

09.02.2021

Kommentarer til utredning om ny sykehusstruktur Innlandet

Notat 01-2021

Notat nr. 01-2021 fra Samfunnsøkonomisk analyse AS

Oppdragsgiver: Elverum kommune
Tilgjengelighet: Offentlig
Dato for ferdistilling: 9. februar 2021
Forfattere: Rolf Røtnes, Jørgen Ingerød Steen og
Vegard Salte Flatval

Samfunnsøkonomisk analyse AS

Borggata 2B
N-0650 Oslo

Org.nr.: 911 737 752
post@samfunnsokonomisk-analyse.no

Bakgrunn for oppdraget

Helse Sør-Øst la fram sin vurdering av sykehusstrukturen i rapporten 'Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF', utgitt 8. desember 2020.

Seks alternativ sykehusalternativer blir vurdert:

1. Mjøssykehus på Biri, Akuttisykehus på Hamar
2. Mjøssykehus på Biri, Akuttisykehus på Elverum
3. Mjøssykehus ved Moelv stasjon, Akuttisykehus på Lillehammer
4. Mjøssykehus ved Moelv stasjon, Akuttisykehus på Gjøvik
5. Mjøssykehus ved Brumunddal stasjon, Akuttisykehus på Lillehammer
6. Mjøssykehus ved Brumunddal stasjon, Akuttisykehus på Gjøvik

Alternativene sammenlignes med et 0-alternativ som er t det ikke bygges nytt Mjøssykehus, og at sykehusene i Gjøvik, Lillehammer, Hamar og Elverum, samt Sanderud og Reinsvoll, beholdes.

I rapporten fra Helse Sør-Øst anbefales det at Mjøssykehuset legges til Brumunddal og akuttisykehuset til Lillehammer.

Anbefalinger om lokalisering av akuttisykehuset omtales slik i Helse Sør-Østs rapport:

«Etter en samlet vurdering har prosjektgruppen kommet til at alternativet med et akuttisykehus i Lillehammer er det alternativet som best legger til rette for en framtidsrettet utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet til beste for innbyggerne i Innlandet.»

Anbefalingen bygger på tre delrapporter som vurderer medisinske, samfunnsmessige og økonomiske forhold.

Anbefalt ny sykehusstruktur gjør at Elverum kommune potensielt vil miste en stor og viktig arbeidsplass, som trolig vil få store konsekvenser både for sysselsettings- og bosettingsutviklingen framover. I den forbindelse ble Samfunnsøkonomisk analyse kontaktet for å lese og kommentere på samfunnsanalysen som ligger til grunn for HSØs anbefaling.

Arbeidet er gjennomført i siste halvdel av januar 2021.

Innhold

Bakgrunn for oppdraget	III
1 Innledning	5
1.1 Endringer i sykehusstrukturen vil påvirke samfunnsutviklingen i Innlandet	5
1.2 Samfunnsanalysen – syv delrapporter	6
1.3 Helse Sør-Øst anbefaler alternativet med Mjøssykehus i Brumunddal og akuttsykehus i Lillehammer	6
1.4 Overordnet om anbefalt sykehusstruktur fra samfunnsanalysen	7
2 Del I: Hva er gjort i samfunnsanalysen?	9
2.1 Delrapport 1: Sysselsetting. Ikke gitt at rekrutteringsutfordringer skiller lokaliseringsoalternativene	9
2.2 Delrapport 2: Urban vekst i Hamar uavhengig av sykehuslokalisering - andre byer er mer påvirket	11
2.3 Delrapport 3: By- og tettstedsutvikling følger befolkningsvekst – ny sykehusstruktur påvirker mest der det legges ned	13
2.4 Delrapport 4: Miljø og klimakonsekvenser inngår ikke som en del av beslutningsgrunnlaget	15
2.5 Delrapport 5: Persontransport	Feil! Bokmerke er ikke definert.
2.6 Delrapport 6: Infrastruktur	17
2.7 Delrapport 7: Folkehelse bestemmes av økning i sykkel og gange	17
3 Del II: Vurdering av ny sykehusstruktur kan ta utgangspunkt i hvilke alternativ som gir minst negative virkninger for Innlandet	19
3.1 Gode argumenter for at nytte- og kostnadsvurderinger skal verdsettes ulikt	20
3.2 Minimering av negative sysselsettingseffekter tilsier akuttsykehus i Elverum	21
3.3 Minimering av negative utslag snur vurderingen av lokaliseringsoalternativene	23
4 Referanser	24

1 Innledning

Styret i Helse Sør-Øst RHF fattet i sak 005-2019 vedtak om framtidig målilde for Sykehuset Innlandet HF (heretter SI). Vedtaket ble stadfestet i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF den 8. mars 2019.

SI har som mål å samle spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling i et nytt akutt sykehus, Mjøssykehuset. Videre legges det til grunn at det skal være et akutt sykehus på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus, i form av ett akutt sykehus og ett elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Prehospitaltjenester og lokalmedisinske sentra skal videreutvikles.

Helse Sør-Øst la fram sin vurdering av sykehusstrukturen i rapporten '*Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF*', utgitt 8. desember 2020. Det anbefales av Mjøssykehuset legges til **Brumunddal** og akutt sykehuset til **Lillehammer**. Anbefalinger om lokalisering av akutt sykehuset omtales slik i Helse Sør-Østs rapport:

«Etter en samlet vurdering har prosjektgruppen kommet til at alternativet med et akutt sykehus i Lillehammer er det alternativet som best legger til rette for en framtidsrettet utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet til beste for innbyggerne i Innlandet.»

Anbefalinger om lokalisering av Mjøssykehuset til **Brumunddal** legger særlig stor vekt på å «(...) ivareta rekruttering av nødvendig kompetanse til alle sykehusenehetene, noe som er en avgjørende forutsetning for god pasientbehandling».

Det elektive sykehuset med døgnfunksjoner foreslås lokalisert på **Gjøvik**.

Helse Sør-Øst vurderer det som viktig at Elverum får et bredt nok spesialisthelsetjenestetilbud til å

kunne yte gode tjenester til befolkningen i området. Derfor anbefaler prosjektgruppen at det etableres et lokalmedisinsk senter og en luftambulansbase i Elverum. Videre skisserer Helse Sør-Øst at et lokalmedisinsk senter i regionen vil kunne bli relativt stort med utgangspunkt i befolkningsgrunnlaget i Sør-Østerdalen (Helse Sør-Øst anbefaling, s. 166). Det skal også utredes en mulig samling av prehospitaltjenester i Elverum.

Et lokalmedisinsk senter i Elverum vil like fullt medføre en nedskalering av sykehusdriften slik den er i kommunen i dag, og slik påvirke Elverums attraktivitet som bosted og arbeidssted framover.

1.1 Endringer i sykehusstrukturen vil påvirke samfunnsutviklingen i Innlandet

I dag er Hamar, Lillehammer, Gjøvik og Elverum fire byer, som hver for seg fungerer som nærings- og samfunnsmessige tyngdepunkter i Innlandet. På hver sin måte er de derfor viktige for utviklingen i hele regionen. De har ulike næringsstruktur og er sentrum for ulike regioner i Innlandet. Slik sett har byene ulike funksjonelle roller for Innlandet, som utfyller hverandre geografisk og næringsmessig.

Med dagens sykehusstruktur er det sykehusdrift i alle de fire byene. For alle byene utgjør sykehusene en viktig del av deres samlede arbeidstilbud ved at sykehusene utgjør en betydelig del av den samlede sysselsettingen i hver by. Endringer i sykehusstrukturen får derfor betydelige konsekvenser for utviklingen i disse lokalsamfunnene. Likevel kan den relative betydningen av nærhet til et sykehus for framtidig utvikling være forskjellig.

Ny sykehusstruktur må sees i sammenheng med eksisterende utfordringer for hele Innlandet som region. Nåsituasjonen, som også beskrives og redegjøres for utførlig i samfunnsanalysen, understreker

at hele Innlandet opplever utfordringer med både befolknings- og sysselsettingsvekst.

1.2 Samfunnsanalysen – syv delrapporter

I henhold til prosjektmandatet for fase 2 skal de samfunnsmessige vurderingene dekket gjennom en samfunnsanalyse av de ulike lokaliseringalternativene. Samfunnsanalysen foreligger nå i rapport fra COWI i samarbeid med Vista analyse og består av syv delrapporter og en oppsummerende rapport.

Formålet med samfunnsanalysen er å bringe fram kunnskapsbaserte vurderinger av de **direkte og indirekte ringvirkninger** av de ulike lokaliseringalternativene. Samfunnsanalysen bør peke på de samfunnsmessige **fordelene** og **ulempene** ved de aktuelle alternativene. I tillegg bør anbefalinger om framtidig sykehusstruktur bygge på gjeldende nasjonale og regionale føringer for samfunnsutvikling og sykehusets egne prioriteringer og vurderinger.

