



forskningsrapport nr. 124/2005
research report no. 124/2005

Sykehuset og samfunnet

**Regionale virkninger
av omstrukturering
i Sykehuset Innlandet HF**

Senter for innovativ forvaltning

**Tor Selstad,
Reidun Grefsrud
og Svein Erik Hagen**

Høgskolen i Lillehammer

Kr. 115,-

ISSN 0807-2647
ISBN 82-7184-316-8

Alle synspunkter står for forfatterens regning. De må ikke tolkes som uttrykk for oppfatninger som kan tillegges Høgskolen i Lillehammer. Denne artikkel kan ikke reproduseres - helt eller delvis - ved trykking, fotokopiering eller på annen måte uten med tillatelse fra forfatteren.

Any views expressed in this article are those of the author. They should not be interpreted as reflecting the views of Lillehammer University College. This article may not be reprinted in part or in full without the permission of the author.

Tor Selstad, Reidun Grefsrud og Svein Erik Hagen:

Sykehuset og samfunnet. Regionale virkninger av omstrukturering i Sykehuset Innlandet HF. HiL Forskningsrapport nr. 124/2005

Sammendrag:

Som en konsekvens av helsereformen av 2002 ble det dannet et nytt offentlig helseforetak for Innlandet som fusjonerte alle sykehusene i fylkene Hedmark og Oppland under en organisasjon, sykehuset Innlandet HF. Det nye foretaket startet en prosess for omstrukturering, som hadde som formål å effektivisere produksjonen av spesialisthelsetjenesten. Den nye strukturen ble analysert i tre ulike scenarier med forskjellig grad av konsentrasjon eller dekonsentrasjon. Denne rapporten analyserer de regionale virkningene av disse sykehus-scenariene, direkte og indirekte virkninger på sysselsetting, og endelig befolkning, bosetting og romlig struktur i regionen som helhet.

Emneord: omstilling, sykehus, regional utvikling

Tor Selstad er samfunnsgeograf og professor i geografi og planlegging ved Høgskolen I Lillehammer.

Reidun Grefsrud er cand. oecon. ansatt i Østlandsforskning

Svein Erik Hagen er siv.ing ansatt i Østlandsforskning

Tor Selstad, Reidun Grefsrud og Svein Erik Hagen:

The hospital and the society. Regional impacts from restructuring Sykehuset Innlandet HF. HiL research report no 124/2005

As a consequence of the health reform from 2002, a new public health enterprise was established in Inland Norway, merging ten hospitals in the counties of Hedmark and Oppland into one organisation, "Sykehuset Innlandet HF". The new enterprise started a process of restructuring, aiming for a more effective production of health services. The new structure was analysed in three scenarios containing different degrees of concentration and deconcentration. This report analyses the regional impacts of these hospital scenarios, direct and induced employment, and finally the impact on population, settlements and the spatial structure of the region as a whole.

Tor Selstad is human geographer and professor in geography and planning I Lillehammer University College

Reidun Grefsrud and Svein Erik Hagen are researchers at Eastern Norway Research Institute

Keywords: Restructuring, hospital, regional development

Forord:

Denne analysen er gjennomført som et oppdrag for Sykehuset Innlandet. Det er en oppfølging av deres Prosjekt 2020, som er en omfattende plan for omstilling i sykehuset de kommende 15 årene. Deres arbeid er systematisert i tre modeller, beskrevet som scenarier. Vår oppgave har vært å beregne de samfunnsmessige virkningene av disse scenariene, forstått som effekter på sysselsetting og bosetting.

I samarbeid med fylkene i Hedmark og Oppland, som også har bidratt til finansieringen av prosjektet, ble det utarbeidet en kravspesifikasjon. I følge kravspesifikasjonen skulle det utarbeides en kvantitativ analyse av ringvirkninger i sysselsettingen og befolkningen. Høgskolen i Innlandet engasjerte Østlandsforskning til denne oppgaven.

Vi vil takke Sykehuset Innlandet HD for oppdraget, og spesielt tre som har vært våre nærmeste kontakter: Prosjektleder Alice Beathe Andersgaard, organisasjonssjef Bård Are Bjørnstad og administrerende direktør Torbjørn Almlid. Vi har underveis stilt store krav til data og dokumentasjon, som til fulle er tilfredstilt. Vi vil særlig takke ansatte ved avdelingene for innkjøp og logistikk, økonomi og personal. Vi har sikkert også vært til atskillig bryderi for mange for oss navnløse medhjelpere som fortjener en takk.

