlet ser på Falleth, Hanssen & Saglies (2010) tolkning og modell om input- output- og throughput-legitimitet. Flere av problemstillingene

som trekkes frem om det norske plansystemet i Falleth, Hanssen & Saglie, er sammenfallende med observasjoner i planprosessen til Nye OUS.

I neste kapittel settes Amdams tekst om styringssystemer opp mot legitimitetsbegrepene og problemstillingene til Falleth, Hanssen & Saglie. Det presenteres en analyse- og vurderingsmodell som setter disse tekstene i sammenheng. Dette legger grunnlaget for å besvare studiespørsmålene.

Legitimitet

Begrepet “legitim” defineres i norsk ordbok som det som samsvarer med loven, er rettferdig eller er moralsk forsvarlig (Språkrådet). Legitimitet sammenfaller med kulturelle normer eller felles tros- og kunnskapssystemer. Legitimitet er et sentralt begrep i planleggingen og politikkkutforming. Begrepet anvendes blant annet om tilliten folket har til det demokratiske systemet (Haugsgjerd & Seggaard, 2020).

De senere årene har legitimitet fått en mer sentral rolle i samfunnsforskningen. Det er knyttet bekymringer til en økende mistillit befolkningen har til demokratiske institusjoner og politikere i Europa (van Ham, Thomassen, Aarts & Andeweg, 2017) og hvilke konsekvenser dette kan få. Dersom beslutninger har lav legitimitet, kan det oppstå konflikter og misnøye i befolkningen. Lipset (1968, s.74) definerer legitimitet som systemets «*evne til å skape og opprettholde troen på at de politiske institusjoner man har, er de som passer samfunnet best*». I Norge er det flere undersøkelser og studier som ser på legitimiteten og tilliten befolkningen har til det politiske systemet og plansystemet (Haugsgjerd & Seggaard, 2020; Falleth, Hanssen & Saglie, 2010).

Max Weber var tidlig ute med å stadfeste viktigheten av legitimitet (Scott, 1998). Han anvendte begrepet legitimitet som forklaringsmodell og forutsetning for maktstrukturers stabilitet og virke. Hans arbeid inkluderte både bedrifter og offentlige styresett. Forvaltningen og styresett er avhengig av at andre underordnede betrakter institusjonenes makt og organisering som bindende. Dette på bakgrunn av tradisjon, ledes karismatiske kvaliteter eller lovfestet rett (Scott, 1998; Weber, 1968). Webers teorier må ses i sammenheng med en parlamentarisk og hierarkisk samfunnsforståelse. Samfunnet har utviklet seg og det samme har begrepet i takt med samfunnsutviklingen. Modeller og teorier for å systematisere legitimitet som forklaringsmodell og vurderingsverktøy har blitt arbeidet med og endret seg over tid (Scott, 1998).

Institusjoner og organisasjoner opererer innenfor ulike kilder til legitimitet. Dette betyr at det som gir legitimitet er avhengig av hva som vektlegges (Amdam, 2016). Et eksempel på dette er kommunene på bakgrunn av troen på lokal autonomi og selvstyre. Nasjonale myndigheter er legitimert ved sin konstitusjonelle rolle (monopol som landets autoritet) og som en bestanddel av et internasjonalt system. Andre offentlig autoriteter slik som regionale planmyndigheter, råd, organisasjoner og andre kan ha en ulempe, da de mangler etablert og tradisjonell autoritet og identitet (Taylor, 2019). En annen kilde til legitimitet kan være spesialkunnskap. Sykehus, som er tema i denne studien, innehar en spesialkompetanse både teknisk og administrativt (Ruef & Scott, 1998) som ikke er lett tilgjengelig utenfor institusjonens egne rammer. Kilden til legitimitet kan komme eksternt og/eller internt i institusjonene selv. Eksempelvis en normativ aksept for institusjonen (ekstern) eller institusjonens evne til å argumentere for og overbevise om sine beslutninger.

I et demokratisk perspektiv er det folket som er kilden til legitimitet (Amdam, 2019). Folket har rett til å bidra til å forme og påvirke beslutninger som angår dem selv og fellesskapets goder. Dette gjøres gjennom indirekte (vote) valg av politiske representanter, eller direkte (voice) medvirkningsprosesser (Hanssen, 2010).

Bakenforliggende ideologier og forventninger til hva som er legitimt og demokratisk varierer og utvikles. Plan- og bygningsloven av 1985 og 2008 er et bevis på dette. Medvirkning ble etterlyst, og har med tiden blitt et mer sentralt prinsipp som ble gitt en høyere prioritet og er blitt juridisk forankret. Dette har bidratt til å legitimere ulike berørte aktører og interessenter, ved å gi dem rett til å ytre seg og dele sine synspunkter i planprosessen.

Definisjonen av hvem som er ansett som part har også utvidet seg. I dag kan enhver gi tilbakemeldinger på planer gjennom offisielle høringer og ettersyn. Forventninger og normer i samfunnet er ikke statiske. Institusjoner for makt er avhengige av befolkningens aksept, men befolkningen selv og mulighetene til å delta er også avhengig av de institusjonelle rammene for medvirkning. Disse mekanismene i samfunnet påvirker hverandre. Slik kan det forstås at den demokratiske legitimiteten er en sirkulær prosess mellom sivilsamfunnet og institusjonene det er snakk om (Amdam, 2019).

Medvirkning og planlegging under ulike styringssystemer

Det skilles mellom tre ulike former for styringssystemer: *Tradisjonell offentlig forvaltning*, *Ny offentlig styring* og *Ny offentlig forvaltning* (Amdam, 2019). Institusjoner og organisering påvirker hvordan planlegging utføres i praksis og hvilket autoritet/makt planleggingen tillegges. Disse styringsformene kan ses i sammenheng med ulike rasjonaliteter og tankesett om hvordan man får de beste resultatene. Dette delkapittelet er i hovedsak basert på Amdams tekst "*Strukturelle vilkår for medverking i kommunal planlegging og politikk under tre ulike styringssystemer*" (2019). Hensikten er å kunne identifisere disse styringssystemene og de strukturelle vilkårene for medvirkning som har gjort seg gjeldende i casen. Tabell 1 viser og sammenlikner aspekter ved de tre ulike styringssystemene.

Tabell 1 - Styringssystem og vilkår for planlegging og medvirkning. Hentet fra Amdam (2019).

Tradisjonell offentlig forvaltning (TPA). Kommune 1.0	Ny offentlig styring (NPM). Kommune 2.0	Ny offentlig forvaltning (NPG). Kommune 3.0
Hierarki og årsak-/verknadslogikk Forvaltningsmodellar	Marknad og kost-/nyttelogikk Føretaksmodellar	Nettverk, samansett logikk og samfunnsverdi. Partnerskapsmodellar
Produktivitet (produsere riktig). Likebehandling av klientar	Produktivitet og effektivitet (produsere det rette). Tilfredse kundar	Produktivitet, effektivitet og kvalitet (tilfredsstillende behov i samfunnet). Tilfredse borgarar
Teori om politikk og kunnskap Regelstyring og autoritet	Økonomisk teori om eigennytte Målstyring, kontraktar og kontroll	Teori om demokrati, autonomi og sjølvleiing. Verdibevisst forvaltning
Fokus på samordning Offentleg samfunnsstyring gjennom statleg over- og underordning	Fokus på samhandling Offentleg samfunnsstyring gjennom insitament (mål- og resultatstyring)	Fokus på samskaping Offentleg samfunnsstyring gjennom rammesetting og dialog
Ekspert/klient-relasjon. Tenesteytar styrer klient	Tilbydar/kunde relasjon. Kunde styrer/påverkar tenesteytar	Borgar/borgar-relasjon (likeverd og gjensidig avhengighet)
Medverking i prinsippet open for alle, men dei med mest makt oppnår størst innverknad <i>Formålet med medverking er kunnskapsinnhenting og koordinering av ressursbruken</i>	Medverking frå kundane og dels frå brukarrepresentantar <i>Formålet med medverking er kunnskapsinnhenting og endring/tilpassing av tenestene</i>	Medverking frå alle, forventar aktive samfunnsborgarar <i>Formålet med medverking er individuell og institusjonell kapasitetsbygging og legitimitet</i>

Tradisjonell offentlig forvaltning

Det som kjennetegner *Tradisjonell offentlig forvaltning* er en hierarkisk kommandolinje der man skiller mellom ekspert og klient basert på Weberiansk byråkrati. Det er et klart skille mellom de folkevalgte og administrasjonen. Interessene i befolkningen blir definert av politikere og eksperter. Offentlige myndigheter og institusjoner har makt til å kontrollere og dirigere privat-, offentlig- og frivillig sektor. Dette er ovenfra og ned-styring der underliggende sektorer svarer til dem oppover i systemet. I norsk planlegging i dag er staten øverste planmyndighet. Det meste av planleggingen skjer på lokalt nivå, men staten har anledning til å overta planleggingen gjennom statlig arealplan “*Når det er nødvendig for å ivareta nasjonale eller regionale interesser...*” (pbl. §6-4).

Legitimiteten i tradisjonell offentlig forvaltning baserer seg på input-legitimitet der kilden er det representative demokratiet. Medvirkning skjer gjennom valg av politiske representanter (vote) og medvirkning (voice). Forutsetningen for å kunne medvirke i planprosessene er at man blir ansett som en berørt part av planforslaget og er avhengig av egen evne til å formidle synspunkter. Konflikter oppstår ofte under dette styringssystemet mellom lekmannen og ekspertene (fagkunnskapen og lokal kunnskap), da det er politikere og ekspertene som definerer hvem som er part og i hvilken grad lokalkunnskapen skal vektlegges. De ressurssterke blir gitt mer makt og får større mulighet til å delta og påvirke på bakgrunn av større kapasitet og mulighet til å formulere egne interesser.

Denne formen for styring kan settes i et modernistisk perspektiv. Rasjonalismen er instrumentell og planleggingen skulle være en rasjonell og vitenskapsbasert disiplin som kunne løse kompliserte problemer i samfunnet. Prosesser skulle være effektive, og en forutsetning for å få det "riktige" resultatet er å utføre prosessen "rett". Planleggeres rolle var å innhente informasjon og analysere prosjekter som slik la grunnlaget for politikeres beslutninger. Historisk sett i Norge kan denne styringsformen settes i kontekst med den sterke staten i etterkrigstiden. Man hadde et behov for å gjenoppbygge velferdsstaten, skape arbeidsplasser og utvikle boliger. Det var en stor grad av enighet om målene i samfunnsplanleggingen (NOU, 2001).

På 60- og 70-tallet ble alternative demokratiske modeller fremlagt for å utfordre planleggingen som ble ansett for å være elitistisk og sentralisert. Dette var i en tid der protester og aktivisme var utbredt og man etterlyste nye demokratimodeller (Falleth, Hanssen & Saglie, 2010). Planlegging og planleggere skulle representere folket, med fokus på også å inkludere marginaliserte grupper. Medvirkning ble et ideal, og man satte fokus på et høyere samarbeid og kommunikasjon mellom ekspertene og befolkningen.

