

HELGELANDSSYKEHUSET 2025

SAMFUNNSANALYSE



Foto: Terje Rakke, Visit Helgeland

MENON-PUBLIKASJON NR. 85/2019

Av Erland Skogli, Kristoffer Midttømme, Lars Stemland Eide, Lars Martin Haugland, Maria Elise Rød, Ole Magnus Stokke, Siri Vikøren og Leo A. Grünfeld.



Forord

På oppdrag fra Sykehusbygg HF har Menon Economics i perioden september til oktober 2019 gjennomført en samfunnsanalyse av konseptene som ligger til grunn for «Helgelandssykehuset 2025».

I arbeidet har vi fått stor hjelp av mange aktører på Helgeland, og i Nord-Norge for øvrig. Mange har stilt opp i intervjuer og hjulpet til med å fremskaffe data på svært kort varsel – det er vi takknemlige for.

Vi vil benytte anledningen til å takke Sykehusbygg, og Helgelandssykehuset, for et spennende – og krevende – oppdrag.

Menon Economics står ansvarlig for alt innhold i rapporten.

Oktober 2019

Erland Skogli, Kristoffer Midttømme
Menon Economics

Innhold

KORT SAMMENDRAG	4
SAMMENDRAG	5
1 INNLEDNING OG BAKGRUNN	15
1.1 Bakgrunn og denne rapportens plassering i prosessen	15
1.2 Metode og prosess	16
1.3 Leseguide	18
1.4 Begrepsavklaring	19
2 BO- OG ARBEIDSMARKEDENE: REISETIDER, PENDLING, BOSETTING OG REKRUTTERING	21
2.1 Innledning og sammendrag	21
2.2 Kort om Helgeland og de tre bo- og arbeidsmarkedsregionene	23
2.3 Reisetider, pendling og bosetting	27
2.4 Rekruttering	41
3 KONSEKVENSER FOR DET LOKALE NÆRINGSLIVET	49
3.1 Innledning og sammendrag	49
3.2 Innspill fra interessenter	51
3.3 Analyse	52
4 VIRKNINGER PÅ KOMMUNENES OPPGAVELØSNING OG RESSURSSITUASJON	64
4.1 Innledning og sammendrag	64
4.2 Samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	67
4.3 Rekrutteringen av fastleger og annet helsepersonell i kommunene	78
4.4 Annet kommunalt tjenestetilbud	96
5 SAMHANDLING MED FORSKNINGS- OG UTDANNINGSAKTØRER	100
5.1 Innledning og sammendrag	100
5.2 Litteratur	100
5.3 Innspill fra interessenter	101
5.4 Analyse og funn	105
6 KONSEKVENSER FOR BOLIGMARKEDET, INFRASTRUKTUR, KLIMA OG MILJØ	106
6.1 Boligmarkedet	106
6.2 Endret reisetid	108
6.3 Infrastruktur, klima og miljø	115
7 KONSEKVENSER FOR SAMFUNNSSIKKERHET OG BEREDSKAP	122
7.1 Innledning og sammendrag	122
7.2 Innspill fra interessenter	122
7.3 Vurdering av konsekvenser for samfunnssikkerhet og beredskap	124
8 USIKKERHETSANALYSE KNYTTET TIL PENDLING, FLYTTING OG DMS	125
8.1 Innledning	125
8.2 Usikkerhetsanalyse knyttet til pendlesannsynlighet	125
8.3 Usikkerhetsanalyse knyttet til flyttesannsynlighet	126
8.4 Usikkerhetsanalyse knyttet til størrelse på DMS	128
9 REFERANSER	129
VEDLEGG – FORUTSETNINGER	132
Antall årsverk ved de ulike lokasjonene	132
Bosted for de ansatte	135

Stillinger og årsverk	136
Andel konsultasjoner som vil bli behandlet ved DMS og akuttpsykehus	137
Behandlingskapasitet mindre akuttpsykehus og enheter i nullalternativet	137
Pårørendebesøk og følge til sykehus	138
Reisemiddelfordeling ansatte og pasienter	138
Klimagassutslipp per passasjerkilometer	138
VEDLEGG – OVERSIKT OVER INTERVJUER OG INTERESSENTKONTAKTER	140
Arbeidsmøtene med kommunene, fylkeskommunen og brukerutvalget	140
Intervjuer med representanter for fylkeskommunen	140
Intervjuer med representanter for kommunene og næringsforeningene	140
Intervjuer med representanter fra helsevesenet (Helgelandssykehuset, brukerutvalget og andre helseforetak)	141
Intervjuer med ansattrepresentanter	142
Intervjuer med andre offentlige instanser	142
VEDLEGG – SPØRREUNDERSØKELSEN MOT DE ANSATTE	143
Resultater fra spørreundersøkelsen	143
Spørreskjemaet	149
VEDLEGG – VEKST I SMÅ OG MELLOMSTORE BYREGIONER	152
Vekstmønstre i Norge	154
Næringsstruktur, utdanning og vekst i byregionene	155
Oppsummering	158
VEDLEGG – ØKONOMETRISK STUDIE AV ENDRINGER I STATLIG SYSSELSETTING	159
Oppsummering av hovedfunn	159
Kort om metode	160
Analyse	161
VEDLEGG – MENONS RINGVIRKNINGSMODELL OG SYSSELSETTINGS- OG VERDISKAPINGEFFEKTENE	168
Menons ringvirkningsmodell, ITEM	168
VEDLEGG – OM FASTLEGEORDNINGEN: ORGANISERING OG FINANSIERING	170
Organisering av ordningen	170
Økonomien i fastlegeordningen	170

Kort sammendrag

I denne samfunnsanalysen vurderer vi de samfunnsmessige virkningene av valget av sykehusstruktur på Helgeland – en én-sykehusløsning eller en to-sykehusløsning – og av lokaliseringen. Samfunnsanalysen omhandler ikke de økonomiske konsekvensene for Helgelandssykehuset, og ikke de helsemessige konsekvensene for innbyggerne på Helgeland.

De ulike konseptene gir alle betydelig behov for nyrekruttering, da en del ansatte vil si opp dersom arbeidsplassen deres flyttes. Blant disse vil en del flytte vekk fra Helgeland og søke arbeid et annet sted. Dette gjelder særlig ved et bortfall av sykehus i Sandnessjøen. Behovet for nyrekruttering blir størst ved etablering av ett stort akuttsykehus, og større jo færre ansatte Helgelandssykehuset allerede har i den valgte byen. Som en følge av naturlig avgang vil de fleste stillinger ved Helgelandssykehuset ti år frem i tid være besatt av personer som ikke jobber der i dag. Effekten på pendling er derfor avtakende over tid. Sammen med behovet for nyrekruttering følger også impulser i økonomien gjennom økt vare- og tjenestekjøp, et behov for økt kommunalt tjenestetilbud og behov for oppføring av nye boliger. Alle disse vil være større ved en én-sykehusløsning enn ved en to-sykehusløsning, og ved lokalisering i Sandnessjøen eller Mosjøen heller enn i Mo i Rana. Verken befolkningsimpulsen av sykehusendringen, eller påfølgende endringer i aktivitetsnivået i næringslivet gjennom de kartlagte impulsene, forventes å gi ytterligere flyttevirkninger eller endringer i befolkningsveksten i regionene.

Pasientene får lavest reisetidsøkning ved en to-sykehusløsning. Ved en én-sykehusløsning vil lokalisering i Mosjøen gi lavest reisetidsøkning for pasientene. De ansatte får imidlertid kortest samlet reisetid ved ett stort akuttsykehus i Mo i Rana, drevet av tettere bosetting og lite pendling mellom byene. Vårt hovedanslag er at dette også gir lavest samlet reisetid. Som en følge av usikkerhet rundt hvor de som vil komme til å pendle mellom byene bor, kan vi imidlertid ikke utelukke at ett stort akuttsykehus i Mosjøen gir lavest samlet reisetid.

På grunn av størrelsen og bredden på fagmiljøet, og redusert vaktbelastning på den enkelte, vil det være lettere å rekruttere tilstrekkelig kompetent personell ved en én-sykehusløsning enn ved en todelt løsning. Som en funksjon av sin størrelse vurderer vi at det vil være noe lettere å rekruttere tilstrekkelig kompetent personell til Mo i Rana enn til de andre byene. På kort sikt vil nærhet til Campus Helgeland også gjøre rekrutteringen lettere i Mo i Rana, mens denne fordelene kan bli redusert eller forsvinne hvis utdanningstilbudet endrer seg.

Vår vurdering tilsier at en én-sykehusløsning vil gi det beste grunnlaget for samhandling med primærhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for øvrig. Ved en to-sykehusløsning vil det fortsatt være funksjonsdeling mellom enhetene, som vil gjøre samhandlingen mer komplisert. Samtidig oppgir mange av interessentene at samhandlingen blir mer krevende ved lengre avstander til sykehuset, blant annet som en følge av økt bruk av følgetjenester og mer lokal behandling av pasienter med dårlig helsetilstand.

Analysene viser at de minste – og de minst sentrale – kommunene har de største utfordringene med å rekruttere og beholde fastleger i dag. Av hensynet til kommunenes rekruttering av fastleger og annet helsepersonell virker det viktigste å være å ha et akuttsykehus så nært egen kommune som mulig, og i så stor grad at en to-sykehusløsning er å foretrekke. Årsaken er at mange fastleger i distriktet opplever høy vaktbelastning på legevakt og at det er krevende å være alene på vakt i akutte situasjoner når veien til sykehuset er lang.

Ny sykehusstruktur vil ikke legge store begrensninger på Helgelandssykehusets mulighet til å samhandle med andre forsknings- og utdanningsaktører på Helgeland. Det viktigste virker å være at forskningsaktiviteten samles ved én lokasjon, og at lokaliseringen gir god kommunikasjon innad på, og ut av, Helgeland. Det å samle forskningsaktiviteten vil være mulig uavhengig av hvilket konsept som velges.

I vurderingen av lokalisering i eller utenfor sentrum («i omegn»), virker alt annet enn muligheten for å legge til rette for pendling fra to byer å tale i favør av lokalisering i sentrum. Som en følge av det omfattende tilbudet ved distriktsmedisinske sentre, gjelder dette også pasientenes reisetid.

Sammendrag

Det har siden 2013 vært jobbet med å utvikle en plan for en sykehusstruktur på Helgeland som skal sikre en best mulig spesialisthelsetjeneste i fremtiden. Noen av spørsmålene som gjenstår før endelig vedtak kan fattes, er hvor mange akuttsykehus Helgelandssykehuset skal inneholde, hvor mange distriktsmedisinske sentre (DMS) som skal supplere akuttenehetene og hvor de ulike enhetene skal lokaliseres. I samfunnsanalysen har vi vurdert de følgende seks konseptene for ny sykehusstruktur:

Tabell 0-1: Sykehuskonsepter for Helgelandssykehuset 2025 som er vurdert i samfunnsanalysen

Konsept	Akuttsykehus	Akuttsykehus med begrenset akuttfunksjon	Distrikts-medisinsk senter (DMS)	Distrikts-medisinsk senter (DMS)	Distrikts-medisinsk senter (DMS)
Nullalternativet	Mo i Rana Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund		

Konsept	Stort akuttsykehus (SA)	Akuttsykehus (A)	Distrikts-medisinsk senter (DMS)	Distrikts-medisinsk senter (DMS)	Distrikts-medisinsk senter (DMS)
2a (1)	Mo i Rana og omegn		Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund
2a (2)	Sandnessjøen og omegn		Brønnøysund	Mosjøen	Mo i Rana
2a (3)	Mosjøen og omegn		Brønnøysund	Sandnessjøen	Mo i Rana
2b-1 (1)	Mo i Rana	Sandnessjøen	Brønnøysund	Mosjøen	
2b-1 (2)	Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund	Mosjøen	

I samfunnsanalysen vurderer vi konseptenes innvirkning på reisetider, pendling og bosetting, effektene for det lokale næringslivet, på kommunenes oppgaveløsning og ressursituasjon, på Helgelandssykehusets samhandling med forsknings- og utdanningsaktører, konsekvensene for boligmarkedet, infrastruktur, klima og miljø, og for samfunnsikkerhet og beredskap. Samfunnsanalysen omhandler *ikke* de økonomiske konsekvensene for Helgelandssykehuset, og *ikke* konsekvensene for helsetjenestetilbudet til innbyggerne på Helgeland.

Antakelser knyttet til de ulike konseptene

Per september 2019 blir det utført 1165 årsverk ved de tre enhetene i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. I konseptene antar vi at DMS i Mosjøen og Sandnessjøen bemannes som det planlagte DMS i Brønnøysund, mens et DMS i Mo i Rana vil bli dobbelt så stort. Ved ett stort akuttsykehus antar vi at det samlede bemanningsbehovet ved de tre enhetene reduseres med 20 prosent, som følge av blant annet redusert dublering. Alle årsverk som ikke går til DMS vil da legges til det store akuttsykehuset. Ved et akuttsykehus og et stort akuttsykehus, antar vi

at det samlede bemanningsbehovet reduseres med ti prosent fra nullalternativet, og at det store akuttsykehuset vil ha dobbelt så mange årsverk som akuttsykehuset. Dette utgjør Helgelandssykehusets totale etterspørsel etter arbeidskraft i de ulike konseptene.

Reisetider, pendling og bosetting

I vurderingen av reisetider, pendling og bosetting benytter vi oss av data om kompetanse og bosted for dagens ansatte ved Helgelandssykehuset, en litteraturstudie for å vurdere pendlingstilbøyeligheter, bosettingsendringer og omstillingseffekter, innspill fra kommunene og en spørreundersøkelse blant de ansatte ved Helgelandssykehuset.

Når vi vurderer tilbudet av arbeidskraft og hvordan disse stillingene besettes, baserer vi oss på den gjennomførte spørreundersøkelsen rettet mot de ansatte. Svarene i den indikerer en mye høyere pendlevillighet mellom Mosjøen og Sandnessjøen enn mellom disse to og Mo i Rana. Dette stemmer godt med reisetiden mellom lokasjonene, med innspillene fra ulike interessenter og med intervjuene med de ansattes tillitsvalgte. Spørreundersøkelsen viser også at det er LIS-legene som i størst grad vil si opp og flytte vekk fra Helgeland hvis arbeidsplassen deres flyttes, mens overlegene er de som i størst grad vil komme til å flytte etter til den nye arbeidsplassen sin.

Spørreundersøkelser er alltid forbundet med en viss fare for at noen ansatte svarer «strategisk». Når vi sammenligner svarene med forskningen på omstillinger og bedriftsnedlegginger, og sammenligner de beregnede pendlingsmønstrene med pendlingen på Helgeland for øvrig, vurderer vi imidlertid at svarene er representative nok til at vi kan bruke dem til å predikere de ansattes adferd i de ulike konseptene. Samtidig drøfter vi i kapittel 8 hvordan analysene ville ha blitt annerledes dersom vi gjorde andre antakelser enn det som følger av svarene på spørreundersøkelsen. Vi utarbeider en modell der de nye stillingene i konseptene først besettes av de som er villige til å pendle, deretter av de som ønsker å flytte etter arbeidsplassen sin, og til slutt besettes øvrige stillinger gjennom nyrekruttering. Analysene viser at behovet for nyrekruttering vil være størst ved opprettelsen av ett stort akuttsykehus, og at behovet for nyrekruttering er størst hvis dette legges i Mosjøen, fordi det jobber færrest her fra før. Det er samtidig ved et stort akuttsykehus i Mosjøen at flest eksisterende ansatte vil pendle fra sitt nåværende bosted til sin nye arbeidsplass. I dette konseptet vil 15 prosent av de ansatte ved Helgelandssykehuset pendle mellom to av de tre byregionene. Behovet for nyrekruttering blir lavest ved en to-sykehusløsning, da disse konseptene innebærer at flest mulig av dagens ansatte kan beholde jobbene sine.

Når vi tar høyde for naturlig avgang vil imidlertid pendlingen avta fremover i tid, dersom vi antar at nyrekruttede vil bosette seg med samme avstand til arbeidsplassen som de som allerede jobber ved Helgelandssykehuset i dag. Om vi tar utgangspunkt i dagens sluttefrekvens («turnover») tilsier våre beregninger at andelen ansatte ved Helgelandssykehuset som pendler mellom to av de tre byregionene om ti år er mer enn halvert, til under syv prosent, og at over halvparten av de som vil være ansatt ved Helgelandssykehuset vil være ansatte som ikke jobber der i dag. Vi har da tatt utgangspunkt i samme sluttefrekvens («turnover») som i dag.

Spørreundersøkelsen og beregningene våre gir også grunnlag for å si noe om fraflyttingen fra de forskjellige byene, og hvor mange som vil bli arbeidssøkende der. På samme måte som samlokalisering i ett stort akuttsykehus innebærer det største behovet for nyrekruttering, vil dette også innebære at flest ansatte ikke vil fortsette arbeidsforholdet sitt ved Helgelandssykehuset. Disse ansatte kan enten bli boende og søke annet arbeid, forlate arbeidsstyrken eller flytte og søke arbeid andre steder i landet. Andelen som blir boende uten arbeid er sterkt korrelert med størrelsen på arbeidsmarkedet de hører til. I Sandnessjøen svarer 48 prosent at de vil bli boende, mens 52 prosent vil flytte vekk. I Mosjøen svarer 65 prosent at de vil bli boende mens 35 prosent vil flytte vekk, og i Mo i Rana svarer 71 prosent at de vil bli boende mens 29 prosent vil flytte vekk. På tross av dette er det i Sandnessjøen, hvor sykehuset utgjør en høyere andel av sysselsettingen enn i de to andre byene, at sykehusnedleggelsen vil gi den største relative økningen i innbyggere uten arbeid. Tabell 0-2 under viser våre beregnede flyttestrømmer for de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionene.

Tabell 0-2: Modellberegnete netto flyttestrømmer for de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionene. Kilde: Menon Economics

	2a (1)		2a (2)		2a (3)		2b-1 (1)		2b-1 (2)	
	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne
Mo i Rana	245	434	-112	-195	-91	-186	96	168	-86	-157
Mosjøen	-58	-103	-34	-72	306	541	-45	-90	-23	-66
Sandnessjøen	-140	-250	210	430	-81	-154	-47	-70	118	218

Rekruttering

For å vurdere rekrutteringsutfordringene i de ulike konseptene har vi benyttet oss av en litteraturstudie, spørreundersøkelsen rettet mot alle dagens ansatte og intervjuene vi har gjennomført.

Etter å ha vurdert alle dataene vi har samlet inn, sier vi oss enig med den eksterne ressursgruppen i at det er svært lite som skiller de tre byene når det gjelder rekrutteringsevne som følge av sentralitet og urbanitet. Det er imidlertid to faktorer som trekker i retning av at rekruttering vil være lettere i Mo i Rana enn i de to andre byene. Det første er at Mo i Rana kan tilby flere partnerarbeidsplasser, med et bredere utvalg. Dette reflekteres også i at flere av de ansatte ved Mo i Rana enn ved de andre enhetene heller vil bli boende og søke ny jobb enn å flytte vekk dersom de ikke forlenger arbeidsforholdet sitt til Helgelandssykehuset. Det andre er nærheten til Campus Helgeland. Det er et nært bånd mellom sykepleierutdanningen ved Campus Helgeland og sykehuset i Mo i Rana, og sykehuset i Sandnessjøen opplevde negative rekrutteringskonsekvenser da sykepleierutdanningen der falt bort. Det er ikke lett å si noe om hvor store disse effektene er, men vi kan ikke se at de vil være av veldig stor betydning, blant annet fordi utdanningstilbudet vil kunne endre seg.

Et alternativ som kan gjøre det mulig å pendle til sykehuset fra flere bo- og arbeidsmarkedsregioner er å lokalisere sykehuset utenfor én av de tre byene. Det vil redusere pendleavstanden for de ansatte som bor lengst unna sykehuset, men samtidig innebære at langt flere ansatte faktisk må pendle til jobben. Vår vurdering, etter å ha lest hørings svar og intervjuet en lang rekke aktører, er at dette samlet sett vil gjøre det vanskeligere å rekruttere ansatte til sykehuset. Muligheten til å bo sentralt og ha kort arbeidsvei tillegges stor vekt av de fleste.

Etter lokal tilhørighet er det bredden og tyngden på fagmiljøet, med tilhørende mulighet for dypere spesialisering, god faglig utvikling og lavere belastning på den enkelte spesialist, som trekkes frem som det viktigste for rekrutteringen. Mange av intervjuobjektene, både ansatte og representanter fra UNN og Nordlandssykehuset, peker derfor på at en todelt løsning vil være det dårligste alternativet. Vår vurdering er derfor også at rekrutteringsmulighetene vil være bedre ved ett stort akuttsykehus enn ved en todelt løsning.

Konsekvenser for det lokale næringslivet

Valget av sykehuslokalisering vil påvirke næringslivet i de ulike regionene på Helgeland, hovedsakelig gjennom to kanaler. For det første kjøper sykehuset et sett med varer og tjenester fra det lokale næringslivet, der avstand til leverandørene ofte vil påvirke valget av leverandør. I tillegg fører valget av sykehuslokalisering til en endring i bosettingsmønsteret i regionen, som analyseres i kapittel 2. En endring i bosettingsmønster vil også påvirke hvor mye varer og tjenester som blir etterspurt fra private husholdninger i de ulike regionene. Vi presenterer en kartlegging av næringsimpulsene som vil oppstå ved en endring av sykehuslokaliseringen på Helgeland, og hvordan disse impulsene forplanter seg ut i økonomien i form av sysselsettings- og verdiskapingsvirkninger. I tillegg drøfter vi andre virkninger som valget av lokalisering av Helgelandssykehuset vil kunne ha for næringslivet i de ulike regionene.

Som nevnt ovenfor kjøper sykehuset et sett med varer og tjenester fra lokale leverandører. Det lokale vare- og tjenestekjøpet vil i ulik grad påvirkes av lokaliseringen av Helgelandssykehuset. For eksempel vil kjøp av fjernvarme, kantinetjenester og renholdstjenester i stor grad påvirkes av lokalisering, mens det er mer uklart hvordan for eksempel transporttjenester ved ulike lokasjoner vil påvirkes av sykehuslokaliseringen. Med bakgrunn i oversikt over Helgelandssykehusets vare- og tjenestekjøp i 2018, samt intervjuer med innkjøpsavdelingen ved Helgelandssykehuset, har vi lagt til grunn et lokalt vare- og tjenestekjøp på i overkant av 50 millioner kroner årlig som vil påvirkes av sykehuslokaliseringen.

Endringer i bosettingsmønsteret i regionen som følge av sykehuslokalisering legger grunnlaget for den andre hovedimpulsen mot næringslivet. Denne impulsen baserer seg på at store deler av husholdningers konsum kjøpes fra det lokale næringslivet. Dersom en ansatt, sammen med resten av husholdningen sin, flytter fra en region som følge av endret sykehusstruktur, vil også det lokale vare- og tjenestekjøpet fra denne husholdningen forsvinne. Tilsvarende vil tilflyttede husholdninger i andre regioner som følge av sykehuslokaliseringen øke konsumimpulsene mot næringslivet i disse regionene. Med bakgrunn i kartleggingen fra kapittel 2 og SSBs oversikt over norske husholdningers konsum av varer og tjenester fra ulike næringer har vi kartlagt hvordan en endret sykehusstruktur vil påvirke konsumimpulsen mot det lokale næringslivet i de ulike alternativene.

Den direkte endringen i aktivitetsnivået i de ulike regionene forplanter seg andre steder i økonomien gjennom såkalte ringvirkningseffekter. Bedriftene som opplever en endring i aktivitetsnivået vil kunne endre nivået på sitt eget vare- og tjenestekjøp fra andre aktører i regionen. Dette legger grunnlaget for det vi betegner som indirekte sysselsettings- og verdiskapingseffekter. De indirekte virkningene estimeres ved hjelp av Menons ringvirkningsmodell ITEM, som benytter seg av kunnskap om størrelse og sammensetningen av næringslivet i ulike regioner og om vare- og tjenestekjøpsstrømmer mellom ulike næringer og ulike regioner.

Totale estimerte effekter for sysselsettingen i de ulike regionene er presentert i tabellen nedenfor.

Tabell 0-3: Totale sysselsettingseffekter for næringslivet i de ulike regionene for de ulike alternativene for sykehuslokalisering.¹ Sysselsettingseffektene er oppgitt i antall ansatte.

Alternativ	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen
2a (1)	59	-16	-34
2a (2)	-30	-9	55
2a (3)	-29	72	-18
2b-1 (1)	23	-13	-9
2b-1 (2)	-20	-9	28

Tabellen viser en åpenbar sammenheng mellom endringen i størrelsen på den lokale sykehusenheten og virkningene for næringslivet i regionen. Den største positive enkeltvirkningen for en region finner man for Mosjøen i alternativ 2a (3), med en estimert sysselsettingseffekt i næringslivet på omtrent 72 ansatte. Dette tilsvarer i overkant av 1,2 prosent av de sysselsatte i næringslivet i regionen i dag.

Den største negative virkningen, både i absolutte og relative verdier, ser man for Sandnessjøen i konsept 2a (1), som opplever en estimert nedgang i sysselsetting i næringslivet på i overkant av 30 ansatte. Dette tilsvarer nærmere 1 prosent av sysselsettingen i næringslivet i regionen i dag. Dersom målet er å minimere verste utfall for den regionen som kommer dårligst ut, er konsept 2b-1 (1) det beste konseptet, der ingen regioner mister aktivitet i arbeidslivet tilsvarende mer enn 13 ansatte.

¹ Merk at summen av næringseffektene på tvers av regioner er ulik. Dette skyldes ulik grad av nyrekruttering i de ulike alternativene.

I analysen er det i utgangspunktet lagt til grunn at sykehusene i de ulike konseptene er lokalisert i bysentrene. Dersom man i stedet lokaliserer sykehusene utenfor bysentrene, inntil 20 minutter nærmere det demografiske midtpunktet i regionen, vil resultatene kunne bli noe annerledes. For konseptene med stort sykehus i Mo i Rana vil trolig en lokalisering av sykehus 20 minutter lenger sør i liten grad påvirke resultatene, da størsteparten av impulsene på grunn av størrelse og nærhet fremdeles vil tilfalle Mo i Rana. Dersom man legger sykehuset 20 minutter nordøst for Sandnessjøen, i stedet for i Sandnessjøen sentrum, er det sannsynlig med noe lavere effekter for Sandnessjøen og noe høyere effekter for Mosjøen, og vice versa dersom sykehuset i Mosjøen legges 20 minutter nordvest for sentrum.

Næringseffektene presentert i dette kapittel er de varige årlige effektene av endret sykehusstruktur knyttet til drift og representerer dermed hvordan situasjonen vil se ut når den har stabilisert seg. I en tilpasningsperiode vil mønsteret sannsynligvis se noe annerledes ut, for eksempel ved at næringslivet vil bruke noe tid på å skalere produksjonen eller ved at midlertidig arbeidsledighet for de som velger å slutte i jobben vil gi redusert konsum i en periode.

Samlet sett ser vi at sysselsettingseffektene i næringslivet gjennom de to kartlagte impulsene er begrenset, og lavere enn den estimerte endringen i arbeidstilbud gjennom partnere som flytter sammen med ansatte ved Helgelandssykehuset. Vi finner derfor ikke grunnlag til å tro at virkningene i næringslivet, gjennom de kartlagte impulsene, gir grunnlag for ytterligere endringer i befolkningsmønsteret i regionen. Vi vurderer også at endringen i befolkningsstørrelse i de ulike regionene, som følge av de ulike alternativene, i seg selv trolig ikke er store nok til å endre befolkningsveksten i regionene (såkalte agglomerasjonseffekter).

I tillegg til de varige effektene av innkjøp knyttet til sykehusdriften vil man også kunne se midlertidige virkninger for næringslivet i forbindelse med byggingen av de foreslåtte sykehusene og nødvendige boliger for ansatte. Ettersom disse effektene er midlertidige av natur er de av mindre interesse for denne utredningen. Erfaringsmessig vet man at store offentlige utbygginger, som disse sykehusutbyggingene vil være, i mindre grad benytter seg av lokalt næringsliv. Her er det vanlig å bruke store nasjonale totalleverandører, som ofte bruker arbeidskraft som kun midlertidig vil være lokalisert i regionen. Eventuell boligutbygging vil sannsynligvis i større grad tilfalle lokalt næringsliv, men ettersom denne impulsen kun er midlertidig er det vanskelig å si noe om hvordan dette vil slå ut i næringslivet i regionene over tid.

Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Det er generelt vanskelig å konkludere hvordan valg av sykehuskonsept vil påvirke kommunenes ressursituasjon gjennom endret samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Det vi har av tilgjengelig informasjon er innspill fra interessenter og øvrig litteratur. Interessentinnspillene diskuterer i stor grad hvordan innholdet i samhandlingen kan endres ved valg av ny sykehusstruktur, og dette ligger utenfor samfunnsanalysens mandat å analysere. Interessentinnspillene, særlig kommunenes innspill, legger også vekt på at lengre avstand til sykehus vil slå ut i økt bruk av bl.a. følgetjenester. Økt bruk av følgetjenester kan føre til at fastlegene og andre legeressurser vil bruke mer tid på å følge pasienter og derav bruke mindre tid på behandling i deres praksiskommuner. Dette kan slå ut i økt rekrutteringsbehov. En slik virkning vil slå hardest ut på budsjettene til de minst sentrale kommunene.

Enkelte interessenter legger også vekt på at økt avstand vil tvinge de minst sentrale kommunene til å bruke mer ressurser per pasient, fordi flere brukere (særlig de med dårlig helsetilstand) kan bli behandlet i kommunen heller enn i spesialisthelsetjenesten ved ny sykehusstruktur. Andelen pasienter med dårlig helsetilstand vil øke i takt med den generelle aldringen i befolkningen. Lang reisevei til sykehus vil være svært belastende for pasienter med dårlig helsetilstand, og nytten av å behandle dem lokalt kan være større enn å sende dem til spesialisthelsetjenesten. Som en konsekvens kan dette føre til at man er avhengig av å rekruttere mer personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Også dette vil slå hardest ut for de minste kommunene på Helgeland. Omfanget av slike virkninger vil avhenge av tilbudet i, og samhandlingen med, de ulike DMSene som er foreslått.

Det er viktig å merke seg at det motsatte også kan være tilfellet: Kommuner med lang avstand til sykehuset kan oftere velge å innlegge pasienter til spesialisthelsetjenesten enn kommuner som ligger nærme sykehuset, for et gitt sykdomsbilde til pasientene. Dette kan blant annet forklares med at usikkerhet om pasientsikkerhet generelt øker jo lenger avstanden er til et sykehus, og derav bidra til en høyere tilbøyelighet blant fastlegene til å innlegge pasienter. Denne problemstillingen er grundig diskutert i (Riksrevisjonen, 2018).

Mange av interessentene som har uttalt seg om samhandling mener at en én-sykehusmodell vil gi det beste grunnlaget for samhandling med primærhelsetjenesten. Argumentene for dette synspunktet følger av at valg av en én-sykehusmodell samler sykehusfunksjonene og -ansvaret i en enhet som kan gjøre det lettere å følge opp, og utvikle, samhandlingsløsninger med kommunene. Det påpekes at helhetlig tenkning om pasientene vanskelig gjøres når funksjoner er delt mellom ulike lokaliteter. Dette argumentet må sees i sammenheng med innspillene til flere av interessentene som påpeker at økt avstand til sykehus kan medføre økte kostnader og høyere belastning på primær- og kommunehelsetjenesten. Valg av en én-sykehusmodell fremfor en to-sykehusmodell kan derfor potensielt gi høyere kostnader for kommunene med tanke på samhandling, alt annet likt. Relativt til en to-sykehusløsning må de negative virkningene av økt avstand til sykehus sees opp mot nyttevirkningene i form av kvalitativt bedre samhandling ved valg av en én-sykehusløsning. Det fremgår ikke tydelig hvilke av de to effektene som vil dominere.

Rekruttering av fastleger og annet helsepersonell i kommunene

Interessenter og helseaktører er samstemte i at en kommunes sentralitet og innbyggertall har virkninger på rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten. Mindre sentrale kommuner har større utfordringer med å rekruttere fastleger enn mer sentrale kommuner. Denne virkelighetsoppfatningen er konsistent med litteraturen og den offentlig tilgjengelige statistikken vi analyserer. Samtidig som innbyggertall og sentralitet til den enkelte kommune er viktig for rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten, blir det i innspillene vektlagt at avstand til sykehus i seg selv er viktig for rekrutteringsevnen, spesielt i primærhelsetjenesten. Dette har også blitt påpekt i evalueringen av fastlegeordningen (EY; Vista Analyse, 2019). På Helgeland sammenfaller alle disse tre, ved at de minst sentrale kommunene også har færrest innbyggere og lengst reisevei til sykehuset. Økt avstand til sykehus kommer i så måte på toppen av de andre negative bidragsytene til kommunens rekrutteringsevne, alt annet likt. Svakere rekrutteringsevne slår ofte ut i økte kommunale utgifter forbundet med fastlønnsavtaler og andre tilskuddsordninger.

Offentlig tilgjengelig statistikk gir indikasjoner på at kommunene på Helgeland har god dekning i omsorgstjenesten samlet sett og fordelt på forskjellige stillingstyper, og vil være godt rustet til eventuelt endret etterspørsel etter omsorgstjenester ved ny sykehusstruktur. Til forskjell fra fastlegeordningen vil ansatte i kommunehelsetjenesten alltid være ansatt i kommunale stillinger. Det betyr at flere omsorgsårsverk ikke nødvendigvis blir dyrere for mindre enn for mer sentrale kommuner.

Lokalisering i omegn, retning det demografiske sentrum av Helgeland, vil i liten grad påvirke rekrutteringsevnen av fastleger og øvrig helsepersonell i kommunene. Både fordi redusert avstand til enkelte kommuner vil slå ut i økt avstand for andre og fordi lokalisering i omegn for kommuner langt unna ikke innebærer tilstrekkelig reduksjon i reisetid til at alle fastleger vil oppleve den nødvendige nærhet til akuttberedskap og kompetansemiljøer.

Opprettelse av DMS kan lette rekrutteringen av fastleger i kommunene, men dette må ikke nødvendigvis være tilfelle. Litteraturen og interessentene peker på at det først og fremst er nærhet til akuttberedskap som vil lette presset på fastleger i små og lite sentrale kommuner.

Hvis vi legger til grunn hypotesen om at økt avstand til sykehus vil forverre rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten, og potensielt øke rekrutteringsbehovet i den enkelte kommune, kan valg av sykehusstruktur som

innebærer en to-sykehusmodell (konsept 2b-1 (1) og 2b-1 (2)) innebære de minste rekrutteringsutfordringene for de minst sentrale kommune på Helgeland.

Konsekvenser for annet kommunalt tjenestetilbud

Endringene i bosetting vil ha betydning for kommunenes ressursituasjon også utover den kommunale helsetjenesten. På bakgrunn av flyttestrømmene vi har predikert, diskuterer vi her de to primære driverne for endringer i det offentlige tjenestetilbudet, nemlig endring i kommunenes inntekter og endring i etterspørsel etter offentlige tjenester.

Endringer i sysselsetting gir endringer i kommunale skatteinntekter. En del av disse endringene justeres for gjennom inntektsutjevningssystemet. Dersom de som flytter har en høyere inntekt enn gjennomsnittet i kommunen, vil denne endringen i skatteinntekter likevel påvirke kommunens økonomi. Rammetilskudd til kommunene utgjør en annen stor del av kommunenes inntekter. Disse avhenger direkte av antall innbyggere i kommunen, og flyttestrømmene vil således påvirke kommuneøkonomien gjennom disse.

Kommunen har også et sett med utgifter knyttet til de som flytter. Utgiftsutjevning vil bidra til at kommunene i realiteten vil bli kompensert for disse utgiftene tilsvarende den gjennomsnittlige kostnaden kommunene har for denne befolkningskategorien i dag. Om de påvirkede kommunene kommer negativt eller positivt ut av dette vil være avhengig av kapasitetsutnyttelsen i kommunen i dag, og eventuelt terskelverdier knyttet til tjenestetilbudet. Samtidig vil gjeldsbyrden knyttet til allerede gjennomførte investeringer ligge fast. Ettersom Vefsn og Alstahaug i utgangspunktet har en trangere kommuneøkonomi enn Rana, vil bortfall av sykehusarbeidsplasser kunne være tyngre å bære for de to førstnevnte kommunene enn den sistnevnte når vi tar høyde for at vi anslår den største relative befolkningsnedgangen ved bortfall av dagens sykehus for disse kommunene.

Samhandling med forskning og utdanning

Regjeringen har definert fire primæransvarsområder for spesialisthelsetjenesten: pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring. I kapittel 5 ser vi på hvordan endringer i sykehusstruktur kan få følger for to av disse, forskning og utdanning, gjennom endringer i helseforetakets mulighet til samhandling med lokale aktører.

Helgelandssykehuset er selv en utdanningsaktør, gjennom blant annet turnustjenesten og etter- og videreutdanning av leger og sykepleiere. Sykehuset samarbeider også med andre utdanningsinstitusjoner; grunnutdanning av helsepersonell skjer ved både videregående skoler, høyskoler og universiteter, mens praksisdelen skjer i helseforetakene. Helgelandssykehuset samarbeider blant annet med Nord universitet om grunnutdanning av sykepleiere, Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) om etter- og videreutdanning av leger og sykepleiere, og videregående skoler om grunnutdanning av annet helsepersonell.

Vi analyserer hvordan de ulike konseptene påvirker samhandlingen gjennom spesielt to kanaler: geografisk nærhet mellom sykehuset og forsknings- og utdanningsaktører, og størrelsen på sykehusenhetene. Vi har gjennomført intervjuer med nøkkelpersoner både ved Helgelandssykehuset og de aktuelle samarbeidsaktørene. Alle kommunene som har blitt intervjuet, har også blitt spurt om de har utdanningsinstitusjoner og/eller forskningsmiljøer som kan påvirkes av en endring i sykehusstrukturen.

På bakgrunn av disse intervjuene har vi kartlagt den samhandlingen som foregår i dag, og gjort en kvalitativ vurdering av hvordan lokaliseringalternativene kan tenkes å påvirke samhandling i fremtiden.

Vi finner at ny sykehusstruktur kan få følger for Helgelandssykehusets evne til å utdanne helsepersonell dersom avstand mellom sykehus og studiested øker så mye at det får konsekvenser for utdanningsinstitusjonenes evne til å rekruttere studenter til de helsefaglige utdanningstilbudene.

Ny sykehusstruktur kan få følger for Helgelandssykehusets evne til å drive med forskning dersom størrelsen på fagmiljøene påvirkes; samling av sykehusets fagmiljø vil kunne bedre samhandlingen med andre forskningsaktører. Samtidig vil det, uavhengig av sykehusstruktur, være mulig å samle forskningsaktiviteten ved én lokasjon. I den grad geografisk lokalisering har noe å si for sykehusets evne til å samhandle med andre forskningsaktører, er det viktigste at lokaliseringen gir god kommunikasjon innad på og ut av Helgeland. Konseptvalg som innebærer lokalisering nær bykjernen vil være å foretrekke.

Boligmarkedet

Konseptene innebærer endringer i bosettingsmønsteret på Helgeland, med tilsvarende endringer i behovet for boliger i de forskjellige kommunene. De ulike konseptene innebærer at noen kommuner vil oppleve netto tilflytting, mens andre opplever fraflytting.

Våre beregninger tilsier at den største absolutte endringen vil være dersom det opprettes ett stort akuttsykehus, og dette legges i Mosjøen. Dette vil føre til en netto tilflytting tilsvarende om lag fem prosent av innbyggertallet i Vefsn kommune. Dersom sykehuset legges til Sandnessjøen, forventes en nettotilflytting tilsvarende seks og en halv prosent av innbyggertallet i Alstahaug kommune. Ved lokalisering i Rana kommune predikerer vi en netto flyttestrøm tilsvarende to og en halv prosent av Rana kommunes innbyggertall i år.

Det omsettes vesentlig flere boliger i Mo i Rana enn i Mosjøen og Sandnessjøen, slik at lokalisering i tilknytning til én av de to sistnevnte byene vil innebære et betydelig sjokk i boligmarkedet der, med en tilflytning som utgjør henholdsvis to og en halv og nesten fire ganger antall omsatte boliger i 2018. En må regne med betydelig behov for utbygging og betydelig vekst i boligprisene i disse to byene dersom sykehuset lokaliseres dit, med det største sjokket i Sandnessjøen.

Den store økningen i boligmengden innebærer at boligene som må føres opp ved lokalisering i tilknytning til Sandnessjøen eller Mosjøen godt kan tilpasses de tilflyttedes behov. Vi deler derfor den oppfatningen flere av interessentene har, om at dagens boligmarked ikke vil representere en stor rekrutteringsutfordring.

Netto flyttestrømmer ut fra hver av bo- og arbeidsmarkedsregionene er beregnet til å være 156, 82 og 200 husholdninger ved konsept som innebærer tap av sykehus for henholdsvis Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen, i det konseptet der flest forventes å forlate byen. Sandnessjøen vil rammes hardest, både fordi færre av de som ikke forlenger arbeidsforholdet sitt ved Helgelandssykehuset forventes å bli boende her enn for de to andre byene, og fordi sjokket utgjør en høyere andel av boligmassen. Vi har ikke forsøkt å beregne effekter på boligprisene av disse sjokkene, men ettersom SSB ikke forventer positiv befolkningsvekst i Alstahaug kommune, tyder beregningene våre på at kommunen vil påføres et permanent boligoverskudd dersom sykehuset i kommunen avvikles.

Endringer i reisetid

Helgeland er en langstrakt region, med spredt bosetning. For store deler av befolkningen vil en omstrukturering og -lokalisering av sykehusenhetene innebære lengre reisevei for å oppsøke nødvendig helsehjelp. Hvorvidt endringer i reisetid påvirker helseforetakets evne til å tilby pasienter nødvendig behandling, både ved akutt sykdom og planlagte behandlinger, er utenfor mandatet for denne samfunnsanalysen. Økte reiseavstander innebærer imidlertid en kostnad for den enkelte pasient i form av tapt tid. Omstrukturering og -lokalisering av Helgelandsykehuset kan også medføre endringer i reisemønstret til pasientene som får konsekvenser for

infrastrukturbehovet. Dessuten vil endret transportbehov få konsekvenser for klima og miljø, i form av endringer i klimagassutslipp.

Med utgangspunkt i gjennomsnittlig antall sykehusbesøk i Nordland fordelt på aldersgrupper, befolkningstall på grunnkrets nivå, befolkningsframskrivinger for kommunene og reisetider fra hver grunnkrets som sokner til Helgelandssykehuset, beregner vi endring i reisetid for pasienter og pårørende for samtlige sykehuskonsept. Beregningene for endring i reisetid for ansatte følger av modellen beskrevet i kapittel 2. På denne måten kan vi sammenlikne hvilket konsept som medfører det laveste transportbehovet, både for ansatte og brukere av sykehuset.

Resultatene fra beregningene viser at pasientene får lavest økning i reisetid dersom det velges en to-sykehusløsning. Ved en ett-sykehusløsning får pasienter og pårørende lavest økning i reisetid dersom dette legges i Mosjøen. De ansatte får imidlertid den laveste reisetiden dersom det opprettes ett stort akuttsykehus, og dette legges i Mo i Rana. Resultatet forklares av at ansatte i dette tilfellet antas å bo mer spredt enn det som er tilfellet ved lokalisering i Mo i Rana, i tillegg til at pendlervilligheten mellom byene er høyere dersom sykehuset lokaliseres sør på Helgeland. Den totale endringen i reisetid for ansatte, pasienter og pårørende blir derfor lavest ved valg av konsept 2a (1). Beregningene er imidlertid følsomme for hvor vi antar at de som pendler mellom byene, faktisk bor. Dersom alle de som pendler til Mosjøen i konsept 2a (3) bor ti minutter nærmere Mosjøen enn vi har lagt til grunn kan vi ikke utelukke at konsept 2a (3), med ett stort akuttsykehus i Mosjøen, er det konseptet som gir kortest samlet reisetid.

Infrastruktur, klima og miljø

Potensielle konsekvenser ved endret sykehusstruktur for klima og miljø kan vurderes ut fra flere forhold. Det at man fortsatt er på konseptstadiet, hvor konkrete tomtealternativ ikke er til vurdering, innebærer at vi kun kan vurdere endringer i klimagassutslipp som følge av endringer i transportbehovet ved de ulike sykehuskonseptene, og tilgangen til mulige energikilder for sykehuset i vertskommunene.

Transport er den største kilden til klimagassutslipp i Norge, og står for 30 prosent av utslippene. Veitrafikk bidrar til den største andelen (Miljødirektoratet, 2019). Endringer i transportbehov for pasienter, ansatte og pårørende, som følge av endret sykehusstruktur, vil dermed kunne få følger for klimagassutslipp. Omfanget vil være avhengig av kapasiteten og behandlingstilbudet i de distriktsmedisinske sentrene og valg av transportmiddel for ansatte, pasienter og pårørende.

Regjeringen har fastsatt nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging som bygger på prinsippet om bærekraftig utvikling. Disse forventningene har blant annet fokus på samordnet areal- og transportplanlegging for reduksjon av transportbehov og prioritering av klimavennlige transportformer.² Dette skal statlige aktører følge opp. Det er derfor en målsetning å begrense de negative konsekvensene for miljø og klima ved ny sykehusstruktur. Sykehuskonseptet som medfører den laveste økningen i klimagassutslipp som følge av transport vil derfor av miljøhensyn, slik vi har avgrenset temaet, være å foretrekke.

Når det gjelder infrastrukturbehovet har vi lagt stor vekt på interessentenes innspill. Disse dreier seg primært om behovet for utbedring av kollektivtilbudet, gang- og sykkelstier som følge av endret reise mønster. I tillegg har behovet for forbedret IKT-infrastruktur blitt reist av flere, men disse innspillene er allerede beskrevet i kapitlet som tar for seg samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I enkelte høringsinnspill blir det trukket fram at nærhet til flyplass bør være av betydning for valg av sykehusstruktur. Dette diskuteres i kapittel 7. Tilgjengelighet og regularitet på helikoptertransport er dessuten et gjennomgående tema i høringsinnspill og samtaler med interessenter, men ligger utenfor mandatet for denne samfunnsanalysen.

² Fastsatt ved Kongelig resolusjon av 24. juni 2011

Vi finner at ulikheten i klimagassutslipp mellom konseptene er relativt liten. Forskjellen utgjør 37 tonn per år mellom to-sykehusmodellene i konsept 2b-1 (2)s favør, mens ved valg av en ettsykehusløsning er klimagassutslippene henholdsvis 127 og 84 tonn lavere dersom sykehuset lokaliseres i Mosjøen sammenliknet med Mo i Rana og Sandnessjøen. Det er to årsaker til at utslippene ikke blir lavest for konseptet som innebærer ett stort sykehus i Mo i Rana, til tross for at den totale endringen i reisetid er lavest i dette konseptet. For det første er beregningene baserte på dagens reisemiddelfordeling. Ettersom vi finner at en relativt høy andel av ansatte benytter seg av aktiv transport på sykehusreiser, mens vi antar at ingen pasienter gjør det, er det endringer i pasientenes reiseavstand som driver klimagassutslippene. For det andre er endringene i klimagassutslipp basert på endringer i reiseavstand i km, ikke reisetid i timer.

Med ambisjonen om å begrense klimaavtrykket ved omstruktureringen, vil det oppstå behov for endringer i infrastruktur for å tilrettelegge for klimavennlig transport av ansatte, pasienter og pårørende. Når det gjelder ansattreiser vil dette hovedsakelig dreie seg om utbedringer av det sentrumsnære kollektivtilbudet, gang- og sykkelstier. Det er lite som tyder på at behovet for utbedringer eller viljen til å gjennomføre disse er mer eller mindre tilstede i enkelte vertskommuner. For å sikre at pasienter og pårørende kan gjennomføre reiser til og fra sykehuset uten behov for overnatting, på en klimavennlig måte, vil det være nødvendig med økt regularitet i kollektivnettverket. Behovet for utbedringer i kollektivtransporten beskrives som økende med avstand. Den totale endringen i reiseavstand for pasienter og pårørende er noe høyere i konseptene hvor flest sykehusbehandlinger gjennomføres i Mo i Rana (konsept 2a (1) og 2b-1 (1)) sammenliknet med Sandnessjøen (konsept 2a (2) og 2b-1 (2)) og Mosjøen (konsept 2a (3)). Dette tyder på at behovet for utbedringer i kollektivtilbudet for å tilrettelegge for klimavennlig transport av pasienter, vil være lavere dersom akuttsykehuset lokaliseres sør på Helgeland. Hvorvidt det vil være lønnsomt å tilby kollektivtransport fra mindre befolkede områder, må utredes nærmere når valg av struktur er foretatt. Det er verdt å merke seg at store kollektivinvesteringer kombinert med spredt befolkning kan føre til en negativ klimagevinst; dersom passasjergrunnlaget er lite, vil mange bussruter med hyppige avganger kunne føre til at en stor andel busser kjører med få eller ingen passasjerer.

Konsekvenser for samfunnsikkerhet og beredskap

Med tanke på samfunnsikkerhet og beredskap vurderer vi at det ikke er forskjeller av avgjørende betydning mellom de ulike konseptene, verken for samfunn eller enkeltaktører. Lokalisering av sykehus i et omegnsalternativ vil ikke endre denne konklusjonen.

Økt avstand til akuttsykehus vil allikevel være en ulempe for industriaktører i Mosjøen og Mo i Rana som er underlagt Storulykkeforskriften, i form av tilpasning av beredskapsplaner og økte kostnader. Også aktører i offshore- og havbruksnæringen vil kunne oppleve økt avstand til et akuttsykehus som negativt for egen beredskap, men trolig ikke i vesentlig større grad enn aktører i innlandet.

Usikkerhetsanalyse knyttet til pendling, flytting og DMS

Dersom den faktiske tilbøyeligheten til pendling eller flytting avviker fra antakelsene som er lagt til grunn i analysen, vil dette påvirke resultatene. Det samme er tilfelle dersom det faktiske omfanget av fremtidige DMSer skiller seg fra hva som her legges til grunn. I kapittel 8 drøfter vi derfor hvordan ulike avvik i pendle- og flyttetilbøyelighet, samt størrelse på DMS, fører til endring i samfunnsvirkingene. Konkret beskriver vi i hvilken retning ulike avvik påvirker arbeidsmarked, boligmarked, kommunalt tjenestetilbud og samlet reisetid. Størrelsen på effekten vil avhenge av størrelsen på avviket, og er ikke behandlet eksplisitt i usikkerhetsanalysen.

1 Innledning og bakgrunn

I dette innledende kapittelet redegjør vi kort for prosessen med å beslutte ny sykehusstruktur på Helgeland, og hvor i prosessen denne samfunnsanalysen passer inn. Vi redegjør også kort for mandatet for samfunnsanalysen, og hva samfunnsanalysen forsøker, og ikke forsøker, å svare på. Vi redegjør også for analysemetodene og arbeidsprosessene våre, og presenterer en leseguide til rapporten.

1.1 Bakgrunn og denne rapportens plassering i prosessen

Det har siden 2013 vært jobbet med å utvikle en plan for en sykehusstruktur på Helgeland som skal sikre en best mulig spesialisthelsetjeneste i fremtiden. Prosessen nærmer seg slutten, og vedtak i styret i Helgelandssykehuset HF og i Helse Nord RHF fattes mot slutten av 2019. Noen av spørsmålene som gjenstår før endelig vedtak kan fattes, er hvor mange akuttsykehus Helgelandssykehuset skal inneholde, og hvor mange distriktsmedisinske sentre (DMS) som skal supplere akuttenhetene. De ulike begrepene er definert i kapittel 1.4.

Et annet spørsmål er hvor de ulike enhetene skal lokaliseres. Det står nå mellom seks ulike konsepter for ny sykehusstruktur. Tabell 1-1 viser de ulike konseptene slik mandatet for samfunnsanalysen spesifiserte dem.

Tabell 1-1: Konsepter for utredning

Konsept	Akuttsykehus	Akuttsykehus med begrenset akutfunksjon	Distriktsmedisinsk senter (DMS)	Distriktsmedisinsk senter (DMS)	Distriktsmedisinsk senter (DMS)
Nullalternativet	Mo i Rana Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund		

Konsept	Stort akuttsykehus (SA)	Akuttsykehus (A)	Distriktsmedisinsk senter (DMS)	Distriktsmedisinsk senter (DMS)	Distriktsmedisinsk senter (DMS)
2a (1)	Mo i Rana og omegn		Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund
2a (2)	Sandnessjøen og omegn		Brønnøysund	Mosjøen	Mo i Rana
2a (3)	Mosjøen og omegn		Brønnøysund	Sandnessjøen	Mo i Rana
2b-1 (1)	Mo i Rana	Sandnessjøen	Brønnøysund	Mosjøen	
2b-1 (2)	Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund	Mosjøen	

Som et bidrag til Helgelandssykehusets beslutningsgrunnlag har styret i helseforetaket vedtatt at det skal gjennomføres en samfunnsanalyse. Menon Economics har etter en anbudskonkurranse fått i oppdrag å

gjennomføre denne analysen. Samfunnsanalysen skal komplementere andre analyser som inngår i beslutningsgrunnlaget. Disse inkluderer blant annet den eksterne ressursgruppas rapport, som ble overlevert i mars 2019, og en alternativskillende økonomisk analyse, som gjennomføres til dels parallelt med samfunnsanalysen.

Det er viktig å tydeliggjøre hva som inngår i samfunnsanalysens mandat. Samfunnsanalysen skal belyse konsekvensene en eventuell nyetablering, økning, reduksjon eller avvikling av pasienttilbud vil få for lokal-samfunnene på Helgeland. Hvilke endringer dette måtte medføre for selve pasienttilbudet faller utenfor samfunnsanalysens mandat. Det samme gjelder de økonomiske implikasjonene for helseforetaket. Samfunnsanalysen belyser virkningene de ulike konseptene kan medføre for bo- og arbeidsmarkedsregionene, gjennom virkninger på lokalt næringsliv, offentlig tjenestetilbud, for forsknings- og utdanningsaktiviteten på Helgeland, for boligmarkedet, for infrastrukturbehovet, for klima og miljø og for samfunnsikkerhet og beredskap. Det er altså de **samfunnsmessige** ringvirkningene av en eventuell endring i pasienttilbud som analyseres.

I kapittel 1.3 under presenterer vi en leseguide til rapporten, der vi klargjør hvilke temaer som inngår i samfunnsanalysen, hvordan rapporten er strukturert, og hvordan de ulike analysene vi har gjennomført henger sammen og avhenger av hverandre.

1.2 Metode og prosess

Her presenterer vi metodene vi har benyttet og prosessen som har ledet frem til denne rapporten. Metoder og datakilder beskrives på et overordnet nivå. Den interesserte leser henvises til de ulike vedleggene, der spørreundersøkelsen, metoder, modeller og intervjuer presenteres i større detalj.

1.2.1 Kvantitative metoder

Vi har samlet inn data fra en lang rekke kilder.

Fra Helgelandssykehuset har vi fått data om de ansattes kompetanse (stillinger), bosted og lengde på ansettelsesforhold, vi har fått data på sykehusets vare- og tjenestekjøp og vi har fått data på pasientkontakter fordelt på de ulike konsultasjonstypene og pasientens hjemkommune.

Fra Pasientreiser HF har vi mottatt antall reiser til sykehuset fra de ulike kommunene på Helgeland, og en transportmiddelfordeling av de ulike refusjonskravene.

Fra SSB har vi samlet inn data om pendlingsmønsteret på Helgeland på grunnkrets-nivå, i perioden 2015 til og med 2018. Vi har også samlet inn befolkningsstatistikk og -prognoser, statistikk over arbeidsledighet og antall sysselsatte, sykehusbesøk per innbygger i Nordland fylke for ulike aldersgrupper, og data om fastlegeårsverk, årsverk i kommunehelsetjenesten, og fastlegenes tilknytningsform i de ulike kommunene.

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse mot alle de ansatte ved Helgelandssykehuset. Formålet med var blant annet å avdekke de ansattes pendle- og flyttepreferanser. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 2 367 ansatte 12. september og avsluttet 19. september. Vi fikk inn 831 svar, noe som innebærer en svarprosent på 35. Spørreundersøkelsen, og svarene, er nærmere beskrevet i Vedlegg – Spørreundersøkelsen mot de ansatte.

I analysen av virkningene for det lokale næringslivet av valget om ny sykehusstruktur har vi benyttet Menons regnskapsdatabase til å beregne de direkte virkningene av ny sykehusstruktur. Regnskapsdatabasen gir en fullstendig oversikt over næringslivet i de ulike regionene i dag. For de indirekte virkningene har vi benyttet Menons ringvirkningsmodell, ITEM. Modellen benytter SSBs kryssløpsmatriser for innenlandsk handel mellom næringer og sektorer til å nøste seg oppover i verdikjeden. Modellen er ytterligere beskrevet i Vedlegg – Menons ringvirkningsmodell og sysselsettings- og verdiskapingseffektene.

1.2.2 Kvalitative metoder

I anledning samfunnsanalysen har vi gjennomført en omfattende litteraturstudie. Arbeidet med Helgelandssykehuset 2025 har pågått i flere år, og det foreligger en rekke skriftlige analyser og innspill/uttalelser knyttet til dette arbeidet. Disse har alle blitt lest og analysert, og de danner et viktig grunnlag som denne samfunnsanalysen bygger på.

Videre har det blitt gjennomført samfunnsanalyser knyttet til flere tidligere sykehusstrukturprosjekter. Disse danner også et bakteppe for vår samfunnsanalyse.

Til sist har vi gjennomført en litteraturstudie knyttet til effektene av slike sysselsettingsimpulser og -sjokk som endret lokalisering av Helgelandssykehuset innebærer.

Den viktigste kilden til kvalitativ informasjon er imidlertid alle aktørene på Helgeland. Vi har derfor gjennomført en lang rekke intervjuer for å avdekke den informasjon, de behov og meninger som de enkelte aktørene har som kan være av relevans for samfunnsanalysen. Tidlig i arbeidet ble alle kommunene på Helgeland kontaktet med forespørsel om intervju.³ Vi la til rette for stedlige intervjuer i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen for dem som ønsket det, og intervjuer over telefon og Skype for dem som foretrakk den løsningen. De fleste kommunene takket ja. Kommuner som ikke svarte, ble kontaktet i flere omganger.

13 av kommunene takket ja til å la seg intervjuene. Disse intervjuene ble gjennomført til dels stedlig, til dels på telefon/Skype. I tillegg til representanter for kommunene på Helgeland har Menon intervjuet en rekke forskjellige ansattrepresentanter og andre nøkkelpersoner ved Helgelandssykehusets enheter, samt representanter fra det lokale næringslivet, Nordland fylkeskommune, Nord universitet, Universitetssykehuset Nord-Norge, Direktorat for samfunnssikkerhet og beredskap og Forsvarets operative hovedkvarter. En komplett liste over intervjuer finnes i Vedlegg – Oversikt over intervjuer og interessentkontakter.

Det ble avklart for alle intervjuobjekter at Menon kom til å skrive referater fra intervjuene, at disse kunne bli brukt til informasjonsgrunnlag for samfunnsanalysen, samt at de ville offentliggjøres av Helgelandssykehuset. Derfor fikk også alle intervjuobjekter anledning til å lese gjennom og godkjenne sitt eget referat før bruk. Referater fra disse intervjuene har vært sentrale i flere av våre analyser. Vi gjengir uttalelser fra intervjuer flere steder i rapporten.

I de fleste kapitlene er det egne delkapitler med interessentinns spill. Her gjengir vi innspill fra både intervjuer, skriftlige vedlegg og hørings svar. Dette er ikke uttalelser som reflekterer konklusjoner Menon har kommet til.

I delkapitlene som er merket med analyse og funn sammenfatter vi relevante innspill, og holder disse opp mot analyser av annen data og teori vi har samlet inn. En viktig del av vårt kvalitative analysearbeid handler om nettopp en slik kvalitetssikring av innspill.

1.2.3 En åpen og transparent prosess

For å forstå hvordan lokalsamfunnene på Helgeland vil bli påvirket av den nye sykehusstrukturen, er det viktig å kjenne lokalsamfunnene. En sentral del av arbeidet med samfunnsanalysen har derfor vært å lytte til kommunene og andre lokale interessenter på Helgeland. Menon har lest alle skriftlige høringsuttalelser, holdt intervjuer med interessentene og tatt høyde for innspill hele veien.

Tidlig i prosjektet fikk Menon møte representanter fra Nordland fylkeskommune, brukerutvalget ved Helgelandssykehuset, og representanter for kommunene på Helgeland. I dette arbeidsmøtet ble analysemetoder og temaer for samfunnsanalysen presentert og diskutert, og alle som var til stede fikk mulighet til å komme med innspill.

³ 19 kommuner fikk forespørsel om intervju: Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Hemnes, Lurøy, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Nesna, Rana, Rødøy, Sømna, Træna, Vevelstad, Vefsn, Vega, Bindal og Meløy. Bindal og Meløy fikk forespørsel selv om de sokner til andre helseforetak.

Disse innspillene har blitt tatt med i arbeidet med samfunnsanalysen. Flere viktige premisser for analysen ble avklart i møtet, og samfunnsanalysens mandat ble grundig redegjort for.

Det har også vært viktig å ha en nær dialog med de ansattrepresentanter ved sykehusene, for å forstå hvilke konsekvenser endringer i sykehusstrukturen kan få for blant annet rekruttering og pendlemønster. En viktig del av arbeidet til Menon har derfor vært å intervjuer nøkkelpersoner ved de ulike sykehusavdelingene, samt å grundig gå gjennom de høringsinnspill fagforeninger og ansattgrupper har bidratt med. Vi har gjennomført en spørreundersøkelse der alle ansatte ved Helgelandssykehuset har blitt invitert til å delta, og tatt med resultatene av denne inn i analysearbeidet.

Et viktig premiss for samfunnsanalysen har vært transparens og etterprøvbarehet. Alle skriftlige interessentinnspill har blitt gjort tilgjengelig fortløpende via Helgelandssykehusets nettsider. Alle møter og intervjuer har blitt referatført og offentliggjort. Alle intervjuobjekter har fått lese og godkjenne sitt eget referat før offentliggjøring. Alle analyser Menon har gjort fremgår i rapporten på en slik måte at resultatene enkelt skal kunne etterprøves.

1.3 Leseguide

Flere av analysene som presenteres i denne rapporten bygger på hverandre. Rapportstrukturen er ment å reflektere dette. Det er for eksempel ikke mulig å analysere eventuelle endringer i klimagassutslipp fra transportsektoren uten først å analysere eventuelle endringer i transportbehovet.

Resten av rapporten er strukturert som følger: I kapittel 2 belyses de seks konseptenes ulike virkninger på bo- og arbeidsmarkedsregionene på Helgeland. Her analyseres endringer i reisetider for de ansatte ved Helgelandssykehuset ved overgang til ny sykehusstruktur. Funnene fra denne analysen danner grunnlaget for beregninger av endringer i bosettingsmønster: våre anslag på hvor mange ansatte som vil velge å pendle og hvor mange ansatte som vil velge å flytte nærmere en eventuell ny sykehuslokasjon. De stillingene som ikke besettes gjennom pendling og flytting blant de eksisterende ansatte må besettes gjennom nyrekruttering. Her drøfter vi også hvordan de ansattes reisetider i de ulike konseptene påvirker Helgelandssykehusets evne til å rekruttere høykompetent personell.

I kapittel 3 presenteres en ringvirkningsanalyse for det lokale næringslivet. Her måles effekter av de ulike konseptene på blant annet sysselsetting og verdiskaping i bo- og arbeidsmarkedsregionen. Ringvirkningsanalysen bygger på to impulser ved endret sykehusstruktur og -lokalisering. Det første er endringer i sykehusets lokale vare- og tjenestekjøp når sykehusaktiviteten flyttes fra ett sted til et annet. Det andre er endringen i lokalt konsum av varer og tjenester som en følge av endringen i bosettingsmønstrene identifisert i kapittel 2. Analysen fokuserer på de varige effektene for næringslivet av endret sykehusstruktur. Midlertidige virkninger av for eksempel sykehusbyggeprosessen og boligbygging er drøftet kvalitativt.

Endringer i bosetting har også innvirkning på kommunal aktivitet. Endring i sysselsetting og næringsaktivitet påvirker kommunenes skatteinntekter, og endringer i bosettingsmønster påvirker etterspørselen etter kommunale tjenester. Endringer i sykehusstrukturen påvirker også samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og kommunenes evne til å rekruttere fastleger og annet helsepersonell. Kapittel 4 Virkninger på kommunenes oppgaveløsning og ressursituasjon analyserer disse effektene.

Helgelandssykehuset har utdanning av helsepersonell og forskning blant sine primær oppgaver. I kapittel 5 belyser vi effektene endret sykehusstruktur har på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og aktører innen forskning og utdanning, og vurderer hvorvidt de ulike konseptene kan påvirke Helgelandssykehusets evne til å utdanne og forske.

Endring i reisetid for ansatte, pasienter og pårørende kan føre til et endret infrastrukturbehov. Kapittel 6 vurderer disse effektene, sammen med mulige effekter på klima og miljø av endringer i reisemønster, bosetting og sykehusdrift. Her analyseres endringer i transportutslipp og energibehov som følge av endret sykehusstruktur.

Basert på funn om endringer i bosetningsmønster fra kapittel 2, ser vi i kapittel 6 også på mulige følger for de lokale boligmarkedene.

Sykehuset spiller en viktig rolle som aktør i samfunnssikkerhets- og beredskapskapasiteten på Helgeland. I kapittel 7 vurderes hvilke mulige følger de ulike konseptene kan ha for samfunnssikkerhet og beredskap.

Mange av virkningene vi analyserer i denne rapporten er avhengig av hvordan de ansatte velger å respondere dersom arbeidsplassen deres flyttes. For eksempel vil en person som velger å pendle gi mindre negative virkninger for stedet arbeidsplassen flyttes fra enn en som velger å flytte. I kapittel 8 gjennomfører vi en usikkerhetsanalyse, der vi vurderer hvordan resultatene våre vil endres dersom det legges til grunn en høyere eller lavere tilbøyelighet til å pendle, flytte med jobben, slutte og flytte vekk, slutte og blir værende eller å tre ut av arbeidsstyrken ved de ulike konseptene.

1.4 Begrepsavklaring

I rapporten brukes et sett med begreper som er tillagt en spesifikk mening. Her følger de viktigste begrepene, og hva vi legger i dem:

Sykehusnivåer:

- Stort akutt sykehus har et befolkningsgrunnlag på minst 60–80 000 innbyggere og et bredt tilbud innen akuttkirurgi og andre medisinske spesialiteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).
- Akutt sykehus skal minst ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavtatt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi hvis bosetningsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt-, og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).
- Distriktsmedisinske sentre er behandlingssentre som både tilbyr kommunale helsetjenester som fastlege og helsestasjon, i tillegg til et bredt spekter av polikliniske behandlinger innenfor eksempel hjerte- og lungesykdommer, hud, kjemoterapi, røntgen og gynekologi (Helgelandssykehuset, 2018).

«Og omegn»:

- For de tre konseptene med kun ett stort akutt sykehus er lokaliseringen lagt til en av de tre byene «og omegn». Det er blitt besluttet av Helgelandssykehuset at begrepet «omegn» skal defineres som 20 minutter i kjøreavstand fra bykjernen i hver av de tre byene.⁴ En samfunnsanalyse av alle mulige lokasjoner som faller innenfor en radius på 20 minutter kjøretid fra hver av de tre bysentraene, ville imidlertid gi svært mange mulige fysiske lokaliseringsoptimaliteter å analysere, samfunnsanalysen ville bli svært kompleks, og likevel gi begrenset verdi inn i en beslutningsprosess. På bakgrunn av den forståelsen Menon har fått for betydningen av omegnsbegrepet, gjennom innspill og samtaler med interessenter, har Menon dermed lagt til grunn at «omegn» betyr en lokalisering inntil 20 minutter i retning det geografiske midtpunktet mellom Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. For konsept 2a (1) innebærer det en lokalisering sør for Mo i Rana. For konsept 2a (2) innebærer det en lokalisering nord-øst for Sandnessjøen. For konsept 2a (3) innebærer det en lokalisering nord-vest for Mosjøen. I analysene vi gjør tar vi først utgangspunkt i lokalisering sentralt i hver av de tre byene, deretter diskuterer vi kvalitativt hvordan analysene påvirkes av at lokalisering i «omegn» legges til grunn for de ulike konseptene.

Bo- og arbeidsmarkedsregioner:

- Flere steder i rapporten benytter vi oss av begrepet bo- og arbeidsmarkedsregioner. Bo- og arbeidsmarkedsregioner er en funksjonell betegnelse av en geografisk avgrenset region som tilhører det samme

⁴ Bykjernen defineres her som byens rådhus. Definisjonen ble presentert på arbeidsmøtet Menon deltok sammen med representanter fra brukerutvalget, fylkeskommunen og kommunene i september 2019.

bo- og arbeidsmarkedet, delvis løsrevet fra administrative grenser. Der vi benytter oss av bo- og arbeidsmarkedsregioner forholder vi oss til den offisielle inndelingen, definert av TØI på oppdrag for Kommunal- og moderniseringsdepartementet (TØI, 2019). Vi forholder oss til bo- og arbeidsmarkeder hovedsakelig som et rapporteringsnivå for resultater, og inndelingen vil således ikke spille noen rolle for vurderingen av pendlings- og flyttemønster. Inndelingen i bo- og arbeidsmarkedsregioner vil være av betydning i de analysene der egenskaper ved stedet er av betydning for analysen, som analysene av rekrutteringsevne og analysene av næringslivet. De tre bo- og arbeidsmarkedsregionene av relevans er Rana (Rana og Hemnes), Vefsn (Vefsn, Hattfjelldal og Grane) og Alstahaug (Alstahaug, Dønna og Leirfjord).

Syssesttings- og verdiskapingsvirkninger:

- Syssestting og verdiskaping er de to mest brukte samfunnsøkonomiske målene i en ringvirknings-analyse. Syssestting refererer, noe selvforklarende, til antallet personer i arbeid. Verdiskaping består av omsetning minus vareinnsats, og kan ses på som bedriften eller næringens bidrag til BNP. Verdiskaping kan brytes ned på lønn (arbeidernes andel) og EBITDA eller driftsresultat (kapitaleiernes andel).

Verdikjedeimpulser:

- Verdikjedeimpulser er en form for økonomiske ringvirkninger som oppstår ved at en bedrift kjøper varer og tjenester fra andre bedrifter. Disse bedriftene vil på sin side kjøpe varer og tjenester fra andre bedrifter. På denne måten vil en økning i aktivitetsnivået for en bedrift skape ringvirkninger gjennom hele verdikjeden til varen eller tjenesten som produseres.

Katalytiske effekter:

- Katalytiske virkninger er en samlebetegnelse for mer dynamiske næringslivsvirkninger som oppstår dersom analyseobjektet påvirker strukturen i økonomien eller lokalisingsvalget til bedrifter.

Agglomerasjon:

- Agglomerasjonseffekter er et begrep i samfunnsøkonomien som refererer til geografisk eller regional opphoping av bedrifter og næringer. Positive agglomerasjonseffekter vil gi en form for positiv vekstspiral i næringslivet.

2 Bo- og arbeidsmarkedene: Reisetider, pendling, bosetting og rekruttering

I dette kapitlet analyserer vi hvilke følger de ulike sykehuskonseptene får for bo- og arbeidsmarkedsregionene, gjennom endringer i de ansattes reisetider, pendlemønstre, endring i bosetting og behovet for nyrekruttering til Helgelandssykehuset. Først følger innledning og sammendrag, der hovedfunnene presenteres. Deretter presenteres noe bakgrunnsdata om regionen. Resten av kapitlet er bygget opp i to deler: reisetider, pendling og bosetting i kapittel 2.3, og rekruttering i kapittel 2.4. I hver av de to delene presenteres først en gjennomgang av relevant litteratur, før vi refererer til interessentinnspill i form av intervjuer, høringsuttalelser og andre skriftlige innspill. Til slutt analyserer vi data, holder det opp mot litteratur og interessentinnspill, og presenterer våre funn.

2.1 Innledning og sammendrag

Reisetider, pendling og bosetting

I vurderingen av reisetider, pendling og bosetting benytter vi oss av data om dagens ansatte ved Helgelandssykehuset sin kompetanse og bosted, en litteraturstudie for å vurdere pendlingstilbøyeligheter, bosettingsendringer og omstillingseffekter, innspill fra kommunene og den gjennomførte spørreundersøkelsen blant de ansatte ved Helgelandssykehuset. Per september 2019 blir det utøvd 1165 årsverk ved de tre enhetene i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. I konseptene antar vi at DMS i Mosjøen og Sandnessjøen bemannes som det planlagte DMS i Brønnøysund, mens et DMS i Mo i Rana vil bli dobbelt så stort. Ved ett stort akuttsykehus antar vi at det samlede bemanningsbehovet ved de tre enhetene reduseres med 20 prosent, som følge av redusert dublering. Alle årsverk som ikke går til DMS, vil da legges til det store akuttsykehuset. Vet et akuttsykehus og et stort akuttsykehus, antar vi at det samlede bemanningsbehovet reduseres med ti prosent fra nullalternativet, og at det store akuttsykehuset vil ha dobbelt så mange årsverk som akuttsykehuset. Dette utgjør Helgelandssykehusets etterspørsel etter arbeidskraft i de ulike konseptene.

Når vi vurderer tilbudet av arbeidskraft og hvordan disse stillingene besettes, baserer vi oss på den gjennomførte spørreundersøkelsen mot de ansatte. Svarene i den indikerer en mye høyere pendlevillighet mellom Mosjøen og Sandnessjøen enn mellom disse to og Mo i Rana. Dette stemmer godt med reisetiden mellom lokasjonene, med innspillene fra ulike interessenter og med intervjuene med de ansattes tillitsvalgte. Spørreundersøkelsen viser også at det er LIS-legene som i størst grad vil si opp og flytte vekk fra Helgeland hvis arbeidsplassen deres flyttes, mens overlegene er de som i størst grad vil komme til å flytte etter til den nye arbeidsplassen sin.

Det er fare for at svarene på spørreundersøkelsen er strategiske. Når vi sammenligner svarene med forskningen på omstillinger og bedriftsnedlegginger, og sammenligner de impliserte pendlingsmønstrene med pendlingen på Helgeland for øvrig, vurderer vi at svarene er representative nok til at vi kan bruke dem til å predikere de ansattes adferd i de ulike konseptene. Samtidig drøfter vi i 8 hvordan analysene ville ha blitt annerledes dersom vi gjorde andre antakelser enn det som følger av svarene på spørreundersøkelsen. Vi utarbeider en modell der de nye stillingene i konseptene først besettes av de som er villige til å pendle, deretter av de som ønsker å flytte etter arbeidsplassen sin, og til slutt besettes øvrige stillinger gjennom nyrekruttering. Analysene viser at behovet for nyrekruttering vil være størst ved opprettelsen av ett stort akuttsykehus (da dette også innebærer bortfall av flest eksisterende arbeidsplasser), og at behovet for nyrekruttering er størst hvis dette legges i Mosjøen, fordi det jobber færrest her fra før. Det er samtidig ved et stort akuttsykehus i Mosjøen at flest eksisterende ansatte vil pendle fra sitt nåværende bosted til sin nye arbeidsplass. I dette konseptet vil 15 prosent av de ansatte ved Helgelandssykehuset pendle mellom to av de tre byregionene. Behovet for nyrekruttering blir lavest ved delt lokasjon, da disse konseptene innebærer at flest mulig av dagens ansatte kan beholde jobbene sine.

Når vi tar høyde for naturlig avgang vil imidlertid pendlingen avta fremover i tid, dersom vi antar at nyrekruttede vil bosette seg med samme avstand til arbeidsplassen som de som allerede jobber ved Helgelandssykehuset i dag. Om ti år tilsier beregningene våre at andelen ansatte ved Helgelandssykehuset som pendler mellom to av de tre byregionene er mer enn halvert, til under syv prosent. På dette tidspunktet tilsier beregningene våre at hele 73 prosent av de ansatte ved Helgelandssykehuset vil være ansatte som ikke jobber der i dag.

Spørreundersøkelsen og beregningene våre gir også grunnlag for å si noe om fraflyttingen fra de forskjellige byene, og hvor mange som vil bli arbeidssøkende der. På samme måte som samlokalisering i ett stort akuttsykehus innebærer det største behovet for nyrekruttering, vil dette også innebære at flest ansatte ikke vil fortsette arbeidsforholdet sitt ved Helgelandssykehuset. Disse ansatte kan enten bli boende og søke annet arbeid, forlate arbeidsstyrken eller flytte og søke arbeid andre steder i landet. Andelen som blir boende uten arbeid er sterkt korrelert med størrelsen på arbeidsmarkedet de hører til. I Sandnessjøen svarer 48 prosent at de vil bli boende, mens 52 prosent vil flytte vekk. I Mosjøen svarer 65 prosent at de vil bli boende mens 35 prosent vil flytte vekk, og i Mo i Rana svarer 71 prosent at de vil bli boende mens 29 prosent vil flytte vekk. På tross av dette er det i Sandnessjøen, hvor sykehuset utgjør en høyere andel av sysselsettingen enn i de to andre byene, at sykehusnedleggelsen vil gi den største relative økningen i innbyggere uten arbeid. Tabell 2-1 under, viser våre beregnede flyttestrømmer for de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionene.

Tabell 2-1: Modellberegnete netto flyttestrømmer for de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionene. Kilde: Menon Economics

	2a (1)		2a (2)		2a (3)		2b-1 (1)		2b-1 (2)	
	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne
Mo i Rana	245	434	-112	-195	-91	-186	96	168	-86	-157
Mosjøen	-58	-103	-34	-72	306	541	-45	-90	-23	-66
Sandnessjøen	-140	-250	210	430	-81	-154	-47	-70	118	218

Rekruttering

For å vurdere rekrutteringsutfordringene i de ulike konseptene har vi benyttet oss av en litteraturstudie, av spørreundersøkelsen rettet mot alle dagens ansatte, og av alle intervjuene vi har gjennomført.⁵

Etter å ha vurdert alle dataene vi har samlet inn, sier vi oss enig med den eksterne ressursgruppen i at det er svært lite som skiller de tre byene når det gjelder rekrutteringsevne som følge av sentralitet og urbanitet. Det er imidlertid to faktorer som trekker i at rekruttering vil være lettere i Mo i Rana enn i de to andre byene. Det første er at Mo i Rana kan tilby flere partnerarbeidsplasser, med et bredere utvalg. Det andre er nærheten til Campus Helgeland. Det er et nært bånd mellom sykepleierutdanningen ved Campus Helgeland og sykehuset i Mo i Rana, og sykehuset i Sandnessjøens opplevde negative rekrutteringskonsekvenser da sykepleierutdanningen der falt bort. Det er ikke lett å si noe om hvor store disse effektene er, men vi kan ikke se at de vil være av veldig stor betydning, blant annet fordi endret sykehusstruktur vil kunne gi endringer i utdanningstilbudet på lengre sikt. Behovet for oppføring av nye boliger blir også vesentlig større ved lokalisering i Mosjøen eller Sandnessjøen.

Et alternativ som kan gjøre det mulig å pendle til sykehuset fra flere bo- og arbeidsmarkedsregioner er å lokalisere sykehuset utenfor én av de tre byene. Det vil redusere pendleavstanden for de ansatte som bor lengst unna sykehuset, men vil samtidig innebære at langt flere ansatte faktisk må pendle til jobben. Vår vurdering, etter å

⁵ Vi har benyttet oss av dataene fra intervjuene med de tillitsvalgte i Yngre legers forening, Overlegeforeningen og Norsk sykepleierforbund ved hver sykehuseenhet, intervjuene med ulike aktører i ledelsen ved Helgelandssykehuset, intervjuene med UNN, Nordlandssykehuset og Nord universitet, og intervjuene med alle kommunene.

ha lest høringsvar og intervjuet en lang rekke aktører, er at dette vil gjøre det vanskeligere å rekruttere ansatte til sykehuset. Muligheten til å bo sentralt og ha kort arbeidsvei virker å være viktig for mange.

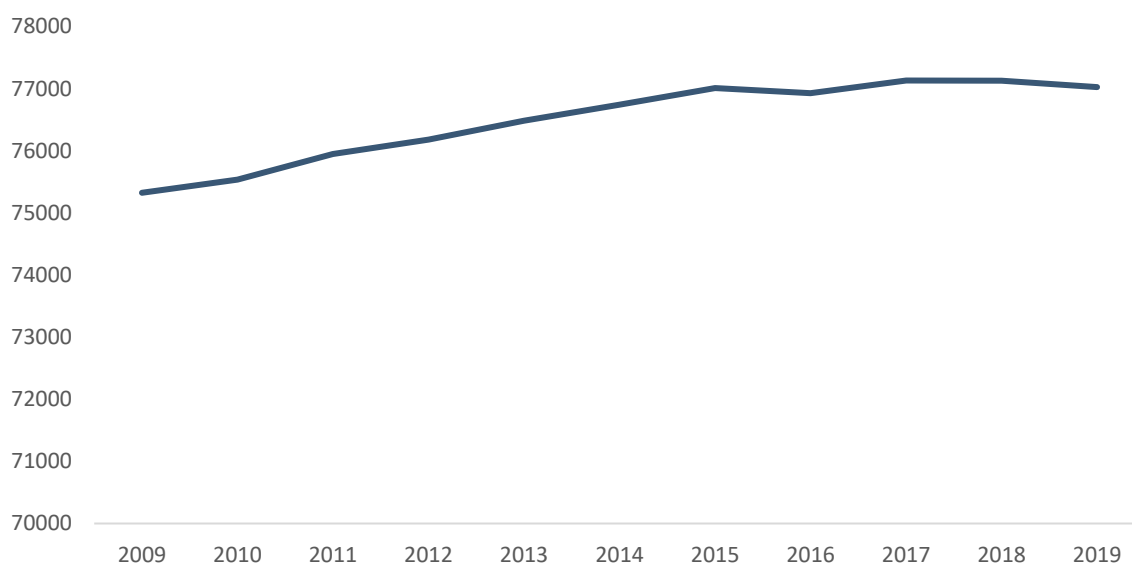
Etter lokal tilhørighet er det bredden og tyngden på fagmiljøet, med tilhørende mulighet for dypere spesialisering, god faglig utvikling og lavere belastning på den enkelte spesialist, som trekkes frem som det viktigste for rekrutteringen. Mange av intervjuobjektene, både ansatte og representanter fra UNN og Nordlandssykehuset, peker derfor på at en todelt løsning vil være det dårligste alternativet. Vår vurdering er derfor også at rekrutteringsmulighetene vil være bedre ved ett stort akuttssykehus enn ved en todelt løsning.