I samfunnsanalysen er det utredet seks alternativer for ny sykehusstruktur i Innlandet. Analysen består av **syv fagrappporter**, i tråd med de skisserte analysetemaene i Sykehuset Innlandet sin utlysning om samfunnsanalysen (Sykehuset Innlandet, 2020). Det er disse syv temaene Cowi og Vista analyse svarer på i samfunnsanalysen:

1. Sysselsetting, kompetanse og næringsliv
2. Regional utvikling
3. By- og tettstedsutvikling
4. Miljø- og klimakonsekvenser
5. Persontransport
6. Infrastruktur
7. Folkehelse

Fagrapportene er gjennomført som separate analyser av hvert temaområde. Analysene bygger på ulike datagrunnlag og indikatorer for hvert tema. Innenfor hvert tema rangeres alternativene fra 1–6, der 1 er beste alternativ og 6 er det dårligst.

Som utredningen selv presiserer, må denne typen rangeringer tolkes med varsomhet. En rangering som dette sier ingenting om hvor store avvik det er mellom alternativene innenfor det enkelte fagområdet. Slik kan metoden skjule at det for enkelte tema er et tydelig beste alternativ eller om det er jevnt mellom dem. Utredningen krever like fullt at forskjellene skal være beslutningsrelevante for å gis ulik rangering. Dersom forskjellene regnes som ubetydelige, vil alternativene rangeres likt.

De viktigste funnene fra fagrapportene er oppsummert i en sammenstillingsrapport. Her sammenstilles rangeringene fra de enkelte fagrapportene. Det gjøres ingen vurdering av om enkelte temaer bør vektas mer enn andre, men sies at det er «(...) opp til beslutningstagerne å vurdere om enkelte av disse fagtemaene er viktigere enn andre når de skal benytte dette materialet i sine vurderinger».

1.3 Helse Sør-Øst anbefaler alternativet med Mjøssykehus i Brumunddal og akuttisykehus i Lillehammer

Helse Sør-Øst vurderer alternativer til sykehusstrukturen med utgangspunkt i en operasjonalisering av kriterier gitt i veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017) og henvist til i prosjektmandatet (punkt 5.2 Resultatmål for prosjektet). Det samlede vurderingsgrunnlaget omfatter både samfunnsanalysen og andre grunnlagsdokumenter.

Det ligger åtte vurderingskriterier til grunn for anbefalt sykehuslokalisering:

1. Pasientbehandling
2. Reisetid
3. Rekrutteringsevne
4. Potensiale / gjenbruk av investeringer
5. Samfunnsmessige konsekvenser
 - a. Sysselsetting, kompetanse og næringsliv

- b. Regional utvikling og by- og tettstedsutvikling
 - c. Konsekvenser for persontransport, miljø og klima
6. Geografi
 - a. Øst/vest-balanse i regionen
 - b. Opptaksområdenes avgrensninger
 7. Økonomi
 8. Beredskap

Veilederen gir ikke føringer for hvordan kriteriene skal vektet. Om, og eventuelt hvordan, kriteriene er vektet inn i Helse Sør-Østs samlede anbefaling er heller ikke mulig å lese ut av foreliggende dokumentasjon. Vektingen synes derfor å være bestemt av de spesifikke forholdene ved hver av de seks lokaliseringalternativene.

Helse Sør-Øst konkluderer i tråd med samfunnsanalysen at den foretrukne strukturen er å plassere Mjøspsykehuset i Brumunddal og akuttsykehuset på Lillehammer. Konklusjonen tyder på at det særlig er lagt vekt på at lokaliseringen skal trygge rekruttering av nødvendig kompetanse til alle enhetene (Helse Sør-Øst, konkretisering av anbefalinger, s. 6).

De to løsningsalternativene med et akuttsykehus i Elverum anbefales ikke av prosjektgruppen. Selv om det er styrker med å lokalisere akuttsykehuset til Elverum, vurderes utfordringene knyttet til rekrutteringsevne og opptaksområdets størrelse vesentlig større enn ved andre alternativer (Helse Sør-Øst, konkretisering av anbefalinger, s. 5).

1.4 Overordnet om anbefalt sykehusstruktur fra samfunnsanalysen

Endringer i sykehusstrukturen vil ha betydning for det langsiktige bosettings- og sysselsettingsmønsteret i Innlandet. Ny sykehusstruktur omfatter både etablering av nye sykehus og avvikling av eksisterende sykehus. Endringene medfører derfor at en-

kelte regioner i Innlandet får gevinster i form av flere sysselsettingsmuligheter og tilflytting som følge av dette, mens andre regioner vil oppleve tap.

Konsekvensene forbundet med endringer i sykehusstrukturen understreker behovet for et transparent og etterprøvbart data- og informasjonsgrunnlag, samt konsistente vurderinger på tvers av alternativene.

Selskapet Oslo Economics har tidligere vurdert samfunnsvirkninger av ulike alternativer for sykehusstruktur for på oppdrag fra Gjøvik kommune. Etter at Helse Sør-Øst la fram sin vurdering, har Gjøvik kommune engasjert Oslo Economics på nytt for å kommentere samfunnsanalysen Helse Sør-Øst bygger på. Oslo Economics (2020) påpeker bl.a. at det presenteres en stor mengde relatert statistikk om regional utvikling. Det er imidlertid i liten grad beskrevet hvordan disse skal vektlegges og tolkes i vurderingen av hva som er den beste sykehusstrukturen for befolkningen i Innland fylke.

Overordnet er det tre momenter SØA mener burde framgått tydeligere gitt samfunnsanalysens mandat:

- Vurdering av hvilke forhold som inngår i rangeringen mellom alternativer i fagrapportene.
- Vurdering av betydningen av temaene i fagrapportene opp mot hverandre.
- Vurdering av de samlede konsekvensene for regionene som kommer dårlig ut med den anbefalte sykehusstrukturen.

I alle fagrapportene redegjøres det for et nullalternativ, som innebærer videreføring av dagens sykehusstruktur. Nullalternativet framstår imidlertid i liten grad som sammenligningsgrunnlag i rapportene.

Ulempen med at nullalternativet ikke er et relevant alternativ, er at det blir vanskelig å skille effekter av sykehuslokaliseringen fra andre faktorer som påvir-

ker utviklingen i temaene i fagrapporten. For eksempel er det uklart hvor stor påvirkning Mjøssykehuset på Brumunddal har for by- og tettstedsutviklingen i Hamar, sammenlignet med både Moelv som lokasjon og sammenlignet med forventet utvikling gitt dagens sykehusstruktur.

Det er viktig å bemerke at disse vurderingene ikke var en del av mandatet i samfunnsanalysen, fordi innholdet i sykehusene ble konkretisert i fase 1. Samfunnsanalysens oppgave var derfor å vurdere alternative lokaliseringer av et stor hovedsykehus (Mjøssykehuset) og et akuttsykehus med innholdet skissert i fase 1.

For en fullstendig samfunnsanalyse er det like fullt et problem at nullalternativet ikke er tydeliggjort som et samlet alternativ. Etter vår vurdering ville et tydeligere nullalternativ også bedre synliggjort hvilke konsekvenser den anbefalte sykehusstrukturen får for regioner som mister sykehus som en stor og viktig kompetansearbeidsplass.

I dette notatet retter vi oppmerksomheten mot de samfunnsmessige vurderingene av lokaliseringalternativer drøftet av COWI og Vista analyse høsten 2020. Vi tar tidligere gjennomførte medisinske og økonomiske vurderinger for gitt, og går ikke nærmere inn på disse.

2 Del I: Hva er gjort i samfunnsanalysen?

Samfunnsanalysen består av syv fagrapporter som omhandler dels svært overlappende og gjensidig avhengige tema. Valget av tema er en funksjon av mandatet for samfunnsanalysen, men synes fra vår side å gjøre vurderingene og anbefalingene vanskelig å følge for leseren og for beslutningstakere. For eksempel vil sysselsetting, by- og tettstedsutvikling og regional utvikling henge veldig tett sammen, og kunne med fordel vært omhandlet sammen.

Vi tar for oss hver av de syv fagrapportene slik de er presentert, hvor vi oppsummerer hvilke lokaliseringsalternativer som anbefales og de kriteriene som er utslagsgivende for anbefalingen. Til slutt drøfter vi hvorvidt de valgte kriterier viser beslutningsrelevante forskjeller mellom alternativene.

2.1 Delrapport 1: Sysselsetting. Ikke gitt at rekrutteringsutfordringer skiller lokaliseringsalternativene

Delrapport 1 analyserer hvordan ny sykehusstruktur påvirker sysselsetting og rekruttering både i sykehusene og primærhelsetjenesten.

I tillegg analyseres lokale økonomiske ringvirkninger blant vare- og tjenesteleverandører til sykehusene og næringslivet ellers i Mjøsregionen.

