

Memo

TIL: Gjøvik kommune
FRA: Oslo Economics
EMNE: Sykehusstruktur Innlandet – vurdering av Helse Sør-Østs anbefaling
DATO: 17. desember 2020

1. Sammendrag og hovedfunn

Helse Sør-Øst skriver følgende i sin samlede vurdering av sykehusstruktur i Innlandet, i rapporten *Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF*, utgitt 8. desember 2020:

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

Lillehammer har et tilstrekkelig stort opptaksområde, god infrastruktur og en plassering som sørger for kortest mulig reiseavstand for de delene av Innlandet med lengst reisevei til sykehus, særlig hva gjelder befolkningen bosatt i Nord-Gudbrandsdalen. Et akuttssykehus i Lillehammer vil ha høy rekrutteringsevne med et stort potensial for å kunne tiltrekke seg helsearbeidere og gi jobbmuligheter for partner. Sykehuset i Lillehammer har et større totalareal i bygningsmassen enn de tre andre alternativene til akuttssykehus. Med den betydelige usikkerheten som naturlig finnes ved befolkningsframskrivninger, framskrivninger av kapasitetsbehov og beregning av arealbehov langt fram i tid, er det avgjørende å sørge at det er fleksibilitet for videreutvikling av virksomheten på lang sikt.

Prosjektgruppen anbefaler at det elektive sykehuset legges til Gjøvik. Styrkene ved Gjøvik som elektivt sykehus er blant annet knyttet til en større rekrutteringsevne, større befolkningsgrunnlag og en lavere investeringskostnad enn Elverum og Hamar. Den relativt korte avstanden mellom Lillehammer og Gjøvik legger godt til rette for rotasjon mellom ansatte på Mjøssykehuset, akuttssykehuset og det elektive sykehuset. Prosjektgruppen har foreslått at det elektive sykehuset også skal ha tilbud om enklere øyeblikkelig hjelp utover kvelden. Et elektivt sykehus i Gjøvik vil med et slikt tilbud ha fordelene med et stort opptaksområde for å få dette faglig godt og med en god utnyttelse av ressurser. Samtidig vil et tilbud om et begrenset øyeblikkelig hjelp tilbud ved sykehuset i Gjøvik også kunne være av betydning for innbyggerne på Hadeland. Dette gjelder ikke øyeblikkelig hjelp av alvorlig karakter, da dette vil gå rett til Mjøssykehuset.

Det trekkes frem at Lillehammer har et tilstrekkelig stort **opptaksområde**. I rapporten står det omtalt at opptaksområdet bare vil være på drøyt 83 000 innbyggere med mindre det gjøres tiltak. Opptaksområdet for et akuttssykehus i Gjøvik vil være på 110 000 innbyggere. Som vist over antyder internasjonal litteratur at det er nødvendig med et opptaksområde på 100 000 for et akuttssykehus. Det synes derfor klart at et opptaksområde på 110 000 pasienter må foretrekkes fremfor et opptaksområde på 83 000.

Det trekkes frem at Lillehammer har god **infrastruktur**. I Fagrapporten som omtaler dette, fremkommer dette at det primært handler om jernbanestasjon. En svært liten andel av de reisende til et sykehus benytter tog. I fagrapporten om persontransport vises det tydelig at Gjøvik har et bedre kollektivtilbud enn Lillehammer samlet sett, når buss inkluderes. Hvis det med infrastruktur menes at E6 er bedre enn riksvei 4, er det for det første vanskelig å se at dette skal være utslagsgivende, og for det andre er det stor sannsynlighet for at riksvei 4 vil bygges ut som en del av kommende nasjonal transportplan.

Det trekkes frem at lokalisering i Lillehammer gir færrest personer med svært lang **reisevei** til sykehus. Dette er i motstrid til hva fremgår av Helse Sør-Østs rapport i kapittel 5.6.4. Her ser vi at akuttssykehus i Lillehammer gir om lag 2 000 færre innbyggere med reisevei under to timer enn et akuttssykehus på

Gjøvik. Men, det beskrives også at når ny E6 er ferdigstilt til Otta, vil reisetiden fra nord i Gudbrandsdalen reduseres med 15-17 minutter. Da får befolkningen i Vågå under to timers reisetid også til Gjøvik, og plutselig er det lokalisering av akuttsykehuset på Gjøvik som gjør at 2 000 færre innbyggere får reisetid under to timer.

Det trekkes frem at lokalisering i Lillehammer vil gi god **rekrutteringsevne**. Men det er vanskelig å forstå at det skal være bedre rekrutteringsmuligheter i Lillehammer enn på Gjøvik, når vi vet at antall sysselsatte i Gjøvik arbeidsmarkedsregion er 33 600, mot 21 000 i Lillehammer arbeidsmarkedsregion.

Det trekkes frem at Lillehammer har den største bygningsmassen. Men Helse Sør-Østs rapport viser i kapittel 5.12 at bygningsmassen på Gjøvik vil la seg kunne benytte som et fremtidig akuttsykehus, for en **investeringskostnad** som er 300 millioner kroner lavere enn ved akuttsykehus i Lillehammer. Og det er vist muligheter for utvidelse av sykehuset på Gjøvik med 20 000 kvadratmeter. Uansett er det vanskelig å forstå at usikkerheten i demografiske fremskrivninger skal være så stor i denne delen av Innlandet fylket, at fleksibilitet for å møte eventuelle feil i disse fremskrivningene skal veie så tungt i beslutningen om ny sykehusstruktur.

