

Tillit når du trenger den mest

En kritisk diskursstudie av hvordan et folkemøte og prosessene rundt innvirket på kommunikasjonsklimaet mellom borgerne i Flekkefjord og ledelsen ved Sørlandet sykehus

KJETIL RUSTENBERG

VEILEDER

Professor Jan Svennevig

Universitetet i Agder, 2019

Fakultet for humaniora og pedagogikk

Institutt for nordisk og mediefag

Master

FORORD

Når denne oppgaven nå nærmer seg slutten føler jeg meg litt som muldvarpen, eller kanskje reven i Franz Kafkas «Hiet». Jeg har flere ganger løpt ut av mitt «hi» i fortvilelse over alle irrgangene, for så å vende tilbake, forbauset over hva jeg har fått til. Når jeg har besvart ett spørsmål, har det dukket opp to nye. Dette har gjort det ulidelig spennende, men også krevende.

Til deg som leser: Denne oppgaven er skrevet ut i fra *min* kunnskaps- og erfaringshorisont. Dette er så langt *jeg* kan se per i dag. Det finnes opplagt mer som jeg selv vil se etterhvert, og som du som leser kanskje allerede er i stand til å se. I ekte kritisk ånd vil jeg derfor oppmuntre deg til å stille gode spørsmål underveis. Finner du feil, eller andre forståelser, så rett det opp og ta det med deg videre. Slik bygges ny, og rikere kunnskap.

Å skrive masteroppgave i voksen alder er noe eget. Er det en ting som er tydelig for meg nå, så er det at slike ting gjør man ikke alene. Jeg har vært helt avhengig av de rundt meg. Jeg vil derfor benytte denne anledningen til å takke venner og familie for støtte, oppmuntring, barnepass og god hjelp. Det har betydd utrolig mye!

Jeg vil også takke gode kollegaer for sparring og input. Spesielt vil jeg takke Johanne Tunaal-Larsen og min gode venn Kristian Jørgensen for å ha lest korrektur, og for å ha kommet med gode innspill som uten tvil har forbedret oppgaven. Takk!

Professor Jan Svennevig: Du har vært en utrolig viktig og god sparringspartner i et halvt år nå. Takk for tålmodigheten, for inspirasjon og for de alltid like gode og innholdsrike innspillene du har kommet med. Det har vært helt avgjørende for at jeg har kommet i mål. Til mine tre vidunderlige barn Martin, Jesper og Live: Dere betyr alt. Spiss fiskestengene, vi skal på tur!

Og til slutt.. Kjære Kristine. Klippen min. Takk for at du har klart å interessere deg for et folkemøte i Flekkefjord. Det er prisverdig. Takk for at du har støttet, oppmuntret og diskutert med meg. At vi var to om dette hadde alt å si!

Kjetil Rustenberg,

Kristiansand 3. juni 2019

SAMMENDRAG

I denne kritiske diskursstudien vises det via perspektiver fra samfunnsplanlegging, journalistikk, retorikk og krisekommunikasjon hvordan kommunikasjonsklimaet og dialogen mellom Sørlandet sykehus og borgerne i Flekkefjord ble påvirket av et folkemøte, og prosessene rundt dette. Folkemøtet oppstod med bakgrunn i at administrerende direktør ved Sørlandet sykehus ønsket å legge ned akuttkirurgi og traumemottak ved det lokale sykehuset i Flekkefjord. I folkemøtet møtte administrerende direktør, politikere og borgere hverandre.

Studien viser hvordan den lokale avisen i Flekkefjord, ved ansvarlig redaktør forvaltet sitt samfunnsoppdrag. Avisen tok tydelig stilling i akuttkirurgisaken, og var en aktiv aktør i debatten. Studien viser hvordan avisen regelmessig angrep administrerende direktørs ethos, og hvordan dette svekket hans troverdighet og tillit. Studien viser også hvordan direktørens strategier for å bevare og bygge ethos ikke vant fram. Via teorier fra krisekommunikasjon argumenteres det for at akuttkirurgisaken var en krise for Sørlandet sykehus. Gjennom analysene vises det hvordan sykehusdirektørens strategiske valg mislyktes i å forsvare og gjenopprette omdømmeskader.

Folkemøtet plasseres inn i en kulturell- og en demokratisk kontekst via perspektiver fra samfunnsplanleggingsfaget. Ved hjelp av teoriene til blant annet Jürgen Habermas og Chantal Mouffe pekes det mot medvirkende årsaker til konflikten mellom borgerne og sykehusledelsen.

Konklusjonen av analysene fremmer en kritikk av lokalavisen i Flekkefjord ved ansvarlig redaktør, og Sørlandet sykehus ved administrerende direktør, sin håndtering av denne saken. Begge medvirket til å skape en polarisert debatt, og med det forringet de mulighetene for god dialog mellom borgerne i Flekkefjord og sykehusledelsen. Dette hemmet nødvendig kunnskapsproduksjon, og reduserte med det grunnlaget for at borgerne kunne danne frie meninger.

SUMMARY

This critical discourse study shows how the communication climate and dialogue between Sørlandet hospital and the citizens of Flekkefjord was influenced by a public forum, and the processes surrounding it. This is done via perspectives from social planning, journalism, rhetorics and crisis communication. The public meeting arose as a result of a proposal from the CEO of Sørlandet hospital to close down the emergency surgery unit and the trauma reception at the local hospital in Flekkefjord. At the public meeting, the CEO, politicians and citizens met each other.

This study shows how the local newspaper in Flekkefjord, by the chief editor, managed its social mission. The newspaper took a clear position in the emergency surgery case and played an active role in the debate. The study shows how the newspaper regularly attacked the CEO's ethos, thus weakening his credibility and trust. The study also shows how the director's strategies for preserving and building his own ethos did not function adequately. Through theories from crisis communication, it is argued that the emergency surgery case was a crisis for Sørlandet hospital. Analyzes show how the hospital director's strategic choices failed to defend and restore damage done to his reputation.

The public meeting is placed in a cultural and a democratic context through perspectives from the social planning field. Using theories from Jürgen Habermas and Chantal Mouffe, among other things, the study points to contributing causes of the conflict between the citizens and the hospital management.

Conclusions of the analyzes promotes a criticism of the local newspaper in Flekkefjord by the chief editor, and Sørlandet hospital, by the managing director's handling of this case. Both contributed to creating a polarized debate, and with that they impaired the opportunities for good dialogue between the citizens of Flekkefjord and the hospital management. This hampered the necessary production of knowledge, and by that reduced the basis for citizens to form free opinions.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	2
Sammendrag	3
Summary	4
Masteroppgave Samfunnskommunikasjon 2019: Tillit når du trenger den mest: En kritisk diskursstudie av hvordan et folkemøte og prosessene rundt innvirket på kommunikasjonsklimaet mellom borgerne i Flekkefjord og ledelsen ved Sørlandet sykehus	7
Innledning	8
<i>Problemstilling</i>	9
<i>Empiri</i>	9
<i>Innsamlet data</i>	10
<i>Avklaringer</i>	10
Deltakere – folkemøtet i Spira	10
Agder Flekkefjords Tidende.....	12
Sørlandet sykehus	12
Hva er akuttkirurgi og traumemottak?	12
<i>Å forske i eget reir – forskerrollen og egen bakgrunn</i>	13
<i>Etiske vurderinger</i>	13
Metode og teoretiske tilnæringer	14
<i>Kritisk diskursstudie</i>	14
<i>Diskursanalyse</i>	14
<i>Kritisk diskursanalyse</i>	17
<i>Hva er makt?</i>	18
<i>Transkripsjoner og transkripsjonsnøkkel</i>	18
Transkripsjonsnøkkel.....	19
<i>Multimodal interaksjonsanalyse</i>	19
<i>Analyser av avisartikler</i>	21
Fire tilnæringer – fire svar?	22
<i>Det demokratiske: folkemøtet og perspektiver fra planleggingsfeltet</i>	23
Instrumentell, rasjonell planlegging.....	23
Deliberativt demokrati: Habermas og kommunikativ planlegging	25
Chantal Mouffe - Agonistisk demokrati og politikk i det politiske	28
Drøftinger av akuttkirurgisaken og folkemøtet i en kulturell kontekst	29

Oppsummering – samfunnsplanlegging.....	41
<i>Det journalistiske.....</i>	<i>43</i>
Avisenes samfunnsoppdrag.....	43
Finnes det et lokaljournalistisk samfunnsoppdrag?	45
Meningsdannelse og kunnskapsproduksjon	47
Hva var limet, og hvor var lupa i Flekkefjord?	49
Etisk vurdering av sykehussaken.....	54
Oppsummering – journalistikk.....	60
<i>Var folkemøtet en del av en krise for Sørlandet sykehus og administrerende direktør?.....</i>	<i>61</i>
Hva er en krise?	61
Hva er krisekommunikasjon?	62
Gjenopprettelse av omdømme – William Benoit	64
Terminologisk kontroll – Keith Hearit	72
Situasjonsbestemt krisekommunikasjon - W. Timothy Coombs	86
Oppsummering – krisekommunikasjon	92
<i>Retorikk – den vanskelige tilliten.....</i>	<i>93</i>
«Tillit til hva denne direktøren kan klare»	99
Direktørens innledende ethos	100
Direktørens ethos i folkemøtet – avledet ethos.....	107
Det endelige ethos.....	124
Avslutning	126
Litteraturliste	130
<i>Vedlegg 1: Verbale transkripsjoner av folkemøtet i Spira – 20.02.2017</i>	<i>134</i>
<i>Vedlegg 2: Multimodale transkripsjoner</i>	<i>200</i>
<i>Vedlegg 3: Utvalg av avisartikler.....</i>	<i>239</i>
Figur 1 Norman Faircloughs modell for diskursanalyse (Hågvar, 2011, s. 35)	16
Figur 2 Tilpasset tredimensjonal modell	17
Figur 3 Transkripsjonsnøkkel	19
Figur 4 Fra multimodale transkripsjoner (MT 1).....	20
Figur 5 DIAD modellen (Innes & Booher, 2010, s. 35).....	37
Figur 6 Stemmedeling elite / grasrot.....	50
Figur 7 Avisen Agder, 15. Februar s. 8&9	51
Figur 8 Stemmedeling - perspektiv.....	51
Figur 9 Forsider Avisen Agder, 13.-15.-17.-20.-22.-24.- og 27.februar 2017	53
Figur 10 Snever og bred forståelse av krisekommunikasjon (Figur 1;Johansen & Frandsen, 2015, s. 16).	63
Figur 11 Strategier for imagegjenopprettelse (Benoit;Figur4.3;Johansen & Frandsen, 2015, s. 206-209).	65
Figur 12 Hearits modell for krisekommunikasjon som terminologisk kontroll (Frandsen&Johansen, 2009, s. 342).	73

Figur 13 Coombs kriseresponsstrategier (Frandsen & Johansen, 2009, s. 351).....	88
Figur 14 Det eksterne pentagrammet (Kjeldsen, 2015, s. 73).....	96
Figur 15 Det interne pentagrammet (Kjeldsen, 2015, s. 75).....	96
Figur 16 Retrieversøk 15.mars 2019, søkeord Jan-Roger Olsen.....	101
Figur 17 Forside Avisen Agder, onsdag 15.februar 2017	101
Figur 18 Side 6&7 Avisen Agder, onsdag 15.februar 2017	102
Figur 19 Håndsopprekking Spira.....	123
Figur 20 Leder Avisen Agder 23.februar 2017	124

**MASTEROPPGAVE SAMFUNNSKOMMUNIKASJON 2019: TILLIT NÅR DU TRENGER DEN MEST: EN KRITISK
 DISKURSSKAPNING AV HVORDAN ET FOLKEMØTE OG PROSESSERNE RUNDT INNVIKLET PÅ
 KOMMUNIKASJONSKLIMAET MELLOM BORGERNE I FLEKKEFJORD OG LEDELSEN VED SØRLANDET SYKEHUS**

INNLEDNING

I 2015 vedtok Stortinget en Nasjonal helse- og sykehusplan. I den kom de med en anbefaling om at akuttkirurgi og traumemottak burde begrenses til sykehus med et pasientgrunnlag på mellom 60 og 80 000 eller mer. Sørlandet sykehus Flekkefjord hadde et pasientgrunnlag på 40 000. Med det åpnet sykehusplanen for å fjerne det akuttkirurgiske tilbudet.

Men; planen åpnet også for en skjønsmessig vurdering, sykehus for sykehus. Geografisk plassering kunne for eksempel tale for at akuttkirurgi-tilbudet ble opprettholdt, til tross for et manglende pasientgrunnlag.

I Nasjonal helse- og sykehusplan kunne vi lese:

Begge de to rådgivningsgruppene anbefalte at sykehus med akuttkirurgisk funksjon bør ha et opptaksområde på minst 80 – 100 000 innbyggere. Anbefalingen er basert på det en vet om forholdet mellom volum og kvalitet, kunnskap om den faktiske akuttkirurgiske aktiviteten ved sykehus av ulik størrelse, og gruppe-medlemmenes egne erfaringer. En nedre grense for opptaksområdet for akuttkirurgi på 100 000 innbyggere vil berøre så mange som 35 av 51 akutt-sykehus. Regjeringen vil derfor, med bakgrunn i dagens sykehusstruktur, foreslå en veiledende grense for akuttkirurgi på 60 – 80 000 innbyggere. Det er forslått et spenn og ikke en absolutt grense fordi det alltid vil måtte gjøres skjønsmessige vurderinger. Det bør for eksempel stilles høyere krav til opptaksområde for et sykehus med kort avstand til nærmeste større akutt-sykehus enn til et sykehus der avstanden er stor. I enkelte deler av landet vil forhold som klima, kommunikasjon/transport og avstand til nærmeste større akutt-sykehus innebære at akuttkirurgi må opprettholdes, selv om opptaksområdet er under 60–80 000 innbyggere.» (Nasjonal helse- og sykehusplan, Regjeringen Solberg, 2015, s. 42)

Disse skjønsmessige vurderingene var det enkelte helseforetak, ved de respektive administrerende direktører, som skulle foreta.

Å endre i folks sykehusstilbud er ikke enkelt, og det kan være skremmende for dem som opplever at tryggheten ved sykehuset rokkes ved.

Sørlandet sykehus, ved administrerende direktør Jan-Roger Olsen lagde i februar 2017 et forslag til et vedtak som foreslo å legge ned akuttkirurgi og traumemottak ved sykehuset i Flekkefjord. Dette skapte et stort engasjement, og den 20. februar 2017 inviterte Aksjonsgruppen Bevar Flekkefjord sykehus, sammen med lokalavisen Agder Flekkefjords Tidende (Agder) et bredt politikk-panel samt administrerende direktør til et åpent folkemøte i Flekkefjord kultursenter Spira, hvor sykehuset i Flekkefjord sin framtid skulle diskuteres.

I denne oppgaven spør jeg hvilken rolle folkemøtet, og prosessene rundt spilte for meningsdannelse og kunnskapsproduksjonen i denne konkrete saken. Spørsmålet om tillit har fått en sentral posisjon. Uten en grunnleggende tillit er det vanskelig å foreta gode beslutninger legitimert hos befolkningen.

PROBLEMSTILLING

I forbindelse med saker som skaper engasjement, dukker det ofte opp forskjellige folkelige initiativ. Folkemøter er eksempler på dette.

I denne kritiske diskursstudien fokuserer jeg på et folkemøte som oppstod som en reaksjon på at det lokale sykehuset i Flekkefjord ble truet i den såkalte akuttkirurgisaken fra 2017.

På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvordan bidro folkemøtet i Spira og prosessene rundt det, til å forbedre eller forverre kommunikasjonsklimaet og de demokratiske prosessene i akuttkirurgisaken i Flekkefjord?

For å svare på dette ser jeg på tilliten mellom sykehusledelsen og befolkningen, meningsdannelse og kunnskapsproduksjon i denne sammenhengen. Dette gjør jeg ved hjelp av fire forskjellige perspektiver: det demokratiske, det journalistiske, det retoriske og perspektiver fra krisekommunikasjon.

Sentralt i en kritisk diskursstudie er fokus på og kritikk av makt. Som en underproblemstilling har jeg derfor valgt:

Hvordan utøver de forskjellige aktørene makt i prosessene rundt, og i folkemøtet, og er denne maktutøvelsen legitimert?

EMPIRI

Empirien i denne oppgaven er avgrenset i tid til to uker i forbindelse med at administrerende direktør ved Sørlandet sykehus, Jan-Roger Olsen presenterte og la frem for styret ved sykehuset et forslag til vedtak hvor han foreslo å legge ned akuttkirurgien og traumemottaket ved sykehuset i Flekkefjord. På bakgrunn av det har jeg fokusert på et videoopptak fra folkemøtet ved Spira i Flekkefjord. Folkemøtet ble avholdt den 20.02.2017. Opptaket er transkribert i sin helhet, og deler av det er transkribert multimodalt. For at de

kontekstuelle forholdene skal komme fram har jeg også analysert et utvalg avisartikler fra den lokale avisen i Flekkefjord, Avisen Agder. Som kriterier for avisartiklene har jeg satt følgende:

1. Innholdet skal være produsert av Avisen Agder.
2. Innholdet skal være publisert i papirutgaven av avisen, og dermed tilgjengelig for alle.
3. Innholdet skal være publisert i tidsrommet en uke før og en uke etter folkemøtet i Spira.
4. Innholdet skal omhandle akuttkirurgisaken.

Tilsammen har jeg analysert 23 nyhetsartikler, 2 leserinnlegg og 5 lederartikler, fordelt på 7 avisutgaver.

INNSAMLET DATA

Innsamlet data i denne oppgaven begrenser seg til videoopptak fra folkemøtet, og avisartikler hentet via A- tekst. Den opprinnelige videoen fra folkemøtet lå lenge tilgjengelig på NRK sine nettsider. Da jeg skulle starte arbeidet med denne oppgaven var opptaket fjernet. Dette fikk jeg tilsendt etter en henvendelse til NRK i januar 2019.

AVKLARINGER

DELTAKERE – FOLKEMØTET I SPIRA

Jan-Roger Olsen, direktør ved Sørlandet sykehus

Kristen Munksgaard, redaktør for lokalavisen Agder Flekkefjords Tidende (heretter kalt Avisen Agder). Møteleder / debattleder under folkemøtet.

Rolf Terje Klungland, politiker (Arbeiderpartiet, Ap) og representant for «Aksjonsgruppen Bevar Flekkefjord sykehus».

Gisle Meininger Saudeland, politiker (Fremskrittspartiet, FrP). Stortingskandidat for FrP.

Ingunn Foss, politiker (Høyre, H). Stortingsrepresentant for Vest-Agder.

Ola Elvestuen, politiker (Venstre, V). Stortingsrepresentant og leder i Stortingets miljø- og energikomité i 2017.

Hans Fredrik Grøvan, politiker (Kristelig Folkeparti, KrF). Stortingsrepresentant for Vest-Agder.

Kjersti Toppe, politiker (Senterpartiet, SP). Stortingsrepresentant for Hordaland. 1.nestleder Helse- og omsorgskomiteen. Senterpartiets helsepolitiske talskvinne.

Odd Omland, politiker (Arbeiderpartiet, Ap). Stortingsrepresentant for Vest- Agder.

Mali Steiro Tronsmoen, politiker (Sosialistisk Venstreparti, SV). Ved Stortingsvalget 2017 stilte hun som SVs førstekandidat for Vest- Agder.

AGDER FLEKKEFJORDS TIDENDE

Avisen Agder Flekkefjords Tidende er en lokalavis for kommunene Flekkefjord, Kvinesdal, Sirdal, Lund og Sokndal. Avisen er førsteavis i alle kommunene, bortsett fra Sokndal. Avisen kom ut for første gang i 1877. Frem til 1971 var avisen en familieeid avis. I dag eies avisen av Amedia, som er Norges nest største mediekonsern etter Schibsted. Avisens redaksjon har tilhold i Flekkefjord, og ansvarlig redaktør er Kristen Munksgaard (Amedia, 2019). Avisen hadde i 2017 et netto totalopplag på 6894 (MedieNorge, 2019).

SØRLANDET SYKEHUS

Sørlandet sykehus består av tre sykehus plassert i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. I tillegg har sykehuset distriktpsykiatriske sentre og poliklinikker andre steder i Agder. Sørlandet sykehus tilbyr spesialisthelsetjenester til innbyggerne i Agder og andre. Tilsammen utfører sykehuset rundt 550 000 pasientbehandlinger årlig, og har et budsjett på ca seks milliarder kroner (SSHF, 2019).

HVA ER AKUTTKIRURGI OG TRAUMEMOTTAK?

Omlag 10% av Norges befolkning skades årlig, og ca 100 000 mennesker skades så alvorlig at de trenger behandling i sykehus. Årlig dør ca 2500 fortrinnsvis unge og tidligere friske personer av skader, og skader er den hyppigste dødsårsaken blant befolkningen under 40 år (Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi, 2019). I akuttmedisinsk sammenheng brukes *traume* og *traumatiske skader* om en rekke alvorlige skader mot kroppen forårsaket av ytre påvirkning. Eksempler på dette er skader som oppstår når kroppen brått bremses ned fra høye hastigheter eller treffes av gjenstander med stor energi. Pasienter med slike skader vil ha behov for en mer systematisk medisinsk vurdering i akuttfasen (Nordseth, 2019). Dette er det et spesialisert team som tar seg av, et såkalt traumeteam. Traumeteamet består av anestesilege og sykepleier, kirurg med spesialitet i gastrokirurgi, ortopediske kirurger og operasjonssykepleier, radiolog, radiograf, bioingeniør og i noen tilfeller intensivsykepleier. Behovet for akuttkirurgisk behandling avdekkes i en tidlig fase, og utføres av aktuell kirurg ut i fra skaden.

Å FORSKE I EGET REIR – FORSKERROLLEN OG EGEN BAKGRUNN

I kvalitative studier er det ganske vanlig at forskeren har kunnskap om forskningstemaet gjennom en annen rolle (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 15.januar 2010, s. 17). Dette er en aktuell problemstilling for mitt vedkommende. Jeg har jobbet i helsevesenet på Sørlandet i 20 år. Når denne oppgaven skrives jobber jeg som kommunikasjonsrådgiver ved kommunikasjonsenheten ved Sørlandet sykehus. Jeg har fra tidligere vært knyttet opp mot de prehospitale tjenestene. Jeg var ikke ansatt som kommunikasjonsrådgiver i 2017 da akuttkirurgisaken utspant seg. Våren 2019 rettet NRK på ny søkelyset mot sykehuset i Flekkefjord og utfordringer knyttet til ortopedisk kirurgi (Arntzen, Ditlefsen, Isungset, Sandbakk & Blekeli, 2019). Jeg unnlot bevisst å involvere meg i denne saken, da det ville kunne påvirke min objektivitet i forbindelse med denne oppgaven.

Jeg har diskutert mitt arbeid med denne oppgaven internt på arbeidsplassen min. Fra sykehusets side har jeg ikke opplevd noen form for press, og jeg opplever ikke at jeg står i en lojalitetssituasjon. Oppgaven utføres ikke på vegne av noen, og har rot i min personlige interesse for denne saken.

Til tross for at jeg har tatt forholdsregler må det antas at jeg innehar visse forståelser som kan komme til uttrykk i denne oppgaven. Mitt engasjement i saken gjør meg til et subjekt i den i seg selv.

ETISKE VURDERINGER

I det opprinnelige forskningsdesignet var planen min å supplere denne oppgaven med intervjuer. I den forbindelse ble prosjektet meldt inn og godkjent av Norsk senter for forskningsdata. Selv om intervjuene ikke ble utført, førte prosessen til at jeg måtte reflektere grundig over de etiske aspektene ved en oppgave som denne. Jeg benytter meg kun av materiale som allerede er publisert, men likefullt beveger jeg meg tett på mennesker når jeg analyserer dem både verbalt og multimodalt. Samlet gir det et massivt uttrykk som jeg antar kan virke overveldende på den enkelte. Jeg er ydmyk og har respekt for at dette kan oppleves som ubehagelig, men jeg mener at det er nødvendig å belyse denne saken på en god måte. For å klare det er den metodiske tilnærmingen min en nødvendighet.

METODE OG TEORETISKE TILNÆRMINGER

I denne oppgaven presenterer jeg teorier i tilknytning til de forskjellige analysene og drøftingene. Teori og redegjørelse kommer først og analysene følger direkte i forlengelse. Hvert kapittel oppsummeres, og funn tas med i den avsluttende delen av studien. Jeg mener at dette øker lesbarheten fremfor å samle all teori i en egen del av oppgaven. Det skal være mulig å lese denne oppgaven uten å måtte hoppe mellom analyse- og teoridelene. Videre i oppgaven vil jeg presentere metodene jeg har benyttet, og teorier knyttet til dem.

KRITISK DISKURSSTUDIE

I en kritisk diskursstudie (CDS) handler det først og fremst om å innta en kritisk innstilling til et gitt fenomen: «Being critical, first of all, is a state of mind, an attitude, a way of dissenting, and many more things, but not an explicit method for the description of the structures or strategies of text and talk” (Wodak & Meyer, 2016, s. 3). Ruth Wodak og Michael Meyer siterer Teun van Dijk (2013) som sier at en kritisk diskursstudie (CDS) ikke må misforstås som en egen metode som havner under kritisk diskursanalyse (CDA).

Wodak&Meyer sier videre at CDS karakteriseres av en rekke prinsipper, som for eksempel problemorienterte tilnærminger. Et særtrekk ved CDS er at man dekonstruerer ideologier og makt ved systematiske undersøkelser av semiotiske data (Wodak & Meyer, 2016, s. 4). CDS åpner for en interdisiplinær tilnærming til problemer, og låser forskeren i svært liten grad til en bestemt metode. Wodak&Meyer (2016) sier:

It is important to stress that CDS has never been and has never attempted to be or to provide one single or specific theory. Neither is one specific methodology characteristic of research in CDS. Quite the contrary, studies in CDS are multifarious, derived from quite different theoretical backgrounds, oriented towards different data and methodologies (Wodak & Meyer, 2016, s. 5)

På bakgrunn av dette henter jeg inspirasjon, og baserer meg i denne oppgaven på prinsipper hentet fra diskursanalyse og kritisk diskursanalyse.

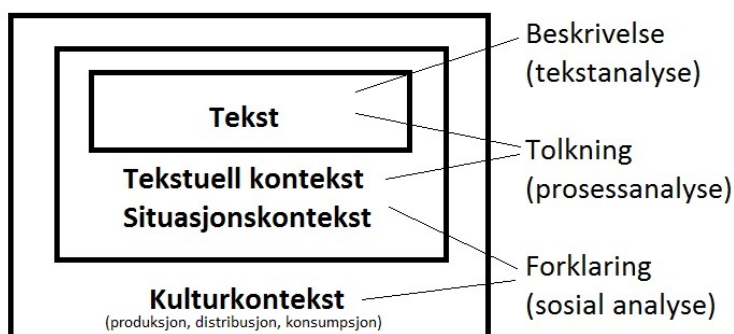
DISKURSANALYSE

Ordet diskurs har sitt utspring i det latinske ordet *diskursus*, som kan oversettes til *å løpe hit og dit* (Tveiten, 2009, s. 77). *Diskurs* kan vise til konkrete saker, og til mer metaforiske referanser knyttet til en grunnverdi. I diskursanalysen er man opptatt av å studere relasjonen mellom språklige ytringer, og den konteksten de opptrer i. Historisk kan man si at

diskursanalyse som tradisjon startet på 1960 og 1970 tallet, og vokste frem via flere forskjellige disipliner, blant annet lingvistikk, semiotikk, psykologi, antropologi og sosiologi (McCarthy, 1991, s. 5). Dette kan dog sees på som en innsnevring av den historiske forankringen. Fra et språkvitenskapelig perspektiv må diskursanalysen kobles mot det paradigmeskiftet som fulgte Ferdinand de Saussures skille innen språkvitenskapen. Saussure mente at språket kunne skilles mellom *langue*, som omhandler språket som system og *parole* som dreier seg om språket i bruk. Ifølge Saussure er språket som system (*langue*) språkvitenskapens primære studieobjekt (Hitching, Nilsen & Veum, 2011, s. 22 og 23). I diskursanalysen er man mindre opptatt av språket som system, og man vektlegger i større grad språket i bruk. På bakgrunn av dette kan man trekke frem en ofte benyttet definisjon som forklarer en diskurs som en *tekst i kontekst* (ibid).

Tveiten viser til hvordan begrepet, som humanistisk og samfunnsvitenskapelig analysetradisjon, er knyttet til teoriene til Michel Foucault. Foucaults begrep om diskursive formasjoner viser til hvordan språk og forestillinger uttrykker samfunnsideologier. En diskurs er, ifølge Tveiten, med andre ord et kontekstuel begrep. Et eksempel på dette er Foucaults studier av galskap som handler om samfunnsskapt forestillinger om galskap, samfunnspolitiske tilnærminger til håndtering av galskap og en klasseforankret politikk i praksis som reflekterer maktstrukturer (Tveiten, 2009, s. 77, 78 og 79). Ifølge Tveiten gjennomsyrrer maktutøvelse samfunnsstrukturene, reflekterer og gjensker forestillinger, kategoriserer og gir innhold til fornemmelser og det usagte (ibid). En diskursanalyse kan være med på å avdekke disse strukturene, og belyse det vi ellers tar for gitt. Ifølge Jan Svennevig er det først når en tekst realiseres som en kommunikativ hendelse at det skapes en relasjon mellom teksten, eller tekstyttringen og den kontekst den opptrer i. Svennevig følger Saussure og trekker et skille mellom tekst som struktur og tekst som yttring, hvor studiet av tekststruktur foregår i disiplinen tekstlingvistikk, mens studiet av tekster som sosial handling foregår i disiplinen diskursanalyse (Svennevig, 2012, s. 170 og 171). Yngve Benestad Hågvar støtter Svennevig, og utdyper begrepet ved å henvise til Johan Tønneson som presiserer det ytterligere til å være: "En diskursanalyse vil da være analysen av hvordan en bestemt tekst er tilpasset en bestemt kontekst, og hvilke tenke-, tale-, handle-, og væremåter denne teksten uttrykker i den aktuelle konteksten (Tønnesson, 2002:220, sitert i Hågvar, 2011, s. 18)"

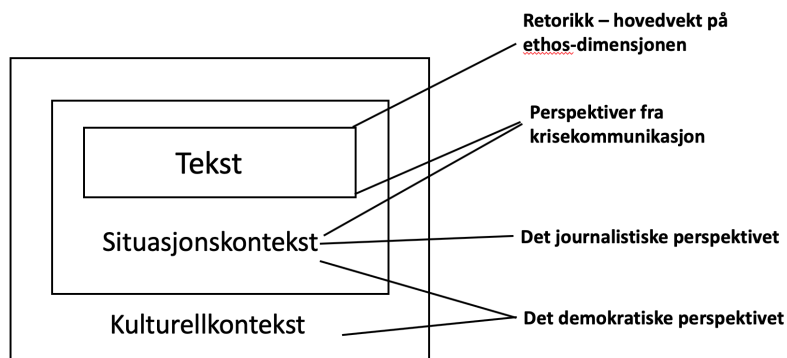
Diskursanalyse er ikke et eget fagfelt, men en multidisiplinær tilnærming som forholder seg til flere forskjellige tradisjoner. Dette gjelder både på det teoretisk og på det metodiske planet (Hitching et al., 2011). Dette åpner for en rekke valgmuligheter, avhengig av hvilken problemstilling man som forsker ønsker å besvare. Felles for all bruk av begrepet diskursanalyse er at man undersøker meningskaping ut over setningsnivå, og med det forsøker å beskrive hvordan språk, tekst og kontekst påvirker hverandre gjensidig. Norman Fairclough er sentral i utviklingen av den lingvistisk orienterte diskursanalysen. Fairclough studerer kulturelle og sosiale forandringer sett ut i fra Foucaults konstruktivistiske syn på virkelighet og sannhet. I sosialkonstruktivismen betrakter man språkbruk som en form for sosial handling som medvirker til å skape mening og sannheter om vår verden, ut i fra ideen om at vår kunnskap om verden blir til gjennom språket (Hitching et al., 2011, s. 31 og 32). Ifølge Fairclough er meningskaping en konstruktiv handling og gjennom tekstlig praksis som produksjon og fortolkning av tekster, blir det konstruert sosiale relasjoner og ulike systemer av kunnskap og tankemåter. Fairclough har utviklet en tredimensjonal modell for diskursanalyse som ofte benyttes for å tydeliggjøre forholdet og samspillet mellom teksten og konteksten. Modellen tar utgangspunkt i tre nivåer, eller dimensjoner og modellen viser at tekster inngår i sosiale prosesser som til sammen utgjør konteksten. Ved å benytte modellen i en analyse kan man påvise sammenhenger mellom nivåene:



FIGUR 1 NORMAN FAIRCLOUGHS MODELL FOR DISKURSANALYSE (HÅGVAR, 2011, s. 35)

Hågvar beskriver hvordan man i praktisk bruk kan benytte modellen for å treng inn i en diskurs. Som kjerne i modellen finner man teksten. En tilnærming forankret i Fairclough vil da være å først analysere teksten nøye både på struktur-, setning- og ordnivå. Deretter må teksten fortolkes i lys av situasjonskonteksten og den tekstuelle konteksten. Her må man forsøke å forstå hvilken sosial funksjon teksten har, og hvordan teksten forholder seg til

sjanger, normer og regler. Kulturkonteksten, som begrep stammer fra Bronislaw Malinowski som oppdaget at han ikke uten videre kunne oversette tekster fra stillehavsspråket kirwinsk til engelsk uten å redegjøre for, og inkludere språkbrukerne kulturelle bakgrunn først (Hågvar, 2011, s. 34-37). Med bakgrunn i Hågvars forståelse plasseres mine perspektiver inn i den tredimensjonale modellen på denne måten



FIGUR 2 TILPASSET TREDIMENSJONAL MODELL

Det finnes mange forskjellige tilnærminger og innganger til diskursanalyse, og de går ofte på tvers av disipliner. Et overordnet prinsipp er at de kombinerer analyser av ytringer, tekster og kommunikative handlinger med analyser av kulturen og samfunnet. I diskursanalysen er man interessert i å avdekke meningsskapende og kommunikative praksiser på mikronivå, og relatere dem til samfunnsmessige og sosiokulturelle strukturer på makronivå (Hitching et al., 2011, s. 11).

KRITISK DISKURSANALYSE

Kritisk diskursanalyse (Critical discourse analysis (CDA)), er en form for diskursanalyse som studerer forbindelsen mellom språk i bruk og makt. Språk i bruk innebærer alltid at språkbrukeren innehar et bestemt perspektiv på verden. Gjennom en kritisk diskursanalytisk tilnærming søker forskeren å avdekke hvordan sosialt maktmisbruk, dominans og ulikheter utspiller og reproducerer seg i sosiale og politiske kontekster (Van Dijk, 2001, s. 352).

Historisk kan man spore CDA tilbake til Frankfurterskolen, før 2.verdenskrig, og Max Horkheimers (1937) teorier om begrepet kritisk. Horkheimer argumenterte for at sosial teori

skulle orienteres mot å kritisere og forandre samfunnet, i motsetning til tidligere teorier som i stor grad tok sikte på å beskrive, forstå og forklare samfunnet (Wodak & Meyer, 2016, s. 6).

HVA ER MAKT?

Makt er et omfattende begrep, som i sin enkleste forståelse omhandler mulighetene A har til å få B til å gjøre noe han / hun ellers ikke ville ha gjort (Engelstad, 2016, 26.april). Det er innenfor CDA en relativ enighet om at Max Webers definisjon av makt tjener sitt formål tilstrekkelig. Ifølge Weber er makt de muligheten som et individ i en sosial setting har til å oppnå hans eller hennes egen vilje, over motstand fra andre. Videre sier Weber at kildene til denne makten kan deles in i tre forskjellige konsepter, som man kan skille fra hverandre:

1. Makt som en bestemt ressurs som individet innehar, i relasjon til andre
2. Makt som en relasjonell fordel i den sosiale utvekslingen
3. Makt i kraft av et ikke synlig / opplagt system som gir den ene fordeler, alt etter hvilket perspektiv man innehar (Wodak & Meyer, 2016, s. 10).

I denne oppgaven utvider jeg denne forståelsen, og peker på hvordan makt i forskjellige situasjoner legger premissene for å gjennomføre bestemte handlinger.

TRANSKRIPSJONER OG TRANSKRIPSJONSNØKKEL

For å trenge inn i det som blir sagt under folkemøtet har jeg valgt å transkribere det. Hele folkemøtet på to timer er verbalt transkribert, og deler av det er videre analysert multimodalt. Tilnærmingen til transkriberingen er inspirert av Yngve Benestad Hågvars metode for å trenge inn i avisartikler (Hågvar, 2011, s. 39 og 40). Her deler man materialet inn i segmenter som man nummererer. Dette er i denne oppgaven det tekstuelle nivået i den tredimensjonale modellen. Jeg har tilstrebet å dele teksten inn i segmenter av hele ytringer, men er ikke konsekvent. Videre tydeliggjøres det hvem som er taleren, og hvert segment kommenteres for seg. Jeg benyttet meg av Express Scribe fra NCH Software, og kjøpte en profesjonell lisens i forbindelse med denne oppgaven. Programmet gav meg god kontroll på lyd hastighet, samtidig som jeg kunne skrive og kommentere. En svakhet ved programmet er at det ikke genererer tidsstempel underveis. Dette måtte jeg gjøre manuelt, og jeg har derfor kun tatt med tidsstempel på de multimodale analysene. I transkripsjonene har jeg benyttet meg av et system som er inspirert av Jan Svennevig. Her deles

talestrømmen opp i intonasjonsenheter snarere enn i setninger (Svennevig, 2012, s. 11 og 12). Henvisninger til det transkriberte innholdet i teksten er markert med tall i klammer.

Eksempel:

Du har jo=.. stakkars.. skal ikke ha skylda for noe.. enda..E= (KREMT) {latter}
(117 og 118).

TRANSKRIPSJONSNØKKE

Symboler	Betydning
..	Kort pause
...	Lang pause
(0)	Turskifte uten pause
=	Forlengt lyd
'ORD	Trykksterkt ord
{ORD}	Overlapp / overlappende tale
-	Avbrutt ord
(H)	Innpust
(Hx)	Utpust
(HOST)	Ikke språk
@	Latter
@ ORD	Lattermild
@	
X	Uhørbar stavelse
<X ORD	Usikker transkripsjon
X>	

FIGUR 3 TRANSKRIPSJONSNØKKE

MULTIMODAL INTERAKSJONSANALYSE


Vi kommuniserer sjelden via språket alene. Både blikk, ansiktsuttrykk, gester, kroppstilling og plassering i forhold til samtalepartnere er kommunikative modaliteter i en interaksjon. Dette er hva den New Zealandske lingvisten Sigrud Norris kaller kroppslige modaliteter (Norris, 2004, s. 2). Norris unngår å kalle dem for non-verbale modaliteter, da dette impliserer at de er underordnet verbalspråket. Ifølge den norske språkforskeren Ingrid Kristine Hasund er modaliteter som blikk og gester noen ganger likestilt eller overordnet det språklige. Ved å bruke termen kroppslige modaliteter likestiller Norris de ulike modalitetene som uttrykkes med kroppen, noe som tillater «den som analyserer å avgjøre hvilken modalitet som eventuelt spiller en overordnet rolle i en gitt interaksjon» (Hasund, 2012, s. 1). I mine analyser benytter jeg Norris og Hasund som grunnlag for å påpeke at kroppslige

modaliteter i noen tilfeller spiller en stor kommunikativ rolle. I noen tilfeller forsterker de det verbalspråklige, mens i andre tilfeller er det nettopp bruken av gester, blick eller plassering i forhold til samtalepartner som er avgjørende for at jeg kan si at en handling er ansiktstruende eller ikke. Med ansiktstruende benytter jeg Erving Goffmans forståelse av begrepet *ansikt* som sier at:

«Begrebet ansigt kan defineres som den positive sociale værdi et menneske i praksis gør krav på i kraft af den linje andre antager han har anlagt ved en bestemt kontakt. Ansigtet er et selvbilde der aftegner sig ved anerkendte sociale træk-om end et billede andre kan dele, som når en person stiller sit erhverv eller sin religion i et godt lys ved selv at gøre sig heldigt bemærket» (Goffman, 2004, s. 39).

Ansiktstruende er med det noe som truer den sosiale verdien som mennesker gjør krav på i forskjellige situasjoner.

Menneskelig samhandling er kompleks, og det er svært vanskelig å fange opp alle modaliteter til en hver tid. Mine analyser er ikke fullendte, og jeg har valgt ut enkelte elementer som jeg fokuserer på. Jeg argumenterer for mine funn, men erkjenner at det er rom for at jeg kan ha gått glipp av informasjon. Det er også rom for at jeg kan ha feiltolket modalitetenes kommunikative funksjoner. Talespråket er sekvensielt organisert, og jeg har knyttet de multimodale analysene til ytringer. I analysene er ytringen markert med gult der den er knyttet til bildet jeg har brukt for å illustrere analysefunn. Eksempel:

Munksgaard:	Ja.. e=.. i f-.. sånn i forhold til applausen	00:00:15 
-------------	---	--

FIGUR 4 FRA MULTIMODALE TRANSKRIPSJONER (MT 1)

I teksten er multimodale analyser markert med bokstavene MT og nummeret i analysen som ligger vedlagt i oppgaven.

I forbindelse med de multimodale analysene måtte jeg bruke VLC Media Player. Dette er en åpen og gratis medieavspiller, som lot meg ta stillbilder med tidsstempel fra videoopptaket. VLC gav meg god kontroll over hastighet, og det var enkelt å sette opp hurtigtaster slik at jeg kunne spole frem og tilbake relativt enkelt.

ANALYSER AV AVISARTIKLER

Avisartiklene er analysert etter Yngve Benestad Hågvars metode, hvor tekstene først deles inn i segmenter, før så å kommenteres (Hågvar, 2011, s. 39 og 40). I analysene var jeg interessert i å få frem hvordan lokalavisen Avisen Agder formidlet akuttkirurgisaken før, under og etter folkemøtet i Spira. Her fokuserte jeg på hvilke stemmer som fikk tale igjennom avisen, og hvordan avisen konstruerte visse forestillinger om verden. Jeg har fokusert på verbalspråklige trekk som var relevante i den aktuelle konteksten. De segmenterte avistekstene følger som vedlegg i oppgaven.

FIRE TILNÆRMINGER – FIRE SVAR?

For å svare ut oppgavens problemstilling har jeg hentet perspektiver fra flere forskjellige disipliner. Fra retorikken fokuserer jeg særlig på ethos-dimensjonen og krisekommunikasjon. Her ønsker jeg å få frem hvordan administrerende direktørs troverdighet endret seg i forkant av, og gjennom folkemøtet i Spira. Via perspektiver fra journalistikken ønsker jeg å få frem hvilken rolle lokalavisen spilte, og hvorvidt de handlet i tråd med de normer og forventninger som vi som samfunn har til pressen. Fra samfunnsplanleggings-faget ønsker jeg å sette hele prosessen inn i en større kulturkontekst, og med det få frem hvorvidt prosessen og aktørene handlet i takt med vår demokratiske forståelse. Oppgavens videre oppbygging følger den tilpassende tredimensjonale modellen (figur 2).

DET DEMOKRATISKE: FOLKEMØTET OG PERSPEKTIVER FRA PLANLEGGINGSFELTET

I denne delen av oppgaven vil jeg hente inn perspektiver fra samfunnsplanleggingsfeltet.

Med dette ønsker jeg å plassere både folkemøtet og prosessene rundt inn i en større kontekst, og med det vise hvordan synet på makt og kunnskap har endret seg, og hvordan dette har harmonert med vår kollektive forståelse av demokrati.

Planlegging, og planleggingsfeltet er bredt og det kan være vanskelig å beskrive. Det finnes ikke en enkelt, allment akseptert definisjon av det. Ifølge Hege Hofstad, professor ved Oslo Met, karakteriseres feltet som et: «..åpent, men konfliktfyllt, felt der ulike forståelser av hvordan planlegging er og bør være eksisterer parallelt» (Hofstad, 2012, s. 21). Hofstad viser til Terje Kleven (2010), som definerer planlegging som «*forberedelse til handling*», og sier at det går ut på å «..styre endringer i ønsket retning eller motvirke en utvikling man ikke ønsker». Kleven kobler sin definisjon til det han kaller metodisk rasjonalitet. Med dette menes det at planleggingen skal foregå ved: «..systematiske og rasjonelle overveielser om mulige løsninger og deres konsekvenser basert på best mulig kunnskap» (Hofstad, *ibid*). Dette reiser spørsmålet om hva slags type kunnskap planleggingen skal bygge på. Fra 1940-tallet og frem til i dag har planleggingsfeltet gjennomgått endringer i tråd med samtidens syn på demokrati, kunnskap og makt. Jeg vil videre i oppgaven greie ut for hvordan perspektiver fra de tre markante tradisjonene instrumentell, kommunikativ og agonistisk planlegging, kan knyttes opp mot akuttkirurgisaken i Flekkefjord.

INSTRUMENTELL, RASJONELL PLANLEGGING

I perioden etter 2.verdenskrig var det en stor optimisme blant befolkningen, og en gjennomgående tiltro til at eksperter og politikere kunne gjenreise det som falt under krigen. I dette lå det en ide om at man via rasjonelle tilnærminger kunne ta gode beslutninger for samfunnet. Disse beslutningene skulle basere seg på objektive data, omfattende observasjon, eksperimentering og logiske deduktive analyser. Dette skulle gjøre planleggere i stand til å forutse den langsiktige utviklingen og bidra til treffsikker styring. Denne tilnærmingen er forankret i positivistiske idealer, som mente at ekspertene skulle forholde seg nøytrale og forsyne politikere og beslutningstagere med data de samlet inn og analyserte. Positivismens grunnleggende lære var å *rense* verden for religion og mystikk, og oppnå kontroll over samfunnet gjennom sikker kunnskap og teknikk (Amdam, 2011, s. 21). I

dette ligger det en tro på at det finnes en objektiv verden som kan observeres og måles. Kunnskap forstått ut i fra dette synet baserer seg på fakta og det observerbare, og innebærer at en objektiv *sannhet* og *kunnskap* finnes og skal tilstrebes. Ekspertene forventes å være nøytrale aktører som gir faglig input til politikerne som så fatter beslutninger, og fastlegger de overordnede rammene (Agger, 2007, s. 34). Ut i fra denne forståelsen blir borgerne subjekter for et ekspert-orientert byråkrati. Her ligger det et stort element av makt. Hvordan argumenterer man og opponerer mot objektive sannheter? I konflikter skal man ut i fra instrumentelle idealer forsøke å inngå kompromisser, men ekspertenes uttalelser var ofte tungtveiende. Makt i denne forståelsen er de mulighetene man har for å tvinge igjennom beslutninger til tross for motstand, forankret i kunnskap. Ekspertene har med andre ord makt til å definere både hva som er *riktig* kunnskap og hvordan det skal handles (Amdam, 2011, s. 19 og 20).

Forståelsen av instrumentell planlegging som primært dominerende etter krigen og frem til 1970 tallet, kritiseres av blant andre Campbakk og Fainstein (Hofstad, 2012, s. 18). De setter spørsmålsteget ved om planlegging noen gang har foregått på denne måten, og de mener at det som faktisk skjedde var at et relativt nytt fagfelt forsøkte å definere seg selv i en turbulent tid. De argumenterer for at instrumentell planlegging aldri ble forlatt til fordel for nye idealer, men har eksistert og eksisterer ved siden av de nyere idealene (ibid).

Ifølge Roar Amdam, professor ved Høgskulen i Volda, lider den vestlige verden som følge av at instrumentell rasjonalitet dominerer over kommunikativ rasjonalitet. Dette fører til at sterke profesjoner og deres sektorer, som hovedsakelig baserer seg på denne rasjonaliteten kan oppnå sterke posisjoner i samfunnet (Amdam, 2011, s. 35).

Kritikk av det instrumentelle planleggingsidealet gikk tidlig på at ekspertene baserte seg på et for enkelt syn på hvordan kunnskap om kollektive løsninger kunne innhentes. Det ble stilt spørsmål ved om det var mulig for planleggere å skaffe seg den kunnskapen som skulle til for å speile befolkningen på en tilfredsstillende måte. På bakgrunn av dette utviklet det seg *inkrementelle teorier*. Dette er en steg-for-steg tilnærming hvor man reduserer usikkerhet og gradvis tilnærmer seg løsninger. Man fokuserer på å utnytte ressursene mot det som det ikke finnes god kunnskap om. Her baserer man seg ikke kun på ekspertkunnskap, men integrerer blant annet interessegrupper i analysene (Hofstad, 2012, s. 22).

Hofstad viser til at man i de senere årene har sett et fornyet fokus på at informasjon som skal benyttes i planlegging må være evidensbasert. Hun bemerker at hva som regnes som evidens er et empirisk spørsmål, og at planleggingsfeltet kan synes å ha en slagside mot kvantitativ kunnskap i forhold til statistisk analyse og datarepresentasjon. Konteksten har imidlertid endret seg, slik at den evidensbaserte planleggingen sees på som noe som forener det rasjonelle med det kommunikative. Med det menes det at ekspertkunnskapen ikke er objektiv, men inngår som en av mange stemmer i en kommunikativ prosess (Hofstad, 2012, s. 22 og 23).

DELIBERATIVT DEMOKRATI: HABERMAS OG KOMMUNIKATIV PLANLEGGING

På 1990- tallet opplevde vi det som kalles en *kommunikativ vending*, og med det et større fokus på *deliberative demokratiske teorier*. Dette kan sees på som et opprør mot den instrumentelle rasjonaliteten som hadde preget samfunnsutviklingen etter krigen. Kritikken mot det rasjonelle planleggingsidealet handler om at de «gamle» styringsmekanismene, med hierarki og kontroll ovenfra og ned, i stadig mindre grad lot seg forene med verden slik den fremstod. Her så man mennesker som ønsket å ha innflytelse over det som angikk dem. De ønsket ikke å reduseres til *brukere, velgere* eller *kunder* slik man for eksempel ser i teoriene om New Public Management i dag (Agger, 2007, s. 34). Med dette endret fokuset seg fra et ekspertbasert top down- perspektiv, til et mer bottom up- perspektiv hvor kommunikasjon stod sentralt.

Ved en deliberativ styreform fattes avgjørelser på grunnlag av en bred, offentlig debatt. Det er særlig Jürgen Habermas, og hans teori om kommunikativ handling som får æren for denne vendingen. Habermas setter opp to ulike verdener som han kaller *system-* og *livsverden*. Livsverdensbegrepet henter Habermas fra fenomenologi og fenomenologisk sosiologi. Dette betegner «*..det implisitte, før- refleksive og før- kritiske grunnlaget som mening og situasjonsdefinisjoner er tuftet på*» (Habermas, 1999, s. 20 og 21). Ifølge Habermas er livsverdenen bærer av de kulturelle, sosiale og personlige tradisjonene, og derfor viktig i forbindelse med reproduksjonen av disse. Det er i livsverdenen at den frie, offentlige samtalen foregår. Her foregår den hverdagslige og spontane dialogen mellom mennesker. Systemverden er kontrasten til dette. Den består av formelt organiserte handlingssystemer som skal ivareta bestemte oppgaver innenfor økonomi og politikk.

Habermas tenker seg at disse to systemene i utgangspunktet ikke var adskilte, men naturlige deler av en helhet. Det er formaliseringen av visse former for kommunikasjon og samhandling som fører til at systemverdenen skilles fra livsverdenen. Habermas viser til at det ut i fra systemverden oppstår subsystemer som økonomi og politikk. Disse er blitt til gjennom mediene, penger og makt som er knyttet opp mot et kapitalistisk økonomisk system, og en rasjonalisert statsadministrasjon. Habermas problematiserer dette videre ved å påpeke at den kommunikasjonen og samhandlingen som naturlig burde forekomme, i større grad skjer gjennom mediene, penger og makt. På den måten trenger systemverdenen inn i livsverdenen (Habermas, 1999, s. 22&23). Det som skjer da er at den private sfæren blir svekket og brutt ned av det økonomiske systemet, mens den offentlige sfæren domineres av det administrative systemet. Med dette får vi en profesjonalisering og en spesialisering i samfunnet som øker avstanden mellom et bredere lag av befolkningen på den ene siden, og eksperter, forskere og byråkrater på den andre (J. A. Cruickshank, 2015). Habermas argumenterer for at systemverdenens logikk dominerer over livsverdenens logikk. Samfunnet styres etter systemverdenens logikk, og borgerne mister livsverdenens perspektiver i de kollektive handlingene (ibid).

Habermas og kraften i det beste argument

Sentralt i Habermas sin teori står målet om *konsensus* og *kraften i det beste argument*. I sitt store verk *Strukturwandel der Öffentlichkeit* (1962), eller *Borgerlig Offentlighet* som ble den norske tittelen, viser Habermas til det han kaller den «klassiske offentligheten». I *Borgerlig offentlighet* avdekker Habermas et sprik mellom et borgerlig ideal om en fornuftig debatt, og dagens virkelighet. Ifølge Habermas ble ikke mening lenger skapt gjennom argumentasjon. Meninger var blitt en konsumvare på lik linje med andre varer (Habermas, 1999, s. 11). Habermas viser til at det i perioden fra midten av 1700 tallet og inn mot 1800- tallet eksisterte en borgerlig offentlighet i europeisk sammenheng. Denne hadde sitt utspring i borgerskapet som vokste frem av den tidens samfunnsutvikling. Dette borgerskapet plasserte seg i kritisk motstilling til statsmakten. Habermas viser til at det i den klassiske offentligheten gjaldt noen regler for hvordan diskusjoner skulle foregå. Blant annet så skulle ikke deltakernes sosiale posisjon eller spesielle interesser ha noen betydning, det var kun *argumentasjonens kraft* som skulle telle. *Argumentasjonen* i seg selv skulle altså ha en avgjørende betydning ved beslutninger, og det var «allmennhetens beste» som i prinsippet

var målet. Habermas beskriver en forfallshistorie, hvor utgangspunktet for den såkalte herredømmefrie dialog og det beste argument forvitret. Årsaken til dette bestod ifølge Habermas av tre utviklingstrekk, med sammenfallende virkning: deltakere i offentligheten stilte med et bundet mandat, det foregikk en kommersialisering av offentligheten og det oppstod en «sosialstat» som grep inn i den private sfæren (Gripsrud, 2017, s. 23). Den første delen samsvarer med at det oppstod et «organisasjonssamfunn», hvor ulike samfunnsinteresser dannet sterke organisasjoner og fagforbund. Dette førte til at aktører måtte tale organisasjonens vedtatte sak. Med det mistet argumentene alene mye av sin kraft. Organisasjonens styrke ble minst like viktig. Kommersialiseringen via diverse medier mener Habermas at ødela for den frie, offentlige samtalen fordi den førte til at arenaen for meningsutveksling i større grad ble utnyttet til underholdning og reklame. Dette førte til at underholdning ble prioritert over kunnskapsformidlingen. Diskusjonene hvor standpunkter ble utformet foregikk i større grad i andre, ofte lukkede rom og fora. Meninger og oppfatninger ble ikke lenger utviklet i det offentlige rom, men i større grad proklamert for og brukt i propaganda øyemed. I tillegg ble den offentlige debatt solgt inn til publikum som en form for boksekamper, med aktører med forhåndsbestemte posisjoner. Habermas sier at publikum med det gikk fra å være *kulturresonerende* til å bli *kulturkonsumerende*. *Enighet* er, ifølge Habermas det iboende målet for all kommunikasjon. Menneskets kommunikative kompetanse og aktiviteter er grunnleggende for sosialt samkvem. Det er sånn sett en nødvendighet for at samfunnet skal fungere. Denne enigheten og forståelsen mener Habermas oppnås i det han kaller *den ideelle samtalesituasjonen*. Her er det kun de beste argumentenes kraft i en tvangsfri dialog som er avgjørende for et utfall av en diskurs (Habermas, 1999, s. 15 og 16). Habermas argumenterer også for at kompetente språkbrukere intuitivt vil vurdere om ytringer er sanne, riktige og troverdige. Dette mener han er krav som må innfris for at ytringene skal anses som gyldige, og for at enighet skal kunne oppnås. Normalt vil dette forløpe relativt uforstyrret, men i noen situasjoner vil den innforståtte enigheten ikke være til stede. Når dette skjer, og gyldigheten problematiseres går kommunikasjonen over i Habermas sin definisjon av en *diskurs*. I *diskursen* stiller aktørene spørsmål ved om ytringen er gyldig eller ikke, og her vil gyldighetskravene være en kritisk standard i kommunikasjonen (ibid).

Habermas kritiseres av blant annet den belgiske professoren i politisk teori, Chantal Mouffe. Mouffe mener at teoriene til Habermas om den herredømmefrie kommunikasjonen kun tjener til å forkle maktutøvelse. Konsensus i seg selv blir en motsetning fordi man ved å oppnå konsensus i praksis har favorisert et bestemt synspunkt, og med det fortrenget et annet (Mouffe, 1999, s. 747 og 748). Mouffe mener videre at et menneskelig samfunn er et landskap preget av antagonistiske (uforsonlige) interessekonflikter. Dette kaller hun det politiske. Politikken har som oppgave å regulere og fredeliggjøre disse maktkampene. På den måten endres antagonisme til agonisme, og man går fra å være fiender til å bli motstandere. For å forstå Mouffe må vi legge til grunn at motstandere deler en felles oppfatning av de etisk—politiske prinsippene for demokratiet. Mouffe argumenterer for at man ved denne tilnærmingen bevarer det lidenskapelige forholdet aktørene har til en sak. Ved å inngå kompromisser eller oppnå konsensus mener Mouffe at denne lidenskapen ikke bevares. Å delta i *konflikter*, og ikke bare *delta* er ifølge henne en demokratisk rettighet som ikke skal fjernes men legges til rette for (H. Moe, 2006). Makt forstått ut i fra Mouffe handler om å forenkle debatten, og med det fjerne elementene av lidenskap og mangfold (Mouffe, 1999, s. 752). Agonistisk teori skiller seg fra den kommunikative ved at den påpeker at interesser blir til i det diskursive. I kommunikativ teori hevdes det at interesser finnes i utgangspunktet men kan endres i dialog. Planleggerens rolle blir å legge til rette for at de forskjellige aktørene skal kunne uttrykke sine uenigheter. I stedet for å søke mot enighet skal planleggeren jobbe aktivt for å bevare engasjement og glød. Mens makt i den kommunikative forståelsen ligger i å begrense en tvangsfri dialog, ligger det i den agonistiske forståelsen i å redusere og forenkle problemer og debatter. Makt forstås her med negativt fortegn, altså noe som utøves mot noen. Ifølge Bart van Leeuwen, fra Radboud University Nijmegen i Nederland, er agonisme- begrepet utviklet som en reaksjon på den dominerende posisjonen som Habermas og John Rawls sine teorier har fått siden 1990 tallet. Van Leeuwen siterer Mouffe som mener at agonismen må ses på som et opprør mot tankene om staten som en nøytral part. I dette ligger det at rasjonelle konsensus er et ideal. Van Leeuwen sier at det til syvende og siste er visse tolkninger av hva som er rett og galt, ofte basert på hva man antar er til det beste for fellesskapet, som oppnår hegemoni. Ifølge han er det kun visse sosiale grupper fra visse sosiale lag som har rettigheter som gir dem lov til å tolke dette.

Ifølge van Leeuwen har Mouffes sine teorier sitt utgangspunkt i to elementer fra sosialteorien. Det første elementet er at mennesker ønsker å høre hjemme i visse sosiale grupper. Det andre er at dette behovet er årsaken til friksjoner i samfunnet. Dette fører videre til at det skapes skiller mellom dem som hører til i gruppene, og de som står på utsiden (Leeuwen, 2015, s. 794 og 796). Agonistiske teorier, og i særlig grad Mouffes tanker, kritiseres av blant andre Nikolai Roskamm. Ifølge ham er det problematisk at Mouffe bygger videre på tankene til den tyske politiske filosofen Carl Schmitt, og hans venn / fiende konsept. Dette er kontroversielle tanker som blant annet ble knyttet opp mot nazismen under 2.verdenskrig (Roskamm, 2015, s. 387). Han kritiserer også Mouffe for å forenkle og underkommunisere kompleksiteten som ligger i det å *temme* antagonistiske krefter til agonismer. Roskamm mener at man kun vil oppnå en midlertidig og sårbar endring på denne måten, og ikke noe som er varig (Roskamm, 2015, s. 397).

DRØFTINGER AV AKUTTKIRURGISAKEN OG FOLKEMØTET I EN KULTURELL KONTEKST

I akuttkirurgi saken er perspektiver fra de instrumentelle idealene viktige å belyse. Når sykehusledelsen fikk som oppgave å foreta en skjønsmessig vurdering av behov for akuttkirurgi fikk de også makt som reflekterte en instrumentell rasjonalitet. Sykehusledelsen fikk makt til å vurdere hva slags kunnskap som var *riktig* og hva slags *handling* dette krevde. Skjønn er ikke uproblematisk, og det kan utfordre en allmenn oppfatning av demokratiet. Skjønnsutøvelse er knyttet til frontlinjebyråkrater som er det siste leddet i den demokratiske styringskjeden. «Borgerne møter her demokratisk vedtatte lover og tiltak slik disse til slutt fungerer på det daglige, operative nivået» (Molander & Eriksen, 2008, s. 35).

Skjønnsvurderinger gjør det vanskelig å kontrollere virksomheter og å stille dem til ansvar, og blir kalt for *demokratiets sorte hull* (Molander & Eriksen, 2008, s. 36). Molander og Eriksen viser til at profesjonelles beslutninger varierer, og at variasjonene kan knyttes til egne verdi- og moraloppfatninger. Skjønnsbaserte beslutninger reiser derfor et demokratiproblem i og med at premissene for beslutningsfatningen ikke er regulert av lovgiveren (ibid).

Forslaget om å endre i sykehustilbudet kom i Nasjonal helse- og sykehusplan fra regjeringen og til sykehusledelsen. Dette harmonerer med en top down hierarkisk styring. Det var ikke borgerne i Flekkefjord som krevde endringer, og utfordringer knyttet til kvalitet og kvantitet var ikke formidlet bottom- up (Agger, 2007, s. 33 og 34)

Ut ifra en instrumentell rasjonalitet er det særlig interessant å vurdere ordlyden i Nasjonal helse- og sykehusplan i forhold tanker om et objektivt og positivistisk kunnskapssyn. I sykehusplanen kan vi lese:

I forbindelse med arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan har to faglige rådgivningsgrupper uttalt seg om det framtidige akutttilbudet i sykehus. Begge gruppene har anbefalt en samling av det akuttkirurgiske tilbudet ved færre sykehus. Begge gruppene støttet at mindre sykehus kunne ha akutfunksjon i indremedisin (Regjeringen Solberg, 2015, s. 41)

Videre kan vi lese at rådgivningsgruppene i utgangspunktet anbefaler at sykehus med en akuttkirurgisk funksjon bør ha et opptaksområde på minst 80- 100000 innbyggere. Denne anbefalingen baserer seg på kunnskap om forholdet mellom *volum* og *kvalitet*, kunnskap om den faktiske akuttkirurgiske aktiviteten ved sykehus av ulike størrelser og gruppemedlemmenes egne erfaringer (Regjeringen Solberg, 2015, s. 42). Tanken om at det er en sammenheng mellom volum og kvalitet var ikke ny, og i helseplanen henvises det blant annet til NOU 98:9 «*Hvis det haster..*» (NOU 1998:9, 1997). Hvis man går inn i detaljene i NOU 98:9 så underbygges ikke dette argumentet. Snarere tvert imot. Her vises det til en rekke undersøkelser, som alle viser at det ikke finnes entydige vitenskapelige bevis for at et stort pasientvolum i seg selv innebærer et bedre behandlingsresultat ved kirurgiske inngrep. I en rapport publisert ved Universitetet i York i England i 1997 advares det mot å gjøre generelle antakelser om en sammenheng mellom volum og kvalitet (NOU 1998:9, 1998, s. 117). Denne rapporten ligger som fotnote også i den nye helseplanen i kapittel 12, hvor spørsmålet om sammenhengen mellom volum og kvalitet utdypes. Her kan vi lese:

Det er grunn til å tro at det finnes et nedre kritisk pasientvolum for mange prosedyrer og behandlinger, selv om denne grensen er vanskelig å definere på grunnlag av forskningsbasert kunnskap. Det er ikke klart hvor mye av sammenhengen mellom volum og kvalitet som skyldes den enkelte kirurgens erfaring, hvor mye som skyldes kompetansen i det samlede behandlingsteamet, og hvor mye som skyldes medisinske og andre støttefunksjoner (Regjeringen Solberg, 2015, s. 96)

I folkemøtet påpeker Kristelig folkepartis Hans Fredrik Grøvan at det er dissens mellom deltakerne. Han sier at mye av skylden for at det er uenighet om det som står i helseplanen ligger i uklare formuleringer i Nasjonal helse- og sykehusplan:

Og selv om jeg forstår at en ønsker å toe sine hender i forhold til å skyte på pianisten her ved siden meg, så mener jeg at en må gå inn og se på det vedtak som Stortinget gjorde. Flertallet gjorde. Det er det som er skyld i den uklarheten, og som gjør at vi har denne diskusjonen i dag. Og så har jeg lyst til å føye til; det var ingen faglige argumenter på bordet.. som tilsa at større sykehus gav et bedre eller tryggere tilbud enn de mindre sykehus.

(415 – 419)

Hvis regjeringen hadde godtatt den opprinnelige anbefalingen fra rådgivningsgruppene, ville det ha ført til at 35 av 51 sykehus mistet sine akutfunksjoner. Med bakgrunn i den gjeldende sykehusstrukturen gikk derfor Regjeringen inn for å foreslå en veiledende grense på 60-80000 innbyggere. Nasjonal helse- og sykehusplan sier videre:

Det er foreslått et spenn og ikke en absolutt grense fordi det alltid vil måtte gjøres skjønnsmessige vurderinger. Det bør for eksempel stilles høyere krav til opptaksområde for et sykehus med kort avstand til nærmeste større akutt sykehus enn til et sykehus der avstanden er stor. I enkelte deler av landet vil forhold som klima, kommunikasjon/transport og avstand til nærmeste større akutt sykehus innebære at akuttkirurgi må opprettholdes, selv om opptaksområdet er under 60–80 000 innbyggere (Regjeringen Solberg, 2015, s. 42).

Ved å vise til at det må gjøres en skjønnsmessig vurdering i tvilstilfellene, mener jeg at Solberg- regjeringen i praksis overlot den endelige beslutningen om hvorvidt det skulle være et akuttkirurgisk tilbud eller ikke til de enkelte direktørene ved de aktuelle sykehusene. At denne skjønnsmessige vurderingen må foretas av sykehusledelsen støtter Ola Elvestuen når han uttaler:

Det er et stort steg fremover.. i Norge at vi faktisk diskuterer innhold og kvalitet på sykehus. Og ikke om de skal opprettholdes eller ikke. Det er det vi har holdt på med de siste 10 15 årene. Nå handler det om å ha den riktige kvaliteten. Jeg har ingen kompetanse, eller forutsetninger for å gå inn i de ulike delene av hva som er foreslått. Men det eneste jeg mener det er riktig.. som er et politisk spørsmål er nettopp vurderingen av den geografiske posisjonen og plasseringen som Flekkefjord sykehus har.

(279 – 281)

Her forstår jeg at Elvestuen avgrenser hva som politikerne skal bestemme, og samtidig tydeliggjør at han ikke har kompetanse til å vurdere de faglige begrunnelsene. Dette er det ekspertene som må gjøre. Alternativet hadde vært at det i planen fremkom en tydelig anbefaling. Det gjør det ikke ut i fra min forståelse. Oppfatningen om at det er helseforetakene som dermed må foreta de endelige beslutningene støttes også av Hans Fredrik Grøvan, som i folkemøtet uttaler: «Ja, jeg hører jo hva flertallet på Stortinget her sier i denne salen. Men det som vi hørte når vi satt i Stortingssalen, det var at en flyttet makt i fra Stortinget til helseforetaket. Det var Helseforetaket som skulle ha det siste ordet» (403 – 404). Makten i denne sammenheng forstår jeg som instrumentell. Makt handler da om mulighetene til å få gjennomslag, til tross for den motstanden som eventuelt måtte foreligge. Ved å benytte volum som en kvalitetsmarkør forstår jeg at regjeringen anerkjenner at det foreligger en form for objektiv sannhet om akuttkirurgi. Dette er det deres eksperter

som har skaffet til veie, og politikerne bruker disse opplysningene for å fatte beslutninger. Dette samsvarer med det instrumentelle planleggingsidealet, og reflekterer et positivistisk kunnskapssyn.

Ordlyden i den Nasjonale helse- og sykehusplan gjenspeiles i svært mye av Jan-Roger Olsen sin argumentasjon igjennom folkemøtet på Spira. I forslaget sitt anbefaler Olsen å legge ned akuttkirurgien ved sykehuset i Flekkefjord, og med det grunnlaget for et traumemottak. Dette gjør han fordi det ikke er mulig å opprettholde kvalitet, etter hans forståelse. Olsen argumenterer for at årsaken til at det ikke er mulig å opprettholde kvaliteten er det lave volumet av pasienter. Dette ser vi innledende, i Olsens første innlegg:

Når det gjelder akuttkirurgien og traume.. så dreier dette seg for meg ikke om penger. Og ikke om økonomi. Det dreier seg om kvalitet i tilbudet. Og, i realiteten.. sett med mine øyne, så la vi ned mye av akuttkirurgien når jeg stanset alvorlige inngrep i mage og tarm.. i mars 2015. Og det gjorde vi av en grunn, og det var fordi vi ikke greide å opprettholde kvaliteten i tilbudet.. fordi volumet var for lite.. det var for få pasienter av den type.. kategori til å opprettholde kvaliteten.

(176 – 180)

Videre ser vi at Olsen tilnærmer seg utfordringene knyttet til sykehusets beliggenhet ut i fra en instrumentell rasjonalitet. Han argumenterer for at beredskapen rundt sykehuset er særdeles god, og viser til blant annet tall fra luftambulansen og redningstjenesten for å understreke dette:

Og min vurdering av beredskapen her i Flekkefjord, er faktisk at den er særdeles god. Vi har fem ambulansestasjoner, med syv ambulanser. Vi nyter faktisk godt av at vi har både luftambulansbase i Arendal og i Stavanger, som også har rundt 30 minutter flytid til Lister-området. Og i tillegg.. på toppen av det.. så er det faktisk helt spesifikt.. helt unikt innenfor Sørlandet sykehus sitt område.. så har vi tilgang til redningstjenesten.. med 330- skvadronen.. som altså har en regularitet.. det er 1 til 2% irregularitet.

(195 - 196)

Her inntar Olsen rollen som ekspert, og viser til at hans forslag til vedtak er fattet med bakgrunn i kvantitative data og hans forståelse av beredskapssituasjonen. Det er altså Olsens subjektive observasjoner og kunnskap rundt beredskapssituasjonen som ligger til grunne for det forslaget som skal legges frem for styret ved sykehuset for å endelig besluttes.

Jan-Roger Olsen la etter folkemøtet fram et forslag til vedtak for sykehusstyret. Forslaget ble ikke radikalt endret som en følge av folkemøtet. Dette ble godkjent med seks mot to

stemmer (Vindslund, 2017). Med dette benyttet sykehusdirektøren og sykehusstyret seg av makt, forstått ut i fra rasjonelle teorier. Man kan si at vedtaket åpnet for at ledelsen ved sykehuset kunne tvinge igjennom endringer ved sykehuset i Flekkefjord ble tvunget til tross for den store motstanden som kom fra borgerne i Flekkefjord.

Folkemøtet og Habermas

I Flekkefjord spesielt skapte Nasjonal helse- og sykehusplan, og sykehusdirektørens forslag til vedtak et stort folkelig engasjement. Forslaget om å legge ned akuttkirurgien og traumemottaket kom ovenfra og ned. Dette skjedde etter at helseforetaket tok stilling til innholdet i Nasjonal helse- og sykehusplan. Med det ble det skapt en avstand mellom livsverdenen til borgerne, og den systemverdenen som politikerne og sykehusdirektøren representerte. Jeg mener også at det er grunnlag for å si at det var politikernes og sykehusledelsens bruk av systemverdens logikk som dominerte debatten, hvor argumentasjonen dreide seg om forhold mellom volum og kvalitet samt høyspesialisert kompetanse på et lite sykehus. Dette stod i opposisjon til livsverdens logikk hvor sykehusets plass i lokalsamfunnet, tryggheten det representerte og usikkerheten som fulgte med det foreslåtte vedtaket stod sentralt. Ut i fra denne oppfatningen er det forståelig at det oppstod spenninger mellom borgerne og beslutningstagerne. Det er også forståelig at borgerne søkte etter en bredere involvering, hvor de etterlyste en større debatt og ikke godtok premissene i forslaget fra Olsen uten videre. I dette mener jeg at mekanismene bak folkemøtet som et kulturelt fenomen ligger. Avstanden mellom sykehusledelsen og folket var i 2017 relativt stor. Borgerne i Flekkefjord hadde flere ganger hatt opplevelser av at lokalsykehuset var nedleggingstruet. Sist gang i 2015. I den nye sykehusplanen lå det føringer for enten en funksjonsreduksjon, eller nedleggelse av hele sykehuset (se Regjeringen Solberg, 2015, s. 112). Lokale politikere, interessegrupper og den lokale avisen anså begge deler som ødeleggende for både sykehuset og for lokalsamfunnet. Dette illustreres godt i Avisen Agder 15.02.2017, hvor vi kan lese hvordan borgere i Flekkefjord møtte opp på sykehuset for å vise sin motstand mot sykehusdirektøren:

Mer enn 1000 illsinte mennesker møtte opp utenfor Sørlandet sykehus Flekkefjord for å gi sin støtte til sykehuset, og vise sin motstand mot sykehusdirektør Jan-Roger Olsen. På kort varsel ble troppene samlet utenfor sykehuset i Flekkefjord der direktøren ble møtt med tilrop og buing for sin innstilling overfor styret i Sørlandet sykehus..
.. De ville vise sin avsky mot sykehusdirektørens forslag til nedleggelse av traumemottak og akuttkirurgi i Flekkefjord.
(Munksgaard, 2017a)

På bakgrunn av dette engasjementet arrangerte Avisen Agder, sammen med Aksjonskomiteen for bevaring av Flekkefjord sykehus folkemøtet på Spira.

Til folkemøtet var det invitert syv politikere fra hvert sitt politiske parti, i tillegg til administrerende direktør ved Sørlandet sykehus, Jan-Roger Olsen. Det ble så lagt opp til en

paneldebatt hvor Avisen Agder sin ansvarlige redaktør, Kristen Munksgaard fungerte som ordstyrer. I tillegg var både interessegrupper, ansatte ved Sørlandet sykehus og medlemmer av sykehusstyret til stede blant publikum. Møtet var åpent for alle, og reklamert for både gjennom lokalavisen, via NRK og via sosiale medier i forkant. Det er derfor betimelig å anta at det favnet en bredde av interessenter, og at det ble gjort tilgjengelig for dem. Møtet var lagt opp med en innledende paneldebatt styrt av Munksgaard, etterfulgt av innspill og spørsmål fra publikum. Deretter fikk de enkelte paneldeltakerne svare ut innspillene og spørsmålene før møtet ble avsluttet.