Ny offentlig styring

Offentlig sektor har siden 1980-tallet vært i endring og gjennomgått reformer i retning av *Ny offentlig styring*, også kalt *New public management*. Man utfordret byråkratiet og så på alternative modeller for samfunnsstyringen og planleggingen. Formålet er å øke effektiviteten og produktiviteten. Styringssystemet baserer seg på økonomisk teori og på å oppnå resultater gjennom mål- og resultatstyring. De folkevalgte er viktige, men ledere får delegert mer makt

nedover og utenfor den tradisjonelle styringskjeden. Ulike offentlige funksjoner og tjenester blir også delegert ut av det offentlige, og blir lagt til selvstendige foretak og enheter. Et relevant eksempel her er sykehusreformen av 2002 der eierskapet til alle offentlige sykehus gikk fra fylkeskommunen til statlig eide helseforetak. Sykehusene eies og drives av helseforetakene (fire totalt) og staten (HOD) kan ikke gripe inn i driften utover særtilfeller. Amdam kritiserer denne formen for styring for å føre til en fragmentering av makt og ansvar. Dette kan medføre at komplekse problemer blir vanskelig å løse på grunn av liten helhetstenkning utover institusjoners egne oppgaver og mål. Man får en hybrid mellom sentralisert og desentralisert makt.

Folket blir i dette styringssystemet er brukere av de tjenestene det offentlige tilbyr. Asymmetri i brukernes ressurser blir synlige i situasjoner der brukere med mer ressurser kan kjøpe seg ut av køer og benytte seg av private tilbud. De med mindre ressurser må forholde seg til et komplekst system uten den samme muligheten til å kjøpe seg ut. Ressurssterke har også mulighet til å klage og bruke ulike kanaler for å ytre sin misnøye; det offentlige er avhengige av et godt omdømme overfor sine brukere. De uten samme ressurser som andre misfornøyde brukere, ender opp med å ta til takke med det de blir tilbudt, eller å svare med passivitet. Medvirkning under *Ny offentlig forvaltning* blir gjennomført ved undersøkelser og gjennom representanter i ulike institusjoner. Alle brukere av tjenester har mulighet til å delta, men det krever at de har anledning og ressurser. Media kan brukes for å formidle historier og meninger fra enkeltpersoner, organisasjoner og grupper for å bedre egne tilbud. Ad hoc-grupper kan oppstå når det er konflikterende meninger om beslutningstakeres synspunkter.

Ny offentlig forvaltning

Parallelt med det nyliberale skiftet, er den instrumentelle rasjonalismen og modernismen fortsatt virkende. Det trådte frem reaksjoner på dette basert på blant annet Habermas' filosofi om kommunikasjon, og man begynte å teoretisere rundt prosesser og praksis. Planlegging ble sett på som en kommunikativ øvelse eller en samarbeidsøvelse (Healy, 1996; Friedmann, 1987).

Ny offentlig forvaltning forsøker å rette problemene som oppstår i *Ny offentlig styring*. Ved hjelp av nye, innovative løsninger, forsøker man å rette opp i den fragmenterte organiseringen hvor enhetene kan drives av egeninteresse og "silotenkning". Samarbeid i nettverk og mellom flere aktører med fokus på prosess og samlet resultat blir ansett som en

mulighet for forbedring. *“Denne styringsmodellen gjenkjennes ved organiserte nettverk av gjensidige avhengige og likeverdige aktører”* (Amdam, 2019). Menneskesynet som fremlegges under denne modellen er at mennesket har evne til å la seg påvirke gjennom dialog og kan lære av hverandre; man klarer å ta hensyn utover egne interesser. Samfunnsinteressene blir identifisert og besluttet gjennom brede demokratiske prosesser på grunnlag av *“evidens- og erfaringsbasert kunnskap”* (Amdam, 2019). Sivilsamfunnet deltar ved å definere problemstillinger og løsninger. Målet er effektivitet, produktivitet og kvalitet. Mål og tiltak skal oppnås gjennom et samarbeid med folkevalgte, borgere og for eksempel ansatte i *“en kollaborativ læringsprosess”*.

Amdam mener at denne styringsformen er egnet for å håndtere komplekse og vanskelige problemer. Dette krever en innsats og deltakelse fra både offentlige, private og frivillige aktører. Styringsformen krever at aktørene er gjensidig avhengige av hverandre organisert i partnerskap der aktørene inngår frivillige avtaler i kommunikative nettverk. Aktørene må sammen definere problemene og komme med løsninger for å lykkes. Erfaringsmessig er ofte problemet å få de ulike aktørene til å gjennomføre sin del av problemløsningen. Ved å forhandle og inngå avtaler om hvem som har ansvar for hva kan dette unngås, men aktørene kan ha problemer med å gjennomføre på grunnlag av eksterne forpliktelser. For at disse nettverkene skal lykkes er de avhengige av hvilken legitimitet de gis utenfra, men mest av alt hvilken grad av legitimitet de selv greier å bygge opp.

I alle samskappingsprosesser (nettverk/partnerskapsmodeller) vil de tre styringsformene være representert og ha sine aktører; *“Aktørar som er strukturerte av Tradisjonell offentlig forvaltning, vil rekne hierarkiet som innovasjonsdrivar; dei som er strukturert av Ny offentlig styring, vil rekne konkurranse som innovasjonsdrivar; og dei som tek inn over seg Ny offentlig forvaltning, vil ha tru på at samskaping i nettverk vil fremme innovasjon og samskaping”* (Amdam, avsn.32, 2019). Mennesker har skapt strukturene og har mulighet til å endre dem. Denne formen for styring må anerkjenne at interessenter og institusjoner påvirker hverandre. Formålet er å jevne ut ulikheter og øke kapasiteten til aktører med færre ressurser.

Input-, Output- og Throughput-legitimitet

Input-, output- og throughput-legitimitet referer til en normativ modell som brukes til å vurdere og analysere legitimiteten til ulike institusjoner og beslutninger. De tre formene for legitimitet er basert på henholdsvis demokrati, resultat og prosess i politiske systemer og politikkutforming. Legitimitetstermene har bakgrunn i EU-studier og -analyser (Scharpf, 1999) og spør om EU er demokratisk legitim (Schmidt, avsn.2, 2013). Falleth, Hanssen & Saglie (2010) tolker og bruker denne modellen for å forklare og problematisere ulike aspekter ved legitimitet i norsk planlegging. Tabell 2 gir en oversikt over og sammenlikning av de ulike formene for legitimitet med hensyn til en rekke karakteristika.

Tabell 2 - Oversikt input-, output- og throughput-legitimitet.

	Input	Output	Throughput
Prosess	Demokratisk	Effektiv	Transparent
Aktører	“Alle”	Entreprenører, politikere, eksperter	Eksperter, politikere
Informasjonsgrunnlag	Borgere og aktører	Undersøkelser og markedsanalyser	Utredninger og ekspertuttalelser
Legitimitetsgrunnlag	Medvirkning og stemmerett	Resultater og imøtekomme behov/preferanser	Informasjon om prosess og beslutnings-grunnlag
Demokratisk grunnlag	Vote & Voice	Vote & Voice	Vote
Bemerkning	Medvirknings- og valgprosesser kan mangle aktive deltakere	Kritiseres for lukkede, uformelle møter før demokratiske prosesser starter	Anses som en svak form for legitimitet alene

Input-legitimitet

Input-legitimitet refererer til to former for medvirkning fra befolkningen i planleggingen: Direkte deltakelse og medvirkning i planprosessene (voice), og indirekte medvirkning gjennom valg av politiske representanter (vote). I flere demokratiske systemer har deltakere muligheten til å ytre sine meninger gjennom “voice” i tillegg til “vote”. Direkte deltakelse i beslutningsprosesser går lengre enn den strengt parlamentariske definisjonen av demokrati som består av informasjon og stemmerett (Holsen, 2000). Ikke-parlamentarisk, direkte medvirkning, blir ansett som et supplement som kan knytte befolkningen og politiske institusjoner tettere sammen og bidrar til å forankre beslutninger. Dette øker input-legitimiteten og gir politikere et større beslutningsgrunnlag. Juridisk fastsetter *plan- og bygningsloven* (kapittel 5) noen former for direkte medvirkning. Reguleringsplanforslag er tilgjengelige for offentligheten og det er lovfestet at disse skal på offentlig høring. Offentligheten og interessenter kan slik gi sine synspunkter eller motsi planene. Pbl. anbefaler også å fasilitere andre former for medvirkning, for eksempel debatter eller utstillinger.

I norsk planlegging identifiserer Falleth, Hanssen & Saglie fire problemer som kan svekke input-legitimiteten i planprosessene. For det første gir de formelle medvirkningsrettighetene (voice) ikke tilgang på det første stadiet i planprosessen, også kalt det uformelle stadiet. Planforslag er allerede utformet og sendt inn til kommunen, ofte etter en lang prosess bak lukkede dører der avtaler allerede er inngått. Dette kan begrense innflytelsen til medvirkningsprosessen i senere stadier av planprosessen. Kunnskap som kunne bidratt til å forankre planforslaget lokalt blir ikke med, og kvaliteten på planforslaget kan bli lavere. Sivilsamfunnet får slik to muligheter; enten å protestere på planene eller å akseptere forslaget.

For det andre er ressursene som kreves og mulighetene til å delta ulikt fordelt mellom eksterne aktører. Utviklere er ressurssterke, mens andre lokale aktører kan være små, fragmenterte og ha færre ressurser. Man kan også at sivilsamfunnet ikke deltar grunnet tretthet og apati for planleggingen (Duncan & Thomas, 2000; Connelly & Richardson, 2004). Fordelene ved å delta kan oppleves mindre enn ulempene man har ved å delta (Rydin & Pennington, 2000).

For det tredje kan definisjonen av berørte parter være for smal, og dermed ikke favne alle interessenter i en sak. Berørte parter kan ha tilknytning og interesser til steder utover å være naboer. Et stort spekter av befolkningen kan være berørte og bruke steder, for eksempel ved å ha sin arbeidsplass der, eller ved å bruke området til rekreasjon. Å identifisere disse gruppene kan være vanskelig og det kan være delte meninger om den samme saken.

For det fjerde; selv om pbl. legger opp til og tillater til en bredere deltakelse i planprosessen blir de fleste planforslag utformet og besluttet uten noen form for deltakelse utover minimumskravet (Falleth, Hanssen & Saglie, 2010). På bakgrunn av det ovenstående utgjør sivile aktører i liten grad noen trussel mot utbyggers ressurser. Ved større utviklingsprosjekter som berører større deler av samfunnet kan interessenter potensielt utgjøre større motstand. Ad hoc-grupperinger og formelle klager kan utfordre ansvarligheten til politikere. Dette kan resultere i tapt tid og ressurser for utviklerne.

Den representative demokratiske modellen gir borgerne rett til å stemme på politiske representanter (vote) som tar beslutninger på borgernes vegne. En forutsetning for den demokratiske modellen er at representantene tar hensyn til velgernes preferanser. Falleth, Hanssen & Saglie skriver at politiske representanters rolle i planleggingen er viktig for å sikre input-legitimitet. Interaksjon mellom planleggere og utviklere i det uformelle stadiet i planprosessen kan svekke politikeres rolle og hindre at politikere klarer å imøtekomme og sikre sivilsamfunnets preferanser. Fordi politikere ikke er del av den uformelle delen av planprosessen, kan forhandlinger og avtaler som er gjort bak lukkede dører gjøre at politikere føler seg bundet av de innledende avtalene når de skal bestemme over innholdet i planen. Handlingsrommet i planprosessen for politikere blir mindre jo lengre ut i planprosessen man har kommet og det blir vanskeligere å styre kursen i en annen retning. Planprosesser tar mye tid og er dyre for utviklerne. Hvis dette er tilfellet, går det utover den demokratiske legitimiteten fordi viktige avgjørelser tas bak lukkede dører.