Det legges ikke vekt på at akuttsykehus på Gjøvik vil gi kortere **samlet reisevei** enn akuttsykehus i Lillehammer, slik våre analyser viser. Det legges ikke vekt på muligheter for **samarbeid** mellom sykehus og NTNU på Gjøvik, selv om dette er omtalt i Helse Sør-Østs rapport. Det legges ikke vekt på risikoen for **pasientlekkasje** fra Hadeland ved et akuttsykehus i Lillehammer, annet enn at det legges til grunn at et elektivt sykehus i Gjøvik vil være avbøtende. Det legges ikke vekt på at akuttsykehus på Gjøvik vil gi lavere **investeringskostnad**. Etter vårt syn er disse forholdene mer reelle, og viktigere, enn de forholdene Helse Sør-Øst trekker frem i sin anbefaling. Derfor ender Helse Sør-Øst opp med det vi mener er en feil anbefaling.

En lokalisering av akuttsykehuset på Gjøvik vil gi de beste virkningene for Innlandet samlet sett.

2. Om dette notatet

Gjøvik kommune har tidligere engasjert Oslo Economics for å vurdere samfunnsvirkninger av ulike alternativer for sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet HF. Dette arbeidet ble gjennomført våren 2020, og munnet ut i rapporten *Samfunnsanalyse av lokalisering av akuttsykehus i Innlandet* (OE-rapport 2020-29). I desember har Vista og Cowi publisert en samfunnsanalyse av samme problemstilling på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF, og en prosjektgruppe i Helse Sør-Øst har publisert *Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF* som gir en samlet anbefaling av sykehusstruktur i Innlandet.

Gjøvik kommune har bedt Oslo Economics utarbeide et notat der vi redegjør for forskjeller mellom konklusjonene og analysene i vår rapport og rapportene Helse Sør-Øst har fått utarbeidet. Notatet oppsummer først kort funnene i Oslo Economics' samfunnsanalyse, før hovedpunktene i Helse Sør-Østs rapporter diskuteres.

3. Vår analyse av samfunnsvirkninger ved ulike sykehusstrukturer

På oppdrag fra Gjøvik kommune utarbeidet vi våren 2020 en analyse av samfunnsvirkninger av ulike alternativer for sykehusstruktur på Innlandet, *Samfunnsanalyse av lokalisering av akuttsykehus i Innlandet*. Vi vurderte da samtlige av de forhold som ifølge Sykehusbyggs veileder for sykehusplanlegg skal vektlegges ved beslutninger om sykehusstruktur:

- Reisetid og reisemengde
- Tilgjengelighet
- Rekruttering
- Kostnadsanalyser og økonomiske effekter

- Reguleringsmessige forhold
- Vurdering i forhold til statlig arealpolitikk
- Risikovurderinger
- Miljø- og klimakonsekvenser av lokaliseringen
- Samfunnseffekter av vesentlig betydning ut over de som framkommer ovenfor

Våre vurderinger la til grunn et Mjøssykehus i Moelv, og vurderte hva som ville være beste lokaliseringen av et akuttisykehus og et elektivt sykehus i tillegg til Mjøssykehuset. Lokalisering i Lillehammer, Elverum og Gjøvik ble vurdert.

Vår konklusjon var at det var relativt små forskjeller mellom alternativene, men at et akuttisykehus på Gjøvik totalt sett kom best ut, i kombinasjon med et elektivt sykehus i Elverum.

De viktigste argumentene for dette var følgende:

- Om lag like lang samlet reisevei for pasienter og pårørende til Elverum som til Gjøvik, men noe lenger reisevei til Lillehammer
- Like god tilgjengelighet i alle alternativer.
- Best evne til å rekruttere medarbeidere til sykehuset i Gjøvik, grunnet et større arbeidsmarked og dermed også flere jobbmuligheter for sykehusansattes partnere.
- Størst mulighet til gjenbruk av bygg på Gjøvik, og dermed lavest behov for nyinvesteringer. Unik og kostbar infrastruktur knyttet til kreftbehandling bidrar til dette. Sykehus på Gjøvik gir også lavest risiko for at innbyggerne på Hadeland søker til Ringerike sykehus, og dermed lavest risiko for alvorlig inntektsbortfall for helseforetaket.
- Ingen forskjell i reguleringsmessige forhold, alle tre vertskommunene må forventes å strekke seg langt for å legge til rette for et sykehus i byen
- Sentrumsnær plassering av sykehusene i alle de tre byene gjør at statlig arealpolitikk ikke påvirker valget av hva som er beste lokalisering
- Risikoen ved ny sykehusstruktur knytter seg til overgangsperioden mellom vedtak om ny struktur og tidspunktet for etablering av den nye strukturen. I denne perioden vil det være en betydelig utskiftning av de ansatte på sykehuset, og dermed begrenset risiko for at sykehuset ikke får den tilstrekkelige bemanning i samtlige alternativer.
- Liten forskjell mellom alternativene når det gjelder miljø og klima, men Gjøvik samlet noe bedre ut grunnet mindre behov for nybygg og begrenset reiseområde.
- Av andre vesentlige samfunnsvirkninger mener vi det mest relevante er nærheten til NTNUs campus i Gjøvik, som gir en større mulighet til tett og godt samarbeid mellom sykehus og universitet, og dermed til forskning og innovasjon, enn hva som er tilfellet i de to andre byene.
- God evne til rekruttering, og et stort opptaksområde er forhold som tilsier at kvaliteten på behandling på et sykehus på Gjøvik kan bli bedre enn i de to alternativene.