Til slutt omtales sykehusenes koblinger til forsknings- og utdanningsinstitusjoner.

Relaterte temaer som by- og tettstedsutvikling, transport, infrastruktur mv. er behandlet i påfølgende fagrapporter.

2.1.1 Rekrutteringsevne er avgjørende for rangeringen av alternativene

Vurderingen av sykehusenes rekrutteringsevne baseres på analyser av arbeidsplassens attraktivitet og rekrutteringsgrunnlaget.

Sykehusene i Innlandet opplever i dag utfordringer med å rekruttere leger til enkelte fagområder. En hovedårsak er imidlertid nasjonal mangel på disse spesialistene, og alle helseforetakene melder om tilsvarende utfordringer (Delrapport 1, s. 10). Samlet vurderer analysen at både Mjøssykehuset og nytt akuttsykehus i Innlandet vil være attraktive arbeidsplasser for helsepersonell. Denne attraktiviteten er uavhengig av lokasjon.

Den viktigste indikatoren for vurdering av rekrutteringsgrunnlaget er forventet utvikling i antall bosatte i alderen 20–66 år, innenfor en viss reiseavstand til sykehusene. Med nærhet til Hamar, vil et Mjøssykehus på Brumunddal ha klart størst forventet befolkning innenfor en reisetid på 20 minutter i 2030.

Analysen finner få koblinger mellom sykehusene og lokale kompetanse- og innovasjonsmiljøer. For forskningssamarbeid er også geografisk nærhet vurdert å være av mindre betydning, men god ofentlig kommunikasjon er viktig. Geografisk nærhet framheves imidlertid som viktig for utdanningsinstitusjonene som utdanner helsepersonell på Elverum og Gjøvik.

Basert på tall fra andre sykehus, genererer sykehusene svært begrensede økonomiske ringvirkninger blant lokale vare- og tjenesteleverandører. De økonomiske ringvirkningene er først og fremst knyttet til hvor de sykehusansatte bosetter seg, og deres konsum av varer og tjenester i lokalsamfunnet. Disse ringvirkningene er derfor mer uavhengige av hvor sykehusenes nøyaktige blir plassert.

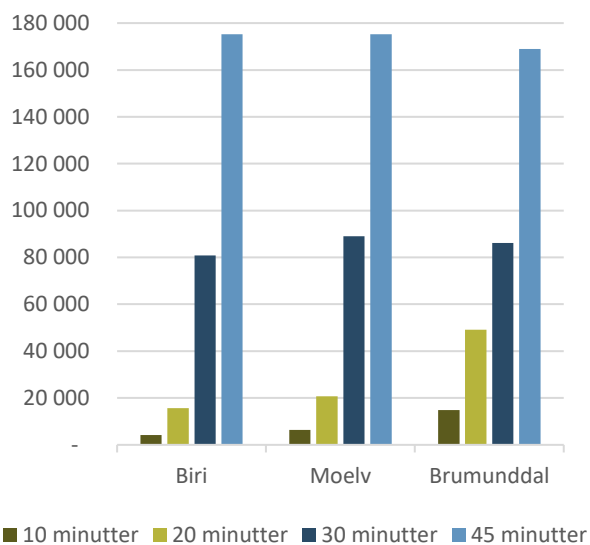
Delrapporten legger stor vekt på viktigheten av å «(...) tilrettelegge for å tiltrekke seg tilstrekkelig med kompetanse til å dekke sykehusenes behov» (Sammenstillingsrapporten, s. 7). Brumunddal kommer derfor best ut som lokalisering av Mjøssykehuset, med nærhet til Hamar. Gjøvik og Lillehammer vurderes som like gode alternativer for akuttsykehuset.

2.1.2 Er rangeringen av rekrutteringsevne tilstrekkelig begrunnet i data?

Basert på pendlingsmønstre til dagens sykehus, analyseres rekrutteringsgrunnlaget til det nye Mjøs-sykehuset innenfor en reisetid på 20 minutter. Brumunddal kommer klart best ut, som følge av sin nærhet til Hamar, jf. figur 2.1.

Den fastsatte avgrensningen på 20 minutter som viktig for rekruttering betyr at sykehuset primært skaper bosettingsvekst i nærheten av sykehuset. Dersom grensen hadde blitt satt til 30 minutters reisetid, er forskjellene mellom de tre stedene mer marginale.

Figur 2.1 Befolkningsgrunnlag innenfor en gitt reisetid til Mjøs-sykehuset, 2030.



Kilde: Fagrapport 1, COWI og Vista Analyse

Det er særlig to forhold som gjør at denne avgrensningen kan overdrive forskjeller i rekrutteringsevne.

For det første kan mindre endringer i bosettingsmønstrene, gi betydelig utslag på antall bosatte innenfor en gitt reisetid over tid. SSBs befolkningsframskrivninger er basert på historiske trender og tar naturlig nok ikke hensyn til virkninger av ny sykehusstruktur, som i seg selv vil endre bosettings-

strukturen. Dette er virkninger som vil gjøre seg gjeldende for flertallet av de ansatte ved sykehusene, som velger bosted etter arbeidssted (Fagrapport 1, s. 16). De siste årene har det vokst fram nye boligområder ved sykehuset på Kalnes. Det skjer etter at kommunens forslag om tilrettelegging av boligfelt ved sykehuset først ble avvist av fylket, begrunnet i mål om byfortetting. Senere ble det likevel enighet om at det kunne bygges boliger ved sykehuset..

For det andre er rekrutteringsevne en funksjon av både rekrutteringsgrunnlaget og arbeidsplassens attraktivitet. Økt attraktivitet ved de nye sykehusene kan oppveie for noe lengre arbeidsreise.

For personer som skal pendle fra Oslo-regionen, vil plassering av sykehuset lengst sør bidra til å redusere reiseavstand. Dette omfatter en liten andel av de ansatte, og hovedsakelig spesialister som velger bosted uavhengig av arbeidssted.

Mer generelt har ny teknologi gjort det mulig å utnytte reisetid til og fra arbeid på en annen måte enn tidligere. Dette bidrar isolert sett til å redusere pendlingskostnadene forbundet med en gitt reise.

De viktigste koblingene mellom sykehusene og annen lokal næringsaktivitet og sysselsetting er til de lokale utdanningsinstitusjonene. Den geografiske nærheten til sykehuset nevnes som viktig for utdanningen av helsepersonell i Elverum og Gjøvik. Konsekvensene på disse koblingene virker ikke å være særlig vektlagt i vurdering av konsekvensene av den anbefalte sykehusstrukturen.

Over tid kan den nye sykehusstrukturen føre til at utdanningsinstitusjonene om- eller nedlegger studietilbud i byer der det ikke lenger finnes et sykehus. Dette vil i så fall få særlig store konsekvenser for Elverum, som hverken får akutt-sykehus eller elektivt sykehus i den anbefalte sykehusstrukturen. Dette vil få særlig stor betydning for den samlede sysselset-

tingsutviklingen, sammenlignet med nullalternativet. Dette vil også få betydning for regional utvikling i bredere forstand, jf. kapittel 2.2.

Vår vurdering er at datagrunnlaget i delrapport 1 ikke framhever tilstrekkelige forskjeller i rekrutteringsevne til å være beslutningsrelevante for rangeringen av alternativene.

2.2 Delrapport 2: Urban vekst i Hamar uavhengig av sykehuslokalisering - andre byer er mer påvirket

Delrapport 2 analyserer de alternative sykehusstrukturenes virkning på regional utvikling og vekst. Analysen bygger på indikatorer om kunnskap og kompetanse, forskning og innovasjon, bostedsattraktivitet, infrastruktur, nærings- og kunnskapsklynger, demografisk utvikling og sentralitet.

2.2.1 Å styrke Hamar som regional vekstmotor blir vurdert som viktig

De fire mjøsbyene er selvstendige bo- og arbeidsmarkedsregioner. Hver for seg har regionene nærings- og kunnskapsmessige fortrinn, som gjør at de utfyller hverandre. Samtidig er det begrenset arbeidsutveksling, i form av pendling, mellom regionene.

Samfunnsanalysen påpeker at å lokalisere et hovedsykehus mellom byene, vil svekke hver enkelt byregion. Det vil også svekke den eksisterende integrasjonen og den gjensidige avhengigheten mellom byene, som i stedet vil rettes mot et mer selvstendig sykehus mellom alle byene.

Alternativ 5 og 6, med Mjøssykehuset i Brumunddal og akuttsykehus enten på Lillehammer eller i Gjøvik, blir vurdert som best.

Mjøssykehuset i Brumunddal er vurdert til å styrke Hamarregionen betydelig. Det vurderes også at reiseavstanden til sykehuset vil være akseptabel fra både Hamar, Stange, Ringsaker og Elverum.