Falleth, Hanssen & Saglie refererer til undersøkelser (Nordahl, 2006) som viser til at kommunens arealplaner i liten grad blir brukt som retningslinjer i beslutningstakingen. Det er forhandlingene mellom planleggere og utbyggere som legger grunnlaget for utviklingen av reguleringsplanene. På denne måten virker ikke arealplanene i tilstrekkelig grad i tråd med intensjonen, som et verktøy for ivaretagelse av offentlige interesser og felles goder.

Output-legitimitet

Falleth, Hanssen & Saglie deler output-legitimiteten som det å nå “håndgripelige mål”, gjøre overveielser som forbedrer kvaliteten til utfallene og begrunnelser for beslutninger som virker hensiktsmessige for dem som blir belastet av utfallet. Håndgripelige mål i planlegging blir definert som effektiv “forsyning” av slikt som jobber, boliger og urbane arealer. Posisjonen til utviklere kan slik bli rettferdiggjort gjennom at de innehar ressursene og muligheten til å bidra til å nå disse målene; altså forbedre output-legitimiteten. Hvis planene som blir initiert av private blir ansett som gode og fordelaktige vil politikerne ha gjort en god jobb om disse blir implementert. Dette kan forsvare det representative demokratiet ved at velgerne måler de politiske representantene gjennom det de oppnår og leverer.

I output-legitimitet kan lukkede møter og lite transparens anses som nødvendig. Man kan argumentere for at disse omstendighetene er nødvendige for effektivt å overveie muligheter og forhandle. I et output perspektiv er det interessenter som innehar en instrumentell rolle som inkluderes for å kunne oppnå målene. Dette vil i denne settingen alltid være utbyggerne, men kan også inkludere andre interessenter. Berørte parter og andre kan involveres og bidra for å få større politisk aksept for planene. Deltakelsen kan begrenses her til informasjon og rådgøring. Hvis resultatene møter motstand og protester kan politikernes legitimitet stå på spill. I slike saker kan ikke legitimiteten forsvares ved input- eller output-legitimitet. De uformelle lukkede møtene kan derfor være en farlig vei for politikerne å følge. De kan bli anklaget for å ha for sterke bånd til mektige eliter i arenaer som mangler åpenhet, som videre fører til resultater som ikke anses for å være til fellesskapets gode.

Mangel på medvirkning kan gå utover kvaliteten på beslutninger. Argumenter for at medvirkning har en verdi er at beslutningsgrunnlaget blir bedre, noe som kan forbedre kvaliteten på beslutningene. Planlitteraturen understreker viktigheten av at alle relevante interessenter og parter burde inkluderes og få mulighet til å presentere sin kunnskap og sine argumenter, og at mangel på slike muligheter kan redusere kvaliteten på beslutninger og resultater. Moderne planpraksis ser ut til å favorisere argumenter og informasjon fra hovedaktører slik som utviklere fremfor andre, selv om andre interessenter også kan inneha relevant kunnskap.

For å sikre det deliberative demokratiet, kreves gode arenaer for deltakelse og medvirkning der alle argumenter blir presentert og diskutert. Reguleringsplaner er ofte bestridt med flere motstridende argumenter. Ulike aktører/interessenter kan ha ulike konkurrerende motiver/mål. Det kan være vanskelig å velge mellom det private og offentliges gode. En minste forutsetning er at alle relevante argumenter er lagt på bordet og er tilgjengelige når beslutninger tas. Offentlige møter og media kan være viktige verktøy for effektive prosesser og implementering av planer.

Throughput-legitimitet

Throughput-legitimitet viser til åpne og transparente beslutningsprosesser i demokratiske institusjoner. Ved åpne og transparente beslutningsprosesser skal beslutningstakere og politikere kunne holdes ansvarlige for de valg som tas. Pbl. stadfester åpenhet rundt de formelle stadiene i planprosessen, men ikke for det innledende uformelle stadiet. Dette kan gjøre sivilsamfunnet usikre på hvem som er ansvarlige for resultatene av planleggingen, fordi det er vanskelig å stadfeste avtalene og forhandlingene som pågår før reguleringsplanen blir innsendt. Taylor (2019) problematiserer throughput-legitimitet, da den typisk er underutviklet. Informasjon og analyser er en ekspertdrevet og teknisk prosess. Debatter kan foregå i uformelle og lukkede settinger, og det blir vanskelig for andre eksterne aktører å utfordre legitimiteten. Falleth, Hanssen & Saglie (2010) viser her til en enklere forståelse av throughput-legitimiteten. Andre, slik som Vivien Schmidt (2013), utvider begrepet for å forklare og vurdere prosessuelle og institusjonelle mekanismer i politikktutforming. Throughput-legitimitet forstås som bindeleddet mellom input- og output-legitimiteten.

Analyse

Styringsformer og legitimitet – analyse- og vurderingsmodell

På bakgrunn av teorien om styringssystemer og legitimitet har jeg laget en tabell som viser de ulike legitimitetsgrunnlagene til styringssystemene sett i lys av input-, output-, og throughput-teorien (tabell 3). Hvordan input-, output-, throughput-legitimitetens karakter utspiller seg og hvordan de ulike legitimitetsformene vektlegges varierer mellom styringssystemene.

Modellen brukes for å besvare studiespørsmålene i oppgaven og bidrar til å identifisere legitimitetsgrunnlaget i planprosessen og til de ulike interessentene som har utpekt seg. Input, output og throughput er satt opp etter hvor demokratisk legitimiteten anses å være – fra mest til minst. For alle de tre styringsformene er det viktig å produsere tilfredsstillende resultater på en effektiv og lønnsom måte, men tilnærmingen til hvordan dette oppnås varierer mellom dem. Aktører innenfor alle styringsformene vil være motivert av å bli ansett som legitime, da dette kan skape større tillitt og grad av aksept for beslutninger i planleggingen.

Tabell 3 – Analysemodell - Legitimitet og styringssystemer.

	Input	Output	Throughput
Tradisjonell offentlig forvaltning	Vote. Medvirkning forutsetter at aktører blir ansett som berørt part av beslutningstakere/eksperter, og av aktørers evne til å formulere argumenter. Befolkningen anses som stemmegivere.	Resultater baseres på å ha gjort prosessen “riktig” og rasjonelt.	Informasjon om prosess og beslutningsgrunnlag.
Ny offentlig styring	Vote/Voice. Medvirkning for “alle”. Mer gjennomslagskraft for de ressurssterke. Befolkningens anses som brukere. Voice gjennom formelle høringer.	Resultater imøtekommer preferanser. Effektive prosesser som er økonomisk gunstige.	Informasjon om prosess og beslutningsgrunnlag i de formelle fasene.
Ny offentlig forvaltning	Vote/Voice. Medvirkning tilrettelegges og styres for å inkludere flest mulig. Aktører anses som likeverdige partnere.	Kvaliteten på resultatet baserer seg på medvirkning og samarbeid mellom aktører.	Informasjon om prosess og beslutningsgrunnlag også fra oppstart/uformelle faser i planleggingen.

Tradisjonell offentlig forvaltning

Tradisjonell offentlig forvaltning som hierarkisk styringsform legitimeres på grunnlag av demokratiske prosesser der de folkevalgte representerer interessene til befolkningen. Slik sett innehar styringsformen input-legitimitet i en vote-forstand. Styringsformen har en lavere grad av input-legitimitet sett i lys av voice-perspektivet. Hvem som blir ansett som berørt part defineres av eksperter og beslutningstakere. Dette gir interessenter, utover de som er definert,

smalere rom for å delta og å påvirke beslutninger. Tilretteleggingen for medvirkning i planprosessene er lav. Det å delta forutsetter at partene har ressurser og evner til å formidle sine synspunkter på en overbevisende måte.

Output-legitimiteten i *tradisjonell offentlig forvaltning* forutsetter at planer og prosesser er gjennomført «riktig». Med dette menes at prosessen oppfyller saksbehandlingskrav og lovverk, samt at resultatene gjenspeiler rasjonelle beslutninger. Folkevalgte definerer problemet som skal løses og interessene til befolkningen, og benytter seg av eksperter og administrasjonen for å vurdere ulike løsninger. De folkevalgte blir målt på de resultatene de klarer å oppnå og kan sanksjoneres av velgerne om de ikke produserer tilfredsstillende resultater.

Tradisjonell offentlig forvaltning som hierarkisk og ekspertdrevet styringsform kan ha svakheter i throughput-legitimiteten. Det gis informasjon om prosess og beslutningsgrunnlag, men det kan være vanskelig å tolke og forstå innholdet i dokumenter og vurderinger for de som står utenfor.

Ny offentlig styring

I *ny offentlig styring* har i utgangspunktet alle rett til å medvirke og å delta i beslutningsprosesser. Ulike former for medvirkning brukes for å måle og observere preferanser i befolkningen, for eksempel medvirkningsgrupper eller undersøkelser. Befolkningen har også anledning til å ytre sine synspunkter i offisielle høringer. Ressurssterke interessenter har en fordel ved at de klarer å navigere et mer fragmentert system, og har overskudd til å benytte seg av de ytringskanaler som er tilgjengelige. Det offentlige er organisert i en mer fragmentert styringsmodell hvor flere offentlige instanser er mer autonome enn i *tradisjonell offentlig styring*. Dette kan svekke input-legitimiteten, da folkevalgte ikke har direkte ansvar og mulighet til å styre offentlige institusjoner og private aktører. Bedrifter og private kan utvikle sine planforslag bak lukkede dører. Medvirkningen skjer dermed ikke før planene blir annonsert offisielt.

I *ny offentlig styring* er effektive og lønnsomme beslutninger grunnlaget for output-legitimiteten. Hvis tjenester og produkter imøtekommer preferansene til brukerne vil det

anses som gode resultater. Ressurssterke interessenter kan kjøpe seg ut av køer og benytte seg av alternative tilbud om det offentlige ikke imøtekommer deres standard og forventninger.

Throughput-legitimiteten i *ny offentlig styring* kan være lav fordi planer kan utvikles og avtaler inngås tidlig i planprosessen og utenfor de offisielle høringsrammene. Denne delen av prosessen kan være udokumentert og vanskelig å etterprøve. Informasjon og dokumentasjon er enten ikke utarbeidet, eller blir ikke tilgjengelig for allmennheten før de formelle fasene av planprosessen. Mye av denne informasjonen kan være preget av ekspertuttalelser og fagkunnskap som gjør informasjonen vanskelig å tolke.