Etter vår oppfatning har det ikke fremkommet nye data i rapportene fra Vista og Cowi eller Helse Sør-Øst som endrer på konklusjonene i vår rapport. Anbefalingen om å etablere et akuttisykehus på Gjøvik står seg derfor fortsatt.

4. Vista og Cowis samfunnsanalyse og Helse Sør-Østs samlede vurdering av fremtidig sykehusstruktur på Innlandet

Vista og Cowi har sammen utarbeidet en fyldig samfunnsanalyse av virkninger av alternativer for sykehusstruktur på Innlandet. Analysen består av syv fagrapporter og en samlerapport med tittelen *Samfunnsanalyse sykehusstruktur Innlandet - sammenstilling*. Analysen ble utgitt 4. desember 2020.

Helse Sør-Øst har, blant annet basert på denne samfunnsanalysen, utarbeidet en rapport der de redegjør for sin anbefaling om fremtidig sykehusstruktur på Innlandet. Rapporten heter *Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF*, og ble utgitt 8. desember 2020.

Det synes som om det er gjort et grundig arbeid med disse rapportene. Temaene som behandles er som forventet, og det er gjort omfattende datainnsamling og analyser. Konklusjonene i disse rapportene skiller seg fra konklusjonene i vår rapport. Mens vi anbefaler et akuttssykehus på Gjøvik, anbefaler Vista/Cowi og Helse Sør-Øst et akuttssykehus i Lillehammer. Etter vårt syn skiller det ikke så mye på dataene som fremkommer i Vista/Cowis og Helse Sør-Østs rapporter på den ene siden og vår rapport på den andre siden. Det som først og fremst er annerledes, er hvordan dataene vektlegges og benyttes inn i den samlede vurderingen. Vi mener det er relevant å redegjøre tydelig for disse forskjellene. Vår gjennomgang av rapportene, og utformingen av dette notatet, er gjort på oppdrag fra Gjøvik kommune.

I det nedenstående viser vi derfor, for hvert av de viktigste temaene, det vi mener er svakheter i rapportene fra Vista/Cowi og Helse Sør-Øst. Vi har gjort dette på en transparent måte, så alle interessenter kan få et best mulig grunnlag for å forstå forskjellene mellom våre analyser og vurderinger og Vista/Cowis og Helse Sør-Østs analyser og vurderinger.

4.1 Reisetid

Fagrapporten for persontransport finner at alternativet med akuttssykehus på Gjøvik og Mjøssykehuset i Brumunddal gir lavest økning i reisevei sammenlignet med dagens situasjon; en økning på 10 248 personkilometer. Alternativet med akuttssykehus på Lillehammer er nest best, med en økning på 10 788 personkilometer. Gjøvikalternativet er altså 5 prosent bedre. Dette resultatet fremkommer til tross for at modellen har lagt til grunn at de ansatte vil bli boende der de bor i dag, og til tross for at de ikke har hensyntatt reiser til det elektive sykehuset. Etter vårt syn blir det misvisende å regne reisetid for de ansatte basert på dagens bosted. Vi skrev følgende i vår rapport: *Det er en relativt vanlig feil i analyser av sykehusstruktur at det gjøres analyser av ansattes reisevei basert på hvor dagens ansatte ved sykehusene bor. Dette blir feil, fordi de alternative sykehusstrukturene ligger frem i tid, og fordi de ansatte i mange tilfeller vil tilpasse sitt bosted til arbeidsstedets lokalisering. En stor andel av dagens ansatte vil være erstattet av nye ansatte allerede ved starttidspunktet for ny sykehusstruktur, som en følge av naturlig avgang. Etter noen år med ny sykehusstruktur vil de aller fleste ansatte være ansatt etter at den nye strukturen ble vedtatt. Selv om ingen av dagens ansatte skulle velge å flytte fra der de bor i dag, vil derfor reisetiden for ansatte totalt etter noen år være helt annerledes enn den er i dag.*

I Vistas og Cowis samlerapport fremkommer det klart at også de ser at det blir feil å legge til grunn en reiseavstand med utgangspunkt i hvor de ansatte bor i dag: *Mjøssykehuset vil påvirke bosettingsmønsteret i Mjøsregionen på lang sikt. De ansatte ved Mjøssykehuset forventes å flytte mot sykehuset, i tråd med utviklingen frem til i dag. Dette må også gjelde for akuttssykehuset, og det blir således inkonsistent når Vista og Cowi regner reisetid slik de gjør.*

I og med at det er noe flere ansatte på sykehuset i Lillehammer enn på Gjøvik, vil effekten av å beregne reisetid for ansatte slik Vista og Cowi har gjort det, være å underdrive reisetiden til et sykehus i Lillehammer, og overdrive reisetiden til et sykehus på Gjøvik. Det blir derfor riktig å si at lokalisering av akuttssykehus på Gjøvik gir en reisetid som er mer enn 5 prosent kortere enn et akuttssykehus i Lillehammer. Antagelig vil økningen være ganske betydelig, siden flertallet av reisene er ansattereiser.