2.2 Kort om Helgeland og de tre bo- og arbeidsmarkedsregionene

2.2.1 Befolkning

Det bor 77 026 personer på Helgeland i 2019.⁶ Befolkningen for regionen har økt med 2,3 prosent de siste ti år.

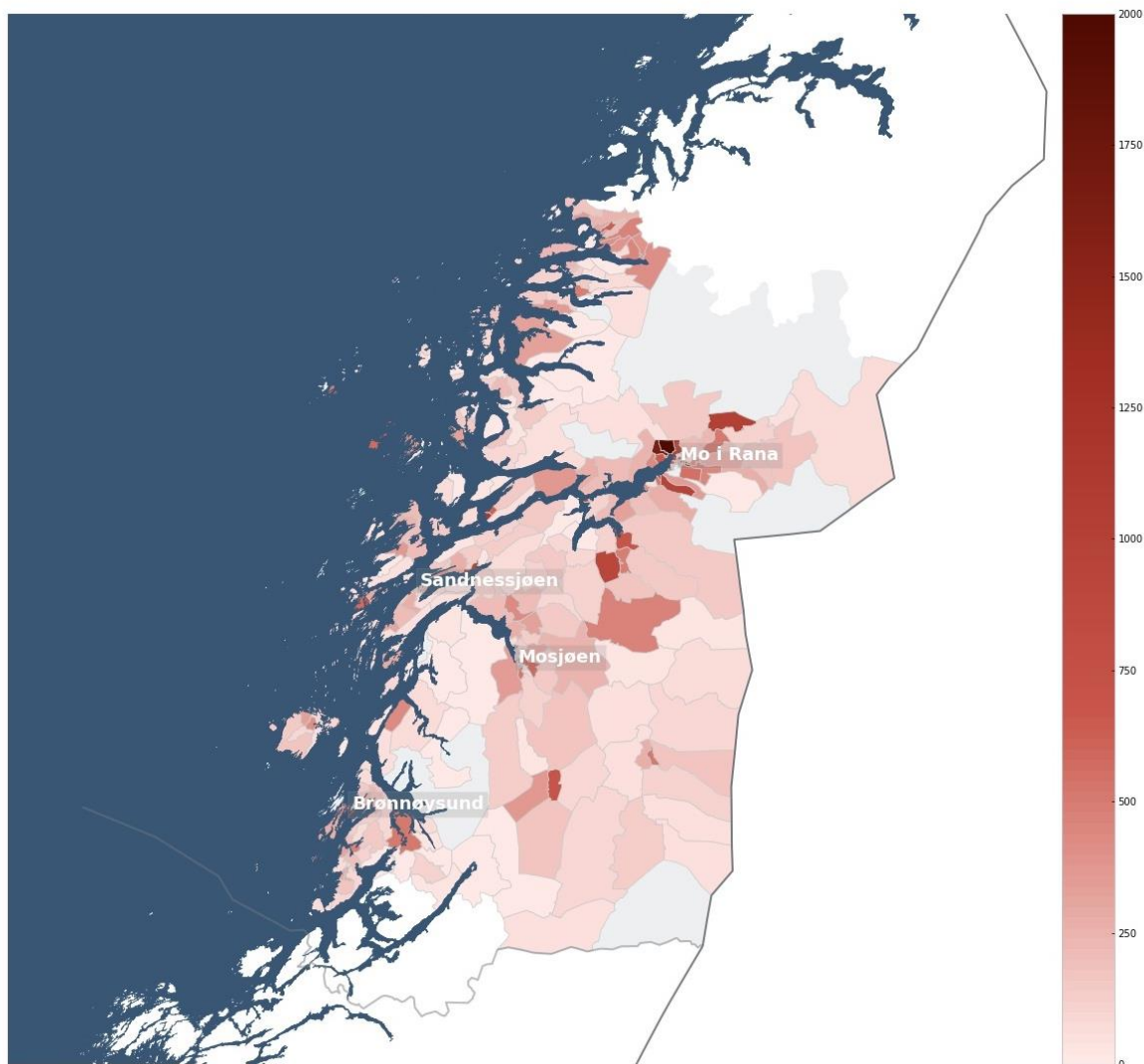
Figur 2-1: Befolkningsutvikling på Helgeland 2009-2019. Kilde: SSB



Kartet under viser den demografiske spredningen på Helgeland på grunnkrets-nivå. Mørk farge indikerer større befolkningstetthet.

⁶ Til Helgeland regner vi kommunene Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Hemnes, Herøy, Leirfjord, Lurøy, Nensa, Rana, Rødøy, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad. Vi inkluderer ikke Meløy eller Bindal her, ettersom de ikke har sin tilhørighet til Helgelandssykehuset HF. Kilde: SSB

Figur 2-2: Demografisk spredning på Helgeland



I Rana bo- og arbeidsmarkedsregion (BA-region) er befolkningstallet 30 816 i 2019, mens for Vefsn og Alstahaug er det henholdsvis 16 255 og 11 126.⁷ De siste ti årene har Alstahaug hatt høyest befolkningsvekst, med 3,7 prosent økning, etterfulgt av Rana, som har hatt en befolkningsvekst på 3,4 prosent. Siden 2009 har befolkningen i Vefsn sunket med 0,2 prosent.

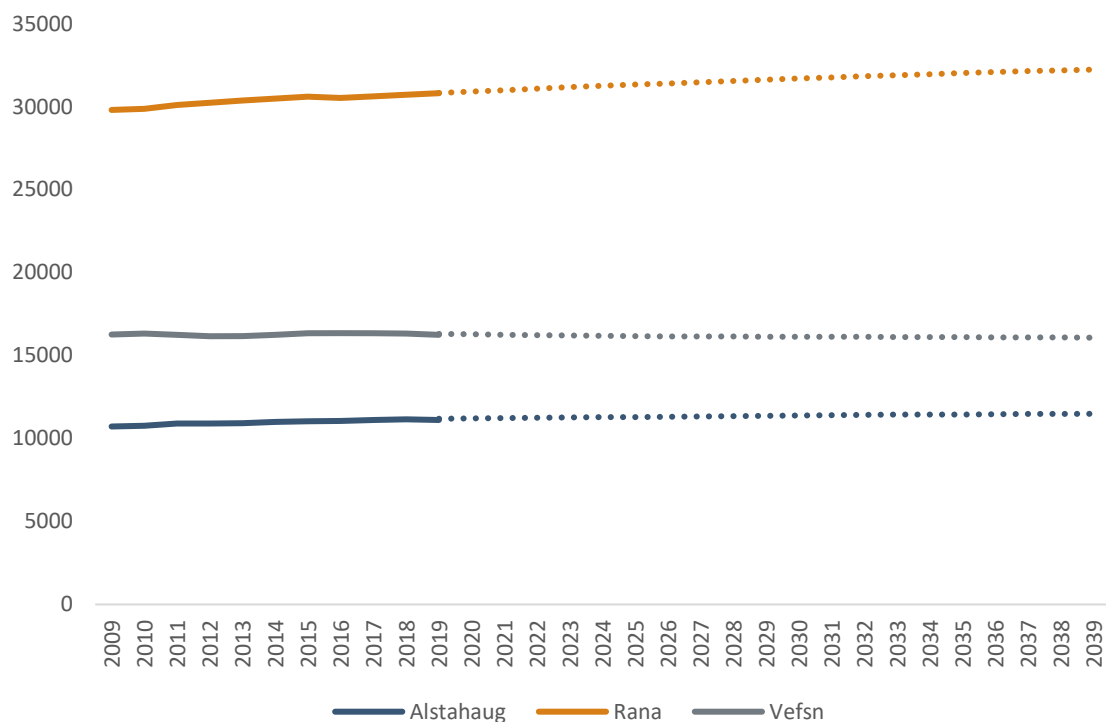
Blant kommunene har Alstahaug høyest befolkningskonsentrasjon med 40 innbyggere per kvadratkilometer, etterfulgt av Vefsn med 7 og Rana med 6.

Ser vi på SSBs fremskrivninger, er befolkningen i Rana BA-region ventet å vokse med 4,7 prosent fra 2019 til 2040.⁸ For Alstahaug forventes en vekst på 2,8 prosent, mens det forventes en negativ vekst på 1,4 prosent i Vefsn.

⁷ Rana bo- og arbeidsmarkedsregion inkluderer kommunene Rana og Hemnes. Vefsn bo- og arbeidsmarkedsregion inkluderer kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Alstahaug bo- og arbeidsmarkedsregion inkluderer kommunene Alstahaug, Leirfjord og Dønna. Kilde: SSB

⁸ Kilde: SSB

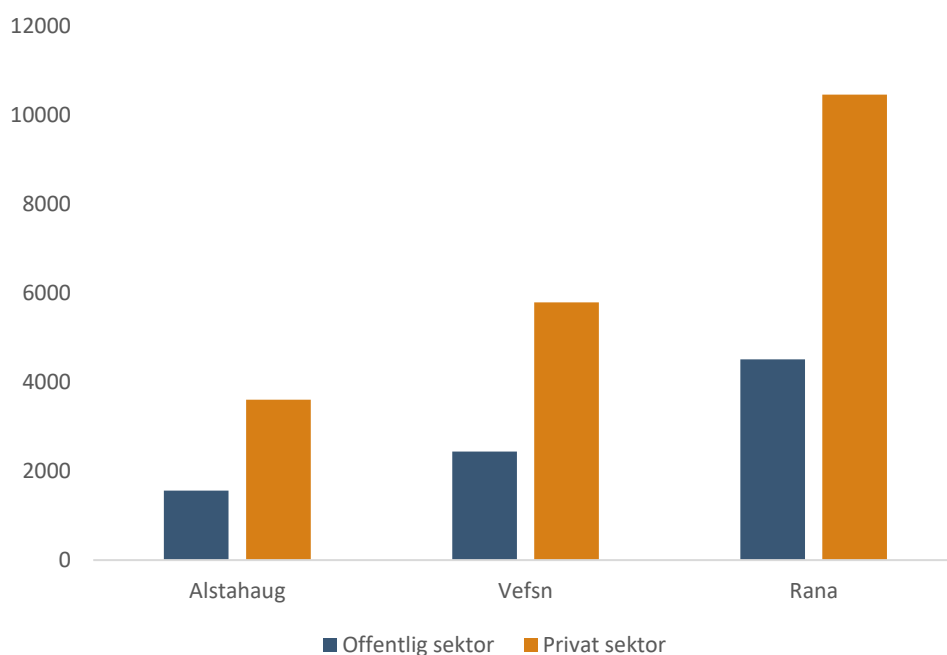
Figur 2-3: Befolkningsutvikling for BA-regionene Alstahaug, Rana og Vefsn 2009-2019, og prognoser 2020-2039. Kilde: SSB



2.2.2 Arbeidsmarked

Antall sysselsatte var 37 719 på Helgeland i 2018. Rana bo- og arbeidsmarkedsregion har flest sysselsatte, med 15 138, etterfulgt av Vefsn og Alstahaug med henholdsvis 8140 og 5361. Figur 2-4 viser fordelingen av sysselsatte mellom offentlig og privat sektor i de tre bo- og arbeidsmarkedsregionene.

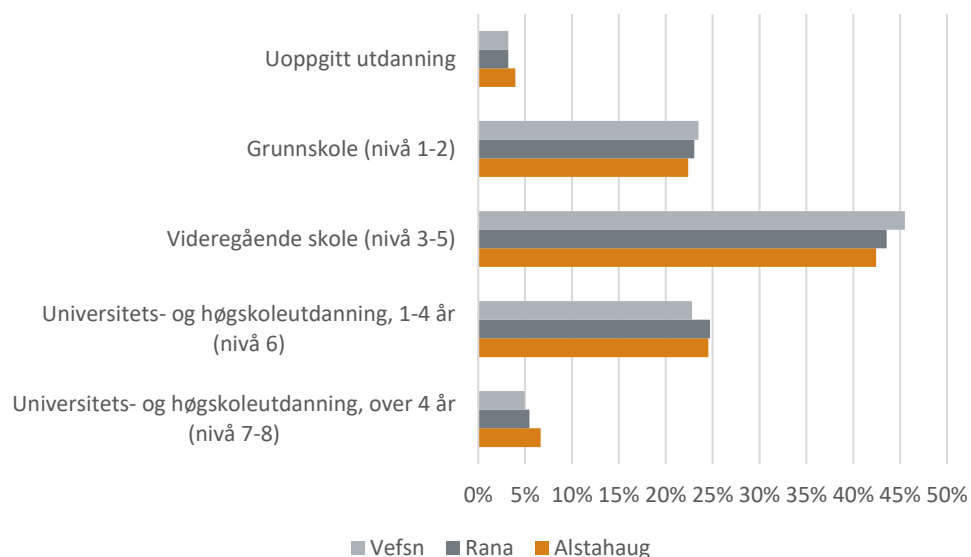
Figur 2-4: Sektorvis fordeling av sysselsatte etter bo- og arbeidsmarkedsregion, 2018. Kilde: Menon Economics



Rana er den eneste av de tre bo- og arbeidsmarkedsregionene som har en positiv vekst i antall sysselsatte de siste ti år, med en økning på 2,8 prosent. De to bo- og arbeidsmarkedsregionene sør på Helgeland har en negativ vekst, Alstahaug med minus 1,2 prosent i perioden, Vefsn med minus 1,5 prosent.

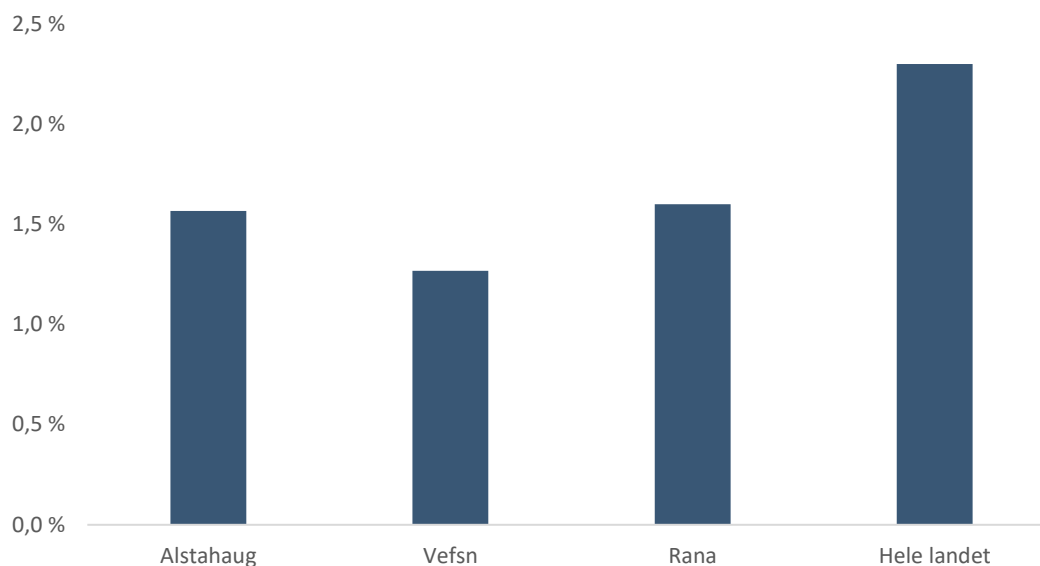
Blant de sysselsatte på Helgeland har den største andelen utdanning på videregående skole-nivå (44 prosent). 24 prosent har universitets- eller høyskoleutdanning inntil fire år, mens 23 prosent har utdanning på grunnskole-nivå. Fem prosent har universitets- eller høyskoleutdanning på mer enn fire år. Figur 2-5 viser utdanningsnivå for de sysselsatte i de tre BA-regionene.

Figur 2-5: Sysselsatte etter utdanningsnivå (2018). Kilde: SSB



Arbeidsledigheten er lavere i de tre bo- og arbeidsmarkedsregionene sammenlignet med resten av landet. Den norske arbeidsledigheten ved utgangen av 2018 var 2,3 prosent. For Alstahaug og Rana var den 1,6 prosent, mens Vefsn hadde en arbeidsledighet på 1,3 prosent.

Figur 2-6: Arbeidsledighet i prosent for hele landet, BA-regionene Alstahaug, Vefsn og Rana (2018). Kilde: SSB



2.3 Reisetider, pendling og bosetting

2.3.1 Litteratur

2.3.1.1 Reisetider og pendling

I rapporten den eksterne ressursgruppa la frem i mars 2019, trekkes det frem at en lokalisering utenfor de tre byene vil medføre vesentlig lengre reisevei for de ansatte enn det majoriteten av befolkningen i Norge, og særlig i Nordland, velger å ha (Ekstern ressursgruppe, 2019). Her støtter de seg på statistikk som viser at gjennomsnittlig pendlingsavstand for nordmenn er rundt 15 minutter. For befolkningen i Nordland er den mindre enn landsgjennomsnittet. Dette er lavere enn gjennomsnittet Transportøkonomisk Institutt (TØI) legger til grunn i den seneste nasjonale reisevaneundersøkelse. De finner at gjennomsnittlig reisetid til jobb for nordmenn er 24 minutter (Randi Hjorthol, 2014).

I en gjennomgang av reisevaner TØI har gjennomført for ansatte ved Ahus, kommer det frem at gjennomsnittlig reisetid til jobb er i underkant av en halvtime. Vel 36 prosent bruker mindre enn 20 minutter og 60 prosent mindre enn 40 minutter (Tom Erik Julsrud L. V., 2013). Dette er i tråd med gjennomsnittlig reisetid for nordmenn, og noe høyere enn tallene den eksterne ressursgruppa legger til grunn for Nordland.

En sentral trend de senere år er at en økende andel nordmenn aksepterer en lengre reisevei til jobb (Tom Erik Julsrud B. L., 2013). Fra 1985, da man startet med nasjonale reisevaneundersøkelser, har den gjennomsnittlige arbeidsreisen økt fra 10,5 km til 16,3 km. Generelt ser man også at menn aksepterer noe lengre reisevei til jobb enn kvinner, og at aksept for pendling avtar med høyere utdanning. En rapport fra TØI finner at arbeidstakere med høyere utdanning i gjennomsnitt pendler 9 km kortere til jobb enn andre arbeidstakere (Fredrik Alexander Gregersen, 2016). Forfatterne kontrollerer for heterogenitet blant gruppen med høyere utdanning, finner at pendlevillighet også varierer med type utdanning. Arbeidstakere som har høyere utdanning innen helse- og sosialfag pendler enda kortere enn gjennomsnittet av høyt utdannede arbeidstakere. De med høy utdannelse innen økonomi og administrasjon eller naturvitenskapelige fag har imidlertid en høyere pendletilbøyelighet enn arbeidstakere uten høyere utdanning.

TØI har også sett på endring i pendlingsavstand når en virksomhet flytter. Der finner de at ansatte som blir med «på lasset» når en virksomhet flytter, har en betydelig lengre pendlingsavstand enn andre arbeidstakere (i gjennomsnitt 6,4 km lengre enn andre arbeidstakere). Forfatterens hypotese er at akseptert pendlingsavstand reduseres over tid, dersom forholdene er varige og stabile, ettersom ansatte antas å tilpasse bo- og arbeidssted etter preferanser for pendling. Et sjokk, som flytting av en virksomhet, vil i tråd med denne hypotesen øke pendlingsavstand på kort sikt, men ikke på lang sikt. Forfatterne mener å finne hold for denne hypotesen.

Ressursgruppens rapport ser også på innpendling til de tre byene, og finner at det er lite pendling mellom de tre bykommunene i dag. Det høyeste tallet de finner er pendlere som bor i Vefsn og pendler til Rana. Det er likevel et lavt tall, kun 125 personer i 2018. Den største veksten i pendling fra 2017 til 2018 finner de blant personer som bor i Alstahaug og jobber i Vefsn, der antallet har økt fra 70 til 100. Ressursgruppen understreker at andelen likevel er lav. De finner ingen generell økning i lengden på arbeidsreiser mellom 2007 og 2015.

Rapporten legger til grunn at lengde på arbeidsreiser ikke vil skille mellom de tre byene, ettersom de forutsetter at sykehuset i alle tre tilfeller vil lokaliseres i eller i nær tilknytning til byen, og at de ansatte med stor sannsynlighet vil bosette seg nær byen og arbeidsplassen.

2.3.1.2 Endring i bosetting

I en rapport på oppdrag fra Alstahaug kommune legger Oslo Economics til grunn at tap av sykehus for Mo i Rana vil medføre en 6 prosents reduksjon i byens innbyggertall, mens tap av sykehus i Sandnessjøen vil medføre en 16 prosents reduksjon i byens innbyggertall (Oslo Economics, 2018). På bakgrunn at dette vurderer de at omstillingen ved tap av sykehus vil være tøffere for Alstahaug kommune enn for Rana kommune. Oslo Economics sin rapport baserer flyttemønsterberegningene på en skjønnsmessig vurdering av andel sykehusansatte som vil flytte ved endring i sykehusstruktur. I tillegg antar de at for hver andre sykehusansatt som flytter, vil én ansatt i leverandørvirksomheter flytte, samt at det i gjennomsnitt er 2,16 medlemmer i hver husstand.⁹

2.3.1.3 Effekter av omstilling på bo- og arbeidsmarkeder

Salvanes mfl. identifiserer kostnader ved omstilling på kort og lang sikt (Kjell G. Salvanes, 2008). Omstilte arbeidere defineres som arbeidere som mister jobben ved store nedbemanninger¹⁰ eller fordi bedriften legges ned. På kort sikt er omstillingskostnader mulig arbeidsløshet og nedgang i lønn. De finner at omstilling fører til lavere grad av sysselsetting på kort sikt (1 år), men at mye hentes igjen på lang sikt (5 år). Når litteraturen oppsummeres finner de at det alt i alt er liten effekt av omstilling på lønn og arbeidsledighet.

Videre finner forfatterne at omstilte i offentlig sektor har vesentlig bedre sjanser enn omstilte i industri eller privat tjenesteyting, yngre arbeidere gjør det bedre enn eldre, kvinner gjør det bedre enn menn og arbeidere med høy utdanning gjør det bedre enn dem med lav utdanning. De omstilte arbeiderne får lavere lønn og lønnsvekst i starten, men tar igjen kontrollgruppen i lønnsvekst i løpet av et par år. De tar imidlertid ikke igjen etterslepet, noe som fører til et varig lønnstap for omstilte arbeidere på om lag 4 prosent.

Etter ett år er sysselsettingsgraden blant de omstilte i offentlig sektor 7,8 prosentpoeng lavere enn for kontrollgruppen (lignende arbeidere som ikke blir omstilt). Etter fem år er imidlertid differansen redusert til kun om lag én prosent. I løpet av disse årene har om lag ni prosent av de ansatte som mistet jobben fått ny jobb i samme foretak, mens ytterligere 64 prosent har fått ny jobb i samme næring.

⁹ Rapporten legger til grunn at 25 prosent av alle sykehusansatte inngår i en husholdning med andre ansatte i enten sykehuset eller leverandørvirksomheten.

¹⁰ Store nedbemanninger defineres som nedbemanninger der minst 30 prosent av de ansatte mister jobben.

På lengre sikt er den viktigste kostnaden trolig at noen arbeidere faller ut av arbeidsmarkedet. Forfatterne finner at å miste jobben ved bedriftsnedleggelse øker sjansen for å falle ut av arbeidsstyrken på lang sikt (5 år) med 3,5 prosentpoeng når de kontrollerer for forskjeller mellom arbeiderne.

Salvanes mfl. har også sett på sammenhengen mellom omstilling og regional mobilitet. I hvor stor grad fører nedleggelse av bedrifter til at arbeidere flytter til andre regioner? De finner, ikke overraskende, at omstilte arbeidere har en høyere flyttetilbøyelighet enn dem som ikke mister jobben. Den norske regionale mobilitetsraten er relativt høy. Brutto flytterate ut av en økonomisk region er i underkant av 3 prosent. For arbeidere som mister jobben ved at bedriften legges ned, er flytteraten i underkant av 4 prosent.

2.3.2 Innspill fra interessenter

I en felles høringsuttalelse argumenterer de 12 kommunene for at de to regionsentrene Mosjøen og Sandnessjøen inngår i samme bo- og arbeidsmarked.¹¹ Her trekkes særlig åpningen av Tøntunnelen i 2014 frem som sentral i å knytte de tre kommunene Alstahaug, Leirfjord og Vefsn sammen. I høringsinnspillet vises det til at reisetiden mellom Mosjøen og Sandnessjøen er redusert til 50 minutter med bil, og at 6,5 prosent av de sysselsatte i de tre kommunene pendler til en av de andre kommunene i dag. Det påpekes at selv om antallet pendlere har vært stabilt fra 2014 til 2017, har tunnelen åpnet for at fremtidig pendling, for eksempel til et nytt sykehus, kan utvikle seg.

Rana kommune er kritiske til argumentet om et felles arbeidsmarked for Mosjøen, Leirfjord og Sandnessjøen. De trekker i et høringsinnspill frem at de eneste pendlestrømmene som er av en viss betydning er fra Hemnes til Rana (rundt 500) og fra Leirfjord til Alstahaug (vel 300).

Det har blitt spilt inn av enkelte av kommunene at det i tilsvarende analyser har blitt lagt til grunn at akseptabel pendleavstand er større enn det den eksterne ressursgruppen legger til grunn. Asplan Viak har i en samfunnsanalyse av Sykehuset Innlandet benyttet 45 km som akseptabel pendleavstand (Asplan Viak, 2014). De belegger dette i sin rapport med statistikk for eksisterende pendling mellom de berørte kommunene, og finner at pendlingstilbøyeligheten er stor.

2.3.3 Analyse

I analysen har vi først telt opp antall årsverk utført ved de tre enhetene i dag. Deretter har vi for hvert konsept fordelt dette utover de tre enhetene, avhengig av behovet for årsverk ved hver enhet i konseptet. Vi har gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot alle ansatte ved Helgelandssykehuset. Denne utgjør grunnlaget for å vurdere hvor mange ansatte som kan ville forventes å pendle eller flytte etter, dersom arbeidsplassen deres flyttes. Gapet mellom behovet, de som er ansatt ved enheten i dag, og de som kan tenkes å pendle eller flytte etter, utgjør behovet for nyrekruttering.

2.3.3.1 Behov for årsverk ved de ulike enhetene

I nullalternativet, som representerer en videreføring av dagens sykehusstruktur, har vi lagt til grunn at antall årsverk ved de ulike lokasjonene er likt som i september 2019, gjengitt i Tabell 2-2 under.¹²

¹¹ Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad har levert et felles høringsvar på den eksterne ressursgruppas rapport.

¹² Data ble oversendt fra Helgelandssykehuset på e-post, 18. september 2019.

Tabell 2-2: Oversikt over antall årsverk ved de tre enhetene Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen per september 2019.
Kilde: Helgelandssykehuset

Stilling	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Samlet for de tre lokasjonene
Annen stillingstype	158	76	130	364
Ikke-medisinsk ansatt	73	48	75	196
LIS-1	12	8	8	28
LIS-2/LIS-3	35	12	19	66
Overlege	34	20	34	88
Spesialsykepleier	78	42	37	157
Sykepleier	128	49	89	266
Totalt	518	255	392	1165
Fordelingsnøkkel	44 %	22 %	34 %	100 %

Når vi har konstruert de ulike konseptene har vi lagt til grunn at som en følge av redusert dublering, vil behovet for årsverk reduseres når aktiviteten konsolideres på færre enheter. Vi har imidlertid ikke funnet gode empiriske anslag på slike effekter. Etter dialog med vår oppdragsgiver har vi kommet frem til følgende anslag. Dersom antall sykehus reduseres fra dagens tre, til to, reduseres det samlede behovet for årsverk ved de tre enhetene med ti prosent, til 90 prosent av dagens årsverk. Ved reduksjon til kun ett stort akuttsykehus, reduseres behovet med 20 prosent, til 80 prosent av dagens årsverk. Behovet for årsverk ved DMS er beregnet med utgangspunkt i innholdsbeskrivelsene av DMS Brønnøysund.¹³ Vi har først satt til side de årsverkene som går til å betjene DMS. Vi har antatt at DMS i Mosjøen og Sandnessjøen vil ha samme antall årsverk som det som er planlagt i Brønnøysund, mens et DMS i Mo i Rana vil være dobbelt så stort.¹⁴ Der konseptene innebærer ett stort akuttsykehus, har vi plassert de resterende årsverkene der. Der konseptene innebærer både et akuttsykehus og et stort akuttsykehus, har vi antatt at det vil være dobbelt så mange årsverk ved det store akuttsykehuset som ved akuttsykehuset – uavhengig av lokalisering.

I Vedlegg – Forutsetninger står antatt antall årsverk per stillingstype oppgitt for hver enhet i hvert konsept. Her i hovedteksten rapporterer vi kun totalt antall årsverk per enhet, samlet for alle stillingstyper for hvert konsept.

Tabell 2-3: Antatt fordeling av årsverkene på de tre enhetene Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen i de ulike konseptene.
Kilde: Menon Economics

Konsept	Andel årsverk i Mo i Rana	Andel årsverk i Mosjøen	Andel årsverk i Sandnessjøen
Nullalternativet	518	255	392
2a (1)	852	40	40

¹³ Dette ble oversendt fra Sykehusbygg på e-post, 24. september 2019.

¹⁴ Tallene innebærer 40 årsverk ved et eventuelt DMS i Mosjøen og Sandnessjøen, og 80 årsverk ved et eventuelt DMS i Mo i Rana. Dette følger i stor grad av vurderinger av pasientgrunnlaget. Justeringer i antallet årsverk ved DMS vil ha svært lite å si for vurderingene i samfunnsanalysen.

2a (2)	80	40	812
2a (3)	80	812	40
2b-1 (1)	671	40	336
2b-1 (2)	336	40	671

Vi ser at det er variasjonene av konsept 2a, med ett stort akuttsykehus, som innebærer de største endringene i antall årsverk ved de ulike enhetene.

2.3.3.2 Flytting og bosetting

I spørreundersøkelsen Menon har gjennomført blant de ansatte ved Helgelandssykehuset, stilte vi spørsmål om hvordan de ansatte mest sannsynlig vil agere dersom arbeidsplassen deres flyttes til en av de andre byene på Helgeland. Mulige svaralternativer var å bli boende og pendle, flytte etter jobben til det nye arbeidsstedet, si opp og søke annet arbeid der de bor i dag, si opp og flytte til et annet sted i landet, og å forlate arbeidsstyrken. Vi har brutt svarene ned på en rekke ulike bakgrunnsvariabler, så som stillingstype, oppvekststed, hvorvidt man har barn i skolepliktig alder med mer. Analysene viser imidlertid at det er store variasjoner i svarene internt i de ulike gruppene, med få svar i hver gruppe, slik at disse variablene har begrenset kraft til å predikere atferd.

Tabell 2-4 og Tabell 2-5 under oppsummerer svarene knyttet til flytting og pendling, vurdert etter fra/til-by og stillingstype. Blant leger i spesialisering og overleger angir ti prosent at de ønsker å flytte etter arbeidsplassen sin, mens for øvrige stillingstyper ligger andelen på om lag én prosent. Samtidig ser vi at sykepleiere, medisinsk ansatte som ikke er leger og sykepleiere, samt de ikke-medisinske ansatte, rapporterer en vesentlig høyere villighet til å si opp stillingen sin og søke arbeid lokalt enn andre grupper.

De variablene som har best forklaringskraft er imidlertid hvor man arbeider i dag, og hvor arbeidsplassen flyttes til. Om lag fire prosent av respondentene svarer at de tror de kommer til å flytte etter arbeidsplassen. Her skiller Mo i Rana seg ut, ved at kun én prosent oppgir at de tror de vil flytte etter arbeidsplassen sin fra Mo i Rana til en by lenger sør på Helgeland. Andelen som svarer at de vil pendle er på 40 til 45 prosent dersom arbeidsplassen flyttes fra Sandnessjøen til Mosjøen (og motsatt), på 11 prosent dersom arbeidsplassen flyttes fra Mosjøen til Mo i Rana, og på bare to prosent dersom arbeidsplassen flyttes fra Mo i Rana til lenger sør på Helgeland, eller fra Sandnessjøen til Mo i Rana.

Svarene indikerer at pendletilbøyeligheten er høyere mellom Mosjøen og Sandnessjøen enn mellom Mo i Rana og de to byene på Sør-Helgeland.

Tabell 2-4: Ansatte ved de ulike enhetene (fra) svarer hvordan de ville reagert på flytting av arbeidsplassen til ny by (til)

Flytting (fra/til)	Pendle	Søkt ny jobb	Slutte og flytte vekk	Flyttet med jobben	Slutte å jobbe
Mosjøen/Sandnessjøen	45 %	33 %	15 %	4 %	3 %
Sandnessjøen/Mosjøen	40 %	28 %	24 %	5 %	3 %
Mosjøen/Mo i Rana	11 %	57 %	26 %	1 %	4 %
Mo i Rana/Mosjøen	3 %	67 %	23 %	1 %	5 %
Sandnessjøen/Mo i Rana	2 %	45 %	45 %	3 %	6 %
Mo i Rana/Sandnessjøen	2 %	69 %	23 %	1 %	5 %

Tabell 2-5: Ansatte i ulike stillingskategorier svarer hvordan de ville reagert på flytting av arbeidsplassen

Stillingskategori	Pendle	Søkt ny jobb	Slutte og flytte vekk	Flyttet med jobben	Slutte å jobbe
LIS-2/LIS-3	5 %	18 %	67 %	9 %	0 %
LIS-1	17 %	11 %	67 %	6 %	0 %
Overlege	18 %	34 %	35 %	10 %	3 %
Spesialsykepleier	17 %	50 %	29 %	1 %	4 %
Annen stillingstype	14 %	53 %	25 %	2 %	6 %
Sykepleier	11 %	65 %	20 %	1 %	3 %
Ikke-medisinsk ansatt	17 %	61 %	16 %	2 %	4 %

En rekke aktører har uttrykt bekymring for hvorvidt svarene på spørreundersøkelsen vil være representative for de ansatte. Bekymringen knytter seg primært til hvorvidt respondentene vil svare sannferdig eller strategisk. Med strategiske svar har det blitt ment at aktørene svarer det de selv tror vil føre til at samfunnsanalysens resultater taler i favør av å bevare deres arbeidsplass der den er. Vi anerkjenner at dette er en reell mulighet, og at det kan være krevende å avdekke hvorvidt dette er tilfellet i de svarene vi har fått. Problemet kan særlig oppstå langs to dimensjoner: pendlingsvilligheten og flyttevilligheten.

I kapittel 2.3.3.3 under holder vi de impliserte pendlingsmønstrene som følger av svarene på spørreundersøkelsen opp mot dagens pendlingsmønster for de ansatte ved Helgelandssykehuset, og for alle sysselsatte i de tre vertskommunene. Denne øvelsen viser at pendlingsmønsteret i konseptene vil være relativt likt som dagens pendlingsmønster, og som pendlingsmønsteret for alle sysselsatte i de tre vertskommunene. Unntaket er dersom et stort akuttsykehus legges i Sandnessjøen eller Mosjøen. I disse tilfellene impliserer resultatene fra spørreundersøkelsen at det vil være vesentlig flere arbeidstakere som pendler i 45 til 90 minutter enn det som er tilfellet i dag. Litteraturgjennomgangen i kapittel 2.3.1.1 viser at spesialiserte ansatte innen helsefag er mindre villige til å pendle enn andre høyt utdannede, og at innbyggere i Nord-Norge er mindre pendlingsvillige enn innbyggere i resten av landet. Samtidig representerer en relokalisering av sykehuset et sjokk man ikke har observert tidligere på Helgeland. Dette kan innebære høyere pendlingsvillighet enn man har observert hittil. Vår vurdering er at pendleanalysene i kapittel 2.3.3.3 illustrerer dette motsetningsforholdet på en god måte. Majoriteten av de ansatte vil fortsatt pendle kort i de ulike konseptene, samtidig som svarene på spørreundersøkelsen viser at pendlingen mellom Sandnessjøen og Mosjøen vil være større enn pendlingen mellom Mo i Rana og de to byene på Sør-Helgeland, hvor avstanden er lengre. Det kan selvfølgelig likevel hende at svarene ikke godt nok faktisk representerer de ansattes preferanser. I kapittel 8 drøfter vi kort hvordan utfallet av analysene vil endre seg dersom pendlingsvilligheten blir annerledes enn vi har lagt til grunn.

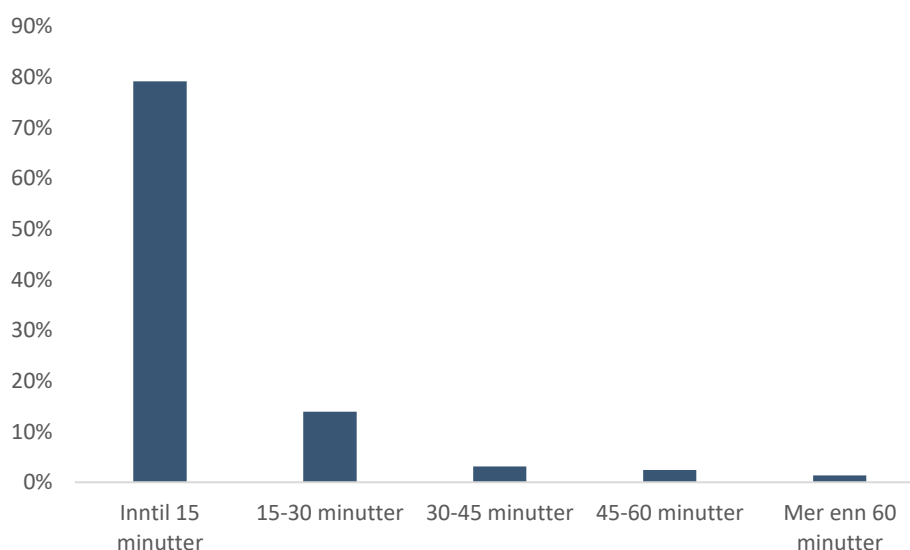
Flyttevilligheten er vanskeligere å vurdere. Det som taler for at svarene i spørreundersøkelsen kan forstås som representative på dette punktet, er mønsteret vi observerer når svarene brytes ned på de ulike stillingskategoriene. Der ser vi at det er de ansatte med høyest spesialisering som i størst grad vil flytte vekk fra Helgeland, og at de yngste ansatte (LIS-1 og LIS-2/LIS-3), som enten har midlertidige stillinger eller kortere fartstid i helseforetaket, er mer tilbøyelige til å flytte vekk enn øvrige ansatte. I tillegg viser resultatene fra spørreundersøkelsen at sannsynligheten for at man lar være å flytte vekk fra bostedet sitt er større, desto større arbeidsmarkedet i regionen er, i tråd med forventningene om muligheter til å skaffe annet arbeid.

I analysene våre har vi lagt til grunn at svarene i spørreundersøkelsen er representative, og vi har derfor generalisert fra svarene gitt for hver stillingstype og for hvert par fra/til, til hele populasjonen av ansatte ved de tre enhetene. Dette har vi gjort dels fordi vi vurderer at svarene gir svært nyttig informasjon inn i samfunnsanalysen, og dels fordi naturlig avgang, som drøftes i kapittel 2.3.3.5, uansett innebærer at de ansatte 10 og 20 år frem i tid i liten grad vil være de samme som er ansatt i dag. Dermed vil viktigheten av spørsmålet om pendling og flytting avta på sikt.

2.3.3.3 Pendling

I spørreundersøkelsen til de ansatte på Helgelandssykehuset svarer 79 prosent av de spurte at de bruker inntil 15 minutter til jobb i dag. Hele 93 prosent av respondentene oppgir at de bruker 30 minutter eller mindre. Fra Helgelandssykehuset har vi også mottatt postnummer til alle ansatte ved de ulike lokasjonene. Ved hjelp av Google Maps har vi så beregnet reisetid fra det tettest befolkede punktet på hjemmepostnummeret til arbeidsplassen for alle ansatte. Da fremkommer det at 84 prosent av de ansatte i Mo i Rana har en kjøretid på inntil 15 minutter, og 90 prosent inntil 30 minutter. For Mosjøen er tallene henholdsvis 84 prosent og 91 prosent, og for Sandnessjøen henholdsvis 70 prosent og 83 prosent. Dette korresponderer godt til det som er oppgitt i spørreundersøkelsen, og det den eksterne ressursgruppen har lagt til grunn, og underbygger at svarene i spørreundersøkelsen er representative på dette punktet.

Figur 2-7: Hvor lang tid bruker du vanligvis mellom hjem og arbeidssted (én vei)? Spørreundersøkelse til de ansatte ved Helgelandssykehuset. Kilde: Menon Economics



Videre har vi fra SSB fått utlevert hvor mange av de som i 2018 var sysselsatt i hver av de tre kommunesentrene, som bodde i hver grunnkrets på Helgeland. Vi har så beregnet kjøretid fra det tettest befolkede punktet i grunnkretsen til kommunesenteret ved hjelp av Google Maps.¹⁵ Slik kan vi beregne pendletid for alle sysselsatte på Helgeland, med nye tall fra etter åpningen av Tøntunnelen. I figurene under har vi lagt disse pendlingsmønstrene oppå pendlemønsteret til de ansatte ved Helgelandssykehuset. Av figurene kan vi se at pendlingsmønsteret til de ansatte ved Helgelandssykehuset er svært likt pendlingsmønsteret på Helgeland for øvrig.¹⁶

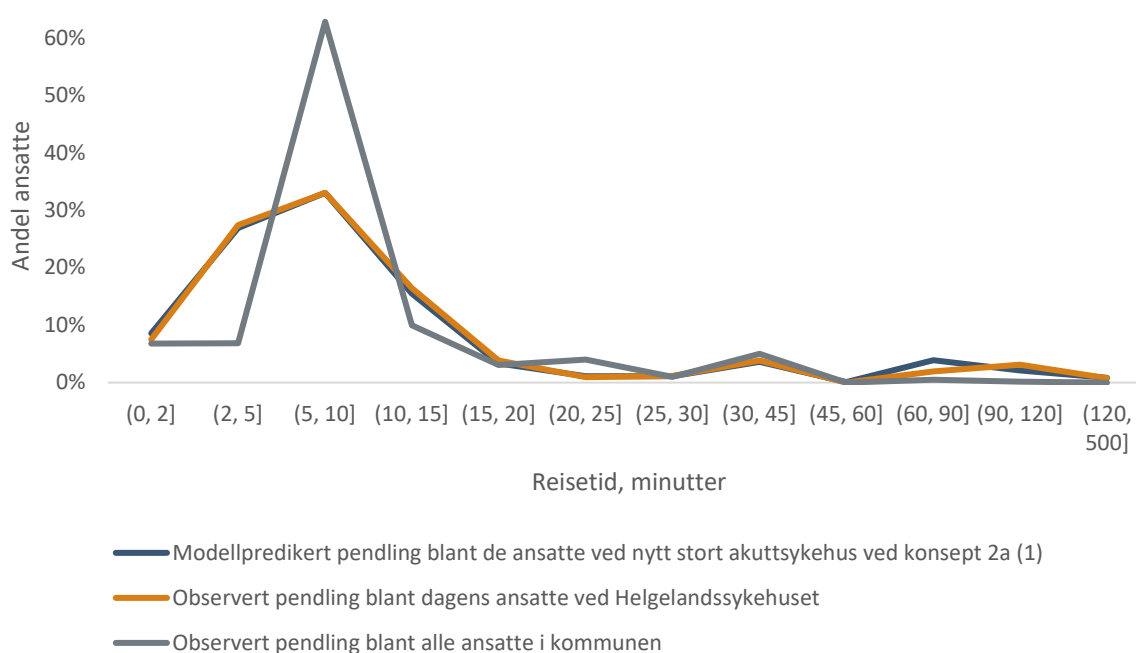
Det siste vi gjør er å beregne pendlingsmønsteret i konseptene. Som tidligere nevnt har vi bostedspostnummeret til dagens ansatte. Dette mønsteret innebærer en viss spredning i bosetting rundt arbeidsplassen. Vi antar så at de som flytter til det nye arbeidsstedet, bosetter seg etter samme spredningsmønster som de jobber som ved arbeidsplassen i dag. For disse ansatte blir da pendlingsmønsteret likt som for de som allerede jobber her, og dermed likt som i nullalternativet.

¹⁵ Ettersom vi ikke kjenner den eksakte geografiske plasseringen til arbeidsplassen, har vi antatt at alle arbeider ved sykehuset i kommunen.

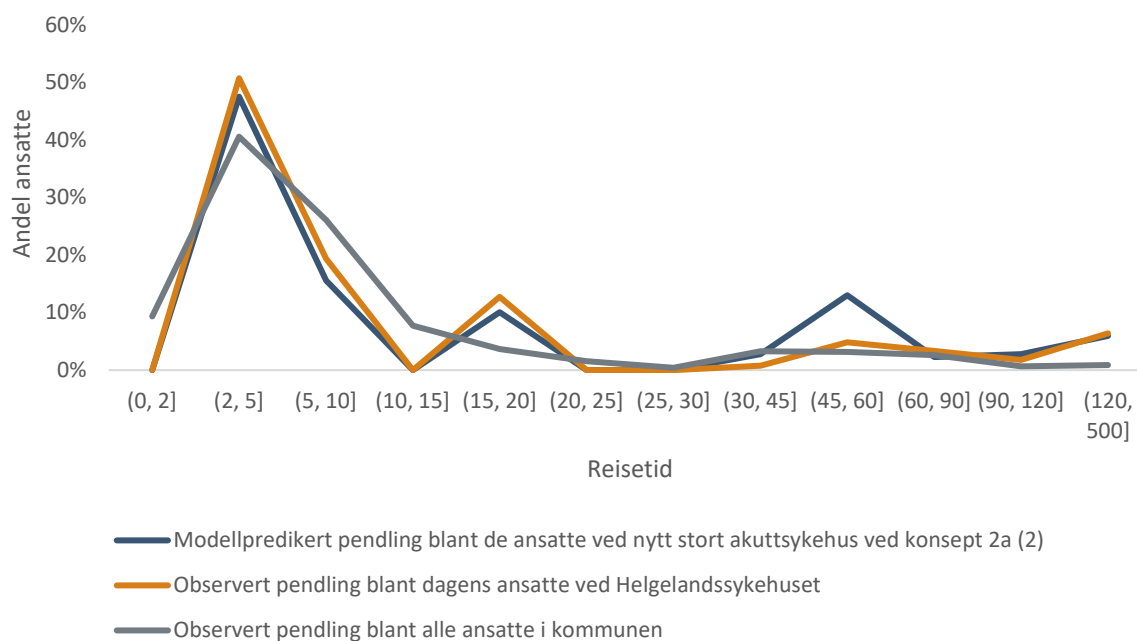
¹⁶ Unntaket er Mo i Rana, der vi ser at postnummermetoden for de ansatte ved Helgelandssykehuset gir flere med kortere reisevei enn fem minutter, mens grunnkretsmetoden for alle ansatte i Mo i Rana gir færre med så kort tid, men flere med fem til ti minutter. Vi anser ikke dette avviket for å være av betydning.

I tillegg kommer imidlertid de som i dag er ansatt ved andre enheter, og som antas å ville pendle til det nye arbeidsstedet sitt. De må da pendle fra nåværende bostedspostnummer til sin nye arbeidsplass. Når vi slår sammen de ansatte som allerede bor der, de ansatte som flytter til sin nye arbeidsplass og de ansatte som pendler fra sitt opprinnelige bosted ved sin gamle arbeidsplass, får vi et predikert pendlemønster i konseptene. I figurene under sammenligner vi dette pendlemønsteret med det observerte pendlingsmønsteret i nullalternativet og blant alle ansatte i alle næringer i de tre vertskommunene. Av figurene ser vi at pendlingsmønsteret er svært likt i de tre tilfellene. Der konseptene skiller, er ved at en betydelig høyere andel ansatte forventes å ville pendle mellom 45 og 90 minutter dersom det store akuttsykehuset legges i Sandnessjøen eller i Mosjøen. Dette følger av at en høyere andel av de ansatte ved disse enhetene har indikert at de er villige til å pendle mellom disse to byene.

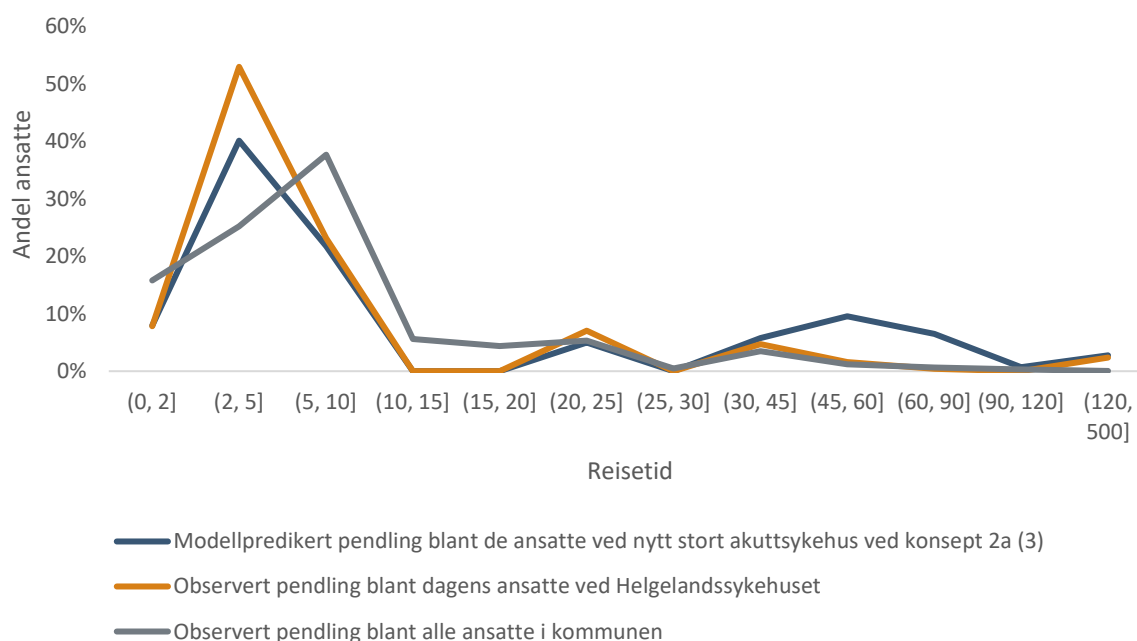
Figur 2-8: Observert pendling blant alle som er sysselsatt i Rana kommune (uavhengig av næring) blant dagens ansatte ved sykehuset i Mo i Rana, og predikert pendling blant de som antas å jobbe ved et eventuelt nytt stort akuttsykehus i Mo i Rana



Figur 2-9: Observert pendling blant alle som er sysselsatt i Alstahaug kommune (uavhengig av næring) blant dagens ansatte ved sykehuset i Sandnessjøen, og predikert pendling blant de som antas å jobbe ved et eventuelt nytt stort akuttsykehus i Sandnessjøen



Figur 2-10: Observert pendling blant alle som er sysselsatt i Vefsn kommune (uavhengig av næring) blant dagens ansatte ved sykehuset i Mosjøen, og predikert pendling blant de som antas å jobbe ved et eventuelt nytt stort akuttsykehus i Mosjøen



2.3.3.4 Behov for nyrekruttering

I beregningene av flytting og pendling har vi, rent modellteknisk, antatt at de ansatte innen hver stillingstype som er minst tilbøyelige til å pendle eller flytte etter, er de som i konseptet først får tilbud om jobb i byen de

bor i.¹⁷ Deretter vil det ved de enhetene som får økt behov for ansatte, først rekrutteres internt blant de som allerede er ansatt ved enheten, deretter blant de fra de andre enhetene som er villige til å pendle eller flytte, og til sist vil de resterende ubesatte stillingene fylles gjennom nyrekruttering. Vi legger til grunn at alle stillingene vil bli fylt.¹⁸ Dette fører til Tabell 2-6 under, der vi redegjør for antall årsverk ved de ulike enhetene i de forskjellige konseptene, og hvor årsverkene rekrutteres fra.

Tabell 2-6: Antatte årsverk ved de ulike enhetene i konseptene, og fordeling over hvor årsverkene rekrutteres fra. Kilde: Menon Economics

Nytt arbeidssted	Hvor de ansatte kommer fra	2a (1)	2a (2)	2a (3)	2b-1 (1)	2b-1 (2)
Mo i Rana	Allerede ansatt ved enheten	518	80	80	518	336
Mo i Rana	Eksisterende ansatte ved Helgelandssykehuset som flytter nærmere ny arbeidsplass	17	0	0	10	0
Mo i Rana	Ansatte ved Helgelandssykehuset som pendler til ny jobb	37	0	0	34	0
Mo i Rana	Nyrekruttering	280	0	0	109	0
Mosjøen	Allerede ansatt ved enheten	40	40	255	40	40
Mosjøen	Eksisterende ansatte ved Helgelandssykehuset som flytter nærmere ny arbeidsplass	0	0	30	0	0
Mosjøen	Ansatte ved Helgelandssykehuset som pendler til ny jobb	0	0	178	0	0
Mosjøen	Nyrekruttering	0	0	349	0	0
Sandnessjøen	Allerede ansatt ved enheten	40	392	40	327	392
Sandnessjøen	Eksisterende ansatte ved Helgelandssykehuset som flytter nærmere ny arbeidsplass	0	25	0	0	24
Sandnessjøen	Ansatte ved Helgelandssykehuset som pendler til ny jobb	0	126	0	0	125
Sandnessjøen	Nyrekruttering	0	269	0	9	130

Av tabellen fremkommer det at nyrekrutteringsbehovet antas å bli størst dersom det opprettes ett stort akuttsykehus, da man i disse konseptene i minst grad kan trekke på at de ansatte i dag er relativt jevnt fordelt mellom de tre byene. Behovet for nyrekruttering vil være størst ved opprettelse av et stort akuttsykehus i Mosjøen (konsept 2a (3)), men dette er også det konseptet som gir mest pendling internt på Helgeland. Årsaken til at det likevel innebærer mest nyrekruttering, er at det er færre som jobber ved Helgelandssykehuset i Mosjøen i dag enn ved de andre enhetene.

Når modellen innebærer flytting av ansatte internt på Helgeland, samt nyrekruttering av ansatte fra utenfor Helgeland, antar vi at de vil bosette seg på de ulike postnumrene proporsjonalt med hvor mange ansatte ved

¹⁷ Altså at man ved lokal nedbemanning fra akuttsykehus til DMS først rekrutterer blant de ansatte som verken kommer til å pendle til nytt arbeidssted, eller flytte etter. Dette er en ren modellteknisk antakelse og korresponderer ikke nødvendigvis til hvordan denne prosessen vil foregå i praksis.

¹⁸ For de nyrekruttede har vi ikke lagt inn i beregningene at noen av disse kanskje rekrutteres fra andre av de berørte kommunene på Helgeland. På den ene siden viser undersøkelsene at Helgelandssykehuset i stor grad rekrutterer lokalt. På den andre siden er det lite ved dagens rekrutteringssituasjon som tilsier at potensialet for å rekruttere nye helgelendinger som ikke allerede er ansatt ved Helgelandssykehuset er stort.

enheten som i dag bor på postnummeret. Det betyr at den relative spredningen av ansatte rundt arbeidsplassen vil være lik i nullalternativet og blant de nyinnflyttede i konseptet. Spredningen på ulike postnumre ligger i Vedlegg – Forutsetninger.

På samme måte bruker vi spørreundersøkelsen til å predikere hva som skjer med de som i dag er ansatt ved de forskjellige enhetene i de forskjellige konseptene. Med mindre byen blir ertsby for et fremtidig akuttssykehus, vil konseptene medføre en reduksjon i antall årsverk ved Helgelandssykehuset i byen.

Tabell 2-7: Antatt fordeling av hvor de som i dag er ansatt ved de tre enhetene, vil ende opp i de ulike konseptene. Kilde: Menon Economics

Arbeidssted	Hvor ender de ansatte opp?	2a (1)	2a (2)	2a (3)	2b-1 (1)	2b-1 (2)
Mo i Rana	Blir værende ved arbeidsplassen	518	80	80	518	336
	Flytter til ny jobb ved Helgelandssykehuset	0	10	7	0	9
	Pendler til ny jobb ved Helgelandssykehuset	0	13	19	0	11
	Boende uten jobb	0	295	290	0	60
	Flytter vekk	0	120	122	0	102
Mosjøen	Blir værende ved arbeidsplassen	40	40	255	40	40
	Flytter til ny jobb ved Helgelandssykehuset	3	15	0	3	15
	Pendler til ny jobb ved Helgelandssykehuset	30	113	0	30	114
	Boende uten jobb	117	54	0	117	54
	Flytter vekk	65	33	0	65	32
Sandnessjøen	Blir værende ved arbeidsplassen	40	392	40	327	392
	Flytter til ny jobb ved Helgelandssykehuset	14	0	23	7	0
	Pendler til ny jobb ved Helgelandssykehuset	7	0	159	4	0
	Boende uten jobb	157	0	82	0	0
	Flytter vekk	174	0	88	54	0

Vi ser av tabellen at det er forskjeller mellom de tre byene med hensyn til hvor mange blant de som ikke blir værende i jobb ved Helgelandssykehuset tror de vil bli boende uten jobb eller flytter vekk fra Helgeland. Det er dobbelt så mange i Mosjøen som vil bli værende uten jobb heller enn å flytte vekk, og to og en halv gang så mange i Mo i Rana, mens i Sandnessjøen svarer flere at de vil flytte vekk heller enn å bli boende uten arbeid. Sandnessjøen er imidlertid et mindre sted, slik at de som svarer at de vil bli boende uten jobb, utgjør en større andel av det totale innbyggertallet her enn i de to andre byene.

Det er altså Sandnessjøen som ser ut til å bli påført de største ulempene dersom de mister sykehuset de har i dag, i form av at flest, både i antall og i andel av innbyggerne, flytter fra byen. Fraflytting innebærer en reell ulempe, både for de ansatte som mister jobben og må flytte, og for lokalsamfunnene, med potensielle virkninger både for næringslivet, i boligmarkedet og for det kommunale tjenestetilbudet. Se henholdsvis kapittel 3, kapittel 6.1 og kapittel 4.4.

Vi kan også regne om antallet som henholdsvis sier de vil flytte vekk eller bli boende, til andeler. Da ser vi at andelen av de som ikke forblir ansatte ved Helgelandssykehuset, men som likevel blir boende uten arbeid er sterkt korrelert med størrelsen på arbeidsmarkedet de hører til. Dette fremkommer av Tabell 2-8 under, der vi ser at jo større arbeidsmarked man bor i, desto flere vil velge å bli boende og søke nytt arbeid heller enn å flytte vekk. For hver by er disse beregningene gjort for det konseptet der flest av dagens ansatte ikke forlenger arbeidsforholdet sitt ved Helgelandssykehuset.

Tabell 2-8: Andelen blant de som ikke forlenger arbeidsforholdet sitt ved Helgelandssykehuset, som vi predikerer at vil bli boende på hjemstedet og flytte vekk. Kilde: Menon Economics

	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen
Andelen som blir boende	71 %	65 %	48 %
Andelen som flytter vekk	29 %	35 %	52 %

Jamfør litteraturen på effektene av omstilling på arbeidsledigheten på kort og lang sikt, som referert i kapittel 2.3.1.3, er det grunn til å tro at en stor andel av de som blir boende uten å forlenge arbeidsforholdet ved Helgelandssykehuset kommer til å begynne i en ny jobb innen helse- og omsorgsnæringen. Dette er i tråd med forventningene om generelt økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester (Stefan Leknes, 2019). I løpet av det første året etter eventuell flytting av arbeidsplassen, antar vi en økt sannsynlighet for ledighet på om lag åtte prosent. I løpet av fem år forventer vi imidlertid at denne sannsynligheten er redusert til en én prosents økning.

Teller vi opp familiestørrelsen til de ansatte som flytter fra og til, kan vi beregne netto flyttestrømmer til og fra de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionene. Hver ansatt har i gjennomsnitt 0,8 barn i skolepliktig alder, og 80 prosent har en partner. Av svarene i spørreundersøkelsen finner vi ingen forskjeller av betydning i pendle- og flyttetilbøyelighet for ulike familiesammensetninger, så vi legger til grunn at familiene som flytter i gjennomsnitt er like familiene til den gjennomsnittlige ansatte ved Helgelandssykehuset i dag. Spørreundersøkelsen gir ikke grunnlag for å si noe om familiestørrelsen til de nyrekrutterte. Av mangel på informasjon, og fordi man må forvente å nyrekruttere til stillinger på alle nivåer, legger vi til grunn at familien til de nyrekrutterte fra utenfor regionen i snitt er like store som den gjennomsnittlige familien til dagens ansatte ved Helgelandssykehuset. Hvis man i større grad rekrutterer yngre og nyutdannede uten familier, kan disse anslagene overvurdere tilflytterstrømmene noe. Utflytterstrømmene er ikke påvirket av dette.

Tabell 2-9: Modellberegnete netto flyttestrømmer for de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionene. Kilde: Menon Economics

	2a (1)		2a (2)		2a (3)		2b-1 (1)		2b-1 (2)	
	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne
Mo i Rana	245	434	-112	-195	-91	-186	96	168	-86	-157
Mosjøen	-58	-103	-34	-72	306	541	-45	-90	-23	-66
Sandnessjøen	-140	-250	210	430	-81	-154	-47	-70	118	218

I analysene har vi hele veien tatt utgangspunkt i antall årsverk, ikke i antall ansatte. Tall fra Helgelandssykehuset viser at det i gjennomsnitt er 1,23 stillinger per årsverk, og at dette tallet er noe lavere for Mo i Rana (1,21 stilling per årsverk) enn for Mosjøen og Sandnessjøen (henholdsvis 1,24 og 1,26 stillinger per årsverk). Dette er potensielt en kilde til feil i beregningene. Når vi likevel har valgt å gjøre det på denne måten, skyldes det hensynet til likebehandling og at vi ikke har grunnlag for å vurdere i hvor stort omfang flytte- og pendletilbøyeligheten avtar med lavere stillingsbrøk. Det er likevel naturlig å anta at jo lavere stillingsbrøk man har, desto mindre villig

er man til å pendle eller flytte etter hvis arbeidsplassen flyttes. Samtidig gir også lavere stillingsbrøker lavere inntekt, og dermed lavere konsumimpulser. Dette taler samlet for at det å bruke antall årsverk, kan være en grei tilnærming til å benytte de enkelte stillingsbrøkene, og vekte effektene etter stillingsbrøkens størrelse.

2.3.3.5 Fremover: Naturlig avgang

Pendlingsmønstrene skissert over forventes ikke å vedvare evig. Som en følge av naturlig avgang vil arbeidsstokken ved Helgelandssykehuset naturlig fornyes. Fra Helgelandssykehuset har vi mottatt oversikt over når dagens ansatte først ble ansatt ved sykehuset. Dette har vi gruppert på de syv stillingstypene våre. Da får vi tall som angitt i Tabell 2-10 under. Der ser vi at turnuslegene naturlig nok har den høyeste årlige sluttetsannsynligheten, mens spesialsykepleierne har den laveste. Dette følger direkte av deres lange gjennomsnittlige ansettelsesforhold.

Tabell 2-10: Gjennomsnittlig lengde på ansettelsesforholdet for ulike stillingsgrupper ved Helgelandssykehuset, og implisert årlig sluttetsannsynlighet. Kilde: Helgelandssykehuset HF og Menon Economics

Stilling	Gjennomsnittlig lengde på ansettelsesforhold	Implisert årlig sluttetsannsynlighet
Annen stillingstype	10,67	9 %
Ikke-medisinsk ansatt	13,03	7 %
LIS-1	1,46	50 %
LIS-2/LIS-3	4,14	21 %
Overlege	10,93	9 %
Spesialsykepleier	17,08	6 %
Sykepleier	10,51	9 %

Vi antar videre at denne naturlige avgangen ligger fast fremover i tid. Da kan vi fremskrive hvor stor andel av arbeidsstokken på et gitt tidspunkt vil ha sluttet før det har gått 10 og 20 år. Dette er gjort i Tabell 2-11 under. Der ser vi at alle turnuslegene og over ni av ti leger i spesialisering vil ha sluttet allerede om ti år, mens under halvparten av spesialsykepleierne og litt over halvparten av de ikke-medisinske ansatte vil ha sluttet da.

Tabell 2-11: Estimert andel av dagens ansatte som vil ha sluttet om henholdsvis 10 og 20 år som en følge av naturlig avgang. Kilde: Menon Economics

Stilling	Andel som har sluttet etter 10 år	Andel som har sluttet etter 20 år
Annen stillingstype	61 %	85 %
Ikke-medisinsk ansatt	54 %	78 %
LIS-1	100 %	100 %
LIS-2/LIS-3	91 %	99 %
Overlege	60 %	84 %
Spesialsykepleier	44 %	69 %
Sykepleier	61 %	85 %

Ettersom de som går av erstattes av ansatte som bosetter seg i nærheten av arbeidsplassen, vil pendlingen reduseres over tid, og andelen ansatte som bor i tilknytning til vertsbyene vil øke. I tabellene under har vi fremskrevet naturlig avgang i henholdsvis 10 og 20 år, og besatt alle stillinger gjennom nyrekruttering av ansatte som antas å flytte til sin nye arbeidsplass og bosette seg i henhold til den spredningen over postnumre som utvises av dagens ansatte ved lokasjonen. Av tabellene fremkommer det at under disse antakelsene vil pendlingen være omtrent halvert ti år frem i tid, og omtrent tilbake på dagens nivå om 20 år.

Når vi skal fremskrive arbeidsstokkens utskiftninger som følge av naturlig avgang, har vi lagt til grunn at alle ansatte har samme sluttetilbøyelighet, uavhengig av om de pendler, har flyttet etter arbeidsplassen eller allerede bor ved sin nye arbeidsplass. Dette er antakelig ikke helt riktig. Det er mer sannsynlig at sluttetilbøyeligheten er høyere for de ansatte som pendler enn for de som har kort reisevei til jobb.¹⁹ Ettersom andelen ansatte som predikeres å ville ha sluttet ti og 20 år frem i tid er såpass høy, vurderer vi likevel at det ikke er nødvendig å differensiere sluttetilbøyeligheten etter hvorvidt man pendler. Dersom vi hadde lagt til grunn en høyere sluttetilbøyelighet for pendlere, ville mønsteret vi observerer under, med redusert pendling i fremtiden, bare ha blitt forsterket ytterligere. Mønsteret er konsistent med funnene til Transportøkonomisk Institutt rapport «Virkninger på transportomfang og klimagassutslipp av ulike tiltak og virkemidler – transportmodellberegninger» (TØI, 2015), som diskutert i kapittel 2.3.1.1.

Tabell 2-12: Fremskrevet bakgrunn for de ansatte i de ulike konseptene ti år frem i tid. Fremskrivingen tar høyde for naturlig avgang. Kilde: Menon Economics

Nytt arbeidssted	Hvor de ansatte kommer fra	2a (1)	2a (2)	2a (3)	2b-1 (1)	2b-1 (2)
Mo i Rana	Allerede ansatt ved enheten	204	33	28	221	139
Mo i Rana	Eksisterende ansatte ved Helgelandssykehuset som flytter nærmere ny arbeidsplass	6	0	0	5	0
Mo i Rana	Ansatte ved Helgelandssykehuset som pendler til ny jobb	22	0	0	15	0
Mo i Rana	Nyrekruttering	620	47	52	430	197
Mosjøen	Allerede ansatt ved enheten	12	15	95	17	19
Mosjøen	Eksisterende ansatte ved Helgelandssykehuset som flytter nærmere ny arbeidsplass	0	0	10	0	0
Mosjøen	Ansatte ved Helgelandssykehuset som pendler til ny jobb	0	0	62	0	0
Mosjøen	Nyrekruttering	28	25	645	23	21
Sandnessjøen	Allerede ansatt ved enheten	15	170	13	139	166
Sandnessjøen	Eksisterende ansatte ved Helgelandssykehuset som flytter nærmere ny arbeidsplass	0	4	0	0	11
Sandnessjøen	Ansatte ved Helgelandssykehuset som pendler til ny jobb	0	50	0	0	52
Sandnessjøen	Nyrekruttering	25	588	27	197	442

¹⁹ Dette blir også påstått av noen av de tillitsvalgte vi har intervjuet.

Tabell 2-13: Fremskrevet bakgrunn for de ansatte i de ulike konseptene 20 år frem i tid. Fremskrivningen tar høyde for naturlig avgang. Kilde: Menon Economics

Nytt arbeidssted	Hvor de ansatte kommer fra	2a (1)	2a (2)	2a (3)	2b-1 (1)	2b-1 (2)
Mo i Rana	Allerede ansatt ved enheten	83	10	17	93	67
Mo i Rana	Eksisterende ansatte ved Helgelandssykehuset som flytter nærmere ny arbeidsplass	2	0	0	2	0
Mo i Rana	Ansatte ved Helgelandssykehuset som pendler til ny jobb	4	0	0	6	0
Mo i Rana	Nyrekruttering	763	70	63	570	269
Mosjøen	Allerede ansatt ved enheten	8	8	43	3	4
Mosjøen	Eksisterende ansatte ved Helgelandssykehuset som flytter nærmere ny arbeidsplass	0	0	2	0	0
Mosjøen	Ansatte ved Helgelandssykehuset som pendler til ny jobb	0	0	29	0	0
Mosjøen	Nyrekruttering	32	32	738	37	36
Sandnessjøen	Allerede ansatt ved enheten	6	74	5	57	62
Sandnessjøen	Eksisterende ansatte ved Helgelandssykehuset som flytter nærmere ny arbeidsplass	0	2	0	0	3
Sandnessjøen	Ansatte ved Helgelandssykehuset som pendler til ny jobb	0	30	0	0	34
Sandnessjøen	Nyrekruttering	34	706	35	279	572

2.4 Rekruttering

I analysen av pendling, flytting og bosetting har vi lagt til grunn at alle stillinger blir besatt i alle konsepter. Det kan likevel være ulike rekrutteringsutfordringer i de ulike konseptene. Disse drøftes i dette kapitlet. Rekrutteringsutfordringer innebærer at det kan være krevende å rekruttere personell med tilstrekkelig høy kompetanse. Dette vil først og fremst innebære konsekvenser for det medisinske tilbudet, og vil således ikke være direkte relevant for samfunnsanalysen. Det som først og fremst er relevant for samfunnsanalysens del er hvorvidt valg av konsept bidrar til mer eller mindre krevende rekruttering av kompetent personell, og det er dette vi drøfter her.

2.4.1 Litteratur

I en nylig foretatt regional fremskriving av etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester kommer det frem at bemanningsbehovet i spesialisthelsetjenesten på Helgeland forventes å øke med 278 årsverk frem mot 2035, en økning på 14 prosent fra 2017 (Stefan Leknes, 2019). I tillegg til rekrutteringen som kreves for å fylle disse nye årsverkene kommer en eventuell nyrekruttering av ansatte som slutter som følge av ny sykehusstruktur, se kapittel 2.3.3.

En masteroppgave ved Nord universitet har undersøkt hvordan ansatte ved Helgelandssykehuset opplever å være i prosessen med endring i sykehusstruktur (Bjørn Olav Engebakken, 2016). Her uttrykker ansatte at de er bekymret for lange arbeidsreiser. Særlig er de bekymret for effekten en lokalisering langt fra de tre byene vil få for rekruttering.

Den eksterne ressursgruppa har vurdert hvordan lokalisering kan påvirke rekruttering til det nye Helgelandssykehuset. De trekker frem et variert jobbmarked, korte og effektive jobbreiser, variert tilbud av gode boliger, urbanitet/tjenestetilbud/fritidstilbud og god tilgang til grønt- og friområder som viktige faktorer. Disse faktorene samsvarer godt med faktorene som Oslo Economics fant i en samfunnsanalyse av ny sykehusstruktur i Nordmøre og Romsdal (Oslo Economics, 2012). Følgende faktorer var positive for rekruttering til sykehus: stort fagmiljø, kort pendlingsavstand, bo nært kultur/uteliv/service, bo nært natur/friluftsliv, få arbeidsdager på poliklinikk og mange jobbmuligheter for partnerne til de sykehusansatte.

Ressursgruppas rapport viser til at alle tre byene har et relativt variert arbeidsmarked, og at arbeidsreiser ikke er en kvalitet som skiller mellom de tre byene (her forutsettes at sykehuset lokaliseres i eller i nær tilknytning til byen). Heller ikke tilgang til grønt- og friområder regnes som en kvalitet som skiller seg mellom byene. Når det gjelder tilbudet av boliger, gjør ressursgruppa en sammenligning av boligmassens sammensetning og gjennomsnittspris på boliger i kommunene Vefsn, Alstahaug og Rana, samt av antall salg og gjennomsnittlige omsetningsdøgn for boliger i Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana. De finner at Rana har en større variasjon i boligmassen enn de to andre kommunene, at det omsettes flest boliger i Mo i Rana, mens de omsettes raskest i Mosjøen. For boligprisene ligger Rana høyest, og Rana har også hatt størst vekst i årene 2002-2017. Forfatterne understreker at høy boligprisvekst kan være negativt (tegn på lite fleksibelt marked, lavt tilbud), men at det vanligvis regnes som en indikasjon på at kommunen er attraktiv. På bakgrunn av funnene konkluderer rapporten med at Mo i Rana er best rustet til å rekruttere nye sykehusansatte med tanke på boligtilbud.

En rapport fra Vista Analyse gjennomført på oppdrag fra Rana utviklingselskap henviser til en undersøkelse fra UiT i 2013 som viser til at 47 prosent av helsepersonell i Troms og Finnmark helst vil jobbe på et sykehus i et urbant område, mot 21 prosent som helst vil jobbe på sykehus i ruralt område, og 21 prosent som helst vil jobbe med forskning/undervisning i universitets- og høyskolesektoren (John Magne Skjelvik, 2018). Rapporten viser også til at Rana har det største arbeidsmarkedet av de tre vertskapskommunene, noe som er positivt for rekruttering av helsepersonell ettersom det legger til rette for at også deres partnere kan finne relevant arbeid. Ressursgruppa vurderer at de ikke har data eller kunnskap til å rangere byene etter grad av urbanitet. De poengterer at vare- og tjenestetilbud ofte vil henge sammen med bystørrelse, men trekker frem at estetiske kvaliteter, samt hvordan kommunene satser på kultur, foreninger og frivillig aktivitet også er relevant for grad av urbanitet.

I en spesialrapport fra Konjunkturbarometret for Nord-Norge intervjues mellom 100 og 150 personer fra hver av ti byer i Nord-Norge om deres syn på kvaliteten på urbane tilbud i bysenteret der de bor (Menon Economics, 2018). Sandnessjøen og Mo i Rana inngår i studien. Andelen som er enig eller helt enig i at «Sentrum i min by har et godt tilbud av butikker, banker, frisører, hudpleie og andre handelstjenester» er relativt lav i Sandnessjøen. Her skårer Mo i Rana noe bedre. Andelen som er enig eller helt enig i at «Sentrum i min by har et godt tilbud av kafeer, restauranter, barer, kinoer/teatre og konsertsteder» er relativt lav i begge byer sett opp mot de andre byene i Nord-Norge, og forskjellene mellom Sandnessjøen og Mo i Rana er små. I Sandnessjøen oppgir en stor andel at de opplever det som relativt enkelt å komme seg til sentrum uten bil. Andelen som svarer dette i Mo i Rana er markant lavere. Samlet sett finner ikke rapporten vesentlige forskjeller i vurderingen av sentrums-kvaliteter mellom de to byene.

2.4.2 Innspill fra interessenter

2.4.2.1 Kommunene

I sitt felles høringssvar viser de 12 kommunene til at ressursgruppas rapport vurderer at alle de tre bykommunene kan fungere godt når det kommer til rekruttering til et nytt stort akuttsykehus. De mener at argumentene ressursgruppa bruker for å differensiere mellom de tre byene er spissfindigheter og synsing, og at så lenge alle tre byer kan fungere godt, bør det ikke veie for tungt at Rana har den største byen.

Alle de tre vertskapskommunene bruker størrelse på fagmiljø som argument for at de kan rekruttere godt. Rana kommune viser til ressursgruppens rapport, som viser at Mo i Rana har det største fagmiljøet. Vefsn kommune og Alstahaug kommune mener det er grunn til å se på rekruttering til sykehusene i Mosjøen og Sandnessjøen under ett, og peker på at de samlet har et større fagmiljø enn Rana, målt i antall spesialister. Alstahaug kommune stiller seg videre uforstående til ressursgruppas argument om at faren for tap av nøkkelpersonell i interimperioden er minst dersom nytt stort akuttsykehus legges til Mo i Rana. Kommunen viser til at samlet fagmiljø for Mosjøen og Sandnessjøen er større enn fagmiljøet i Mo i Rana, og understreker at det er mange år til nytt sykehus står ferdig, og at det følgelig vil være betydelig naturlig avgang i mellomtiden.

I intervjuer trekker de to vertskapskommunene sør på Helgeland frem at sykehuset i Mo i Rana i dag har større utfordringer knyttet til rekruttering enn sykehusene i Mosjøen og Sandnessjøen. Blant annet trekkes høyere vikarutgifter ved sykehuset i Mo i Rana frem som argument for å underbygge dette. Vefsn og Alstahaug viser også til Ranas utfordringer med å fylle fastlegehjemlene sine, og mener det er talende for kommunens evne til å rekruttere. Rana kommune påpeker at deres fastleger er utelukkende selvstendig næringsdrivende, og at det er en vesentlig forskjell å rekruttere leger til et ansettelsesforhold og det å rekruttere til næringsvirksomhet.

Det er stor uenighet blant kommunene på Helgeland rundt konklusjonene fra ressursgruppas rapport, og kapittelet om boligmarkedet trekkes frem i en rekke høringsinnspill og intervjuer. Flere kommuner mener det er lite relevant å vektlegge at Rana har en større andel leiligheter enn de andre kommunene som et mål på attraktivitet. Alstahaug og Herøy kommune påpeker dessuten at dersom variasjon i boligmarkedet er en indikator for rekrutteringsevne, burde historiske data vise at Rana rekrutterer bedre enn de andre vertskapskommunene, noe de mener ikke er tilfellet. Rana kommune stiller seg bak funnene fra ressursgruppas rapport.

Når det gjelder urbanitet viser Vefsn kommune til at Mosjøen, med bakgrunn i sin kvadratiske bystruktur, har estetiske kvaliteter som gjør den til en mer attraktiv by å bo i enn Mo i Rana. Vefsn trekker også frem at de kommer best ut av de tre vertskapskommunene på Kommunebarometeret.

2.4.2.2 Sykehuset

Vi har intervjuet flere personer i ledelsen ved Helgelandssykehuset om sykehusets rekrutteringsevne og -behov i dag og i fremtiden etter valg av ny sykehusstruktur: enhetsdirektørene ved Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen, fungerende forskningsleder, og samhandlingssjefen ved Helgelandssykehuset.

Enhetsdirektørene er samstemte om at deres enheter i stor grad rekrutterer ikke-medisinsk personell²⁰ fra enten arbeidsmarkedet i den enkelte vertskommune eller nærliggende kommuner til sykehuset. De fleste bor i vertskommunen, men enkelte av det ikke-medisinske personellet pendler i dag fra nærliggende kommuner til de ulike sykehusene. Det fremgår tydelig at den enkelte enhet i liten grad rekrutterer ikke-medisinsk personell fra arbeidsmarkedene i de øvrige vertskommunene. Blant ansatte i stillingskategoriene sykepleiere og spesialsykepleiere er nedslagsfeltet for rekruttering noe annerledes enn for ikke-medisinsk personell. Enhetsdirektøren ved Helgelandssykehuset Mo i Rana oppgir at den store majoriteten av sykepleierne de rekrutterer har bakgrunn fra Rana kommune, deretter sekundært fra Helgelandsregionen, mens de også ansetter en god del danske og svenske sykepleiere i vikarstillinger ved sykehuset. De er alle i hovedsak bosatt i Mo i Rana. Enhetsdirektøren ved Helgelandssykehuset Mosjøen oppgir at de rekrutterer sykepleiere fra kommunene Vefsn, Grane, Hattfjelldal og noe fra Leirfjord og Alstahaug. I tillegg er enkelte også rekruttert fra andre steder i landet. De som er rekruttert fra Helgeland er i hovedsak bosatt der de opprinnelig kom fra, mens de som er rekruttert utenfra Helgelandsregionen i høy grad har bosatt seg i Mosjøen. Enhetsdirektøren ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen oppgir at de rekrutterer 80 prosent lokalt fra Helgelandsregionen og kommunene i og rundt

²⁰ Alt personell som ikke jobber direkte med pasienter og behandling

Sandnessjøen. Den resterende andelen rekrutteres nasjonalt. Også her er tilfellet at sykepleierne i stor grad er bosatt i Sandnessjøen eller nærliggende kommuner.

Blant leger i LIS-løpet og overleger ved Helgelandssykehuset er det større variasjon mellom enhetene. Ved Helgelandssykehuset Mo i Rana oppgir enhetsdirektøren at overleger innen medisin for det meste er rekruttert regionalt fra enten Rana kommune eller Helgeland for øvrig, mens innen kirurgi og gynekologi har sykehuset utenlandske leger som har bodd på Helgeland over lengre tid. Ortopedene som jobber ved sykehuset, er hovedsakelig fra Rana kommune. Enhetsdirektøren ved Helgelandssykehuset Mosjøen oppgir at en høy andel av overlegene og spesialistene er rekruttert fra utlandet, hvor den resterende andel av overleger og spesialister er rekruttert fra andre regioner enn Helgeland i Norge. Enhetsdirektøren ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen oppgir at de rekrutterer både lokalt og regionalt: 50 prosent blir rekruttert regionalt fra Helgeland, mens 30 prosent rekrutteres nasjonalt. De resterende 20 prosentene er rekruttert fra utlandet. Enhetsdirektørene er samstemte i at overlegene og LIS-legene i stor grad velger å bosette seg i de respektive vertskommunene. Enhetsdirektøren for Helgelandssykehuset Sandnessjøen bekrefter at nedleggelsen av sykepleierutdanningen i Sandnessjøen har hatt en negativ effekt på deres rekrutteringsevne, og legger til at de nå snakker om å samarbeide med private aktører.