Mjøssykehuset i Brumunddal er vurdert å understøtte både bolig- og arbeidsmarkedet i Hamar, som er den største byen i regionen. Det skal også styrke Innlandet som regionalt senter i randsonen av Oslo-regionen. Brumunddal er ikke Hamar, men nærheten til Hamar vurderes å være nære nok til å ta ut synergier i et større omfang enn alternativene med Mjøssykehuset i Moelv eller Biri.

For Elverum er alternativ 5 og 6 forbundet med svært stor negativ effekt på både bolig- og arbeidsmarkedet. Det skyldes at eksisterende sykehus legges ned, kombinert med lang reisevei til Mjøssykehuset i Brumunddal.

Samlet sett vurderer analysen at det er vanskelig for Innlandet å realisere vekst i alle de fire eksisterende byregionene. Alternativ 5 og 6 legger opp til å understøtte Hamars vekst, som på sikt kan skape dynamiske effekter for hele regionen:

«En slik utvikling kan først svekke de andre byene med hensyn til bosetting, byvekst og arbeidsmarked, men regionen som helhet blir styrket. Resultatet av det er at det på sikt kan spres en effekt over hele regionen, også Lillehammer og Gjøvik, slik vi ser rundt de største norske byene i dag.»

Kilde: Sammenstillingsrapporten, s. 11.

2.2.2 Kan Hamar fungere som en vekstmotor for hele Innlandet fylke?

Analysen i delrapporten bygger på kjente og etablerte teorier om drivere bak og effekter av urbanisering og agglomerasjon som begrunner sammenhenger mellom sykehuslokasjon og regional utvik-

ling. Disse sammenhengene gjør seg gjeldende for både positive og negative effekter knyttet til ny sykehusstruktur.

I analysen legges det stor vekt på de mulige positive virkningene av å lokalisere Mjøssykehuset på et sted som underbygger urbanisering og agglomerasjonseffekter, og med særlig oppmerksomhet rettet mot Hamarregionen. Det er imidlertid to betydelige uklarheter knyttet til de mulige positive effektene.

Den første er at delrapporten om sysselsetting fant at de lokale økonomiske ringvirkningene av sykehus er relativt begrensede.

For forskningssamarbeid nevnes det også at geografisk nærhet er av mindre betydning, så lenge kommunikasjonen til sykehuset er god.

Den andre uklarheten er hvor stor del av den forventede urbaniseringen og utviklingen i Hamar som forutsetter at sykehuset kommer akkurat i Brumunddal. Dette kunne vært tydeliggjort med en grundigere analyse av nullalternativet. For eksempel er *nettoeffekten* av å plassere sykehuset i Brumunddal om lag 2 500 arbeidsplasser på sykehus for Hamarregionen, fordi de eksisterende sykehusene i Hamar og Stange legges ned. Dette er betydelig lavere enn bruttoeffekten, som er på 4 137 arbeidsplasser.

Slik analysen står, er det uklart om realisering av Hamarregionens vekstpotensial er forutsatt lokalisering av Mjøssykehuset i Brumunddal, eller hvor stor betydning de alternative stedene har. Hvorvidt Hamar (eller Lillehammer) trenger både nærhet til Mjøssykehuset og et akuttsykehus for å realisere en forventet sterk vekst stilles det også spørsmålsteget ved i notatet fra OE (Oslo Economics, 2020). Om vi legger til grunn premissene i samfunnsanalysen, så vil Hamar og Lillehammer være i stand til å tiltrekke seg unge og høyt utdannede mennesker framover, uavhengig av en eventuell drahjelp av sykehus.

Det er også etter vårt syn like stor grunn til å konkludere med at Hamar uavhengig av lokaliseringvalg vil være attraktiv som bosted for alle yrkesgrupper på sykehuset, og for spesialister særlig, og slik ikke påvirkes i nevneverdig grad av lokaliseringen av sykehuset. Slik kan en videreføring av eksisterende struktur være et godt alternativ også, med pendlingsmuligheter til attraktive arbeidsplasser både østover og nordover for bosatte i og rundt Hamar sentrum. Delrapport 1 fant også at de ansattes bosettingsmønster utgjør de viktigste lokale økonomiske ringvirkningene av sykehuset.

Manglende evidens for ringvirkninger og uklarheter om betydningen av sykehusstruktur for Hamars vekst gjør det uklart hvordan gevinster på stedene som styrkes veier opp for tapene som oppstår i regionene som svekkes med den anbefalte sykehusstrukturen. Dette gjelder både opp mot nullalternativet, og for rangeringen av de ulike alternativene.

Basert på pluss-minus-metoden, som oppsummerer virkningene for regional utvikling, er det kun alternativ 2 som *ikke* har negative konsekvenser for noen av regionene. I de anbefalte alternativene, 5 og 6, oppstår det negative konsekvenser for Elverum og enten Lillehammer eller Gjøvik.

Tabell 2.1 Oppsummert om virkningene for regional utvikling etter de seks alternativene

Alternativ	Biri	Moelv	Brumunddal	Hamar	Lillehammer	Gjøvik	Elverum
1	0			++	++	++	---
2	0			+	++	++	+++
3		+			+++	--	---
4		+		---	--	+++	---
5			++	+++	+++	---	-
6			++	+++	---	+++	-

Kilde: Delrapport 2 Regional utvikling, COWI og Vista Analyse.

I oppsummeringen av effekter for Elverum er beskrivelsene av alternativene 3–6 identiske. Det er uklart hvorfor vurderingene omsettes til ulike verdsetninger i oppsummeringen, men har sannsynligvis sammenheng med at det er kortere reiseavstand til Bru-munddal enn til Moelv. Begge stedene er imidlertid utenfor grensen på 20 minutter, som ble brukt i analysen i delrapport 1.

Videre er det uklart hvordan gevinstene i byene som styrkes veier opp for tapene i byene som svekkes. Dette begrunnes med en generell betraktning om at det ikke er realistisk at Innlandet som region kan opprettholde fire kunnskaps- og bysentra. Vurderingen er imidlertid ikke utdypet og begrunnet mer inngående. Hvordan dynamiske effekter fra Hamar som vekstmotor skal drive utviklingen i hele fylket er heller ikke begrunnet ytterligere.

Vår vurdering er at den anbefalte sykehusstrukturen vil underbygge den forventede negative utviklings-trekk for Elverum, og bidra til enda større utfordringer for kommunen.

Det skjer samtidig som det er vanskelig å identifisere en begrunnelse for at vekst i Hamarregionen skal drive veksten i både Elverum og Gjøvik på sikt. Det er videre vår vurdering like stor grunn til å tro at ansatte ved alle sykehusene kan bo urbant og pendle til sykehusene uavhengig av lokasjon, slik tilfellet er i dagens struktur. Spesielt vil dette gjelde for spesialistene, som i større grad enn andre yrkes-grupper på sykehus velger bosted uavhengig av arbeidssted.

Det er videre vår vurdering at kunnskapsgrunnet i liten grad er tilstrekkelig til å skissere beslutnings-relevante forskjeller mellom alternativene, og dermed ikke tilstrekkelig til å konkludere med at valgt lokalisering vil gi en positiv effekt på befolknings-veksten til Innlandet på lang sikt.

2.3 Delrapport 3: By- og tettstedsutvikling følger befolkningsvekst – ny sykehusstruktur påvirker mest der det legges ned

Delrapport 3 om by- og tettstedsutvikling vurderer virkninger for:

- A. Aktivitet i bysentra – herunder handel, kultur, undervisning og nye arbeidsplasser.
- B. Boligmarkedet.
- C. Andre offentlige tjenestetilbud – herunder barnehage, skole, eldreomsorg mv.
- D. By- og tettstedsutvikling på kort og lang sikt.

Indikatorene som benyttes er:

- **By- og tettstedsutvikling** på kort og lang sikt; Arbeidsreiser, demografi, byens morfologi og attraktivitet (statistiske analyser, dokumentanalyse, befarung).
- **Aktivitet i bysentra** – handel, kultur, undervisning og nye arbeidsplasser. Utvikling i varehandel, tjenesteyting, kultur, arbeidsplasser (statistiske analyser, dokumentanalyse, befarung i felt, intervjuundersøkelsen).
- **Utvikling i boligmarkedet** (statistiske analyser, caseanalysen).
- **Utvikling i offentlig tjenestetilbud** (dokumentanalyse, befarung).
- **Arbeidsplassenes lokalisering og arealbruk i og utenfor bysentrum**; Lokalisering og arealbruk for kunnskapsarbeidsplasser og offentlige virksomheter, næringsklynger (statistiske analyser, befarung i felt og dokumentanalyser).

2.3.1 Hva er avgjørende for anbefalingen?

By- og tettstedsutvikling sammenfattes i vurderinger av **bostedsattraktivitet** og **vekstpotensial**.