Ny offentlig forvaltning

I *ny offentlig forvaltning* er informasjon og deltakelse også en del av den uformelle tidligfasen av planprosessen. Hvis medvirkningen er tilrettelagt vil interessenter som kan ha vanskeligheter med å tolke informasjon få hjelp til å få innsikt i prosessen og beslutningsgrunnlaget og dermed øke input-legitimiteten. Interessentene deltar i en partnerskapsmodell som likeverdige parter, og man forsøker å tilrettelegge for grupper som ikke har de samme ressursene som andre aktører. Dette bidrar til å øke input-legitimiteten til planer i voice-forstand. Folkevalgte vil her bidra på en likere linje med borgere og utviklere. Styringsformen forutsetter at de som inngår i partnerskapet deltar frivillig og har anledning til å bidra. Det kan være vanskelig å gjennomføre slike partnerskapsmodeller, fordi ansvarfordeling kan være vanskelig å bli enige om, og deltakere kan ha andre forpliktelser som prioriteres.

Output-legitimitet i *ny offentlig forvaltning* måles i hvilken grad resultatet baserer seg på medvirkningen og deltakelsen til interessenter. Ved å gjennomføre planprosesser der partnerskap og likeverdige aktører har fått delta og definere problemstillinger, produseres planer og resultater som er tilfredsstillende.

Ny offentlig forvaltning tilrettelegger for informasjon fra tidlig i planprosessen. Dette bidrar til å øke throughput-legitimiteten. For å unngå at forslag til reguleringsplaner langt på vei er utformet før de når offentligheten, vil man inkludere interessenter så tidlig som mulig. Slik får interessenter også bidra til å definere planproblemet som skal løses.

Studiespørsmål 1

Første studiespørsmål; “Hvilken rolle spiller ulike former for styringssystemer seg i prosessen og hvordan kan disse legitimeres?” besvares ved å gjennomgå analysemodellen og identifisere likheter og ulikheter i prosessen med de ulike kategoriene i tabell 3.

Tradisjonell offentlig forvaltning

Tradisjonell offentlig forvaltnings rolle blir først og fremst identifisert i bruken av statlig regulering av Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Dette viser hierarkiet i plansystemet. Kommunen skulle i utgangspunktet ta avgjørelsen om reguleringsplanene, men regjeringen brukte sin lovfestede rett og autoritet til å overta prosessen. I en input-legitim forstand blir denne avgjørelsen legitimert av at avgjørelsen er tatt av folkevalgte representanter (voice). Det at folkevalgte kan bli sanksjonert hvis de ikke produserer tilfredsstillende resultater vises først og fremst i lokaldemokratiet. Kommunevalget i 2019 endret koalisjonen i bystyret og ga et flertall som var imot nedleggelsen av Ullevål. Motstanden mot planene lokalt bidro også til at Arbeiderpartiet Oslo offisielt endret sitt standpunkt i 2021.

Output-legitimiteten i *tradisjonell offentlig forvaltning* forutsetter at resultatet av planprosessen er gjennomført riktig. Dette har vært oppe til diskusjon flere ganger. Prosessen er tatt i forsvar og det er vist til at utredninger og vurderinger er utført av eksperter (helseforetakene), men at endelig avgjørelse er tatt av de folkevalgte på nasjonalt nivå slik som i foretaksmøte med helseministeren i 2016 (Sak nr. 2 [11:24:08]).

Tradisjonell offentlig forvaltning anses som hierarkisk og ekspertdrevet, der informasjon om prosess og beslutningsgrunnlag i planleggingen er produsert av eksperter. Dette samsvarer med throughput-legitimiteten i denne styringsformen. Uten empiriske undersøkelser er det vanskelig å vurdere hvor krevende det er for mennesker utenfor prosessen å tolke informasjonen og beslutningsunderlaget. Sammendrag, sosiale medier og nyhetssaker har bidratt til å formidle informasjon som går lenger enn throughput-legitimiteten i *Tradisjonell offentlig forvaltning*.

Ny offentlig styring

Prosessen identifiseres i stor grad som *ny offentlig styring*. Helseforetaksmodellen er et eksempel da helseforetakene har ansvar for å beslutte og styre sykehusene innen rammene gitt av de folkevalgte. Utarbeidelsen av planene for Nye OUS er styrt av helseforetakene selv og de er byggherre i prosjektet. Input-legitimiteten i *ny offentlig styring* har som utgangspunkt at alle har rett til å delta. I planprosessen har medvirkningen utover de offisielle rammene har vært åpen for alle som vil komme med innspill, men har fokusert mest på ansatte og brukere. Alle kunne sende e-post med spørsmål og tilbakemeldinger til prosjektet (OUS, 2020). Det var også åpent for å delta som brukerrepresentant. Det har vært hundrevis av medvirkningsgrupper som har jobbet internt med utformingen av funksjoner og arealer i sykehuset.

I dette styringssystemet baserer output-legitimiteten seg på å imøtekomme preferansene til brukerne på en lønnsom og effektiv måte. Dette identifiseres av at planene legger opp til en høyere standard der de fleste pasienter får tilgang på enerom og bad (OUS, 2021a). For de ansatte formidles det at de nye byggene skal være en god arbeidsplass som tilrettelegger for trivsel (OUS s.11, 2021a). Formidlingen om prosjektet viser at det legges opp til effektive og brukervennlige løsninger for brukerne. Om prosjektet tilfredsstiller forventningene vil vises når byggeprosjektene er ferdigstilt.

Ny offentlig styring kan ha lav grad av throughput-legitimitet, da avtaler og planer kan utvikles tidlig i prosessen og utenfor de offisielle høringsrammene. Dette forsvares med at det kan bidra til mer effektive planprosesser. Helseforetakene må dokumentere styremøter og avgjørelser og gjøre referater tilgjengelig for offentligheten. Informasjonen om styremøter, prosess og utredninger har vært tilgjengelig fra 2012. Det at tidligere direktør ved OUS selv fikk utformet en mulighetsanalyse for sin idé om planene på Gaustad (Haugli, 2012) før de ble offentliggjort tilsier ikke at planprosessen ble mer effektiv.

Ny offentlig forvaltning

Ny offentlig forvaltning som styringssystem er identifisert til en viss grad i planprosessen. Input-legitimiteten i dette styringssystemet baserer seg på medvirkning og mulighet til å

påvirke beslutningsgrunnlaget fra tidlig i prosessen. Internt i OUS er det lagt opp til en bred medvirkning fra brukere og ansatte på tvers av ulike funksjonsområder og behov. Dette er også et krav i sykehusplanleggingen i henhold til *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* (2017). Idéen om utbygging og samling av sykehusene på Gaustad ble presentert i 2012 og har fulgt planprosessen fra før det ble tilgang til medvirkning fra ulike interessenter. Dette kan ha bidratt til at de videre offisielle og interne medvirkningsprosessene ikke har kunnet identifisere behov og utvikle planene uavhengig av dette alternativet. Det at styret i OUS og HSØ har tatt beslutninger som ikke har hatt oppslutning blant ansattrepresentanter og fagforeninger kan være et tegn på at interessentene ikke har vært likeverdige i prosessen.

Det legges til grunn at output-legitimiteten under dette styringssystemet vektlegger at resultatet baserer seg på medvirkning og deltakelse. Påvirkning fra politikere og høringsuttalelser har bidratt til endring av planene. Utgangspunktet var ett stort sykehus på Gaustad, men planene er nå på fordelt på to lokalisasjoner. Utformingen og størrelsen på planene har også blitt endret for å imøtekomme tilbakemeldinger. Medvirkningen internt i OUS som skulle bidra til å utforme planene har vært innenfor definerte rammer med liten grad av fleksibilitet (Forslund, 2022). Ansatte har uttrykt at de ikke opplever å bli hørt i det omfattende medvirkningsarbeidet, og at de har hatt liten påvirkningskraft i utformingen av planene.

Throughput-legitimiteten under dette styresettet forutsetter informasjon fra tidlig i prosessen. Som nevnt tidligere har det vært en mengde informasjon tilgjengelig, men idéen om en samling på Gaustad kom likevel som en overraskelse da den ble presentert (Haugli, 2012). Etter hvert som prosessen har utviklet seg har OUS benyttet seg av flere kanaler for å formidle informasjon. Dette inkluderer blant annet egne nettsider, sosiale medier, podcast og Youtube. Dette går utover de offisielle kravene til informasjon i forvaltningen og kan ha bidratt til å nå flere interessenter.

Studiespørsmål 2

Andre studiespørsmål besvares på bakgrunn av casen og legitimitetsteorien: *“Hvordan er legitimiteten satt på spill for ulike interessenter i nedleggelsen av Ullevål Sykehus”*.

Prosesen og aktørbildet var og er komplisert. Det er identifisert tre ulike interessentkategorier som har utpekt seg i prosessen; helseforetakene, folkevalgte og organisasjoner. Dette er en forenklet fremstilling. Oppdelingen er valgt for å vise de generelle problemstillingene tilknyttet legitimitet ulike aktører kan ha i planprosessen. Flere av aktørene har overlappende roller og engasjerer seg på tvers av disse kategoriene. Valget er tatt basert på de ulike interessentenes roller i prosessen og legitimitetsgrunnlag.

Helseforetakene

Helseforetakene innehar legitimitet gjennom å være et resultat av en villet politikk. Grunnlaget for denne organisasjonsmodellen var et ønske om et mer overordnet og demokratisk grunnlag for sykehusdriften i Norge (HOD. s.83, 2001). Føringerne, lovene og rammene for driften er utformet av de folkevalgte som helseforetakene videre står relativt fritt til å løse. Slik sett kan man si at helseforetakene henter sin legitimitet eksternt og er juridisk og demokratisk forankret (vote). Representanter for HSØ og OUS legitimerer nedleggelsen av Ullevål og de nye planene for Aker og Rikshospitalet ved at de fikk støtte fra Oslo Byråd i 2016 og 2018. De gikk til statsråd i 2016 og fikk klarsignal av daværende helseminister. Støtten fra regjeringen ved å bevilge lån til forprosjektet i 2019 understreker den politiske viljen til prosjektet. De har dermed fått politisk støtte på både lokalt og nasjonalt nivå.

Input-legitimiteten i et vote perspektiv kan stå i fare, da Helseforetakene er selvstendige rettssubjekter som ikke trenger å overholde de samme saksbehandlingskrav som andre statlige foretak. Fordi dagens organisering av helseforetakene er relativt ny, kan de mangle tillitt, da de ikke er forankret tradisjonelt og autoritært (Taylor, 2019). Foretaksmodellen fjerner seg fra det demokratiske systemet ved å være en hybrid mellom offentlige og private foretak (Amdam, 2019). Slik sett kan det argumenteres for at Helseforetakene rolle i planleggingen står i krysningspunktet mellom en offentlig aktør og en privat utbygger. I hvilken grad foretaksmodellen er demokratisk har flere ganger vært oppe til diskusjon i prosessen (Slagstad, 2017).

Planen om et stort sykehus på Gaustad var en idé tidligere administrerende direktør ved OUS Erikstein fremmet for over ti år siden. Planene i dag er utviklet og basert på denne idéen, og man startet tidlig med å utvikle planene innad i helseforetaket. Det ble utredet flere alternativer for driften, men Erikstein var i 2014 tydelig på at han foretrakk alternativet på

Gaustad. Utgangspunktet for planene kan slik sett argumenteres for ikke å være demokratisk forankret i det tidlige stadiet. Falleth, Hanssen & Saglie (2014) problematiserer at politikere kan føle seg bundet når planprosessen har kommet langt ut i prosessen. Dette kan forklare hvorfor statlige myndigheter har gitt klarsignal til planene, også etter mye lokal motstand og protester i planprosessen.