I tillegg til gjennomsnittlig reisetid, kan det være relevant å se på reisetid for dem som har aller lengst vei til sykehuset. Her gjengis det data i Helse Sør-Østs rapport i kapittel 5.6.4. Helse Sør-Øst viser at akuttssykehus i Lillehammer gir om lag 2 000 færre innbyggere med reisevei over to timer enn et akuttssykehus på Gjøvik. Tilsynelatende er derfor et akuttssykehus i Lillehammer å foretrekke hvis man legger stor vekt på reisevei for dem med lengst avstand til sykehus. Men, det beskrives også at når ny E6 er ferdigstilt til Otta, vil reisetiden fra nord i Gudbrandsdalen reduseres med 15-17 minutter. Da får befolkningen i Vågå under to timers reisetid også til Gjøvik, og plutselig er det lokalisering av akuttssykehuset på Gjøvik som gjør at 2 000 færre innbyggere får reisetid over to timer. Reelt sett, på det tidspunkt der ny sykehusstruktur er på plass, vil altså lokalisering av akuttssykehuset på Gjøvik være å foretrekke.

Konklusjonen i Vistas og Cowis analyse synes likevel å være at alternativene med akuttssykehus i Lillehammer og Gjøvik er like gode. Her burde akuttssykehuset i Gjøvik vært rangert som best alene.

4.2 Rekruttering

Fagrapporten for sysselsetting, kompetanse og næringsliv viser befolkningsgrunnlaget innenfor ulike reisetider fra sykehuset i Lillehammer og på Gjøvik. Det fremkommer da at det bor 41 200 personer innenfor 20 minutters reisetid og 76 000 personer innenfor 30 minutters reisetid fra sykehuset i Gjøvik. Dette er betydelig flere enn tilsvarende for sykehuset i Lillehammer; 37 900 innenfor 20 minutter og 52 500 innenfor 30 minutter.

Disse dataene viser at det er et større rekrutteringsgrunnlag for et sykehus på Gjøvik enn i Lillehammer. Dette kommer enda tydeligere frem hvis man viser antall sysselsatte i de ulike arbeidsmarkedsregionene, slik vi har gjort i vår rapport. En arbeidsmarkedsregion er et område definert av Statistisk sentralbyrå, som har som kjennetegn at det utgjør et felles arbeids- og boligmarked. Rekrutteringsgrunnlaget for en virksomhet i Gjøvik kommune vil således ikke bare være kommunens egne innbyggere, men innbyggerne i Gjøvik arbeidsmarkedsregion, som også består av Østre Toten, Vestre Toten, Søndre Land og Nordre Land kommuner. Tilsvarende for Lillehammer kommune, der arbeidsmarkedsregionen også inkluderer Gausdal og Øyer kommuner.

Som det fremkommer av vår rapport, var det i 2019 nesten 33 600 sysselsatte i Gjøvik arbeidsmarkedsregion, mot nesten 21 000 i Lillehammer arbeidsmarkedsregion. En virksomhet lokalisert i Gjøvik har derfor mer enn 50 prosent større rekrutteringsgrunnlag enn en virksomhet lokalisert i Lillehammer. Denne forskjellen vil være den mest presise beskrivelsen av forskjellen i rekrutteringsgrunnlag mellom Gjøvik og Lillehammer.

Samtidig skriver Vista og Cowi følgende i oppsummeringsrapporten: *De som skal rekrutteres til en jobb på Mjøssykehuset kommer som regel sammen med en partner som også skal ut i arbeidslivet. Jobb nummer 2 blir derfor viktig, og den byen som har flest muligheter for ulike yrkesvalg, vil også fremstå som mest attraktiv for de som skal rekrutteres til Mjøssykehuset. Også dette peker i retning Hamarregionen som hovedsakelig rekrutteringsbase. Dette er riktig, men vil også gjelde ved en sammenligning mellom Gjøvik og Lillehammer, siden Gjøvik-regionen har et så mye større arbeidsmarked enn Lillehammer-regionen.*

Likevel velger Vista og Cowi å rangere alternativet med akuttisykehus i Lillehammer likt med et akuttisykehus på Gjøvik, uten at det er tydelig hvilke andre virkninger enn størrelsen på arbeidsmarkedet som er vektlagt. Det faktum at det er helseutdanning på Gjøvik, men ikke i Lillehammer burde også vært tydelig vist i Vista og Cowis rapport.

Etter vårt syn må størrelsen på arbeidsmarkedsregionen være avgjørende for rekrutteringsevnen, og da kommer akuttisykehus i Gjøvik klart best ut.

4.3 Kostnadsanalyser

Kostnader knyttet til investeringer i bygninger er omtalt i Helse Sør-Østs rapport i kapittel 5.14. Her fremgår det at investeringskostnaden ved akuttisykehus på Gjøvik kombinert med elektivt sykehus i Lillehammer er 300 millioner kroner lavere enn investeringskostnaden ved akuttisykehus i Lillehammer og elektivt sykehus på Gjøvik. 300 millioner kroner er en mindre forskjell enn det vi fant i vår rapport, men retningen er den samme; det gir lavest kostnad å etablere akuttisykehuset på Gjøvik. Det synes ikke som om investeringskostnader knyttet til den meget kostbare strålingsbehandlingsinfrastrukturen er inkludert i Helse Sør-Østs rapport, selv om dette er nevnt i omtalen: *De bygningstekniske analysene viser at sykehuset på Gjøvik har den yngste bygningsmassen og har best teknisk tilstandsgrad. Spesielt gjelder dette behandlingsarealene i Serviceblokken fra 2004 (operasjon, intensiv og bildediagnostikk). Dersom akuttisykehuset legges til Gjøvik gir det også mulighet for å utnytte de teknologitunge investeringene i en begrenset periode i ny struktur, herunder stråleenheten og AMK-sentralen.*

Selv om planen i utgangspunktet er å etablere nye strålingsinfrastruktur ved Mjøssykehuset, er det betydelig risiko for at det vil bli nødvendig å redusere ambisjonsnivået for dette sykehuset når endelige kostnadsestimater utarbeides. Da vil videre bruk av strålingsinfrastrukturen på Gjøvik kunne utgjøre et kostnadskutt som virkelig monner. Det er vanskelig å se at en slik opsjon er reell dersom det ikke er akuttisykehus på Gjøvik i den nye strukturen.