Det første interessante momentet her er Habermas sin forståelse av den ideelle samtalesituasjon, og kraften i det beste argument. Her ser vi at forutsetningene for dette, ut i fra et habermasiansk perspektiv vanskelig kan forsvares.

For det første stiller samtlige av deltakerne med bundet mandat. De er låst til å argumentere enten ut i fra posisjon eller politisk parti, og har således et begrenset handlingsrom for å komme med det *beste argumentet*. Det bundne mandatet fører også til at de i utgangspunktet heller ikke kan endre seg selvstendig, *skulle* et bedre argument dukke opp. Det er med dette også grunn til å stille spørsmål ved om målet for den kommunikasjonen som foregikk var å oppnå enighet, og med det Habermas sitt ideal om konsensus. Habermas kritiserer den offentlige meningsdannelsen for å være preget av en økende grad av kommersialisering. Dette ser vi også i folkemøtet. Siden alle deltakerne stiller med inntatte posisjoner, bærer debatten preg av å være en kamp snarere enn en arena for kunnskapsproduksjon. Ett eksempel på det finner vi når Ola Elvestuen forsvare seg mot et angrep fra Hans Fredrik Grøvan. Grøvan sier at KrF ikke kunne stemme for det forslaget som var lagt frem for dem. Her introduseres det en *kirurgisk vurderingskompetanse* som et alternativ til akuttkirurgi. Grøvan sier:

Så enten så er det sånn at de ikke har forstått hva de har vært med på, ellers så tror de at folk i Flekkefjord er dumme hvis ikke en har oppfattet dette. For dette var helt klart en forutsetning for at vi ikke kunne være med på flertallet.

(70)

Elvestuen svarer på dette ved å argumentere for at man må ha en helhetlig sykehusplan for å flytte makten tilbake til Stortinget og de folkevalgte, videre sier han:

«Og så veit jo det.. at både KrF og Senterpartiet prøver å lage så mye tvil om vedtaket som overhodet mulig» (82).

Her angriper Elvestuen hele partiet, og forsvarer seg med argumenter tuftet på hvordan hans parti har forholdt seg til sykehusplanen tidligere. Dette harmonerer med det Habermas advarer mot, hvor de gode argumentene ikke vinner frem, men drukner i det organisasjonen aktøren representerer står for.

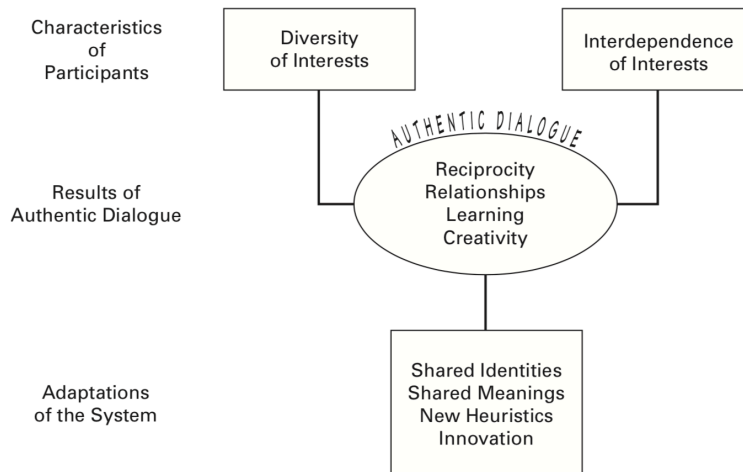
Habermas viser også til at en økt innflytelse fra media forringer den offentlige samtalen. Dette er interessant, spesielt med bakgrunn i den rollen som lokalavisen har tatt i denne saken. Avisens redaktør inntar i folkemøtet rollen som debattleder og ordstyrer. I avisen i uken før kan vi lese en rekke saker, med mer eller mindre objektive fremstillinger av saksforholdene. Jeg viser i denne oppgaven til flere tilfeller hvor avisen benytter perspektivstyrere og innramming som virkemidler, og med det inntar en tydelig rolle for lokalsykehuset, og negativt rettet mot Olsen og sykehusstyret (se Krisekommunikasjon og ethos i folkemøtet) (Tveiten, 2009, s. 104-107). Et eksempel på det ser vi i en leder han har skrevet samme dato som folkemøtet ble arrangert. Her står det blant annet:

DET STORE spørsmålet som vi forventer en avklaring på er: Hva ligger i den nasjonale helse og sykehusplanen i forhold til Flekkefjord sykehus? Hvordan kan enkelte partier forsvare rasing av et meget velfungerende sykehus, trolig ett av landets mest velfungerende, faktisk? Og vil et annet politisk flertall reversere de beslutninger som eventuelt blir tatt i løpet av noen uker? Hvem kan vi stole på i sykehussaken - og hva vil det bety for utfallet av stortingsvalget?
(Munksgaard, 2017f)

Videre i lederen skriver Munksgaard at politikerne skal få sin velgerdom i september, når Norges befolkning går til stemmeurnene. Munksgaard viser også til at mennesker i Europa og andre steder i verden er lei av at en maktelite tukler med viktige samfunnsverdier. I lys av Habermas` teorier er det nærliggende å se på dette som en bruk av media til å proklamere allerede inntatte standpunkt.

Var folkemøtet en del av en reel, kommunikatív prosess?

Judith E. Innes og David E. Booher har utviklet en teori som er både deskriptiv og normativ for hvordan den ideelle samtalesituasjon kan forløpe.



FIGUR 5 DIAD MODELLEN (INNES & BOOHER, 2010, s. 35).

Innes og Booher viser i modellen hvilke vilkår som må være til stede for at en kommunikatív planlegging skal fungere. Sentralt i forståelsen av modellen er at dialog og kommunikasjon skal komme *før* politikk og makt. Professor ved Universitetet i Agder Jørn A. Cruickshank og rådgiver for areal- og plan i Bykle kommune, Hanne H. Evju sier at: «Hvis hverdagslivets makt ligger i første fase og omgjøres til administrativ makt i siste fase, så er poenget at makten på vegen sluses via kommunikatív makt før den kommer til det administrative» (J. Cruickshank & Evju, 2015). For at dette skal lykkes er det tre vilkår som må være til stede. Dette er:

- 1) et mangfold av deltagere og interesser
- 2) en opplevd, gjensidig avhengighet mellom deltakerne
- 3) at dialogen må være autentisk.

Mangfoldet skal sikre at man unngår at det kun er de mektige aktørene som påvirker. Ifølge Cruickshank&Evju blir sosiale systemer rikere og har flere verktøy til å møte utfordringer hvis det finnes flere typer kunnskap og ferdigheter tilgjengelig. Den gjensidige avhengigheten sikrer at aktørene blir værende i prosessen til man finner løsninger. Når det gjelder den autentiske dialogen, viser Innes og Booher til Habermas og den ideelle samtalesituasjon. Alle deltagere må komme med sine ønsker, krav og kunnskap om saken. Her står også formidlingen av dette sentralt. Det skal være åpent for å utfordre og kritisere, samt å svare på kritikk. Dialogen skal skape ny forståelse, ny læring og ny kunnskap.

Disse tre vilkårene står i et gjensidig forhold til hverandre. Man kan ikke øke på den ene, for å kompensere for mangler ved den andre (J. Cruickshank & Evju, 2015).

Jeg vil videre i oppgaven belyse folkemøtet ved hjelp av DIAD- modellen.

Mangfold av deltakere

Det første vilkåret i modellen er at det skal finnes et mangfold av deltakere og interesser.

Folkemøtet var åpent, og blant de fremmøtte var et bredt utvalg av befolkningen representert. Blant dem var det representanter fra syv av de største partiene, ansatte fra sykehuset, representanter fra kommuner og fylkeskommuner og forskjellige interesseforeninger. Det påfallende er at det er svært få av de som uttalte seg i folkemøtet som uttrykker noen form for støtte til Olsens forslag til vedtak. Han mottar støtte for at hans tolkning av Nasjonal helse- og sykehusplan åpner for å fjerne akuttkirurgien, og noe støtte for at kvalitetsargumentet må vektes tungt. Et eksempel på dette finner vi når Høyres Ingunn Foss presiserer at debatten i seg selv er viktigere enn hennes kandidatur på Stortinget, og gir støtte til Olsen når hun sier:

For meg så handler det overhodet ikke om det. Men det handler om at vi må være sikre på at det tilbudet som våre innbyggere får, har en kvalitet som jeg kan forsvare. Og der er jeg helt på linje med sykehusdirektøren. Jeg kan ikke forsvare hvis jeg vet at tilbudet.. hvis jeg kommer her i en nødsituasjon til Flekkefjord sykehus.. og heller skulle ha vært et annet sted.
(828 -830)

Bortsett fra dette er det lite støtte til Olsen fra de andre politikerne, og det er vanskelig å se det på noen annen måte enn at det var stor ubalanse, hvor Olsen stod mer eller mindre alene på den ene siden. Hvis man ser folkemøtet som en del av en større prosess vil deltakerne her representere en del av et større mangfold, hvor det folkelige engasjementet som viste seg i møtet blir en tydelig stemme og motvekt mot blant annet ekspertene, som gir sin støtte til Olsen og hans foreslåtte vedtak. Her kommer interessen for å bevare sykehuset som en trygghet for lokalsamfunnet tydelig frem. Også interessegrupper som ikke tidligere har følt seg tilstrekkelig hørt, fikk en tydeligere stemme igjennom folkemøtet. Dette viser seg blant annet når representant for Lister bruker- og pårørendeutvalg, Svein Grønsund får ordet. Han sier blant annet:

Vi er et utvalg som.. vi er et rådgivende for det som heter helsenettverk Lister. Og helt i fra starten.. når roll-upen stod på Flekkefjord sykehus.. Vi var med på å utforme sykehusets fremtid.. så var vi veldig begeistret for det. Og vi har sendt innspill på innspill.. men hverken vi eller politikere har.. fylkespolitikere har blitt hørt i denne saken. Og det er virkelig tankevekkende. Så vi har som et siste halmstrå skrevet et brev.. og som vi vil gi til politikerne.. panelet her i dag. Og vi har sendt da en kopi

til Helse Sør-Øst ved Ann Kristin Olsen.. og vi har sendt til Helseministeren. For i håp om at nå må de kunne sette foten ned og så lytte til folket. Vi er tross alt representanter for brukerne av helsesystemet. Og vil føler at vi bør bli hørt.
(1240 – 1249)

Grønsund leser så opp fra brevet, hvor deres meninger om akuttkirurgi og traumemottak kommer frem. Ansatte får også sin stemme frem, både når en representant fra ambulansetjenesten uttaler seg (1108-1131), og når leger og sykepleiere får ordet og formidler sine betraktninger rundt sykehusets fremtidige organisering.

Gjensidig avhengighet

Opplevelsen av gjensidig avhengighet handler om at den enkelte deltaker har noe de andre deltakerne trenger. Ifølge Innes og Booher vil denne avhengigheten sikre at interessen og energien opprettholdes, slik at man kan oppnå en form for enighet. De viser til forhandlingsteori, som anerkjenner dette som et kriterium for å komme forbi et nullsumspill og med det oppnå fordeler for alle deltakerne. Gjensidigheten betyr også at en enkelt deltaker ikke kan oppnå sitt mål alene, men er avhengig av mangfoldet blant de andre deltakerne for å nå det (Innes & Booher, 2010, s. 36). Folkemøtet som sådan, legger ikke opp til å skape denne opplevelsen av avhengighet. Slik jeg ser det, og viser til i denne oppgaven, legges det i større grad opp til en konkurranse mellom deltakerne. Hvis man ser folkemøtet i en større kontekst så kan det sees på som et svar på at nettopp denne gjensidigheten ikke har vært til stede i prosessen tidligere. Folkemøtet kan dermed sees som et svar på at forslaget til vedtak er et produkt av rasjonell planlegging, og med det et forsøk på å bruke makt i tradisjonell forstand for å få vedtaket igjennom. I Flekkefjord hadde det over lengre tid bygd seg opp en misnøye mot sykehusledelsen og Jan-Roger Olsen som sykehusdirektør. Denne misnøyen handlet i stor grad, slik det formidles i Avisen Agder, om at borgerne i Flekkefjord ikke følte at de ble lyttet til og ivaretatt av sykehusledelsen. Dette finner vi igjen i Avisen Agder når de refererer Sigmund Kroslid fra Aksjonsgruppa Bevar Flekkefjord sykehus som sier:

- Nå har vi et enstemmig politisk miljø i Flekkefjord og i Vest-Agder, såvel som brukerne av sykehuset som alle sier de vil beholde det. Da er det uforståelig at ikke Jan-Roger Olsen mener det samme, sier Kroslid, og viser til sykehusdirektørens innstilling.
(Egeli, 2017)

Også i folkemøtet finner vi igjen den samme oppfatningen fra flere av de fremmøtte. Når Munksgaard skal gir ordet til Olsen for første gang, sier han: «Altså sjelden har en vel hørt et

kobbel av politikere som er så enige. Den eneste som er uenig her er i grunnen deg! Kan du nå forklare hva du har lest i dette vedtaket, som ingen andre her har lest?» (164 – 165). Igjen legges det opp til at dette er en debatt med to fronter, hvor politikernes og møtearrangørenes mål er å få sykehusledelsen til å endre sitt forslag til vedtak.

Avhengigheten blir her synlig, da begge sider er avhengige av hverandre for å komme frem til en god løsning. Hvis ikke enighet oppnås, er sykehusledelsen nødt til å bruke makt i rasjonell forstand. Løsningen blir da å gjennomføre det som ligger i vedtaket, til tross for den motstanden som finnes både politisk og blant befolkningen. Motsatt vei, så er politikere og borgere avhengige av å finne gode løsninger sammen med sykehusledelsen, slik at sykehuset sin eksistens kan forsvares i en nasjonal sammenheng. Når debatten polariseres, slik man kan se i dette tilfellet, vil dette være vanskelig å oppnå.

Autentisk dialog

Den autentiske dialogen bygger på Habermas tanker om den ideelle samtale. Som tidligere argumentert for så mangler premissene for at kraften i argumentene i seg selv skal være utslagsgivende, da samtlige av paneldeltakerne stiller med et bundet mandat. Innes og Booher sier at i en autentisk dialog kan alle antagelser og påstander utfordres, og ingenting skal forbli usagt. Dette ser vi eksempler på igjennom folkemøtet, hvor mye av systemverdenens argumentasjon for å fjerne akuttkirurgien og traumemottaket, møtes med motargumenter fra både deltakerne og publikum. Når kvalitetsbegrepet diskuteres utfordres for eksempel Olsens forståelse av kvalitet som avhengig av et visst volum av kvalitet forstått som brukertilfredshet (1141-1163). Det er flere elementer i folkemøtet som det er verdt å merke seg i forhold til dette vilkåret. For det første representerer folkemøtet et stort, og delt engasjement rundt sykehuset i Flekkefjord. Dette engasjementet kommer frem når publikum kommer til ordet. Her utfordres den kunnskapen som fremmes av Olsen og sykehusledelsen, med erfaringer fra den livsverdenen som den enkelte publikummer lever i. Dette viser seg tydelig når ansatte uttaler seg basert på egne erfaringer fra sin arbeidshverdag, og når brukere av sykehuset forteller om utfordringer med å bli hørt. Dette samsvarer med et fenomenologisk perspektiv på kunnskap, som Innes og Booher argumenterer for at må være en del av dialogen, og en motvekt til ekspertenes uttalelser (Innes & Booher, 2010, s. 37). Ved å inkludere disse stemmene kan det skapes ny kunnskap, og med det ny og gjensidig forståelse mellom de forskjellige aktørene.

Kunne man temme antagonistene igjennom folkemøtet?

Sett i et agonistisk perspektiv er det interessant å se på borgerne i Flekkefjord som en del av en gruppe, slik Mouffe beskriver. For at denne gruppen skal eksistere kreves det, ifølge henne, friksjoner mot andre deler av samfunnet. Hvis man ser sykehuskampen, og ønsket om å bevare og verne sykehuset mot et ødeleggende ytre, representert ved Olsen og sykehusledelsen, er gruppens eksistens avhengig av at friksjonen mot sykehusledelsen opprettholdes. Hvis friksjonen forsvinner vil energien, eller engasjementet i gruppen også forsvinne. Her kan man se engasjementet som oppstod i Flekkefjord som en reaksjon på at regjeringens og sykehusledelsens tolkninger av hva som var riktigst for borgerne i Flekkefjord, ikke harmonerte med det borgerne selv opplevde. Forstått ut i fra Mouffe skulle altså ikke folkemøtet være en arena hvor man søker mot enighet, men snarere en arena hvor engasjementet og lidenskapen i sykehussaken skulle få slippe til. Både formen på møtet, den brede deltagelsen og møtelederens fremferd oppmuntrer til engasjement og glød. Et ankepunkt er Munksgaards angrep på meningsmotstanderne, og da i særlig grad mot Olsen. Her kan det oppleves som at Munksgaard ser konsensus som et ideal, og et mål for debatten. Konsensus ville da være at Olsen endret sine meninger i takt med det Munksgaard mente at flertallet blant deltakerne mente. Dette vil være mot Mouffes teorier, og fjerne den gløden og det engasjementet som man kan anta at Olsen som øverste ansvarlige for sykehuset også hadde. Munksgaard oppmuntret til glød og engasjement, så lenge det gagnet hans syn i sykehussaken.

OPPSUMMERING – SAMFUNNSPLANLEGGING

I denne delen av oppgaven peker jeg på forhold som viser hvordan møtet mellom systemverdenens logikk, representert ved sykehusledelsen og sentrale politikere, og livsverdenes logikk, representert ved borgerne i Flekkefjord kan ha vært en av årsakene til at akuttkirurgisaken utviklet seg til en konflikt mellom sykehusledelsen og borgerne i Flekkefjord.

Jeg peker også på hvordan sykehusdirektøren i stor grad støttet seg til ekspertuttalelser, og ordlyden i Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette, samt at Nasjonal helse- og sykehusplan åpnet for at det enkelte helseforetak selv kunne bestemme hvorvidt akuttkirurgifunksjonen skulle beholdes, argumenterer for at en instrumentell logikk var førende for

sykehusledelsens handlinger. I dette ligger det et viktig maktmoment: Sykehusledelsen, ved Olsen hadde makt til å bestemme hva slags kunnskap som skulle legges til grunn, og hvilken type handling dette krevde.

Ut i fra Habermas sin ideelle samtalesituasjon hadde folkemøtet som en del av en kommunikativ prosess mangler. Dette viser seg i DIAD- modellen, hvor folkemøtet kan sies å representere mangfoldet og et borgerengasjement, men hvor både den autentiske dialogen og den gjensidige avhengigheten mellom deltakerne bare delvis fungerte. Særlig den autentiske dialogen viste seg å være utfordrende. Dette førte til at den kunnskapsproduksjonen som kunne ha kommet ut av dialog og kommunikasjon ikke i tilstrekkelig grad fant sted.

I et agonistisk perspektiv åpnet folkemøtet en arena hvor lidenskapen og engasjementet har en plass. Engasjementet og gruppeprosessene i Flekkefjord kan forstås ut i fra Mouffes teorier om at en gruppe opprettholdes som et resultat av friksjon mot andre deler av samfunnet. Med det var friksjonen mot sykehusledelsen nødvendig for å opprettholde gløden og engasjementet.

DET JOURNALISTISKE

I denne delen av oppgaven vil jeg redegjøre for, og drøfte journalistiske perspektiver på akuttkirurgisaken. Den lokale avisen Avisen Agder fremstod som en tydelig aktør i debatten. Jeg vil derfor se nærmere på særegenhetene ved lokaljournalistikk, og spør hvorvidt lokalavisens håndtering av akuttkirurgisaken var i tråd med en allmenn oppfatning av normer og regler.

AVISENES SAMFUNNSOPPDRAG

Avisenes og pressens samfunnsoppdrag er ikke klart definert, men handler i hovedsak om et kontraktsforhold mellom folket og pressen, hvor pressen forplikter seg til å være en slags motmakt til de tre ordinære statsmaktene; den lovgivende, den utøvende og den dømmende (Allern & Roppen, 2013, s. 12). Som en gjenytelse til dette forplikter folket og politikerne seg til å verne om pressens ytrings-, informasjons- og trykkefrihet, slik det er beskrevet i Vær Varsom- plakaten paragraf 1. Dette er forankret i Grunnlovens §100, hvor det blant annet står:

Ingen kan haldast rettsleg ansvarleg for å ha motteke eller komme med opplysningar, idear eller bodskapar om det ikkje lèt seg forsvare halde opp imot den grunngevinga ytringsfridommen har i sanningssøking, demokrati og den frie meiningsdanninga til individet. Det rettslege ansvaret skal vere fastsett i lov. Alle har rett til å ytre seg frimodig om statsstyringa og kva anna emne som helst. Det kan berre setjast slike klårt definerte grenser for denne retten der særleg tungtvegande omsyn gjer det forsvarleg halde opp imot grunngevingane for ytringsfridommen
(Den norske Kongeriket Noregs grunnlov, §100)

Dette gir ytringsfriheten et sterkt rettsvern, og en forutsigbarhet for når man ikke kan påberope seg denne retten.

Pressens rolle knyttes, ifølge Johann Roppen og Sigurd Allern, ofte opp mot en funksjonalistisk tankegang hvor medias oppgaver og funksjoner vurderes opp mot betydningen de har for samfunnet som en *organisme*. Harold Lasswell (1973) viser at kommunikasjonsprosesser i dette perspektivet har tre funksjoner: overvåking av omverdenen, samordning av reaksjonene på det som skjer, og overføring av den sosiale kulturarven (Allern & Roppen, 2013, s. 14). Noe av dette kan gjenkjennes i Vær Varsom-plakatens paragraf 1.2 som omtaler pressens viktigste oppgaver som informasjon, debatt og samfunnskritikk. Dette kan historisk spores tilbake til NOU 1982:44 (T. Moe, 1983) hvor oppgavene blir fremhevet i utgreiingen om pressestøtte. I tillegg legger denne utredningen til en kommenterende funksjon som et fjerde element (Allern & Roppen, 2013, s. 15).

I flere offentlige utredninger er pressens samfunnsoppgaver konkretisert i fire punkter eller funksjoner:

- Informasjonsfunksjonen: Pressen skal gi publikum den informasjonen som er nødvendig for at de skal kunne ta stilling i samfunnsspørsmål.
- Kommentarfunksjonen. Fra sitt ideologiske ståsted skal mediene kommentere og analysere samfunnsforholdene.
- Overvåkingsfunksjonen. Pressen skal granske og kontrollere dem som har innflytelse i samfunnet.
- Gruppekommunikasjonsfunksjonen. Mediene bør fremme kommunikasjon innen og mellom politiske, faglige og ideelle grupper i samfunnet.

(Brurås, 2014, s. 38)

Ifølge Burås er dette gjenkjennelig for pressen. Han mener at det også kan tilføyes at pressen skal veilede forbrukere, gi kulturell opplysning og underholde.

Journalistikken handler om fakta, og henvender seg til et bredt og sammensatt publikum. Ekspertene og spesielt interesserte er ikke hovedmålgruppen. På bakgrunn av dette må journalistikken være lettfattelig og engasjerende. På den måten bidrar journalistikken til å redusere kunnskapskløftene i samfunnet (Brurås, 2014, s. 17).

Pressen som en profesjon kan diskuteres. Profesjonssosiologen Harold Wilensky mener at det stilles fem krav til et yrke for at det skal kunne kalles en profesjon: Det må være et heldagsyrke, det krever formell utdanning, det har en organisasjon for yrkesutøvere, det krever en offentlig godkjenning og det har en egen yrkeskodeks eller egne etiske krav. Selv om mange journalister har formell utdanning er dette ikke et krav pr i dag. Man kan i praksis jobbe som journalist uten utdanning. Det finnes heller ingen form for godkjenning eller autorisasjon, slik for eksempel sykepleiere har. Likefullt har journalistyrket en egen kodeks, og et etisk rammeverk i Vær Varsom- plakaten, Tekstreklame-plakaten og Redaktørplakaten. Journalistyrket har også en egen organisasjon i Norsk Journalistlag (Mathisen, 2018, s. 68 og 69). Med bakgrunn i dette ser vi at journalistyrket har mange likhetstrekk med en profesjon. Ifølge Svein Burås anser pressen seg som en samfunnsinstitusjon, og bekjenner seg til et samfunnsoppdrag som gir grunnlag for en yrkesetikk. Dette kan igjen forstås som en profesjonsetikk som legitimeres politisk. Pressen regulerer seg selv i stor grad via Vær Varsom- plakaten, Redaktørplakaten og Pressens

Faglige Utvalg (PFU). Dette samspillet mellom samfunnsoppdraget og etikken kan forstås begge veier: samfunnsoppdraget skaper et behov for en profesjonsetikk, og i kraft av en fungerende profesjonsetikk kan pressen utøve sitt samfunnsoppdrag på en god måte (Burås;Allern & Roppen, 2013, s. 51).

FINNES DET ET LOKALJOURNALISTISK SAMFUNNSOPPDRAK?

De lokale avisene skal speile lokalsamfunnet fra lokalsamfunnets ståsted. Dette byr på noen utfordringer. Lokalavisenes hovedoppdrag beskrives ofte som å være limet og lupen i lokalsamfunnet. På den ene siden skal avisene være limet som binder folk sammen. De skal være de som heier frem det positive som skjer, og som bygger opp under folks tilhørighet og identitet. På den andre siden har de en lupefunksjon, hvor de skal ivareta den kritiske rollen, og gjennom en kritisk lupe sette fokus på kritikkverdige forhold. Denne dobbeltrollen byr på særegne utfordringer i mindre lokalsamfunn, hvor det kan være vanskelig å kombinere patriotisme og kritikk (Mathisen, 2018, s. 36 og 37). Birgit Røe Mathisen, førsteamanuensis ved Nord universitet viser i sin masteroppgave fra 2007 «Lokalsamfunnets lim og lupe – lokaljournalistikken analysert i et sentrum – periferiperspektiv» at det er det positive som dominerer i lokalavisene. Halvparten av de undersøkte nyhetsartiklene i undersøkelsen hadde en positiv vinkling. Enten ved at de fremhevet positive sider ved stedet eller regionen, eller ved at de talte lokalsamfunnets sak mot trusler utenfra. Eksempler på det siste kan være hvis sentrale, politiske beslutninger vil få negative konsekvenser for lokalsamfunnet. Kun 10% av de undersøkte artiklene hadde en negativ vinkling, mens 40% var nøytrale. Undersøkelsen viste også at avisene i større grad bragte frem et bilde av harmoni og konsensus enn konflikt i lokalsamfunnet sitt. Undersøkelsen kan tolkes dit at lokalavisene i liten grad fremstod som kritisk korrektiv til sine lokalsamfunn, mens rollen som lokal referent og forkjemper var langt tydeligere. Ifølge Mathisen kan man se dette som at den delen som handler om lokal identitet og tilhørighet er prioritert. Funnene i Mathisens oppgave sier også noe om hvem som kommer til ordet i lokalavisene. Dette henger sammen med hvem som blir synlige i lokalsamfunnet. Mathisen delte kildene til de undersøkte artiklene inn i to kategorier: lokale elitekilder og grasrotkilder. Med elitekilder mener hun for eksempel ledere i næringsliv, kommune- og rikspolitikere. Grasrotkilder er mennesker som ikke representerer noen organisasjon eller institusjon. Funnene hennes peker mot en klar overrepresentasjon av elitekilder. (Mathisen, 2018, s. 39 - 40). De lokale mediene

representerer en ryggstøyle i den norske medievirkeligheten. De er viktige for lokaldemokratiet, for identitet og tilhørighet. De har ofte et tett og nært forhold til leserne sine, og representerer noe annet enn riksavisene (Mathisen, 2018, s. 13).

Mangfold som et politisk mål

Å sikre en mangfoldig og variert mediestructur har vært et politisk mål i Norge. Sigurd Høst, medieprofessor ved Høgskolen i Volda beskriver det nivådelte, norske avissystemet som en paraply med fire nivåer. Nederste i denne modellen finner vi de lokale, fådagersavisene. Dette er ultralokale aviser som kommer ut en til tre ganger i uken. Nivået over dette er litt større lokalaviser. Deretter kommer de regionale avisene og på øverste nivå finner vi riksavisene. Ifølge Høst er denne desentraliserte strukturen godt tilpasset vårt desentraliserte, norske samfunn. Lange avstander, desentralisert bosetting og sterke lokalsamfunn har påvirket utviklingen av lokalavisene. Ifølge Høst er dette noe av forklaringen på lokalavisenes sterke posisjon i Norge i dag (Mathisen, 2018, s. 23). Lokalavisene ble, som de fleste norske aviser, etablert for å være talerør for politiske partier. Pressesystemet beskrives av Sverre Høyen som et parlamentarisk system, hvor avisene hadde som hovedoppgave å skape tilslutning til partiene og deres politikk. Båndene mellom partiene ble gradvis brutt på 1970 tallet, og det nye idealet frontet lojaliteten til leserne som det viktigste. Pressestøtten ble innført på 1960 tallet for sikre at det gis ut et bredt mangfold av aviser i Norge. Gjennom lokale aviser får innbyggerne i lokalsamfunn informasjon om det som skjer, og avisene blir et møtested som skaper fellesskap og engasjement. Dette er viktig for at folk skal delta i det lokale demokratiet, i tråd med Jürgen Habermas' offentlighetsideal. Å ivareta mangfoldet av aviser sikrer lokaldemokratiet, og gir innbyggerne en mulighet til å delta i den offentlige samtalen (Mathisen, 2018, s. 27).

Kritisk presse eller menighetsblad..?

Også lokale aviser har en dagsordenmakt og en definisjonsmakt. Denne benytter avisen når de presenterer nyhetsbildet, men også kommentarjournalistikken og lederartiklene sier mye om lokalavisene som aktører i lokalsamfunnene. På lederplass skal avisene være subjektive, og ta stilling i saker. Mathisens undersøkelse fra 2007 undersøkte totalt 94 lederartikler fra fire lokalaviser. Ifølge henne sier lederartiklene mye om redaksjonenes vilje og evne til å

provosere, ta standpunkt og utfordre de lokale maktelitene i saker som angår lokalsamfunn. Funn fra undersøkelsen viste at det var en gjennomgående bruk av lederplassen til å få frem det positive ved regionene og lokalsamfunnet. Det ble også brukt noe til kritikk, men da var det ofte kritikk til politiske myndigheter, sentralt eller lokalt (Mathisen, 2018, s. 45 - 47). Dette viser, ifølge Mathisen, at den lokale patriotismen står sterkere enn den kritiske journalistikken. Tydeligst kommer denne patriotismen fram i lokale kampsaker, som skaper stort lokalt engasjement. Kampen for akuttkirurgi ved sykehuset i Flekkefjord er et eksempel på en slik sak. Dette er en sak som har stor praktisk og symbolsk betydning for innbyggerne i Flekkefjord. Det handler om sentrale velferdsgoder, arbeidsplasser og et tilbud som potensielt kan handle om liv og død. I et større perspektiv kan det handle om selve stedets være eller ikke være. Disse sakene vekker sterke følelser og stort folkelig engasjement. I slike tilfeller utfordres lokalavisenes profesjonalitet. De skal være limet i samfunnet, og kjempe for lokale goder, men samtidig ivareta den kritiske rollen. Dette er ekstra utfordrende når mange lesere forventer at lokalavisene skal dekke disse sakene til lokalsamfunnets fordel. Ved å ikke ivareta det kritiske perspektivet, kan avisene ende opp med å bli ukritiske kampanjeaviser, noe som kan utfordre troverdigheten (Mathisen, 2018, s. 55 og 56).

MENINGSDANNELSE OG KUNNSKAPSPRODUKSJON

Ifølge den svenske maktutredningen fra 1990 mente både journalister og informatører at mediene hadde mer makt over allmenheten enn over beslutningstakerne, og de var forholdsvis enige om at lokalpresse hadde størst betydning for den lokale meningsdannelse (Tveiten, 2009, s. 52). Det er nærliggende å anta at denne oppfatningen også er gjeldende i Norge. Meninger er ikke statiske men formes og reformuleres. I dette perspektivet har mediene ulike former for makt. Lokalavisene har, som sagt dagsordenmakt i lokalsamfunn, og er med på å påvirke hva menneskene i lokalsamfunnene er opptatt av og har meninger om. Denne meningsdannelsen er viktig for å skape engasjement og deltakelse i det lokale demokratiet, og med det i den offentlige samtale. Habermas sier at fordi politisk makt «er utsatt for en mengde fristelser» trenger den permanent kontroll gjennom den offentlige mening. Han viser til den franske historikeren Francois Guizo, som allerede i 1820 ga en klassisk formulering av den *offentlige menings herredømme*. Guizot mente at det var et kjennemerke på et system som ikke på noe punkt godtok en absolutt makts legitimitet, at den forpliktet alle samfunnsborgere til å søke sannhet, fornuft og rettferdighet. Han mente

at det var dette som burde regulere den faktiske makt. Det gjør et representativt system på følgende måter:

1. ved diskusjon som forplikter myndighetene til i fellesskap å søke sannheten
2. ved publisitet som setter de myndigheter som er opptatt med denne søken under samfunnsborgernes oppsyn
3. ved pressefrihet som får samfunnsborgerne til selv å søke sannhet og meddele til borgerne

(Guizo;Habermas, 1999, s. 93 - 95)

I dette kjenner vi igjen ordlyden i det vi oppfatter som samfunnskontrakten mellom pressen og folket. Diskusjon, og en felles søken etter de nevnte verdier er med på å danne et meningsmangfold.

Ut ifra denne forståelsen er altså meningsdannelsen viktig for at et deliberativt demokrati skal fungere. Men er det betimelig å forvente at vanlige mennesker skal inneha evner og forutsetninger for å delta med sine meninger i et stadig mer komplisert samfunn? Den amerikanske skribenten Walter Lippmann argumenterte i 1922 for at en kunnskapsmessig og skarpskodd elite burde overta styringen av samfunnet. Vanlige mennesker hadde etter hans syn hverken muligheter eller evner til å skaffe seg tilstrekkelig med kunnskaper til å danne seg informerte og fornuftige oppfatninger av politiske spørsmål. I stedet ville de gripe etter det Lippmann kalte fordomsbaserte stereotyper. Den østerrikske statsviteren Joseph A. Schumpeter støttet i stor grad Lippmann, og hadde liten tro på et demokrati basert på såkalte *omnikompetente* borgere. Ifølge ham var borgernes rolle kun å stille opp i valglokale og avgi sin stemme til det partiet som var på tilbud. Ut ifra hans forståelse er det som skjer i offentligheten en slags dragkamp mellom ulike organiserte interesser og en kamp om velgeroppslutning. Lippmann fikk svar fra blant annet psykologen John Dewey, som argumenterte for at det var et grunnleggende poeng at individet måtte sosialiseres, eller utdannes inn i et sosialt fellesskap. Individet kunne ikke, ifølge ham, eksistere utenfor dette fellesskapet. Dewey var enig med Lippmann i at mennesker ofte manglet kunnskap, men argumenterte for at et demokratisk publikum ble til hver gang en eller annen beslutning eller prosess berørte et større antall mennesker. Da ville disse i fellesskap søke etter kunnskap, utveksle og revidere meninger og utvikle politiske forslag. Dewey oppfattet med det demokratiet først og fremst som et etisk prinsipp (Gripsrud, 2017, s. 32 og 33).

I deliberativ demokratiteori, er borgernes deltagelse i demokratiske prosesser og i den offentlige samtale essensiell. Ifølge Jostein Gripsrud finnes det en rekke bidrag som trekker på studier av *kollektiv intelligens* som viser at flertallsavgjørelser og inkluderende, offentlige samtaler gir et bedre grunnlag for å sikre riktige avgjørelser enn enkeltmennesker og små grupper. I dette perspektivet har man et positivt syn på den individuelle borger, og deres iboende muligheter. Michael Schnudson har bidratt med begrepet *the monitorial citizen* som er en moderasjon av *den omnikompetente borger*. Med dette mener han borgere som følger med, og «skanner» mediebildet og dekningen av politikk og samfunnsliv. Engasjementet dukker opp når noe står på spill, eller når noe treffer på den enkeltes kunnskaps- eller interessefelt (Gripsrud, 2017, s. 36 og 37). Meningsdannelse, og det positive synet på borgerne går igjen i Ytringsfrihetskommisjonens innstilling fra 1999. Denne dannet grunnlaget for den nye paragraf 100 i Grunnloven, og omfatter tre prinsipper: Sannhetsprinsippet, demokratiprinsippet og autonomiprinsippet. I sannhetsprinsippet vises det til at sannhet nås gjennom en prosess som er verdslig, kulturuavhengig og dialektisk. Dialektisk forstås som at sannhet nås gjennom meningsutveksling hvor påstander korrigeres i konfrontasjon med andre meninger. En forutsetning for at dette skal fungere er ytringsfrihet. I demokratiprinsippet ligger det at det må være offentlighet rundt de viktige samfunnsprosessene, og at det må finne sted en fri meningsutveksling. Autonomiprinsippet bygger på begrepet «det myndige mennesket», og individets frie meningsdannelse. For å kunne fungere som et autonomt individ kreves det en viss kompetanse. Denne kompetansen oppnås ved å møte andre mennesker, høre på argumenter og prøve alternative perspektiver. Her pekes det også på at vår organisering i Norge, med en allmenndannende skole og en løpende meningsutveksling i det offentlige rom fører til at ethvert voksent menneske er å anse som myndig ut i fra denne forståelsen av begrepet (Gripsrud, 2017, s. 30 og 31)

HVA VAR LIMET, OG HVOR VAR LUPA I FLEKKEFJORD?

I forbindelse med forslaget om å fjerne akuttkirurgien ved sykehuset i Flekkefjord var Avisen Agder en aktiv og sentral aktør. I empirien til denne oppgaven har jeg analysert totalt 22 nyhetsartikler, 2 leserinnlegg og 5 lederartikler fra avisen. Dette er fordelt på 7 papiravisutgaver, utgitt i uken før og uken etter folkemøtet i Spira. Jeg har fordelt stemmene, altså de som har fått tale igjennom avisen, etter Mathisens begreper om elite- og

grasrotkilder (Mathisen, 2018, s. 41). Jeg benytter her ordet *stemme* i stedet for *kilde*. Her har jeg definert elitestemmene som dem som har en organisasjon eller et parti i ryggen, mens grasrotstemmene er mennesker som ikke har noen institusjon eller organisasjon bak seg. Som fordelingen under viser, så er det en klar overrepresentasjon av elitestemmer også i denne oppgavens undersøkte materiale. Bak elitestemmene ligger det kun to kilder som ikke har en umiddelbar, lokal tilhørighet. Dette er administrerende direktør Jan-Roger Olsen og styreleder ved Sørlandet sykehus, Camilla Dunsæd. Det vil si at totalt 20 av tilsammen 24 stemmer faller inn under begrepet lokale elitestemmer, etter Mathisens forståelse. Når det gjelder grasrotstemmene i denne saken er det kun Lillemor Furuseth som er sitert i forbindelse med selve folkemøtet (Tjomlid, 2017a), og Jan Helge Jacobsen som uttaler seg som pasient som uttaler seg uten et bundet mandat (Tjomlid, 2017b).

Stemmefordeling Avisen Agder, elite / grasrot		
	Elitestemmer	Grasrotstemmer
13.- 20.februar 2017	9	1
20.- 27.februar 2017	13	1
Totalt	22	2

FIGUR 6 STEMMEFORDELING ELITE / GRASROT

Avisen kan sies å balansere noe for de manglende grasrotstemmene i nyhetsartikler ved å bruke to hele sider den 15.februar 2017 til å gjengi meldinger som har kommet inn på deres, og «Aksjonsgruppe Flekkefjord» sine Facebook- sider:



FIGUR 7 AVISEN AGDER, 15.FEBRUAR S. 8&9

Avisen publiserte også en rekke leserinnlegg, plassert under meninger. Jeg har i denne oppgaven valgt å ikke analysere disse, men har registrert at sykehussaken var et relativt hyppig innslag på disse sidene.

Stemmene inntok også forskjellige perspektiver, enten for lokalsamfunnet, altså med et lokalperspektiv, eller for Olsens forslag, med et sentrumperspektiv. Med utgangspunkt i dette ble fordelingen slik som tabellen under viser:

Stemmedfordeling Agder Flekkefjord Tidende, perspektiv		
	Lokalperspektiv	Sentrumperspektiv
13.-20.februar 2017	9	1
20.-27.februar 2017	13	1
Totalt	22	2

FIGUR 8 STEMMEFORDELING - PERSPEKTIV

Her ser vi en klar overvekt av stemmer med et lokalt perspektiv. Dette kan forstås som at avisen prioriterte de lokale stemmene fremfor stemmer som kom utenfra. I de artiklene hvor stemmene med lokalt perspektiv kom til ordet fremkom det svært lite kritikk av sykehuset lokalt, men mye kritikk rettet mot sykehusledelsen. Dette viser at Agder Flekkefjord Tidende, innenfor det utforskede materialet valgte å gi den lokale patriotismen en tydelig stemme. Det viser også at avisen i stor grad ønsket å frembringe et bilde av konsensus mellom stemmene, noe som kan virke forsterkende på fellesskapsfølelsen i lokalsamfunnet, men polariserende på debatten.

Av totalt 7 undersøkte lederartikler, handlet 5 om sykehuset og kampen for å beholde akuttkirurgien og traumemottaket. Ifølge Stein Gauslaa og Stein B. Hauglid er lederen avisens mening. Dette gir lederartikkelen en betydelig status (Igland & Stølås, 2008, s. 34 og 35). Det som står på lederplass skal være avisens subjektive meninger. Funn fra mine undersøkelser viser at lederartiklene er gjennomgående positive, sett i et lokalt perspektiv, og tydelig kritiske mot sykehusledelsen. Det er også en gjennomgående kritikk av en sentrum / periferi- politikk som ikke gagnar utkant Norge. Eksempler på det første finner vi når redaktør Munksgaard skriver:

HAN FÅR det til å lyde som om Flekkefjord sykehus skal få en ny vår, når han, sykehusdirektør Jan-Roger Olsen fremlegger sin styreinnstilling om fremtiden for Flekkefjord sykehus. Honnørord som «vi skal videreutvikle», «viktig satsing», «akuttberedskap» og «sykehuset er viktig for landsdelen» slynges

ut med størst mulig grad av troverdighet. Men er du utsatt for en bilulykke og blir alvorlig skadet, kjører ambulansen forbi Flekkefjord sykehus - og slipper deg ikke av før du er i Kristiansand eller Stavanger, hvis du har overlevd turen.
(Munksgaard, 2017e)

Et eksempel på kritikk av en større, nasjonal politikk finner vi i lederartikkelen den 20.februar 2017. Her skriver Munksgaard at Senterpartiet vokser i Flekkefjord, og at det er et tiltagende distriktsopprør i Norge. I lederen kan vi blant annet lese:

STATSMINISTEREN OG andre partiledere kaller tendensen for populisme og henviser til Brexit og Trumps inntog som president, altså som en ny og global trend. Det er en forfeilet sammenligning, men et resultat av klassisk sentrum-periferi-konflikt. Og nå er utkantene lei. De politiske strømninger som feier over landet er et resultat av at den politiske elite har fjernet seg fra folk flest.
(Munksgaard, 2017g).

Gjennomgående i de undersøkte lederne var at de gav refs til sykehusledelsen og sentrale myndigheter. Det er med dette et samsvar mellom funn i denne oppgaven, og det Mathisen kunne vise til i sine undersøkelser (Mathisen, 2018, s. 39-43).

Forsidenes bakside?

Hvilke nyhetssaker avisen plasserer på forsiden sier mye om hvordan avisen bruker sin dagsordenmakt. I alle de syv undersøkte avisene var sykehussaken presentert på forsiden.



FIGUR 9 FORSIDER AVISEN AGDER, 13.-15.-17.-20.-22.-24.- OG 27.FEBRUAR 2017

Her viser avisen seg som tydelig lokalpatriotiske, og som en avis som fronter engasjementet mot sykehusledelsen og for sykehuset. Når avisen inntok et såpass tydelig perspektiv i sykehussaken er det nærliggende å etterspørre den kritiske vinklingen som kunne gitt en balanse i dekningen av saken som helhet. Det er også betimelig å bemerke at en slik tilnærming til denne saken kan få avisen til å fremstå som en kampanjeavis for lokalsykehuset, og med det svekke avisens troverdighet (Mathisen, 2018, s. 56). Man kan si at limet er ivaretatt, mens lupen ikke er det.

Samtlige forsider har et personfokus. Fire av dem har et tydelig negativt fokus mot henholdsvis administrerende direktør Jan-Roger Olsen, og styreleder ved Sørlandet sykehus Camilla Dunsæd, mens tre benytter seg av autoriteter, i dette tilfellet Ventres Ketil Kjenseth og SPs Kjersti Toppe, samt Jan Helge Jacobsen som takker sykehuset for livet, for å forsterke

den tydelige vinklingen *for* lokalsamfunnet og *mot* sykehusledelsen og det foreslåtte vedtaket. Både Olsen og Dunsæd er offentlige personer. De må på bakgrunn av det tåle at relativt sterk kritikk rettes mot dem. I Vær Varsom- plakaten punkt 1.4 gis pressen *en rett til å informere om det som skjer i samfunnet*, og punkt 1.5 sier at det er *pressens oppgave å beskytte enkeltmennesker og grupper mot overgrep eller forsømmelse fra offentlige myndigheter og institusjoner*. Forstått ut i fra dette kan man forsvare at Avisen Agder går langt i sin kritikk av de som ønsket å fatte et vedtak som, sett i deres perspektiv ville være ødeleggende for sykehuset som en lokal institusjon, og potensielt truende for borgerne i Flekkefjords velferd. Det er likefullt viktig å være oppmerksom på hvordan et slikt personfokus kan oppleves. Brurås bruker blant annet Tore Tønnes-saken fra 2002 som et eksempel man bør lære fra. I løpet av tre uker hadde Dagbladet seks førstesideoppslag om Tønne. I rapporten «Tre uker i desember», står det blant annet:

Vi vet at personer som har vært utsatt for negativ eksponering i mediene har opplevd formspråket, prioriteringen og dimensjoneringen som aller mest belastende. Det faktiske innholdet i det som ble publisert er bare en side av saken, det kan man i det minste ta til motmæle mot og kanskje leve med. En annen og verre side er det inntrykket som en avisforside skaper, og det volumet og den høyrøstheten som formspråket i noen medier uttrykker, og som er adskillig verre å forsvare seg mot. (Brurås, 2014, s. 231)

Denne saken endte tragisk, med at Tønne tok sitt eget liv. Pressen fikk kritikk for både dimensjoneringen av saken, og for at den hadde et føljetong- preg.

ETISK VURDERING AV SYKEHUSSAKEN

For å vurdere ulike etiske aspekter ved denne saken, kan man tilnærme seg den ved hjelp av en enkel modell for presseetisk analyse. I modellen arbeider man seg gjennom åtte spørsmål, eller «overveielsesfaser» som samlet sett kan bidra til en systematisk analyse av et presseetisk dilemma. Spørsmål man skal ta stilling til er:

1. Hva er sakens fakta?
2. Hvem blir berørt av en omtale av denne saken?
3. Hva er handlingsalternativene?
4. Hva er konsekvensene av de ulike handlingsalternativene?
5. Hvilke verdier og prinsipper står på spill?
6. Hvor plasserer jeg min lojalitet?
7. Hva er vesentlig informasjon for publikum?
8. Tåler mine motiver og metoder dagens lys?

(Brurås, 2014, s. 315 og 316)

Forslaget om å legge ned akuttkirurgien, og dermed redusere tilbudet ved sykehuset i Flekkefjord er en sak hvor selve faktagrunnlaget for beslutningen er stridens kjerne. Dette gjør saken som sådan komplisert, og det er vanskelig å skille ut hva som er fakta ut ifra en objektiv forståelse. Saken er også komplisert rent medisinskfaglig, noe som gjør den vanskelig å formidle uten tilstrekkelig forståelse av medisinske begreper. Et eksempel på dette finner vi i folkemøtet på Spira, når Jan-Roger Olsen forklarer hva en traumepasient er:

Jeg føler kanskje at.. hva er en traumepasient? Jeg skal lese fort.. på traumepasienten.. Dette er definisjonen i fra traumeveileder: «Pasient hvor man mistenker alvorlig skade. Med alvorlig skadet pasient menes det en person som har pådratt seg åpenbart alvorlige skader og / eller er sirkulatorisk, respiratorisk ustabil, og / eller har vært utsatt for et høyenergetisk traume» Det vil si en virkelig alvorlig ulykke. «Med åpenbar alvorlig skade menes store blødninger, eller knusninger, dislokerte bekkenbrudd eller brudd i lange rørknokler, ustabil brystkasse, stikk og skuddskader og så videre. (1264-1267)

Til tross for at dette gjør saken som helhet vanskelig, åpnet det også et rom for tolkning hvor avisen kunne tillate seg å innta et perspektiv som tilsynelatende var svært subjektivt.

Saken berørte svært mange mennesker lokalt i Flekkefjord, og den skapte et stort engasjement. Engasjementet hadde i stor grad rot i at sykehuset var en viktig institusjon i Flekkefjord som representerte trygghet. Omtalene av saken berørte også, som tidligere vist, sykehusets ledelse, og da i særlig grad Jan-Roger Olsen.

Med bakgrunn i en forståelse av fakta, og en forståelse av hvem som ble berørt av at avisen omtalte saken, hadde journalistene og redaktør Munksgaard to opplagte valg. De kunne enten velge å dekke saken, og forsøke å ivareta et objektivt perspektiv, eller de kunne velge det lokalpatriotiske perspektivet, hvor avisen ble et talerør for engasjementet i lokalsamfunnet.

Konsekvensene av at avisen hadde valgt å dekke saken ut i fra et objektivt ideal kunne ha vært at borgerne i Flekkefjord fikk en større innsikt i sakskompleksiteten som lå til grunn for det foreslåtte vedtaket. Avisen kunne med dette ha vært med på å legge til rette for en prosess hvor politikere, sykehusledelse og borgerne i Flekkefjord fikk en større forståelse for hverandres perspektiver, og med det lagt premisser for en kunnskapsproduksjon i Habermas` ånd. Men det kunne også ha ført til at avisens lesere opplevde at avisen ikke fylte sitt lokaljournalistiske oppdrag. Siden avisen ved tidligere anledninger hadde tatt stilling i

sykehussaker må det antas at det forelå forventninger om at de skulle innta denne rollen også i dette tilfellet.

Konsekvensen av avisens faktiske førte til at avisen fungerte som et talerør for noe av det lokale engasjementet, og de ivaretok limet i samfunnsoppdraget. De fikk også en betydelig politisk oppmerksomhet rettet mot utfordringene i Flekkefjord. Dette *kan* ha vært en medvirkende faktor til at regjeringen i april 2017 vedtok å bevare akuttkirurgien ved blant annet sykehuset i Flekkefjord. Dette til tross for at styret ved Sørlandet sykehus hadde vedtatt å legge tilbudet ned (Eie, 2017).

Jeg tillater meg i denne oppgaven å stille spørsmål ved om avisen i tilstrekkelig grad ivaretok gruppekommunikasjonsfunksjonen som en samfunnsoppgave. Ifølge Burås skal mediene fremme kommunikasjon innen og mellom politiske, faglige og ideelle grupper i samfunnet (Brurås, 2014, s. 38). I denne saken mener jeg at avisen snarere enn å fremme kommunikasjon bidro til å polarisere debatten og skape skarpere fronter.

Det femte spørsmålet man skal ta stilling til handler om verdier og prinsipper. I denne saken er det en verdioppfatning at mennesker i Norge skal få lik helsehjelp uavhengig av hvor du bor. Ut i fra denne forståelsen var det et spørsmål om dette prinsippet gjaldt for borgerne i Flekkefjord når sykehusledelsen vurderte å fjerne en potensielt livreddende sykehusfunksjon. Her er det nærliggende å anta at borgene i Flekkefjord sammenlikner seg med borgerne i Kristiansand og Arendal, og at tilbudet ved sykehuset sammenliknes med tilbudet på de to andre sykehusene på Sørlandet. Andre verdier som er viktige i denne sammenheng er krav til sannhet og den grunnleggende respekten for mennesket. Med bakgrunn i dette hadde Avisen Agder en god forankring for å innta et lokalt perspektiv, hvor de prioriterte å sette det lokale engasjementet og kampen mot sentraliseringen på dagsorden. Ved å innta dette perspektivet viste avisen at deres lojalitet lå hos de lokale stemmene og til det lokale publikum.

Akuttkirurgisakens kompleksitet gav avisen et særskilt ansvar for å ivareta informasjonsfunksjonen og gi sine lesere den informasjonen som var nødvendig for at de skulle kunne ta stilling til spørsmålet om endringer i sykehustilbudet. Ved å være så tydelig lokalpatriotiske, som mine analyser viser at de var, kan man anta at denne funksjonen ble sekundær. I stedet ble kommentarfunksjonen naturlig forsterket ved at avisen ble en del av

det lokale engasjementet. Dette gjør det naturlig å stille spørsmål ved avisens motiver og troverdighet. Avisen var subjektiv, og valgte å være limet som oppmuntret det lokale engasjementet. Det betyr at den kunnskapen man kunne hente ut av avisen ikke stod på egne bein, men måtte balanseres mot informasjon fra andre medier.

Plikt og konsekvens – moralfilosofiske vurderinger

Ut i fra denne tilnærmingen kan man videre vurdere avisens dekning av sykehusaken ut i fra forskjellige etiske perspektiver fra moralfilosofien. Hvilke moralske normer bør gjelde i denne saken? Moralfilosofien peker ut to hovedtradisjoner: konsekvensetikken og plikketikken. Konsekvensetikken er opptatt av hvilke konsekvenser en handling medfører. Her kan man forstå at målet er å skape mest positive, og minst negative konsekvenser av handlingen. Utilitarismen, ved blant annet John Stuart Mill og Jeremy Bentham, sier at man skal handle for å skape mest mulig lykke for flest mulig folk. Konsekvensetikken kritiseres for at den kan føre til at målet helliger middelet, noe som igjen kan føre til at man godtar uetiske handlinger. Enkelte forståelser av utilitarismen forfekter også at man bare tar hensyn til flertallet, og ignorerer minoritetene. Et utfall av en slik forståelse kan være at man for eksempel godtar favorisering eller utnyttelse av et mindretall, til fordel for det store flertallet. Fra et plikketisk ståsted poengteres det også at det er vanskelig å forutse konsekvensene av en handling (Ihlen, 2013, s. 62 og 63).

Pliktetikken fokuserer på selve handlingen, og ikke på hensikten eller konsekvensene av den. En grunnleggende forståelse av plikketikken i dag baserer seg på Immanuel Kants *kategoriske imperativ* som lyder: «Du skal handle slik at regelen (maksimen) for din handling samtidig kan gjelde som en allmenn lov» (Brurås, 2014, s. 298). I Kants forståelse av plikketikken ligger det en streben etter menneskeverd, hvor man ser det som absolutt å ikke redusere mennesker til midler. Pliktetikken kritiseres for å stride mot en hverdagslig fornuft, hvor det anses som sosialt uakseptabelt å se bort ifra konsekvensene av sine handlinger. Videre kritiseres retningen for å ikke gi tydelige svar på hvordan man skal forholde seg i tilfeller hvor det oppstår konflikter mellom ulike verdier, og hvor man for eksempel må velge hvem man skal forholde seg lojalt til (Ihlen, 2013, s. 62).

Diskursetikken handler om den offentlige samtale, og baserer seg i stor grad på teoriene til Jurgen Habermas og Karl-Otto Apel. Utgangspunktet her er at gyldige etiske normer utledes rasjonelt i fellesskap, gjennom samtale og kommunikasjon med andre. I diskursetikken er det metoden for å komme fram til et standpunkt som er i fokus (Brurås, 2014, s. 302 og 303). Diskursetikere vektlegger å legge til rette for en fri og utvungen diskusjon gjennom prosedyrer og prinsipper. De beste argumenter, som er rasjonelle og tar hensyn til fellesskapet fremfor egeninteresser bør dominere (Brurås, 2014, s. 63). Her ligger det et ideale om å oppnå konsensus. Diskursetikken kritiseres blant annet for å ikke ha fullgode alternativer hvis dette idealet ikke oppnås. Den kritiseres også for å ikke i tilstrekkelig grad ta hensyn til hvordan strukturelle begrensinger, og ressurstilgang kan virke hemmende for en åpen debatt og diskusjon (Ihlen, 2013, s. 65)

I debatten rundt det presseetiske regelverket forfekter noen journalister et situasjonsetisk syn. I dette ligger det at de etiske vurderingene til enhver tid er situasjonsavhengige. God etikk i dette perspektivet blir ikke praktisert ved å følge en lærebok, men ved at den enkelte journalist tar ansvar for sine handlinger, og handler etter sin egen samvittighet. Situasjonsetikken tilbyr ikke et selvstendig alternativ, men kan samspille med andre etiske grunnlagsmodeller. Hvis man ser på den isolert byr den på relativt store utfordringer knyttet til at den er uberegnelig, uforutsigbar og individualisert (Brurås, 2014, s. 308 og 309).

Sett i et konsekvensetisk perspektiv kan man se på Agder Flekkefjords Tidene vinkling som en måte å gi den antatte majoriteten av Flekkefjords borgere en tydelig stemme mot de sentrale myndighetene. Man kan anta at bak dette ligger det en forståelse av at å nedlegge de akuttkirurgiske funksjonene ved sykehuset vil føre til negative konsekvenser for borgerne. Ved å gjøre dette oppnår avisen at den antatte majoriteten får sin stemme hørt, men dette kan også virke ekskluderende på en eventuell minoritet som kan tenkes å ha hatt andre synspunkter på saken. Konsekvensetisk er det også interessant å vurdere hvorvidt avisen kunne forutse konsekvensene av å handle på den måten de gjorde. Den faglige argumentasjonen for å fjerne tilbudet var at det ikke var mulig å opprettholde en forsvarlig kvalitet på grunn av et for lite volum av pasienter. Hvis dette argumentet viste seg å være riktig, vil avisens massive påtrykk for å bevare funksjonene kunne få et katastrofalt utfall for den enkelte pasient som til syvende og sist måtte benytte seg av dette tilbudet.

I Norge er det en felles forståelse for at man er likeverdige mennesker, med de samme rettigheter uavhengig av hvor du bor. Dette argumentet gir rom for en pliktetisk tilnærming til saken, hvor man kan benytte Kants imperativ og påberope borgerne i Flekkefjord en rettighet som skal gjelde for alle i Norge. Dette perspektivet legitimerer en tydelighet fra avisen, hvor de forplikter seg til å rope høyt om at disse rettighetene er truet av det foreslåtte vedtaket. Sett i sammenheng med at avisen fyller sitt lokaljournalistiske samfunnsoppdrag, er verdiene og lojaliteten tydelig plassert lokalt. Hadde avisen valgt en mer objektiv vinkling kunne man ha sagt at lojaliteten lå et annet sted, ved at man så sykehuset i en større sammenheng. Her kunne man, ut i fra en pliktetisk forståelse ha brukt den samme maksimen og forholdt seg til tall fra ekspertene som trakk tråden mellom kvalitet og volum. På den måten kunne avisen ha forsvart et pliktetisk ståsted ved å si at det er en allmenn «lov» at sykehus må ha et pasientgrunnlag på mer enn 60.000 for å kunne tilby akuttkirurgi. Flekkefjord har et pasientgrunnlag på 40.000 – ergo de kan ikke tilby akuttkirurgi.

Diskursetisk er saken interessant. Habermas legger til grunn at man gjennom en åpen dialog kan komme fram til enighet mellom alle berørte parter. Denne enigheten er da kilden for moralsk gyldige normer. For at dette skal kunne skje må denne debatten, eller diskursen være offentlig og tilgjengelig for alle. Her spiller avisen en viktig rolle. Videre kreves det at deltagerne i debatten er likeverdige. På dette punktet svikter Avisen Agder. Ved valg av vinkling er de med på å polarisere diskursen ytterligere, snarere enn å legge til rette for en god dialog. Meningsdannelsen skal i et diskursetisk perspektiv skje uten tvang, i en *herredømmefri* diskusjon. Også på dette punktet er det vanskelig å se at avisen innfrir. Som påpekt bidrar vinklingen avisen har valgt til å gi en tenkt majoritet av borgerne en stemme. Den tenkte minoriteten kommer lite til ordet. Dette kan gjøre at det lokale perspektivet har hegemoni. Forstått i en lokalkontekst vil det være utfordrende for en eventuell motstemme å argumentere imot den etablerte forståelsen. Habermas legger også til grunn at det beste argumentet bør få dominere, og at alle involverte må være rede til å la seg overbevise av dette (Brurås, 2014, s. 302 og 303). Igjen virker det lokalpatriotiske hensynet hemmende på sett i lys av en diskursetisk tilnærming.

Det er betimelig å anta at situasjonsetiske perspektiver farger en lokalavisredaksjon i en sak som dette. Når noe truer en lokal institusjon som sykehuset, oppstår det en situasjon som krever handling. Jeg har tidligere i oppgaven argumentert for at avisen i denne saken hadde en tydelig lokalpatriotisk slagside, noe som underbygger denne påstanden.

OPPSUMMERING – JOURNALISTIKK

I denne delen av oppgaven vises det hvordan Avisen Agders handlinger i akuttkirurgisaken samstemmer og bryter med de normer og forventninger som vi har til lokalaviser i Norge. Det lokale engasjementet legitimeres langt på vei, men kritiseres allikevel fordi den tydelige partiskheten kan ha ført til at viktige stemmer, både lokalt og regionalt, ble marginalisert. Dette kan ha virket hemmende for meningsdannelsen i Flekkefjord. Avisen kritiseres også for å ha en polariserende holdning til debatten. Dette utfordrer avisen på samfunnsoppdraget hvor de forplikter seg til å skape debatt og ikke skyttergraver. Avisen skriver i det undersøkte materialet svært lite kritisk journalistikk. Dette kan ha ført til at nødvendig meningsbrytningen i den lokale offentligheten ikke oppstod. Med det foregikk det lite produksjon av ny kunnskap, noe som førte til at borgerne i Flekkefjord ikke fikk nødvendig informasjon for å foreta selvstendige og frie meningsvalg.

VAR FOLKEMØTET EN DEL AV EN KRISE FOR SØRLANDET SYKEHUS OG ADMINISTRERENDE DIREKTØR?

I denne delen av oppgaven spør jeg om man kan forstå det som skjedde i før, under og etter folkemøtet på Spira som en krise. Eller som en del av en krise. Via tre sentrale krisekommunikasjonsteorier argumenterer jeg for at krisen var et faktum, og jeg viser hvordan krisen ble håndtert.

HVA ER EN KRISE?

Det finnes mange forskjellige definisjoner og oppfatninger av hva som ligger i ordet *krise*. Ordet stammer fra det greske ordet *krisis* som betyr *beslutning fattet i det avgjørende øyeblikket i en usikker prosess*. I dag benyttes *krise* bredt og overordnet om en lang rekke forskjellige kriser: interne og eksterne kriser, økonomiske kriser og menneskelige kriser. (Johansen & Frandsen, 2015, s. 21).

Direktorat for samfunnssikkerhet og beredskap definerer en krise slik: "En virksomhet (organisasjon, institusjon, myndighet eller menneske) er i en krise når det oppstår en situasjon som truer eller kan true virksomhetens kjernevirksomhet og/eller troverdighet." (Direktorat for samfunnssikkerhet og beredskap, 2016). Her er det utfallet av krisen, eller det potensielle negative utfallet som står sentralt. Etter en definisjon av W. Timothy Coombs er en krise "A crisis is the perception of an unpredictable event that threatens important expectancies of stakeholders and can seriously impact an organization's performance and generate negative outcomes" (Coombs, 2007, s. 2 og 3)

Coombs benytter en definisjon av Bryson (2004) som definerer interessenter som personer eller grupper som blir påvirket av, eller kan påvirke en organisasjon (Coombs, 2007, s. 3). Ved denne definisjonen er det organisasjonens muligheter til å innfri forpliktelser overfor sine interessenter som står sentralt.

Ut i fra begge disse forståelser kan man påstå at Sørlandet sykehus befant seg i en krise i den konteksten som denne oppgavens empiri gir. Sykehuset, ved administrerende direktør Olsen ønsket å gjennomføre en endring i henhold til en tolkning av Nasjonal helse- og sykehusplan. Konsekvensene av dette var at krefter i Flekkefjord mobiliserte for å stanse denne endringen. Dette hindret sykehuset i å utføre de oppgavene de hadde satt seg fore. I tillegg

opplevde de et stort negativt fokus, som i stor grad rettet seg direkte mot administrerende direktør som person. Dette førte til at Olsens troverdighet stod på spill, og med den hans og sykehusets muligheter til å innfri sine forpliktelser overfor flere av sine interessenter. Spesielt sine interessenter i Flekkefjord.

HVA ER KRISEKOMMUNIKASJON?

Krisekommunikasjon som fag er relativt nytt og har vokst frem i løpet av de siste 30 årene. Krisekommunikasjon er et komplekst fenomen som dekker en hel rekke forskjellige kommunikasjonsprosesser, alt fra enkle instruksjoner og ordre til større prosesser og planer som har som mål å ivareta en organisasjons image og omdømme (Frandsen & Johansen, 2009, s. 329 og 330).

Winni Johansen og Finn Frandsen skiller mellom en snever og en bred forståelse av crisekommunikasjonsfeltet (Johansen & Frandsen, 2015, s. 15). Den snevre forståelsen handler om det som skjer *under* en krise. Her defineres crisekommunikasjon som avsenderorientert, hvor det essensielle er å informere. Frandsen & Johansen sier videre at den snevre forståelsen ofte fokuserer på det operasjonelle og det taktiske, og legger vekt på å være handlingsorientert. I en snevre forståelse vil man søke etter å gi ferdige oppskrifter, eller såkalte «how to» bøker som gir råd og veiledning om hvordan man skal håndtere en krise. En bred forståelse skiller seg i vesen fra den snevre ved at den ikke kun fokuserer på krisen i seg selv, men også på det som skjer *før* og *etter* krisen. Ut i fra denne forståelsen vil kriseledelse være strategiske aktiviteter som like mye handler om å være proaktiv samt å dra lærdom av kriser, som å håndtere krisen i seg selv. Et annet viktig skille er at man i en bred forståelse anerkjenner crisekommunikasjon som nettopp kommunikasjon, mellom avsender og mottager. Frandsen & Johansen har satt opp denne forståelsen i modellen under:

Snever forståelse Begivenhet	Bred forståelse Prosess
Under en krise	Før, under og etter en krise
Knyttet til begivenheten	Knyttet til både begivenhet og prosess
Avsender orientert	Avsender- og mottagerorientert
Informasjon	Kommunikasjon
Operasjonell / normativ	Vitenskapelig

FIGUR 10 SNEVER OG BRED FORSTÅELSE AV KRISEKOMMUNIKASJON (FIGUR 1; JOHANSEN & FRANDSEN, 2015, s. 16).

Innen krisekommunikasjonen utpeker det seg to sterke forskningstradisjoner. Den første er den retoriske eller den tekst-orienterte tradisjonen. Her fokuseres det på *hva* og *hvordan* en person eller en organisasjon kommuniserer i en krisesituasjon. Denne tradisjonen er påvirket av apologia-tradisjonen og andre liknende tradisjoner som for eksempel *impression management* (Se Goffman, 2004, s. 79-84). Et av de viktigste bidrag herfra er forskjellige typologier over verbale forsvarsstrategier som en avsender kan benytte seg av i en krise for å bevare sitt omdømme.

Den andre tradisjonen er den *strategiske* eller *kontekstorienterte*. Her fokuseres det på *hvor*, *når* og til *hvem* man kommuniserer i en krise. Denne tradisjonen er i større grad inspirert av samfunnsvitenskapelige teorier om public relations, ledelse og organisasjon. Her er de viktigste bidragene å vise hvordan situasjonelle og kontekstavhengige forhold er avgjørende for krisen. Det er ikke kun det som skjer under krisen som er interessant, men vel så mye det som skjer *før* og *etter* krisen. Her trekker man også inn tidligere krisehistorie, og tilskrivning av ansvar fra interessenter som avgjørende for hvordan krisen skal håndteres (Frandsen & Johansen, 2009, s. 332 og 333).

Videre i denne delen vil jeg fokusere på tre sentrale teorier. Dette er William Benoit's teorier om krisekommunikasjon som *gjenopprettelse av omdømme*, Keith Hearits teori om krisekommunikasjon som *terminologisk kontroll* og W. Timothy Coombs teori og modell for *Situational Crisis Communication Theory (SCCT)*, eller *situasjonsbestemt krisekommunikasjon*. Jeg vil knytte teoriene opp mot empirien i denne oppgaven for å besvare noe av oppgavens problemstilling.

GJENOPPRETTELSE AV OMDØMME – WILLIAM BENOIT

William Benoit er inspirert av apologia-retorikken. Han har særlig fokusert på hvordan personer, organisasjoner eller institusjoner forsvarer seg verbalt når deres ethos, ansikt, image eller omdømme utsettes for angrep. Benoits viktigste bidrag til krisekommunikasjonsfeltet er en teori om *imagegjennopprettelse (Goffman)*.

Som grunnlag for denne teorien legger Benoit to premisser: 1) at kommunikasjon er en målrettet aktivitet og 2) at målet med kommunikasjonen er å bevare et godt omdømme. Benoit mener at å bevare avsenderens ethos, ansikt, image eller omdømme er viktig for den menneskelige kommunikasjon, fordi mennesker føler seg tvunget til å forsvare seg, rettferdiggjøre, forklare eller unnskyldes sin atferd hvis de angripes, anklages eller kritiseres, eller hvis deres image eller omdømme på annet vis er truet. Ifølge Benoit må to faktorer være på plass for at man skal kunne kalle noe for en trussel, eller noe som kan gi skade på image. Det må for det første foreligge en handling som på et eller annet vis har forvoldt skade. Dette kan være ord, gjerninger eller at man på annet vis ikke har innfridd forventningene overfor sine interessenter. For det andre må det finnes noen som peker på avsenderen som den ansvarlige for denne, eller disse handlingen(e). Benoit trekker her inn persepsjon som sentralt. Det handler ikke nødvendigvis om hvorvidt en handling har skjedd eller ikke, og om den har forvoldt skade. Det handler i større grad om at interessenter har *oppfattet* at dette er tilfellet. Det handler heller ikke om at man er ansvarlig for det som har skjedd, men om interessenter *oppfatter* at avsenderen er ansvarlig. Benoit mener at man kan forsvare seg mot slike angrep ved hjelp av verbale responser. Her forsøker man å enten tilbakevise anklagen eller å rettferdiggjøre sin delaktighet i hendelsen. Hvis man klarer dette vil man kunne gjenopprette et skadet image, enten helt eller delvis. Benoit setter opp en typologi over de mest brukte forsvarsstrategiene, delt inn i fem hovedstrategier med tilhørende underpunkter. Hovedstrategiene kan settes opp på følgende måte:

Benektelse: Fornekte problemet	Problemet har ikke forekommet
Skyld på andre	Det er andre som er skyld i handlingen
Å redusere ansvaret: Provokasjon	

Peke på andre ansvarlige Uhell, ikke med vilje Uvitenhet Gode hensikter	Handlingen var et svar på andres gale handling
Å minimalisere angrepet: Veie opp mot positive sider	Understreke og forsterke egne gode egenskaper
Minimalisere angrepet	Redusere konsekvensene og alvorret av handlingen
Differensiere	Handlingen er mindre alvorlig en andre, tilsvarende handlinger
Trancendens	Handlingen skyldtes viktige bakenforliggende motiver
Angripe anklageren	Redusere anklagerens troverdighet
Kompensasjon	For eksempel erstatning til ofre
Korrigere eller rette opp problemet	Plan for hvordan man skal løse problemet og forhindre at det skjer igjen
Bønn om tilgivelse	Unnskyldning

FIGUR 11 STRATEGIER FOR IMAGEGJENOPPRETTELSE (BENOIT;FIGUR4.3;JOHANSEN & FRANDSEN, 2015, S. 206-209).

Slik jeg viser i denne oppgaven kommer det relativt klart frem at sykehusets, og administrerende direktør sitt omdømme er under angrep. Angrepene kommer som en reaksjon på at viktige interessenter, i dette tilfellet borgere i Flekkefjord, *oppfatter* at de vil miste viktige (for dem) sykehusfunksjoner hvis Olsen sitt forslag blir vedtatt. Etter deres oppfatning vil dette igjen true deres sikkerhet, og mulighetene til å få behandling hvis de skader seg. Følger man Benoits teori er begge faktorene for at organisasjonen er utsatt for en trussel oppfylt. For det første foreligger det en handling som potensielt kan forvolde skade, og for det andre peker borgere i Flekkefjord og lokalavisen mot Olsen og sykehuset som ansvarlige for denne handlingen. I dette perspektivet kreves det verbale responser fra Olsen. Jeg legger også til grunn at Olsen sin kommunikasjon i denne konteksten var målrettet, og at målet var å bevare omdømmet samt å gjenopprette skadene omdømmet allerede hadde fått. Jeg argumenterer ikke med det for at Olsen hadde, eller burde ha en

forforståelse av Benoits teorier. Igjennom folkemøtet benyttet Olsen seg av flere av Benoits fem hovedstrategier. Benektelse ser vi blant annet i Olsens innledende innlegg. Her forklarer han årsakene bak forslaget sitt, og sier blant annet at:

Og.. i realiteten.. sett med mine øyne.. så la vi ned mye av akuttkirurgien når jeg stanset alvorlige inngrep i mage og tarm i mars 2015. Og det gjorde vi av en grunn, og det var fordi vi ikke greide å opprettholde kvaliteten i tilbudet. Fordi volumet var for lite. Det var for få pasienter av den kategori til å opprettholde kvaliteten.
(179, 180)

Ved å si dette kan vi si at Olsen også benytter seg av differensiering når han forsøker å veie opp for de negative konsekvensene nedleggelsen av akuttkirurgien ville medføre, mot det mer negative i å ikke klare å opprettholde kvaliteten i tilbudet. Årsaken ligger ikke i hans eget ønske om å legge ned noe, men i det at det ikke var mulig å opprettholde kvaliteten gitt det lave volumet av pasienter. Olsen benytter seg av en benektelse når han sier at det egentlig ikke finnes et problem i dag. Det opprinnelige problemet løste han allerede i 2015 når han stanset inngrep i mage og tarm. Olsen påpeker at det er *ordlyden* i Nasjonal helse- og sykehusplan som ligger bak hans forslag til vedtak. I den står det blant annet at bosettingsmønster og avstand til sykehus skal ligge til grunn for vurderingene (192-193). Ved å bemerke dette benytter han seg av transcendens da hans handling er en direkte konsekvens av dette pålegget.