Det er gjennomført og tilrettelagt for en omfattende medvirkningsprosess i regi av Nye OUS. Det er også vært en rekke offentlige høringer fra tidlig i prosessen. Dette har gitt et bredt spekter av interessenter mulighet til å ytre seg, noe som bidrar til input-legitimiteten i en voice-forstand. Beslutningen om å gå videre med målbildet ble godkjent av byrådet og Helseministeren, som videre forutsatte nedleggelse av Ullevål. Denne delen av beslutningene har ikke eksterne interessenter hatt samme offisielle muligheter til å påvirke som selve planene for Aker og Rikshospitalet. Som resultat av dette, har interessenter benyttet seg av offisielle høringer for de nye planene for å ytre sin misnøye også om beslutningen om Ullevål. Motstandere har også benyttet seg av demonstrasjoner og protester for å bli hørt. OUS og HSØ har blitt beskyldt for å være lite lydhøre i medvirkningsprosessene og ikke å ha tatt til seg tilbakemeldinger om planene. Liten tillit fra ansatte resulterte i mistillitsforlag mot administrerende direktør, Erikstein i 2019. OUS og HSØ gikk fortsatt videre med prosessen på tross av denne motstanden.

Organisasjonsmodellen til helseforetakene baserer seg på ny offentlig styring. Denne styringsmodellen baserer seg på resultater og måloppnåelse (Amdam, 2019). Klarer helseforetakene å løse sitt oppdrag på en slik måte at de møter preferansene til brukerne og oppnår mål kostnadseffektivt, oppnår de legitimitet i en output-forstand. Helseforetakene innehar også en spesialkompetanse som taler for at de burde være best egnet til å vurdere tekniske og administrative behov for egen virksomhet.

Nedleggelsen av Ullevål og de nye planene på Aker og Rikshospitalet er ikke gjennomført per dags dato. Det er derfor vanskelig å ta stilling til om prosjektet faktisk vil imøtekomme preferanser i befolkningen og produsere tilfredsstillende «håndgripelige» resultater som vil understøtte output-legitimiteten til prosjektet. Nye OUS har brukt flere metoder for å vise hva sluttresultatet kan innebære ved å «oversette» planene fra konsepter og plantegninger til formater som kan være mer tilgjengelige for befolkningen. Modeller og VR er blant annet brukt for vise frem dimensjoner og løsninger som viser hva det endelige resultatet innebærer

(Nye OUS, 2020). Besøk på andre nyere sykehus er også gjennomført for at ansatte kan se potensialet i moderne sykehusbygg.

Det er utført mange utredninger og vurderinger i arbeidet som skal sikre at resultatet av planene skal bidra til effektivitet og en modernisering av sykehusene. Det er også understreket flere ganger at helseforetaket har økonomisk bæreevne til å utføre planene. Sykehusplanene legger opp til enerom for pasientene noe som pasienter og behandlere etterspør og forventer i dagens behandlingstilbud. Planene er også flere ganger justert for å ta hensyn til verneområder, lokalmiljø og høydekrav i Oslos arealplan.

I prosessen har det flere ganger blitt stilt spørsmål ved og reist tvil om planene, med tanke på hvorvidt de tilrettelegger for den kapasiteten som er nødvendig og om de er «økonomisk bærekraftige». Tomten på Ullevål blir sammenlignet med den på Gaustad. Bevaring av Ullevål har av flere blitt ansett som en mer økonomisk løsning, fordi det er flere nyere bygg og funksjoner der allerede.

Ullevåltomten blir også ansett som mer egnet for utbygging i et fremtidsrettet perspektiv. Planene for Aker sykehus har en bredere oppslutning lokalt enn planene på Rikshospitalet. Aker har slik sett potensial for en høyere grad av legitimitet ved ferdigstilling. Det er fortsatt flere som er i tvil om dette er en god løsning i kombinasjon med planene for Gaustad blant annet fordi det vil splitte et etablert og anerkjent akutfagligmiljø på Ullevål. Deler av tomten på Aker ble solgt etter beslutningen om å legge ned Aker i 2010. Dette har bidratt til at man nå må erverve tilbake tomtearealer. Dette brukes som argument for å beholde Ullevål, fordi man kan ha behov for egnede arealer for sykehusene i fremtiden (Berge et al., 2021). Beskyldningen om at OUS har vært lite lydhøre i planprosessen kan forklare den lave graden av aksept for planene lokalt. Mangel på medvirkning kan bidra til lavere kvalitet på beslutningene og resultatene (Falleth, Hanssen & Saglie, 2010).

Planprosessen har vart over flere år og har gått ut på høringer i flere runder. Noe av grunnen til dette er at konsepter og planer ikke har overholdt arealplaner og ikke tatt hensyn til fredede områder. Dette har bidratt til å forsinke planprosessen. Bystyret i Oslo trakk også sin støtte til planene i 2019 og har uttalt at de ikke ville akseptere dem. Helseforetakenes output-legitimitet kan svekkes gjennom at de ikke har klart å gjennomføre og produsere en effektiv planprosess tilpasset lokale preferanser.

Folkevalgte og myndigheter

I nedleggelsen av Ullevål har både nasjonale og lokale politikere vært involvert og påvirket planprosessen for Nye OUS. Folkevalgte er demokratisk valgte representanter og innehar input-legitimitet. De kan bli sanksjonert ved ikke å bli gjenvalgt dersom de ikke imøtekommer behov og preferanser i befolkningen, eller lytter til sine velgere.

Nasjonale folkevalgte har gjennom demokratiske prosesser fått en myndighet til å forvalte og styre politikken i resten av landet. I plansammenheng er denne hierarkiske styringen juridisk forankret. Helseministerens vedtak i 2016 om å gå videre med målbildet til OUS, innvilgningen av lån til prosjektet i 2019, i tillegg til beslutningen om statlig arealplan i 2022, er alle beslutninger som er gjort av folkevalgte med en input-legitimitet i vote-forstand. Det samme gjelder legitimiteten til de folkevalgte i Oslo byråd. De er demokratisk valgte representanter som skal ivareta folkets interesser lokalt.

I byrådet har det vært og er det fremdeles uenigheter mellom partiene om hva som er den beste løsningen for sykehusene i Oslo. Det resulterte i et flertall for planene til OUS i 2016 og 2018, men etter kommunevalget senere i 2018 ble denne støtten trukket tilbake. Arbeiderpartiet Oslo, som tidligere stemte for planene, har senere snudd og gikk offisielt imot i 2021. Dette er et resultat av egne medlemmers og velgernes preferanser og muligheten til å påvirke gjennom valg. Lokalpolitikere kan anses å inneha input-legitimitet i voice-forstand dersom tilbakemeldinger fra befolkningen tas til etterretning utenfor de offisielle valgmulighetene.

Input-legitimiteten til nasjonale myndigheter i planprosessen til Nye OUS kan svekkes, siden de står fjernere fra sine velgere enn folkevalgte på lokalt nivå. Ved statlig arealplan gjelder de samme saksbehandlingsregler for medvirkning som i andre plannivåer, men beslutningen tas på statlig nivå. Argumenter mot statlig arealplan er at dette går imot lokaldemokratiske prinsipper og fjerner beslutningsmyndigheten fra de som vil bli påvirket mest (Holt & Winge, 2017). Et annet moment er den lokale motstanden utvist av politikere og andre organisasjoner i Oslo. Å godta planer utviklet av helseforetakene selv, som allerede har hatt problemer med å legitimere planene sine, kan bidra til å svekke tilliten til nasjonale folkevalgte og foretaksmodellen.

Det er vanskelig å vurdere output-legitimiteten til planene om nedleggelsen av Ullevål da nedleggelsen ikke er gjennomført. Lokal og faglig motstand kan fortsatt tilsi at folkevalgte som går inn for planene til OUS langt på vei innehar en lav grad av legitimitet dersom de som uttrykker motstand er en representativ del av befolkningen. Meningsmålinger har vist at 7 av 10 i Oslo var imot planene (Spence, Ask & Lundgaard, 2019).

Resultatet av beslutninger og planprosessen til Nye OUS kan øke eller minske output-legitimiteten til de folkevalgte. På lokalt nivå har endringer i byrådet og koalisjonen om planene gjort at saksbehandling og vedtak har blitt utsatt. Dette taler imot legitimiteten på lokalt nivå, da de ikke har bidratt til en effektiv planprosess. Sykehus og spesialisthelsetjenesten skal ivareta både lokal, regionale og nasjonale interesser og underlagt HOD. Argumenter for en statlig arealplan er å få igangsatt planene og utnyttet de ressursene som allerede er brukt på prosjektet.

Organisasjoner og grupper

Med organisasjoner og grupper menes her fagforeninger, ad hoc-grupper og andre som har ytret seg negative til planene i prosessen. Her inngår også enkeltpersoner som har uttrykt motstand til prosjektet. Det er vanskelig å bruke input-, - output-, og throughput legitimitet for å analysere disse aktørene da de ikke produserer eller beslutter planene direkte. Det de innehar er en lovfestet rett medvirkning i de offisielle høringene i planprosessene, noe som gjør dem til legitime parter jfr. pbl. §5-1.

Rollen disse organisasjonene og gruppene har er å teste legitimiteten til helseforetakene og de folkevalgte i beslutningen om å legge ned Ullevål Sykehus. Høringer om planene for Nye OUS har blitt brukt for å forsvare Ullevål Sykehus. Utenfor de offisielle rammene for medvirkning er en rekke protester og demonstrasjoner arrangert. Organisasjonene og gruppene har brukt tradisjonelle- og sosiale-medier for å ytre sine synspunkter til beslutningstakere, ofte i samarbeid med hverandre.

Organisasjonene og gruppene representerer ulike interesser tilknyttet Nye OUS. Fagforeninger representerer ansatte i OUS med erfaring og spesialkompetanse. De fagforeningene som har uttalt seg negative til planene har til sammen over 24.000

medlemmer (Forslund et al., 2022). Velforeninger og andre ad hoc-grupper har ofte særinteresser tilknyttet nedleggelsen av planene, slik som å beskytte lokalmiljøet på Gaustad, gjenåpne Aker sykehus eller bevare Ullevål. Det som kan svekke tilliten til organisasjonene er spørsmålet om de faktisk er representative for befolkningen og om det er oppslutning rundt sakene de tar opp. Vedrørende nedleggelsen av Ullevål viste en spørreundersøkelse i Oslo at et flertall ønsker å bevare Ullevål (Spence, Ask & Lundgaard, 2019). Dette bidrar til å understøtte arbeidet til de ulike organisasjonene.

Logikken fra problematiseringen om input-legitimitet tilsier at det er de ressurssterke som i størst grad har mulighet til å ytre seg. Slik kan de med færre ressurser tilsidesettes av andre interessenter som klarer å navigere systemet og bruke de kanalene som er tilgjengelig for å ytre seg. I arbeidet med å gjennomgå debattinnlegg fra 2012 og fremover er det tydelig at det er mange av de samme aktørene som går igjen. Mange av disse interessentene er godt utdannet og innehar spesialkompetanse, som for eksempel samfunnsforskere, arkitekter og leger. Dette kan gi dem en fordel fremfor andre interessenter.