Samlet sett er det derfor grunn til å vente betydelig lavere investeringskostnad ved et akuttssykehus på Gjøvik enn i Lillehammer, og for et helseforetak med presset økonomi, som står foran en betydelig investering i nytt Mjøssykehus, burde en slik forskjell tillegges stor vekt i vurderingen. Det er ikke tilfelle i Helse Sør-Østs vurdering.

Et annet forhold som vil kunne påvirke helseforetakets økonomi, er pasientlekkasjer. For innbyggerne på Hadeland vil det i mange tilfeller være kortere å reise til et akuttssykehus i Hønefoss enn et akuttssykehus i Lillehammer. I alternativet med akuttssykehus i Lillehammer er det derfor risiko for en betydelig pasientlekkasje ut av helseforetaket, og dette vil kunne være krevende for foretakets økonomi. Det er ikke tilsvarende risiko for en lekkasje nordover, så utfordringen med pasientlekkasje vil ikke være gjeldende ved et akuttssykehus på Gjøvik. Også dette forholdet er påpekt i Helse Sør-Østs rapport: *Lokaliseringen av Mjøssykehuset, akuttssykehuset og elektivt sykehus har ulik risiko for pasientlekkasje og kan medføre tapte inntekter og/eller økte gjestepasientkostnader. Fra et økonomisk ståsted vil løsninger som gir mindre sannsynlighet for pasientlekkasje og mulige krav om endringer i opptaksområde gi en mindre økonomisk risiko enn alternativer som har større sannsynlighet for endringer i pasientpopulasjonen. [...] Et akuttssykehus i Gjøvik kan begrense risikoen for pasientlekkasje ved at befolkningen på Hadeland ikke får økt reisetiden sin sammenlignet med dagens struktur. Dersom akuttssykehuset ikke legges til Gjøvik vil de drøyt 20 000 innbyggerne i Hadelandstraktene som i dag har kortere vei til Ringerike sykehus enn til Sykehuset i Gjøvik, få økt reisetiden til nærmeste sykehus i Innlandet med om lag 15 minutter avhengig av konkret lokalisering av nytt Mjøssykehus.*

Det synes likevel som om risikoen for pasientlekkasje ikke tillegges vekt i den samlede vurderingen av alternativene i Helse Sør-Østs rapport. Dette burde vært vektlagt, og det vil trekke i retning av akuttssykehus på Gjøvik.

4.4 Miljø og klima

Fagrapporten for miljø og klima legger til grunn transportarbeidet, det vil si samlet reisevei til sykehus i den nye sykehusstrukturen. Som vist over finner Vista og Cowi at det er 5 % kortere samlet reisevei med et akuttssykehus på Gjøvik enn et akuttssykehus i Lillehammer. Vi har vist at denne forskjellen reelt sett er større, siden Vista og Cowi beregner reisevei for ansatte med utgangspunkt i dagens ansatte og deres bosted.

Slik sett burde Gjøvik komme minst 5 % bedre ut enn Lillehammer i en analyse av klimagassutslipp, alt annet likt. I tillegg burde effekt av bruk av kollektivtransport være en del av denne vurderingen. Dette er ikke tilfellet for Vista og Cowis fagrapport: *Transportarbeidet til kollektivt er heller ikke tatt med i analysen for klimagasser da transportarbeidet til kollektivtrafikken er antatt å være tilnærmet lik for alle alternativene for sykehusstruktur.*

Dette er inkonsistent, for Fagrapporten for personreiser viser at alternativet med akuttssykehus på Gjøvik i kombinasjon med Mjøssykehus i Brumunddal (alternativ 6) er det eneste alternativet som gir økt bruk av kollektivtrafikk både med buss og tog, og størst samlet økning i kollektivbruk. Det står spesifikt i denne rapporten at lokaliseringen i alternativ 6 gir det beste kollektivtilbudet. Dette synes altså ikke å være hensyntatt i Fagrapport for miljø og klima. I tillegg kunne det vært tillagt vekt at økt behov for ombygging på Lillehammer sammenlignet med Gjøvik antagelig også vil medføre større klimagassutslipp.

Samlet sett synes det derfor klart at et akuttssykehus på Gjøvik er å foretrekke fremfor et akuttssykehus i Lillehammer, i et miljø- og klimaperspektiv. Likevel rangeres alternativ 5 og 6 likt på dette kriteriet i Vista og Cowis samlerapport.

4.5 Andre vesentlige samfunnskonsekvenser

I vår rapport la vi vekt på mulighetene for et tett samspill mellom NTNU på Gjøvik og et akuttssykehus på Gjøvik. I Lillehammer finnes det ikke et like sterkt kompetanse-, forsknings- og innovasjonsmiljø som på Gjøvik, og mulighetene for synergier mellom sykehus og academia blir derfor dårligere med et akuttssykehus i Lillehammer.

Vista og Cowis Fagrapport for sysselsetting, kompetanse og næringsliv synes ikke å legge vekt på slike muligheter, og heller ikke samlerapporten trekker frem de mulighetene som kan oppstå ved tett samarbeid mellom sykehus og akademisk. I Helse Sør-Østs rapport er muligheten for et slikt samarbeid nevnt eksplisitt: *Gjøvik har en sterk kunnskap- og innovasjonsklynge rundt NTNU. Med et akuttssykehus plassert i Gjøvik vil man ha et godt utgangspunkt for forsknings- og utdanningssamarbeid med NTNU.* Men det synes likevel ikke som om dette er blitt vektlagt i den samlede vurderingen.