Videre ser vi at Olsen benytter en benektelse når han viser til det positive som skjer ved sykehuset. Han sier blant annet at aktiviteten aldri har vært så høy i Flekkefjord som nå, og han viser til dialog med Stavanger Universitetssykehus om overføring av pasienter derfra til Flekkefjord (173 – 174). Benektelsen ligger i at Olsen med dette sier at det ikke er noen krise, men at sykehuset på bakgrunn av dette ikke står i fare for å forringes eller legges ned. Han forsøker også å redusere konsekvensene av vedtaket ved å henvise til ambulanse- og ambulanshelikoptertilbudet i regionen:

Og min vurdering av beredskapen her i Flekkefjord.. er faktisk at den er særdeles god. Vi har fem ambulansestasjoner, med syv ambulanser. Vi nyter faktisk godt av at vi har både luftambulansebase i Arendal og i Stavanger, som har rundt 30 minutter flytid til Lister-området. Og i tillegg, på toppen av det, så er det faktisk helt spesifikt.. helt unikt innenfor Sørlandet sykehus sitt område.. så har vi tilgang til redningstjenesten.. med 330- skvadronen.. som altså har en regularitet.. det er 1 til 2% irregularitet (195 – 196).

Her sier Olsen at området rundt sykehuset er så godt dekket at argumentasjonen om lang kjøreavstand utliknes, og ikke holder til å felle vedtaket. Denne uttalelsen kan man også tolke som et forsøk på å differensiere handlingen som ligger i forslaget, ved å påpeke at det

faktisk er andre områder på Sørlandet som har en dårligere dekning enn Flekkefjord. På den måten felles argumentet om at flekkefjæringer er mindre verdt, eller får et dårligere tilbud enn resten av befolkningen.

Det er nærliggende å kalle Olsens bruk av ordet kvalitet som en verbal forsvarsstrategi som ligger tett opp til det Benoit klassifiserer som *trascendens*. Dette er også en måte å differensiere angrepet på, hvor Olsen viser til at utfordringen med å opprettholde kvaliteten overgår de økonomiske utfordringene. Olsen sier dette ved to anledninger, både under innledningen av innlegget (178) og mot slutten (209).

Når det gjelder Benoits fjerde hovedstrategi så ser vi at Olsen forsøker å løse problemet når han viser til dialog med den lokale politikere og den pensjonerte overlegen Leif Halvorsen. På bakgrunn av innspill fra dem skisserer Olsen en løsning som skal ivareta de funksjonene som faller bort hvis forslaget vedtas ved å ivareta kompetansen som lå i traumeteamet, i form av såkalt vurderings- og stabiliseringskompetanse (205 – 207). Olsen kommer også med en beklagelse til sist i innlegget sitt når han sier: «det er altså.. beklager å måtte si det.. at vi med et så lite befolkningsgrunnlag.. ikke ser at vi greier å opprettholde den nødvendige kvaliteten i tilbudet» (209). Denne beklagelsen harmonerer ikke med Olsens strategi ellers, hvor han for det meste benekter at det finnes en krise i det hele tatt.

Olsen sitt andre innlegg i debatten var et tilsvarende svar til Kjersti Toppe. Toppe anklager blant annet Olsen og Sørlandet sykehus for å ikke gjøre nok for å rekruttere ortopedier og gastrokirurger, og for å overdramatisere konsekvensene av at det ikke lenger skal utdannes generelle kirurger. I Olsens svar finner vi blant annet et eksempel på benektelse når han sier at:

Vi sliter med rekruttering av den type kompetanse, ikke bare til Flekkefjord, men også til Kristiansand og Arendal. Vi måttet legge vår fedmekirurgi til Arendal for å ha et rekrutteringsgrunnlag. Men allikevel så har ikke vi et gastrosjikt i Arendal. Så dette er altså ikke et unikt Flekkefjords problem. Det er ikke et unikt Arendal eller Sørlandet sykehus problem. Det er en utfordring nasjonalt.
(246 – 250)

Her argumenterer Olsen for at årsaken til den manglende rekrutteringen er at det slettes ikke er fagfolk å oppdrive, og dermed ikke hans skyld. Olsen fraskriver seg med dette ansvaret ved å peke på faktorer som er utenfor hans kontroll. Dette forsterker han når han sier at det kreves et volum av pasienter for å rekruttere og beholde kompetanse (251), implisitt at dette er den bakenforliggende årsaken til spesialistmangelen.

Når Olsen får ordet for tredje gang har Munksgaard nettopp fått Ola Elvestuen til å uttale at Olsens forslag til vedtak ikke var i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan:

Munksgaard: Så bare for å slå dette fast nå. Det som Jan-Roger Olsen her nå går inn for, og som han har laget i sin innstilling som nå han har referert.. det er ikke i tråd med det dere var med på i Stortinget i mars i fjor.

Elvestuen: Ja.. for det så blir det for store endringer og, hva skal vi si, og et for smalt tilbud gitt den geografiske plasseringen. Og de andre forutsetningene som er lagt inn i vedtaket.
(285-288)

Her angripes Olsens troverdighet. Dette krevde et forsvar. Olsen overser dette angrepet. I stedet for å svare på det, starter han et resonnement hvor han forsøker å rettferdiggjøre forslaget sitt ved å minimalisere angrepet rettet mot det. Dette gjør han ved å forsøke å redusere konsekvensene av å fjerne akuttkirurgien. Olsen starter med å repetere flytidene for luftambulanshelikoptrene. Deretter differensierer han ved å påpeke at: «Det er andre deler av selv Sørlandet som altså har en vesentlig dårligere dekning enn det» (299). Han kommer til sist med en svak unnskyldning når han sier: «Beklager å måtte si det.. nok en gang.. med et såpass lite befolkningsgrunnlag så greier vi ikke å opprettholde kvaliteten» (301). Her blir han avbrutt av buing fra publikum. I et folkemøte kan den umiddelbare responsen fra publikum si noe om effekten av forsvarsstrategien. I dette tilfellet indikerer buingen og tilropene at forsvarsstrategien ikke fungerte, og at skaden på omdømmet ikke lot seg gjenopprette.

Olsen får ordet for fjerde gang etter at Elvestuen har uttalt at kriteriene for å opprettholde et akuttkirurgisk tilbud og et traumemottak går i sykehuset i Flekkefjord sin favør. Her starter Olsen sitt innlegg med en presisering av at hans forslag til vedtak ikke dreier seg om økonomi, men om kvalitet. Igjen forsøker han å minimalisere angrepet ved å differensiere og argumentere for at det er dette som er det store, bakenforliggende motivet som det er viktig at tilhørerne forstår. Han fortsetter med å minimalisere angrepet når han forsøker å veie opp utfordringene i vedtaket mot de positive tingene som skal skje ved sykehuset. Han sier blant annet at sykehuset skal videreutvikles og bestå, også i et langsiktig perspektiv (465 – 466). Dette forsterker han når han beskriver Stavanger Universitetssykehus som *særdeles godt*, og når han argumenterer for dekningsgraden til sykehuset (469 – 470). Olsen fortsetter å understreke og forsterke egne gode egenskaper når han referer til hvordan han har løst problematikken med fødetilbudet i regionen (476 – 488). Her viser han også til at det som i praksis er utført i denne sammenhengen ikke er ulikt det han ønsker å gjøre med det nye

vedtaket. Dette kan oppfattes som et forsøk på å differensiere handlingene i vedtaket mot det allerede eksisterende fødetilbudet. Han argumenterer også for at det i dette tilfellet er en fornuftig bruk av kompetansen i sykehuset som helhet, og forsøker dermed å redusere ansvaret ved å vise til at han har gode hensikter. Olsen blir avbrutt av Munksgaard før han får gjort ferdig sitt innlegg. Her presiserer Munksgaard at de andre deltakerne har gitt ham noen tydelige beskjeder, som han må lytte til (494). Dette kan forstås som at Olsens bruk av forsvarsstrategier nok en gang ikke klarte å gjenopprette, eller bevare hans image. Den neste delen av Olsens innlegg er spennende, sett opp mot Benoits teorier. Her sier Olsen blant annet:

Før vi gikk i gang.. så hadde jeg satt veldig stor pris på å kunne sitted ned med flere aktører.. og rett og slett fått anledning, uten å sitte i en slik sal.. og i et slikt klima som vi nå gjør.. og snakke om hva er de reelle utfordringene?

(500)

Her viser Olsen til et følelsesmessig utbrudd, hvor han impliserer at det er vanskelig for ham å diskutere saken under de rådende forhold. Dette kan best forstås som et slags angrep på Munksgaard, hvor han impliserer at Munksgaard gjør det vanskelig for ham å få forklart seg på en god måte. Dette angrepet fortsetter han når han sier at: «Og det kom av at: «Jan-Roger Olsen du ønsker å legge ned Flekkefjord sykehus»» (502).

Her angriper Olsen sine anklagere for noe som er sagt i en annen kontekst. Dette forsterker han etter at Munksgaard har avvist at dette er en påstand fra ham, ved å si at: «Nei.. men det ble altså også sagt her i forkant, av enkelte i sånn liten dialog vi hadde gående her..» (504).

I etterkant av dette fortsetter Olsen å forsøke å veie opp for angrepet ved å vise til det positive han gjør, og det at han ønsker å videreutvikle sykehuset. Her blir han igjen avbrutt av Munksgaard som presiserer at Olsens forslag til vedtak er i strid med det Stortinget har vedtatt, og at han må: «Er det ikke da et poeng at du som administrerende direktør, må lytte til eieren? Eller i hvert fall de som sitter rundt eieren. Og tilpasse deg virkeligheten? Altså det er jo det din oppgave er» (514 – 515).

Her starter Olsen igjen med å vise til sine gode egenskaper. Dette gjør han når han beskriver sine oppgaver som sammensatte og at jobben er særdeles interessant (516). Han fortsetter

så med å vise til at han er kompromissløs når det dreier seg om kvalitet og pasientsikkerhet. Her ser vi nok et eksempel på at han benytter seg av differensiering, når han viser til at kvaliteten er viktigere enn tilgjengeligheten. Han fortsetter så med å minimalisere angrepet ved igjen å vise til redningshelikopternes regularitet, før han bemerker at det er avstanden som er kriteriet. Utover det mener han at det ikke er noen problemer, siden de føringene som ligger i Nasjonal helse- og sykehusplan er fulgt nærmest ordrett.

Olsen kommer til ordet igjen etter at Kjersti Toppe har argumentert for at Olsens kvalitetsargumenter ikke holder mål:

Jeg er ganske sjokkert over det som står i innstillingen. Når det står om stabilisering og vurdering, så står det at.. her skal turnuslege og anesthesi lege ha en nøkkelrolle. Husk på at Rjukan sykehus er nedlagt fordi at turnuskandidaten var alene i vakt. Der var det fremste argumentet for nedlegging av Rjukan sykehus. Og da snakker vi om kvalitet. Det er bare tull det kvalitetsargumentet som blir brukt i fra administrerende direktør
{det er helt andre intensjoner som er..}
{applaus}
(665-671)

Olsen svarer ikke direkte på Toppes angrep, men bygger opp et resonnement hvor han gjentar kvalitetsargumentene fra tidligere. Olsen benytter seg igjen av Benoits andre hovedstrategi når han forsøker å redusere ansvaret ved å vise til sine gode hensikter. Dette gjør han når han forklarer at han ønsker å gjøre tiltak i forkant av utilsiktede hendelser, og ikke i etterkant (674). Han minimaliserer angrepet når han sier at akuttkirurgien er en svært begrenset del av aktiviteten ved sykehuset i Flekkefjord (676), og han sammenlikner dette med at akuttortopedi skal forsterkes. Han viser også til sine gode hensikter når han presiserer at sykehuset har investert 25 millioner i sykehuset de to siste årene (688), og han benytter seg av transcendens når han sier at legeforeningen var klinkende klare på at akuttisykehus måtte ha både akuttmedisin og akuttkirurgi (695). Bruk av kompensasjon som forsvarsstrategi ser vi når Olsen viser til at sykehuset i Flekkefjord kanskje kan være en pilot for en ny spesialitet i mottaksmedisin (699), samt når han viser til at 3 nye leger i spesialisering (LIS) skal inngå i vaktskift ved sykehuset (707).

I sitt avsluttende innlegg forsøker Olsen å redusere angrepet ved å si at årsaken var en form for provokasjon:

Vi sluttet med i praksis med akuttkirurgi i mage og tarm i 2015.. og det gjorde vi fordi vi ikke greide å opprettholde kvaliteten.. og det er kun pasientsikkerhet og kvalitet som er førende for meg i denne saken.. Og det har altså ikke kommet alvorlige innspill i noen av høringssvarene.. med ønske om å gjenoppta avansert akutt mage- og tarmkirurgi i Flekkefjord.
(1274 og 1275)

Han la ned akuttkirurgien i 2015 fordi det ikke lot seg gjøre å opprettholde kvaliteten, ikke fordi han selv hadde et ønske om å gjøre det. Dette forsterker han når han videre sier at dette var det ingen som hadde noen innvendinger mot. Resten av det avsluttende innlegget oppfatter jeg at i stor grad handler om å vise til gode hensikter, samt å forsøke å minimalisere angrepet ved å vise til positive initiativ og tiltak.

Oppsummert viser denne delen at sykehusdirektøren og sykehuset som ble utsatt for trusler som kunne skade omdømmet, i henhold til Benoits definisjon. Jeg anerkjenner da publikum, Munksgaard og de andre deltakerne som interessenter. Analysene viser at nesten samtlige av Benoits verbale forsvarsstrategier ble benyttet. Unntak er forsøk på å redusere ansvaret ved å peke på at årsaker til angrepene skyldes uhell eller ved uvitenhet. Analysene peker på at denne bruken av forsvarsstrategier bare delvis fungerte. Eksempler på det ser vi når Olsen benyttet seg av benektelser, og argumenterte for at utfordringene knyttet til akuttkirurgi i utgangspunktet var et tilbakelagt kapittel i og med at han la ned tung buk kirurgi i 2015. Denne strategien harmonerer dårlig når Olsen forsøker å minimalisere krisen ved å veie opp for det negative vedtaket førte med seg med positive tiltak. På den ene siden sa han implisitt at det ikke forelå en krise, mens han på den andre siden anerkjente krisen og foreslo kompensierende tiltak. Han forsøkte også flere ganger å begrense angrep ved å vise til at å fjerne akuttkirurgien var mindre alvorlig fordi beredskapen rundt sykehuset var så god, samt at volumet var så lavt. Dette står i kontrast til hans forsøk på å korrigere for, eller kompensere for utfallet av å fjerne funksjonene. Ved å på den ene siden argumentere for at det i praksis ikke finnes et problem, og på den andre siden anerkjenne problemet og finne korrigerende løsninger på det, kan man si at den ene strategien også her slo den andre ihjel. Når publikum fikk ordet viste de ved flere anledninger at Olsens forsøk på å bevare og reparere skadene på omdømmet ikke hadde fungert tilfredsstillende. Dette ser vi eksempler på når ambulanspersonell anklaget Olsen for å ville legge ned sykehuset og konsekvensene det medførte (1108-1131), og når FrP-politiker fra Kvinesdal, Runar Nilsen anklager Olsen for å handle i strid med hele verdigrunnet til Sørlandet sykehus (959). Begge talere viser stort engasjement, og de signaliserer en tydelig misnøye med Olsen som administrerende direktør. Dette tolker jeg som at de fremdeles oppfattet Olsen som en trussel mot lokalsykehuset.

TERMINOLOGISK KONTROLL – KEITH HEARIT

Den andre sentrale teorien innen den retoriske, tekst-orienterte tradisjonen kommer fra den amerikanske retorikeren Keith Hearit. Han har utviklet en teori om krisekommunikasjon som *terminologisk kontroll*, eller *definitorisk hegemoni*. Hearit introduserer en sosialkonstruktivistisk tilgang til kriser og kriseledelse, og sier at kriser først blir til kriser når de undersøkes og tildeles mening av mennesker. Hearit mener at det er en umulighet for mennesker å gi en fullstendig beskrivelse av en objektiv virkelighet. Han kritiserer det han kaller for den «positivistiske fristelsen», eller tanken om at kriser er objektive fenomener som deler visse kvaliteter, og derfor kan håndteres på samme måte og med de samme redskapene. Ifølge Hearit finnes visse karakteristikk som gjør at kriser ikke kan sees på som stabile fenomener, men som gjør dem ustabile og vanskelige å håndtere likt fra gang til gang. Hearit beskriver fire faktorer som bidrar til dette: 1. Interkulturelle forskjeller, 2. varigheten på krisen, 3. flere involverte aktører og 4. utfordringer med å finne en tydelig årsak eller en skyldig part. På bakgrunn av dette konkluderer Hearit med at kjernen i kriseledelse er krisekommunikasjon hvor det kommuniseres med alle de som er involvert i krisen (Frandsen & Johansen, 2009, s. 340 og 341).

Kenneth Burke (1966) sier at hvis en terminologi tilbyr en refleksjon av virkeligheten, så må den også tilby et utsnitt av den samme virkeligheten. På denne måten må den også kunne brukes motsatt vei, og være med på å styre vår forståelse og vår oppmerksomhet i krisen (Frandsen & Johansen, 2009, s. 341 og 342). Ut i fra denne forståelsen kan man tenke at ord og terminologi fungerer som en trakt som styrer oppmerksomheten i en bestemt retning. Ifølge Hearit kan blant annet det å gi krisen et bestemt navn være et meget viktig strategisk element i prosessen. Å navngi noe handler om å definere og argumentere for hva det i virkeligheten er (ibid).

Hearits teori består av forskjellige faser som presenteres i en prosessmodell:

En organisasjon har (kanskje) begått en klanderverdig handling
Kategoria: Organisasjonen anklages for denne handlingen
Konsekvens: Tap av sosial legitimitet. Organisasjonen kan anklages for 1) Inkompetanse (mangel på pragmatisk legitimitet) og / eller 2) likegyldighet overfor samfunnet (mangel på etisk legitimitet). Dette fører organisasjonen inn i en krise.
Apologia: Organisasjonen forsvarer seg via terminologisk kontroll mot anklagen. Målet er å gjenvinne legitimitet.
Konsekvens (kanskje): Å gjenvinne sosial legitimitet.

FIGUR 12 HEARITS MODELL FOR KRISEKOMMUNIKASJON SOM TERMINOLOGISK KONTROLL (FRANSEN&JOHANSEN, 2009, s. 342).

Med bakgrunn i denne modellen presenterer Hearit tre overordnede retoriske strategier. Den første er de overbevisende forklaringene, hvor organisasjonen forsøker å komme med en overbevisende og sannsynlig forklaring eller beskrivelse av situasjonen. Denne kommer som en motforestilling mot de fortellingene som ellers omgir saken. Gjennom denne motforestillingen kan organisasjonen gjenvinne terminologisk kontroll og få definatorisk makt over hvordan situasjonen og handlingen skal fortolkes (ibid).

Den andre strategien handler om å uttrykke beklagelse over handlingen, og på den måten forsøke å minimere skaden. Hearit har forsøkt å gå i dybden på unnskyldningen som en strategi for gjenopprettelse av et omdømme. Unnskyldningen er som nevnt den siste av Benoit's fem generelle strategier, og Hearit gir oss en modell for unnskyldningen som er teoretisk- orientert, og en som er mer praktisk orientert. I den teoretiske modellen redegjør Hearit for det store forløpet som en unnskyldning inngår i, mens i den praktiske modellen stiller han opp normative standarder som gir oss den mest etisk korrekte og gode unnskyldningen. Det finnes få tilfeller av oppriktige beklagelser fra administrerende direktør i denne saken. Han beklager riktignok når han forklarer seg om sammenhengen mellom volum og kvalitet. Her sier Olsen: «Beklager å måtte si det.. men det er det ikke pasientgrunnlag til» (188-189). Dette oppfattes ikke som en oppriktig beklagelse etter

Hearits forståelse, men mer som et forsøk på å vise seg som medfølende overfor borgerne i Flekkefjord. Med bakgrunn i dette, og på grunn av oppgavens omfang fokuseres det ikke videre på unnskyldning som en strategi.

Den siste strategien fra Hearit baserer seg på Chaim Perelmans begrep om adskillelsesstrategier, og omhandler strategier hvor organisasjonen forsøker å distansere seg fra handlingen de er anklaget for. Hearit viser til tre tilnærminger til denne forståelsen:

1. Skille mellom mening og kunnskap. Her hevder organisasjonen at den informasjonen som brukes mot dem i virkeligheten er feil. Organisasjonen selv kjenner sannheten og kriseforløpet, og denne viser at anklagene mot organisasjonen er ubegrunnet. Denne strategien kan kun benyttes når det er uklarheter eller uenighet om hvordan krisen har forløpt.
2. Syndebukk-strategi. Her anerkjenner organisasjonen at en urett er begått, men at den eller de som har begått den har gjort det uten organisasjonens godkjenning. Det er altså enkeltindivider, eller grupper som er ansvarlige for handlingen, ikke organisasjonen.
3. Den tredje tilnærmingen skiller mellom selve handlingen og det organisasjonen står for. Frandsen og Johansen omtaler dette som et skille mellom handlingen og organisasjonens *vesen*.

(Frandsen & Johansen, 2009, s. 343 og 344).

Fra Hearits forståelse og teori er det først interessant å se på situasjonen i et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Ut ifra dette er det som sagt umulig å beskrive en objektiv virkelighet. Krisen skapes ved at mennesker ilegger noe mening. Videre sier Hearit at å navngi noe handler om å definere og argumentere for det det er i virkeligheten. Med denne forståelsen kan vi si at borgerne i Flekkefjord definerer forslaget til vedtaket som styret skal stemme over som en mulig klanderverdig handling. Sørlandet sykehus ved administrerende direktør anklages for denne handlingen, og konsekvensen kan være at sykehuset taper sosial legitimitet. I dette tilfellet kan man påstå at direktøren ble anklaget for både inkompetanse og likegyldighet overfor samfunnet når han ønsket å gjennomføre et vedtak som manglet legitimitet blant borgerne i Flekkefjord. Forslaget fra Olsen skapte uro og frykt for at sykehuset ikke ville kunne hjelpe mennesker som ble skadet, samt at det var en del av en

større prosess hvor målet var å legge ned hele sykehuset. Det er interessant å se på hendelsen i Flekkefjord ut i fra Hearits fire faktorer som gjør krisen uklar. Det forelå interkulturelle forskjeller mellom sykehusledelsens perspektiver og borgernes. Fra sykehusets side ble det formidlet at det ikke var mulig å opprettholde en tilstrekkelig kvalitet på grunn av et for lavt volum av pasienter og på grunn av utfordringer knyttet til rekruttering av riktig kompetanse. Fra borgernes side ble forslaget sett på som et strategisk fremstøt for å legge ned sykehuset, slik utfallet ble i Mandal og i Farsund. Med det ble det vanskelig å danne en felles forståelse av utfordringene i akuttkirurgisaken. Dette viste seg tydelig i engasjementet som saken skapte blant lokalbefolkningen. Saken hadde pågått over relativt lang tid. Allerede ved innføringen av foretaksmodellen i 2002 ble funksjonene ved sykehuset i Flekkefjord diskutert, og de to omkringliggende sykehusene ble lagt ned (Eigeland & Nilsen, 2008).

Krisen treffer også på Hearits tredje faktor, som handler om mange aktører. I dette tilfellet handler det om en ny Nasjonal sykehusplan vedtatt av Stortinget, som kom med anbefalinger som skulle inn i vedtaksform. Dette skulle utføres av eksperter ved Sørlandet sykehus. Vedtaket skulle så godkjennes av et sammensatt sykehusstyre. I dette var det en rekke politiske interesser, noe som kom tydelig frem igjennom folkemøtet. I tillegg til det var det et stort lokalt engasjement, med en lokalavis og en støttegruppe som tydelige aktører. Som en fjerde faktor viser Hearit til utfordringene med å peke på årsaker og skyldige. Selv om sykehusdirektøren i stor grad pekes ut som den skyldige av borgerne i Flekkefjord og Avisen Agder, er det på et politisk nivå mer sammensatt. Her var det en rekke ulike aktører. Det ser vi i debatten blant annet når Kjersti Toppe anklager Venstre og Stortinget for å vedta en sykehusplan som er vag, og som må tolkes i etterkant. Her plasserer hun ansvaret for krisen hos helseministeren, og ikke hos Olsen (225- 230).

Når det gjelder selve anklagen mot direktøren kan man si at han ble anklaget for både inkompetanse og for å vise likegyldighet overfor Flekkefjords borgere. Eksempler på dette finner vi i Avisen Agder ei uke før folkemøtet hvor de skriver : «Sigmund Kroslid, leder for Aksjonskomiteen for bevaring av Flekkefjord sykehus, bad sykehusdirektøren ta til fornuft og ikke svekke sykehusets posisjon og han mente det store oppmøtet var bevis nok på hva sykehuset betyr for folk i regionen» (Munksgaard, 2017a). Avisen beskriver også en stemning

blant de fremmøtte når de skriver: «VERD: - Er vi mindre verd enn folk fra Kristiansand, undret folk som ventet på at direktøren skulle komme ut i februar kulden mandag ettermiddag». Dette forstås som at Olsen anklages for likegyldighet overfor borgerne i Flekkefjord, og at det stilles spørsmål ved den etiske legitimiteten som forslaget hans har. Videre i artikkelen kommer Olsen med et forsvar når han sier at:

Sykehusdirektør Jan-Roger Olsen gjorde de fremmøtte oppmerksom på at det ikke var snakk om å bygge ned sykehuset i Flekkefjord og at sykehuset hadde en plass på Sørlandet også i fremtiden. Det vi må gjøre er å sikre kvalitet på akuttkirurgi og traumemottak.

Med dette søker Olsen terminologisk kontroll (apologia) ved å definere situasjonen som *mindre* dramatisk enn de fremmøtte ville ha den til å være. Han benytter seg av Hearits første overordnede retoriske strategi, hvor han forsøker å komme med en forklaring og en overbevisende beskrivelse av situasjonen. Dette gjør han både når han presiserer at det ikke er snakk om å bygge ned noe, og når han forsterker dette ved å si at sykehuset har en plass på Sørlandet også i fremtiden. Olsen bruker her begrepet *å sikre kvalitet* som en alternativ beskrivelse mot å for eksempel *bygge ned sykehuset*. Å sikre kvalitet impliserer å gi et godt tilbud, og det impliserer at dette ikke er sikret i dag. Ved å bruke kvalitetsbegrepet kan Olsen oppnå å styre tilhørernes oppmerksomhet mot et viktig element i saken, og på den måten skape en bestemt mening og en forståelse ut ifra hans perspektiv. Konsekvensen av det kunne ha vært at Olsen gjenvant den sosiale legitimiteten ved å svare på både anklagene om inkompetanse og likegyldighet overfor borgerne i Flekkefjord. Det er også nærliggende å se denne tilnærmingen som en bruk av en adskillelsesstrategi, hvor Olsen forsøker å skille mellom mening og kunnskap. Han argumenterer for at det han sier og står for er det riktige, og at anklagene som kommer mot ham baserer seg på gal informasjon. Mot slutten skriver avisen at:

Men sykehuset skal fortsatt ha akutfunksjon i indremedisin, anestesi i døgnvakt, kirurger som kan ta planlagte operasjoner, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser, forklarte Olsen, uten at det så ut til å gjøre nevneverdig inntrykk på en rasende folkemengde.

Her fortsetter Olsen med å forsøke å forklare situasjonen, men avisens journalist beskriver at dette tilsynelatende ikke gjorde inntrykk på folkemengden. Dette kan indikere at apologia ikke vant frem, og at Olsen ikke gjenvant den tapte sosiale legitimiteten.

Liknende angrep mot Olsen og sykehuset finner vi i flere av avisartiklene fra Avisen Agder i uken før folkemøtet. Når de omtaler folkemøtet under overskriften «Debatt i Spira», siterer de også Sigmund Kroslid som sier:

- Nå har vi et enstemmig politisk miljø i Flekkefjord og i Vest-Agder, såvel som brukerne av sykehuset som alle sier de vil beholde det. Da er det uforståelig at ikke Jan-Roger Olsen mener det samme, sier Kroslid, og viser til sykehusdirektørens innstilling. Aksjonskomitéens leder sier det har skjedd endringer fra 80-tallet, da det også var diskusjoner om bevaring av sykehuset. Han synes det er et tankekors at det i løpet av denne tiden ikke har vært mulig å få til en løsning som er mer «smidig, elegant og fornuftig» (Egeli, 2017).

Dette oppfatter jeg som nok en anklage om både inkompetanse og likegyldighet. Kroslid forsterker angrepet når han sammenlikner seg med befolkningen i Mandal i forhold til reisetider, og når han bagatelliserer utfordringene med å rekruttere riktig kompetanse.

Det kraftigste angrepet kommer fra Leif Halvorsen. Som pensjonert overlege ved sykehuset i Flekkefjord har han en kraftig stemme i debatten. I artikkelen «Møtt med isfront» nekter Halvorsen å ta Olsen i hånden og sier: «- Jeg håndhilser ikke på folk som vil ødelegge sykehuset» (Munksgaard, 2017d). Konsekvensen av dette angrepet er opplagt at Olsen mister sosial legitimitet, og det stiller spørsmål ved både hans kompetanse og hvorvidt det han ønsker å gjøre er etisk akseptabelt i Flekkefjord. Halvorsen sier videre: «DRAMATISK: - Dette er dramatisk for befolkningen i vårt distrikt og en tragedie for sykehuset i Flekkefjord». I artikkelen fortsetter Halvorsen sitt angrep ved å henvise til konkrete utfordringer og konsekvenser, samt komme med innspill og forslag til hvordan det kan løses. Her tar Halvorsen terminologisk kontroll ved å definere konsekvensene av vedtaket som *dramatiske* og en *tragedie* for sykehuset i Flekkefjord. Her ligger det implisitt at det som er dramatisk for sykehuset også er dramatisk for borgere i Flekkefjord. På denne måten skaper han en innramming som styrer oppmerksomheten til mottakeren mot de truende og ødeleggende konsekvensene vedtaket kan føre til.

Olsen svarer ikke direkte på denne anklagen i artikkelen, men journalisten beskriver ham som lyttende og siterer ham på at det er nærmest umulig å argumentere mot Halvorsen. Han sier også: «- Jeg tar med meg innspillet tilbake og vurderer det, konkluderte sykehusdirektøren».

Det er vanskelig å ta dette inn i Hearits apologia, men det kan til dels forstås ut i fra hans tredje retoriske strategi, og da den første forståelsen. Her skilles det mellom selve handlingen og det organisasjonen står for. Olsen skaper et skille mellom handlingen (e) i det foreslåtte vedtaket som i denne sammenhengen forstås som en anklage, og det eller den *han* er og står for, når han lover å ta med seg innspillet tilbake. Han fremstår med dette som reflekterende og mindre fastlåst i sine egne løsninger. Dette forsterkes av avisens journalist som beskriver ham som lyttende i relasjon til Halvorsen. Når avisen avsluttende skriver at de to tok hverandre i hånden ved avskjeden, kan dette tolkes som at apologia delvis vant fram.

Den 17.februar 2017 skriver Agders redaktør på lederplass om det kommende folkemøtet. Også her ser vi at Munksgaard forsøker å ta terminologisk kontroll blant annet når han skriver: «Hvordan kan enkelte partier forsvare rasering av et meget velfungerende sykehus, trolig ett av landets mest velfungerende, faktisk?» (Munksgaard, 2017f). Her benyttes ordet *rasering* som en perspektivstyrer, som retter anklagen både mot sykehusledelsen men også mot politiske partier som eventuelt måtte mene at vedtaket er nødvendig og hensiktsmessig. Munksgaard forsøker dermed å definere endringene i tilbudet ved sykehuset som en *rasering* av hele sykehuset. Dette forsterker han når han viser til, og generaliserer befolkningen i Norge og andre land som er lei av *maktelitenes* tukling med *samfunnsverdier*, og når han definerer nedbygging av lokalsykehus som en av disse verdiene: «I Norge, i Europa og i andre deler av verden er befolkningen lei av maktelitens tukling med viktige samfunnsverdier» (Munksgaard, *ibid*).

I Avisen Agder denne dagen kritiseres håndteringen av vedtaket, og prosessen rundt i et intervju med Demokratenes Vidar Kleppe. Kleppe sier direkte at direktøren må gå av på grunn av sine utspill. Han angriper Olsens sosiale legitimitet både når han viser til at et samlet og enstemmig fylkesting har kommet med et opprop for sykehuset i Flekkefjord, og når han sier at Olsen har fått nok sjanser. Han sier blant annet: «Han har ikke befolkningens tillit lenger - og da kan han heller ikke ha en stilling som krever folkets tillit (Munksgaard, 2017b). Ved å vise til at Olsen ikke har tillit impliserer han at han mangler etisk legitimitet, og derfor ikke kan inneha den stillingen han har.

Under folkemøtet, og i selve debatten ser vi at kampen om definatorisk hegemoni fortsetter. Saken handler om nedleggelse av to funksjoner som sykehuset hadde. *Akuttkirurgi* og

traumemottak. Begge deler er medisinsk terminologi som har et spesifisert innhold (se avklaringer). Innholdet i termene er derfor ikke oppe til debatt, det er konsekvensene av å opprettholde funksjonene eller å legge dem ned som er i spill. Det er derfor svært viktig for begge parter å få kontroll over disse konsekvensene slik at man kan styre oppmerksomheten mot den virkeligheten man selv mener er den riktige.

Jeg vil videre i oppgaven vise til noen eksempler på kamper om å få terminologisk kontroll i selve folkemøtet. Sentralt her står kvalitet, kompetanse, og geografi / beliggenhet.

Kampen om kvaliteten

Spørsmålet om kvaliteten på det tilbudet som gis ved sykehuset i Flekkefjord er sentralt for begge partene i saken. Olsen argumenterer for utfordringer knyttet til å opprettholde kvaliteten ut i fra befolkningsgrunnlaget, mens blant annet SV's Mali Tronsmoen argumenterer for at kvalitet også handler om nærhet og trygghet. Her ser vi en kamp om definisjonene, og hva som veier tyngst. Foss, som første paneldeltaker ut, blir innledningsvis spurt om hun mener at innstillingen til styret er i tråd med retningslinjer vedtatt av Stortinget. Her svarer Foss at hun mener at det er betimelig å stille spørsmål ved om tilbudet skal gis i Flekkefjord hvis det ikke finnes kirurger som kan utføre dem. Her impliseres det at det er et spørsmål om *kvaliteten* på det tilbudet som skal gis, og tilgangen på kvalifisert personell som er det sentrale (12-13). Kjersti Toppe introduserer begrepet *breddekompetanse* (55). Her ser vi at hun ønsker å fylle kvalitetsbegrepet med det hun vurderer som det riktige innholdet. Hun definerer breddekompetansen som en styrke for de små sykehusene, og med det noe som må ivaretas i denne strukturen. Dette kan forstås som at *breddekompetanse* er med på å gi en form for kvalitet til de mindre sykehusene. Mali Tronsmoen impliserer også at det er et spørsmål om kvalitet når hun spør retorisk om hva slags nivå det skal være på velferden til folk (159). I sitt resonnement impliserer Tronsmoen at spørsmålet om kvalitet er et spørsmål om økonomi sett i en nasjonalsammenheng.

Når det gjelder Olsen sitt forsvar ser vi at også han søker definitorisk hegemoni når han forsøker å ta kontroll over innholdet i ordet *kvalitet*. Ordet er gjennomgående i samtlige av Olsens innlegg i debatten. Han presiserer det slik: «Og for meg.. Dette dreier seg utelukkende om kvalitet» (198 -199). Olsen argumenterer videre for at det ikke er et

spørsmål om penger, men om *kvaliteten* i tilbudet. Denne definisjonen, og dette perspektivet er det viktig å ha kontroll på. En argumentasjon basert på at det forelå økonomiske begrunnelser for vedtaket ville blitt møtt med tung, politisk motargumentasjon. Selv om det naturligvis var sentralt for Olsen å vurdere den økonomiske siden av vedtaket, så var det ikke det han eksplisitt var bedt om å vurdere i det konkrete forslaget. Her var det kvalitet opp mot befolkningsgrunnlag som var avgjørende. Olsen fortsetter og forlenger denne argumentasjonen når han viser til at han stanset *alvorlige* inngrep i mage og tarm i mars 2015 (179 – 180). Han beskriver også at dette hadde ført til pasientskader som han hadde lært av, noe som må anses som en relativt tung argumentasjon for å gjennomføre kvalitetsforbedrende tiltak (180-181). Her oppfatter jeg at Olsen benytter seg av Hearits andre adskillelsesstrategi, sydebukk- strategien. Han anerkjenner at en klanderverdig handling er begått, men den er begått av enkeltindivider eller grupper. Om handlingen skjedde med organisasjonens godkjenning er uvisst, men Olsen anerkjente den som i strid med det organisasjonen står for og handlet der etter. Olsen fortsetter med å utøve terminologisk kontroll når han omtaler mage- og tarmkirurgien som *komplisert*, og styrer dermed mottakeren oppmerksomhet inn mot at dette er et fagfelt som er vanskelig og sammensatt.

Avslutningsvis i det første innlegget konkluderer Olsen med at det ikke er mulig å opprettholde kvalitet, slik han definerer det på grunn av det lave befolkningsgrunnlaget. Dette kan forstås som en forlengelse av Hearits tredje strategi, og er nok et forsøk på skape et skille mellom de meningene som anklagene kommer fra, og den virkeligheten som Olsen mener å kjenne.

Ap`s Odd Omland utfordrer Olsens vurderinger av hva som er fakta, og grunnlaget for en forståelse av kvaliteten som god eller dårlig, når han viser til over 20 uttalelser fra kommuner, fylkeskommuner og legesentre som sier at kvaliteten ved sykehuset er god, samt at både Volda og Stord gjorde vedtak om å opprettholde akuttkirurgien. Dette gjorde de til tross for at de ikke hadde et større befolkningsgrunnlag enn Flekkefjord (258 – 261).

Ola Elvestuen støtter delvis opp om Olsen påstand om at dette handler om kvalitet når han viser til at det er gledelig at det nå diskuteres innhold og kvalitet, og ikke om sykehuset som sådan skal bestå eller legges ned (276).

Kjersti Topp kommer med et relativt sterkt angrep på Olsens kvalitetsdefinisjon når hun viser til at Olsen åpner for at turnusleger skal være med å vurdere og stabilisere pasienter. Hun argumenterer for at bruk av turnusleger i denne sammenheng var en medvirkende årsak til at Rjukan sykehus ble nedlagt, og sa: «Det er bare tull det kvalitetsargumentet som blir brukt i fra administrerende direktør. Det er helt andre intensjoner som ligger bak» (670 – 671). Her utfordrer hun Olsens kvalitetsargument, og mistenkeliggjør ham for å ha vikarierende argumenter.

Videre i debatten var det to forståelser av kvalitetsbegrepet som var dominerende. Med det tegnet det seg to parter eller fronter ut fra de respektive forståelser. Olsen, som som la faglige vurderinger og erfaringer samt befolkningsgrunnlag i bunnen for sin argumentasjon om at kvaliteten ikke var tilstrekkelig, stod på den ene siden. På den andre siden finner vi en bredere forståelse av kvalitet, hvor også den bredden som de generelle kirurgene tilbyr, samt argumenter om at akuttkirurgien gav trygghet for befolkningen, veide tyngst.

Riktig kompetanse

Kompetansebegrepet er sentralt for å forstå utfordringene sykehuset i Flekkefjord stod overfor. Olsen omtaler som nevnt at han stanset alvorlige inngrep i mage og tarm i 2015 (179- 180). Med dette kan man implisitt forstå at nødvendig kompetanse for å utføre akuttkirurgi ved sykehuset hadde visse mangler. Olsen argumenterer for at det er svært vanskelig å både rekruttere riktig personell og å beholde dem. Han sier også at det er viktig å merke seg at det etter 2019 ikke lenger vil utdannes generelle kirurger, noe som fører til at sykehusene i Norge må tenke alternativt uansett.

Begge disse argumentene møtes med motstand fra flere av de andre deltakerne. Toppe utfordrer blant annet Olsens innstilling hvor det står at blant annet turnusleger skal ha nøkkelroller i forhold til vurdering og stabilisering av pasienter. Ifølge henne var nettopp dette avgjørende for at Rjukan sykehus ble nedlagt (667 – 668) (Se Fylkesmannen i Fylkesmannen i Telemark, 2015).

Trygghet når du trenger det mest

Trygghet er også et begrep som det er svært viktig å ha kontroll på. Sørlandet sykehus sin visjon er nettopp «Trygghet når du trenger det mest» (Se Sørlandet sykehus Sørlandet Sykehus HF, 2017). Odd Omland er den første som benytter seg av begrepet når han sier: «Her handler det om trygghet» (265).

Grøvan sier at det ikke forelå noen god argumentasjon som tilsa at større sykehus gav bedre eller tryggere tilbud (419), men at blant annet legeföreningen, ved Norsk kirurgisk forening advarte mot å fjerne akuttkirurgien fra de små sykehusene (421).

Toppe argumenterer for at det skal være en oppgavefordeling mellom de spesialiserte sykehusene og lokalsykehusene, men at det må finnes noen basisfunksjoner for å sikre tryggheten i alle lokalsamfunn.

Også fra publikum kommer det ytringer som viser at trygghet er viktig for dem. Publikummer Runar Nilsen argumenterer sterkt for at det å fjerne akuttkirurgien vil få dramatiske konsekvenser, når han sier at regionene er belastet med mange stygge trafikkuulykker som fører til at veiene mot de andre sykehusene er stengt i timevis. Han sier videre at det finnes mange «sannhetsvitner» i Flekkefjord som sier at legene på sykehuset har reddet livene deres. Ifølge Nilsens forståelse er det samfunnets plikt å opprettholde akuttkirurgien, og han knytter resonnementet sitt opp mot begrepet trygghet (937 – 950). Som en avslutning på sitt innlegg under folkemøtet viser Nilsen til Sørlandet sykehus sitt verdigrunnlag, hvor respekt, faglig dyktighet, tilgjengelighet og engasjement ifølge ham kan oppsummeres i sykehusets slagord: Trygghet når du trenger det mest. Med dette forsøker Nilsen å ta terminologisk kontroll over trygghetsbegrepet, og knytte det opp mot perspektivene fra den virkeligheten og de perspektivene han anser for å være de riktige. Her setter Nilsen trygghet og kvalitet opp mot hverandre, og argumenterer for at tilgjengelighet er en like viktig faktor for å skape trygghet som faglig dyktighet. I dette ligger det også en anklage mot Olsen og sykehuset, hvor man kan forstå det slik at de ved vedtaket ønsker å fjerne elementene som skaper trygghet for innbyggerne i Flekkefjord.

Et interessant funn fra folkemøtet kommer fra paneldeltakernes avsluttende innlegg. Olsen presiserer riktignok at sykehuset i Flekkefjord sin fremtid er *trygg*, men forsøk på å ta

terminologisk kontroll over trygghetsbegrepet foregår implisitt ved at han argumenterer for at andre sykehusfunksjoner skal styrkes samt at dette kun gjelder et svært begrenset antall pasienter som trenger høyspesialisert kompetanse uansett (1286 – 1287). Han uttaler aldri ordet trygghet, og uttaler aldri at han vil ivareta tryggheten til borgerne. Dette kan forstås som at han ikke anerkjenner at dette er viktig for dem.

Både Grøvan og Toppe har dette med i sine avsluttende innlegg. Grøvan sier direkte at et viktig argument for å ivareta akuttfunksjonene ved sykehuset i Flekkefjord er nettopp tryggheten. Han viser til at han selv kom til Listerregionen for 30 år siden, og at det da var tre sykehus der med akuttfunksjoner. Nå er det kun ett igjen (1383 – 1386). Han argumenterer også for det er nødvendig å skape trygghet rundt sykehuset både for befolkningens del, men også for å klare å rekruttere personell til sykehuset (1397-1398).

Toppe mener at akuttfunksjonene er en del av de basisfunksjonene som skaper trygghet i forhold til vanlige ulykker, og at det er det som etterspørres. Hun går i et direkte angrep på Olsen som i avsluttende innlegg argumenterer for at det i forbindelse med et knivdrap i Kristiansand var 18 spesialiteter til stede (1269 -1270), noe som ikke ville være mulig å få til i Flekkefjord. Toppe benytter anledningen, og muligheten til å definere trygghet for å reklamere for SP`s egne forslag til Nasjonal sykehusplan (Toppe, 2015). I Folkets helsetjeneste er det lagt inne en nettverksmodell som ifølge Toppe skal ivareta trygghet i pasienttilbudet og rundt beredskap.

Plasseringen av sykehuset i Flekkefjord

Ved vanlig kjøring vil man bruke ca 1 time og 40 minutter med bil for å komme til enten Sørlandet sykehus Kristiansand eller Stavanger Universitetssykehus. Dette var et av hovedargumentene for at Flekkefjord burde ha akuttkirurgi, og det å oppnå definatorisk hegemoni i forhold til dette kunne være avgjørende for om vedtaket til Olsen ble vedtatt og oppnådde støtte, eller om det ble nedstemt. Nasjonal helse- og sykehusplan åpner for at geografiske forhold noen ganger fører til at man må ivareta akuttkirurgien og traumemottaket, til tross for at befolkningsgrunnlaget er på under 60.000,

I debatten er det også her to sider. Den ene siden, representert ved Olsen og sykehuset argumenterer for at lang avstand kan kompenseres ved at luftambulanseressurser i området

er gode og vil være på sykehuset i løpet av relativt kort tid. Olsen argumenterer også for at ambulansberedskapen ellers er svært god rundt sykehuset i Flekkefjord. Her benytter Olsen seg av Hearits første overordnede strategi, hvor han forsøker å forklare at det i realiteten ikke er farlig å avvikle akuttkirurgien, siden de kompenserende faktorene er såpass gode. Dette ser vi når Olsen siterer ordlyden i Nasjonal helse- og sykehusplan, og argumenterer for den prehospitale beredskapen i området:

Og i den så står det helt klart at «akuttsykehus skal ha traumeberedskap, og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt, og luftambulans og værforhold gjør det nødvendig» Videre står det også med dette med akuttkirurgi «flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander».

(193 – 194)

Olsen forklarer så sine egne vurderinger i forhold til dette:

Og min vurdering av beredskapen her i Flekkefjord er faktisk at den er særdeles god. Vi har fem ambulansestasjoner, med syv ambulanser. Vi nyter faktisk godt av at vi har både luftambulansbase i Arendal og i Stavanger, som også har rundt 30 minutter flytid til Lister-området. Og i tillegg, på toppen av det så er det faktisk helt spesifikt, helt unikt innenfor Sørlandet sykehus sitt område, så har vi tilgang til redningstjenesten. Med 330- skvadronen, som altså har en regularitet.. det er 1 til 2% irregularitet. Så vi har en særdeles god dekning.

(196 – 197)

Her benytter Olsen seg nok en gang av Hearits første retoriske strategi, når han forsøker å komme med en overbevisende beskrivelse av situasjonen i Flekkefjord.

Fra de andre deltakerne i panelet kjempes det også om å få kontroll over hva sykehusplanen sier om plassering, og hvordan dette skal tolkes. Elvestuen sier at det som står i Nasjonal helse- og sykehusplan sikrer akuttkirurgien i Flekkefjord, og dermed også et traumemottak. Han søker med det definatorisk hegemoni ved å forankre sin uttalelse i en vedtatt stortingsbeslutning (35-38). Dette blir så motargumenter av SP's Kjersti Toppe. Hun presiserer at ordlyden i sykehusplanen faktisk åpner for at akuttkirurgien kan fjernes (50 - 52), noe som understøtter at Olsens forslag til vedtak er i tråd med sykehusplanen. FrP's Gisle Saudeland presiserer at sykehusets beliggenhet, og kjøreavstanden på 1,5 time til nærmeste alternative sykehus bør være avgjørende for at akuttkirurgi- tilbudet opprettholdes (132). På samme måte som Elvestuen forankrer Saudeland sin uttalelse i den nasjonale planen. Elvestuen utfordrer Olsens tolkning av sykehusplanen når han sier:

Jeg har ingen kompetanse eller forutsetninger for å gå inn i de ulike delene av hva som er foreslått. Men det eneste jeg mener det er riktig å.. som er et politisk spørsmål er nettopp vurderingen av den geografiske posisjonen og plasseringen som Flekkefjord sykehus har. Og der er det at vi mener at her er det avstander fortsatt som gjør at du må legge til grunn et breiere tilbud. Og det mener jeg er en riktig og en politisk vurdering. Og det er bakgrunnen for at vi sier at forslaget ikke er i tråd med det som er hensikten med det andre politiske vedtaket, som jo er da sykehusplanen.

(280 -283).

Olsen svarer på dette med å nok en gang repetere flytider for luftambulansene til Flekkefjord. Her ser vi igjen at Olsen forsøker å argumentere for at avstanden i realiteten ikke kan benyttes som et argument i seg selv. Dette kan forstås som et forsøk på å skille mellom en mening om at avstanden er avgjørende, og hans kunnskap om at dette er mindre farlig på grunn av tilgjengelige luftambulanseressurser (297 – 299).

Konsekvensen av denne uttalelsen er at publikum buer på Olsen. Dette tolker jeg som at denne formen for apologia heller ikke førte til at Olsen gjenvant den tapte sosiale legitimiteten.

Kampen om å oppnå definatorisk hegemoni over sykehusets geografiske plassering og betydningen av det i forhold til vedtaket er gjennomgående i debatten, og noe som også engasjerer publikum. Et eksempel på dette finner vi når ambulansarbeider Thorsten Janvin først angriper Olsens uttalelser om luftambulansens flytider. Her sier Janvin:

Og det du sier om den flytiden på 25 minutt.. jeg har aldri 'opplevd.. når jeg har kommet frem til pasient.. at den er kommet frem i Kristiansand i løpet av 25 minutter. Det.. har ikke fungert i det hele tatt.

(1220 – 1221)

Janvin viser også til konkrete eksempler fra sin arbeidshverdag når han sier:

Jeg har hatt små barn som har ligget med indre skader. Jeg har vært sjeleglad for at jeg kunne sende dem de fem minuttene til Flekkefjord, og ikke den derre 1,5 time til Kristiansand.. eller 1,5 time til Stavanger. For det hadde ikke de overlevd.

(1125- 1127)

Anestesilegen Christian Stremme viser også til konkrete opplevelser i sin nære arbeidshverdag hvor Olsen sine flytider viser seg å ikke være riktige:

Jan-Roger.. det med nærhet, helikopter. Det har du nå gjentatt flere ganger. Vi hadde nå i helgen en pasient som ikke kunne behandles her. Som trengte karkirurg.Og det har vi ikke. Så den måtte sendes.

Og da ventet vi i over en halvtime.. over en time på helikopter. Og det var noe som hastet. Så, det er ikke 25 minutt flytid. Det tar mye lenger tid..

(1043 – 1051).

Begge disse angrepene på Olsen forsterker argumentet om at hans apologia ikke vant frem.

Kort oppsummert ser vi at også Hearits teorier argumenterer for at sykehuset var i en krise i forbindelse med akuttkirurgisaken. Sykehusledelsen ved Olsen ble anklaget for å handle på en måte som manglet både pragmatisk- og etisk legitimitet blant borgerne i Flekkefjord. Dette gjorde det vanskelig å oppnå legitimitet rundt det foreslåtte vedtaket blant Flekkefjords borgere. Anklagene krevde en adekvat respons. Olsen forsøker gjentatte ganger å ta terminologisk kontroll over viktige begreper, men analysene viser at han ikke lykkes i stor grad. Som et resultat av det klarte ikke Olsen å gjenvinne sosial legitimitet. Dette førte til at krisen fortsatte selv etter folkemøtet.

SITUASJONSBESTEMT KRISEKOMMUNIKASJON - W. TIMOTHY COOMBS

Ifølge Coombs er den beste måten å beskytte en organisasjons omdømme på å velge en form for kriserespons som matcher størrelsen på trusselen som utgår av krisen. I teorien inngår det tre elementer:

1. En liste over kriseresponsstrategier
2. En ramme for kategorisering av krisesituasjoner
3. En metode som gjør det mulig å matche krisesituasjonen med riktig strategi

Coombs er blant annet inspirert av John A. Ledinghams (Ledingham, 2003) teorier om relasjonsledelse, og relasjonen mellom en organisasjon og dens interessenter som omdreiningspunktet for *public relations*. Ifølge denne teorien bygges disse relasjonen opp over tid, og de er avgjørende for organisasjonens omdømme. En krise, forstått ut i fra dette, vil da være et brudd eller en skade på dette forholdet. Dette kan gi seg utslag i at interessentene mister tillit til organisasjonen. Ifølge Coombs vil da krisekommunikasjon være å gjenoppbygge denne relasjonen, og med det omdømmet. Coombs er også inspirert av teorier om kausale attributter. Dette bygger på en grunntanke om at mennesker forsøker å oppnå kognitiv kontroll på våre omgivelser. Derfor vil vi reagere intuitivt og lete etter forklaringer hvis noe skjer. Ut i fra dette har Coombs satt opp tre kausale dimensjoner: 1) *Stabilitet*, som viser til en frekvens eller hvor ofte en organisasjon er innblandet i en

hendelse, 2) *kontroll*, som dreier seg om hvorvidt organisasjonen kan kontrollere årsaken til hendelsen og 3) *locus*, som handler om hvorvidt årsaken til hendelsen er noe hos organisasjonen selv (internt locus) eller om det hører til i situasjonen (eksternt locus). Sentralt i Coombs teori er at man kan analysere seg frem til hvor omfattende og alvorlig krisen er, og dermed utgjør for organisasjonens omdømme. Dette setter han opp i en prosess over to trinn. Det først trinnet handler om å bestemme hva slags type krise man har med å gjøre, og hvilken type trussel den utgjør. Dette deler Coombs inn i tre grader:

1. Offerkriser
2. Uhell
3. Unngåelige kriser

Ved offerkriser sier Coombs teori at trusselen mot omdømmet er liten. I offerkriser er organisasjonen påvirket av ytre betingelser, som for eksempel naturkrefter eller andres kriminelle handlinger. Uhell utgjør en moderat trussel. Eksempler på dette er utstyr som bryter sammen. Unngåelige kriser er det som utgjør den høyeste trusselen mot omdømmet. Dette kan være kriser hvor organisasjonen *burde vite bedre*, hvor de burde ha vært i stand til å forutse og unngå krisen. Eksempler på dette kan være dårlig ledelse eller at man har utsatt andre mennesker for fare.

I trinn to må man finne ut hvilke faktorer som finnes som kan forsterke interessentenes kausale attributter. Ifølge Coombs finnes det tre slike faktorer. For det første sier Coombs at organisasjonens krisehistorie er vesentlig for om interessentene legger ansvar på organisasjonen. Dette ansvaret kan også overstige det som krisen egentlig krever. Den andre faktoren er organisasjonene innledende omdømme, eller «det gode ryktet» (Coombs;Frandsen & Johansen, 2009, s. 349). Ifølge Coombs og Holladay vil et godt innledende omdømme ikke ha noen stor effekt på utfallet av krisen, men et dårlig omdømme vil kunne forsterke hvorvidt interessentene tillegger organisasjonen ansvar. Den tredje faktoren er selve krisen. Alvoret i krisen kan føre til at organisasjonen tillegges et større ansvar.

Ut i fra dette viser Coombs til en normativ liste over ni responsstrategier, fundamentert i hans forskning. Her skiller han mellom tre hovedtyper: (i) Benektelsesstrategi, (ii) forminskelsesstrategi og (iii) gjenoppbyggelsesstrategi.

Benektelsesstrategien (i) har til hensikt å benekte eller å flytte ansvaret bort fra organisasjonen. Forminskelsesstrategien (ii) har til hensikt å redusere ansvaret og gjenoppbyggelsesstrategien (iii) har til hensikt å gjenvinne tillit. De tre hovedtypene kan kombineres med forskjellige forsterkningsstrategier (iiii) som har til hensikt å tegne et positivt bilde av organisasjonen. Disse fungerer som et supplement til de andre strategiene (Johansen & Frandsen, 2015, s. 236-239).

<p>Kriseresponsstrategier</p> <p>1. Benektelsesstrategier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angrep på anklager • Benektelse • Syndebukk 	<p>+ Forsterkningsstrategier: Smiger eller presisering / forsterkning av gode tiltak</p>
<p>2. Forminskelsesstrategier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bortforklaringer • Rettferdigjøring 	
<p>3. Gjenoppbyggingsstrategier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompensasjon • Unnskyldning 	

FIGUR 13 COOMBS KRISERESPONSSTRATEGIER (FRANDSEN & JOHANSEN, 2009, s. 351).

Coombs prøver videre å knytte riktig krisetype mot riktig respons, også dette oppstilt i en normativ liste som kan benyttes som guidelines:

1. Forminskelsesstrategier benyttes ved kriser hvor man attributteres lite kriseansvar, for eksempel ved offerkriser, eller der hvor man har en historie med samme type kriser.
2. Forminskelsesstrategier benyttes ved kriser hvor det er lav tilknytting til krisen, og lite kriseansvar for eksempel uhell, og hvor det ikke finnes noen tidligere historie med tilsvarende kriser.
3. Gjenoppbyggelsesstrategier benyttes ved kriser hvor man tilegnes lite kriseansvar, for eksempel uhell, og en historie med tilsvarende kriser.
4. Gjenoppbyggelsesstrategier benyttes ved kriser hvor man tilegnes et stort kriseansvar, for eksempel kriser som kunne ha vært unngått, uten å ta hensyn til krisehistorie.
5. Benektelsesstrategier benyttes, hvis det er mulig, ved rykter og utfordringer.

6. Forsterkelsesstrategier benyttes som et supplement til de andre kriseresponsstrategiene.
7. Man bør tilstrebe å bevare en viss konsistens i kriseresponsstrategiene ved å ikke blande sammen benektelse- med enten forminskelse- eller gjenoppbyggingsstrategier.
8. Ved kriser med et minimalt kriseansvar, for eksempel offerkriser, og ingen historie med tilsvarende kriser er instruerende og tilpassende strategier alene tilstrekkelig.
9. Man må være forberedt på å endre kriseresponsstrategi hvis krisesituasjonen endrer seg og krever en annen respons for å beskytte organisasjonens omdømme på en effektiv måte.

(Heath&Coombs;Johansen & Frandsen, 2015, s. 237 og 238).

Ut i fra Coombs teori og forståelse kan vi si at Olsen og sykehusets ledelse befinner seg i en krisesituasjon siden det foreligger et brudd på forholdet mellom dem og deres interessenter. I Avisen Agder 15.02.17 står det at over 1000 illsinte mennesker møtte opp for å vise sin støtte til sykehuset og motstand mot Olsen. Videre står det at de ville vise sin avsky mot sykehusdirektørens forslag om å legge ned traumemottak og akuttkirurgi i Flekkefjord (Munksgaard, 2017a). Også flere politikere, samt den pensjonerte overlegen Leif Halvorsen beskrives igjennom avisen som kritiske mot Olsen. Halvorsen ønsket blant annet ikke å håndhilde på Olsen, og beskyldte ham for å ødelegge sykehuset (ibid). Demokratenes Vidar Kleppe uttalte seg også svært kritiske til Olsen og hans vedtak. Dette kan forstås som at flere av interessentene hadde mistet tilliten til Olsen, noe som ifølge Coombs krever krisekommunikasjon for å gjenoppbygge relasjonen og omdømmet.

Ifølge Coombs teorier om kausale attributter er det interessant å se på Olsen og Sørlandet sykehus ut ifra Coombs tre kausale dimensjoner. I forhold til stabilitet er det nærliggende å se dette i sammenheng med sykehusets og Olsens historie forøvrig. Olsen ble ansatt som administrerende direktør i 2004. I forbindelse med at helseforetakene ble opprettet og administrasjonen av sykehusene ble flyttet fra fylkeskommunene til staten, ble sykehusene i Mandal og Farsund nedlagt. I forbindelse med disse nedleggelsene så man også her et stort og bredt folkelig engasjement. Dette var tydelig i Arendal i 2004 da 15000 mennesker gikk i fakkeltog for å bevare karkirurgi som en funksjon ved sykehuset i Arendal (NRK, 2004). Dette

gjentok de i 2010, da sykehuset igjen risikerte å miste funksjoner (Heggheim, Tunaal-Larsen & Sundsdal, 2010). Samlet sett hadde det vært turbulente forhold rundt sykehusene på Sørlandet i relativt mange år. Fra Coombs teorier er det derfor naturlig å ta dette med når man leter etter en forklaring på hvorfor sykehuset opplevde utfordringer også i akuttkirurgisaken.

Spørsmålet om kontroll er i denne sammenhengen svært interessant. På den ene siden kan man innta et perspektiv hvor Olsen, som ønsket å gjennomføre vedtaket, hadde kontroll på årsakene til hendelsen og dermed hadde visse muligheter til å handle slik at det ikke utviklet seg til en krise. På den andre siden kan man se det slik at de omkringliggende årsakene ikke lot seg kontrollere i tilstrekkelig grad. Med dette mener jeg at befolkningsgrunnlaget og utfordringene med hensyn til kvalitet viste seg å være svært utfordrende for sykehuset å håndtere. Dette må sees i sammenheng med Coombs tredje dimensjon, *locus*. Når det gjelder *locus* ser vi at det her skiller mellom de som oppfatter at årsaken til krisen ligger hos Olsen og sykehusledelsen, og Olsens forklaring hvor et *eksternt locus* (befolkningsgrunnlaget) er årsaken til krisen.

Ut ifra en forståelse av de kausale attributtene kan man igjen innta to perspektiver på krisen Olsen stod i: Hvis man anerkjenner Olsens perspektiver er det nærliggende å kalle krisen for en offerkrise. Her er det de ytre betingelsene som påvirker organisasjonen, og krisen som sådan er knyttet til disse. Ut i fra denne forståelsen vil krisen *ikke* utgjøre noen stor trussel mot Olsens og sykehusets omdømme. Det andre perspektivet vi kan innta er at dette var en *unnåelig* krise, som Olsen og sykehusledelsen var ansvarlige for. Det var de som utarbeidet forslaget til et vedtak som åpnet for å fjerne akuttfunksjonene ved sykehuset i Flekkefjord. Med det skapte de grunnlaget for krisen. Ut i fra denne forståelsen utgjorde krisen en stor trussel mot Olsens og sykehusledelsens omdømme. Dette krevde en responsstrategi som svarte på trusselen.

Hvis vi følger Coombs videre, så viser han oss tre faktorer som forsterker interessentenes kausale attributter. Olsen og sykehusledelsen hadde en relativt tung krisehistorie bak seg, med store endringer og mye engasjement og sinne blant befolkningen. Det er derfor nærliggende å følge Coombs teorier og anta at dette er en medvirkende årsak til at Olsen i særlig grad holdes ansvarlig, og beskyldes for å foreslå et vedtak som vil påvirke sykehuset

negativt. Ifølge Coombs kan dette ansvaret overstige det som krisen egentlig krever. Dette finner jeg belegg for å påstå blant annet når Olsen gjentatte ganger må dementere og forsvare at det i denne sammenheng ikke er aktuelt å legge ned sykehuset i Flekkefjord. Et eksempel på dette finner vi i Avisen Agder når Olsen beskyldes for å rasere sykehuset. Her beskriver avisen stemninger blant de fremmøtte, og spør retorisk: «VERD: - Er vi mindre verd enn folk fra Kristiansand, undret folk som ventet på at direktøren skulle komme ut i februarukulden mandag ettermiddag» (Munksgaard, 2017a).

Dette kan forstås ut i fra Coombs andre faktor som omhandler Olsens innledende omdømme.

Ut fra dette er det nærliggende å anse krisen Olsen stod i som en unngåelig krise, hvor han tillegges et stort kriseansvar. Dette anses av Coombs som en alvorlig trussel mot Olsen og sykehusledelsens omdømme.

Følger vi Coombs videre vil det da være hensiktsmessig å benytte seg av en gjenoppbyggingsstrategi, hvor Olsen kom med en form for kompensasjon eller en unnskyldning. Dette kan man til en viss grad si at Olsen gjør, når han forsøker å vise til tiltak han har satt i gang, eller som ligger planlagt i vedtaket. Disse ville være med på å styrke sykehuset i Flekkefjord. Eksempel på dette finner vi når han sier:

Vi snakker med Stavanger Universitetssykehus om overføring av 600 dagkirurgiske inngrep. Vi prøver å legge til rette for overføring av 6000 polikliniske konsultasjoner fra Arendal og Kristiansand til Flekkefjord.. nettopp for å flytte kompetansen ut nær pasienten.. i stedet for at pasienten må reise.. i stedet for å sentralisere.
(174)

Det er imidlertid mer nærliggende å tenke at Olsen anså krisen som en offerkrise, hvor det var de kontekstuelle forholdene rundt sykehuset som førte til handlingene i vedtaket. I møtet finner jeg flere eksempler på at han benytter seg av forminskelsesstrategier i form av forsøk på å rettfærdiggjøre vedtaket. Dette benytter han sammen med forsterkelsesstrategier hvor han fremhever andre gode tiltak. Et eksempel på dette kommer tidlig, når Olsen viser til at det ikke kommer til å utdannes flere generelle kirurger etter 2019:

Og det er det vi må forholde oss til. Og da må vi ha spesialister i ortopedi, og vi må ha spesialister i gastrokirurgi. Og for å ha et robust vaktskift, som bygger kvalitet, så må det altså være 6 - 8 kirurger i hvert av de teamene. Beklager å måtte si det, men det er det ikke pasientgrunnlag til.
(186 -188)

Olsen viser også til at de foreslåtte endringene i det kirurgiske tilbudet vil styrke den medisinske beredskapen på sykehuset: «Dette dreier seg utelukkende om kvalitet. Og det vi

justerer på, ned av kirurger, det styrker vi på et ekstra vaktskift på medisin, som er de store pasientstrømmene» (199-200). Igjen forsøker Olsen å rettferdiggjøre handlingene, noe som kan indikere at han oppfatter krisen som noe som tilhører det *eksterne locus*.

Ved å benytte forminskelsesstrategier i denne grad oppnår ikke Olsen gjenoppbygge relasjonen til interessentene. Strategiene anerkjenner ikke i tilstrekkelig grad den trusselen som denne krisen utgjorde for omdømmet og tilliten, og den fungerer ikke godt nok for å gjenoppbygge de eventuelle skadene som er påført de forskjellige relasjonene.

Kort oppsummert viser analysene at også Coombs teorier argumentasjonen om at akuttkirurgisaken utgjorde en krise for administrerende direktør og sykehusledelsen. Krisen her viser ved at forholdet mellom Olsen og viktige interessenter som borgerne i Flekkefjord, lokale politikere og andre markerte personligheter ble skadet ved at interessentene tydelig viste at de ikke hadde tillit til direktøren. Denne krisen krevde at Olsen først vurderte hva slags type trussel krisen utgjorde, og ut i fra det valgte riktig kriseresponsstrategi. Som analysen viser er det grunnlag for å påstå at Olsen anså krisen for å være en offerkrise mer enn en unngåelig krise, og at responsstrategiene ikke fungerte.

OPPSUMMERING – KRISEKOMMUNIKASJON

Både Benoit, Hearit og Coombs' teorier peker i samme retning: akuttkirurgisaken utgjorde en krise for administrerende direktør og sykehusledelsen. Denne krisen måtte håndteres. Det er gjennomgående i alle analysene at administrerende direktørs valg av kriseresponsstrategier ikke klarte å gjenopprette den skaden som krisen påførte ham. Dette kan bety at Olsen ikke gjenkjente krisen som noe som krevde krisekommunikasjon. Krisen oppstod som en følge av anklager om å ville ødelegge sykehuset i Flekkefjord. I det lå det et engasjement og en reel frykt hos viktige interessenter, blant annet borgerne i Flekkefjord. Ved å ikke anerkjenne situasjonen som en krise, svarte heller ikke Olsen på den som en krise. Med det ble heller ikke frykten borgerne signaliserte, og anklagene rettet mot ham selv håndtert adekvat. Resultatet ble at Olsens og sykehusledelsens omdømme fremdeles var svekket etter folkemøtet.

RETORIKK – DEN VANSKELIGE TILLITEN

Retorikk kan beskrives som det å si det riktige til riktig tidspunkt. Som veltalenhet, eller som kunsten å overbevise.

Jeg ønsker å innlede min bruk av retorisk teori med Quintilian (ca 35 – ca100) sine ord:

Definisjonen på retorikk som i størst grad passer til dens karakter, er at den er kunnskapen om å tale vel. For denne omfatter alle dyder i retorikken, og karaktertrekkene hos taleren, fordi ingen kan tale godt uten å være god (Kjeldsen, 2015, s. 21).

Med disse ordene plasserer Quintilian retorikken som fag inn i det etiske landskapet. Det kan opplagt argumenteres i mot denne forenklingen, men ved å utfordre det Quintilian beskriver som vel eller godt, står man i fare for å argumentere for en praksis som utøver mer vondt enn godt.

Bevismidlene – etos, patos og logos

I Aristoteles sin Retorikk fra år 330 før Kristus argumentere Aristoteles for at retorikk er et eget fag, og at det i enhver sak finnes visse overtalende momenter. Disse momentene kaller han for bevismidler. Bevismidlene kan deles i to former: de ikke- fagtekniske og de fagtekniske. De ikke- fagtekniske bevismidlene er de som ikke er frembrakt av taleren. De er dermed ikke en del av faget retorikk. Kjeldsen eksemplifiserer dette med for eksempel statistikk og meningsmålinger. Det som kjennetegner disse bevismiddelene er at de ikke fungerer av seg selv. Det er opp til taleren å utnytte det iboende potensialet bevismidlet bringer inn i saken. Det skjer først og fremst via det vi kjenner som de tre appellformene ethos, pathos og logos. Når taleren utnytter potensialet i en retorisk situasjon, utnytter han dem innen faget, altså fagteknisk (Kjeldsen, 2015, s. 32 og 33).

Ethos

Ethos forklares ofte som å overbevise i kraft av sin egen person og sitt omdømme, med andre ord; å overbevise via talerens karakter.

Talerens karakter gjør sin virkning når talen fremføres slik at den gjør taleren troverdig. Vi fester nemlig lettere og raskere tiltro til sympatiske personer. Dette gjelder generelt og i alle situasjoner, men i fullt monn i saker hvor det ikke hersker visshet, men gis rom for tvil. Men dette må skje i talens løp, ikke gjennom en forutfattet mening om talerens egenskaper (Aristoteles i Kjeldsen, 2015, s. 116).

I antikkens teori skilles det mellom to former for retorisk ethos: Det subjektive og den objektive ethos. Det subjektive ethos kan deles inn i *arete*, som er tilhørernes oppfattelse av talerens personlige kvaliteter, *eunomia* som er hans velvilje overfor tilhørerne og *fronesis* som er hans forstandighet eller kompetanse. Det objektive ethos handler om skildringer av andre menneskers karaktertrekk via etterlikninger og beskrivelser, *descriptio* og *ethopoiia* (Kjeldsen, 2015, s. 115 og 116)

Ethos er dynamisk, ikke statisk. Den forandres hver gang man snakker og kommuniserer, og kan styrkes eller svekkes alt etter hvordan man klarer å fremstå i situasjonen. Denne dynamikken kan deles inn i tre former: den innledende ethos, avledet ethos og endelig ethos. Den innledende ethos er den ethos som taleren tildeles i forkant av talen. Innledende ethos påvirkes ikke av hva taleren sier i selve talen, men om hvilke oppfatninger tilhørerne eller mottagerne har av taleren før talen begynner. Publikum konstruerer det innledende ethos ut ifra deres kjennskap til talerens bakgrunn, erfaringer, tidligere uttalelser og den generelle oppfatningen av talerens karakter.

Mens talen forløper skapes det et bilde av taleren for tilhørerne. Dette kalles det avledete ethos. Aristoteles henviser til dette som et fagteknisk bevismiddel. Gjennom sine retoriske valg og handlinger tildeles taleren den avledete ethos. Det er altså her taleren kjemper for sin troverdighet og sitt omdømme. Avledet ethos skapes også gjennom den posisjonen, eller det perspektivet taleren inntar i en bestemt sak. Perspektivet må sees i sammenheng med de forventningene man antar at mottagerne, eller tilhørerne har til taleren. I folkemøtet i Spira er dette et viktig punkt, som kan forklare hvordan tilhørerne opplever politikere som for eksempel viser støtte til sykehusledelsen. Forventningene skapes av den viten tilhøreren har om taleren, og ifølge Kjeldsen viser forskningen at talere som våger å argumentere mot disse forventningene med større sannsynlighet oppnår å få styrket sin troverdighet. Ifølge Kjeldsen så er det fordi denne argumentasjonen ofte vil fungere mot talerens egne interesser.

Det endelige ethos er det inntrykket som tilhørerne sitter igjen med etter at taleren er ferdig med å kommunisere. Kjeldsen beskriver dette som en vekselvirkning mellom det innledede

og det avledete ethos. Dagens endelige ethos blir morgendagens innledende ethos (Kjeldsen, 2015, s. 125 - 135).

Pathos

Pathos handler om de følelsesmessige sidene ved talen. Det som setter tilhøreren i en viss sinnsstemning (Kjeldsen, 2015, s. 33). Ved å anerkjenne pathos som et viktig bevismiddel, anerkjenner man at publikums følelser er viktige for at et budskap skal nå frem. Her bør taleren forsøke å skape en følelsesmessig tilknytting til sitt publikum, og spille på delte verdier (Ihlen, 2013, s. 92 og 93).

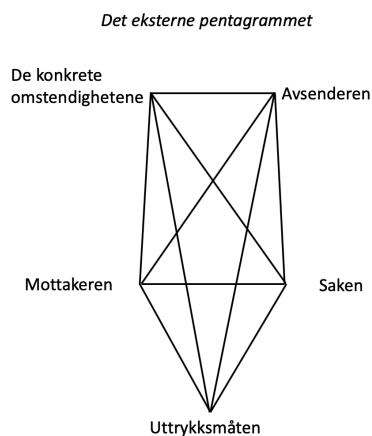
Logos

Overbevisning kan skje gjennom å argumentere ut i fra «overbevisende momenter som i et hvert tilfelle demonstrerer sannhet eller det som synes sådan» (Kjeldsen, 2015, s. 33). Logos som bevismiddel utgår ifra fornuft og argumentasjon, og knytter seg til sakens innhold (Grue, 2018). Et eksempel på dette er når Olsen argumenterer for at beredskapen ved sykehuset i Flekkefjord er så god at nedleggelse av akuttkirurgien kan forsvares. Her argumenterer Olsen ved å vise til statistikk og undersøkelser for å overbevise tilhørerne om at dette er fornuftig.