Diskusjon

Legitimitet og styringssystemer som metode- og analyseverktøy

Ved å bruke teori og tekster om styringssystemer og legitimitet har det vært mulig å identifisere ulike problemstillinger knyttet til nedleggelsen av Ullevål og planene til Nye OUS. Analysemodellen (tabell 3) som ble utviklet ved å kombinere tekstene til Amdam (2019) og Falleth, Hanssen & Saglie (2014) er et forsøk på å vise underliggende styringsmekanismer og legitimitetsutfordringer i planleggingen. Å kombinere styringssystemer og legitimitet kan vise utfordringer til legitimiteten innad de ulike styringssystemene, og bidra til forståelsen av hvilke problemstillinger man står ovenfor når de ulike formene for styring kommer i spill. Modellen kan være et nyttig verktøy, men kan også ha bidratt til å utvanne de ulike teoriene når de blir stilt sammen. Å identifisere legitimitetsgrunnlaget (input-, output- og throughput-legitimitet) til de ulike styringssystemene alene har vært enklere enn å bruke disse begrepene kombinert i casen. Dette kan komme av den kategoriske måten Amdam viser styringssystemene i sin tekst. Analysemodellen kan ha behov å bli videreutviklet og spisset for lettere å kunne brukes i en kvalitativ casestudie.

Falleth, Hanssen & Saglies tekst setter legitimitetsteorien i en lokal sammenheng. I lys av casen kunne det vært nyttig å se på andre tekster som spisser utfordringer til legitimiteten i flernivåstyring.

Det at legitimitetsteorien er normativ (Schmidt, 2013) kan gjøre det vanskelig å komme utenom hvordan jeg selv ønsker at planleggingen skal være i analysen og vurderingen. Gjennom undersøkelser av kronikker, høringer og debatter har det vært mulig å finne hovedpoengene både til de som er for og imot planene. Dette kan fortsatt være en svakhet, da disse kildene kan vise et polariserende bilde.

Der styringssystemene *tradisjonell offentlig forvaltning* og *ny offentlig styring* er gjenkjennelige i store deler av prosessen, var det vanskeligere å identifisere *ny offentlig forvaltning*. *Ny offentlig forvaltning* forsøker å løse problemene som oppstår i møte mellom *tradisjonell offentlig forvaltning* og *ny offentlig styring*. De løsningene Amdam (2019) viser til virker som et ideal som er vanskelig å overholde. Store prosjekter, slik som Nye OUS, har mange interessenter på ulike forvaltningsnivåer. Hvordan man skal få til en prosess der interessentene får samarbeidet som likeverdige parter er vanskelig å se for seg.

Refleksjoner om nedleggelsen av Ullevål og Nye OUS

Nedleggelsen av Ullevål Sykehus og planene for Nye OUS er en del av en prosess som har gått over mange år. Diskusjonene og motstanden mot avgjørelsen internt i HSØ og politisk tyder på at prosjektet har en lav grad av legitimitet. På bakgrunn av studien er den lave legitimiteten et moment jeg mener er hovedproblemstillingen ved avgjørelsene. Dette er utgangspunktet for planene tilbake i 2012. Planen om et samlet sykehus på Gaustad var basert på tidligere direktør Eriksteins idé som det senere viste seg at ikke var mulig å realisere. Jeg har ikke funnet at styret i OUS har hatt en tilsvarende plan tidligere. Dette kan ha ført til «følgefeil» som har påvirket legitimiteten til den resterende prosessen. Det at Erikstein som leder og initiativtaker til dette alternativet ledet flere arbeidsgrupper fra den første prosjektfasen, kan ha svekket tillitten til arbeidet og vurderingene som ble utført fordi han var tydelig på at Gaustad var det foretrukne alternativet. Mistillitsforslaget fra tillitsvalgte i OUS mot Erikstein i 2019 var på bakgrunn av det de mente var lite medvirkning fra, og en overkjøring av de ansatte.

Da helseministeren sammen med HSØ vedtok målbildet om en delvis samling på Gaustad og lokalsykehus på Aker i 2016 hadde diskusjonen om planene allerede pågått i mange år. Om dette vedtaket kan anses for å være demokratisk forankret og dermed legitimt kan til dels forsvares med input-legitimitet i vote-forstand, men det var helseforetaket selv som hadde utformet planene og tatt vurderingene i forkant av vedtaket. Dette viser en svakhet i foretaksmodellen i *ny offentlig styring* fordi det er vanskelig å identifisere og ansvarliggjøre beslutningstakere. Oslo kommune stilte seg bak prosjektet i 2016 og 2018. Etter kommunevalget i 2019 mistet de denne støtten. Dette viser at planene har vært demokratisk forankret lokalt, men at dette har endret seg over tid.

Konseptene som først ble offentliggjort viste planer som ikke samsvarte med reguleringene til Oslo kommune. Dette kan ha bidratt til å forsinke prosjektet og gjort planprosessen mindre effektiv. På bakgrunn av tilbakemeldinger etter høringer har planene endret seg over årene. Dette viser en viss grad av fleksibilitet, men OUS har ikke klart å produsere planer som har skapt tillitt til at de har valgt de beste alternativene. Output-legitimiteten er svekket fordi helseforetaket ikke har overbevist interessenter om at valget av lokalisering gir den beste løsningen økonomisk og behandlingsmessig.

Beslutningen om statlig arealplan ble tatt etter at store ressurser og år var brukt på å utvikle planene. Jeg mener denne avgjørelsen til en viss grad var legitim i en output-forstand. Hvis planene hadde blitt stoppet av kommunen, blir det et spørsmål om hvor effektivt OUS kunne ha utvikle nye alternativer og planer. Nedleggelsen av Ullevål er ikke kommunens ansvarsområde, men kommunen kunne ha påvirket planene på Aker og Gaustad. OUS er en viktig del av hele Norges befolknings spesialiserte helsetilbud og omfatter mer enn lokale interesser. Samtidig ligger sykehuset i Oslo og tjener først og fremst Oslo og de nærliggende områdene. Dualiteten mellom lokale- og nasjonale interesser er en vanskelig balanse.

Til forsvar for planene for Nye OUS må en plan ha et utgangspunkt. Behovet for oppgraderte lokaler og bygg i OUS var og er et faktum understøttet av fagmyndigheters vurderinger av bygningsmassen. Jeg er sikker på at det ville blitt mange diskusjoner og debatter uansett utforming av sykehusstrukturen og planene. Ser man til andre sykehusprosjekter i Norge går mange av debattene ut på det samme. Lokalisering, størrelse og økonomi er gjentakende temaer i sykehusutbyggingen.

Videre studier

Arealplanlegging er et tverrfaglig fagområde som har nytte av ulike faglige disipliner og perspektiver. I nedleggelsen av Ullevål og utformingen av de nye planene ville det vært nyttig å se nærmere på hvordan makt og organisasjonskultur innad i helseforetakene har påvirket prosessen. Det kunne også vært spennende å se nærmere på om tilhørighet og stedsidentitet kan ha påvirket motstanden mot nedleggelsen av Ullevål.

Avslutning

Denne studien ble levert 15.02.23, ti måneder etter anmodningen om statlig regulering av Nye OUS. Diskusjonen om Nye OUS pågår fortsatt med mange av de samme argumentene for og imot planene. Det er lite som tyder på at planene nå vil bli reversert, men økonomiske nedgangstider kan påvirke prosjektet (Svendsen et al., 2023). OUS og HSØ planlegger kutt i bemanningen for å finansiere byggeprosjektet, men er klare på at de skal gå videre med planene (Ekroll, 2023). Det vil bli spennende å følge prosjektet videre og se resultatet når det blir ferdigstilt.

Kilder

Aftenposten. (06.12.19). Flertall i Oslo bystyre for å utrede Ullevål sykehus og sette Gaustad-byggingen på vent. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/oslo/i/8mLdW1/flertall-i-oslo-bystyre-for-aa-utrede-ullevaal-sykehus-og-sette-gaustad-byggingen-paa-vent>

Aftenposten. (08.04.22). Aftenposten mener: Riktig å gå i gang på Gaustad. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/leder/i/dn9bXA/aftenposten-mener-riktig-aa-gaa-i-gang-paa-gaustad>

Ali, I., Juven, O., Skarra, C. (31.01.19). Langt skritt nærmere Ullevål-nedlegging. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/langt-skritt-naermere-ullevaal-nedlegging-1.14408981>

Allmendinger, P. (2017). *Planning theory*. Bloomsbury Publishing.

Amdam, R. (2019). Strukturelle vilkår for medverking i kommunal planlegging og politikk under tre ulike styringssystem. *Kart og plan*, 112(4), 282-298.

Amdam, R. (2016). Planlegging, forankring og legitimitet. *Plan*, 48(3-04), 17-21.

Arnstein, S. R. (1969). "A Ladder of Citizen Participation." *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4): 216–224. DOI: 10.1080/01944366908977225.

Bakken, J. D. (23.11.22). Nye Oslo-sykehus kan gi full stopp for andre sykehus: - Tømmer hele sparegrisen. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/tillitsvalgte-advarer-om-at-nye-oslo-sykehus-kan-gi-kutt-hos-andre-sykehus-1.16180218>

Berge, L. N., Bjørang, G., Dahl, I. M. S., Engh, V., Lundgren, R. A., Mannsåker, T., Nordal, E., Roald, B. B.-H., Shetelig, A. W., Skarpaas, T., (31.01.21). Bygging på Ullevål-tomten gir det beste resultatet. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/zg4yz1/bygging-paa-ullevaal-tomten-gir-det-beste-resultatet>

Bjørnbeth, B. A. L., Myhren, H., Rootwelt, T., Frich, J. (10.02.22). Nye sykehus i Oslo gir bedre helsetjenester. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/k6PLLv/nye-sykehus-i-oslo-gir-bedre-helsetjenester>

Borger, C. (29.01.2020). Oslo bystyre trekker støtten til å legge ned Ullevål Sykehus. *Vårt Oslo*. Hentet fra: <https://vartoslo.no/bent-hoie-bjorg-sandkjaer-christian-boger/oslo-bystyre-trekker-stotten-til-a-legge-ned-ullevaal-sykehus/113783>

Bovim, G. & Bjørnbeth, B. A. (27.04.21). Oslo universitetssykehus – hvorfor bygger vi slik vi gjør?. *Avisa Oslo*. Hentet fra: <https://www.ao.no/oslo-universitetssykehus-hvorfor-bygger-vi-slik-vi-gjor/o/5-128-87506>

Braathen, F. (05.06.19). Akuttleger mangler tillit til sykehusledelsen etter kritisk rapport. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/norge/i/1AJ657/Akuttleger-mangler-tillit-til-sykehusledelsen-etter-kritisk-rapport>

Bøhler, D. (06.08.19). Plass nok på Gaustad. *Dagens Næringsliv*. Hentet fra: <https://www.dn.no/innlegg/helse/sykehus/helse-sor-ost/plass-nok-pa-gaustad/2-1-648927>

Connelly, S. & Richardson, T. (2004) Exclusion: The necessary difference between ideal and practical consensus, *Journal of Environmental Planning and Management*, 47(1), pp. 3–17.