Etter vårt syn er dette en av de tydelige forskjellene mellom alternativene. De fleste vil mene at det er ønskelig med et tett samarbeid mellom sykehus og akademisk og næringsliv. Dette legger til rette for forskning, innovasjon og utdanning, og kan bidra til at alle parter forbedrer seg. Med et økende fokus på digitalisering i helsevesenet, bør det kunne være store synergier å hente mellom NTNU på Gjøvik og et akuttssykehus på Gjøvik. Siden nærhet gjerne er viktig for å utløse slike synergier, er det vanskelig å se at disse effektene kan oppstå i samme omfang dersom akuttssykehuset lokaliseres i Lillehammer.

Når ikke mulighetene for tett samarbeid mellom akuttssykehus og akademisk vektlegges i hverken Vista/Cowis rapporter eller i Helse Sør-Østs rapporter, utgjør det en svakhet i beslutningsgrunnlaget.

4.6 Opptaksområde

Helse Sør-Østs rapport skriver godt om dette temaet i kapittel 5.5: *I praksis går innbyggerne i Etnedal, Nord-Aurdal og Nordre Land til sykehuset i Gjøvik i over 90 prosent av tilfellene. Dersom man korrejerer for dette, vil opptaksområdet til sykehuset i Lillehammer reduseres med rundt 5 500 innbyggere og i realiteten bli på om lag 83 500 innbyggere i 2040. [...] Dette kan tilsa at det vil være hensiktsmessig å øke opptaksområdet til sykehuset i Lillehammer noe for å komme opp til et opptaksområde på om lag 90 000 innbyggere slik det er anbefalt ut fra virksomhetsmessige forhold. Det er imidlertid krevende å finne gode løsninger som øker opptaksområdet og samtidig gir naturlige opptaksområder der innbyggerne ikke må kjøre forbi ett sykehus på vei til et annet. [...]*

Med dagens opptaksområder vil Sykehuset i Gjøvik ha et opptaksområde på rundt 110 000 innbyggere i 2040. Det er i utgangspunktet derfor ikke nødvendig å gjøre endringer i opptaksområdet for å få et stort nok befolkningsgrunnlag for akuttssykehuset til å gi god kvalitet og pasientsikkerhet.

Et for lite opptaksområde vil gi risiko for dårligere kvalitet på behandlingen sykehuset gir. Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 (Melding. St. 11 (2015-2016)) skriver følgende om opptaksområde for et akuttssykehus: *Internasjonal litteratur antyder at et sykehus bør ha et sengetall på rundt 200 for kunne tilby den kjernen av tjenester som karakteriserer et akuttssykehus. I Norge har vi 2,1 somatiske senger per 1 000 innbyggere. 200 senger tilsvarer derfor et opptaksområde på rundt 100 000.* Det synes derfor klart at et opptaksområde på 110 000 pasienter må foretrekkes fremfor et opptaksområde på 83 000.

Dersom innbyggere må «tvinges» til å reise til et annet sykehus enn dit de har kortest reisevei, for å sikre et stort nok opptaksområde for et sykehus, vil det gi negative virkninger for reisetid, som ikke er inkludert i analysene Vista og Cowi har gjort.

Forskjellen i opptaksområde mellom et akuttssykehus på Gjøvik og Lillehammer burde etter vårt syn vært tillagt vekt i den samlede vurderingen av hva som er den beste sykehusstrukturen. Det vil trekke i retning av å lokalisere akuttssykehuset på Gjøvik.

4.7 Regional utvikling

I Fagrapport for regional utvikling gjengir Vista og Cowi en stor mengde statistikk om utviklingen i de ulike delene av Innlandet med de forskjellige alternativene til sykehusstruktur.

Det gjøres i liten grad forsøk på å beskrive hvordan dette skal vektlegges ved en vurdering av hva som er den beste sykehusstrukturen samlet sett for innbyggerne i Innlandet fylke. Det som fremkommer tydelig er at noen deler av fylket vil komme godt ut, og andre deler dårlig ut.

I Vista og Cowis samlerapport står det følgende vurdering i kapitlet om regional utvikling: *Alternativ 5 og 6 er de beste alternativene med utgangspunkt i regional utvikling og regional vekst. Lillehammer har*

høyere bostedsattraktivitet enn Gjøvik og har i tillegg tog. Gjøvik har på sin side en sterk kompetanse- og innovasjonsklynge ved NTNU. Det står ingenting om forhold som skulle gjøre at alternativ 5, med akuttsykehus i Lillehammer, skal komme bedre ut enn alternativ 6, med akuttsykehus på Gjøvik. I figuren som viser rangering er likevel alternativ 5 rangert som bedre enn alternativ 6.

Når Vista og Cowi ikke begrunner hvorfor de mener Lillehammer kommer bedre ut enn Gjøvik på dette punktet, kan dette ikke tas hensyn til ved en beslutning. Med de momentene som trekkes frem i teksten, kunne like gjerne Gjøvik vært rangert som best på dette kriteriet.

4.8 By- og tettstedsutvikling

I Fagrapport for by- og tettstedsutvikling er det også gjengitt store mengder statistikk og referert til teorier om bostedsattraktivitet. Gjennomgående er det slik at de ulike sykehusstrukturene gir positive virkninger for noen byer og tettsteder, og negative for andre.