Enhetsdirektørene er samstemte om at tilsiget av LIS1-legger oppleves som god og stabil over tid. Rekrutteringen av disse er fra studiesteder over hele landet, og de legene som velger å ta sitt LIS1-løp ved Helgelandssykehuset er en blanding av personer med tilknytning til Helgeland og personer uten tilknytning. Motivasjonen for mange LIS1-legger for å jobbe ved Helgelandssykehuset kan forklares med brede og varierte arbeidsoppgaver med høy grad av innflytelse på den daglige driften som man ellers kanskje ikke ville fått ved større foretak andre steder i Norge. For leger i høyere nivåer på LIS-utdanningen har en større og større andel lokal tilknytning til Helgeland. Som for de øvrige stillingskategoriene innen helsefaglig personell, velger LIS-legene i stor grad å bosette seg i vertskommunen.

Enhetsdirektørene identifiserer en rekke faktorer som de anser som rekrutterende. Disse kan kategoriseres på følgende måte:

1. Bredd og kvalitet på fagmiljøet
2. Karrieremuligheter
3. Lønn
4. Lokal tilhørighet blant de ansatte
5. Avstand og attraktivitet til bo- og arbeidsmarked

Enhetsdirektøren ved Helgelandssykehuset Mo i Rana anser særlig kategori 1, bredde og kvalitet på fagmiljøet, og kategori 5, avstand og attraktivitet til bo- og arbeidsmarked, som viktige faktorer i rekrutteringen av sykepleiere og leger. Spesielt for legene har kategori 1 stor betydning for hvor man ønsker å arbeide – dette henger sammen både med muligheter for faglig utvikling og spesialisering, men også med belastningen en lege vil oppleve ved å være eneste spesialist i et fagområde. Kategori 5 relaterer seg særlig til de ansattes livs- og familiesituasjon. Ofte er de som rekrutteres i etableringsfasen av livet og har stiftet/skal stifte familie. I valget om en lege eller sykepleier ønsker å arbeide ved Helgelandssykehuset Mo i Rana, oppgis det at mulighetene for partnerarbeidsplasser og tilbud av offentlige tjenester (e.g. skole og barnehage) er viktige faktorer inn avgjørelsen for hvorvidt de ønsker å arbeide ved sykehuset eller ikke.

Enhetsdirektøren ved Helgelandssykehuset Mosjøen anser kategori 4, lokal tilhørighet blant de ansatte, som den viktigste faktoren når det gjelder hvorfor ikke-medisinsk personell velger å arbeide ved sykehuset. Blant leger og sykepleiere anser enhetsdirektøren kategori 1 som spesielt viktig. Argumentene er på linje med enhetsdirektøren ved Helgelandssykehuset Mo i Rana. Enhetsdirektøren nevner også viktigheten av karrieremuligheter, i form av at lokalsykehus av natur tilbyr et større spenn av arbeidsoppgaver og faglig ansvar enn det større foretak gjør, noe som igjen bidrar til rask læring og bred kompetanse som ofte er attraktivt i helsesektoren. Også

enhetsdirektøren ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen peker på kategori 4 lokal tilhørighet som den viktigste årsaken til at ansatte ønsker å jobbe ved sykehuset, mens kategori 1 er den nest viktigste.

Felles for alle tre enhetene er altså at de vurderer den lokale tilhørigheten, og det at medisinsk ansatte må håndtere mange og varierte arbeidsoppgaver og dermed raskt opparbeider seg bred kompetanse, som viktige faktorer for rekrutteringen i dag.

Når de vurderer rekrutteringsutfordringer fremover, og etter et konseptvalg, trekker alle tre frem at det vil være lettere å rekruttere leger som spesialiserer seg til samlede fagmiljøer der de kan være spissere og ikke måtte jobbe som generalister, og at størrelsen og bredden på arbeidsmarkedet for partner er viktig for å rekruttere.

2.4.2.3 Representanter for de ansatte

Vi har gjennomgått og vurdert høringsinnspill fra alle organisasjonene som organiserer ansatte ved Helgelandssykehuset. I tillegg har vi gjennomført egne intervjuer med de hovedtillitsvalgte fra Yngre legers forening (YLF), fra Overlegeforeningen (OLF) og fra Norsk sykepleierforbund (NSF) ved alle de tre enhetene.

Legeforeningen Nordland mener at det ikke skal legges så mye vekt på urbanitet i vurderingen av rekrutteringsmulighetene, fordi at det å velge et felles stort akuttsykehus på Helgeland vil virke rekrutterende i seg selv.

Intervjuene med de tillitsvalgte fra YLF og OLF bekrefter i stor grad inntrykket fra intervjuene med enhetslederne ved Helgelandssykehuset. Fellestrekk er at det er mange lokale blant legene i spesialisering, mens det er en god del med utenlandsk bakgrunn blant overlegene. Her skiller Mosjøen seg ut, hvor alle overleger rekruttert etter 2007 har utenlandsk bakgrunn. De peker alle på at lokal tilhørighet, kort reisevei og differensierte arbeidsmarkeder for partner er viktig for rekrutteringen i dag. Det oppleves krevende å rekruttere overleger og å holde på leger etterhvert som de spesialiserer seg. Her peker flere på at man ofte foretrekker større fagmiljøer der man ikke er den eneste spesialisten innen sitt felt. Det er en opplevelse av at et felles stort akuttsykehus kan rekruttere bedre, men de tillitsvalgte i Mo i Rana er oppmerksomme på at dagens funksjonsdeling innebærer at ikke alle fagmiljøer blir større kun fordi de ulike funksjonene samlokaliseres ved ett sykehus.

De tillitsvalgte i Mo i Rana opplever pendlevilligheten som lav, og nevner at de ansatte har et inntrykk av at pendling til Mosjøen eller Sandnessjøen kan måtte innebære ukependling. Det oppleves lite attraktivt. Også i Mosjøen opplever man lav pendlevillighet, men at den er høyere til Sandnessjøen enn til Mo i Rana. De ansatte i Sandnessjøen opplever at pendlevilligheten er høy, og peker på at mange ambulerer til DMS i Brønnøysund i dag. De ansatte ved Mosjøen og Mo i Rana vil oppleve ambuleringsplikt til et DMS som negativt.

Representantene fra NSF ved de ulike avdelingene har også i stor grad samme virkelighetsoppfatning, og deler de fleste synspunktene med enhetsdirektørene. Representantene fra Sandnessjøen og Mo i Rana peker på bredden og tyngden på fagmiljøet som viktige rekrutteringsfaktorer. Representanten fra Mosjøen opplever at det noe mindre fagmiljø gjør rekrutteringen mer utfordrende. Representanten fra Mo i Rana peker på de nyutdannede rett fra Nord universitet som en viktig rekrutteringskilde. Alle tre opplever at man først og fremst rekrutterer lokalt, og at det er lokal tilhørighet som er viktig. Folk studerer ofte ute og flytter hjem når de skal ha jobb eller når de skal stifte familie. Da er det nærhet til arbeidsplassen og tilgang på partnerarbeidsplasser som er viktig. De trekker også frem andre mulige karriereveier enn å jobbe som sykepleier, og alle opplever lav pendle- og flyttevillighet blant sine medlemmer. Dette gjelder også mellom Mosjøen og Sandnessjøen. Alle tre peker på pliktig ambulering til DMS som noe svært negativt for de fleste, selv om enkelte av de mer erfarne, som har en enklere hjemmesituasjon, kan oppleve det som spennende faglige utfordringer.

Så godt som alle de intervjuede tillitsvalgte peker på utfordringer i interimperioden, der man risikerer negative spiraler ved at noen ansatte begynner å søke seg vekk tidlig så fort det blir vedtatt at arbeidsplassen deres skal flyttes. Man frykter også at det blir vanskelig å erstatte disse, da eventuelt nyansatte blir rekruttert inn i et uforutsigbart arbeidsforhold.

2.4.2.4 Andre aktører

I tillegg til de mange høringsinnspillene som har kommet inn, har vi også drøftet rekruttering og rekrutteringsutfordringer i intervjuene med Nord universitet, med Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø og med Nordlandssykehuset i Bodø.

Dekan ved fakultet for sykepleie og helsevitenskap ved Nord universitet trekker frem den gjensidige avhengigheten mellom Nord universitet og Helgelandssykehuset, der Helgelandssykehuset styrker utdanningen ved universitetet og universitetet utdanner gode kandidater til Helgelandssykehuset. Universitetet opplever at nærhet til sykehuset er viktig for rekrutteringen av sykepleiestudentene, som ønsker enkel gjennomføring av praksis. De tror at rekrutteringen til Campus Helgeland (i Mo i Rana) kan svekkes dersom det ikke lenger vil være akuttssykehus på Mo, men sier at valg av ny sykehusstruktur vil trolig ikke alene være tilstrekkelig til å utløse ny campusstruktur på Helgeland. Det bemerkes at Nord universitet allerede i dag sender praksiskandidater til alle enhetene ved Helgelandssykehuset, slik at langt fra all praksis gjennomføres i umiddelbar nærhet til campus.

UNN viser til at de samarbeider med Helgelandssykehuset om gjennomføring av spesialisering, slik at kandidater kan få dekket de læringsmål de ikke får dekket ved Helgelandssykehuset ved UNN. Kandidater ønsker ofte å bli værende ved UNN på grunn av det store fagmiljøet, som blant annet innebærer lavere vaktbelastning på den enkelte. UNN har ikke store meninger om selve lokaliseringsvalget, men mener det er viktig at Helgelandssykehuset samlokaliseres. Det vil gi større fagmiljøer som både gir bedre faglige arbeidsdager for de ansatte og mindre belastning på den enkelte. I høringssvaret skriver de: «Vi mener ett stort akuttssykehus best vil møte den faglige og teknologiske utviklingen i en stadig mer spesialisert spesialisthelsetjeneste. Videre er UNNs erfaring at helsepersonell ønsker å jobbe i et større fagmiljø og med en mer familievennlig vaktbelastning enn det som er mulig å etablere ved flere små lokalsykehus.»

Akuttmedisinsk klinikk ved UNN er enig i at det bør etableres ett stort akuttssykehus, men mener at dette bør lokaliseres sør for Korgfjellet. De mener at dette vil kunne rekruttere bedre, da det reduserer ambuleringstiden til DMSene. Fagrådet for Legevaktsentralen på Helgeland stiller seg bak dette høringsinnspillet.

Nordlandssykehuset trekker også frem samlokalisering og sterkere fagmiljøer om viktig for rekrutteringen, og at dette også vil gjøre det lettere å beholde ansatte over lengre tidsperioder. Nordlandssykehuset bemerker at ved et stort akuttssykehus vil Helgelandssykehuset i større grad begynne å konkurrere med Nordlandssykehuset om ansatte spesialister innenfor noen fagområder.

Flere interessenter, fra ulike hold, har pekt på viktigheten av å bruke oppdaterte pendlingstall etter åpningen av Tøntunnelen. Det har vi tatt hensyn til i vår analyse ved at vi har analysert pendlingen opp mot pendlingstall på grunnkrets nivå fra SSB for året 2018.

2.4.3 Spørreundersøkelsen

I spørreundersøkelsen ble de ansatte bedt om å rangere følgende årsaker etter hvor viktige de var for at de startet å jobbe ved Helgelandssykehuset: karriereutvikling, lønn, arbeidsmiljø, lokal tilhørighet, spennende arbeidsoppgaver, jobbtrygghet, natur- og friluftsmuligheter, mangle på andre muligheter og andre årsaker. Tabellen under viser hvor stor andel av respondentene som valgte de ulike faktorene som én av de tre viktigste årsakene til at de begynte i jobben.

Svarene indikerer at lokal tilhørighet er mindre viktig for de ansatte i legestillinger enn for andre stillingstyper. Den samme tendensen finner vi for spennende arbeidsoppgaver og jobbtrygghet. Samtidig ser vi at ansatte i disse stillingstypene rangerer faktorene arbeidsmiljø og natur- og friluftsmuligheter høyere enn andre ansatte.

Tabell 2-14: Andel ansatte rangerte følgende som en av topp tre grunner til å begynne i jobben ved Helgelandssykehuset

Stillingstype	Karriereutvikling	Lønn	Arbeidsmiljø	Tilhørighet	Arbeidsoppgaver	Jobbtrygghet	Natur/friluft	Mangel på muligheter	Annet
Annen stillingstype	33 %	11 %	37 %	62 %	54 %	46 %	20 %	5 %	9 %
Ikke-medisinsk ansatt	42 %	15 %	22 %	63 %	57 %	43 %	15 %	7 %	10 %
LIS-1	56 %	33 %	78 %	44 %	33 %	0 %	56 %	0 %	0 %
LIS-2/LIS-3	57 %	11 %	68 %	43 %	43 %	18 %	39 %	4 %	11 %
Overlege	23 %	28 %	59 %	44 %	44 %	28 %	41 %	0 %	21 %
Spesialsykepleier	34 %	6 %	38 %	62 %	64 %	40 %	22 %	3 %	14 %
Sykepleier	36 %	7 %	46 %	62 %	61 %	38 %	13 %	0 %	11 %

Når vi kontrollerer for ansatte som oppgir at de har vokst opp i samme kommune som de jobber i, finner vi samme tendens. For dette utvalget er det likevel en stor andel som har rangert lokal tilhørighet blant de tre viktigste årsakene til at de begynte i jobben. Det er også fortsatt en betydelig viktigere faktor for ansatte som ikke har legestillinger enn for legene.

Tabell 2-15: Andel ansatte (som ikke er vokst opp lokalt) rangerte følgende som en av topp tre grunner til å begynne i jobben ved Helgelandssykehuset

Stillingstype	Karriereutvikling	Lønn	Arbeidsmiljø	Tilhørighet	Arbeidsoppgaver	Jobbtrygghet	Natur/friluft	Mangel på muligheter	Annet
Annen stillingstype	40 %	17 %	38 %	50 %	52 %	42 %	26 %	6 %	12 %
Ikke-medisinsk ansatt	32 %	16 %	30 %	54 %	54 %	41 %	19 %	11 %	8 %
LIS-1	67 %	50 %	67 %	17 %	50 %	0 %	50 %	0 %	0 %
LIS-2/LIS-3	58 %	16 %	63 %	32 %	37 %	26 %	42 %	5 %	11 %
Overlege	23 %	33 %	60 %	27 %	43 %	23 %	47 %	0 %	27 %
Spesialsykepleier	36 %	9 %	39 %	48 %	64 %	39 %	20 %	3 %	17 %
Sykepleier	32 %	9 %	40 %	52 %	58 %	42 %	14 %	0 %	15 %

Svarene på spørreundersøkelsen viser også at andelen blant de som ikke forlenger arbeidsforholdet sitt ved Helgelandssykehuset, som likevel svarer at de vil bli boende heller enn å flytte vekk, er høyere desto høyere innbyggertall i vertskommunen, se Tabell 2-8 på side 38. Dette tar vi til inntekt for betydningen av størrelsen på arbeidsmarkedet for rekrutteringsmulighetene. Se for øvrig mer utdypende om spørreundersøkelsen i Vedlegg – Spørreundersøkelsen mot de ansatte.

2.4.4 Analyse

Dataene viser, og det virker å være stor enighet blant intervjuobjektene om, at man først og fremst rekrutterer folk som allerede har lokal tilhørighet, og at dette er den viktigste rekrutteringsfaktoren. Dette vil ikke forandre seg i de ulike konseptene. Det er verdt å merke seg at man med lokal tilhørighet mener *svært* lokal. Om lag halvparten av respondentene på spørreundersøkelsen har vokst opp i kommunen de nå bor i. Dette er helt på linje med hva man pleier å finne i studier av bo- og oppvekststed (Sørli, Aure, & Langset, 2012). Disse søker jobb nær oppvekststedet og bosetter seg tett på arbeidsplassen, og har følgelig lav pendle- og flyttetilbøyelighet, selv internt på Helgeland. Dette virker særlig å gjelde sykepleiere. Overlegestanden fremstår mer todelt: Her rekrutteres det også en god del med utenlandsk bakgrunn. Disse har ved tilsettelse liten tilhørighet til Helgeland. Noen blir værende på Helgeland i lang tid, mens mange bruker Helgeland som et springbrett for en videre karriere i Norge. Disse er vesentlig mer tilbøyelige til å søke arbeid utenfor Helgeland dersom arbeidsplassen deres flyttes. For alle parter trekkes kort reisevei frem som et gode, og lokalisering utenfor sentrum som noe som vil redusere attraktiviteten til Helgelandssykehuset som arbeidssted.

Både Rana kommune og sykepleierens representant i Mo i Rana peker på nærhet til Campus Helgeland som en viktig rekrutteringskilde. Kommunene sør på Helgeland mener dette kan tillegges lite vekt da campus kan flyttes etter hvor sykehuset lokaliseres hvis dette er viktig. Dekan ved helsefag på Nord universitet sier at valg av ny sykehusstruktur vil alene trolig ikke være tilstrekkelig til å utløse ny campusstruktur på Helgeland, men det kan påvirke distribusjon av utdanninger i regionen, se kapittel 5.3.2.1. Ettersom samfunnsanalysen skal vurdere virkninger over en lengre tidsperiode, er det mulig at det over tid vil tilbys sykepleierutdanning også i de andre byene dersom sykehuset skulle legges dit, enten i regi av Nord universitet eller andre.

Etter å ha vurdert alle dataene vi har samlet inn, sier vi oss enig med den eksterne ressursgruppen i at det er svært lite som skiller de tre byene når det gjelder rekrutteringsevne som følge av sentralitet og urbanitet. Det er imidlertid to faktorer som trekker i at rekruttering vil være lettere i Mo i Rana enn i de to andre byene. Det første er at Mo i Rana kan tilby flere partnerarbeidsplasser, med et bredere utvalg. Litteraturen viser at dette er viktig, det trekkes frem av flere av interessentene vi har intervjuet, og det reflekteres også i at flere av de ansatte ved Mo i Rana enn ved de andre enhetene svarer at de heller vil bli boende og søke ny jobb enn å flytte vekk, dersom de ikke forlenger arbeidsforholdet sitt til Helgelandssykehuset. Flere av kommunene sør på Helgeland har spilt inn at Mosjøen og Sandnessjøen må vurderes å være del av den samme bo- og arbeidsmarkedsregion. I vurderingen av rekrutteringsmulighetene følger vi imidlertid de offisielle definisjonene, der Alstahaug og Vefsn inngår i hvert sitt bo- og arbeidsmarked (TØI, 2019). Hver for seg er de mindre enn Rana. For å vurdere at partnere til fremtidig sykehusansatte skulle kunne velge arbeidsplass helt uavhengig av bosted, ville vi ha måttet legge til grunn en vesentlig høyere pendlevillighet blant disse enn blant de øvrige sysselsatte på Helgeland i dag. Dette har vi ikke funnet grunnlag for.²¹

Det andre er nærheten til Campus Helgeland. Det er et nært bånd mellom sykepleierutdanningen ved Campus Helgeland og sykehuset i Mo i Rana, og sykehuset i Sandnessjøens opplevde negative rekrutteringskonsekvenser da sykepleierutdanningen der bortfalt. På lengre sikt er det dog mulig at endret sykehuslokalisering vil gi endringer i utdanningstilbudet. Det er derfor ikke lett å si noe om hvor store disse effektene er.

Basert på ren størrelse er vi også enig i at Mo i Rana har det boligmarkedet som per i dag er best egnet til å rekruttere nyansatte. Likevel er det slik at sykehuslokalisering i Mosjøen eller Sandnessjøen forventes å måtte innebære oppføring av et hundretalls nye boliger, se våre beregninger i kapittel 6.1. Det er ingenting i veien for at disse kan tilpasses de behovene som de tilflyttende måtte ha. Man må forvente at boligprisene vil stige når sykehusbeslutningen tas, og mer i Mosjøen og Sandnessjøen enn i Mo i Rana.

Etter lokal tilhørighet er det bredden og tyngden på fagmiljøet, med tilhørende mulighet for dypere spesialisering, god faglig utvikling og lavere belastning på den enkelte spesialist som trekkes frem som det viktigste for rekrutteringen. Mange av intervjuobjektene, både ansatte, UNN og Nordlandssykehuset, peker derfor på at en todelt løsning vil være det dårligste alternativet. Vår vurdering er derfor også at rekrutteringsmulighetene vil være bedre ved ett stort akuttssykehus enn ved en todelt løsning.

²¹ I våre analyser av fremtidige pendlingsmønstre for de ansatte, kapittel 2.3, har vi benyttet oss utelukkende av spørreundersøkelsen mot de ansatte. Bo- og arbeidsmarkedsdefinisjonene spiller således ingen rolle for vår vurderingen av de ansattes pendling.

3 Konsekvenser for det lokale næringslivet

I dette kapittelet analyserer vi hvilke følger de ulike sykehuskonseptene får for det lokale næringslivet på Helgeland, gjennom endringer i Helgelandssykehusets vare- og tjenestekjøp og endringer i husholdningenes konsum som følge av endret bosetting. Først følger innledning og sammendrag, der hovedfunnene presenteres. Resten av kapittelet er bygget opp som følger: I kapittel 3.2 refererer vi til interessentinnspill i form av intervjuer, høringsuttalelser og andre skriftlige innspill. I kapittel 3.3 presenteres analyse og funn av sykehuslokaliseringens påvirkning på næringslivet i de ulike regionene.

3.1 Innledning og sammendrag

Valget av sykehuslokalisering vil påvirke næringslivet i de ulike regionene på Helgeland, hovedsakelig gjennom to kanaler. For det første kjøper sykehuset et sett med varer og tjenester fra det lokale næringslivet, der avstand til leverandørene ofte vil påvirke valget av leverandør. I tillegg fører valget av sykehuslokalisering til en endring i bosettingsmønsteret i regionen, som analysert i kapittel 2. En endring i bosettingsmønster vil også påvirke hvor mye varer og tjenester som blir etterspurt fra private husholdninger i de ulike regionene. I dette kapittelet presenterer vi en kartlegging av næringsimpulsene ved en endring av sykehuslokaliseringen på Helgeland, og hvordan disse impulsene forplanter seg i økonomien i form av sysselsettings- og verdiskapingsvirkninger. I tillegg drøfter vi andre virkninger valget av lokalisering av Helgelandssykehuset vil kunne ha for næringslivet i de ulike regionene.

Som nevnt over, kjøper sykehuset et sett med varer og tjenester fra lokale leverandører. Det lokale vare- og tjenestekjøpet vil i ulik grad påvirkes av lokaliseringen av Helgelandssykehuset. For eksempel vil kjøp av fjernvarme, kantinetjenester og renholdstjenester i stor grad påvirkes av lokalisering, mens det er mer uklart hvordan for eksempel transporttjenester ved ulike lokasjoner vil påvirkes av sykehuslokaliseringen. Med bakgrunn i oversikt over Helgelandssykehusets vare- og tjenestekjøp i 2018, samt intervjuer med innkjøpsavdelingen ved Helgelandssykehuset, har vi lagt til grunn at et lokalt vare- og tjenestekjøp på i overkant av **50 millioner kroner** årlig vil påvirkes av sykehuslokaliseringen.

I kapittel 2 analyserer vi hvordan valget av sykehusstruktur vil påvirke bosettingsmønsteret i regionen. Denne endringen legger grunnlaget for den andre hovedimpulsen mot næringslivet, at store deler av husholdningers konsum kjøpes lokalt. Dersom en ansatt, sammen med resten av husholdningen sin, flytter fra en region som følge av endret sykehusstruktur, vil også det lokale vare- og tjenestekjøpet fra denne husholdningen forsvinne. Tilsvarende vil tilflyttede husholdninger i andre regioner øke konsumimpulsene mot næringslivet i disse regionene. Med bakgrunn i kartleggingen fra kapittel 2 og SSBs oversikt over norske husholdningers konsum i ulike næringer, har vi kartlagt hvordan en endret sykehusstruktur vil påvirke konsumimpulsen mot det lokale næringslivet i de ulike konseptene.

De to impulsene mot næringslivet representerer en endring i omsetningen for de lokale bedriftene som får en endring i etterspørselen direkte gjennom sykehusets eller de ansattes vare- og tjenestekjøp. Denne endringen i omsetning gir grunnlag for det som kalles direkte sysselsettings- og verdiskapingseffekter, estimert ved hjelp av faktiske forholdstall mellom omsetning og henholdsvis verdiskaping og sysselsetting for ulike næringskategorier på Helgeland.

Videre vil den direkte endringen i aktivitetsnivået i de ulike regionene forplante seg andre steder i økonomien gjennom såkalte ringvirkningseffekter. Bedriftene som opplever en endring i aktivitetsnivået, vil kunne endre sine egne vare- og tjenestekjøp fra andre aktører i regionen. Dette legger grunnlaget for det vi betegner som indirekte sysselsettings- og verdiskapingseffekter. De indirekte virkningene estimeres ved hjelp av Menons anerkjente ringvirkningsmodell ITEM, som benytter seg av kunnskap om størrelse og sammensetningen av næringslivet i ulike regioner og om vare- og tjenestekjøpsstrømmer mellom ulike næringer og ulike regioner.

Totale estimerte effekter for sysselsettingen i næringslivet i de ulike regionene er presentert i tabellen nedenfor. De totale effektene består av direkte og indirekte sysselsettingseffekter.

Tabell 3-1: Totale sysselsettingseffekter for næringslivet i de ulike regionene for de ulike konseptene for sykehuslokalisering.²² Sysselsettingseffektene er oppgitt i antall ansatte.

Konsept	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen
2a (1)	59	-16	-34
2a (2)	-30	-9	55
2a (3)	-29	72	-18
2b-1 (1)	23	-13	-9
2b-1 (2)	-20	-9	28

Tabellen viser en åpenbar sammenheng mellom endringen i størrelsen på den lokale sykehusenheten og virkningene for næringslivet i regionen. Den største positive enkeltvirkningen for en region finner man for Mosjøen i konsept 2a (3), med en estimert sysselsettingseffekt i næringslivet på omtrent 72 ansatte. Dette tilsvarer i overkant av 1,2 prosent av de sysselsatte i næringslivet i regionen i dag.

Den største negative virkningen, både i absolutte og relative verdier, ser man for Sandnessjøen i konsept 2a (1), som opplever en estimert nedgang i sysselsetting i næringslivet på i overkant av 30 ansatte. Dette tilsvarer nærmere 1 prosent av sysselsettingen i næringslivet i regionen i dag. Dersom målet er å minimere verste utfall for den regionen som kommer dårligst ut, er konsept 2b-1 (1) det beste konseptet, der ingen regioner mister aktivitet i arbeidslivet tilsvarende mer enn 13 ansatte.

Samlet sett ser vi at sysselsettingseffektene i næringslivet gjennom de to kartlagte impulsene er begrenset, og lavere enn den estimerte endringen i arbeidstilbud gjennom partnere som flytter sammen med ansatte ved Helgelandssykehuset. Vi finner derfor ikke grunnlag til å tro at virkningene i næringslivet, gjennom de kartlagte impulsene, gir grunnlag for ytterligere endringer i befolkningsmønsteret i regionen.

Det må poengteres at det er betydelig usikkerhet knyttet til flere av de estimerte effektene. For det første bygger kartleggingen av impulsene på et sett med forutsetninger som er beheftet med noe usikkerhet. Videre bygger estimeringen av sysselsettingseffekter på en forutsetning om at forholdet mellom omsetning og sysselsetting i næringen i dag er representativ også for en endring i aktivitetsnivået i næringen. I dette ligger det implisitt en forutsetning om at bedriftene i næringen opererer på full kapasitet i dag og vil måtte skalere opp bruken av alle innsatsfaktorer likt, ved en økning i aktivitetsnivået. For de indirekte virkningene vil det være noe usikkerhet knyttet til modelleringen av den lokale andelen av bedriftenes vare- og tjenestekjøp.

I tillegg til de kvantifiserte virkningene eksisterer et sett med mer dynamiske virkninger som er mer krevende å kvantifisere. Vi har vurdert det slik at sykehuslokaliseringen vil påvirke kompetansetilgjengeligheten til næringslivet gjennom partnere som flytter med de sykehusansatte. Her vil effekten trolig være størst for Sandnessjøen, som har det minste næringslivet i utgangspunktet. I tillegg vil nærhet til sykehus kunne være en faktor som påvirker bedrifters lokaliseringvalg i fremtiden, ettersom det blant annet vil kunne påvirke bedriftenes egne utgifter til beredskap. Dette diskuteres i større grad i kapittel 7. Her konkluderes det med at det er lite sannsynlig at valget av sykehuslokalisering vil påvirke lokaliseringvalget til næringslivet som allerede er lokalisert i de ulike regionene. Det vil dermed være lite som skiller lokasjonene når det gjelder denne virkningen. Videre vurderer vi sannsynligheten for utviklingen av helseklynge som lav. Til slutt har vi vurdert at endringen i befolkningsstørrelse

²² Merk at summen av næringseffektene på tvers av regioner er ulik. Dette skyldes ulik grad av nyrekruttering i de ulike alternativene.

i de ulike regionene, som følge av de ulike alternativene, i seg selv trolig ikke er store nok til å endre befolkningsveksten i regionene (såkalte agglomerasjonseffekter).

I Vedlegg – Økonometrisk studie av endringer i statlig sysselsetting, presenterer vi resultatene av en empirisk analyse av effekten av positive og negative sjokk i statlig sysselsetting på sysselsetting i privat næringsliv i enkelte kommuner. Der finner vi at positive sjokk i statlig sysselsetting fører til en økning i sysselsettingen i privat næringsliv. Dette er konsistent med analysene i resten av dette kapitlet, og underbygger antakelsen om at en økning i sysselsettingen i statlig sektor ikke fortrenger aktivitet i privat næringsliv. For negative sjokk finner vi mer tvetydige resultater, der et negativt sjokk gir positive endringer i privat sysselsetting i noen tilfeller, og negative i andre. Generelt er det vanskeligere å si noe om de langsiktige virkningene av negative sysselsettingssjokk, noe man også kjenner igjen fra negative sysselsettingssjokk i privat sektor.

I analysen er det i utgangspunktet lagt til grunn at sykehusene i de ulike konseptene er lokalisert i bysentrene. Dersom man i stedet lokaliserer sykehusene 20 minutter nærmere det demografiske midtpunktet i regionen, ref. diskusjonen om «omegn» i kapittel 1, vil resultatene kunne bli noe annerledes. For konseptene med stort sykehus i Mo i Rana vil trolig en lokalisering av sykehus 20 minutter lenger sør i liten grad påvirke resultatene, da størsteparten av impulsene, på grunn av størrelse og nærhet, fremdeles vil tilfalle Mo i Rana. Dersom man legger sykehuset 20 minutter nordøst for Sandnessjøen, i stedet for i Sandnessjøen sentrum, er det sannsynlig med noe lavere effekter for Sandnessjøen og noe høyere effekter for Mosjøen, og vice versa dersom sykehuset i Mosjøen legges 20 minutter nordvest for sentrum.

Næringseffektene presentert i dette kapittel er de varige årlige effektene av endret sykehusstruktur knyttet til drift og representerer dermed hvordan situasjonen vil se ut når den har stabilisert seg. I en tilpasningsperiode vil mønsteret sannsynligvis se noe annerledes ut, for eksempel ved at næringslivet vil bruke noe tid på å skalere produksjonen eller ved at midlertidig arbeidsledighet for de som velger å slutte i jobben vil gi redusert konsum i en periode.

I tillegg til de varige effektene av drift vil man også kunne se midlertidige virkninger for næringslivet i forbindelse med byggingen av de forslåtte sykehusene og nødvendige boliger for ansatte (ref. analyse av boligmarkedet i kapittel 6). Ettersom disse effektene er midlertidige av natur vil de ikke innebære like store virkninger for de berørte regionene, og er dermed av mindre interesse for denne utredningen. Erfaringsmessig vet man at store offentlige utbygginger som disse sykehusutbyggingene vil være, i mindre grad benytter seg av lokalt næringsliv. Her er det vanlig å bruke store nasjonale totalleverandører, som ofte bruker arbeidskraft som kun midlertidig vil være lokalisert i regionen. Eventuell boligutbygging vil antakeligvis i større grad tilfalle lokalt næringsliv, men ettersom også denne impulsen kun er midlertidig er det vanskelig å si noe om hvordan dette vil slå ut i næringslivet i regionene over tid.

3.2 Innspill fra interessenter

3.2.1.1 Høringsinnspill

LetSea AS skriver i sitt høringssvar at dersom Alstahaug mister sitt sykehus, vil det ha avgjørende betydning for deres tilgang på kompetent arbeidskraft. De mener at en viktig forutsetning for videre vekst i havbruksnæringen er at sikkerheten blir ivaretatt. En viktig faktor for at LetSea kan tiltrekke seg de riktige og kloke hodene, er arbeidsplass til deres partner, eksempelvis ved sykehuset i Sandnessjøen. Aker BP skriver også at sykehuset i Sandnessjøen er viktig for deres evne til å rekruttere kompetent arbeidskraft for å sikre veksten som forventes i petroleumsaktiviteten på Helgelandskysten fremover.

Alcoa Mosjøen skriver i et høringssvar at de er avhengige av å sikre en stabil tilgang på kompetanse og arbeidskraft for å opprettholde sin ledende posisjon som eksportbedrift. De legger også vekt på at de er underlagt storulykkeforskriften, og at nærhet til akutt sykehus er en viktig del av deres beredskap. Mosjøen Eiendoms

Companie skriver at ressursgruppa gjør feil når de legger til grunn at Rana er større i dag, og trekker frem at et nytt sykehus vil stimulere til vekst i både boligmarked og arbeidsliv, slik man blant annet har sett rundt Gardermoen etter flyplassen ble bygget.

I et hørings svar fra industrien i Rana påpekes det at akuttsykehus på Mo er en sentral del av Mo Industriparks beredskap, samt at nærheten mellom en av landets største industriparker og det framtidige akuttsykehuset vil styrke rekrutteringsevnen til begge miljøene. Ranaregionens næringsforening tror en lokalisering i Nord-Norges tredje største by gir langt bedre økonomiske ringvirkninger og helsetilbud enn å plassere sykehuset mellom to byer eller på et lite sted. De mener det vil være uforsvarlig å flytte sykehuset ut av det største regionsenteret på Helgeland og ledende industrimiljøet i Nord-Norge.

I et felles hørings svar trekker Lurøy Kystparti, Lurøy KrF og FrP frem at øyene på Helgeland representerer nødvendig verdiskaping i nord, som tilfører samfunnet utvikling, innovasjon og framtidstro. De mener det er helt nødvendig for framtidig satsing og verdiskaping i kystsamfunnene at tilgangen til likeverdige helsetjenester er til stede.

3.2.1.2 Intervjuer

Alle de tre vertskapskommunene trekker i intervjuer frem lokale næringsaktører som har spesiell interesse av nærhet til sykehuset i dag. Rana kommune trekker frem tungindustrien sentrert rundt Mo Industripark og dens avhengighet av god akuttberedskap, det samme gjør Vefsn kommune for Alcoa Mosjøen. Alstahaug kommune trekker frem oljeselskapenes baser i Sandnessjøen, og sykehuset som et viktig premiss for at disse basene ble lokalisert der i utgangspunktet. Flere av kystkommunene trekker også frem forventet vekst i havbruksnæringene, og mener økt avstand til akuttsykehus for kystnæringene kan føre til færre kompetansearbeidsplasser i kommunene, noe som er nødvendig for å tilrettelegge for denne veksten.

Flere kommuner vi har intervjuet trekker frem at reiselivsnæringen er blant næringene i sterkest vekst på Helgeland, og at denne næringen er mer utsatt for ulykker enn de fleste andre næringene på Helgeland. I intervjuer med Menon uttrykker disse kommunene en frykt for at økt avstand til nærmeste akuttsykehus vil kunne bidra til å hemme veksten i reiselivsnæringen.

3.3 Analyse

Som vi har vært inne på tidligere er det endret størrelse på sykehuset i regionen som er den grunnleggende impulsen som legger grunnlaget for hele analysen. Denne impulsen vil også påvirke næringslivet, hovedsakelig gjennom to kanaler:

- 1) Virkninger for næringslivet gjennom økt konsum i regionen
- 2) Virkninger for næringslivet gjennom sykehusets vare- og tjenestekjøp i regionen

Dette er økonomiske impulser som skaper samfunnsmessige verdier i det lokale næringslivet i form av verdiskaping og sysselsetting i de lokale bedriftene. Videre er det vanlig å dele næringslivsvirkninger inn i fire kategorier:

- 1) **Direkte virkninger:** Sysselsetting og verdiskaping i de bedriftene som opplever en økning i aktivitetsnivået direkte som følge av endret sykehuslokalisering.
- 2) **Indirekte virkninger:** Sysselsetting og verdiskaping i de bedriftene som opplever en økning i aktivitetsnivået gjennom vare- og tjenestekjøpene til de bedriftene som opplever de direkte effektene.
- 3) **Induserte virkninger:** Sysselsetting og verdiskaping i de bedriftene som opplever en økning i aktivitetsnivået gjennom en økning i konsumet fra økt aktivitet i næringslivet. Ettersom konsumet til partnere som følger med i flytteprosessen allerede er regnet inn som en impuls, står man i fare for en dobbelttelling av effekter dersom man inkluderer induserte virkninger i denne sammenheng.

4) **Katalytiske virkninger:** Dynamiske virkninger i næringslivet som følge av sykehuslokalisering.

Endringen i sykehusstrukturen på Helgeland kan ses på som et engangssjokk mot økonomien i regionen som vil gi varige skift i sysselsetting og verdiskaping. Alle resultatene som presenteres i denne analysen er derfor presentert som varige årlige virkninger. Det vil presiseres i teksten dersom det er grunn til å tro at virkningene vil variere over tid.

Det geografiske nedslagsfeltet det settes søkelys på i analysen er bo- og arbeidsmarkedsregionene Rana (Rana og Hemnes), Vefsn (Vefsn, Hattfjelldal og Grane) og Alstahaug (Alstahaug, Dønna og Leirfjord), som er de tre regionene som opplever endringer i sykehusstrukturen mellom nullalternativet og de ulike konseptene. Brønnøysund vil ha et DMS i alle konseptene, og det er lite grunnlag til å anta at næringslivet i Brønnøysund i vesentlig grad vil påvirkes ulikt av de ulike konseptene for sykehuslokalisering på Helgeland.

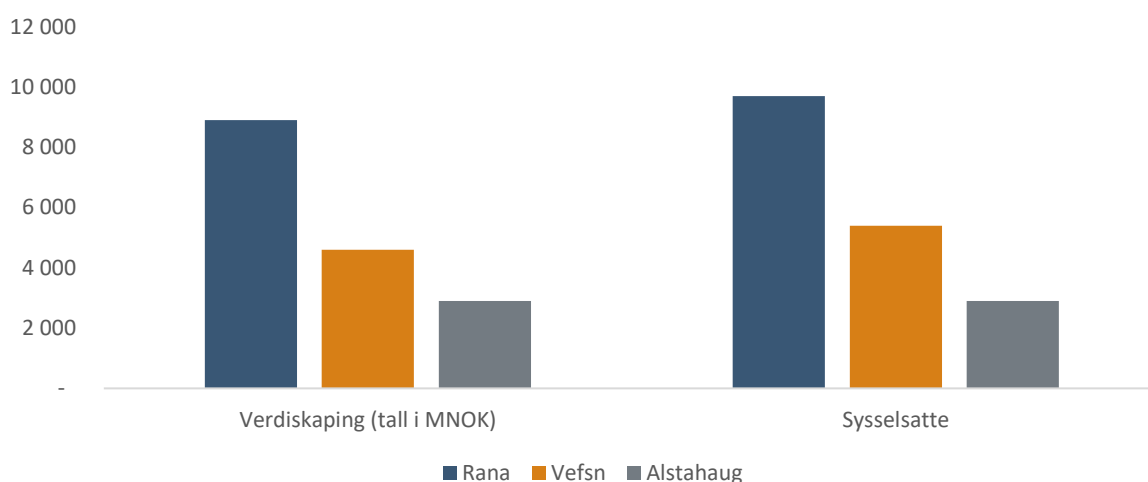
I resten av dette kapittelet vil vi først gi en kort beskrivelse av næringslivet i de ulike regionene for å kunne sette resultatene i perspektiv. Deretter vil vi presentere hvordan vi har gått frem for å kartlegge de to endringsimpulsene som ligger til grunn for konsekvensene for næringslivet i de ulike regionene. Til slutt vil vi beskrive hvordan vi har benyttet denne endringsimpulsen til å estimere henholdsvis direkte og indirekte sysselsettings- og verdiskapingsvirkninger.

3.3.1 Kort beskrivelse av næringslivet i de ulike regionene i dag

Næringslivet i de tre bo- og arbeidsmarkedsregionene på Helgeland stod samlet sett for en verdiskaping på 16,4 milliarder kroner i 2018. Totalt sysselsatte de 18 000 personer.

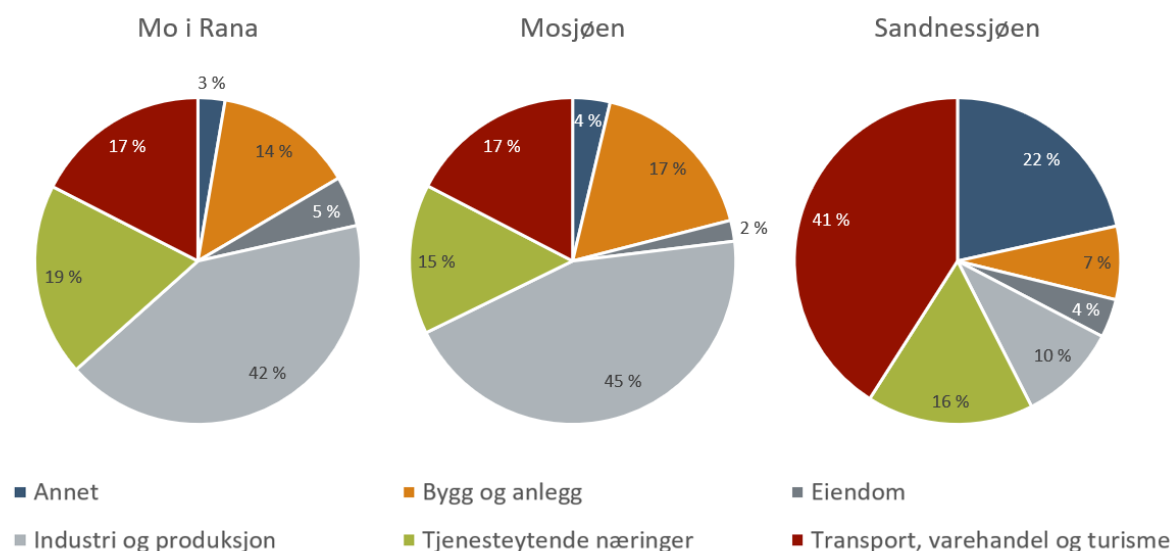
Rana arbeidsmarkedsregion har det største næringslivet, med en verdiskaping på nærmere 9 milliarder kroner og nærmere 10 000 sysselsatte i 2018, som vist i Figur 3-1 under. Vefsn står for en verdiskaping på i overkant av 4 milliarder kroner og en sysselsetting på omtrent 5 500 ansatte i 2018, mens Alstahaug har det minste næringslivet, med en verdiskaping på omtrent 3 milliarder kroner og en sysselsetting på omtrent 3 000 ansatte.

Figur 3-1: Verdiskaping og sysselsetting i de tre bo- og arbeidsmarkedsregionene i 2018. Tall for verdiskaping i MNOK.



Figur 3-2 nedenfor viser hvordan verdiskapingen i de ulike regionene sprer seg på et sett med aggregerte næringskategorier. Figuren viser at næringsinndelingen i Rana og Vefsn er relativt likt, der industri og produksjon er den dominerende næringen. Alstahaug har på sin side svært lite industri og produksjon. Her er det transport, varehandel og turisme som er den dominerende næringen.

Figur 3-2: Verdiskaping i ulike næringer i de ulike regionene i 2018



3.3.2 Kartlegging av endringsimpulser

Som tidligere forklart skjer endringene for næringslivet hovedsakelig gjennom to kanaler, og vi forklarer i dette delkapittelet hvordan vi har gått frem for å kartlegge disse.²³

3.3.2.1 Kartlegging av vare- og tjenestekjøpsimpuls

Helgelandssykehuset kjøper hvert år et sett med varer og tjenester fra andre aktører i næringslivet. Mye av dette kjøpes inn gjennom sentraliserte innkjøpsordninger, og vil ikke påvirkes av sykehusets lokalisering. Andre typer innkjøp er av mer lokal natur, og vil dermed påvirkes av hvor sykehuset lokaliseres. Dette kan for eksempel være kantinetjenester eller vasketjenester. Med bakgrunn i oversikt over vare- og tjenestekjøp fra Helgelandssykehuset i 2018²⁴ har vi kartlagt den lokale næringslivsimpulsen som kommer fra sykehusets vare- og tjenestekjøp.

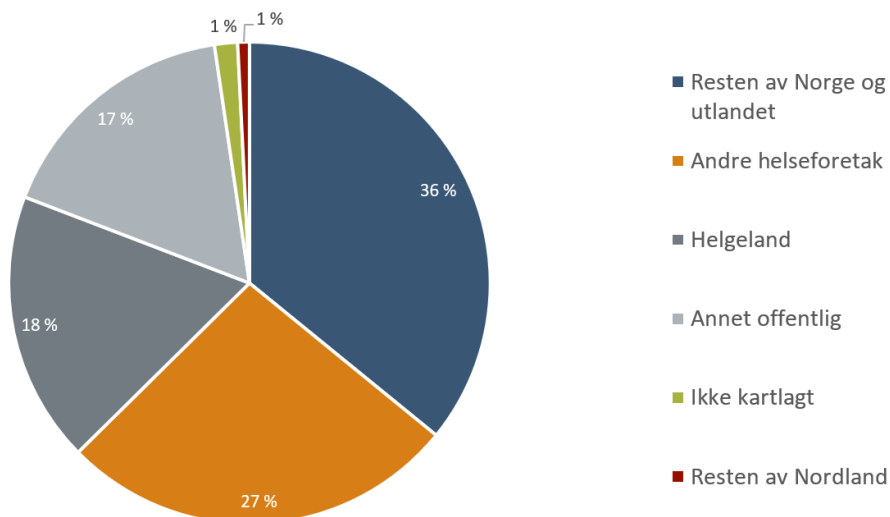
I 2018 kjøpte Helgelandssykehuset varer og tjenester for totalt 780 millioner kroner.²⁵ Figuren nedenfor viser hvordan vare- og tjenestekjøpet fordeler seg geografisk på ulike leverandørgrupper.

²³ I tillegg vil valget av sykehusstruktur gi midlertidige ringvirkninger i anleggsperioden. Disse virkningene er ikke kvantifisert i denne rapporten.

²⁴ Data ble oversendt fra Helgelandssykehuset på e-post den 13. september.

²⁵ Dette tallet inkluderer også kjøp fra andre helseforetak.

Figur 3-3: Oversikt over Helgelandssykehusets vare- og tjenestekjøp fra ulike geografiske leverandørgrupper i 2018



Figuren viser at størstedelen av Helgelandssykehusets vare- og tjenestekjøp er fra andre helseforetak og norsk privat næringsliv uten avdeling på Helgeland. Dette er et vare- og tjenestekjøp som ikke påvirker næringslivet på Helgeland i dag, og heller ikke vil medføre virkninger ved ny sykehusstruktur. Kjøp fra offentlige aktører, som kommuner eller andre offentlige etater, vil heller ikke påvirke det lokale næringslivet.

Når disse tas ut, står vi igjen med et vare- og tjenestekjøp fra næringslivet på Helgeland på opp mot 140 millioner kroner i 2018. En stor andel av dette går til transport til og fra sykehusene. Ettersom transport foregår fra pasientens bosted til sykehuset, og pasientenes bosted ligger fast, er det vanskelig å si hvordan endret sykehusstruktur påvirker transportselskaper i ulike regioner på Helgeland. Innkjøp av transporttjenester er derfor holdt utenfor denne analysen. Det samme gjelder andre typer innkjøp som ikke er regionavhengige, slik som kraft. En annen post som utgjør en stor andel av de lokale innkjøpene, er legemidler fra lokale apotek. Helgelandssykehuset opplyser at i løpet av to år, og dermed før vår analyseperiode starter, vil dette innkjøpet skje sentralt gjennom Sykehusapotekene HF og dermed ikke påvirkes av sykehuslokaliseringen.

Når vi har korrigert for de ovennevnte punktene står vi igjen med et årlig innkjøp fra næringslivet på Helgeland på omtrent 55 millioner kroner. Dette fordeler seg på innkjøpslokasjon og leverandørlokasjon som vist i tabellen under.

Figur 3-4: Kjøp fra dagens sykehusenheter i de ulike geografiske markedene. Tall i millioner norske kroner.

	Rana	Vefsn	Alstahaug	Helgeland forøvrig	Totalt
Mo i Rana	21,3	0,4	1,4	0,2	23
Mosjøen	1,4	10,5	0,5	0,6	12
Sandnessjøen	2,1	5,3	4,9	1,1	12
Ikke spesifisert innkjøpssted	1,8	1,5	0,8	0,9	4
Totalt	27	18	8	3	55

Som vi ser fra tabellen over kjøpes en stor andel av det lokale vare- og tjenestekjøpet fra samme sted som sykehusenheten som står for innkjøpet er lokalisert i dag. Samtidig indikerer tallene at størrelsen på næringslivet i egen region og næringslivet i de andre regionene, samt avstand mellom de ulike regionene, er avgjørende for hvor man velger å kjøpe fra. For eksempel vil Mo i Rana, som både har det største næringslivet og lengst avstand til de andre regionene, kjøpe en større andel av vare- og tjenestekjøpet fra egen region enn det man ser i Sandnessjøen og Mosjøen. Dette stemmer godt overens med økonomisk teori om såkalt tyngdekraft i handelsmønstre.

Når vi videre analyserer hvordan vare- og tjenestekjøpet vil se ut i de ulike konseptene, legges det til grunn at størrelsen på sykehusenheten i de ulike regionene og konseptene avgjør hvor mye som kjøpes fra hver sykehusenhet. Samtidig er noe av mønsteret tilfeldig ut fra hvordan dagens næringsliv ser ut, slik at bildet må normaliseres noe når vi skal se fremover i tid. Basert på dette legges det til grunn at vare- og tjenestekjøpet fra hver enhet sprer seg på næringslivet i de ulike regionene som følger:

Figur 3-5: Tabellen viser våre antakelser på spredning av innkjøpsimpuls fra de ulike sykehuslokasjonene i de ulike scenariene

	Rana	Vefsn	Alstahaug	Helgeland for øvrig	Totalt
Mo i Rana	85 %	5 %	5 %	5 %	100 %
Mosjøen	15 %	75 %	5 %	5 %	100 %
Sandnessjøen	10 %	25 %	60 %	5 %	100 %

3.3.2.2 Kartlegging av konsumimpuls

Den andre impulsen mot næringslivet som endres ved en endring i sykehuslokaliseringene, er de tilflyttedes eller fraflyttedes konsum i det lokale næringslivet. Denne impulsen følger analysen vi gjorde av pendling, flytting, slutting og nyrekruttering i kapittel 2, der resultatene knyttet til flytting fra og til de ulike regionene i de ulike konseptene legger grunnlaget for konsumimpulsen. Konsumimpulsen vil være negativ for regioner med netto fraflytting og positiv for regioner med netto tilflytting.

For regioner som i et scenario har netto fraflytting, skilles det ikke mellom om man velger å flytte med jobben til den nye sykehuslokasjonen på Helgeland eller om man velger å flytte til en annen del av landet, ettersom konsumimpulsen i regionen man flytter fra vil være lik i begge tilfeller. Tilsvarende skilles det ikke mellom hvorvidt de nyansatte ved regioner som har netto tilflytting kommer fra eksisterende stillinger andre steder på Helgeland eller om de er nyrekruttede. For de som velger å slutte, bli boende og søke ny jobb har vi lagt til grunn at de i stor grad vil opprettholde konsumet. Som drøftet i kapittel 2.3 er det lagt til grunn at de som slutter i jobben vil ha en økt sannsynlighet for ledighet på om lag åtte prosent det første året etter eventuell flytting av arbeidsplassen. I løpet av fem år forventer vi imidlertid at denne sannsynligheten er redusert til en én prosents økning.

Det legges til grunn at de ansatte som velger å flytte vil ta med seg familien når de flytter. Med bakgrunn i resultatene fra spørreundersøkelsen kategoriseres de ansatte i ulike husholdningskategorier etter SSBs

inndeling²⁶. Konsumet for hver flyttet husholdning beregnes med bakgrunn i SSBs oversikt over konsum i norske husholdninger i 2018, fordelt på ulike husholdningstyper og forbrukskategorier ved hjelp av data fra SSBs forbruksundersøkelse fra 2012.

Tabell 3-2: Overordnet fordeling av de ansattes forbruk som er lagt til grunn beregningene av konsumimpulsen i de ulike scenarioene. Tall i norske kroner.

	Fordeling	Enkelt-person	Par uten barn	Par med barn	Mor eller far med barn
Kjøpt i samme region	55 %	207 000	338 000	431 000	273 000
Utenlands	9 %	32 000	53 000	67 000	43 000
Netthandel	10 %	38 000	62 000	79 000	50 000
Offentlig	3 %	11 000	18 000	23 000	14 000
Resten av landet	24 %	92 000	149 000	190 000	120 000
Totalt konsum	100 %	380 000	620 000	790 000	500 000

SSBs konsumvektor består av 30 forbrukskategorier. For hver forbrukskategori blir det gjort en individuell vurdering av hvor stor andel av forbruket innenfor denne kategorien som gjøres lokalt i samme region, og hvor stor andel som kjøpes fra utenfor regionen (netthandel, utlandet eller andre steder i Norge). For eksempel legges det til grunn at en stor andel av dagligvareforbruket kjøpes i bostedsregionen. Det samme gjelder for forbruk knyttet til eiendom, mens for eksempel teletjenester ikke er et forbruk som vil tilfalle det lokale næringslivet. Tabellen over viser hvilken forbruksfordeling som er lagt til grunn for beregningen av konsumimpulsene.

3.3.3 Direkte sysselsettings- og verdiskapingsvirkninger

Direkte virkninger for næringslivet vil i denne sammenheng være sysselsetting og verdiskaping i de lokale næringene som får en endring i aktivitetsnivået direkte som følge av endringen i det lokale vare- og tjenestekjøpet fra sykehuset eller endringen i det lokale konsumet i regionen.

Når de to nevnte impulsene er kartlagt for de ulike konseptene, er veien relativt kort for å beregne de direkte sysselsettings- og verdiskapingsvirkningene. Impulsene måles i omsetning. Ved hjelp av gjennomsnittlige forholdstall mellom omsetning og henholdsvis verdiskaping og sysselsetting for de relevante næringene på Helgeland, «oversettes» impulsene til sysselsetting og verdiskaping.

Basert på kartleggingene av sykehusenes vare- og tjenestekjøp fra lokalt næringsliv og de ansattes konsum fra lokalt næringsliv har vi anslått de direkte sysselsettingseffektene i det lokale næringslivet av de ulike lokaliseringseffektene. Tabellen nedenfor presenterer hvordan sysselsettingen i næringslivet vil kunne endres i de ulike konseptene.

²⁶ Denne inndelingen skiller mellom enkeltpersonhusholdninger, par med barn, par uten barn og enslige foreldre med barn.

Tabell 3-3: Direkte sysselsettingseffekter for næringslivet i de ulike regionene for de ulike konseptene for sykehuslokalisering²⁷. Sysselsettingseffektene er oppgitt i antall ansatte.

Konsept	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen
2a (1)	59	-16	-33
2a (2)	-30	-9	54
2a (3)	-29	71	-18
2b-1 (1)	23	-13	-9
2b-1 (2)	-20	-9	28

Dersom man velger å gå for konsept 2a (1), med et stort akuttsykehus i Mo i Rana og etablering av DMS i Mosjøen og Sandnessjøen, estimeres de direkte sysselsettingseffektene for næringslivet i Mo i Rana å være 59 ansatte. Dette utgjør omtrent 1 prosent av de sysselsatte i næringslivet i regionen i dag. Av de 59 sysselsatte er det estimert at konsumimpulsen fra de tilflyttede utgjør 48 ansatte, mens impuls fra sykehusets vare- og tjenestekjøp utgjør 11 ansatte.²⁸ For Mosjøen er det estimert at en reduksjon i sykehusaktiviteten fra et lite akuttsykehus til DMS vil gi en negativ næringslivsimpuls i størrelsesorden 16 ansatte, mens tilsvarende virkning for Sandnessjøen er 33 færre ansatte. For Sandnessjøen utgjør dette opp mot 1 prosent av antall ansatte i næringslivet i regionen i dag. Dette er den største negative næringseffekten på tvers av alle konseptene, både i absolutte tall og i prosent.

Den største positive effekten for en enkeltregion ser vi i Mosjøen i konsept 2a (3), der man etablerer et stort akuttsykehus i Mosjøen, med DMS i Mo i Rana og Sandnessjøen. Årsaken er at dette konseptet er det som innebærer mest nyrekruttering, og dermed mest tilflytting, se kapittel 2.3.3. Dette vil gi grunnlag for 124 ansatte i næringslivet i regionen, noe som tilsvarer omtrent 2,3 prosent av de sysselsatte i privat sektor i regionen i dag. Den største relative effekten ser man i konsept 2a (2), hvor etableringen av et stort akuttsykehus i Sandnessjøen vil gi grunnlag for en sysselsettingsvekst i næringslivet på 101 ansatte, tilsvarende 3,5 prosent av dagens sysselsatte i regionen.

Dersom man ønsker å minimere det verste utfallet for den regionen som kommer dårligst ut med tanke på direkte sysselsettingseffekter i næringslivet, er konsept 2b-1 (1) det beste konseptet, hvor man deler sykehuset mellom Mo i Rana og Sandnessjøen. I dette konseptet er det Mosjøen som kommer dårligst ut, med en reduksjon i direkte sysselsatte i næringslivet på 15 ansatte.

Tabellen nedenfor presenterer direkte verdiskapingseffekter i næringslivet som følge av sykehuslokaliseringen.

Tabell 3-4: Direkte verdiskapingseffekter for næringslivet i de ulike regionene for de ulike konseptene for sykehuslokalisering. Tall i 2018-kroner

Konsept	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen
2a (1)	41	-10	-22
2a (2)	-20	-5	35
2a (3)	-20	42	-12
2b-1 (1)	16	-8	-6
2b-1 (2)	-14	-5	18

²⁷ Merk at summen av næringseffektene på tvers av regioner er ulik. Dette skyldes ulik grad av nyrekruttering i de ulike alternativene.

²⁸ Se vedlegget Menons ringvirkningsmodell og sysselsettings- og verdiskapingseffektene for tabeller som skiller virkningene etter hvilken impuls som har gitt grunnlag for dem.

Størrelsesforholdene på de direkte verdiskapingseffekten følger det samme mønsteret som de direkte sysselsettingseffektene. De vurderingene som er gjort med tanke på sysselsettingseffekter er derfor også gjeldende for verdiskapingseffekter.

Det er noe usikkerhet knyttet til beregningene av de direkte effektene. Ettersom beregningene tar utgangspunkt i faste forholdstall mellom omsetning og henholdsvis sysselsetting og verdiskaping, legges det til grunn at dagens forholdstall også vil være representativt fremover. I dette ligger det implisitt en forutsetning om at bedriftene i næringen opererer på full kapasitet i dag og vil kunne skalere alle innsatsfaktorer likt ved en endring i aktivitetsnivået. Ettersom vi her analyserer de varige virkningene av en ny likevektssituasjon, er dette en fornuftig forutsetning. Dersom næringslivet har mye ledig kapasitet i dag vil sysselsettingsvirkningene av en positiv impuls være noe lavere enn det vi har beregnet, samtidig som økningen i verdiskaping i større grad vil tilfalle kapital-eierne enn arbeiderne.

Delvis på grunn av denne usikkerheten er det ikke beregnet noen flytteeffekter som følge av disse sysselsettingseffektene i næringslivet. For de regionene som får en positiv virkning, ser man en økning i både etterspørselen og tilbudet av arbeidskraft, ettersom det er lagt til grunn at flere av de tilflyttede også har med seg partnere. Ytterligere tilflytting på toppen av dette er derfor svært usikker. Det tilsvarende vil gjelde for utflytting.

3.3.4 Indirekte sysselsettings- og verdiskapingsvirkninger

Indirekte virkninger, eller «ringvirkninger», er bygget ut fra en idé om at en bedrifts inntekt i praksis kan splittes i tre: verdiskaping (lønn og profitt), norsk etterspørsel etter varer og tjenester, og import. Mens import flyter ut av modellen, danner norsk vare- og tjenestekjøp grunnlag for inntekt til andre bedrifter. Det er denne iterative prosessen som danner «ringene» i modellen.

De indirekte virkningene for næringslivet på Helgeland er utledet fra de samme impulsene som danner grunnlaget for de direkte virkningene. For å beregne de indirekte effektene av endret sykehusstruktur har vi benyttet Menons ringvirkningsmodell «Den internasjonale totaleffektmodellen», forkortet «ITEM». Modellen benytter SSBs kryssløpsmatriser for innenlandsk handel mellom næringer og sektorer til å nøste seg oppover i verdikjeden. For å beregne sysselsettings- og verdiskapingseffekter benytter vi næringsvise forholdstall mellom omsetning, verdiskaping og sysselsetting. Vi har tilpasset nøkkeltallene til lokale forhold ved hjelp av Menons avdelingsdatabase, som er en oversikt over regnskapstall for alle norske bedrifter, fordelt på bedriftenes geografisk spredte avdelinger.

Kryssløpsmatrisen som benyttes fra SSB gir oss ingen indikasjon på den geografiske fordelingen av handelen mellom bedrifter. Til dette bruker vi informasjon som foreligger på kommunenivå til å foreta en geografisk spredning av bedriftenes vare- og tjenestekjøp til de indirekte virkningene.

En gitt kommunes «handel» med en annen kommune er antatt bestemt av tre faktorer: nærhet mellom kommunene, størrelse på de handlende kommuner og størrelsen på næringen i området rundt kommunen. Disse faktorer er vektet ulikt slik at man oppnår samme «hastighet» av spredningen av ringvirkninger i landet. Dette er så kalibrert opp mot Menons regionaløkonomiske modell, Noreg (Bruvoll, Vennemo, & Wahlquist, 2014).

Basert på denne modellen estimerer vi hvilken andel av vare- og tjenestekjøpet til de bedriftene/næringene som får en endring i aktivitetsnivået ved ny sykehusstruktur vil gå videre til andre bedrifter på Helgeland. På samme måte som for de direkte virkningene brukes forholdstall mellom omsetning og henholdsvis sysselsetting og verdiskaping til å estimere de indirekte sysselsettings- og verdiskapingsvirkningene. Et resultat av denne modelleringen er at bedrifter i Mosjøen, Mo i Rana og Sandnessjøen kjøper omtrent 5 prosent av sine varer og tjenester fra andre bedrifter i egen region. Vare- og tjenestekjøpet på tvers av regionene er begrenset, der det er estimert at mindre enn 1 prosent av vare- og tjenestekjøpene fra én av regionene kjøpes fra hver av de to resterende regionene.

Tabellen nedenfor presenterer de indirekte sysselsettingseffektene for næringslivet i de ulike regionene av de ulike konseptene.

Tabell 3-5: Indirekte sysselsettingseffekter for næringslivet i de ulike regionene for de ulike konseptene for sykehuslokalisering. Sysselsettingseffektene er oppgitt i antall ansatte.

Konsept	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen
2a (1)	1,5	-0,2	-0,5
2a (2)	-0,3	0,0	1,5
2a (3)	-0,2	1,6	0,0
2b-1 (1)	0,4	-0,2	0,1
2b-1 (2)	-0,3	-0,1	0,7

Den viktigste konklusjonen fra tabellen ovenfor er at de indirekte sysselsettingseffektene er svært begrensede sammenlignet med de direkte effektene. Dette kommer av den lave regionale vare- og tjenestekjøpsandelen. Samtidig ser vi at størrelsesforholdene på de indirekte effektene i stor grad gjenspeiler de direkte effektene, når man sammenligner regioner og konsepter. Også her ser man at sysselsettingsvirkningene og verdiskapingsvirkningene, se tabellen nedenfor, i stor grad speiler hverandre.

Tabell 3-6: Indirekte verdiskapingseffekter for næringslivet i de ulike regionene for de ulike konseptene for sykehuslokalisering. Tall i 2018-kroner.

Konsept	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen
2a (1)	1,6	-0,2	-0,5
2a (2)	-0,3	0,0	1,6
2a (3)	-0,2	1,7	0,0
2b-1 (1)	0,4	-0,2	0,1
2b-1 (2)	-0,3	-0,1	0,8

Usikkerheten knyttet til de indirekte virkningene er i stor grad den samme som for de direkte virkningene. I tillegg vil det være noe usikkerhet knyttet til modelleringen av det lokale vare- og tjenestekjøpet.

3.3.5 Katalytiske virkninger

Katalytiske virkninger er en samlebetegnelse for virkninger som oppstår dersom konseptet som analyseres påvirker strukturen i økonomien eller ved at konseptet påvirker lokaliseringsvalget til andre bedrifter. Dette inkluderer klyngedannelser, spesialisering, endret faktorbruk, mer effektiv organisering av økonomien etc. For endret sykehusstruktur i en region er det i hovedsak fire potensielle typer katalytiske virkninger vi mener er aktuelle:

- Klyngemekanismer
- Endret lokaliseringsvalg for bedrifter
- Endret tilgang på kompetanse
- Agglomerasjonseffekter

Alle disse potensielle effektene er effekter som eventuelt vil oppstå på toppen av de virkningene vi allerede har beregnet. Som det kommer frem av drøftingen nedenfor er de katalytiske virkningene svært usikre av natur, og da også svært vanskelige å anslå størrelsen på. Nedenfor følger en gjennomgang av potensielle katalytiske

virksomheter av en endret sykehusstruktur i de ulike regionene på Helgeland, samt vår kvalitative vurdering av potensialet for at virkningen vil oppstå.

3.3.5.1 Klyngedannelse

En mulig katalytisk virkning vil være dannelsen av helserelatert næringsliv i regionen som følge av endret lokalisering av Helgelandssykehuset. Slik næringsvirksomhet kan oppstå hovedsakelig gjennom to kanaler:

- Helgelandssykehuset som innkjøper: Helgelandssykehuset kan være en motor for innovasjon i det private næringslivet gjennom sine kjøp av varer og tjenester fra det lokale næringslivet. Når helseforetakene i stadig større grad gjør sine innkjøp sentralt, vil imidlertid den lokale effekten av dette bli mindre.
- Helgelandssykehuset som kunnskapssenter: Helgelandssykehuset tiltrekker seg høykompetent arbeidskraft som kan tenkes å bidra til innovasjon i det lokale næringslivet på siden av sin primære virksomhet.

Dersom dette hadde vært reelle og betydelige virkninger, ville man forventet å observere helsenæring av en viss størrelse allerede i dag. Våre undersøkelser viser at helserelatert næringsliv i disse regionene er svært begrenset i dag. Mo i Rana har en verdiskaping i helserelatert næringsliv²⁹ på omtrent 6,5 millioner kroner, mens Vefsn har en verdiskaping i helserelatert næringsliv på omtrent 4,5 millioner kroner. En stor andel av denne omsetningen er i større grad relatert til tannhelse enn til sykehuset. På bakgrunn av dette er det lite trolig at valget av sykehuslokalisering i særlig grad vil bidra til dannelsen av en helserelatert næringsklynge.

3.3.5.2 Endret lokaliseringsvalg for bedrifter

Sykehuslokalisering kan påvirke lokaliseringsvalget for bedrifter både gjennom klyngemekanismene diskutert ovenfor, der effekten allerede er vurdert til å være lite sannsynlig, og ved at enkelte bedrifter vurderer nærhet til sykehus som en egen viktig beslutningsfaktor når man velger hvor man ønsker å lokalisere seg. Dette kan for eksempel gjelde bedrifter som er underlagt storulykkeforskriften. Storulykkeforskriften omfatter virksomheter hvor det arbeides med giftige eller på andre måter farlige kjemikalier, der det kan skje uhell som kan medføre alvorlige konsekvenser for mennesker, miljø og materielle verdier. Uhell kan forekomme både ved produksjon, oppbevaring og under intern transport på virksomhetens område. Innenfor Helgelandssykehuset er Mo Industripark (samt flere bedrifter tilknyttet industriparken) og Alcoa Mosjøen underlagt storulykkeforskriften. Også for andre næringer som ikke er underlagt storulykkeforskriften, som offshorenæringen, vil nærhet til sykehus være relevant med tanke på sikkerhet og beredskap. Dette er problemstillinger som drøftes nærmere i kapittel 7 om samfunnsberedskap og sikkerhet. Basert på konklusjonen i det kapittelet legges det til grunn at valget av sykehuslokalisering trolig ikke vil påvirke lokaliseringsvalget til bedrifter og næringer som allerede er etablert i de ulike regionene.

Valget av sykehuslokalisering vil likevel kunne påvirke bedrifters valg av lokalisering i fremtiden, blant annet fordi nærhet til sykehus kan redusere egne kostnader knyttet til beredskap. Ettersom det er lite trolig at sykehuslokaliseringen påvirker lokaliseringsvalget til bedrifter som allerede er lokalisert i regionen, vil det sannsynligvis være lite som skiller de ulike regionene når det kommer til denne virkningen.

3.3.5.3 Endret tilgang på kompetanse

En annen mulig katalytisk virkning vil kunne oppstå dersom etableringen av sykehus påvirker kompetansenivået i regionene. Bosettingsendringene og flyttestrømmene vi analyserte i kapittel 2 bidrar også til en endring i

²⁹ Vi ser her bort fra bedrifter som driver med behandlingsvirksomhet.

arbeidstilbudet gjennom partnere og ektefeller som flytter med de sykehusansatte. Dette skaper verdier for næringslivet i hovedsak dersom kompetansen er komplementær til, eller høyere enn, kompetansen i de ulike markedene i dag.

Tilsvarende vil sykehuset selv kunne være partnerarbeidsplass, dersom det er næringslivet i regionen, og ikke Helgelandssykehuset, som er årsaken til at et par flytter til Helgeland.

Sykehuslokaliseringens påvirkning på kompetansetilbudet i privat næringsliv i Sandnessjøen trekkes frem som en viktig virkning av både LetSea AS og Aker BP sine høringsinnspill.

Det er vår vurdering at denne virkningen er reell, men svært vanskelig å estimere størrelsen av. Sannsynligvis er den betydelig mindre i størrelse enn de virkningene som er verdsatt tidligere i kapittelet. Også for denne virkningen vil den negative virkningen være størst for Sandnessjøen i konsept 2a (1), ettersom de opplever den største negative impulsen og har det minste næringslivet i utgangspunktet.

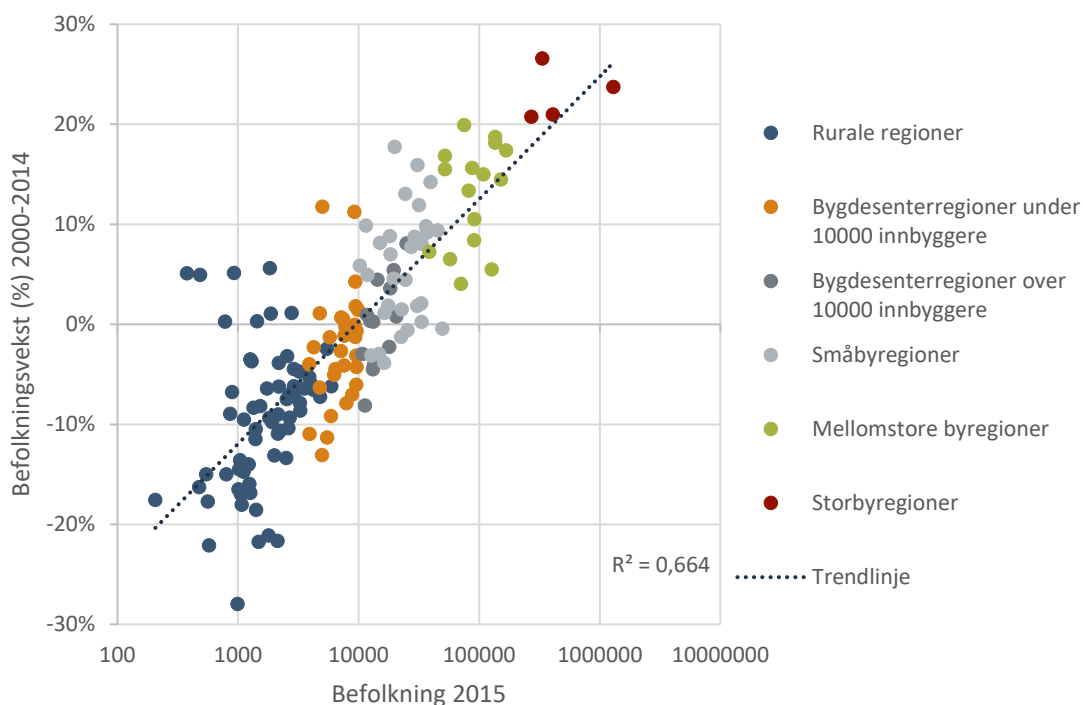
3.3.5.4 Sykehuslokaliseringen og eventuelle positive og negative «agglomerasjonsspiraler» på Helgeland

I hele etterkrigstiden har vi opplevd at folk trekkes til byene og at jo større befolkningen i byene er, jo raskere vokser befolkningen over tid. Generelt ser man tydelige tegn til en selvforsterkende prosess som på fagspråket kalles *agglomerasjon*. Dette fenomenet finner vi i alle deler av verden, men trendene har ulik kraft og til dels ulike forklaringer. I 2016 ble det gjennomført en større analyse av vekst-mønsteret i norske små og mellomstore byregioner, utført av Menon Economics og IRIS (nå Norce). Her inngikk Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana som studieobjekter, og perioden man så på var 2004-2014.

Studien viser at dersom en by er dobbelt så stor som en annen, så vokser befolkningen med om lag én prosent mer over en tiårsperiode. Dette fremkommer av Figur 3-6 under, der byer med ti ganger så mange innbyggere utviser drøye ti prosentpoeng høyere befolkningsvekst over en periode på 14 år. Den rene effekten av de størrelsesendringene som følger av endret sykehusstruktur på Helgeland er med andre ord svært moderat. Det er andre forhold som fremstår som vel så viktig for veksten i små og mellomstore byer.

Studien viste at verdiskapingen i små og mellomstore byer i Norge vokser raskest dersom de har utviklet et næringsliv med tette koblinger til naturressurser, som olje og gass, sjømat, kraft og mineraler/metaller. Det er det private næringslivet som skaper variasjon i veksten. I tillegg viser analysen at tilgangen på arbeidskraft med høy utdanning bidrar til å trekke opp vekstevnen over tid. Studien gir svake indikasjoner på at byer med en høy andel statlige arbeidsplasser oppnår høyere sysselsettings- og befolkningsvekst over tid, men at dette sannsynligvis må samvirke med andre forhold i byregionen, blant annet at det må tilbys et variert arbeidsmarked i tillegg til de offentlige arbeidsplassene.

Figur 3-6: Forholdet mellom bystørrelse og vekst. Kilde: IRIS og Menon Economics, 2016



Når man kontrollerer for byenes størrelse, nærings sammensetning og utdanning i befolkningen finner studien at Sandnessjøen og Mo i Rana har den veksten man skulle forvente. De er begge byer med høyt innslag av naturressursbasert næringsliv. I Sandnessjøen er veksten relativt lav, dels fordi befolkningen er liten og dels fordi andelen med høyere utdanning er lav. I Mo i Rana skårer man høyere langs begge disse dimensjonene og oppnår da også høyere vekst. I Mosjøen derimot har veksten vært noe lavere enn det man skulle forvente ut fra disse forholdene. Studien går ikke inn på hva som kan forklare dette avviket.

Oppsummert gir studien grunnlag for å si at det også i disse byene kan oppstå selvforsterkende vekstmekanismer, men at endringene i befolkningsmengden ved i de ulike regionene fra endret sykehuslokalisering i seg selv ikke er store nok til at de kan føre til endringer i *befolkningsveksten* fremover. Når de ikke er store nok til å føre til endringer i befolkningsveksten, vil de heller ikke påvirke næringseffektene.

4 Virkninger på kommunenes oppgaveløsning og ressursituasjon

I dette kapittelet analyserer vi hvilke følger de ulike sykehuskonseptene får for kommunenes ressursituasjon, gjennom endringer i samhandling mellom kommuner og Helgelandssykehuset, og gjennom kommunenes evne til å rekruttere fastleger og annet helsepersonell. Vi analyserer også endringer i kommunenes inntekter og etterspørsel etter offentlige tjenester. Først følger innledning og sammendrag, der hovedfunnene presenteres. Resten av kapittelet er bygget opp i tre deler: samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten diskuteres i kapittel 4.2. Kommunenes rekruttering av fastleger og annet helsepersonell analyseres i kapittel 4.3. I hvert av disse kapitlene presenteres først en gjennomgang av relevant litteratur, før vi refererer til interessentinns spill i form av intervjuer, høringsuttalelser og andre skriftlige innspill. Til slutt analyserer vi data, holder det opp mot litteratur og interessentinns spill, og presenterer våre funn. I kapittel 4.4 presenteres en analyse av endringer i kommunenes inntekter og etterspørsel etter offentlige tjenester som følge av ny sykehusstruktur.

4.1 Innledning og sammendrag

I dette kapitlet drøfter vi hvordan valg av ny sykehusstruktur på Helgeland kan påvirke kommunenes ressursituasjon, gjennom virkninger på samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og kommunenes rekrutteringsevne av fastleger og annet helsepersonell. Vi ser også på det øvrige offentlige tjenestetilbudet. Formålet med kapitlet er å identifisere mulige årsak-virkning-sammenhenger og drøfte implikasjonene av disse for kommunenes ressursituasjon på Helgeland. Formålet er forankret i samfunnsanalysen sitt mandat – vi analyserer kun ikke-medisinske virkninger på kommunens ressursituasjon ved ny sykehusstruktur.

Kapitlet består av tre delkapitler. Kapittel 4.2 analyserer hvordan valg av sykehuskonsept kan påvirke kommunens ressursituasjon via endrede vilkår for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, mens kapittel 4.3 analyserer hvordan valg av sykehuskonsept kan påvirke kommunens ressursituasjon via endret rekrutteringsevne av fastleger og øvrig helsepersonell i kommunehelsetjenesten. I kapittel 4.4 analyserer vi hvordan valg av ny sykehusstruktur påvirker kommunens skatteinntekter. Vi vil også studere hvordan endret bosettingsmønster kan påvirke andre kommunale tjenester enn helse- og omsorgstjenester, som for eksempel skole og barnehage.

I hvert delkapittel benytter vi oss av høringsinnspill, intervjureferater, faglitteratur og kvantitativ data til å svare ut de respektive problemstillingene.

4.1.1 Hovedfunn fra delkapittel 4.2: Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Det er generelt vanskelig å konkludere hvordan valg av sykehuskonsept vil påvirke kommunenes ressursituasjon gjennom endret samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Det vi har av tilgjengelig informasjon er innspill fra interessenter og øvrig litteratur. Interessentinns spillene diskuterer i stor grad hvordan innholdet i samhandlingen kan endres ved valg av ny sykehusstruktur, og dette ligger utenfor samfunnsanalysens mandat å analysere. Interessentinns spillene, særlig kommunenes innspill, legger også vekt på at lengre avstand til sykehus vil slå ut i økt bruk av blant annet følgetjenester. Økt bruk av følgetjenester kan føre til at fastlegene og andre legeressurser vil bruke mer tid på å følge pasienter og derav bruke mindre tid på behandling i deres praksiskommuner. Dette kan slå ut i økt rekrutteringsbehov. En slik virkning vil slå hardest ut på budsjettene til de minst sentrale kommunene.

Enkelte interessenter legger også vekt på at økt avstand vil tvinge de minst sentrale kommunene til å bruke mer ressurser per pasient, fordi flere brukere (særlig de med dårlig helsetilstand) vil bli behandlet i kommunen heller enn i spesialisthelsetjenesten ved ny sykehusstruktur. Andelen pasienter med dårlig helsetilstand vil øke i takt med den generelle aldringen i befolkningen. Lang reisevei til sykehus vil være svært belastende for pasienter med dårlig helsetilstand, og nytten av å behandle dem lokalt kan være større enn å sende dem til spesialisthelsetjenesten. Som en konsekvens kan dette føre til at man er avhengig av å rekruttere mer personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Også dette vil slå hardest ut for de minste kommunene på Helgeland. Omfanget av slike virkninger vil avhenge av tilbudet i, og samhandlingen med, de ulike DMSene som er foreslått. Det er viktig å merke seg at det motsatte også kan være tilfellet: Kommuner med lang avstand til sykehuset kan oftere velge å innlegge pasienter til spesialisthelsetjenesten enn kommuner som ligger nærme sykehuset, for et gitt sykdomsbilde til pasientene. Dette kan blant annet forklares med at usikkerhet om pasientsikkerhet generelt øker jo lenger avstanden er til et sykehus, og derav bidrar til en høyere tilbøyelighet blant fastlegene til å innlegge pasienter til spesialisthelsetjenesten. Denne problemstillingen er grundig diskutert i Riksrevisjonen (2018).

Mange av interessentene som har uttalt seg om samhandling mener at en én-sykehusmodell vil gi det beste grunnlaget for samhandling med primærhelsetjenesten. Argumentene for dette synspunktet følger av at valg av en én-sykehusmodell samler sykehusfunksjonene og -ansvaret i en enhet som kan gjøre det lettere å følge opp, og utvikle, samhandlingsløsninger med kommunene. Det påpekes at helhetlig tenkning om pasientene vanskelig gjøres når funksjoner er delt mellom ulike lokaliteter. Dette argumentet må sees i sammenheng med innspillene til flere av interessentene som påpeker at økt avstand til sykehus kan medføre økte kostnader og høyere belastning på primær- og kommunehelsetjenesten. Valg av en én-sykehusmodell fremfor en to-sykehusmodell kan derfor potensielt gi høyere kostnader for kommunene med tanke på samhandling, alt annet likt. Relativt til en to-sykehusløsning må de negative virkningene av økt avstand til sykehus sees opp mot nyttevirkningene i form av kvalitativt bedre samhandling ved valg av en én-sykehusløsning. Det fremgår ikke tydelig hvilke av de to effektene som vil dominere.

4.1.2 Hovedfunn fra delkapittel 4.3: Rekruttering av fastleger og annet helsepersonell

Interessenter og helseaktører er samstemte i at en kommunes sentralitet og innbyggertall har virkninger på rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten. Mindre sentrale kommuner har større utfordringer med å rekruttere fastleger enn mer sentrale kommuner. Denne virkelighetsoppfatningen er konsistent med litteraturen. I offentlig tilgjengelig statistikk gis det signaler om at denne påstanden stemmer – på tvers av regioner i Norge. For flertallet av kommunene på Helgeland betyr lav rekrutteringsevne økt press på deres kommunale budsjetter i form av økt bruk av fastlønnsavtaler og tilskuddsordninger, og virkningen er større jo færre som bor i kommunen. For de mer befolkningsrike kommunene på Helgeland gir statistikken signaler om at rekrutteringsevnen er god. Samtidig som innbyggertall og sentralitet til den enkelte kommune er viktig for rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten, blir det i innspillene vektlagt at avstand til sykehus i seg selv er viktig for rekrutteringsevnen, spesielt i primærhelsetjenesten. Dette har også blitt påpekt i evalueringen av fastlegeordningen (EY; Vista Analyse, 2019). Selv om avstand til sykehus i seg selv er et frittstående argument, kan det ikke sees uavhengig av sentraliteten til kommunen. Større avstand går hånd i hånd med lavere sentralitet, og mer sentrale kommuner har også flere innbyggere. Ergo, så lenge en fastlege opplever det som utfordrende og belastende å jobbe i en kommune som følger av lang avstand til sykehus, vil han/hun i tillegg som regel være fastlege i en kommune som er lite sentral og med lavt innbyggertall. Økt avstand til sykehus kommer i så måte på toppen av de andre negative bidragsyterne til kommunens rekrutteringsevne, alt annet likt. Svakere rekrutteringsevne slår ofte ut i økte kommunale utgifter forbundet med fastlønnsavtaler og andre tilskuddsordninger.

Offentlig tilgjengelig statistikk gir indikasjoner på at kommunene på Helgeland i omsorgstjenesten har god dekning samlet sett og fordelt på forskjellige stillingstyper, og vil være godt rustet til eventuelt endret etter-spørsmål etter omsorgstjenester ved ny sykehusstruktur. Til forskjell fra fastlegeordningen vil ansatte i kommune-

helsetjenesten alltid være ansatt i kommunale stillinger. Det betyr at flere omsorgsårsværk ikke nødvendigvis blir dyrere for mindre enn for mer sentrale kommuner.

Vår analyse av det enkelte konseptets virkninger på rekrutteringsbehovet i de tre byene, Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen, viser at absolutt endring i antall fastlegeårsværk vil være svært liten. Ingen av de tre byene vil oppleve endringer i innbyggertall som tilsier en endring i behovet på mer enn ett fastlegeårsværk. Behovet for primærhelsetjenester endrer seg derfor svært lite som følge av endret bosetting. En annen effekt kan være at etterspørselen etter fastlegetjenester øker hvis en kommune opplever å miste sitt sykehus. Dette bidrar, isolert sett, til å redusere den nedgangen en sykehusnedleggelse, med tilhørende fraflytting, innebærer i behovet for fastleger. Tilgang på DMS kan i så måte redusere en slik eventuell etterspørselsøkning.

Lokalisering i omegn, retning det demografiske sentrum på Helgeland, vil i liten grad påvirke rekrutteringsevnen av fastleger og øvrig helsepersonell i kommunene. Både fordi redusert avstand til enkelte kommuner vil slå ut i økt avstand for andre, og fordi lokalisering i omegn for kommuner langt unna ikke innebærer tilstrekkelig reduksjon i reisetid til at alle fastleger vil oppleve den nødvendige nærhet til akuttberedskap og kompetansemiljøer.

I innspillene til interessentene vektlegges betydningen av DMS ulikt. Enkelte kommuner anser opprettelse av DMS som positivt for rekrutteringsevnen, særlig som følge av to årsaker: For det første, så er de respektive kommune lokalisert nært de foreslåtte lokaliseringene til DMSene. For det andre, så argumenterer de for at kort avstand til DMS vil muliggjøre opplæring, faglig påfyll og kompetanseheving for kommunens helsepersonell. For det tredje, så vil tilgang på DMS åpne for hospitering av helsepersonell mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Samlet sett vil tilgang på DMS bidra til å avlaste fastlegene og øvrig helsepersonell og samtidig bidra til kompetanseutveksling og -utvikling. Dette vil igjen bidra til å heve rekrutteringsevnen av fastleger og øvrig helsepersonell i den enkelte kommune, alt annet likt.

Andre kommuner anser opprettelse av DMS som uten betydning for rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten. Det argumenteres for at distriktkommunenes fastleger i større grad har behov for rask tilgang på akuttsykehus og tilhørende funksjoner enn de stabiliseringsfunksjonene som kan tilbys ved et DMS. Disse kommunene argumenterer for at tilgang på akuttberedskap og -funksjoner vil virke avlastende for fastlegens medisinske ansvar. Enkelte kommuner har andre argumenter for hvorfor de ikke anser tilgang på DMS som rekrutterende. Deres argumenter følger av kommunens lokasjon på Helgeland: Avstanden fra DMS til helsetjenesten i den enkelte kommune vil forbli svært lang uavhengig av hvilket konsept som velges.

Hvis vi legger til grunn hypotesen om at økt avstand til sykehus vil forverre rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten, og potensielt øke rekrutteringsbehovet i den enkelte kommune, kan valg av sykehusstruktur som innebærer en to-sykehusmodell (konsept 2b-1 (1) og 2b-1 (2)) innebære de minste rekrutteringsutfordringene for de minst sentrale kommune på Helgeland.

4.1.3 Hovedfunn fra delkapittel 4.4: Annet kommunalt tjenestetilbud

Endringene i bosetting som vi ser i kapittel 2 vil ha betydning for kommunenes ressursituasjon også utover den kommunale helsetjenesten. På bakgrunn av flyttestrømmene vi har predikert, diskuterer vi her de to primære driverne for endringer i det offentlige tjenestetilbudet, nemlig endring i kommunenes inntekter og endring i etterspørsel etter offentlige tjenester.

Endringer i sysselsetting gir endringer i kommunale skatteinntekter. En del av disse endringene justeres for gjennom inntektsutjevningssystemet. Ettersom de som flytter har en høyere inntekt enn gjennomsnittet i kommunen, vil denne endringen i skatteinntekter likevel påvirke kommunens økonomi. Rammetilskudd til kommunene utgjør en annen stor del av kommunenes inntekter. Disse avhenger direkte av antall innbyggere i kommunen, og flyttestrømmene vil således påvirke kommuneøkonomien gjennom disse.

Kommunen har også et sett med utgifter knyttet til de som flytter. Utgiftsutjevning vil bidra til at kommunene i realiteten vil bli kompensert for disse utgiftene tilsvarende den gjennomsnittlige kostnaden kommunene har for denne befolkningskategorien i dag. Om de påvirkede kommunene kommer negativt eller positivt ut av dette vil være avhengig av kapasitetsutnyttelsen i kommunen i dag, og eventuelt terskelverdier knyttet til tjenestetilbudet. Samtidig vil gjeldsbyrden knyttet til allerede gjennomførte investeringer ligge fast. Ettersom Vefsn og Alstahaug i utgangspunktet har en trangere kommuneøkonomi enn Rana, vil bortfall av sykehusarbeidsplasser kunne være tyngre å bære for de to førstnevnte kommunene enn den sistnevnte når vi tar høyde for at vi anslår den største relative befolkningsnedgangen ved bortfall av dagens sykehus for disse kommunene.

4.2 Samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Samhandlingsreformen ble implementert i 2012, og hadde til formål å forbedre samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gjennom etablering av blant annet nye strukturer, samarbeidsplattformer og incentiver for samhandling. Et av de mest sentrale punktene i samhandlingsreformen er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Motivasjonen for reformen var og er helse-Norges utfordringer med flere eldre og flere pasienter med sammensatte lidelser. En hovedmålsetning til reformen er at pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp, nærmest mulig der de er bosatt (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Med samhandling som et ufravikelig prinsipp i norsk helsesektor er det en sentral problemstilling å drøfte hvordan valg av ny sykehusstruktur på Helgeland vil kunne påvirke graden av samhandling og derigjennom diskutere hvordan dette kan legge beslag på kommunenes ressurser.

I dette kapitlet vil vi ikke diskutere hvordan valg av sykehusstruktur kan påvirke rekrutteringen av fastleger og øvrig helsepersonell. Dette vil igjengjeld bli nøye analysert i kapittel 4.3.

4.2.1 Litteratur

Den eksterne ressursgruppen skriver i sin rapport at behovet for samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten kommer til å bli spesielt viktig for fremtidens Helgelandssykehus (2019). Spredt bosetting, lange avstander mellom sykehus og bebyggelse, vekst i antall eldre og kronikere gjør at sykehuset må samarbeide tettere med kommunehelsetjenesten om diagnostikk, behandling og transport. Helgelandssykehuset må i samarbeid med kommunehelsetjenesten ta i bruk ny teknologi og nye kommunikasjonsmuligheter som gjør at diagnostikk og behandling i størst mulig grad kan foregå i hjemmet, i kommunehelsetjenesten eller i desentraliserte polikliniske tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Riksrevisjonen har gjennomført en undersøkelse av henvisninger for perioden 2014-2017 for å vurdere om myndighetene legger til rette for en god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2018). Undersøkelsen bestod blant annet av en spørreundersøkelse til 650 sykehusleger og litt under 700 fastleger. Undersøkelsen finner at det er stor variasjon i antall henvisninger mellom kommuner, og mellom fastleger, der verken kommunestørrelse, andel fastleger, andel eldre, om legen er spesialist i allmenntilleg, sentralitet eller driftsavtale kan forklare forskjellene fullt ut. Henvisning av kommunens befolkning varierer fra under 6 prosent årlig henvisning av kommunens befolkning til over 25 prosent. Tilsvarende forskjeller finner man mellom fastleger. Dette kan indikere at andre forhold enn sykdom påvirker hvem som blir henvist. Undersøkelsen viser videre at det er en mangel på felles forståelse mellom fastleger og sykehusleger om hva en henvisning skal inneholde av informasjon. Halvparten av sykehusrespondentene opplever jevnlig at henvisningen er uklar på hvorfor pasienten har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Likevel opplyser de fleste fastlegene om at det fremstår tydelig hva slags informasjon som skal være med i henvisning til somatisk avdeling i spesialisthelsetjenesten. Både fastlegene og sykehuslegene savner muligheten for elektronisk dialog med den andre parten, som kan muliggjøre enkle tilbakemeldinger eller veiledning om henvisningene. I tråd med

LEON-prinsippet skal oppgaver utføres på laveste effektive omsorgsnivå. Likevel viser Riksrevisjonens undersøkelse at over en fjerdedel av fastlegene jevnlig henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten selv om de ikke forventer medisinsk nytte av utredningen/behandlingen. Videre skriver Riksrevisjonen at hver tredje sykehuslege jevnlig tar inn pasienter til utredning selv om informasjonen i henvisningen tilsier at pasienten ikke burde vært henvist. Rundt 70 prosent av sykehuslegene opplever ofte at det gjennomføres utredninger eller prøvetaking av pasienter i spesialisthelsetjenesten som burde vært utført i primærhelsetjenesten.

Hovedmodellen innenfor fastlegeordningen er at fastlegene driver privat næringsdrift. De inngår en individuell avtale med kommunen i tråd med mønsteravtalen som er et vedlegg til rammeavtalen.³⁰ Om lag 15 prosent av fastlegene er likevel fastlønnet, og mange av de næringsdrivende legene har avtaler med kommunene som bidrar med ulike ytelser overfor fastlegene gjennom 8.2-avtaler (Helsedirektoratet, 2019).

Ipsos og Samfunnsøkonomisk Analyse (2018) viser at 7 av 10 kommuner tilfører fastlegeordningen tilleggsfinansiering utover basistilskuddet og utjamningstilskuddet. Med disse avtalene subsidierer kommunene fastlegeordningen ifølge rapporten med ca. 400 millioner kroner, eller ca. 15 prosent, utover hovedavtalen. Samme undersøkelse viser at rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer er de hyppigste årsakene til at kommunene utvikler subsidieringstilbud, og de vanligste subsidieringsmetodene er leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell, eller fastlønn. Rapporten viser at subsidiering er mest vanlig i de minst sentrale kommunene, og det er derfor regionale forskjeller i finansieringen av fastlegeordningen.

I 2012 ble en undersøkelse blant fastleger gjennomført, hvor 30 prosent av fastlegene i Norge deltok (Abelsen, Olsen, Halvorsen, & Holte, 2015). Undersøkelsen fant at unge fastleger, fastleger som jobbet i små kommuner, fastleger som hadde flere pasienter på listen enn ønskelig, fastleger som jobbet mer enn de ønsket, fastleger med lav inntekt, eller fastleger med få pasienter på listen sin, foretrakk fastlønn.

Abelsen og Olsen (2015) undersøkte preferansene tilknyttet inntektssystemer blant siste års medisinstudenter samt turnusleger i Norge. Undersøkelsen har en svarprosent på 53. Overordnet viste undersøkelsen at aktivitetsbasert inntekt ble rangert nederst av leger tilknyttet både sykehus og allmennpraksis. Rundt 20 prosent av respondentene foretrakk fastlønn dersom de skulle jobbe som fastlege. Det var også 20 prosent som foretrakk aktivitetsavhengig inntekt, mens 48 prosent foretrakk fastlønn med aktivitetsbasert bonus og 12 prosent svarte «vet ikke».

I EY og Vista Analyse (2019) sin evaluering av fastlegeordningen trekkes det frem i intervjuer med leger i spesialisthelsetjenesten at samhandlingen med fastleger i stor grad foregår skriftlig, men at telefon også brukes. Leger fra spesialisthelsetjenesten gir inntrykk av at deres tilgjengelighet overfor fastlegene er bedre da fastlegen kan ringe direkte til vakthavende lege. Skal fastlegen ha tak i en bestemt sykehuslege kan tilgjengeligheten variere mer. Intervjuene med spesialisthelsetjenesten viser også at leger i somatikken sjeldent møter fastleger. Leger i psykiatrien møter fastleger i noe større grad, for eksempel i konsultasjoner eller informasjonsmøter og kurs innen fagfeltet psykiatri. Videre diskuterer rapporten viktigheten av relasjoner mellom fastlegen og dens samarbeidspartnere. I små distriktskommuner jobber ofte fastleger og kommunale samarbeidspartnere i samme lokale, for eksempel et kommunalt helsehus. Fysisk nærhet senker terskelen for å ta kontakt med hverandre i arbeidshverdagen sammenlignet med i store kommuner hvor distansen mellom lege og samarbeidspartner er større. Konsekvensen av dette er at mye av samhandlingen i distriktet er av uformell karakter enten ved at man legger en lapp i posthyllen til hverandre eller snakkes i lunsjen. Ved samhandling i form av uformell kontakt er det en større risiko for at informasjonen ikke dokumenteres. Samhandlingen risikerer også å bli mer avhengig av enkeltpersoner.

³⁰ Se vedlegget «Om fastlegeordningen: Organisering og finansiering» for hvordan fastlegeordningen er innrettet og hvordan den finansieres.

I 2018 publiserte Nasjonalt Senter for distriktsmedisin (NSDM) rapporten «Fastlegeordningen i Nord-Norge», som hevder at det er desto viktigere med en god fastlegetjeneste på steder der det er lang avstand til sykehus (Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin, 2018). De begrunner dette med viten om at pasienter i vertskommunene for sykehus bruker poliklinikk og dagbehandling mer enn andre pasienter.

4.2.2 Innspill fra interessenter

Vi vil her legge vekt på innspill som diskuterer aspekter ved problemstillingen til dette delkapitlet. Vi vil derfor ikke legge vekt på innspill som diskuterer hvordan valg av ny sykehusstruktur kan påvirke innholdet i, og kvaliteten på, samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

4.2.2.1 Høringsinnspill

Kommuner

I høringsinnspillet til de 12 kommunene på Sør-Helgeland³¹ påpekes det at det å legge akuttsykehuset i den ene enden av opptaksområdet vil være hemmende for samarbeid mellom sykehus og kommuner om å rekruttere og beholde helsepersonell for flere av kommunene, rett og slett fordi avstanden blir for lang for dagpendling.

Helseaktører

I høringsinnspillet til legegruppen ved Helgelandssykehuset Mo i Rana påpeker de at en sentralisering av sykehusstrukturen i sin natur vil stille større krav til primærhelsetjenesten – dette er uavhengig av konsept. Dette krever alternativ tenking rundt sykehusdrift og prioritering av ressursbruk i helsesektoren. Fagmiljøet i Rana vil innta en fremoverlent rolle i utviklingen av samarbeidsløsninger mellom sykehuset og primærhelsetjenesten, og de eksemplifiserer dette med et konkret prosjekt som er under utrulling. Legegruppen mener at både primærhelsetjenesten og sykehuset kan dra nytte av hverandre, og gi bedre pasientbehandling gjennom tettere kommunikasjon. Legegruppen fremhever også nytten av et tettere samarbeid mellom prehospitaltjenester, legevakt og leger ved det nye sykehuset som vil kunne bidra til bedre pasientbehandling for pasienter som bor langt fra sykehus. Som en tilleggsggevinst vil man oppnå kompetanseoverføring mellom sykehuset, de prehospitaltjenestene og primærhelsetjenesten. Dette vil kunne innebære mindre reisebelastning for pasientene og betydelige ressursbesparelser gjennom en reduksjon av unødvendige innleggelseser.

I høringsinnspillet til legeforeningene ved Sandnessjøen og Mosjøen sykehus påpeker de mulige konsekvenser for helseforetaket, kommuner og rekrutteringen av fastleger ved økt bruk av følgetjenester hvis sykehuset legges i Mo i Rana. Ved lengre avstand til sykehuset vil dette føre til økte kostnader både for helseforetaket og for kommuner som i dag ikke behøver følgetjeneste. Økte avstander vil også legge et enda større press på rekruttering av både kommunejordmødre og fastleger som skal fylle følgetjenesten med kompetanse.

4.2.2.2 Intervjuer

Kommuner

I intervju med Grane kommune blir det oppgitt at avstand mellom primærhelsetjenesten i Grane kommune og spesialisthelsetjenesten på Helgeland er den avgjørende faktoren for hvor godt samarbeidet vil fungere. Hvis avstanden er lang, kan selv korte behandlinger totalt sett ta lang tid. Hvis det er stor avstand til sykehuset kan kommunens «øyeblikkelig-hjelp-sengeplasser» (kommunale akutte døgnplasser – KAD) bli hyppigere benyttet og dette vil igjen være ressurskrevende for kommunen. Hvis valgt konsept innebærer sykehuslokalisering i Mo i

³¹ De tolv kommunene innbefatter Alstahaug, Brønnøy, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad.

Rana, kan dette i enkelte tilfeller legge store beskrankninger på kommunens ressurser. For eksempel vil man i akutt situasjoner med lang reisevei legge beslag på vakthavende lege da de må følge pasientene til sykehus.

Herøy kommune trekker frem argumentet om akseptabel avstand til sykehuset som en avgjørende faktor for et godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten på Helgeland. Den kompetanse- og erfaringsutvekslingen som foregår gjennom stedlige møter, vil ikke være mulig dersom ny sykehusstruktur innebærer at akutt sykehuset lokaliseres i Mosjøen eller Mo i Rana. På grunn av avstanden og reisetiden til disse kommunene fra Herøy vil stedlige møter bli for tidkrevende og oppta for mye av kommunens ressurser, som igjen kan ha innvirkninger på andre tjenester. Både ved akutt sykdom og planlagte behandlinger hender det at pasienten må ha følge av lege eller annet helsepersonell til sykehuset. Med reiseveien til Mo i Rana kan dette ta opptil åtte timer. Det kan dermed oppstå behov for å ha leger på bakvakt, for å unngå at beredskapen i kommunen svekkes. Reiseavstanden til Mo i Rana og Mosjøen kan også medføre at eldre mennesker motsetter seg behandling og dermed opptar kommunens KAD-senger. I spørsmålet om tilgang på et nærliggende DMS kan kompensere for økt avstand til sykehuset svarer kommunen at en lege i distriktet påtar seg mye ansvar og at det er nærhet til akutt sykehus som gir legene trygghet. En pasient med behov for akutt behandling vil ikke ha bruk for tjenestene ved et DMS og i så måte vil ikke tilgangen på et DMS avlaste fastlegen nevneverdig.

Leirfjord kommune påpeker at dersom valg av sykehusstruktur innebærer at akutt sykehuset lokaliseres nord for Korgfjellet, kan dette medføre økte kostnader for primærhelsetjenesten da behovet for følgetjenester øker. Ved å legge sykehuset nord for Korgfjellet kan dette slå ut i behov for flere ansatte, både på legevakt, fastlegekontoret og i hjemmetjenesten. To-sykehusmodellen kan på sin side redusere fagmiljøet betydelig, og primærhelsetjenesten må påta seg flere oppgaver. I tillegg vil det være et større behov for å sende kommunens innbyggere til andre helseforetak. For kommunene innebærer dette økte kostnader i forbindelse med samhandling.

Rødøy kommune påpeker at hvis valg av konsept innebærer at nytt akutt sykehus lokaliseres sør for Korgfjellet vil dette kreve økt ressursbruk i samhandlingen. Det vil ikke minst være krevende for pasienter og pårørende med den lange reiseveien. Kommunen er ikke av den oppfatning at tilgang på DMS i Mo i Rana vil virke avbøtende, da reiseveien allerede er lang og de har størst behov for akuttberedskap.

Sømna kommune oppgir at det er vanskelig å rekruttere spesialister til DMS som følge av faglig bredde, aktivitetsnivå og avstand fra bosted. Dersom tilgangen på spesialister ved et fremtidig DMS er lav, vil det påføre fastlegen merarbeid. Dette merarbeidet vil både ta form av flere arbeidsoppgaver, men også mer risikofylt oppgaveløsning. Et dårlig DMS vil igjen gå utover de med dårligst helse, som ofte tar opp mye av totalforbruket i helsetjenesten, fordi fastlegen ikke ønsker å henvise disse. Dette kan bli tilfellet hvis man velger å opprette DMS i Sandnessjøen og Mosjøen og flytte akutt sykehuset til Mo i Rana.

Lurøy kommune oppgir at ansvars- og kostnadsfordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er regulert gjennom lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak /regionale helseforetak, og vil i teorien i liten grad påvirke samhandling, oppgavefordeling, kostnader eller andre krav. Men med økt avstand vil det sannsynligvis komme større omkostninger til kommunen til prehospitaltjenester (utstyr og medisinaler). Det vil komme indirekte økte kostnader ved flere konsultasjoner når pasienter forsøker å unngå lang reisevei til sykehuset. Dette vil medføre dårligere behandling og til slutt påvirke folkehelsen.

Dersom valg av konsept innebærer at avstanden til sykehus øker, oppgir Vevelstad kommune at dette vil legge krav på økt bruk av elektroniske hjelpemidler for å kunne samhandle effektivt og tilby gode helsetjenester lokalt. Valg av sykehuskonsept og opprettelse av DMSer vil kreve at kommunen intensiverer sine investeringer i IKT-infrastruktur med spesielt fokus på bredbånd- og internettilgang. Dette følger av at Vevelstad kommune i dag opplever til dels dårlig kvalitet på sitt bredbånd og til tider har dårlig internettdækning. De eksemplifiserer dette med en situasjon der de var uten internett i fire uker – fastlegen kunne dermed ikke skrive ut resepter. Den dårlige IKT-infrastrukturen gjør samarbeidet med spesialisthelsetjenesten sårbart særlig dersom konsultasjoner og opplæring av helseaktører i kommunen skal gjennomføres elektronisk (e.g. Skype-konsultasjoner, e-læring).

Kommunen er i gang med å utbedre bredbåndsdekningen, arbeidet utføres av Telenor. Kommunen er bekymret for at dekningen vil fortsette å være begrenset til enkelte områder i kommunen som følge av usikker lønnsomhet i prosjektet for Telenor sin del. Det er kommunen som står ansvarlig for å investere i IKT-infrastruktur, og dette utgjør store andeler av driftsrammen til Vevelstad kommune. De søker derfor støtte fra nasjonale myndigheter. Hvis valg av ny sykehusstruktur impliserer økt reiseavstand til sykehus og dermed økt krav om elektronisk samhandling med spesialisthelsetjenesten, ser kommunen seg nødt til å øke investeringene i IKT relativt til dagens investeringsplan. IKT-infrastrukturen er en kritisk innsatsfaktor for å få samarbeidet og samhandlingen til å fungere.

Rana kommune oppgir at samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten i kommunen er velfungerende og har utviklet seg betydelig de siste årene. Det brukes mye tid på hvordan man i fellesskap kan løse problemene en står overfor. Det er jevnlig samhandlingsmøter på både faglig og administrativt nivå. I samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er det en behandlingsskjede og en beredskapsskjede. Disse kjedene vil endres hvis sykehuset flyttes. Det er en generell trend at oppgaver som kan flyttes ut av sykehuset flyttes ut av kostnadshensyn. Lengre avstand til sykehuset vil legge et større ansvar på primærhelsetjenesten og medføre økt kostnadspress i tjenesten.

Hattfjelldal kommune oppgir at lang reisevei til nytt sykehus først og fremst vil påvirke helse- og omsorgsnæringen i kommunen, som sykehjem og hjemmetjeneste. Lange ledsagerreiser gir pasientslitasje, men også større legefravær i kommunen ved ledsagelse, som igjen gir dårligere pasientsikkerhet/svekket akuttmedisinsk beredskap. Videre opplever kommunen at samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er god i dag. Kommunen samarbeider mest med Mosjøen, grunnet den geografiske nærheten, men også med Mo i Rana på akutt ortopedi, og Sandnessjøen på akutt bløtdelskirurgi. Kommunen er av en oppfatning at en endring til ett stort akutt sykehus vil lette samhandlingen, ettersom det blir færre «kasteballspasienter», og en mer enhetlig kommunikasjon mellom kommunen og sykehuset. Det er krevende å ha et samspill med tre forskjellige sykehusenheter som ikke nødvendigvis alltid er samstemte.

Vefsn kommune oppgir at det i dag er et godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten i kommunen og de tre sykehusene. Hvis valg av konsept innebærer at nytt akutt sykehus ikke lokaliseres i Mosjøen, impliserer det at kronisk syke pasienter må ivaretas i primærhelsetjenesten i større grad enn nå. Det vil også medføre lengre liggetid på sykehus når det er stor avstand mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Kommunen vet også at legene må følge pasienter til sykehus i noen situasjoner, og økt avstand vil medføre oppdimensjonering av legevaktstjenesten.

Alstahaug kommune oppgir at nærhet til tjenestene det samarbeides om nærmest er en forutsetning for god samhandling. Det er vanskeligere å gjennomføre kompetanseoverføring og utstrakt samarbeid med enheter som har lang fysisk avstand mellom seg. Det er avgjørende at begge samarbeidende parter må forholde seg til hverandre som likeverdige. Kommunene behandler 90 prosent av pasientene, og har stor kompetanse på sitt felt. Utdanning av legespesialister, ikke minst fastleger, er av avgjørende betydning for framtidige helsetjenester på Helgeland. Men også sykepleiefaglig utdanning, praksis og videreutdanning er en svært viktig samarbeidsarena. Ved en fortsatt funksjonsfordeling mellom to sykehus i en to-sykehusløsning, vil det fortsatt deles på ansvar og funksjoner mellom sykehusene, som gjør samhandlingen mer komplisert. Helhetlig tenkning om pasientene vanskeliggjøres når ulike funksjoner er fordelt ved ulike enheter. Ved en to-sykehusløsning vil innholdet bli mindre i begge sykehus enn det vil bli ved ett stort akutt sykehus for hele regionen. Dermed vil flere oppgaver måtte håndteres av kommunen til økte kostnader, og flere pasienter må sendes ut av Helgeland for å få adekvat helsehjelp.

Helseaktører

Enhetsdirektør ved Helgelandssykehuset Mo i Rana oppgir at samhandlingen med Rana kommune fungerer meget godt i dag. Rana er en stor kommune med tett samarbeid både administrativt og faglig med nærliggende

kommuner nord på Helgeland. Det er opprettet faste ledernettverk og møter tre ganger i året med fokus på samhandlingsflater og avvik. På et overordnet nivå samhandler de om bedre pasientglidning mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og om å tilrettelegge for mest mulig behandling nær pasienten i hver enkelt kommune. I den anledning vil samhandlingssjef i Helgelandssykehuset få en veldig viktig oppgave. De store kommunene, som Rana, har et ansvar for å involvere de mindre kommunene. DMSene vil utgjøre viktige avbøtende tiltak for kommunene og vil ta unna mye oppgaver som løses av dagens sykehusstruktur. DMSer vil være en katalysator for tettere samarbeid med primærhelsetjenesten i fremtiden. Avstander er ikke det viktigste for graden av samhandling, så lenge samhandlingen bygger på gode strukturer.

Enhetsdirektør ved Helgelandssykehuset Mosjøen oppgir at samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer godt for Helgelandssykehuset i Mosjøen. HYSK Mosjøen sitt opptaksområde er kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Tjenestene sykehuset samhandler om er følgetjenester for gravide (dette tilbys i Hattfjelldal kommune), LMS, salg av lab- og gasstjenester, anestesitjenester, utleie av næringslokaler til fastleger, morsrom/bårerom, samt utarbeidelse av katastrofeplaner, håndtering av avvik, prosjekter m.m. Videre oppgir enhetsdirektøren at avstand mellom sykehus og fastlegekontor i dag virker negativt inn på samhandlingen. Enhetsdirektøren opplever at kommunene med lengst reisevei til sykehuset har hyppigere innleggelse og flere liggedøgn per pasient enn kommuner som ligger nærmere sykehuset. For eksempel vil en pasient som bor lokalt i Mosjøen i større grad vente med å innlegges sammenlignet med pasienter fra Hattfjelldal. Mye av årsaken til denne atferden kan forklares med at usikkerhet og risiko øker med avstand til sykehus.

Enhetsdirektør ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen oppgir at det i dag er et godt samarbeid, hvor Helgelandssykehuset Sandnessjøen samarbeider om elektive og øyeblikkelige tjenester. Strukturforskjeller mellom statlig og kommunal sektor gjør det derimot utfordrende å samarbeide om for eksempel felles ict-løsninger for datautveksling og innsamling. Sett bort fra dette, samhandles det på et veldig bra nivå: Det avholdes faste samhandlingsmøter om tjenesteinnhold, samhandlingsavvik, prosjekter med mer. Enhetsdirektøren understreker at ny samhandlingssjef har jobbet veldig godt på dette området. Med tanke på avstand mellom fastlegekontor og sykehus oppgir enhetsdirektøren at det er litt varierende hvilke kommuner som deltar. Jo nærmere man er hverandre, jo lettere er det å samarbeide, f.eks. innen psykiatri. Suksess med tverrfaglighet avhenger av avstand til kommunene man samarbeider med. Avstanden til pasienter og avstander for ambulerende til steder sør i Helgeland vil være utfordrende. Alt kan ikke løses med ny teknologi: Man er fortsatt avhengig av pasientmøter.

Samhandlingssjefen ved Helgelandssykehuset oppgir at det i dag samarbeides om tjenester knyttet til somatikk, psykisk helse og rus. Samarbeidet innebærer jevnlig dialogmøter mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. «Storforbrukere», pasienter som bruker 40-50 prosent av de tilgjengelige ressursene, og smidige pasientforløp fokuseres det spesielt på i samarbeidet. Funksjonsfordelingen mellom sykehusene kritiseres i dag: Pasienter med sammensatte lidelser må ofte innom flere av sykehusene. Fastlegene ambulerer hos spesialisthelsetjenesten og ambuleringen er viktig for dialogen og kompetanseutvekslingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Store avstander mellom sykehuset og fastlegekontoret kan ha negativ innvirkning på ansattes vilje til å ambulere. Innleggingsprosent og liggedøgn øker med avstanden til sykehuset. Fastlegene tør ikke å la være å legge inn pasienter og sykehusene vil ikke skrive dem ut dersom tilbudet i en kommune med lang reisevei er begrenset.

Med utgangspunkt i perspektivet til brukere, pasienter og pårørende ved Helgelandssykehuset, oppgir brukerutvalget ved Helgelandssykehuset at samhandlingen oppleves forskjellig etter hvilken kommune den enkelte bruker/pasient/pårørende tilhører, og hva den aktuelle kommunen har av ressurser, økonomi og kompetanse. Samhandlingen er ikke tilstrekkelig når det gjelder pasientgrupper innen psykiatri og rus. Kommunene har ikke innført pakkeforløp og dermed kan flere av pasientene falle mellom to stoler i overgangen mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. Et annet element som gjør samhandlingen utfordrende er at datasystemene mellom spesialist- og primærhelsetjenesten ikke snakker sammen. Videre tilhører ikke alle

pasientene som trenger oppfølging kommunehelsetjenesten, men primærhelsetjenesten. Fastlegene har i utgangspunktet alt for mange arbeidsoppgaver å forholde seg til. Utover dette er sykepleiermangelen stor i mange kommuner, noe som også bidrar til et dårlig utgangspunkt for samhandling. Det er ikke nødvendigvis en systematikk i avstand og kvalitet på samhandlingen, selv om de i enkelte tilfeller opplever at vertskommunene er relativt mindre gode på samhandling. Det som avgjør kvaliteten i pasientflyten er gode avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og den enkelte kommune, tilgang på tilstrekkelig kompetanse i kommunehelsetjenesten og primærhelsetjenesten samt vilje til å samarbeide tett. Det er både belastende for pasienten og for samfunnet om vedkommende blir utskrevet for tidlig.

4.2.3 Analyse

4.2.3.1 Sammenstilling av innsikt fra innspillene

Felles for kommunene og helseaktørene som har uttalt seg om virkninger av ny sykehusstruktur på samhandlingen og derigjennom kommunenes ressursituasjon, er at alle ønsker ett stort akuttsykehus på Helgeland. Hovedargumentene for dette er at ett sykehus vil samle funksjonene og ansvaret i en enhet som vil gjøre det lettere å følge opp, og utvikle, samhandlingsløsninger.

Kommunene er også samstemte om at økt avstand til nytt sykehus vil medføre økte kostnader og høyere belastning på primær- og kommunehelsetjenesten. Kommunene trekker frem poenger som at økt avstand blant annet vil kreve økt bruk av følgetjenester og dermed økt beslag på legeressurser, mer bruk av KAD-senger, dårligere samhandling om pasientflyt og økt oppgaveoverføring til primærhelsetjenesten. Helseaktørene trekker frem at økt avstand vil virke negativt inn på evnen til samarbeid med kommuner med lang avstand til sykehus. Lang avstand vil virke negativt inn på helsepersonellens ønske om å ambulere, og kan øke bruken av følgetjenester, og ellers øke antall liggedøgn og antall innleggelser.

Helseaktørene deler mange av de samme synspunktene. Enhetsdirektørene ved Helgelandssykehuset Mosjøen og Sandnessjøen oppgir at avstand mellom sykehus og primærhelsetjenesten i de enkelte kommunene har negativ innvirkning på graden av samhandling. Det blir trukket frem flere eksempler på hvorfor dette er tilfellet: De kommunene som har lenger avstand til sykehuset har hyppigere innleggelser og flere liggedøgn per pasient enn kommuner som ligger nærmere sykehuset, fordi i valget om innleggelse eller ikke vil en fastlege ofte velge innleggelse jo lenger de er unna sykehuset, for å unngå å sitte alene med ansvaret for pasienten. Det blir også trukket frem at kommuner som har relativt kort avstand til fastlegekontor i større grad deltar på stedlige kurs og undervisning i regi av det enkelte sykehus. Møter mellom leger i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er viktige for å kunne oppnå en felles forståelse om utfordringer og behov i samhandlingen – tekniske løsninger som Skype og e-læringskurs vil ikke kunne erstatte behovet for menneskelig kontakt. Samtidig som avstand er viktig i overgangen fra fastleger til spesialisthelsetjeneste, er avstand minst like viktig i overgangen fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjenesten. For å sikre god samhandling om pasientflyt er man avhengig av kort avstand: Viljen og ønsket om å ambulere til kommuner og DMS-tilbud blant spesialisthelsepersonell avtar med lengre avstand.

Enhetsdirektøren ved Helgelandssykehuset Mo i Rana påpeker at avstand ikke er det viktigste for graden av samhandling. En viktig forutsetning for god samhandling, uavhengig av distanse mellom fastlegekontor og sykehus, er at det foreligger gode strukturer. I så måte vil opprettelsen av DMSer virke som en katalysator for tettere samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Samhandlingssjefen ved Helgelandssykehuset er enig i at store avstander mellom sykehus og fastlegekontor kan ha negativ innvirkning på spesialisthelsepersonellens vilje til å ambulere. Han er også enig i at innleggingsprosent og antall liggedøgn øker med avstand til sykehuset. Han påpeker også at noe av årsaken bak denne trenden, utover risikohåndtering av de aktuelle fastlegene, er at sykehuset har en motvilje mot å utskrive pasientene like tidlig som man for eksempel ville gjort med pasienter som soknet til vertskommunen til sykehuset.

Brukerutvalget ved Helgelandssykehuset skiller seg fra mange av interessentene som har uttalt seg om temaet samhandling i den grad de mener at økt avstand til sykehus ikke alene forklarer kvaliteten på samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommune-/primærhelsetjenesten. Det som derimot er forklarende, er den enkelte kommunes ressurser, kompetanse, økonomi og vilje til å samarbeide. Brukerutvalget har erfaringer med at vertskommuner til sykehusene er relativt sett dårligere på samhandling enn kommuner med lengre avstand til sykehuset. For å få til god samhandling, må kommunehelsetjenesten og primærhelsetjenesten ha tilstrekkelig med kompetanse og vilje til å samarbeide, hvor dette ikke alene kan forklares av avstand til sykehuset.

Legegruppen ved Helgelandssykehuset Mo i Rana fremhever også at et tettere samarbeid mellom prehospitaltjenester, legevakt og leger ved det nye sykehuset vil kunne bidra til bedre pasientbehandling for pasienter som bor langt fra sykehus. Som en tilleggsgevinst vil man oppnå kompetanseoverføring mellom sykehuset, de prehospitaltjenestene og primærhelsetjenesten. Dette vil kunne innebære mindre reisebelastning for pasientene og betydelige ressursbesparelser gjennom en reduksjon av unødvendige innleggelse. Som en konsekvens kan dette medføre at kommunene i større grad enn tidligere må være ansvarlige for behandlingen som i dag ender opp med innleggelse. I hvor stor grad kommunene må stå ansvarlige for en større del av pasientbehandlingen, vil avhenge av innholdet i de foreslåtte DMSene og hvor de i så fall blir lokalisert.

Legeforeningene ved Sandnessjøen og Mosjøen sykehus påpeker at økt avstand til sykehuset kan medføre økt bruk av følgetjenester. Hvis dette blir utfallet, vil dette føre til økte kostnader både for helseforetaket og for de kommuner som i fremtiden må øke bruken av følgetjenester.

Hvis vi ser bort fra kommunenes ønske om lokalisering av nytt akuttsykehus, er kommunene stort sett enige om hvilke virkninger valg av ny sykehusstruktur vil gi for samhandlingen og kommunenes ressursituasjon. Kommunene har åpenbare interesser av at sykehuset blir lokalisert nærmest mulig deres egne innbyggere, og dette gjenspeiles i deres utspill om ønsket lokasjon. De virkningene som blir trukket frem blant kommunene angående samhandling og konsekvenser for kommunenes ressursituasjon er særlig hvordan avstand til sykehus påvirker kommunal ressursbruk på helse og omsorg.

Vevelstad kommune fremhever virkningene på kommunens investeringer i IKT-infrastruktur ved lengre avstand til sykehus. Lengre avstand vil kreve økt samhandling, som igjen krever stabil og godt utbygd IKT-infrastruktur. Lengre avstand til sykehuset vil på mange måter heve kravene til IKT-investeringer i kommunen.

Kommunene Rana, Vefsn og Alstahaug påpeker at nærhet til spesialisthelsetjenesten er en viktig forutsetning for godt samarbeid. Rana kommune forteller at lengre avstand til sykehuset vil innebære et større ansvar på primærhelsetjenesten og medføre økt kostnadspress i tjenesten. Vefsn kommune på sin side uttaler at økt avstand vil medføre en oppdimensjonering av legevaktstjenesten, mens Alstahaug kommune påpeker viktigheten av at valg av ny sykehusstruktur ikke ender med en to-sykehusmodell. En to-sykehusmodell vil vanskeliggjøre samarbeidet som følge av ulik funksjonsfordeling, ansvarsfordeling og dårligere helhetlig tekning. Hvis en to-sykehusmodell velges, vil flere oppgaver måtte håndteres av kommunene til økte kostnader.

4.2.3.2 Diskusjon av innspillene sett opp mot ressursituasjonen i den enkelte kommune

I innspillene fra interessentene og i litteraturen pekes det på flere utfordringer for samhandlingen som kan øke i omfang ved ny sykehusstruktur på Helgeland. Større samhandlingsutfordringer vil kunne slå ut i økte kommunale utgifter til helse og omsorg. Interessentene trekker frem følgende momenter som potensielle drivere for økte utgifter til helse- og omsorgssektoren i kommunen:

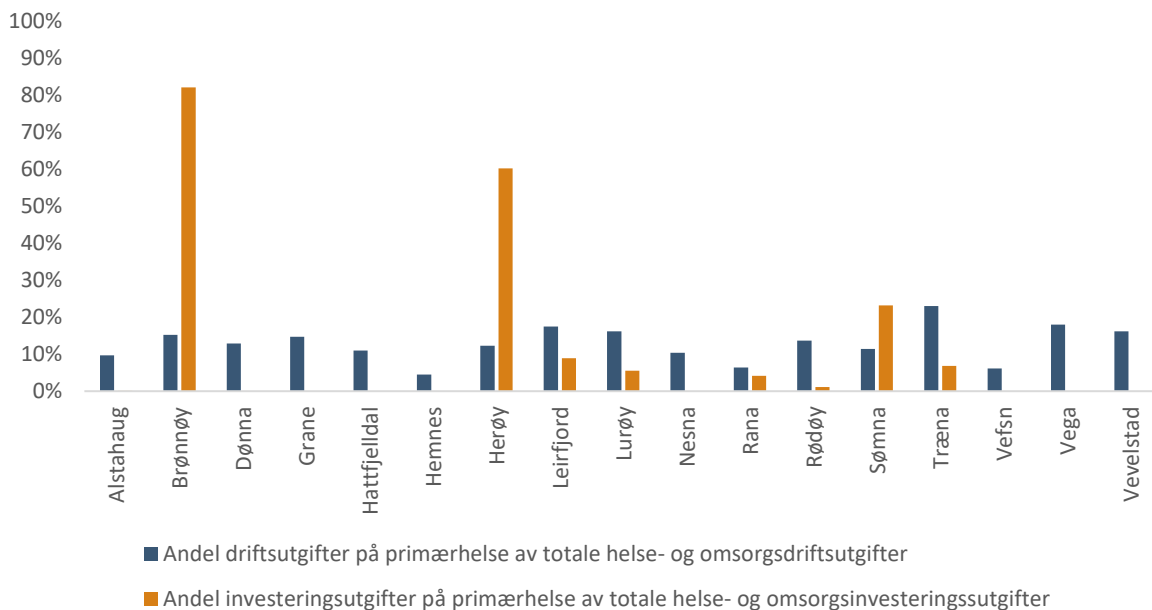
- Kommunene som får lengre avstand til sykehus etter valg av sykehuskonsept, vil mulig øke sin bruk av følgetjenester. Dette kan øke utgiftene til helseforetaket, og samtidig legge beslag på deler av kommunens legeressurser over tid. For de minst sentrale kommunene med lavest innbyggertall, vil økt bruk av følgetjenester kunne slå ut i at deres eneste fastlege i større grad må bruke sin arbeidstid på dette, og ikke pasientrettet arbeid i kommunen. Hvis omfanget av bruk av følgetjenester øker betraktelig, kan dette føre til at kommunen må øke sin ressursbruk på leger.

- Kommunene som får lengre avstand til sykehus etter valg av sykehuskonsept, vil mulig øke sin bruk av kommunale akutte døgnplasser (KAD). Finansieringen av KAD-senger og lignende tilbud er i stor grad finansiert av kommunene gjennom rammetilskudd fra staten.
- Kompetanseutveksling, relasjonsbygging og kompetanseheving vil være vanskelig å gjennomføre ved lang avstand til sykehus. Selv om ny teknologi kan erstatte mange av de stedlige møtene og interaksjonskanalene, er man fortsatt avhengige av å møtes ansikt til ansikt for å bygge gode relasjoner og lettere forstå hverandres utfordringer, likheter og ulikheter. Lengre avstand til sykehus kan redusere kompetansen i kommunehelsetjenesten og primærhelsetjenesten over sikt, og igjen bidra til svakere rekrutteringsevne og økte kostnader. Omfanget av dette vil avhenge av tilbudet i DMSene, og i hvor stor grad disse kan benyttes til kunnskapsutveksling, relasjonsbygging og kompetanseheving mellom ansatte i spesialist- og primærhelsetjenesten.
- Ved de tre sykehusenhetene til Helgelandssykehuset har alle hovedtillitsvalgte for Overlegeforeningen (OLF), Yngre legers forening (YLF) og Norsk sykepleierforbund (SNF) uttalt at avstand mellom akuttsykehus og DMS vil virke negativt inn på de ansatte sin vilje til å ambulere. Dette er også i tråd med resultatene fra spørreundersøkelsen gjennomført blant de ansatte ved Helgelandssykehuset. Det store flertallet av både sykepleiere, spesialistsykepleiere, LIS-leger og overleger ved alle de tre enhetene anser ambulerings som en byrde i arbeidshverdagen *hvis* ambuleringsstjenesten må foregå over lange avstander uten tilstrekkelig økonomisk kompensasjon for ulempene ambuleringen medfører. Som diskutert i kapittel 2 under rekruttering av spesialisthelsepersonell, vil krav om ambulerings for foreslåtte DMS-lokaliseringer virke negativt. Motvilje mot ambulerings til DMS kan gå utover mengden samhandling, som igjen vil påvirke kommunenes bruk av ressurser på helse og omsorg.
- Drift av IKT-infrastruktur i hver enkelt kommune er finansiert over kommunebudsjettene. Det blir påpekt fra en enkeltkommune at omfanget i deres investeringer i IKT vil øke jo lenger avstanden blir til sykehuset. Argumentasjonen for dette følger av at lengre avstand vil kreve økt bruk av elektroniske løsninger for å kunne håndtere samhandlingen på en god måte. Valg av sykehusstruktur kan dermed ha implikasjoner på kommuner med svak IKT-infrastruktur sine utgifter til nettopp investeringer i IKT.

Momentene som blir trukket frem av interessentene er viktige å ta innover seg i beslutningen om valg av ny sykehusstruktur.

Vi vil i de kommende avsnittene se på hvordan utgiftene til helse og omsorg fordeler seg mellom de ulike kommunene på Helgeland. Vi gjør dette for å si noe om hvilket nivå ressursbruken er på i dag, og hvordan valg av ny sykehusstruktur kan påvirke dette.

Figur 4-1: Kommunale drifts- og investeringsutgifter brukt på primærhelse som andel av totale helse- og omsorgsutgifter. Andelen er beregnet på gjennomsnittstall for årene 2015-2018. Kilde: SSB



Figur 4-1 viser kommunale drifts- og investeringsutgifter brukt på primærhelsetjenesten som andel av totale helse- og omsorgsutgifter. Andelen er beregnet på gjennomsnittstall for årene 2015-2018.³² Vi ser fra figuren at driftsutgiftene i snitt har vært lave relativt til kommunenes totale helse- og omsorgsutgifter. I snitt har kommunene på Helgeland brukt 13 prosent av sitt helse- og omsorgsbudsjett på driftsutgifter til primærhelsetjenesten. Vi ser samtidig at enkelte kommuner har hatt høye investeringsutgifter på primærhelsetjenesten. Hele 82 prosent av Brønnøy kommune sine investeringsutgifter i helse- og omsorgsbudsjettet ble brukt på primærhelsetjenesten i snitt for årene 2015-2018. Den samme andelen er 60 prosent for Herøy kommune.

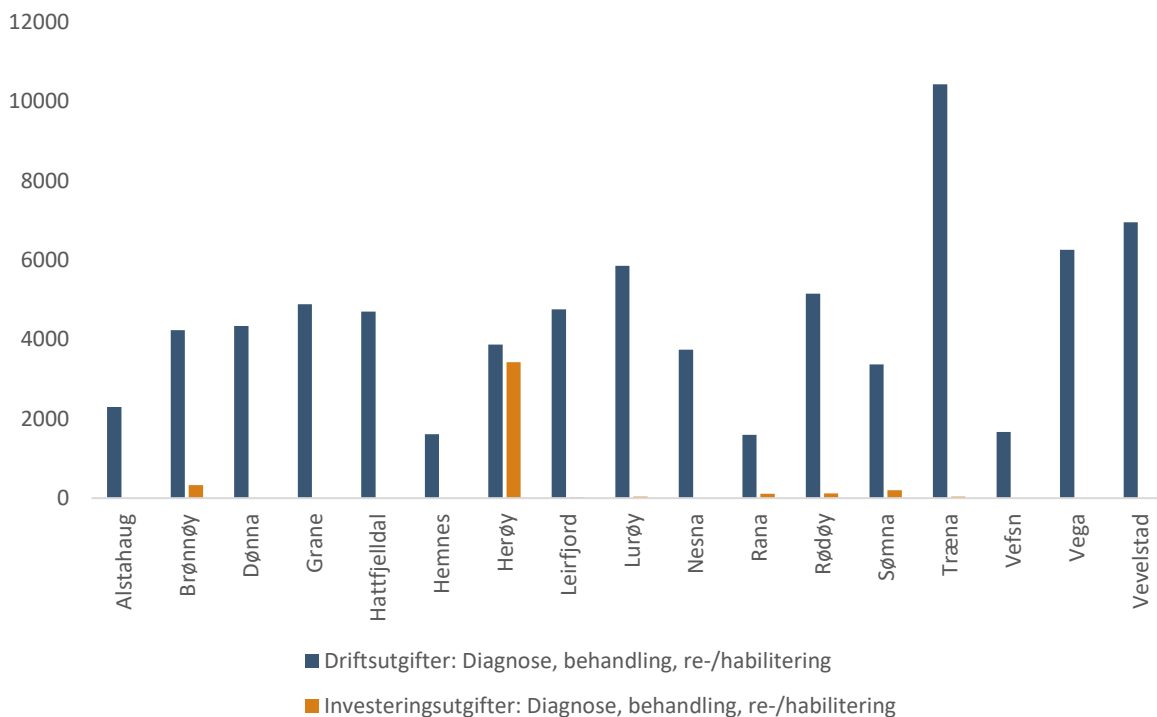
Av Figur 4-1 kan vi se at det er en forskjell mellom befolkningsrike kommuner (Alstahaug, Vefsn, Rana med unntak av Brønnøy) og mindre befolkningsrike kommuner i utgifter til primærhelse som andel av totale kommunale helse- og omsorgsutgifter. Forskjellen synes ikke å være betydelig, men reell. Noen av årsakene til dette kan være at man i de mindre sentrale kommunene på Helgeland er avhengig av å tilby fastlønnsavtaler og andre tilskuddsordninger for å klare å rekruttere tilstrekkelig antall fastlegeårsverk. Svak rekrutteringsevne kan bidra til å vri en større del av kommunens helse- og omsorgsbudsjett mot primærhelsetjenesten. (IPSOS; Samfunnsøkonomisk Analyse, 2018) viser at 7 av 10 kommuner tilfører fastlegeordningen tilleggsfinansiering utover basistilskuddet og utjamningstilskuddet. Rapporten viser også at rekrutterings- og stabiliseringstfordringer er de hyppigste årsakene til at kommunene utvikler subsidieringstilbud, og de vanligste subsidieringsmetodene er leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell, eller fastlønn. Rapporten viser at subsidiering er mest vanlig i de minst sentrale kommunene, og det er derfor regionale forskjeller i finansieringen av fastlegeordningen. For en inngående diskusjon av rekrutteringsevne og -utfordringer for kommunene på Helgeland og hvordan valg av sykehusstruktur kan påvirke dette, se kapittel 4.3.

Figur 4-1 forteller ikke noe om hvor dyr primærhelsetjenesten er per innbygger i de forskjellige kommunene. Det vil være viktig å studere dette, ettersom innbyggertallene tidvis varierer stort mellom kommunene på Helgeland. Få innbyggere, for et gitt kostnadsnivå, vil gjøre at kommunen har få personer å dele utgiftene på. Jo færre

³² Den deskriptive statistikken i dette kapitlet er målt som gjennomsnitt for årene 2015-2018. Motivet for å ta snittverdi over årene 2015-2018 er for å utjevne variasjon i enkeltår som avviker fra langsiktig snitt. Snittverdier vil derfor gi et mer representativt bilde av faktisk nå-situasjon.

innbyggere den enkelte kommune har, desto større omfang vil budsjettandelene ha for kommunens inntekter. Utgifter til primærhelsetjenesten per innbygger lar oss sammenligne utgiftene til primærhelse på tvers av kommuner.

Figur 4-2: Kommunale utgifter til primærhelsetjenesten målt per innbygger. Forholdstallene er beregnet på gjennomsnitt for årene 2015-2018. Kilde: SSB



Det fremgår tydelig av figur 4-2 at det er kommunene med de laveste innbyggertallene som bruker mest ressurser per innbygger på primærhelsetjenesten. Dette er hva vi kan forvente: Kommunene i Norge har et ansvar for å «sørge for» at det tilbys en primærhelsetjeneste i et omfang som tilfredsstillende nasjonale retningslinjer.³³ For eksempel må alle kommuner investere i bygg, utstyr, øvrig infrastruktur etc. for at tjenestetilbudet skal være adekvat. Med få innbyggere vil det være færre å dele disse kostnadene på. I kombinasjon med svak rekrutteringsevne blant de mindre sentrale kommunene på Helgeland (se kapittel 4.3 for en inngående analyse av temaet), bidrar dette til å gjøre primærhelsetjenesten relativt sett mer ressurskrevende i mindre enn i mer sentrale kommuner.

Kommunene er bekymret for at økt avstand til sykehus vil forverre samhandlingen, mens de tillitsvalgte ved Helgelandssykehuset er bekymret for hvordan økt avstand til DMS vil gi økt arbeidsbelastning for deres medlemmer og slå negativt ut på viljen til å ambulere. Sett ut ifra kommunenes ressursituasjon, vil det være naturlig at ulempene ved dårligere samhandlingsløsninger vil slå hardest ut på budsjettene til de kommunene med færrest innbyggere.

4.2.3.3 Oppsummering

Det er generelt vanskelig å trekke konklusjoner for hvordan sykehuskonseptene vil påvirke kommunenes ressursituasjon gjennom endret samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Det vi har av tilgjengelig informasjon er innspill fra interessenter og øvrig litteratur. Interessentinnspillene diskuterer i stor

³³ Se vedlegget «Om fastlegeordningen: Organisering og finansiering» for en innføring i «sørge for»-ansvaret som kommunene har. Vedlegget presenterer også finansieringen og organiseringen av fastlegeordningen.

grad hvordan innholdet i samhandlingen kan endres ved valg av sykehusstruktur, og dette ligger utenfor samfunnsanalysens mandat. Interessentinnspillene, særlig kommunenes innspill, legger også vekt på at lengre avstand til sykehus vil slå ut i økt bruk av bl.a. følgetjenester. Økt bruk av følgetjenester vil bety at fastlegene og andre legeressurser vil bruke mer tid på å følge pasienter og derav bruke mindre tid på behandling i sine praksiskommuner, som igjen kan slå ut i økt rekrutteringsbehov. En slik virkning vil slå hardest ut på budsjettene til de minst sentrale kommunene.

Enkelte interessenter legger også vekt på at økt avstand vil tvinge de mest usentrale kommunene til å bruke mer ressurser i gjennomsnitt per pasient, fordi enkelte brukere (særlig de med dårlig helsetilstand) i større grad vil bli behandlet i kommunen enn i spesialisthelsetjenesten etter valg av ny sykehusstruktur. Andelen pasienter med dårlig helsetilstand vil øke i takt med den generelle aldringen av befolkningen. Lang reisevei til sykehus vil være svært belastende for pasienter med dårlig helsetilstand, og nytten av å behandle dem lokalt kan være større enn å sende dem til spesialisthelsetjenesten. Som en konsekvens kan dette føre til at man er avhengig av å rekruttere mer personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Også dette vil slå hardest ut for de minste kommunene på Helgeland. Omfanget av slike virkninger vil avhenge av tilbudet i, og samhandlingen med, de ulike DMSene som er foreslått. Det er viktig å merke seg at det motsatte også kan være tilfellet: Kommuner med lang avstand til sykehuset kan oftere velge å innlegge pasienter til spesialisthelsetjenesten enn kommuner som ligger nærme sykehuset, for et gitt sykdomsbilde til pasientene. Dette kan blant annet forklares med usikkerhet om pasient-sikkerhet, og høyere bruk av «føre-var»-prinsippet i primærhelsetjenesten med lang avstand til sykehus. Problemstillingene knyttet til innleggelsespraksis i kommune-Norge er grundig diskutert i (Riksrevisjonen, 2018).

Mange av interessentene som har uttalt seg om samhandling mener at en én-sykehusmodell vil gi det beste grunnlaget for samhandling med primærhelsetjenesten. Argumentene for dette synspunktet følger av at valg av en én-sykehusmodell samler sykehusfunksjonene og -ansvaret i en enhet som kan gjøre det lettere å følge opp, og utvikle, samhandlingsløsninger med kommunene. Det påpekes at helhetlig tenkning om pasientene vanskeligst gjøres når funksjoner er delt mellom ulike lokaliteter. Dette argumentet må sees i sammenheng med innspillene til flere av interessentene som påpeker at økt avstand til sykehus kan medføre økte kostnader og høyere belastning på primær- og kommunehelsetjenesten. Valg av en én-sykehusmodell fremfor en to-sykehusmodell kan derfor potensielt gi høyere kostnader for kommunene med tanke på samhandling, alt annet likt. Relativt til en to-sykehusløsning må de negative virkningene av økt avstand til sykehus sees opp mot nyttevirkningene i form av kvalitativt bedre samhandling ved valg av en én-sykehusløsning. Det fremgår ikke tydelig hvilke av de to effektene som vil dominere.

4.3 Rekrutteringen av fastleger og annet helsepersonell i kommunene

I dette kapitlet vil vi analysere og diskutere virkninger på rekrutteringen av fastleger og annet helsepersonell i kommunene. Til å gjøre dette har vi delt inn analysene i tre nivåer: Litteratur, innspill fra interessenter og analyse. Analysekapitlet er todelt. I første del sammenstiller og drøfter vi innholdet i innspillene, ved å trekke på erfaringer fra tidligere litteratur og ved å bruke offentlig tilgjengelig statistikk. Denne diskusjonen leder til hypoteser som danner grunnlaget for analysen som gjøres i del to. I del to analyserer vi hvordan valg av sykehusstruktur vil påvirke disse hypotesene. Her ser vi på de ulike konseptene og analyserer dem opp mot våre hypoteser og estimerte netto flyttestrømmer.

4.3.1 Litteratur

Den eksterne ressursgruppen peker på at behovet for samarbeid med kommunehelsetjenesten om rekruttering vil øke i årene som kommer, og dette behovet vil være større på Helgeland enn mange andre regioner i Norge. Dette begrunnes med at både spesialist- og kommunehelsetjenesten på Helgeland opplever rekrutteringsutfordringer blant flere typer helsepersonell og at disse utfordringene vil øke i tiden fremover med tanke på demografisk utvikling i regionen og Norge for øvrig, og framskrivninger av tilbudet av helsepersonell. Samarbeid

vil være en forutsetning for helhetlig og felles satsing på rekruttering – og er en nødvendig betingelse for å kunne skape tilstrekkelig attraktive virksomheter for helsefaglige kandidater på utkikk etter arbeid.

Den nylig publiserte evalueringen av fastlegeordningen (EY; Vista Analyse, 2019) og evalueringen av fastlegereformen i 2006 (Norges forskningsråd, 2006) peker på at det er i hovedsak mindre sentrale kommuner som sliter med svak rekrutteringsevne og lav stabilitet i legestanden over tid. Evalueringen av fastlegeordningen finner også at dette sprer seg til større og mer sentrale kommuner. Ifølge Helsedirektoratet (2019) er om lag 15 prosent av fastlegene fastlønnnet gjennom kommunale ansettelser. Ipsos og Samfunnsøkonomisk Analyse (2018) viser at 7 av 10 kommuner tilfører fastlegeordningen tilleggsfinansiering utover basistilskuddet og utjamningstilskuddet. Rapporten viser også at rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer er de hyppigste årsakene til at kommunene utvikler subsidieringstilbud, og de vanligste subsidieringsmetodene er leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell, eller fastlønn. Rapporten viser at subsidiering er mest vanlig i de minst sentrale kommunene, og det er derfor regionale forskjeller i finansieringen av fastlegeordningen.

Flere av kommunerepresentantene som er intervjuet i forbindelse med evalueringen av fastlegeordningen påpeker at kommuner med kommunalt ansatte leger opplever at legene ikke har samme insentiver til å aktivt bruke takstsystemet, og at kommunene nok ikke får alle inntektene legene ville fått om de var selvstendige. Dette kan gjøre det krevende for kommunene, som må finansiere mer av legetjenestene over kommunerammen. På den annen side er det fastlønnede leger som sier at de kjenner på at de må takste mest mulig, ellers vet de at kommunen taper penger på at de er på fastlønn. Med et system der inntekten til kommunen/fastlegene genereres av takster, har fastlegene insentiver til å takste, men insentivet er sterkere der det har direkte effekt på egen inntjening.

Undersøkelsen «Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere» viser at de fleste fastlegene i disse kommunene var selvstendig næringsdrivende fastleger med eller uten subsidiering (Abelsen, Gaski, & Brandstorp, 2016). Tett oppunder halvparten av avtalene var selvstendig næringsdrift (44,8 prosent). En tredjedel av avtalene (33,9 prosent) var basert på 8.2-avtaler, og 20,1 prosent av avtalene var basert på fastlønn. Undersøkelsen viser videre at innbyggertallet var en viktigere faktor enn sentralitet for valg av driftsform, der fastlønn var mest vanlig i kommuner med under 2 000 innbyggere (69,2 prosent), og der andelen av legens inntekt fra den aktivitetsbaserte inntjeningen økte i tråd med økt kommunestørrelse. Undersøkelsen viser også at kommunens sentralitet har størst innvirkning på legeløse lister og spesialiseringsgrad. Hele 96 prosent av kommunene under 20 000 innbyggere deltok i undersøkelsen. 41,6 prosent av fastlegene i Norge tilhørte disse kommunene.

I 2015 publiserte KS en undersøkelse utført sammen med TNS Gallup for å kartlegge kommunens behov for, og dekning av, legetjenester i kommunen (TNS Gallup & KS, 2015). Undersøkelsen ble sendt til ledere for kommunens fastleger i alle kommuner i Norge. 46 prosent av kommunene deltok. I undersøkelsen kommer det frem at 4 av 10 kommuner opplever rekruttering av fastleger som vanskelig, der de små og mindre sentrale kommunene opplever situasjonen noe verre (5 av 10 opplever rekruttering som utfordrende) enn ved de store sentrale kommunene (3 av 10 opplever rekruttering som utfordrende). Halvparten av kommunene i undersøkelsen finansierer fastlegene utover basistilskuddet, der andelen synker med stigende kommune-størrelse (fra 8 av 10 blant de minste kommunene til ingen blant de største).

EY og Vista Analyse (2019) viser til at Norges fastleger skildrer hovedsakelig to ulike rekrutteringssituasjoner: I distriktskommuner har utfordringen lenge vært å få fastleger til å bosette seg over tid i kommunen og gjennom dette bidra til stabilitet. I sentrale kommuner er utfordringene med rekruttering av nyere dato og mye tyder på at en endret arbeidssituasjon gjør det utfordrende for yngre leger å etablere seg i dagens finansieringsordning. Videre skildres det at små distriktskommuner har utfordringer med å få fastleger til å slå seg ned i kommunen over lengre tid og gjennom dette sikre stabilitet. I noen kommuner beskrives dette med at få leger ønsker å bo i en kommune med lavt innbyggertall, få fritidsaktiviteter, få jobber til legens partner, få muligheter til å finne seg en partner og lang avstand til nærmeste by. I andre kommuner forklares det hvordan fastlegeordningen i små

disktriskommuner har vært bygget rundt én «hjørnestenslege» og når denne legen går av med pensjon «rakner» fastlegeordningen i kommunen.

EY og Vista Analyse (2019) diskuterer også fastlegens oppfatning av drift av legevakt. En stor andel fastleger i store kommuner forteller at de søker kommunen om fritak fra legevakt eller bytter bort vaktene sine for å unngå for høy arbeidsbelastning, unngå økonomisk tap ved fri dagen etter legevakt eller at de ønsker mer tid med familien. I små kommuner er dette ofte ikke mulig da legevaktene fordeles på fastlegene dersom kommunen ikke har et interkommunalt legevaktsamarbeid. Fastleger i distriktet forteller om høy vaktbelastningen og flere trekker frem at det kan være krevende å være alene på vakt i akutte situasjoner, som trafikk- eller fritidsulykker, hvor fastlegen er den første på ulykkesstedet – og veien til sykehus er lang. Rapporten diskuterer også forholdet mellom legevakt og kompetanse i primærhelsetjenesten og hvordan dette påvirker kommunenes økonomi. For små kommuner kan kravet om vaktkompetanse hos legene på legevakten (jf. akuttmedisinforskriften) gi store økonomiske utfordringer. Eksempelvis, dersom kun én av fastlegene er spesialist, må denne legen ha bakvakt for de andre fastlegene hele året.

I (Styresak 128/2017, 2017), «Kvalitet i akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og legevaktsentral (LV)» til Helgelandssykehuset, blir det referert til at de ansatte i AMK- og LV-sentralene angir at de er fornøyd med arbeidssituasjonen. Staben er tungt belastet med vakter. Det er likevel ingen spesiell misnøye å spore i medarbeiderundersøkelsen som er gjennomført blant de ansatte. Medarbeiderne skårer stort sett innenfor normalområdet for Helse Nord, eller bedre. Rekruttering av nytt personell er god, men antallet som slutter er fortsatt relativt høyt. Opplæring av nye medarbeidere er dyr og langvarig. Dermed fører stor utskifting av personellet i sentralene til relativt store utgifter.

I 2018 publiserte Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin (NSDM) rapporten «Fastlegeordningen i Nord-Norge», som oppgir at per juni 2016 var det 52 legevakter i Nord-Norge, og 63 prosent var kommunale (på landsbasis er tilsvarende andel 45 prosent). 79 prosent av nordnorske fastleger deltok i legevaktordningen per 1.1.2017 mot 64 prosent på landsbasis. Legevakter for små populasjoner kan innebære mye bundet tid med lav kompensasjon for legene. Blant fastleger i Nord-Norge er andelen spesialister i allmenntillegemedisin høyest i lokalsykehusområdene Rana, fulgt av Mosjøen og Tromsø. I kun fem kommuner, som alle er lite folkerike med én til tre fastleger, var alle fastlegene spesialister i allmenntillegemedisin. I samme rapport henvises det også til NSDM sine spørreundersøkelser, som viser at antall ledige fastlegestillinger i Nord-Norge hadde økt fra 1.1.2015 til 1.1.2017 (fra 32 til 43 ledige stillinger). I 2015 var de fleste ledige stillingene i de minst sentrale kommunene, mens det i 2017 også var ledige stillinger i de mest sentrale kommunene. Per 1.1.2015 var det ikke noen private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen i Finnmark, Midt-Troms, Vesterålen og Sør-Helgeland. På Helgeland og i Indre Finnmark var alle fastlegeavtalene basert på fast lønn. I Tromsøregionen hadde en stor majoritet private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen. I Ofoten, Indre Helgeland, Bodø/Salten og Sør-Troms hadde også et flertall slike avtaler.

I samme rapport blir det hevdet at de to dominerende hypotesene i forskningslitteraturen om hva som bidrar til å rekruttere leger til arbeid i distrikt, handler om det å ha oppveksterfaringer fra distrikt, og det å møte pasienter og lære i distriktsmedisinske settinger (Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin, 2018). Studier har vist at UiT-utdannede leger per 2013 bemannet 44 prosent av fastlegestillingene i Nord-Norge, men at disse fastlegene var sterkt sentralisert rundt utdanningsstedet Tromsø. Studier som er gjennomgått i rapporten til NSDM har avdekket betydelige kjønnsforskjeller i inntektssystempreferansene blant unge leger, gitt at de skal jobbe som fastleger med fritt valg av inntektssystem. De unge kvinnelige legene har en sterkere preferanse for fast lønn enn de unge mannlige legene, og en relativt liten andel blant de unge kvinnelige legene har preferanse for dagens inntektssystem i privat næringsdrift. Et eksperiment viste at nær 20 prosent av unge leger ville foretrekke en fastlegejobb i distriktet framfor i en by, hvis de kunne sikres arbeidsforhold hvor muligheten til å kontrollere arbeidstiden var svært god, mulighet for faglig utvikling var svært god, praksisstørrelsen lå på mellom tre og fem leger og inntekten lå på nivå med gjennomsnittlig lønn blant unge sykehusleger. Alle de tre første forholdene måtte være til stede for å velge distrikt. Nøkkelen til å redusere rekrutteringsbehovet er å øke stabiliteten blant

fastlegene i Nord-Norge, siden det ikke er «forgubbing», men turnover blant yngre leger som er den store utfordringen for fastlegetjenesten i Nord-Norge.

4.3.2 Innspill fra interessenter

I dette delkapitlet legger vi vekt på innspill som diskuterer aspekter ved rekrutteringsevne og -behov i primærhelsetjenesten og øvrig kommunehelsetjeneste. Vi vil derfor ikke legge vekt på innspill som diskuterer hvordan valg av ny sykehusstruktur kan påvirke innholdet i, og kvaliteten på, primærhelsetjenesten i de enkelte kommunene.

4.3.2.1 Høringsinnspill

Kommuner

I høringsinnspillet til de 12 kommunene på Sør-Helgeland³⁴ påpekes det at plassering av sykehuset sentralt på Helgeland vil styrke rekrutteringen av fastleger til et større antall av kommunene. Lang vei til sykehus gjør at fastleger blir mer alene om det medisinske ansvaret i kommunene, både når det gjelder behandling av enkeltpasienter, faglig utvikling og kollegialt samarbeid. En lokalisering av et nytt akuttsykehus til Mo i Rana vil derfor virke klart negativt på rekruttering av fastleger til kommunene sør på Helgeland.

Helseaktører

I høringsinnspillet til Nord universitet påpekes det at rekruttering av kvalifisert arbeidskraft og det å beholde og utvikle robuste fagmiljø er en nødvendighet for å kunne tilby befolkningen i Helgelandsregionen kvalitet i helsetjenestene – både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Nord universitet utdanner sykepleiere til spesialisthelsetjenesten og til regionens kommuner. Samarbeid mellom Nord universitet, Helgelandssykehuset og kommunene om forskning, men også særskilt kunnskapsdeling og praktiske studier for sykepleierstudenter er viktig som rekrutteringsarena for regionen. Det er universitetets erfaring at større tverrfaglige enheter med plassering på større steder/byer er mer attraktive for studenter og arbeidstakere enn ved mindre lokasjoner.

I høringsinnspillet til fastlegene i Vefsn kommune påpekes det at rekrutteringen til et eventuelt nytt felles sykehus ikke kan sees uavhengig av rekrutteringen til primærhelsetjenesten. Høringsinnspillet retter kritikk mot den eksterne ressursgruppens dekning av dette temaet. En nylig publisert undersøkelse fra nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø viser at rekrutteringsutfordringene er klart størst i Nord-Norge og øker med avstand til sykehus. Økt avstand til sykehus, større vaktbelastning og aleneansvar for kritisk syke pasienter vil neppe bedre rekrutteringen i de kommunene som blir uten sykehus. En stabil primærhelsetjeneste med erfarne fastleger utøver en viktig portvokterfunksjon og vil avlaste sykehuset. Det er således viktig at en fremtidig sykehusstruktur ikke bidrar til å svekke rekruttering til primærhelsetjenesten.

I høringsinnspillet til fastleger og legevakt i Sømna kommune påpekes det at den lange reiseveien til sykehus har negativ påvirkning på rekrutteringen av nye fastleger. Mange av fastlegene opplever det som krevende å ha vakt i distriktene på Helgeland.

I høringsinnspillet til fastleger i Brønnøy kommune påpekes det at rekruttering til fastlegeordningen blir vanskeligere jo lengre det er til sykehus. Ansvaret for de dårlige pasientene ligger hos legevakslegen som ofte er alene på vakt. Avstand og transporttid vil da medføre økt belastning.

I høringsinnspillet til Nordland fylkesting belyses det at det vil kunne være konsekvenser for kommuner og forventninger til kommunehelsetjenestens kapasitet, oppgaver og tjenester ved den sykehusstruktur som blir

³⁴ De tolv kommunene innbefatter Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad.

valgt. Dette kan igjen ha betydning for rekruttering og stabilitet når det gjelder nødvendig helsepersonell i kommunene.

I høringsinnspillet til legeforeningene ved Sandnessjøen og Mosjøen sykehus påpeker de mulige konsekvenser for helseforetaket, kommuner og rekrutteringen av fastleger ved økt bruk av følgetjenester hvis sykehuset legges i Mo i Rana. Lengre avstand til sykehuset vil føre til økte kostnader både for helseforetaket og for kommuner som i dag ikke behøver følgetjeneste. Økte avstander vil også legge et enda større press på rekruttering av både kommunejordmødre og fastleger som skal fylle følgetjenesten med kompetanse.

I høringsinnspillet fra kommuneoverlegeforumet på Helgeland påpekes det at lokalisering av sykehus vil ha betydning for rekruttering av helsepersonell til både sykehus og kommunehelsetjenesten. Nærhet til et sykehus med døgnskuttberedskap kan være den tryggheten unge leger trenger for å kunne trives med ansvaret og usikkerheten det medfører å være den øverste medisinfaglige kompetansen i en distriktskommune.

4.3.2.2 Intervjuer

Kommuner

Herøy kommune oppgir at nærhet til sykehuset i Sandnessjøen har betydning for kommunens evne til å rekruttere fastleger – ikke tilgang på DMS. Dette begrunnes med at tilgang på et DMS vil ikke bidra til den samme tryggheten ved akutte lidelser, eller det samme faglige samarbeidet, som sykehuset i Sandnessjøen gjør i dag.

For rekrutteringen av fastleger oppgir Leirfjord kommune at nærhet til sykehuset definitivt har virket positivt inn på rekrutteringen av fastleger til kommunen. Nærhet til sykehus bidrar til å skape trygghet som er viktig for at fastleger skal være villige til å arbeide i grisorgrindte kommuner. I tillegg vil oppfølging av iverksatte behandlinger i spesialisthelsetjenesten i større grad falle på primærhelsetjenesten. Dette kan øke behovet for sykepleiere i kommunen.

Rødøy kommune oppgir at opprettelse av DMS ikke vil påvirke kommunens evne til å rekruttere fastleger. De mener at økt avstand vil gi økt sårbarhet til legene som er på vakt samt økt pasientrisiko. I tillegg må legene gjøre andre og mer omfattende undersøkelser og som resultat kan dette medføre hyppigere innleggelser, noe som igjen vil være ressurskrevende.

Sømna kommune oppgir at de i dag allerede er langt unna sykehusene. Nærhet til sykehus vil gi større mulighet for å få tilgang på LIS1-leger og kompetente vikarer. De legene kommunen får er LIS1 som er pålagt turnus-tjeneste i kommunen eller vikarer med utenlandsk opprinnelse. Sistnevnte har ofte språkutfordringer og mangler lokal kompetanse. Begge gruppene mangler lokal tilhørighet og sannsynligheten for at de vil velge å fortsette i stillingen etter endt turnus/vikariat er lav.

Lurøy kommune oppgir at avstand mellom fastlegekontor og akuttsykehus har relativt stor betydning for deres evne til å rekruttere fastleger. Det påvirker både pasientenes terskel for å dra til sykehuset og en del praktiske forhold som koordinering og reisebestillinger. Konsept 2a (3) kan ha stor negativ påvirkning for rekrutteringen som følge av usikkerhet for legene ved lang avstand til sykehuset ved akutt sykdom. Det vil bli større belastning på legevakt på grunn av transport, samt at flere pasienter på dagtid vil ønske å bli fulgt opp av fastlegen.

Vevelstad kommune oppgir at de har hatt et stabilt fastlegetilbud over lengre tid, med samme fastlege siden 1991. Kommunen har prøvd å rekruttere vikarer i perioder der fastlegen har ferie, men dette har vært med ymse hell – kommunen har for eksempel ofte mottatt søkere med dårlig norskkunnskaper. Med dagens struktur er det behov for å ansette to fastleger. For det første vil det være vanskelig å rekruttere to fastleger, og for det andre vil det gå hardt utover kommunens driftsbudsjett. Kommunen har utover fastleger et behov for sykepleiere og helsefagarbeidere. Kommunen er avhengig av å få tak i folk utenfra, få folk i kommunen til å ta utdanning innen helsefag, eller få personer som har flyttet ut av kommunen for å studere til å komme tilbake. Alle disse tre mulighetene anser kommunen som utfordrende. Disse ressursene kommer oftest sammen med en partner og partneren må også ha jobb. Opprettelsen av DMS i Brønnøysund kan i positiv grad påvirke rekrutteringen av

helsepersonell til kommunen. DMSet kan brukes til opplæring, faglig påfyll og kompetanseheving for kommunens helsepersonell og vil være et attraktivt tilbud dersom sykehuset legges nord for Korgfjellet. Dessuten gir DMSet mulighet for hospitering av helsepersonell, som i seg selv kan være rekrutterende.

Rana kommune oppgir at det er kjent at det har vært krevende å rekruttere fastleger i Rana. Kommunen oppgir at dette ofte blir brukt som et argument for at det vil være vanskelig å rekruttere leger også til et nytt sykehus i Rana. Kommunen fremhever at det imidlertid er viktig å presisere at det er en vesentlig forskjell mellom å rekruttere fastleger og leger til sykehus. Fastlegene i Rana opererer som private næringsdrivende, med den risiko knyttet til kostnader og inntekter som det innebærer. Leger ansatt på sykehuset er ansatt i faste stillinger, med en helt annen risikoprofil. Problemene som oppleves med å rekruttere fastleger til Rana er derfor ikke direkte overførbare til rekruttering av leger til sykehuset. Rana kommune er av en oppfatning at leger ofte ønsker å jobbe i nærheten av et sykehus. Nærhet til spesialisthelsetjenesten vil gjøre det lettere å være fastlege. En nedleggelse av sykehuset vil gjøre det enda mer krevende å rekruttere fastleger til kommunen.

Hattfjelldal kommune oppgir at dersom avstanden til akutt sykehus øker, vil det kunne gjøre det vanskeligere for kommunen å rekruttere fastleger. Særlig unge leger ønsker nærhet til akuttfunksjoner. Et DMS vil ikke kunne påvirke dette, ettersom de ikke vil avhjelpe akuttbehovet.

Vefsn kommune oppgir at når det gjelder fastlege og legevakt, så er det fullt belegg i dag, men det vil bli negativt for rekrutteringen dersom det blir lang avstand til sykehus. Særlig for unge fastleger som opplever nærhet til et akutt sykehus som viktig.

Alstahaug kommune oppgir at oppgavebelastningen til fastlegene vil øke med avstand til sykehus. Flere pasienter må håndteres i kommunehelsetjenesten ved økende avstand, også akutt. I kommunens region vil kommunikasjon til sykehus være avhengig av båt og helikopter i akutte tilfeller. Dersom helikopteret ikke går, kan fastlegen/legevakten være nødt til å ha behandlingsansvar på en lang reisevei inn til sykehus under vanskelige vær- og føreforhold. Dette vil svekke beredskapen i kommunene, samt virke mindre rekrutterende for framtidige fastleger i distriktkommunene. Rekruttering vil helt klart bli vanskeligst med ett stort akutt sykehus plassert i Mo i Rana, uavhengig av DMS-lokalisering. Ett stort sykehus i Sandnessjøen vil være det beste for rekrutteringen sett fra Alstahaug kommune sitt ståsted.

Helseaktører

Enhetsdirektør ved Helgelandssykehuset Mo i Rana oppgir at fastlegene i dag synes at spesialisthelsetjenesten overfører for mange oppgaver til dem. Det er stor utskiftning av fastleger på Helgeland. Teknologiske hjelpemidler kommer til å bli viktigere fremover for å avbøte deres arbeidsbelastning. Skype-konsultasjoner brukes allerede og reduserer antallet pasientreiser.

Fagsjef ved Kvalitets- og utviklingscenteret ved UNN oppgir at Norge i de kommende årene vil møte en stadig større utfordring med mangel på sykepleiere. Helseforetakene rekrutterer sykepleiere enten fra egne rekker (spesialisering) eller fra kommunehelsetjenesten. Det er en kjensgjerning at helseforetakene «støvsuger» kommunehelsetjenesten for sykepleiere. Ved å opprette et stort akutt sykehus vil man kunne oppnå stordriftsfordeler som kan gjøre at behovet for antall sykepleiere blir lavere enn dersom man fortsetter med dagens struktur. Valg av sykehuskonsept som innebærer ett stort akutt sykehus vil dermed kunne virke positivt inn på rekrutteringen av sykepleiere til kommunehelsetjenesten og DMSene.

4.3.3 Analyse

Analysekapitlet er todelt. I første del sammenstiller og drøfter vi innholdet i innspillene, ved å trekke på erfaringer fra tidligere litteratur og ved å bruke offentlig tilgjengelig statistikk. Denne diskusjonen leder til hypoteser som danner grunnlaget for analysen som gjøres i del to. I del to analyserer vi hvordan valg av sykehusstruktur vil påvirke disse hypotesene. Her ser vi på de ulike konseptforslagene og studerer dem sett opp mot våre hypoteser og estimerte netto flyttestrømmer.

Del 1:

4.3.3.1 Sammenstilling av innsikt fra innspillene

En felles oppfatning blant interessentene som har uttalt seg om temaet rekruttering av fastleger og annet helsepersonell i kommunene er at økt avstand til akuttpsykehus etter valg av sykehusstruktur vil virke negativt inn på rekrutteringsevnen i primærhelsetjenesten i den enkelte kommune. For de kommunene som etter valg av ny sykehusstruktur vil oppleve økt avstand til akuttpsykehus, må svakere rekrutteringsevne sees i sammenheng med et økt rekrutteringsbehov. Dette følger av analysen i kapittel 4.2: Økt avstand til akuttpsykehus vil trolig gi primær- og kommunehelsetjenesten økt belastning fremover, alt annet likt.

Det presenteres flere argumenter for hvorfor økt avstand vil virke negativt inn på de enkelte kommunenes evne til å rekruttere fastleger og annet kommunalt helsepersonell. Økt avstand vil medføre at fastleger vil bli mer alene om det medisinske ansvaret i kommunene, i form av ansvar for behandling av enkeltpasienter, faglig utvikling og kollegialt samarbeid. Dette bidrar negativt inn på rekrutteringsevnen fordi større medisinsk ansvar gir utslag i økt belastning og tidvis økt utrygghet for fastlegene. Det blir hevdet at spesielt unge fastleger i liten grad anser høy grad av medisinsk ansvar som attraktivt i valget om hvor de skal starte praksis. Økt avstand til sykehuset vil også gi større vaktbelastning for kritisk syke pasienter, som igjen anses som lite attraktivt for fastleger som skal etablere praksis. Økt avstand til akuttpsykehuset vil også slå ut i større behov for følgetjenester som, utover økt kostnadspress i helseforetaket og i den enkelte kommune, bidrar til en større etterspørsel etter kommunejordmødre og fastleger som skal fylle følgetjenesten med kompetanse. Enkelte kommuner hevder også at oppfølgingen av iverksatte behandlinger i spesialisthelsetjenesten i større grad vil falle på primærhelsetjenesten ved lengre avstand til sykehuset, som igjen vil slå ut i økt belastning for den enkelte fastlege. Blant mange av interessentene blir det vektlagt at nærhet til sykehus og døgnkontinuerlig akuttberedskap kan være den tryggheten spesielt unge leger trenger for å kunne trives med ansvaret og usikkerheten det medfører å være en av få medisinskfaglige ressurser i en distriktskommune.

Flere av kommunene har derimot ulik oppfatning av hvilke gevinster opprettelse av DMSer vil ha for rekrutteringen av fastleger og øvrig helsepersonell til kommunene. Enkelte kommuner anser opprettelse av DMS som positivt for rekrutteringsevnen, av særlig to årsaker: For det første er de respektive kommunene lokalisert nært de foreslåtte lokaliseringene til DMSene. For det andre argumenterer de for at kort avstand til DMS vil muliggjøre opplæring, faglig påfyll og kompetanseheving for kommunens helsepersonell. For det tredje vil tilgang på DMS åpne for hospitering av helsepersonell mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Samlet sett vil tilgang på DMS bidra til å avlaste fastlegene og øvrig helsepersonell og samtidig bidra til kompetanseutveksling og -utvikling. Dette vil igjen bidra til å heve rekrutteringsevnen av fastleger og øvrig helsepersonell i den enkelte kommune, alt annet likt.

Andre kommuner anser opprettelse av DMS som uten betydning for rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten. Det argumenteres for at distriktskommunenes fastleger i større grad har behov for rask tilgang på akuttpsykehus og tilhørende funksjoner enn de stabiliseringsfunksjonene som kan tilbys ved et DMS. Kommunene argumenterer for at tilgang på akuttberedskap og -funksjoner vil virke avlastende for fastlegen sitt medisinske ansvar. Et DMS vil i så måte ikke være tilstrekkelig til å virke positivt inn på rekrutteringsevnen i distriktskommunene på Helgeland.

Andre kommuner har andre argumenter for hvorfor de ikke anser tilgang på DMS som rekrutterende. Deres argumenter følger av kommunens lokasjon på Helgeland: Enkelte kommuner ligger i utkanten av Helgeland og vil uansett ikke dra særlig nytte av de foreslåtte DMSene.

Et selvstendig argument som trekkes frem blant innspillene til kommuner og helseaktører er hvordan valg av sykehuskonsept kan påvirke antall sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) oppgir at helseforetakene rekrutterer sykepleiere enten fra egne rekker (spesialisering) eller fra kommunehelsetjenesten. Ifølge UNN er det en kjensgjerning at helseforetakene «støvsuger» kommune-

helsetjenesten for sykepleiere. Ved å opprette et stort akuttsykehus vil man kunne oppnå stordriftsfordeler som igjen reduserer Helgelandssykehusets behov for sykepleiere, sammenlignet med dagens desentraliserte struktur.

4.3.3.2 Diskusjon av funn fra innspill sett opp mot ressursituasjonen i den enkelte kommune

Alle interessentene som har uttalt seg om temaet rekruttering av fastleger og annet helsepersonell i kommunene er samstemte i at økt avstand til nytt akuttsykehus vil ha negativ innvirkning på den enkelte kommunes rekrutteringsevne av spesielt fastleger i primærhelsetjenesten. Interessentene peker på flere forhold som bidrar til å forklare hvorfor det er en negativ sammenheng mellom avstand til akuttsykehus og rekrutteringsevne. Blant annet hevdes det at økt avstand vil gi større medisinsk ansvar, økt belastning og økt opplevd risiko for den enkelte fastlege, alt annet likt. På et generelt nivå, og spesielt for yngre fastleger i etableringsfasen, anses ikke disse forholdene som attraktive. Dette vil slå ut i lavere rekrutteringsevne for de kommunene som etter valg av nytt sykehuskonsept vil få lengre avstand til sykehus(ene). På samme måte som lengre avstand til sykehus kan virke negativt inn på kommunens rekrutteringsevne, kan kortere avstand til sykehus gi positiv innvirkning på kommunens rekrutteringsevne.

Som diskutert i litteratur-kapitlet, delkapittel 4.3.1, så er det en rekke studier som peker på at mindre sentrale kommuner har en relativt svakere rekrutteringsevne enn mer sentrale kommuner. Fra litteraturen kan vi lese at enkelte av årsakene bak denne forskjellen er at få leger ønsker å bo i en kommune med lavt innbyggertall, få fritidsaktiviteter, få jobber til legens partner, få muligheter til å finne seg en partner og lang avstand til nærmeste by. Andre momenter som bidrar til å forklare forskjellen er hvordan fastlegeordningen i små distriktskommuner har vært bygget rundt én «hjørnestelege» og når denne legen går av med pensjon, «rakner» fastlegeordningen i kommunen.

Det blir også påpekt at fastleger i distriktet forteller om situasjoner med høy vaktbelastning på legevakt og at det kan være krevende å være alene på vakt i akutte situasjoner, som trafikk- eller fritidsulykker, hvor fastlegen er den første på ulykkesstedet – og veien til sykehus er lang.

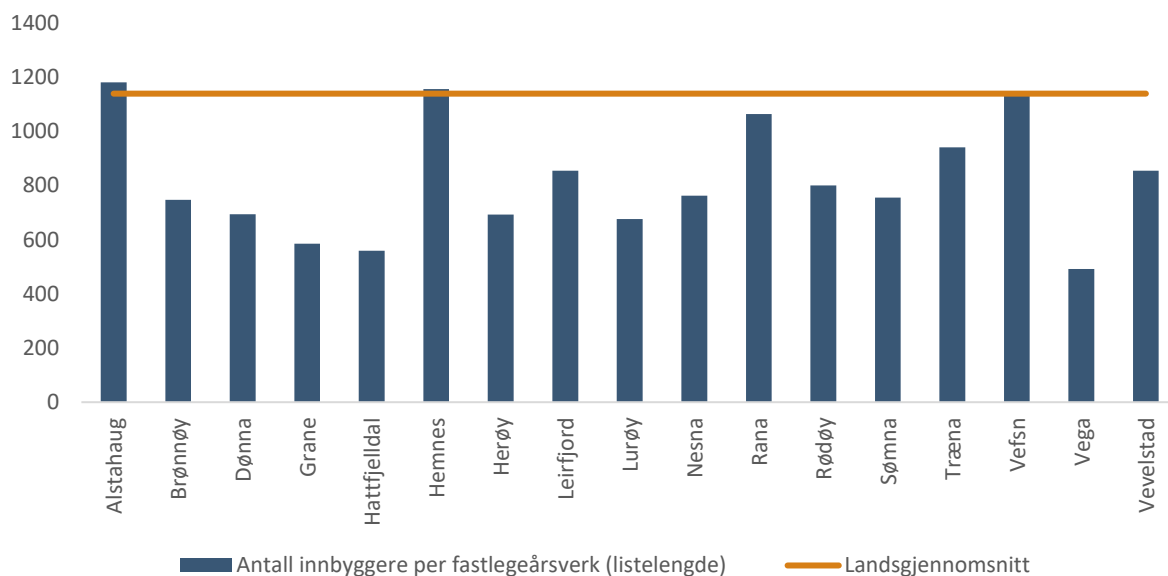
I rapporten til (Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin, 2018) blir det hevdet at de to dominerende hypotesene i forskningslitteraturen om hva som bidrar til å rekruttere leger til arbeid i distrikt, handler om det å ha oppvekst-erfaringer fra distriktet, og det å møte pasienter og lære i distriktsmedisinske settinger. Studier har vist at UiT-utdannede leger per 2013 bemannet 44 prosent av fastlegestillingene i Nord-Norge, men at disse fastlegene var sterkt sentralisert rundt utdanningsstedet Tromsø.

Mange av årsakene som gjengis i litteraturen til hvorfor rekrutteringsevnen er relativt svakere i mindre enn i mer sentrale kommuner samstemmer med innspillene til både kommuner og helseaktører. Interessentene påpeker også at det ikke kun er det faktum at kommuner er distriktskommuner som forklarer lav attraktivitet, men også kommunens avstand til sykehus. Dette argumentet kan sees i sammenheng med funn presentert i evalueringen av fastlegeordningen (EY; Vista Analyse, 2019): Fastleger i distriktet forteller om situasjoner med høy vaktbelastning på legevakt og at det kan være krevende å være alene på vakt i akutte situasjoner, som trafikk- eller fritidsulykker, hvor fastlegen er den første på ulykkesstedet – og veien til sykehus er lang.

Med utgangspunkt i argumentene til interessentene og funn i litteraturen, er det hensiktsmessig å presentere hvordan ressursituasjonen i primær og kommunehelsetjenesten er i den enkelte kommune på Helgeland og sett opp mot landet for øvrig. Dette vil gi oss innblikk i hvordan rekrutteringsevnen av fastleger og annet helsepersonell fordeler seg på kommunene på Helgeland. I figuren under presenterer vi gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeårsverk i primærhelsetjenesten for årene 2015-2018.³⁵ Dette forholdstallet er kjent som gjennomsnittlig listelengde per fastlegeårsverk.

³⁵ Den deskriptive statistikken i dette kapitlet er målt som gjennomsnitt for årene 2015-2018. Motivet for å ta snittverdi over årene 2015-2018 er for å utjevne variasjon i enkeltår som avviker fra langsiktig snitt. Snittverdier vil derfor gi et mer representativt bilde av faktisk nå-situasjon.

Figur 4-3: Gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeårsverk i primærhelsetjenesten (listelengde) for årene 2015-2018. Kilde: SSB



Som vi ser av figuren over, så er det tydelig at det er de mest befolkningsrike kommunene på Helgeland som har de lengste fastlegelistene. I de befolkningsrike kommunene Alstahaug, Hemnes, Rana og Vefsn er listelengden tilnærmet identisk med landsgjennomsnittet. De mindre befolkningsrike kommuner har betydelig lavere gjennomsnittlig listelengde per fastlegeårsverk. Årsaken til dette er lave innbyggertall og derav relativt mange fastleger per innbygger – dekningsgraden er høy og høyere enn landsgjennomsnittet. Dette kan gi inntrykk av at det er relativt enkelt å rekruttere til mindre sentrale kommuner³⁶, men en slik slutning vil ikke være korrekt. Som følge av at kommunene i Norge er forpliktet til å sørge for sin egen fastlegeordning³⁷, vil de lave listelengdene først og fremst forklares med at det er få innbyggere i kommunen og at det i mange tilfeller vil være tilstrekkelig med én eller to fastleger for å dekke behovet.³⁸ Derimot kan faktisk lave listelengder virke negativt inn på rekrutteringsevnen til den enkelte kommune. Som følge av at fastlegeordningen i hovedsak baserer seg på næringsdrift, hvor legen er selvstendig næringsdrivende og utfører oppgaver for kommunen etter avtale, vil korte lister bety lavt inntjeningspotensial. Dette følger av at inntekten til næringsdrivende fastleger finansieres gjennom tre deler: Basistilskudd (kronebeløp per pasient, avhengig av bl.a. listelengde), refusjoner fra Helfo etter takstbruk og egenandeler fra pasientene. Basistilskuddet utbetales uavhengig av aktivitet på fastlegekontoret, mens størrelsene på refusjonene og egenandelene er basert på aktivitet. Korte lister vil derfor påvirke inntjeningspotensialet negativt og bidra til å redusere attraktiviteten til fastlegeordningen i de respektive kommunene, alt annet likt.³⁹

Listelengde gir kun indikasjoner på potensielt volum per fastlege i den enkelte kommune. Til å belyse volumet nærmere, har vi beregnet gjennomsnittlig antall konsultasjoner per fastlegeårsverk for årene 2015-2018. Konsultasjoner per fastlegeårsverk vil gi et bilde på aktivitet i primærhelsetjenesten, kontrollert for innbyggertall.

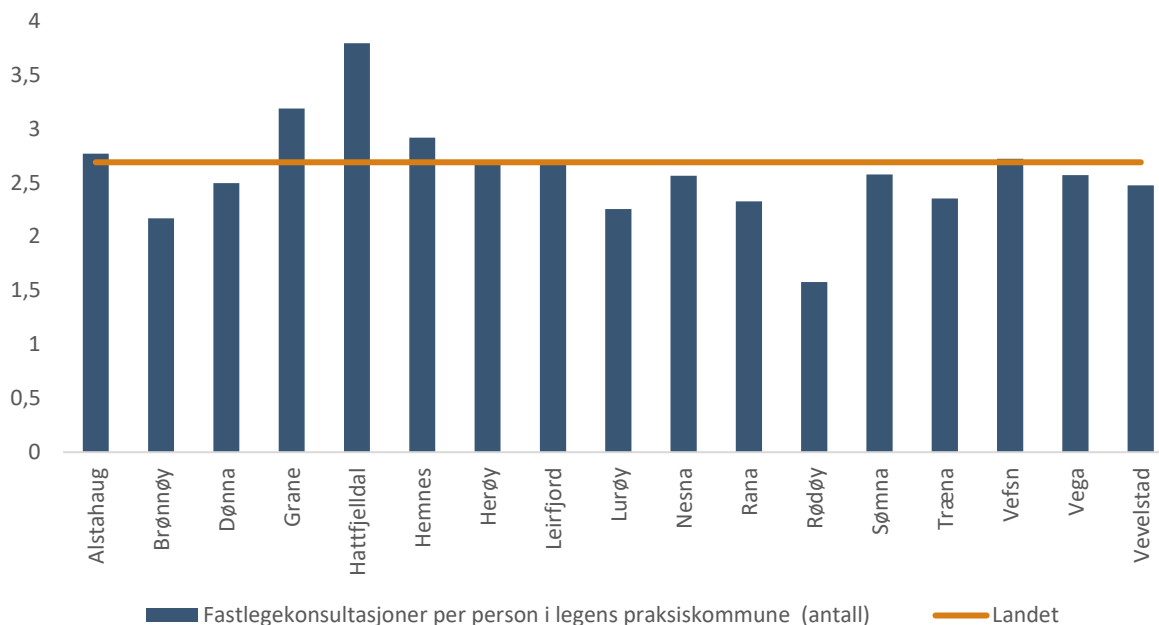
³⁶ De mindre sentrale kommunene på Helgeland samsvarer i stor grad med kommunens innbyggertall.

³⁷ Se vedlegget «Om fastlegeordningen: Organisering og finansiering» for en innføring i hvordan fastlegeordningen er innrettet og hva vi legger i begrepet «sørge for».

³⁸ Små kommuner kan stå i avveiningen mellom behovet for to eller én fastlege. For mange vil én fastlege være for lite, mens to vil være litt for mange. Ofte vil man velge å ha to fastleger, som for lave innbyggertall bidrar til at legedekningen blir bedre enn landsgjennomsnittet.

³⁹ Det er viktig å bemerke at kommunen også får et særskilt tilskudd for turnuslege(r) dersom kommunen tildeles dette. Helsedirektoratet har i tillegg en tilskuddsordning for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker og/eller manglende stabilitet i allmennlegetjenesten.

Figur 4-4: Gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner per person i legens praksiskommune for årene 2015-2018. Kilde: SSB



Av figur 4-4 ser vi at gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner per person i legens praksiskommune for årene 2015-2018 varierer rundt landsgjennomsnittet. Det er ingen entydig sammenheng mellom innbyggertall og antall konsultasjoner per innbygger, men i mange av de mindre kommunene er antall konsultasjoner per person lavere enn for landsgjennomsnittet (unntak er Hattfjelldal og Grane kommune). For en næringsdrivende fastlege, som allerede har en kort liste, vil et relativt lavt antall konsultasjoner bidra til et lavt inntjeningspotensial.

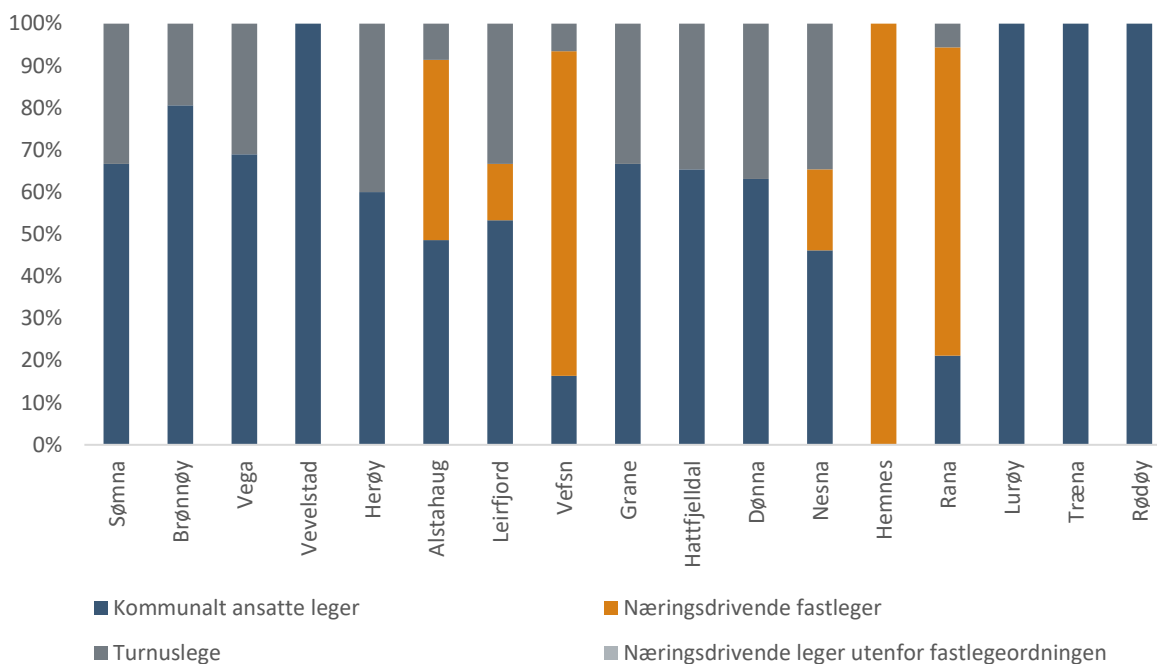
Fra de statistikkene som er presentert over, henholdsvis listelengde og antall fastlegekonsultasjoner per person, kan vi finne belegg for at det er krevende å rekruttere næringsdrivende fastleger. Argumentene tilhørende figur 4-3 og 4-4 er selvfølgelig kun av økonomisk art, og vil føye seg inn blant de ikke-økonomiske argumentene som er nevnt i innspillene og i litteraturen.

I kombinasjon med begrenset inntjeningspotensial og lav attraktivitet blant mange av distriktskommunene på Helgeland, må mange av distriktskommunene ansette fastleger gjennom kommunale stillinger og turnusstillinger. Som diskutert i *Vedlegg – Om fastlegeordningen: Organisering og finansiering*, og i øvrig litteratur, så kan hver enkelt kommune tilby fastlønnsavtaler og tilskuddsordninger for å rekruttere tilstrekkelig med personell. Implisitt betyr dette at en kommune som sliter med rekrutteringen og ikke klarer å tiltrekke seg (nok) næringsdrivende fastleger, må tilby kommunale ansettelsesavtaler som må være mer gunstige enn hva den enkelte lege kunne fått ved å være selvstendig næringsdrivende i kommunen. Hvis valg av konsept innebærer økt avstand til sykehuset og dette øker rekrutteringsbehovet og svekker rekrutteringsevnen av fastleger, kan kostnadene forbundet med primærhelsetjenesten, som finansieres av kommunen, øke. For i det hele tatt å klare å rekruttere tilstrekkelig med fastleger, må kommunen tilby fastlønnsavtaler som relativt sett vil være dyrere enn ved privat næringsdrift.

Dette argumentet er konsistent med litteraturen. I analysen til (IPSOS; Samfunnsøkonomisk Analyse, 2018), viser de at 7 av 10 kommuner tilfører fastlegeordningen tilleggfinansiering utover basistilskuddet og utjamnings-tilskuddet. Med disse avtalene subsidierer kommunene fastlegeordningen ifølge rapporten med ca. 400 millioner kroner, eller ca. 15 prosent, utover hovedavtalen. Samme undersøkelse viser at rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer er de hyppigste årsakene til at kommunene utvikler subsidieringstilbud, og de vanligste subsidieringsmetodene er leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell, eller fastlønn. Det er de minst sentrale kommune som i størst grad har rekrutteringsutfordringer.

I figuren under presenterer vi fordelingen av avtaleformer i fastlegeordningen i den enkelte kommune på Helgeland.

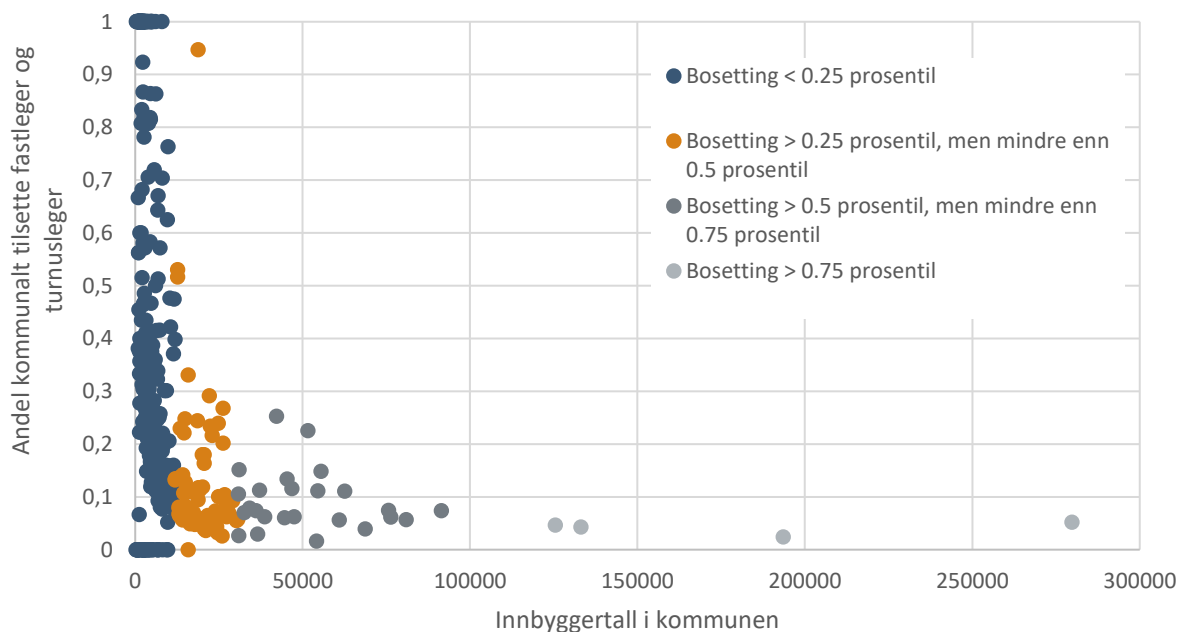
Figur 4-5: Fordeling av fastleger i primærhelsetjenesten etter avtaleform. Kilde: SSB



Av figuren over fremgår det tydelig at de minst befolkningsrike og de minst sentrale kommunene på Helgeland i størst grad har kommunalt ansatte leger og turnusleger. De mest befolkningsrike og sentrale kommunene på Helgeland har høyest andel næringsdrivende fastleger (med unntak av Brønnøy kommune). Alt annet likt, betyr dette at fastlegeordningen per fastlege er dyrere i mindre sentrale kommuner på Helgeland (hvis ikke ville disse kommunene hatt privatpraktiserende fastleger). Når vi samtidig tar hensyn til at det er færre innbyggere i disse kommunene, blir det færre skattebetalere å dele de relativt sett høye utgiftene på.

Bruken av kommunalt ansatte fastleger og turnusleger er ikke unik for kommunene på Helgeland. Som diskutert i litteraturen, er det en oppfatning at de mindre sentrale kommunene i Norge i større grad må benytte seg av fastlønnsavtaler. Denne påstanden kan vi bekrefte med offentlig tilgjengelig statistikk over bruk av avtaleformer i primærhelsetjenesten. I figuren under presenterer vi andelen kommunalt ansatte fastleger og turnusleger opp mot innbyggertallet i hver enkelt kommune i Norge. Vi har også fargekodet hvor i innbyggerfordelingen hver kommune befinner seg. I figuren under har vi utelatt Oslo kommune som følge av at deres innbyggertall utgjør en ekstremverdi relativt til resten av kommune-Norge.

Figur 4-6: Andel kommunalt tilsatte fastleger og turnusleger av totalt antall fastleger i den enkelte kommune, sett opp mot befolkningsstørrelse. På nasjonalt nivå utgjør turnuslegene 44 prosent av samlet antall kommunalt tilsatte fastleger og turnusleger. Oslo er utelatt fra figuren, og har en andel lik 7,3 prosent. Kilde: SSB



Av figuren over fremgår det tydelig at det er en negativ sammenheng mellom kommunens innbyggertall og andelen kommunalt ansatte fastleger og turnusleger.⁴⁰ Med andre ord, andel kommunalt ansatte fastleger og turnusleger er negativt korrelert med befolkningsstørrelse: Jo lavere innbyggertallet er i den enkelte kommune, jo mer sannsynlig er det at kommunen har en høy andel kommunale fastleger.

Oppsummering av diskusjonen om rekrutteringsevne av fastleger på Helgeland

Det fremstår altså tydelig at kommunenes innspill, helseaktørens innspill og litteraturen i stor grad er konsistent med hva statistikken viser. For flertallet av kommunene på Helgeland betyr lav rekrutteringsevne økt press på deres kommunale budsjetter, og virkningen er større jo færre som bor i kommunen. For de mer befolkningsrike kommunene på Helgeland gir statistikken signaler om at rekrutteringsevnen er god.

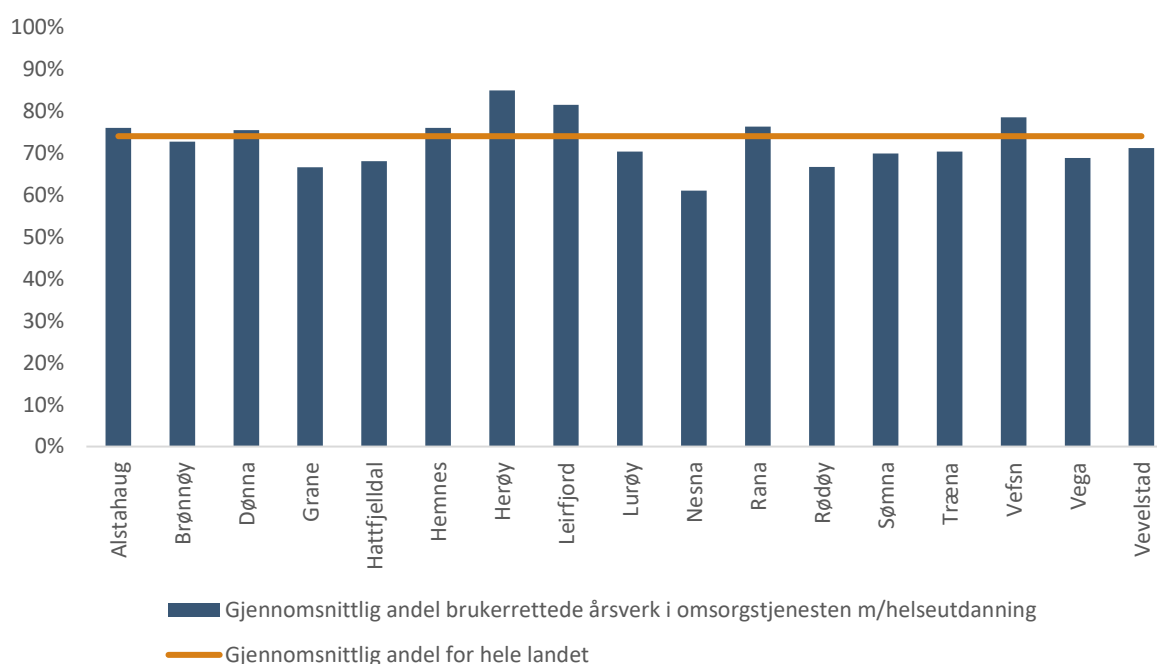
Samtidig som innbyggertall og sentralitet til den enkelte kommune er viktig for rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten, blir det i innspillene vektlagt at avstand til sykehus i seg selv er viktig for rekrutteringsevnen. Dette har også blitt påpekt i evalueringen av fastlegeordningen (EY; Vista Analyse, 2019). Selv om avstand til sykehus i seg selv er et frittstående argument, kan det ikke sees uavhengig av sentraliteten til kommunen. Større avstand går hånd i hånd med lavere sentralitet, og mer sentrale kommuner har også flere innbyggere. Ergo, så lenge en fastlege opplever det som utfordrende og belastende å jobbe i en kommune som følge av lang avstand til sykehus, vil han/hun i tillegg som regel være fastlege i en kommune som er lite sentral og med lavt innbyggertall. Økt avstand til sykehus kommer i så måte på toppen av de andre negative bidragsytene til kommunens rekrutteringsevne, alt annet likt. Svakere rekrutteringsevne slår ofte ut i økte kommunale utgifter forbundet med fastlønnsavtaler og andre tilskuddsordninger.

I del 2 av dette analysekapitlet vil vi diskutere hvordan valg av de ulike sykehusstrukturene kan påvirke rekrutteringsevnen og -behovene til kommunene på Helgeland.

⁴⁰ Gjennomsnittlig andel turnusleger av samlet antall turnusleger og kommunalt ansatte fastleger er 44 prosent på landsbasis.

Før vi starter på del 2 av analysen, er det viktig å drøfte ressursituasjonen i kommunehelsetjenesten i den enkelte kommune på Helgeland. Det er få av interessentene som har nevnt innvirkningen på rekrutteringen av øvrig helsepersonell utover primærhelsetjenesten, men enkelte nevner at rekrutteringen av øvrig helsepersonell også kan bli påvirket av avstand til sykehus. Det er også viktig å diskutere virkningene på rekrutteringsbehovet ved valg av ny sykehusstruktur. I figuren under presenterer vi, per kommune, gjennomsnittlig andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning for årene 2015-2018.

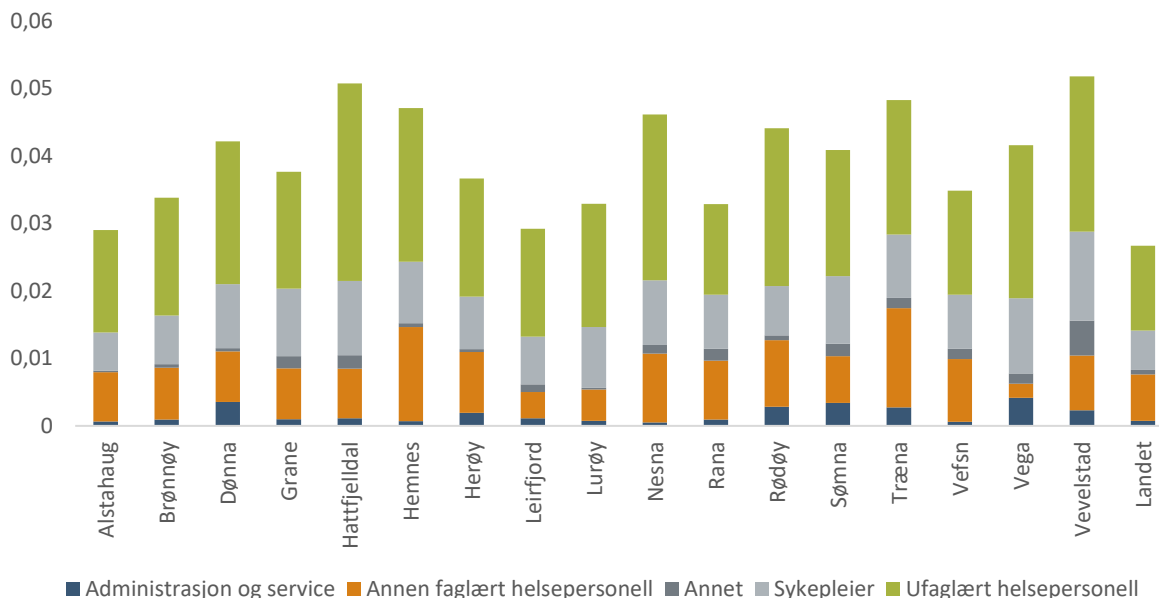
Figur 4-7: Gjennomsnittlig andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning for årene 2015-2018.
Kilde: SSB



Som vi ser av figuren over ligger andelen brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning relativt likt landsgjennomsnittet for de fleste kommunene på Helgeland. Det er ingen tydelig sammenheng mellom innbyggertall/sentralitet og andelen med helsefagutdanning. På generelt grunnlag tyder dette på at utdanningsandelen i omsorgstjenesten ligger rundt snittet for Norge. For å kunne si noe mer om attraktiviteten til omsorgstjenestene for personer med helsefagutdanning, har vi beregnet antall årsverk i omsorgstjenesten per innbygger, fordelt på stillingstyper.⁴¹ Denne statistikken gir oss informasjon om samlet antall årsverk per innbygger og hvordan årsverkene fordeler seg på stillingstyper.

⁴¹ De fire stillingskategoriene er aggregerte størrelser. Sykepleiere består av stillingskategoriene «Geriatrisk sykepleier», «Sykepleiere med spes./vd. utd.», «psykiatrisk sykepleier» og «sykepleiere uten spesialitet/videreutdanning». Ufaglært helsepersonell består av stillingskategoriene «Aktivtør», «Pleimedhj/ass, hjemmehj/prakt bist eller annen brukerrettet tj», «omsorgsarbeider», «barne- og ungdomsarbeider» og «hjelpepleier». Annet faglært helsepersonell består av «barnepedagog», «miljøterapeut og pedagog», «sosionom», «annet omsorgspersonell med helseutdanning», «helsefagarbeider», «ergoterapeut» og «vernepleier». Administrasjon og service består av stillingskategoriene «Servicefunksjon» og «Administrativt personell».

Figur 4-8: Antall årsverk i omsorgstjenesten per innbygger, fordelt på stillingstyper. Kilde: SSB



Av figuren over kan vi se at totalt antall årsverk per innbygger for alle kommunene på Helgeland er høyere enn snittet for Norge (stolpen lengst til høyre i diagrammet), og at dette også gjelder for hver av de ulike stillingstypene. Dette tyder på at dekningsgraden per stillingstype er høy i omsorgstjenesten for kommunene på Helgeland.

Figur 4-7 og 4-8 gir indikasjoner på at kommunene på Helgeland har god dekning både av ulike stillingstyper og kvalifisert arbeidskraft. Ut fra figurene tyder dette på at kommunene vil være godt rustet til eventuelt endret etterspørsel etter omsorgstjenester ved valg av ny sykehusstruktur. Til forskjell fra fastlegeordningen, vil ansatte i kommunehelsetjenesten alltid være ansatt i kommunale stillinger. Det betyr at sentralitet ikke har en direkte kobling opp mot hvor dyr omsorgstjenesten ender med å bli, for en gitt økning i antall omsorgsårsverk.

Oppsummering Del 1:

Interessentene er samstemte i at en kommunes sentralitet og innbyggertall har virkninger på rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten. Mindre sentrale kommuner har større utfordringer med å rekruttere fastleger enn mer sentrale kommuner. Denne virkelighetsoppfatningen er konsistent med litteraturen. I offentlig tilgjengelig statistikk gis det signaler om at denne påstanden stemmer – på tvers av regioner i Norge. For flertallet av kommunene på Helgeland betyr lav rekrutteringsevne økt press på deres kommunale budsjetter i form av økt bruk av fastlønnsavtaler og tilskuddsordninger, og virkningen er større jo færre som bor i kommunen. For de mer befolkningsrike kommunene på Helgeland gir statistikken signaler om at rekrutteringsevnen er god. Samtidig som innbyggertallet og sentraliteten til den enkelte kommune er viktig for rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten, blir det i innspillene vektlagt at avstand til sykehus i seg selv er viktig for rekrutteringsevnen, spesielt i primærhelsetjenesten. Dette har også blitt påpekt i evalueringen av fastlegeordningen (EY; Vista Analyse, 2019). Selv om avstand til sykehus i seg selv er et frittstående argument, kan det ikke sees uavhengig av sentraliteten til kommunen. Større avstand går hånd i hånd med lavere sentralitet, og mer sentrale kommuner har også flere innbyggere. Ergo, så lenge en fastlege opplever det som utfordrende og belastende å jobbe i en kommune som følge av lang avstand til sykehus, vil han/hun i tillegg som regel være fastlege i en kommune som er lite sentral og med lavt innbyggertall. Økt avstand til sykehus kommer i så måte på toppen av de andre negative bidragsytene til kommunens rekrutteringsevne, alt annet likt. Svakere rekrutteringsevne slår ofte ut i økte kommunale utgifter forbundet med fastlønnsavtaler og andre tilskuddsordninger.

Offentlig tilgjengelig statistikk gir også indikasjoner på at kommunene på Helgeland i omsorgstjenesten har god dekning samlet sett og brutt ned på ulike stillingstyper, og vil være godt rustet til eventuelt endret etterspørsel etter omsorgstjenester ved valg av ny sykehusstruktur. Til forskjell fra fastlegeordningen vil ansatte i kommunehelsetjenesten alltid være ansatt i kommunale stillinger. Det betyr at sentralitet ikke har en direkte kobling opp mot hvor dyr omsorgstjenesten ender med å bli, for en gitt økning i antall omsorgsårsverk.

Del 2:

4.3.3.3 Konseptenes innvirkning på rekrutteringsevne og -behov

I dette delkapitlet skal vi analysere hvordan valg av sykehuskonsept kan virke inn på rekrutteringsevne og -behov i primærhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Analysen vil ta utgangspunkt i diskusjonen og funnene i del 1, og analysen vil legge til grunn at sykehus(ene) lokaliseres i sentrum av de tre byene Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. I delkapittel 4.3.3.4 diskuterer vi kvalitativt hvilken innvirkning lokalisering i omegn kan ha for resultatene.

Til å analysere hvilke effekter hvert enkelt tiltak vil ha for rekrutteringsevne og -behov i primærhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, benytter vi oss av predikerte netto flyttestrømmer for de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionene (som ble presentert i kapittel 2). Dette betyr at vi vektlegger kvantumseffektene i *beregningene* av virkninger. Med andre ord holder vi hver innbyggers preferanser for bruk av primærhelsetjenesten konstant. Det samme gjelder for kommuner som mister sitt sykehus.

Årsaken til at vi må anta at preferansene forblir uendret i beregningene følger av at vi ikke har tilgang på informasjon eller data om hvordan avstand til sykehus vil påvirke innbyggernes preferanser for bruk av primærhelsetjenesten. Hypotetisk sett kan vi argumentere for at valg av ny sykehusstruktur vil innebære at etterspørselen etter primærhelsetjenester vil øke dersom avstanden øker, for gitt sykdoms- og kostnadsbilde.⁴² Det er viktig å merke seg at tilgang på DMS kan bidra til å redusere etterspørselsøkningen som kan inntreffe hvis avstanden til sykehus øker. Som følge av at vi ikke har tilgang på data eller informasjon om hvordan et DMS vil påvirke preferansene for bruk av tjenester i primærhelsetjenesten, kan disse virkningene ikke kvantifiseres. Til tross for manglende data vil det være nærliggende å tro at tilgang på DMS til en viss grad vil redusere etterspørselsøkningen etter primærhelsetjenester, alt annet likt.

I figuren under har vi gjengitt predikerte netto flyttestrømmer for de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionene ved valg av ny sykehusstruktur.

Tabell 4-1: Modellberegnete netto flyttestrømmer for de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionene. Kilde: Menon Economics

	2a (1)		2a (2)		2a (3)		2b-1 (1)		2b-1 (2)	
	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne
Mo i Rana	245	434	-112	-195	-91	-186	96	168	-86	-157
Mosjøen	-58	-103	-34	-72	306	541	-45	-90	-23	-66
Sandnessjøen	-140	-250	210	430	-81	-154	-47	-70	118	218

⁴² Økt avstand til sykehuset kan medføre økt etterspørsel etter primærhelsetjenester, alt annet likt. Dette følger av at fastleger i mindre grad ønsker å innlegge pasienter som har lang avstand til sykehus av hensyn til pasienten. Se kapittel 4.2 om samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for en diskusjon av dette.

Vi ser av figuren at netto tilflytting vil være størst hvis konsept 2a (3) velges, nest størst tilflytting hvis konsept 2a (1) velges. Dette innebærer valg av henholdsvis byene Mosjøen og Mo i Rana som vertsbyer for nytt sykehus. Netto fraflytting fra en enkelt by vil være størst for Sandnessjøen hvis konsept 2a (1) velges. For en mer grundig gjennomgang av funnene, og metoden bak resultatene, vennligst se diskusjonen i kapittel 2.

Til å estimere virkningen på endret rekrutteringsbehov etter fastleger for valg av de ulike konseptene, benytter vi oss av informasjon om antall fastleger og antall innbyggere i dagens vertskommuner. Ved å se på antall fastleger per innbygger før og etter valg av sykehuskonsept for de ulike byene, kan vi beregne absolutt endring i antall fastleger ved hvert konsept. Vi gjør dette ved å anta at preferansene for fastlegetjenester ikke endrer seg ved valg av konsept (merk diskusjonen over) og at dagens fastlegeordning har full ressursutnyttelse i de tre vertskommunene (gitt figur 4-3 og figur 4-4 virker dette som en rimelig antagelse). Gitt disse to forutsetningene, beregner vi den endringen i antall fastlegeårsverk som må til for at antall fastlegeårsverk per innbygger skal ligge fast hvert sted, se Tabell 4-2.

Tabell 4-2: Estimert absolutt endring i antall fastlegeårsverk for de ulike vertskommunene ved valg av sykehuskonsept. Kilde: Menon Economics

	2a (1)	2a (2)	2a (3)	2b-1 (1)	2b-1 (2)
	Endring i ant. fastleger	Endring i ant. fastleger	Endring i ant. fastleger	Endring i ant. fastleger	Endring i ant. fastleger
Mo i Rana	0,64	-0,29	-0,26	0,25	-0,23
Mosjøen	-0,14	-0,09	0,74	-0,12	-0,08
Sandnessjøen	-0,33	0,54	-0,20	-0,10	0,29
Sum endring	0,17	0,16	0,28	0,03	-0,02

Av tabellen over kan vi se at absolutt endring i antall fastlegeårsverk vil være svært liten for alle fem konsepter for alle tre byene.⁴³ Uavhengig av konsept vil ingen av de tre byene oppleve en endring i behovet for mer enn ett fastlegeårsverk. Dette tyder på at behovet for primærhelsetjenester endrer seg svært lite som følge av endret bosetting, for alle mulige sykehuskonsepter for alle de tre byene. Netto endring på tvers av de tre byene, for alle de fem sykehuskonseptene, er tilnærmet lik 0 eller svak positiv. Det kan være slik at etterspørselen øker etter fastlegetjenester hvis en kommune opplever å miste sitt sykehus, og isolert sett bidrar dette til å redusere i absoluttverdi de *negative* anslagene i tabell 4-2. Tilgang på DMS kan i så måte redusere en slik eventuell etterspørselsøkning. Vi har få indikasjoner på at en slik endret etterspørsel vil være av særlig betydning i de tre vertsbyene: Alle tre byene vil enten ha tilgang på sykehus eller DMS for alle de forskjellige sykehuskonseptene.

De andre kommunene på Helgeland som ikke er inkludert i beregningene av endring i fastlegeårsverk, kan også oppleve endret behov for primærhelsetjenester etter valg av sykehuskonsept. Som diskutert i delkapittel 4.2 kan økt avstand til sykehus for de mindre sentrale kommunene føre til at kommunene i større grad velger å behandle lokalt enn ved sykehus. Som enkelte interessenter påpeker, kan det motsatte også være tilfellet fordi økt avstand gjør at fastleger i større grad er villige til å innlegge flere pasienter enn hvis avstanden er kort. Denne diskusjonen avhenger igjen av betydningen av DMS og om det vil være et tilstrekkelig virkemiddel for å avbøte kommunene som opplever økt avstand til sykehus etter valg av ny sykehusstruktur. For en mer utfyllende diskusjon av dette temaet, se kapittel 4.2.

På samme måte som vi beregnet endring i antall årsverk for fastlegeordningen i hver av de ulike vertsbyene for hvert konsept, kan vi beregne endring i antall årsverk i omsorgstjenesten. Utgangspunktet for denne beregningen

⁴³ I snitt for årene 2015-2018 har Alstahaug 6 fastlegeårsverk, Rana har 25 fastlegeårsverk, mens Vefsn har 12 fastlegeårsverk.

er figur 4-8. Merk at vi også her legger til grunn samme forutsetninger om uendrede preferanser etter omsorgstjenester og full ressursutnyttelse i omsorgstjenesten.

Tabell 4-3: Estimert absolutt endring i antall årsverk i omsorgstjenesten for de ulike vertskommunene ved valg av sykehuskonsept. Kilde: Menon Economics

	2a (1)	2a (2)	2a (3)	2b-1 (1)	2b-1 (2)
	Endring i ant. oms. årsverk	Endring i ant. oms. årsverk	Endring i ant. oms. årsverk	Endring i ant. oms. årsverk	Endring i ant. oms. årsverk
Mo i Rana	22,29	-10,08	-9,10	8,67	-7,98
Mosjøen	-5,61	-3,70	29,53	-4,71	-3,10
Sandnessjøen	-11,32	18,57	-6,82	-3,40	9,75
Sum endring	5,36	4,80	13,61	0,57	-1,33

Sett opp mot snittet for samlet antall omsorgsårsverk for årene 2015-2018, er endringene vi observerer i tabell 4-3 relativt beskjedne.⁴⁴ Faktisk vil de relative endringene mellom estimatene i tabell 4-2 og 4-3 være identiske, fordi innbyggertallene er identiske i de to beregningene. Vi ser fra tabell 4-3 at den største netto endringen i antall omsorgsårsverk, på tvers av de ulike byene, er ved valg av konsept 2a (3). Dette følger av at Mosjøen opplever det største behovet for nyrekruttering, tilsvarende en verdi på om lag 30 årsverk. Mo i Rana opplever den nest største enkeltvirkningen på om lag 22 årsverk ved valg av konsept 2a (1). Den største negative enkeltvirkningen vil inntreffe i Sandnessjøen hvis konsept 2a (1) velges.

Intuisjonen for at vi observerer negative endringer i antall årsverk i konsepter der byer mister tilgangen på sykehus, er at nedleggelse av sykehus fører til en netto fraflytting fra byen, og derav lavere behov for omsorgsårsverk. Igjen, de estimerte verdiene tar ikke hensyn til eventuell endring i etterspørselen etter omsorgstjenester ved økt avstand til sykehus. Hva gjelder omsorgstjenesten, vil det være mer krevende å argumentere for at innbyggerne i den enkelte kommune som mister sitt sykehus vil velge å etterspørre mer omsorgstjenester, alt annet likt. For en diskusjon av dette temaet, se kapittel 4.3.

Som vi allerede har diskutert omgående i del 1, kan økt avstand til sykehus medføre lavere rekrutteringsevne av fastleger, alt annet likt. På samme måte, kan kortere avstand til sykehus medføre økt rekrutteringsevne. I innspillene til interessentene, vektlegges betydningen av DMS ulikt. Enkelte kommuner anser opprettelse av DMS som positivt for rekrutteringsevnen, som følge av særlig to årsaker: For det første, er de respektive kommune lokalisert nært de foreslåtte lokaliseringene til DMS-ene. For de andre, argumenterer de for at kort avstand til DMS vil muliggjøre opplæring, faglig påfyll og kompetanseheving for kommunens helsepersonell. For det tredje, vil tilgang på DMS åpne for hospitering av helsepersonell mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Samlet sett vil tilgang på DMS bidra til å avlaste fastlegene og øvrig helsepersonell og samtidig bidra til kompetanseutveksling og -utvikling. Dette vil igjen bidra til å heve rekrutteringsevnen av fastleger og øvrig helsepersonell i den enkelte kommune, alt annet likt.

Andre kommuner anser opprettelse av DMS som uten betydning for rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten. Det argumenteres for at distriktskommunenes fastleger i større grad har behov for rask tilgang på akuttsykehus og tilhørende funksjoner enn de stabiliseringsfunksjonene som kan tilbys ved et DMS. Kommunene argumenterer for at tilgang på akuttberedskap og -funksjoner vil virke avlastende for fastlegens medisinske ansvar. Et DMS vil i så måte ikke være tilstrekkelig til å virke positivt inn på rekrutteringsevnen i distriktskommunene på Helgeland. Enkelte kommuner har andre argumenter for hvorfor de ikke anser tilgang

⁴⁴ I snitt for årene 2015-2018, har Alstahaug 216 omsorgsårsverk, Rana har 857 omsorgsårsverk, mens Vefsn har 468 omsorgsårsverk.

på DMS som rekrutterende. Deres argumenter følger av kommunens beliggenhet på Helgeland: Enkelte kommuner ligger i utkanten av Helgeland og vil uansett ikke dra særlig nytte av de foreslåtte DMSene.

Hvis vi tar utgangspunkt i hypotesen om at økt avstand til sykehus vil forverre rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten, og potensielt øke rekrutteringsbehovet i den enkelte kommune, kan valg av sykehusstruktur som innebærer en to-sykehusmodell (konsept 2b-1 (1) og 2b-1 (2)) minimere rekrutteringsutfordringene for de minst sentrale kommuner på Helgeland. Kommunene med lave innbyggertall er spredt utover hele Helgeland, både nord, sør, vest og øst for de ulike lokaliseringalternativene. Hvis det er slik at økt avstand til sykehus gir dårligere rekrutteringsevne av fastlegeårsverk for distriktskommunene, kan man isolert sett argumentere for at en to-sykehusmodell (konsept 2b-1 (1) og 2b-1 (2)) vil i størst grad avbøte denne spesifikke utfordringen.

4.3.3.4 Hvis valg av konsept innebærer omegn, og ikke sentrum

Med omegn mener vi at sykehuslokalisering etter valg av konsept vil flyttes fra bysentrum til 20 minutter kjøretid retning sentrum av Helgeland, se kapittel 1.4. Lokalisering av sykehus(ene) etter valg av konsept i retning av sentrum på Helgeland vil i liten grad påvirke rekrutteringsevnen av fastleger og øvrig helsepersonell i kommunene. Dette følger av at endringen i plassering relativt til bysentrum er veldig liten sett for fastleger som har praksis i de mindre sentrale kommunene på Helgeland. Den eventuelle kortere avstanden som vil oppstå for enkelte distriktskommuner vil slå ut i lengre avstand for andre distriktskommuner. Samlet sett for Helgeland kan det bety at distriktskommunene ikke kommer bedre ut ved å lokalisere nytt sykehus i omegn. Et annet argument for hvorfor omegn ikke vil være utslagsgivende for rekrutteringsevnen til primærhelsetjenesten i de mindre sentrale kommunene er at den enkelte fastleges opplevelse av nærhet til akuttberedskap og kompetansmiljøer ikke vil øke nevneverdig.

For de kommunene som får sykehus etter valg av sykehuskonsept (og de som mister det), vil ikke avstand ha noen konsekvenser på absolutt endring i antall fastleger – innbyggertallet i kommunen er fortsatt det samme.

4.4 Annet kommunalt tjenestetilbud

Endringene i bosetning som vi finner i kapittel 2 vil ha betydning for kommunenes ressursituasjon også utover den kommunale helsetjenesten. På bakgrunn av flyttestrømmene vi har predikert, diskuterer vi her de to primære driverne for endringer i det offentlige tjenestetilbudet, nemlig endring i kommunenes skatteinntekter og endring i etterspørsel etter offentlige tjenester.

4.4.1 Endring i kommunale inntekter

Kommunens frie inntekter er midler kommunene fritt kan disponere uten andre føringer fra staten enn gjeldende lover og regler, og disse består av rammetilskudd og skatteinntekter (Regjeringen, 2019). 45 prosent av de frie inntektene kommer som rammetilskudd og 55 prosent kommer i form av skatteinntekter.

Med bakgrunn i flytteberegningene i kapittel 2 kan vi utarbeide anslag for årlig endring i brutto kommunale skatteinntekter for kommunene i de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionene som følge av de ulike sykehuskonseptene. Inntekten til de som flytter i forbindelse med endret sykehuslokalisering legger grunnlaget for endret skatteinngang for kommunene. For de tre bo- og arbeidsmarkedsregionene er det snakk om både økning og reduksjon i skatteytelse. Dersom vi legger til grunn den kommunale skattesatsen på 11,8 prosent, gjennomsnittlig lønn⁴⁵ for de sykehusansatte som flytter, samt for partnere som flytter med, kan vi beregne brutto skatteinntekter for konseptene. Det er imidlertid mekanismer i det kommunale skatteinntektssystemet som virker inn på andelen av de kommunale skatteinntektene som kommer kommunene til gode. Ettersom de som flytter har en høyere inntekt enn gjennomsnittet i kommunen, vil denne endringen i skatteinntekter likevel påvirke kommunens økonomi.

Gjennom inntektsutjevning i inntektssystemet blir kommuner med skatteinntekter under landsgjennomsnittet kompensert for 60 prosent av differansen mellom egen skatteinngang og landsgjennomsnittet. Kommuner med skatteinngang over landsgjennomsnittet får et trekk på 60 prosent av differansen mellom egen skatteinngang og landsgjennomsnittet. For å skjerme kommuner med lav skatteinngang blir det, i tillegg til den symmetriske delen, gitt en tilleggskompensasjon til kommuner med skatteinntekter under 90 prosent av landsgjennomsnittet. Disse kommunene blir i tillegg kompensert for 35 prosent av differansen mellom egne skatteinntekter og 90 prosent av landsgjennomsnittet. Finansieringen av tilleggskompensasjonen skjer ved at hver kommune trekkes med et likt beløp per innbygger.

Alle kommunene som inngår i de tre bo- og arbeidsmarkedsregionene har skatteinntekter under 90 prosent av landsgjennomsnittet, bortsett fra Hemnes, som inngår i Rana bo- og arbeidsmarked og har 95 prosent av landsgjennomsnittet.⁴⁶ For kommuner med netto tilflytting betyr dette i utgangspunktet at endringen i brutto kommunal skatteinngang vil bli avkortet. Graden av avkorting avhenger av skattenivået i kommunene før og etter konseptene har fått virke.

I tillegg til skatteinntektene står overføringer fra staten gjennom rammetilskudd for en stor del av kommunenes inntekter. Størsteparten av rammetilskuddene fastsettes gjennom årlige innbyggertall, som i utgangspunktet er like for alle kommuner.⁴⁷ En økning i innbyggertall vil således bety økte rammetilskudd, og vice versa. En del av rammetilskuddet går imidlertid til omfordeling fra kommuner som er rimelige å drive til kommuner som er dyrere å drive gjennom utgiftsutjevning.

⁴⁵ For de ansatte basert på gjennomsnittslønn per stillingskategori fra SSB og fordelingen av stillingskategorier på sykehuset, for partnere basert på nasjonal gjennomsnittslønn fra SSB.

⁴⁶ Basert på beregninger for inntektsutjevning for kommunene per desember 2018.

⁴⁷ I 2018 var denne satsen 23 726 kr per innbygger.

4.4.2 Endring i kommunale utgifter

Med endringer i innbyggertall følger også endringer i etterspørselen etter offentlige tjenester, og følgelig kommunenes utgiftsnivå. Samtidig vil endringene, knyttet til lovpålagte oppgaver og minstestandarder, bli kompensert gjennom utgiftsutjevningen i det kommunale inntektssystemet. I hvilken grad utgiftsendringen blir kompensert, avhenger av utgiftsnivået i de aktuelle kommunene i forhold til kompensasjonen. Hvis kommunene i utgangspunktet har et høyt utgiftsnivå på de berørte tjenestene, eksempelvis gjennom høy skoletetthet, er det sannsynlig at nettovirkningen på kommunenes utgifter i de ulike konseptene blir negativ. I motsatt fall, hvis kommunene har et lavt utgiftsnivå er det rimelig å forvente at utgiftsutjevningen kompenserer for mer enn kostnadsøkningen, og at nettovirkningen for kommunene er positiv. For en gjennomsnittskommune vil nettoeffekten være null. Det er allikevel interessant å så nærmere på hvordan etterspørselen kan forventes å endre seg.

Etterspørselen etter, eller behovet for, offentlig tjenesteyting varierer naturlig nok for ulike demografiske grupper. For eksempel har barn og eldre innbyggere et større behov for offentlige tjenester enn det unge voksne har. Den demografiske fordelingen er ganske lik på tvers av de tre bo- og arbeidsmarkedsregionene. Gjennomsnittlig er andelen av befolkningen som er mellom 0 og 19 år om lag 23 prosent, andelen mellom 20 og 64 år er om lag 55 prosent, mens andelen som er 65 år og eldre er om lag 22 prosent. Den største utgiftsposten i de kommunale regnskapene er helse- og omsorgstjenester.⁴⁸ Av funksjonene som ikke er knyttet til helse og omsorg er det grunnskole, barnehage, eiendomsforvaltning, administrasjon og VAR-tjenester (vann, avløp, renovasjon og avfall). Sistnevnte er imidlertid selvkostområder der kommunale gebyrer betalt av befolkningen skal fullfinansiere driften av tjenestene.

Det som driver endringen i etterspørsel i denne analysen, er imidlertid endringen i befolkning som følge av impulsen ved ny sykehusstruktur. Flyttestrømmene består av ansatte ved Helgelandssykehuset og deres familier. Vi forventer ikke at endring i sykehusstruktur vil medføre endring i antall eldre innbyggere. I kapittel 2.3.3.4 ble netto tilflytting til bo- og arbeidsmarkedsregionene Rana, Vefsn og Alstahaug presentert for konseptene. Der deler vi tilflyttingen inn i voksne, det vil si ansatte og eventuelle partnere, og barn, som er de eventuelle barna til sykehusansatte. Forholdstallet mellom voksne og barn er likt for alle konseptene. Det er i tråd med resultatene fra spørreundersøkelsen, der vi finner at andelen sykehusansatte med partner fordeler seg rimelig likt mellom de tre enhetene, og at gjennomsnittlig antall barn i skolepliktig alder gjør det samme. Vi legger til grunn at fremtidig ansatte ved Helgelandssykehuset vil ha familiestrukturer i tråd med dagens ansatte.

Tabell 4-4: Modellberegnete netto flyttestrømmer for de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionene. Kilde: Menon Economics

	2a (1)		2a (2)		2a (3)		2b-1 (1)		2b-1 (2)	
	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne	Barn	Voksne
Rana	245	434	-112	-195	-91	-186	96	168	-86	-157
Vefsn	-58	-103	-34	-72	306	541	-45	-90	-23	-66
Alstahaug	-140	-250	210	430	-81	-154	-47	-70	118	218

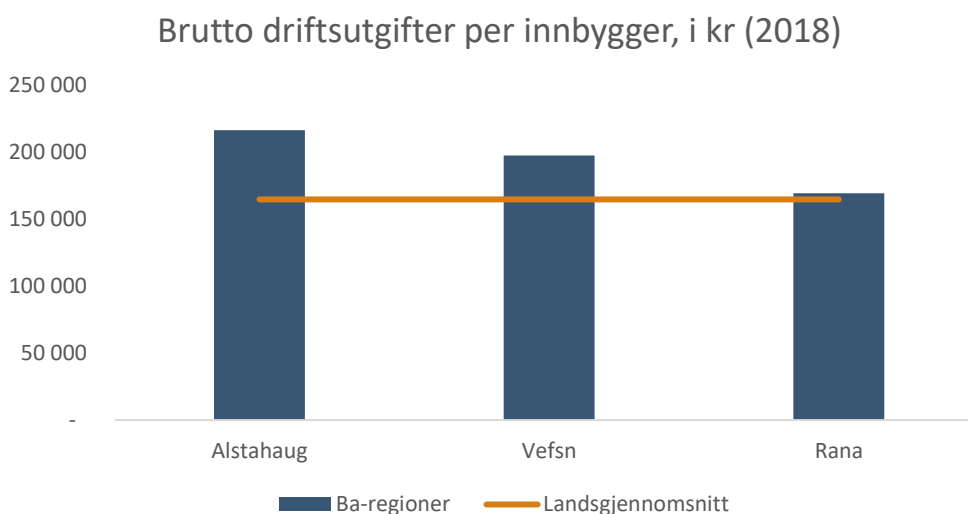
Figur 4-9 viser gjennomsnittlige brutto driftsutgifter per innbygger i de tre bo- og arbeidsmarkedsregionene, summert for alle funksjoner og tjenester.⁴⁹ Kommuneregnskapene viser at kommunene i bo- og

⁴⁸ Baserer seg på sammenligning av kommuneregnskapet for kommunene som inngår i de tre bo- og arbeidsmarkedsregionene Rana, Vefsn og Alstahaug, holdt opp mot nasjonalt gjennomsnitt. Kilde: SSB

⁴⁹ Gjennomsnittet for hver BA-region er funnet ved å summere totale utgifter i kommuneregnskapene til hver kommune i BA-regionen, og dele dette på summen av innbyggertall i de samme kommunene.

arbeidsmarkedsregionene Vefsn og Alstahaug gjennomsnittlig bruker noe mer enn landsgjennomsnittet på offentlige tjenester per innbygger, mens kommunene i Rana bo- og arbeidsmarkedsregion gjennomsnittlig bruker omtrent det samme som landsgjennomsnittet per innbygger. Dette taler isolert sett for at kommunene i BA-regionene Alstahaug og Vefsn ikke vil bli kompensert fullt ut for kostnadsøkningen ved å tilby tjenester til alle nyttilflyttede innbyggere. Menon har på vegne av Kommunenes Sentralforbund utviklet en modell som tar sikte på å gi anbefalinger om hvilket netto driftsresultat hver enkelt kommune minimum bør ha for å kunne finansiere sine investeringer uten å øke gjelden relativt til inntektene.⁵⁰ Modellen gir også et mål på hvilket netto driftsresultat kommunen vil oppnå dersom kommunen fortsetter å styre økonomien slik den har gjort de siste 5-13 årene. Resultatene fra denne modellen bekrefter bildet under, at Alstahaug og Vefsn kommuner fremover får en mer anstrengt kommuneøkonomi enn Rana kommune.

Figur 4-9: Brutto driftsinntekter per innbygger i BA-regionene Rana, Vefsn og Alstahaug, målt mot landsgjennomsnittet.
Kilde: SSB



De beregnede flyttestrømmene består av voksne i yrkesaktiv alder og deres barn. Av disse vil barna ha mest å si for etterspørselen av offentlige tjenester, hovedsakelig i form av kapasitet i grunnskolen. De tre aktuelle vertskapskommunene uttaler i intervjuer at de har noe overkapasitet i det offentlige tjenestetilbudet i dag, og legger da til grunn at de er godt rustet til å ta imot en eventuell befolkningsvekst. Særlig trekker de frem skoler og barnehager, der alle tre kommuner mener å ha god dekning. Overskuddskapasitet innebærer at nyttilflyttede innbyggere kan betjenes med lave tilleggskostnader, noe som isolert sett taler for at kommunene vil bli kompensert for alle utgiftsøkninger. Kommunene uttrykker også bekymringer knyttet til at befolkningsnedgang vil bety nedskalering eller avvikling av tilbud de har i dag.

Hvis vi sammenligner endringen i antall barn i de ulike konseptene, ser vi at den største absolutte veksten i antall barn er i Mosjøen for konsept 2a (3), der det estimeres tilflytting av 306 barn. Med utgangspunkt i at barna fordeler seg jevnt på klassetrinnene, innebærer det snaut 31 barn for hvert klassetrinn i grunnskolen. Det største netto fraflyttingen av barn opplever Sandnessjøen i konsept 2a (1). Her vil 140 elever flytte vekk. Det utgjør i snitt 14 elever per klassetrinn for bo- og arbeidsmarkedsregionen Alstahaug.

⁵⁰ «OPPDATERT DOKUMENTASJON AV MODELL FOR MINIMUMSNIVÅ PÅ NETTO DRIFTSRESULTAT OG DISPOSISJONSFOND FOR KOMMUNER OG FYLKESKOMMUNER» Menon-notat mars 2019. Modellen distribueres av KS og benyttes av kommuner over hele landet.

Stortinget bestemte i 2017 at det skulle innføres en lærernorm som definerer en øvre grense for hvor mange elever det skal være per lærer i offentlige grunnskoler (Utdanningsdirektoratet, 2018). Fra august 2019 betyr det at det maksimalt skal være 15 elever for hver lærer på 1.–4. trinn, og 20 elever per lærer på 5.–10. trinn. Det innebærer at en gjennomsnittlig økning på 31 elever per klassetrinn kan bety et behov for inntil 18 flere lærere, avhengig av kapasiteten i dag.⁵¹ Tilsvarende kan en reduksjon på 140 elever innebære et redusert behov for 8 lærere. Sentralt fastsatte gruppestørrelser fører til at kostnadene knyttet til skole drift er noe mindre variable. Mindre befolkningsreduksjoner vil således kunne påvirke enkelte kommuner ved at inntektene reduseres uten at utgiftene reduseres tilsvarende. Elevendringen påvirker naturligvis også de aktuelle skolenes romkapasitet.

En reduksjon i befolkning fører til en større kommunal gjeldsbelastning per innbygger. Investeringer i kommunal infrastruktur er som regel irreversible, og gjeld som en kommune har pådratt seg for å bygge skoler, barnehager og lignende, må betjenes selv om befolkningsgrunnlaget går ned. Både Rana, Vefsn og Alstahaug kommune hadde per utgangen av 2018 en gjeld på over 100 prosent av samlede brutto drifts- og finansinntekter. Dette er betydelig høyere enn landsgjennomsnittet på om lag 85 prosent. Kommunene som i hvert av konseptene predikeres å få en befolkningsnedgang vil derfor måtte belage seg på at en større andel av kommunens budsjetter vil måtte gå til å betjene gjelden. Den høye gjeldsandelen indikerer at kommunene som vil oppleve befolkningsnedgang derfor vil kunne oppleve at kommuneøkonomien blir trangere. Ettersom Vefsn og Alstahaug i utgangspunktet har en trangere kommuneøkonomi enn Rana, vil dette kunne være tyngre å bære for de to førstnevnte kommunene enn den sistnevnte, særlig når vi tar høyde for at disse kommunene er de der vi anslår den største relative befolkningsnedgangen ved bortfall av dagens sykehus.

⁵¹ Basert på en antakelse om at barna fordeler seg jevnt på klassetrinnene.

5 Samhandling med forsknings- og utdanningsaktører

I dette kapitlet analyserer vi hvilke følger de ulike sykehuskonseptene får for Helgelandssykehusets evne til å forske og utdanne helsepersonell. Først følger innledning og sammendrag, der hovedfunnene presenteres. Resten av kapitlet er bygget opp som følger: I kapittel 5.2 presenteres en gjennomgang av relevant litteratur. I kapittel 5.3 refererer vi til interessentinnspill i form av intervjuer, høringsuttalelser og andre skriftlige innspill. Til slutt analyserer vi innspillene fra de relevante aktørene og presenterer våre funn. For hvert av kapitlene tar vi for oss følgene de ulike konseptene får for både utdanning og forskning.

5.1 Innledning og sammendrag

Regjeringen har definert fire primæransvarsområder for spesialisthelsetjenesten: pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring. I dette kapitlet ser vi på hvordan endringer i sykehusstruktur kan få følger for to av disse, forskning og utdanning, gjennom endringer i helseforetakets mulighet til samhandling med lokale aktører.

Helgelandssykehuset er selv en utdanningsaktør, gjennom blant annet turnustjenesten og etter- og videreutdanning av leger og sykepleiere. Sykehuset samarbeider også med andre utdanningsinstitusjoner; grunnutdanning av helsepersonell skjer ved både videregående skoler, høyskoler og universiteter, mens praksisdelen skjer i helseforetakene. Helgelandssykehuset samarbeider blant annet med Nord universitet om grunnutdanning av sykepleiere, Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) om etter- og videreutdanning av leger og sykepleiere, og videregående skoler om grunnutdanning av annet helsepersonell.

Vi ser på hvordan de ulike konseptene påvirker samhandlingen gjennom spesielt to kanaler: geografisk nærhet mellom sykehuset og forsknings- og utdanningsaktører, og størrelsen på sykehusenhetene. Vi har gjennomført intervjuer med nøkkelpersoner både ved Helgelandssykehuset og de aktuelle samarbeidsaktørene. Alle kommunene på Helgeland har også blitt spurt om de har utdanningsinstitusjoner og/eller forskningsmiljøer som kan påvirkes av en endring i sykehusstrukturen.

På bakgrunn av disse intervjuene har vi kartlagt den samhandlingen som foregår i dag, og gjort en kvalitativ vurdering av hvordan lokaliseringsovergangene kan tenkes å påvirke samhandling i fremtiden.

Vi finner at ny sykehusstruktur kan få følger for Helgelandssykehusets evne til å utdanne helsepersonell dersom avstand mellom sykehus og studiested øker så mye at det får konsekvenser for utdanningsinstitusjonenes evne til å rekruttere studenter til de helsefaglige utdanningstilbudene. Ny sykehusstruktur kan få følger for Helgelandssykehusets evne til å drive med forskning dersom størrelsen på fagmiljøene påvirkes; samling av sykehusets fagmiljø vil kunne bedre samhandlingen med andre forskningsaktører. Samtidig vil det, uavhengig av sykehusstruktur, være mulig å samle forskningsaktiviteten ved én lokasjon. I den grad geografisk lokalisering har noe å si for sykehusets evne til å samhandle med andre forskningsaktører, er det viktigste at lokaliseringen gir god kommunikasjon innad på og ut av Helgeland. Konseptvalg som innebærer lokalisering nær bykjernen vil være å foretrekke.

5.2 Litteratur

Rapporten fra den eksterne ressursgruppa understreker at det er få ansatte innen universitets- og høyskolesektoren i de tre byene. Rapporten oppgir at Mosjøen per 2017 ikke har noen sysselsatte i denne næringen, mens Sandnessjøen har syv og Mo i Rana 30. Campus Helgeland, som er et samarbeid mellom Nord universitet og Universitetet i Tromsø, har flere studietilbud som er relevante for Helgelandssykehuset, blant annet sykepleieutdanning i Mo i Rana og Sandnessjøen. Avdelingen i Sandnessjøen er imidlertid i ferd med å avvikles i forbindelse med Nord universitets pågående omstrukturingsprosess. Campus Helgeland er lokalisert i Mo i Rana. På

bakgrunn av dette trekker ressursgruppen frem Mo i Rana som det beste alternativet med tanke på samspill mellom sykehus og FoU-miljøer.

Vista Analyse skriver at nærhet mellom sykehus og sykepleieutdanning har betydelige fordeler for felles satsing og undervisning, samt for bruk av felles personell (John Magne Skjelvik, 2018).⁵² Dette taler for lokalisering av nytt stort akuttsykehus i Mo i Rana. Vista Analyse oppgir at nærheten har mindre å si for gjennomføring av praksis, ettersom dette gjennomføres innenfor flere helseinstitusjoner. Rapporten trekker frem at sykepleieutdanningen kan flyttes dersom sykehus lokaliseres et annet sted, men at dette både vil medføre kostnader, kunne ha uheldige virkninger på resten av Campus Helgeland og på sikt svekke utdanningens fagmiljø. I hvilken grad nærhet mellom sykehus og utdanningsinstitusjon påvirker sykehusene vil ikke rapporten konkludere med, men den trekker frem at erfaringer fra Trondheim tilsier at nærhet kan virke positivt for den vitenskapelige aktiviteten ved sykehuset, samt for rekrutteringen av nyutdannede til sykehuset.

I andre samfunnsanalyser av sykehuslokaliseringsprosesser trekkes nærhet til utdanningsinstitusjoner frem som positivt for samhandling mellom sykehus og miljøer for forskning og utdanning. I Vista Analyse sin analyse av ny sykehusstruktur for Nordmøre og Romsdal brukes nærheten til Høgskolen i Molde som argument for å legge nytt akuttsykehus i Molde (Rasmussen, 2014). I en samfunnsanalyse av lokaliteter for Drammen sykehus legger Vista Analyse til grunn avstand til Høgskolen Buskerud og Vestfold som viktig for interaksjonen mellom sykehus og kompetansemiljøer (Vista Analyse, 2014). Asplan Viak trekker i sin samfunnsanalyse av Sykehuset Innlandet frem nærhet til de lokale høgskolene som viktig i rekrutteringen av kompetansesarbeidere og i samarbeidet mellom sykehus og utdanningsinstitusjoner (Asplan Viak, 2014). Det er i stor grad utdanningsinstitusjonenes attraktivitet som vektlegges i disse analysene, men også de positive virkningene for sykehusets vitenskapelige aktivitet ved nærhet tillegges vekt.

5.3 Innspill fra interessenter

5.3.1 Høringsinnspill

Ett eller to akuttsykehus

I sitt høringsvar på ressursgruppas rapport understreker NSF Helgelandssykehuset Mo i Rana viktigheten av å bygge sterke fagmiljøer ved å samle kompetansen på ett sykehus, og trekker frem at en større enhet vil bedre mulighetene både for å gjennomføre praksis som en del av grunnutdanningen, samt for sykepleiere til å spesialisere seg. Også legegruppen ved Helgelandssykehuset Mo i Rana skriver i sitt høringsvar at å samle fagressursene på ett stort akuttsykehus vil gi bedre forutsetninger for utdanning av spesialister. Denne modellen støttes av Mosjøen sykehusaksjon, som mener at blant annet sentrale føringer for medisinskfaglig utdanning tilsier at det ikke er rom for mer enn ett akuttsykehus på Helgeland.

Det helsevitenskapelige fakultet/Institutt for klinisk medisin ved UiT skriver i sitt høringsinnspill at en sykehusmodell med ett akuttsykehus på Helgeland vil legge til rette for etablering av et robust miljø med bred kompetanse. UNN skriver i sitt høringsvar at også de støtter modellen med ett akuttsykehus, men at det er uenighet internt i UNN om lokaliseringen bør være nord eller sør på Helgeland. De skriver videre at UNN uavhengig av valg av konsept ønsker å bidra til den faglige utviklingen av Helgelandssykehuset, blant annet gjennom forskningssamarbeid og utdanning av spesialister.

Lokalisering

⁵² Vista Analyse har skrevet rapporten på oppdrag fra Rana Utviklingsselskap.

Rana kommune, Norsk sykepleierforbund (NSF) Helgelandssykehuset Mo i Rana og avdeling for akutte tjenester Helgelandssykehuset Mo i Rana skriver i sine høringsinnspill at lokalisering av sykehus nært grunnutdanningen for sykepleiere vil være viktig både for gjennomføring av praksis og for rekrutteringen av sykepleiere til Helgelandssykehuset. Avdeling for akutte tjenester ved Helgelandssykehuset Mo i Rana begrunner i sitt høringssvar hvorfor konseptet med ett stort akutt sykehus er best med at Mo i Rana stiller bedre enn de andre byene⁵³ både på grunnutdanning av sykepleiere, helsefagarbeidere og videreutdanning av sykepleiere.

I det felles høringssvaret fra de 12 kommunene på Sør-Helgeland trekkes det frem at lokalisering av utdannings-tilbud ikke bør være førende for beslutningen om ny sykehusstruktur. De legger vekt på at ingen av byene har fagmiljø av en tyngde som forsvarer at sykehuset følger universitetets lokalisering, og de mener ikke det er noe som tyder på at det vil være tilfelle i fremtiden.

Folkeaksjonen for Sandnessjøen sykehus ønsker å spille inn at Nordland fagskole i helse- og sosialfag tilbyr fagskoleutdanning i kreftomsorg og lindrende pleie i Sandnessjøen, i tillegg til at Sandnessjøen videregående skole tilbyr ambulansearbeider- og helsefagarbeiderutdanning. Facebook-gruppen Ja til ETT-sykehusmodellen midt på Helgeland skriver i sitt høringsinnspill at sykepleieutdanningen i Rana er foreslått nedlagt. Selv om sykepleierutdanninga skulle videreføres i Rana, mener gruppen at dette ikke kan være noe særlig tungtveiende argument for å lokalisere sykehuset til Rana.

Det helsevitenskapelige fakultet/Institutt for klinisk medisin ved UiT trekker frem at forskningsaktiviteten ved Helgelandssykehuset nedprioriteres når økonomien i foretaket er presset. De skriver i sitt høringsinnspill at en sentral geografisk plassering (sør for Korgfjellet) vil redusere reisetid og -belastning for pasienter, øke kvaliteten i de prehospitalene tjenestene, redusere behov og størrelse for foreslåtte DMS, og redusere pasientlekkasjen til Helse Midt, noe som vil friggi midler til forskning ved Helgelandssykehuset.

5.3.2 Intervjuer

5.3.2.1 Utdanning

Representanter for Helgelandssykehuset

Helgelandssykehusets samhandlingssjef sier i intervju at avstand mellom utdanningsinstitusjoner og sykehus er viktig for samhandlingen, men at eventuelle nedleggelse av utdanningstilbud (slik som den desentraliserte sykepleieutdanningen i Sandnessjøen) vil ha betydelig større betydning for sykehusets rekruttering.

Enhetsdirektøren for Helgelandssykehuset Sandnessjøen bekrefter at nedleggelsen av sykepleierutdanningen i Sandnessjøen har hatt en negativ effekt på deres rekrutteringsevne, og legger til at de nå snakker om å samarbeide med private aktører.

Enhetsdirektør for Helgelandssykehuset Mo i Rana tror ny sykehusstruktur kan påvirke attraktiviteten overfor studentene. Enhetsdirektøren poengterer at studenter på Helgeland er vant til å måtte reise bort for å ta utdanning, men at studenter trenger gode bo- og kommunikasjonsforhold, samtidig som de liker å bo i by og ha tilgang på fjell og natur.

Enhetsdirektør for Helgelandssykehuset Mosjøen bekrefter at nærhet mellom sykehuset og utdanningsaktørene er viktig for samhandling, men tror ikke at gjennomføringen av praksis for sykepleiestudentene påvirkes i særlig grad. Campus Helgeland vil trolig styrkes av at nytt akutt sykehus plasseres i Mo i Rana, men enhetsdirektøren tror campus kan flyttes dit sykehuset lokaliseres hvis det kan bidra til å styrke forholdene for rekruttering og samhandling. At Mosjøen, som er den eneste lokasjonen som ikke har hatt sykepleierutdanning, har hatt lite

⁵³ Målt i antall som utdannes årlig

utfordringer med rekruttering av sykepleiere trekkes frem som et poeng på at det ikke foreligger noe fasit på hva som er det optimale med tanke på lokalisering av campus og sykehus.

Kommunene

Rana kommune trekker frem at nærhet til Campus Helgeland er gunstig for Helgelandssykehuset, ettersom de tilbyr studier som er relevante for sykehuset, og det eksisterer et gjensidig samarbeid i dag både i form av studentpraksis og forskningssamarbeid. Rana kommune mener at universitetsmiljøet er avhengig av en viss størrelse på byen, og mener det er utenkelig at det vil flytte på seg som følge av endring i sykehusstrukturen.

Vefsn kommune mener Mosjøen har gode muligheter for samhandling mellom sykehus og utdanningsinstitusjoner, blant annet på videregående nivå og gjennom studiesenteret RKK Vefsn⁵⁴, som utdanner helsepersonell i samarbeid med kommunene. Ifølge kommunen pågår det også et samarbeid om å få etablert desentralisert sykepleieutdanning i Mosjøen, blant annet i samarbeid med RKK.

Alstahaug kommune er uenig i premisset om at Campus Helgeland sin lokasjon er et argument for hvor sykehuset skal ligge. I intervju gjentar de budskapet i det felles høringssvaret om at utdanningsinstitusjonene vil tilpasse seg fremtidig sykehusstruktur. Miljøene på Helgeland er uansett så små og strukturen så fluktuerende at det ikke bør være førende for valg av konsept. Kommunen ønsker også å spille inn at de er i dialog med en privat høyskole som vurderer å etablere sykepleieutdanning i Sandnessjøen, samt at de forventer en stor økning i helserelaterede utdanninger på videregående nivå dersom kommunen får et nytt stort akuttsykehus.

Representanter for utdanningssektoren

Dekan for fakultet for sykepleie og helsevitenskap (FSH) ved Nord universitet sier i intervju at nærhet mellom Campus Helgeland og Helgelandssykehuset er viktig først og fremst for attraktiviteten til sykepleierutdanningen, ettersom studentene ønsker kort reisevei i forbindelse med gjennomføring av praksis. Nord universitet tror ikke valg av sykehuskonsept vil ha særlig innvirkning på samhandlingen om utdanning mellom sykehuset og universitetet. De har i dag en fungerende struktur for samhandling, også i områder der de ikke har studiesteder. Universitetet vil følge med på etterspørselen etter de studietilbudene de har på Helgeland, men valg av ny sykehusstruktur alene vil ikke være tilstrekkelig til å utløse ny campusstruktur på Helgeland.

Det er likevel gunstig for Nord universitet at FSH har studiested lokalisert i nærheten av Helgelandssykehuset, grunnet gratisprinsippet i høyere utdanning. Dersom studentene får lang reisevei fra studiested til praksissted, må universitetet kompensere studentene for merkostnader knyttet til dette. I dag sendes sykepleiestudenter fra Campus Helgeland (Mo i Rana) til praksisopphold på alle tre av Helgelandssykehusets enheter.

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har et samarbeid med Helgelandssykehuset om videreutdanning og spesialisering av sykepleiere og leger, blant annet gjennom avtaler om at leger i spesialisering kan komme fra Helgelandssykehuset til UNN for å oppnå læringsmål de ikke kan oppnå ved Helgelandssykehuset. En utfordring med slike samarbeid er at kandidater etter slike utdanningsopphold kan ønske å bli ved UNN fordi de ønsker å jobbe ved et sykehus som har et større fagmiljø og der arbeidsforholdene er mer tilpasset et familieliv.⁵⁵ Enhetsdirektører ved Helgelandssykehuset forklarer at sykehuset overkommer dette problemet gjennom skreddersydde stipendordninger, der kandidater får støtte til å reise ut og spesialisere seg mot at de binder seg til å komme tilbake og jobbe for Helgelandssykehuset.

5.3.2.2 Forskning

Representanter for Helgelandssykehuset

⁵⁴ Eid av Vefsn, Hemnes, Grane og Hattfjelldal

⁵⁵ Fagsjef for KVALUT UNN erfarer at kandidater ofte ikke ønsker å returnere tilbake til lokalsykehus som Helgelandssykehuset fordi fagmiljøet der kanskje består av én eller to spesialister og arbeidsbelastningen (spesielt vakt) blir veldig stor og lite familievennlig.

Helgelandssykehuset ved fungerende forskningsleder oppgir i intervju at det foregår forskningsaktivitet på alle de tre sykehusenhetene ved Helgelandssykehuset. Det inkluderer blant annet doktorgradsløp som gjennomføres i samarbeid med Universitetet i Tromsø, Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset, St. Olavs hospital, NTNU og Universitetet i Bergen.⁵⁶ Det er i dag 31 aktive forskningsprosjekter på Helgelandssykehuset, nokså jevnt fordelt mellom enhetene (13 ved Mo i Rana, 8 ved Mosjøen, 10 ved Sandnessjøen).⁵⁷

Fungerende forskningsleder ved Helgelandssykehuset tror ikke valget mellom ett og to sykehus kommer til å ha stor betydning for mengde og kvalitet på sykehusets forskning. Det som derimot er viktig er at forskningsressursene samles på samme sted, noe det kan tilrettelegges for innenfor alle de aktuelle konseptene. Forskningslederen trekker frem nærhet til Campus Helgeland som en positiv faktor, men understreker at den viktigste faktoren for mengde og kvalitet på forskningen er prioritering fra ledelsen. Uansett utfall vil det være sykehusenheten(e) med tilhørende fagmiljø som vil være utgangspunkt for forskningsaktiviteten ved Helgelandssykehuset. De distriktsmedisinske sentrene vil videre åpne for et nærere samarbeid med primærhelsetjenesten om innovasjon og forskning. Nærhet til kommunene kan dermed stimulere til forskning og innovasjon til beste for pasientene.

Representanter for utdanningssektoren

Nord universitet forklarer i intervju at de i liten grad samarbeider med Helgelandssykehuset om forskning i dag. Nord universitet er en relativt ung organisasjon, og det jobbes med å etablere en formell samarbeidsavtale med Helgelandssykehuset om forskning og forskningsaktivitet. Dekan for FSH tror nærhet er viktig for at samarbeidet kan fungere. Valg av sykehusstruktur i seg selv ser ikke dekanen på som viktig for samhandlingen, så lenge sykehusets forskningsavdeling er samlet og lokalisert i Mo i Rana.

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har et begrenset forskningssamarbeid med Helgelandssykehuset. Dette begrunnes fra UNN sin side med at den desentraliserte sykehusstrukturen på Helgeland medfører at administrativt arbeid, opplæring av ansatte i gjennomføring av forskningsforsøk og etablering av protokoller må gjennomføres opp til tre ganger per forskningsprosjekt. Dette er fordyrende og tidkrevende. Funksjonsfordelingen åpner for ulik praksis når det gjelder registerinput og datainnhenting, og gjør fagmiljøene små og sårbare. Mangel på bredde og tilgang på fagressurser bidrar til å redusere forskningsaktiviteten på Helgelandssykehuset. Helgelandssykehuset er et lokalsykehus og eventuelle forskningssamarbeid vil i stor grad bli initiert av universitetssykehuset. UNN mener det er lite sannsynlig at helsepersonell velger å søke seg til Helgelandssykehuset for å arbeide med forskning.

Kommunene

Alle vertskapskommunene trekker frem lokale forskningsmiljøer de mener er aktuelle samarbeidspartnere for Helgelandssykehuset. Rana løfter særlig SINTEF Helgeland og forskningsmiljøet tilknyttet Mo Industripark. Vefsn trekker blant annet frem et internasjonalt forskningsprosjekt Mosjøen videregående skole gjennomfører om velferdsteknologi, samt forskningsaktivitet knyttet til lokale, private aktører som Scistron AS og Alcoa Mosjøen. Alstahaug kommune trekker frem Helgelandssykehuset Sandnessjøen sin styrke innen forskning, der enheten er den eneste som kan skilte med doktorgrader innen somatikk.

⁵⁶ Disse organisasjonene har veiledere med doktorgrad, som er et krav for alle som skal drive med forskning ved Helgelandssykehuset.

⁵⁷ Fungerende forskningsleder for Helgelandssykehuset ble intervjuet av Menon 17.09.2019

5.4 Analyse og funn

5.4.1 Utdanning

Valg av sykehusstruktur kan påvirke Helgelandssykehusets evne til å utdanne helsepersonell gjennom to kanaler: utdanningsinstitusjonenes evne til å rekruttere studenter, og aktørenes evne til å samarbeide godt om utdanningen av disse studentene. Det som er relevant for vår analyse er hvorvidt valg av konsept får konsekvenser for én eller begge av de to kanalene.

Basert på intervjuene vi har gjennomført med sentrale aktører finner vi at det er lite trolig at valg av sykehuskonsept vil få store følger for Helgelandssykehusets evne til god samhandling med de relevante utdanningsaktørene. Aktørene på Helgeland er vant til store avstander. Her er derfor gode strukturer for samhandling viktigere enn geografisk avstand.

Avstand mellom sykehus og utdanningsinstitusjon kan imidlertid få betydning for utdanningsinstitusjonenes evne til å rekruttere studenter. Særlig gjelder dette for sykepleieutdanningen, som i dag ligger i Mo i Rana. Dersom relevante utdanningsmiljøer på Helgeland blir svekket, vil det få betydning for Helgelandssykehusets evne til å utdanne helsepersonell. Dette punktet taler mot konsepter som innebærer tap av akuttsykehus for Mo i Rana. Som følge av dette argumentet vil det også være en fordel for konsept 2a (1) om sykehuset legges sentralt i Mo i Rana, heller enn i omegn. Samtidig er det viktig å merke seg at utdanningsstrukturen på Helgeland kan endre seg i fremtiden. Det er få akuttsykehus i Norge i dag som ikke har sykepleieutdanning innen samme bo- og arbeidsmarkedsregion. Dersom fremtidens sykehusstruktur innebærer ett stort akuttsykehus lokalisert i Mosjøen eller Sandnessjøen er det ikke usannsynlig at en utdanningsaktør vil velge å etablere studietilbud i nærheten.

5.4.2 Forskning

Valg av sykehusstruktur kan påvirke Helgelandssykehusets evne til å drive med forskning gjennom to kanaler: gjennom å tilrettelegge for sykehusets evne til å samle og koordinere sine forskningsressurser internt, og gjennom å tilrettelegge for samarbeid med forskningsaktører rundt sykehuset. Det virker å være konsensus blant de sentrale aktørene om at å samle Helgelandssykehusets forskningsressurser på ett sted vil styrke både sykehusets evne til å forske i seg selv, og sykehusets evne til å samarbeide godt med forskningsmiljøer utenfor foretaket. De aktuelle konseptene trenger imidlertid ikke å skille på dette området. Et annet poeng er hvorvidt geografisk nærhet til eksterne forskningsmiljøer er avgjørende for god samhandling. Det er uenighet blant interessentene omkring betydningen av dette, men det er rimelig å anta at nærhet til aktører som driver med forskning er en positiv faktor. Spesielt Nord universitet uttaler at det vil være viktig for å få til et godt samarbeid. Like viktig som avstand er imidlertid gode muligheter for kommunikasjon, som nærhet til flyplass og god IKT-infrastruktur. Dette gjelder særlig for sykehusets evne til samhandling med forskningsmiljøer utenfor Helgeland. I så måte teller planene om ny flyplass i Rana positivt for lokalisering i Mo i Rana.

Konseptvalg som innebærer lokalisering et stykke utenfor bykjernen vil således trekke i en negativ retning dersom det medfører økt avstand mellom sykehus og flyplass. Vi har lagt til grunn at omegnsalternativet for Mo i Rana innebærer en lokalisering 20 minutter sør for bykjernen, mens omegnsalternativene for Mosjøen og Sandnessjøen innebærer lokaliseringer 20 minutter nord for de to bykjernene. Både dagens flyplass i Rana og planlagt lokalisering av ny flyplass ligger nord for Mo i Rana. Flyplassene sør på Helgeland ligger begge sør for Mosjøen og Sandnessjøen.

6 Konsekvenser for boligmarkedet, infrastruktur, klima og miljø

I dette kapitlet analyserer vi hvilke følger de ulike sykehuskonseptene får for de lokale boligmarkedene, for infrastrukturbehov regionalt og lokalt og for miljø og klima. Kapitlet er bygget opp i tre deler: først følger en analyse av boligmarkedene, så en analyse av endrede reiseavstander for ansatte, pasienter og pårørende, og til slutt en analyse av endret infrastrukturbehov og konsekvenser for klima og miljø. Hvert av delkapitlene er bygget opp som følger: Først følger innledning og sammendrag, der hovedfunnene presenteres. Deretter presenteres en gjennomgang av relevant litteratur, før vi refererer til interessentinnspill i form av intervjuer, høringsuttalelser og andre skriftlige innspill. Til slutt analyserer vi data, holder dem opp mot relevante innspill og litteratur, og presenterer våre funn.

6.1 Boligmarkedet

6.1.1 Innledning og sammendrag

Det er to forhold i tilknytning til boligmarkedet som vil være av relevans for analysen. For det første kan boligmarkedet være av betydning for de ulike konseptenes evne til å rekruttere ansatte, som diskutert i kapittel 2.4. I tillegg innebærer konseptene endringer i bosettingsmønsteret på Helgeland, med tilsvarende endringer i behovet for boliger i de forskjellige kommunene. De ulike konseptene innebærer at noen kommuner vil oppleve netto tilflytting, mens andre opplever fraflytting.

Våre beregninger tilsier at den største absolutte endringen vil være dersom det opprettes ett stort akuttsykehus, og dette legges i Mosjøen. Dette vil føre til en netto tilflytting tilsvarende om lag fem prosent av innbyggertallet i Vefsn kommune. Dersom sykehuset legges til Sandnessjøen, forventes en nettotilflytting tilsvarende seks og en halv prosent av innbyggertallet i Alstahaug kommune. Ved lokalisering i Rana kommune predikerer vi en netto flyttestrøm tilsvarende to og en halv prosent av Rana kommunes innbyggertall i år.

Det omsettes vesentlig flere boliger i Mo i Rana enn i Mosjøen og Sandnessjøen, slik at lokalisering i tilknytning til en av de to sistnevnte byene vil innebære et betydelig sjokk i boligmarkedet der, med en tilflytning som utgjør henholdsvis to og en halv og nesten fire ganger antall omsatte boliger i 2018. En må regne med betydelig behov for utbygging og betydelig vekst i boligprisene i disse to byene dersom sykehuset lokaliseres dit, med det største sjokket i Sandnessjøen.

Netto flyttestrømmer ut fra hver av bo- og arbeidsmarkedsregionene er beregnet til å være 156, 82 og 200 husholdninger ved lokalisering vekk fra henholdsvis Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen, i det konseptet der flest forventes å forlate byen. Sandnessjøen vil rammes hardest, både fordi det er færre av de som ikke forlenger arbeidsforholdet sitt ved Helgelandssykehuset som forventes å bli boende her enn i de to andre stedene, og fordi sjokket utgjør en høyere andel av boligmassen. Vi har ikke forsøkt å beregne effekter på boligprisene av disse sjokkene, men ettersom SSB ikke forventer positiv befolkningsvekst i Alstahaug kommune, tyder beregningene våre på at kommunen vil påføres et permanent boligoverskudd dersom sykehuset i kommunen avvikles.

6.1.2 Tidligere utredninger og innspill fra interessenter

Den eksterne ressursgruppen konkluderer med at Rana kommune, på bakgrunn av størrelsen og variasjonen i boligmassen, har et boligmarked som trolig vil oppleves mer attraktivt i rekrutteringsøyemed enn øvrige alternativer da individer har ulike boligpreferanser som også varierer over tid (Ekstern ressursgruppe, 2019). Imidlertid understreker de at valg av vertskommune vil påvirke boligbyggingen og boligmarkedet i den byen sykehuset lokaliseres.

I rapporten Oslo Economics har skrevet på oppdrag fra Alstahaug kommune, vurderes potensielle endringer i boligmarkedet i de tre vertskapskommunene opp mot befolkningsprognoser (Oslo Economics, 2018). Analysen tar utgangspunkt i endret befolkningsmønster som følge av endret sykehusstruktur, og finner hvor mange boliger som vil stå tomme som følge av fraflytting. Basert på befolkningsframskrivninger, gjennomsnittlig antall personer per husstand og antagelsen om at 1/50 av boligene utrangeres årlig, beregner de hvor mange år det vil ta før det ikke lenger er ledig kapasitet på boligmarkedet. De finner at det vil ta henholdsvis to og syv år før overskuddet av boliger i kommunene er null dersom Mo i Rana og Sandnessjøen mister sykehuset sitt.

Flere kommuner trekker frem at etableringen av et nytt stort akuttisyekehus vil fungere som en katalysator for boligmarkedet, og mener derfor det er meningsløst å støtte seg på historiske data om boligmarkedet for å beregne hvor godt rustet kommunene er til å håndtere en eventuell befolkningsøkning.

Alle kommunene Menon har intervjuet oppgir å ha kapasitet til å håndtere en eventuell befolkningsøkning som følge av ny sykehusstruktur. Flere kommuner peker på enten klare tomter, regulerte arealer eller bare generell mulighet og vilje til å regulere ut ledige arealer til boligtomter hvis behovet skulle oppstå.

6.1.3 Analyse og funn

I Tabell 2-9 på side 38 har vi beregnet netto flyttestrømmer til og fra de ulike bo- og arbeidsmarkedsregionene. Våre beregninger tilsier at den største absolutte endringen oppstår dersom det opprettes ett stort akuttisyekehus, og dette legges i Mosjøen. Dette vil føre til en netto tilflytting tilsvarende om lag fem prosent av innbyggertallet i Vefsn kommune. Dersom sykehuset legges til Sandnessjøen, forventes en nettotilflytting tilsvarende seks og en halv prosent av innbyggertallet i Alstahaug kommune. Ved lokalisering i Rana kommune predikerer vi en netto flyttestrøm tilsvarende to og en halv prosent av Rana kommunes innbyggertall i år. Om vi omregner strømmene

Figur 6-1: Omsetning av alle typer boliger etter tettsted. Antall salg og gjennomsnittlig antall døgn fra boligen ble lagt ut for salg til den var solgt, 2013-2018. Kilde: Den eksterne ressursgruppens rapport, side 40

Tettsted		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sandnessjøen	<i>Gj.snitt omsetningsdager</i>	32	66	57	72	78	67
	<i>Antall salg</i>	55	54	74	77	52	63
Mo i Rana	<i>Gj.snitt omsetningsdager</i>	17	23	23	26	34	40
	<i>Antall salg</i>	341	378	364	418	375	277
Mosjøen	<i>Gj.snitt omsetningsdager</i>	29	40	41	25	22	23
	<i>Antall salg</i>	152	188	172	166	169	121

til antall husholdninger⁵⁸, vil netto tilflytting ved lokalisering i henholdsvis Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen være på 241 husholdninger, 300 husholdninger og 239 husholdninger. I Figur 6-1 har vi gjengitt den eksterne ressursgruppens statistikk over omsetningen av boliger i de tre byene.

Det omsettes vesentlig flere boliger i Mo i Rana enn i Mosjøen og Sandnessjøen. En lokalisering i tilknytning til en av de to sistnevnte byene vil innebære et betydelig sjokk i boligmarkedet der. Tilflyttingen vil utgjøre henholdsvis to og en halv og nesten fire ganger antall omsatte boliger i 2018. En må dermed regne med betydelig behov for utbygging og vekst i boligprisene i Mosjøen og Sandnessjøen, med det største sjokket i Sandnessjøen.

⁵⁸ Her antar vi 1,8 voksne per husholdning, i tråd med svarene på spørreundersøkelsen rettet mot de ansatte ved Helgelandssykehuset.

Den store endringen innebærer at vi deler den oppfatningen flere av interessentene har, om at dagens boligmix ikke vil representere en stor rekrutteringsutfordring – boligene som må føres opp ved lokalisering i tilknytning til Sandnessjøen eller Mosjøen kan godt tilpasses de tilflyttedes behov.

Netto flyttestrømmer ut fra hver av bo- og arbeidsmarkedsregionene er beregnet til å være 156, 82 og 200 husholdninger ved lokalisering vekk fra henholdsvis Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen, i det konseptet der flest forventes å forlate byen. Sandnessjøen vil rammes hardest, både fordi det er færre av de som ikke forlenger arbeidsforholdet sitt ved Helgelandssykehuset som forventes å bli boende her enn i de to andre stedene, og fordi sjokket utgjør en høyere andel av boligmassen. Vi har ikke forsøkt å beregne effekter på boligprisene av disse sjokkene, men ettersom SSB ikke forventer positiv befolkningsvekst i Alstahaug kommune, tyder beregningene våre på at kommunen vil påføres et permanent boligoverskudd dersom sykehuset i kommunen avvikles.

Dersom sykehuset lokaliseres i omegn er det grunn til å tro at de ansattes pendlervillighet mellom byene kan øke da avstanden blir kortere. Økt pendling innebærer dermed en lavere netto flyttestrøm og vil i så måte dempe effektene i boligmarkedet i samtlige vertskommuner.

6.2 Endret reisetid

Helgeland er en langstrakt region, med spredt bosetning. For store deler av befolkningen vil en omstrukturering og -lokalisering av sykehusenhetene innebære lengre reisevei for å oppsøke nødvendig helsehjelp. Hvorvidt endringer i reisetid påvirker helseforetakets evne til å tilby pasienter nødvendig behandling, både ved akutt sykdom og planlagte behandlinger, er utenfor mandatet for denne samfunnsanalysen. Økte reiseavstander innebærer imidlertid en kostnad for den enkelte pasient i form av tapt tid. Omstrukturering og -lokalisering av Helgelandssykehuset kan også medføre endringer i reisemønstret til pasientene som får konsekvenser for infrastrukturbehovet. Dessuten vil endret transportbehov få konsekvenser for klima og miljø, i form av endringer i klimagassutslipp. Disse konsekvensene er omtalt i kapittel 6.3 Infrastruktur, klima og miljø.

Med utgangspunkt i gjennomsnittlig antall sykehusbesøk i Nordland fordelt på aldersgrupper, befolkningstall på grunnkrets nivå, befolkningsframskrivinger for kommunene og reisetider fra hver grunnkrets som sokner til Helgelandssykehuset, beregner vi endring i reisetid for pasienter og pårørende for samtlige sykehuskonsept. Beregningene for endring i reisetid for ansatte følger av modellen beskrevet i kapittel 2. På denne måten kan vi sammenlikne hvilket konsept som medfører det laveste transportbehovet, både for ansatte og brukere av sykehuset.

Resultatene fra beregningene viser at pasientene får lavest økning i reisetid dersom det velges en to-sykehusløsning. Ved en ett-sykehusløsning får pasienter og pårørende lavest økning i reisetid dersom dette legges i Mosjøen. De ansatte får imidlertid den laveste reisetiden dersom det opprettes ett stort akuttsykehus, og dette legges i Mo i Rana. Resultatet forklares av at ansatte i dette tilfellet antas å bo mer spredt enn det som er tilfellet ved lokalisering i Mo i Rana,⁵⁹ i tillegg til at pendlervilligheten mellom byene er høyere dersom sykehuset lokaliseres sør på Helgeland. Den totale endringen i reisetid for ansatte, pasienter og pårørende blir derfor lavest ved valg av konsept 2a (1). Flere interessenter har spilt inn at de som vil velge å pendle til det nye sykehuset, sannsynligvis vil være de ansatte som i dag bor i Leirfjord og på Hemnes. I vår analyse vil det berøre konsept 2a (3), hvor det opprettes ett stort akuttsykehus i Mosjøen. De andre konseptene innebærer i svært liten grad endringer i pendling for ansatte som bor i Leirfjord eller på Hemnes. Analysene våre tilsier at 178 personer vil pendle til Mosjøen i konsept 2a (3). Hvis alle disse bor ti minutter nærmere Mosjøen enn vi har lagt til grunn kan vi ikke utelukke at konsept 2a (3), med ett stort akuttsykehus i Mosjøen, er det konseptet som gir kortest samlet reisetid.

⁵⁹ Se en drøfting av dette i kapittel 2.3.3.3.

Tidligere utredninger av Helgelandssykehuset har i stor grad hatt søkelys på hvilke konsekvenser økt reisetid vil ha for behandlingstilbudet ved sykehuset, særlig i forbindelse med akuttberedskap og -behandling. Disse er således mindre relevante for samfunnsanalysen.

6.2.1 Innspill fra interessenter

Interessentene beskriver først og fremst konsekvenser av økt reiseavstand som berører helsetilbudet til befolkningen. Dette er konsekvenser som ligger utenfor mandatet for denne samfunnsanalysen. Enkelte av forholdene er likevel gjengitt i korte trekk, da de har konsekvenser for kommunal- og fylkeskommunal infrastruktur (som er et tema i samfunnsanalysen).

Gjennomgående trekker interessenter med tilknytning til Sør-Helgeland fram at plasseringen av et akuttssykehus i Mo i Rana vil medføre reisetider for enkelte pasienter som verken er forsvarlig i akutte tilfeller eller akseptable ved planlagte behandlinger. I en rekke høringsinnspill påpekes det at hensynet til 12-13 000 innbyggere ikke i tilstrekkelig grad blir ivaretatt når ressursgruppen finner at en lokalisering i Mo i Rana er fordelaktig. Videre trekkes det fram at forslagene som ressursgruppen fremmer som avbøtende i forbindelse med økt reiseavstand både synes å virke svært kostbare og i liten grad gjennomførbare med dagens teknologi.

De samme interessentene mener at ressursgruppen, i tillegg til å anerkjenne at avstanden til Mo i Rana vil øke sannsynligheten for pasientlekkasje ved elektive behandlinger, burde gjort grundige vurderinger av de økonomiske og faglige konsekvenser dette vil innebære, både for Helgelandssykehuset og Helse Nord. Videre finner de at pasientlekkasjen fra Helseforetaket kan unngås dersom sykehuset lokaliseres sør på Helgeland. Påstanden begrunnes med at en slik lokasjon vil redusere reisetiden for innbyggerne i de sørligste kommunene sammenliknet med et sykehus i Mo i Rana.

Rana kommune hevder imidlertid i sitt høringsinnspill at det er andre faktorer enn reiseavstand som forklarer andelen av pasienter som søker behandling utenfor helseforetaket. De viser til at ett fagfelt som er unikt for deres enhet ikke har større grad av pasientlekkasje enn øvrige avdelinger innenfor Helgelandssykehuset. Videre påpeker de at for innbyggerne i Brønnøysund er forskjellene i reisetid mellom Mo i Rana og Namsos kun ni minutter i favør Namsos, og antyder dermed at det ikke er rimelig å konkludere med at disse pasientene vil velge behandling ved sykehuset i Namsos utelukkende på bakgrunn av reiseavstander. De stiller seg dessuten undrende til påstanden om at pasientlekkasjen vil øke drastisk som følge av økt transportbelastning når befolkningen sør på Helgeland vil få tilbud om behandling ved et distriktsmedisinsk senter.

Av konsekvenser som faller innenfor mandatet for samfunnsanalysen trekker interessenter fram at økte reiseavstander kan bety at pasienter må bruke hele eller flere dager på et sykehusbesøk. Herøy kommune fremmer at for mange pasienter vil dette innebære fravær fra arbeid. Det kan også virke belastende for den enkelte pasients økonomi med tanke på økte utgifter til blant annet ferge, bompenger og drivstoff.

6.2.2 Analyse og funn for de ulike konseptene

Vi har beregnet endring i reisetid for pasienter, pårørende eller andre ledsagere og ansatte for samtlige sykehuskonsept. Beregningene for endring i reisetid for ansatte følger av modellen beskrevet i kapittel 2. I mangel på tilstrekkelig gode data over antall sykehusbesøk/reiser til Helgelandssykehuset per kommune har vi benyttet statistikk over gjennomsnittlig antall døgnopphold, dagbehandlinger og polikliniske behandlinger fordelt på aldersgrupper i Nordland som utgangspunkt. Vi har ikke grunn til å tro at det er vesentlige forskjeller mellom kommunene, med tanke på innbyggernes helse, som vil vedvare over tid. Det antas derfor at snittet er representativt for samtlige kommuner, og grunnkretser, som sokner til Helgelandssykehuset. Gjennomsnittlig antall sykehusbesøk fordelt på aldersgrupper i Nordland, befolkningstall på grunnkrets nivå og befolkningsframskrivninger for kommunene er benyttet for å beregne antallet konsultasjoner i 2025 per grunnkrets. Dataen er offentlig tilgjengelig på SSB. Reisetiden for pasientene i hver grunnkrets til de ulike

behandlingsenhetene er beregnet fra området i grunnkretsen med høyest befolkningstetthet. Reisetiden fra området i hver grunnkrets til de ulike enheten er innhentet fra Google Maps og viser ruten med kortest reisetid.

Sykehusbygg anslår at 80 prosent av pasientene fra Brønnøysund, Sømna, Vevelstad og Vega som behandles ved poliklinikk i Helgelandssykehuset eller hos andre kan få tilbud ved DMS Sør-Helgeland (Sykehusbygg, 2016). På bakgrunn av informasjon fra Sykehusbygg er det grunn til å tro at ambisjonsnivået ved et senter i Mo i Rana vil være tilsvarende, mens antallet som forventes behandlet ved DMSer i Sandnessjøen og Mosjøen er noe lavere. Vi har derfor lagt til grunn at 80 prosent av pasientene som har Brønnøysund som nærmeste enhet i dag, og mottar poliklinisk behandling, vil få tilbud ved DMSer i Brønnøysund i samtlige sykehuskonsept. For konseptene som innebærer DMS i Mo i Rana har vi antatt samme andel, med utgangspunkt i de polikliniske pasientene som har Mo i Rana akuttsykehus som nærmeste enhet i dag. Andelen som får tilbud om behandling ved DMS i Mosjøen eller Sandnessjøen, i de konseptene det er relevant, er antatt å være 60 prosent. For sykehuskonseptene som innebærer en to-sykehusstruktur, har vi antatt at det minste akuttsykehuset vil ha kapasitet til både å behandle de pasientene som ville blitt behandlet ved et DMS ved samme lokasjon, i tillegg til 50 prosent av de pasientene som ikke kan behandles ved DMS og som har det lille akuttsykehuset som sitt nærmeste sykehus. Samme fordeling er lagt til grunn i nullalternativet for å gjøre resultatene sammenliknbare, da vi ikke vet om strukturen vil være funksjonsfordelt.

Enkelte pasienter kan ha behov for følge til sykehuset eller behandling ved DMS, enten av pårørende eller følgetjenester, blant annet fordi reiseveien oppleves belastende. I tråd med Asplan Viaks samfunnsanalyse av Sykehuset Innlandet antar vi at samtlige pasienter på døgnopphold får besøk, at gjennomsnittlig antall liggedøgn vil være 3,7 i 2025 og at de innlagte pasientene får besøk annenhver dag (Asplan Viak, 2014). Videre antar vi at 20 prosent av pasientene som mottar dagbehandling har behov for følge, også dette i tråd med Asplan Viaks analyse.

Tabell 6-1 under viser total endring i årlig reisetid for ansatte. Resultatene i Tabell 6-1 følger direkte av modellberegningene i kapittel 2 for endret bosetningsmønster, pendling og nyrekruttering for ansatte. Alle konseptene innebærer færre ansatte enn i nullalternativet, som følge av antakelsene om effektivisering ved reduksjon i antall sykehusenheter. Dette trekker, isolert sett, i retning redusert reisetid for de ansatte. Imidlertid vil en lokalisering av sykehuset sør på Helgeland innebære mer pendling mellom byene, og derfor er reduksjonen i reisetid for ansatte lavere ved en lokalisering av sykehuset i Mosjøen sammenliknet med Mo i Rana. I tillegg har vi lagt til grunn at nyrekruttede ansatte bosetter seg med samme spredning som dagens ansatte. Ansatte ved Sandnessjøen sykehus har i dag lengst reisevei fra bosted til sykehuset. I kombinasjon med pendlingen, tilser dette at reisetiden øker for de ansatte ved en lokalisering av sykehuset i Sandnessjøen, til tross for at alle konseptene innebærer færre ansatte.

Pendlervilligheten og antatt bosted for nyrekruttede forklarer på samme måte ulikheten i endret tid for ansattereiser i to-sykehusmodellene. Storparten av sykehusansatte arbeider ved enheten i Mo i Rana i konsept 2b-1 (1), noe som forårsaker kortere reisetid til sykehuset fordi pendlingsvilligheten er lavere og nyrekruttede i større grad antas å bo sentralt i Mo i Rana enn i Sandnessjøen.

Tabell 6-1: Endring i årlig reisetid i timer for ansatte i 2025.

	2a (1)	2a (2)	2a (3)	2b-1 (1)	2b-1 (2)
Endret reisetid i timer ansatte	-40 785	48 458	-6 484	16 397	34 117

Endringer i reisetid for ansatte er heftet med usikkerhet. På bakgrunn av spørreundersøkelsen har vi beregnet hvor mange av de ansatte som er villige til å pendle til en ny arbeidsplass i de ulike konseptene. Vi har imidlertid ikke klart å koble pendlevilligheten til bostedet til den ansatte. Hvorvidt den ansatte som velger å pendle fra for eksempel Mo i Rana til Mosjøen er bosatt på Hemnes eller nord for Mo i Rana vil ha innvirkning på endringen i

reisetiden for ansatte, men blir ikke hensyntatt i vår analyse. Det er grunn til å tro at forskjellen i reisetid for ansatte mellom konsept 2a (1) og 2a (3) vil vært mindre dersom vi hadde tatt høyde for dette forholdet. Analysene våre tilsier at 178 personer vil pendle til Mosjøen i konsept 2a (3). Dersom disse pendler 230 dager i året, og 2 reiser per dag, blir dette 81 880 personreiser. Hvis alle disse 178 i gjennomsnitt bor 10 minutter nærmere Mosjøen enn vi har lagt til grunn, gir det en reisetidsreduksjon for de ansatte i konsept 2a (3) på 13 647 timer, noe som er tilstrekkelig til at den samlede reisetiden for ansatte, pasienter og pårørende blir lavest i dette konseptet. Vi kan derfor ikke utelukke at konsept 2a (3), med ett stort akuttsykehus i Mosjøen, er det konseptet som gir kortest samlet reisetid.

Tabell 6-2 nedenfor viser den årlige endringen i reisetid i 2025 for pasienter og pårørende som følge av de ulike sykehusstrukturene. Tabellen viser at samtlige konsept øker den totale transportbelastningen til Helgelendingene som sokner til helseforetaket i dag. Videre ser vi at dersom pasientene må reise til Mo i Rana for å få behandling ved et stort akuttsykehus blir den totale økningen i reisetid høyere, sammenliknet med en situasjon hvor det store akuttsykehuset lokaliseres lenger sør i regionen. Beregningene tilsier også at den totale økningen i reisetid vil være i underkant av dobbelt så høy ved valg av en ett-sykehus-modell, dersom man sammenlikner med konseptene som innebærer to sykehus. Hvis valget av sykehusstruktur faller på en ett-sykehusmodell, trekker reisetidsberegningene for pasienter i retning av Mosjøen som det mest gunstige valget ettersom denne plasseringen gir den laveste totale endringen i reisetid for pasienter, pårørende og andre ledsagere. Ved en to-sykehusstruktur blir reisetiden for pasientene omtrent lik i de to konseptene, men noe lavere dersom det store akuttsykehuset lokaliseres i Sandnessjøen.

Hvilke kommuner som opplever den største økningen i reisebelastning vil naturligvis være avhengig av hvilket konsept som velges. Det kan se ut som at vertskommunen som mister sitt lokalsykehus vil bli hardest rammet som følge av en omstrukturering. Det er imidlertid verdt å merke seg at Tabell 6-2 viser den totale endringen i reisetid. Pasienter fra vertskommunene som i utgangspunktet ble behandlet lokalt vil oppleve en relativt stor økning i reisetid sammenliknet med nullalternativet dersom akuttsykehuset i deres kommune avvikles, men reisetiden til det nye akuttsykehuset kan likevel være lenger for pasienter fra andre kommuner. Eksempelvis vil valg av konsept 2a (1) medføre at endringen i transportbelastningen blir høyere for innbyggerne i Alstahaug kommune sammenliknet med økningen i reisetid for innbyggerne i Brønnøy kommune. Pasientgrunnlaget i de to kommunene er relativt likt. Årsaken til at pasientene i Alstahaug opplever en større økning i reisetid er at en lavere andel av pasientene fra kommunen vil ha mulighet til å behandles ved DMS sammenliknet med innbyggerne i Brønnøysund og at flere av innbyggerne i Brønnøysund i utgangspunktet ble sendt til Sandnessjøen for behandling under våre antagelser.

Ved valg av konsepter som innebærer ett stort sykehus i Mosjøen, ser vi at den totale reiseavstanden for pasienter og pårørende i enkelte kommuner reduseres. Dette blir tilfellet fordi en del pasienter, på grunn av funksjonsfordelingen, i nullalternativet må reise forbi sitt nærmeste sykehus. Når dette sykehuset i tiltaket blir et stort akuttsykehus, har vi lagt til grunn at alle kan behandles der, slik at ingen må reise videre forbi dette sykehuset. Dette gjelder for kommunene Sømna, Brønnøy, Vefsn, Grane, Hattfjelldal og Nesna.

Tabell 6-2: Endring i årlig reisetid i timer for pasienter og pårørende i 2025.

	2a (1)	2a (2)	2a (3)	2b-1 (1)	2b-1 (2)
Sømna	3 878	239	-1 109	2 059	239
Brønnøy	16 418	658	-2 957	8 538	658
Vega	3 736	0	2 119	1 868	0
Vevelstad	1 475	0	839	738	0
Herøy	7 019	0	3 976	3 509	0
Alstahaug	29 441	0	16 834	14 721	0
Leirfjord	5 974	0	2 190	2 987	0

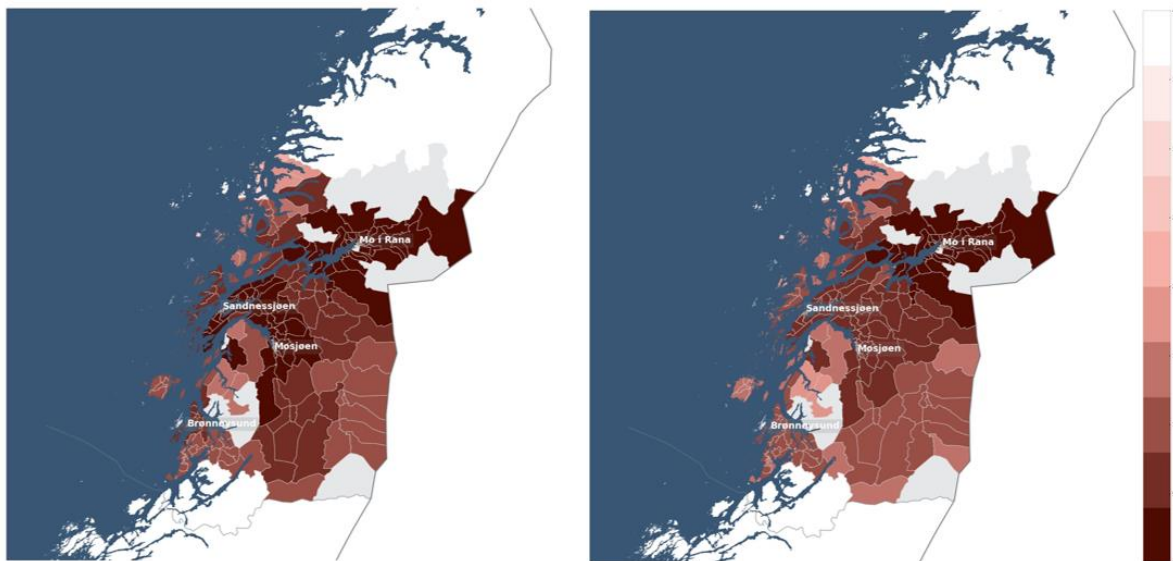
Vefsn	27 252	13 028	-13 009	20 131	13 019
Grane	3 248	1 631	-1 631	2 439	1 631
Hattfjelldal	1 371	1 739	-1 371	1 371	1 555
Dønna	5 260	0	2 970	2 630	0
Nesna	0	728	1 405	0	364
Hemnes	8	4 873	2 956	4	2 436
Rana	0	73 181	62 699	0	36 590
Lurøy	0	3 900	4 657	0	1 950
Træna	0	892	1 067	0	446
Rødøy	0	2 376	2 836	0	1 188
Sum	105 079	103 244	84 471	60 994	60 076

I reisetidsberegningene har vi lagt til grunn den korteste reiseveien med bil ifølge Google Maps. Enkelte av disse reiserutene innebærer transport med ferge på deler av strekningen. Dette gjelder blant annet rutene fra Rødøy, Træna, Lurøy, og Vega, samt rutene fra Brønnøy og Sømna til Sandnessjøen. Ettersom frekvensen på enkelte ruter er lav og noen pasienter må ta flere ferger, er det ikke nødvendigvis sikkert at dette er den raskeste ruten til samtlige tidspunkt på døgnet. På reise fra Brønnøysund eller Sømna til Sandnessjøen, avhengig av tidspunkt på dagen, kan reisetiden være kortere, dersom man kjører fylkesvei 76 og deretter E6 til fordel for fylkesvei 17, fordi førstnevnte ikke har fergeforbindelser. Legges innlandsveien til grunn for analysen øker reisetiden for pasienter fra Brønnøy og Sømna til Sandnessjøen.

Reisetiden i de ulike konseptene gjenspeiler ikke tiden pasientene bruker på et sykehusbesøk. Regulariteten på fergerne og reiseavstanden til sykehusene kan gjøre det nødvendig for enkelte pasienter i kommunene å reise en dag i forveien for å motta behandling ved sykehuset. Hvorvidt pasienten har mulighet til å reise fram og tilbake til behandling i løpet av en dag er, i tillegg til reiseavstanden og fergeavgangene som varierer i løpet av uken, avhengig av behandlingstidspunkt og -lengde. Dersom behandlingstidspunkt tilpasses fergeavganger, gitt at en behandling tar under seks timer, finner vi at det er mulig for innbyggere i Rødøy, Træna, Lurøy og Vega å rekke behandling ved enkelte av sykehusenhetene, på utvalgte dager, for deretter å nå siste fergeavgang hjem. På grunn av avstanden og behovet for fergetransport vil en pasient fra Rødøy kommune da bruke 12 til 15 timer på sykehusbesøket. I de tilfeller behandlingstidspunktet ikke tilpasses fergeavgangene og/eller behandlingen varer i overkant av seks timer, vil enkelte av innbyggerne i disse kommunene ha behov for å overnatte i vertskommunen dagen før en behandling ved samtlige sykehusenheter. Innbyggerne i Vega kommune kan, utenom sommersesongen, risikere å bruke opptil tre dager på et sykehusbesøk da de ikke har daglige fergeavganger til fastlandet.

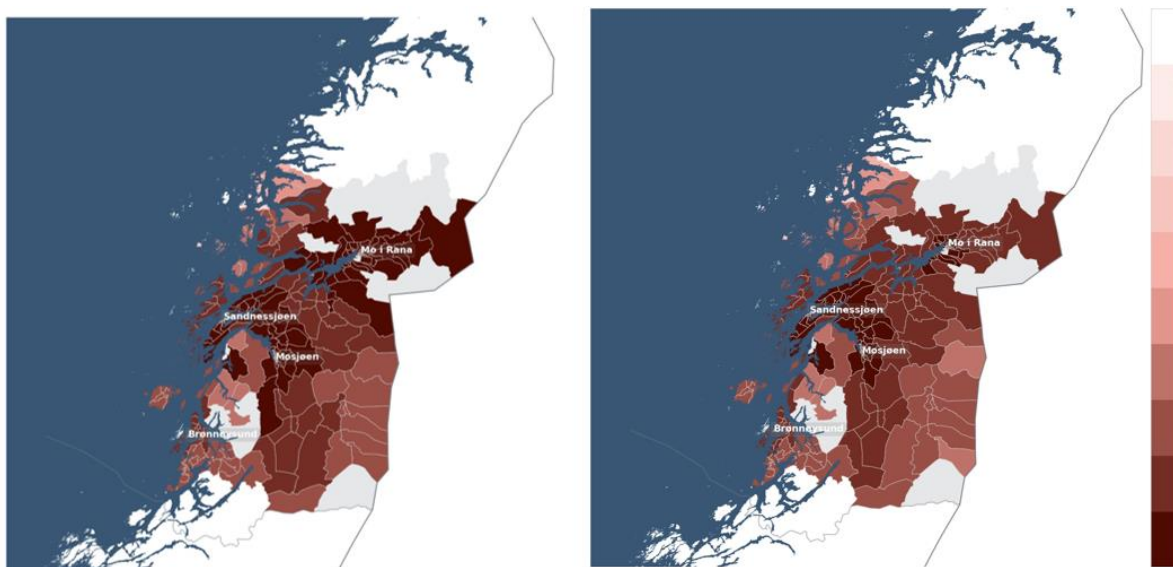
Fra Herøy, Dønna, Lurøy og Træna går det hurtigbåtforbindelse til Sandnessjøen. Hurtigbåtforbindelsene innebærer kortere reisetid til sykehuset i Sandnessjøen enn en reise med bil og ferge for de pasientene som har mulighet til å benytte seg av disse. Hurtigbåtforbindelsen mellom Træna og Sandnessjøen gjør det også mulig for pasientene å ankomme sykehuset tidligere og reise senere, slik at tidsrommet for behandling blir lengre. Hvis sykehuset lokaliseres i Sandnessjøen, kan behovet for overnattinger for pasienter fra Træna reduseres dersom pasientene benytter seg av hurtigbåt på reisen istedenfor privatbil. Figur 6-2 til Figur 6-6 nedenfor viser varmekart over gjennomsnittlige reisetid per grunnkrets til nærmeste sykehus i nullalternativet og de ulike konseptene. Mørkere farger indikerer kortere reisetid til sykehuset, mens lyse grå områder markerer grunnkretser uten innbyggere.

Figur 6-2: Gjennomsnittlig reisetid fra grunnkrets til nærmeste sykehus – nullalternativet (til venstre) og konsept 2a (1) (til høyre). Mørke farger indikerer kortere avstand til sykehuset enn lyse.



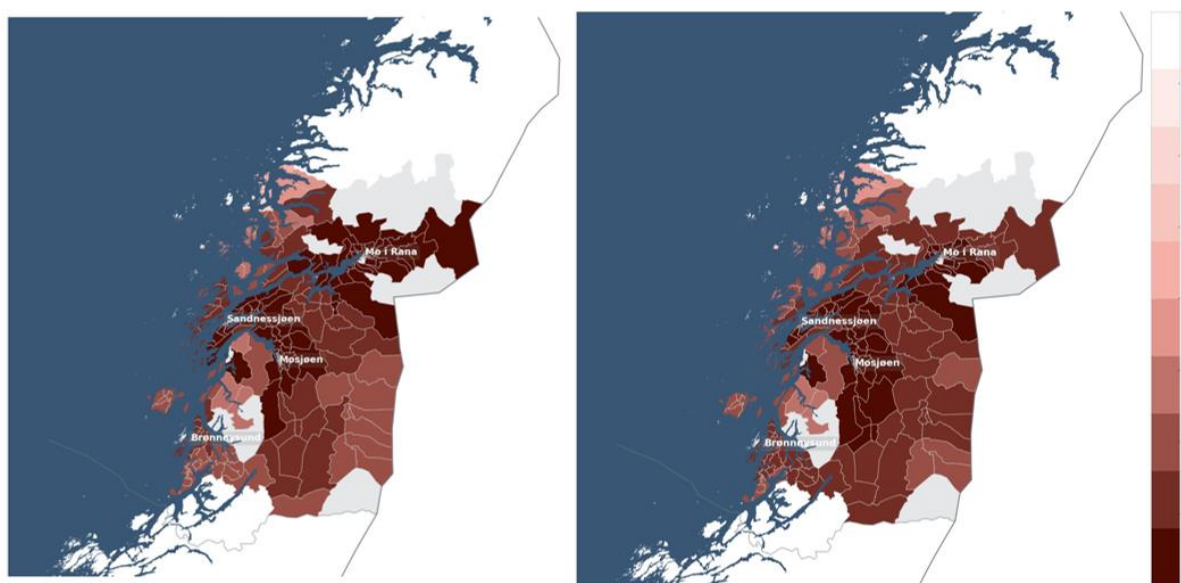
Dersom kartene ovenfor sammenliknes observerer man at ingen grunnkretser får kortere gjennomsnittlig reisetid til sykehuset dersom det velges en struktur med en ett-sykehusmodell og lokalisering i Mo i Rana. Samtlige grunnkretser i kartet til høyre, som illustrerer konsept 2a (1), har samme eller lysere farge som i kartet til venstre. Kartet viser at pasienten i grunnkretsene innenfor de øvrige vertskommunene naturligvis får en lengre gjennomsnittlig reisetid som følge av omstruktureringen da disse, utover en andel polikliniske pasienter, som følge av konseptvalg må reise til Mo i Rana for behandling. Konseptet øker i tillegg reisetiden for flere grunnkretser i de sørlige kommunene på Helgeland, som Brønnøy, Sømna, Hattfjelldal og Grane.

Figur 6-3: Gjennomsnittlig reisetid fra grunnkrets til nærmeste sykehus – nullalternativet (til venstre) og konsept 2a (2) (til høyre). Mørke farger indikerer kortere avstand til sykehuset enn lyse.



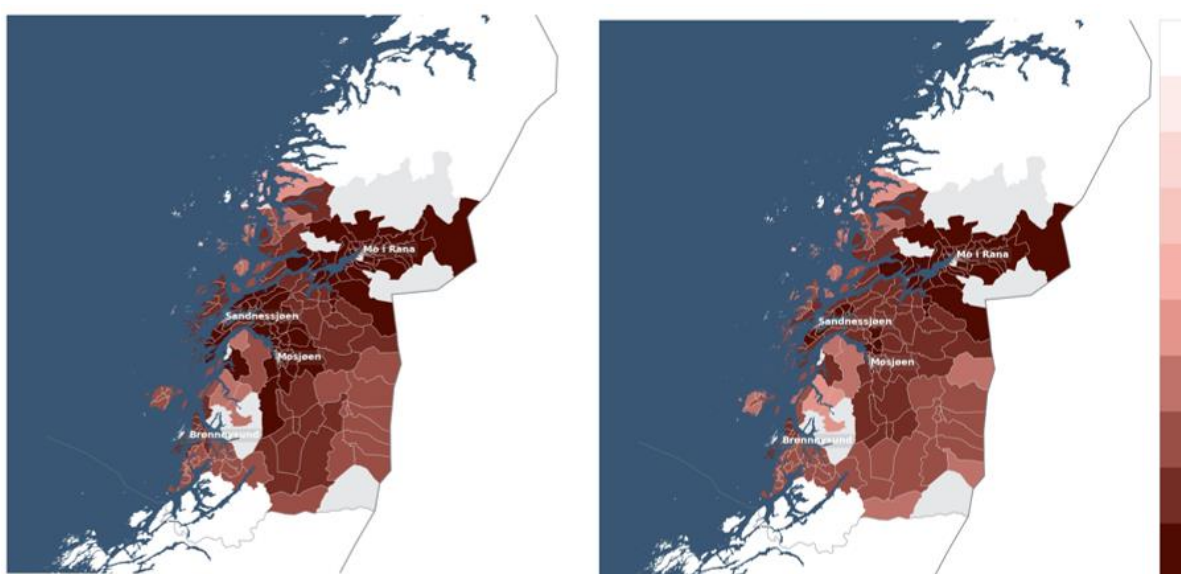
I Figur 6-3 ser vi at det i hovedsak er pasienter i de nordlige grunnkretsene, rundt Mo i Rana, som opplever en økning i gjennomsnittlig reisetid, i tillegg til grunnkretser som i utgangspunktet hadde Mosjøen som nærmeste enhet, som følge av konsept 2a (2). Imidlertid legger vi merke til at tilstedeværelsen av DMSer i Mo i Rana og Mosjøen bremser økningen i den gjennomsnittlige reisetiden i en del grunnkretser.

Figur 6-4: Gjennomsnittlig reisetid fra grunnkrets til nærmeste sykehus – nullalternativet (til venstre) og konsept 2a (3) (til høyre). Mørke farger indikerer kortere avstand til sykehuset enn lyse.



Kartene over viser at den gjennomsnittlige reisetiden for pasienter i enkelte grunnkretser sør, øst og vest for Mosjøen reduseres ved valg av konsept 2a (3), som illustrert ved at fargen på disse grunnkretsene er mørkere i kartet til høyre. I nullalternativet ligger det et mindre akutt sykehus i Mosjøen. Vi har antatt samme fordeling i nullalternativet for et mindre sykehus som vi gjør i konseptene som innebærer en to-sykehusstruktur. Dette innebærer at enkelte pasienter i nullalternativet ikke kan behandles ved Mosjøen, til tross for at dette er deres nærmeste behandlingsenhet. I konsept 2a (3) erstattes dagens sykehus i Mosjøen med en enhet som har mulighet til å behandle flere pasienter. Det vil si at en større andel av pasientene som har Mosjøen som nærmeste enhet som følge av konseptvalget kan behandles der, istedenfor at de må reise til Sandnessjøen eller Mo i Rana på grunn av kapasitets- eller funksjonsbegrensninger. Vi merker oss også at det er grunnkretsene rundt Rana, som vil oppleve økt gjennomsnittlig reisetid av endret sykehusstruktur i dette tilfellet.

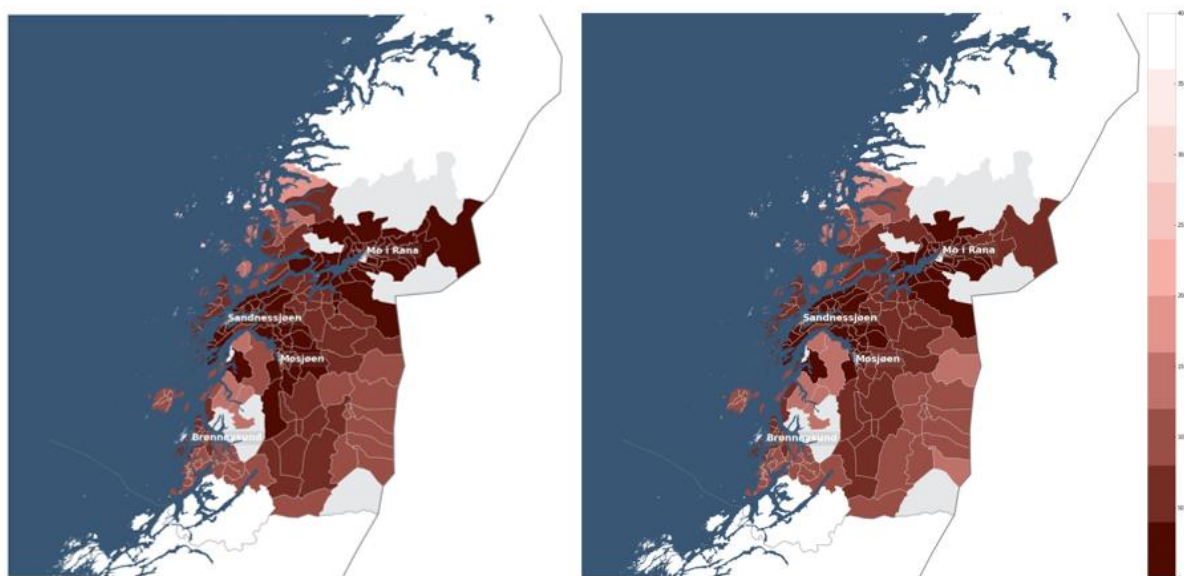
Figur 6-5: Gjennomsnittlig reisetid fra grunnkrets til nærmeste sykehus – nullalternativet (til venstre) og konsept 2b-1 (1) (til høyre). Mørke farger indikerer kortere avstand til sykehuset enn lyse.



Av kartene ovenfor ser vi at flere grunnkretser vill oppleve økt reisetid, også ved valg av konsept 2b-1 (1), til tross for at konseptet innebærer akutt sykehus både sør og nord på Helgeland, samt to DMSer sør i regionen. Dette

skyldes at DMSene og det mindre akutt sykehuset i Sandnessjøen ikke vil ha mulighet til å dekke samme pasientgrunnlag som kombinasjonen av akutt sykehusene i Sandnessjøen og Mosjøen gjør i dag.

Figur 6-6: Gjennomsnittlig reisetid fra grunnkrets til nærmeste sykehus – nullalternativet (til venstre) og konsept 2b-1 (2) (til høyre). Mørke farger indikerer kortere avstand til sykehuset enn lyse.



Figurene ovenfor framstiller gjennomsnittlige reisetid fra hver grunnkrets for nullalternativet og det siste konseptet, 2b-1 (2), i varmekart. Som for eksemplet ovenfor legger vi merke til at konseptet påvirker den gjennomsnittlige reiseavstanden til pasientene i færre av grunnkretsene, enn hva valg av en ett-sykehusstruktur gjør.

Et spørsmål er om lokalisering i «omegn» av en av byene, forstått som tettere på det demografiske midtpunktet på Helgeland, vil redusere samlet reisevei for pasientene. Etter vår forståelse er ikke dette nødvendigvis tilfelle når man tar høyde for etableringene av DMS. I et hypotetisk tilfelle uten DMS, eller med DMS i alle de tre byene, vil samlet reisevei for pasientene være lavest om sykehuset lokaliseres i det demografiske midtpunktet på Helgeland. Ved etablering av to DMS, der akutt sykehuset vil fungere som den lokale enheten for pasientene i den tredje byen, er det ikke lenger slik at lokalisering nærmere det demografiske midtpunktet alltid reduserer samlet reisevei for pasientene. I og med at DMSene tar unna en stor andel av besøkene, vil økningen i reisetid for pasientene fra vertsbyen, veie tyngre enn reduksjonen i reisetid for pasientene fra DMS-byene, når man lokaliserer sykehuset i omegn. I tillegg vil omegn-alternativene også gi høyere reisetid for de ansatte, om vi legger til grunn at de fleste enten vil bosette seg i den nærmeste byen, eller pendle fra eksisterende bosted. Det er altså lokalisering i en av byene, ikke i omegn, som vil gi lavest samlet reisetid. Dette avhenger selvsagt av omfanget av de forskjellige DMSene.

6.3 Infrastruktur, klima og miljø

6.3.1 Innledning og sammendrag

Potensielle konsekvenser ved endret sykehusstruktur for klima og miljø kan vurderes ut fra flere forhold. Det at man fortsatt er på konseptstadiet, hvor konkrete tomtealternativ ikke er til vurdering, innebærer at vi kun kan vurdere endringer i klimagassutslipp som følge av endringer i transportbehovet ved de ulike sykehuskonseptene, og tilgangen til mulige energikilder for sykehuset i vertskommunene.

Transport er den største kilden til klimagassutslipp i Norge, og står for 30 prosent av utslippene. Veitrafikk bidrar til den største andelen (Miljødirektoratet, 2019). Endringer i transportbehov for pasienter, ansatte og pårørende, som følge av endret sykehusstruktur, vil dermed kunne få følger for klimagassutslipp. Omfanget vil være avhengig av kapasiteten og behandlingstilbudet i de distriktsmedisinske sentrene og valg av transportmiddel for ansatte, pasienter og pårørende.

Regjeringen har fastsatt Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging som bygger på prinsippet om bærekraftig utvikling. Disse forventningene har blant annet fokus på samordnet areal- og transportplanlegging for reduksjon av transportbehov og prioritering av klimavennlige transportformer.⁶⁰ Dette skal statlige aktører følge opp. Det er derfor en målsetning å begrense de negative konsekvensene for miljø og klima ved ny sykehusstruktur. Sykehuskonseptet som medfører den laveste økningen i klimagassutslipp som følge av transport vil derfor av miljøhensyn, slik vi har avgrenset temaet, være å foretrekke.

Når det gjelder infrastrukturbehovet har vi lagt stor vekt på interessentenes innspill. Disse dreier seg primært om behovet for utbedring av kollektivtilbudet, gang- og sykkelstier som følge av endret reisemønster. I tillegg har behovet for forbedret IKT-infrastruktur blitt reist av flere, men disse innspillene er allerede beskrevet i kapitlet som tar for seg samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I enkelte høringsinnspill blir det trukket fram at nærhet til flyplass bør være av betydning for valg av sykehusstruktur. Dette diskuteres i kapittel 7. Tilgjengelighet og regularitet på helikoptertransport er dessuten et gjennomgående tema i høringsinnspill og samtaler med interessenter, men ligger utenfor mandatet for denne samfunnsanalysen.

Vi finner at ulikheten i klimagassutslipp mellom konseptene er relativt liten. Forskjellen utgjør 37 tonn per år mellom to-sykehusmodellene i konsept 2b-1 (2)s favør, mens ved valg av en ettsykehusløsning er klimagassutslippene henholdsvis 127 og 84 tonn lavere dersom sykehuset lokaliseres i Mosjøen sammenliknet med Mo i Rana og Sandnessjøen. Det er to årsaker til at utslippene ikke blir lavest for konseptet som innebærer ett stort sykehus i Mo i Rana, til tross for at den totale endringen i reisetid er lavest i dette konseptet. For det første er beregningene baserte på dagens reisemiddelfordeling. Ettersom vi finner at en relativt høy andel av ansatte benytter seg av aktiv transport på sykehusreiser, mens vi antar at ingen pasienter gjør det, er det endringer i pasientenes reiseavstand som driver klimagassutslippene. For det andre er endringene i klimagassutslipp basert på endringer i reiseavstand i km, ikke reisetid i timer. Med ambisjonen om å begrense klimaavtrykket ved omstruktureringen, vil det oppstå behov for endringer i infrastruktur for å tilrettelegge for klimavennlig transport av ansatte, pasienter og pårørende. Når det gjelder ansattreiser vil dette hovedsakelig dreie seg om utbedringer av det sentrumsnære kollektivtilbudet, gang- og sykkelstier. Det er lite som tyder på at behovet for utbedringer eller viljen til å gjennomføre disse er mer eller mindre tilstede i enkelte vertskommuner. For å sikre at pasienter og pårørende kan gjennomføre reiser til og fra sykehuset uten behov for overnatting, på en klimavennlig måte, vil det være nødvendig med økt regularitet i kollektivnettverket. Behovet for utbedringer i kollektivtransporten beskrives som økende med avstand. Den totale endringen i reiseavstand for pasienter og pårørende er noe høyere i konseptene hvor flest sykehusbehandlinger gjennomføres i Mo i Rana (konsept 2a (1) og 2b-1 (1)) sammenliknet med Sandnessjøen (konsept 2a (2) og 2b-1 (2)) og Mosjøen (konsept 2a (3)). Dette tyder på at behovet for utbedringer i kollektivtilbudet for å tilrettelegge for klimavennlig transport av pasienter, vil være lavere dersom akuttsykehuset lokaliseres sør på Helgeland. Hvorvidt det vil være lønnsomt å tilby kollektivtransport fra mindre befolkede områder, må utredes nærmere når valg av struktur er foretatt. Det er verdt å merke seg at store kollektivinvesteringer kombinert med spredt befolkning kan føre til en negativ klimagevinst; dersom passasjergrunlaget er lite, vil mange bussruter med hyppige avganger kunne føre til at en stor andel busser kjører med få eller ingen passasjerer.

⁶⁰ Fastsatt ved Kongelig resolusjon av 24. juni 2011

6.3.2 Tidligere utredninger

Av miljøhensyn anbefaler Cowi og WSP (2017) at det velges en sentrumsnær sykehuslokasjon dersom sykehusstrukturen på Helgeland endres. Innbyggertallet i byene er høyere enn antallet bosatte i tettstedene som vurderes, hvilket innebærer at flere vil kunne gå eller sykle til arbeid og behandling ved sykehuset. Dessuten finner de det sannsynlig at en stor andel av ansatte vil ønske å bo i en by, til tross for at sykehuset lokaliseres i et av tettstedene som vurderes som «omegn-alternativer». En større avstand mellom arbeids- og bosted vil øke transportbehovet og antageligvis medføre økt bruk av bil som framkomstmiddel (COWI, WSP, 2017). Dette er i tråd med våre drøftinger i forrige kapittel. Ressursgruppa argumenterer på samme måte, og begrunner dessuten forventningen om økt bilavhengighet ved lokalisering i ett av tettstedene med at det trolig ikke vil finnes et kollektivtilbud som kan dekke de ansattes transportbehov i de mindre kommunene (Ekstern ressursgruppe, 2019). Imidlertid legger de til grunn at kollektivtilbudet vil tilrettelegges for sykehusstrukturen, men at dette vil være mindre ressurskrevende dersom sykehuset legges sentrumsnært fordi det eksisterende tilbudet er bedre og byene i større grad er knutepunkter for togruter, fergeforbindelser og bussruter.

6.3.3 Innspill fra interessenter

Samtlige av de mulige vertskommunene mener de har en infrastruktur, inkludert kollektivtilbud, som vil fungere godt som utgangspunkt for å håndtere lokalisering av et nytt stort akuttisykehus. Eventuelle justeringer for å dimensjonere for økt transportbehov og tilrettelegge for miljøvennlig transport av ansatte, pasienter og pårørende til sykehuset oppgis av kommunene å være bagatellmessige i omfang, og viljen og kapasiteten til å gjennomføre disse er til stede hos samtlige.

Vefsn kommune skriver i sitt skriftlige innspill at deres plassering i det geografiske midtpunktet på Helgeland gir de beste forutsetningene for sykehusrelatert transport med lave CO₂-utslipp. Kommunen trekker også frem muligheter for både vare- og persontransport ved bruk av Nordlandsbanen, og gjennom båtruter som kan etableres. Vefsn kommune viser til en utredning gjennomført på oppdrag fra Nordland fylkeskommune, hvor ulike tiltak for å forbedre togtilbudet på Helgeland blir vurdert (Rejlers Norge AS, 2016). Kommunen mener konsekvensene av disse utbedringene og fordelene av nærhet til jernbanen bør belyses i samfunnsanalysen, da dette er viktig både i et miljø- og pendlerperspektiv. Vefsn påpeker videre at de i 2010 ble valgt til sykkelby i Nordland av Nordland fylkeskommune og Statens vegvesen, og at betydelige investeringer har blitt gjort for å tilrettelegge for gående og syklende i byen. Rana kommune viser til økt frekvens på kollektivrutene som i dag benyttes til og fra sykehuset og de viktigste boligområdene. De understreker at nye kollektivlinjer vil kunne etableres i forbindelse med nytt sykehus. Alstahaug kommune anser behovet for kollektivtransport som økende, uavhengig av konseptvalg. De oppgir at det allerede foreligger planer for styrking av gang- og sykkelvei som vil komme til nytte dersom et nytt stort akuttisykehus legges til Sandnessjøen, uavhengig av tomtevalg.

Også Leirfjord kommune fremmer at beliggenhet og eksisterende infrastruktur, med nærhet til jernbane, hurtigbåt- og fergeforbindelser, veinett og kraftstasjoner, gjør kommunen til en god potensiell vertskapskommune. Leirfjord kommune hevder at deres lokalisering mellom Sandnessjøen og Mo i Rana betyr at de med mindre endringer i kollektivtilbudet kan øke tilgjengeligheten og muligheten til å reise kollektivt for ansatte og pasienter bosatt både i kystkommunene og på fastlandet. Kommunen har allerede kollektivforbindelse til Sandnessjøen som de beskriver som god. Det er derimot ikke gang- og sykkelvei på strekningen, men kommunen ser ingen utfordringer knyttet til å bygge ut dette.

Nordland fylkeskommune mener at alle andre alternativ enn nullalternativet vil innebære behov for et økt kollektivtilbud, da transportbehovet øker. Fylkeskommunen ser et behov for å tilrettelegge for både hyppigere avganger og nye bussruter til den sykehuslokasjonen som vedtas. Dersom valg av konsept innebærer ett stort akuttisykehus som lokaliseres i Sandnessjøen eller Mo i Rana, medfører det et større behov for endringer i kollektivtilbudet sammenlignet med en sykehuslokasjon i Mosjøen. Dette skyldes at Mosjøen i større grad enn de to andre lokasjonene allerede er et kollektivknutepunkt. Fra Mosjøen går det direktebuss både til

Sandnessjøen og Mo i Rana. Nordland fylkeskommune har ikke en direktebuss mellom Mo i Rana og Sandnessjøen, men forbindelser basert på bussbytte eller bytte mellom buss og tog. I tillegg til at valg av sykehuskonsept vil innebære behov for endringer i kollektivtilbudet med tanke på forbindelser til sykehuslokasjonen, mener fylkeskommunene at det vil være av interesse å opprettholde tilbudet i de byene som mister sitt lokalsykehus. En reduksjon i kollektivtilbudet i kommuner som etter konseptvalg mister sykehuset vil gjøre kommunen til et mindre attraktivt bo- og arbeidsmarked, og en opprettholdelse av tilbudet kan derfor ses på som et avbøtende tiltak for disse kommunene.

Blant de kommunene som ikke er aktuelle som vertskapskommuner trekkes følgende infrastrukturbehov frem som viktige i prosessen med ny sykehusstruktur: Økte avstander til sykehuset vil innebære et behov for hyppigere avganger og/eller nye bussruter, slik at det er mulig å reise med kollektivtransport til og fra sykehus uten at det oppstår behov for overnatting. For øykommunene og kommunene langs kysten vil endring i sykehusstruktur kunne utløse behov for hyppigere avganger for ferger og hurtigbåter, eventuelt nye ruter. Fylkeskommunen forklarer at dagens hurtigbåt- og fergeforbindelser er tilpasset lokasjonen til den enkelte kommunens primærsykehus og en endring i strukturen trolig vil medføre behov for endringer i noen kommuners hurtigbåt- og fergetilbud. Hvor omfattende endringer som kreves vil være avhengig av sykehusets lokasjon i forhold til kystsamfunnene. Behandlingstilbudet og kapasiteten på de distriksmedisinske sentrene vil også være av betydning. På grunn av usikkerheten knyttet til sykehuslokasjon og DMS-tilbudet finner de det utfordrende å vurdere hvorvidt og i hvor stor grad det vil være behov for endringer i ferge- og hurtigbåtforbindelsene som følge av endret sykehusstruktur.

Enkelte av kommunene trekker frem at en sammenslåing av Helgelandssykehuset vil innebære at pasienter med sammensatte lidelser ikke behøver å reise mellom de tre sykehusenhetene for å få behandling, hvilket kan bidra til å redusere det samlede transportbehovet og dermed utslipp. Andre kommuner trekker frem utfordringer knyttet til å legge til rette for kollektivtransport til og fra sykehuset på grunn av en spredt bosetning. Nordland fylkeskommune understreker imidlertid at dette ikke vil være en konsekvens av valg av sykehusstruktur, men en utfordring som allerede er tilstede i dag og vil bestå, uavhengig av konseptvalg.

For ansatte mener fylkeskommunen at det i all hovedsak vil være det lokale kollektivtilbudet som er av betydning, da de ansatte trolig vil bosette seg lokalt. Behovet for endringer i kollektivtilbudet, for å tilrettelegge for arbeidsreiser, vil være avhengig av hvor sykehuset lokaliseres i forhold til dagens kollektivtilbud og ansattes bosted. Kollektivtilbudet er bedre tilrettelagt i sentrumsnære områder og sykehusansatte vil trolig bo sentralt. En sykehuslokasjon utenfor bysentrum vil følgelig medføre et større transportbehov, klimaavtrykk og behov for endringer i kollektivtilbudet, enn et sentrumsnært alternativ. Tilsvarende gjelder konsekvenser for gang- og sykkelstier, behovet for utbedringer blir mindre dersom sykehuset legges sentrumsnært.

I intervjuer Menon har gjennomført med kommunene oppgir både Rana, Alstahaug og Vefsn å ha fjernvarmeanlegg i sin kommune. Rana har i samarbeid med Mo Fjernvarme AS leveranse av industriell fjernvarme til offentlige bygg, inkludert dagens sykehus. Sykehuset i Alstahaug er tilknyttet fjernvarme fra selskapet Sandnessjøen Fjernvarme AS. Oslofjord Varme har lokalt navn Mosjøen Fjernvarme og har konsesjon for levering av fjernvarme i Mosjøen. Både Alstahaug, Vefsn og Rana oppgir at et eventuelt nytt sykehus i deres region vil kunne tilknyttes og forsynes med energi til oppvarming fra eksisterende fjernvarmeanlegg.

6.3.4 Analyse og funn for de ulike konseptene

For å vurdere konsekvensene for klima og miljø ved de ulike konseptene, beregner vi endringer i CO₂-utslipp som følge av endret reiseavstand for ansatte og pasienter. Disse beregningene følger av analysene i kapittel 6.2, men er beregnet på bakgrunn av endring i reiseavstand i km. Den totale reiseavstanden som ligger til grunn for utslippsberegningene er noe lavere enn beregningene presentert i kapittel 6.2. Årsaken er forutsetningene knyttet til ledsagere. Vi har antatt at 20 prosent av pasientene som er på dagbehandling har med seg ledsager til sykehuset. Disse ledsagerne må også gjennomføre reisen til sykehuset og det er derfor naturlig å inkludere de i

beregningene for total endring i reisetid i kapittel 6.2. Vi har derimot ikke inkludert disse ledsagernes endring i reiseavstand i beregningene for klimagassutslipp ettersom det er grunn til å tro at ledsager reiser til sykehuset i samme bil som pasienten. På bakgrunn av spørreundersøkelsen gjennomført blant de ansatte ved Helgelandssykehuset har vi en reisemiddelfordeling for arbeidsreiser til og fra sykehuset som viser at om lag én prosent reiser kollektivt, mens 62 prosent benytter seg av personbil eller motorsykkel til arbeid. De resterende går eller sykler.⁶¹

Pasientreiser HF har delt data over antallet rekvirerte reiser til Rana, Alstahaug og Vefsn i 2018 per kommune som sokner til Helgelandssykehuset, fordelt på framkomstmiddel. I tillegg til reiser til og fra sykehusenhetene, inneholder dataene også reiser til lokale legekontor og andre behandlingssentre. På bakgrunn av disse dataene gjør vi antagelser om hvor stor andel av pasientreisene som blir gjennomført med buss (inkludert Helseekspress) og personbil eller taxi. Fordi ikke alle pasienter søker om rekvisisjon for sin reise, og dataen kun viser reiser som er rekvirert i etterkant av transporten, er ikke fordelingen fullstendig. Fordelingen tyder på at pasientreiser på Helgeland i all hovedsak blir gjennomført med personbil; totalt har personbiler blitt benyttet på om lag 95 prosent av reisene.

Hvor stor andel av sykehusbesøkene fra hver kommune som blir gjennomført med en rekvirert reise, varierer betydelig mellom kommunene i 2018. Dette innebærer samtidig at andelen reiser der vi ikke har data om reisemiddelvalget varierer mellom kommunene. Vi har derfor lagt til grunn at kommunene har lik reisemiddelfordeling, hvor andelen av pasienter som benytter bil og buss er henholdsvis 95 og 5 prosent. Fordelingen samsvarer i stor grad med fordelingen per kommune. Det er imidlertid to kommuner som skiller seg særlig ut. Bussreiser utgjorde i overkant av 85 prosent av rekvirerte reiser fra Vevelstad og Brønnøy i 2018. Andelen kan forklares av Helseekspressen som går i rute mellom Brønnøy og sykehusenheten, med stopp i Vevelstad. Estimer for utslipp per personkilometer for personbiler, langdistansebusser og by-busser er hentet fra TØI (2015). Vi har antatt at pasienter benytter seg av langdistansebusser, mens de ansatte som tar buss, som i hovedsak bor sentrumsnært, benytter seg av by-buss til og fra arbeid.

Resultater fra utslippsberegningene for de ulike sykehuskonseptene er vist i Tabell 6-3 nedenfor. Vi finner at konseptene som innebærer en to-sykehusstruktur vil medføre en lavere økning i totale utslipp enn konseptene med ett stort akuttsykehus, ettersom pasientene samlet sett får en mindre endring i reiseavstanden. Dersom det store akuttsykehuset lokaliseres i Sandnessjøen tilsier beregningen at utslippene blir noe lavere enn ved en lokalisering i Mo i Rana. Forskjellen mellom alternativene, på 37 tonn per år, er imidlertid liten. Ved valg av en ett-sykehusstruktur vil endringene i utslipp være lavest dersom valg av konsept betyr lokalisering i Mosjøen. Endringer i utslipp, ved en ett-sykehusstruktur, er også noe lavere ved lokalisering i Sandnessjøen enn Mo i Rana. Resultatet følger av at økningen i reiseavstand for pasienter er lavere ved en lokalisering i Sandnessjøen og vi har antatt at pasienter i større grad enn sykehusansatte benytter seg av personbil.

Tabell 6-3: Endring i utslipp av CO₂ i tonn i 2025.

	2a (1)	2a (2)	2a (3)	2b-1 (1)	2b-1 (2)
Endring i tonn CO₂ utslipp	937	894	810	589	552

Andelen ansatte som pendler vil over tid reduseres på grunn av naturlig avgang og at ansatte som tiltrer disse stillingene forventes å bosette seg lokalt, på linje med de som er ansatt der i dag. Forskjellene i klimagassutslipp som følge av ansattreiser vil derfor reduseres over tid.

⁶¹ Se vedlegg B, spørsmål 17 i spørreundersøkelsen.

Valg av sykehuskonsept vil innebære et behov for økt frekvens og nye ruter på ferger- og hurtigbåttilbud, dersom lokaliseringen av sykehuset medfører en økt reiseavstand for kystsamfunnene på Helgeland. Hvor omfattende endringer det er behov for å gjennomføre, vil kreve en nærmere vurdering i etterkant av avgjørelsen, ettersom faktorer som tilbudet i de distriktsmedisinske sentrene vil være av betydning.

Ytterligere infrastrukturbehov som følge av sykehuskonsept må vurderes i sammenheng med ambisjonene om å begrense klimabelastningen. Dagens reisemiddelfordeling viser at få benytter kollektivtransport, går eller sykler på reiser til og fra sykehuset. Dersom avstanden til sykehuset øker for befolkningen på Helgeland, vil det være et behov for å utbedre kollektivtilbudet for å opprettholde andelen av reisene som gjennomføres med klimavennlig transportmidler. Det legges til grunn at man i tråd med nasjonale målsetninger søker å øke andelen reiser med klimavennlige fremkomstmidler i forbindelse med en omstrukturering.

For å vurdere hvilke infrastrukturbehov som oppstår i de ulike konseptene som følge av målsetningen om økt bruk av klimavennlige framkomstmidler, er det rimelig å dele transportbehovet i to: de ansattes transportbehov og transportbehovet til pasienter, pårørende og andre ledsager. Disse to gruppene vil ha ulike forutsetninger for å benytte seg av ulike reisemidler til og fra sykehuset, fordi de ansatte i langt større grad enn pasientene vil bo i nærheten av sykehuset. På bakgrunn av informasjonsgrunnlaget vi har i dag, er det vanskelig å skille konseptene med tanke på de ansattes mulighet til å benytte klimavennlige transportmidler på arbeidsreiser. Samtlige vertskapskommuner oppgir i intervjuer at de både har vilje og mulighet til å dimensjonere opp sitt kollektivnettverk ved behov. Dette dreier seg om lokale nettverk.

Den andre gruppen som reiser til og fra Helgelandssykehuset, pasienter og ledsager, bor langt mer spredt. Fylkeskommunen mener at all endring i sykehusstruktur fra nullalternativet (dagens struktur) vil innebære behov for utbedringer i kollektivtilbudet. Utbedringene inkluderer nye ruter, samt opprettholdelse og økt frekvens på eksisterende ruter. Dette er i tråd med innspill fra andre interessenter om at økte reiseavstander krever økt regularitet på kollektivnettverket, for å sikre at pasienter og ledsagere kan gjennomføre reiser til og fra sykehuset uten behov for overnatting, på en klimavennlig måte. Det er grunn til å tro at utbedringen i kollektivtilbudet i hovedsak vil dreie seg om økt frekvens på bussrutene mellom de store byene, inkludert en direktebuss mellom Mo i Rana og Sandnessjøen⁶² i konsepter hvor dette er relevant, da passasjergrunnlaget i mindre tettsteder vil være lavt. Hvorvidt det vil være lønnsomt å tilby kollektivtransport fra mindre befolkede områder, må utredes nærmere når valg av struktur er foretatt. Det er verdt å merke seg at store kollektivinvesteringer kombinert med spredt befolkning kan føre til en negativ klimagevinst; dersom passasjergrunnlaget er lite, vil mange bussruter med hyppige avganger kunne føre til at en stor andel busser kjører med få eller ingen passasjerer.

Nærhet til jernbanen har blitt trukket fram som gunstig i forbindelse med tilrettelegging av klimavennlig transport til sykehuset. I dag er det fem daglige togavganger mellom Mo i Rana og Mosjøen hver vei. På tre av avgangene går toget også sørover til Trofors. Tilbudet er lite fleksibelt i forbindelse med pasientreiser og heller ikke særlig egnet for arbeidspendling. Som nevnt har det blitt gjennomført en analyse av tiltak for å forbedre togtilbudet. Både en økning i antall togsett og holdeplasser blir vurdert, i den hensikt å øke frekvensen på ruten og tilgjengeliggjøre togtilbudet for en større andel av befolkningen på Helgeland (Rejlers Norge AS, 2016). Dersom noen av, eller alle, investeringene gjennomføres, er det grunn til å tro at flere pasienter og ansatte vil reise med tog til et sykehus i Mo i Rana eller Mosjøen. Tiltakene kan også øke pendlervilligheten mellom byene. Et av de foreslåtte tiltakene inkluderer et stoppested på Drevjamoen. I kombinasjon med korresponderende bussruter til Sandnessjøen kan en utbedring av togtilbudet bidra til mer klimavennlig transport også til denne lokasjonen. Imidlertid er det grunn til å tro at behovet for bytte mellom transportmidler vil gjøre at reisende i mindre grad benytter seg av tog på reiser til sykehuset dersom dette lokaliseres i Sandnessjøen.

Vi finner at endringen i reiseavstander for pasienter og ledsager varierer mellom de fem konseptene som ikke er nullalternativet og reiseavstanden for denne gruppen øker mest dersom et stort akuttisyekehus lokaliseres i Mo i

⁶² I dag går det ikke direkte rute mellom Mo i Rana og Sandnessjøen.

Rana. Det er derfor grunn til å tro at dette konseptet vil medføre et noe større behov for kollektivutbedringer, ettersom behovet begrunnes i avstand. Valget mellom en sykehuslokalisering i Sandnessjøen og Mosjøen er av mindre betydning for endringen i reiseavstanden for pasienter og ledsagere, men reiseavstanden for pasienter og ledsager er lavere til disse lokasjonene sammenliknet med Mo i Rana. Dette tyder på at behovet for utbedringer i kollektivtilbudet, for å tilrettelegge for klimavennlig transport av pasienter, vil være lavere dersom sykehuset lokaliseres sør på Helgeland.

Da en to-sykehusstruktur vil innebære at pasienter spres på flere enheter kan det medføre at behovet for infrastrukturutbedringer vil være høyere dersom det skal tilrettelegges for pasientenes transportbehov. Ettersom de fleste pasientene vil få tilbud om behandling ved sin nærmeste enhet i disse konseptene, har vi ikke grunn til å tro at konseptene medfører et behov utover det som er tilfellet ved en én sykehusløsning.

Generelt vil lokalisering av sykehus i eller nære bykjernen gjøre det lettere for en større andel av de ansatte å gå, sykle eller benytte kollektivtransport, enn en lokalisering 20 minutter fra bykjernen. Dessuten kan en lokalisering utenfor sentrum bidra til økt pendlingsvillighet og dermed økte utslipp. Som følge av etableringen av DMSer, har vi heller ikke grunn til å tro at «omegn»-alternativene vil redusere det totale transportbehovet for pasientene, jamfør analysen av endret reiseavstand.

Vi finner ikke grunn til å skille på de ulike konseptene på punktet om energiforsyning til sykehuset.

7 Konsekvenser for samfunnssikkerhet og beredskap

I dette kapitlet analyserer vi hvilke følger de ulike sykehuskonseptene får for samfunnssikkerhet og beredskap. Kapitlet er bygget opp i tre deler: Først følger innledning og sammendrag, der hovedfunnene presenteres. Deretter presenteres en gjennomgang av interessentinnspill i form av intervjuer og høringsuttalelser. Til slutt analyserer vi de relevante innspillene og presenterer vår konklusjon.

7.1 Innledning og sammendrag

I dette kapitlet vurderes lokaliseringens betydning for sykehuset som faktor i samfunnssikkerhet og beredskap, samt hvilken betydning sykehusets lokalisering har for Forsvarets evne til å løse sine oppgaver i en krisesituasjon.

Til grunn for vår vurdering ligger innspill fra kommuner, industriaktører og Forsvaret, samt andre relevante myndighetsorganer.

Økt avstand til akuttsykehus vil være en ulempe for industriaktører i Mosjøen og Mo i Rana som er underlagt storulykkesforskriften, i form av tilpasning av beredskapsplaner og økte kostnader. På generelt grunnlag oppgir Forsvaret at økt avstand mellom adekvate behandlingsinstitusjoner vil ha negativ konsekvens for Forsvarets operative evne.

Innspillene fra interessentene viser at endret sykehusstruktur kan ha negative konsekvenser knyttet til samfunnssikkerhet og beredskap. Men vår vurdering er likevel at lokalisering av Helgelandssykehuset, med tanke på sikkerhet og beredskap, ikke vil være av avgjørende betydning, verken for samfunn eller enkeltaktører. En eventuell lokalisering av sykehus i et omegnsalternativ vil ikke endre denne konklusjonen.

7.2 Innspill fra interessenter

Som grunnlag for vår vurdering av konsekvenser for samfunnssikkerhet og beredskap ved en endret sykehusstruktur ligger innspill fra en rekke interessenter. Interessentene omfatter kommuner, aktører fra privat næringsliv og Forsvaret, samt andre relevante myndighetsorganer. Innspillene som legges til grunn er basert både på skriftlige høringsinnspill fra tidligere faser i lokaliseringsprosessen, og fra intervjuer.

7.2.1 Høringsinnspill

7.2.1.1 Virksomheter med et antatt stort behov for sykehustjenester

Flere ulike høringsinnspill har vektlagt betydningen av et akuttsykehus i Sandnessjøen med tanke på beredskap for kystnæring. LetSea AS skriver i sitt høringsinnspill at oppdrettsnæringen er blant de mest ulykkesutsatte næringene, og det derfor er avgjørende med nærhet til et stort akuttsykehus. LetSea skriver at lang reisevei til et akuttsykehus vil kunne ha en begrensende effekt for havbruksnæringens videre vekst og utvikling. I sitt høringsinnspill understreker Aker BP viktighetene av nærhet til akuttsykehus og skriver at mangel på et akuttsykehus ved kysten vil tilføre deres aktivitet i Norskehavet en lavere beredskap.

Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) mener at man i valget av lokalisering av Helgelandssykehuset blant annet bør legge vekt på at sykehuset lokaliseres i nærheten av den nye storflyplassen på Helgeland. I høringsvaret skriver UNN at dette er avgjørende for å sikre rask overflytting av alvorlig syke pasienter som trenger behandling på universitetssykehusnivå etter stabilisering på Helgelandssykehuset.

7.2.2 Intervjuer

7.2.2.1 Virksomheter med antatt stort behov for sykehustjenester

Innenfor Helgelandssykehusets dekningsområde er det flere virksomheter som kan være utsatt for storulykker, eller av andre grunner har et spesielt behov for nærhet til akutt behandlingstjeneste.

Storulykkeforskriften omfatter virksomheter hvor det arbeides med giftige eller på andre måter farlige kjemikalier, der det kan skje uhell som kan medføre alvorlige konsekvenser for mennesker, miljø og materielle verdier. Uhell kan forekomme både ved produksjon, oppbevaring og under intern transport på virksomhetens område. Innenfor Helgelandssykehuset er Mo Industripark (samt flere bedrifter tilknyttet industriparken) og Alcoa Mosjøen underlagt storulykkeforskriften.

Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) er fag-, forvaltnings- og tilsynsmyndighet for farlige stoff og transport av farlig gods. DSB er også koordinerende myndighet for storulykkeforskriften. DSB opplyser at storulykkeforskriften ikke stiller eksplisitte krav om nærhet til sykehus med akuttfunksjon, men §11 i forskriften pålegger omfattede virksomheter plikt til å etablere beredskapsplan og å gi relevante nød- og beredskapsetater og kommunen tilstrekkelige opplysninger, slik at disse kan utarbeide eksterne beredskapsplaner. Virksomhetene må selv gjennomføre risikoanalyser som underlag for beredskapsplanen. Risikoen for ulykker og konsekvensene ved ulykker vil være ulik fra virksomhet til virksomhet, og hvert tilfelle må derfor vurderes for seg. DSB spiller også inn at i artikkel 12 nr. 6 andre ledd i Seveso-direktivet sies det at medlemslandene skal ta hensyn til behovet for tettere samarbeid når det gjelder sivil beredskap ved alvorlige hendelser.

Ved en endring som innebærer en lengre reisevei til akutt sykehus vil de aktuelle virksomhetene i Mo Industripark og Alcoa kunne måtte tilpasse og øke egen beredskapsevne. Alcoa Mosjøen opplyser om at ved en stor, alvorlig ulykke ved deres virksomhet vil det ikke være tilstrekkelig ekspertise på Helgeland. Men de nevnte interessentene er tydelige på at en endret sykehusstruktur som innebærer et tap av akutt sykehus i deres region vil kreve tilpasninger av beredskapen og vil påføre selskapene vesentlige kostnader.

Offshorenæringen er ikke underlagt Storulykkeforskriften, men er av flere grunner en virksomhet som bør vurderes med hensyn på sikkerhet og beredskap. Dette kommer frem i innspillet fra Alstahaug kommune, som peker på at lokalisering av offshorebaser ville vært helt utelukket uten sykehuset i Sandnessjøen. I det skriftlige innspillet fra samme interessent er Oslo Economics' (2018) rapport om lokalisering av et stort akutt sykehus på Helgeland vedlagt, hvor denne problemstillingen er behandlet.⁶³ Oslo Economics konkluderer med at lokaliseringen av sykehus på Helgeland ikke har vesentlig betydning for beredskapen ved ulykke i Norskehavet, og begrunner dette med «at St. Olavs hospital i Trondheim trolig vil være det foretrukne sykehus fordi det har langt større kapasitet og mer spesialiserte tjenester. Også Nordlandssykehuset i Bodø kan være et aktuelt alternativ for de nordlige oljefeltene. Hensynet til beredskap for ulykker på oljeinstallasjoner spiller derfor liten rolle når man skal velge lokalisering for nytt Helgelandssykehus».

7.2.2.2 Forsvaret

Forsvaret har gitt et generelt svar til i hvilken grad en endring av sykehusstruktur på Helgeland vil påvirke Forsvarets evne til å løse sine oppgaver. Den sivile helsetjenesten inngår i Forsvarets helhetlige behandlings- og evakueringskjede, sett i forhold til totalforsvarskonseptet, både i fred, krise og krig. Forsvaret bemerker at en eventuell reduksjon i den akuttmedisinske beredskapen og behandlingstilbudet på Helgelandskysten vil kunne svekke Forsvarets evne til å løse sine oppgaver både i fred, samt i ulike faser av en eventuell krise eller krig.

⁶³ Rapporten er skrevet på oppdrag fra Alstahaug kommune

Det innebærer at økt avstand mellom adekvate behandlingsinstitusjoner, med tilgang til kritisk nøkkelpersonell for behandling av alvorlige skader og traumer, samt mulighet for eventuell rask evakuering til et høyere behandlingsnivå etter damage control resuscitation/surgery (DCR/DCS), vil ha negativ konsekvens for Forsvarets operative evne.

7.2.2.3 Sårbar infrastruktur

Nordland fylkeskommune peker på særlig to sårbare punkt for veinettet på Helgelandskysten. Dette er Helgelandsbroa som forbinder kommunene Alstahaug og Leirfjord, og Fv 12 ved Bustneslia vest for Mo i Rana. Helgelandsbroa stenges med lyssignal ved sterk vind, og fylkeskommunen oppgir i de tilfellene broa stenges er det ofte kun for en kort periode. Fv 12 ved Bustneslia kan stenges i flere timer, for eksempel i situasjon der større kjøretøy kjører seg fast, og beskrives som en flaskehals.

Oslo Economics (2018) presenterer statistikk fra Statens vegvesen som viser at Helgelandsbroa var stengt ved 74 tilfeller i 2017, fordelt på 11 dager.⁶⁴ Totalt var broen stengt i underkant av 30 timer i 2017.

7.3 Vurdering av konsekvenser for samfunnssikkerhet og beredskap

Basert på en samlet vurdering av høringsinnspill og intervjuer med relevante interessenter, finner vi at en endret sykehusstruktur ikke vil være av avgjørende betydning med hensyn på samfunnssikkerhet og beredskap, verken for samfunn eller enkeltaktører. Vurderingene tar utgangspunkt i at, uavhengig av konsept, lokaliseres nytt sykehus sentralt i byene. En lokalisering i omegn, det vil si 20 minutter utenfor bysentra, vil imidlertid ikke endre konklusjonen i vår vurdering.

Selv om vi ikke finner konsekvenser av avgjørende betydning, vil en endret sykehusstruktur kunne ha enkelte negative konsekvenser. Spesielt gjelder dette økte kostnader knyttet til nye beredskapsplaner og et generelt mer omfattende beredskapsnivå for industribedriftene i Mosjøen og Mo i Rana som er omfattet av Storulykkeforskriften.

Flere ulike aktører har trukket fram betydningen av et kystnært akuttsykehus med tanke på sikkerhet- og beredskapshensyn for offshore og havbruksnæringen. Samtidig konkluderer Oslo Economics med at hensynet til beredskap for ulykker på oljeinstallasjoner spiller liten rolle når man skal velge lokalisering for nytt Helgelandssykehus. Vi vurderer at mangel på et kystnært sykehus vil være negativt for beredskapen for kystnæringen. Samtidig vil ikke konsekvensene være av en avgjørende karakter eller være vesentlig forskjellig fra konsekvensene innlandsbaserte aktører vil oppleve ved redusert nærhet til et akuttsykehus.

Basert på Forsvarets innspill vurderer vi at det ikke er nevneverdig forskjell mellom konseptalternativene for Forsvarets evne til å løse sine oppgaver.

Fv 12 ved Bustneslia og Helgelandsbroa er trukket fram som de mest sårbare punktene på den regionale infrastrukturen. Selv om dette er de mest sårbare enkeltpunktene, vil punktene kun utgjøre en begrenset andel av den samlede sårbarheten i regionens veinett. Vi vurderer derfor at sårbarhet knyttet til infrastruktur ikke skiller de ulike lokaliseringsalternativene med tanke på samfunnssikkerhet og beredskap.

⁶⁴ Rapporten er skrevet på oppdrag fra Alstahaug kommune

8 Usikkerhetsanalyse knyttet til pendling, flytting og DMS

I dette kapitlet analyserer vi hvilke følger alternative tilbøyeligheter for pendling og flytting vil ha for våre resultater med tanke på lokalt arbeidsmarked, boligmarked og kommunalt tjenestetilbud, samt samfunnsvirkningene av en endret størrelse på DMS. Kapitlet består av fire deler: Først følger en innledende beskrivelse av usikkerhetsanalysen, etterfulgt av tre delkapitler som viser virkningene av endret pendle- og flyttesannsynlighet, samt endret størrelse på DMS.

8.1 Innledning

Mange av virkningene vi analyserer i denne rapporten er avhengig av hvordan de ansatte velger å respondere dersom arbeidsplassen deres flyttes. For eksempel vil en person som velger å pendle gi mindre negative virkninger for stedet arbeidsplassen flyttes fra enn en som velger å flytte. I rapporten har vi lagt til grunn at det beste estimatet på de ansattes valg er det de selv har oppgitt i spørreundersøkelsen.

Det er flere viktige faktorer som skaper usikkerhet rundt svarene fra spørreundersøkelsen. Det kan være forskjell mellom hvordan ansatte tror at de vil respondere dersom arbeidsplassen deres flyttes og hvordan de faktisk responderer dersom flytting av arbeidsplassen blir en realitet. Spørreundersøkelsen mot de ansatte kan dessuten være utsatt for strategiske svar. Til tross for usikkerheten mener vi, av flere grunner, at de ansattes oppgitte preferanse er det beste estimatet på faktisk adferd ved sykehusflytting. For det første stemmer resultatene rimelig godt overens med teori og empiri der vi har et godt sammenligningsgrunnlag. Eksempler på dette er sammenligningen av pendlerater i kapittel 2.3.3.3 og trenden om at sannsynligheten for at man flytter vekk er større jo mindre sted man eventuelt flytter fra. Dessuten er det vanskelig å spå hva som eventuelt ville vært de strategisk «riktige» svarene.

I usikkerhetsanalysen som følger vil vi drøfte og illustrere hvordan resultatene vil endre seg dersom de ansattes faktiske respons ikke stemmer overens med det de selv har oppgitt, og som vi har lagt til grunn i hovedanalysen. Vi drøfter i hvilken retning effekten av ulike avvik fra pendle- og flyttemønsteret vil trekke. Størrelsen på effekten vil avhenge av størrelsen på avviket, men er ikke behandlet eksplisitt i denne usikkerhetsanalysen.

Analysen vil ta for seg

- Lavere og høyere pendlevillighet
- Lavere og høyere villighet til å flytte med jobben
- Lavere og høyere villighet til å slutte og flytte bort fra Helgeland
- Færre ansatte og lavere andel av pasientmassen ved distriktsmedisinske sentre

8.2 Usikkerhetsanalyse knyttet til pendlesannsynlighet

Dersom den faktiske villigheten til pendling avviker fra resultatene fra spørreundersøkelsen, vil det påvirke resultatene fra analysen.

En høyere pendlevillighet vil, alt annet likt, ha en dempende effekt. Dette skyldes at ansatte ved sykehuset i større grad blir værende i sine stillinger og i større grad blir boende på samme lokasjon. I det overordnede bildet innebærer dette at de samfunnsmessige konsekvensene for arbeidsmarkedet, boligmarkedet og det kommunale tjenestetilbudet blir mindre, både for steder som opplever positiv og negativ impuls av en endret sykehusstruktur. En annen effekt av en høyere pendlevillighet er at samlet reisetid øker.

Tabell 8-1: Oversikt over hvilke virkninger en høyere pendlevillighet, alt annet likt, vil ha for resultatene av analysen

	Arbeidsmarked	Boligmarked	Kommunalt tjenestetilbud
Steder som får positiv impuls	Dempende effekt på positive virkninger	Dempende effekt på positive virkninger	Dempende effekt på positive virkninger
Steder som får negativ impuls	Dempende effekt på negative virkninger	Dempende effekt på negative virkninger	Dempende effekt på negative virkninger

Analysene våre innebærer lite pendling til og fra Mo i Rana. Dersom pendlevilligheten her egentlig er høyere enn det som fremkommer i spørreundersøkelsen, viser vurderingene over at ved lokalisering i Mo i Rana eller Mosjøen, vil nyrekrutteringsbehovet blir mindre, det blir lavere tilflytting og færre som flytter vekk eller blir boende uten arbeid. Samlet reisetid for de ansatte vil da øke i disse konseptene.

Dersom den faktiske villigheten til pendling er lavere enn resultatet fra spørreundersøkelsen tilsier, vil dette gi de samme virkningene som for en høyere pendlevillighet, men med motsatt fortegn. Det innebærer at de positive effektene vil forsterkes for steder med positiv impuls, mens de negative effektene vil forsterkes for steder med negativ impuls. Den samlede reisetiden vil reduseres.

Tabell 8-2: Oversikt over hvilke virkninger en lavere pendlevillighet, alt annet likt, vil ha for resultatene av analysen

	Arbeidsmarked	Boligmarked	Kommunalt tjenestetilbud
Steder som får positiv impuls	Forsterket effekt på positive virkninger	Forsterket effekt på positive virkninger	Forsterket effekt på positive virkninger
Steder som får negativ impuls	Forsterket effekt på negative virkninger	Forsterket effekt på negative virkninger	Forsterket effekt på negative virkninger

8.3 Usikkerhetsanalyse knyttet til flyttesannsynlighet

Dersom den faktiske villigheten til å flytte avviker fra hva som kommer frem i svarene fra spørreundersøkelsen vil dette kunne ha ulike virkninger for resultatene fra analysen. For det første har det betydning for resultatene om flyttingen er mellom ulike steder på Helgeland, eller om det er flytting til et sted utenfor Helgeland. For det andre har det betydning hva som er alternativet til flytting.

8.3.1 Flytting internt på Helgeland

Dersom den faktiske villigheten til å flytte etter arbeidsplassen er høyere blant ansatte som i spørreundersøkelsen oppgir å ville bli boende dersom stillingen flyttes, vil dette ha en forsterkende negativ virkning for stedene som opplever en negativ impuls. Årsaken er at stedet vil oppleve en økt fraflytting, mens tilflyttingen vil være uendret. Dette vil i så fall forsterke de allerede negative virkningene for både arbeidsmarkedet, boligmarkedet og det kommunale tjenestetilbudet. For steder som opplever positiv impuls vil ikke en høyere villighet til å flytte etter arbeidsplassen ha noen virkning. Årsaken til det er at økt tilflytting av personer fra andre steder på Helgeland erstatter tilflytting fra andre deler av landet, slik at nettotilflytting forblir uendret. En høyere

villighet til å flytte nærmere den nye arbeidsplassen vil også føre til lavere samlet reisetid i tilfeller der alternativet er pendling.

Tabell 8-3: Oversikt over virkninger for resultatene av analysen dersom villigheten til å flytte nærmere den nye arbeidsplassen økes på bekostning av andelen som svarer at de blir boende

	Arbeidsmarked	Boligmarked	Kommunalt tjenestetilbud
Steder som får positiv impuls	Ingen endring	Ingen endring	Ingen endring
Steder som får negativ impuls	Forsterket effekt på negative virkninger	Forsterket effekt på negative virkninger	Forsterket effekt på negative virkninger

Hvis villigheten til å flytte etter arbeidsplassen er lavere enn hva resultatene fra spørreundersøkelsen viser, og ansatte i større grad heller blir boende, vil dette ha en dempende effekt for stedene som får negativ impuls. Lavere grad av fraflytting gir mildere konsekvenser for arbeidsmarkedet, boligmarkedet og det kommunale tjenestetilbudet. For steder med positiv impuls vil redusert tilflytting av personer fra andre steder på Helgeland veies opp av tilflytting av personer fra andre steder av landet, slik at det i sum blir ingen endring. I tilfeller der alternativet til flytting er pendling vil dette føre til økt samlet reisetid.

Tabell 8-4: Oversikt over virkninger for resultatene av analysen dersom villigheten til å flytte nærmere den nye arbeidsplassen reduseres på bekostning av andelen som svarer at de blir boende

	Arbeidsmarked	Boligmarked	Kommunalt tjenestetilbud
Steder som får positiv impuls	Ingen endring	Ingen endring	Ingen endring
Steder som får negativ impuls	Dempet effekt på negative virkninger	Dempet effekt på negative virkninger	Dempet effekt på negative virkninger

8.3.2 Flytting til andre deler av landet

Dersom den faktiske villigheten til å flytte fra Helgeland til andre steder av landet for ansatte som opplever at stillingen flyttes er annerledes enn hva resultatene fra spørreundersøkelsen tilsier, vil effekten av dette avhenge av hva som er alternativet til flytting ut av Helgeland. Hvis alternativet til å flytte til en annen del av landet er å flytte nærmere den nye arbeidsplassen vil verken en økt eller redusert utflytting fra Helgeland føre til endring i resultatene. Steder med en negativ impuls vil uansett oppleve fraflytting, mens steder med en positiv impuls vil uansett oppleve en tilflytting, der det samfunnsmessig ikke skiller om de tilflyttede kommer fra andre steder på Helgeland eller fra andre steder i Norge.

Tabell 8-5: Oversikt over virkninger for resultatene av analysen dersom villigheten til å flytte til en annen del av landet endres på bekostning av andelen som svarer at de flytter nærmere den nye arbeidsplassen

	Arbeidsmarked	Boligmarked	Kommunalt tjenestetilbud
Steder som får positiv impuls	Ingen endring	Ingen endring	Ingen endring
Steder som får negativ impuls	Ingen endring	Ingen endring	Ingen endring

Dersom alternativet til å flytte fra Helgeland er å bli boende, vil en høyere villighet til å flytte gi en forsterket negativ virkning for steder som opplever en negativ impuls. Steder som opplever en positiv impuls vil for dette alternativet ikke få endrede virkninger i analysen.

Tabell 8-6: Oversikt over virkninger for resultatene av analysen dersom villigheten til å flytte til en annen del av landet økes på bekostning av andelen som svarer at de vil bli boende

	Arbeidsmarked	Boligmarked	Kommunalt tjenestetilbud
Steder som får positiv impuls	Ingen endring	Ingen endring	Ingen endring
Steder som får negativ impuls	Forsterket effekt på negative virkninger	Forsterket effekt på negative virkninger	Forsterket effekt på negative virkninger

8.4 Usikkerhetsanalyse knyttet til størrelse på DMS

Størrelsen på DMS, og ambisjonsnivået for disse, påvirker samfunnsanalysen først og fremst gjennom behovet for ansatte der og gjennom reisetidsberegningene. Dersom DMSene blir mindre i omfang enn vi har lagt til grunn, med færre ansatte og en lavere andel av pasientmassen, vil det først og fremst innebære økt reising til sykehusene. Dette vil ha som bieffekt at lokalisering av sykehus i omegnsalternativene blir mer attraktivt.

Mindre DMS vil også kunne redusere behovet for ansatte der, og dermed gi noe økt utpendling, fraflytting og arbeidsledighet på kort sikt.

Mindre DMS vil også kunne innebære noe svekkede rekrutteringsmuligheter i kommunene.

9 Referanser

- Abadie, & Gardeazabal. (2003). Economic Costs of Conflict: A Case Study of the Basque Country. *American Economic Review*, ss. 113-132.
- Abadie, Diamond, & Hainmueller. (2010). Synthetic Control Methods for Comparative Case Studies: Estimating the Effect of California's Tobacco Control Program. *Journal of the American Statistical Association*, ss. 493-505.
- Abadie, Diamond, & Hainmueller. (2014). Comparative Politics and the Synthetic Control Method. *American Journal of Political Science*.
- Abelsen, B., & Olsen, J. (2015). Young doctors' preferences for payment systems: The influence of gender and personality traits. *Human Resources for Health* 13.
- Abelsen, B., Gaski, M., & Brandstorp, H. (2016). *Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere*. Nasjonalt Sentre for Distriktsmedisin.
- Abelsen, B., Olsen, J., Halvorsen, P., & Holte, J. (2015, Resarchvolume 15). General practitioners's altered preferences for private practice vs. salaried positions: A consequence of proposed policy regulations? *BMC Health Services* .
- Asplan Viak. (2014). *Samfunnsanalyse for ett nytt akuttsykehus i Innlandet*. Asplan Viak.
- Bjørn Olav Engebakken, K. G. (2016). *Hvor skal vi gå? Hvordan oppleves det å være ansatt i en bedrift som vurderer en endring?* Mo i Rana: Nord universitet.
- Blundell, & Dias. (2009). Alternative approaches to evaluation in empirical microeconomics. *Journal of Human Resources*, ss. 565-640.
- Bruvoll, A., Vennemo, H., & Wahlquist, H. (2014). *NOREG En langsiktig makro- og regionaløkonomisk modell for Norge, med fokus på Nord-Norge*. Vista-rapport 2014/16.
- Caliendo, & Kopeinig. (2008). Some practical guidance for the implementation of propensity score matching. *Journal of Economic Surveys*, ss. 31-72.
- Card, & Krueger. (1993). Minimum wages and employment: A case study of the fast food industry in New Jersey and Pennsylvania. *National Bureau of Economic Research*.
- COWI, WSP. (2017). *Rapport Helgelandssykehuset 2025 – anbefaling av utredningsalternativer*.
- Ekstern ressursgruppe. (2019). *Helgelandssykehuset 2025 - Rapport fra ekstern ressursgruppe*.
- Enhet for prehospitaltjenester Helgelandssykehuset . (2018). *Pasienttransport på Helgeland - akutte transporter og planlagte reiser*.
- EY; Vista Analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. EY og Vista Analyse.
- Fredrik Alexander Gregersen, F. G. (2016). *Arbeidsplasser, arbeidstakere og avstand – hvilke arbeidsplasser gir de lengste reisene?* Transportøkonomisk Institutt.
- Helgelandssykehuset. (2018, 08 15). *Distriktsmedisinsk senter (DMS) i Brønnøysund*. Hentet fra <https://helgelandssykehuset.no/om-oss/helgelandssykehuset-2025/distriktsmedisinsk-senter-dms-i-bronnoysund>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)*. (Ot.prp. nr. 99 (1998-99)).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*.

- Helsedirektoratet. (2018). <https://www.fylkesmannen.no/globalassets/fm-trondelag/dokument-fmtl/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tilskudd-til-rekruttering-av-fastleger.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2019). Hentet fra Fastlegestatistikk: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/fastlegestatistikk>
- IPSOS; Samfunnsøkonomisk Analyse. (2018). *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen*.
- IRIS og Menon Economics. (2016). *Drivkrefter for vekst i små og mellomstore byregioner*. Menon-rapport nr 38/2016.
- John Magne Skjelvik, L. T. (2018). *Rekruttering og utdanning av fagpersoner for framtidig akuttpsykehus på Helgeland*. Vista Analyse.
- Kjell G. Salvanes, J. M. (2008). *Bedriftsnedlegging, omstillingsevne og regional mobilitet i norsk økonomi*. Artikkel skrevet på oppdrag fra Finansdepartementet.
- Menon Economics. (2018). *Konjunkturbarometer for Nord-Norge: Bysentre i Nord-Norge*. Spesial-rapport nr 1/2018.
- Miljødirektoratet. (2019). *Klimagassutslipp fra transport*. Hentet fra Miljøstatus. Miljødirektoratet.no: <https://miljostatus.miljodirektoratet.no/tema/klima/norske-utslipp-av-klimagasser/klimagassutslipp-fra-transport/>
- Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin. (2018). *Fastlegeordningen i Nord-Norge*.
- Nordland, f. (u.d.). *Fylkesplan for Nordland 2013-2025*.
- Nordland, f. (u.d.). *Regionalplan for by- og regionsenterpolitikk for Nordland*.
- Norges forskningsråd. (2006). *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005*.
- Oslo Economics. (2012). *Samfunnskonservanser - ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF*.
- Oslo Economics. (2018). *Analyse av lokalisering av et stort akuttpsykehus på Helgeland*. Skrevet på oppdrag for Alstahaug kommune.
- Randi Hjorthol, Ø. E. (2014). *Den nasjonale reisevaneundersøkelsen 2013/14 - nøkkelrapport*. Transportøkonomisk Institutt.
- Rasmussen, J. M. (2014). *Nytt akuttsykehus for Nordmøre og Romsdal - rekruttering og fagmiljø*. Vista Analyse.
- Regjeringen. (2019). *Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/inntektssystemet-for-kommuner-og-fylkeskommuner/id2353961/>
- Rejlers Norge AS. (2016). *Forbedret togtilbud for pendling på Helgeland - Versjon 2*.
- Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis. (Dokument 3:4 (2017-2018))*.
- SSB. (2015). *Effect on firm performance of support from Innovation Norway. Report 35*.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
- Statens Vegvesen. (2018). *Statens Vegvesens håndbok for konsekvensanalyser - V712*.
- Stefan Leknes, G. H. (2019). *Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017-2035*. Statistisk sentralbyrå.
- Styresak 128/2017. (2017). *Kvalitet i akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og legevaktsentral (LV)*. Helgelandssykehuset.

- Sykehusbygg. (2016). *Distriktsmedisinsk senter Sør-Helgeland Konseptrapport 31. mai 2016*.
- Sørli, K., Aure, M., & Langset, B. (2012). *Hvorfor flytt? Hvorfor bli boende? Bo- og flyttemotiver de første årene på 2000-tallet*. NIBR-rapport 2012:22.
- TNS Gallup & KS. (2015). *KS Legetjenester i kommunene 2015: Tabellrapport*. KS.
- Tom Erik Julsrud, B. L. (2013). *Langpendling fremfor flytting? Langpendling som en mobilitetsstrategi i norske husholdninger 1999-2006*. Transportøkonomisk Institutt.
- Tom Erik Julsrud, L. V. (2013). *Hva skal til for å få mer miljøvennlige arbeidsreiser til Ahus?* Transportøkonomisk institutt.
- TØI. (2015). *Virkninger på transportomfang og klimagassutslipp av ulike tiltak og virkemidler - transportmodellberegninger*. Oslo.
- TØI. (2019). *Inndeling i BA-regioner 2020*. TØI rapport 1713/2019.
- Utdanningsdirektoratet. (2018, 12 13). *Statistikk om grunnskolen 2018/2019*. Hentet fra Utdanningsdirektoratet: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-grunnskole/gsi-notat-grunnskole/>
- Verbeek. (2017). *A guide to modern econometrics*. John Wiley & Sons.
- Vista Analyse. (2014). *Samfunnsanalyse av to lokaliteter i Drammensregionen for Drammen sykehus*.
- Wooldridge. (2016). *Introductory econometrics: A modern approach*. Nelson Education.

Vedlegg – Forutsetninger

Antall årsverk ved de ulike lokasjonene

I nullalternativet, som representerer en videreføring av dagens situasjon, har vi lagt til grunn at antall årsverk ved de ulike lokasjonene er likt som i september 2019.⁶⁵

Tabell 0-1: Antall årsverk ved de ulike enhetene i Helgelandssykehuset per september 2019

Stilling	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Samlet for de tre lokasjonene
Annen stillingstype	158	76	130	364
Ikke-medisinsk ansatt	73	48	75	196
LIS-1	12	8	8	28
LIS-2/LIS-3	35	12	19	66
Overlege	34	20	34	88
Spesialsykepleier	78	42	37	157
Sykepleier	128	49	89	266
Totalt	518	255	392	1165
Fordelingsnøkkel	44 %	22 %	34 %	100 %

Vi har konstruert de ulike alternativene slik at totalt antall årsverk innen hver stillingstype forblir likt for de tre enhetene samlet. Det vil si at ingen av konseptene har flere eller færre årsverk. Måten konseptene er konstruert på, er at vi har tatt utgangspunkt i innholdsbeskrivelsene av DMS Brønnøysund,⁶⁶ og satt til side de årsverkene som går til å betjene DMS. Vi har antatt at DMS i Mosjøen og Sandnessjøen vil ha samme antall årsverk som det som er planlagt i Brønnøysund, mens et DMS i Mo i Rana vil være dobbelt så stort.

Der konseptene innebærer ett stort akuttisykehus, har vi plassert de resterende årsverkene der. Der konseptene innebærer både et akuttisykehus og et stort akuttisykehus, har vi antatt at det vil være dobbelt så mange årsverk ved det store akuttisykehuset som ved det andre – uavhengig av lokalisering. Dette innebærer følgende fordeling av årsverk på de ulike enhetene:

Tabell 0-2: Antatt antall årsverk ved de ulike enhetene i Helgelandssykehuset i konsept 2a (1) - Stort akuttisykehus i Mo i Rana

Stilling	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Samlet for de tre lokasjonene
Annen stillingstype	281	5	5	291
Ikke-medisinsk ansatt	137	10	10	157

⁶⁵ Data ble oversendt fra Helgelandssykehuset på epost, 18. september 2019. Vi har inkludert de ansatte ved enhetene Mo i Rana, Mosjøen, og Sandnessjøen.

⁶⁶ Dette ble oversendt fra Sykehusbygg på epost, 24. september 2019.

LIS-1	22	0	0	22
LIS-2/LIS-3	41	6	6	53
Overlege	70	0	0	70
Spesialsykepleier	118	4	4	126
Sykepleier	183	15	15	213
Totalt	852	40	40	932
Fordelingsnøkkel	91 %	4 %	4 %	100 %

Tabell 0-3: Antatt antall årsverk ved de ulike enhetene i Helgelandssykehuset i konsept 2a (2) - Stort akuttsykehus i Sandnessjøen

Stilling	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Samlet for de tre lokasjonene
Annen stillingstype	10	5	276	291
Ikke-medisinsk ansatt	20	10	127	157
LIS-1	0	0	22	22
LIS-2/LIS-3	12	6	35	53
Overlege	0	0	70	70
Spesialsykepleier	8	4	114	126
Sykepleier	30	15	168	213
Totalt	80	40	812	932
Fordelingsnøkkel	9 %	4 %	87 %	100 %

Tabell 0-4: Antatt antall årsverk ved de ulike enhetene i Helgelandssykehuset i konsept 2a (3) - Stort akuttsykehus i Mosjøen

Stilling	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Samlet for de tre lokasjonene
Annen stillingstype	10	276	5	291
Ikke-medisinsk ansatt	20	127	10	157
LIS-1	0	22	0	22
LIS-2/LIS-3	12	35	6	53

Overlege	0	70	0	70
Spesialsykepleier	8	114	4	126
Sykepleier	30	168	15	213
Totalt	80	812	40	932
Fordelingsnøkkel	9 %	87 %	4 %	100 %

Tabell 0-5: Antatt antall årsverk ved de ulike enhetene i Helgelandssykehuset i konsept 2b-1 (1) - Akuttisykehus i Sandnessjøen, stort akuttisykehus i Mo i Rana

Stilling	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Samlet for de tre lokasjonene
Annen stillingstype	215	5	108	328
Ikke-medisinsk ansatt	111	10	55	176
LIS-1	17	0	8	25
LIS-2/LIS-3	35	6	18	59
Overlege	53	0	26	79
Spesialsykepleier	91	4	46	141
Sykepleier	149	15	75	239
Totalt	671	40	336	1047
Fordelingsnøkkel	64 %	4 %	32 %	100 %

Tabell 0-6: Antatt antall årsverk ved de ulike enhetene i Helgelandssykehuset i konsept 2b-1 (2) - Akuttisykehus i Mo i Rana, stort akuttisykehus i Sandnessjøen

Stilling	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Samlet for de tre lokasjonene
Annen stillingstype	108	5	215	328
Ikke-medisinsk ansatt	55	10	111	176
LIS-1	8	0	17	25
LIS-2/LIS-3	18	6	35	59

Overlege	26	0	53	79
Spesialsykepleier	46	4	91	141
Sykepleier	75	15	149	239
Totalt	336	40	671	1047
Fordelingsnøkkel	32 %	4 %	64 %	100 %

Bosted for de ansatte

I beregningen av reisetid for de ansatte har vi benyttet bostedspostnummeret slik registrert av Helgelandssykehuset.⁶⁷ Av personvern hensyn rapporterer vi her de postnumrene hvor flere enn fem prosent av de ansatte ved hver lokasjon er bosatt. Disse bostedene er også benyttet for å fordele tilflyttere i de ulike konseptene. Der et konsept innebærer brutto tilflytting av ansatte ved en enhet, har vi fordelt dem proporsjonalt utover de postnumrene der dagens ansatte er bosatt. Av personvern har vi utelatt postnumre med få innbyggere.

Postnummer	Andel av de ansatte ved Brønnøysund som bor der
8900	20,6 %
8904	13,6 %
8907	12,7 %
8920	11,0 %
8906	8,6 %
8909	8,2 %
8908	5,2 %

Postnummer	Andel av de ansatte ved Mo i Rana som bor der
8613	19,6 %

⁶⁷ Dette ble oversendt på epost fra Helgelandssykehuset 18. september 2019.

8616	17,0 %
8610	13,8 %
8614	11,0 %
8618	9,3 %
8626	6,2 %
8624	5,4 %

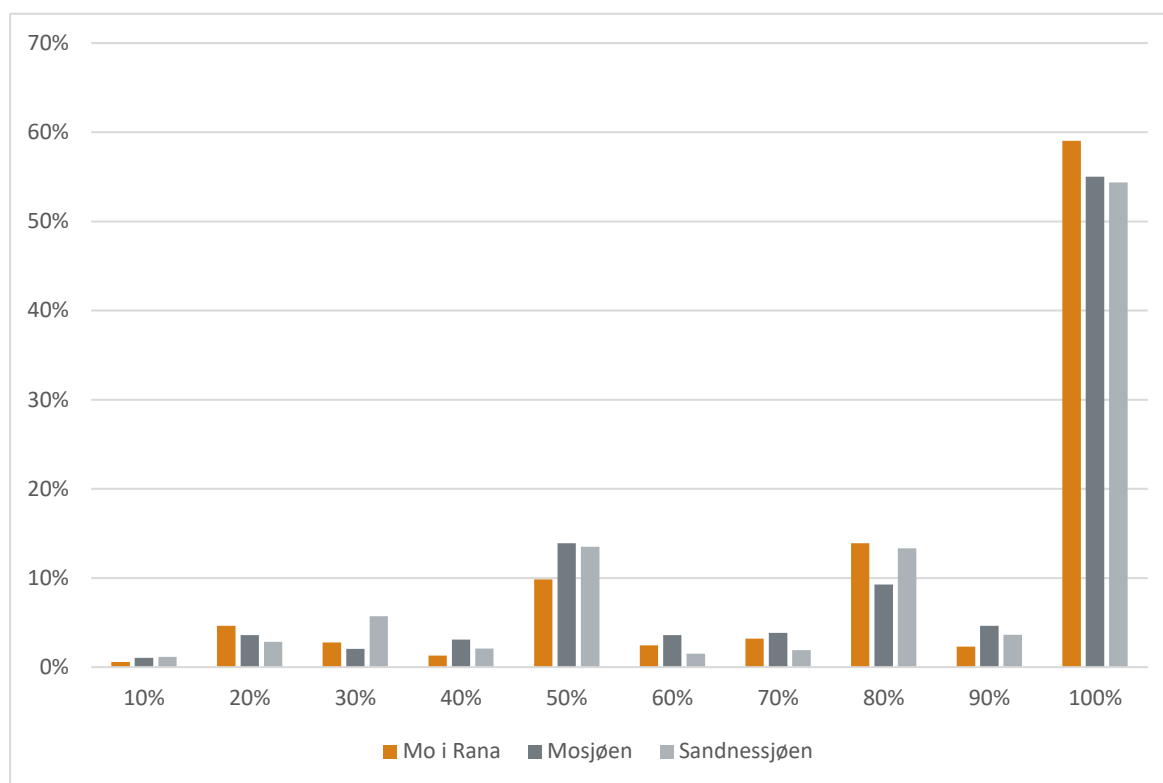
Postnummer	Andel av de ansatte ved Mosjøen som bor der
8661	22,0 %
8665	15,4 %
8657	12,9 %
8663	10,9 %
8656	9,0 %
8658	8,4 %
8664	7,0 %

Postnummer	Andel av de ansatte ved Sandnessjøen som bor der
8800	43,6 %
8802	18,7 %
8803	9,0 %
8890	7,9 %

Stillinger og årsverk

For å unngå utslag som følge av ulike stillingsbrøker, eller å anta at ansatte i svært små stillinger er like villige til å flytte etter arbeidet sitt som ansatte i full stilling, har vi i analysene hele veien tatt utgangspunkt i antall årsverk, ikke i antall ansatte. Tall fra Helgelandssykehuset viser at det i gjennomsnitt er 1,23 stillinger per årsverk, og at

dette tallet er noe lavere for Mo i Rana (1,21 stilling per årsverk) enn for Mosjøen og Sandnessjøen (henholdsvis 1,24 og 1,26 stillinger per årsverk). I figuren under, viser vi fordelingen av stillingsbrøker per arbeidssted. Merk at vi i disse tallene ikke har kunnet skille ut de forskjellige stillingstypene, herunder fellesfunksjoner for hele Helgelandssykehuset.



Andel konsultasjoner som vil bli behandlet ved DMS og akuttisyrkehus

Lokasjon	Andelen av polikliniske pasienter behandlet ved DMS
Mosjøen	60 %
Sandnessjøen	60 %
Mo i Rana	80 %
Brønnøysund	80 %

Vi har lagt til grunn at 80 prosent av pasientene som har Brønnøysund som nærmeste enhet i dag, og mottar poliklinisk behandling, vil få tilbud ved DMS i Brønnøysund i samtlige sykehuskonsept. For alternativene som innebærer DMS i Mo i Rana har vi antatt samme andel, med utgangspunkt i de polikliniske pasientene som har Mo i Rana akuttisyrkehus som nærmeste enhet i dag. Andelen som får tilbud om behandling ved DMS i Mosjøen eller Sandnessjøen, i de konsept det er relevant, er antatt å være 60 prosent.

Behandlingskapasitet mindre akuttisyrkehus og enheter i nullalternativet

For sykehuskonseptene som innebærer en to-sykehusstruktur, har vi antatt at det minste akuttisyrkehuset vil ha kapasitet til både å behandle de pasientene som ville blitt behandlet ved et DMS ved samme lokasjon, i tillegg til

50 prosent av de pasientene som ikke kan behandles ved DMS og som har det lille akutt sykehuset som sitt nærmeste sykehus. Samme fordeling er lagt til grunn i nullalternativet for å gjøre resultatene sammenliknbare, da vi ikke vet om strukturen vil være funksjonsfordelt.

Pårørendebesøk og følge til sykehus

I tråd med Asplan Viaks samfunnsanalyse av Sykehuset Innlandet antar vi at samtlige pasienter på døgnopphold får besøk, at gjennomsnittlig antall liggedøgn vil være 3,7 i 2025 og at de innlagte pasientene får besøk annenhver dag.⁶⁸ Videre antar vi at 20 prosent av pasienter som mottar dagbehandling har behov for følge til sykehuset, også dette i tråd med Asplan Viaks analyse.

Reisemiddelfordeling ansatte og pasienter

Reisemiddel	Prosent av ansatte
Kollektivtransport	1 %
Bil/motorsykel	62 %
Aktiv transport	37 %

Basert på spørreundersøkelsen gjennomført blant ansatte, spørsmål 17, har vi utledet reisemiddelfordelingen ved ansattereiser som vist ovenfor. Denne er benyttet som utgangspunkt for å beregne utslipp forårsaket av ansattereiser.

Pasientreiser HF har delt data over antallet rekvirerte reiser til Rana, Alstahaug og Vefsn per kommune som sokner til Helgelandssykehuset fordelt på framkomstmiddel i 2018. Vi har lagt til grunn at kommunene har lik reisemiddelfordeling, hvor andelen av pasienter som benytter bil og buss er henholdsvis 95 og 5 prosent. Denne er basert på den totale reisemiddelfordelingen og samsvarer i stor grad med fordelingen per kommune. Brønnøy og Vevelstad kommuner skiller seg ut ved at andelen bussreiser er høyere, i overkant av 85 prosent. Andelen kan forklares av Helseekspressen som går i rute mellom Brønnøy og sykehusenheten, med stopp i Vevelstad.

	Andel bil	Andel buss
Reisemiddelfordeling pasienter og pårørende	95 %	5 %

Klimagassutslipp per passasjerkilometer

	Gram CO ₂ per personkilometer
Bil	134
By-buss	59
Langdistansebuss	72

⁶⁸ (Asplan Viak, 2014)

Vi har benyttet TØIs faktorer for utslipp av CO₂ per personkilometer for ulike framkomstmidler i beregningene av klimagassutslipp⁶⁹. Faktorene i kilden er oppgitt for årene 2014 og 2028. Vi har antatt at faktoren endres per år fra 2014 til 2025 med den gjennomsnittlige endringen per år mellom 2014 og 2028. Videre har vi antatt at pasienter som benytter seg av kollektivtransport på vei til sykehuset gjennomfører reisen med langdistansebuss, mens ansatte benytter seg av by-buss. Ansatte bor hovedsakelig sentrumsnært, mens flere pasienter må forflytte seg over større avstander for å nå sykehusene.

⁶⁹ (TØI, 2015)

Vedlegg – Oversikt over intervjuer og interessentkontakter

Arbeidsmøtene med kommunene, fylkeskommunen og brukerutvalget

Tidlig i prosjektet inviterte Helgelandssykehuset til et arbeidsmøte med Menon Economics, kommunene som søker til helseforetaket, fylkeskommunen og brukerutvalget. Hensikten med dette møtet var å redegjøre for prosessen med samfunnsanalysen. Redegjørelsen inkluderte en presentasjon av formålet med analysen, samt en avklaring av hvilke temaer som inngår i analysen. Videre fikk Menon mulighet til å presentere metodene som benyttes i analysen. Det ble også åpnet for at kommunene, fylkeskommunen og brukerutvalget fikk komme med innspill angående metode og viktige premisser for analysen. I tillegg til representanter fra brukerutvalget og Nordland fylkeskommune deltok følgende kommuner på møtet: Herøy, Grane, Rana, Vefsn, Hemnes, Leirfjord, Hattfjelldal, Lurøy, Træna, Alstahaug, Dønna, Brønnøy, Vevelstad, Sømna og Rødøy.

Intervjuer med representanter for fylkeskommunen

Interessent	Representerer
Samferdselssjefen og spesialrådgiver i avdelingen for Næring og regional utvikling i Nordland fylkeskommune	Nordland fylkeskommune
Utdanningsjef	Nordland fylkeskommune

Intervjuer med representanter for kommunene og næringsforeningene

Interessent	Representerer
Rådmann, påtroppende og avtroppende ordfører, kommunalsjef for samfunnsutvikling, kommuneoverlege og kommunalsjef for helse og omsorg, representant i Nordland fylkesting og enhetsleder samfunnsutvikling – kommunalteknisk	Alstahaug kommune
Ordfører og rådmann	Dønna kommune
Rådmann og helse- og omsorgssjef	Grane kommune
Kommunalsjef for helse og omsorg, enhetsleder helse og kommuneoverlege	Hattfjelldal
Rådmann og kommunalleder	Herøy kommune
Ordfører, rådmann, kommuneoverlege og politiker	Leirfjord kommune
Rådmann	Lurøy kommune

Kommunaldirektør tekniske tjenester, kommuneoverlege, administrerende direktør Rana utviklingsselskap, representant for Rana utviklingsselskap, rådmann Rana kommune	Rana kommune
Rådmann, ordfører, helse- og omsorgssjef og påtroppende ordfører	Rødøy
Kommuneoverlege	Sømna kommune
HR-sjef i kommunen, Leder for plan og utvikling, kommuneoverlege, kommunalsjef helse og omsorg, daglig leder i Mosjøen og omegn næringssselskap, arealplanlegger, kommunalsjef samfunnsutvikling, kommunalsjef oppvekst, rådmann	Vefsn kommune
Rådmann og ansatt i kommunehelsetjenesten	Vevelstad
HMS-leder Alcoa Mosjøen og Industrivernleder Alcoa Mosjøen	Alcoa Mosjøen
CEO Mo Industripark	Mo Industripark

Intervjuer med representanter fra helsevesenet (Helgelandssykehuset, brukerutvalget og andre helseforetak)

Interessent	Representerer
Enhetsdirektør Helgelandssykehuset Mo i Rana	Helgelandssykehuset, enhet Mo i Rana
Enhetsdirektør Helgelandssykehuset Mosjøen	Helgelandssykehuset, enhet Mosjøen
Enhetsdirektør Helgelandssykehuset Sandnessjøen	Helgelandssykehuset, enhet Sandnessjøen
Leder, brukerutvalget Helgelandssykehuset	Pasienter, brukere og pårørende ved Helgelandssykehuset
Fagsjef KVALUT Universitetssykehuset i Nord-Norge	UNN
Fung. forskningsleder Helgelandssykehuset	Forskning og utdanning ved Helgelandssykehuset
Samhandlingssjef, Helgelandssykehuset	Samhandling ved Helgelandssykehuset
Innkjøps- og logistikkjef, Helgelandssykehuset	Innkjøpsavdelingen ved Helgelandssykehuset
Dekan FSH Nord universitet	Nord universitet

Intervjuer med ansattrepresentanter

Interessent	Representerer
HTV OLF og YLF Helgelandssykehuset Sandnessjøen	Medlemmene til Overlegeforeningen og Yngre legers forening ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen
HTV OLF og YLF Helgelandssykehuset Mosjøen	Medlemmene til Overlegeforeningen og Yngre legers forening ved Helgelandssykehuset Mosjøen
HTV OLF og YLF HSKY Mo i Rana	Medlemmene til Overlegeforeningen og Yngre legers forening ved Helgelandssykehuset Mo i Rana
HTV NSF Sandnessjøen	Medlemmene til Norsk Sykepleierforbund ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen
HTV NSF Mosjøen	Medlemmene til Norsk Sykepleierforbund ved Helgelandssykehuset Mosjøen
HTV NSF Mo i Rana	Medlemmene til Norsk Sykepleierforbund ved Helgelandssykehuset Mo i Rana

Intervjuer med andre offentlige instanser

Interessent	Representerer
Seksjonssjef, Seksjon for kjemikaliesikkerhet	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
Medisinsk rådgiver	Forsvarets operative hovedkvarter

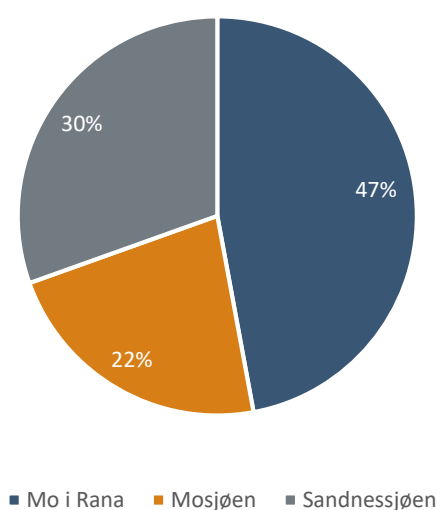
Vedlegg – Spørreundersøkelsen mot de ansatte

Menon sendte ut en spørreundersøkelse til alle ansatte på Helgelandssykehuset 12. september 2019.⁷⁰ De hadde frem til og med 19. september til å svare.

Resultater fra spørreundersøkelsen

2367 ansatte mottok spørreundersøkelsen. 831 svarte. Blant de som svarte jobber 47 prosent ved sykehuset i Mo i Rana. 30 prosent av respondentene jobber ved sykehuset i Sandnessjøen, mens 22 prosent jobber ved sykehuset i Mosjøen.

Figur 0-1: Fordeling av respondenter ved de tre sykehusenhetene

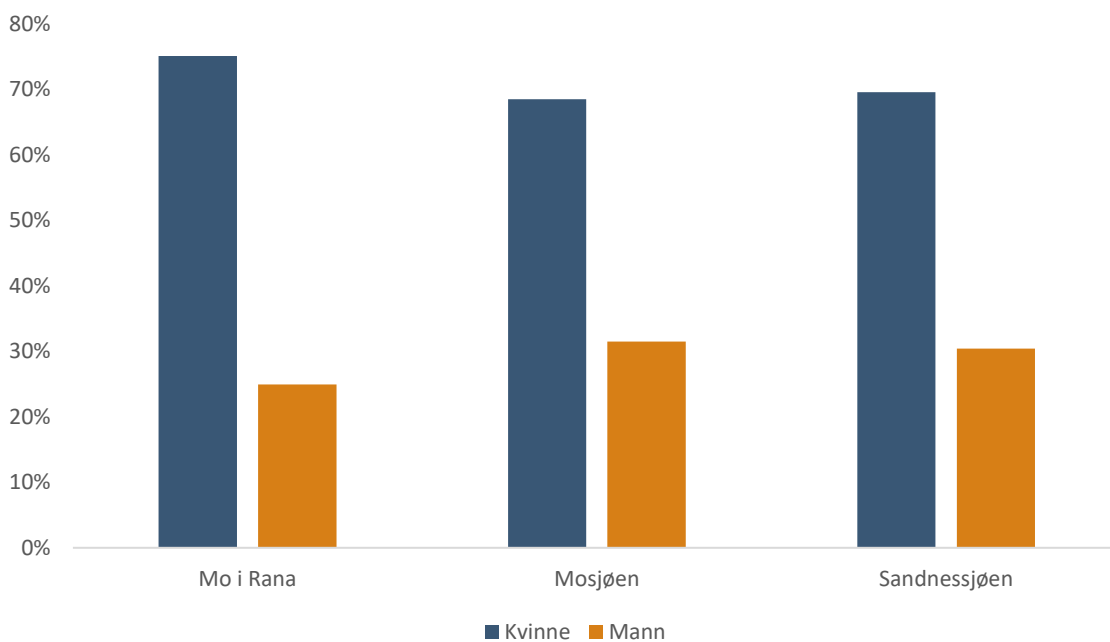


Blant respondentene var om lag to tredeler kvinner, én tredel var menn. Kjønnfordelingen var nokså stabil fordelt på respondenter fra de tre sykehusenhetene.

⁷⁰ Se delkapittel

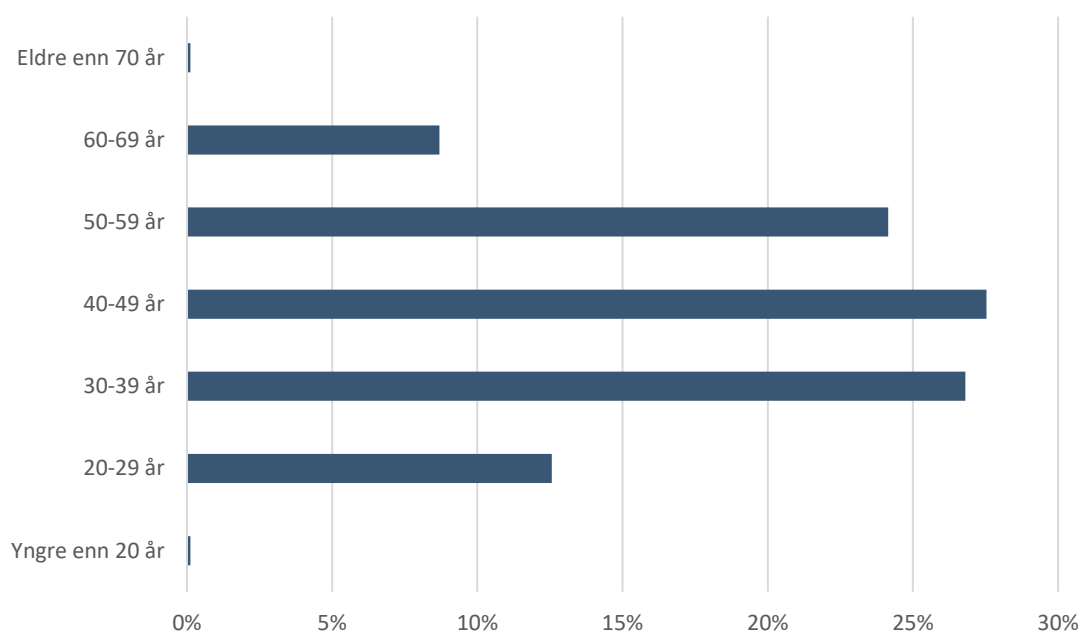
Spørre for spørsmålene som ble stilt.

Figur 0-2: Fordeling av kjønn blant respondentene ved de tre sykehusenhetene



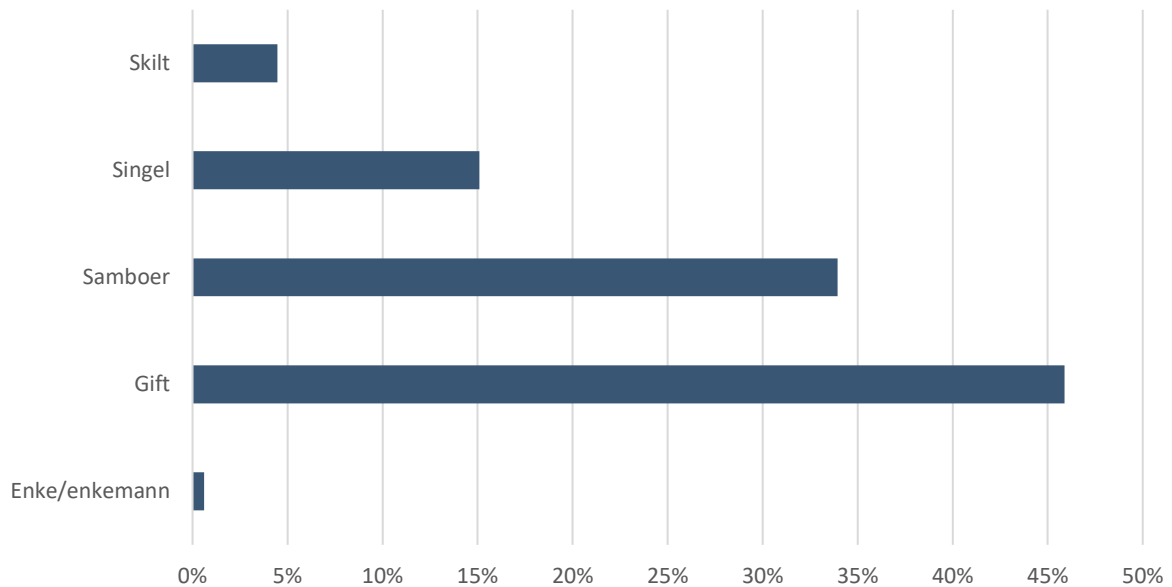
Figuren under viser aldersfordelingen til respondentene.

Figur 0-3: Aldersfordeling blant respondentene

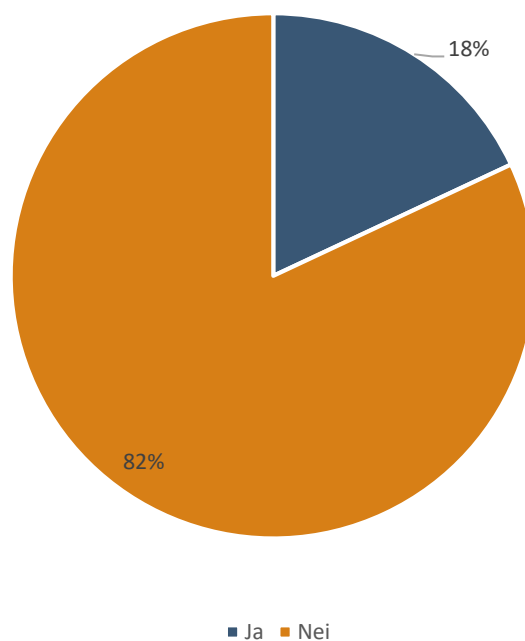


80 prosent av respondentene oppga at de var gift eller hadde samboer. Blant disse oppga 18 prosent at partneren også jobbet ved Helgelandssykehuset. 81 prosent svarte at partneren arbeidet i samme kommune, 11 prosent oppga at partneren jobbet i en annen kommune, mens 7 prosent oppga at partneren ikke jobbet.

Figur 0-4: Sivilstatus blant respondentene



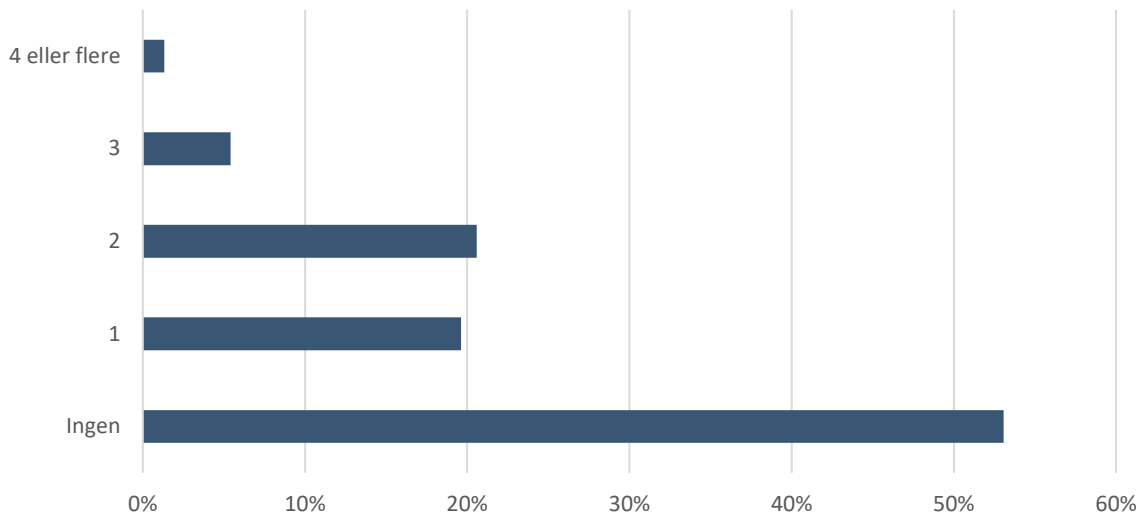
Figur 0-5: Fordeling av respondenter med/uten partner ved Helgelandssykehuset



Av respondentene som oppga å ha partner, svarte om lag 40 prosent at partneren hadde høyest inntekt av dem, om lag 40 prosent svarte at de hadde høyere inntekt enn partneren, mens om lag 20 prosent svarte at de hadde omtrent lik inntekt.

Majoriteten av de spurte har ingen barn i skolealder (53 prosent).

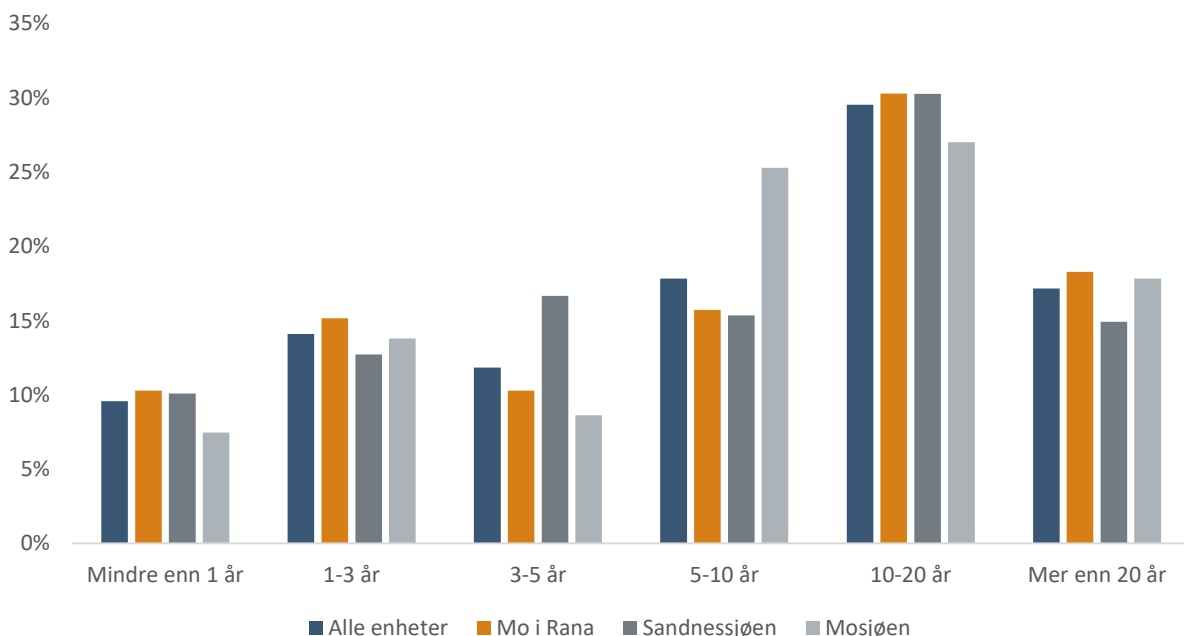
Figur 0-6: Fordeling av respondenter med/uten barn i skolealder



Av de som svarte, oppga 91 prosent at de er fast ansatt i mer enn 20 prosents stilling ved Helgelandssykehuset. 8 prosent svarte at de var midlertidig ansatte, og én prosent var enten fast ansatt i en stilling på mindre enn 20 prosent eller oppga «annet».

Figuren under viser hvordan ansienniteten til respondentene fordelte seg totalt og for hver av de tre sykehus-enhetene. Blant respondentene fra alle enhetene var det flest respondenter som hadde jobbet 10-20 år ved Helgelandssykehuset.

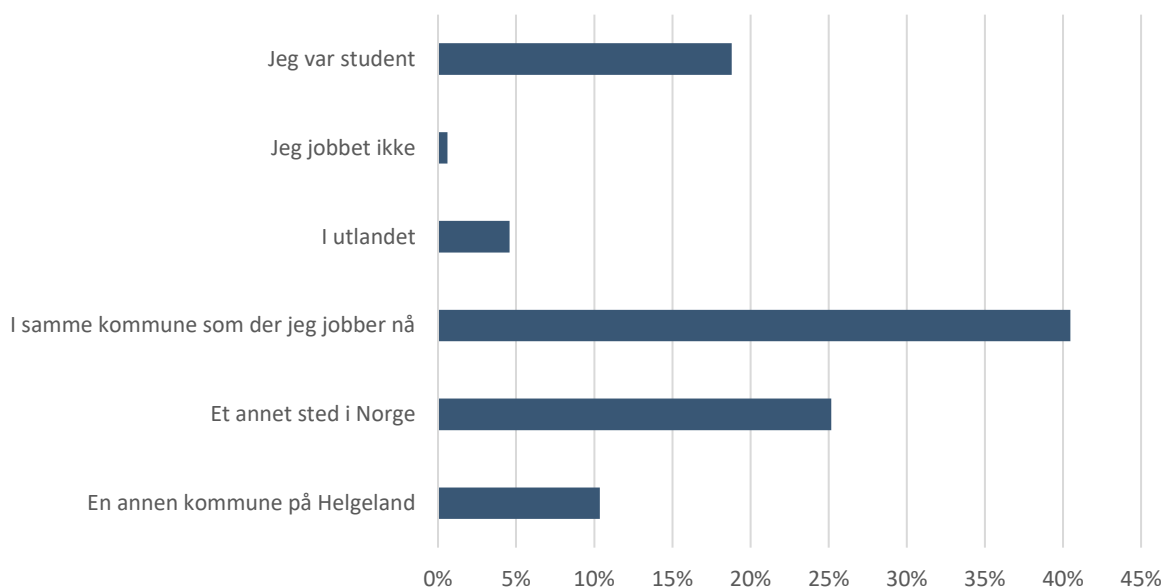
Figur 0-7: Ansiennitet blant respondenter ansatt ved de ulike enhetene. Spørsmål: Hvor lenge har du jobbet ved sykehuset?



Om lag 40 prosent av respondentene oppga å komme til jobben ved Helgelandssykehuset fra en annen jobb i samme kommune. En fjerdedel oppga å komme fra en annen jobb et annet sted i Norge. 19 prosent kom rett fra

studier til jobben, mens 10 prosent kom fra en jobb et annet sted på Helgeland. 5 prosent av respondentene kom fra en jobb i utlandet. 1 prosent jobbet ikke før de startet i stillingen ved Helgelandssykehuset.

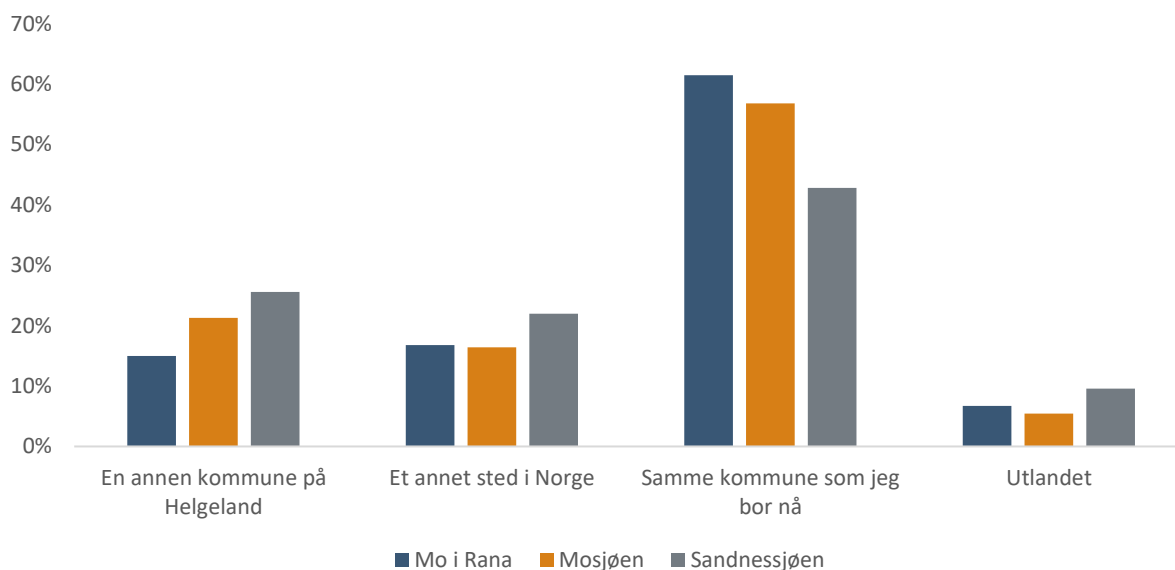
Figur 0-8: Fordeling av arbeidssted blant respondentene, før nåværende jobb ved Helgelandssykehuset



Av respondentene oppgir 55 prosent at de har vokst opp i samme kommune som de bor i, i dag. 19 prosent oppgir at de har vokst opp i en annen kommune på Helgeland, mens 19 prosent oppgir at de har vokst opp et annet sted i Norge. 7 prosent oppgir at de har vokst opp i utlandet. Sandnessjøen er sykehusenheten med minst grad av ansatte fra samme kommune, med 43 prosent av de ansatte vokst opp i samme kommune (til sammen 68 prosent fra Helgeland), mens Mosjøen og Mo i Rana har en likere fordeling.⁷¹ Selv om andelen som kommer fra samme kommune varierer, er likevel andelen ansatte ved hver enhet som kommer fra Helgeland relativt lik. Figur 0-9 viser fordelingen for de tre sykehusenhetene.

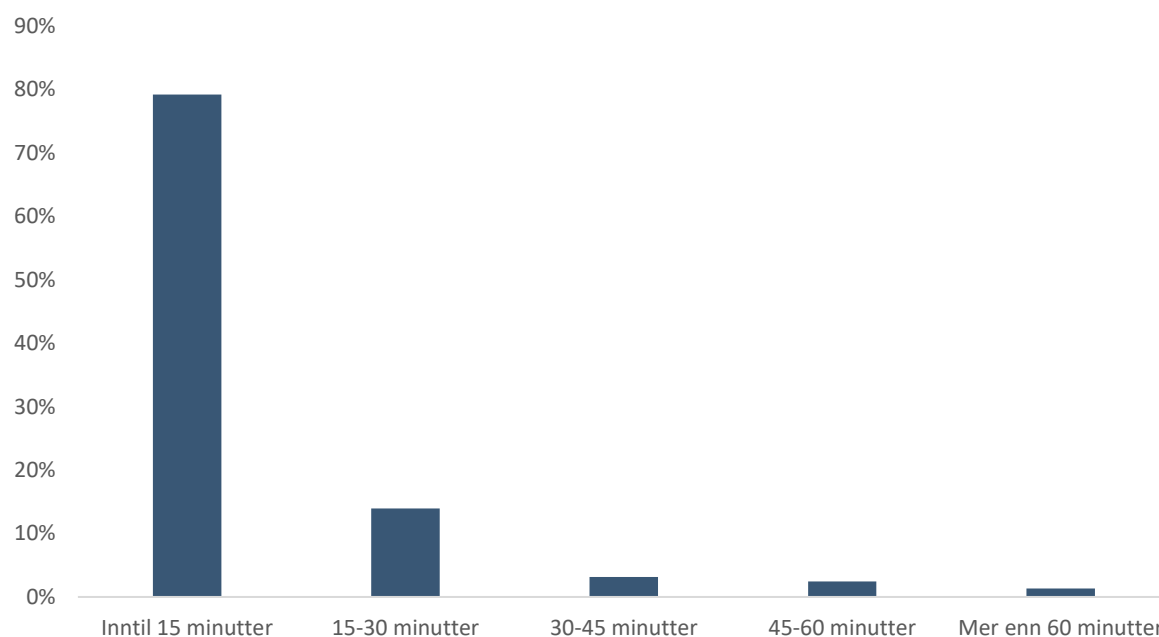
⁷¹ 57 prosent av respondentene ved Mosjøen sykehus har svart at de vokste opp i Vefsn, til sammen 78 prosent har vokst opp på Helgeland. Blant respondentene fra Mo i Rana svarer 67 prosent at de har vokst opp i Rana kommune, til sammen 76 prosent på Helgeland.

Figur 0-9: Ansatte ved de ulike sykehusenhetenes svar på hvor de har vokst opp



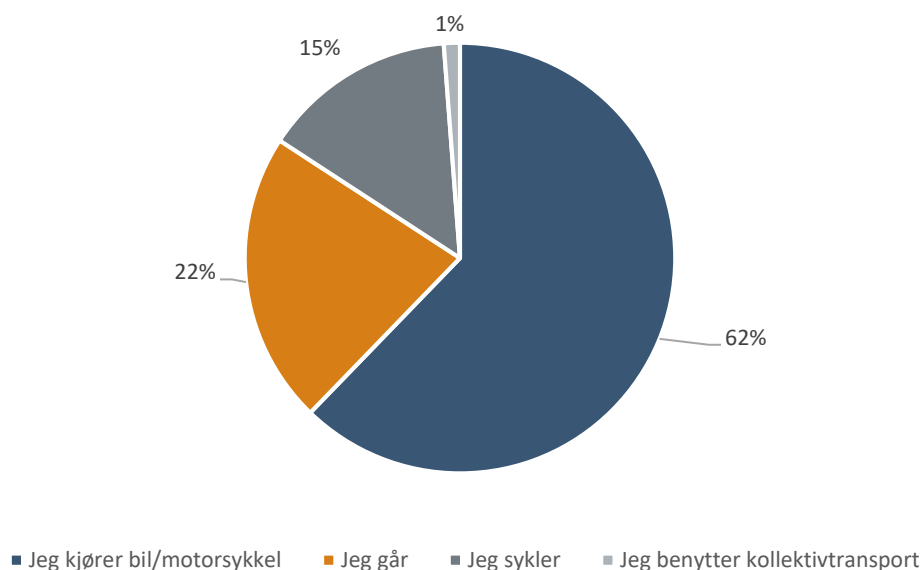
79 prosent av respondentene oppgir at de bruker inntil 15 minutter mellom hjem og arbeidssted. 14 prosent svarer at de bruker 15-30 minutter mellom hjem og arbeidssted. Henholdsvis 3, 2 og 1 prosent av respondentene oppgir å bruke 30-45 minutter, 45-60 minutter og mer enn 60 minutter på én arbeidsreise.

Figur 0-10: Fordeling av reisetid mellom hjem og arbeidssted blant respondentene



På spørsmål om hvordan de vanligvis kommer seg til og fra jobb, svarer flesteparten av respondentene (62 prosent) at de kjører bil eller motorsykkel. Andelen som oppgir at de går er 22 prosent, mens 15 prosent svarer at de sykler. 10 respondenter (1 prosent) har oppgitt at de vanligvis benytter kollektiv transport til og fra jobb.

Figur 0-11: Fordeling av respondentenes svar på bruk av kommunikasjonsmidler til og fra jobb



De ansatte ved hver sykehusenhet ble alle spurt hvordan de ville reagere på at arbeidsplassen deres ble flyttet til hver av de andre byene på Helgeland. Ansatte i Mo i Rana fikk både spørsmål om hvordan de hadde reagert dersom arbeidsplassen ble flyttet til Sandnessjøen, og hvordan de hadde reagert dersom arbeidsplassen ble flyttet til Mosjøen. Tilsvarende fikk ansatte i Mosjøen spørsmål om Sandnessjøen og Mo i Rana, og ansatte i Sandnessjøen om Mosjøen og Mo i Rana. Tabell 0-1 viser hva de ansatte svarte. I kolonnen merket «fra/til» refererer «fra» til den ansattes tilhørighet i dag, mens «til» refererer til byen arbeidsplassen kan flyttes til. Disse svarene er drøftet mer utfyllende i kapittel 2.3.3.2.

Tabell 0-1: Ansatte ved de ulike enhetene (fra) svarer hvordan de ville reagert på flytting av arbeidsplassen til ny by (til)

Flytting (fra/til)	Pendle	Søkt ny jobb	Slutte og flytte vekk	Flyttet med jobben	Slutte å jobbe	Totalt	Antall svar
Mosjøen/Sandnessjøen	45 %	33 %	15 %	4 %	3 %	100 %	172
Sandnessjøen/Mosjøen	40 %	28 %	24 %	5 %	3 %	100 %	225
Mosjøen/Mo i Rana	11 %	57 %	26 %	1 %	4 %	100 %	174
Mo i Rana/Mosjøen	3 %	67 %	23 %	1 %	5 %	100 %	346
Sandnessjøen/Mo i Rana	2 %	45 %	45 %	3 %	6 %	100 %	229
Mo i Rana/Sandnessjøen	2 %	69 %	23 %	1 %	5 %	100 %	350

Tabell 0-2 viser hva de ansatte har svart fordelt på ulike stillingstyper. Her er ikke svarene kategorisert på «fra/til», men aggregert for alle respondentene.

Tabell 0-2: Ansatte i ulike stillingskategorier svarer hvordan de ville reagert på flytting av arbeidsplassen

Stillingskategori	Pendle	Søkt ny jobb	Slutte og flytte vekk	Flyttet med jobben	Slutte å jobbe	Totalt	Antall svar
LIS-2/LIS-3	5 %	18 %	67 %	9 %	0 %	100 %	55
LIS-1	17 %	11 %	67 %	6 %	0 %	100 %	18
Overlege	18 %	34 %	35 %	10 %	3 %	100 %	77
Spesialsykepleier	17 %	50 %	29 %	1 %	4 %	100 %	246
Annen stillingstype	14 %	53 %	25 %	2 %	6 %	100 %	625
Sykepleier	11 %	65 %	20 %	1 %	3 %	100 %	293
Ikke-medisinsk ansatt	17 %	61 %	16 %	2 %	4 %	100 %	182

Spørreskjemaet

Om din bakgrunn

- 1) Er du
 - a. Mann
 - b. Kvinne
- 2) Hva er din alder?
 - a. Under 20 år
 - b. 20-29
 - c. 30-39
 - d. 40-49
 - e. 50-59
 - f. 60-69
 - g. 70+
- 3) Hvor har du vokst opp?
 - a. I samme kommune som jeg bor i nå
 - b. En annen kommune på Helgeland
 - c. Et annet sted i Norge
 - d. I utlandet
- 4) Hvordan bor du i dag?
 - a. I en bolig jeg eier
 - b. I en bolig jeg leier
 - c. Jeg bor hos familie/venner/bekjente
- 5) Hva er din sivilstatus?
 - a. Gift
 - b. Samboer
 - c. Skilt
 - d. Singel
 - e. Enke/Enkemann

Ruter de som har partner til spørsmål 6 og 7

- 6) Hvor arbeider din partner?
 - a. Min partner jobber i samme kommune
 - b. Min partner jobber i en annen kommune
 - c. Min partner jobber ikke
 - d. Min partner studerer
- 7) Hvem har høyest inntekt i dag av deg og din partner?
 - a. Jeg har høyest inntekt
 - b. Min partner har høyest inntekt
 - c. Vi har lik inntekt
 - d. Vet ikke/ønsker ikke å svare
- 8) Har du barn?
 - a. Nei
 - b. Ja

Ruter de som svarer ja til spørsmål 9

- 9) Hvor mange barn har du i skolealder?
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
 - e. Flere enn 4

Om ditt arbeidsforhold

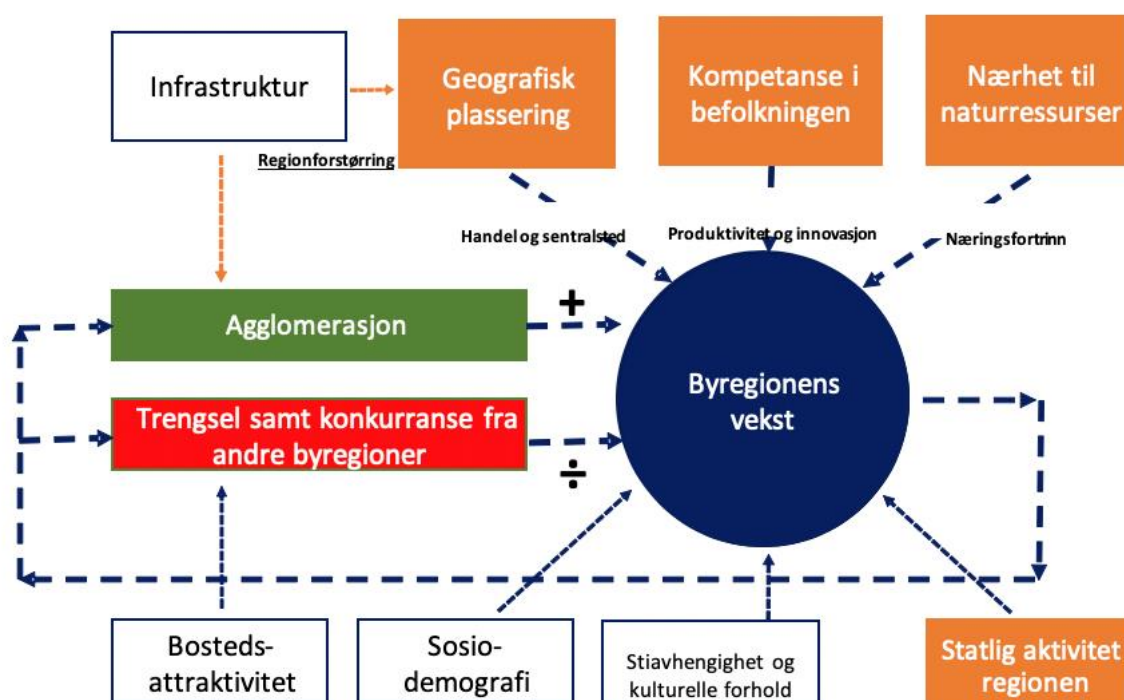
- 10) Hvilken stilling har du ved X sykehus?
 - a. Overlege
 - b. Lege
 - c. Sykepleier
 - d. Spesialsykepleier

- e. Ikke-medisinsk ansatt
 - f. Annen type stilling
- 11) Hvor lenge har du jobbet ved X sykehus?
- a. Mindre enn 1 år
 - b. 1-3 år
 - c. 3-5 år
 - d. 5-10 år
 - e. 10-20 år
 - f. Mer enn 20 år
- 12) Hvordan vil du rangere følgende årsaker til at du begynte å jobbe ved X sykehus? (ranger fra mest til minst viktig)
- a. Karriereutvikling
 - b. Lønn
 - c. Arbeidsmiljø
 - d. Lokal tilhørighet
 - e. Spennende arbeidsoppgaver
 - f. Jobbtrygghet
 - g. Natur- og friluftsmulighetene på Helgeland
 - h. Mangel på andre muligheter
 - i. Andre årsaker (utdyp)
- 13) Hvor jobbet du før du startet i din nåværende stilling?
- a. I samme kommune som der jeg jobber nå
 - b. En annen kommune på Helgeland
 - c. Et annet sted i Norge
 - d. I utlandet
 - e. Jeg var student
 - f. Jeg jobbet ikke
- 14) Hvordan kommer du deg til og fra jobb i dag
- a. Jeg går
 - b. Jeg sykler
 - c. Jeg benytter kollektiv transport
 - d. Jeg kjører bil/motorsykel
- 15) Hvor lang reisevei har du mellom hjem og arbeidssted i dag?
- a. Inntil 15 minutter
 - b. 15-30 minutter
 - c. 30-45 minutter
 - d. 45-60 minutter
 - e. Mer enn en time
- 16) Dersom stillingen din ble flyttet til Y, hva er det mest sannsynlig at du ville:
- a. Blitt boende der jeg bor og fortsatt i stillingen (pendle)
 - b. Blitt boende der jeg bor og søkt annet arbeid
 - c. Fortsatt i stillingen og flyttet nærmere den nye arbeidsplassen (inkludert ev. familie)
 - d. Flyttet til en annen del av landet og søkt annet arbeid (inkludert ev. familie)
 - e. Sluttet å jobbe

Vedlegg – Vekst i små og mellomstore byregioner

Økonomisk og befolkningsmessig vekst i byer – både store og små – drives av komplekse sosiale og økonomiske mekanismer som ofte samvirker. Det visuelle rammeverket er hentet fra en større studie av vekst i små og mellomstore byer i Norge (IRIS og Menon Economics, 2016) og presenterer et forenklet bilde av disse mekanismene i byer og byregioner.

Figur 0-1: Konseptuell modell for byregioners vekst. Kilde: IRIS og Menon Economics (2016)



Det er viktig å merke seg at vi er opptatt av fenomenet «vekst». Vekst i en byregion over en gitt periode vil dels være avhengig av byregionens egenskaper ved inngangen til perioden, og dels være avhengig av byregions tilførsel av ressurser, regionens organisering og egendynamikk gjennom selve vekstperioden. Vi snakker med andre ord om det man typisk betegner som dynamiske sosiale, økonomiske og fysiske systemer.

Geografisk lokalisering: Mange teorier knyttet til byers vekst er tett vevd sammen med byenes geografiske lokalisering. Dersom byregionene er lokalisert i sentrum av et stort omland uten mange andre store byregioner i nærheten, tilsier eksempelvis sentralstedsteorier og økonomiske modeller for handelsbedrifters lokaliseringvalg at byen i sentrum vil være det mest attraktive stedet å lokaliseres, og dette vil igjen påvirke byveksten over tid. Utbedring av infrastruktur og avstandsreduksjon vil kunne påvirke hvor sterkt bidrag til veksten som kommer gjennom disse geografiske mekanismene.

Kompetanse i befolkningen: Enkelte teorier predikerer at byer med et høyt utdannings- og kompetansenivå har større vekstpotensial. Denne teoretiske tilnærmingen er tett vevd sammen med spørsmål knyttet til innovasjon og produktivitet.

Nærhet til naturressurser: Andre teorier tar utgangspunkt i et perspektiv der næringsspesialisering gir opphav til vekst. Når byregionene blir spesialisert innen noen aktiviteter, vil det skapes selvforsterkende mekanismer (klynger) som også bidrar til å gjøre stedet mer attraktivt for andre (bedrifter og arbeidstakere) å slå seg ned. Slik

spesialisering kan eksempelvis hvile på naturgitte ressursfortrinn, som tilgang på olje og gass, sjømat og metaller/energi.

Disse tre mekanismene (geografisk plassering, kompetanse i befolkningen og nærhet til naturressurser) kan hver for seg, og spesielt i et komplementært dynamisk samspill, gi regionen komparative fortrinn.

I figuren er disse tre teoretiske nevnte tilnærmingene samt **lokalisering av statlig aktivitet** i regionen vist som oransje bokser. Statlige arbeidsplasser kan også være en driver for økonomisk vekst i enkelte byregioner.

Næringenes evne til å skape vekst er også en funksjon av hvor omfattende og effektiv den kunnskapsintensive delen av næringslivet er i byregionen. I denne sammenhengen snakker man ofte om den betydning regionale innovasjonssystemer har for vekst over tid. Slike systemer er beskrevet nærmere av Asheim mfl. (2007), Isaksen (1997), Isaksen mfl. (2008) og Lundvall (1992). Den systemiske tilnærmingen tar særlig høyde for at vellykket innovasjonsaktivitet ofte hviler på tett interaksjon mellom flere ulike typer aktører: bedrifter, kunnskapsinstitusjoner, offentlig administrasjon og bedriftens kunder og leverandører. Evnen til aktørene i byregionen til å etablere slik interaksjon blir dermed viktig for å skape vekst gjennom innovasjon. Aktørene behøver ikke nødvendigvis å være lokalisert i samme byregion. Det finnes en lang rekke eksempler på at aktørene dels er forankret i en byregion og dels er forankret i andre deler av landet eller i andre land. Det vesentlige er at innovasjonskoblingene er stabile og at de har en solid forankring til byregionen. Det er først da man får systemiske effekter som virker utover bedriftene selv (se Isaksen mfl. 2008). I modellen er innovasjon illustrert med kobling til kompetanse i befolkningen, men innovasjon har også sammenheng med næringsspesialisering og den tradisjon (*stiavhengighet*) det er for næringsutvikling og innovasjonsaktivitet i byregionen.

Det er et velkjent fenomen at byer som vokser, vokser nettopp fordi de er store. Det er dette som gjerne betegnes som selvforsterkende mekanismer knyttet til størrelse, og mekanismene går under betegnelsen «**agglomerasjon**». Vi har illustrert disse mekanismene i figuren i form av sirkulær prosess som er visualisert med stiplede piler. Agglomerasjon (eller stedlig opphoping av aktivitet) kan bidra til å opprettholde og øke veksten i en byregion, men dersom opphopingen blir for stor eller tett, vil man kunne oppleve at det oppstår kostnader på grunn av trengsel og økte priser på boliger og lokale tjenester. Konkurransfordeler kan snus til -ulempen.

Den konseptuelle modellen illustrerer også at en *byregions bostedsattraktivitet* vil kunne ha betydning for innflytting og dermed demografiske utvikling i en byregion. I en tidligere studie (Amdam mfl. 2000) fant en at mens flyttingen til Vestlandet var arbeidsplass-generert, så var flyttingen til det sentrale Østlandet (Oslo) bosteds-generert. Enkelte hevder at klimahensyn bidrar til at Sørlandsbyene er populære bosteder. Forskjell i boligpriser og bokostnader internt i byregioner og mellom byregioner kan også forklare flyttestrømmer og da også pendlingsstrømmer. NIBRs studie om flyttemotiv (Sørli 2006, Barlindhaug 2010, Sørli 2012) viser at både utdanning, arbeid og bolig kan ha betydning for enkeltindividets og familiers flytting, men da i ulike faser av livet. Her er det også forskjeller mellom kjønn. Disse empiriske studiene vil kunne bidra til å forklare den demografiske utviklingen i byregionene og utviklingen av arbeidspendling mellom byregioner. Det foreligger få teorier om disse mekanismene, men i hovedsak statistikk og enkelte empiriske studier.

Sosiodemografiske kjennetegn ved befolkningen (blant annet alderssammensetting, struktur, utdanning, kompetanse, lønnsnivå, sykefravær, uførhet) og historiske og kulturelle tradisjoner i byregionen for eksempelvis næringsutvikling, entreprenørskap og innovasjoner er andre type faktorer som kan bidra til å forklare vekst i byregioner.

Figur 0-1 fremhever enkelte sentrale årsakssammenhenger som antas å ha betydelig relevans for byregioners vekst. Årsaks- og virkningsforholdene er mer komplekse enn det som illustreres i figuren. Eksempelvis vil omfanget av statlig aktivitet i regionen kunne påvirke kompetansestrukturen, som igjen vil kunne påvirke veksten over tid. Videre er det også grunn til å forvente at kompetanse styrker konkurranseevnen til naturressursbasert næringsliv. Bedre infrastruktur vil kunne påvirke bostedsattraktivitet. Det finnes med andre ord en rekke koblinger mellom elementene i den konseptuelle modellen som ikke er vist. Siktemålet med den konseptuelle modellen er å illustrere de sentrale årsaksmekanismer bak byregioners vekst og koblingene mellom disse.

Modellen korresponderer også med næringsgruppetilnærmingen som den overordnede hypotesen baseres på ved at hver av de oransje boksene henger sammen med en større næringsgruppe.

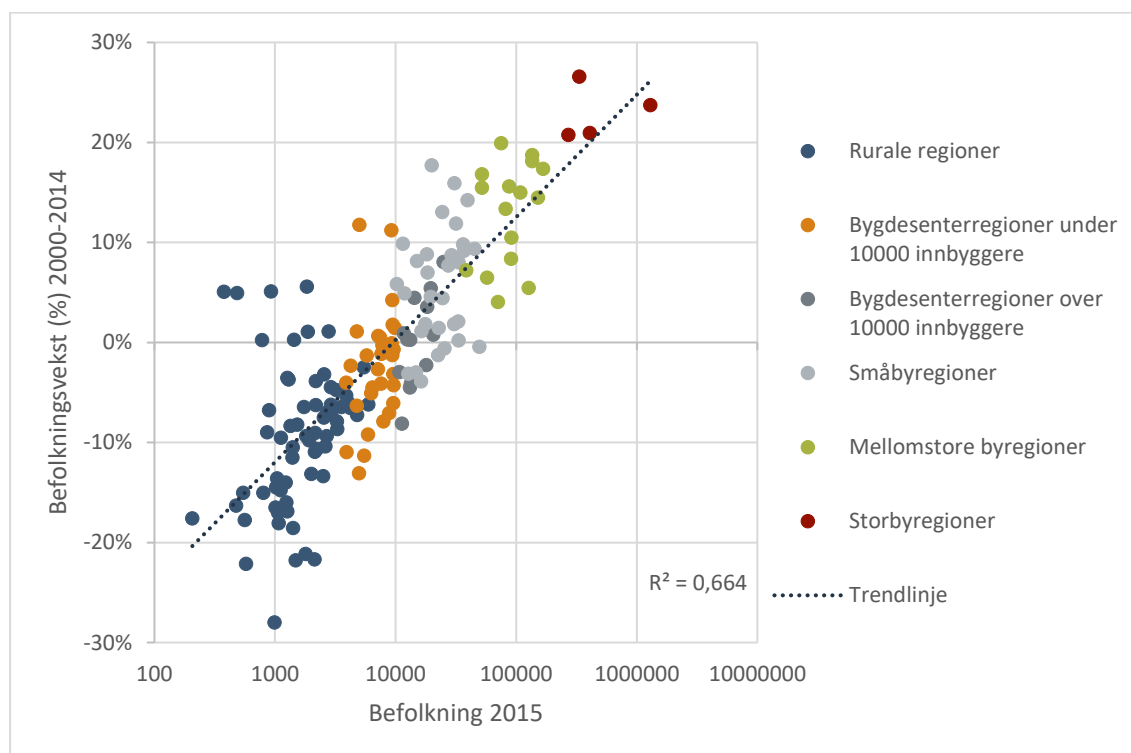
Vekstmønstre i Norge

Diagrammet under viser sammenhengen mellom prosentvis befolkningsvekst i perioden 2000-2015 for en region og regionens størrelse. Hver prikk representerer en region i Norge. Alle regionene er vist og er tildelt ulike farger. Diagrammet viser at det er en tydelig sammenheng mellom størrelse på region og befolkningsvekst. De største regionene (storbyregionene) vokser mest og de minste (regioner uten sentra) har størst befolkningsnedgang.

Trendlinjen viser at mens en region med et folketall på ti tusen ikke har vokst, så har en region med et folketall på ett hundre tusen vokst med 12-13 prosent, og en region med én million innbyggere vokst med 25 prosent. Trendlinjen antyder en lineær sammenheng ved at en tidobling i størrelse gir om lag 1 prosent høyere årlig vekst. Empirien vist i disse to diagrammene gir støtte til teorier om at agglomerasjon gir økt vekst.

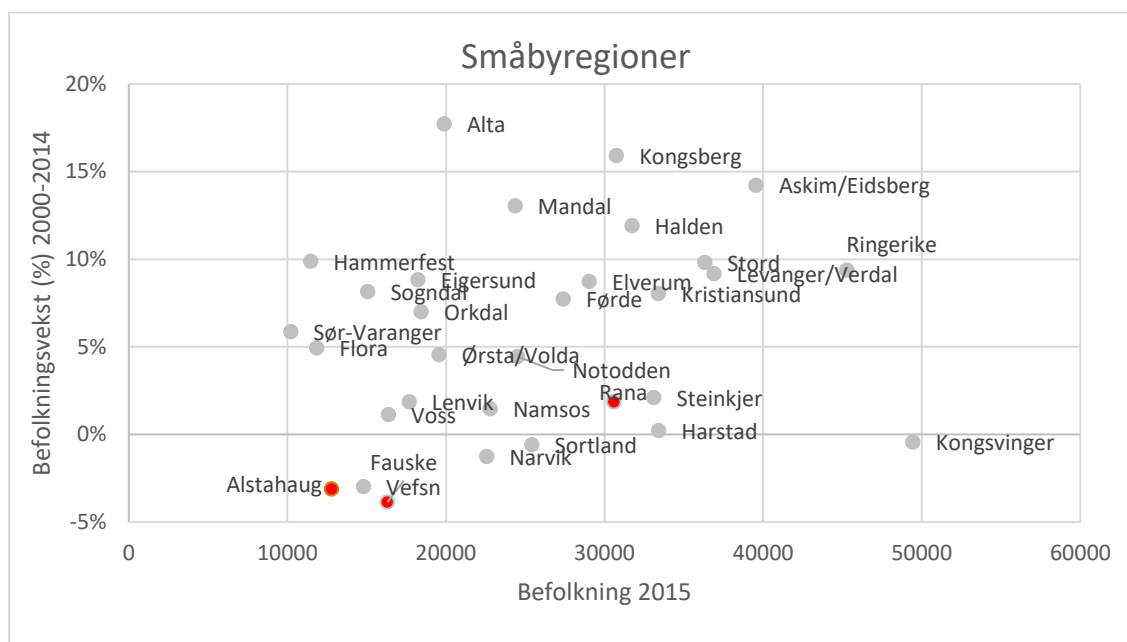
Diagrammet under viser imidlertid også at det er forholdsvis store variasjoner i vekst mellom regioner av samme størrelse og det ser ut til å være større variasjon jo mindre regionen er. Spennvidden i vekst i hele perioden for en region på tusen innbyggere er 35 prosent, for en region på ti tusen innbyggere er den på 20 prosent, mens den for en region på hundre tusen innbyggere kun er på 15 prosent.

Figur 0-2: Prosentvis befolkningsvekst 2000-2014 versus befolkning (logaritmisk skala)



I diagrammet under vises variasjon i vekst i små byregioner i Norge. Det umiddelbare inntrykket er at det er liten grad av samvariasjon mellom befolkningsstørrelse og befolkningsvekst (det ser ut som en haglskur) når vi ser på gruppen små byregioner der Mo i Rana, Vefsn og Alstahaug inngår. Men dersom Kongsvinger og Alta ikke var med, ville det vært en noe tydeligere sammenheng mellom befolkningsstørrelse og befolkningsvekst.

Figur 0-3: Småbyregioner: Prosentvis befolkningsvekst i perioden 2000-2014 versus befolkningsstørrelse



Innvandring har vært en sentral kilde til byers vekst de siste 20 årene. Byregioner som har hatt høyest innvandring sett i forhold til befolkningen er små kystbyer som har hatt sterk vekst innen offshorerettet virksomhet. Her finner vi Hammerfest, Alstahaug (Sandnessjøen), Kristiansund og Flora. Mindre byregioner på indre Østlandet og i Trøndelag har hatt lavest innvandring.

Næringsstruktur, utdanning og vekst i byregionene

I analysen Menon og IRIS gjennomførte i 2016, ble det vist at et høyt innslag av **eksportrettet naturressursbasert næringsliv** i 2004 har bidratt til vekst i produktiviteten i perioden frem mot 2013. Eksportrettet ressursbasert næringsliv bidro imidlertid bare i begrenset grad til vekst i sysselsetting og befolkning, hvilket kan ses i sammenheng med at næringen er relativt kapitalintensiv og at den har hatt høy produktivitetsvekst. Ikke minst gjelder dette sjømatnæringen der sysselsettingsveksten har vært lav.

Omfanget av statlig og fylkeskommunal aktivitet i byregionen har ikke noen merkbar effekt på produktiviteten i de små og mellomstore byregionene i Norge. Denne typen aktivitet bidrar imidlertid til økt sysselsettingsvekst og til en viss grad også befolkningsvekst.

Innslaget av **servicebasert næringsliv** ved inngangen til perioden ser ut til å kunne ha bidratt til høyere produktivitetsvekst i små og mellomstore byregioner. Det påvirker i liten grad befolkningsutviklingen eller sysselsettingsutviklingen i disse byregionene.

Vi viste videre at et høyt innslag av **generisk kunnskapsbasert næringsliv** (ofte betegnet som KIFT-næringer) er langt på vei et storbyregionfenomen og da særlig et Oslo-regionfenomen. Få mellomstore og små byregioner har noe særlig generisk kunnskapsbasert næringsliv. Vi kan heller ikke spore regionale veksteffekter for verdiskaping, sysselsetting eller produktivitet (verdiskaping per sysselsatt) fra regionenes innslag av sysselsetting innen denne næringsgruppen.

Vi fant også at et mer **differensiert (diversifisert) næringsliv** (målt på et mer detaljert nivå) kan bidra til å øke produktivitetsveksten i byregionene, men at veksten i sysselsetting og befolkning ikke berøres av graden av diversitet.

Med bakgrunn i disse statistiske analysene av samvariasjon mellom næringsstruktur og vekst, innfører vi en typologisering av byregioner som er næringsbasert. Vi opererer med 4 hovedkategorier og en kombinasjonskategori. Typologien av byregioner har følgende form

- Naturressurs (der denne næringsgruppen dominerer næringsstrukturen alene)
- Stat (der denne næringsgruppen dominerer næringsstrukturen alene)
- Service-basert (der denne næringsgruppen dominerer næringsstrukturen alene)
- Diversifisert (ingen av de fire næringsgruppene dominerer)

Teoretiske perspektiver knyttet til kunnskapsøkonomi predikerer at tilstedeværelse av høyt utdannet arbeidskraft i en region og kobling til KIFT-næringer i storbyene kan gi grunnlag for økt produktivitet og en mer innovasjonsdrevet økonomi. De statistiske analysene viser at arbeidskraften i Norge får stadig et høyere utdanningsnivå og videre at arbeidskraftens utdanning varierer med byregionens størrelse. De små og mellomstore byregionene har betydelig høyere andel med teknisk fagutdanning enn storbyregionene, mens storbyregionene har mye større andel med universitets- og høgskoleutdanning.

Vi har foreslått at byregionene kan deles inn i 4 grove grupper eller typer, basert på sammensetningen av næringsvirksomhet i regionene. Det er regioner med sterkt innslag av naturressursbasert næringsliv, statlig virksomhet, service-basert næringsliv og differensiert næringsliv. Årsaken til inndelingen er at innslaget av disse næringsgrupper samvarierer med ulike typer vekst i regionen.

For å gå videre i analysene av variasjon mellom byregioner er det formålstjenlig å studere byregionenes avvik fra forventet vekst. Med avvik fra forventet vekst mener vi da

- Byregionens avvik fra gjennomsnittlig sysselsettingsvekst for den typologi som byregionen hører til

Vi er opptatt av dette avviket fordi vi da kan gi en mer detaljert forklaring på veksten som ikke har med næringsstrukturen å gjøre.

Deretter vurderer vi i hvilken grad byregionene har et høyt eller lavt innslag av sysselsatte med høyere utdanning. Dette gjør vi fordi denne faktoren påvirker veksten i alle de fire typene byregioner. Det kan med andre ord tenkes at avvik fra forventet vekst kan forklares gjennom hvor høyt utdannet arbeidskraften er.

Dermed får vi følgende firefeltts-matrise:

	Lav andel med høyere utdannet arbeidskraft	Høy andel med høyere utdannet arbeidskraft
Høyere vekst enn forventet	1	2
Lavere vekst enn forventet	3	4

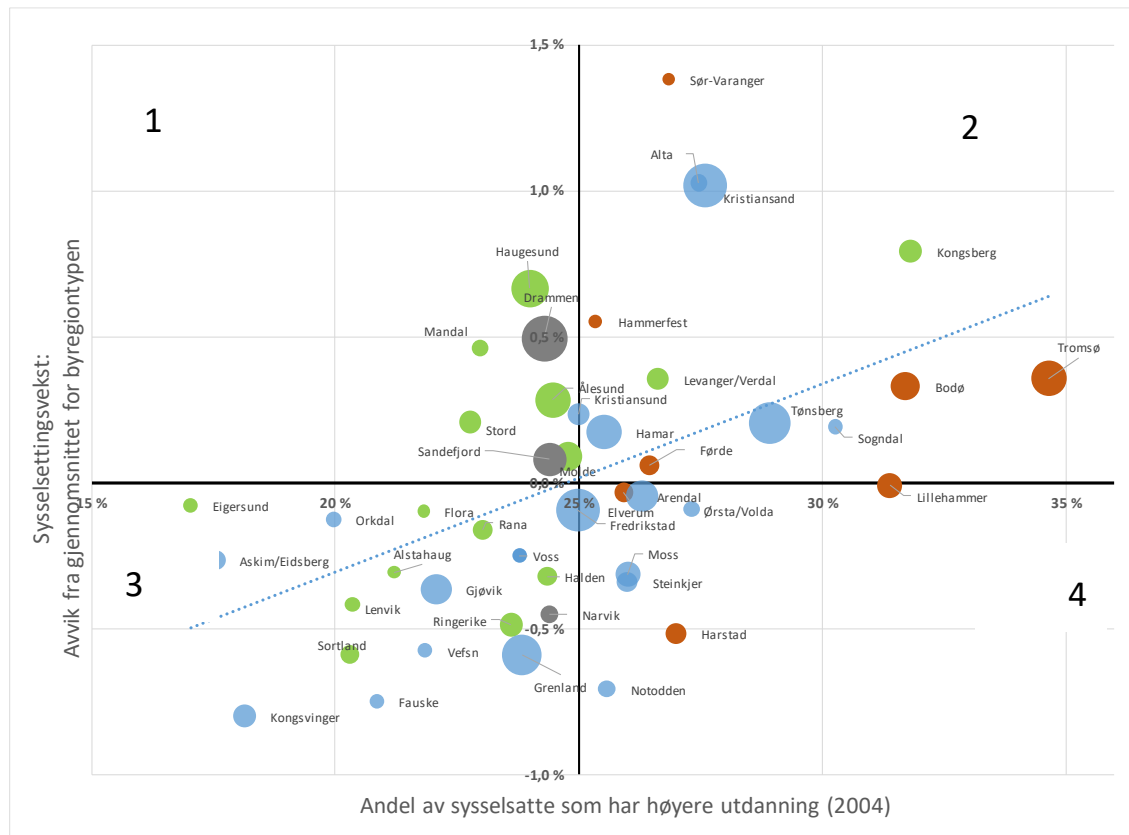
Dersom næringstilknytning og utdanning styrer det aller meste av variasjonen i byregionenes sysselsettingsvekst, skal de aller fleste byregionene befinne seg i celle 2 (øvre høyre hjørne) eller celle 3 (nedre venstre hjørne). Høy utdanning forklarer da hvorfor byregionene har høyere vekst enn det næringspreget tilsier.

Sentrale trekk

I figuren nedenfor plasserer vi byregionene inn i de fire cellene. Sentrum av figuren (origo) beskriver den gjennomsnittlige andelen av sysselsatte med høyre utdanning i byregionene i 2004, samt gjennomsnittlig vekst i byregiontypen. Beveger man seg oppover langs y-aksen, så har byregionen høyere vekst enn gjennomsnittet for

byregiontypen. Typen byregion er beskrevet med farger (grønn = naturressurs, rød = stat, grå = service/kombi og blå = diversifisert). Størrelsen på byregionene er representert med størrelsen på sirklene.

Figur 0-4: Byregionenes sysselsettingsvekst (avvik fra gjennomsnitt for typen) og utdanningsnivå (2004)



Av figuren ser vi enkelte overordnede trekk som er verd å bemerke:

- De fleste byregionene befinner seg i celle 2 og 3 som forventet. Bare 14 av 47 byregioner (30 prosent) befinner seg i celle 1 og 4. Dette forteller med andre ord at variasjoner over næring og utdanning i 2004 forklarer mye av veksten i sysselsetting. Ut fra denne tilnærmingen kan det etableres åtte byregiontypologier som vil bestå av to undertyper for hver av de fire næringsbaserte byregiontypologiene (en med lav andel sysselsatte med høyere utdanning og en med høy andel sysselsatte med høyere utdanning).
- De 14 byregionene som befinner seg i celle 1 og 4 har liten grad av spredning. Det er med andre ord ingen byregioner som har en svært høy utdanningsgrad og lav vekst. Tilsvarende er det ingen byregioner som har lav utdanningsgrad og høy vekst sett i forhold til hva slags byregion vi snakker om (typologi).
- Det er en overvekt av store byer i celle 2 (øvre høyre hjørne). Det er en viss tendens til at de største byene innen hver næringsbasert byregiontypologi har størst vekst, noe som er i tråd med forventningene basert på agglomerasjonsteoriene. Det er interessant fordi vi i utgangspunktet ikke fant noen statistisk signifikant sammenheng mellom befolkningsstørrelse og vekst i de statistiske analysene.

Oppsummering

Forklaringene på hvorfor de små og mellomstore byregionene opplever så stor innbyrdes variasjon i vekst enten det gjelder befolkning, sysselsetting eller verdiskaping er sammensatte og komplekse. Hverken de statistiske analysene eller case-studiene gir støtte til enkle forklaringsmodeller. Vi finner likevel enkelte hovedmønstre.

Nærings sammensetting og andel av arbeidsstyrken med høyere utdanning forklarer en god del av variasjonen i veksten, og da særlig sysselsettingsveksten. Nærings sammensetningen gir byregionen en utgangsposisjon mht. forventet sysselsettingsvekst, mens andel av arbeidsstyrken med høyere utdanning forteller om byregionen kommer på et høyt eller lavt nivå innenfor denne kategorien.

Høyere sysselsettingsvekst enn forventet i byregionene er, ikke uventet, knyttet til omfanget av offshorerettet aktivitet. Som bakenforliggende faktorer som gjør denne aktiviteten vekstfremmende finner vi en arbeidsstyrke med mye teknisk utdanning og en byregion med gode sosioøkonomiske forhold. Tilgang på arbeidskraft gjennom innpendling og/eller innvandring er nødvendige faktorer som må på plass for å realisere høy sysselsettingsvekst.

Lavere sysselsettingsvekst enn forventet finner vi i byregionene som opplever typiske randsoneproblemer rundt storbyer. De ligger for langt unna til å ha attraktive arbeidsmarkeder, men så nære at de mister ressurser til storbyene. Vi ser også at byregioner med større sosioøkonomiske problemer har lavere sysselsettingsvekst, men her kan nok kausaliteten like godt gå den andre veien. Vår gjennomgang kan også tolkes i retning av at enkelte byregioner kan komme tapende ut av et større infrastrukturprosjekt. Vi bruker Arendal og Ørsta/Volda som eksempler på dette. En svak kompetansebase, utover utdanningsnivå i arbeidsstyrken, synes også å gå sammen med lav vekst. Her spiller blant annet omfanget av egen studentproduksjon en rolle.

Vi finner ingen tydelige mønstre med hensyn til omfanget av kultur/fritidsaktivitet og vekst i byregionene. Det er i overensstemmelse med Vareide mfl. (2014) som sliter med å påvise at denne typen faktorer øker bostedsattraktiviteten og veksten. Det er også vanskelig å identifisere noe mønster med hensyn til næringslivskjennetegn slik de er formulert gjennom våre indikatorer, som entreprenørskap, antall gaseller og næringskonsentrasjon.

Vår gjennomgang av innovasjonsrettet aktivitet i case-byene viser at et velfungerende innovasjonssystem kan bidra til økt vekst. Vi finner eksempelvis gode utviklingstrekk i byregioner som Ålesund, Kongsberg og Mo i Rana. Samtidig er det viktig å påpeke at denne typen regional satsing på ingen måte er en garanti for vekst. En rekke byregioner har satset tungt på en innovasjonsdrevet vekstmodell uten helt å få dette til. Lillehammer, Narvik og Grenland er gode eksempler på dette. Tiden vil vise om satsingene til slutt gir solid meravkastning.

Vedlegg – Økonometrisk studie av endringer i statlig sysselsetting

Det er en krevende øvelse å si noe om hvordan positive og negative sjokk i sysselsettingen i regioner gir utslag i sysselsettings- og befolkningsutvikling over tid. For å kunne si noe om dette, og for å understøtte andre antakelser som er gjort i analysen, har vi gjennomført en økonometrisk analyse av kommuner som tidligere har opplevd store endringer i statlig sysselsetting. I dette vedlegget presenterer vi metode og resultater fra denne analysen.

Oppsummering av hovedfunn

Vi har gjennomført en statistisk analyse av effekten av positive og negative sjokk i statlig sysselsetting på øvrig sysselsetting og innbyggertall i norske kommuner over tidsperioden 2004-2014.⁷² Analysen studerer hvordan markante endringer i statlig sysselsetting over tid påvirker veksten i øvrig sysselsetting i kommunen etter at det markante skiftet inntraff. Metoden vi har benyttet er en versjon av «difference-in-differences».

Positivt sjokk i statlig sysselsetting

Ved å benytte «difference-in-differences»-metodikk der kommuner med markant endring i statlig sysselsetting (behandlede kommuner) sammenlignes med lignende kommuner uten behandling (kontrafaktisk utvikling), finner vi støtte for vår hypotese om at positive endringer (sjokk) i statlig sysselsetting i kommuner i snitt øker både øvrig sysselsetting og innbyggertallet over tid.

Effektene på øvrig sysselsetting er i året etter sjokk tilnærmet lik null, men over en treårsperiode etter sjokket øker øvrig sysselsetting i gjennomsnitt med 3 prosent årlig. Dette har en mulig og nokså intuitiv forklaring: En varig økning i antall statsansatte kan gi høyere konsum av varer og tjenester som igjen kan gi positive ringvirkninger på privat og kommunal sysselsetting i kommunen, alt annet likt: Økt etterspørsel, initiert av vekst i statlig sektor, vil stimulere til økt produksjon som igjen øker sysselsettingen hovedsakelig i privat sektor.

Effektene på innbyggertallene er i året etter det positive sjokket estimert til å være høyere enn gjennomsnittlig effekt per år over en treårsperiode etter sjokket. Dette kan eventuelt forklares ved at sjokk i statlig sysselsetting medfører en umiddelbar økning i tilflyttingen, hvis det ikke er kapasitet til å rekruttere alt personellet lokalt og/eller vilje til å pendle inn til kommunen. Over tid vil denne direkte effekten på veksten i innbyggertallet avta.

Det er knyttet usikkerhet til disse resultatene som følge av en viss inkonsistens i virkningene på øvrig sysselsetting og innbyggertall når vi sammenligner hver enkelt av behandlingskommunene opp mot hverandre. De aggregerte resultatene indikerer derfor i større grad retning på de kausale sammenhengene enn hva det faktiske omfanget vil bli av et positivt sjokk i statlig sysselsetting.

Negativt sjokk i statlig sysselsetting

For negative sjokk i statlig sysselsetting ser vi mer tvetydige resultater på sysselsetting i privat næringsliv og befolkningsvekst, der noen behandlingskommuner får en positiv effekt, mens andre får en negativ effekt. Generelt er det vanskeligere å si noe om de langsiktige virkningene av negative sysselsettingssjokk, noe man også kjenner igjen fra negative sysselsettingssjokk i privat sektor. Dette er derfor et område som har behov for ytterligere forskning.

⁷² Øvrig sysselsetting representerer summen av fylkeskommunal, kommunal og privat sysselsetting.

Det er knyttet stor usikkerhet til resultatene til analysen av innvirkningen på øvrig sysselsetting og innbyggertall ved negative endringer (sjokk) i statlig sysselsetting. Det er særlig to årsaker til hvorfor resultatene må tolkes med varsomhet: Før det første er det få kommuner i tidsperioden vi studerer som har opplevd markante negative endringer i statlig sysselsetting. For det andre er ikke konsistens i resultatene for de kommunene som opplever negative sjokk. Dette betyr at resultatene i beste fall må tolkes som indikasjoner på hva som kan skje, snarere enn et signal om hva som faktisk vil skje.

Kort om metode

I analysen av de dynamiske virkningene, legger vi til grunn følgende hypoteser:

- 1) En tilstrekkelig markant engangsøkning/-reduksjon i antall statlig ansatte til et nytt varig høyt/lavt nivå vil ha en varig positiv/negativ innvirkning på sysselsettingen i kommunal og privat sektor over tid, alt annet likt.
- 2) En tilstrekkelig markant engangs økning/reduksjon i antall statlig ansatte til et nytt varig høyt/lavt nivå vil ha en positiv/negativ virkning på bosettingen i kommunen over tid, alt annet likt.

Vi ønsker å teste hypotesene med data og statistisk metode for å avdekke hvorvidt hypotesene i 1) og 2) representerer kausale sammenhenger, og for å kunne avdekke omfanget av de eventuelle kausale sammenhengene. Metoden vi anvender er en versjon av «Difference in Differences» (DID), og heter «Difference in Differences with Synthetic Control» (SDID). Dette er en anerkjent metode Menon nylig har benyttet i andre analyser. Hovedargumentet for å bruke denne metoden, for korrekt spesifisert modell, er at vi klarer å isolere effekten av behandling (engangs økning i for eksempel antall statlig sysselsatte) og derav utelate innvirkningen av andre uobserverte og observerte hendelser som har inntruffet i samme tidsrom.⁷³

Design av kontroll- og behandlingsgrupper

Vår analyse benytter seg av observerte data for norske kommuner i tidsrommet 2004-2014. For å kunne estimere effekten av endringer i statlig sysselsetting på øvrig sysselsetting og bosetting, må vi designe både kontroll- og behandlingsgrupper. Formålet med å designe disse gruppene er å konstruere et analysemiljø som approksimerer standarden til en DID-analyse i et kontrollert miljø.

Utvelgelse av behandlingsgruppe

Til å sette sammen datasettet over statlig sysselsetting per kommune, har vi benyttet data tilgjengelig på NSD⁷⁴ sine nettsider. Databasen inneholder informasjon om ansatte ved alle enheter i departementene og alle statlige virksomheter som har vært direkte tilknyttet departementene i løpet av årene 1947 til 2014 fordelt på alle norske kommuner.⁷⁵ En rekke av disse virksomhetene har over årene omstrukturert seg til å bli regnskapspliktige foretak, e.g. stiftelser og AS-er, noe som vil kunne gi «falske» sjokk i sysselsettingen i enkeltregioner. Et godt eksempel er for eksempel Posten Norge BA og Statens Jernbaneselskap (NSB BA) som gikk fra å være statlige

⁷³ Korrekt bruk av DID fjerner variasjonen i data som skyldes andre effekter enn behandlingseffekter. Hvis vi for eksempel ønsker å studere virkningene av statlige subsidier til en eksportbedrift, vil en korrekt spesifisert DID-modell måle effekten av subsidier på eksportbedriftens prestasjoner. Hvis vi benytter feil modellspesifikasjon, vil vi mest sannsynlig også måle effekten av andre variabler på bedriftens prestasjoner, som for eksempel institusjonelle forhold, verdensmarkedspriser, konjunkturer og konkurranseintensitet. Førstnevnte refereres til som idiosynkratisk variasjon som er uavhengig av tidsdimensjonen.

⁷⁴ Norsk Senter for Forskningsdata

⁷⁵ For ytterligere informasjon, se NSD sin beskrivelse av datasettet: <http://www.nsd.uib.no/polsys/forvaltning/dokumentasjon/om.html>

virksomheter i 1999 til statlig eide virksomheter i 2000. Til å håndtere dette, har vi koblet på Menon sin eierskaps- og regnskapsdatabase til å justere for tilfeller der negative sjokk i statlig sysselsetting ikke er reelle.

NAV, Skatteetaten og SSB samordnet rapporteringen for arbeidsgivere og andre opplysningspliktige fra og med 01.01.2015 (a-ordningen). Fra og med 2015 bygger statistikken over sysselsetting på nye datakilder, og vi kan derfor ikke direkte sammenligne sysselsettingstall før og etter 2015.⁷⁶ Vi benytter oss derfor ikke av data fra etter 2014.

De positive og negative sjokkene identifiseres som varige positive og negative endringer i statlig sysselsetting. Endringene må være av en viss størrelse, både i absolutt nivå og i prosentvis endring, for å inngå i analysen. Restriksjonene vi ilegger gjør at vi får valgt ut behandlingskommuner som enten opplever engangs positive eller negative sjokk, og at vi kan rendyrke effektene av dette over tid ved å sammenligne utviklingen i øvrig sysselsetting/innbyggertall opp mot kontrafaktisk utvikling i de samme variablene (kontrollkommuner).

Design av kontrollgrupper

Formålet med å designe en kontrollgruppe, er å estimere kontrafaktisk utvikling til behandlingsgruppene dersom de ikke var mottakere av noe sjokk i statlig sysselsetting.

Som vi tidligere har vært inne på, har vi benyttet oss av syntetiske kontrollgrupper for å identifisere effekten av sjokkene på øvrig sysselsetting og befolkning. Til å velge ut de fem kommunene som ligner mest på hver enkelt behandlingskommune, søker vi å identifisere de kommunene som har den korteste avstanden fra settet av variabler (nivå- og endringsvariabler) til hver enkelt behandlingskommune. I dette arbeidet benytter vi oss av Mahalanobis avstand. Dette er en metode Menon nylig har benyttet på andre prosjekter.

Vi har valgt å benytte oss av både nivå- og endringsvariable i utvelgelsen av de fem nærmeste kommunene som ikke får behandling, for å ta hensyn til at de syntetiske kontrollkommunene både skal være relativt like i tverrsnittet og i tidsdimensjonen. I utvelgelsen av variabler har vi fokusert på å benytte oss av variabler som forteller mest mulig om hver enkelt kommune sitt økonomiske potensial og nå-situasjon. Formålet med variablene er å estimere syntetiske kontrollkommuner som er mest mulig lik den enkelte behandlingskommune på flest mulig parametere uten å gi opp for mange frihetsgrader.

Resultatet av metoden presenteres i figurer i neste kapittel.

Analyse

Ved å følge metodikken som er beskrevet i metode-kapitlet, har vi gjennomført en SDID-analyse over effekten av positive og negative sjokk i statlig sysselsetting på øvrig sysselsetting og innbyggertall for norske kommuner i tidsperioden 2004-2014.

Positive sjokk

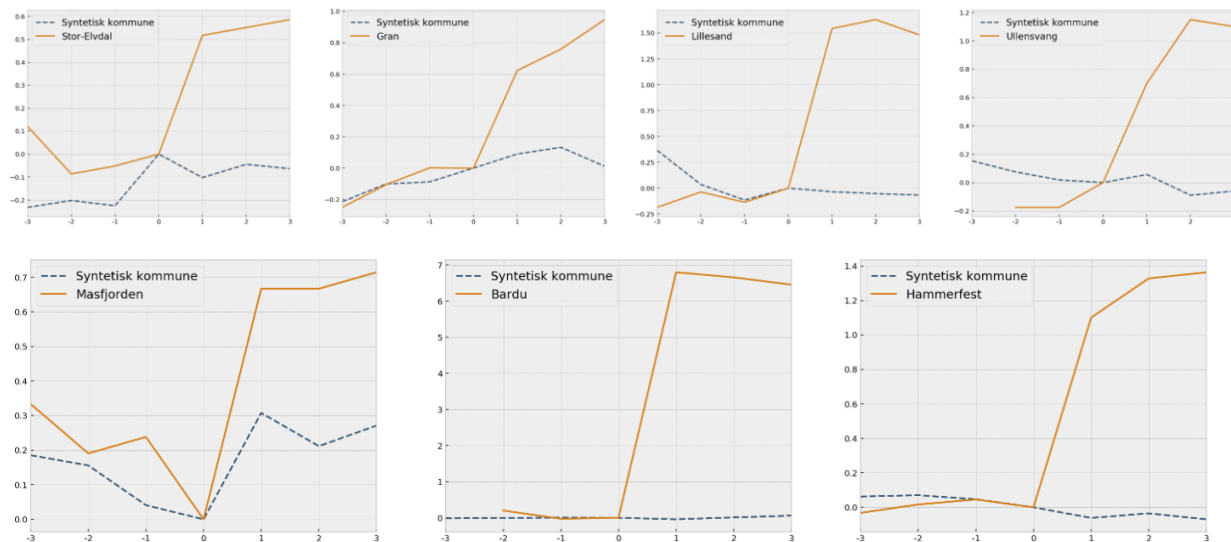
Ved å identifisere behandlingskommunene som er mottakere av positive sjokk, kan vi estimere disse kommunenes kontrafaktiske utvikling. Til å gjøre dette har vi fulgt metoden presentert i metodekapitlet.

I de påfølgende figurene og tabellene presenterer vi utviklingen for hver enkelt behandlingskommune som vi har identifisert som mottaker av et positivt sjokk. Den første figuren viser faktisk og kontrafaktisk utvikling i statlig sysselsetting for hver enkelt behandlingskommune. På X-aksen viser vi antall år før og etter sjokk, der året før sjokk er satt til å være lik år 0. År 1 vil da vise til sjokkåret hvor økningen i statlig sysselsetting er synlig. På Y-

⁷⁶ <https://www.ssb.no/omssb/om-oss/nyheter-om-ssb/a-ordningen-en-datakilde-for-tre-etater>

aksen har vi gjengitt relativ prosentvis endring i statlig sysselsatte fra et vilkårlig år til året *før* sjokk. Figuren forteller oss om omfanget av sjokkene og hvordan utviklingen i statlig sysselsatte ville sett ut dersom det ikke hadde vært noen sjokk.

Figur 0-1: Relativ vekst i statlig sysselsetting til året før sjokk inntreffer, for behandlingskommuner som mottar positivt sjokk og tilhørende syntetiske kommuner. De blå stiplede linjene representerer kontrafaktisk utvikling (syntetisk kommune), mens de oransje linjene representerer faktisk utvikling. Kilde: Menon Economics



Som vi ser av figuren over, så er det totalt identifisert syv kommuner i tidsrommet 2004-2014 som er karakterisert som behandlingskommuner gitt restriksjonene for utvelgelse.⁷⁷ Som vi kan se av figuren, så opplever alle de syv kommunene en tydelig og markant engangsøkning i statlig sysselsetting fra år 0 til år 1. Som tidligere diskutert i metodekapitlet, benytter vi oss av alle øvrige kommuner i Norge som ikke har mottatt et positivt sjokk, til å velge ut de fem kommunene som ligner mest på hver enkelt behandlingskommune.⁷⁸ I tabellen under presenterer vi hvilke kommuner som ligner mest på hver enkelt behandlingskommune i året *før* sjokk, samt hva som var årsaken til de observerte sjokkene i påfølgende år.

Tabell 0-1: Utvelgelse av de fem kommunene som ligner mest på hver av behandlingskommunene i året før sjokk, samt årsak til sjokk i påfølgende år.

Behandlingskommune	Lignende kommuner før sjokk	År sjokk	Årsak sjokk
Stor-Elvdal	Ulvik, Tysnes, Engerdal, Jondal, Skjåk	2008	Økning ved Høgskolen i Hedmark og andre etater
Gran	Nome, Lindås, Råde, Fyresdal, Søgne	2010	Økning i Jernbaneverket Trafikk
Lillesand	Hornindal, Askvoll, Drangedal, Lier, Rygge	2008	Etablering av Post- og Teletilsynet
Ullensvang	Ringebu, Etnedal, Mandal, Bjerkreim, Suldal	2007	Økning i Statens Kartverk

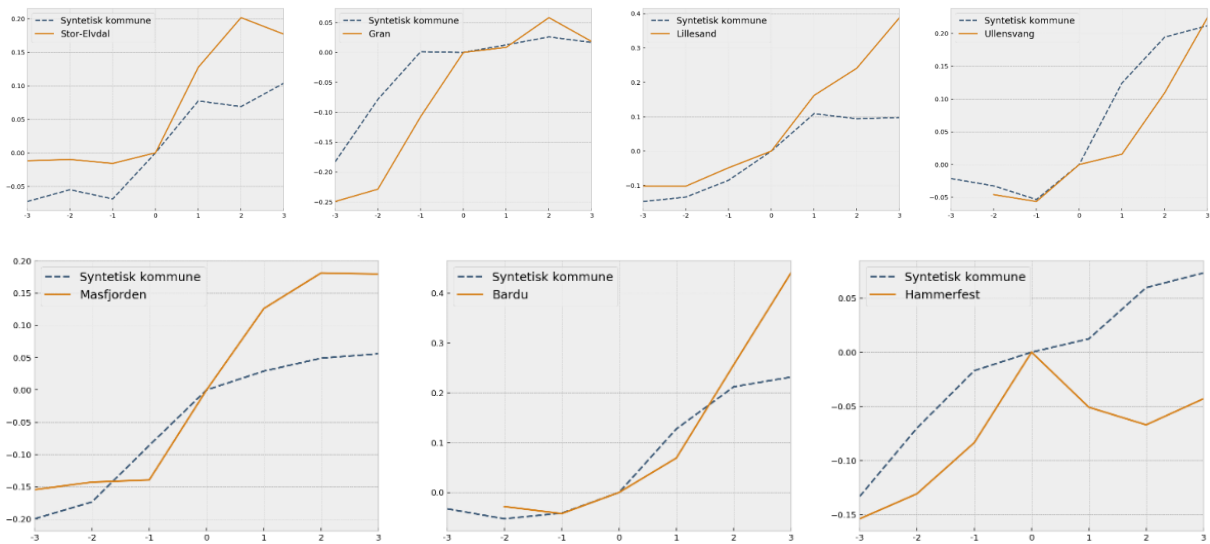
⁷⁷ Se i metodekapitlet for en grundig gjennomgang av hvilke restriksjoner vi har lagt til grunn for identifikasjon av behandlingskommuner.

⁷⁸ Se tabell 0-1 for en beskrivelse av hvilke nivå- og endringsvariabler som vi har benyttet til å velge ut de fem kommunene som ligger mest på hver enkelt behandlingskommune.

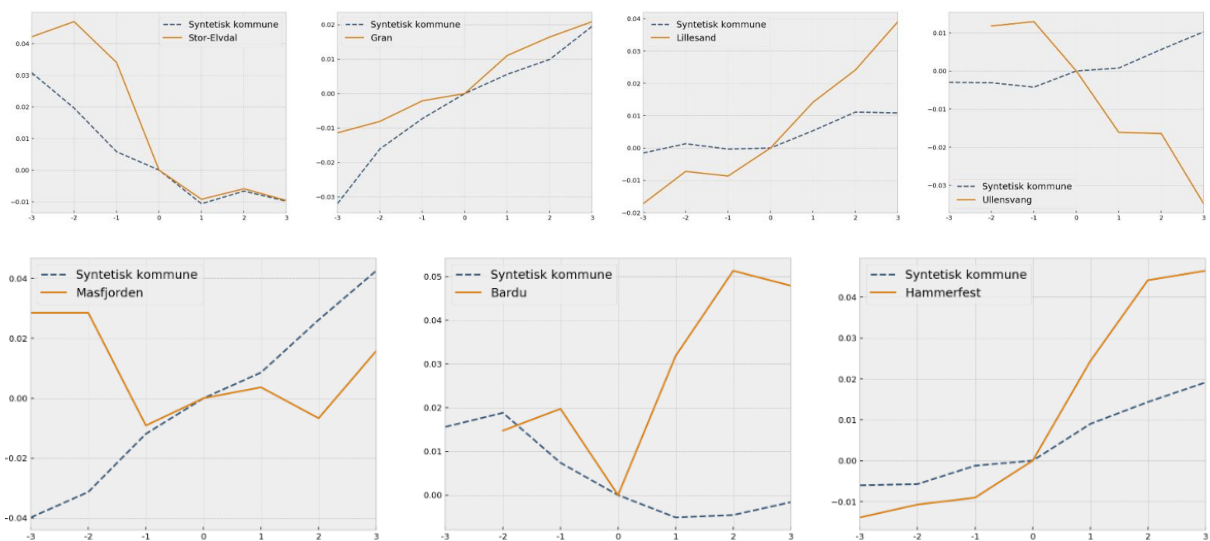
Masfjorden	Fjell, Os, Radøy, Vaksdal, Bø	2009	Økning i Havforskningsinstituttet
Bardu	Sør-Aurdal, Fjaler, Østre Toten, Bygland, Kvinesdal	2007	Etablering av Forsvarsbygg
Hammerfest	Jølster, Selje, Høyanger, Hol, Sola	2010	Etablering av Høgskolen i Finnmark og Husbanken

Som diskutert i metodekapitlet, kan vi bruke de syntetiske kommunene (snittet av alle fem kommuner per behandlingskommune) til å estimere kontrafaktisk utvikling i øvrig sysselsetting og befolkning. I figuren under presenterer vi relativ prosentvis vekst i øvrig sysselsetting og innbyggertall for alle behandlingskommunene og deres respektive kontrafaktiske utvikling. Tolkningen av X- og Y-aksen er identisk med figur 0-2.

Figur 0-2: Relativ vekst i øvrig sysselsetting til året før sjokk inntreffer, for behandlingskommuner som mottar positivt sjokk og tilhørende syntetiske kommuner. De blå stiplede linjene representerer kontrafaktisk utvikling (syntetisk kommune), mens de oransje linjene representerer faktisk utvikling. Kilde: Menon Economics



Figur 0-3: Relativ vekst i innbyggertall til året før sjokk inntreffer, for behandlingskommuner som mottar positivt sjokk og tilhørende syntetiske kommuner. De blå stiplede linjene representerer kontrafaktisk utvikling (syntetisk kommune), mens de oransje linjene representerer faktisk utvikling. Kilde: Menon Economics



Av figur 0-3 og 0-4 kan vi se hvordan relativ prosentvis vekst fra året før sjokk utvikler seg for hver enkelt behandlingskommune (faktisk og kontrafaktisk) for henholdsvis øvrig sysselsetting og innbyggertall, når det inntreffer et positivt sjokk i statlig sysselsetting i år 0.

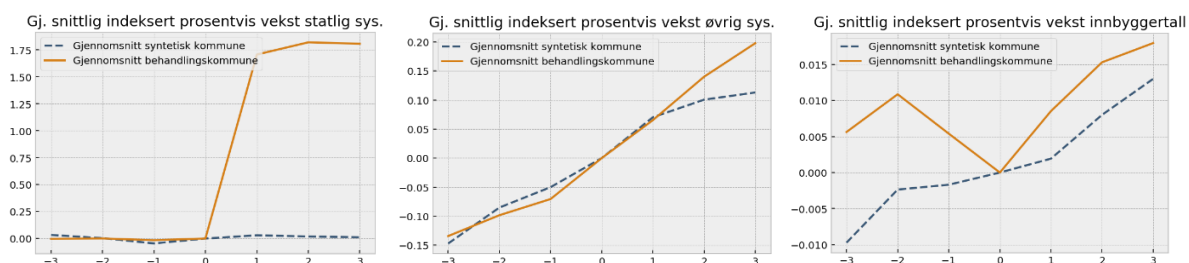
I figur 0-3 ser vi at det er ulikt mellom behandlingskommunene hvorvidt det positive sjokket i statlige sysselsatte påvirker veksten i øvrig sysselsetting positivt eller negativt sett i forhold til hver enkelt behandlingskommune sin kontrafaktiske utvikling. For kommunene Stor-Elvdal, Lillesand, Masfjorden og Bardu ser vi at det er en positiv innvirkning, for Gran og Ullensvang ser vi at effekten er tilnærmet null, mens for Hammerfest er det en negativ innvirkning. Inkonsistensen mellom de enkelte behandlingskommunene gjør at vi må tolke de aggregerte resultatene for behandlingsgruppen som helhet med varsomhet.

I figur 0-4 kan vi også se at det er ulikt mellom behandlingskommunene hvorvidt det positive sjokket i statlige sysselsatte påvirker veksten i innbyggertallene positivt eller negativt sett i forhold til hver enkelt behandlingskommune sin kontrafaktiske utvikling. Tre av kommunene opplever en positiv innvirkning to har tilnærmet ingen effekt, mens to av kommunene opplever negativ innvirkning på relativ vekst fra året før sjokk.

Et par av resultatene avviker fra hypotesen om at en positiv endring i statlig sysselsetting gir en positiv endring i øvrig sysselsetting eller befolkning. En mulig forklaring bak dette er at vi denne analysen kun har sett på kommuner og ikke på bo- og arbeidsmarkedsregioner. Dersom kommunene som har opplevd endringer er en integrert del av en større bo- og arbeidsmarkedsregion, vil dette vanne ut effekten av sjokket på øvrig sysselsetting og befolkning.

Vi er nå klare til å estimere DID-effekter på øvrig sysselsetting og innbyggertall som følge av positivt sjokk i statlig sysselsetting. Som tidligere diskutert, gjør vi dette for hele settet av behandlingskommuner.

Figur 0-4: Figurene fra venstre til høyre viser gjennomsnittlig vekst i hhv. statlig sysselsetting, øvrig sysselsetting og innbyggertall relativt til året før sjokk for settet av behandlingskommuner som opplever positivt sjokk i statlig sysselsetting. Kilde: Menon Economics



Den midterste figuren og figuren til høyre viser innvirkning på merveksten i henholdsvis øvrig sysselsetting og innbyggertall som følge av positivt sjokk i statlig sysselsatte. Figurene er snittbetraktninger for settet av behandlingskommuner. Den midterste figuren antyder at øvrig sysselsetting ikke påvirkes monumentalt av sjokk i statlig sysselsetting, men at innvirkningen på merveksten øker i tiltakende grad over tid. Figuren til høyre antyder at innbyggertallene for en gjennomsnittlig behandlingsgruppe har en positiv mervekst og at effekten følger direkte etter sjokk i statlig sysselsetting. Det er likevel viktig å merke seg at merveksten i innbyggertall fordeler seg på svært lave verdier.

Resultatene fra DID-estimeringen på øvrig sysselsetting og innbyggertall er gjengitt i tabellen under. Disse er estimert på et lite datagrunnlag, og må tolkes med varsomhet.

Tabell 0-2: Resultater av DID-estimering på øvrig sysselsetting og innbyggertall av positivt sjokk i statlig sysselsetting.

	Avhengig variabel	DID-effekt, $\hat{\delta}$
Monumental mervekst fra år 0 til år 1	Øvrig sysselsetting	-0,005
	Innbyggertall	0,01

Gjennomsnittlig årlig mervekst opptil 3 år etter sjokk	Øvrig sysselsetting	0,03
	Innbyggertall	0,002

Vi ser av figur 0-3 at den monumentale effekten på merveksten i øvrig sysselsetting og innbyggertall som kan tilskrives positivt sjokk i statlig sysselsetting er tilnærmet lik 0. Mer spesifikt: Relativt til veksten i øvrig sysselsetting før sjokk, vil sjokket i statlig sysselsetting redusere veksten i øvrig sysselsetting året etter sjokk med et gjennomsnitt på 0,5 prosent. For relativ vekst i innbyggertall, er samme effekt estimert til 1 prosent.

Hvis vi utvider horisonten for når sjokket i statlig sysselsetting kan gi virkninger på våre avhengige variabler, ser vi at gjennomsnittlig vekst i øvrig sysselsetting per år, over en treårsperiode etter sjokket, øker med 3 prosent mer enn hva veksten i øvrig sysselsetting var før sjokk. For gjennomsnittlig årlig vekst i innbyggertall over samme tidshorisont, er samme effekt estimert til 0,2 prosent.

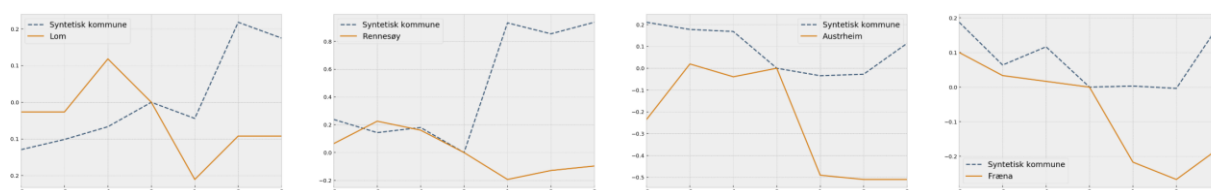
Disse punktestimatene speiler godt det bildet som blir skissert i figur 0-5: Statlig sysselsetting har ingen eller negativ innvirkning på øvrig sysselsetting året etter sjokk, men for hvert påfølgende år har statlig sysselsetting en økende positiv effekt på øvrig sysselsetting relativt til året før sjokk. Statlig sysselsetting har derimot en liken øyeblikkelig positiv innvirkning på innbyggertall året etter sjokk, og i økende grad for de påfølgende årene, men effekten er svært lav.

Negative sjokk

Ved å identifisere behandlingskommunene som er mottakere av negative sjokk, kan vi estimere disse kommunene sin kontrafaktiske utvikling. Til å gjøre dette har vi fulgt metoden presentert i metodekapitlet.

I de påfølgende figurene og tabellene presenterer vi utviklingen for hver enkelt behandlingskommune som vi har identifisert som mottaker av et negativt sjokk. Den første figuren viser faktisk og kontrafaktisk utvikling i statlig sysselsetting for hver enkelt behandlingskommune. På X-aksen viser vi antall år før og etter sjokk, der året før sjokk er satt til å være likt år 0. År 1 vil da vise til sjokkåret hvor reduksjonen i statlig sysselsatte er synlig. På Y-aksen har vi gjengitt relativ prosentvis endring i statlig sysselsatte fra et vilkårlig år til året før sjokk. Figuren forteller oss om omfanget av sjokkene og hvordan utviklingen i statlig sysselsatte ville sett ut dersom det ikke hadde vært noen sjokk.

Figur 0-5: Relativ vekst i statlig sysselsetting til året før sjokk inntreffer, for behandlingskommuner som mottar negativt sjokk og tilhørende syntetiske kommuner. De blå stiplede linjene representerer kontrafaktisk utvikling (syntetisk kommune), mens de oransje linjene representerer faktisk utvikling. Kilde: Menon Economics



Som vi ser av figuren over, så er det totalt identifisert fire kommuner i tidsrommet 2004-2014 som er karakterisert som behandlingskommuner gitt restriksjonene for utvalgelse.⁷⁹ Som vi kan se av figuren, så opplever alle de fire kommunene en tydelig og markant engangsreduksjon i statlig sysselsetting fra år 0 til år 1. Som tidligere diskutert i metodekapitlet, benytter vi oss av alle øvrige kommuner i Norge som ikke har mottatt

⁷⁹ Se i metodekapitlet for en grundig gjennomgang av hvilke restriksjoner vi har lagt til grunn for identifikasjon av behandlingskommuner.

et negativt sjokk til å velge ut de fem kommunene som ligner mest på hver enkelt behandlingskommune.⁸⁰ I tabellen under presenterer vi hvilke kommuner som ligner mest på hver enkelt behandlingskommune i året *før* sjokk, samt hva som var årsaken til de observerte sjokkene i påfølgende år.

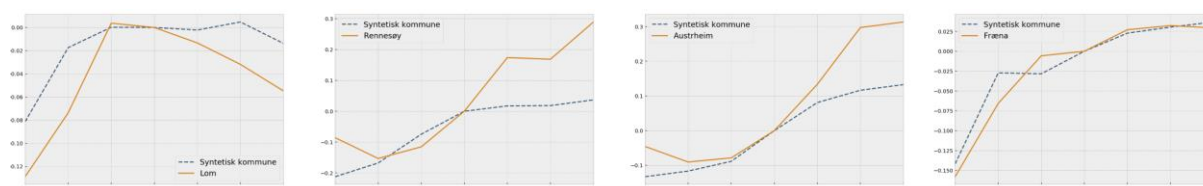
Tabell 0-3: Utvelgelse av de fem kommunene som ligner mest på hver av behandlingskommunene i året før sjokk, samt årsak til sjokk i påfølgende år.

Behandlingskommune	Lignende kommuner før sjokk	År sjokk	Årsak sjokk
Lom	Åmot, Vågå, Tønsberg, Øyer, Molde	2011	Reduksjon i Bring Gudbrandsdalen AS (eies av Posten Norge)
Rennesøy	Grue, Meland, Tysnes, Lier, Eidfjord	2009	Reduksjon i Posten Norge, NAV Rogaland og Presteskapet
Austrheim	Sogndal, Nedre Eiker, Vågsøy, Aurland, Nord-Fron	2008	Reduksjon i Posten Norge
Fræna	Stange, Tysnes, Sund, Oslo, Nissedal	2011	Nedleggelse av Posten Norge

Som vi kan se av tabellen over, så er det ulike kommuner som ligner mest på hver enkelt behandlingskommune. Dette følger av at behandlingskommunene er ulike i demografi, utdanningsnivå, næringsinndeling og sentralitet før sjokk. Vi kan også se fra tabell 0-4 at årsaken til hvorfor det oppstår et negativt sjokk er forskjellig mellom de ulike behandlingskommunene, og at årsakene fordeler seg på enten reduksjon i eksisterende tilbud eller nedleggelse av virksomheter. Felles for alle behandlingskommunene som mottar negativt sjokk, er at sjokket kan forklares med nedgang i sysselsetting i det statseide selskapet Posten Norge.

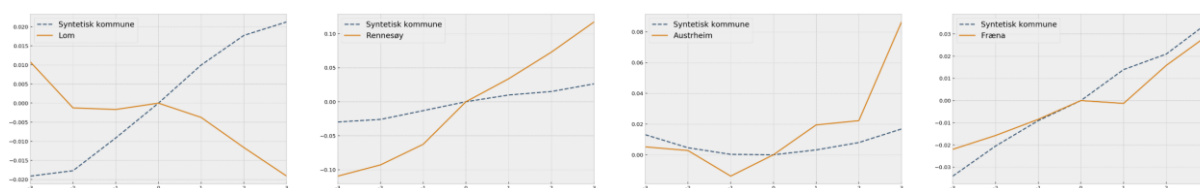
Som diskutert i metodekapitlet, kan vi bruke de syntetiske kommunene til å estimere kontrafaktisk utvikling i øvrig sysselsetting og befolkning. I figuren under presenterer vi relativ prosentvis vekst i øvrig sysselsetting og innbyggertall for alle behandlingskommunene og deres respektive kontrafaktiske utvikling. Tolkningen av X- og Y-aksen er identisk med figur 0-6.

Figur 0-6: Relativ vekst i øvrig sysselsetting til året før sjokk inntreffer, for behandlingskommuner som mottar negativt sjokk og tilhørende syntetiske kommuner. De blå stiplede linjene representerer kontrafaktisk utvikling (syntetisk kommune), mens de oransje linjene representerer faktisk utvikling. Kilde: Menon Economics



⁸⁰ Se tabell 0-1 for en beskrivelse av hvilke nivå- og endringsvariabler som vi har benyttet til å velge ut de fem kommunene som ligger mest på hver enkelt behandlingskommune.

Figur 0-7: Relativ vekst i innbyggertall til året før sjokk inntreffer, for behandlingskommuner som mottar negativt sjokk og tilhørende syntetiske kommuner. De blå stiplede linjene representerer kontrafaktisk utvikling (syntetisk kommune), mens de oransje linjene representerer faktisk utvikling. Kilde: Menon Economics



I figur 0-7 ser vi at det er ulikt mellom behandlingskommunene hvorvidt det negative sjokket i statlige sysselsatte påvirker veksten i øvrig sysselsetting positivt eller negativt sett i forhold til hver enkelt behandlingskommune sin kontrafaktiske utvikling. For kommunen Lom ser vi at en reduksjon i statlig sysselsetting har en negativ innvirkning, mens for kommunene Rennesøy og Austrheim har en reduksjon i statlig sysselsetting en positiv innvirkning på øvrig sysselsetting.

I figur 0-8 kan vi også se at det er ulikt mellom behandlingskommunene hvorvidt det positive sjokket i statlige sysselsatte påvirker veksten i innbyggertallene positivt eller negativt sett i forhold til hver enkelt behandlingskommune sin kontrafaktiske utvikling. To av kommunene opplever en positiv innvirkning på relativ vekst fra året før sjokk, mens de to andre kommunene opplever negativ innvirkning på relativ vekst fra året før sjokk.

På bakgrunn av få observasjoner og tvetydige resultater blant behandlingskommune, har vi valgt å ikke beregne DID-estimer og gjennomsnittseffekter for negative sjokk.

Vedlegg – Menons ringvirkningsmodell og sysselsettings- og verdiskapingseffektene

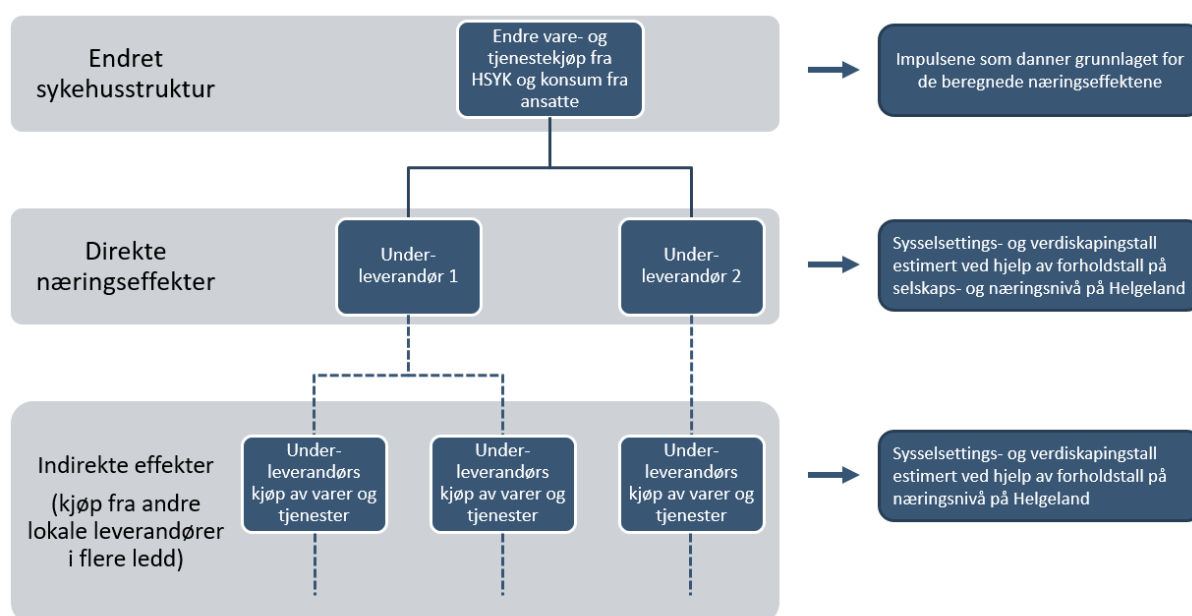
Menons ringvirkningsmodell, ITEM

For å beregne ringvirkningene benytter vi Menons ringvirkningsmodell, ITEM. Ettersom vi her er interesserte i å estimere lokale virkninger, har vi i denne analysen benyttet oss av den regionale modulen av ringvirkningsmodellen. Nedenfor kommer en beskrivelse av modellen og metodikken modellen bygger på.

En ringvirkningsanalyse gir et innblikk i næringens ringvirkning på andre deler av norsk økonomi. Hensikten med en ringvirkningsanalyse er derfor å se hvordan en etterspørselsendring i økonomien påvirker sysselsetting og verdiskaping.

Enhver aktivitet, enten det er i en bedrift eller i offentlig sektor, skaper virkninger i andre deler av samfunnet. Menon er landets ledende analysemiljø for å beregne hvordan aktiviteten sprer seg, og har et godt utbygget modellapparat for å beregne hvordan totale virkninger av aktiviteten sprer seg nedover i verdikjeden. Ved hjelp av modellene kan vi derfor beregne det totale «fotavtrykket» bedriften etterlater seg i form av sysselsetting og skatt i mange ledd bakover i verdikjeden.

En illustrasjon på hvordan beregningen foretas gis i figuren nedenfor:



Modellen er bygget opp med utgangspunkt i SSBs kryssløpsanalyse, som viser omfanget av leveranser mellom ulike norske næringer. Dette gjør det mulig å beregne hvor mye en produksjonsøkning i en bransje fører til økt etterspørsel av varer og tjenester også i andre bransjer, og hvordan ytterligere bransjer påvirkes igjen, som illustrert i figuren.

Det er vanlig at ringvirkningsanalyser opererer med relativt standardiserte typer av effekter. Vi har fokus på direkte og indirekte effekter:

- Direkte effekter omfatter effekter som knytter seg til aktiviteten i den næringen eller hos den aktøren som står i sentrum for analysen.
- Indirekte effekter omfatter de effekter som genereres gjennom økt etterspørsel etter varer og tjenester fra andre næringer. De indirekte effektene kan i prinsippet beregnes i et uendelig antall ledd bakover. Effekten i ulike ledd bakover bør beregnes i såpass mange ledd bakover at en i siste ledd kommer under én sysselsatt. De fleste modeller på markedet beregner disse effektene automatisk.

Rent regneteknisk har vi fordelt impulsene fra Helgelandssykehusets vare- og tjenestekjøp og de ansattes konsum på ulike næringskoder (NACE-koder). De direkte sysselsettings- og verdiskapingseffektene er estimert på bakgrunn av de aktuelle

bedriftenes forhold mellom omsetning og henholdsvis sysselsetting og verdiskaping. Dette er altså beregninger gjort med bakgrunn i impuls og de lokale næringeres faktiske forholdstall, og ikke modellbaserte beregninger.

Impulsen mot næringslivet skaper også ytterligere aktivitet i næringslivet gjennom de påvirkede bedriftenes vare- og tjenestekjøp. Noe av dette vil være import, og altså ikke skape mer aktivitet for norsk næringsliv, mens andre deler av vare- og tjenestekjøpet vil kjøpes fra norske bedrifter utenfor Helgelandsregionen. Ettersom vi her er interessert i Helgeland, er det altså vare- og tjenestekjøpet fra bedrifter på Helgeland som danner grunnlaget for de indirekte virkningene. Det er disse effektene, som også er relativt begrensede i omfang, som er beregnet ved hjelp av Menons ringvirkningsmodell ITEM og dens regionale modul.

Som hovedmodellen bygger også den lokale modulen på kryssløpsmatrisen fra SSB, men man må altså anslå hvor mye som kjøpes fra andre kommuner. En gitt kommunes «handel» med en annen kommune er altså bestemt av tre faktorer: nærhet mellom kommunene, størrelse på de handlende kommuner og størrelse på næringen i området rundt kommunen. Disse faktorer er vektet ulikt, basert på å oppnå samme «hastighet» av spredningen av ringvirkninger i landet. «Fasit» på denne hastigheten er utledet av Menons regionaløkonomiske modell, Noreg (Bruvoll, Vennemo, & Wahlquist, 2014).

Ringvirkningsmodellen har også integrert Menons regnskapsdatabase. Regnskapsdatabasen består av alle norske bedrifters regnskaper for de siste 25 årene. I regnskapsdatabasen har vi også informasjon om de enkelte avdelinger i alle bedrifter, ikke bare informasjon om hovedkontoret. Informasjon om dette er hentet fra bedrifts- og foretaksregisteret i Brønnøysundregistrene. Vi kan dermed med et høyere presisjonsnivå si noe om hvilke bedrifter som er i regionen og hvilke som blir berørt. Dette gjør det mulig for oss å si noe om hvordan ulike regioner påvirkes i ulik grad.

Menons ringvirkningsmodell er anerkjent i markedet og brukes ofte av offentlige myndigheter. Den regionale modulen har i løpet av det siste året stått for beregningene i flere rapporter som ligger offentlig tilgjengelig. Blant disse er:

- Fylkes- og kommunefordelt eksport i 2017 – betydningen for sysselsetting, på oppdrag for NHO
- Internasjonalisering av ferdigvareindustrien, på oppdrag for Norsk Industri

Vedlegg – Om fastlegeordningen: Organisering og finansiering

Organisering av ordningen

De aller fleste kommunale helse- og omsorgstjenester er en del av kommunen og utøves av kommunalt ansatt personell. Fastlegeordningen baserer seg i hovedsak på næringsdrift. Legen er selvstendig næringsdrivende og utfører oppgaver for kommunen etter avtale. En næringsdrivende fastlege har et totalansvar for blant annet egen inntjening, betale skatter og avgifter, utstyr, lokaler og nødvendige forsikringer. Dette skiller fastlegeordningen fra de øvrige tjenestene som ligger i under kommunenes «sørge-for» ansvar.⁸¹ Kommunene kan imidlertid også ansette fastleger på fastlønn eller inngå avtaler etter punkt 8.2 i rammeavtalen (ofte omtalt som såkalte 8.2-avtaler), der kommunen dekker hele eller deler av kostnadene knyttet til for eksempel kontor, utstyr og ansetter øvrig helsepersonell. 8.2-avtaler hvor kommunen dekker alle utgifter til drift av legekantor for selvstendig næringsdrivende fastleger, men beholder basistilskuddet for listeinnbyggere, omtales ofte som «nullavtaler». Kommunens toppleder har det overordnede ansvaret for de medisinske tjenestene kommunen leverer, jf. «sørge-for» ansvaret nedfelt i helse- og omsorgsloven. Administrativt er fastlegeordningen underlagt en kommunalsjef, mens kommuneoverlegen har et medisinskfaglig ansvar i kommunen. Fast ansatte fastleger er direkte underlagt en administrativ leder i kommunens helse- og omsorgssektor eller liknende. Imidlertid er de aller fleste leger i fastlegeordningen i dag selvstendig næringsdrivende. Kommunen har dermed ikke et arbeidsgiveransvar for disse. Forholdet mellom kommunen og de næringsdrivende fastlegene er regulert i avtale. Ansattlinjen og avtalelinjen har mange fellestrekk og noen ulikheter. Styringsvirkemidlene er i noen grad forankret i ulike regel- og avtaleverk. En viktig forskjell er at arbeidsmiljøloven ikke gjelder i avtalelinjen. Dette betyr blant annet at den næringsdrivende fastlegen ikke er omfattet av denne lovens verneregler eller har den samme lovfestede rett til beskyttelse av sitt arbeidsmiljø mv. som fastlegene i ansattlinjen. I ansattlinjen må kommunen i langt større grad ta hensyn til reguleringer av ansattes arbeidstid, funksjonsnivå og andre forhold enn det som er påkrevet i avtalelinjen.

Økonomien i fastlegeordningen

Hovedmodellen som ligger til grunn for fastlegeordningen er at leger er private næringsdrivende (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Legene vil få inntekter fra å ha pasienter på listen og for pasientbehandling, og ha utgifter knyttet til drift av praksisen. Fastlegeordningen finansieres hovedsakelig gjennom tre deler:

1. Basistilskuddet (kronebeløp per listepasient)
2. Det aktivitetsbaserte tilskuddet (refusjon fra Helfo etter takster på ulike aktiviteter)
3. Egenandel fra pasientene

Kommunen får også et særskilt tilskudd for turnuslege(r) dersom kommunen tildeles dette. Utover dette har Helsedirektoratet en tilskuddsordning for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker og/eller manglende stabilitet i allmennlegetjenesten (Helsedirektoratet, 2018):

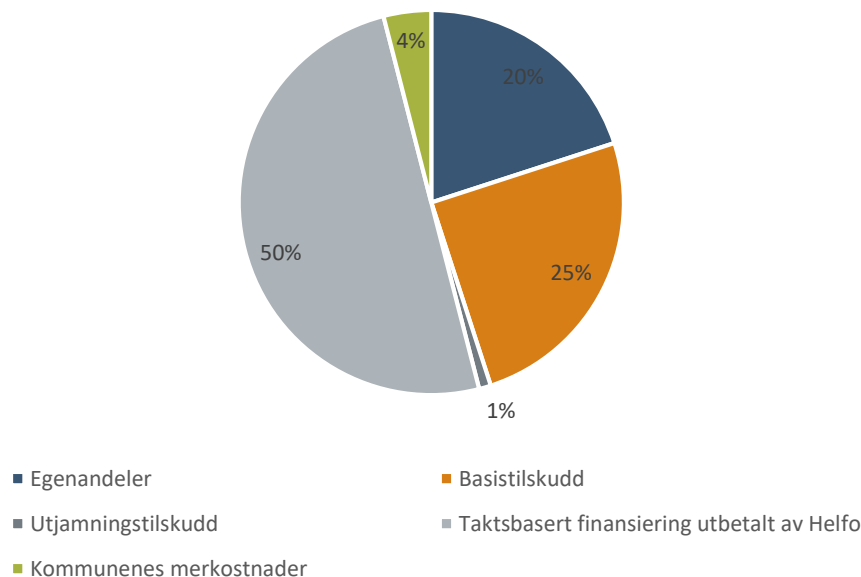
1. Inntil 200 000 kroner for etablering av nyopprettet fastlegeavtale med få eller ingen innbyggere på listen/hvor det kan dokumenteres rekrutteringsutfordringer.

⁸¹ «Sørge for»-ansvaret henviser til «Forskrift om fastlegeordning i kommunene» (2012) og regulerer forholdet mellom fastlegene og kommunen. I henhold til forskriften er formålet med ordningen å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. Videre sier forskriften at kommunen skal organisere fastlegeordningen og sørge for at pasienter som ønsker det får tilbud om plass på fastlegens liste.

2. Tilrettelegging for spesialistutdanning i allmenntjenesten dersom det bidrar til bedre stabilitet og rekruttering.
3. Andre kompetansehevede tiltak i allmenntjenesten som bidrar til å bedre stabilitet og rekruttering.

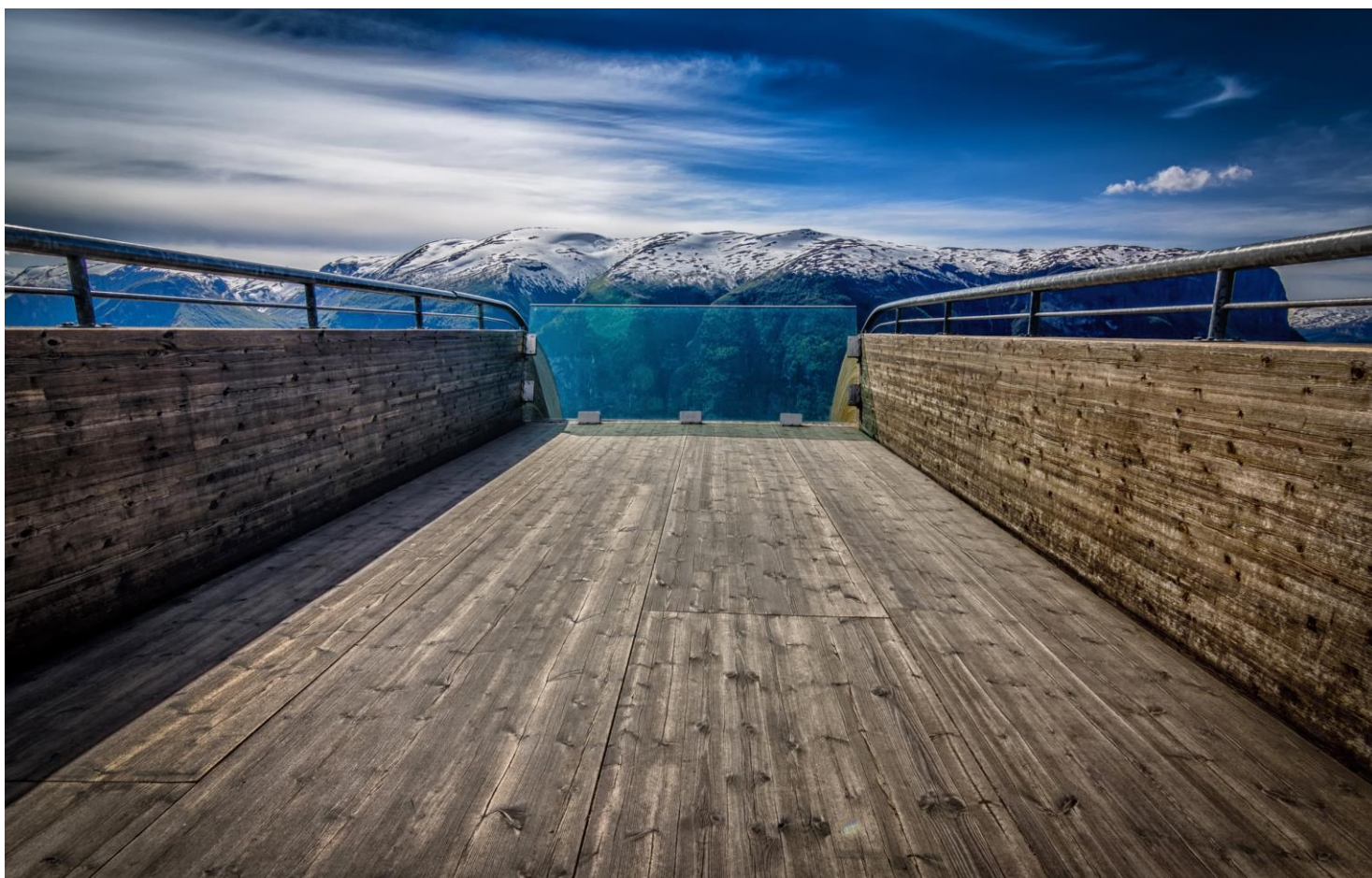
Summen av de ovennevnte tilskuddene utgjør det totale bildet på finansieringen av fastlegeordningen. Totalt for 2017 fordelte kostnadene seg på følgende måte:

Figur 0-1: Fordeling av finansiering, delt mellom kommune, stat og privatpersoner (egenandeler). Kilde: KUHR, Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2018) og HELFO



Hovedmodellen innenfor fastlegeordningen er at fastlegene driver privat næringsdrift. De inngår en individuell avtale med kommunen i tråd med mønsteravtalen som er et vedlegg til rammeavtalen. Om lag 15 prosent av fastlegene (Helsedirektoratet, 2019) er likevel fastlønnet, og mange av de næringsdrivende legene har avtaler med kommunene som bidrar med ulike ytelser overfor fastlegene gjennom 8.2-avtaler.

(IPSOS; Samfunnsøkonomisk Analyse, 2018) viser at 7 av 10 kommuner tilfører fastlegeordningen tilleggsfinansiering utover basistilskuddet og utjamningstilskuddet. Med disse avtalene subsidierer kommunene fastlegeordningen ifølge rapporten med ca. 400 millioner kroner, eller ca. 15 prosent, utover hovedavtalen. Samme undersøkelse viser at rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer er de hyppigste årsakene til at kommunene utvikler subsidieringstilbud, og de vanligste subsidieringsmetodene er leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell, eller fastlønn. Rapporten viser at subsidiering er mest vanlig i de minst sentrale kommunene, og det er derfor regionale forskjeller i finansieringen av fastlegeordningen.



Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter. Vi er et medarbeidereiet konsultentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked. Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt. Alle offentlige rapporter fra Menon er tilgjengelige på vår hjemmeside www.menon.no.

+47 909 90 102 | post@menon.no | Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo | menon.no