Dagens Næringsliv. (03.11.11.). Uegnet som sykehus. *Dagens Næringsliv*. Hentet fra: <https://www.dn.no/samfunn/uegnet-som-sykehus/1-1-1732112>

Dagens Næringsliv. (22.12.14). – Helt nødvendig. *Dagens Næringsliv*. Hentet fra: <https://www.dn.no/-helt-nodvendig/1-1-5275730>

Didriksen, N., Olaussen, L.M. (18.11.14). Massiv motstand mot gigantsykehus i Oslo. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/massiv-motstand-mot-gigantsykehus-i-oslo-1.12041526>

Dommerud, T., Johansen, A. P. (28.11.2013). Riksrevisjonen: OUS-pasientene har ikke fått det bedre. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/norge/i/Kv7QM/riksrevisjonen-ous-pasientene-har-ikke-faatt-det-bedre>

Dommerud, T. (12.12.15). Leger om sykehusplanene i Oslo: - Blir kostbart, krevende og tar for lang tid. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/oslo/i/V9Ap/leger-om-sykehusplanene-i-oslo-kostbart-krevende-og-tar-for-lang-tid>

Drabløs, M. B. (01.12.11). Risikerer tvangsmulkt på en million daglig. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/ma-vedta-vedlikeholdsplan-1.7898782>

Duncan, P. & Thomas, S. (2000). *Neighborhood Regeneration: Resourcing Community Involvement* (Bristol: The Policy Press).

Egge, A. Ekeberg, Ø. Gisvold, S. E., Grimsgaard, C., Holthe, E., Hovda, K. E., Rasmussen, K., Røe, O. D., Skaga, N. O., Strand, T., Vaglum, P., Wyller, T. B., Hernes, G. (21.04.22). Statlig inngripen løser ikke sykehusproblemene i Oslo. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/EaM9j5/statlig-inngripen-loeser-ikke-sykehusproblemene-i-oslo>

Ekroll, H. C. (19.01.23). Oslo universitetssykehus planlegger kutt tilsvarende rundt 500 årsverk. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/norge/i/5BLa2E/oslo-universitetssykehus-planlegger-kutt-tilsvarende-rundt-500-aarsverk>

Engen, B. Ø. (20.09.17). Legene på OUS protesterer mot nedleggelsen av Ullevål Sykehus. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/spesialisthelsetjeneste/legene-pa-ous-protesterer-mot-nedleggelse-av-ullevaal-sykehus/358156>

Erikstein, B. (13.06.14). Fremtidens sykehus for fremtidens pasienter. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/oslo/i/31oX/fremtidens-sykehus-for-fremtidens-pasienter>

Esaiasson, P., Gilljam, M., & Persson, M. (2012). Which decision-making arrangements generate the strongest legitimacy beliefs? Evidence from a randomised field experiment. *European Journal of Political Research*, 51(6), 785-808.

Falleth, E. I., Hanssen, G. S., & Saglie, I. L. (2010). Challenges to democracy in market-oriented urban planning in Norway. *European Planning Studies*, 18(5), 737-753.

Falleth, E. I. & Hanssen, G. S. (2008). The role of civil society in neo-liberal planning. Paper presented at the EURA Conference, "Learning Cities in a Knowledge-based Global Society", Milan, October 9–11.

Finansdepartementet. (2016). *Utredningsinstruksen*. Hentet 25.10.22 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/instruks-om-utredning-av-statlige-tiltak-utredningsinstruksen/id2476518/>

Forslund, M. V. (22.03.22). Mangelfull medvirkning i Nye OUS truer pasientsikkerheten. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/a7o4p7/mangelfull-medvirkning-i-nye-ous-truer-pasientsikkerheten>

Forslund, M. V., Førland, A. M. W., Urstrømmen, S. E., Wølsted-Knudsen, B., Møllersen, L., Aanderaa, B., Holtebekk, E., Nævestad, L. S., Høyland, T. S., Skorpen, E. B., Stenberg-Nilden, H. & Øslebø, A. (15.04.22). Kort sagt, langfredag 15. april - Hvem sikrer funksjonelle sykehus?. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/dn15KJ/kort-sagt-langfredag-15-april>

Frich, J. (05.06.19). Nye sykehus i Oslo. *Dagens Næringsliv*. Hentet fra: <https://www.dn.no/innlegg/helse/sykehus/helse-sor-ost/nye-sykehus-i-oslo/2-1-615625>

Grimsgaard, C. (12.07.19). Dårlige planer, ikke vrang ansatte. *Dagens Næringsliv*. Hentet fra: <https://www.dn.no/innlegg/helse/sykehus/ulleval-sykehus/darlige-planer-ikke-vrang-ansatte/2-1-636154>

Grinde, E. (30.10.12). Gigasykehuset. *Dagens Næringsliv*. Hentet fra: <https://www.dn.no/gigasykehuset/1-1-1902055>

Groruddalen. (15.12.15). I morgen skal styret i Oslo universitetssykehus gjennomgå idéfasen om en nytt sykehus for hele Oslo. Byråd Inga Marte Thorkildsen (SV) stiller seg bak en Aker-løsning. *Groruddalen*. Hentet fra: <https://groruddalen.no/far-stotte-fra-byradet/19.15183>

Hanssen, G. S., & Saglie, I. L. (2010). Cognitive closure in urban planning. *Planning Theory & Practice*, 11(4), 499-521.

Hanssen, G. S. (2013). Negotiating urban space. Challenges of legitimacy in market-oriented urban planning.

Haugsgjerd A. & Segard, S. B. (2020). Politisk tillit, lokaldemokrati og legitimitet - Kunnskapsstatus og utviklingstrekk. *Institutt for samfunnsforskning*.

Haugli, Å. (26.10.12). Overrasket med gigantsykehus. *Dagens Næringsliv*. Hentet fra: <https://app.retriever-info.com/go-article/05500820121026doc6771fj8jasp1ikba5jfg/null/archive/search?type=jwt>

Helsedirektoratet. (2011). Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. *Helsedirektoratet*

Helseforetaksloven. (2001). Lov om helseforetak m.m. (LOV-2001-06-15-93) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helsefore>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Om lov om helseforetak m.m.* (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/?ch=2>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). Statlig finansiering av de regionale helseforetakene. *Regjeringen*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/statlig-finansiering-av-de-regionale-hel/id227797/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (01.04.22). Nye Rikshospitalet og Nye Aker ved Oslo universitetssykehus HF - anmodning om gjennomføring av statlig reguleringsplan. *Regjeringen*.

Helse og sosialutvalget. (05.06.2021). Høring i helse- og sosialutvalget - Ullevål sykehus. *Oslo kommuneTV*. Hentet fra: <https://oslo.kommunetv.no/archive/784>

Helse Sør-Øst RHF. (16.06.2016). SAK NR 053-2016
VIDEREFØRING AV PLANER FOR UTVIKLINGEN AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Helse Sør-Øst RHF. (15.07.17). SAK NR 072-2017 - VIDEREFØRING AV PLANER FOR UTVIKLINGEN AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Helse Sør-Øst RHF. (16.11.18). Videreutvikling av Aker og Gaustad

Helse Sør-Øst RFJ. (14.10.22). Forprosjektrapport for Nye Aker og Nye Rikshosiotalet

Helse Sør-Øst. (28.05.19). Vurdering av Ullevål som alternativt regionsykehus i Oslo. *Helse Sør-Øst*.
Hentet fra: <https://helse-sorost.no/nyheter/vurdering-av-ulleva-som-alternativt-regionsykehus-i-oslo>

Holsen, T. (2000). Medvirkning som begrep i plan-og bygningsloven, Notat 3/2000 for planlovutvalget, Planlovutvalget, Oslo.

Ikdahl, T. (20.10.14). OUS må ha nye Bygg. *Dagens Næringsliv*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/ous-ma-ha-nye-bygg/109502>

Jacobsen, D. Skaga, N.O., Sandbæk, G., Line, P.D., Jacobsen, A.F., Jørgensen, J., Solberg, S., Mondrad-Hansen, P.W., Pettersen, J.R., Røkkum, M., Madsen, J.E., Bjørnbeth, B.A., Lassen, K., Buskop, C., Gaarder, T., Næss, P.A. (25.09.2019). Sykehusutbygging i Oslo: Alternative løsninger må utredes, ikke bare «belyses» | 16 overleger og professorer. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/mening/debatt/i/vOgeBL/sykehusutbygging-i-oslo-alternative-loesninger-maa-utredes-ikke-bare-belyses-16-overleger-og-professorer>

Jakobsen, K. A. (01.04.22). Krever at Raymond konfronterer regjeringen: – Et alvorlig angrep på lokaldemokratiet. *Avisa Oslo*. Hentet fra: <https://www.ao.no/kraver-at-raymond-konfronterer-regjeringen-et-alvorlig-angrep-pa-lokaldemokratiet/s/5-128-286949>

Juven, O. (11.09.18). Godtar ikke at Aker blir brukt som gissel. *NRK*. Hentet fra: https://www.nrk.no/osloogviken/_godtar-ikke-at-aker-blir-brukt-som-gissel-1.14203377

Juven, O. (20.11.18). Sykehus kan bli 34 meter høyere enn tillatt. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/vil-bygge-hoyere-enn-radhusstarnene-1.14301608>

Juven, O. (05.12.18). Sprekker med 9,4 milliarder. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/sprekker-med-9-4-milliarder-1.14324313>

Juven, O. (12.04.21). Fortsatt usikkerhet rundt storsykehus på Gaustad. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/vil-ikke-si-ja-til-storsykehus-pa-gaustad-1.15451351>

Juven, O. & Didriksen, N. (15.04.21). Striden om Ullevål sykehus: – «Game over» for Gaustad. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/striden-om-ullevaal-sykehus--bystyret-sier-nei-til-storsykehus-pa-gaustad-1.15455174>

Juven, O. & Jonassen, A. D. B. (01.04.22). Redder ikke Ullevål. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/redder-ikke-ullevaal-sykehus-i-hurdalsplattformen-1.15688392>

Juven, O. (16.12.22). Nye Oslo-sykehus vedtatt - kan koste over 50 milliarder kroner. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/nye-oslo-sykehus-vedtatt--kan-koste-over-50-milliarder-1.16221614>

Kalveland, J. (17.01.20). Ny OUS-direktør: – De ansatte skal få en hånd på rattet. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/01/17/ny-ous-direktor--de-ansatte-skal-fa-en-hand-pa-rattet/>

Kalveland, J. (20.10.20). OUS-styret sa ja til å starte forprosjekt for nye sykehus. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/10/20/ous-styret-sa-ja/>

Kalveland, J. & Moe, L. (19.10.20). Advarer mot å gå videre med sykehusplaner: - Det fremstår veldig fragmentert. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/dmtv-nyheter-oslo-universitetssykehus-oslo-universitetssykehus-ous/advarer-mot-a-ga-videre-med-sykehusplaner-det-fremstar-videlig-fragmentert/197002>

Kalveland, J. & Moe, L. (19.10.20). Lei av omkamper – støtter sjefen. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/dmtv-nyheter-helsepolitikk-og-helseokonomi-3-oslo-universitetssykehus/lei-av-omkamper-stotter-sjefen/286578>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014). *Medvirkning i planlegging: Hvordan legge til rette for økt deltakelse og innflytelse i kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven*

Kommunal- og distriktsdepartementet. (2018). *Reguleringsplanveileder*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/reguleringsplanveileder/id2609532/>

Kroepelien, A., C. (03.12.19). "Hvem misforstår reglene om saksbehandling, Bent Høie?" *Dagens medisin*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/12/03/hvem-misforstar-saksbehandlingsreglene-bent-hoie/>

Kroepelien, A., C. (2019). Sykehusplaner for Nye Oslo Universitetssykehus: En gjennomgang av rettslige problemstillinger aktualisert av lånesøknad fremmet i statsbudsjettet for bygging av Nye Oslo Universitetssykehus

Kåresen, R. (11.05.18). Norges dyreste visjon? *Klassekampen*. Hentet fra: <https://klassekampen.no/utgave/2018-05-11/norges-dyreste-visjon>

Larsen, R. L., Lunde, A. L. (30.03.22). Bli med på innsiden av Ullevål Sykehus. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/oslo/i/V93Gw6/bli-med-paa-innsiden-av-ullevaal-sykehus>

Lipset, Seymour. (1968). *Det politiske menneske*. Oslo: Gyldendal.