Konklusjonen i Vista og Cowis rapport er at alternativet med akuttsykehus på Lillehammer og Mjøssykehus i Brumunddal kommer best ut: *Alternativ 5 og 6 er de beste alternativene med utgangspunkt i by- og tettstedsutvikling, med alternativ 5 som det beste alternativet fordi det gir effekter på de to byene som i dag har høyest urban kvalitet, størst befolkningsvekst, høyeste bostedsattraktivitet og størst potensial for å vokse. Nærheten til Hamar gjør at Innlandets største by kan ta ut vekst. Hamar og Lillehammer har størst potensial for å trekke til seg unge flinke helsearbeidere og tilby dem gode oppvekstvilkår for barna deres, jobb til begge to og dermed også bidra til å vitalisere byene og bidra til etterspørsel av varer og tjenester som er grunnlaget for byvekst.*

Det er i liten grad dokumentert at Lillehammer vil være mer attraktivt som bosted for helsearbeidere enn Gjøvik. Det er for eksempel ikke vist til Gjøviks fordel med et større arbeidsmarked for partnere. Men selv om man skulle godta dette, og legge til grunn at Lillehammer har større potensial for vekst enn Gjøvik, er det vanskelig å forstå at det skal være avgjørende for en sykehusstruktur som skal komme alle innbyggerne i Innlandet til gode. Det kunne likegodt vært argumentert motsatt; i Lillehammer ligger det så godt til rette for å tiltrekke unge, flinke mennesker, og dermed for fortsatt vekst, at denne byen ikke trenger den drahjelpen et akuttsykehus vil gi. Drahjelpen fra sykehuset, gitt at man aksepterer Vista og Cowis premisser, er viktigere for Gjøvik, som ikke har den samme attraktiviteten, så man kan unngå de negative konsekvensene av befolkningsnedgang i Gjøvik.

Her vil argumentasjonen kunne se ulik ut avhengig av hvilken by man bor. Uansett skal ikke lokalisering av sykehus være et distriktspolitisk tiltak eller et sysselsettingstiltak. Det er virkninger for samfunnet totalt sett som skal vurderes når man skal beslutte den beste sykehusstrukturen. Etter vårt syn er det ikke påvist noen reelle samfunnseffekter på dette området i Vista og Cowis rapport, bare fordelingsvirkninger, der noen byer kommer godt ut og andre kommer dårlig ut. Det kan ikke brukes som et argument for hva som er den beste sykehusstrukturen for Innlandet samlet sett.

4.9 Infrastruktur

Vista og Cowis Fagrapport for infrastruktur rangerer akuttsykehus i Lillehammer foran akuttsykehus på Gjøvik. Begrunnelsen er følgende: *Blant de fire byene som er aktuelle for akuttsykehus har alle jernbanetilgang. Men hyppigst avganger er det på Hamar og i Lillehammer. Og i Gjøvik er det kun jernbaneforbindelse sørover, og den dekker dermed en liten del av Innlandet. For veiinfrastrukturen ligger både Hamar og Lillehammer langs E6en, og har dermed god tilgang. Også Elverum har forbedret veiforbindelse mot Hamar, men det er noe usikkerhet hvordan den fremtidige veiforbindelsen gjennom byen blir. For Gjøvik er det planlagt ny riksveg 4, men det er usikker om fremdrift og omfang. Dette gjør at Hamar og Lillehammer vurderes som noe bedre enn Elverum og Gjøvik.*

Det er påfallende at det legges så stor vekt på jernbane. Det er ikke gjort noen analyse av antall reisende, enten det er ansatte, pasienter eller pårørende, som reiser til sykehus med jernbane. Antagelig er det en svært liten andel, de langt fleste vil reise med egen bil. Og dersom man skal reise med kollektivtrafikk, vil gjerne buss være langt mer relevant enn tog. Som nevnt viser Vista og Cowis Fagrapport for persontransport at kollektivtransporttilbudet er bedre på Gjøvik enn i Lillehammer.

Når det gjelder ny Riksvei 4, har Fylkestinget i Innlandet prioritert utbygging av denne veien fra Mjøsbrua til Oslo øverst i sitt høringsinnspill, i vedtaket fra 16/6 2020. Statens vegvesen har vist at denne utbyggingen kan gi stor samfunnsøkonomisk nytte. Nye Veier har tilsvarende utbygging av Rv 4 som ett av sine topprioriterte prosjekter. Det er således sannsynlig at utbyggingen vil tas inn i ny nasjonal transportplan.

Uansett er det vanskelig å se at kvaliteten på den infrastrukturen som er omtalt i Vista og Cowis Fagrapport skal være avgjørende for valget av hvor akuttssykehuset skal lokaliseres. Men skal man først gjøre en slik sammenligning, bør man inkludere planene for ny Rv4.

4.10 Samlet vurdering

Helse Sør-Øst skriver følgende i sin samlede vurdering:

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

Lillehammer har et tilstrekkelig stort opptaksområde, god infrastruktur og en plassering som sørger for kortest mulig reiseavstand for de delene av Innlandet med lengst reisevei til sykehus, særlig hva gjelder befolkningen bosatt i Nord-Gudbrandsdalen. Et akuttssykehus i Lillehammer vil ha høy rekrutteringsevne med et stort potensial for å kunne tiltrekke seg helsearbeidere og gi jobbmuligheter for partner. Sykehuset i Lillehammer har et større totalareal i bygningsmassen enn de tre andre alternativene til akuttssykehus. Med den betydelige usikkerheten som naturlig finnes ved befolkningsframskrivninger, framskrivninger av kapasitetsbehov og beregning av arealbehov langt fram i tid, er det avgjørende å sørge at det er fleksibilitet for videreutvikling av virksomheten på lang sikt.

Prosjektgruppen anbefaler at det elektive sykehuset legges til Gjøvik. Styrkene ved Gjøvik som elektivt sykehus er blant annet knyttet til en større rekrutteringsevne, større befolkningsgrunnlag og en lavere investeringskostnad enn Elverum og Hamar. Den relativt korte avstanden mellom Lillehammer og Gjøvik legger godt til rette for rotasjon mellom ansatte på Mjøsbyssykehuset, akuttssykehuset og det elektive sykehuset. Prosjektgruppen har foreslått at det elektive sykehuset også skal ha tilbud om enklere øyeblikkelig hjelp utover kvelden. Et elektivt sykehus i Gjøvik vil med et slikt tilbud ha fordelen med et stort opptaksområde for å få dette faglig godt og med en god utnyttelse av ressurser. Samtidig vil et tilbud om et begrenset øyeblikkelig hjelp tilbud ved sykehuset i Gjøvik også kunne være av betydning for innbyggerne på Hadeland. Dette gjelder ikke øyeblikkelig hjelp av alvorlig karakter, da dette vil gå rett til Mjøsbyssykehuset.

Det trekkes frem at Lillehammer har et tilstrekkelig stort opptaksområde. I rapporten står det omtalt at opptaksområdet bare vil være på drøyt 83 000 innbyggere med mindre det gjøres tiltak. Opptaksområdet for et akuttssykehus i Gjøvik vil være på 110 000 innbyggere. Som vist over antyder internasjonal litteratur at det er nødvendig med et opptaksområde på 100 000 for et akuttssykehus. Det synes derfor klart at et opptaksområde på 110 000 pasienter må foretrekkes fremfor et opptaksområde på 83 000.

Det trekkes frem at Lillehammer har god infrastruktur. I Fagrapporten som omtaler dette, fremkommer dette at det primært handler om jernbanestasjon. En svært liten andel av de reisende til et sykehus benytter tog. I fagrapporten om persontransport vises det tydelig at Gjøvik har et bedre kollektivtilbud enn Lillehammer samlet sett, når buss inkluderes. Hvis det med infrastruktur menes at E6 er bedre enn riksvei 4, er det for det første vanskelig å se at dette skal være utslagsgivende, og for det andre er det stor sannsynlighet for at riksvei 4 vil bygges ut som en del av kommende nasjonal transportplan.

Det trekkes frem at lokalisering i Lillehammer gir færrest personer med svært lang reisevei til sykehus. Dette er i motstrid til hva fremgår av Helse Sør-Østs rapport i kapittel 5.6.4. Her ser vi at akuttssykehus i Lillehammer gir om lag 2 000 færre innbyggere med reisevei under to timer enn et akuttssykehus på Gjøvik. Men, det beskrives også at når ny E6 er ferdigstilt til Otta, vil reisetiden fra nord i Gudbrandsdalen reduseres med 15-17 minutter. Da får befolkningen i Vågå under to timers reisetid også til Gjøvik, og plutselig er det lokalisering av akuttssykehuset på Gjøvik som gjør at 2 000 færre innbyggere får reisetid under to timer.

Det trekkes frem at lokalisering i Lillehammer vil gi god rekrutteringsevne. Men det er vanskelig å forstå at det skal være bedre rekrutteringsmuligheter i Lillehammer enn på Gjøvik, når vi vet at antall sysselsatte i Gjøvik arbeidsmarkedsregion er 33 600, mot 21 000 i Lillehammer arbeidsmarkedsregion.

Det trekkes frem at Lillehammer har den største bygningsmassen. Men Helse Sør-Østs rapport viser i kapittel 5.12 at bygningsmassen på Gjøvik vil la seg kunne benytte som et fremtidig akutttsykehus, for en investeringskostnad som er 300 millioner kroner lavere enn ved akutttsykehus i Lillehammer. Og det er vist muligheter for utvidelse av sykehuset på Gjøvik med 20 000 kvadratmeter. Uansett er det vanskelig å forstå at usikkerheten i demografiske fremskrivninger skal være så stor i denne delen av Innlandet fylket, at fleksibilitet for å møte eventuelle feil i disse fremskrivningene skal veie så tungt i beslutningen om ny sykehusstruktur.

Det legges ikke vekt på at akutttsykehus på Gjøvik vil gi kortere samlet reisevei enn akutttsykehus i Lillehammer, slik vi har vist over. Det legges ikke vekt på muligheter for samarbeid mellom sykehus og NTNU på Gjøvik, selv om dette er omtalt i Helse Sør-Østs rapport. Det legges ikke vekt på risikoen for pasientlekkasje fra Hadeland ved et akutttsykehus i Lillehammer, annet enn at det legges til grunn at et elektivt sykehus i Gjøvik vil være avbøtende. Det legges ikke vekt på at akutttsykehus på Gjøvik vil gi lavere investeringskostnad. Etter vårt syn er disse forholdene mer reelle, og viktigere, enn de forholdene Helse Sør-Øst trekker frem i sin anbefaling. Derfor ender Helse Sør-Øst opp med det vi mener er en feil anbefaling.

En lokalisering av akutttsykehuset på Gjøvik vil gi de beste virkningene for Innlandet samlet sett.