Alle de fire byene vurderes å ha høy bostedsattraktivitet, men likevel begrenset befolkningsvekst. Tilflyttingen skjer hovedsakelig fra de mindre til de mer

sentrale delene av regionen. «For alle disse fire byene er sykehusene en motor i byenes sentrum. Et frafall av mange tusen arbeidsplasser og dermed også frafall av de ansattes, pasientenes og de pårørendes sirkulasjon gjennom byenes sentrum, vil gi svært store negative konsekvenser for alle byenes utvikling og vekst.» (delrapport 3, s. 6).

Sykehuset i Elverum er særlig godt integrert i sentrum, og har den relativt største betydningen for sentrum og for kommunen generelt, både som andel av samlet næringsliv og som en brikke i å skape et diversifisert næringsliv i kommunen. Vi drøfter nærmere den relative betydningen av større arbeidsplasser som sykehus i samfunnsanalyser i Del II i dette notatet.

Alternativ 5 og 6 vurderes som de beste alternativene for by- og tettstedsutvikling. Alternativ 5 med Brumunddal og Lillehammer vurderes som best basert på at dette alternativet «gir effekter på de to byene som i dag har høyest urban kvalitet, størst befolkningsvekst, høyeste bostedsattraktivitet og størst potensial for å vokse» (delrapport 3, s. 7).

2.3.2 Er rangeringen basert på beslutningsrelevante forskjeller?

Delrapport 3 bygger som nevnt over på en lang rekke indikatorer for bostedattraktivitet og vekstpotensial, som til sammen utgjør grunnlaget for anbefalt lokalisering.

I rapporten vurderes det at hverken Biri, Moelv eller Brumunddal har de kvalitetene som unge arbeidstakere med familie forventes å verdsette ved bostedsvalg framover. Uavhengig av lokaliseringen av Mjøssykehuset, vil derfor bosettingseffektene i hovedsak uansett oppstå i de fire byene. Den forventede prioriteringen er som følger: 1) Hamar tettsted 2) Lillehammer 3) Gjøvik/Toten.

Elverum er vurdert å ha lavest bostedsattraktivitet av byene. Med denne rangeringen av bostedsattraktivitet kommer Brumunddal-Lillehammer ut som det beste alternativet for lokalisering av sykehusene.

Det er etter vårt syn ikke tilstrekkelig dokumentert hva som ligger til grunn for vurderingene av bostedsattraktivitet, og det er uklart for oss hvordan utrederne kompenserer for manglende tallgrunnlag for Elverum sammenlignet med de tre øvrige byene (for eksempel omsetningsutvikling i sentrum). Oslo Economics (2020) påpeker også at virkningene i denne rapporten først og fremst handler om fordelingsvirkninger mellom byene.

Det er etter vår vurdering ikke tilstrekkelig begrunnet hvorfor den anbefalte fordelingen er best for Innlandet samlet sett. Forventede virkninger av de alternativene på by- og tettstedsutvikling er oppsummert i tabell 2.2.

Tabell 2.2 Oppsummert om alternativenes virkning på by- og tettstedsutvikling

Alternativ	Biri	Moelv	Brumunddal	Lillehammer	Gjøvik	Hamar	Elverum
1	0			++	++	++	---
2	0			++	++	+	+++
3		+		+++	+/-	+	---
4		+		+/-	+++	+	---
5			++	+++	---	+++	+/-
6			++	---	+++	+++	+/-

Kilde: Delrapport 3, COWI og Vista analyse.

Uavhengig av hvor sykehusene bygges, er det vurdert at hovedvekten av bosettingseffektene knyttet til sykehusstrukturen vil tas ut i de tre største byene. Dette gjelder også for alternativ 2, med Mjøssykehuset i Biri og akutt sykehuset i Elverum, der det er vurdert mer pendling fra Hamar til Elverum.

I og med at lokaliseringalternativene ikke påvirker i hvilken av de tre største byene sykehusansatte vil bosette seg, er det vanskelig å se at det er beslutningsrelevante forskjeller knyttet til på by- og tettstedsutviklingen i Innlandet, med unntak for Elverum. Elverums byutvikling vil åpenbart bli svekket av nedleggelse av sykehuset der.

Som Oslo Economics (2020) påpeker, kommer det imidlertid klart fram hvilke byer som «vinner» og «taper» med den anbefalte sykehusstrukturen. Det mest sentrale argumentet om at alternativ 5 styrker de to byene med størst vekstpotensial, kan imidlertid fungere begge veier. I stedet for å styrke Hamar og Lillehammer, kunne det vært argumentert for at Gjøvik og Elverum trenger sykehusfunksjoner for å unngå tilbakegang i framtiden.

I analysen av nullalternativet, både på kort og lang sikt, er dagens sykehusstruktur vurdert å være av middels betydning for by- og tettstedsutviklingen i Hamar. For alle de tre andre byene er dagens sykehus vurdert å være av stor betydning. Faktorer som påvirker denne betydningen, er redegjort for i figur 4-5 i rapporten. Likevel er det vurdert at å plassere Mjøssykehuset i nærheten av Hamar skal bidra til at byen blir en vekstmotor for hele Innlandet fylke. Også i denne vurderingen er det relevant å vurdere netto- kontra bruttoeffekter av den nye sykehusstrukturen, jf. kapittel 2.2.2.

Videre er det uklart om data- og informasjonsgrunnlaget som ligger til grunn for vurderingene i delrapport 3 er tilsvarende for alle byene. Viktige deler av det kvantitative tallgrunnlaget som beskriver sentrumsfunksjoner i byene er hentet fra tidligere analyser, jf. kapittel 4.9 i delrapport 3. Her oppgis det at utrederne ikke har samme detaljerte tallgrunnlag for Elverum, som for de andre byene.

Det framgår ikke klart hvordan manglende tallgrunnlag påvirker analysen og vurderingene, eller hvor-

dan det er kompensert for denne mangelen. Konsekvensen er at vurderingene bygger på ulike tall- og informasjonsgrunnlag. Særlig analysen av Elverum virker mer overflatisk enn for de andre byene.

Dette kan potensielt påvirke anbefalt struktur, avhengig av hvordan indikatorene vektet sammen i den overordnede vurderingen. Samtidig framgår det ikke klart av teksten hvordan de ulike indikatorene for bostedsattraktivitet og vekstpotensial er vurdert som utslagsgivende for anbefaling av ett alternativ foran de andre, jf. kapittel 5 i delrapport 3.

Etter vår vurdering er ikke forskjellene mellom sykehusenes virkninger på den samlede by- og tettstedsutviklingen for de fleste indikatorer beslutningsrelevante.

2.4 Delrapport 4: Miljø og klimakonsekvenser inngår ikke som en del av beslutningsgrunnlaget

Delrapport 4 vurderer konsekvenser av sykehusstrukturen for naturmangfold, kulturarv, landskap, klimagasser og energiforbruk og naturressurser.

Kun foreløpige vurderinger gjøres i og med at sykehusenes eksakte lokalisering (tomtevalg) ikke er kjent. Det framstår som ingen eller lite beslutningsrelevante forskjeller mellom alternativene når det gjelder naturmangfold, kulturarv eller landskap. Det avgjørende for rangering av alternativene blir dermed beregninger av klimagassutslipp og energiforbruk.

Som COWI/Vista selv sier på s. 60 «*Mellom de tre rangeringene er det små forskjeller i det årlige transportutslippet, sammenlignet med det totale årlige transportarbeidet i regionen. Det årlige regionale transportutslippet ligger på mellom 14 000 og 111 000 tonn CO₂-ekv (avhengig av bilpark-/utslippsscenario). Sammenlignet med 0-alternativet vil en økning på 8–230 tonn CO₂-ekv årlig, utgjøre*

en minimal forskjell for det totale utslippet fra transportarbeid i regionen. Dette sett både fra et regionalt og nasjonalt perspektiv. Fra et miljøperspektiv derimot, vil økningen i klimagassutslipp ikke være ubetydelig. En flytur for én person t/r Oslo-London vil medføre et utslipp på omtrent 0,251 tonn CO₂-ekv, noe som vil si at en økning mellom 8 og 230 tonn CO₂-ekv årlig vil tilsvare mellom 32 og 908 flyturer t/r Oslo-London ila et år.

Når det kommer til klimagassutslipp energiforbruk, **anbefales det at dette ikke blir en del av beslutningsgrunnlaget for valg av ny sykehusstruktur i denne fasen, men at valg av energiløsning og rehabilitering/nybygg tas i en senere fase når mer detaljer foreligger.**»

Videre peker COWI/Vista på at «(d)et beste alternativet med tanke på klimagassutslipp er nåværende sykehusstruktur videreført til 2040».

2.5 Delrapport 5: Persontransportberegningene tar ikke hensyn til framtidig tilpasning til sykehuslokalisering

I delrapport 5 om persontransport er det gjennomført etterspørselsberegninger om arbeids-, fritids- og tjenestereiser som følge av ny sykehusstruktur. Analysen sammenligner det samlede transportarbeidet til og fra sykehusene i de seks alternativene med en videreføring av dagens sykehusstruktur.