Mordt, H., Olaussen, L.M., Wilden, V. (10.06.14). Slik kan nye gigantsykehus bli - ledelsen av Oslo universitetssykehus (OUS) vil bygge et nytt og moderne sykehus. I dag la de frem planene. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/nye-sykehusplaner-i-oslo-1.11768024>

NRK. (04.01.22). Krever folkeavstemning om Ullevål Sykehus. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/nyheter/krever-folkeavstemning-om-ullevaal-sykehus-1.15919883>

Nordahl, B. (2006) Deciding on development. Collaboration between markets and local governments, Doctoral theses, Trondheim, Norwegian University of Science and Technology.

Oslo Bystyre. (11.09.18). Åpen høring om Helse Sør-Østs fremtidige sykehusstruktur i Oslo-regionen. *Oslo KommuneTV*. Hentet fra: <https://oslo.kommunetv.no/archive/420>

Oslo Bystyre. (07.09.22) Innbyggerforslag av 02.06.2021 - Rikshospitalet må vernes - Nei til riving. *Oslo KommuneTV*. Hentet fra: <https://oslo.kommunetv.no/archive/977?caseId=24043>

Odner, B., Werner-Erichsen, R. (04.07.2022). OUS planen er ubrukelig - Det går ikke an å gi befolkningen i Oslo og Sørøst-Norge slike sykehus. *Dagsavisen*. Hentet fra: <https://www.dagsavisen.no/debatt/2022/07/04/ous-planen-er-ubrukelig/>

Oslo Legeforening. (18.12.19). Sykehusplanene i Oslo – kort fortalt. *Den norske legeforening*. Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/oslo-legeforening/nyheter/2019/sykehusplanene-i-oslo-kort-fortalt/>

Oslo Universitetssykehus HF. (2014). Idéfase OUS: Campus Oslo.

Oslo Universitetssykehus HF. (2015). Framtidens OUS Idéfase 2.0.

Oslo Universitetssykehus HF. (28.01.2016). Framtidens OUS, Idéfase – Konkretisering etter høring

Oslo Universitetssykehus HF. (24.05.17). Styremøte 4/2017.

Oslo Universitetssykehus. (11.02.20). Pasienter og pårørendes medvirkning i Nye OUS. *Oslo universitetssykehus*. Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nye-oslo-universitetssykehus/pasienter-og-parorendes-medvirkning-i-forprosjekt/pasienter-og-parorendes-medvirkning-i-nye-ous#hvordan-foregar-involvering-av-pasienter-og-parorende>

Oslo Universitetssykehus. (2021a). Bli med på reisen til nye OUS. *Oslo Universitetssykehus*

Oslo Universitetssykehus. (11.04.21). Nye Sykehus vil styrke behandlingstilbudet i hele landet. *Oslo Universitetssykehus*. Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nye-oslo-universitetssykehus/nye-sykehus-i-oslo-vil-styrke-behandlingstilbudet-i-hele-landet>

Oslo Universitetssykehus. (19.05.22). Nye Rikshospitalet og Nye Aker: Riksantikvarens innsigelser er svart ut. *Oslo Universitetssykehus*. Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nye-oslo-universitetssykehus/nye-rikshospitalet-og-nye-aker-riksantikvarens-innsigelser-er-svart-ut>

Oslo Universitetssykehus. (19.12.22). Nye Aker og Nye Rikshospitalet vedtatt. *Oslo Universitetssykehus*. Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nye-oslo-universitetssykehus/nye-aker-og-nye-rikshospitalet-er-vedtatt>

Plan- og bygningsloven. (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (LOV-2008-06-27-71) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71?q=plan>

Riksrevisjonen. (2011). Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen

Riksrevisjonen. (2011). Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene. Dokument 3:11 (2010–2011)

Riksrevisjonen. (2021). Undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Vedlegg 14 til Dokument 3:2 (2021–2022) Rapport.

Ringholm, T. M., Nyseth, T., & Hanssen, G. S. (2018). Participation according to the law? The research-based knowledge on citizen participation in Norwegian municipal planning.

Ruef, M., & Scott, W. R. (1998). A multidimensional model of organizational legitimacy: Hospital survival in changing institutional environments. *Administrative science quarterly*, 877-904.

Rydin, Y. & Pennington, M. (2000). Public participation and local environmental planning: The collective action problem and the potential of social capital, *Local Environment*, 5(2), pp. 153–169.

Scharpf, F. (1999). *Governing in Europe: Effective and Democratic?* (Oxford: Oxford University Press).

Schmidt, Vivien. (2013). «Democracy and legitimacy in the European Union revisited: Input, output and ‘throughput’.» *Political Studies* 61(1):2–22.

Schmitter, P. (2002). Participation in governance arrangements: Is there any reason to expect it will achieve “sustainable and innovative policies in a multi-level context”?, in: J. R. Grote & B. Gbikpi (Eds) *Participatory Governance*, pp. 51–69 (Opladen: Leske-Budrich)

Slagstad, R. (20.09.14). Imperiebyggeren på Gaustad: NYTT SYKEHUS: Hva skal til for å friskmelde hovedstadens sykehus, spør Rune Slagstad. *Klassekampen*. Hentet fra: <https://app.retriever-info.com/go-article/05501020140920168376/null/archive/search?type=jwt>

Slagstad, R. (18.02.16). Kronikk: Ser byrådet bort fra risikoen med et gigantsykehus? |Rune Slagstad. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/wA15/kronikk-ser-byraadet-bort-fra-risikoen-med-et-gigantsykehus-rune-slagstad>

Slagstad, R. (16.08.2017). Den nye helseadelen. *Tidsskriftet – den norske legeforening*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2017/08/essay/den-nye-helseadelen>

Snakk om Nye OUS. (09.03.2022). *Episode 20: Ullevåls fremtid*. Hentet fra: <https://www.podbean.com/ew/pb-x3n8u-11c8946>

Snakk om Nye OUS. (14.06.2021). *Episode 12: Ja, vi vil alle ha nye bygg, men....* Hentet fra: <https://www.podbean.com/ew/pb-m9f8n-1063ccb>

Sosial- og Helsedepartementet. (2001). Lov om helseforetak m.m. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/?ch=1>

Spence, T. Ask, A. & O. Lundgaard, H. (01.12.19). Stort flertall i Oslo for å beholde Ullevål sykehus. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/g714ok/stort-flertall-i-oslo-for-aa-beholde-ullevaal-sykehus>

Stoksvik, M. (16.02.2021). Oslo Ap vil beholde Ullevål Sykehus. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/oslo-arbeiderparti-om-nye-oslo-universitetssykehus-1.15377325>

Stortinget. (23.10.19). Sak nr. 2 [11:24:08]

Stortinget. (16.02.22). Sak nr. 1 [10:01:39]

Storvik, A. G. (11.09.18). Helse Sør-Øst: - Det er Oslo-sykehusenes tur nå. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/helse-sor-ost-rhf-politikk-og-okonomi-sykehusutbygging-hovedstadregionen/helse-sor-ost-det-er-oslo-sykehusenes-tur-na/119692>

Svendsen, M., Flatås, S., Toftaker, j., Bakken, J. (17.01.23). Helseministeren ber sykehusene stramme inn. *NRK*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/trondelag/helseminister-ingvild-kjerkol- ap -ber-sykehusene-stramme-inn-vikarbruken-1.16259660>

Sykehusbygg. (2017). Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.

Sykepleien. (08.04.19). Uavhengig faggruppe lanserer alternativ sykehusplan for Oslo. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2019/04/uavhengig-faggruppe-lanserer-alternativ-sykehusplan-oslo>

Taylor, Z. (2019). Pathways to legitimacy. *Planning Theory*, 18(2), 214-236.

Tewdwr-Jones, M., & Allmendinger, P. (2002). Planning Futures. *New Directions for Planning Theory*. London. van Ham, C., Thomassen, J. J., Aarts, K., & Andeweg, R. B. (Eds.). (2017). *Myth and reality of the legitimacy crisis: Explaining trends and cross-national differences in established democracies*. Oxford University Press.

Toft, M. (11.12.15). UiO vil ha hovudsjukehus på Gaustad med lokalsjukehus på Aker. *Uniforum*. Hentet fra: <https://www.uniforum.uio.no/nyheter/2015/12/uio-vil-ha-hovudsjukehus-pa-gaustad-med-lokalsjuke.html>

Tømmerbakke, S. G. (12.09.2022). OUS-direktøren: - Må prioritere hardere. *Dagens Medisin*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/09/12/ous-direktoren--ma-prioriterer-hardere/>

Vicuña, M., & Galland, D. (2019). Urban Planning. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Urban and Regional Studies*, 1-13.

van Ham, C., Thomassen, J. J., Aarts, K., & Andeweg, R. B. (Eds.). (2017). *Myth and reality of the legitimacy crisis: Explaining trends and cross-national differences in established democracies*. Oxford University Press.

Werner-Erichsen, R. (21.03.16). Bør sykehus-luftsloppet på Gaustad forsvinne i det blå? *Dagsavisen*. Hentet fra: <https://www.dagsavisen.no/nyheter/2016/03/21/bor-sykehus-luftsloppet-pa-gaustad-forsvinne-i-det-bla/>

Vestreng, T. (24.06.2019). OUS-direktør Bjørn Erikstein valgte å fratruke. *Dagsavisen*. Hentet fra: <https://www.dagsavisen.no/oslo/nyheter/2019/06/24/ous-direktor-bjorn-erikstein-valgte-a-fratruke/>

Winsnes, T., I. (10.10.22). Kan vi ha de sånn? *Dagsavisen*. Hentet fra:
<https://www.dagsavisen.no/debatt/2022/10/10/kan-vi-ha-det-sann/>

Zeiner, H. H., & Hanssen, G. S. (2012). Demokrati, styring og planlegging–funn fra forskningen i Forskningsrådets DEMOSREG-program 2005–2010.

Ølberg, B. (2019). Planlegging og nærdemokrati. *Plan*, 51(1), 50-55.

Tabeller:

Tabell 1: Styringssystem og vilkår for planlegging og medvirkning. Hentet fra Amdam (2019)

Tabell 2: Oversikt input-, output- og throughput-legitimitet.

Tabell 3: Analysemodell - Legitimitet og styringssystemer.



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway