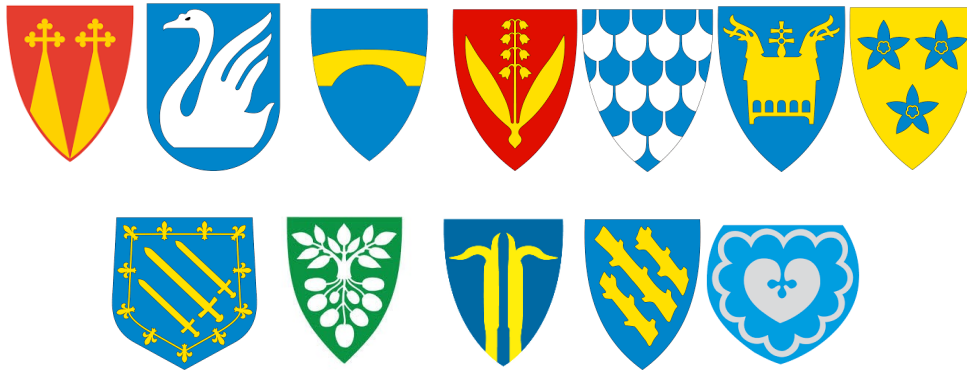




Helse Sør-Øst RHF v/ adm. direktør og styret
Postboks 404
2303 Hamar
postmottak@helse-sorost.no

Ad. Prosjektgruppens innstilling om ny sykehusstruktur

Vi er glade for at Helse Sør-Øst understreker betydningen av å endelig få på plass et sykehus for hele pasienten. Det er på høy tide for Innlandets befolkning.

Samfunnsanalysen og prosjektrapporten som foreligger risikere likevel å endevende dette. Ved ikke å ta hensyn til den politiske realiteten undergraver prosjektgruppa det de selv uttaler som hovedformålet med den nye sykehusstrukturen, nemlig å sikre en sykehusstruktur til det beste for pasienten. Enigheten om et hovedsykehus ved Mjønbrua har tatt år å komme fram til, er skjør og beror på en plassering ved Mjønbrua. Brumunddal-alternativet er derfor politisk uholdbart.

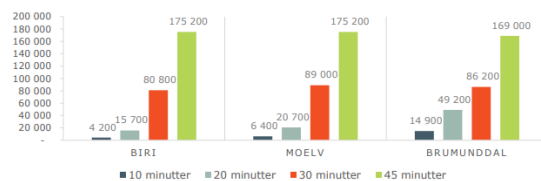
Det hadde vært forståelig at prosjektgruppa la opp til en slik betydelig risiko for fremtidsutsiktene til den nye sykehusstrukturen hvis fordelene hadde vært store og urokkelige ved en Brumunddal-plassering. Det er ikke tilfellet. En nærmere gjennomgang av innholdet i prosjektrapporten og samfunnsanalysen viser at valget av Brumunddal over Moelv er basert på en feilaktig analyse. Det er også grunn til å trekke i tvil hvor realistisk forslaget er økonomisk sett.

Rapporten og samfunnsanalysen har to hovedargumenter for å velge Brumunddal over Moelv. For det første er plasseringen «teoretisk» bedre fra et reisetidsperspektiv, gitt akuttsykehus i Lillehammer. Prosjektgruppa påpeker likevel selv at den reisetidsmessige forskjellen mellom Brumunddal- og Moelv-

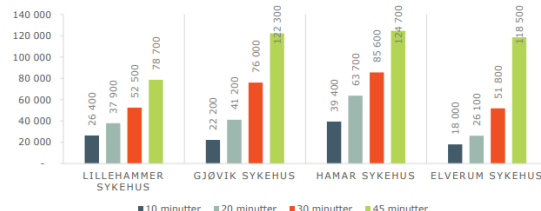
alternativene er minimal (side 58). Det andre argumentet er at Brumunddal er bedre plassert når det kommer til rekruttering og regional utvikling. Det er flere grunner til at denne analysen er feilaktig.

1) Infrastruktur og reisetid

Alle analysene bygger på antagelsen om at ny E6 er bygget ut, og dette drar vurderingen betydelig i favør av Brumunddal siden det med dagens veinett tar om lag 25 minutter fra Gjøvik til Moelv. Likevel tar ikke analysen innover seg at Riksvei 4 i all sannsynlighet vil være utbygget om ti år.



Figur 4-5 Befolningsgrunnlag innenfor en gitt reisetid, 2030. (Kilde: DOM-Innland, COWI)



Figur 4-6 Befolningsgrunnlag innenfor en gitt reisetid til sykehusene i 2030. (Kilde: DOM-Innland, COWI)

Ny Rv4, i vegdirektør Ingrid Dahl Hovlands ord, «vil halvere reisetiden mellom Mjøsbua og Hunndalen», og er «et av Norges aller mest lønnsomme veiprosjekter». Både Nye Veier og Statens Vegvesen knives om å bygge det ut, og vi vet at lønnsomheten i veiprosjekter vil bli vektlagt mer i årene som kommer.

Analysen forutsetter derfor at Gjøvik og andre deler av Vest-Oppland er for langt unna et sykehus i Moelv til å være et relevant rekrutteringssted, som gir et feilaktig grunnlag til resten av analysen og konklusjonen.

Med ny Riksvei 4 er det langt flere mennesker som vil være innenfor 20 minutters radius fra Moelv enn det analysen forutsetter i Figur 4-6, særlig når vi vet at det er flere som bor innenfor 30 minutter fra Moelv enn fra Brumunddal. Med en ny Riksvei 4 vil også det mulige rekrutteringsområdet inkludere større deler av Vest-Oppland. Uansett er en av bærebjelkene til den politiske enigheten om et hovedsykehus ved Mjøsbua at alle Mjøsbyene er rekrutteringsområder for sykehuset – ikke bare Hamar som det nå legges opp til.

2.1) Demografisk utvikling

Med utgangspunkt i vekstprognosen for de forskjellige Mjøsbyene, konkluderer samfunnsanalysen med at fremtidsutsiktene «er minst dårlig for Hamar», og at det er «grunn til å forvente at Hamar vil ha best mulighet til å kunne ta ut det vekstpotensialet som et nytt Mjøssykehus kan generere» (side 10). Rapporten tar dette til å tale i favør av en lokalisering av Mjøssykehuset nærmere Hamar, mao. Brumunddal.

Denne konklusjonen er i stor grad nådd basert på SSBs framskrivninger for fremtidig befolkning i arbeidsfør alder, som er indeksert og gjengitt i Figur 1-1. Vekstprognosen samt COWI og Vista Analyses bruk av tallene er imidlertid problematisk siden usikkerheten knyttet til slike framskrivninger er svært stor. Den grafiske fremstillingen i samfunnsanalysen får også forskjellene mellom byene til å fremstå større enn de faktisk er (side 6).

Hvis man ser på de faktiske tallene viser det seg at forskjellen mellom Mjøsbyene er minimal og godt innenfor enhver rimelig feilmargen når man prøver å se tretti år fram i tid. I tillegg har SSB, til en viss grad, historisk undervurdert befolkningsveksten i Gjøvik. Det er derfor ingen *a priori* grunn til å favorisere én av byene over den andre, i motsetning til hva samfunnsanalysen legger opp til fra start.

Befolkning mellom 20-66 år, per år.	Hamar	Lillehammer	Gjøvik
Befolkning i arbeidsfør alder, 2020	18576	17097	18556
Hovedalternativet, arbeidsfør alder (MMMM), 2040	19425	17456	18382
Hovedalternativet, arbeidsfør alder (MMMM), 2050	19487	17475	18234

Tabell 1. Kilde: SSB, tabell 12882

Svakheten ved analysen blir særlig foruroligende når det kommer fram at NTNU Gjøviks ekspansjonsplaner ikke drøftes. NTNU Gjøvik blir i det store og det hele sett på som en statisk aktør i analysene, og likestilles med mindre forsknings- og utdanningsmiljøer andre steder i Innlandet.

Dette gjenspeiler ikke realitetene. NTNU Gjøvik er allerede i sterk vekst, og universitetet har utarbeidet grundige prediksjoner for å estimere fremtidige arealbehov.

Disse prediksjonene baseres på pågående aktivitet, vekst i nye studietilbud og eksterne forskningsprosjekter, og med utgangspunkt i disse forventer NTNU en økning i studentmassen på 25% innen 2028.

I tillegg kommer en økning i antall ansatte på 50%. Det betyr at NTNU Gjøvik kommer til å ha ca. 5100 studenter og 600 ansatte når Mjøssykehuset skal stå klart. Vi stiller oss derfor utenforstående til at vekstprognosene skal tale i favør for Hamar, og mener saken stiller seg annerledes om NTNUs utviklingsplaner tas med i beregningen.

2.2) Kompetanse og bostedsattraktivitet

I tillegg er satsningene til NTNU Gjøvik, helse og teknologi, områder som vil være spesielt relevante for et sykehusmiljø, selv om de på sikt har som mål at alle fakultetene skal være representert i Gjøvik. NTNU Gjøviks faglige profil gjør også at rekrutteringsgrunnlaget for sykehuset blir særlig relevant for Mjøssykehuset. NTNU har i tillegg varslet at de ønsker oppstart av en desentralisert medisinstudium i Gjøvik. Det vil være til stort gagn både for den medisinskfaglige tyngden ved Mjøssykehuset, i tillegg til at sykehus som er knyttet til universitetsmiljø er mer attraktive for helsearbeidere.

Cowi og Vistas fagrapport for sysselsetting, kompetanse og næringsliv synes ikke å legge vekt på slike muligheter for samspill, og heller ikke samlerapporten drøfter mulighetene for samarbeid mellom sykehus og academia. Cowi, ved Øystein Berge, uttalte 15. desember i et møte med Sykehuset Innlandet at det visstnok «har vært for lite samarbeid mellom næringslivet, arbeidsplassene og utdanningsinstitusjonene i Gjøvik» og at dette hadde spilt inn i deres vurdering av sakskomplekset.¹

Vi stiller oss utenforstående også til denne konklusjonen.

Gjøvikregionen er eneste i Innlandet som klarer å tiltrekke seg betydelige nasjonale og europeiske forskningsmidler. Det er gjort to SFI-tildelinger til Innlandet, og begge har gått til miljøer i disse kommunene. Sykehuset Innlandet inngår i en av tildelingene. I motsetning til SFF-tildelinger, er det en *forutsetning* for SFI-tildelinger at det er tett samarbeid mellom academia og næringsliv, og hvert prosjekt har vært nøye utredet av Forskningsrådet. Disse sattersatsningene går over åtte år og genererer en

¹ Oppland Arbeiderblad, «-Det dere gjør nå skaper tull og rabalder overalt», 15. desember 2020. <https://www.oa.no/det-dere-gjor-na-skaper-tull-og-rabalder-overalt/s/5-35-1245532>

totalomsetning i størrelsesorden 500 millioner til 1 mrd. Hvis det er én region i Innlandet som har vist evne til samarbeid mellom akademia og næringsliv, er det området rundt Raufoss og Gjøvik.

Samfunnsanalysen har forsøkt å utrede hvilken plassering som gir det beste tilbudet til pasienten, men også hva som er mest gunstig for Innlandets fremtidige utvikling som sådan. Mjøspsykehusets bidrag til nærmiljøet er derfor et sentralt beslutningskriterium – så vel som nærmiljøets bidrag til sykehuset. Etter vårt syn utelater samfunnsanalysen et sentralt hensyn her.

Kompetanse- og teknologimiljøene i Gjøvik/Raufoss-regionen vil være skadelidende ved at tyngdepunktet i den foreslåtte sykehusstrukturen flyttes såpass langt bort fra Vest-Oppland, siden dette svekker arbeidsmarkedsregionen betydelig. For å rekruttere ansatte til de fremragende teknologi-, forsknings- og industrimiljøene i regionen er man avhengige av et bredt tilbud av kompetansearbeidsplasser også for partner. Ved å legge Mjøspsykehuset til Moelv vil dette være ivarettatt, mens en plassering ved Brumunddal vil undergrave de nasjonale og regionale investeringene og satsningene som er gjort i Raufoss/Gjøvik, for eksempel i UH-sektoren, teknologi og industrimiljø.

I analysen påpeker COWI og Vista Analyse at befolkningsveksten i Mjøsbyene i stor grad er drevet av innflytting fra omkringliggende distriktskommuner, og at strømmen fra disse vil avta etter hvert som potensialet tappes. Dette er ikke tilfellet med Vest-Oppland. Veksten til NTNU Gjøvik, samt attraktiviteten til næringslivet i Gjøvik/Raufoss, viser at det er god grunn til å anta en betydelig befolkningsstrøm til Gjøvik-regionen også fra andre byer og landsdeler. Ja, «Innlandet er et fylke med utfordringer», som samfunnsanalysen åpner med, men alle Mjøsbyene kan ikke dras over én kam. Det er uansett grovt feilaktig å legge til grunn at Hamar er byen som best har mulighet til å ta ut vekstpotensialet som Mjøspsykehuset kan generere, og at det beste rekrutteringsgrunnlaget er å finne der.

Økonomi

Lokalisering av Mjøspsykehuset, akuttsykehuset og elektivt sykehus har ulik risiko for pasientlekkasje og kan medføre tapte inntekter og/eller økte gjestepasientkostander. Fra et økonomisk ståsted vil løsninger som gir mindre sannsynlighet for pasientlekkasje og mulige krav om endringer i opptaksområdet gi en mindre økonomisk risiko enn alternativer som har større sannsynlighet for endringer i pasientpopulasjonen.

Prosjektrapport, side 128.

Det er også grunn til å stille spørsmålstegn ved rapportene og deres konklusjon når det kommer til økonomi. Med den foreslåtte strukturen legger Prosjektgruppa eksplisitt opp til «en økt risiko for pasientlekkasje fra Hadeland» (side 160), ved at lekkasjeproblemet blir betydelig større om innbyggerne på Hadeland må velge mellom Hønefoss og Lillehammer, eller Hønefoss og Brumunddal. Hvis 22.000 pasienter forsvinner ut av helseforetaket vil det være svært dramatisk.

Valdresordførerne er tydelige på at tilslutningen til et hovedsykehus er avhengig av at det plasseres ved Moelv. Risikoen for en betydelig pasientlekkasje er derfor enda mer omfattende enn Hadeland alene.

Som Prosjektgruppa selv påpeker i avsnittet som er gjengitt over legger de altså opp til en løsning med negativ konsekvens for fremtidige inntekter ift. nullalternativet. Det er forunderlig, og foruroligende, siden hovedrasjonale bak et hovedsykehus i Innlandet er å forhindre at pasienter går utenfor helseforetaket for å få nødvendig helsehjelp.

Prosjektrapporten legger samtidig opp til høyere utgifter enn hva som har vært forståelsen hittil. Etableringen av et stort, lokalmedisinsk senter som også inkluderer en samhandlingsarena ved Elverum sykehus har oss bekjent ikke vært drøftet tidligere, og vil medføre betydelige ekstrautgifter.

Det samme gjelder stråleenheten. I deler av prosjektrapporten holdes stråleenheten utenfor Mjøssykehuset og akuttpsykehuset, mens Prosjektgruppa ellers anbefaler å bygge fire nye strålebunkere i Mjøssykehuset. I pressekonferansen kommer det også fram at det har vært et internt, faglig press for at alt av kreftbehandling må være samlokalisert i det nye Mjøssykehuset.

Stråleenheten er svært kostbar infrastruktur. Strålebehandling er også avhengig av solide fagmiljøer innenfor områder som akutt kirurgi og akutt indremedisin, virksomhet som ikke vil finnes i et elektivsykehus. Prosjektgruppa har derfor *de facto* forskuttet at all strålebehandling vil skje i Mjøssykehuset. Det virker lite gjennomtenkt å binde seg til masten på denne måte. Dette vil medføre en betydelig kostnadsøkning sammenlignet med å bruke bunkerne som allerede finnes i dagens sykehusstruktur. Det medfører også en betydelig større projektrisiko, siden det synes svært vanskelig, om ikke umulig, å videreføre stråleenheten på Gjøvik i et elektivsykehust dersom Mjøssykehuset blir mer kostbart enn planlagt, noe som er vanlig i sykehusprosjekter.

I tillegg er det tilsynelatende ikke tatt hensyn til saneringskostandene det vil ha å legge ned bunkerkapasiteten i Gjøvik, som erfaringsvis er svært høy. Selv ved å utelate stråleenheten kommer det fram at investeringskostnadene er høyere i Lillehammer enn de er i Gjøvik, noe som betyr at prosjektgruppa har gått for det dyrere akuttpsykehusalternativet av de to.

Det er forståelig at det er medisinskfaglige grunner til å plassere strålebunkere i Mjøssykehuset. Likevel virker det som om Prosjektgruppa gjennomgående har lagt opp til dyrere løsninger enn hva de trenger, med høyere risiko. Vi ser derfor grunn til å stille spørsmålstegn ved hvor gjennomførbart prosjektforslaget er. Helse Sør-Øst risikerer å vedta en ny sykehusstruktur som fører til *større* pasientlekkasje enn dagens modell, og derfor lavere inntekter, samtidig som de legger ut til høyere utgifter enn planlagt. Det gjør oss svært bekymrede for hvor realistisk den foreslåtte strukturen er.

Oppsummering

Samfunnsanalysen og prosjektrapporten er omfattende og inneholder mange gode diskusjoner underveis. Vi ser likevel at det er noen sentrale utelatelser som gjør at konklusjonen blir skjev, særlig i favør av Brumunddal og Hamar når det kommer til Mjøssykehuset.

I tillegg blåser samfunnsanalysen og vekstprognosen opp relativt små forskjeller mellom Mjøssyene uten at det er belegg for det, og utelater vesentlige utviklingstrekk i Vest-Oppland.

Det gjør at vi ikke kan se at det er grunnlag for å bryte med den politiske enigheten som ligger bak et Mjøssykehus ved Mjøssbrua.

Med hilsen ordførerne

Torvild Sveen, Gjøvik

Randi Eek Thorsen, Gran

Linda M. Robøle, Etnedal

Vidar Eltun, Vang

Anne Hagenborg, S. Land

Ola T. Dokken, N. Land

Haldor Ødegård, V. Slidre

Odd Erik Holden, Ø. Slidre

Harald Tyrdal, Lunner

Marit Hougsrud, Sør-Aurdal

Kjell Arne Fjelltun, Nord-Aurdal

Bror Helgestad, Østre Toten