Beregningene er gjennomført med en regional transportmodell for Innlandet.

2.5.1 Hva er avgjørende for anbefalingen?

Sammenlignet med nullalternativet, øker det samlede transportarbeidet i alle de seks alternativene for ny sykehusstruktur. Alternativene er rangert med utgangspunkt i hvor stor økning i transportarbeid og generaliserte reisekostnader¹ de medfører, sammenlignet med en videreføring av dagens situasjon.

Samlet sett kommer alternativ 5 og 6 best ut, med den klart minste økningen i både transportarbeid og generaliserte reisekostnader. Arbeidsreisene utgjør størsteparten av transportarbeidet. Alternativ 2–4 er vurdert som like gode, mens alternativ 1 kommer dårligst ut i rangeringen.

I beregningene legges det til grunn at befolkningen bosetter seg som i SSBs befolkningsframskrivinger. Det er ikke lagt til grunn at innbyggere vil flytte etter sykehuset, dersom dette plasseres i henholdsvis Biri eller Moelv.

2.5.2 Er rangeringen basert på beslutningsrelevante forskjeller?

Modellberegningene referert over legger til grunn SSBs befolkningsframskrivinger, for å anslå hvor befolkningen bosetter seg. Disse tilsier at en stadig økende andel av befolkningen vil bosette seg i byene i Innlandet. Forutsetningen er begrunnet med underliggende samfunnstrender om urbanisering, og byenes bostedsattraktivitet, jf. delrapporter om by- og tettstedsutvikling og regional vekst.

Dersom de ansatte velger å bosette seg nærmere sykehuset over tid, vil det beregnede transportarbeidet reduseres. I sammenstillingsrapporten er det imidlertid påpekt at svært mange av de ansatte enten vil ha flyttet eller blitt erstattet av nye som har

¹ Generaliserte reisekostnader inkluderer tidsbruk og direkte utgifter som billetter, bompenger og drivstoff.

valgt bosted etter arbeidssted (Sammenstillingsrapporten, s. 7). Det virker derfor inkonsistent å beregne transportarbeidet med forutsetning om at denne flyttingen ikke skjer. Om andre forutsetninger ville endret totalbildet er uklart, men forskjellene mellom alternativene ville blitt redusert.

2.6 Delrapport 6: Infrastruktur – lite som skiller alternativene

I delrapport 6 analyseres sykehusstrukturen i sammenheng med eksisterende og planlagt infrastruktur for samferdsel. I rapporten analyseres hvordan de ulike alternativene for sykehusstruktur kan utnytte infrastrukturen, og hvilke investeringer som kan bli nødvendige.

Vurderinger i forbindelse med Mjøssykehusets lokalisering er vektlagt mer enn for akuttsykehuset, fordi det skal foregå mest aktivitet der.

2.6.1 E6 og togforbindelse avgjørende for rangeringen av alternativene

Samlet sett er det vurdert at det lite som skiller alternativene fra hverandre. Med alle alternativer utnyttes eksisterende og ny infrastruktur på en god måte. Alle lokasjoner for Mjøssykehuset kan utnytte nærhet til E6. Kun Moelv og Brumunddal har tilgang på togforbindelse, og vurderes derfor som noe bedre enn Biri.

Elverum og Gjøvik ligger henholdsvis øst og vest for E6, men likevel med gode forbindelser til de andre byene. Hyppigere avganger og noe bedre forbindelse i togtrafikken er utslagsgivende for at Hamar og Lillehammer vurderes som noe bedre enn Gjøvik og Elverum som lokasjon for akuttsykehuset.

2.6.2 Uklart om vektingen av ulike transportmidler til sykehusene er beslutningsrelevante

Som Oslo Economics (2020) påpeker er det ikke gjort en analyse av hvilke reisemidler som er avgjø-

rende for sykehusets tilgjengelighet, hverken blant ansatte, pasienter eller pårørende.

Om forskjellene som omtales som små i delrapporten om infrastruktur er tilstrekkelige til å være beslutningsrelevante er derfor uklart.

2.7 Delrapport 7: Folkehelse bestemmes av økning i sykkel og gange

Delrapport 7 skisserer konsekvenser for folkehelse som følger av ny sykehusstruktur. Fagrapporten trekker fram alternativene 5 og 6 som mest positive for folkehelsen.

Tabell 1-1 Oppsummering av konklusjoner for tema Folkehelse

	Vurdering Folkehelse	Rangering
Alt. 1 Bi-Ha	---	6
Alt. 2 Bi-El	--	3
Alt. 3 Mo-Li	--	3
Alt. 4 Mo-Gj	--	3
Alt. 5 Br-Li	+	1
Alt. 6 Br-Gj	+	1

2.7.1 Økt omgang av sykkel og gange er avgjørende for rangering

Vurderingene av effekter på folkehelse bygger på to forhold: avstand til nærmeste sykehus og hvor mange som vil sykle og gå til arbeidsplassen.

Som figur 5-1 i fagrapporten oppsummerer fører alle alternativer til økt bilkjøring sammenlignet med nullalternativet. Bruken av sykkel går også ned i alle alternativer.

For gange er det kun alternativ 5 og 6 som viser en økning som følger av en svak nettoøkning i omfanget av gange som transportmiddel til arbeidsplassen. Begrunnelsen for rangeringen er at gange er bra for folkehelsen.

2.7.2 Indikatorene for folkehelsegevinster viser for små forskjeller til å vær beslutningsrelevante

Som utredningen selv sier, så er «(d)et lite som skiller alternativene 2-4. (...) Alternativene med hovedsykehus på Brumunddal kommer best ut, på grunn av økningen i gange. Det må understrekes at disse forskjellene er svært små».

Like fullt gis alternativ 5 og 6 best rangering, alternativ 1 dårligst rangering og alternativene 2-4 en rangering midt mellom.

Fagrapporten for folkehelse konkluderer med en rangering av alternativer basert på marginale for-

skjeller. Det er etter vårt syn ikke grunn til å tro at disse er beslutningsrelevante forskjeller, og at en tilsvarende vurdering burde blitt gjort her som for klimagassutslippene: at effekter på folkehelse ikke bør være en del av beslutningsgrunnlaget.

Det er også vanskelig for oss å se hvor stor vekt rangeringen av folkehelse påvirker Helse Sør-Østs samlede vurdering av ny sykehusstruktur i og med at vektingen av lokaliseringskriteriene ikke framgår av hverken veileder for nye sykehusbygg eller deres oppsummerende anbefaling. Men slik anbefalingen i fagrapport 7 er, så tillegges det positive effekter til alternativ 5 og 6.

3 Del II: Vurdering av ny sykehusstruktur kan ta utgangspunkt i hvilke alternativ som gir minst negative virkninger for Innlandet

Lokalisering av sykehus har store regionaløkonomiske virkninger. Sykehus er store kunnskapsintensive arbeidsplasser, og påvirker hvor det er attraktivt å bo for alle som kan tenke seg å arbeide på sykehuset. Sykehusenes rolle som kjøper av tjenester og utvikling av kompetanse, gjør det også attraktivt for andre virksomheter å lokalisere seg i nærheten. Det gjelder primært utdanningsinstitusjoner, men kan i noen tilfeller også gjelde leverandører av ulike typer utstyr og tjenester. Ovenstående er nevnt og begrunnet i en rekke analyser, også i Samfunnsanalysen dette notatet tar utgangspunkt i.

Når et sykehus endrer lokalisering, endres grunnlaget for bosettingsbeslutninger hos mange mennesker. Historisk har sykehusetableringer gitt grunnlag for vekst av lokalsamfunn i tilknytning til sykehuset, slik ringvirkningene er for alle større virksomheter som produserer tjenester for et stort omland. Summen av direkte og indirekte ringvirkninger av et sykehus, kan beskrives som agglomerasjonseffekter.

Når sykehus endrer lokalisering oppstår det et brudd i historiske bosettingsmønstre som kan få langvarige virkninger, fordi sykehus normalt er store virksomheter som flytter svært sjelden.

Det er rimelig å legge til grunn at betydningen av sykehus for regional utvikling har økt de siste ti-årene, og vil øke framover. Årsakene er både at kunnskapsinnholdet i tjenestene som blir produsert øker og fordi behovet for sykehustjenester vil vokse som følge av aldringen i befolkningen.

I Helse Sør-Øst sin vurdering av sykehusstrukturen drøftes flere relaterte samfunnsforhold, men det er uklart hvordan de samlede regionaløkonomiske virkningene vektlegges opp mot hverandre. Samfunnsanalysen tydeliggjør imidlertid at sykehusene er en viktig del av bysentrum i alle de fire byene. Et frafall av et stort antall arbeidsplasser, med påfølgende frafall av de ansattes, pasientenes og de på-

rørendes sirkulasjon gjennom byenes sentrum, vil gi store negative konsekvenser for alle byenes utvikling og vekst. Hvor store disse negative konsekvensene er framgår derimot ikke tydelig.

Forutsetningen for å vurdere en ny sykehusstruktur, må nødvendigvis være at relokalisering er nødvendig for å realisere medisinske mål. Vi vurderer ikke slike hensyn. Gitt at medisinske forhold er ivaretatt, tilsier ovenstående at påvirkning av befolknings- og næringsutvikling i en region er den viktigste samfunnsmessige virkningen av en sykehusrelokalisering. Reisetid, rekruttering og tilgjengelighet er ulike forhold som påvirker innbyggernes bosettingsvalg, men det er hvordan disse slår ut i langsiktige bosettingsmønstre som påvirker de samlede regionaløkonomiske effektene.

Nedenfor drøfter vi tre forhold som bør mer tydelig fram i diskusjonen av hvordan ny sykehusstruktur på Innlandet påvirker berørte regionale økonomier:

1. Dersom det er positive agglomerasjonseffekter er det også negative. Det er ikke opplagt at disse skal vurderes likt
2. Uavhengig av punkt 1) kan summen av negative effekter overstige summen av positive, spesielt dersom usikkerhet trekkes inn
3. Et sentralt spørsmål blir: *hvilke alternativer framstår som best dersom negative agglomerasjonseffekter skal minimeres?*

I vurderingen av forholdene over er det nødvendig å se bort fra formelle kommunegrenser, og heller se på hvordan sykehuset påvirker hele bo- og arbeidsmarkedsregionen sykehuset inngår i. Funksjonelle bo- og arbeidsmarkeder per 2020 er beregnet av Transportøkonomisk institutt (TØI) for Kommunal

og moderniseringsdepartementet og vi benytter TØIs inndeling nedenfor.²

3.1 Gode argumenter for at nytte- og kostnads- vurderinger skal verdsettes ulikt

I vurdering av relokalisering av store statlige arbeidsplasser skal det legges vekt på både hvilke regionaløkonomiske gevinster som oppstår og hvor store de samlede negative effektene er. Retningslinjene gjelder ikke for statsforetak som helseforetak. Retningslinjene indikerer like fullt hvilke hensyn som det er samfunnsmessig viktige at blir vurdert ved relokalisering av store offentlige arbeidsplasser.

I Retningslinjer for lokalisering av statlige arbeidsplasser og statleg tenesteproduksjon (2019) heter det innledningsvis:³

«2. Formål

Den statlege lokaliseringspolitikken skal, ved oppfølginga av desse retningslinjene, medverke til

- *ei fordeling av statlege arbeidsplassar som bidreg til å utvikle robuste arbeidsmarknader i alle delar av landet*
- *å redusere dei samla negative verknadene som bortfall av statlege arbeidsplassar har for kommunar og arbeidsmarknadsregionar...»*

I beslutninger som har positive virkninger for noen, men negative virkninger for andre, er detter vår vurdering viktig å diskutere om positive og negative virkninger kan vektlegges likt. Det er i alle fall tre grunner til det:

1. Positive og negative virkninger inntreffer i ulike tidsperioder

Virkninger kommer på ulike tidspunkter. Ved flyttebeslutninger vil typisk de negative virkningene oppstå først, mens de positive kommer senere. Det følger av at de som berøres begynner å tilpasse seg nye lokaliseringer fra det tidspunktet endret lokalisering er endelig besluttet. Normalt vektlegges effekter i nær framtid høyere i samfunnsøkonomiske analyser enn virkninger lengre fram i tid.⁴ Ulik tidsdimensjon tilsier i seg selv at negative virkninger har større vekt enn positive, alt annet likt.

2. Mennesker verdsetter gevinster og tap ulikt

Uavhengig av den relative betydningen av en beslutning, tilsier økonomisk teori at individer verdsetter tap og gevinst ulikt.

Sammenhengen er trolig intuitiv for de fleste. Sorgen over å tape en sum penger er tyngre enn gleden over å vinne samme beløp. I 2002 fikk den israelsk-amerikanske økonomien Daniel Kahneman nobelprisen i økonomi for å ha påpekt bl.a. dette. Sammen med økonomen Amos Tversky påviste de at mennesker reagerer forskjellig mellom potensielle tap og potensielle gevinster (prospektteorien) (Kahneman & Tversky, 1979). Stilt overfor et risikabelt valg som kan gi gevinster, er det viktig for enkeltpersoner å sikre seg faktisk gevinst selv om sikringen gir lavere forventet nytte. Stilt overfor et risikabelt valg som kan gi tap, er det viktigst for enkeltpersoner å unngå tap, selv om sikringen mot tap gir

²Se [Gundersen, F., R. B. Holmen og W. Hansen \(2020\)](#).

³ Se <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/retningslinjer-for-lokalisering-av-statlege-arbeidsplassar-og-statleg-tenesteproduksjon/id2677330/>

⁴ Neddiskontering av framtidige virkninger til en nåverdi tar hensyn til dette ved å legge til grunn en preferanse for verdier i dag framfor verdier i framtiden (renteeffekt)

lavere forventet nytte. Behovet for å sikre seg øker med størrelsen på potensiell gevinst og tap.

Argumentet kan etter vår vurdering overføres til områder som blir berørt av relokaliseringsspørsmål, rett og slett fordi tap av arbeidsplasser oppleves som et tap av framtidsmuligheter for den enkelte innbygger. Regioner som mister arbeidsmuligheter opplever derfor generelt tap som tyngre enn tilsvarende gevinst for innbyggere i områder som får nye arbeidsplasser i nærheten.

3. Tap og gevinst av samme størrelse har ulik relativ betydning for regionene

Den relative betydningen av gevinst og tap er heller ikke nødvendigvis lik. Om personer eller områder som opplever negative virkninger i utgangspunktet har større behov for positive beslutninger enn de som får fordeler av en relokalisering, vil den relative betydningen av de negative virkningene bli tyngre å bære enn de positive gir glede.

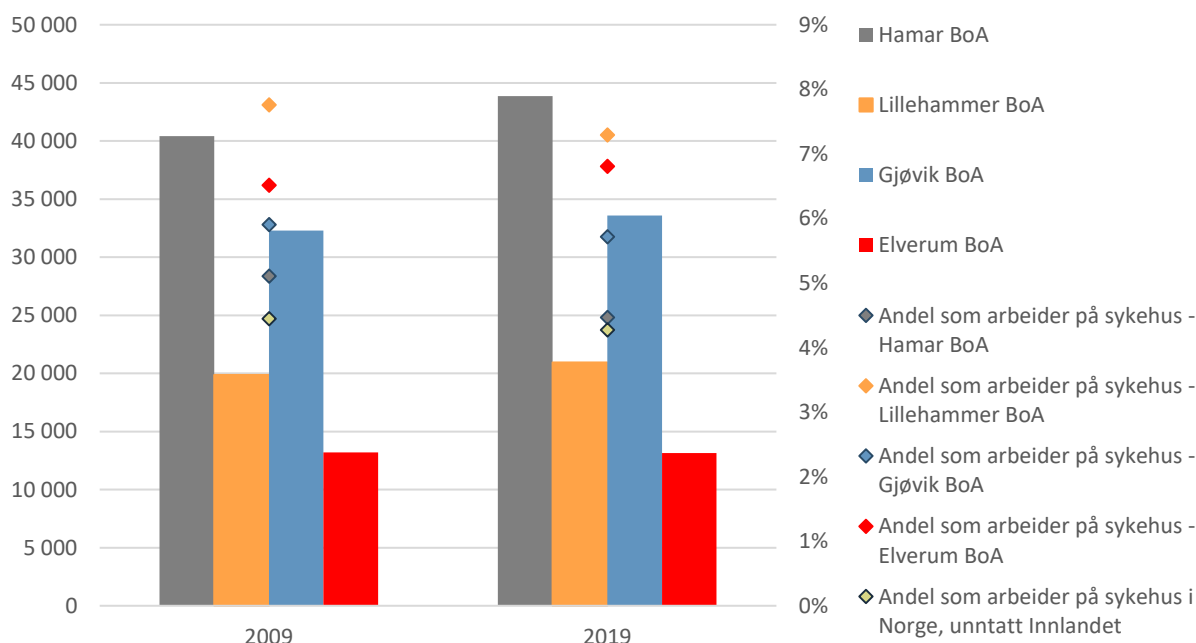
I diskusjonen om ny sykehusstruktur for Innlandet er dette særlig påfallende. Bo- og arbeidsmarkedsregionen Elverum har både et mindre arbeidsmarked, mindre diversifiserte arbeidsmuligheter og lavere befolkningsvekst enn de tre andre arbeidsmarkedsregionene. Sysselsettingen i dagens sykehus betyr derfor mer for denne regionen enn de andre, jf. figur 3.1.

Alle forholdene overfor taler for at de negative virkningene av ny sykehusstruktur ikke er tilstrekkelig drøftet. Vår vurdering er at konklusjonen kan bli helt annerledes om disse aspektene tas mer hensyn til.

3.2 Minimering av negative sysselsettingseffekter tilsier akuttisykehus i Elverum

I samfunnsanalysen gjengis beregnede direkte og indirekte sysselsettingseffekter av ulike lokaliseringsalternativer. På lengre sikt er det rimelig at lokaliseringsalternativene vil bidra til å forskyve befolkningen mot den nye sykehusstrukturen. De regionaløkon-

Figur 3.1 Antall sysselsatte i fire bo- og arbeidsmarkedsregioner (venstre akse). Andel av sykehussysselsatte i samme regioner, samt i Norge for øvrig, unntatt Innlandet (høyre akse).



Kilde: SSB registerbasert sysselsetting. Bearbejdet av SØA

miske konsekvensene blir forsterket ved at en sykehusansatt ofte lever i familier med andre, og dette utgjør den samlede virkningen på bosettingsmønstret av ny sykehusstruktur.

Tallgrunnlaget og sysselsettingsvurderingene i samfunnsanalysen er drøftet foran. Her vil vi peke på at når disse vurderingene skal oppsummeres i samlede regionaløkonomiske virkninger, er det åpenbart at de fleste alternativene slår særlig negativt ut for Elverum-regionen, hvor sykehuset både betyr relativt mye og hvor alternative sysselsettingsmuligheter er mindre enn i de andre bo- og arbeidsmarkedsregionene.

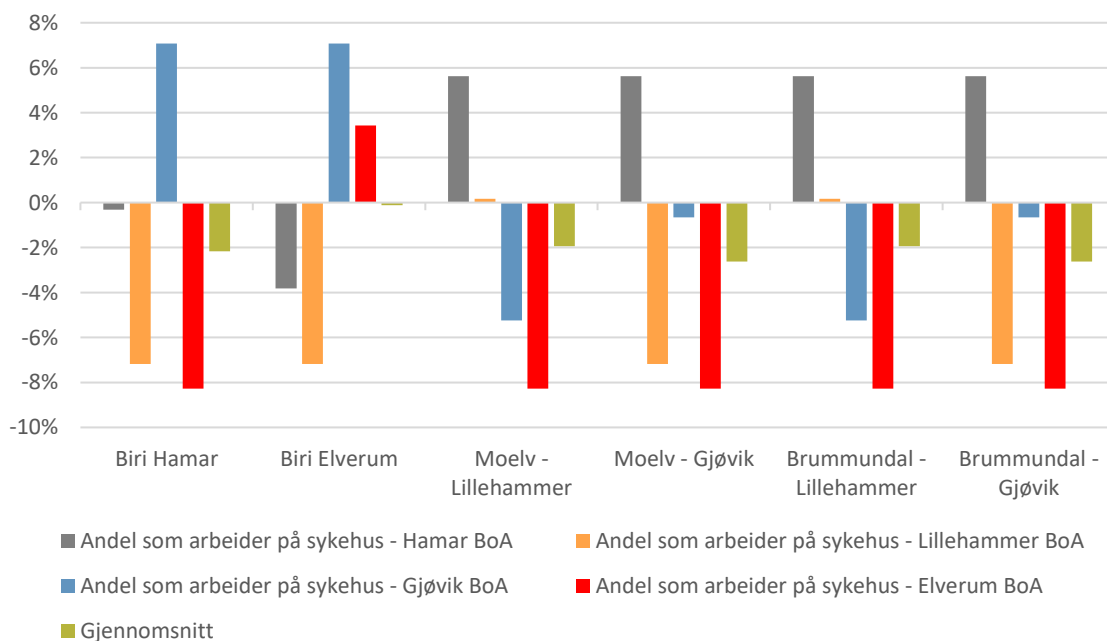
I samfunnsanalysen omtales dette som at Elverum har lavest bostedsattraktivitet. Ordvalget er uheldig. Det er mer nærliggende å si at Elverum har hatt en svakere befolkningsvekst de siste årene enn de andre regionene og at flytting av en stor virksomhet vil ha relativt størst betydning for nettopp Elverum.

Hvordan lokaliseringalternativene vil slå ut for de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionen kan visualiseres ved å se på den relative betydningen av lokaliseringalternativene for de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionene. I Figur 3.2 er dette synliggjort ved å se på de direkte sysselsettingsendringene som andel av samlet sysselsetting i hver arbeidsmarkedsregion.

Det er viktig å understreke at det vil ta tid før innbyggertallet endres i tråd med sysselsettingsendringene, men endringsprosessene vil starte raskt ved at alle som ønsker å arbeide i det framtidige sykehuset vil tenke gjennom hvilket bosted som, samlet sett, passer deres familie best.

Befolkningskonsekvensene kan bli både større og mindre enn de direkte sysselsettingskonsekvensene. De blir større når man tar hensyn til at mange sykehusansatte har familier som betyr at flere enn de sykehussysselsatte vil bosette seg nær sykehu-

Figur 3.2 Relativ påvirkning av ny sykehusstruktur på sysselsetting i berørte arbeidsmarkedsregioner. Sykehussysselsetting som andel av sysselsetting i 2019.



set. Samfunnsanalysen regner med to ekstra innbyggere per sykehusansatt (Delrapport 1, s 51).

Befolkningskonsekvensene kan bli mindre enn sysselsettingskonsekvensene hvis sykehuset lokaliseres på steder som neppe vil få mange nye innbyggere. Det kan ifølge samfunnsanalysen være tilfelle for Biri og Moelv. I disse to tilfellene er det mest sannsynlig at de sykehusansatte vil spre seg mer mellom henholdsvis Gjøvik, Lillehammer og Hamar.

Endringene i figur 3.2 er målt som direkte endringer av antall sysselsatte i sykehusene. Hadde vi tillagt multiplikatorendringer som følge av bosettingsvalg for hele familier og deres konsum, vil det ha forsterket forskjellene. I samfunnsanalysen gjengis ringvirkningsberegninger som tilsier 0,2 sysselsatte i andre næringer, per sysselsatte i sykehuset. De fleste kommer i varehandelen.

I likhet med samfunnsanalysen har vi ikke lagt inn virkninger av et eventuelt medisinsk senter på Elverum. De vil motvirke sysselsettingskonsekvensene for Elverum noe, men ikke endre bildet eller rangeringene av alternativene.

Vi har heller ikke tatt hensyn til den ene koblingen mellom sykehuslokalisering og annen lokalisering som samfunnsanalysen skriver kan være relevant, nemlig utdanning av sykepleiere og annet helsepersonell vil ha fordeler av å være nær et sykehus.

Elverum som har en relativt betydelig utdanning av sykepleiere, vil derfor kunne oppleve at denne utdanningen forvitrer over tid, noe som forverrer konsekvensene av en sykehusflytting.

3.3 Minimering av negative utslag snur vurderingen av lokaliseringalternativene

Som det framgår av ovenstående, er det bare ett lokaliseringalternativ som gir gunstige utfall for Elverum, nemlig alternativet Biri – Elverum.

Dersom en ser på et gjennomsnittet for alle de relative sysselsettingsendringene, er det også kun alternativet Biri–Elverum som har en gjennomsnittlig sysselsettingsendring tilnærmet null.

Vår vurdering er at det skal mye til for at positive regionaløkonomiske effekter av den foreslåtte nye strukturen (Brumunddal–Lillehammer) vil veie opp for de negative virkningene beregnet over. Vi kan ikke se at samfunnsanalysen eller Helse Sør-Øst sin vurdering noe sted redegjør for en slik netto positiv regionaløkonomisk virkning.

Vi vil også understreke at opprustning av dagens sykehusstruktur (0-alternativet i samfunnsanalysene) er det som har de beste regionaløkonomiske virkningene. Det følger av at en videreføring av dagens struktur kun vil oppleves som en fysisk forbedring av alle dagens sykehus, uten regionaløkonomiske negative virkninger.

4 Referanser

Helse Sør-Øst RHF. (2018). *Regional utviklingsplan 2035*.

Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decisions under risk. *Econometrica* 74(2), 263-291.

Meld. St. 11 (2015-2016). (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 5 (2019-2020). (2019). *Levende lokalsamfunn for fremtiden. Distriktsmeldingen*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Meld. St. 7 (2019-2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Oslo Economics. (2020). *Sykehusstruktur Innlandet - vurdering av Helse Sør-Østs anbefaling*.

St.meld. nr. 12 (2008-2009). (2009). *En gledelig begivenhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Sykehuset Innlandet. (2020). *Samfunnsanalyse - sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF*.



SAMFUNNSØKONOMISK ANALYSE