Kairos og aptum – det som passer seg til rett tid

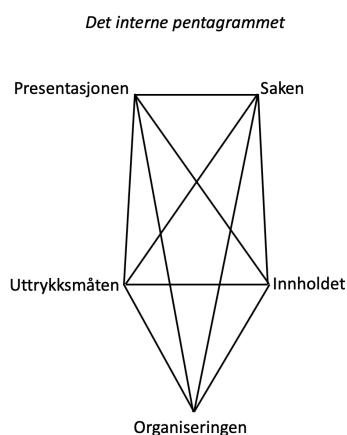
I retorikken brukes den greske termen *kairos* om det rette øyeblikket til å si noe. I tillegg til å åpne for muligheten til å si noe brukes *kairos* som et uttrykk for de retoriske mulighetene til å handle i bestemte situasjoner. Kairos er en situasjonell anledning som gir taleren visse muligheter til å fremme en sak, til å utfolde seg eller til å vise seg som en dyktig taler. Sokrates mente at situasjonsfornemmelse var avgjørende for den gode taler, og argumenterte for at forståelsen for hvilke muligheter som lå i øyeblikket, sammen med en forståelse av det taktfulle og passende (aptum) var vesentlige deler av det en taler måtte lære seg (Kjeldsen, 2015, s. 69 og 70). Quintilian beskriver i sitt verk *Om våre plikter* hvordan det *passende* og det *gode* hører sammen, og han snakker om å gjøre det rette på det rette tidspunkt (Quintilian;Kjeldsen, 2015, s. 78). Dette sammenfaller med denne forståelsen av *kairos*.

Aptum betyr *det som sømmer seg* eller *det som passer seg*. Ifølge Kjeldsen kan vi skille mellom to former for passende retorikk. Det må for det første være et passende forhold mellom taleren og talen på den ene siden og mellom emnet, tilhørerne og talesituasjonen på den andre siden. Dette kaller vi for det eksterne, eller det ytre aptum. For det andre må en retorisk ytring være sømmelig. Det betyr at den må harmonere med det situasjonen krever (Kjeldsen, 2015, s. 71). For å tydeliggjøre disse sammenhengene, viser Kjeldsen til det eksterne og det interne pentagram. Ifølge Cicero er det fem faktorer som er konstante i en retorisk talesituasjon. Dette er taleren, saken, talestilen eller språket, tilhørerne og de konkrete omstendighetene. Disse fem faktorene står i forhold til hverandre, og danner det eksterne pentagrammet. Når det er et passende forhold mellom dem vil man vanligvis ikke legge merke til det. Det er først når noe er upassende at det kreves en tilpassing.



FIGUR 14 DET EKSTERNE PENTAGRAMMET (KJELDEN, 2015, s. 73).

Det interne aptum gjelder samstemtheten mellom talens forskjellige bestanddeler. De elementene som skaper indre aptum i en tale er saken, tankene og argumentene, disponeringen, den språklige utformingen og fremføringen av budskapet.



FIGUR 15 DET INTERNE PENTAGRAMMET (KJELDEN, 2015, s. 75)

Den retoriske situasjonen

Lloyd Bitzer beskriver i artikkelen «The Rethorical Situation» fra 1968 hvordan vi søker å oppnå en harmonisk tilpassing til våre omgivelser gjennom en funksjonell kommunikasjon. Bitzer beskriver en retorisk situasjon som en situasjon som har visse mangler, utfordringer eller problemer som krever en forandring til det bedre. Hvis denne forandringen kan skje ved bruk av tale eller skrift kan vi si at vi har en retorisk situasjon (Kjeldsen, 2015, s. 79 og 80). Ifølge Bitzer finnes det tre elementer som konstituerer en retorisk situasjon. For det første må den inneholde et påtrengende problem. Dette er ifølge Bitzer en: «Ufullkommenhet som presser seg på. En feil, en hindring, noe som venter på å bli gjort, noe som ikke er som det burde være» (Kjeldsen, 2015, s. 81).

Bitzer knytter et påtrengende problem til de faktiske forhold og en interesse eller til et engasjement. Det er når dette foreligger at et påtrengende problem blir retorisk, og det er først da det kan endres til det bedre ved hjelp av kommunikasjon.

I Flekkefjord førte forslaget om å fjerne akuttkirurgi og traumemottak til at de ulike aktørene fikk ulike retoriske problemer. Motstanderne av beslutningen ønsket å endre vedtaket, slik at sykehus tilbudet ikke endret seg. De fryktet konsekvensene bortfall av tilbudet ville medføre. Ledelsen ved Sørlandet sykehus ønsket forståelse, ro og aksept for å gjennomføre vedtakets ordlyd. Sett fra deres side ville en opprettholdelse av tilbudet medføre en potensiell fare for den enkelte pasient. I folkemøtet finner vi eksempler på begge disse perspektivene. Ambulansearbeider og tillitsvalgt i Flekkefjord, Thorsten Janvin fortalte blant annet om hva han fryktet vil skje hvis det akuttkirurgiske tilbudet bortfalt:

Og for det andre så er.. når ulykkene skjer.. da er det dårlig vær. Og da er det stort sett ikke flyvær. Og jeg har hatt mange av de pasientene. Jeg har hatt små barn som har ligget med indre skader. Jeg har vært sjeleglad for at jeg kunne sende dem de fem minuttene til Flekkefjord.. og ikke den derre 1,5 time til Kristiansand.. eller 1,5 time til Stavanger.
For det hadde ikke de overlevd. Da kunne jo.. jeg bare ha stått der og svettet til mor hadde kommet.. «Værsgod.. ta den siste avskjed med barnet ditt». Det er det som skjer hvis du legger ned akuttfunksjonen her i Flekkefjord.
(1122-1129)

Dette kan tolkes på to måter: enten som en respons fra Janvin til Olsens forslag om å legge ned tilbudet. I så tilfelle må man se Olsens forslag til vedtak som de faktiske forhold, og

Janvins interesse i sammenheng. Det er altså her det påtrengende problemet konstitueres. Den andre måten å tolke dette på er at Janvins betraktninger, og engasjement knyttes til de faktiske forhold i vedtaket og dermed utgjør et påtrengende problem som Olsen må ta stilling til.

Det andre elementet som Bitzer beskriver er det retorisk publikum. «Et retorisk publikum består utelukkende av de personene som kan påvirkes av avsenderens retorikk, og som kan bidra til forandring» (Kjeldsen, 2015, s. 83). Chaim Perelman og Lucie Olbrechts-Tyteca mener at publikum ikke er konkret og materialisert, men en konstruksjon som taleren skaper (Lund & Roer, 2014, s. 65). De skiller mellom et partikulært og et universelt publikum. Det er her ikke snakk om kvantitative størrelser, men om hva taleren ønsker å oppnå ved å henvende seg til dem. Det partikulære publikum er en hvilken som helst gruppe, som man ikke vet noe bestemt om. Det universelle publikum er talerens forestilling om kompetente og fornuftige mennesker som forholder seg til universelle verdier (ibid).

Publikummet i Spira var blandet, men de var der i fellesskap av et engasjement rundt sykehusets fremtid. SV's Mali Steiro Tronsmoen henvendte seg til dette engasjementet når hun gir «alle dere som sitter her i dag» mye av æren for at sykehussaken er satt på dagsorden. Her utpeker hun visse mottakere, som blir det retoriske publikum:

Det må jeg bare få presisert at det skal alle dere som sitter her i dag, og arrangørene av debatten her i dag. Aksjonsgruppa "Bevar Flekkefjord sykehus" ha veldig mye av æren for. For det er når lokalsamfunn mobilisere. Når folk møter opp. Når man står opp for sykehusene sine og for velferdstilbudene sine. Det er faktisk da man kan klare både å bevare sykehuset, og få videreutviklet sykehuset (720 – 722).

Her kan man anta at Tronsmoen hadde en tanke om det universelle publikum som kompetente og fornuftige mennesker, og at hun med denne kommunikative handlingen ønsket å påvirke dem retorisk. Man kan videre anta at det ligger forventninger hos henne om at de hun taler til vil fortsette praksisen med å mobilisere og engasjere seg i sykehussaken, og hun vil dermed ha kommet igjennom med retorikken.

Det tredje elementet Bitzer beskriver er de retoriske vilkår. De retoriske vilkårene er de mulighetene og begrensingene som taleren må forholde seg til. Disse setter rammene for hvilke responser taleren kan benytte seg av for å avhjelpe det påtrengende problemet. Aristoteles skiller mellom de fagtekniske og de ikke- fagtekniske bevismidler. Kjeldsen viser

at det samme skillet også gjelder for de retoriske vilkår. De ikke- retoriske vilkår kan taleren i utgangspunktet ikke styre, men han må like fullt forholde seg til dem. De fagtekniske styres av taleren, og hans retoriske valg og metoder. Kjeldsen trekker også et skille mellom de fysiske og de kulturelle eller psykiske vilkårene. De fysiske er de mulighetene og begrensningene som for eksempel forskjellige medier gir, mens de psykiske og kulturelle vilkår ifølge Kjeldsen oftere er vanskeligere å overvinne. Et eksempel på dette kan være motstridene holdninger til budskapet.

I Flekkefjord var dette tydelig da Olsen forsøkte å argumentere for at opprettholdelse av akuttkirurgi i Flekkefjord ikke var forsvarlig ut i fra pasientgrunnet:

Jan-Roger Olsen: Men det grunnleggende her er at.. beklager å måtte si det.. nok en gang.. men med et såpass lite befolkningsgrunnlag, så greier vi ikke å opprettholde kvaliteten.

Og vi greier

{ikke å rekruttere inn..}

{Høylydt buing og plystring fra publikum}

{Munksgaard: Hysj.. hør.. hør!}

JRO: Og det er det altså ingen som har bestridet i de høringsrundene som har vært ute! Og det er.. (300 – 304).

Her kan man tolke responsen fra publikum, hvor de buer og plystrer mot direktøren som et tegn på at de ikke delte hans holdninger og perspektiver i saken. Ifølge Bitzer inviterer retoriske situasjoner til bestemte, passende responser (Kjeldsen, 2015, s. 88). I tilfellet nevnt over gjentar Olsen noen han allerede har sagt tidligere, og han gjentar en beklagelse.

Responsen kan anses som ikke passende til den retoriske situasjonen, siden den ikke endret den men snarere forverret den eller skapte et nytt påtrengende problem i form av sinne hos publikum.

«TILLIT TIL HVA DENNE DIREKTØREN KAN KLARE»

Både før, under og etter folkemøtet ser vi at ethos er dynamisk, og i endring hos flere av paneldeltakerne. Det er en stadig kamp om å bevare og styrke eget ethos, og om å angripe meningsmotstandernes. Innledende ethos er, sett med aristoteliske øyne et ikke- retorisk bevismiddel. Med dette menes det at det er noe taleren ikke kan kontrollere igjennom talen. Den innledende ethos har å gjøre med hvilke oppfatninger tilhørerne har av taleren *før* han eller hun begynner å tale. Det kan allikevel være avgjørende for hvordan tilhørerne vil tolke taleren og budskapet. En høy innledende ethos øker sannsynligheten for læring og for

påvirkning av holdninger, mens en lav eller svak innledende ethos svekker mulighetene tilsvarende (Kjeldsen, 2015, s. 125-127).

Videre i denne delen av oppgaven fokuserer jeg på administrerende direktørs ethos. Jeg viser hvordan hans ethos bygges og angripes i folkemøtet, og hvordan dette påvirker debatten.

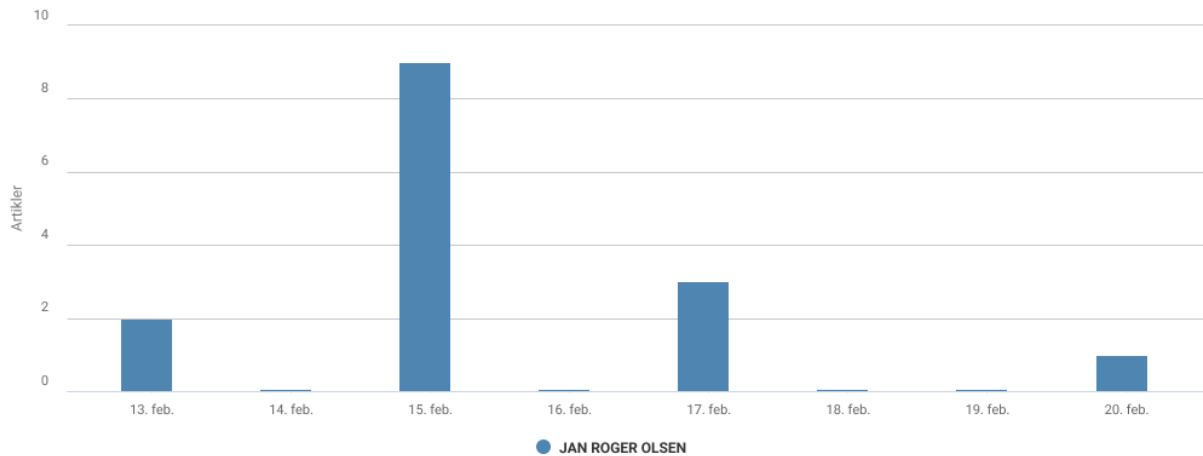
DIREKTØRENS INNLEDENDE ETHOS

Jan-Roger Olsen hadde på tidspunktet som folkemøtet ble arrangert vært administrerende direktør ved Sørlandet sykehus i 13 år. Han ble ansatt som direktør samtidig med at de nasjonale helseforetakene ble opprettet. Olsen er utdannet sivilingeniør, og hadde da han begynte som administrerende direktør en lang og vellykket karriere bak seg fra offshore- og oljeindustrien. Blant annet så hadde han fungert som konserndirektør i både Aker Maritime og i Subsea 7.

Rett etter ansettelsen i 2003 gjennomførte Olsen blant annet en spare- og effektiviseringsprosess kalt «Operasjon Nordavind». Prosessen hadde som mål å få sykehuset på økonomisk rett kjøp. Ifølge Olsen gikk sykehuset med 100 millioner kroner i underskudd ved oppstart av prosessen. «Operasjon Nordavind» førte til at sykehuset nedbemannet med tilsammen 6,8% av stillingene. I Arendal ble blant annet 150 stillinger fjernet da de ikke var tilstrekkelig forankret i sykehusstrukturen (Mersland, 2019). Denne prosessen ble møtt med store protester, særlig i fra miljøet i Arendal. Over 10.000 mennesker gikk i 2004 i fakkeltog mot nedskjæringene. Under Olsen ble også sykehuset i Mandal kraftig redusert, og solgt til Mandal kommune, og sykehuset i Farsund ble nedlagt i 2007.

Jeg vil videre i denne delen belyse Olsens innledende ethos ved å analysere utvalgte avisartikler fra uken før folkemøtet.

Avisen Agder skrev i perioden før folkemøtet relativt mye om sykehussaken. Søk på Jan-Roger Olsen gir treff i 15 artikler i uken før folkemøtet. Analyse av dette søket viser at onsdag den 15.februar pekte seg ut som den dagen da de skrev mest. Da var Olsens navn benyttet i tilsammen ni artikler.



FIGUR 16 RETRIEVERSØK 15.MARS 2019, SØKEORD JAN-ROGER OLSEN.

Avisens forside denne dagen så slik ut:



FIGUR 17 FORSIDE AVISEN AGDER, ONSDAG 15.FEBRUAR 2017

På forsiden ser man Olsen sammen med ordføreren i Flekkefjord, Jan Sigbjørnsen. Olsen står i en delvis lukket kroppspositur med armene i kryss foran seg, mens Sigbjørnsen tilsynelatende leser noe fra et dokument. Bak ser vi mennesker med tente fakler, og et barn er fremtredende i bildet. Barnet holder en tent fakkell i været. Det kommer ikke eksplisitt frem hvem som har tatt bildet, det er derfor betimelig å anta at det er tatt av avisens egen fotograf. Måten Olsen står på og måten han holder hendene, samt at blikket er festet ved Sigbjørnsen kan gi konnotasjoner til at Olsen blir belært av Sigbjørnsen. I teksten under står det: Siste ord er ikke sagt! Her ser vi at bildet forankres i teksten, og budskapet forsterkes

(Barthes, 1994, s. 27). At avisen velger å benytte bildet på forsiden, og i tillegg skrive om sykehussaken på tilsammen 6 sider understreker at dette er en sak de prioriterer og setter høyt på dagsorden.



FIGUR 18 SIDE 6&7 AVISEN AGDER, ONSDAG 15.FEBRUAR 2017

Den 13.februar 2017, en uke før folkemøtet i Spira, møtte Olsen opp på sykehuset i Flekkefjord for å legge fram sin innstilling for lokale politikere. I forbindelse med dette møtte over 1000 flekkefjæringer opp for å markere motstand mot Olsen. Under overskriften «1000 illsinte møtte direktøren» kan vi blant annet lese: «På kort varsel ble troppene samlet utenfor sykehuset i Flekkefjord der direktøren ble møtt med tilrop og buing for sin innstilling overfor styret i Sørlandet sykehus» (Munksgaard, 2017a)

Aksjonistenes handlinger, ved at de buer og kommer med tilrop mot Olsen, vitner om en sterk motstand både mot han og det foreslåtte vedtaket. Avisen bidrar til å skape et polarisert bilde av ham, både når de viser til de *illsinte* i overskriften og ved å bruke ordet *troppene*. Her får man konnotasjoner til krig og strid, og at man med dette kjemper for en sak mot noe eller noen. Her karakteriseres Olsen som en motstander. Dette virker polariserende, og markerer at det finnes to fronter: for og i mot sykehuset i Flekkefjord. Borgerne stod på den ene siden, mens Olsen stod på den andre. Dette kan svekke hans ethos. *Troppene* har også en pathosappell i seg, hvor den appellerer til følelsen av fellesskap, og på den måten virker samlende. At man klarte å samle over tusen mennesker på relativt kort tid kan forstås som et tegn på det store, folkelige engasjementet. Olsen ble møtt med tilrop og buing, og dette kan tyde på at Olsen hadde et svakt innledende ethos blant noen av de fremmøtte. Buing og tilrop er ansiktstruende handlinger som angriper Olsens sosiale

selvbilde (Goffman;Svennevig, 2012, s. 126 og 127). Ved å bue eller komme med tilrop kommer følelsene i gruppen frem, uten at et bestemt individ nødvendigvis må stå for dem. Max Atkinson omtaler blant annet buing og tilrop som et barometer over publikums oppmerksomhet, og over hvorvidt de godkjenner eller avviser det taleren sier (Atkinson;Kjeldsen, 2015, s. 212). Slike ansiktstruende handlinger krever et forsvar, hvis ikke risikerer taleren å tape ansikt (Goffman, 2004, s. 48-50). Det er i hovedsak euonia, eller velviljen overfor tilhørerne som trues av denne handlingen i denne sammenhengen. Avisen Agder siterer blant annet et retorisk spørsmål fra de en av de fremmøtte som hevder at Olsen rangerer borgere i Flekkefjord lavere enn borgere i Kristiansand: «- Er vi mindre verd enn folk fra Kristiansand, undret folk som ventet på at direktøren skulle komme ut i februar kulden mandag ettermiddag» (Munksgaard, 2017a). Ved å argumentere for at mennesker i Flekkefjord er mindre verdt enn folk fra Kristiansand settes det opp en stråmannsargumentasjon, hvor man karikerer et standpunkt som det ikke er grunnlag for å påstå at Olsen har (Svennevig, 2012, s. 209). Dette svekker hans ethos ved å fremstille ham som en som gjør forskjell på folk, altså en som opptre urettferdig. Ved å sette opp en stråmann på denne måten oppnår man å demonisere Olsen, samtidig som påstanden kan virke forsterkende på fellesskapsfølelsen. Argumentasjonen er også et personangrep, hvor tilhørerne angriper Olsen som person, og ikke hans standpunkter i saken. Som et retorisk spørsmål kan dette virke aktiviserende, og det kan tvinge Olsen til å måtte søke svar på det. På den måten må han ta stilling til påstanden, og sette seg i tilhørernes sted (Kjeldsen, 2015, s. 207).

Videre skriver Avisen Agder: «De ville vise sin avsky mot sykehusdirektørens forslag til nedleggelse av traumemottak og akuttkirurgi i Flekkefjord» (Munksgaard, 2017a). Ordet *avsky* har negative konnotasjoner og indikerer en sterk motvilje mot noe eller noen. I denne sammenheng fungerer det som en perspektivstyrer som viser til de negative følelsene som ligger i engasjementet, mot Olsen sitt vedtak. Dette kan igjen svekke Olsen sitt ethos, og føre til at tilhørerne opplever hans velvilje overfor dem som svak.

Sykehuset i Flekkefjord hadde, som nevnt, vært igjennom flere prosesser hvor deler av driften ved sykehuset hadde vært truet. I 2014 gikk 5000 borgere i fakkeltog for å bevare sykehuset. Dette har Agder Flekkefjord Tidende en intertekstuell referanse til: FAKLER:

«Mange av de fremmøtte hadde selv tatt med seg fakler, og plakater fra forrige store mønstring i februar 2014, var hentet frem fra glemselen» (Munksgaard, 2017a)

Med dette understreker og forsterker avisen inntrykket av at denne saken skaper et stort folkelig engasjement, og at det går tilbake i tid. Bruk av fakler har en stor symbolsk verdi som står for frihet og håp, og tradisjonelt har fakkelen vært mye benyttet i forbindelse med demonstrasjoner.

Olsen ble møtt med en rekke bannere med påskrift. Om ett av disse skriver Agder: «- Ikke rør sykehuset, sto det på plakatene - og banksjef Jan Kåre Eie og bystyrepolitiker Nina Danielsen (Sp) holdt den store banneren mellom seg foran inngangsdøren til sykehus» (Munksgaard, 2017a). Ifølge en studie utført av blant andre Carl I. Hovland og Walter Weiss kommer det frem at avsendernes ethos eller troverdighet kan ha stor betydning for hvor overbevisende en tekst virker (Kjeldsen, 2015, s. 118). Man kan på bakgrunn av dette anta at både banksjefen og bystyrepolitikeren innehar en viss troverdighet. Det faktum at de omtales med tittel er med på å gi dem et ethos. Dette gjør at teksten på banneret virker overbevisende på de fremmøtte. Når de velger å holde banneret foran inngangsdøra til sykehuset kan dette oppfattes som en beskjed til Olsen om at han ikke er velkommen inn i sykehuset. Begge deler er kraftige angrep på hans ethos, hvor både velvilje og kompetanse rammes. Igjen utsettes Olsen for en ansiktstruende handling som han må forsvare for å ikke tape ansikt. Det gjør han ved å tale til de fremmøtte. Agder refererer det slik:

Sykehusdirektør Jan-Roger Olsen gjorde de fremmøtte oppmerksom på at det ikke var snakk om å bygge ned sykehuset i Flekkefjord og at sykehuset hadde en plass på Sørlandet også i fremtiden. Det vi må gjøre er å sikre kvalitet på akuttkirurgi og traumemottak. Men sykehuset skal fortsatt ha akutfunksjon i indremedisin, anestesi i døgnavt, kirurger som kan ta planlagte operasjoner, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser, forklarte Olsen, uten at det så ut til å gjøre nevneverdig inntrykk på en rasende folkemengde

(Munksgaard, 2017a)

Ved å si at det ikke er snakk om å bygge ned sykehuset samtidig som han har foreslått å legge ned funksjoner kan dette oppfattes som en selvmotsigelse, siden premisset for påstanden om å ikke bygge ned sykehuset ikke oppnår tilstrekkelig akseptabilitet. Man må anta at det foreligger en forståelse av at Olsen sine forslag til styret vil fjerne akuttkirurgi og traumemottak (Svennevig, 2012, s. 205). Olsen fortsetter med en logosappell hvor han forklarer detaljer ved saken for de fremmøtte. Avisen Agder avslutter med å legge til at

appellen ikke så ut til å gjøre nevneverdig inntrykk på en *rasende* folkemengde. Her angriper de Olsens ethos, både kompetanse og hans velvilje overfor tilhørerne. Igjen viser avisen til det sterke følelsesmessige engasjementet som borgerne uttrykker, og igjen viser Avisen Agder sin polariserende karakteristikk.

I artikkelen med overskriften «Møtt med isfront» refererer Avisen Agder til et møte mellom den pensjonerte overlegen Leif Halvorsen og Olsen på sykehuset den 13.februar. I ingressen beskriver de hvordan Halvorsen velger å ikke ta Olsen i hånden når de først møtes: «- Nei, sa tidligere overlege Leif Halvorsen og snudde seg bort da sykehusdirektør Jan-Roger Olsen strakte frem hånden for å hilse» (Munksgaard, 2017d)

Å avvise en høflighetsgest slik kan forstås som en ansiktstruende handling, hvor Olsens sosiale selvbilde er truet og han risikerer å tape ansikt (Goffman). Handlingen kan oppfattes som en fornærmelse og et angrep på ethos, og er et tydelig uttrykk for at Halvorsen stiller seg negativ til Olsen. Enten til ham som person eller til saken han representerer. Dette inntrykket forsterkes når avisen siterer Halvorsen når han sier at: «- Jeg håndhilser ikke på folk som vil ødelegge sykehuset». Her fortsetter han angrepet på Olsen sitt ethos når han anklager ham for å ødelegge sykehuset. Avisen hever Halvorsens ethos når de beskriver hans mangeårige engasjement for sykehuset: «I 40 år har den pensjonerte overlegen jobbet for å bygge opp og sikre Flekkefjord sykehus». Dette gir Halvorsen en høy innledende ethos når han videre i artikkelen argumenterer for at situasjonen er dramatisk, og at Olsens forslag til vedtak er en del av et avviklingsprosjekt for sykehuset i Flekkefjord. Halvorsen kaller også vedtaket for en katastrofe, og avisen beskriver en engasjert Halvorsen som *freser* mot en *lyttende* direktør.

Både *freser* og *lyttende* er anføringsord som fungerer som perspektivstyrere. *Freser* er et negativt anføringsord som kan svekke tilliten til Olsen, men som viser til et følelsesmessig engasjement hos Halvorsen, som i denne konteksten fungerer til hans fordel. *Lyttende* er et positivt anføringsord som kan heve Halvorsens ethos ytterligere, og Olsens noe. På den andre siden kan det også tolkes som et tegn på et asymmetrisk maktforhold mellom Halvorsen og Olsen, hvor det definerer Halvorsen som den talende og Olsen som den lyttende. Uansett så kan denne bruken av perspektivstyrere tolkes som at journalisten som har skrevet innlegget tar stilling i saken (Engebretsen, 2012, s. 18).

Olsen svarer Halvorsen sine ansiktstruende handlinger med å benytte en form for høflighetsstrategi:

- Jeg har stor respekt for deg, Leif. Flekkefjord sykehus har en plass i Sørlandet sykehus. Det er nesten en umulig oppgave å argumentere mot deg, repliserte sykehusdirektøren før han fikk gode råd av den pensjonerte overlegen.

Her benytter Olsen seg av en nærhetsstrategi, blant annet når han bruker fornavn. Her viser han beundring for Halvorsen. Dette kan både dempe angrepet fra Halvorsen, og mildne Olsen sin handling mot Halvorsen, hvor han impliserer at Halvorsen ikke har rett i sine påstander og at det er vanskelig å argumentere mot ham i den aktuelle konteksten. Igjen ser vi at avisens journalist benytter seg av anføringsord som perspektivstyrere. Både ved å beskrive hvordan Olsen får *gode råd* og ved å referere til Halvorsen som den *pensjonerte overlegen* tar han stilling i saken for Halvorsen, og mot Olsen (Engebretsen, *ibid*). Dette kan svekke Olsens ethos, kanskje i særlig grad hans kompetanse sett mot Halvorsen sin.

I siste del av artikkelen beskrives det hvordan Olsen og Halvorsen tar hverandre i hånden når de går hver til sitt: «Forøvrig tok Leif Halvorsen og sykehusdirektør Jan-Roger Olsen hverandre i hånden ved avslutningen av møtet ...». Her velger journalisten å avslutte artikkelen med tre punktum. Dette kan forstås som tegnet elipse (...), som utelatelsestegnet eller som et tegn på en tankestrøm. I dette tilfellet kan konnotasjoner til bruken trekke mot at journalisten stiller spørsmålsteget ved betydningen av Olsens og Halvorsens håndtrykk. Man kan for eksempel forstille seg at håndtrykket var motvillig. Igjen så benytter journalisten seg av en perspektivstyrer, og dette styrker antagelsen om at han har tatt stilling i saken.

I denne delen av oppgaven har jeg vist hvordan Avisen Agder viser at det var et betydelig engasjement i Flekkefjord rettet mot sykehusdirektøren og det foreslåtte vedtaket. Borgerne stilte opp med fakler, og kom med tilrop og buing mot Olsen da han møtte dem. Dette viser at de oppfattet Olsen som en motstander, og som en som ville ødelegge sykehuset eller forringe kvaliteten på det. Avisen bidro til å forsterke dette bildet, både ved bruk av verdiladede ord, ved dimensjoneringen av saken og ved det personfokuset som de valgte å vektlegge. Også plasseringen av sykehussaken på førstesiden, og avisens fokusering på det store folkelige engasjementet mot Olsen var med på å svekke hans ethos. Dette inntrykket

formidlet avisen videre til sine lesere, også de som ikke selv var til stede med fakler og plakater. Dette kan ha ført til at også disse fikk et negativt inntrykk av Olsen. Den tydelige vinklingen av sakene, *for* lokalsykehuset og *mot* Olsen, kan også ha vært med på å marginalisere de stemmene som eventuelt støttet Olsen, eller som så på hans foreslåtte vedtak som en god løsning for sykehuset. Ved å polarisere debatten, slik avisen var med på, opplevde man at stemme- og meningsmangfoldet ikke kom tydelig frem. Dette var medvirkende årsaker til at Olsens innledende ethos var svakt i forkant av folkemøtet, og klimaet for å ytre seg positivt og støttende for direktøren var dårlig.

DIREKTØRENS ETHOS I FOLKEMØTET – AVLEDET ETHOS.

Hvordan endret så Olsens ethos seg i selve folkemøtet? For å finne svar på det går jeg inn i detaljene, og viser via verbale og multimodale analyser hvordan direktørens ethos bygges og angripes igjennom folkemøtet.

Allerede før Olsen selv får komme til ordet angripes hans ethos når Munksgaard krever svar fra Ola Elvestuen om hvorvidt han er fornøyd med den jobben som Olsen gjør. Munksgaard innleder og introduserer Elvestuen i debatten ved å be ham utdype hvordan Venstre inngikk et forlik for å sikre flertallet for den nye helse- og sykehusplanen. Mens Elvestuen svarer på dette spørsmålet, avbryter Munksgaard ham, og krever et direkte svar på hvorvidt han er fornøyd med Olsen. Fra de multimodale transkripsjonene kommer det frem hvordan Munksgaard benytter seg aktivt av proksemikk og blick for å forsterke det verbale innholdet:

Munksgaard: Og da går vi rett over Tid: 00:01:33

te- til deg.. Ola
Elvestuen so- fra
Venstre.



(MT 18)

Her ser vi at den opprinnelige plasseringen til Munksgaard er relativt langt fra Elvestuen. Når Munksgaard ber Elvestuen om å forklare seg om forliket beveger han seg mot Elvestuen mens Elvestuen snakker, og blir stående relativt tett på ham. Blikket er festet ved Elvestuen:

Munksgaard: Er du fornøyd...

00:02:02



med..e= med Olsen?

00:02:04



Elvestuen:

Eh

00:02:06

{<@ he det gjenst-
@>}

{@latter fra
publikum@}



{{@latter fra salen og 00:02:15
applaus@}} {Det..}

Det gjenstår å se hva
de tar stilling til i
styremøtet i= e =
morra.



(MT 28-31)

Bordet er en grensemarkør som markerer skillet mellom Elvestuen og Munksgaards territorier (Goffman, 2004, s. 173). Bordet er også med på å markere det formelle i debatten (Norris, 2004, s. 21). Når Munksgaard beveger seg såpass tett på Elvestuen, og nærmest lener seg over bordet oppfattes dette som en meget ansiktstruende handling som krever en respons fra Elvestuen. Ellers risikerer han å tape ansikt. Munksgaard spør direkte om Elvestuen er fornøyd med Olsen. Elvestuen nøler før han svarer på dette spørsmålet. Dette kan sees på som et indirekte angrep på Olsens ethos, som spesielt ødelegger for hans *exordium*, hans muligheter for å skape kontakt og tillit hos tilhørerne (Kjeldsen, 2015, s. 27). Munksgaards bruk av proksimikk, dominerende kroppspositur og blikket som han holder mot Elvestuen kan tolkes som et forsøk på å presse Elvestuen, ved å sette ham i forlegenhet. Under normal samhandling er det et ideal at deltakerne er avslappet i forhold til hverandre. Når en eller flere deltakere opplever å bli forlegne avviker dette fra denne normalen. Munksgaard kunne med dette oppnå at Elvestuen følte seg presset til å svare for å komme seg ut av denne situasjonen. (Goffman, 2004, s. 120 - 125) Elvestuen vender blikket bort fra Munksgaard når han skal svare (MT30). Dette kan indikere at han opplever Munksgaards blikk som en krenkelse (Goffman, 2004, s. 176-178). Både Foss og Saudeland vender sine blikk bort, noe som kan indikere at også de anerkjenner dette som en krenkelse. Bruk av proksimikk, gester og blikk på denne måten krever en forståelse av *kairos* og av det retoriske publikum (Bitzer;Kjeldsen, 2015, s. 83). Responsen fra publikum kan forstås som en forsterkning av angrepet på Olsens ethos, da de først ler, for så å klappe, og med det signaliserer støtte til Munksgaards spørsmål. Siden dette skjer før Olsen selv har fått uttale seg, er det nærliggende å legge også dette til Olsens innledende ethos i debatten, i hvert fall i et aristotelisk perspektiv. Olsen har allikevel visse muligheter til å gi respons på angrepet, noe han gjør non-verbalt ved rette opp torso, sitte i en relativt åpen posisjon og le / smile når angrepet kommer (MT30). Dette kan oppfattes som et forsvar, hvor Olsens smil kan oppfattes som en nærhets- eller en høflighetsstrategi som fungerer dempende på angrepet (Svennevig, 2012, s. 135).

Før vi ser på Munksgaards introduksjon av Olsen og Olsens første debattinnlegg, mener jeg det er viktig å vurdere hvordan en av de andre deltakernes introduseres. Ingunn Foss er stortingsrepresentant for Høyre, og representerer i denne saken partiet som har helseministeren samt ordføreren i Flekkefjord. Ved stortingsvalget i 2013 gjorde Høyre et

godt valg, med 27,9% av stemmene (NRK, 2013). Dette var over snittet i Vest- Agder og på landsbasis. Foss er ikke omtalt i Avisen Agder i uken før folkemøtet, annet enn som møtedeltaker på folkemøtet. Hun er blant annet nevnt under overskriften *Politikerne må gi klare sykehusvar* (Munksgaard, 2017f). Her ligger det forventninger til at hun, sammen med de andre politikerne gir svar på om Olsen sin innstilling er i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan. Men det kan også ligge implisitt et krav om at det tydelige svaret må komme i form av støtte til sykehuset for å bevare populariteten blant velgerne i Flekkefjord. Samlet sett så kan man anta at Foss sin innledende ethos er relativt sterk. Proksemisk så har Munksgaard plassert seg relativt langt i fra Foss når introduksjonen starter. Blikket veksler mellom dokumentet han holder i hendene og Foss:

Munksgaard: Og jeg kunne tenke 00:00:32

meg å begynne med deg.. **Ingunn Foss..** Stortingsrepresentant.



Er 'du tilfreds med 00:00:35
e=.. de e= nær sagt



de føringer som 00:00:40
nasjonal helse- og sykehusplan legger ..



(MT 9-11)

Her viser Munksgaard respekt for Foss sitt territorium, både ved bruk av proksemikk og ved at blikket varierer mellom notater og Foss. Han gjør slaggester med høyre arm. Disse oppleves som ikoniske gester som forsterker på verbalteksten (Norris, 2004, s. 28). At Munksgaard starter med å introdusere Foss kan bety at det hun blir spurt om, og hva hun eventuelt svarer er viktig for Munksgaard tidlig i debatten. Det er ellers ikke opplagt at han burde starte med henne. Saudeland sitter lengst ute på venstre side, og Tronsmoen på høyre side. Olsen, som den eneste representanten fra Sørlandet sykehus kunne også være naturlig som første taler. Mens Munksgaard stiller spørsmålet til Foss beveger han seg mot henne (MT12), men rygger bakover før responsen fra henne kommer (MT13). Ved å opprettholde rommet mellom seg selv og Foss viser han respekt for hennes personlige territorium. I forhold til det eksterne aptum kan vi si at Munksgaard ved å stille Foss et legitimt spørsmål på denne måten viser respekt og aksept for visse normer som man kan forvente ut i fra situasjonen. Foss får også lov til å svare på spørsmålet, uten avbrytelser eller overlappende tale. Samlet sett styrkes Foss sin ethos i denne sekvensen. Munksgaard stiller Foss to spørsmål, både om hun er fornøyd med Nasjonal helse- og sykehusplan og om hun mener at Olsen sin innstilling er i tråd med denne. Å stille spørsmål ved Olsens innstilling kan svekke hans ethos, og da spesielt fronesis i denne saken, da dette inviterer de andre deltakerne til å komme med en mulig kritikk av ham.

Jan-Roger Olsen blir introdusert sist av paneldeltakerne. Han kommer først til ordet over 14 minutter etter at debatten startet. Olsen presenteres etter at SV's Mali Tronsmoen har talt, og mottatt applaus for sitt innlegg. Fra de multimodale transkripsjonene ser vi at Munksgaard innledende plasserer seg med god avstand til Olsen. Han beveger seg hele tiden mens han prater, og holder dokumentene med begge hendene. Dokumentene holdes foran brystet, nesten i ansiktshøyde. Han gjør slag gester med høyre hånd for å forsterke verbalteksten. Etter en kort presentasjon går Munksgaard til angrep på Olsen og ber ham forklare hva han har forstått, som ingen andre har forstått:

Munksgaard: Altså sjelden har en 00:13:51

vel hørt et kobbelt av
politikere som er så
enige...



Den eneste som er 00:13:56

uenig her..



er i grunnen deg! 00:13:59



(MT 50-53)

Mens Munksgaard snakker legger han hodet til siden, og gjør sideveise hodeslag (Norris, 2004, s. 32). Olsen sitter i en delvis lukket kroppspositur, med blikket vekslende mellom dokumentene foran seg og Munksgaard.

Angrepet blir møtt med applaus fra publikum. Mens publikum applauderer, trekker Munksgaard seg tilbake og retter blikket mot kamera:

(applaus)

00:14:03



(MT 55)

I dette angrepet oppnår Munksgaard å polarisere debatten, og skape to tydelige fronter. Dette forsterker han når han ber Olsen forklare hva han har lest i vedtaket *som ingen andre har lest* (MT 57 og 58). Her benytter Munksgaard seg av virkemidlet sarkasme hvor målet med den språklige handlingen er å latterliggjøre Olsen ved å implisere at det ikke er mulig å forklare det. Dette forsterkes av gester, hvor han blant annet legger hodet til siden samtidig som han legger trykk på ordet *deg* (164). Olsen løfter hånden mot ansiktet (MT47), og dette oppfattes som en respons og en reaksjon på dette. Når Olsen anerkjenner handlingen som ansiktstruende, vil han føre hånden opp mot ansiktet sitt for å beskytte seg. Vi ser i sekvensen (MT49-56) at blikkene til samtlige av de andre deltakerne vender bort fra Munksgaard mens den ansiktstruende handlingen pågår. Dette kan tolkes som at de også oppfatter handlingen som truende, og ikke ønsker å involveres av den (Goffman, 2004, s. 122).

Både polariseringen og det ansiktstruende angrepet svekker Olsens ethos ytterligere, hans kompetanse, og i vel så stor grad hans karakter. Det tydelige personfokuset som Munksgaard introduserer indikerer at det er Olsen som er i sentrum, og hans ethos som er i spill. Ikke kun saken som sådan. Ved å gjenkjenne dette kan Olsen foreta noen valg som tilpasser talen til denne situasjonen. I forhold til aptum og det eksterne pentagrammet er det et samspill mellom de fem retoriske konstantene, og når en av dem endres må de andre tilpasses den nye situasjonen. Her endres de konkrete omstendighetene, noe som gjør at Olsen også må tilpasse uttrykksmåten slik at den passer med både ham selv som avsender, tilhørerne og selve saken (Kjeldsen, 2015, s. 72-74). Proksemisk så ser vi her at Munksgaard holder en høvelig avstand. Olsen starter med å si at:

Det er et komplisert 00:14:15

bilde.. og e= et
sammensatt bilde
(Hx).



(MT 60)

Dette utsagnet har en klar logoappell, hvor Olsen påpeker at saken i seg selv er komplisert og vanskelig. Olsen anerkjenner så den bekymringen som folk har når det gjøres endringer i deres sykehustilbud (167). Ved å gjøre dette gir han talen sin en pathosappell hvor han anerkjenner og taler til de følelsene som borgerne i Flekkefjord opplever. Her bygger han sitt ethos, euonia, ved å fremstå som omsorgsfull. Han forsøker også å bygge eget ethos når han omtaler seg selv, og fremhever at han har vært direktør ved Sørlandet sykehus i 13 år (168). Han viser sin velvilje når han sier at det satses på sykehuset i Flekkefjord og at sykehuset skal bestå også i et langsiktig perspektiv (169-174). Dette har også en pathosappell da det kan virke beroligende på folk.

Det som er noe påfallende er hvordan blikket til Olsen beveger seg mellom dokumentene, og de andre deltakerne samt Munksgaard. Blikket vender tilsynelatende lite ut mot publikum, men mye mot dokumentene han har på bordet foran seg. Jeg oppfatter at han i stor grad leser opp fra et manus, og i mindre grad taler fritt til publikum:

Det er et sykehus som skal 00:14:39

bestå også i et langsiktig
perspektiv.



(MT66)

Autentisitet beskrives av Anders Johansen (Johansen;Kjeldsen, 2015, s. 121) som en av de mest moderne troverdighetsverdiene. I en debatt av typen som dette folkemøtet, kan det være vanskelig å skille mellom hva som egentlig diskuteres. Er det forslaget fra Olsen som skal legges frem for sykehusstyret, eller er det den jobben Olsen gjør som direktør som er det egentlige temaet? Hvis det er det første som er avgjørende, bør Olsen utføre sin retoriske kommunikasjon ut i fra et saksorientert perspektiv. Med dette perspektivet er det talerens oppgave å overbevise tilhørerne om at akkurat dette bestemte perspektivet er det riktige. Hvis man derimot mener at det siste alternativet er folkemøtetets egentlige mål, bør den retoriske kommunikasjonen være ethos- orientert. I dette tilfellet er det Olsens oppgave å søke å skape og styrke sin ethos (Kjeldsen, 2015, s. 124). Her er autentisitet en faktor. For å fremstå som autentisk er det først og fremst viktig å ikke virke iscenesatt og trenet. Dette kan svekke talerens ethos, da tilhørerne kan oppfatte ham som retorisk forberedt og ute etter å bevisst påvirke og overbevise dem.

Andre faktorer som påvirker autentisiteten er talerens evne til å fremstå som intim, personlig og ekte engasjert (ibid). Når Olsen har blikket mot dokumentene i såpass stor grad, og i relativt liten grad vender blikket mot publikum, kan han fremstå som en som kun leser opp fra manuset sitt. Dette vil da svekke autentisiteten da han nettopp fremstår som både iscenesatt og lite personlig. Olsens innlegg har en relativt tung logosappell, hvor han viser til innhold i vedtaket og hvordan pasienter skal flyttes til Flekkefjord for å styrke andre tilbud ved sykehuset. Olsen sier også at årsaken til tilbudsendingen ikke er et spørsmål om økonomi, men at det handler om kvalitet:

Det dreier seg om kvalitet i tilbudet. Og i realiteten, sett med mine øyne, så la vi ned mye av akuttkirurgien når jeg stanset alvorlige inngrep i mage og tarm i mars 2015. Og det gjorde vi av en grunn, og det var fordi vi ikke greide å opprettholde kvaliteten i tilbudet. Fordi volumet var for lite. Det var for få pasienter av den kategori til å opprettholde kvaliteten. Det førte til pasientskader som vi lærte av. Vi stoppet den kompliserte mage og tarmkirurgien, og jeg er faktisk helt sikker på at det var en riktig vurdering.
(177-182)

Her forsøker Olsen å heve sin ethos ved å vise til handlings- og gjennomføringsevne. Dette har også en pathosappell fordi det henvender seg til tilhørernes følelse av trygghet. Olsen stanset akuttkirurgien slik at ikke flere pasienter skulle bli skadet. Med dette kan han heve alle de tre ethos- dimensjonene, arete, fronesis og euonia. Han fremstår også med en viss

autentisitet når han henviser til egne handlinger, og en egen visshet om at handlingen var riktig.

Når Olsen refererer til møtet med overlege Leif Halvorsen. Dette møtet bør han anta at tilhørerne har fått med seg via avisen, og med det dannet seg en forståelse av forholdet mellom Halvorsen og Olsen. Olsen omtaler Halvorsen med respekt når han angriper hans argumenter. Denne språklige handlingen kan kalles ansiktsbevarende da den åpner for at Olsen kritiserer Halvorsen, uten at Halvorsens risikerer å miste ansikt (Kjeldsen, 2015, s. 200). Olsen får også frem at han er lyttende og har tatt til seg det Halvorsen sier, men at han ikke har godtatt alle premissene. Allikevel har de klart å komme til en enighet. Dette styrker Olsens ethos, både hans karakter og hans velvilje. Til slutt i innlegget kommer Olsen med en beklagelse når han sier at årsaken til at det ikke er mulig å opprettholde kvaliteten i tilbudet er befolkningsgrunnlaget. Her sier Olsen: «Beklager å måtte si det, at vi med et så lite befolkningsgrunnlag ikke ser at vi greier å opprettholde den nødvendige kvaliteten i tilbudet» (209). Her fremstår beklagelsen som et forsøk på å opprettholde ethos (euonia). Når Olsen beklager er det et forsøk på å ikke fremstå som ufølsom overfor borgerne i Flekkefjords behov. I Nasjonal helse- og sykehusplan er det nettopp denne utfordringen som er overlatt til den enkelte sykehusadministrasjons skjønnsmessige vurdering. Selv om det Olsen sier har en viss pathosappell henviser det til sakens kjerne. Dette elementet er debattens egentlige stridstema, og noe Olsen fremmer i sitt forslag som et gode for sykehuset som helhet. Ved å beklage beslutningen gir han den en negativ spinn (Kjeldsen, 2015, s. 119), noe som igjen slår uheldig ut på hans ethos.

Munksgaard angriper Olsen igjen når han må svare etter at Elvestuen har presisert at vedtaket, slik det forelå på det aktuelle tidspunktet, var i strid med det Stortinget hadde vedtatt.

Her ser vi igjen at Munksgaard benytter seg av proksimiteten når han går tett innpå Olsen mens han stiller det innledende spørsmålet:

@ Gjør dette..

00:26:22



litt inntrykk på deg

00:26:23

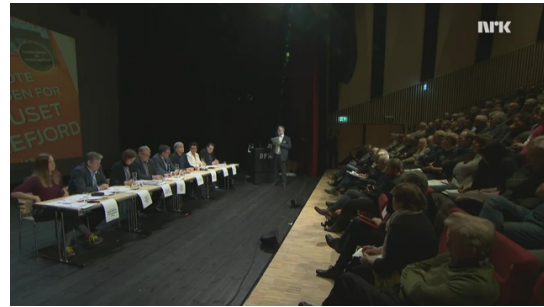
Olsen?@



Her lener Munksgaard seg tydelig mot Olsen, mens Olsen hever blikket sitt mot Munksgaard. Dette kan oppfattes som en ikonisk gest, hvor konnotasjonen kan trekke oss mot en voksen som tiltaler et barn (Norris, 2004, s. 28). Munksgaard bruker også blikket aktivt, og forsøker igjen å holde blikket mot Olsen mens han stiller spørsmålet. Han legger hodet på siden, og står med samme kroppspositur som han gjorde da han innledningsvis utfordret Elvestuens syn på Olsen. Igjen blir han stående i samme positur relativt lenge. Dette får frem en liten respons fra publikum i form av spredd latter / humring. Igjen ser vi at blikkene til de andre deltakerne i stor grad vendes bort fra Olsen og Munksgaard, noe som kan bety at de oppfatter den truende handlingen, og blir affektet av den (Goffman, 2004, s. 122). Olsen sitt svar er denne gangen relativt likt det han kom med i det innledende innlegget. Han repeterer flytidene for luftambulansen, og presiserer at det er andre områder som har dårligere dekning enn Flekkefjord. Men det er først når han gjentar beklagelsen over at det ikke er mulig å opprettholde kvaliteten ut i fra argumentasjonen om at det er et for lite pasientgrunnlag at publikum reagerer. I dette tilfellet kommer responsen i form av buing:

..så greier vi ikke å opprettholde kvaliteten.

26:56



Og vi greier

{ikke å rekruttere inn..}

{BUING FRA PUBLIKUM}

26:58



{(buing fra publikum)}

26:28



{{(buingen fortsetter)}}}

{Olsen: <X uleselig X>}

{Munksgaard: <X hysj..hør..hør X>}

26:59



Olsen sitter med en lukket kroppspositur, og veksler blikket mellom egne dokumenter og Munksgaard. Han gjør flere hode slag, som oppfattes som slaggester som forsterker verbalteksten. Clayman viser hvordan publikums respons produseres som et produkt av en gjensidig monitorering av andre publikummere. Hvis en person hører buing fra personen ved siden av, reduseres kostnaden av å utføre handlingen alene.

Dette kan føre til at de «hiver seg på», og blir med på responsen. Claymans forskning viser også hvordan denne mekanismen fører til at buingen begynner lavt, siden det er få deltagere involvert og så tiltar i volum etterhvert som flere blant publikum blir med (Heritage & Clayman, 2010, s. 279). Dette er også tilfellet her. Buingen begynner ca 2 sekunder etter at Olsen nevner ordet *kvaliteten*, umiddelbart etter at han igjen har beklaget at årsaken til vedtaket er pasientgrunnlaget. Man hører tydelig at det kun er noen få personer som starter tilropene, men flere blir med samtidig som volumet tiltar. Buingen begynner etter 26:57 minutter og varer til 27:03, altså rundt 6 sekunder. Hele tiden øker den i intensitet frem til den blir dempet av Munksgaard. Denne buingen er et tydelig signal fra publikum til Olsen om at det han sier ikke er i tråd med det eksisterende eksterne aptum. Her endres de konkrete omstendighetene, og dette påvirker mottakerne. Fra tanken om det eksterne pentagrammet vet vi at dette stiller krav til at avsenderen også må endre sin uttrykksmåte. Alt henger sammen. Dette unnlater Olsen å gjøre. Han fortsetter med sin logosappell, hvor han argumenterer for sitt perspektiv. Selv etter at buingen har stanset fortsetter Olsen sin saksargumentasjon. Med dette svekkes hans ethos ytterligere, spesielt hans velvilje overfor publikum. For Munksgaard byr denne situasjonen også på et kairos. Han utnytter dette på en mer fordelaktig måte, både når han kontrollerer publikum ved å hysje på dem, og når han taler til publikum rett etter responsen. Her sier han at han forstår engasjementene, og møter dermed publikums følelser med pathos. Videre sier han at *vi* må vise at vi kommer fra møblerte hjem. Her benytter han seg av en nærhetsstrategi som inkluderer både ham selv og publikum, i tillegg til at han benytter humor og en metafor for å dempe det følelsesmessige engasjementet. Med denne handlingen plasserer Munksgaard seg på parti med publikum og med det mot Olsen.

Olsen blir bedt om å kommentere sin innstilling, og implisitt bedt om å revurdere den av Munksgaard når han sier: «Det er greit. Det betyr Olsen at du har litt å gjøre frem til torsdag. Sånn i forhold til innstillingen. Vær så god» (459 -461).

Her får Olsen mulighetene til å kommentere på en rekke påstander fra de andre deltakerne, blant annet Gisle Saudland som sa:

Og det som jeg er redd for, er at sykehusledelsen har hatt et forutinntatt standpunkt. Fordi i papirene som de baserer vedtakene sine på, så står det blant annet at de baserer seg på en plan fra 2008, som forøvrig var fra den forrige regjeringen da akutfunksjoner for kirurgi og ortopedi som hovedregel skal samles under en ledelse og fortrinnsvis ved ett sted i hvert sykehusområde.
(322- 324)

Når Olsen får ordet repeterer han mye av det som han har sagt i de foregående innleggene, og han legger trykk på at denne saken ikke handler om økonomi men om kvaliteten i det aktuelle behandlingstilbudet. Olsen argumenterer med en klar logosappell, og repeterer tall på flytider og beredskap, samt overføringer av pasienter. Her ser vi at Olsen benytter slaggester for å forsterke verbalteksten. Blikket vandrer mellom dokumentene og de andre deltakerne. Samlet sett viser Olsen et engasjement når han prater, og han fremstår i denne situasjonen som mer autentisk enn tidligere hvor han i større grad kunne oppfattes dit at han leste opp fra et manus (MT 95-100). På et tidspunkt blir han avbrutt av Munksgaard. I forkant av at Munksgaard avbryter Olsen, står Munksgaard med en åpen kroppspositur. Han har blikket mot Olsen, og armene henger ned langs siden. Han gjør også hodeslag mot høyre, noe som kan oppfattes som deiktiske bevegelser (Norris, 2004, s. 115). Samlet sett kan Munksgaards kroppslige uttrykk tolkes som at han er misfornøyd eller oppgitt over det Olsen sier:

Jan-Roger ' største delen av
Olsen tilbudet sitt for de helt
de-..

00:41:13



(MT 98)

Når Munksgaard avbryter Olsen peker han mot Olsen med den høyre armen, og gjør små slag med en penn samtidig som han løfter dokumentene sine opp foran ansiktet. Han benytter seg av proksimikken og beveger seg nærmere Olsen mens han snakker:

Munksgaard: {grunnlag.}

00:41:30

{Men..}.. Jan-Roger Olsen..

<X jeg må X> nå må jeg..



(MT 101)

Olsen folder hendene sine, og hever dem mot ansiktet sitt. Dette kan forstås som at han opplever Munksgaards avbrytelse som et angrep som han må beskytte seg mot. Munksgaard krever at Olsen må være *musikalsk nok til å lytte*, og dette kan tolkes som et angrep på hans ethos, og da særskilt arete. Ved at han fremstilles som lite lyttende fremstår han som en som er i utakt med de andre deltakerne. Når Munksgaard sier dette står han relativt nærme Olsen, med en åpen kroppsholdning og torso bøyd fremover. Blikket er også rettet mot Olsen, og han holder blikket relativt lenge:

Det..det..det.. gis noen noen

41:46

beskjeder til deg som direktør,

som '@ 'du må være musikalsk

nok til å lytte til @)..



(MT 104)

Dette er helt likt tidligere tilnærminger fra Munksgaard mot både Olsen og andre deltakere. Olsen responderer på angrepet fra Munksgaard ved å først rette blikket ned mot dokumentene sine, som han griper etter med hendene. Deretter fører han høyre hånd opp til haken (MT 106-110). Dette oppfattes igjen som at han beskytter seg mot Munksgaards angrep. Angrepet svekker Olsens ethos, og da i særlig grad hans kompetanse. Når Munksgaard velger å avbryte Olsen på denne måten kan det tolkes som at det Olsen sier ikke er i henhold til det nye aptum som er konstruert, og dermed ikke tar inn over seg den

retoriske situasjonen akkurat i det øyeblikket. Men det er Munksgaards subjektive opplevelse av situasjonen og innholdet i Olsens tale, og hans makt som ordstyrer som avgjør dette. Etter angrepet ser vi et følelsesmessig engasjement hos Olsen. Først når han sier: «Før vi gikk i gang, så hadde jeg satt veldig stor pris på å kunne sittede ned med flere aktører, og rett og slett fått anledning.. uten å sitte i en slik sal.. og i et slikt klima som vi nå gjør.. og snakke om.. hva er de reelle utfordringene?» (500). Her beskriver Olsen den utfordringen, og de påkjenningene som han opplever rent menneskelig. Han sier at det både er utfordrende å diskutere saken i de konkrete omgivelsene, og at det klimaet som han opplever er vanskelig. Dette kan forstås som et implisitt motangrep, og en anklage rettet mot Munksgaard om at han fikk dårlig behandling av ham.

Olsen fortsetter med å vise til den personlige belastningen han opplever når han beskriver hvordan han beskyldes for, og må forsvare planer og tanker han ikke har. Her ser vi at Olsen setter opp en stråmann, og argumenterer mot påstander som ikke eksplisitt er rettet mot ham på dette tidspunktet: «Og det kom av at: «Jan-Roger Olsen du ønsker å legge ned Flekkefjord sykehus»»(502). Munksgaard repliserer her at dette ikke er noe han har sagt, og Olsen fortsetter: «Nei.. men det ble altså også sagt her i forkant av enkelte i sånn liten dialog vi hadde gående her...» (504). Her ser vi at Olsen tilsynelatende skifter bevisbyrden, og argumenterer mot noe som ikke er uttalt eksplisitt. Det kan meget vel være at det foreligger en felles forståelse blant både deltakerne, publikum og Olsen om at dette er det egentlige temaet, «elefanten i rommet» kan man si, men det er noe man antar implisitt sett i forhold til de kontekstuelle forholdene. Når Olsen viser til den belastningen han opplever kan dette få ham til å fremstå som mer menneskelig, og med det mer autentisk. Han frir til medfølelsen hos publikum. Den pathosappellen som ligger i dette kan også styrke Olsens karakter. Olsen fortsetter sitt resonnement med å presisere at han ikke ønsker å legge ned sykehuset, men han har et kvalitetskrav som er ufravikelig. Her forsøker Olsen å bygge ethos, euonia. Når Olsen sier dette holder han hendene med håndflaten vendt oppover, og hendene vendt fra hverandre. Konnotasjoner til denne gesten går mot overgivelse og oppgitthet. Åpne håndflater kan vise sårbarhet, at man ikke har noe å skjule eller at man er åpen for å gi noe fra seg eller motta noe, og understøtter verbalteksten fra Olsen (Kendon, 2005, s. 264-266).

Det siste tydelige angrepet på Olsens ethos får vi mot slutten av møtet. Her ber Rolf Terje Klungland paneldeltakerne om å vise, ved en håndsopprekning, om de ønsker at sykehuset i Flekkefjord skal ha et kirurgisk tilbud 24 / 7. Her ser vi at Olsen beveger høyre hånd opp mot haken mens Klungland snakker. Dette kan igjen oppfattes som at Olsen beskytter seg mot denne handlingen, og opplever den som ansiktstruende.



FIGUR 19 HÅNDSOPPREKKING SPIRA

Her ser vi at samtlige paneldeltakere, bortsett i fra Olsen, rekker hånden i været. Med det er også panelet endelig polarisert: for og imot nedleggelse av akuttkirurgi og traumemottak i Flekkefjord. Denne øvelsen møtes med spontan applaus fra publikum. Vi ser her at bruken av kontrasten *for* og *imot* benyttes. Dette beskriver Clayman&Heritage som et av de mest brukte våpen i en talers rustkammer (Heritage & Clayman, 2010, s. 268). I dette tilfellet fungerer det som et tydelig signal til publikum om at de både skal klappe, og når de skal klappe (Atkinson;Kjeldsen, 2015, s. 212).

Munksgaard benytter det kairos som ligger i etterkant av applausen til å angripe Olsens ethos nok en gang når han sier: «Det hadde jo vært veldig enkelt å tatt kontra da, bare sånn for å se..» (1237). Her latterliggjør han Olsen, og forsterker inntrykket av at det finnes to tydelige fronter.

DET ENDELIGE ETHOS

I mine analyser har jeg forsøkt å få frem hvordan Olsen selv har forsøkt å bevare og bygge sin ethos, samt hvordan hans ethos ble angrepet av spesielt Munksgaard. Avisen Agder skrev den 22.februar 2017 på lederplass om Olsens vedtak, med intertekstuelle referanser til folkemøtet. Vedtaket skulle opp i styremøtet den 23.februar. Overskriften er «I morgen gjelder det», og innlegget er plassert under leder på side 3:



FIGUR 20 LEDER AVISEN AGDER 23.FEBRUAR 2017

Her ser vi hvordan Munksgaard på lederplass refererer til hvordan folkemøtet ikke fikk endret Olsens standpunkt. Olsen får så ros for å stille opp i debatten:

OG SELV om vi i sak har vært dypt uenig med sykehusdirektør Jan-Roger Olsen, fortjener han honnør for å stille opp i Flekkefjord til debatter som dette, der han vet at han nærmest taler for døde ører - foran et publikum som neppe vil gi ham noen popularitetspris. Han har ryggrad nok til å møte lokalsamfunnet. Det tar vi faktisk av oss hatten for - selv om vi er rykende og intenst uenig i hans konklusjoner omkring Flekkefjord sykehus. (Munksgaard, 2017c)

Munksgaard viser respekt for Olsen når han sier at han fortjener honnør som stiller opp, og at han har ryggrad. Med dette bygger Munksgaard opp Olsens ethos, spesielt arete. Hans påstand om at Olsen talte for døde ører, og at publikum neppe ville gi ham noen popularitetspris, er med på å styrke min påstand om at Olsen hadde en svak innledende ethos før folkemøtet. Munksgaard skiller i lederen mellom sak og person. Dette var ikke

fremtredende i folkemøtet. Dette gjør han når han beskriver at han tar av seg hatten for personen Olsen (implisitt), men fremdeles er svært uenig i hans konklusjoner. Olsen valgte å holde seg til tema i debatten, og argumenterte relativt gjennomgående på bakgrunn av det. Således hadde hans taler en klar logosappell. Olsen anerkjente, tilsynelatende, i mindre grad at hans eget ethos var i spill. Med dette var spørsmålet like mye om han som person var i stand til å ta gode beslutninger for sykehuset i Flekkefjord. Munksgaards angrep rettet seg i stor grad mot personen Jan-Roger Olsen. Munksgaard bidro til å polarisere debatten når han forsterket frontene *for* og *mot* lokalsykehuset. Her plasserte han Olsen på den ene siden og de andre paneldeltakerne på den andre. Munksgaards angrep på Olsen gikk i stor grad ut på at han anklagde Olsen for at han ikke lyttet, eller ikke forstod det som *alle andre* hadde forstått, og dermed ønsket å begå en urett mot borgerne i Flekkefjord med vedtaket sitt. Han forsøkte gjennomgående å svekke Olsens tillit og troverdighet ved å svekke hans ethos, og forsøke å få ham til å fremstå som en som ikke ønsket det beste for sykehuset i Flekkefjord. Olsen selv forsvarte seg mot disse angrepene ved å argumentere saklig, mens han tilsynelatende forholdt seg til et forhåndskrevet manuskript. Denne sakligheten hadde en klar logosappell, og den kunne virke styrkende på fronesis. Men den fikk ham også til å fremstå som lite autentisk og innlært. Dette svekket de to andre ethos-dimensjonene.

AVSLUTNING

Utgangspunktet for denne oppgaven var et ønske om å forstå hvordan folkemøtet i Spira og prosessene rundt det bidro til å forbedre eller forverre kommunikasjonsklimaet og de demokratiske prosessene i akuttkirurgisaken i Flekkefjord. Jeg ønsket også å finne ut hvordan makt ble utøvd, og om denne maktutøvelsen var legitimert.

Dette har jeg gjort ved å bruke en tilpasset tredimensjonal modell, som baserer seg på Norman Faircloughs modell for diskursanalyse. Ved hjelp av modellen var målet mitt å påvise sammenhenger mellom modellens ulike nivåer.

I den kulturelle konteksten har jeg vist hvordan synet på makt og kunnskap har endret seg, og hvordan dette historisk har harmonert med vår kollektive forståelse av demokrati. I oppgaven peker jeg på hvordan konflikten mellom sykehuset og borgerne tidlig ble polarisert. Her ble sykehusledelsen plassert på den ene siden, og borgerne i Flekkefjord på den andre. Ved å ikke erkjenne at sykehuset representerte en *systemverden* i disharmoni med den *livsverden* som borgerne i Flekkefjord eksisterte i, benyttet sykehuset, ved administrerende direktør, seg av en instrumentell rasjonalitet som manglet gjenklang hos befolkningen. Argumenter basert på ekspertuttalelser om kvalitet og kvantitet, flytider, styrkning av andre avdelinger og forsøk på å avdramatisere fjerningen av funksjonene, stod seg dårlig mot den opplevde frykten som en svekkelse av sykehuset medførte.

Jeg har også vist hvordan folkemøtet bare delvis svarte til kriteriene for en kommunikativ planprosess. I studien peker jeg på at det var særlig den autentiske dialogen som var utfordrende igjennom folkemøtet. Målet i en kommunikativ prosess er at dialog og kommunikasjon skal komme *før* politikk og makt. Med det kan man oppnå å skape ny forståelse, ny læring og ny kunnskap. I denne oppgaven argumenterer jeg for at dette bare delvis skjedde igjennom folkemøtet.

Folkemøtet bidro til å skape, og opprettholde, et engasjement for lokalsykehuset. Det la også til rette for at folk kunne delta i konflikten. Dette kan sies å være i takt med Chantal Mouffes teorier om et agonistisk demokrati, ved at åpnet for at de forskjellige aktørene fikk uttrykke sin uenighet. Man kan forstå mekanismene bak det lokale engasjementet ved å

lytte til Mouffes tanker om grupper som avhengige av friksjon mot andre deler av samfunnet for å bevare glød og entusiasme. Friksjon mot sykehusledelsen var således en nødvendighet for at disse mekanismene skulle virke. Det er allikevel viktig å understreke at sentralt i Mouffes teorier ligger det en kritikk av maktutøvelse som favoriserer bestemte synspunkt, og fortrenger andre. I denne oppgaven peker jeg på at nettopp dette var tilfellet både i folkemøtet og i prosessene rundt.

Styret ved Sørlandet sykehus stemte over forslaget om avvikling av akuttkirurgien den 23.02.2017. Dette ble vedtatt med seks mot to stemmer. Med det benyttet administrerende direktør seg av makt ut i fra en instrumentell rasjonalitet. Her ble makten brukt til å bestemme over hva slags kunnskap som var den riktige, og hva slags handling dette krevde. Denne maktbruken kan sies å være i utakt med et ideale fra kommunikative teorier som krever en større grad av involvering av borgerne i slike prosesser. Når sykehusledelsen må bruke makt på denne måten, kan det være med på å undergrave troen på demokratiet. Folkemøtet oppstod som et svar på uro og en opplevd utrygghet. Igjenom møtet ble denne utryggheten uttrykt, uten at administrerende direktør besvarte den tilstrekkelig. Den ble heller ikke avgjørende for om forslaget til vedtak ble godkjent. Med det kan man anta at borgerne i Flekkefjord satt igjen med en opplevelse av at engasjementet, og den tydelige motargumentasjonen ikke hadde noen konsekvens. Vedtaket ble uansett godkjent.

Jeg viser også hvordan Avisen Agder bidro til å polarisere debatten. Avisens vinkling, og den tydelige partiskheten, kan ha bidratt til at viktige stemmer, både lokalt og regionalt ble marginalisert. Dette kan ha virket hemmende på den meningsdannelsen som var nødvendig i en så komplisert sak som dette. Jeg har også påpekt at dette kan ha vært en medvirkende årsak til at det ble produsert lite ny kunnskap, noe som igjen begrenset den informasjonen som blant andre borgerne i Flekkefjord trengte for å foreta seg selvstendige og frie meningsvalg. Her er det betimelig å vise til Chantal Mouffe, hvor de kritiske motstemmene burde få slippe til i større grad. Reel dialog bør alltid være et alternativ, noe Avisen Agder i begrenset grad la opp til.

Redaktør Kristen Munksgaard sjonglerte i denne saken to roller: redaktør for lokalavisen og ordstyrer i folkemøtet. I analysene kommer Munksgaards personlige engasjement frem både

igjennom avisen og igjennom folkemøtet. Det er grunn til å stille spørsmålstegn ved Munksgaards dobbeltroller og ved måten han i folkemøtet trakterte rollen som ordstyrer på. Munksgaards allerede inntatte perspektiver var igjennom møtet svært tydelige, og hans angrep på Olsen var kritikkverdige. Han fremstod som lite objektiv, og som en med en personlig agenda. I debatten fremstod han som polariserende, snarere enn en brobygger mellom de forskjellige aktørene. Munksgaard benyttet seg av den makten han i redaktørgjerningen hadde til å angripe Olsen, og svekke hans troverdighet. Med det favoriserte han en side av saken. Han brukte Avisen Agders dagsordenmakt til å dimensjonere saken, skape debatt, kritisere og til å kommentere. Denne makten er legitimert i en bredere forståelse av at lokale medier har et lokaljournalistisk samfunnsoppdrag som i større grad en annen presse forventes å innta lokale perspektiver. Men dette er ikke uproblematisk stilt mot pressens overordnede samfunnsoppdrag. Avisen skal skape debatt, men ikke skyttergraver slik Avisen Agder i dette tilfellet gjorde.

Når borgerne så tydelig gav uttrykk for at de anklaget Olsen og sykehusledelsen for å ønske å ødelegge sykehuset i Flekkefjord, er dette et alvorlig angrep på deres omdømme. I dette lå det en krise. Denne krisen hindret sykehusledelsen i å utføre viktige oppgaver på en god måte, og krevde en adekvat respons fra administrerende direktør. Studien viser at Olsen valgte feil strategier, ut i fra en kriskommunikasjonsforståelse. Analysene peker mot at administrerende direktør ikke oppfattet krisen for det den var. Responsen viste at de valgene han foretok seg i forkant av, og under folkemøtet, ikke klarte å gjenopprette skadene på omdømmet. Ved å ikke anerkjenne situasjonen som en krise, svarte heller ikke Olsen på den som en krise. Med det ble heller ikke frykten borgerne signaliserte, og anklagene rettet mot ham selv, håndtert adekvat. Resultatet ble at Olsens og sykehusledelsens omdømme fremdeles var svekket etter folkemøtet.

Slik Steve Jobs personifiserte Apple, personifiserer en administrerende direktør ved et sykehus sykehusets visjoner, verdier, strategier og valg. Et angrep på administrerende direktørs ethos rokker dermed ved hele sykehuset, i en større kontekst.

I analysene av folkemøtet viser jeg hvordan Jan-Roger Olsen sin ethos var ble angrepet av i hovedsak redaktør og ordstyrer, Kristen Munksgaard. Dette rokket ved fundamentet for Olsens og sykehusledelsens tillit blant befolkningen. Jeg har vist hvordan Olsens ethos ble

svekket i forkant av folkemøtet, og hvordan hans endelige ethos fremstod som svakere etter at folkemøtet var over. Jeg mener at jeg med dette har fått frem hvor tett rollen som leder for sykehuset og mennesket Jan-Roger Olsen var sammenvevd. I denne saken var det ikke kun Olsens forslag til vedtak som skulle diskuteres. Det var i like stor grad et spørsmål om Olsen som person var i stand til å ta gode beslutninger for lokalsykehuset i Flekkefjord. Denne erkjennelsen mener jeg at det er viktig at man tar lærdom av. Olsen talte til alle de fremmøtte under folkemøtet, men henvendte seg i stor grad kun til de andre paneldeltakerne, Munksgaard og eventuelle fagfolk blant publikum. Han fremstod som lite autentisk, og med det mistet han muligheten til å nå inn hos dem som satt med et stort engasjement i salen. Med sin kommunikasjon nådde han ikke inn til dem som oppriktig fryktet konsekvensene av nedleggingen, og de som var redde for at sykehuset som institusjon skulle forvitte.

Funn fra denne studien peker mot at folkemøtet i Spira forverret kommunikasjonsklimaet i akuttkirurgisaken. Sykehusledelsen og borgerne i Flekkefjord stod tilsynelatende lenger fra hverandre *etter* folkemøtet enn *før*. Når avstanden mellom borgere og beslutningstakere øker, kan dette være utfordrende ut i fra en demokratisk forståelse. Her ligger det forventninger om at man som borger kan være delaktig i, og påvirke, beslutninger og beslutningsprosesser som angår eget lokalsamfunn.

Jeg har i denne oppgaven valgt en kritisk, diskursiv tilnærming til en isolert hendelse. Her peker jeg eksplisitt på det som gikk galt denne gangen. Mitt håp er at denne oppgaven kan bidra med en økt innsikt i denne problematikken. Jeg peker på noen årsaker og virkninger, men erkjenner at dette kun er deler av en større helhet. Jeg har bevisst valgt å ikke generalisere mine funn. Jeg mener likefullt at perspektiver fra denne oppgaven kan bygges ut, og at det kan være mulig for andre å peke på generelle likheter. Ut ifra det kan det fremkomme mer allmenne forståelser av mekanismene bak denne typen utfordringer.

LITTERATURLISTE

- Agger, A. (2007). Kommunikativ planlæggings-teori - nye idealer for borgernes rolle i planlægningen. I *Planlegging i teori og praksis* (s. 31 - 45). Roskilde: Roskilde universitetsforlag.
- Allern, S. & Roppen, J. (2013). *Journalistikkens samfunnsoppdrag*. Kristiansand: Ij-Forlaget.
- Amdam, R. (2011). *Planning in Health Promotion Work*. USA&Canada: Routledge.
- Amedia. (2019). Agder Flekkefjords Tidende. Hentet 01.06.2019 fra <https://www.amedia.no/virksomheten/vare-mediehus/agder/>
- Arntzen, K. J., Ditlefsen, H., Isungset, O., Sandbakk, P.-K. & Blekeli, T. N. (2019). De ødelagte. Hentet fra <https://www.nrk.no/sorlandet/xl/feilbehandlinger-ved-lokalsykehuset-1.14449406>
- Barthes, R. (1994). Bildets retorikk. I R. Barthes & K. Stene-Johansen (Red.), *I tegnets tid. Utvalgte artikler og essays*. (s. 22-35). Oslo: Pax.
- Brurås, S. (2014). *Etikk for journalister*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Coombs, W. T. (2007). *Ongoing crisis communication* (2. utg.). United States of America: Sage Publications, Inc.
- Cruickshank, J. & Evju, H. H. (2015). DIAD- modellen. Hentet 17.04 2019 fra <http://www.kommunetorget.no/Planlegging/Kronikk-og-debatt-2/Hva-er-kommunikativ-planlegging/DIAD-modellen/>
- Cruickshank, J. A. (2015). Kommunikativ planlegging og planlegging i praksis. Hentet 06.03.2019 fra <http://www.kommunetorget.no/Planlegging/Kronikk-og-debatt-2/Hva-er-kommunikativ-planlegging/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (15.januar 2010). 5.Forskerrollen. Hentet 24.05.2019 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/5-Forskerrollen/>
- Direktorat for samfunnssikkerhet og beredskap. (2016). Veileder krisekommunikasjon. Hentet 01.05.19 fra <https://www.dsb.no/lover/risiko-sarbarhet-og-beredskap/veileder/veileder-krisekommunikasjon/>
- Egeli, I. M. (2017, 15.02.2017). Debatt i Spira. *Agder Flekkefjords Tidende*, s. 4 og 5.
- Eie, L. (2017). Får beholde akuttkirurgi og traumemottak. Hentet fra <https://www.nrk.no/sorlandet/far-beholde-akuttkirurgi-og-traumemottak-1.13485768>
- Eigeland, K. K. & Nilsen, A. T. (2008). Sykehuset legges ned. Hentet fra <https://www.nrk.no/sorlandet/sykehuset-legges-ned-1.4410862>
- Engbretnsen, M. (2012). *Den forståelige nyhet* (2. utg.). Kristiansand: Ij forlaget.
- Engelstad, F. (2016, 26.april). Makt. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 10.04.2019 fra <https://snl.no/makt>
- Frandsen, F. & Johansen, W. (2009). Krisekommunikasjon. I J. Helder, J. L. Nørgaard & T. Bredelöw (Red.), *Kommunikasjonsteori - en grundbog*. København: Hans Reitzel.
- Fylkesmannen i Telemark. (2015). *Tilsyn med Sykehuset Telemark HF ang sykehusdriften i Rjukan. Endelig tilsynsrapport 2015*. Helsetilsynet.no: Statens helsetilsyn. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/telemark/2015/sykehuse-t-telemark-hf-ang-sykehusdriften-i-rjukan-2015/>

- Goffman, E. (2004). *Social samhandling og mikrosociologi* (S. W. Jørgensen, M. H. Jacobsen & S. Kristiansen, Overs.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Gripsrud, J. (2017). *Allmenningen - Historien om norsk offentlighet*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Grue, J. (2018). Logos-retorikk. I *Store norske leksikon*. Hentet 19.05.2019 fra <https://snl.no/logos-retorikk>
- Habermas, J. (1999). *Kommunikasjon, handling, moral og rett - originaltittel: Theorie des kommunikativen Handelns* (J.-A. S. o. J.-H. Smith, Overs.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Hasund, I. K. (2012). Å analysere multimodal interaskjon-en kort innføring i Sigrid Norris' metode. *Universitetet i Agder*.
- Heggheim, S., Tunaal-Larsen, J. & Sundsdal, S. (2010). Tusenvis i sjukehus-deminstrasjon. *NRK.no*. Hentet fra <https://www.nrk.no/sorlandet/tusenvis-i-sjukehus-demonstrasjon-1.7333214>
- Heritage, J. & Clayman, S. (2010). *Talk in Action - Interactions, Identities and Institutions* Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Hitching, T. R., Nilsen, A. B. & Veum, A. (2011). Introduksjon. I *Diskursanalyse i praksis. Metode og analyse* (s. 11 - 39). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Hofstad, H. (2012). *Håndtering av «wicked problems» i kommunal planlegging* Universitetet i Oslo, Oslo.
- Hågvar, Y. B. (2011). *Å forstå avisa - Innføring i praktisk presseanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigemostad&Bjørke AS & Landslaget for Norskundervisning.
- Iglund, A. K. & Stølås, A. (2008). *Kommentaren*. Kristiansand: Ij Forlaget.
- Ihlen, Ø. (2013). *PR&strategisk kommunikasjon - Teorier og fagidentitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Innes, J. E. & Booher, D. E. (2010). How can theory improve practice. I *Planning with Complexity*. New York USA: Routledge.
- Johansen, W. & Frandsen, F. (2015). *Krisekommunikasjon* (6. utg.). Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- Kendon, A. (2005). *Gesture - Visible Action as Uterance*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kjeldsen, J. E. (2015). *Retorikk i vår tid - En innføring i moderne retorisk teori*. Oslo: C/O SPARTACUS FORLAG AS.
- Kongeriket Noregs grunnlov. *Menneskerettigheter, §100* (LOV-1814-05-17). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1814-05-17-nn/§100>
- Ledingham, J. A. (2003). Explicating Relationship Management as a General Theory of Public Relations. *Journal of Public Relations Research*, (April 2003). https://doi.org/DOI: 10.1207/S1532754XJPRR1502_4
- Leeuwen, B. v. (2015). Absorbing the agony of agonism? The limit of cultural questioning and alternative variations of intercultural civility. *Urban Studies*.
- Lund, M. & Roer, H. (2014). *Retorikkens aktualitet* (3. utg.). Latvia: Hans Reitzels Forlag.
- Mathisen, B. R. (2018). *Lokaljournalistikk - Blind patriotisme eller kritisk korrektiv?* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- McCarthy, M. (1991). *Discourse analysis for language teachers*. Cambridge, UK: Cambridge University press.
- MedieNorge. (2019). Opplagstall norske aviser - Agder (Flekkefjords Tidende). Hentet 1.juni 2019 fra <http://www.medienorge.uib.no/statistikk/medium/avis/190>
- Mersland, F. (2019, 02.03.2019). Jobb er en stor del av min identitet. *Fædrelandsvennen*, s. 18-22.

- Moe, H. (2006). Lidenskap som politikens drivkraft. Et intervju med Chantal Mouffe. *Norsk medietidsskrift*, 13(02). Hentet fra https://www.idunn.no/nmt/2006/02/lidenskap_som_politikkens_drivkraft_et_intervju_med_chantal_mouffe
- Moe, T. (1983). *Pressestøtten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, A. & Eriksen, E. O. (2008). Profesjon, rett og politikk. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 161-176). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mouffe, C. (1999). Deliberative Democracy or Agonistic Pluralism? *Social Research*, 66(3), 745-758.
- Munksgaard, K. (2017a, 15.02.2017). 1000 illsinnte møtte direktøren. *Agder Flekkefjords Tidende*, s. 6 og 7.
- Munksgaard, K. (2017b, 17.02.2017). «Direktøren må gå av». *Agder Flekkefjords Tidende*, s. 5.
- Munksgaard, K. (2017c, 22.02.2017). I morgen gjelder det. *Agder Flekkefjords Tidende*, s. 3.
- Munksgaard, K. (2017d, 15.02.2017). Møtt med isfront. *Agder Flekkefjords Tidende*, s. 6 og 7.
- Munksgaard, K. (2017e, 15.02.2017). Nå starter sykehus-kampen - igjen. *Agder Flekkefjord Tidende*, s. 3.
- Munksgaard, K. (2017f, 17.02.2017). Politikerne må gi klare sykehusvar. *Agder Flekkefjords Tidende*, s. 3.
- Munksgaard, K. (2017g, 20.02.2017). Politisk hamskifte. *Agder Flekkefjord Tidende*, s. 3.
- Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi. (2019). Traumeplan NKT. Hentet 24.05.2019 fra <https://traumeplan.no/index.php>
- Nordseth, T. (2019). Traumatiske skader. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 25.05.2019 fra https://sml.snl.no/traumatiske_skader
- Norris, S. (2004). *Analyzing Multimodal Interaction*. London: Routledge.
- NOU 1998:9. (1997). *Hvis det haster... - Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-9/id141301/sec1>
- NOU 1998:9. (1998). *Hvis det haster.. Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-9/id141301/>
- NRK. (2004). Fakkeltog for sjukehuset i Arendal. Hentet 02.05.2019 fra <https://www.nrk.no/sorlandet/fakkeltog-for-sjukehuset-i-arendal-1.7333224?index=0#album-1-7333224>
- NRK. (2013). Valg Flekkefjord. Hentet 13.05 2019 fra <https://www.nrk.no/valg2013/valgresultat/kommuner/flekkefjord>
- Regjeringen Solberg. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 - 2019)*.
- Roskamm, N. (2015). On the other side of «agonism»: «The enemy» the «outside», and the role of antagonism. *Sage*.
- SSHF, S. S. (2019). Om oss. Hentet 1.06.2019 fra <https://sshf.no/om-oss#verdigrunnlag-og-styrende-dokumenter>
- Svennevig, J. (2012). *Språklig samhandling : innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse* (2. utg.3.opplag. utg.). Oslo: Landslaget for norskundervisning Cappelen akademisk forlag.
- Sørlandet Sykehus HF. (2017). *Strategiplan 2018-2020. Utviklingsplan 2035*. sshf.no: Sørlandet sykehus HF. Hentet fra <https://sshf.no/seksjon/Styret/Documents/Styredokumenter%202017/2017->

[10/075-2017%20Vedl%20-%20KortversjonUtviklingsplan%20-%20strategi%202018-2020.pdf](#)

- Tjomlid, T. S. (2017a, 22.02.2017). Engasjerte tilhørere. *Agder Flekkefjord Tidende*, s. 8.
- Tjomlid, T. S. (2017b, 20.02.2017). Takker sykehuset for livet! *Agder Flekkefjord Tidende*, s. 6 og 7.
- Toppe, K. (2015). *Representantforslag fra stortingsrepresentanten Kjersti Toppe om å utvikle folkets helsetjeneste og en ny nettverksmodell for kvalitet i sykehusene* (Dokument 8:19 S (2015–2016)). Stortinget. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2015-2016/dok8-201516-019/?lvl=0>
- Tveiten, O. (2009). *Storyland - Journalistikk, makt og meningsdannelse*. Kristiansand, Norway: Ij- forlaget.
- Van Dijk, T. A. (2001). Critical Discourse Analysis. I *The Handbook of Discourse Analysis* (s. 352 - 371). Oxford: Blackwell.
- Vindslund, S. (2017, 24.februar 2017). Fikk både støtte og knusende kritikk. *Fædrelandsvennen*, s. 1.
- Wodak, R. & Meyer, M. (2016). *Methods of critical discourse studies*. London: SAGE Publications Ltd.

VEDLEGG 1: VERBALE TRANSKRIPSJONER AV FOLKEMØTET I SPIRA – 20.02.2017

Nr.	Stemme	Tekst – Folkemøte 20.02.2017
1.	Klungeland:	...ordet til Kristen, så kommer jeg tilbake mot slutten av møtet.
2.		Takk.
3.		(applaus)
4.	Munksgaard:	Ja.. e=.. i f-.. sånn i forhold til applausen så er det vel lenge siden du har fått en sånn applaus.
5.		Du kunne rett og slett ha stilt til valg igjen ((LATTER FRA PUBLIKUM)).
6.		E=
7.		Hjertelig velkommen til dere.. jeg skal ikke gå noe nærmere inn på det nå.. men vi skal ta en kvikk runde sammen med e= dere som sitter her i panelet.
8.		Og jeg kunne tenke meg å begynne med deg.. Ingunn Foss.. stortingsrepresentant.
9.		Er du tilfreds med e=.. de e= nær sagt de føringer som nasjonal helse- og sykehusplan legger ..
10.		Å=.. og er sykehusdirektøren innstilling til styret nå i tråd med de retningslinjene som da er vedtatt av stortinget.
11.	Ingunn Foss:	(0)Ja det som er veldig hyggelig i hvert fall det er jo at det e= bestemt på Stortinget at Flekkefjord sykehus skal opprettholdes.. med en rekke tjenester sånn som de (X he X) i dag og videreutvikles.
12.		Så var det noen spørsmål som jeg synes er betimelig å stille i denne sekvensen.
13.		I forhold til om noen av tilbudene som skal gis på Flekkefjord sykehus= e- kan skje hvis det ikke er en kirurg som kan gjøre et nødvendig inngrep hvis det er nødvendig.
14.		Og det vil jeg komme tilbake til.
15.		Men..Ja=
16.		Jeg er glad for at Flekkefjord sykehus skal opprettholdes.
17.		Det er 'ikke truet.. og vi skal videreutvikle det og 'beholde det.
18.		Det kan alle være helt sikker på.
19.	Munksgaard:	Og da går vi rett over te- til deg.. Ola Elvestuen so- fra Venstre.
20.		For det er vel ikke noen tvil om at venstre inngikk da et forlik.. ikke sant..?
21.		Dette forliket.. der e=.. der.. sikret dere på mange måter flertall for denne= nasjonale helse og sykehusplanen.

22.	Ola Elvestuen:	Og ikke bare inngikk vi forlik.. {vi stod vel bak} {kommentar fra Munksgaard: ja.. nettopp.. (X det er viktig X)} hele ideen.
23.		Vi gikk til b- valg på at det måtte ha en nasjonal sykehusplan.
24.		Noe som jeg mener at er helt nødvendig at e-
25.	Munksgaard:	Men det ek- men nå skal jeg stille ´spørsmålet.
26.		Er det greit?
27.		Så kan e= du få lov (X åsså X) å snakke etterpå.
28.		Men nå skal æ først stille spørsmålet.
29.		Er du fornøyd med..e= med Olsen?
30.	Elvestuen:	Eh <@ he det gjenst- @>
31.		(latter fra salen og applaus) Det gjenstår å se hva de tar stilling til i styremøtet i= e = morra.
32.	Munksgaard:	(0)Ja.. men han har {Elvestuen: ja det er det-}jo laget ei ´innstilling.. han har laget en innstilling og den innstillingen der sa Ketil Kjenseth i Venstre<SIT ´ Dette er i strid med retningslinjene SIT> sa han.
33.		´Basta!
34.	Elvestuen:	Ja, og det mener vi.
35.		E= atte vi mener at med denne sykehusplanen så sikrer vi oss at Flekkefjord skal opprettholdes.. vi skal sikre at det skal være et e= akutttilbud.
36.		At det skal være..
37.		Atu- akuttkirurgi.
38.		Vi mener jo atte det også innebærer at vi har et traumetilbud.
39.		Og.. ja.
40.		Vi må se disse tre sykehusene i sammenheng.
41.		E= og man kan gjøre tilpassingene.. men det skal ikke være tilpassinger som gjør at man svekker tilbudet på det enkelte= sykehus.
42.	Munksgaard:	Vil det si at Kjenseth har rett når han sier at e= dette.. denne innstillingen til Olsen.. den er i ´strid med sånn som dere oppfatter e=.. planen?
43.	Elvestuen:	Ja.
44.	Munksgaard:	Ja men det var det jeg spurte om! (Latter og applaus fra salen).
45.	Munksgaard:	Kjersti Toppe.. e=
46.		Du har jo vært ´usedvanlig aktiv i denne sykehussaken.
47.		Og.. e=.. du er vel kanskje ikke like overbevist som Elvestuen om at dette som ble vedtatt på Stortinget nå i vår.. i fjor vår.

48.		At dette er med på å sikre et fullverdig akutttilbud for Flekkefjord sykehus.
49.	Toppe:	(H) (Hx) Nei..e=...mm..
50.		det som ble vedtatt i Stortinget.. e=..var jo en sjukehusplan som nettopp e= hadde en ordlyd som gjorde at det var mulig å kutte ut akuttkirurgien.
51.		Og det var ´det Venstre gav flertall e= for.
52.		Og når Venstre nå sier at dette er i strid.. så er jo det gledelig på en måte.. e=.. men på den andre siden så tenker jo jeg at hvis venstre faktisk mente dette hvorfor ´vedtok en det ikke i Stortinget for ett år siden.
53.		Så hadde en sluppet ett år med nye utviklingsplaner.. masse arbeid og stor frustrasjon og stor slitasje på de som= som jobber i fagmiljøet.
54.		E= så her må en jo være ærlige på det en har sagt.. og e= vi er jo=
55.		Jeg er jo veldig opptatt av at skal vi ´ha lokalsykehus i Norge, så ´må de ha ´breddekompetanse.
56.		Det er jo ´breddekompetansen som er lokalsykehusene sin styrke.
57.		Og så har vi ´spesialiserte sykehus til å ta oss av spesialiserte...{applaus}
58.	Munksgaard:	Mmm.
59.		Ja.{applaus}
60.		Jada.. vi får kvelden til å gå hvis dere skal klappe mellom hvert innlegg her.. så det går fint.{latter fra salen}
61.		Hans Fredrik Grøvan..
62.		E=
63.		Kristelig folkeparti de hoppet jo av samtalene med regjeringspartiet.
64.		Og, em=..og da er vel et naturlig spørsmål.. hvor var det Venstre trakk feil?
65.	Grøvan:	(0)Vi opplevde at det vedtaket som flertallet gjorde var ´ikke å sikre akuttkirurgien ved de lokalsykehus som hadde det i dag.
66.		Det var det forslaget som vi stemte for sammen med Senterpartiet.
67.		Venstre.. e=.. stemte ikke for det.
68.		De snakket om en akuttkirurgisk vurderingskompetanse.
69.		Det er noe annet enn å slå fast at dette skal være fortsatt et tilbud.

70.		Så enten så er det sann at.. e=.. de ikke har forstått hva de har vært med på.. ellers så tror de at folk i Flekkefjord er dumme hvis ikke en har oppfattet dette.. {applaus} for dette var helt klart e= en forutsetning for at vi ikke kunne være med på flertallet.
71.		E= og dermed måtte ha et ´eget vedtak som slo dette hundre prosent fast.
72.	Munsksgaard:	Ja, e=-
73.	Elvestuen:	(0) Dette er jo en usaklighet som er helt slående.
74.		E=..
75.		Det er klart at denne sykehusplassen.. planen...
76.		For det første så er det ´helt nødvendig at det nasjonale og Stortinget tok tilbake en folkevalgt styring på det som var sykehusutviklinga i Norge.
77.		Det vi har hatt de siste åtte-ti årene er at det også nedlegger lokalsykehus.
78.		Du har hatt det på Eidsvoll..du har hatt det i Kragerø..du har hatt det på Rukan..
79.		Du har hatt det på andre steder..
80.		Og man har hatt en posi-..situasjon hvor ordførere og andre måtte gå i demonstrasjonstog mot styrer i helseforetakene.
81.		´Den situasjonen kunne vi ikke ha lenger.
82.		Og vi måtte få på plass en helhetlig plan hvor det er Stortinget som har ansvaret.
83.		Og så veit jo det.. at både KrF og senterpartiet prøver å lage så mye tvil om vedtaket som overhodet mulig.
84.		Det er riktig at det selvfølgelig rundt omkring i landet..hvor du har sykehus som står..som er nærmere hverandre en det vi er her.. hvor du kan ´se på hvordan men får det beste tilbudet innenfor et område.
85.		Når det leg-.. gjelder Flekkefjord, så er det en avstand til de andre sykehusene som gjør at det selvfølgelig må ha et fullverdig tilbud her.
86.		Det har vi vært helt tydelige på hele tiden {applaus} og jeg får jo ikke sagt det tydeligere enn det jeg også gjorde nå..tidligere.
87.	Munsksgaard:	En kort replikk.
88.	Grøvan:	(0) Da er det veldig underlig at ikke de kunne være med på et vedtak som slo dette fast.
89.		Det vi får nå, det er at vi har fem sykehus som er i samme kategori som Flekkefjord.

90.		'Alle blir håndtert ulikt..Stord får beholde sitt akuttkirurgiske tilbud.. Volda gjør det for de neste fire årene..Odda er usikkert og Gravdal er det samme.
91.		Så den nasjonale helseplanen den tar ikke behovet for akuttkirurgien på alvor.. og det var 'det vi ønsket i Krf.
92.		Og derfor så måtte vi ha et eget vedtak på det..på samme måte som de andre spesialitetene som vi ønsker skulle legges til lokalsykehusene.
93.	Munksgaard:	Riktig {o-}
94.	Elvestuen:	{Men} det vi har gjort er jo å ha fått et gjennomslag for et eget initiativ for å få på plass en nasjonal sykehusplan.
95.		Og når du skal lage en plan, så må du være med på den helhetene som det innebærer.. og ikke plukke om hvilke vedtak du skal være med på.
96.		Selvfølgelig så har vi lagt den politikken vår inn i den helhetlige planen..
97.		Og den står seg godt.
98.	Munksgaard:	{Det er greit.}
99.		E=
100.		{applaus}
101.		E= Odd Omland, arbeiderpartiet valgte jo.. langt om lenge.. å stå opp for sykehuset i Flekkefjord.
102.		For jeg må jo si at det tok ei stund..
103.		også for arbeiderpartiet.. før dere kom frem til hva dere egentlig mente..
104.		Og det henger vel formodentlig sammen med at dere har jo ikke den beste historien.
105.		Når det gjelder sykehuser... i dette landet.
106.		Hva slags funksjoner mener 'arbeiderpartiet at sykehuset i Flekkefjord skal ha?
107.	Omland:	(H) For det første så må jeg jo si det at vi stod opp veldig tidli.. i forhold til forhandlingene .. og som Kris Munksgaard husker veldig godt, så gikk vi ut og flagget vårt standpunkt.. mens forhandlingene pågikk.. fordi at vi ble ikke invitert inn i de forhandli{ngene}
108.	Munksgaard:	{Det var i februar i fjor..}
109.	Omland:	{Ja} og Olaug Bollestad..hun var veldig mange ganger frempå og sa <SIT Hvorfor ikke invitere inn arbeiderpartiet SIT> .. og så må jeg si at det blir litt spissfindig debatt her..for jeg synes vi skal være veldig glad for det som Ola Elvestuen sier her..

110.		Og jeg må si at jeg utfordret jo nettopp.. og har enda innlegget mitt fra i fjor i sykehusdebatten der jeg spør direkte.. <SIT Kan vi nå forvente at akuttkirurgien og traume i Flekkefjord blir opprettholdt? SIT> Og på det svarte Iselin Nybø <SIT Ja SIT>
111.		Og.. e= jeg må jo og si at den prosessen som har vært.. så ser jeg at traume og akuten det blir her i Flekkefjord nå.. og jeg kan jo ikke 'begripe at 'Høie kan komme 'ut av dette som han har 'gjort en avtale med.
112.		Og det er der som ansvaret nå må plasseres.. og det er der ansvaret ligger..
113.		Og den avgjørelsen må Høie ta..
114.		Og når det er så klinkende klart her..så oppfatter jeg at da er dette sikret.
115.	Munksgaard:	Du skal få lov til å få det etterpå.. men jeg må bare ha med meg de to siste her, ikke sant Gisle... Saudeland.
116.		E=...
117.		Du har jo=.. stakkars.. skal ikke ha skylda for noe..
118.		enda..E= (KREMT) {latter}
119.		Men.. for å si det sann.. vi skal følge godt med på hva du gjør..
120.		'Hvis du kommer inn..
121.		'Hvis du kommer inn...
122.		For det henger jo litt sammen med.. e=.. for fremskrittspartiet har jo vært med på.. denne planen.
123.		Ikke sant? E=..
124.		Hva..hva slags..hva slags signaler får 'du fra dine stortingsrepresentanter? Fra fremskrittspartiet...Om åssen en skal tolke denne..denne=.. sykehusplanen?
125.		10:26.5
126.	Gisle Saudland:	Jeg oppfatter det sann at..e=... innstillingen nå ikke er i tråd med nasjonal og sykehusplan.. e=
127.		Blant annet så sa jo=.. noen stortingspolitikere det i avisen=.. på fredag.
128.		Jeg snakket med lederne av.. e=.. helse og omsorgskomiteen på fredag..og la frem vårt syn..og sa at jeg heller ikke mener at det er i tråd med nasjonal helse og sykehusplan..
129.		Og sa at 'hvis styret tar å=.. vedtar dette på torsdag.. så kommer 'jeg til å presse på den saken..

130.		Og det forventer jeg at hel-..at helseministeren.. Bent Høie e=..også tar tak i.
131.		For da kommer vi til å vise..e=.. synliggjøre at det ikke har vært en lokal..brei m=.. prosess.
132.		At..e=..det er faktisk en og en halv time til nærmeste sykehus...
133.		Em=..e=.. at e=...
134.		det er et 'godt tilbud..
135.		At det er godt på sykehuset i Flekkefjord i dag...
136.		Og så videre..
137.		Og det tror jeg faktisk at Bent Høie kommer til å være e=.. lydhør for.
138.		For det er jo nettopp det at hvis det er noe 'galt her med prosessen.
139.		At det ikke har vært den lokale involveringene..som det blei forventet at det skulle være.. så tror jeg at det vil bli=..bli omgjort på.
140.		Så det er jo på en måte det å velge den.. asså..det at sykehuset kan fortsatt ta ås- å snu.
141.		I stedet for at etterpå at en.. det blir 'snudd på.. og så blir man på en måte tatt med=..med buksene nede i etterkant..
142.		Det tror jeg ikke det hadde vært heldig for sykehuset heller.
143.	Munksgaard:	Det er greit.
144.		E=..
145.		Da har vi e=.. Mali Steiro 'Tronsmoen som da er førstekandidat for SV.. foran stortingsvalget.
146.		Og.. da SV satt i regjering så måtte dere sånn sett i likhet med senterpartiet.. sluke noen sykehusnedleggelse.
147.		E=..m=..
148.		I løpet av perioden...er det sånn da at vi kan stole på e=.. SV i sykehussaker heretter?
149.	Tronsmoen:	Det er jo 'absolutt sånn at SV har vært et parti som har kjempet i 'mot sykehusnedleggelse, vi kjemper i 'mot sentralisering.
150.		Først og fremst så er jo SV et parti som.. står opp for 'velferden til folk.
151.		Altså den viktigste grunn til at jeg engasjerer meg poli'tisk er jo nettopp fordi at.. vanlige folk over hele landet.. i alle lokalsamfunn.. skal ha et godt velferdstilbud.
152.		E=..
153.		Og 'det er 'det SV står opp for.. da står vi opp for lokalsykehusene.. da står vi mot sentraliseringa.. og da står vi opp for at de

		’store pengene ..de må brukes på de store oppgavene.
154.		Og ikke på å pøse ut milliarder i skatte’lette.. for det er også en ’del av denne debatten.
155.		’Hvorfor har man diskusjoner om nedleggelse av ’kjempegode sykehus? Som sykehuset i Flekkefjord...
156.		Det er jo fordi=.. at noen vil tenke ’økonomi ’fremfor velferdstilbud til befolkningen..
157.		Og det er klart at ’når høyre siden som styrer ’nå.. skal kunne finansiere sine enorme skatteletter til de rikeste..så må de jo hente inn de pengene ved å kutte i velferden til folk.
158.		Jeg synes det er viktig at vi løfter blikket ’litt og ser at diskusjonene rundt lokalsykehuset i Flekkefjord.. det handler også om det ’store bildet.
159.		Hva slags nivå på velferd skal vi ha til folk? E=..og jeg mener at SV er et parti som ’alltid vil stå på barrikadene mot sentralisering og for et godt velferdstilbud.
160.		Og derfor så er det jo viktig at SV da=.. får noen muskler også inn mot arbeiderpartiet.. eller de vi måtte samarbeide med.
161.	Munksgaard:	E=.. {applaus}(KREMT)
162.		{Vi e=.. vi er nødt til å=.. }å <X interpellere X>.. sykehusdirektør ’Jan ’Roger ’Olsen.
163.		Nå har du vel strengt tatt..e=..
164.		Altså sjelden har en vel hørt et kobbel av politikere som er ’så enige... Den eneste som er uenig her er i grunnen deg! (Latter) (applaus).
165.		Kan ’du nå forklare hva ’du har lest i dette vedtaket..som ingen ’andre ’her har lest? (latter)
166.	Jan-Roger Olsen:	Det er et komplisert bilde.. og e= et sammensatt bilde (Hx).
167.		Og jeg har respekt for og forståelse for bekymring når vi endrer i folks sykehusstilbud.
168.		(H) Men nå er det slik at nå har jeg vært direktør på Sørlandet sykehus i 13 år..
169.		Og e= Flekkefjord sykehus.. det er et sykehus som vi satser på.
170.		Det er et sykehus som skal bestå også i et langsiktig perspektiv.
171.		(H) Og Sørlandet sykehus har altså bestemt seg for.. etter min anbefaling=.. å videreføre en tre sykehusmodell...

172.		Det innebærer også en videreutvikling og en drift av 'Flekkefjord..også i et langsiktig perspektiv.
173.		Og sånn sett så har aktiviteten aldri vært så høy her som den er nå..og vi planlegger utvidelser.
174.		Vi snakker med Stavanger Universitetssykehus om å overføring av 600 dag-kirurgiske inngrep.. vi snakker nå.. op- ..og prøver å legge til rette for overføring av 6000 polikliniske konsultasjoner fra Arendal og Kristiansand til Flekkefjord.. (H) nettopp (X for å X) 'flytte kompetansen ut nær pasienten.. i stedet for at pasienten må reise..i stedet for å sentralisere.
175.		Så med vår d-..demografi.. og geografi, så har Flekkefjord en plass.. og skal videreutvikles.
176.		Når det gjelder akuttkirurgien og 'traume...(H) så dreier dette seg for meg 'ikke om penger.
177.		Og ikke om økonomi.
178.		Det dreier seg om kvalitet i tilbudet.
179.		Og..e=... i realiteten.. sett med mine øyne..så la vi ned e=.. mye av akuttkirurgien når 'jeg stanset alvorlige inngrep i mage og tarm.. i mars 2015.
180.		Og det gjorde vi av en grunn... og det var fordi vi ikke greide å opprettholde kvaliteten i tilbudet.. fordi volumet var for lite.. det var for få pasienter av den type.. kategori til å opprettholde kvaliteten.
181.		Det førte til pasientskader som vi lærte av.
182.		Vi stoppet den kompliserte mage og tarmkirurgien.. og jeg er faktisk helt sikker på at det var en riktig vurdering.
183.		Og nå i de høringene som har vært 'ute.. så merker jeg meg at det er 'ingen som har foreslått å 'gjeninnføre denne kirurgien i Flekkefjord.
184.		(H) Husk også at den generelle kirurgen... den 'går ut.
185.		Det startes ikke utdannings e=..løp for generelle kirurger... (H) etter 2019.
186.		Og det er det vi må forholde oss til.
187.		Og da må vi ha spesialister i ortopedi..og vi må ha spesialister i e= ..gastro-kirurgi.. og for å ha et robust vaktskift.. som bygger kvalitet.. så må det altså være 6 - 8 kirurger i hvert av de teamene.
188.		Beklager å måtte si det.. men det er det 'ikke pasientgrunnlag til.

189.		Og så er det.. ´vedtaket.
190.		og jeg har jo det.
191.		Na-.. nasjonal helse og sykehusplan.
192.		Jeg har ikke vært med på ´utformingen..(H) men jeg forholder meg selvfølgelig lojalt til det som er besluttet.
193.		Og i den så står det helt klart..<SIT at akuttsykehus skal ha traumeberedskap, og generelt akuttkirurgisk tilbud..når bosettingsmønster..avstand mellom sykehus.. bil-, båt, og luftambulanse og værforhold gjør det nødvendig SIT>
194.		Videre står det også med dette med akuttkirurgi <SIT flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander SIT>
195.		Og min vurdering av beredskapen her i Flekkefjord.. er faktisk at den er særdeles ´god.
196.		Vi har fem ambulansestasjoner.. med syv ambulanser.. vi nyter faktisk godt av at vi har ´både luftambulansebase i Arendal og i Stavanger...(H) som også har (X altså X) rundt 30 minutter flytid til e=.. Lister-området..og i tillegg..på toppen av det.. så er det faktisk helt spesifikt.. helt unikt innenfor Sørlandet sykehus sitt område.. så har vi tilgang til redningstjenesten.. med 330- skvadronen.. som altså har en regularitet.. det er 1 til 2% irregularitet.
197.		Så vi har en særdeles god dekning.
198.		Og for meg.
199.		Dette dreier seg utelukkende om kvalitet..
200.		og det vi justerer på...ned av kirurger, det styrker vi på et ekstra vaktskift på medisin.. som er de store pasientstrømmene.
201.		(H) og vi opprettholder.. etter dialog med lokale politikere her sist mandag.. rådmenn.. aksjonskomiteen og annet,..så kom det fornuftige innspill.
202.		Faglige..gode innspill og fra at jeg da hadde en foreløpig innstilling som sa at vi hadde akuttortopedi.. som er dobbelt av døgninnleggelser i forhold til akuttkirurgi.
203.		Som er et betydelig volum.. e=.. skade på (X polikliniske X) altså polikliniske henvendelser.
204.		´Det har vi justert..´det kjøres nå 24 / 7..døgnkontinuerlig..syv dager i uken.
205.		Og i tillegg.. så kom det også et veldig godt innspill fra tidligere avdelingsleder i kirurgi

		her..e=..en meget respektert herremann.. 'Leif Halvorsen <SIT Jan-Roger..den kompetansen som man har opparbeidet i traumeteamet.. Kan vi ikke i hvert fall prøve å bibeholde den? SIT>
206.		og så sa jeg..
207.		<SIT Leif..Under betegnelsen traumemottak så strider det når det gjelder pasientsikkerhetsbegrepet 'mitt SIT> men så kom det et innspill.. <SIT kan vi ikke da videreføre det som vurderings- og stabiliserings kompetanse? SIT> Og 'det ligger også inni vedtaksform.
208.		Så vi har ment å møte.. og grunnen til (X at X) akuttkirurgi..
209.		det er altså.. beklager å måtte side det.. at vi med et så lite befolkningsgrunnlag.. 'ikke ser at vi (X vil X) greier å opprettholde den nødvendige kvaliteten i tilbudet.
210.	Munkgaard:	Jeg må bare spørre..
211.		Kjersti Toppe.
212.		Dette høres da 'fornuftig ut?
213.	Toppe:	(H)...Det finnes jo eksempel på 'mindre sykehus enn Flekkefjord som 'klarer å ha både ortopedi e=..og gastrokirurgi.
214.		For eksempel 'Voss sykehus.. som har et 'godt samarbeid med Helse Bergen.
215.		Og som har et fantastisk miljø.. som klarer å rekruttere..og rekruttere.
216.		Og e=..de er 'ikke truet.
217.		E=....
218.		Så =...det å=..å vise til e=.. at det ikke finnes kirurger..og at e=.. den generelle kirurgens..e=.. er avgått ved døden.. det blir jo på en måte..
219.		det har en jo brukt her i mange år allerede.
220.		Eh.
221.		Og e=...og det er og et politisk ansvar.. fordi at e= det er mange rapporter å= som sier til oss politisk at e= legespesialisering e= det er jo et politisk ansvar.
222.		Vi må jo 'utdanne de legene som pasientene og samfunnet har 'behov for.
223.		Og det er jo helt 'klart at vi kunne gjort (X et arbeid med X) å utvikle.. en legespesialitet for de mindre.. e=.. lokalsykehusene.
224.		Og uansett så vil jo da fremdeles i mange år være en.. en.. kirurg å få tak 'i som kan drive me=.. med mage tarm 'her sånn som de klarer på Voss...

225.		E=.. så det synes jeg er e=.. faktisk ingen u=.. unnskyldning.
226.		E=..men hvis jeg får en e=.. kommentar til Olva- .. Elvestuen om at e=..vi har fått en nasjonal helse og sykehusplan som har sikret folkevalgt styring av sykehusstilbudet.
227.		Hvorfor 'sitter vi 'her i dag da?...Hvis det 'var bestemt av Stortinget...
228.		Hvorfor sitter vi her.. og hvorfor har vi en debatt i det hele tatt hvis det var 'slik at Stortinget faktisk bestemte e=..sykehusstilbudet i Norge? Det {er jo ikke sånn!} {applaus}Men jeg mener jo=.. 'jeg mener jo at Stortinget.. det er de som har ansvaret..ø=.. og dersom vi mener.. som den norske legeforening anbefaler.. at alle sykehus.. dersom de skal 'kalle seg sykehus.. 'må ha de fem spesialitetene.. altså både.. kirurgi medisin.. anestesi.. røntgen og laboratorium..
229.		Det d-..det er på en måte 'kjernekompetansen i det som 'er et sykehus 'fordi dette handler om å få bredde kompetanse og fagmiljøet så 'kan vi bestemme det på Stortinget.. og da hadde vi sluppet å sitte her i dag..
230.		Og da hadde Venstre sluppet å sagt at de 'tolker sitt eget vedtak på den måten.
231.		Og da hadde og administrerende direktør e=.. sl-..sluppet å sitte her e=.. og forklare for oss at han mener at en tolkning er på en annen måte.
232.		Så.. 'ja.
233.		Dette er 'politikk.
234.		Og e=..det er utrolig viktig at vi får orden på dette nå.
235.	Munksgaard:	Ja.. det er veldig {mange=..}
236.		{applaus}
237.		{der er veldig mange} som vil ha kommentarer til dette.. men jeg tror vi skal la Jan-Roger Olsen få lov til også svare litt 'kort på dette.
238.		Hva er..
239.		..look to Voss
240.	Olsen:	Look to Voss.
241.		Så er altså en..
242.		E=..
243.		Det jeg oppfatter at Voss har gjort.. det er at de har lagt 'fedmekirurgien sin til Voss.
244.		Og dette med å rekruttere gastro kirurger som det heter..altså mage / tarm.. det er en mangelvare i hele Norge.

245.		Vi sliter med rekruttering av den type kompetanse ´ikke bare til Flekkefjord.. men ´også til Kristiansand og Arendal.
246.		Vi måttet legge vår fedmekirurgi til ´Arendal for å ha et rekrutteringsgrunnlag.
247.		Men allikevel.. så har ikke vi et gastrosjikt i ´Arendal.
248.		Så dette er altså ikke et unikt..Flekkefjords problem.
249.		Det er ikke et unikt Arendal eller Sørlandet sykehus problem.
250.		Det er en utfordring ´nasjonalt.
251.		Og det kreves et volum av pasienter for å både rekruttere.. bygge og bibeholde kompetansen.
252.		Det er utfordringen.
253.	Munksgaard:	Odd Omland.
254.	Omland:	(H) Jeg må bare ´to sekund tilbake til innlegget fra hvor vi ble beskyldt for å komme seint på banen.
255.		Jeg har jobbet dag og natt med denne saken.
256.		Jeg jobbet med det i Listerrådet..og den..
257.		vår posisjon kom på plass etter at vi hadde vært på Flekkefjord sykehus og ´det ble vår posisjon når vi kom tidlig på banen.
258.		Så vil jeg si at jeg synes jo det er merkelig når.. når det står i sykehusplanen at kommunene og andre ´skal.. ´skal høres.
259.		Her har vi over 20 uttalelser.. ifra kommuner.. <X TIL X> fylkeskommuner.. legesentre rundt om.
260.		Jeg regner jo med at ´de også tar hensyn til kvalitet.
261.		og jeg tror også at vettet er nokså likt ´fordelt i denne saken.. sånn at det burde jo kunne telle en del inn dette.
262.		Og hvorfor kan ´Volda og ´Stord.. som var foreslått nedlagt.. gjøre vedtak nå om å opprettholde ak-..akuttkirurgien? Etter den ´samme ´sykehusplanen.
263.		Det forstår jeg ikke.
264.		Og jeg må jo si at en bør jo og lese uten vedtaket.. så må en jo lese både ´merknader og ´debatten inn i dette.
265.		Her handler det om trygghet.
266.		Og jeg tror heller ikke en kommer ut i fra at det handler mye om økonomi.. og da må jeg si=.. at ´da har ikke denne leveringen samarbeidspartiene levert..

267.		Vi foreslår 70 millioner mer til Sørlandet sykehus.. e=.. samarbeidspartiene forhandlet ned med en halv million.. i forbindelse med forliket.. så de må jammen med og ta sin del av ansvaret.
268.		For det handler tross alt om at sykehuset må ha økonomi til å gjennomføre disse tingene.
269.	Munksgaard:	Jeg går ut i fra at du mente en halv ´milliard?
270.	Omland:	En halv milliard.. det er det jeg mener.
271.	Munksgaard:	(0)Ola Elvestuen.. er ikke det riktig?... Du tok også fjernet en halv milliard til til sykeh-.. sykehusene nå..
272.	Elvestuen:	<X Nja X> det lå vel inne av ti milliarder mer i skatteøkninger som vi la inn i fjor.. at opposisjonen ´alltid vil ha mer penger når man går til budsjett.
273.		Det er vel ikke noe uvanlig. E=..{Omland: du må svare på spørsmålet}
274.		{Men det vi..men det som} er viktig her er jo å
275.		..en ting til.
276.		Det er et ´stort steg fremover.. i Norge at vi faktisk diskuterer ´innhold og ´kvalitet på sykehus.. og ikke om de skal opprettholdes eller ikke.
277.		Det er det vi har holdt på med de siste 10 15 årene.
278.		Det har vært kamper for å opprettholde.
279.		Nå handler det om å ha den riktige kvaliteten.
280.		Jeg har ´ingen kompetanse.. eller forutsetninger for å å gå inn i de ´ulike delene av hva som er foreslått.
281.		Men det ´eneste jeg mener det ´er riktig å=.. som er et politisk spørsmål er nettopp e=.. vurderingen av den geografiske posisjonen ø=.. og plasseringen som Flekkefjord sykehus har.
282.		Og ´der er det at vi mener at det her er det avstander fortsatt som ´gjør at du ´må legge til grunn et breiere tilbud.
283.		Og ´det mener jeg er en riktig og en politisk vurdering.
284.		Og det er bakgrunnen for at vi sier at forslaget ikke er i tråd med det som er ´hensikten med det ´andre politiske vedtaket.. som jo er da sykehusplanen.
285.	Munksgaard:	Så bare for å slå dette fast nå.. ´Det.. ´det som Jan-Roger Olsen her nå går inn for.. og som han har laget i sin innstilling som nå han har

		referert... det er ´ikke i tråd med det dere var... med på i Stortinget i mars i fjor.
286.	Elvestuen:	Ja.. for det så blir det for store ´endringer og.. hva skal vi si...
287.		endringer..
288.		og et for smalt tilbud ´gitt den geografiske plasseringen.. og de andre forutsetningene som er lagt inn i vedtaket.
289.	Munksgaard:	Men dette er jo interessant.
290.		<X Du må vente litt X>
291.		Dette må vi forfølge bittegrann.
292.	Elvestuen:	Og ´det er politikk.
293.	Munksgaard:	Ja.. for dette er politikk.
294.		Dette er da ´regjeringen.. ´og venstre blitt enige om det.
295.		(@ Gjør dette litt inntrykk på deg Olsen?@)
296.		0:26:27.1
297.	Olsen:	Vi snakker om en luftambulanseberedskap som jeg tror til Stavanger så er det 25 minutter flytid.
298.		Og til Arendal er det 35.. inklusive letting og landing.
299.		Det er ´andre deler av selv ´Sørlandet som altså har en ´vesentlig dårligere dekning ´enn det.
300.		Men det grunnleggende her er at..
301.		beklager å måtte si det.. nok en gang.. med et såpass lite befolkningsgrunnlag så greier vi ikke å opprettholde kvaliteten.
302.		Og vi greier {ikke å rekruttere inn..}{BUING FRA PUBLIKUM}
303.	Munksgaard:	{Hysj.. hør.. hør!}
304.	Olsen:	..og det er det altså ´ingen som har bestridet i de høringsrundene som har vært ute! Og det er..
305.		..har vært diskutert.
306.		Og det er ´ikke kommet sterke e=... faglige argumenter om å gjenopprette tung bukkirurgi i Flekkefjord.
307.		Det har det ikke.
308.		0:27:20.3
309.	Munksgaard:	Jeg skjønner at det kan vekke litt engasjement.. men vi må jo vise at vi kommer fra møblerte hjem.
310.		Ikke sant? (@ Faktisk overmøblerte.. hva..må <X vite X>@)
311.		(latter)
312.		Gisle du har lenge bedt om ordet..
313.	Saudland:	Ja.. men nå kommer jo egentlig det frem..

314.		Akkurat det som.. det som vi frykter..
315.		E=.. m=..
316.		Man sier at på en måte ikke=... den faglige kvaliteten e=... god ´nok.
317.		Man sier at det ikke blir utført flere operasjo...
318.		altså nok operasjoner til å opprettholde det og så videre.
319.		Men da er det jo selvfølgelig nærliggende spørsmålet.. i stedet for å legge det ´ned.. så må vi jo tilføre ´flere oppgaver til Flekkefjord sykehus.
320.		Sånn at de på en måte er ´rustet til å ´ta dette her... sånn at {kvaliteten på Flekkefjord sykehus er så...skal være god nok da.. X
321.		Det blir } {applaus}jo på en måte som å snu hele problemstillingen på hodet da..og si at <SIT nei men da tar vi det bort SIT>
322.		Og det som ´jeg er redd for er at sykehusledelsen har hatt en < X forukinntankt standpunkt X>
323.		Forutinntatt standpunkt her.
324.		´Fordi i papirene som de baserer vedtakene sine på.. så står det blant annet at de baserer seg på en plan fra 2008.. som forøvrig var jo.. fra den forrige regjeringen da au .. at akuttfunksjoner for kirurgi og ortopedi som hovedregel skal samles under ´en ledelse og fortrinnsvis ved ett sted i hvert sykehusområde.
325.		Men det er jo på en måte ...det er jo på en måte da at..e=..
326.		da har man et ´forutinntatt standpunkt.
327.		Da hadde det ikke spilt noen ´rolle hva Stortinget mente da.. Stortinget kunne ha sagt akkurat hva de ville.
328.		Sykehuset vil allikevel at.. det sk-.. at det skulle e=.. sentraliseres.
329.		Og det er derfor at jeg sier at vi må nå være tydelige på at.. det skal bestå i Flekkefjord.. sånn at man ´ikke på en måte kommer i en situasjon hvor sykehusledelsen allikevel kan si at <SIT Nei.. men vi mener at dette er fordi det skal være faglig forsvarlig SIT>
330.		Og så en siste ting.
331.		Vi sier og at det skal være...e=..
332.		at man skal vektlegge geografi.. avstand.. topografi og sånn mye. Det er ´1,5 time til neste sykehus.

333.		Det blir det samme som å skulle lagt ned alle sykeh-.. altså alle kirurg- e=....all akuttkirurgi mellom Arendal og Oslo.
334.		For da hvis man da tar på en måte å ser hvor stor avstand det skal være.
335.		Og det er det som viser igjen hvor galt det er.
336.		I tillegg så sier man at det tar en ´halvtime med ambulanshelikopter.
337.		Det står og i nasjonal helse og sykehusplan at <SIT I 10% av tilfellene så kan ikke helikopteret ´kjøre SIT> nettopp fordi det er for dårlig vær.. det er for dårlig..
338.		altså alt dette her.
339.		Det viser jo igjen at de 10% av tilfellene vil ikke det være mulig.
340.		Vi har 16 dager i året hvor e-39 er stengt.
341.		Altså sånn <X kan vi i hvert fall sagt X> at da freder vi det frem til.. frem til da ikke sant.. si at på en måte dette er en dette er en ´ikke sak frem til.. frem til det..
342.		og så sier man at nå må man sist..
343.		at nå er det ikke generelle kirurger fra 2019.
344.		Ja vel.. men er det ikke litt prematurt å begynne å diskutere dette allerede nå? Skulle vi ikke ha ventet til 2019 før man tar det opp og begynner å diskuterer dette? Igjen.. dette viser at jeg tror at man har hatt forutinntatt standpunkt.
345.		Og man hadde kommet frem ´til den samme konklusjonen nesten uansett.
346.		Og det er det som tar å skremmer meg i denne saken her.
347.	Munksgaard:	Det forekommer meg {jo...
348.		{applaus}
349.		Det forekom meg.. Gisle.. at dette var jo et e=.. innlegg du burde ha holdt i på landsmøtet til Fremskrittspartiet.
350.	Saudland:	Ja men jeg jeg gjorde faktisk det ´og.
351.		(latter fra salen) (applaus)
352.	Munksgaard:	(@ Ja...
353.		du gjorde nok det
354.		Hehe.. @)
355.		Mali Steiro du er.. du du har bedt om ordet lenge.
356.	Tronsmoen:	Ja.. e=..
357.		Først så vil jeg bare kommentere kort til administrerende direktør

358.		her at du sier jo at det å skaffe kompetent 'personell til å gjøre disse fedmeoperasjonene og sånn.. det er ikke noe bare Flekkefjord sliter med.. men også 'Arendal og også 'Kristiansand.. men det er 'ingen som foreslår at de skal legge ned noe i Arendal eller i Kristiansand.
359.		Man ser at man er nødt til å ta 'grep for å hente inn den kompetansen for å opprettholde tilbudet og det burde gjelde også i Flekkefjord.
360.		E=..men så var det det det jeg egentlig ville 'si det var at nå er det veldig mye her som dreier seg om Ola Elvestuen og hvordan han tolker sin egen formulering og sitt eget vedtak.
361.		Og så er det helt musestille.. fra høyre.
362.		Men det er jo sånn at det er ikke 'Elvestuen sin tolkning e=.. av det herre vedtaket som 'avgjør hvordan det kommer til å 'gå med sykehuset i Flekkefjord.
363.		Det er sånn at øverste myndighet den sitter hos..
364.		'helseministeren.
365.		Det er høyre som sitter på han.
366.		Det er faktisk Høyre som må på banen og si hvordan det skal gå.
367.		(applaus)
368.	Munksgaard:	Og... (KREMT) og det er helt.. det er helt riktig.. Ingunn.
369.		Du har fått lov å sitte stille 'usedvanlig lenge nå.
370.	Foss:	Jeg har bedt om {ordet opp til.. flere ganger <X det vet du X>.. ja ikke sant..ja men da er det jo urimelig at SV beskyldte meg for å ikke.. <X å være tyst X> men..ja..nå få-..} {..og det og det vet jeg.. det vet jeg.. men det var så mange som ville snakke her så.. ikk-..ja..men..men..bare (X uleselig X).. men når du nå 'får ordet.. så} vil jeg bare stille deg et lite..et lite.. innledningsspørsmål..der..ikke sant..
371.	Munksgaard:	For er det.. når..altså når dere har gruppemøte i Høyre... er det da den 'Sørlandske beskjedenhet som gjør at ikke du døljer neven i bordet og sier at <SIT vi skal 'ha det sånn SIT>..
372.		{E=.. hva-..(X ULESELIG X)}
373.		{X eller har du ikke hørt..X}}
374.	Foss:	{Nei, det vil jeg absolutt ikke kalle noe sørlandsk beskjedenhet}.. jeg synes jo nærmest det e=... e= holdt på å si.. en karakteristikk som jeg ikke vil 'vedkomme meg.
375.		For å si det sånn.

376.		Altså det må jo være mulig å diskutere dette på et saklig og faglig nivå.. Alle folk vil jo ha det beste behandlingen de kan få hvis virkelig uhellet er ute.
377.		Det tror jeg ikke det er noen tvil om.. det ser vi når vi spør folk.
378.		Så er de opptatt av at det det tjenestetilbudet de får.. er godt der de kommer.
379.		Og..e=.. nå er det jo først og fremst sånn at det er ingen e=.. som skal legge ned noe som helst.
380.		Og i e=.. det som er i forslag i fra sykehusdirektøren.. så er det jo masse som skal opprettholdes og styrkes.
381.		Det må ligge i bunnen.
382.		Men så er det noen ting som jeg også synes er betenkelig med det som ligger i bordet nå.
383.		Og det er for eksempel at det står at det skal opprettholdes fødeavdeling med e=.. muligheter for keisersnitt.
384.		Og da har jeg hørt at sånn gynekologene rett nok kan sprette opp.. men hvis det skulle bli..e=..e=.. tilstøtte noe.
385.		Hva gjør du da.. hvis ikke du har en kirurg eller en gastrokirurg i=.. i bakhånd.
386.		Like ens så er det på dette med indremedisin.
387.		Hvis du skal ha.. prosedyrer som skal inn i kroppen.
388.		Hva gjør du da.. hvis.. hvis uhellet er ute.. når ikke du har en kirurg i bakhånd som kan e=.. trå til.
389.		Det samme er det jo=.. e=.. traumeteamet <X he X> vært inne på her.
390.		At.. vi skal håndtere hendelser som oppstår.
391.		At pasienter som kommer på døra.
392.		Ja hva skal du da stille opp med hvis ikke du har et team som har øvd på dette.. og hvis ikke du har en kirurg som kan få stoppet blødningen.. eller få luftveier og alt dette.. som må til de gangene som Gisle er inne på.
393.		At hverken vær eller føreforhold gjør at de prehospitaltjenestene kan trå til.
394.		Så jeg synes jo absolutt at det er noe å se videre på.
395.		Også ser vi jo også i den evalueringen som er gjort av hele prosessen.. at det har vært veldig lite tid til å gå inn på risikobildet og mulighetsstudiet.

396.		E=.. så det synes jo også er et poeng som jeg vil ta med meg tilbake igjen til både 'statsråden og til departementet.
397.		Og der blir det i klartekst kommunisert hva vi tenker er viktig for innbyggerne i=..i vår region.
398.		Og det står jo også helt klart i <X den X> nasjonale helse- og sykehusplanen at 'tilbudet til pasientene skal være likt.. uansett hvor du er i landet.
399.		Så det er klart at e=.. e=.. befolkningen i denne regionen skal ikke ha noe 'dårligere tilbud enn de har andre steder i landet.. det er i hvert fall 'helt sikkert.
400.		Og det trenger man ikke være det 'grann redd for at sørlandsk beskjedenhet ikke skal kommunisere.
401.	Munksgaard:	Det er godt.
402.		Hans Fredrik.
403.	Grøvan:	Ja..e=..e=.. jeg hører jo hva.. hva flertallet på Stortinget her sier i denne salen.. men e=..m=.. det som vi hørte når vi satt i 'Stortingssalen...(H) det var at en flyttet 'makt i fra Stortinget 'til helseforetaket.
404.		(H) Det var 'Helseforetaket som skulle ha det siste ordet.
405.		(H) e=.. og la meg bare 'sitere e=.. helsepolitisk talsmann..e= Ketil Kjenseth i=.. fra Venstre (H) når han sa det sånn til avisen Flekkefjord.. nei avisen Agder 9. i 3. <SIT Jeg tror ikke jeg skal gå noe mer 'inn i det.. eller 'omfanget av hva kriteriene 'betyr.. e=..om fortsatt Flekkefjord skal ha akuttkirurgi.
406.		En slik forklaring er å forlange litt mye av meg som Stortingsrepresentant.
407.		Det er 'helseforetakene som må gjøre jobben med å avklare hva som skal være hvor SIT>
408.		'Dette var en e=.. erkjennelse som allerede var på 'plass når Stortinget gjorde sitt vedtak.
409.		Jeg er veldig 'glad for at alle vil ha dette her men da er det 'veldig underlig (H).. at en har overlatt.. 'denne beslutningen 'til de regionale helseforetakene sånn som en har gjort i det vedtaket.
410.		Og i 'stedet 'kunne en ha gått inn og sagt at dette 'skal være en funksjon som skal ligge også ved disse fem sykehusene.
411.		Det er 'fem sykehus vi snakker om her.
412.		Det er 'kun det vi snakker om.

413.		Og hvorfor får de beholde de i Volda? Hvorfor får de beholde det på Stord? Det er omtrent samme befolkningsgrunnlag som det vi har her i Flekkefjord.
414.		Derfor så synes jeg det er en litt underlig diskusjon.
415.		Og selv om e=.. jeg forstår e=.. at en ønsker å toe sine hender i forhold til å skyte på 'pianisten her ved siden meg...
416.		Så mener jeg at en må gå 'inn og 'se på 'det vedtak som Stortinget gjorde.. flertallet gjorde...
417.		Det er 'det som er 'skyld i den uklarheten og som gjør at vi har denne diskusjonen i dag.
418.		Og så har jeg lyst til å {føye til..
419.		...det}{lett applaus fra publikum} var 'ingen 'faglige argumenter på bordet.. som tilsa at større sykehus gav et 'bedre eller tryggere tilbud enn de mindre sykehus.
420.		(H) hvis du går på 'legeforeningens uttalelse.. hvis vi går på Norsk Kirurgisk e=..forening.. så advarte de begge to mot å fjerne akuttkirurgien fra de mindre sykehusene.
421.		'Derfor.. hvis en ønsker 'robuste sykehus så burde en også i Stortinget 'sagt at vi ønsker 'lik behandling 'også på disse sykehusene.. og da burde akuttkirurgien også ligge 'ved i fortsettelsen sånn som mindretallet hadde foreslått.
422.		(applaus)
423.	Munksgaard:	{Ja..} du fikk en direkte utfordring her Ola e=.. Elvestuen.
424.	Elvestuen:	Ja.. e=
425.		En er.. <X landet er X> e=..
426.		sammensatt..
427.		E=...
428.		Og jeg synes faktisk at det er en grense for hvor detaljert du skal gå ned fra Stortinget og ta de enkelte beslutninger.
429.		Jeg er 'enig i at det skal være en fleksibilitet.. og så 'skal vi alikevel være tydelig på hva som er politikken.
430.		For det første SV..
431.		så skal jeg 'garantere at det er definitivt ikke vi=.. sånn at vi inngår forlik.. og så lar vi 'Statsråden tolke forliket i etterkant.
432.		Det skal vi selvfølgelig være med på å tolke hele veien inn 'selv.

433.		Og særlig når det er på et så viktig område som det er 'her.
434.		For det er nettopp tolkningen som er der.
435.		(H) e=..og så er jeg som sagt..
436.		jeg har 'ingen forutsetninger til å gå inn på det 'faglige.. men jeg mener at det 'er en politisk beslutning 'og et politisk ansvar.. å pålegge da atte du har et annet tilbud på sykehus som vi 'mener her.. på 'grunn av det som ligger i sykehusplanen.. som det som går på avstand.. det som går på vær og det som går på de andre kriteriene.
437.		At du da politisk er villig til å legge et 'breiere tilbud.
438.		Det er vi villige til å gjøre.
439.		Det har sin bakgrunn i den avtalen som vi har...
440.		'Og det er et ansvar som vi også da må ta.. hvis det er en uenighet om å gjøre det..
441.		Men 'det 'kommer vi til å gjøre..
442.		Og det skal være da..
443.		En e=..et forhold som vi må ha e=.. 'kontakt... med regjeringen og statsråden.. for å fastslå hvordan det skal gjøres.
444.		Det kommer vi selvfølgelig til å gjøre.
445.		Det er ikke jeg som skal gjøre det.
446.		Det er Ketil Kjenseth som skal gjøre det.
447.	Munksgaard:	Og han sa 'basta.
448.	Elvestuen:	(H) Jeg tror ikke du 'klarer å være tydeligere enn det Kjetil Kjenseth har {vært..}
449.	Munksgaard:	{Nei, det} er riktig det..
450.	Elvestuen:	{Jeg prøver liksom} å være det jeg og.
451.		{Munksgaard ler}{Latter fra publikum}
452.		{Og da handler det ikke om..}
453.		..det handler o=.. ikke om heller om å skyte på pianisten.
454.		Vi må ha.. vi må ha på en måte en respekt for at vi har ulike 'roller.
455.		Og det er 'en rolle som er den aller faglig..e=.. innspillet som er ut i fra den posisjonen som en har.
456.		Og så tar vi også en politisk 'beslutning.. om vi mener at det er 'andre kriterier som skal legges til grunn.
457.		Og når det gjelder Flekkefjord sykehus.. så 'mener vi det.
458.		(applaus)
459.	Munksgaard:	Det er greit, e=.. (KREMT) det betyr Olsen at du har litt å gjøre frem til torsdag.

460.		Sånn bare for å ta.. i=..
461.		i forhold til innstilling. Vær så god.
462.	Olsen:	Jeg gjentar.. dette dreier seg ikke om økonomi.
463.		Det dreier seg om kvalitet i tilbudet.
464.		Og bare for å ha sagt det.. Flekkefjord sykehus.
465.		Det skal bestå.. det skal videreutvikles.. og vi ´har behov for Sørlandet.. for Flekkefjord sykehus i et lang..
466.		også i et langsiktig perspektiv.
467.		Når det gjelder luftambulansse så er vi altså her i den ´unike situasjon at vi har tilgang til redningshelikopteret.. 330 skvadronen som har 98% regularitet.
468.		Så den er særdeles god.. og da går transporten til Stavanger e=.. sykehus som har et meget.. med Stavanger Universitetssykehus.. med et meget godt traumemottak.
469.		(H) Når vi snakker om ´hva bruker vi Flekkefjord sykehus til i dag.. så snakkes det om likeverdig tilbud.
470.		Sørlandet sykehus er det helseforetaket i ´Helse Sør-Øst.. og jeg tror faktisk i Norge.. som har høyest egendekningsgrad.
471.		Det vil si.. det er i Sørlandet sykehus.. så kan pasientene hente innenfor somatikk 82% av det behovet de har for spesialisthelsetjenester.
472.		Det er helt unikt.. i=..
473.		det er kun Universitetssykehus som har det utenom.
474.		Men ´i dette.. så har altså Flekkefjord en egendekningsgrad på 50%.
475.		(H) Og ´det er fordi vi skal ikke ´tilby tjenester fra Flekkefjord.. som ikke er av samme kvalitet som i resten av ´sykehuset.
476.		Og eksempler på fødsler.. som har vært diskutert her.
477.		Så ´skjer det trygt her.
478.		Det er gynekologer som gjør de..
479.		E=..
480.		inngrepene..
481.		Ikke kirurger...
482.		Vi har sectio-beredskap.. vi har anestesilegevakt vi har ´anestesi team.. ´anestesi sykepleiere.. ´operasjonssykepleiere.. i vakt 24/7.. med laboratorietjeneste i vakt 24/7.. for å ivareta et trygt og godt fødetilbud.
483.		Men da er altså den fordelingen.. den er gjort ´strikt etter fødeveilederen.

484.		Så her er det normalfødende.
485.		Og Flekkefjord sykehus er fantastisk flinke.. for de er lojale til det.
486.		Så de kompliserte fødsler sendes til Kristiansand.
487.		Og da har vi flyttet på grensen for normalfødende for å utnytte 'kapasiteten.
488.		Så vi flytter rett og slett grensene ved å gå i dialog med primærlegene..
489.		og i 2016 så økte vi antall fødsler med 60.
490.		Så vi er nå på 456.
491.		Dette 'er fordelingene og bruker kompetansen på en fornuftig måte.. og da på den måten så kan befolkningen få den 'største delen av tilbudet sitt for de helt de-.. topp kvalitet i Flekkefjord.. men når det blir <X de X> spisset.. 'lite volum.. så må vi altså samle det.
492.		'Ikke fordi vi har dårligere.. mindre kompetente folk e=.. som jobber i Flekkefjord.. men fordi vi greier ikke å rekruttere og opprettholde kompetansen med et såpass begrenset befolknings{grunnlag.}
493.	Munksgaard:	{Men..}.. Jan-Roger Olsen.. <X jeg må X> nå må jeg.. nå må jeg spørre deg.. for 'det der gi=s noen 'relativt 'klare beskjeder i fra dette politiske panelet.
494.		Det..det..det.. gis noen noen beskjeder til deg som direktør, som '(@ 'du må være musikalsk nok til å lytte til @).. {ikke sant...}
495.		{Olsen: Ja...o=..}
496.		Og da er det...e=..hv-..
497.		Altså.. hvor 'er det...
498.		hva er det du 'ikke forstår.. av dette som blir sagt?
499.	Olsen:	Ja...e=... nå-..
500.		før vi gikk i gang... så 'hadde jeg satt 'veldig stor pris på å kunne 'sittet ned med flere aktører.. og rett og slett fått anledning uten å sitte i en slik sal.. og i et slikt klima som vi nå gjør.. og snakke om 'hva er de reelle 'utfordringene?
501.		Hva er det vi jobber 'med? Og hva har vi fått til? Men, altså...
502.		Og det kom av at < SIT Jan-Roger Olsen du ønsker å legge ned {Flekkefjord sykehus SIT}>
503.	Munksgaard:	{.. nei, det sier vi ikke..}
504.	Olsen:	Nei.. men 'det ble altså også sagt her i forkant av enkelte i sånn liten dialog vi hadde gående her...

505.		Det er altså ikke {en realitet.} {Munksgaard: Nei.}
506.		Jeg ønsker å videreutvikle dette sykehuset.. ´men jeg har et kriterie.. som jeg har brukt og blitt kritisert for i forhold til Arendal sykehus..
507.		Det tilbudet jeg står for det skal altså være så godt at jeg selv vil bruke det.. og bruke til mine nærmeste.
508.		{Det er et kvalitetskriterie som jeg legger til grunne..} {Munksgaard avbryter: Men du har..men du har..du har}
509.		
510.	Munksgaard:	..samtidig så har du ´da.. fått noen klare beskjeder her.
511.		´Hva som ligger ´i Stortingets vedtak...
512.		(H) Der er også et..e= en klar ´oppfatning av at det du tilbyr nå.. og det du ´sier at vi skal ha.. eller so- som du inviterer styret til å vedta..
513.		´Det er ´ikke i tråd med det som Stortinget ´har lagt opp til.
514.		Er det ikke da et ´poeng atte du som administrerende direktør.. må lytte til eieren? Eller i hvert fall e=.. de som sitter rundt eieren.
515.		Og.. inn-.. og ´tilpasse deg virkeligheten? Altså så-.. e=.. det er jo.. det er jo det.. det din oppgave er.
516.	Olsen:	Min oppgave er ganske sammensatt.. og det er det som gjør den jobben jeg sitter i særdeles interessant..
517.		Men det er faktisk ´ett område hvor jeg er ganske kompromissløs.
518.		Og så ´skal jeg lytte.
519.		Men når det gjelder..
520.		dreier seg om kvalitet og pasientsikkerhet...
521.		Da er ´det førende for mine beslutninger.
522.		Og da..
523.		igjen.. Vi snakker om e=.. avstand.. det er det jeg oppfatter at man snakker om.
524.		Vi har altså et redningshelikopter som stiller opp her med {98% regularitet {Munksgaard avbryter: Det kan vi..det har vi hørt nå.. det har vi hørt.. men det som er jo...} {Jo.. } er <X det ikke bare X> det som man..
525.		For det avstanden som er kriteriet her, ellers så følger vi...
526.		Jeg tror det vedtak som ligger.. så tror jeg det er nokså ´ordrett tatt ut av det som ligger som føring i Nasjonale sykehusplanen som krav til

		akuttsykehus.. det er nok så ordrett det som er e=.. det.. ett av vedtakene som jeg legger frem på torsdag.
527.	Munksgaard:	Men er det..Kjersti Toppe e=.. er da 'problemet.. med det vedtaket som Stortinget har 'gjort..
528.		at det kan tilpasses.
529.		<X altså X> det kan 'leses på.. på=..på.. e=.. forskjellige måter..
530.		og dermed så så kan det også 'tolkes e= helt ulikt.
531.	Toppe:	Ja..e=.. (H) altså det er jo (Hx) e=.. det det er veldig 'kjekt.. ogs-..'kjekt å sitte på Stortinget.. men det er jo.. 'forferdelig å oppleve den..e=
532.		altså jeg kaller det for den 'uærligheten som er i sykehuspolitikken.
533.		For det at det er akkurat sånn som 'du sier at det vedtaket i Sykehusplanen er 'gjort 'helt bevisst 'for at det 'skulle kunne tolkes for at det 'ikke skulle sette en stopper 'for 'sentralisering av 'akuttkirurgi..
534.		Sånn at e=.. administrerende direktører kan 'komme med e= en innstilling 'akkurat sånn som blir gjort her på Sykehuset Sørlandet.
535.		Jeg ville jo ta=..v-.. direktøren 'litt i forsvar.
536.		Jeg mener at det han har gjort e= er e= ikke noe å 'si på når en 'ser hva som Stortinget har vedtatt.
537.		'Dette ansvaret tillegger jo de 'politiske 'partiene.. og ikke direktøren..fordi de 'politiske partiene som har e=..som har kommet med det vedtaket der der de har sagt at e=.. lokalsykehus i Norge de 'trenger 'ikke akuttkirurgi.
538.		Og e= når e= når e= når Venstre da sier at jo <SIT men det gjelder ikke Flekkefjord SIT>.. ja hva slags sykehus 'gjelder det i Norge da? Gjelder det 'Gravdal? Gjelder det 'Narvik? Eller gjelder det 'Odda? E=..og jeg kjenner 'de sykehusene godt.
539.		Og de har.. like store 'avstandsutfordringer de som her.
540.		Så hvorfor gjør man et vedtak som da ikke skal gjelde på.. noen sykehus.
541.		Da kunne en heller ha stemt for Senterpartiet sitt forslag.
542.		Jeg har lyst til å 'lese det opp.
543.		Det var sånn.. < SIT Stortinget ber regjeringen 'sikre at 'Flekkefjord sykehus 'videreutvikles som et 'fullverdig lokalsykehus med minimum

		´døgnberedskap i ´akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og ´styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionene SIT>
544.		Det fikk stemmene til SV.
545.		Og {´ingen andre..}{applaus}
546.	Munksgaard:	{{(KREMT)}} Ja..men det er jo interessant..e=.. Hans {Fredrik Grøvan..}{Grøvan: Ja..}
547.		Dere klarte ikke å støtte ´det?
548.	Grøvan:	Vi har e= fremmet og stemt for følgende forslag.. < SIT Stortinget ´ber regjeringen sikre at lokalsykehusene, såkalte ´akuttsykehus, som i dag ´har akuttkirurgi beholder denne akuttfunksjon for å sikre god og forsvarlig beredskap i hele landet SIT>..{Og det..}
549.	Munksgaard:	{Der-..og dere..} og dere klarte ikke å snakke sammen og bli enige om et felles forslag.
550.		{Grøvan: Dette er også...}{Toppe: <X vi støttet de X>}
551.		{Grøvan: Senterpartiet støttet oss..ja..ja..}
552.	Toppe:	{Men de støttet ikke oss}
553.	Munksgaard:	Ok..Ja.. riktig. Det er {godt}
554.	Grøvan:	{Fordi} at vi har e=.. summert e=.. ´alle disse sykehusene
555.		disse fem som vi snakker om i dette.
556.		(H) Men jeg har også lyst til å ´lese det som e=.. det som flertallet vedtok.
557.		Det er ikke blitt lest opp her.
558.		E=.. Olsen var inne på det i stad.
559.		Der står det sånn at e=.. <SIT Stortinget, ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgisk tilbud fortsatt vil ha dette ´når hensyn til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivarettat SIT>
560.		Det er med andre ord ikke noe ´absolutt om at en ´skal fortsette å ivareta akuttkirurgien.
561.		Det er en ´vurdering som skal gjøres i det enkelte tilfellet.
562.		Det synes jeg er en ´vesentlig.. forskjell.
563.		Og da må en også stå ved det en har vært med på.
564.		E=..
565.		Og da vil jeg stille spørsmålet som Toppe.. betyr det at ´alle disse fem sykehusene.. mener en at alle de skulle ha akuttkirurgisk tilbud ´fortsatt? Da måtte en stemme for det i Stortinget, og ikke overlate dette til.. det enkelte foretak.

566.		(lett applaus)
567.	Munksgaard:	E=..(KREMT) e= e= Odd Omland e=.. e= når når..ja..værsågod..
568.		Du du Gisle har spurt lenge.
569.		E= jeg beklager.
570.		Du er så.. så unnselig og liten.
571.	Saudland:	{{(latter fra salen)}} {{(@Hehehe@)}}{<X Det sørlandske X>
572.		(H) Men.. nå er vi jo på en måte inni det som e=.. på en måte e=..er liksom ikke sant den den..d-.. liksom politisk 'kjekling.. ikke sant.
573.		< SIT Vi foreslo det..og dere foreslo det SIT> ikke sant..på en måte.
574.		Altså jeg er på en måte så.. så.. så lei av den derre e=... at nå skal vi liksom alltid ta å skylde på liksom.. på hverandre.
575.		Fordi vi bare må tilbake til 'historien nå..
576.		Så ser vi på en måte at det..e= siden 2001 så har Halden.. Askim.. Sarpsborg.. Sauda.. Florø.. Akershus.. Stensbøl.. Larvik.. Sandefjord.. Farsund og 'Mandal sykehus blitt nedlagt.
577.		Så det er ikke sånn at noen på en måte har sin.. har sin.. har sin rygg fri og på en måte sin.. sin sti 'ren.
578.		Det har vært 'massevis av sykehusnedleggelse.
579.		Så det er jo på en måte litt sånn komisk å på en måte si etterpå at <SIT Nei, nå må vi på en måte 'ikke være med på å styre..
580.		'Da vil vi gjøre det gjør ..gj-.. gjør det annerledes SIT>
581.		Men igjen.
582.		Det vi må tilbake til er jo på en måte.. 'hvordan vi skal 'gjøre.. eller hva vi skal 'gjøre for at 'dette nå ikke skjer.
583.		Og det jeg tror e=..nå-.. det er nå 'to forskjellige ting.
584.		Den ene er.. at det er 'to forskjellige løp.
585.		Den ene er at.. når sykehusstyret møtes på torsdag.. e=.. med.. så tar e= Camilla Dunsæd som e= som er som er rådmann i 'Kvinesdal og styreleder i Sørlandet sykehus og resten av 'styret og sier
586.		<SIT 'Nei.. dette gjør vi ikke
587.		Vi vil.. 'fortsatt 'ha akuttkirurgisk e=.. beredskap e=.. e= i Flekkefjord...
588.		Vi gjør ikke < X dette X> SIT>
589.		Case 'closed.

590.		Alle er fornøyd.. og folk og..går hjem.
591.		Det andre alternativet er at de ´ikke gjør det.
592.		Men da starter jo på en måte den politiske prosessen som vi var inne p-..inne inne på her.
593.		For nå sier jo flere <SIT nei, vi mener at ´dette ikke er nasjonal helse og sykehusplan SIT>
594.		Men det betyr at da får man jo et pro-.. et problem da.
595.		´Fordi.. hvis det er sånn at ´flere sentrale Stortingspolitikere mener at ´dette ikke er i tråd med Nasjonal helse og sykehusplan.
596.		Da blir det jo helt ´umulig for Bent Høie å= å gå inn for det.
597.		Så derfor så er på en måte mitt ´stalltips her at.. her ´kommer det ´til å komme endringer.
598.		Og det skal i hvert fall jeg synliggjøre ´helt tydelig overfor helseministeren.
599.		´At Flekkefjord sykehus skal bestå med e=.. traumeteam og akuttkirurgi.
600.		For det..
601.		noe annet er ´helt uakseptabelt uansett.
602.		(kraftig applaus)
603.	Munksgaard:	Men.. men Odd Omland.
604.		Nå e=..n-.. sett nå at e=.. at styret i.. med Camilla i spissen.. går ´inn for dette her e=.. e= ´forslaget til til Jan-Roger Olsen.
605.		(H).. ´Og.. dette blir velsignet av.. Bent Høie...
606.		Så er det et ´valg..
607.		Og.. for å si det sånn.
608.		Det vil ikke.. det vil ikke ´undre meg om.. om høyre ble kastet ut av regjeringskontorene sammen med Fremskrittspartiet.
609.		Og så kommer da e=... så kommer da Arbeiderpartiet inn igjen.. og da er spørsmålet.. Har Arbeiderpartiet ´rygg nok til å.. ´endre ´på det vedtaket som eventuelt blir fattet nå iløpet av e=..
610.		eller før 1.april.
611.	Omland:	(H) For det første så må jeg si at e=.. det Hans Fredrik sier om at dette utgjøres av Helse Sørøst.
612.		Det ´gjør det ikke.
613.		Det avgjøres av {Bent Høie} {Munksgaard: Ja}
614.		Han har sagt at han skal ha denne saken på ´sitt bord.
615.		Og ´det løpet ´det går nå.

616.		Og med de utsagnene som kommer her i fra.. Ola Elvestuen.. så bør det e= være rimelig klart.
617.		Altså det er Krf og Venstre som har satt ´inn denne regjeringen.. de har en <X samarbeidsavtale X> med denne regjeringa..
618.		Det er klart at de kan sette ´makt bak dette.
619.		Og ´Høie ´må bøye av i forhold til det som er {kommet frem her}
620.	Muksgaard:	{Men hvis de nå ´ikke} gjør det.
621.		Og ´du kom-.. eller Arbeiderpartiet kommer i regjeringsposisjon.
622.		Også ve=-.. kjenner vi historien til Arbeiderpartiet i forhold til sykehusnedleggelse.
623.		Det ble nevnt en e= 8-10 sykehus her som ´har.. forsvunnet me-.. under Arbeiderparti regjering.
624.		Vil ´du.. som e= som.. når du nå hører e= det som blir sagt her.
625.		Og du har vært klar her ´nå.
626.		Vil Arbeiderpartiet kunne ´endre det vedtaket som eventuelt blir e=.. fattet og som eventuelt gjør at Flekkefjord mister..e=.. de e=.. det e=.. den funksjonen som som vi diskuterer
627.	Omland:	For det første så er det vel ikke alle de ´10 som er lagt ned under Arbeiderpartiet.. ´men..
628.		det er klart e= at at det er ´alltid verre å få tannkremen inn igjen på tuba. (Latter fra publikum).
629.		Når den er presset ut.
630.		Men ´jeg skal love deg det.. at jeg har stått på.
631.		Vest Agder Arbeiderparti har gjort...e=..
632.		O-..og vi har ikke sentralt.. diskutert denne situasjonen.. men.. men jeg har jo merket meg både at KrF og.. Venstre og andre ´ikke stemmer for å ´reversere når det er gjort.
633.		Og det er litt vanskelig.
634.		Men jeg skal love at jeg skal gjøre det jeg ´kan.. og Vest-Agder skal gjøre det de ´kan.. for at Flekkefjord sykehus skal ska-..få beholde dette.
635.		Og så skal vi jo sitte i regjering sammen med Kjersti Toppe.
636.		{{(latter)}}
637.	Munksgaard:	{{(@)Ja.. og ´det og det er jo interessant@}}
638.		Altså..e=..
639.		Kjersti Toppe..
640.		Nå.. nå nå e=.. nå svarer jo han ´ullent.
641.		Han svarer han.. han han e= er ikke lenger ordfører i Kvinesdal.

642.		Han er Stortingspolitiker.
643.		Da er det ikke noen som {skjønner hva han sier}
644.		{latter}
645.	Omland:	{Jeg har sagt hva jeg vil gjøre..}
646.	Munksgaard:	{E=..}
647.	Omland:	{@'Veldig klart <X og det har jeg gjort X> hele tiden@} {Applaus og latter}
648.	Omland:	{Du skal ikke 'tillegge meg noe}
649.	Munksgaard:	Kjersti Toppe.. vil e= vil 'du kunne gå inn for.. å reversere dette?
650.	Toppe:	(H) E=.. jeg følger jo med på det som skjer på torsdag jeg.
651.		E=.. og hvis det er sånn at e= e= det blir gjort et 'vedtak.
652.		E= og Helse Sørøst gjør et vedtak.. og statsråden gjør et vedtak.. så= så jo er vi parat til å fremme et forslag.. 'ikke til høsten men i= i i vår i= Stortinget.
653.		Sånn at e= vi får det tilbake igjen.
654.		Der det 'skal være.. og at vi får et 'tydelig signal..e= ut.
655.		Jeg synes jo ærlig talt at det forslaget til vedtak.. det er jo utrolig 'masse (H) å si om det.
656.		Altså makan til e= ja e= til tilsløringer altså..
657.		Det er jo det ene punktet slår jo det andre 'ihjel.
658.		Og det er jo egentlig umulig å vite hva som egentlig 'blir foreslått.
659.		Jeg mistenker jo at e= punktene er valgt med omhu.. 'nettopp for at det ligger en stor.. stor e= e= altså at e= en kan tolke dette her i foretaket seinere.
660.		'For eksempel (H) så merker jeg meg at det som blir fremstilt som en glede.. e=.. e=.. punkt e= 4 om at om 'ortopedi.. e= så er det tatt 'vekk ordet operasjoner.
661.		Og hvorfor det? E= e= e= er det med hensikt eller ikke hensikt.
662.		'Hvor stor sengeavdeling i kirurgi skal e= det være her? Og.. e= tilslutt så er det jo dette her et 'mulighetsbilde
663.		Som skal e= innarbeides og e= e= det er slike ord og begreper som er på en måte 'veldig lite konkrete.. så jeg er 'veldig skeptisk til 'hele innstillingen.. e=

664.		'Til administrerende e= direktør 'og.. og dette her med med traume enhet.
665.		E= jeg er ganske 'sjokkert over det som står i innstillingen når det står om stabilisering og vurdering.
666.		Så står det at e=.. her skal det 'turnuslege og anestesi lege ha en 'nøkkelrolle.
667.		Husk på at 'Rjukan sykehus er 'nedlagt fordi at 'turnuskandidaten var alene i vakt.
668.		Der var det 'fremste argumentet.. for nedlegging av Rjukan sykehus.
669.		Og 'da snakker vi om kvalitet.
670.		Det er 'bare tull det kvalitetsargumentet som blir brukt i fra administrerende direktør
671.		{det er helt andre intesjoner som er}
672.		{applaus}
673.	Munksgaard:	Det er bare tull dette du holder på med? (latter fra salen)
674.	Olsen:	For å starte et resonnement så er det jeg er på jakt etter det er å gjøre tiltak i 'forkant av utilsiktete hendelser inntreffer.
675.		Det vil si ikke 'etter at skade har oppstått.
676.		Og jeg gjentar at akuttkirurgi.. det er altså en 'svært begrenset del av aktiviteten ved Flekkefjord sykehus.
677.		Akuttortopedi 'skal videreføres og det skal gjøres operasjoner.
678.		Og for å underbygge 'det.. så er altså.. akutt ortopedi..
679.		der har vi.. meget god kvalitet.
680.		Det er vesentlig høyere volum her i dag.. og det er et særdeles også voksende.. volum etterhvert som vi blir eldre.
681.		Dere er kjent med at e=.. tar vi Flekkefjord sykehus så er altså befolkningsveksten i Flekkefjord.. den er som i landet og i Sørlandet forøvrig.
682.		1% årlig.
683.		Og tar vi og kikker fremover i kula så i tillegg blir vi eldre.. så i 2030 så er det altså '50% flere.. over 70 år også i Flekkefjord.. 'enn det er i dag.
684.		Og da er ortopedi.. det er et særdeles volum.. e=.. det er et område som kommer til å vokse 'mye i volum.
685.		Og det er ..
686.		dette dreier seg om tillit.

687.		Og det dreier seg om å ha tro på hva er det denne direktøren og denne ledelsen står for..
688.		Og i Sørlandet sykehus så har vi altså e= knapt med investeringsmidler.. men de siste to år er det investert 25 millioner kroner.. i et poliklinisk areal her.. for å trekke onkologiske pasienter.. kunne behandle de lokalt.
689.		Gi dialyse lokalt og så videre.
690.		I tillegg så er det investert i en MR som samlet med ombygginger og tilknyttet mamografi.. nærmere 10 millioner kroner.
691.		Også fordi her skal vi sikre kompetansen.. styrke beredskapen.. gjøre diagnostikken bedre.. innenfor områder hvor det er volum og hvor vi greier kvalitet i ..i=..
692.		innenfor det volumet som vi har (H)
693.		Og i tillegg så jobber vi altså nå med å=... man kan like eller ikke like.. og man vet at det har vært diskusjoner..
694.		for å ha et akutt sykehus må du da ha akuttmedisin og akuttkirurgi.
695.		Legeforeningen var klinkende klar <SIT skal det være et akutt sykehus må det ha begge deler SIT>
696.		Men beslutningen fra direktoratet.. og vurderingene har altså blitt annerledes.
697.		Det kan man dele.
698.		Og i tillegg så har man altså nå for første gang på 20 år..
699.		så har man etablert en ny spesialitet som heter mottaksmedisiner.
700.		Den skal etableres nå.
701.		Vi har meldt inn at her kan vi tenke oss at her kan Sørlandet sykehus Flekkefjord kanskje være en pilot.
702.		Og da er det nettopp å ta tak i den gode medisinske kompetanse vi har.
703.		Hva trenger medisinerne av tilleggskompetanse for også å kunne gjøre de kirurgiske vurderingene på en meget god måte.. som vi snakker om.
704.		Og det er altså under utvikling.
705.		Og det har vi.. tenker vi at vi skal styrke med et ekstra vaktskift.
706.		Medisinerne her har en meget stor arbeidsbelastning.
707.		3 nye LIS leger står.. vi er beredt til å gå inn i det.

708.		Vedtaket er omfattende.. ´nettopp fordi vi forplikter oss.
709.		For ´sett fra en administrasjonsside.. så er det som ´legges frem til styrevedtak..
710.		da kreves det altså styrevedtak for å ´endre det.
711.		Og det er mye som ´ikke behøvde stått i dette vedtaket her.. ut i fra hva vi nå skal endre.
712.		<X men det X> er nettopp for å ´sikre sammenhengen.. være veldig klare.. at dette ´er forpliktende.
713.		´Skal det gjøres endringer.. så må det på nytt opp til styret.
714.		´Ikke en administrativ beslutning.
715.		(H) Og det må ikke være tvil.. ´Flekkefjord skal styrkes på alle områder hvor vi har befolkningsgrunnlag til å sikre kvaliteten i et langsiktig perspektiv.
716.		Og det er ikke bare for å tilfredsstille politikere.. det er rett og slett fordi vi er avhengige av det for å få gitt det tilbudet som Sørlandet sykehus er forpliktet til å gi til befolkningen sin.
717.	Munksgaard:	Tronsmoen.
718.	Tronsmoen:	Ja.. dette synes jeg jo at er e= oppløftende toner fra e= sykehusdirektøren.
719.		Og det er klart det som han sitter og sier nå.. hvor man ´skal videreutvikle sydre-.. Flekkefjord sykehus.
720.		Det må jeg bare få presisert at.. ´det skal alle dere som sitter her i dag og arrangørene av debatten her i dag.. aksjonsgruppa "Bevar Flekkefjord sykehus" ha veldig mye av æren for.
721.		For det er når lokalsamfunn mobilisere.. når folk møter opp.. når man står opp for sykehusene sine og for velferdstilbudene sine.
722.		Det er faktisk da man kan klare både å bevare sykehuset.. og få videreutviklet sykehuset.
723.		E=..
724.		Så bra at han har et fokus der.. og det er mye takket være dere.
725.		Men det jeg egentlig tegnet meg for å si det var at i denne debatten her.. så blir det.. det blir jo veldig mye sånn derre småkranglig på småord og formuleringer og..
726.		Ja.. nei hva vedtok Stortinget, og hva fremmet KrF og hva fremmet SP og ja det stemte SV for <@hehe @>

727.		og hva var det egentlig flertallet vedtok og så videre.
728.		Jeg synes at det er veldig trist.. at politikk blir så mye alle disse bittesmå formuleringene.
729.		Og hvordan det skal tolkes og alt sånt.
730.		Men.. i 'bunn.. altså det som ligger til 'grunn for dette.. er jo at man har ulike partier som har 'ulike tanker om hvor mye 'politisk styring vi 'egentlig skal drive med.
731.		Og det handler ikke nødvendigvis om hvor mye 'politikkerne skal bestemme, men hvor mye 'demokratiet skal bestemme.
732.		Hvor mye 'folk skal få bestemme over..
733.		Og i Norge i dag så har vi en 'foretaksmodell..
734.		Det 'betyr at sykehusene skal styres etter <@ bedriftsøkonomiske prinsipper @>.. mer eller mindre.
735.		Og det skal styres.. av noen styrer og noen byråkrater som mottar høye lønninger.. og som sitter og tar avgjørelser i stedet for.. at politikkerne skal inni de avgjørelsene.
736.		Og det er egentlig.. ei avdemokratisering.
737.		Og noe av det som på en måte er fordelen med foretaksmodellen.. SV er i mot.. vi har hele veien vært i mot..
738.		det 'er jo.. at man alltid kan skylde på noen 'andre når upopulære og vanskelige beslutninger skal tas.
739.		Og når vi ser de herre..va.. vanskelige formuleringene ikke sant.. som Elvestuen må må klare opp i og alt sånt.. altså ..her sitter det noen partier som sitter og styrer.
740.		Det er Høyre det er FrP.. det er Venstre.. og de sitter og de 'ønsker å ha ullne formuleringer sånn at det skal bli 'opp til foretaksstyrene å tolke det.
741.		Fordi at de 'selv ikke ønsker å stå der med det politiske ansvaret og innrømme at <@ ja @> <SIT dette er faktisk den utviklingen vi ønsker SIT>
742.		'Så.. min oppfordring til dere som sitter og og hører på er jo.. e= ikke ikke e=.. altså.. ikke meld dere av fordi det blir for 'mye vanskelige 'ord.
743.		Se at det finnes politiske skillelinjer her.. og se at vi trenger et politisk 'skifte.. i landet vårt.
744.		Det kan {ikke være de styrende partiene der sånn, som får fortsette sånn..} {applaus}
745.	Munksgaard:	{ (KREMT) }Odd..

746.		du hadde en e=.. replikk på dette..
747.	Omland:	Ja.. nei for det første så så vil jeg vel si det at e= det er jo ´merkelig når en ser av mindretallet i i den ´prosjektgruppa som ´bruker e= e= scenarioer.. på 60 til 80 000 som ´bruker de scenariene som sto-..
748.		´hele Stortinget har sagt at en skal se ´vekk i fra.
749.		Og da blir det veldig ´underlig i forhold til at en bruker ´de.. inn i dette.
750.		Det er jo nettopp det som en hevder her med ´volum som er.. e= men det har Stortinget ´sagt at e= skal tas vekk i fra.
751.		(H) Så er det jo.. må jeg jo bare få sagt og at ´denne kampen som Flekkefjord har ført.. har jo kommet utrolig langt.
752.		´Tenk på hva en begynte med.
753.		En begynte med distriktsmedisinsk senter her som var innstillingen.. og så s-.. e=.. er det ´veldig mye godt ´også i den innstillingen til Jan-Roger Olsen.
754.		(H) Og når han var på Stortinget så gav i han veldig ´ros for når han satte i gang denne prosessen.. og måten han satte i gang prosessen på.
755.		Men rosen var ikke så god i ´andre runde.. med møter.
756.		For en snublet.. ´veldig.. ´veldig mye i innspurten.
757.		Men det var en bra prosess som han satte i gang.
758.		Hadde en bare fullført den.
759.		Og og å= hørt e= på dette.. så.. så..e=..
760.		det har skjedd mye.. men vi er liksom ved selve ´akillesen nå i det.. som mye som gjenstår i sluttfasen.
761.		Men.. men.. jeg må si at når en ´hører dette her.
762.		Jeg vil gjerne gjenta meg.
763.		´Ansvaret ligger på Høie.. og jeg kan ikke ´forstå ut i fra de signalene som blant annet Ola Elvestuen sier at han skal følge opp..og jeg snakket også med Ketil Kjenseth seinest på torsdag.
764.		Det er klart at de..de har <X trøkk X> her og da har ikke Høie så mye valg tror jeg.
765.	Munksgaard:	Er du enig i dette e=.. Elvestuen?
766.	Elvestuen:	Ja.. det blir ingenting å reversere.. ja
767.	Munksgaard:	E=..Ja..

768.		det blir ikke noe..nei.. nei..
769.	Elvestuen:	Nei definitivt ikke {Munksgard: Da går.. da går vi hjem da..?} {og jeg synes hele ´argumentasjonen er..} {latter fra publikum}
770.		Ja..jeg synes man skal se på hva som ´faktisk ´skjer.
771.		For er det ´en ting vi har gjort i denne perioden.. så er det <X> det er det jo at vi har ´tatt tilbake ansvaret.
772.		At det er også det..
773.		nå ´skal det ikke nedlegges sykehus i Norge.
774.		Det klarte ´ikke SV i sin tid.. det klarte ´ikke Senterpartiet i sin tid.. det klarte ´ikke Arbeiderpartiet i sin tid.
775.		Nå er det ´vedtak på Stortinget som ´sikrer at vi ´ikke skal nedlegge sykehus.
776.		Det er det ´Venstre.. Høyre og FrP som har fått e= vedtak på..og når det gjelder...(applaus).
777.		Ja.. og når det gjelder nå på at atte vi skal nå ´drive her med noen ´ullne formuleringer.
778.		Vi skal altså ha en plan som er et ´styringssignal ut til e= sykehusene.
779.		Og da er det.. og jeg ´mener faktisk det er et.. du skal skal ikke inn i ´alle detaljer.
780.		Men du skal sørge for at det er politikken din som gjennomføres.
781.		Og ´her sånn.. hvis nå styret gjør et vedtak som vi mener ´ikke er i tråd med.. med planen.. så blir selvfølgelig den rollen.. da blir det fra Statsråden og nedover.
782.		Og hans oppgave å sørge for.. at vedtakene big-..bringes i ´tråd.. med det som er flertallets ønske.
783.		Og det kommer vi selvfølgelig til å gjøre.
784.		Og det ´kommer ikke til å bli noen ting som må reverseres i etterkant av det.
785.	Munksgaard:	Kan jeg bare spør.
786.		Nå.. nå for nå nå er vi inne på hele kjernen her.
787.		´Det forslaget som ´ligger på ´bordet her...
788.		Er i strid med ´det som dere har vært med på.. å= vedta.
789.	Elvestuen:	(0)Som jeg sa i stad.
790.		Ja.
791.	Munksgaard:	Ja.
792.		Det betyr at Jan-Roger Olsen selv om han nå får flertall i styret.. så blir dette stoppet?
793.	Elvestuen:	Da blir det en prosess .. fra .. s-..

794.		Det er statsråden som har ansvaret {for gjennomførelsen <X av Stortingets vedtak X>} {Munksgaard: Ja.
795.	Munksgaard:	Og du skal.. }du skal henge på ham på ham som en klegg?
796.	Elvestuen:	Ja.. vi skal bli ´enige om at sånn gjør vi det..
797.	Munksgaard:	Ja riktig.. ´men betyr jo ikke det-.. dette må jo bety at e= Jan-Roger Olsen allerede ´nu.. kan gjøre noe med dette. (latter fra publikum).
798.		Denne innstillingen.
799.		Så slipper vi dette surret..
800.		På Stortinget..
801.	Elvestuen:	(@Hehe@)..Vi har ulike roller.
802.		Han har sitt ansvar.
803.		´Styret har sitt ansvar.. men jeg tror ikke det er mulig å uttrykke noe ´tydeligere ´hva som vil skje i etterkant.. for styret.. ut fra de vedtakene som det de gjør.
804.	Munksgaard:	Kjersti Toppe?
805.	Toppe:	E=..en kan ikke styre et land på denne måten her.
806.		Og en kan ikke ´styre sykehusene på den måten som Venstre holder på med nå.
807.		Jeg synes det er ´ganske så uærbødig.. å=.. altså vi snakker om nasjonal helsepolitikk.
808.		Vi hadde en nasjonal Helse- og Sykehusplan som ´alle gikk til valg på og var ´veldig glade for at vi fikk.
809.		Og endelig nå så skulle det bli ´slutt på det her.. masse debatt og masse e=.. usikkerhet og så skulle ´Stortinget e= ta e= ansvaret og styringen over sykehuspolitikken.
810.		Da synes jeg det er ´ganske spesielt at en ´sitter her e= og gir klare beskjeder til direktøren ved siden av deg.
811.		Du skal henge som en klegg hist og pist.
812.		Altså det er ikke ´sånn en styrer sykehus {politikken..litt tilbake igjen...nei..e= men...e= det er Ketil Kjenseth som har..utta-. han har sagt i dag også} {Elvestuen: Nå var det vel ikke jeg som <X sa å henge på som en klegg, det var Munksgaard som sa jeg skulle henge på han som en klegg X>} {Munksgaard: <X @hehe.. nei det var meg X>}
813.		Jeg.. jeg tenker jo at e=..(H) e=.. når du e=.. når Venstre sier at nå skal det være en prosess.. og

		slikt og sånn så er vi tilbake til sånn som det alltid har vært.
814.		E=.. så Venstre 'har jo et spesielt ansvar.
815.		Det var 'Venstre som gikk i.. gikk i i å skapte flertall 'for sykehusplanen.
816.		E=.. og da synes jeg at Venstre måtte komme mye sterkere..e= signal enn å si ut i lufta at vi er vi synes ikke det her vedtaket her er godt nok.
817.		Det er dere som bestemmer sykehuspolitikken (H).. og nå må en nok ta ansvar for det.
818.		{{(applaus)}}.
819.	Munksgaard:	{Da vil jeg.. e=.. greit}
820.		Vi skal inn på på litt e=.. veldig 'korte spørsmål her.. for det er e= veldig enkle og greie svar vil jeg tro.
821.		Og så skal jeg gi e= anledning til enkelte spørsmål fra salen.
822.		Og e= der er det noen stykker.
823.		E= jeg ville..du må i hvert fall..
824.		du kan få ordet og.. men du er i hvert fall nødt til å finne en mikrofon også dele ut e= etterhvert..
825.		Jeg vil.. jeg vil nå spørre deg Ingunn Foss nå.. frykter du 'konsekvensene... for oppslutningen om Høyre når folk går til valg nå i september?
826.	Foss:	Ja.. altså jeg tenker at e= syk.. helse og sykehuspolitikk handler om noe mer enn mitt kandidatur til Stortinget.
827.		Det er 'mye viktigere enn det.
828.		For meg så handler det 'overhodet ikke om det.. men det handler om at vi må være sikre på at det tilbudet som våre innbyggere 'får.. har en kvalitet som jeg kan forsvare.
829.		Og der er jeg helt på linje med sykehusdirektøren.
830.		Jeg kan ikke 'forsvare hvis jeg 'vet at tilbudet.. hvis jeg 'kommer her i en nødssituasjon til Flekkefjord sykehus.. og heller skulle ha vært et annet 'sted.
831.		Det kan ikke jeg forsvare..
832.		{Men der er det jo stor uklarhet} {Munksgaard: <X men det er jo ikke noen som har sagt det X>}
833.		Og.. og jeg må jo få lov til å kommentere Kjersti 'Toppe og når hun er så høy og 'mørk.. i denne sammenhengen.

834.		At de styrte i 8 år.. og de klarte ikke å legge frem noen Nasjonal (H) helse- og sykehusplan på 8 år.
835.		Og mange sykehus ble lagt ned.
836.		Og det er jo helt rett som Ola Elvestuen sier.
837.		Da er det i hvert fall knesatt at ingen sykehus skal legges ned.
838.		Og det kommer ikke til å skje noe med dette sykehuset heller.. før det kommer på Bent Høies bord.
839.		Og som tidligere nevnt.. så har jeg sagt at jeg synes at i dette forslaget så er det noen spørsmål i forhold til hvor trygt dette kan være.
840.		Hvis e=.. uhellet er ute.
841.		Også er det nå noe med prosessen.. som jeg synes heller ikke er i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan eller det som er lagt av prosesser i etterkant av at planen ble vedtatt.
842.		Så det synes jeg at..e= i hvert fall er det de signalene som jeg vil ta tilbake igjen til.. helseministeren i forhold til.. til det som e= ligger i bordet nå.
843.		Men at dette handler om min posisjon som politiker.. nei det gjør det ikke.
844.	Munksgaard:	Ikke det grann? {Ikke det grann?}
845.	Foss:	{Det er mye viktigere enn det}
846.		Nei.
847.		Det er mye viktigere enn det.
848.		Det er mye viktigere enn min posisjon <X som politiker X>
849.		(lett applaus)
850.	Munksgaard:	Det er greit.
851.		E=..e= Odd Omland.. Jeg må bare spørre deg.
852.		Nå har jo du da..
853.		du kjenner jo denne styrelederen i Sørlandet sykehus relativt godt.
854.	Omland:	Ja.
855.		(latter fra salen)
856.	Munksgaard:	Ja.
857.		Det er vi enige om.
858.		Har du et godt råd å gi til styrelederen i Sørlandet sykehus nå.. helt på tampen før vi før vi lar e=.. disse andre.. eller noen folk fra salen komme til.
859.		Har du et råd til e=.. Camilla?
860.	Omland:	(H) Kan jeg først si ut i fra det e= Ingunn Foss sa.

861.		Altså.. det som det vil 'stå på i Vest- Agder det er mitt andre mandat.. og Høyre sitt andre mandat.
862.		Og jeg tror i hvert fall jeg har 'vist i denne regionen at jeg har vært en sterk talsmann hele veien..
863.		Og har vært krystallklar på hva jeg mener om Flekkefjord sykehus.. sånn at det er sagt.
864.		'Så må jeg si at.. at e=.. når det gjelder Camilla så har vi i alle år hatt e= e= ø= vært veldig klare på 'hvem sine roller det er.
865.		Og 'den rollen skal ikke jeg ta på meg å forkludre.
866.		Jeg tror Camilla skjønner veldig 'godt hva signalene er.. og de er det opp til henne å vurdere.
867.		Vi har tross alt.. som Ola Elvestuen og var inne på her, forskjellige roller.. så.. men jeg tror nok ikke at Camilla kjenner på trøkket.. for å si det sånn (latter).
868.	Munksgaard:	(@ hehe @)..Kjersti Toppe.. jeg har et lite spørsmål til deg også..
869.		Det er jo mange her som da..e= sånn som en kunne høre på applausen her at.. så er det mange som ønsker deg som ny helseminister (H)..e=...(applaus)..men e=.. ville du hatt 'gjennomslagskraft dersom Senterpartiet e= setter seg i regjering sammen med Arbeiderpartiet? Ville du klare å hamle opp med 'Odd og guttene i.. (@hehe@)
870.		(latter)
871.	Toppe:	(@ Hehe..Ja..ja.. ja @) ..nei..
872.		Altså det det er jo egentlig så er dette veldig enkelt e=..
873.		E=..det er jo snakk om å sikre noen basis 'fus-..funksjoner på sykehus.. der både kirurgien og indremedisin er med.
874.		E=..e=
875.		utover det så skal jo ikke politikere blande seg så mye om.
876.		Det skal jo være en oppgavefordeling mellom sykehus i Norge.. lokalsykehus 'skal ikke gjøre alt 'spesialiserte sykehus 'skal gjøre noe annet.
877.		Men de 'basisfunksjonene som faktisk den norske legeförening og anbefaler.. 'de mener jeg vi må jo kunne klare å bli enige 'om.
878.		E=.. i en ny regjering.

879.		Og jeg tror vi har lært såpass é= at er det noe som vi må sikre ute i folket..e= tryggheten i alle lokalsamfunn.
880.		For det er jo det dette handler om.. så er det det.
881.		Så e= det er i hvert fall vi knalltydelig på.
882.		Det har vi også vært.. og jeg tror både.. holdt på å si.. folk og fe alle e=.. ja.. forstår e= at dette er noe som betyr e= mye for e= Senterpartiet.
883.	Munksgaard:	Det er greit.
884.		Da e=...Rolf Terje..
885.		da er det da= hvis du nå kikker ´rett ´omtrent rett bak deg.
886.		Der ´li-..sitter Lillemor Furuseth.
887.		Hun har.. e= hun har sagt at hvis ikke hun kommer til ordet ´først.. så kan hun ende på sykehuset..(latter fra salen).
888.	(Publikum) (Lillemor Furuseth):	Jeg endte der for tre uker siden, det gikk godt.
889.		Det gikk i hop godt.. men jeg har vært med på alle disse møtene.. og jeg husker så godt jeg traff deg i gangen.. bak.. <X på det X> første...folkemøtet.
890.		Og da tenkte jeg at det var godt han er med.
891.		For han er en ´god mann for Flekkefjord.
892.		Men ´troll hvor,.. hvor galt dette endte.
893.		Jeg så,.. jeg er så ´lei meg..
894.		Jeg har bedt for deg.. og jeg har gjort alle ting.
895.		Men åssen Bent Høie..han var jeg også borti.
896.		Så si til han <SIT Høie.. nå må dere bruke ´vedet SIT>.. sa jeg..han er fra Rogaland, han forstod vedet.. det var ikke vettet.
897.		Så så s-..svarte jeg.. men nå det er ikke så jeg har sittet og tenkt og tenkt.. så må jeg ta en <X avstuss X> replikk.
898.		´Men jeg skal først fortelle hvor langt vi egentlig har kommet.
899.		For snart 66 år siden.. ´da lå jeg på det gamle sykehuset i Flekkefjord og fikk mitt ´første barn.
900.		Og da stod.. han som var.. det var bare en lege.
901.		Og han var jo direktør og alt sammen.. og han stod med en sigarett.. han skulle undersøke jentungen min.
902.		Med sånn en lang e= sneip på.
903.		´Tenk så langt vi har kommet.
904.		Med hygiene og alt liksom.. det var ikke så mye hygiene tror jeg, men vi fikk barna allikevel.

905.		Tilslutt var det jo greit de kom ut i Flekkefjord..jeg fikk syv barn på 10 år.
906.		Tilsammen.
907.		Og det er jeg veldig veldig glad for.
908.		På Flekkefjord der..
909.		på sykehuset det sykehuset det var jo noe 'helt annet.
910.		Men det var i grunnen ikke det jeg skulle si.
911.		Jeg ville bare at dere skulle vite at vi står ikke stille i utviklingen.. vi har kommet jo langt og kommer fremover.
912.		Men det er så mange flotte ord..og fine ord at jeg har gitt opp for 'lenge siden.
913.		Men jeg har jobbet i politikk siden jeg var 20 år.
914.		Men men jeg vet jeg har aldri hørt sånn det som det derre.. hva var det han sa hvis du skulle beholde... Da var det et ord.. men jeg har glemt det.
915.		Men men i hvert fall.
916.		Når jeg snakket med han Høie så sa jeg <SIT nå må du bruke vettet SIT>
917.		Og etterhvert.. jeg har sittet og tenkt.. så var det en engang som sa <SIT De kan ikke 'bruke noe de ikke har SIT>.. men jeg ønsker at dere kommer frem til et forslag likevel.. og så skulle jeg ønske dere ville gå tilbake til det gamle.
918.		At vi hadde et lokalstyre.
919.		Jeg var med i 12 av 15 år som jeg 'jobbet på sykehuset.
920.		Så var jeg med i lokalstyret.
921.		Og da var det jo aldri noe sånt tull og tøys da som det er nå.
922.		Nå må de debattere med tusenvis av mennesker for hver minste dritt.. ja sånn er det.
923.		Men takk for meg.. og lykke til videre.. Roger..Håper du går over til 'oss..Ja..
924.	Munksgaard:	Takk skal du ha...(KREMT)
925.		Takk..e=..jeg no-..noterer litt her
926.		Jeg ser Andersen og jeg ser Rafoss og så var det Runar Nilsen.. Runar Nilsen.. hvor er du henne.. Du er der oppe..
927.		Helt.. helt her oppe står...vi må ha..
928.		og du fortsetter å gå..
929.		der kommer e=...vi begynner med Runar Nilsen og så skal vi ordne det etterpå.. Rolf Terje.
930.	(publikum)(Runar Nilsen):	Jeg må bruke litte grann sånne tekniske hjelpemidler.

931.		E=..Jeg vil begynne en plass.
932.		Jeg har mange.. og jeg har sterke meninger om sykehus og sykehusprosessen.
933.		Men jeg skal prøve å korte det ned til det som jeg.. anser for å være det viktigste.. og det er forslaget om å fjerne traumefunksjonen og akuttkirurgi.
934.		Det det e= synes jeg er galskap.
935.		Det synes jeg er uansvarlig.. det synes jeg er e= uforsvarlig og det er uakseptabelt.
936.		Sånn at.. e=.. hvis du ser litt inn i den kula så er det snarere et spørsmål om hvor når.. og hvor mange som ikke klarer transporten til Kristiansand og Stavanger.. enn om det kommer til å skje.
937.		Og vi bor i en region med mange stygge ulykker langs hovedfartsåra.. E-39.
938.		Og ved ulykker så stenges den i timevis.
939.		Og omkjøring på.. ja.. dårlige veier og alt det der..
940.		Det.. det kommer til å få dramatiske konsekvenser.
941.		E=..
942.		sånn at jeg kunne håpet at det var enighet om inn til ny firefelts motorvei er.. e=.. går igjennom regionen her.. at det her ikke burde vært diskutert.. det vi holder på med nå.
943.		Det skulle være totalfredet
944.		Hverken mer.. eller mindre.
945.		Og det er jo mange sannhetsvitner her i distriktet.
946.		Som sier rett ut at legene i Flekkefjord har reddet livet til de.. e=..
947.		etter livstruende skader.
948.		Og det er facts.. og det er samfunnet sin plikt og opprettholde det.
949.		For det heter trygghet. Og det må reverseres.. og det må gjøres nå.
950.		Så litte grann til Jan-Roger Olsen.. jeg skal bruke litt fotballspråk.
951.		E=..
952.		mitt bestemte inntrykk er at når det gjelder dette med traume og akuttkirurgi.. så er du i offside.. Jan-Roger Olsen.
953.		Og det har du vært lenge.. i forbindelse med denne prosessen.
954.		Sånn at (H) e=.. ta disse signalene nå..e= som kommer fra politisk e=.. og i fra folk.

955.		Det har vært ´veldig mange hørings svar som har kommet i fra samtlige i bystyret.. kommunestyret i regionen.. e= et samlet fylkesting.. sånn at e=..
956.		det der med ´lik kvalitet til alle i Agder.. det blir for meg en meningsløs floskel.
957.		Og der er sagt mye i kveld som jeg har skrevet ned her men..
958.		jeg vil egentlig avslutte med... jeg har merket meg verdigrunlaget som Sørlandet sykehus har slått opp på sine sykehus.
959.		Det er fire enkle ord.. respekt.. faglig dyktighet.. tilgjengelighet og engasjement.
960.		Så vis nå at det kan summeres opp til den setningen som står nederst.
961.		<SIT trygghet når du trenger det mest SIT>
962.		Og e=..
963.		Avsluttet vil jeg si...til e= Camilla og styrelederen og styret i Sørlandet sykehus.
964.		Nå er ballen hos deg.
965.		Og ballen er hos deg.. hos styret.
966.		Det er nå det gjelder.. og det er nå dere må vise hvem som er sjefen.
967.		Tenk grundig igjennom som innbygger i Lister på ´konsekvensene dette vil gi.
968.		Og gjør det eneste rette, og parker dette nå.
969.		(applaus).
970.	Munksgaard:	Arild.. Andersen...e=..
971.	(publikum)(Andersen):	For noen år siden ble vår datter funnet bevisstløs i bunnen av svømmebassenget på Uenes.
972.		De fikk henne opp.. og de ringte ned på sykehuset.
973.		Hun kom ned der.. der stod beredskap, traumeavdelingen.. akuttavdelingen tok i mot henne.
974.		Hun lå bevisstløs i ca 8 timer før hun kom til seg selv.. og heldigvis gikk det bra..
975.		Da fikk vi beskjed at hadde det ikke vært sykehus i Flekkefjord hadde vi ikke hatt <X Kvinnenavn X> i dag..
976.		Det betyr ´mye mer enn at dere bare snakker om at det er nok befolkningsgrunnlag i Flekkefjord til å ha eget sykehus.. eget akutt mottak.
977.		Men det var våres datter som sykehuset reddet.
978.		(applaus).

979.	Munksgaard:	Rafoss..
980.	(publikum)(Sverre Rafoss):	Mitt navn det er Sverre Rafoss..
981.		Jeg er.. har du kaffe forresten.. jeg holdt på å sovne her.. for det at denne debatten her.. vi har ikke kommet en 'tøddel nærmere det vi var i Uenes-hallen på fakkeltoget'..
982.		Jeg må rose de i panelet her.. de har kjempegode innlegg.
983.		Og Roger Olsen er meget veltalende.
984.		Toppe har sagt det helt klart.. og e=.. at når vi overlater <X beslutningen X> til helseforetakene så får vi det som vi har i dag.
985.		Og her sier Elvestuen det at han kan ikke gå inn på de faglige vurderingene..
986.		det er nettopp det vi må gå inn på.
987.		Jeg har tre gode kamerater som har vært sjefskirurger på Rogaland Universitetssykehus..
988.		Jeg har ganske mye inside-informasjon.
989.		Jeg har 'mye familie som ble operert i Kristiansand.
990.		De har mange gode folk.. men de har mange dårlige folk.
991.		Når det gjelder e=..
992.		Helsedirektøren i Norge så er det en kjent sak at han vil legge ned alle lokalsykehus.
993.		På grunn av at det er får ujevn og for dårlig kvalitet.
994.		Det er et faktum.
995.		Når det gjelder avstander og sånn her til Kristiansand og sånt.. så er det sånn at i forrige uke så var veien stengt i Lyngdal i 4,5 time.
996.		Dagen etter var det tett tåke.
997.		E=.. det som er faktum, medisinsk faktum at e=..
998.		hvis du kan overleve den første halvtimen så har du god sjanser til å overleve.
999.		Når det gjelder e=.. kirurgi og spesialitet så snakker du mot bedre viten.. Roger Olsen.
1000.		Vet du hvor mye e=.. hva som må til for å bli spesialist i kirurgi? Det kan du ta etterpå.
1001.		Jeg vet det.
1002.		Så e=..
1003.		Vi har egentlig ikke kommet noe som helst her.. og det inn.. det Grøvan leste opp til flertalls..<Xuleselig X> i Stortinget.. hvis en hadde hatt bitte grann tolkning inn i dette her

		så hadde en skjønt at det er jo et vedtak.. sier jo klart at det kunne tolkes på hvilken som helst måte.
1004.		Og det er dere som sitter her et bevis på.
1005.		E=..Munksgaard han har kjempet denne jobben nokså alene og han har vært sylklar i dette..
1006.		det skal han ha applaus for.
1007.		Kom igjen! (applaus).
1008.		E= når jeg leste det innlegget det vedtaket der.. så sa jeg med en gang her..e=.. jeg har tross alt eksamen i tolkningslære..
1009.		Dette her kan jeg lage til en til tre til fire til fem til seks minst..
1010.		forskjellige tolkninger av.
1011.		Det var meget uklart.
1012.		Så.. det Toppe sier her.. og det er ikke rart at Senterpartiet nå fosser frem.. det er både Høyre og de andre her ligger syltynt an når det gjelder valget til høsten.. det er helt åpenbart..
1013.		Så e= så..
1014.		Det hvis vi skal angripe noe så må en angripe det vedtaket som nå ligger føre dere.
1015.		Og jeg vil påstå at en kirurg er ikke 'bedre enn den mannen som holder kniven.
1016.		Og jeg vet.. jeg har nå vært på Flekkefjord sykehus nå en halv måned...e= et halvt år.
1017.		Jeg har brukket akselen på fire forskjellige plasser.. jeg kunne.. var så gal på noen at jeg kunne ha slådd de.
1018.		Men nok av det.. det er en av mine kamerater som sier det at du får ikke en kirurg til å søke Flekkefjord sykehus på grunn av den usikkerhet som vi nå har skapt rundt kirurgi.
1019.		Det er ingen unge.. norsk kirurger som vil søke Flekkefjord sykehus, sier han.
1020.		For det at.. usikkerheten er her at de etablerer seg med hus.. unger.. skole og så videre.
1021.		Og neste år..e= omgang så kommer ..så blir sykehus...kirurgien nedlagt.. så mister de jobben.
1022.		Det er et faktum.
1023.		Det er mange som kunne tenke seg å søke Flekkefjord sykehus.
1024.		Det er et veldrevet sykehus.
1025.		Det er opprustet.. jeg måtte selv kjempe hardt for å få <@hehe@> MR på den skuldra mi.. og fikk beskjed der oppe at hvis de skulle ha MR på alle pasientene så gikk de konkurs.

1026.		Jeg ble henvist til to kandidater.. under.. på kontroll.. så sa jeg til de ..en kom rett i fra Ungarn.. en rett i fra Polen.. så skulle han være spesialist på skuldra mi.
1027.		Det er jo hull i hodet.. for å si det rett ut.
1028.		Jeg har.. forresten så hadde vi en kirurg ...en gastrolog..sist gang.. Roger Olsen.
1029.		Kunne du ikke sende han til Flekkefjord og lære oss noe.
1030.		Så vidt jeg forstår så er han nå en annen plass..
1031.		De faglige vurderingene som du gjør.. gjør du de på medisinsk grunnlag, eller gjør du det på økonomisk grunnlag.
1032.		Som journalist.. som jeg og har en del utdannelse i.. så er det en regel som sier at hvis du ikke skjønner noe som helst.. e= så sier de follow the money.
1033.		Takk.
1034.		(applaus)
1035.	Munksgaard:	Ja.. (KREMT) e=.. da e=.. jeg tror vi drøyer med å svare til e= jeg vil få la deg få en liten replikk på slutten her.
1036.		Men nå er det da.. Hellen Rafoss.. e=..
1037.		kommer nå.
1038.		Og her er det nå begynner det å bli veldig mange.. nå..nå får vi ned en mikrofon til Helene.
1039.		Og så må folk tegne seg mens e=... her kommer den ja.
1040.		Ja..e=..
1041.	(publikum) (Christian Stremme):	Christian Stremme.. jeg er anestesilege her på sykehuset.
1042.		E=..
1043.		Jan-Roger.. e=.. det med nærhet.. helikopter.. det har du nå gjentatt flere ganger.
1044.		E=.. vi hadde nå i helgen en pasient e=.. som e= ikke kunne behandles her.. som trengte karkirurg.
1045.		E= og det har vi ikke.
1046.		Så den måtte sendes.
1047.		Og da ventet vi i over en halvtime..e=.. over en time på helikopter.
1048.		Og det var noe som hastet.
1049.		Det var sprekk i e=.. hovedpulsåra..
1050.		Så.. e=.. det er ikke 25 minutt flytid.
1051.		Det tar mye lenger tid.. og hvis det.. så det.. og det e=..
1052.		på det andre.. e=.. kvalitet jeg påstår at vi har god kvalitet her på sykehuset.. og hvis man tar

		vekk kirurgen i traumeteamet.. og erstatter det med et eller annet som ikke finnes enda.. så kan jeg ikke se at det kommer til å øke kvaliteten.
1053.		Det kommer til å forringe kvaliteten.
1054.		E=.. det kan jo godt være at en ny spesialitet.. når den bygges opp..e= om noen år.. kan overta endel funksjoner.
1055.		Men nå har vi generelle kirurger.. som er godt utdannet.. og.. til å ivareta de funksjoner vi trenger.
1056.		Traumefunksjon.
1057.		Mens de som ´ikke finnes enda.. e=.. de kan ikke ta det nå.
1058.		I hvert fall ikke i de nærmeste årene.
1059.	Munksgaard:	Flott.. så er det Liv Hellen.. Liv Hellen her nede. Så kan jeg.. jeg be og folk om å forsøke å være litt korte.. det hadde vært hyggelig så vi kommer hjem i kveld.
1060.	(publikum)(Liv Hellen Rafoss):	Ja det er Liv Hellen Skjold Rafoss.. og jeg sitter i bystyret for Senterpartiet.
1061.		E=.. jeg trenger litt klargjøring i fra administrerende direktør
1062.		Med hensyn til forslag til vedtak.
1063.		Jeg begynner i punkt 2.. Der burde det stå at det skal være ortoped i døgnvakt.
1064.		Jeg har et spørsmål om <SIT dette kan skje ved å utnytte ´ressurser..e= i helseforetaket som helhet SIT>.. så lurer jeg bare på hva du mener med det? Punkt 4.. der mangle vi at det skal være operasjoner i helger.. 24/7.
1065.		Så e= det er det at hvis vi har operasjoner.. e=.. innen ortopedi.. så ville og det opprettholde fødeavdelingen.
1066.		For vi kan ikke ha et vaktlag som bare har.. e=.. vakt for det ene keisersnittet som de venter på..
1067.		E= legevakten trenger og ortopeder på sykehuset.. for vi er ikke en storby med spesialister.
1068.		E= så er det punkt 5..
1069.		der står.. har du skrevet at planlagt dagkirurgi bare til klokken ´seks.
1070.		Og da må vi stoppe veldig.. veldig tidlig.. hvis det skal innføres.
1071.		Og det lurer vi veldig på.
1072.		Punkt 7.. det går på traume.
1073.		Den opplever jeg henger veldig nøye sammen med punkt 10.

1074.		For vi tar imot traumepasientene.. og så sender vi de videre til Kristiansand.. til Stavanger eller til Oslo når de er stabilisert.
1075.		Jeg skulle også bringe budskap om at vi vil være et team.
1076.		Vi er 'kjempestolte av å være i Sørlandet sykehus.
1077.		Men vi trenger Kristiansand, at de stiller opp for oss.
1078.		Dette er definert i den Nasjonale sykehusplanen.. og det opplever vi ikke blir gjort på kirurgisiden.
1079.		Vi trenger tid.. vi trenger ro.. e=.. vi trenger ro.. regelmessighet og renslighet.
1080.		Det er de tre R`ene fra Danmark.
1081.		Så... jeg lurar og på dette med kapasiteten på ambulansen.. det har vært sagt veldig lite om det.
1082.		Nå fikk du veldig mange spørsmål.
1083.		Jeg vil og si om kvalitet.. e=.. vi blir saumfart på kvalitet.
1084.		Og vi er livredde for å gjøre noe galt.
1085.		Og det.. det vitner om at vi har god kvalitet.
1086.		Du kan snu det akkurat motsatt.
1087.	Munksgaard:	Det er greit.
1088.		Nå er det Ingeborg Haukom først.. Så er det Janvin også Amdal.
1089.		Og så er det tilslutt.. så er det da Svein Grundsén.
1090.		Da skulle vi se om vi klarer å nå her.. går det mikrofoner i...alle veier.. der kommer de..
1091.	(publikum)(Ingeborg Haukom):	Det var Ingeborg Haukom, jeg er leder av Venstre og Venstre har jo fått litt pepper på grunn av denne e=..
1092.		sykehusplanen og da Flekkefjord sykehus.
1093.		Uten tvil så er det veldig viktig.
1094.		At vi opprettholder akuttkirurgien.
1095.		Og noe som Venstre og har jobbet veldig for og inn til Stortingsrepresentanter.
1096.		Og jeg synes det er kanskje et punkt.. det har jo en veldig stor for hele Lister-regionen dette.. at sykehus blir bevart.. og at ikke det blir plukket i fra hverandre.
1097.		Og Ketil Kjenseth.. han.. det har ikke vært nevnt her i kveld.. men det er et viktig punkt som Venstre fikk inn i denne sykehusplanen.. det er en helt sentral seier i utredningsprosessen sier

		nemlig kommunens deltagelse i.. og vektlegging av deres innspill.
1098.		Det kom på plass i Sykehusplanen.. og det er vel et av ankepunktene som.. e=..
1099.		så mitt spørsmål er til direktøren.. Jan-Roger Olsen.
1100.		Vi vet at samtlige kommuner i Lister-regionen har uttalt seg til.. og sagt at akuttkirurgien må beholdes og traumeteamet.
1101.		Til og med Arendal kommune.. Arendal formannskap.. gjorde et vedtak på det må beholdes.
1102.		Er det tatt hensyn til.. Kommunene i denne e=..forslaget som ligger?
1103.		For det er ingen tvil om hva kommunene.. e=.. eller hva de mener er det rette..
1104.		Takk.
1105.		(applaus)
1106.	Munksgaard:	Flott, takk for det.
1107.		Janvin.
1108.	(publikum)(Thorsten Janvin):	Thorsten Janvin.. ambulansesarbeider i Flekkefjord.
1109.		Vurderings.. og e=.. hva var det du kalte det for.. det punktet.. den nye formuleringen..
1110.		Det var vurderings- og sikkerhetsklarering.. var det det? På pasienten..
1111.	Olsen (fra panelet):	Vuderings- og stabiliseringskompetanse.
1112.	Janvin:	Stabiliserings var det ja..
1113.		Det har jo ´ingenting med traumekirurgi å gjøre i det hele tatt.
1114.		De pasientene som kan reiser <X uleselig X> ..det er kun håndtering av luftveier.. stemmer ikke det.. respirasjon og sirkulasjon.
1115.		Det er ting vi jobber med ute i ´felten.. som vi kan håndtere veldig greit, det er blant annet sammen med.. når vi er på ulykker.. ´brannvesen. Vi trener godt og ofte med de.. de driver med hurtigfrigjøring.. og..
1116.		..i de situasjonene da jobber vi med pasientene.. akkurat med de tingene.
1117.		Da har ikke de behov for å komme til noe sykehus.
1118.		Det jo de indre skadene som vi jobber mest med.. det er de pasientene som ´ikke vi kan behandle.. og da trenger de kort transport til sykehus.
1119.		Det er ikke tvil om det.

1120.		Og det du sier om den flytiden på 25 minutt.. jeg har aldri 'opplevd.. når jeg har kommet frem til pasient.. at den er kommet frem i Kristiansand i løpet av 25 minutter.
1121.		Det.. har ikke fungert i det hele tatt.
1122.		For det fø-.. og for det andre så er.. når ulykkene skjer.. da er det dårlig vær.
1123.		Og da er det stort sett ikke flyvær.
1124.		Og jeg har hatt mange av de pasientene.
1125.		Jeg har hatt små barn som har ligget med indre skader.
1126.		Jeg har vært sjeleglad for at jeg kunne sende dem de fem minuttene til Flekkefjord.. og ikke den derre 1,5 time til Kristiansand.. eller 1,5 time til Stavanger.
1127.		For det hadde ikke de overlevd.
1128.		Da kunne jo.. jeg bare ha stått der og svettet til mor hadde kommet.. værsgod.. ta den siste avskjed med barnet ditt.
1129.		Det er 'det som skjer hvis du legger ned akuttfunksjonen her i Flekkefjord.
1130.		Takk.
1131.		(applaus)
1132.	Munksgaard:	Nå er det..Amdal..
1133.	(Publikum)(Anne Amdal):	Det er Anne Amdal.. jeg er tillitsvalgt i fagforbundet på sykehuset.
1134.		Dette er en beskjed til Høie.. du 'styrker ikke lokalsykehusene ved å fjerne akuttkirurgien og traumefunksjoner.
1135.		Tvert i mot.. så 'roter du det til slik at turnuslegeordningen også blir usikker.
1136.		Og når det gjelder prosessen her..
1137.		ikke engang 'sindige Sørlandinger liker å bli lurt.
1138.		Takk.
1139.		(applaus)
1140.	Munksgaard:	Og så er det Haukland..
1141.	(publikum)(Ann Cecilie Haugsland):	Ann Cecilie Haukland.
1142.		Jeg tror at jeg skal være sykepleier i fra sykehuset i dag.
1143.		Selv om jeg har en annen hatt som varaordfører i Lund kommune.
1144.		Men jeg har bare lyst til å minne på dette før vi går inn i.. før styret skal ta en vedtak..
1145.		Det er at gå igjennom punkt for punkt.. og.. og evaluer dem sånn som Liv Hellen kom med spørsmål om..

1146.		For det er kjempeviktig..
1147.		Det er så mye uklårheter i.. i de punktene..e=.. som ligger her til vedtaket.
1148.		Og hvis styret e=.. skal gjøre noe ordentlig ut i fra den kvalitetsrapporten som ligger i bunnen.. så skulle de kanskje utsette saken.
1149.		(H) Men jeg tror at de kommer til å gå videre..
1150.		Og jeg vil at dere skal vite.. dere som er i styret og Camilla.. at det er et kjempegodt sykehus her..
1151.		Vi har en kanongod kvalitet.. og vi har en traume.. e=..vi har en..et..e=.. et traumeteam som følger traumeveilederen på plass.
1152.		Det har vi fremover inn i 2020.
1153.		Vi har en fødeveileder som følger dette..
1154.		Så det er helt unødvendig å begynne å rasere på tingene nå.
1155.		Det er greit at du skal lage et fremtidsbilde.. hvordan du ser sykehuset e=.. bildet på sy-.. e=.. på Sørlandet.
1156.		Men det er ´feil å begynne.. tanken på å rasere et godt.. velfungerende sykehus sånn som det er nå.
1157.		Det er gastrokirurger på plass.. det er ortopeder på plass.
1158.		Alt er der.
1159.		Og det må vi ta med oss inn i ryggsekken når dette styrevedtaket skal gjøres.
1160.		Så vil jeg bare si en ting til.
1161.		At vi har en klinikkdirektør som har satt som et hårete mål.. og det er at vi skal bli det beste lokalsykehuset i Norge.
1162.		Og det tror jeg vi blir..
1163.		(applaus).
1164.	Munksgaard:	(KREMT).. her.. jeg beklager, men jeg kan ikke huske navnet ditt..
1165.	(publikum)(Hassan):	Jeg heter Hassan.. jeg er operasjonssykepleier på Sørlandet sykehus Flekkefjord.
1166.		Jan-Roger Olsen.. i helgene når vi opererer pasienter som kommer fra Kristiansand.
1167.		Øyeblikkelige pasienter som lå hos dere opp til fem..seks dager.
1168.		Som vi får de øyeblikkelig hjelp i helgene.
1169.		Og vi opererer de.
1170.		Jeg forstår ikke hvorfor du vil ta ortopedvakt.. og du har ikke kapasitet til å ta imot dine egne.. at du skal få Listerfolk i tillegg som øyeblikkelig i Kristiansand.

1171.		Du har ikke 'kapasitet til det.
1172.		(applaus)
1173.	Munksgaard:	Det er greit.
1174.		Bare for å ha sagt det.. jeg har satt strek.. men det var en helt der oppe..
1175.		jeg klarer ikke helt å se hvem det er..
1176.		Elisabeth.. jaha.. og så er det en til.. skal vi se..ja.e=.. jeg har notert.. jeg har ikke notert... for jeg ser ikke hvem det er..
1177.		Sørensen? Å ja.. Sten Sørensen.. ja visst ja..
1178.		<@ Jøsses..@> (latter fra publikum)
1179.	(publikum)(?):	Å er det meg allerede.. jaha.. Ja.. jeg.. jeg skal være veldig kort.
1180.		Men jeg.. jeg er veldig skuffet.
1181.		Jeg har lyst til å.. jeg har lyst til å skryte at alt skal være veldig greit.
1182.		Men det er.. hele prosessen har vært så vond og følge.
1183.		For jeg synes det blir så feil.
1184.		Jeg.. jeg tror det er.. det mangler liksom samarbeid.
1185.		Det er noe som.. det er noe her sitter du alene Olsen.. og så har du alle de andre mot deg..
1186.		Og sånn synes jeg det har vært hele tiden.
1187.		At det er e= det er vondt å følge med når det er sånn.
1188.		Så jeg vil si de ganske enkelt.. Jeg synes du satser på en.. hest uten bein..
1189.		(latter)(applaus).
1190.	Munksgaard:	Takk skal du ha.. Sten Sørensen.
1191.	(publikum)(Sten Sørensen):	Lyngdal KrF.
1192.		Det som jeg ville stille spørsmål til deg.. Jan-Roger Olsen..
1193.		Det finnes to veldig parallelle sykehus..
1194.		(H) I Volda og Stord.
1195.		Med omtrent samme befolknings.. grunnlag.
1196.		De får lov til å opprettholde og fortsette med akuttkirurgi.
1197.		'Hvorfor får ikke Flekkefjord det? Hva er argumentet 'ja til de to stedene.. og 'nei..
1198.		til Flekkefjord? Du hører gjennom massive e= arrangement og 'folkemøter, hva befolkningen på Lister ønsker.
1199.		Og da synes jeg du bør 'høre på disse rådene og det bør ikke være en forskjellsbehandling.
1200.		Du bør si 'ja til Flekkefjord på torsdag.
1201.		Takk.

1202.		(applaus).
1203.	Munksgaard:	Så er det Tjørhom, og så er det tilslutt e=..Svein Grønsum.
1204.		E=..
1205.		og så skal.. skulle også...
1206.	Klungeland:	..ja du lovet jo at jeg skulle få si noe i innledningen..
1207.	Munksgaard:	.. det er det jeg mener..
1208.	(publikum)(ordfører i Sirdal, Thor Jørgen Tjørhom):	Som ordfører i en kommune som ligger litt nord for Flekkefjord.. så setter vi utrolig pris på den kapasiteten og kvaliteten som Flekkefjord sykehus gir.
1209.		Og vi har vært tydelig i vårt hørings svar.
1210.		I likhet med de andre Lister- kommunene.
1211.		Det som gjør dette litt vanskelig er at i Nasjonal helse- og sykehusplan så legges det opp til å ..ære være de for det at det er lokale prosesser.. men det legges opp til at beslutning.. at det er et handlingsrom i fra sykehusstyret som gjør at disse debattene blir så viktige.
1212.		Og hadde e=.. hadde bare Senterpartiet fått igjennom sitt alternativ til denne planen.. så hadde det feiet alt dette som vi diskuterer nå under..
1213.		som er nå tvils- og trostifeller.. da hadde den vært tydelig på de fem funksjonelle områdene som sykehuset skulle operere om..
1214.		Da hadde ingen stilt spørsmål med den sykehusdebatten.
1215.		Og så har vi forståelse for at mål og oppgaver som er planlagt og som er store skal gjøres på andre sykehus.. men da hadde vi hatt en.. en ro og en orden i de rekkene.
1216.		Og den kvaliteten for å bygge opp profesjonen videre i Flekkefjord sykehus.
1217.		For nå stilles det faktisk så mye tvil at du klarer ikke å rekruttere kompetansen som skal på plass heller.
1218.		Folk vet ikke hvordan de enkelte foretakene vurderer det faglige opp i mot dette.
1219.		Det faglige hadde vi lagt til grunn i .. Senterpartiet sitt alternativ til Nasjonal helse- og sykehusplan.
1220.		Og da hadde disse debattene vært uvelkomne.
1221.		Da kunne vi bygd opp kapasitet og kvalitet på de tjenestene og profesjonene som faktisk ligger der i dag.
1222.		Takk.

1223.	Munksgaard:	Og da må vi.. da må vi gi ordet til Rolf Terje..
1224.	Klungland:	Jeg har to spørsmål.
1225.		Det ene går til Jan-Roger og det går på kvalitet.
1226.		For e=..
1227.		Nå har det altså vært fagfolk her som sier at Flekkefjord sykehus er veldig bra.
1228.		Og jeg bare lurer på.. Jan-Roger.. hvem du e=.. bruker for dine kvalitetsvurderinger? E=..for jeg oppfatter ikke at fagmiljøet i Flekkefjord er enige i de konklusjonene du har kommet med.
1229.		Og jeg oppfatter det sånn at du hadde en A og en B plan som var faglig fundert.. men som du valgte det verste utfallet av.
1230.		Så jeg lurer på hvem du bruker i dine kvalitets e=..vurderinger.. og også når en spør om hva som er kvaliteten i dag.. og uønsket hendelser og at en ikke kan få frem e=..
1231.		de svarene i løpet av ei uke.
1232.		Hva er det da som skal gjøre at vi skal kunne kvalitetssikre ditt arbeid fremover?
1233.		Det andre spørsmålet er veldig konkret.. som ingen trenger å si noe til..
1234.		Men jeg utfordrer hele panelet til å rekke opp hånda, hvis de ønsker et akuttkirurgisk tilbud.. og et traumetilbud i Flekkefjord 24/7..
1235.		Mmm.
1236.		Det er veldig bra.
1237.	Munksgaard:	Det hadde jo vært veldig enkelt å tatt kontra da.. bare sånn for å se.. (latter).
1238.		E= Svein Grønsund du har e=..du er leder for Lister- pårørende og brukerutvalg.. vær så god.
1239.	(publikum)(Svein Grønsund):	Ja.. e=.. Svein Grønsund ja.. og som han sier så er jeg leder av det som heter Lister bruker og pårørende utvalg.
1240.		Vi er et utvalg som e=..vi er et rådgivende for det som heter helsenettverk Lister.
1241.		Og helt i fra starten.. når roll-upen stod på Flekkefjord sykehus.. vi var med på å utforme sykehusets fremtid.. så var vi veldig begeistret for det.
1242.		Og vi har sendt innspill på innspill.. men hverken vi eller politikere har.. fylkespolitikere har blitt hørt i denne saken.
1243.		Og det er virkelig tankevekkende.
1244.		E=..
1245.		Så vi har som et siste halmstrå skrevet et brev.. og som vi vil gi til politikerne.. panelet her i dag.

1246.		Og vi har sendt da et kopi til helse Sør-Øst ved Ann Kristin Olsen.. og vi har sendt til Helseministeren.
1247.		For i håp om at nå må de kunne sette foten ned og så lytte til folket.
1248.		Vi er tross alt representanter for brukerne av helsesystemet.
1249.		Og vil føler at vi bør bli hørt.
1250.		Og det som vi skriver her er at <SIT Lister-bruker og pårørende utvalg.. vi støtter Listerregionenens felles høringsuttalelse for rapporten Akutfunksjoner i Sørlandet sykehus Flekkefjord.
1251.		Og Lister pårørende og brukerutvalg.. vi vil på det sterkeste fraråde et valg av modell A.
1252.		Utvalget mener at en slik organisering ikke vil gi befolkningen e=..
1253.		befolkningen i Vest-Agder en trygg og tydelig tilstedeværende akutttilbud.
1254.		Og en slik løsning er også i strid med kompetansekravet i akutt.. e=.. akuttmottagelse sitert i Nasjonal helse- og sykehusplan.
1255.		Lister pårørende- og brukerutvalg vil støtte et valg av modell B.. som sikrer befolkningen i Lister et tilfredsstillende akutttilbud gjennom hele døgnet.
1256.		Utvalget mener at Sørlandet sykehus HF har et ansvar for å tilby hele befolkningen på Agder et likeverdig og godt tilbud.. uansett hvor de bor.
1257.		Og det er kun modell B som vil kunne ivareta pasienten, helsetjenesten inntil.. <X uleselig X>.. (applaus fra publikum).
1258.	Munksgaard:	Da skal vi få lov til å la direktøren få lov til å= å ta en kort oppsummering.
1259.		Ei kort svarrunde på noen av disse utfordringene som han er blitt tilbudt her.. og så synes jeg at også hver enkelt politiker skal få et halvt minutt til å si noen kloke ord.
1260.		Det klarer de formodentlig på et halvt minutt...
1261.	Olsen:	Da ber jeg om forståelse, siden jeg fikk såpass mange spørsmål at jeg får litt {mer..}
1262.	Munksgaard:	{.. du har 1,5 minutt..}
1263.	Olsen:	..det er greit..
1264.		Jeg føler kanskje at.. hva er en traumepasient.. jeg skal lese fort.. på traumepasienten..
1265.		Dette er definisjonen i fra traumeveileder <SIT Pasient hvor man mistenker alvorlig skade.. med alvorlig skadet pasient menes det en person som har pådratt seg åpenbart alvorlige

		skader.. og..eller er sirkulatorisk.. respiratorisk ustabil.. og.. eller har vært utsatt for et høyenergetisk traume SIT>
1266.		Det vil si et virkelig alvorlig ulykke.
1267.		<SIT Med åpenbar alvorlig skade menes store blødninger, eller knusninger, dislokerte bekkenbrudd eller brudd i lange rørknokler, ustabil brystkasse, stikk og skuddskader og så videre.
1268.		Traumebehandlingene forutsetter kompetanse innenfor mange spesialiteter samtidig SIT>
1269.		Jeg tillater meg da å referere til to knivdrap som vi hadde i Kristiansand.. for veldig kort tid siden.
1270.		Rundt hver av de pasientene stod det altså spesialisert kompetanse på 18 ulike personer.
1271.		Ulike legegrupper.. ulike fag.. grupper innenfor sykepleie.. anestesi e=.. dette er avanserte greier.
1272.		Så har jeg igjen..
1273.		Da blir det litt å gjenta..
1274.		Vi sluttet med i praksis med akuttkirurgi i mage og tarm i 2015.. og det gjorde vi fordi vi ikke greide å opprettholde kvaliteten.. og det er kun pasientsikkerhet og kvalitet som er førende for meg i denne saken..
1275.		Og det har altså ikke kommet alvorlige innspill i noen av høringssvarene.. med ønske om å gjenoppta avansert akutt mage og tarmkirurgi i Flekkefjord.
1276.		Og nå er det synd at ikke Leif Halvorsen er her..
1277.		Tidligere nestor på sykehuset..
1278.		Jeg oppfattet helt klart at det hadde han forståelse for i vårt dialogmøte forrige mandag..
1279.		Hvor jeg fikk gode innspill.. som jeg har tatt til følge.
1280.		Der hvor vi har volum.. og kan rette opp i mye og ha topp kvalitet.. det er innen akuttortopedi og da for å referere litt i fra hva som er kommet.. hva betyr vedtakene? Når det står ortopedisk vakt i helgen.. så er det selvfølgelig at det skal være ortopeder til stede og det skal gjøres operasjoner.
1281.		Og det er riktig som du sier.. det akuttkirurgiske.. mindre skader fra Kristiansand blir overført til Flekkefjord pr i dag.

1282.		og jeg oppfatter at det.. e=.. gagnar begge parter..
1283.		Og dette er det store volumet..
1284.		Vi snakker om et begrenset.. meget høyspesialisert volum..
1285.		88 traumealarmer i 2016..
1286.		Av de 88 så var 10 særdeles alvorlige..
1287.		Utfordringen er at av de 88 så vet vi ikke hvilke som er de 10 før etterpå..
1288.		Og det er den e=.. vurderingskompetansen som er særdeles vanskelig og krevende..
1289.		Og så.. igjen..24/7..det ble sagt hvorfor står det dagkirurgi til klokken 18.
1290.		Om det skal stå til klokken 20 som i dag.
1291.		For det jeg.. jeg oppfatter er førende i dag..
1292.		Eneste føringen ved klokken 18.. det stod klokken 16 på det opprinnelige vedtaket..
1293.		Det er at å legge opp til en vakttid på dagkirurgi som er fornuftig..
1294.		Og dette finner man jo ut av.
1295.		E=.. og det med utdanning av turnusleger.. der er det også forsøkt å legge inn en forpliktende kasus nummer ni.. hvor det skal være rotasjon mot Kristiansand for å få dette til.
1296.		Så er det fremover at vi snakker en fjern fantasi.. eller fremtidsvisjon når vi snakker mottaksmedisiner.
1297.		Meg bekjent så starter det en tysker hos oss.
1298.		Han er ikke mottaksmedisiner av spesialitet.. men har jobbet med mottaksmedisin.
1299.		Han er indremedisiner av spesialitet.
1300.		Han.. jeg oppfatter han tar med seg familie.. flytter permanent til Flekkefjord.
1301.		Starter her e=.. med nettopp den forutsigbarheten som vi er i ferd med å skape.
1302.		Også.. helt tilslutt..
1303.		For meg så er det altså.. Flekkefjord sykehus 'skal videreføres fordi vi har behov for det.. og det skal bygges videre.
1304.		Og vi snakker kun her om en svært liten pasientgruppe.
1305.		Svært liten.. som krever meget høyspesialisert kompetanse når det smeller.
1306.		Og for meg så er det viktig å være i forkant.. ikke i etterkant.
1307.		Og vi snakker ikke om psykisk helsevern og rus..

1308.		Som skal prioriteres opp i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan.
1309.		Det jobbes det med..
1310.		Og for meg så handler det.. altså..
1311.		Og det er det som jeg har en utfordring i å bli trodd på..
1312.		Men jeg har enda til gode å høre i de 13 årene jeg har vært direktør.. jeg har hatt store utfordringer.. høylytte diskusjoner.. mistanker om at fødetilbud skulle legges ned helt i fra 2003..
1313.		Vi har gjort vurderingene i et samspill.. og vi har videreført.. Sykehuset har aldri hatt større aktivitet.. aldri hatt flere ansatte..
1314.		Med det vi legger opp til her.. overføring av aktivitet..
1315.		Lykkes vi så kommer polikliniske konsultasjoner til å øke med 30% før 2020.
1316.		Og da flytter vi spesialistene til Flekkefjord.. i stedet for å flytte pasientene bort.
1317.		Så det store tilbudet.. det skal vi videreføre.. utvikle.. og det gjør Flekkefjord kjempebra i dag.
1318.		Og det skal dere være best i Norge på også fremover.
1319.		Så for meg så handler det om pasientene på Lister.. og det handler da selvfølgelig også om fremtiden til Flekkefjord sykehus.
1320.		Jeg mener den er trygg.. og kan dokumentere at det har vært en fornuftig utvikling i hele min tid.
1321.		Det er investert i sykehuset.. og det skal vi videreføre videre.
1322.		Og sykehuset skal bli.. og er bortimot.. best på det som feiler folk flest.
1323.		Og vi skal styrke og utvikle den kompetansen der etter.
1324.		Det står jeg for.
1325.		Og det er det jeg kommer til å legge frem for mitt styre på torsdag.
1326.	Munksgaard:	Greit.. Da Gisle.. da får du lov til å få et halvt minutt.
1327.		Vær så god.
1328.	Saudland:	Ja, e=.. det har vært en interessant debatt.
1329.		Vet ikke om vi har blitt så mye klokere.
1330.		Men det som jeg tror er viktig å tenke på det er at denne gangen så er det ikke snakk om

		nærbutikken.. bingosalen eller det lokale grendehuset.
1331.		Denne gangen er det snakk om liv og død..
1332.		Og det er det Flekkefjord sykehus handler om..
1333.		Og jeg tror.. at det handler heller ikke om det er Erna eller Jonas som blir statsminister.
1334.		Men det handler om hvem som tør å=.. på en måte ta å= å stå opp for Flekkefjord sykehus.
1335.		Hvem som kommer til å være en ombudsmann.. for det..
1336.		Og jeg selv bor i Flekkefjord.
1337.		Jeg selv bruker sykehuset.
1338.		Mine barn bruker sykehuset.
1339.		Og da tror jeg de fleste skjønner at det innebærer at jeg kommer til å gå litte granne ekstra i forhold til alle de andre 168 stortingsrepresentantene etter valget.. i forhold til hva som er viktig for Flekkefjord sykehus.
1340.	Munksgaard:	Ingun Foss.
1341.	Foss:	God valgtale.
1342.		Jeg skal ikke holde noen valgtale.
1343.		Som jeg har sagt tidligere.
1344.		Dette handler ikke om min politiske posisjon (latter fra salen).. selv om jeg er førstekandidat..
1345.		Men det som jeg har lyst til å si innledningsvis det er at jeg er veldig glad for at det skal være et akutt sykehus i Flekkefjord..
1346.		Det skal være medisinsk akutfunksjon.. det skal være..e=.. du kan komme her med hjertesykdom.. kreftbehandling.. dialysebehandling.. trombolytisk slagbehandling.. fødetilbud.. med beredskap for keisersnitt.
1347.		Du skal få øyeblikkelig hjelp for.. og kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser..
1348.		Alt dette skal svive og gå 24/7..
1349.		Og det synes jeg er veldig bra..
1350.		Hvis du tenker på dette med hjertestans.. hjerteinfarkt.. hjerneslag og alle disse tingene som det er veldig mye av.
1351.		Som det vil bli bare mye mer av.. så er det veldig trygghende at vi har det sykehuset som vi har her i Flekkefjord.
1352.		Men.. som.. så jeg har sagt så synes jeg det er noe i dette forslaget.

1353.		Jeg er helt enig med Liv Ellen.. eller Liv Hellen heter du vel.. at e=.. her er noen sånne selvmotsigelser i det som er listet opp i forslage.. der jeg lurer på.. er det godt nok.. hvis ikke du har en kirurg i bakhånd.. som kan gjøre et inngrep for å sikre frie luftveier.. og for å stoppe blødninger..
1354.		Det synes jeg ikke at e=.. kommer godt nok frem.
1355.		Og så er det klart det er vanskelig for et lek menneske å ta stilling til e=.. hvem er det som har monopol på sannheten i forhold til hva som er kvalitet og ikke..
1356.		Når fagmiljø lokalt sier at dette er mer enn godt nok.. og vi oppfyller alle veiledere som finnes.
1357.		Og direktøren som legger frem forslag til styret sitt sier at det er ikke godt nok..
1358.		Det er ikke nok pasientgrunnlag.. og det blir for..e=.. for.. e=.. farlig å drive videre sånt.. da er det vanskelig.. synes jeg at vi skal gjøre det.
1359.		Jeg er helt enig med Ola Elvestuen at det nivået kan ikke jeg ta stilling til..
1360.		Det må de som gjør denne jobben.. og de som har ansvar for.. det ta stilling til.. om kvaliteten er god nok.
1361.		Og så vil jeg minne på igjen at uansett hva dette styret kommer til å bestemme.. så havner saken tilslutt på helseministeren sitt bord.
1362.		Og der kommer vi til å følge med.. og i tillegg til det som jeg allerede har nevnt.. så er det også noe med prosessen her..
1363.		{Dette med at det...}
1364.	Munksgaard:	{...veldig lange halvminutter i.. i=.. Høyre her...}
1365.	Foss:	..ikke gjort noe med risiko og mulighetsbildet..
1366.		Det synes jeg og er betenkelig..
1367.		At ikke det er gjort noen utredninger på mulighetene..
1368.	Munksgaard:	Det er fint.
1369.		Da er vi over på Ola Elvestuen.
1370.		Klarer du et halvt minutt..så er du god.
1371.	Ola Elvestuen:	Jeg skal være kort..
1372.		En.. jeg er veldig fornøyd med at vi har fått en sykehusplan.. og at vi har fått tilbake en politisk styring av sykehuset i Norge.
1373.		Og at det er tydelig hvor ansvaret er plassert.
1374.		Og det er på Stortinget.
1375.		E=.. og så er vi opptatt av at når vi nå skal ta beslutningen her.. så mener vi ut i fra den.. e=

		en politisk vurdering.. og da plasseringen til Flekkefjord at her sånn skal dere ha et tilbud som da også inkluderer da en traumefuksjon.. og akuttberedskap.
1376.		Også vil det være en politisk prosess..
1377.		Om ikke.. om det skal bli en.. diskusjonen er ikke da om det skal bli sånn.. det er hvordan det skal bli i.e=..
1378.		en løsning som inkluderer det.
1379.		Og jeg er trygg på at vi skal ha en prosess som sørger for at det er 'det resultatet som vi kommer til å ende opp med..
1380.	Munksgaard:	Takk.
1381.		Hans Fredrik Grøvan.
1382.	Grøvan:	Jeg kom til Listerregionen for snart 30 år siden.
1383.		Da hadde vi tre sykehus med akutfunksjoner og.. fra Mandal til Flekkefjord.
1384.		I dag har vi 'ett igjen.
1385.		Dette handler om å ta vare på befolkningens trygghet.
1386.		Det handler om å rigge for nåtid.. og det handler om å rigge for fremtid.
1387.		Derfor er det helt avgjørende for Kristelig Folkeparti at vi beholder e=..akutfunksjonene når det gjelder akuttkirurgi og traumemottaket.
1388.		Det er viktig at vi nå e=..
1389.		legger oss i selen e=..
1390.		for at e=..
1391.		Ikke bare gjennom møtet i dag.. men at prosessen videre.. i håp om at styret gjør et riktig vedtak i forhold til vårt syn..
1392.		Men også etter at styret har gjort vedtak.
1393.		Og da skal det bli veldig interessant å kunne utfordre det som er Stortingets flertall.. om de virkelig mener det de har sagt i dag..
1394.		Og at de vil fortsatt kjempe for å stemme for når forslaget kommer i Stortinget til våren.. fortsatt akuttmottak.. kirurgi og e=..traume.
1395.		E=.. Jeg håper at de står ved sine ord i dag.
1396.		Vi skal i hvert fall sørge for at de blir utfordret.
1397.		Nå er kampen inne i en siste fase.. og vi trenger å skape trygghet rundt situasjonene i Flekkefjord.
1398.		Vi trenger det for rekruttering.. vi trenger det for befolkningen i regionen.
1399.	Munksgaard:	Takk skal du ha.


1400.		Kjersti Toppe.
1401.		(svak applaus)
1402.	Toppe:	Takk for det.
1403.		Takk for debatten.
1404.		Flekkefjord sykehus er et veldig viktig sykehus.
1405.		Det har jo scoret høyest på pasientopplevd kvalitet i mange år på rad.
1406.		Og det må vi ta vare på.
1407.		Det skal i hvert fall ikke miste oppgaver på grunn av kvalitet.. på grunn av at en har vært flink til å melde om når ting har skjedd.
1408.		I motsetning til andre sykehus.,
1409.		Når en e=.. når en foreslår at en skal ta vekk kirurgen.. traumeteamene for å skaffe bedre kvalitet så forstår jo alle at her er det noe som ikke stemmer..
1410.		Når direktøren argumenterer med knivdrap.. og atten spesialister.. så forstår jo alle at her er det på en måte.. vi er på forskjellige banehalvdeler.. det er ikke ærlig..
1411.		Vi spør ikke om knivdrap og 18 spesialister..
1412.		Vi spør om basis-tjenester for trygghet.
1413.		Og det at en kan ha vanlige kirurger til de vanligste sykdommene.
1414.		Som skaper trygghet når vanlige ulykker er ute.
1415.		Slik at pasienter kan bli stabilisert og faktisk overleve.
1416.		Foretaksmodellen ble innført for at Storting og regjering kunne sentralisere sykehustilbud i Norge som de aldri hadde fått igjennom dersom det var folkevalgt-styrt.
1417.		E=..
1418.		Og det ser vi dessverre eksempel på her.
1419.		Her er SP sitt alternativ til Nasjonal helse- og sykehusplan.
1420.		Vi lagde vår egen plan.. vi leverte den faktisk før Høie kom med sin.
1421.		Der står alle de viktige prinsippene.. som vi mener kunne ført til en god utvikling av sykehustilbudet i Norge.
1422.		Der lokalsykehus ble bevart, og der en e=.. den.. der en opererte i en nettverksmodell.. med de andre sykehusene som skapte trygghet både for pasienttilbud og for e=.. beredskap.. Og den heter ikke pasientens helsetjeneste.. den heter 'Folkets helsetjeneste.
1423.		(applaus)
1424.	Muksgaard:	Takk skal du ha.

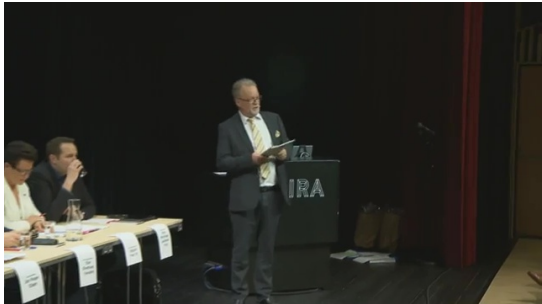
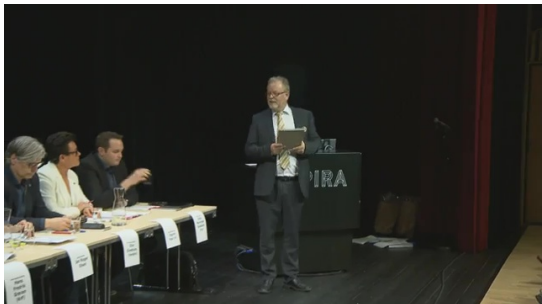
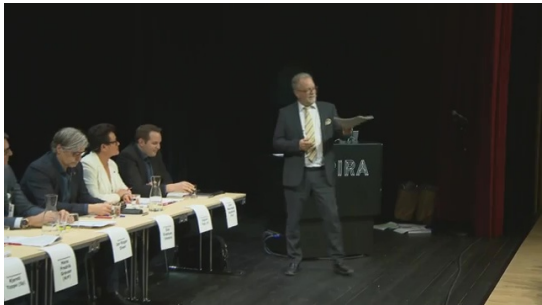
1425.		Odd Omland.
1426.	Omland:	Takk for det..
1427.		Jeg har i alle år stått på for Flekkefjord sykehus..
1428.		Og det kommer jeg til å gjøre i fremtiden og..
1429.		Og det er jo underlig når en ser at e=.. Norges.. tror jeg.. mest veldrevne sykehus som vi her snakker om.. at vi samme som stod på Høie si svarteliste.. som Stord og Odda allerede nå har fått avklart sitt tilbud..
1430.		Og e=.. den samme sykehusplanen gjelder.
1431.		Og så er jeg veldig opptatt av å plassere ansvaret der ansvaret er.. og det er i flertallet Høyre.. FrP og Venstre.
1432.		Og jeg må jo og si det at.. at debatten i dag..
1433.		Jeg er ikke enig med Gisle..
1434.		Den har vært avklarende..
1435.		Jeg synes Ola Elvestuen har gitt klinkende klar beskjed til Høie..
1436.		Jeg kan ikke se at Høie når det er han som skal ta avgjørelsen.. har så mye valg ut i fra det som Ola Elvestuen sier..
1437.		Og så er det jo sånn at Venstre og KrF har en samarbeidsavtale..
1438.		Der regner jeg jo med at de utnytter for disse to regjeringspartiene.
1439.		E=.. men jeg synes jo at det engasjementet som har vært her i folket.. det har ført frem og nå ser vi faktisk ut som at det kan føre.. kanskje helt i mål ut i fra de signalene vi har fått i debatten her i dag.
1440.		(applaus)
1441.	Munkasgaard:	Takk skal du ha.
1442.		Mali Steiro Tronsmoen.
1443.		Værsågod.
1444.	Tronsmoen:	Direktøren han sier at det ikke er økonomi det handler om.. men at det handler om kvalitet..
1445.		Jeg synes det har kommet ganske tydelig frem at hans største frykt det er at noen skal dø på operasjonsbordet..
1446.		Og at han skal føle at det var hans ansvar..
1447.		Men det dere får frem.. når dere snakker om deres erfaringer med sykehuset i Flekkefjord.. det viser jo at fokuset kan ikke bare være på de som ligger på operasjonsbordet.
1448.		Men på de som dør i ambulansene hvis ikke de når frem til sykehuset.. på de som drukner i

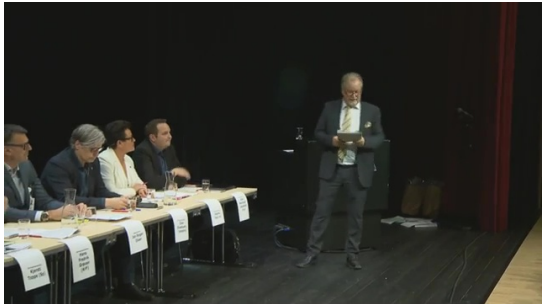

		bunnen av det svømmebassenget.. fordi de ikke når frem til et akuttmottak.
1449.		Det er sånn at deres historier.. deres erfaringer med sykehusstilbudet.. det er det aller.. aller viktigste som bør få lov til å styre politikken.
1450.		Og det bør ikke være sånn.. at det skal overlates til byråkrater som sitter langt unna og ser seg blinde på tallene og på modellene sine.. og på styrings.. modeller.
1451.		Det må være vanlige folk som bruker sykehustjenesten som også har innflytelse og makt over hvordan den sykehustjenesten skal være..
1452.		Og så var det en av dere som sa.. <SIT tenk likevel også alltid..Follow the money SIT>
1453.		Sentralisering.. nedlegging, nedbygging..
1454.		Det handler også om økonomiske innsparinger.
1455.		Og derfor så er min klare oppfordring.. stem på partier som vil satse på velferden.. stem på partier som heller vil bruke de store pengene på å løse de viktigste oppgavene vi kan løse.. (applaus).
1456.	Munksgaard:	Det er glimrende.
1457.		Jeg får e=.. før jeg gir ordet til til Rolf Terje.. så får jeg avslutte med også si som en bekjent av meg sa.. <SIT Det hjelper skrekkelig lite med kvaliteten.. hvis du er dau når du kommer frem SIT>
1458.		(latter /applaus).
1459.		Rolf Terje..
1460.		(applaus)
1461.	Klungland:	Da vil jeg si tusen takk for en avklarende debatt.
1462.		Alle skal få blomster.. e=.. jeg valgte roser med omhu..
1463.		Jeg håper alle har ei rose i hjertet når disse vedtakene skal gjøres.. derfor skal jeg tildele de første rosene til noen som jeg aldri har hatt gleden av å gjøre det til..
1464.		Og det er med ønske om et godt vedtak i styret.. og da vil jeg gi rosene til Camilla Dunsæd.. og håper at du får dette styret til å gjøre de vedtakene som vi trenger i Flekkefjord og Lister.
1465.		(applaus).
1466.		Også ønsker jeg også å takke paneldeltakerne.
1467.		At folkevalgte stiller opp.. skulle bare mangle...




1468.		E=.. men det er likevel veldig bra å møte så topptunge som dere har gjort i dag..
1469.		At dere har greid å prioritere og komme her til Flekkefjord..
1470.		Og så ønsker jeg faktisk å gi en ekstra takk til Jan-Roger som stiller opp..
1471.		Det hadde han slettes ikke trengt å gjøre..
1472.		E=.. vi var nokså sikre på at sykehusledelsen ikke kom til å stille i panelet.. men han stilte sporty opp.. og har svart e=.. så godt han kan ut i fra den innstillingen som han har gitt.
1473.		Og det synes jeg faktisk han fortjener blomst og applaus for (applaus).
1474.		Så ønsker jeg på vegne av aksjonskomiteen.. ikke minst men aller mest å tenk.. takke alle de som har støttet opp og som har møtt frem og som har gitt trykk for oss til å gå videre i dette kravet om akuttkirurgi 24/7 e=.. og et traumetilbud i Flekkefjord.
1475.		Hjertelig tusen takk, og vel hjem! (applaus)



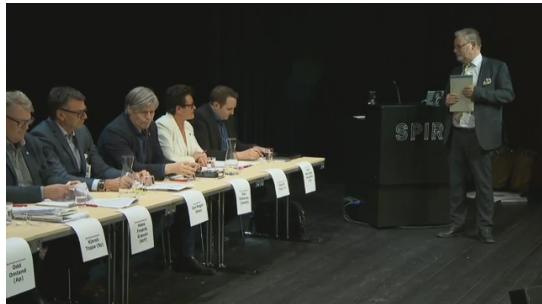
VEDLEGG 2: MULTIMODALE TRANSKRIPSJONER

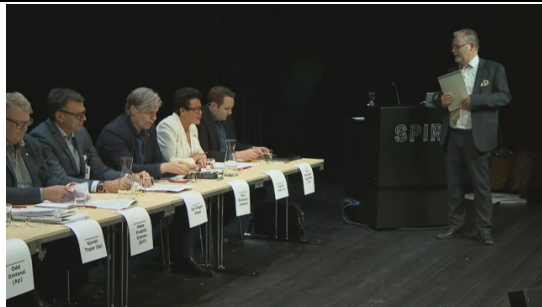



MT NR	Stemme	Tekst	Tid (TT:MM:SS) / Bilde / interaksjonsanalyse
1.			Framing og humor
2.	Munksgaard:	Ja.. e=.. i f-.. sånn i forhold til applausen	00:00:15  Munksgaard beveger seg bort fra talerstolen, og peker mot Klungeland som setter seg blant publikum. Han peker mot Klungland, som forsvinner ut av bildet og inn blant publikum med den venstre hånden. I hånden holder han et dokument Bevegelsen oppfatter jeg som en deiktisk gest, bestående av flere slag (stroke) med hånden (Norris i Hasund, 2012, s.9 og 10). Kroppsstillingen er åpen, og i ferd med å vendes mot Klungland og publikum. Blikket følger Klungland, og er strukturert etter hans

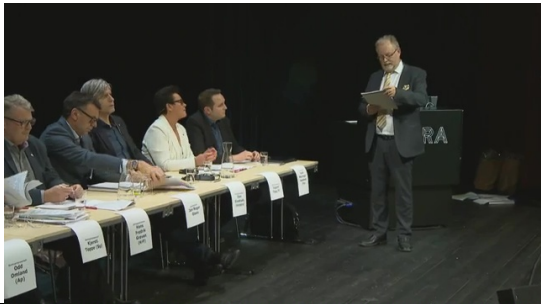




			bevegelser bort fra podiet (Norris i Hasund, 2012, s.13 og 14).
3.		så er det vel lenge siden du har fått så mye applaus..	<p>00:00:18</p>  <p>Munksgaard står stille, begge hendene holder rundt dokumentet. Blikket følger Klungland videre i en strukturert sekvens. Hele tiden gjør Munksgaard små hodebevegelser, noe som kan oppfattes som slag-gester, hvor hodet slår opp og ned. Munksgaard smiler</p>
4.		... (@ latter fra publikum@)	<p>00:00:19</p>  <p>Blikket snus mot paneldeltakerne. Retningsskifte oppfattes som en dektisk gest, og slagbevegelsene fra forrige sekvens fortsetter, nå mot paneldeltakerne. Dette kan oppfattes som en nonverbal søken etter bekreftelse fra deltakerne, i form av imøtekommende blick eller andre gester, som f.eks smil.</p>
5.		Du kunne rett og slett	<p>00:00:19</p>  <p>Munksgaard peker på nytt med venstre arm mot Klungland, og gjør slag- gester</p>






			<p>med hånden. Han fortsetter også med hodebevegelser som oppfattes som slag-gester. Kroppsstillingen er åpen, og han setter beina fra hverandre.</p>
6.		<p>ha stilt til valg igjen (@ latter fra publikum @)</p>	<p>00:00:20</p>  <p>Umiddelbart etter at Munksgaard har sagt siste ordet i morsomheten, vendes blikket ned mot den ikke-kroppslige modaliteten, (dokumentene). Munksgaard holder dokumentene med begge hendene. Hele seansen kan tyde på at Munksgaard innehar en dagbokkunnskap om Klungeland, og at det som kan oppfattes som en ansiktstruende latterliggjøring, ikke er det fordi den retoriske situasjonen åpner for denne typen kommunikativ handling. I dette tilfellet er det nærliggende å tolke dette som en form for nærhetsstrategi, hvor den humoristiske tilnærmingen i praksis fungerer som en respektfull handling som kan markere et fellesskap av verdier og gjensidighet mellom Munksgaard og Klungland (Svennevig, 2012, s. 135).</p>
7.		<p>... (@ latter fra publikum @)</p>	<p>00:00:21</p>  <p>Munksgaard vender seg bort fra publikum, og mot pannedeltakerne. Han rygger bakover, og skaper med dette avstand mellom seg og deltakerne. Hodet er hevet. Blikkene til Olsen, Foss og Saudeland er vendt mot Munksgaard.</p>

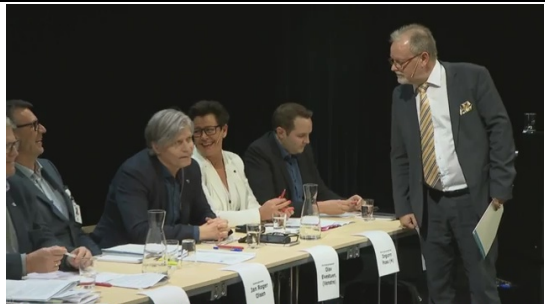




8.	Ingunn Foss - innledning		
9.	Munksgaard:	Og jeg kunne tenke meg å begynne med deg.. Ingunn Foss.. Stortingsrepresentant.	00:00:32  <p>Munksgaard plasserer seg foran talerstolen. Han står i en åpen kroppspositur, og gjør en slag gest med høyre hånd mot Foss. Dette oppfattes som en ikonsik gest som kompletterer verbalteksten. Munksgaard ser mot dokumentene sine mens han presenterer Foss. Foss har hele tiden blikket vendt mot Munksgaard.</p>
10.		Er 'du tilfreds med e=.. de e= nær sagt	00:00:35  <p>Munksgaard rygger bakover mens han snakker. Han gjør slag gester med høyre arm mens han snakker. Blikket veksler mellom Foss og dokumentene han holder i venstre hånd.</p>
11.		de føringer som nasjonal helse- og sykehusplan legger ..	00:00:40  <p>Munksgaard beveger seg mot Foss mens han snakker. Hele tiden gjør han slag gestene med høyre arm.</p>
12.		Å=.. og er sykehusdirektøren	00:00:45

		innstilling til styret nå..	 <p>Munksgaard begynner å bevege seg bakover mens han snakker. Slag gestene fortsetter.</p>
13.		i tråd med de retningslinjene som	<p>00:00:49</p>  <p>Munksgaard har gått bakover, og har plassert seg med relativt stor avstand til Foss. Han fortsetter med slag gestene.</p>
14.		da er vedtatt av stortinget.	<p>00:00:52</p>  <p>Munksgaard holder begge dokumentene med begge hendene. Han holder dem foran seg. Han står med føttene plassert litt fra hverandre. Torso er rett, og hodet hevet. Han gjør små slag gester med hodet som oppfattes som ikoniske gester som kompletterer verbalteksten. Foss holder blikket sitt mot Munksgaard.</p>
15.	Ingunn Foss:	(0)Ja det som er veldig hyggelig i hvert fall det er jo at det	<p>00:00:53</p>

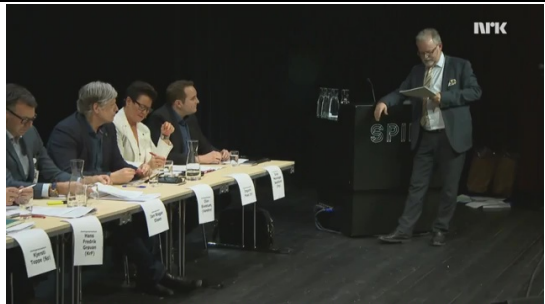
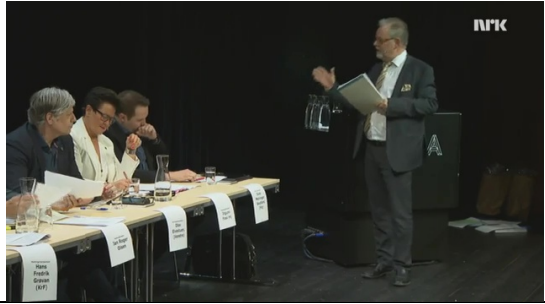



			 <p>Munksgaard blir stående med samme kroppspositur. Foss lener seg litt fremover mens hun prater.</p>
16.		e= bestemt på Stortinget at Flekkefjord sykehus skal opprettholdes.. med en rekke tjenester sånn som de (X he X) i dag og videreutvikles.	<p>00:00:58</p>  <p>Kamera zoomer inn mot Foss. Munksgaard forsvinner ut av bildet, men man kan se at han lener seg mot talerstolen med sin høyre side. Høyre fot settes foran den andre, og han står med en åpen kroppspositur. Foss gjør sideveise hode slag, som oppfattes som ikoniske gester som kompletterer verbalspråket.</p>
17.		Ola Elvestuen - innledning	
18.	Munksgaard:	Og da går vi rett over te- til deg.. Ola Elvestuen so- fra Venstre.	<p>00:01:33</p> 
19.		For det er vel ikke noen tvil om at Venstre inngikk da et forlik.. ikke sant..?	<p>00:01:36</p> 

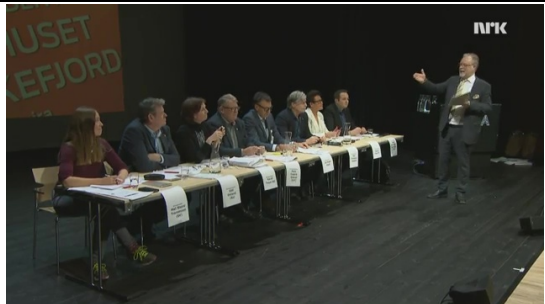



20.		<p>Dette forliket.. der e=.. der.. sikret dere på mange måter flertall for denne= nasjonale helse og sykehusplanen.</p>	<p>00:01:41</p> 
21.	Ola Elvestuen:	<p>Og ikke bare inngikk vi forlik.. {vi stod vel bak} {kommentar fra Munksgaard: ja.. nettopp.. (X det er viktig X)} hele ideen.</p>	<p>00:01:49</p> 
22.		<p>Vi gikk til b- valg på at det måtte ha en nasjonal sykehusplan.</p>	<p>00:01:51</p> 
23.		<p>{Noe som jeg mener at er helt nødvendig at e-..}</p>	<p>00:01:55</p> 
24.	Munksgaard:	<p>{Men det ek- men nå skal jeg stille spørsmålet..}</p>	<p>00:01:55</p> 
25.		<p>Er det greit?</p>	<p>00:01:59</p>

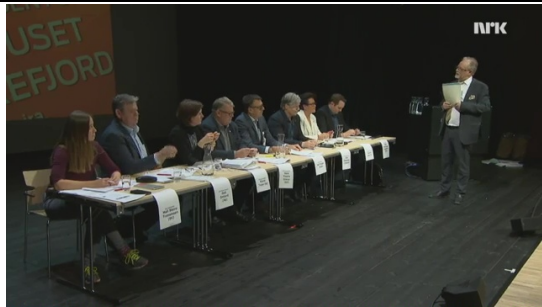


			
26.		Så kan e= du få lov (X åsså X) å snakke etterpå.	00:02:00 
27.		Men nå skal æ først stille spørsmålet. (@ latter fra salen @)	00:02:01 
28.		Er du fornøyd...	00:02:02 
29.		med..e= med Olsen?	00:02:04 
30.	Elvestuen:	Eh {<@ he det gjenst- @>} {@latter fra publikum@}	00:02:06



			
31.		<p>{{@latter fra salen og applaus@}}</p> <p>{Det..} Det gjenstår å se hva de tar stilling til i styremøtet i = e = morra.</p>	<p>00:02:15</p> 
32.		Gisle Meininger Saudeland - innledning	
33.	Munksgaard:	<p>Du skal få lov til å få det etterpå.. men jeg må bare ha med meg de to siste her, ikke sant Gisle... Saudeland.</p>	<p>00:09:55</p> 
34.		E=...	<p>00:09:57</p> 
35.		<p>Du har jo=.. stakkars.. skal ikke ha skylda for noe..</p>	<p>00:09:58</p> 
36.		<p>enda..E= {(KREMT)}</p> <p>{@latter fra publikum@}</p>	<p>00:10:02</p>

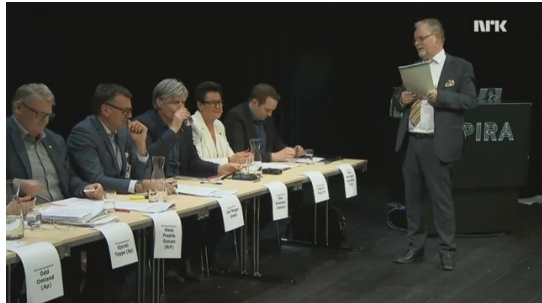

37.		Men.. for å si det sånn.. vi skal følge godt med på hva du gjør..	00:10:05
38.		´Hvis du kommer inn..	00:10:06
39.		´Hvis du kommer inn...	00:10:08
40.		For det henger jo litt sammen med.. e=.. for ´Fremskrittspartiet har jo vært ´med på.. denne planen.	00:10:12
41.		Ikke sant? E=..	00:10:13




			
42.		Hva..hva slags..hva slags signaler får 'du fra dine stortingsrepresentanter?	00:10:19 
43.		Fra Fremskrittspartiet.. Om åssen en skal tolke denne.. denne=.. sykehusplanen?	00:10:23 
44.	Gisle Saudland:	Jeg oppfatter det sånn at..e=... innstillingen nå ikke er i tråd med nasjonal og sykehøusplan.. e=	00:10:29 
45.		Blant annet så sa jo=.. noen stortingspolitikere det i avisen=.. på fredag.	00:10:36 
46.		Jan-Roger Olsen - innledning	
47.	Munksgaard:	E=.. {applaus}(KREMT)	00:13:37



			
48.		{Vi e=.. vi er nødt til å=.. }å <X interpellere X>.. sykehusdirektør	00:13:44  Munksgaard går rolig bakover, mens han snakker. Han holder fast i dokumentene sine med begge hendene, og holder dem lett hevet foran seg. Blikket er rettet mot paneldeltakerne,
49.		'Jan 'Roger 'Olsen.	00:13:48  Munksgaard stopper bevegelsen bakover, og beveger seg fremover mot Olsen når han uttaler navnet hans.
50.		Nå har du vel strengt tatt..e=..	00:13:48  Bevegelsen mot Olsen fortsetter, mens Munksgaard utfører en slag gest med dokumentene.
51.		Altså sjelden har en vel hørt et kobbel av	00:13:51

		politikere som er 'så enige...	 <p>Munksgaard beveger hodet fra side til side, i noe som kan oppfattes som en slag gest.</p>
52.		Den eneste som er uenig her..	<p>00:13:56</p>  <p>Blikket til Munksgaard er tilsynelatende festet mot Olsen. Olsen ser ned mot bordflaten / egne dokumenter / egne hender. Han sitter i en delvis lukket posisjon, fremoverlent og med hendene nesten helt samlet. Elvestuen fyller et glass vann med venstre hånd, og holder glasset i den høyre hånden. Foss har blikket vendt mot vannkaraffelen. Toppe har blikket vendt mot Munksgaard.</p>
53.		er i grunnen 'deg!	<p>00:13:59</p>  <p>Munksgaard legger hodet mot venstre samtidig som han legger trykk på ordet «deg». Olsen hever blikket, og ser på Munksgaard. Toppe og Foss ser også mot Munksgaard. Grøvan flytter på dokumentene sine, og blikket hans er rettet mot dem. Det samme gjør Saudeland. Elvestuen fortsetter å helle</p>




			vann i glasset. Alle deltakerne som er i bildet smiler.
54.		(@Latter og applaus@)...	<p>00:14:00</p>  <p>Munksgaard rygger bakover, mens blikket er festet mot (tilsynelatende) Olsen. I mens Munksgaard rygger bakover, hever både Grøvan og Saudeland blikket opp fra dokumentene sine, og mot Munksgaard. Grøvan setter seg bakover i stolen, og inntar en relativt åpen kroppspositur. Han retter på jakka si med den venstre hånden.</p>
55.		(applaus)	<p>00:14:03</p>  <p>Munksgaard rygger helt tilbake til podiet, og endrer kroppsposisiskjon slik at han vender mot kamera, parallelt med panelet. Blikket er hevet, og vendt mot kamera. Han holder dokumentene foran seg med begge hendene, hevet nesten til ansiktshøyde. Grøvan har blikket høyt hevet, og ser tilsynelatende mot publikum. Saudland ser mot Munksgaard og smiler.</p>
56.		(applaus)	<p>00:14:05</p> 




			<p>Munksgaard vender kroppen og blikket mot panelet, og beveger seg mot Olsen. Høyre arm er hevet, og hånden utfører en slag gest, noe som oppfattes som en deiktisk gest, mot Olsen. Olsen sitter fremdeles med nesten helt lukket kroppspositur, med hendene liggende foran seg. Blikket er festet ved dokumenter / hender / bord.</p>
57.		<p>Kan 'du nå forklare hva 'du har lest i dette vedtaket.</p>	<p>00:14:08</p>  <p>Olsen fører venstre hånd mot hake / munn mens Munksgaard snakker. Blikket er vendt mot bordet. Munksgaard står relativt støtt og bredbeint, med overkroppen lutet noe bakover. Han holder dokumentene foran seg med begge hendene, nesten i ansiktshøyde. Blikket er vendt mot Olsen og paneldeltakerne. Sudland ser ned i bordet / mot hendene sine. Holder en penn i hendene. Foss har blikket vendt mot publikum, og holder hendene samlet foran seg. Sitter i en lukket posisjon. Elvestuen drikker av vannglasset, og har blikket vendt mot publikum. Grøvan ser ned mot dokumentene sine, og holder en penn i venstre hånd.</p>
58.		<p>som ingen 'andre 'her har lest?</p>	<p>00:14:19</p>  <p>Munksgaard rygger bakover igjen, mens han snakker. Blikket holdes mot Olsen.</p>




59.		(@latter@)	<p>00:14:12 (Kamera zoomer inn mot Olsen, Munksgaard forsvinner ut av bildet.</p> 
60.	Jan-Roger Olsen:	Det er et komplisert bilde.. og e= et sammensatt bilde (Hx).	<p>00:14:15</p>  <p>Olsen sitter i en lukket kroppspostur. Begge hendene holder på dokumentene som ligger foran ham på bordet. Blikket er rettet mot dem, og det ser ut som at Olsen leser fra det som står i dokumentene.</p>
61.		Og jeg har respekt for og forståelse for bekymring når vi endrer i folks sykehusstilbud.	<p>00:14:21</p>  <p>Olsen endrer hoderetning, og gjør flere små hodeslag frem og tilbake mens han snakker. Blikket beveger seg fra dokumentene mot publikum. Dette kan være sekvensielt organisert, og at blikket er vendt mot publikum kan være en invitasjon til publikum om respons (Norris i Hasund, 2012, s. 13).</p>
62.		(H) Men nå er det slik at nå har jeg vært direktør på Sørlandet sykehus..	<p>00:14:29</p>





			 <p>Olsen retter blikket mot dokumenter / hender.</p>
63.		i '13 år...	<p>00:14:30</p>  <p>Olsen beveger hodet raskt mot venstre. Blikket er igjen rettet mot det jeg antar er publikum.</p>
64.		Og e= Flekkefjord sykehus.. det er et sykehus som vi	<p>00:14:31</p>  <p>Blikket rettes mot dokumentene igjen.</p>
65.		..satser på.	<p>00:14:36</p>  <p>Blikket heves på ny, og vendes mot publikum.</p>




66.		<p>Det er et sykehus som skal bestå også i et langsiktig perspektiv.</p>	<p>00:14:39</p>  <p>Blikket vendes på ny mot dokumentene.</p>
67.		Jan-Roger Olsen - Buing og tilrop fra publikum	
68.	Munksgaard:	<p>Ja.. for dette er politikk.</p>	<p>00:26:17</p>  <p>Munksgaard utfører en slag-gest med høyre hånd mot Elvestuen. Elvestuen sitter fremoverlent, i en lukket posisjon. Olsen har blikket vendt mot bordet.</p>




69.		<p>Dette er da 'regjeringen.. 'og venstre blitt enige om det.</p>	<p>00:26:19</p>  <p>Kamera zoomer ut, og Tronsmoen kommer inn i bildet. Hun ser mot Olsen og Munksgaard. Munksgaard fortsetter slag-gesten mot Elvestuen. Blikket holdes mot ham. Elvestuen ser opp mot Munksgaard. Elvestuen sitter i en lukket positur, med hendene liggende over hverandre foran seg.</p>
70.		<p>@ Gjør dette..</p>	<p>00:26:22</p>  <p>Munksgaard utfører slag-gest mot Olsen. Blikket er vendt mot han, og han står bredbent, med en åpen kroppspositur. Olsen fortsetter å se ned mot bordet.</p>
71.		<p>litt inntrykk på deg Olsen?@</p>	<p>00:26:23</p>  <p>Munksgaard lener seg tydelig mot Olsen, mens Olsen hever blikket sitt mot Munksgaard. Dette kan oppfattes som en ikonisk gest, hvor konnotasjonen kan trekke oss mot en voksen som tiltaler et barn. Han har også plassert seg relativt nærme Olsen, og dette kan oppfattes som en ansiktstruende handling (Svennevig,</p>


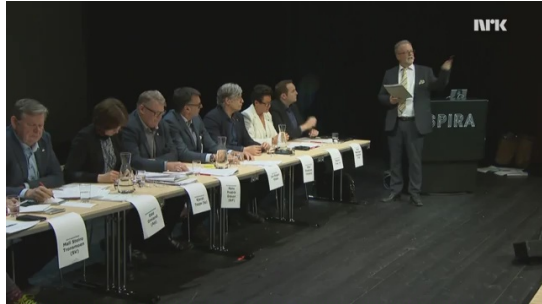
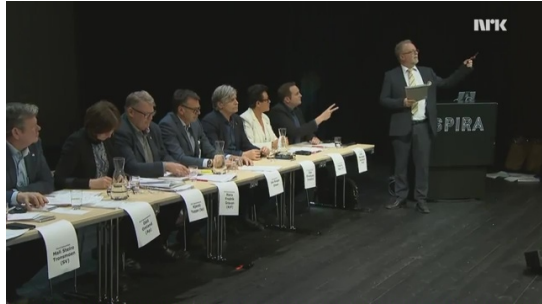

			2012, s. 126). Tronsmoen ser mot Olsen og Munksgaard. Hun lener seg lett mot venstre. Armene ligger foldet foran henne.
72.		(@latter fra salen@)	00:26:27  <p>Munksgaard blir stående i samme positur i tilsammen seks sekunder. Hodet er hevet. Olsen ser ned mot bordplaten, og intar en helt lukket kroppspositur, hvor både torso og hode er bøyd. Tronsmoen vender blikket mot publikum og smiler.</p>
73.	Olsen:	Vi snakker om en luftambulanseberedskap som jeg tror til Stavanger så er det 25 minutter flytid.	00:26:29  <p>Munksgaard rygger bakover mens Olsen snakker. Blikket er festet ved Olsen.</p>
74.		Og til Arendal er det 35.. inklusive letting og landing.	00:26:36  <p>Munksgaard fortsetter å rygge bakover, og lener sin høyre side mot talerstolen. Han står med en åpen kroppspositur.</p>
75.		Det er 'andre deler..	00:26:40

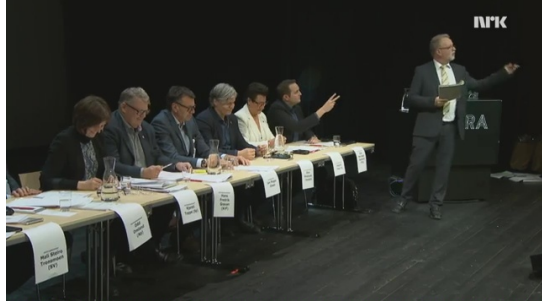


			 <p>Noe blir sagt fra salen, som er uleselig på opptaket og umulig å rekonstruere. Munksgaard vender seg bort fra panelet, og mot publikum. Olsen fortsetter å se mot egne dokumenter.</p>
76.		av selv 'Sørlandet som altså har en 'vesentlig dårligere dekning 'enn det.	<p>00:26:41</p>  <p>Munksgaard ser mot kamera. Holder begge hendene på dokumentet, og hever det foran ansiktet. Olsen hever blikket fra bordet, tilsynelatende mot Munksgaard.</p>
77.		Men det grunnleggende her er at..	<p>00:26:47</p>  <p>Olsen ser mot bordet. Munksgaard vender seg mot publikum, og så tilbake. Blikket hans vandrer mellom dokumentet han holde i hånden og Olsen.</p>
78.		beklager å måtte si det.. nok en gang.. med et såpass lite befolkningsgrunnlag	<p>00:26:48</p>




			 <p>Olsen utfører flere hodeslag. Sitter fremdeles i en lukket kroppspositur, med bøyd torso.</p>
79.		..så greier vi ikke å opprettholde kvaliteten.	<p>00:26:56</p>  <p>Olsen ser fortsatt mot bordplaten. Tronsmoen retter seg opp i stolen. Munksgaard blir stående.</p>
80.		Og vi greier {ikke å rekruttere inn..} {BUING FRA PUBLIKUM}	<p>00:26:58</p>  <p>Tronsmoen lener seg bakover, og blikket rettes mot publikum. Toppe hever blikket mot publikum i det buingen starter.</p>
81.		{(buing fra publikum)}	<p>00:26:28</p>  <p>Toppe hever høyre arm mot Munksgaard. Deiktisk gest som forstås som at hun ønsker ordet som en respons til det Olsen sier.</p>




82.		<p>{(buingen fortsetter)}</p> <p>{Olsen: <X uleselig X>}</p> <p>{Munksgaard: <X hysj..hør..hør X>}</p>	<p>00:26:59</p>  <p>Toppe lener seg mot Munksgaard mens hun strekker ut høyre hånden.</p>
83.	Munksgaard:	<p>{Hysj.. hør.. hør!}</p> <p>{buing fra publikum}</p>	<p>00:27:00</p>  <p>Munksgaard vender seg mot høyre, mot publikum med begge hendene hevet over hodet. Han utfører en slag gest, men det hele kan anses som en deiktisk gest hvor formålet er å skape ro i forsamlingen.</p>
84.		<p>{Munksgaard: <X hør..hør..X>}</p> <p>{Buing og plystring fra publikum}</p> <p>{Olsen: ..og det er det altså}</p>	<p>00:27:01</p>  <p>Munksgaard fortsetter bevegelsen og stiller seg opp foran publikum med hevede hender. Toppe utfører en slag gest med høyre hånd mot Munksgaard. Saudeland hever venstre hånd med pekefingeren ute. Dette oppfattes som en deiktisk gest, og et ønske om å få ordet.</p>
85.	Olsen:	<p>{ingen som har bestridet i de høringsrundene som har vært ute! Og det er..}</p>	<p>00:27:06</p>


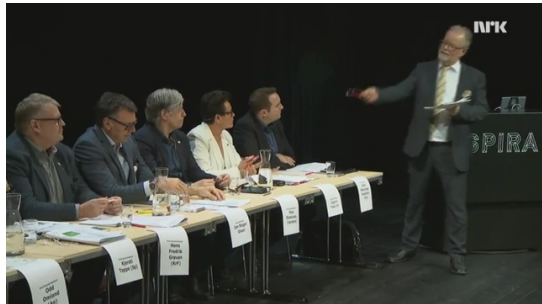

			 <p>Munksgaard vender seg bort fra publikum, og mot paneldeltakerne. Dokumentene holdes med begge hender. Blikket er rettet mot Olsen. Toppe fortsetter å bevege hånden mot Munksgaard. Det gjør også Sudeland. Tronsmoen holder en kulepenn i høyre hånd. Kulepennen peker oppover, og dette kan også tolkes som en deiktisk gest hvor målet er å oppnå kontakt med Munksgaard for å få ordet i debatten. Olsen har blikket rettet mot dokumentene på bordet foran seg.</p>
86.		..har vært diskutert.	<p>00:27:12</p>  <p>Både Toppe og Saudeland senker hendene sine. Dette kan enten tolkes som at de har fått ønsket respons fra Munksgaard, eller at de trekker tilbake ønsket om å komme med innspill. Olsen ser mot dokumentene sine. Toppe blar i sine papirer.</p>
87.		Og det er 'ikke kommet sterke e=...	<p>00:27:13</p>  <p>Bildet zoomes sakte inn mot Munksgaard og paneldeltakerne.</p>




88.		faglige argumenter om å 'gjenopprette' tung buk-kirurgi i Flekkefjord.	<p>00:27:17</p>  <p>Munksgaard går sakte mot Olsen. Olsen utfører hele tiden små hode slag, som legger trykk på enkelte ord.</p>
89.		Det har det ikke.	<p>00:27:20</p>  <p>Munksgaard vender blikket mot publikum og hever venstre armen før han snakker til dem.</p>
90.	Munksgaard:	Jeg skjønner at det kan vekke litt engasjement..	<p>00:27:22</p>  <p>Munksgaard fortsetter bevegelsen mot venstre, og blikket vendes mot publikum. Han gjør en slag gest med venstre hånd.</p>
91.		..men vi må jo vise at vi kommer fra møblerte hjem.	<p>00:27:24</p>  <p>Munksgaard utfører en slag gest med pennen han holder i venstre arm. Han foretar også en sideveis slag gest, som</p>


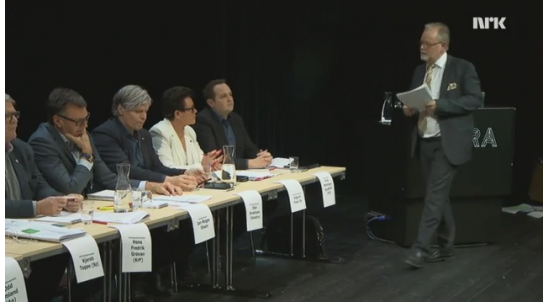
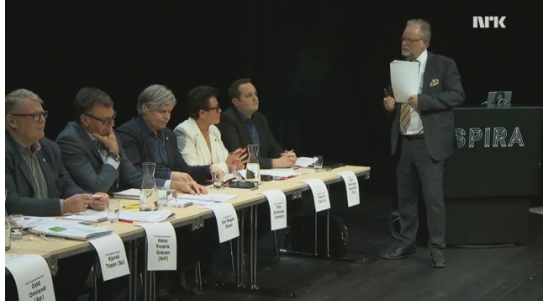

			kan oppfattes som en ikonisk gest som må sees i sammenheng med bruk av termen «møblerte hjem». Saudeland hever høyre hånd mot Munksgaard. Blikket hans søker mot Munksgaard.
92.		Ikke sant? (@ Faktisk overmøblerte.. hva..må <X vite X>@)	00:27:27  Munksgaard lener seg over på venstre fot, og strekker ut venstre arm mot publikum.
93.		{..men det er en annen sak..e=..} {{@latter@}}	00:27:30  Munksgaard snur seg bort fra publikum og mot paneldeltakerne igjen. Han strekker ut høyre arm, mot Saudeland og håndfatet er åpen. Dette kan oppfattes som en ikonsik gest, hvor han inviterer Sudeland til en respons.
94.			Olsen / Munksgaard - umusikalsk
95.		Så vi er nå på 'fire' hundre og 'femti' seks	00:41:04  Olsen sitter i en relativt lukket kroppspositur, med hendene åpne foran seg. Han utfører slag gester ved hver stavelse han legger trykk på. Dette kan tolkes som engasjement. Ansiktet er vendt mot venstre, hvor Elvestuen og Foss delvis møter blikket hans.




			Munksgaard står i en mellomavstand fra panelet. Han holder dokumentene sine med begge hender foran seg. Han står med føttene fra hverandre, med torso rett og hodet hevet.
96.		<p>Dette 'er fordelingene og bruker kompetansen på en fornuftig måte..</p>	<p>00:41:08</p>  <p>Blikket vendes mot dokumentene. Slag gestene fortsetter.</p>
97.		<p>og da på den måten så kan befolkningen få den 'største delen av tilbudet sitt for de helt de-.. topp kvalitet i Flekkefjord.. men når det blir <X de X> spisset.. 'lite volum.. så må vi altså samle det.</p>	<p>00:41:11</p>  <p>Olsen fortsetter med slag gestene. Munksgaard går to skritt bakover. Blikket hans holdes mot Olsen. Hodet hans gjør et par sideveis bevegelser. Dette kan oppfattes som deiktiske hode slag, og konnotasjoner her kan trekkes mot uenighet.</p>
98.		<p>'største delen av tilbudet sitt for de helt de-..</p>	<p>00:41:13</p>  <p>Olsen fortsetter slag gestene med hendene, han ser opp mot Munksgaard. Munksgaard gjør bevegelser med munnen. Ikke hørbare stavelser. Slipper begge hendene ned langs siden. Står eller rett med torso, hodet noe senket. Denne kroppsposituren kan ha</p>




			konnotasjoner som trekker mot oppgittethet og motløshet, eller uenighet.
99.		<p>topp kvalitet i Flekkefjord.. men når det blir <X de X> spisset.. 'lite volum.. så må vi altså samle det.</p>	<p>00:41:15</p>  <p>Olsen legger hendene i ro foran seg, og sitter med en lukket kroppspositur. Munksgaard går mot Olsen. Blikket er festet ved Olsen.</p>
100.		<p>'Ikke fordi vi har dårligere.. mindre kompetente folk e=.. som jobber i Flekkefjord.. men fordi vi greier ikke å rekruttere og opprettholde kompetansen med et såpass begrenset befolknings</p>	<p>00:41:26</p>  <p>Olsen gjør nye slag gester mens han forklarer. Blikket er festet ved bordplaten. Munksgaard går et skritt tilbake. Holder blikket mot Olsen, og løfter dokumentene opp foran brystet med venstre arm.</p>
101.	Munksgaard:	<p>{grunnlag.} {Men..}.. Jan-Roger Olsen.. <X jeg må X> nå må jeg..</p>	<p>00:41:30</p>  <p>Olsen folder hendene, og hever dem mot ansiktet. Munksgaard gjør slag gester med høyre arme, noe som oppfattes som deiktiske gester rettet mot Olsen. Gestene forsterker Munksgaards verbale avbrytelse av Olsen.</p>
102.		<p>nå må jeg spørre deg.. for 'det der gi=s noen 'relativt 'klare</p>	<p>00:41:34</p>




		<p>beskjeder i fra dette politiske panelet.</p>	 <p>Munksgaard går mot Olsen. Blikkene til både Olsen, Foss og Saudeland vender mot ham. Hele tiden gjør han slag gester med pennen han holder i høyre hånd, mot Olsen.</p>
103.		<p>dette 'politiske panelet.</p>	<p>00:41:38</p>  <p>Munksgaard lener seg bakover på sin venstre fot, og gjør en sirkulær bevegelse med høyre hånd. Dette oppfatter jeg som en deiktisk bevegelse rettet mot de politiske deltagerne i panelet. Dette kan virke polariserende, og skape en avstand mellom Olsen og resten av deltakerne. Olsen ser ned mot bordet, mens blikkene til alle de andre deltagerne vendes mot Munksgaard. Olsen sorterer tilsynelatende dokumentene som ligger på bordet foran ham.</p>
104.		<p>Det..det..det.. gis noen noen beskjeder til deg som direktør, som '(@ 'du må være musikalsk nok til å lytte til @)..</p>	<p>00:41:46</p>  <p>Munksgaard fortsetter med slag gester med høyre hånd, og lener seg mot Olsen. Olsen har blikket vendt mot bordplaten, og stryker tilsynelatende over et av dokumentene.</p>





105.		<p>{Munksgaard: ikke sant...}</p> <p>{Olsen: Ja....o=..}</p>	<p>00:41:50</p>  <p>Munksgaard gjør slag gester mot Olsen. Blikket hans er hele tiden festet ved Olsen. Olsen hever høyre hånd mot haken. Blikket er rettet mot dokumentene på bordet. Både Foss og Saudeland har blikket sitt mot Munksgaard. Grøvan ser ut mot publikum.</p>
106.		<p>Og da er det...e=..hv- .. Altså.. hvor 'er det..</p>	<p>00:41:50</p>  <p>Munksgaard rygger bakover mens han fortsetter med slag gestene mot Olsen.</p>
107.		<p>hva er det du 'ikke forstår..</p>	<p>00:41:51</p>  <p>Munksgaard fortsetter å rygge bakover, mens han gjør slag gester med pennen. Olsen sitter i en lukket kroppspositur, med torso og hode bøyd, og med høyre hånd foran munn / hake. Konnotasjoner her kan trekke mot at han beskytter seg mot angrepet fra Munksgaard.</p>





108.		av dette som blir sagt?	<p>00:41:53</p>  <p>Munksgaard peker mot Olsen, mens han beveger seg mot han. Olsen sitter fremdeles med hånden foran hake og munn, blikket er rettet mot bordet.</p>
109.		(@ latter fra salen @)	<p>00:41:54</p>  <p>Munksgaard går mot Olsen. Han holder dokumentene med begge hendene,foran seg.</p>
110.	Olsen:	Ja...e=... nå-..	<p>00:41:56</p>  <p>Munksgaard står stille foran Olsen. Han holder dokumentene med begge hendene, og hever dem foran seg, nesten opp til ansiktet. Olsen holder fremdeles høyre hånd til ansiktet.</p>
111.		før vi gikk i gang...	<p>00:41:57</p> 




			<p>Olsen har blikket rettet mot bordet. Han gjør en slag gest med høyre hånd, tilsynelatende rettet mot Munksgaard. Munksgaard står stille. Føttene er plassert ved siden av hverandre, torso er rett og hodet rettet oppover. Han holder dokumentene foran seg.</p>
112.		<p>så 'hadde jeg satt 'veldig stor pris på å kunne 'sittet ned</p>	<p>00:42:00</p>  <p>Olsen fører igjen hånden opp mot ansiktet. Han gjør flere hode bevegelser mens han snakker. Dette oppfattes som hode slag, og som ikoniske gester som forsterker det han ellers sier verbalt.</p>
113.		<p>med flere aktører.. og rett og slett fått anledning</p>	<p>00:42:04</p>  <p>Olsen tar hendene fra hverandre, og gjør en slag gest med høyre hånd som kan oppfattes som en ikonisk gest som peker mot aktører som ikke nødvendigvis befinner seg i rommet, men som oppfattes som konkrete i denne konteksten (Norris i Hasund, 2012, s. 10).</p>
114.		<p>uten å sitte i en slik sal.. og i et slikt klima som vi nå gjør.. og snakke om 'hva er de reelle 'utfordringene?</p>	<p>00:42:08</p>  <p>Olsen gjør en slag gest med begge hendene. Dette oppfattes som en</p>




			ikonisk gest som samspiller med verbalteksten.
115.		Hva er det vi jobber med? Og hva har vi fått til?	00:42:14  Olsen gjør flere slag gester med begge hendene. Hendene er åpne, og håndflatene er vendt oppover. Her er det nærliggende å tenke på konnotasjoner som trekker mot sårbarhet, og bønn om å bli trodd på.
116.		Men, altså...	00:42:17  Olsen samler hendene foran seg. Dette er en metaforisk gest med konnotasjoner mot det religiøse. Mot bønn og fortvilelse. Det kan oppfattes som å be om nåde.
117.		Og det kom av at < SIT Jan-Roger Olsen du ønsker å legge ned {Flekkefjord sykehus SIT}> {Munksgaard... nei, det sier vi ikke..}	00:42:19  Olsen sprer hendene fra hverandre, og håndflatene vender oppover. Blikket er vendt ned mot bordplaten. Både hode og torso er bøyd. Olsen holde denne posituren i 3 sekunder mens han siterer påstander rettet mot ham. Dette oppfattes som en ikonisk gest, hvor Olsen gjør seg sårbar og ber om nåde. Det er nærliggende å anta at gesten er





			rettet mot Munksgaard, men den kan også være rettet mot publikum som et forsøk på å oppnå velvilje fra dem.
118.	Olsen:	Nei.. men ´det ble altså også sagt her i forkant	00:42:22  Olsen gjør flere slag gester mot Munksgaard med begge hendene.
119.		av enkelte i sånn liten dialog vi hadde gående her...	00:42:24  Olsen gjør sirkulære bevegelser i det som oppfattes som deiktiske gester, som forsterker det verbale. Blikket er rettet mot Munksgaard.
120.		Det ´er ´altså i´kke {en ´realitet.} {Munksgaard: Nei.}	00:42:28  Olsen gjør hode slag som følger stavelsene han legger trykk på. Dette tolkes da som en deiktisk gest som følger det verbale. Han folder hendene forn ansiktet, og hviler albuen mot bordet. Blikket er rettet mot Munksgaard.



121.		Jeg ønsker å videreutvikle dette sykehuset..	<p>00:42:31</p>  <p>Fortsetter med slag gester, vender blikket mot Elvestuen.</p>
122.		'men..	<p>00:42:32</p>  <p>Olsen gjør en slag gest med begge hendene, som oppfattes som en deiktisk gest som forsterker ordet men i verbalteksten.</p>
123.		jeg har et kriterie..	<p>00:42:33</p>  <p>Samler hendene foran seg. Konnotasjoner til bønn og nåde. Ikonisk gest.</p>
124.		som jeg har brukt og blitt kritisert for i forhold til Arendal sykehus..	<p>00:42:34</p>  <p>Sprer hendene, holder håndflaten opp. Gjør seg sårbar. Ikonisk gest.</p>

125.		Det tilbudet jeg står for..	<p>00:42:38</p>  <p>Gjør slag gester. Oppfattes som deiktiske gester som forsterker verbalteksten. Foss vender blikket sitt mot Olsen.</p>
126.		det skal altså være så godt..	<p>00:42:40</p>  <p>Folder hendene foran ansiktet. Foss har blikket sitt vendt mot Olsen.</p>
127.		at jeg selv vil bruke det.. og bruke til mine nærmeste.	<p>00:42:43</p>  <p>Gjør slag gester med hendene mens han snakker. Oppfattes som deiktisk gester som samspiller med verbalteksten. Blikket rettes ut av bildet, oppfattes som at det rettes mot Munksgaard. Foss har blikket vendt mot Olsen.</p>
128.		{Det er et kvalitetskriterie som jeg legger til grunne..} {Munksgaard avbryter: Men du har..men du har..du har}	<p>00:42:46</p> 

			Olsen folder igjen hendene foran seg, og gjør hode slag mens han snakker . Hodeslagene oppfattes som deiktiske gester som samspiller med verbalteksten. Blikket er rettet ut av bildet, antagelig mot Munksgaard. Foss vender blikket bort fra Olsen.
129.			Saudland - Unnselig og liten
130.	Munksgaard:	Du.. du Gisle har spurt lenge.	00:47:51  Saudland peker mot Munksgaard. Dette er en ikonisk gest, hvor Saudland ber om ordet. Blikket hans er rettet mot Munksgaard, og hodet er hevet. Foss ser mot Munksgaard.
131.		E= jeg beklager.	00:47:52  Saudland ser ned mot bordet og papirene sine. Hendene holder på dokumentene. Det kan oppfattes som at han gjør seg klar til å komme med sitt innlegg.
132.		Du er så.. så unnselig og liten.	00:47:53  Saudland ser opp fra bordet, mot Munksgaard. Foss vender hodet mot venstre, og retter blikket mot Saudland.

133.	Saudland:	<p>{{@latter fra salen@}}</p>	<p>00:47:55</p>  <p>Saudland vender hodet mot høyre, og ned. Blikket plasseres mot gulv / bordende. Venstre hånd føres mot hode / venstre øye. Dette kan oppfattes som en metaforisk gest hvor Saudland forsøker å beskytte seg selv mot den ansiktstruende handlingen fra Munksgaard.</p>
134.		<p>{{@Hehehe@}} {Foss: <X Det sørlandske X>} {{@latter fra salen@}}</p>	<p>00:47:56</p>  <p>Holder hånden mot ansiktet mens publikum ler. Hånden holdes mot hodet i 3 sekunder. Blikket holdes mot gulv / bordende. Saudland ler. Foss holder blikket mot Saudland, og kommer med en verbalkommentar.</p>
135.		<p>(H) Men.. nå er vi jo på en måte inni det som e=.. på en måte e=..er liksom ikke sant den den..d.. liksom politisk 'kjekling.. ikke sant.</p>	<p>00:48:00</p>  <p>Bruker høyre hånd til en slag gest som oppfattes som en ikonisk gest som kompletterer verbalteksten.</p>
136.			<p>Håndopprekking</p>

137.	Klungland:	Det andre spørsmålet er veldig konkret.. som ingen trenger å si noe til..	01:41:37  Klungland gjør slag gester med pekefingeren mens han snakker.
138.		Men jeg utfordrer hele panelet til å rekke opp hånda, hvis de ønsker et	01:41:49  Klungland fortsetter med slag gestene. Kamera zoomer ut, og vi får se samtlige paneldeltakere.
139.		akuttkirurgisk tilbud..	01:41:49  Olsen starter en bevegelse av høyre hånd, fra bordet mot hake / munn.
140.		og et traumetilbud i Flekkefjord 24/7..	01:41:52  Olsen holder høyre hånd til hake / munn.

141.		Mmm.	<p>01:41:57</p>  <p>Samtlige paneldeltakere, bortsett i fra Olsen hever hånd / arm og uttrykker enighet. Olsen holder høyre hånd til hake / ansikt. Samtlige deltakere ser mot Munksgaard og Klungland. Munksgaard står bak talerstolen, og lener seg fremover. Han holder armene langt i fra hverandre, og står med en svært åpen kroppsposisjon.</p>
142.		{Det er veldig bra} {applaus fra publikum}	<p>01:42:00</p>  <p>Paneldeltakerne holder hendene oppe mens publikum klapper. Munksgaard vender seg mot publikum. Saudland vender seg mot høyre og fremover, med blikket mot de andre deltakerne. Olsen sitter med hånden mot hake / munn hele tiden.</p>

VEDLEGG 3: UTVALG AV AVISARTIKLER

13.02.2017

Får klar beskjed - igjen	
	Stemme
Agder Flekkefjords Tidende. 13.02.2017. Side: 8,9 Erik Thime	Thime

Når sykehusdirektør Jan Roger Olsen i dag kommer til sykehuset i Flekkefjord, venter det ingen rød løper.	Thime
Han møter motstand - enda en gang.	Thime
Ordfører Jan Sigbjørnsen (H) er klar på at kampen for å beholde akuttkirurgi og traumemottak på Sørlandet sykehus Flekkefjord må fortsette.	Thime
I dag kommer sykehusdirektøren til sykehuset på Askeknuten.	Thime
Der kommer han til å fortelle hva han går inn for, og hvordan han ser for seg at fremtidens sykehus i Flekkefjord skal bli.	Thime
Senere i ukene sendes sakspapirene til styret i helseforetaket ut - der står Olsens innstilling svart på hvitt.	Thime
DÅRLIGST: Ordfører Jan Sigbjørnsen fikk på bystyrets møte torsdag spørsmål fra Senterpartiets Liv Hellen Skjold Rafoss om hva som er kommunens plan dersom Olsen ber styret i SSHF vedta det dårligste alternativet for akuttkirurgisk beredskap	Thime
- Helt fra Per Torgersen la frem forslaget til utviklingsplan 2030 for Sørlandet sykehus i februar 2014 har mange av oss politikere lagt press på våre respektive partier.	Sigbjørnsen
Jeg har hatt flere møter med helseministeren både som ordfører og som høyremedlem, sa Sigbjørnsen.	Sigbjørnsen
Han fortalte at kommunen også har engasjert seg i Kommunenes Interesseorganisasjon for lokalsykehusene, der Sigbjørnsen valgt inn i styret.	Thime, referende
ENGASJEMENT: - Det engasjement som lokale politikere har vist og gitt uttrykk for overfor sykehusdirektøren, sykehusstyret,	Sigbjørnsen

<p>stortingspolitikere, minister og statsminister har medført at vi pr. dags dato har kommet langt fra realiteten i februar 2014 og planen om bare ett sykehus på Sørlandet, sa Sigbjørnsen.</p>	
<p>Han redegjorde for at en har fått definert at sykehuset i Flekkefjord skal være et akuttsykehus som minst skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser, også fødeavdelingen med gynekologer og beredskap for keisersnitt vil bestå.</p>	Thime, referende
<p>- Prosjektet nå går på de samlede akutfunksjoner i SSF, og da akutfunksjoner innen kirurgi og derav traumefunksjonen.</p>	Sigbjørnsen
<p>HØRING: Ordføreren fortalte at kommunen har overlevert sitt høringssvar, og at den videre behandlingen var at det torsdag var et dialogmøte mellom sykehusdirektøren og sørlandsbenken på Stortinget.</p>	Thime, referende
<p>- Jeg har sørget for at de tre stortingspolitikere fra vår region har fått tilgang til høringssvarene fra Lister slik at de var oppdatert til det nevnte møtet.</p>	Sigbjørnsen
<p>Dersom styret velger det dårligste alternativet - for sykehuset i Flekkefjord - akter ikke ordføreren å sitte med hendene fanget, eller forholde seg taus.</p>	Sigbjørnsen
<p>- Jeg har allerede hatt samtaler med helseminister Bent Høie og fått klarhet i at alle endringer til slutt ender på hans bord.</p>	Sigbjørnsen
<p>Videre har jeg fått klarhet i at han ikke vil godta en løsning som bryter med Nasjonal Helse- og</p>	Sigbjørnsen

sykehusplan og presiseringene i stortingsbehandlingen.	
KLAR BESKJED: Sigbjørnsen gjorde det klart at Høie fikk klar beskjed av ham selv og partikollega Jan Kåre Hansen om at alternativet med kun én turnuskandidat i vakt hverken må eller kan godkjennes.	Thime, referende
- Jeg vil oppfordre alle lokalpolitikere til å ta dette opp med sine respektive stortingsgrupper.	Sigbjørnsen
Mener stortingspolitikerne at styrets vedtak er i tråd med nasjonal helse og sykehusplan?	Sigbjørnsen
Er vedtaket det så vil det bli godkjent av ministeren.	Sigbjørnsen
Er det ikke det, må vi sørge for at alle partier gir dette til kjenne ovenfor ministeren, understreket ordføreren overfor bystyret.	Sigbjørnsen

Frykter for fremtiden 13.02.2017, s. 8, Nyheter	NRK Sørlandet
Flere av stortingsrepresentantene fra Agder frykter at akutfunksjonen ved Sørlandet sykehus Flekkefjord står i fare for å bli lagt ned, melder NRK Sørlandet.	NRK
Torsdag møtte politikerne på Sørlandsbenken ledelsen ved Sørlandet sykehus og representanter for Helse Sør-Øst.	NRK
Der fikk flere av dem et klart inntrykk av at direktøren vil anbefale for sykehusstyret at akuttkirurgien i Flekkefjord blir lagt ned.	NRK
Styremøtet skjer om to uker.	NRK
En av dem som ikke ble beroliget etter torsdagens møte, er Kjell Ingolf Ropstad fra Kristelig Folkeparti.	NRK

Han sier han tror ledelsen vil ende med å anbefale at akuttfunksjonen ved Flekkefjord fjernes.	NRK
- Det vil jo i så fall være dramatisk for hele regionen, sier Ropstad.	Robstad
Han tror en nedleggelse vil svekke kompetansen også på andre felter enn akuttkirurgien ved sykehuset i Flekkefjord.	NRK
- I verste fall frykter jeg at mange mennesker må fraktes ganske langt, og det kan i verste fall gå ut over liv og helse, sier han.	NRK
Stortingsrepresentant Odd Omland, som representerer Arbeiderpartiet i Vest-Agder, er noe mindre bekymret for nedleggelse av akuttfunksjonen.	NRK
- En kan jo frykte det, men jeg skal ikke ha noen bestemt mening før sykehusdirektøren har gitt sin innstilling på mandag, sier han.	NRK
Han regner med at sykehusledelsen har tatt inn over seg både de mange høringsinnspillene i saken og signalene han selv har gitt i torsdagens møte.	NRK
Også partikollega i Aust-Agder, Freddy de Ruiten, deltok i møtet.	NRK
Han synes ikke det var en spesielt hyggelig sammenkomst, der signalene i hans øyne gikk i retning nedleggelse.	NRK
- Det er dypt beklagelig.	De Ruiten
De aller fleste mener en må ha et godt akuttkirurgisk tilbud for å sikre et nært og godt sykehus tilbud for dem vest i Vest-Agder, sier han.	NRK
Ved en eventuell nedleggelse av akuttfunksjonen frykter de Ruiten en forvitring.	NRK
- Jeg synes det er veldig viktig at både vi øst i Agder og de vest i Agder, som faktisk representerer nesten	De Ruiten

halvparten av befolkningen, at vi står sammen for våre to sykehus.	
de Ruiten sier han opplever at sykehusledelsen konsekvent gjennom de siste femten årene har gått inn for å bygge ned virksomheten ved de to sykehusene.	De Ruiten
- Det svekker pasientsikkerheten og tryggheten for dem som bor et stykke unna Kristiansand, hevder Freddy de Ruiten overfor NRK Sørlandet.	De Ruiten

15.02.2017

Dette er innstillingen	Munksgaard
Agder Flekkefjords Tidende. 15.02.2017. Side: 7,8 Kristen Munksgaard Mandag ettermiddag slapp han katten ut av sekken.	Munksgaard
Sykehusdirektør Jan Roger Olsen går inn for modell A som betyr et sykehus uten akuttkirurgiske tjenester og ulykkesberedskap.	Munksgaard
Traumeteamet forsvinner.	Munksgaard
- Alle pasienter/hendelser som utløser traumealarm (medisinsk index AMK) sendes til Kristiansand eller Stavanger avhengig av hva som er nærmest, eller Oslo universitetssykehus avhengig av alvorlighetsgrad, heter det i innstillingen.	Munksgaard
- Direktøren handler mot bedre vitende.	Kroslid
Dette vil få store konsekvenser både for sykehuset og for brukerne.	Kroslid
Her har vi en stor jobb å gjøre, sier leder for aksjonskomiteen for bevaring av sykehuset i Flekkefjord, Sigmund Kroslid.	Kroslid
INNSTILLINGEN: Sykehusdirektøren har listet sin innstilling opp i ni punkter:	Munksgaard

1. Sykehuset i Flekkefjord videreføres som akuttisykehus.	Refererende
2. Sykehuset i Flekkefjord skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesi i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.	Refererende
3. Sykehuset i Flekkefjord skal ha mottak og behandling av pasienter med hjerneslag, gynekologi, fødeavdeling med beredskap for keisersnitt, laboratorier og radiologi.	Refererende
4. Sykehuset i Flekkefjord skal ha planlagte og akutte ortopediske operasjoner alle hverdager. I helger (fredag kl. 16.00 til mandag kl. 08.00) henvises ortopediske pasienter til Kristiansand eller Stavanger.	Refererende
5. Sykehuset i Flekkefjord skal utføre planlagte dagkirurgiske inngrep som ikke trenger overvåkning lenger enn til kl. 17.00 på hverdager.	Refererende
6. Kirurgiske ø-hjelpspasienter henvises til Kristiansand.	Refererende
7. Ortoped og turnuslege ved SSF skal ivareta skadepoliklinikken fra mandag kl.08.00 til fredag kl.16.00. I helgene henvises pasientene direkte til Kristiansand eller Stavanger dersom de ikke kan håndteres av legevakten.	Refererende
8. Alle pasienter/hendelser som utløser traumealarm (medisinsk index AMK) sendes til Kristiansand eller Stavanger avhengig av hva som er nærmest, eller Oslo universitetssykehus avhengig av alvorlighetsgrad.	Refererende
9. Pasienter som er utsatt for en akutt hendelse skal vurderes evt. stabiliseres og håndteres av aktuelt personale på vakt (anestesileger, medisinske leger,	Refererende

ortopeder, gynekologer, anestesi- og akuttmottakssykepleiere).	
16. februar sendes styrepapirene ut og administrerende direktør vil samme dag legge frem sin innstilling.	Refererende
Og styrets behandling er 23. februar.	Munksgaard

Frykter for pasient-sikkerheten	AA, Torland
Agder Flekkefjords Tidende. 15.02.2017. Side: 5,6 Anna Bauge Torland Traumekoordinator Vivian Valente synes det er vanskelig å se at dette skal øke pasientsikkerheten - snarere tvert imot.	AA, Torland
Vivian Valente er ikke overrasket over uttalelsen fra sykehusdirektør Jan Roger Olsen.	AA, Torland
- Dette var på ingen måte uventet.	Vivian Valente
Proessen har dessverre skapt et inntrykk av å være forhåndsbestemt.	Vivian Valente
Det er tydelig at sykehusdirektøren og jeg har forskjellig syn på hva som er det beste for pasientene, sier Valente til Agder.	Vivian Valente
INGEN AVVIK: Akuttsykehusene er en viktig del av traumesystemet i Norge.	AA, Torland
I fjor hadde Flekkefjord sykehus ca. 90 traumepasienter, dette er et betydelig antall sammenlignet med andre lokalsykehus.	AA, Torland
Det er ikke registrert noen avvik i forbindelse med traumebehandlingen.	AA, Torland
- Vi overvåker kvaliteten på resultatene våre ved hjelp av nasjonalt traumeregister.	Vivian Valente
Vi har ingen avvik, understreker Valente og legger til:	AA, Torland

- Vi oppfyller alle krav til kompetanse og aktiverer traumeteam på bakgrunn av definerte kriterier.	Vivian Valente
BEREDSKAPEN SVEKKES: Hun reagerer på at det ikke er gjort en grundig økonomisk konsekvens /- og mulighetsanalyse og at man ikke lytter til fagkompetansen i prosess.	AA, Torland, siterende / beskrivende
- Dersom traumefunksjonen fjernes fra sykehuset i Flekkefjord er jeg redd traumepasientene våre får et langt dårligere initialt tilbud.	Vivian Valente
Jeg frykter også at mange av disse i fremtiden vil sluses til legevakt og ikke få traumemottak ved sykehus slik de etter nasjonale kriterier burde hatt.	Vivian Valente
Det å bli mottatt med traumeteam øker pasientsikkerheten og reduserer mulighetene for feil og oversette skader.	Vivian Valente
I Flekkefjord ferdigbehandles 90 prosent av våre traumepasienter lokalt og sender kun 10 prosent videre til høyere behandlingsnivå.	Vivian Valente
- Vi har klare overflyttningskriterier som vi forholder oss til.	Vivian Valente
Med tanke på tall er det ikke riktig å utsette 90 prosent av våre pasienter for unødvendig transport bort fra vårt distrikt og inn til SSK eller SUS.	Vivian Valente
Traume er en tidskritisk og dynamisk tilstand som raskt kan forandre seg.	Vivian Valente
Avklaring og identifisering av livstruende skader skal skje raskt, sier Valente.	Vivian Valente
STABILISERING: Ifølge Olsen skal sykehuset i Flekkefjord ha beredskap for stabilisering.	AA, Torland
De skal altså stabilisere pasienter som kommer med alvorlige skader for så å sende dem videre.	AA, Torland

Skal de kunne gjøre dette må de beholde traumefunksjonen og akuttkirurgi.	AA, Torland
Det må være kirurg på vakt 24 timer i døgnet hele uken, mener Valente.	AA, Torland
- Det er uttalt at vi skal kunne motta de som «ramler inn» på sykehuset.	Vivian Valente
Vi skal altså være beredt til å ta imot de aller sykeste uten verken system eller bemanning som legger til rette for dette.	Vivian Valente
Det faller på sin egen urimelighet.	Vivian Valente
Vi er avhengig av systemer som sikrer kvalitet og kompetanse og det å fjerne traumefunksjonen er absolutt ikke veien å gå.	Vivian Valente
Kvaliteten forvitrer, kompetansen forsvinner og pasientsikkerheten svekkes.	Vivian Valente
LOKALT TILBUD: - Geografisk sett må vi forholde oss til at vi bor for langt unna de store traumesentrene til at det er forsvarlig å fjerne en våre akutfunksjoner.	Vivian Valente
Våre pasienter må derfor sikres et godt lokalt tilbud.	Vivian Valente
Vi må bruke teknologisk utvikling som et argument for desentralisering, og ikke det motsatte.	Vivian Valente
Vilje, kvalitet, mulighet og økonomi er stikkord for prosessen videre, understreker hun.	Vivian Valente

Nå starter sykehus-kampen - igjen (Leder)	Munksgaard
Agder Flekkefjords Tidende. 15.02.2017. Side: 3,4 HAN FÅR det til å lyde som om Flekkefjord sykehus skal få en ny vår, når han, sykehusdirektør Jan Roger Olsen fremlegger sin styreinnstilling om fremtiden for Flekkefjord sykehus.	

Honnørord som «vi skal videreutvikle», «viktig satsing», «akuttberedskap» og «sykehuset er viktig for landsdelen» slynges ut med størst mulig grad av troverdighet.	
Men er du utsatt for en bilulykke og blir alvorlig skadet, kjører ambulansen forbi Flekkefjord sykehus - og slipper deg ikke av før du er i Kristiansand eller Stavanger, hvis du har overlevd turen.	
Det er kortversjonen av sykehusdirektørens innstilling.	
FOR DET er nettopp dette det koker ned til.	
Hva slags sykehus er det vi får?	
I dag har vi et team av leger og spesialsykepleiere som gang på gang har vist at de er helt på høyde med de beste traumeteam i Norge.	
For noen måneder siden hospiterte en av Europas beste traumeleger på Flekkefjord sykehus - og han var mer enn imponert over hva han opplevde lokalt.	
INNSTILLINGEN FRA sykehusdirektøren er ikke overraskende, slik vi har lest tegnene i forkant av hans presentasjon.	
Fra sykehusledelsens side endrer de fokus som det passer inn i argumentasjonen - og det sykehusdirektøren fokuserer på nå, er kvalitet.	
Ikke nødvendigvis dagens kvalitet, men fremtidens!	
Altså frykten for den fremtidige kvaliteten dersom man har akuttkirurgiske tjenester i Flekkefjord.	
Beklager, herr direktør, men nettopp det står ikke til troende.	
Og rekruttering?	

Hvis det er noe sykehuset i Flekkefjord kan, så er det å rekruttere dyktige utenlandske leger.	
Der har sykehuset vært helt i forkant.	
VI KAN love kamp for å beholde den viktige akuttkirurgiske funksjonen i Flekkefjord.	
Førstkommende mandag skal vi debattere med sentrale politikere fremtiden for Flekkefjord sykehus.	
Til syvende og sist er nemlig dette en sak som har et klart politisk ansvar.	
Og om åtte måneder er det stortingsvalg.	
Det skal enkelte partier få merke - på godt og vondt.	

FLEKKEFJORD: Denne protesten	Avisen Agder
Agder Flekkefjords Tidende. 15.02.2017. Side: 6,7	
har samtlige 35 bystyrerepresentanter skrevet under på.	Avisen Agder
Ordfører Jan Sigbjørnsen i Flekkefjord er ikke tilfreds med innstillingen fra sykehusdirektøren og lover kamp - også inn mot sentrale politikere, som for eksempel helseministere Bent Høie.	Avisen Agder
- Vi skal kjempe for sykehuset og dette er vår uttalelse til planen som har vært på høring.	Sigbjørnsen
Vi finner oss ikke i at sykehusstilbudet reduseres, understreket ordfører Jan Sigbjørnsen.	Sigbjørnsen
- Utgangspunktet mitt er at de tjenestene vi har her i Flekkefjord skal ha samme kvalitet som det vi leverer i Arendal og Kristiansand, begynte Jan Roger	Jan Roger Olsen

Olsen, før han ble avbrudt av tilrop fra de mange som var tilstede.	
- Enkelte uenigheter har vi - og enkelte forandringer må også Flekkefjord akseptere.	Jan Roger Olsen
Men sykehuset skal utvikles videre, det er ikke snakk om nedleggelse.	Jan Roger Olsen
Sykehuset skal videreutvikles fordi vi har behov for det, og befolkningen har behov for det.	Jan Roger Olsen
De endringer som gjøres er for å skape et langsiktig, godt tilbud, fremholdt Olsen.	Jan Roger Olsen

Tekst	Stemme
Mer enn 1000 illsinte	Avisen Agder
Agder Flekkefjords Tidende. 15.02.2017. Side: 6,7	Avisen Agder
Kristen Munksgaard	
mennesker møtte opp utenfor Sørlandet sykehus Flekkefjord for å gi sin støtte til sykehuset, og vise sin motstand mot sykehusdirektør Jan Roger Olsen.	Avisen Agder
På kort varsel ble troppene samlet utenfor sykehuset i Flekkefjord der direktøren ble møtt med tilrop og buing for sin innstilling overfor styret i Sørlandet sykehus.	Avisen Agder
VERD: - Er vi mindre verd enn folk fra Kristiansand, undret folk som ventet på at direktøren skulle komme ut i februarkulden mandag ettermiddag.	Avisen Agder

De ville vise sin avsky mot sykehusdirektørens forslag til nedleggelse av traumemottak og akuttkirurgi i Flekkefjord.	Avisen Agder
Sigmund Kroslid, leder for Aksjonskomiteen for bevaring av Flekkefjord sykehus, bad sykehusdirektøren ta til fornuft og ikke svekke sykehuset posisjon og han mente det store oppmøtet var bevis nok på hva sykehuset betyr for folk i regionen.	Avisen Agder, referende
FAKLER: Mange av de fremmøtte hadde selv tatt med seg fakler, og plakater fra forrige store mønstring i februar 2014, var hentet frem fra glemselen.	Avisen Agder
- Ikke rør sykehuset, sto det på plakatene - og banksjef Jan Kåre Eie og bystyrepolitiker Nina Danielsen (Sp) holdt den store bannere mellom seg foran inngangsdøren til sykehus.	Avisen Agder
Sykehusdirektør Jan-Roger Olsen gjorde de fremmøtte oppmerksom på at det ikke var snakk om å bygge ned sykehuset i Flekkefjord og at sykehuset hadde en plass på Sørlandet også i fremtiden.	Avisen Agder, referende
Det vi må gjøre er å sikre kvalitet på akuttkirurgi og traumemottak.	Avisen Agder, referende
Men sykehuset skal fortsatt ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesi i døgnvakt, kirurger som kan ta planlagte operasjoner, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser, forklarte Olsen, uten at det så ut til å gjøre nevneverdig inntrykk på en rasende folkemengde.	Avisen Agder, referende

Tekst	Stemme
Debatt i Spira	Avisen Agder
Agder Flekkefjords Tidende. 15.02.2017. Side: 4,5 Ingvill Mydland Egeli	Avisen Agder
Mandag blir det stor paneldebatt i Spira, arrangert av Aksjonskomitéen for bevaring av Flekkefjord sykehus.	Avisen Agder
Odd Omland (Ap) kommer. Hans Fredrik Grøvan (KrF) kommer. Kjersti Toppe (Sp) har meldt sin ankomst.	Avisen Agder
Stortingspolitikere er klare for å stille i paneldebatt på Spira.	Avisen Agder
Agders redaktør Kristen Munksgaard skal lede debatten.	Avisen Agder
- Overskriften for debatten er å bevare et godt sykehus i Flekkefjord, sier Sigmund Kroslid, som er leder i Aksjonskomitéen for bevaring av Flekkefjord sykehus.	Sigmund Kroslid
De er ansvarlige for paneldebatten.	Avisen Agder
Flekkefjord kommune er med og støtter opp om arrangementet.	Avisen Agder
Han påpeker at det er et kraftig signal når mange hundre er samlet slik de var utenfor sykehuset denne uken, på en kald mandag.	Sigmund Kroslid, referert
- Nå har vi et enstemmig politisk miljø i Flekkefjord og i Vest-Agder, såvel som brukerne av sykehuset som alle sier de vil beholde det.	Sigmund Kroslid
Da er det uforståelig at ikke Jan Roger Olsen mener det samme, sier Kroslid, og viser til sykehusdirektørens innstilling.	Sigmund Kroslid

Aksjonskomitéens leder sier det har skjedd endringer fra 80-tallet, da det også var diskusjoner om bevaring av sykehuset.	Sigmund Kroslid, referert
Han synes det er et tankekors at det i løpet av denne tiden ikke har vært mulig å få til en løsning som er mer «smidig, elegant og fornuftig».	Sigmund Kroslid, referert
Som eksempel påpeker Kroslid at fødeavdelingen har fått 400 som minimumstall for antall årlige fødsler.	Sigmund Kroslid, referert
Nå har fødselstallet økt til 450.	
- Ved å gjøre noen enkle grep har de økt fødselstallet med femti, og alle er happy.	Sigmund Kroslid
Hvorfor ikke gjøre dette på andre måter?	Sigmund Kroslid
Er det lengre for folk i Mandal å kjøre til Flekkefjord for å bli operert enn det er til Kristiansand og sågar Arendal? spør Kroslid.	Sigmund Kroslid
- Vi må jobbe for at styret endrer sin innstilling.	Sigmund Kroslid
Nå drar vi ned så mange stortingsrepresentanter som mulig for nettopp å fortelle dem at vi er ikke annerledes skrudd sammen enn at vi er ute etter et best mulig sykehusstilbud.	Sigmund Kroslid
Kroslid avviser at et sterkt sykehus i Flekkefjord er en hemske for Kristiansand.	Sigmund Kroslid
- Tror noen at folk i dette området er så dumme at de vil ha godvilje for å dra til Kristiansand når sykehuset i Stavanger blir nytt?	Sigmund Kroslid
Flekkfjord sykehus kan henvise til Kristiansand og anbefale brukerne å velge dette sykehuset fremfor å dra til Rogaland.	Sigmund Kroslid
Det er jo til fordel for Kristiansand.	Sigmund Kroslid
Når det gjelder rekruttering av dyktige fagfolk, mener Kroslid utfordringen er den samme overalt.	Sigmund Kroslid, refert

- Flekkefjord har vært et av de sykehusene som faktisk har klart å rekruttere fra Tyskland.	Sigmund Kroslid
Leger vil bli mer og mer spesialisert, det vil ramme uansett om det er i Flekkefjord eller i Kristiansand.	Sigmund Kroslid
Dette er sårbart uansett.	Sigmund Kroslid

Tekst	Stemme
Sokndal-ordføreren: - Ikke worst case	
Agder Flekkefjords Tidende. 15.02.2017. Side: 5,6	
Ordfører Trond Arne Pedersen (KrF) i Sokndal var til stede på Sørlandet sykehus mandag.	
Han står på formannskapetets ja til traumemottak.	Trond Arne Pedersen, sitert
Samtidig peker Pedersen på at i alvorlige saker vil man gjerne uansett sende pasientene videre til spesialister.	Trond Arne Pedersen, sitert
- Det er viktig for oss med akutten.	Trond Arne Pedersen
Men hvis det skjer noe veldig alvorlig, vil du ha de beste folkene til å operere deg.	Trond Arne Pedersen
Hvis ungen min blir syk, vil jeg at den aller beste kirurgen skal operere ham.	Trond Arne Pedersen
Da må du til et sykehus som har stort nok befolkningsgrunnlag til å ha den aller beste kirurgen.	Trond Arne Pedersen
Det er ikke befolkningsgrunnlag i Flekkefjord og omegn til å ha et fagmiljø av en slik størrelse og med en slik grad av kompetanse, mener Pedersen.	Trond Arne Pedersen
Han peker på at sykehusdirektør Jan Roger Olsen vil øke kapasiteten på Flekkefjord sykehus med tretti prosent, og samtidig forbedre legevakten.	Trond Arne Pedersen, sitert
I helgene skal folk videresendes til Kristiansand eller Stavanger.	Avisen Agder

- Jeg forsto på Olsen at det han innstiller er litt annerledes enn det som er worst case.	Trond Arne Pedersen
Det høres ut som det kan bli en tilfredsstillende ordning.	Trond Arne Pedersen
I forrige uke sendte Pedersen og resten av formannskapet sin støtte til Helsenettverk Listers uttalelse.	Avisen Agder
Det innebærer at Sokndal kommune vil gå for modell B for organisering av de fremtidige akuttfunksjoner ved Sørlandet sykehus Flekkefjord.	Avisen Agder

Tekst	Stemme
Møtt med isfront	Avisen Agder, Munksgaard
Agder Flekkefjords Tidende. 15.02.2017. Side: 6,7	
- Nei, sa tidligere overlege Leif Halvorsen og snudde seg bort da sykehusdirektør Jan Roger Olsen strakte frem hånden for å hilse.	Avisen Agder, beskrivende
- Jeg håndhilser ikke på folk som vil ødelegge sykehuset.	Leif Halvorsen, sitert
I 40 år har den pensjonerte overlegen jobbet for å bygge opp og sikre Flekkefjord sykehus.	Avisen Agder
DRAMATISK: - Dette er dramatisk for befolkningen i vårt distrikt og en tragedie for sykehuset i Flekkefjord.	Leif Halvorsen
Hvis ikke dette er et avviklingsprosjekt for Flekkefjord sykehus, så vet ikke jeg.	Leif Halvorsen
Sakte med sikkert forsvinner også fødeavdelingen.	Leif Halvorsen
Dette er en katastrofe, freste Leif Halvorsen til en lydhør direktør.	Leif Halvorsen
- Jeg har stor respekt for deg, Leif.	Jan Roger Olsen
Flekkefjord sykehus har en plass i Sørlandet sykehus.	Jan Roger Olsen

Det er nesten en umulig oppgave å argumentere mot deg, repliserte sykehusdirektøren før han fikk gode råd av den pensjonerte overlege.	Jan Roger Olsen
DØGNTILBUD: - Det kan ikke organiseres slik du skisserer i din innstilling, uten at det fører til elendighet.	Leif Halvorsen
Det vil være en tragedie om det ikke blir noe ortopedisk tilbud i helgene.	Leif Halvorsen
En stengt operasjonsavdeling gjennom helgen, er en tredjedel av uken.	Leif Halvorsen
Et ortopedisk døgntilbud vil kunne ta unna mye på et lokalsykehus.	Leif Halvorsen
Det ville ha hjulpet og redusert dramatikken i dette, sa Leif Halvorsen.	Leif Halvorsen
Sykehusdirektør Jan Roger Olsen lyttet og lovet å ta med seg Halvorsens innspill.	Avisen Agder
- Jeg tar med meg innspillet tilbake og vurderer det, konkluderte sykehusdirektøren.	Jan Roger Olsen
Forøvrig tok Leif Halvorsen og sykehusdirektør Jan Roger Olsen hverandre i hånden ved avslutningen av møtet...	Avisen Agder

17.02.2017

- Ikke i tråd med sykehusplanen	Munksgaard
Agder Flekkefjords Tidende. 17.02.2017. Side: 4,5 Kristen Munksgaard - Olsens modell er ikke i tråd med sykehusplanen. Basta!	Munksgaard, siterende
Det skriver stortingsrepresentant Ketil Kjenseth (V) som var med i forhandlingene da regjeringen fikk	Munksgaard

flertall for helse og sykehusplanen i Stortinget, i en e-post til Venstres gruppeleder i Flekkefjord bystyre, Reidar Gausdal.	
MYE PEPPER: Venstre har måttet tåle mye pepper for at de sørget for flertall på Stortinget fra den omstridte sykehusplanen - og lokallaget i Flekkefjord truet med nedleggelse.	Munksgaard
Det første til at partileder Trine Skei Grande selv reiste til Flekkefjord for å roe ned partigemyttene og samtidig forsikre flekkefjæringene at sykehuset i Flekkefjord ikke skulle årelates for funksjoner.	Munksgaard
I et felles leserinnlegg i Agder fra helseminister Bent Høie og partileder Trine Skei Grande i Venstre 1. juli i fjor skrev de følgende:	Munksgaard
LESERINNLEGG: «Når det gjelder det fremtidige tilbudet ved Flekkefjord sykehus, slår vi fast at sykehuset fortsatt skal være et akuttisykehus, og at det skal være kirurgi ved sykehuset i årene som kommer.	Munksgaard, siterende
Hva slags kirurgisk tilbud dette skal være må avgjøres lokalt, og her må alle enhetene i Sørlandet sykehus samarbeide om et helhetlig tilbud som gir nok aktivitet til alle sykehusene og trygghet for befolkningen.	Munksgaard
Det skal lages en utviklingsplan for Sørlandet sykehus i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører, og departementet har stilt krav om at akutttilbudet ved Flekkefjord sykehus skal være avklart innen 1. april 2017».	Munksgaard
Det er dette stortingsrepresentant Ketil Kjenseth mener sikrer fortsatt akuttkirurgi, traumemottak og dermed ulykkessberedskap på Flekkefjord sykehus.	Munksgaard

PASSER PÅ: Overfor bystyrerepresentant Reidar Gausdal og andre Venstre-medlemmer i Flekkefjord lover Kjenseth å henge på helseministeren som en klegg - og det samme gjør partilederen i Venstre.	Munksgaard
- Venstre kan allerede vise til en helt sentral seier i utredningsprosessen - nemlig kommunenes deltakelse i og vektlegging av deres innspill.	Ketil Kjenseth
Dette kom på plass i sykehusplanen, og blir ett av de vesentlige ankepunktene mot Olsens modell, forsikrer Ketil Kjenseth.	Ketil Kjenseth
- Jeg er frimerke på Høie helt inn her.	Ketil Kjenseth
Trine tar det nok også i sine fora, slår Kjenseth fast.	Ketil Kjenseth

Tekst	Stemme
Politikerne må gi klare sykehusvar (Leder)	Kristen Munksgaard
Agder Flekkefjords Tidende. 17.02.2017. Side: 3,4	
MANDAG KVELD blir det åpent møte i Flekkefjord Kultursenter Spira, der mer eller mindre sentrale politikere må gi klare sykehusvar til befolkningen.	Kristen Munksgaard
Aksjonskomiteen for Bevaring av Flekkefjord sykehus og Agder går sammen om folkemøte som arrangeres fordi sykehusdirektøren har avgitt en innstilling til styret i sykehuset som innebærer exit traumemottak og akuttkirurgi.	Kristen Munksgaard
Mandag blir flere sentrale stortingspolitikere avkrevd svar.	Kristen Munksgaard
DET ER viktig at folk møter opp og viser sitt engasjement i saken.	Kristen Munksgaard
Tilstede i salen er også sykehusdirektør Jan Roger Olsen og styreleder Camilla Dunsæd i Sørlandet sykehus.	Kristen Munksgaard

Storingsrepresentantene Kjersti Toppe (Sp), Odd Omland (Ap), Ingunn Foss (H), Hans Fredrik Grøvan (KrF) og Iselin Nybø (V) stiller i panelet.	Kristen Munksgaard
Det samme gjør stortingskandidatene Gisle Meininger Saudland (Frp) og Morgan Salminen (SV).	Kristen Munksgaard
DET STORE spørsmålet som vi forventer en avklaring på er: Hva ligger i den nasjonale helse og sykehusplanen i forhold til Flekkefjord sykehus?	Kristen Munksgaard
Hvordan kan enkelte partier forsvare rasering av et meget velfungerende sykehus, trolig ett av landets mest velfungerende, faktisk?	Kristen Munksgaard
Og vil et annet politisk flertall reversere de beslutninger som eventuelt blir tatt i løpet av noen uker?	Kristen Munksgaard
Hvem kan vi stole på i sykehussaken - og hva vil det bety for utfallet av stortingsvalget?	Kristen Munksgaard
FOR DET er et umiskjennelig faktum at dagens regjering og samtlige politiske partier nå skal få sin velgerdom.	Kristen Munksgaard
Nå befolkningen i Norge går til stemmeurnene i september, har de reell makt i forhold til å påvirke realpolitikken i dette landet.	Kristen Munksgaard
I Norge, i Europa og i andre deler av verden er befolkningen lei av maktelitens tukling med viktige samfunnsverdier.	Kristen Munksgaard
Å bygge ned lokalsykehus er en av disse verdiene.	Kristen Munksgaard
Det finner ikke folk seg i.	Kristen Munksgaard
MANDAG KREVER vi krystallklare svar både for de som vil gjenvelges - og de som vil på Stortinget for første gang.	Kristen Munksgaard

Tekst	Stemme
«Direktøren må gå av»	Avisen Agder
Agder Flekkefjords Tidende. 17.02.2017. Side: 5,6	
Kristen Munksgaard	
Fylkestingsrepresentant Vidar Kleppe (Demokratene) er lut lei alle utspill fra sykehusdirektøren.	Avisen Agder
Nå mener han Jan Roger Olsen må gå fra stillingen.	Avisen Agder
Straks etter at sykehusdirektør Jan Roger Olsen hadde offentliggjort sin innstilling overfor styret i Sørlandet sykehus, med anbefaling om fremtiden for sykehuset i Flekkefjord, reagerte Vidar Kleppe momentant.	Avisen Agder
ENSTEMMIG: I fylkestinget dagen etter fikk han et enstemmig fylkesting med på et opprop til støtte for Flekkefjord sykehus.	Avisen Agder
Vedtaket fra fylkestinget ble slik:	Avisen Agder
Fylkestinget viser til fylkesutvalgets uttalelse fra møte 31. januar hvor modell B ble støttet.	Avisen Agder, refererende
Fylkestinget i Vest-Agder vil på det sterkeste anmode om at styremøtet i Sørlandet sykehus den 23. februar ikke vedtar å nedlegge traumebehandlingen, akuttkirurgien og ulykkesberedskapen ved Flekkefjord sykehus.	Avisen Agder, refererende
NOK SJANSER: Vidar Kleppe mener at styret i Sørlandet sykehus må merke seg at et enstemmig fylkesting reagerer så kraftig som de gjør.	Avisen Agder
- Jeg synes sykehusdirektøren nå har fått sjanser nok.	Vidar Kleppe
Han har ikke befolkningens tillit lenger - og da kan han heller ikke ha en stilling som krever folkets tillit.	Vidar Kleppe
Han bør derfor ta sin hatt og gå, freser fylkestingsrepresentant Vidar Kleppe overfor Agder.	Vidar Kleppe

Styret i Sørlandet sykehus skal behandle saken torsdag i neste uke.	Avisen Agder
Deretter skal vedtaket fra styret i Sørlandet sykehus videre til styret i Helse Sørøst, før saken til slutt ender på statsrådets bord.	Avisen Agder

20.02.2017

Takker sykehuset for livet	
For ganske nøyaktig ett år siden fikk sirdølen Jan Helge Jacobsen en livstruende blodpropp i tarmen.	
Takket være sykehuset i Flekkefjord fikk han livreddende hjelp.	
Tor Sindre Tjomlid, side 6 og 7, Nyheter.	
- Jeg fikk noen intense smerter i magen sent på kvelden 17, februar i fjor.	Jacobsen
Legen på Tonstad sendte meg i ambulansetil sykehuset i Flekkefjord.	Jacobsen
Mer husker jeg egentlig ikke, forteller Jacobsen.	Jacobsen
Men i Flekkefjord ble han diagnostisert med en trombose i <i>arteria mesenterica superior</i> , som det betegnes på fagspråket.	
- I epikrisen står det at det var en dramatisk situasjon og at det knapt var forventet at jeg skulle overleve, sier Jacobsen mens han studerer papirene.	Jacobsen
Han er ikke i tvil om at den akutte hjelpen han fikk på lokalsykehuset var avgjørende for at han overlevde.	
- Egentlig skulle jeg blitt fløyet direkte til Stavanger eller Kristiansand, men ingen av helikoptrene var ledige.	Jacobsen

Derfor var det helt avgjørende at jeg kom meg så raskt til sykehuset i Flekkefjord, og at de fikk diagnostisert meg.	Jacobsen
Jeg takker de dyktige legene og sykepleierne der for livet, erkjenner Jacobsen.	Jacobsen
OPPGITT: Han er svært oppgitt over at lokalsykehuset nå trues med å miste akuttfunksjonen.	
- Jeg håper virkelig andre som havner i slike kritiske situasjoner som jeg gjorde, kan få den samme livreddende hjelpen i fremtiden.	Jacobsen
Dersom døgnbemanningen skulle forsvinne, hviler det et enormt ansvar på dem som nå foreslår å fjerne den, anfører Jan Helge Jacobsen.	Jacobsen
- Dersom man først må skjære ned på noe, bør man i alle fall ikke starte med å ta bort de livsviktige funksjonene på et sykehus, utdyper Jacobsen.	Jacobsen
U-LAND: Han mener det er helt uakseptabelt at det ikke skal være noen akuttavdeling på strekningen mellom Stavanger og Kristiansand.	
- Vi er snart på U-lands nivå.	Jacobsen
Med så mange ulykker vi har i området rundt Flekkefjord, er det en helt vanvittig tanke at pasientene skal fraktes forbi lokalsykehuset.	Jacobsen
Vi vet også at man langt fra alltid kan garantere at ambulanshelikopter er tilgjengelig, påpeker Jan Helge Jacobsen.	Jacobsen
Han kan ikke forstå sykehusdirektørens innstilling.	
- Skal ikke han også være direktør for sykehuset i Flekkefjord?	Jacobsen
Jeg stiller spørsmålet fordi det virker ikke på meg som han forsvarer lokalsykehusets interesser,	Jacobsen

bedyrer Jacobsen som nå oppfordrer politikerne til å ta ansvar.	
LIVET I GAVE: Etter akuttinnleggelsen på sykehuset i Flekkefjord, ble Jacobsen sendt til Kristiansand.	
I ambulansen fikk han hjertesvikt, og senere også nyre- og leversvikt.	
- I Kristiansand ble jeg operert og lagt i respirator.	Jacobsen
Familien min var til stede hele tiden, og har i ettertid fortalt om hvor dramatisk det var.	Jacobsen
Jeg er svært takknemlig for hvordan hele familien min stilte opp for meg, anmerker Jan Helge Jacobsen.	Jacobsen
I ettertid har han vært innom både sykehuset i Kristiansand og Flekkefjord for å takke for all hjelp.	
- En av kirurgene jeg snakket med sa til meg at det var en sensasjon at jeg overlevde, og at jeg hadde fått livet i gave, sier Jacobsen takknemlig.	Jacobsen
Han understreker nok en gang:	
- Det vesentlige for meg, er å få frem at den hjelpen jeg fikk i Flekkefjord, var helt avgjørende for at jeg i det hele tatt overlevde.	Jacobsen

Politisk hamskifte (Leder)	
Agder Flekkefjords Tidende 20. feb. 2017	Munksgaard
OVERGANGSVINDUET HAR definitivt vært vidåpent i politiske kretser.	
I løpet av forrige uke ble Senterpartiet i Flekkefjord plutselig mye større.	
En av bystyrets faste representanter og en vararepresentant har valgt å skifte parti.	

Det skjer fra tid til annen, men sjelden i det omfang og tempo vi så i forrige uke.	
MILJØPARTIET DE Grønne ble for første gang representert i Flekkefjord bystyre for to år siden.	
Roy Løseth skred inn i bystyret og markerte seg raskt.	
Han er imidlertid ikke tilfreds med Miljøpartiets politikk i forhold til sentraliseringskåthet og ikke minst sykehusstandpunktet til Miljøpartiet.	
Det kunne ha vært gjort så enkelt, som han selv sier.	
OGSÅ EN av Arbeiderpartiets vararepresentanter, Johan Kåre Mathiassen, velger å gå inn i Senterpartiet.	
Også han skylder på sentraliseringsiveren i de større partiene - og mener nå at han hører best hjemme i Senterpartiet.	
I A-MAGASINE fredag var det en artikkelserie om det tiltagende distriktsopprøret i Norge.	
A-magasinet reportere hadde besøkt en del mindre plasser utenfor Oslo-gryta, der de blant annet så på nedleggelse av sykehus, utarming av politiet og andre tydelig tegn på en mer enn villet politikk, nemlig sentralisering av offentlige tjenester.	
STATSMINISTEREN OG andre partiledere kaller tendensen for populisme og henviser til Brexit og Trumps inntog som president, altså som en ny og global trend.	
Det er en forfeilet sammenligning, men et resultat av klassisk sentrum-periferi-konflikt.	
Og nå er utkantene lei.	
De politiske strømninger som feier over landet er et resultat av at den politiske elite har fjernet seg fra folk flest.	
Det gir seg utslag i politisk oppslutning for partier som fremstår tydelige.	

SPØRSMÅLET ER hvor stor betydning disse strømningene får når valget skal gjøres i september.

Tekst	Stemme
Småjusteringer fra direktøren	Munksgaard
Sykehusdirektør Jan Roger Olsen har gjort noen små justeringer på sin innstilling om fremtidens sykehus i Flekkefjord, men neppe nok til å roe gemyttene i regioenen	Munksgaard
Da sykehusdirektør Jan Roger	Avisen Agder
Agder Flekkefjords Tidende. 20.02.2017. Side: 5. Nyheter	
Kristen Munksgaard	
Olsen i Sørlandet sykehus presenterte sin innstilling i Flekkefjord sist mandag, ble han møtt med buing og tilrop fra 1000 mennesker som hadde møtt frem utenfor sykehuset.	Avisen Agder
I forkant av den forestillingen hadde direktøren gått igjennom innstillingen og kommentert den overfor ordførere, rådmenn, aksjonskomiteen for Bevaring av Flekkefjord sykehus, samt alle ansatte.	Avisen Agder
Tidligere overlege Leif Halvorsen gikk kraftig irette med direktøren og mente at dersom direktørens forslag ble vedtatt, ville det være en katastrofe for Flekkefjord sykehus.	Avisen Agder
Innspillene kom både i forhold til traumeteam og ortopedisk kirurgi i døgnberedskap, hele uken.	Avisen Agder
- Jeg tar med meg dine innspill, sa direktør Jan Roger Olsen.	Jan Roger Olsen, sitert
Fredag kveld kom en revidert innstilling fra sykehusdirektøren der han har fjernet	Avisen Agder

formuleringen om at ortopediske pasienter i helger, fra fredag ettermiddag til mandag morgen skal henvises til Kristiansand.	
Mandag lød forslaget slik:	Avisen Agder
«Sykehuset i Flekkefjord skal ha planlagte og akutte ortopediske operasjoner alle hverdager.	Avisen Agder
I helger (fredag kl. 16.00 til mandag kl. 08.00) henvises ortopediske pasienter til Kristiansand eller Stavanger».	Avisen Agder
Fredag kveld er forslaget slik:	Avisen Agder
«Sykehuset i Flekkefjord skal tas imot planlagte og alle øyeblikkelige hjelpspasienter innen ortopedi».	Avisen Agder
Sykehusdirektøren har også justert formuleringen knyttet til traumeteam.	Avisen Agder
Som en erstatning for traumeteam foreslår sykehusdirektøren følgende:	Avisen Agder
«Et vurderings- og stabiliseringsteam etableres og dette rekrutteres også fra dagens traumeteam.	Avisen Agder
Nødvendig kompetanse skal videreføres og utvikles».	Avisen Agder
I sakspapirene sendes det også ut en ekstern rapport om kvalitetssikring av selve utredningsarbeidet knyttet til akutfunksjonene på Flekkefjord sykehus.	Avisen Agder
- Vårt generelle hovedinntrykk er at det er gjort et relativt grundig og omfattende arbeid i prosjektet, særlig for å sikre åpenhet, god involvering av interessenter, forutsigbarhet og å lage gode beskrivelser av dagens situasjon.	Avisen Agder, siterende
Prosjektets analyser synes allikevel å være preget av at det har blitt for lite tid i slutfasen av	Avisen Agder, siterende

prosjektet til å kunne modne foreliggende resultater og konklusjoner.	
Samtidig er vår vurdering at prosjektet synes å ha hatt styringsutfordringer i form av svakere fremdrift enn det planer la opp til når det gjelder milepæler.	Avisen Agder, siterende
Dette synes å ha medført at prosjektet har fått mindre tid til analyse av alternative modeller og ROS enn ønskelig.	Avisen Agder, siterende
Vår vurdering er at mangler og svakheter i prosjektets analyser er en konsekvens av at prosjektet i slutfasen har vært tidsstyrt for å rekke leveransedato.	Avisen Agder, siterende
Det vil si at det synes å ha vært viktigere å bli ferdig til riktig tid enn å prioritere kvalitet i de utførte dokumenterte analyser, heter det i rapportens oppsummering.	Avisen Agder, siterende
- Den stemmer helt med aksjonsgruppens høringsuttalelse.	Sigmund Kroslid
Og jeg spør derfor: Er virkelig denne saken klar for styrebehandling? kommenterer leder Sigmund Kroslid.	Sigmund Kroslid
Styret i Sørlandet sykehus skal behandle spørsmålet om fremtidig akutfunksjon på Sørlandet sykehus torsdag 23. februar.	Avisen Agder
Men allerede i kveld blir det stort folkemøte i Flekkefjord kultursenter Spira, der sentrale politikere skal diskutere hvorvidt direktørens innstilling er i tråd med den nasjonale helse- og sykehusplanen.	Avisen Agder

22.02.2017

Direktøren fikk kjørt seg - igjen	
Sykehusdirektør Jan Roger Olsen måtte enda en gang i ringen, og fikk slag fra både høyre og venstre.	Thime, referere fra folkemøtet.
Av Erik Thime, Avisen Agder 22.02.2017. s. 6 og 7	
I panelet i Spira satt Venstres nestleder Ola Elvestuen, stortingsrepresentantene Odd Om- land (Ap), Ingunn Foss (H), Hans Fr. Grøvan (KrF), Kjersti Toppe (Sp), 1. kandidat Gisle Meininger Saudland (Frp) og 1. kandidat Mali Steiro Tronsmoen (SV), samt sykehusdirektør Jan Roger Olsen.	
Sykehusdirektøren hevdet gang på gang at årsaken til at han vil legge ned akutt- og traume- funksjonen på sykehuset i Flekkefjord ene og alene har med kvalitet og pasientsikkerhet å gjøre.	
INNSTILLING: I en innstilling til sykehusstyret, anbefaler sykehusdirektøren blant annet å sende alle potensielt alvorlig skadde pasienter til Kristiansand eller Stavanger.	
Pasienter som utløser traumealarm skal sendes til Kristiansand, Stavanger eller Oslo, alt etter hvor alvorlig skadene er.	
Sykehusdirektøren begrunner dette med at pasienter bør sendes til sykehus med tilstrekkelig kompetanse og erfaring.	
Ifølge sykehusdirektøren har Flekkefjord sykehus hatt utfordringer med å gi et forutsigbart akutttilbud gjennom hele døgnet.	
Dette skal i hovedsak gjelde den kirurgiske virksomheten, hvor det ifølge sykehusdirektøren er utfordringer knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet, rekruttering og tilgjengelig kompetanse.	

Saken skal styrebehandles i morgen, torsdag. - IKKE PENGER: - Dette har ikke med penger å gjøre, men om kvalitet og pasientsikkerhet.	Olsen
Det har jeg sagt før, og jeg gjentar det igjen.	Olsen
Volumet på sykehuset her i Flekkefjord er for lite når det gjelder disse funksjonene, sa Olsen.	Olsen
Det var fullsatt sal i Flekkefjord kultursenter Spira, og ved en anledning måtte sykehusdi- rektøren tåle tilløp til pipekonsert.	
Debatten startet med en forholdsvis frisk ordveksling mellom paneldeltagerne om hva som har vedtatt hva med tanke på akuttkirurgi og traumeteam.	
- I STRID MED: Høyre og Frp-regjeringens støtteparti Venstre har fått kritikk tidligere, men partiets nestleder Ola Elvestuen klargjorde partiets standpunkt:	
- La det være klart: Venstre mener at sykehusdirektørens innstilling er i strid med helse- og sykehusplanen.	Elvestuen
Det skal være akutt og traume, ifølge planen.	Elvestuen
Dermed bryter Olsens innstilling med dette, understreket Elvestuen.	Elvestuen
Ingen i panelet trodde helt på sykehusdirektørens ord om at nedleggelsen av akuttkirurgi og traumemottak ikke hadde med penger å gjøre.	
IKKE INVITERT: - Det er vanskelig å tro noe annet.	Omland
Arbeiderpartiet flagget tidlig standpunkt om at disse tilbudene ikke måtte røres, men vi ble ikke invitert med når det ble forhandlet om i Stortinget.	Omland
Når det er sagt, er Ola Elvestuens ord her verdt å legge merke til.	Omland
Vi skal være glade for hans og Venstres klare holdning.	Omland

Som regjeringens støtteparti må Venstre settet foten ned.	Omland
Dette kan ikke helsestatsråd Bent Høie og hans regjering komme ut av, sa Odd Omland (Ap).	Omland
Elvestuen argumenterte blant annet for sykehusets beliggenhet, mellom Stavanger og Kristiansand.	
– Avstanden til andre sykehus gjør at dette sykehuset må beholde tilbudet som direktøren nå foreslås lagt ned, understreker Elvestuen.	Elvestuen
– HØIE MÅ HØRE: Frps Gisle Meininger Saudland brukte møtet til å varme opp til den forestående valgkampen. Frps 1. kandidat bor og jobber i Flekkefjord, og sa at han forventer at sykehusdirektørens innstilling ikke blir vedtatt.	
– Innstillingen er åpenbart i strid med den nasjonale planen, og jeg forventer at Bent Høie ser signalene og er lydhør for den massive motstanden som er, sa Saudland.	Saudland
SVs Mali Steiro Tronsmoen mente at økonomi uten tvil var direktørens motiv:	
– Noen tenker økonomi foran velferd.	Tronsmoen
Dette handler om hvilket her og andre steder.	Tronsmoen
Vi skal stå opp for lokalsykehusene, og velge godt helsetilbud og velferd framfor skattelette til de rike.	Tronsmoen
Vi kjemper mot sentralisering, sa hun.	Tronsmoen
– IKKE BLITT HØRT: Odd Omland mente at kommunene i svært liten grad er blitt hørt i det saksforberedende arbeidet.	
– Kommunene skal høres, står det i høringen. Men det blir de jo ikke. Dette handler om økonomi, gjentok Omland.	Omland

Agders redaktør Kristen Munksgaard var kveldens debattleder, og han lurte på hva sykehusdirektøren ikke helt forstod, når den ene politikeren etter den andre mente at hans innstilling ikke er i henhold til helse og sykehusplanen.	
Olsen gjentok at det ikke handler om penger, men om kvalitet og pasientsikkerhet.	
Han sa også at det er krevende å rekruttere kvalifisert personell til sykehuset.	
- Må ikke du som direktør lytte til - og ta de sterke signalene du her hører? spurte debattlederen.	Munksgaard
Olsen svarte:	
- Når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet, er jeg kompromissløs!	Olsen
Jeg har vært direktør i 13 år, og vi satser på sykehuset.	Olsen
Det skal bestå.	Olsen
Aktiviteten har aldri vært så høy som nå, og vi vil styrke det, understreket Olsen.	Olsen
- UÆRLIG: Kjersti Toppe (Sp) mente at man opplever en uærlighet i sykehuspolitikken.	Toppe
- Planen er på en måte lagt opp slik at direktørene og tolke seg frem til en innstilling, mente hun.	Toppe
Odd Omland fikk spørsmål om hans parti hadde rygg til eventuelt å omgjøre et vedtak fra Bent Høie - dersom Ap kommer i regjeringsposisjon etter kommende høsts stortingsvalg.	
- I første omgang er det Venstre og Frp som kan gjøre mest her, som regjeringens støttepartier.	Omland
Jeg skal love å stå på og gjøre alt jeg kan for at sykehuset i Flekkefjord består slik det er i dag, og kan fortsette å levere veldig gode tjenester og resultater, sa Omland.	Omland

- BETENKELIG: Høyres Ingunn Foss fikk spørsmål om hva et negativt vedtak hos statsråden vil ha å si for kommende stortingsvalg.	
- Dette handler om noe langt viktigere enn mitt kandidatur til Stortinget, understreket hun.	Foss
Hun mente direktøren innstilling er betenkelig:	
- Hva skjer hvis det blir komplikasjoner for eksempel ved et keisersnitt, og sykehuset er uten akutfunksjon? spurte hun.	Foss
Tidligere i debatten sa hun at dersom traume og akutt legges ned, kan de by på utfordringer med hensyn til for eksempel komplikasjoner i forbindelse med fødsler.	
- MÅ HA BREDDE: Senterpartiets Kjersti Toppe har besøkt sykehuset i Flekkefjord flere ganger, og nevnes som en mulig helseminister dersom Arbeiderpartiet og Senterpartiet skulle finne sammen i en eventuell ny regjering til høsten.	
- Det er gledelig at Venstre er så klare nå, og jeg håper det fører til det eneste rette.	Toppe
Skal vi ha lokalsykehus, må vi ha breddekompetanse.	Toppe
Så får spesialsykehusene ta seg av det andre, sa Toppe, som la til at hun er skeptisk til hele sykehusdirektørens innstilling.	Toppe
- Argumentene om kvalitet er bare tull.	Toppe
Det ligger helt andre intensjoner bak, sa hun.	Toppe
TRYGGHET: Hans Fr. Grøvan (KrF) minnet om at alt handler om befolkningens trygghet:	
- Det er det dette handler om.	Grøvan
Olsens innstilling skaper utrygghet i en hel region.	Grøvan
Jeg håper styret gjør et riktig vedtak.	Grøvan

Den nasjonale helse- og sykehusplanen tar ikke akuttfunksjonen på alvor, mente Grøvan.	Grøvan
Olsen svarte med å si at han forstår folks bekymring knyttet til dette, men poengterte at han holder fast på sin anbefaling.	
– Akuttkirurgi og traumebehandling dreier seg ikke om penger og økonomi.	Olsen
Det dreier seg om kvalitet.	Olsen
I mars 2015 stanset vi inngrepene i mage og tarm ved sykehuset, da det førte til pasientskader.	Olsen
Vi greide ikke å opprettholde kvaliteten i tilbudet fordi det var for få pasienter i den kategorien, sa han.	Olsen

Taus om sitt standpunkt	
Styreleder Camilla Dunsæd i Sørlandets sykehus lyttet med åpne ører på kveldens sykehusdebatt, men vil foreløpig ikke si om hun støtter sykehusdirektørens innstilling.	
Av Tor Sindre Tjomlid og Lars Frøisand 22.02.2017, s. 8 under Nyheter	
På spørsmål fra Agder om hva hun kommer til å stemme torsdag, svarer styrelederen følgende:	
– Det kan jeg ikke svare på nå, fordi styret må først diskutere saken.	Dunsæd
Jeg vil diskutere det med mitt styre, før vi går til avstemning, svarer Camilla Dunsæd.	Dunsæd
LYTTET: Hun forteller videre at hun har lyttet med åpne ører på sykehusdebatten.	
–Så må jeg tenke på det som er blitt sagt frem til styremøtet på torsdag, meddeler Dunsæd.	Dunsæd

Hun mener at debatten først og fremst dreide seg om hvordan nasjonal helse- og sykehusplan skal tolkes.	
- Litt innslag av valgkamp vil jeg også si at det var.	Dunsæd
Den endelige avgjørelsen skal tas av helseminister Bent Høye, og det forholder jeg meg til. Og så kommer styret i Sørlandets sykehus til å fatte det vedtaket som de mener vil gi sykehuset og pasientene i Flekkefjord det beste tilbudet.	
- BLIR HØRT: Hun er helt overbeviste om at folket i Flekkefjord og Lister blir hørt gjennom sitt enorme engasjement med fakkeltog og folkemøter.	
-Men det å bli hørt og få gjennomslag for alle sine synspunkter er to forskjellige ting, anmerker styrelederen.	Dunsæd
Fortsatt blir det stilt spørsmålstegn ved Camilla Dunsæds dobbeltrolle som rådmann i Kvinesdal og styreleder i Sørlandets sykehus.	
Selv synes hun ikke det er problematisk.	
- Jeg opplever ikke det som problematisk.	Dunsæd
Jeg ønsker Kvinesdals innbyggere det beste både når jeg er rådmann og når jeg er styreleder. Det er to forskjellige roller, men for meg har det ikke vært noe problem.	Dunsæd
Det er noen som stiller spørsmål om dette, og jeg har tatt det opp med formannskapet flere ganger, og fått støtte til å fortsette som styreleder, og at det faktisk kan være en fordel, forklarer hun.	Dunsæd

Engasjerte tilhørere	
-----------------------------	--

Det var mange som ønsket å kommentere og stille spørsmål under sykehusdebatten.	
Av Tor Sindre Tjomlid 22.02.2017, s. 8 under Nyheter	
Først ut var pensjonisten Lillemor Furuseth, som også tidligere har markert seg i sykehussaken.	
Hun la ikke skjul på hva hun mente om både sykehusdirektøren og helseministeren.	
– Jeg husker så godt da jeg traff deg (Jan Roger Olsen, red. anm.) på det første folkemøte.	Furuseth
Da tenkte jeg det var godt du var med, fordi du var en god mann for sykehuset.	Furuseth
Men «troll» så feil jeg tok.	Furuseth
Jeg er så lei meg.	Furuseth
Jeg har bedt for deg, og gjort alle ting, sa Furuseth, og fortsatte:	Furuseth
– Da jeg pratet med statsråd Bent Høie sa jeg til ham at nå må du bruke vettet.	Furuseth
Men de kan jo ikke bruke noe de ikke har, fremholdt Furuseth til en humrende sal.	Furuseth
Frp-politiker Runar Nilsen fra Kvinesdal brukte fotballspråket for å beskrive situasjonen.	Nilsen
– Når det gjelder dette med akutt og traume, så er du i offside, Jan Roger Olsen.	Nilsen
Og det har du vært lenge i forbindelse med denne prosessen, anførte Nilsen.	Nilsen
Han oppfordret videre styreleder Camilla Dunsæd til å vise hvem som er sjefen.	Nilsen
– Tenk grundig gjennom som innbygger i Lister hvilke konsekvenser dette vil gi.	Nilsen
Gjør det eneste riktige, og parkér dette nå, var Nilsens klare oppfordring.	Nilsen

Rolf Terje Klungland i aksjonskomiteen for sykehuset gjorde det enkelt.	Tjomlid, referende
Han utfordret hele panelet til å rekke opp hånda dersom de ønsket å bevare et akuttkirurgisk tilbud og et traumetilbud 24 timer i døgnet i Flekkefjord.	Tjomlid, referende
Samtlige – utenom sykehusdirektøren rakk opp hånda!	Tjomlid, referende

Klar tale fra Venstre	
Nestleder Ola Elvestuen i Venstre fastslo at direktørens anbefaling er i strid med retningslinjene i nasjonal helse- og sykehusplan.	Tjomlid, referende
Av Tor Sindre Tjomlid, 22.02.2017 s. 9 under Nyheter.	
Sykehusdirektøren fikk massiv kritikk for sitt forslag om nedskalering av akuttfunksjonen på sykehuset i Flekkefjord – også fra Venstre som har vært med på utformingen av Nasjonal helse- og sykehusplan.	Tjomlid
Debattleder Kristen Munksgaard krevde nemlig et klart svar fra nestlederen i Venstre, og viste til Elvestuens partikollega Ketil Kjenseths uttalelse.	Tjomlid
– Har Kjenseth rett når han sier at innstillingen til direktør Olsen er i strid med retningslinjene i Nasjonale helse- og sykehusplan? spurte Munksgaard.	Munksgaard
– Ja, kom det kontant fra Ola Elvestuen, som deretter fikk full applaus fra salen.	Elvestuen
Både Kjersti Toppe (Sp) og Hans Fredrik Grøvan (KrF) bemerket deretter at Venstre burde vært klare på spørsmål om akuttkirurgi og traume på et langt tidligere tidspunkt, og beklaget at de ikke	Tjomlid

ville være med på deres for- slag som garanterte akutfunksjonen på lokalsyke- huset i Flekkefjord.	
Odd Omland (Ap) var på sin side glad for at Venstre var så tydelige, og presiserte at ansvaret nå måtte plasseres hos helseminister Bent Høie.	Tjomlid
– Når det er så klinkende klart som det er her i dag, oppfatter jeg at dette nå er sikret, sa Omland.	Omland

Ambulansesjåfør Thorsten Janvin taler sykehusdirektøren midt imot!	Thime
– Ikke rør!	Thime
Av Erik Thime, 22.02.2017, s. 9 under nyheter	Thime
Den erfarne ambulansesjåføren Thorsten Janvin er sikker på at menneskelig ville ha fått tapt dersom sykehuset i Flekkefjord ikke hadde akutfunksjon.	Thime
– Jeg tror tiden er inne til å fortelle åpent om hvordan nødetatene jobber og hvor lang tid det virkelig tar før en pasient kommer til et sykehus, sier Thorsten Janvin, som understreker at han uttaler seg som privatperson.	Janvin
Han er utdannet sykepleier og har fagbrev i ambulansesfag med 22 års fartstid, og har selv jobbet i akuttmottaket på Flekkefjord sykehus frem til 2007.	Thime
Etter dette har han jobbet fullt på ambulansen, men begynte som deltid i ambulansen sommeren 1998.	Thime
– Jeg kan trykt påstå at menneskelig hadde gått tapt hvis vi ikke hadde hatt kirurgisk akutfunksjon på lokalsykehuset vårt til behandling og stabilisering	Janvin

av pasienter før eventuell videre transport til de store sykehus med spesialkompetansen, sier han.	
Janvin forklarer at de fleste ulykker skjer i distriktene og når det er dårlig vær.	Thime
– Når vi får en melding om en ulykke, planlegger vi og fordeler arbeidsoppgaver på vei ut til ulykkesstedet.	Janvin
Vi er også i dialog med andre ambulanser og brann/politietaten som er på vei til samme oppdrag.	Janvin
AMK- sentralen oppdaterer oss fortløpende om skadeomfang.	Janvin
Der gjør AMK en kjempejobb.	Janvin
Luftambulansen blir også kalt ut, men det er ikke alltid de har mulighet å fly på grunn av dårlig vær eller at de er opptatt på andre oppdrag.	Janvin
Janvin forklarer at på et skadested er det viktig å få en rask oversikt over skadeomfang.	Thime
– Hvem trenger hjelp først, hvem kan vi behandle / stabilisere på skadested og hvem som må direkte til traumeteamet på sykehus til stabilisering før videre transport er spørsmål vi må ta stilling til.	Janvin
Er en pasient kritisk skadd med mistanke om indre skader / blødninger sendes ved- kommende direkte til sykehus – selv om luftambulansen er på vei, forklarer han.	Janvin
Og:	Janvin
– Her må en se på tidsfaktoren.	Janvin
Enkelte ganger møter vi luftambulansen på vei til sykehus, der de overtar pasienten for videre transport.	Janvin
Men det tar også tid.	Janvin

Pasienten må flyttes over og stabiliseres i luftambulansen.	Janvin
Minuttene teller.	Janvin
Det er viktig for pasienten å ha kort reisevei til et nærliggende akutt sykehus.	Janvin
Mister Flekkefjord d�t tilbudet, vil faren være stor at pasienten ikke vil overleve en transport til Kristiansand eller Stavanger, mener han.	Janvin
– En må også tenke på at sendes en ambulanse avsted med en pasient, er vi en ressurs mindre på skadested.	Janvin
Har en ambulanse kort reisevei til sykehus, vil de også ha mulighet � returnere snarest til skadested etter at pasienten er avlevert.	Janvin
Kjører en ambulanse akutt til Kristiansand eller Stavanger – som kan ta halvannen til to ti-mer, havner den ofte bak i lange køer og ingen mulighet for � kunne kjøre forbi, forteller han.	Janvin
– Farten kan være nede i 30 km/t.	Janvin
Da nytter hverken blålys eller sirene.	Janvin
Minuttene tikker fort og livet til pasienten kan være i fare ved � ta slutt, for � sette det helt på spissen.	Janvin
Men dette er realiteten.	Janvin
Dette kan komme til � skje hvis Flekkefjord mister traumemottaket.	Janvin
Kompetansen har vi på sykehuset – det er galt � påstå noe annet, understreker han.	Janvin

Tekst	Stemme
I morgen gjelder det (leder)	Avisen Agder
Agder Flekkefjords Tidende. 22.02.2017. Side: 3,4	

VI LEGGER bak oss et par intense uker med stort trykk på sykehussaken.	Avisen Agder
For halvannen uke siden presenterte sykehusdirektør Jan Roger Olsen sin foreløpige innstilling til styret omkring fremtidens funksjoner på Flekkefjord sykehus.	Avisen Agder
Reaksjonene lot ikke vente på seg.	Avisen Agder
Mot slutten av forrige uke kom en revidert utgave av hans innstilling, blant annet etter konstruktive innspill fra tidligere overlege Leif Halvorsen.	Avisen Agder
Og mandag i denne uken var det folkemøte i Flekkefjord kultursenter Spira.	Avisen Agder
MØTET I Spira endrer ikke på sykehusdirektørens innstilling overfor styret, men de politiske føringer som ligger i den Nasjonale helse- og sykehusplanen synes likevel å være så klare at styret i morgen ikke har annet å gjøre enn å gå for en annen modell enn den sykehusdirektøren legger opp til.	Avisen Agder
Og gjør de ikke det, vil beslutningen uansett bli omgjort av helseministeren, dersom vi tolker mandagens soleklare uttalelser rett.	Avisen Agder
Det var knyttet stor spenning til hvordan Venstres nestleder Ola Elvestuen ville uttale seg på møtet.	Avisen Agder
Han var krystallklar og levnet ingen tvil om at Flekkefjord sykehus skal ha en fullverdig akuttkirurgisk beredskap og traumemottak.	Avisen Agder
PÅ FOLKEMØTE i Spira forpliktet så og si alle politiske partier seg til det.	Avisen Agder
Klarest var likevel Kjersti Toppe fra Senterpartiet som ikke sparte på konfekten, hverken overfor sykehusdirektøren eller politiske motstandere.	Avisen Agder

Hun har siden Utviklingsplan 2030 ble presentert i januar 2014 stått fjellstøtt på lokalsykehusenes side.	Avisen Agder
OG SELV om vi i sak har vært dypt uenig med sykehusdirektør Jan Roger Olsen, fortjener han honnør for å stille opp i Flekkefjord til debatter som dette, der han vet at han nærmest taler for døve ører - foran et publikum som neppe vil gi ham noen popularitetspris.	Avisen Agder
Han har ryggrad nok til å møte lokalsamfunnet.	Avisen Agder
Det tar vi faktisk av oss hatten for - selv om vi er rykende og intenst uenig i hans konklusjoner omkring Flekkefjord sykehus.	Avisen Agder

24.02.2017

Nå må hun vurdere sin rådmannstilling (leder) 24.02.2017, Leder	
HUN HAR på et vis holdt seg under radaren i tre år, muligens også fordi vi i det lengste trodde hun ville tale Lister-befolkningens sak når styret skulle foreta den endelige avgjørelsen.	Munksgaard
Hun har uttalt seg forsiktig - og slett ikke offentlig - og da Camilla Dunsæd ble utfordret direkte etter mandagens folkemøte i Flekkefjord, kom hun seg unna med et «i tenkeboksen»-svar.	
MEN NÅ er tiden moden, først og fremst for Camilla Dunsæd selv, for å ta en gjennomgang av egne roller.	
Da hun avgav sin stemme i styret for Sørlandet sykehus i går, som innebærer at Sørlandet sykehus Flekkefjord, fratas akuttkirurgisk beredskap og traumemottak, gjorde hun det til tross for at et samlet kommunestyre i Kvinesdal, har stemt imot det.	

Det må være vanskelig for henne å ha både rådmannsrollen og styrelederrollen, når det får så fatale utslag som det vi opplevde i går.	
VI ER ikke i tvil om Camilla Dunsæds dyktighet, både som rådmann og som styreleder.	
Men når konflikten blir så stor som den blir nå, bør hun vurdere sin egen stilling i kommunen.	
Det har forøvrig mange politikere allerede tatt til orde for, både i denne omgang - og tidligere.	
Det vises til at Camilla Dunsæds syn i sykehussaken ikke er forenlig med det interne arbeidsreglementet i kommunen, når politikerne har uttalt seg så krystallklart som de har.	
SÅ VET vi samtidig, etter mandagens folkemøte i Flekkefjord, at det vedtaket som ble fattet i Kristiansand i går formiddag, ikke holder vann i forhold til de politiske føringer som ligger i den Nasjonale helse- og sykehusplanen.	
Styrets vedtak er derfor svært umusikalsk, i forhold til føringene.	
Og denne saken havner hos helseministeren som har fått flertall ved hjelp av Venstre for sykehusplanen.	
Og Venstre var i møtet helt klare på at direktørens innstilling - og dermed gårsdagens vedtak, strider mot det politiske vedtaket.	

«Begynnelsen på slutten» Avisen AGDER, 24.02.2017	Anna Bauge Torland
Nedleggelse av traume- og akuttmottaket på Flekkefjord sykehus er starten på nedleggelse av hele sykehuset, det tror ambulansesjåfør Thorsten Janvin.	Torland

Temperaturen var høy blant de ansatte på akuttmottaket på Flekkefjord sykehus da beskjed om at et flertall hadde stemt for å legge ned akutt- og traumefunksjonene.	Torland
- Når en ser på sykehus i andre land så ser vi jo hva som har skjedd med sykehusene der akutfunksjonen er lagt ned.	Janvin
Dette ser eg på som begynnelsen på slutten for sykehuset.	Janvin
Uten akutt så tror jeg etter hvert at føden forsvinner og da blir det vanskelig å rekruttere fagfolk til å jobbe her.	Janvin
Og da legger det seg ned av seg selv etter hvert, understreker Thorsten Janvin.	Janvin
HVEM HAR SKYLDA: Nå er de ansatte innstilt på å følge de retningslinjene som kommer.	Torland
- Første reaksjon er å godta og akseptere det som er vedtatt.	Janvin
Vi må forholde oss til de retningslinjene som kommer etter hvert og jobbe ut ifra det, sier Janvin.	Janvin
- Jeg støtter meg til Janvin.	T. Nilsen
Som tillitsvalgt så kan en ikke annet enn å akseptere det som har skjedd.	T. Nilsen
Men det er synd at det skjer en ansvarsfraskrivelse hos ledelsen, understreker sykepleier og tillitsvalgt på akuttmottaket Tina Elisabeth Nilsen.	T. Nilsen
I vedtaket står det at sykehuset i Flekkefjord skal ha samme bemanning som et traumeteam, men det uten en kirurg.	T. Nilsen
Dette henger ikke på grep mener Nilsen.	T. Nilsen
- Hvem har da ansvaret?	T. Nilsen

Jeg som sykepleier vil ikke stå som ansvarlig den dagen det går galt.	T. Nilsen
Når det ikke er en kirurg i teamet, hvem er da ansvarlig?	T. Nilsen
- Dette handler om hvem som har ansvaret og hvem skal ta skylda?	T. Nilsen
For eksempel hvem har ansvaret om det skjer noen store traumer ute i distriktet og vi ikke har et traumesykehus i nærheten? spør Janvin.	Janvin
GRÅSONE: Ifølge vedtaket skal sykehuset opprettholdes som et akuttsykehus.	Torland
Nilsen mener det hele er en gråsone.	Torland
- Vi må finne ut hva de mener med det vedtaket.	T. Nilsen
Jeg mener at det må være et fullverdig mottak eller ingenting.	T. Nilsen
Dette blir en gråsone og sånn vil vi ikke ha det.	T. Nilsen
Når det er snakk om alvorlige ulykker er det snakk om sekunder.	T. Nilsen
At vi skal ha et vurderingsteam - det er kun en tidstyv, understreker hun.	T. Nilsen
UTE I FELTET: Janvin fryktet også at ansvaret blir plassert på ambulansarbeiderne.	Torland
- Hvem har ansvaret for det prehospitale for pasienten?	Janvin
Skal jeg vurdere om en pasient skal kjøres til Stavanger når jeg vet at det ikke kommer til å gå, og det ikke er muligheter i Flekkefjord?	Janvin
Skal jeg sitte med det ansvaret? spør Janvin.	Janvin
Han er i hvert fall sikker på at beredskapen må økes betraktelig.	Torland
- Den nye hverdagen blir spennende.	Janvin

De blir nok nødt til å øke beredskapen, både biler og utstyr.	Janvin
Vi kommer til å være mye ute på langtransport og det betyr at vi ikke er tilgjengelig her i distriktet.	Janvin
Det er ingen tvil om at vi blir svekket av dette.	Janvin
KJEMPER VIDERE: - Hvordan har stemningen vært blant i ansatte i denne prosessen?	Torland
- Det var dårlig stemning nå når vi fikk beskjed om vedtaket.	T. Nilsen
Men prosessen har generelt ikke vært ok og jeg mener saken burde vært utsatt for å redegjøre enda mer, sier Nilsen.	T. Nilsen
- Frykter folk for jobbene sine?	Torland
- De frykter nok ikke for jobbene sine ennå, men vi får se hva som skjer.	T. Nilsen
Men vår jobb er å være tilgjengelig for innbyggerne og gi den beste hjelpa vi kan, men vi må følge de retningslinjene som er satt.	T. Nilsen
Slaget er ikke tapt, dette er bare et vedtak som er gjort.	T. Nilsen
Dette skal løftes høyere! understreker hun.	T. Nilsen

Dunsæd: «Dette vil gi det beste helsetilbudet»	
- Jeg mener helt oppriktig at dette vil gi det beste helsetilbudet til befolkningen, sier styreformann i SSHF og kvinesdalrådmann Camilla Dunsæd.	Dunsæd
Trine Fladstad, 24.02.2017, s. 6	
Styret støttet langt på vei sykehusdirektør Jan Roger Olsens innstilling om endret drift på Flekkefjord sykehus.	
Men administrasjonen fikk mye kritikk for prosessen i forkant, samt svakheter med ROS-analysen.	

Likevel valgte de å behandle saken og fatte vedtak.	
Dunsæd fremmet et eget forslag som langt på vei var i tråd med innstillingen.	
Men det ble gjort en del presiseringer.	
Deriblant at vedtaket er fattet under forutsetning av at det er i tråd med Helse- og sykehusplanen. Hun pekte på de signaler som kom frem under sykehusdebatten i Spira sist mandag, hvor sentrale politikere mente at sykehusplanens ordlyd ikke åpnet for en nedleggelse av akuttkirurgi og traumeteamet.	
HAR TENKT MYE: Det er styret i Helse Sør-Øst som i første omgang skal behandle vedtaket, og deretter kommer det på helseminister Bent Høies bord.	
- Vi har et felles mål om et best mulig tjenestetilbud i vår region, og jeg forstår bekymringen. Selv bor jeg her med familie og har venner. Men jeg tror dette blir det beste på sikt for befolkningen. Jeg har tenkt mye i denne saken, innrømmet Dunsæd. Hun mente at beslutningsgrunnlaget var godt nok for styret, men at kritikken mot prosessen var berettiget.	Dunsæd
- Jeg tror at Flekkefjord sykehus vil bli det beste lokalsykehuset i landet, og dette vedtaket styrker sykehuset på flere felt, understreker hun.	Dunsæd
IKKE ENSTEMMIGE: Flekkefjord-ordfører Jan Sigbjørnsen og ordfører Per Sverre Kvinlaug fra Kvinesdal var skuffet, men mente at det likevel var en liten seier i vedtaket.	
- Her sier faktisk styret at dette ikke er godt nok i forhold til sykehusplanen. Det er jo ganske spesielt, mener Sigbjørnsen og påpeker at de har kommet langt siden sykehuskampen startet. Kvinlaug minnet om at nå vil det stå og falle på det politiske miljøet, og at de	Sigbjørnsen / Kvinlaug

<p>fortsatt vil kjempe for at samtlige funksjoner skal bestå i henhold til alternativ B. Også han registrerer at styret selv virker usikker i sitt vedtak med tanke på Helse- og sykehusplanen.</p>	
<p>Men styret var ikke enstemmige i sitt nedleggingsvedtak. To av styremedlemmene stemte i mot alternativet som rammer traume- og akuttkirurgi. Tone Midttun fremmet forslag om å gå for alternativ B, og hun fikk støtte fra Susanne Hernes som selv er utdannet lege.</p>	
<p>- Jeg valgte å lytte til kommunene i regionen og på fylkestingene. Vi skal ha pasienters sykehus, og ikke legenes sykehus. Her i Agder skal vi ha tre fullverdige sykehus. Jeg tror den beste måten å gi trygghet for befolkningen og utvikle sykehuset i Flekkefjord er å opprettholde de nåværende funksjoner, er Midttuns klare oppfatning.</p>	Midttun
<p>Hun er litt skuffet over at ikke flere støttet henne i styret.</p>	
<p>- Men det var bra å få en god og faglig begrunnelse fra Hernes som er lege, mener hun.</p>	Midttun
<p>- IKKE BRA: Hernes selv fremmet et utsettelsesforslag, men dette ble ikke votert over.</p>	
<p>Sykehusdirektør Olsen innrømmet at han etter behandlingen har blandede følelser.</p>	
<p>- Dette handler om pasientsikkerhet og kvalitet. Jeg forstår også bekymringen i befolkningen, men ut fra avstandskriterier og værforhold mener vi at dette gir det beste tilbudet, sier han.</p>	Olsen
<p>Leder for aksjonskomiteen Sigmund Kroslid var forbauset:</p>	

- Tenk at et styre kan stille så mange kritiske spørsmål, og likevel velger de ikke å utsette saken. Dette er ikke bra. Her går de inn for nedleggelse uansett, på tross av at de vedkjenner at de ikke kan gå inn for ROS-analysen.	Kroslid
Dette er mildt sagt dårlig, er Kroslids umiddelbare kommentar.	

KrF-Grøvan garanterer omkamp i Stortinget	
Plassert under nyheter, side 7, Fredag 24.02.2017	Trine Fladstad
Storingsrepresentant Hans Fredrik Grøvan (KrF) kommer nå til å utfordre til omkamp om sykehusvedtaket.	
- Jeg er veldig skuffet over styrevedtaket om å legge ned akutt- og traumeavdeling.	Grøvan
Dette er en demontering av sykehus tilbudet i Flekkefjord, og vil være en stor belastning for oss som bor i området, anfører Grøvan til Agder.	Grøvan
Nå lover han omkamp. - Hvis vedtaket blir bekreftet av helseregionen og statsråden, kommer KrF til å gå til omkamp.	Grøvan
Vi vil da fremme et nytt forslag og utfordre flertallet i Stortinget, fastslår Grøvan.	Grøvan
På tross av de klare signaler som Venstre og til dels regjeringspartiene kom med i sykehusdebatten i Spira, føler stortingspolitikeren seg alt annet enn trygg på at statsråden kommer til å overprøve vedtaket om nedleggelse.	
- De har talt med flere tunger i denne saken.	Grøvan
Regjeringspartiene og Venstre hadde muligheten til å stemme for vårt tidligere forslag om å opprettholde akuttberedskapen i Flekkefjord, men	Grøvan

det valgte de ikke å gjøre, påpeker Hans Fredrik Grøvan.	
Selv om han hadde et ørlite håp om at flertallet i sykehusstyret skulle gå i mot direktørens innstilling, er han ikke overrasket over utfallet.	
– Styret har hatt en tradisjon for å følge direktørens innstilling i denne saken.	Grøvan
Men jeg merker meg at et mindretall gikk i mot direktørens innstilling, meddeler Grøvan.	Grøvan
Han understreker at man ikke må «skyte» på sykehusdirektøren.	
– Slik jeg oppfatter det har han ikke gjort noe ukorrekt.	Grøvan
Derimot er det flertallet i Stortinget man må skyte på, presiserer KrF-politikeren.	Grøvan

27.02.2017

Gav Kvinesdal støtte	
Agder Flekkefjords Tidende 27. feb. 2017 Enkel visning	
Forfatter: Erik Thime	
Formannskapet i Flekkefjord mener at Kvinesdal lensmannskontor må bestå, og gav dermed den støtten som Kvinesdal kommune bad om.	
Kvinesdal kommune har sendt en klage til Politidirektoratet etter at politidirektøren bestemte at bygdas lensmannskontor skal legges ned - og at Kvinesdal-politiets jobb skal utføres fra Flekkefjord.	
Kvinesdal kommune bad om Flekkefjord kommunes støtte til å opprettholde lensmannskontoret, og i et ekstraordinært formannskapsmøte fredag fikk Kvinesdal nabokommunens støtte.	

<p>IMOT RÅDMANNEN: Rådmannens innstilling var at Flekkefjord skulle opprettholde sitt opprinnelige vedtak av 17. oktober, der de folkevalgte støttet etableringen av Flekkefjord og Kvinesdal lensmannsdistrikt - med tjenestested Flekkefjord.</p>	
<p>Formannskapet ville det annerledes, og kom frem til følgende, etter forslag fra ordfører Jan Sigbjørnsen:</p>	
<p>«Flekkefjord kommune støtter Kvinesdal kommunes klage på avvikling av det stedlige lensmannskontoret. Vi vil understreke viktigheten av å legge til rette for en operativ og tilstedeværende polititjeneste i begge kommunene, slik at innbyggerne både i Flekkefjord og Kvinesdal kan oppleve at strukturreformen i Agder politidistrikt reelt sett bidrar til økt trygghet, en styrket forebyggingssinnsats og et mer synlig politi. Dersom klagen ikke fører frem og det kun blitt ett tjenestested, vil Flekkefjord kommune fastholde at tjenestestedet må være Flekkefjord.»</p>	
<p>VEDTATT: Forslaget ble vedtatt mot tre stemmer; 2 fra Senterpartiet og én stemme fra KrF. De ville heller går for Senterpartiet, som hadde et nesten likt forslag som ordføreren.</p>	
<p>Kvinesdal-ordfører Per Sverre Kvinlaug er glad for støtten fra naboene:</p>	
<p>- Dette var en svært gledelig melding, og jeg er takknemlig for at formannskapet i Flekkefjord vil støtte vår klage. Dette styrker vår sak videre, sier Kvinlaug til Agder.</p>	
<p>KRITISK: Noen av formannskapets raskt sammenkalte medlemmer syntes det var litt problematisk å tilkjenne støtte til Kvinesdal etter at kommunens rådmann - i egenskap av styreleder i Sørlandet</p>	

sykehus HF - sist uke var med på vedtaket om å legge ned akutt- og traumetilbudet på sykehuset i Flekkefjord.	
- Det er litt merkelig at rådmannen i Kvinesdal bruker mange av de samme argumentene - som trygghet - i politiklagen når det er det samme det handler om i sykehussaken, sa Venstres Reidar Gausdal.	
Han ville likevel støtte Kvinesdal.	
- Men det er bra at vi gir vår støtte til fortsatt Kvinesdal-politi. Men blir kontoret i Kvinesdal lagt ned, er det ingen tvil om at et fremtidig kontor mellom Flekkefjord og Kvinesdal må ligge i Flekkefjord.	

Sykehuset i Flekkefjord og fremtidig tjenestetilbud.	
27.02.2017, s. 17, meninger.	
Det er mye usikkerhet i befolkningen i Lister om hvilket tilbud som skal være på sykehuset i Flekkefjord fremover etter styrets vedtak 23.02.	
Nedenfor beskrives hvordan tjenestene vil være dersom vedtaket blir gjeldende:	
Sykehuset i Flekkefjord skal fortsatt være et akuttsykehus.	
Sykehuset skal ha akuttmottak og samarbeide med kommunene om legevakten.	
Som før henvender du deg til legevakten.	
De tilstander som haster mest å få behandlet på sykehus er hjertestans, akutt hjerteinfarkt, hjerneslag og akutte pusteproblemer.	

<p>Dette og andre indremedisinske tilstander, skal du som før få behandling for i Flekkefjord. Sykehuset i Flekkefjord skal ha akutfunksjon i indremedisin.</p>	
<p>Flekkefjord skal behandle akutt ortopedi hele døgnet hele uken (24/7).</p>	
<p>Det betyr at du skal som før få behandling for brudd i for eksempel håndledd, lårhals, ankel. Fødeavdelingen fortsetter, og har beredskap for keisersnitt døgnet rundt.</p>	
<p>Tilstander som ikke er akutte.</p>	
<p>Du kan som tidligere bli henvist av lege for undersøkelse og behandling på sykehuset i Flekkefjord for tilstander som ikke er akutte, for eksempel galleoperasjoner, hemorroider, noe plastikkirurgi, ortopedi og gynekologi .</p>	
<p>Sykehuset i Flekkefjord skal ha kreftbehandling og dialyse.</p>	
<p>Det planlegges å overføre i overkant av 6000 Listerpasienter pr år tilbake til Flekkefjord, dette er pasienter som i dag må reise til Kristiansand eller Arendal for å få behandling og kontroller.</p>	
<p>Dette skal skje ved at spesialister innen nevrologi, barn, revmatologi, øye og øre-nese- hals har et poliklinisk tilbud (dagbehandling) i Flekkefjord</p>	
<p>Hva er nytt: Sykehuset i Flekkefjord skal ikke lenger utføre akuttkirurgiske operasjoner innen mage (gastro)/ tarm.</p>	
<p>Det betyr at dersom du får sterke smerter i magen, oppsøker du legevakten som vil vurdere deg.</p>	
<p>Er det behov for det vil du sendes til Kristiansand for vurdering om tilstanden er så alvorlig at du må opereres.</p>	

Det er ikke så ofte dette skjer.	
For eksempel ble det operert under 40 blindtarm i Flekkefjord i 2016.	
Disse operasjonene skal nå foretas i Kristiansand.	
Større bukoperasjoner - både akutte og planlagte - skal fortsatt sendes til Kristiansand, slik rutinen har vært de to siste årene.	
Traumemottaket for Lister blir i Kristiansand.	
Dersom det er mistanke om at du har vært utsatt for et traume/ ulykke, og kan være alvorlig skadet som følge av dette kontaktes 113.	
Du vil sendes i ambulanse eller helikopter til Kristiansand, eller et annet større sykehus.	
Ofte vet man ikke med sikkerhet hvor store skadene er når du blir hentet av ambulansen.	
Da er det viktig komme til sykehus med bred og trent kompetanse innenfor mange spesialiteter.	
Endelig behandling må kunne gis der du blir mottatt, slik at du slipper enda en transportetappe og forsinkelse.	
Lister er godt dekket med ambulanser og helikoptertjenester.	
Dersom det av en eller annen grunn ikke er mulig å bli transportert til et større sykehus, skal det fortsatt være kompetanse på sykehuset i Flekkefjord til vurdering av skadeomfanget, gjøre nødvendig stabilisering mens du venter på å transporteres videre til livreddende behandling.	
Mindre skader, for eksempel brudd, syng av kutt og sår blir som før behandlet på skadepoliklinikken hvor det er ortoped tilgjengelig.	

Sykehuset i Flekkefjord skal i årene fremover øke aktiviteten og styrke den medisinske kompetansen.	
Sykehuset i Flekkefjord er, og skal fortsatt være, et godt lokalsykehus for befolkningen i Listerregionen. Lund og Sokndal.	
Sykehuset i Flekkefjord har ambisjoner om å bli det beste lokalsykehuset i Norge, og det skal vi få til!	
Annette Echrict Solinski	
Klinikkdirektør Sykehuset i Flekkefjord	
Per Engstrand	
Fagdirektør Sørlandet sykehus	
Jan Roger Olsen	
Administrerende direktør	
Sørlandet sykehus	

- Må få konsekvenser	
Agder Flekkefjords Tidende 27. feb. 2017	
Forfatter: Erik Thime, 4 under Nyheter	
Kjersti Toppe (Sp) mener at vedtaket om Flekkefjords sykehus må få konsekvenser for helseforetaket.	Thime
Statsråd Bent Høie har fått brev!	Thime
Stortingsrepresentant Kjersti Toppe karakteriserer torsdagens styrevedtak i SSHF som oppsiktsvekkende.	Thime
- At styret kan gå til vedtak uten at det foreligger risiko- og mulighetsanalyse, må få konsekvenser politisk.	Toppe
Hele saken bør sendes i retur.	Toppe
Det er nettopp det samme som er kritisert i andre omlegginger - som på Rjukan: At det ikke var vurdert hvilke konsekvenser omlegging av tilbudet ville føre til for innbyggerne og beredskap, sier Toppe til Agder.	Toppe

SPØRSMÅL: Hun har nå sendt et skriftlig spørsmål til helseminister Bent Høie.	Thime
Der spør hun om det vil få konsekvenser for foretaket og vedtaket at Sørlandet sykehus HF vedtok nedleggelse av kirurgisk øyeblikkelig hjelp og traumetilbudet ved Flekkefjord sykehus på tross av at den eksterne kvalitetssikringen av arbeidet med utviklingsplanen viser at veileder for utarbeidelse av utviklingsplaner ikke er fulgt?	Thime
- Ny veileder ble utarbeidet nettopp med tanke på Flekkefjord og andre sykehus i etterkant av nasjonal helse- og sykehusplan.	Toppe
Da må det få konsekvenser med så klare prosessbrudd.	Toppe
Når det ikke er gjort ordentlige risiko- og mulighetsanalyser, er det svært farlig for pasienttilbudet, hevder Toppe.	Toppe
- LETTVINT: Hun forklarer at det betyr at det ikke er analysert hvilke konsekvenser eller situasjoner som nedlegging av traumeteam og akuttkirurgi kan føre til.	Thime
- I saksframstillingen skriver administrerende direktør svært lettvint om dette.	Toppe
Han antar at det vil få ingen konsekvenser for pasientene at traumeteam blir lagt ned.	Toppe
Men han har ingen som helst faglig belegg bak sine uttalelser.	Toppe
Jeg synes det er ufattelig at styret har gått med på dette.	Toppe
Styret på Sørlandet sykehus har ikke gjort jobben.	Toppe
Derfor utfordrer jeg statsråden til å komme på banen.	Toppe
Han kan ikke vente til foretaksmøtet.	Toppe
Da er saken gått for langt, understreker Toppe.	Toppe

Hun sier at det også er svært uforståelig at et foretak kan gjøre et vedtak med forbehold om at dette er i tråd med nasjonal helsepolitikk, og ber det regionale helseforetaket vurdere dette.	Thime
- LITEN TILLIT: - Jeg har ikke opplevd maken.	Toppe
Dette viser at Sørlandet sykehus HF opptrer med svært liten tillit.	Toppe
Det er deres ansvar ifølge loven å behandle saker i tråd med nasjonal helsepolitikk.	Toppe
Dersom de er usikre på dette, må de selvsagt få klarhet i uvissheten før de gjør vedtaket.	Toppe
Formannskapsmedlem Hanne Risvold (KrF) i Flekkefjord berømmer sin partikollega Hans Fr. Grøvan som har varslet at saken sendes til Stortinget.	Thime
- Hvis alle politikerne som var i Spira sist uke står ved det som ble sagt kan det være lyse utsikter for sykehuset.	Risvold
Jeg er meget fornøyd med at KrF valgte å gå ut av samarbeidet med H, Frp og V da det ble vedtatt å la helseforetakene ta hånd om denne meget viktige avgjørelsen for Flekkefjord og andre lokal sykehus.	Risvold
KrF ønsket ikke å støtte dette.	Risvold
Stortingsrepresentantene så tydelig at dette vedtaket kunne få svært uønskede konsekvenser.	Risvold
Nå ser vi at det ble dessverre en sannhet.	Risvold
Mange smertefulle prosesser kunne vært unngått om dette ikke hadde blitt vedtatt, mener Risvold.	Risvold
UENIG MED KRF: Stortingskandidat for Venstre i Agder-fylkene, Petter N. Toldnæs - er ikke på linje med hverken Grøvan eller Risvold.	Thime
- Det er trist å lese at KrF mener at akuttkirurgien og traumemottaket blir nedlagt i Flekkefjord.	Toldnæs

Det gjør det ikke! Vedtaket strider mot sykehusplanen, og tilbudene blir ikke nedlagt. Grunnen til at Venstre sluttet seg til sykehusplanen var nettopp å sikre at siste og avgjørende ord nettopp lå i Stortinget, og <i>ikke</i> i helseforetakene.	Toldnæs
Nå må Høie rydder opp og sørger for at akuttkirurgi og traumemottak blir værende på Flekkefjord sykehus, understreker Toldnæs.	Toldnæs

Stemmefordeling Agder Flekkefjords Tidende, elite / grasrot		
	Elitestemmer	Grasrotstemmer
13.- 20.februar 2017	9	1
20.- 27.februar 2017	13	1
Totalt	22	2

Stemmefordeling Agder Flekkefjord Tidende, perspektiv		
	Lokaltperspektiv	Sentrumsperspektiv
13.-20.februar 2017	9	1
20.-27.februar 2017	13	1
Totalt	22	2

Totalt 23 nyhetsartikler, 2 leserinnlegg og 5 lederartikler er analysert. Dette er fordelt på 7 papiravisutgaver, utgitt i uken før og uken etter folkemøtet i Spira.