Våre nærmeste kontakter i fylkeskommunene har vært Inger Stubsjøen i Hedmark og Jørn Prestsæter i Oppland. De skal ha takk hjelp til å fortolke oppgaven i forhold til regionale målsettinger og prioriteringer og for annen støtte underveis.

Endelig takk til forskerne Reidun Grefsrud og Svein Erik Hagen, som har stått for modellbergingene. De har også hjulpet prosjektleder med utformingen av den foreliggende rapport.

Tor Selstad
Prosjektleder

Lillehammer 1. oktober 2005

Innholdsfortegnelse

1. Innledning: Sykehuset og samfunnet.....	5
1.1 Bakgrunnen	5
1.2 Et historisk riss.....	6
1.3 Sykehuset, byen og regionen.....	8
1.4 En analyse av sykehusets virkninger på samfunnet	12
2. Samfunnet: Innlandet og innlandssyndromet.....	17
2.1 Innlandet 2005.....	17
2.2 Innlandssyndromet	19
2.3 Bosetting og romlig struktur	25
2.4 Innlandet 2020 – et første blikk på framtida	34
3. Endringsaktøren: Sykehuset Innlandet 2005.....	37
3.1 Sykehuset i regionene.....	37
3.2 Ringvirkninger	47
4. Scenario A: Sentralsykehus skaper balansert byutvikling	57
4.1 Aktører, posisjoner og handlinger	57
4.2 Regionale virkninger	61
4.3 Dynamikk og spenninger 2020	66
5. Scenario B: Mellom sentralisering og desentralisering.....	71
5.1 En dualistisk struktur.....	71
5.2 En stor ”fabrikk” med høy produktivitet.....	74
5.3 Dynamikk og spenninger i den dualistiske strukturen 2020	79
6. Scenario C: Hovedsenteret tar ”alt”.....	85
6.1 I en internasjonal klasse	85
6.2 Virkninger og ringvirkninger	89
6.3 Dynamikk og spenninger med sterkt hovedsenter 2020	94
7. En sammenstilling av den statistiske kjernen.....	97

1.

Innledning: Sykehuset og samfunnet

Sykehuset er en gammel institusjon som har gjennomgått mange transformasjoner. Selv om vårt tema er aktuelt og framtidsrettet er det av stor nytte å minne om de ulike historiske fasene denne institusjonene har vært igjennom og ikke minst hvilke begreper vi har brukt for å beskrive den. Endelig skal vi klargjøre våre problemstillinger.

1.1 Bakgrunnen

Sykehuset Innlandet er et helseforetak under Helseregion Øst, som ble dannet med sykehusreformen av 2002. Reformen ble iverksatt fra 2003, og den nye organisasjonen har siden vært under oppbygging. I fjor (7. mai 2004) vedtok styret i Sykehuset Innlandet HF ”å utvikle en helhetlig plan for sykehusstruktur og investeringer i et perspektiv fram mot 2020,” og den endelige rapporten fra *Prosjekt 2020* ble lagt fram for styret i sommer (21. juni 2005).

Forslaget hadde form av tre scenarier som beskriver sykehustilbudet fram til 2020 og prosessen videre er at en av de underliggende modellene skal legges til grunn. Forslaget vakte umiddelbart debatt. Gjennom scenariene avdekte det seg mulige konstellasjoner av ”vinnere” og ”tapere” når det gjaldt avdelinger og sykehus, kommuner og regioner. Taleføre personer fra sykehusverdenen og samfunnet ellers kastet seg inn i debatten både til forsvar for eksisterende løsninger, men også for endringer. Siden 2005 også har vært et år for stortingsvalg, har representanter for alle partiene ytret seg om sykehusstrukturen og gitt løfter om hvordan saken skal løses.

Men sykehusstruktur er en komplisert sak. Selv om scenariene var klare nok, og ble behørig referert i mediene i Hedmark og Oppland, var det ikke uten videre lett å se hvordan de enkelte lokalsamfunn og regioner ble berørt. Politikerne i fylkeskommunene og vertskommunene artikulerte sine synspunkter i et oppnevnt samfunnspanel, ledet av

fylkesordfører Audun Tron. Det kastet nytt lys over saken, men lyktes likevel ikke å komme fram til enighet. Den vesentligste grunnen var at de lokale/regionale interessene sto så sterkt at de overskygget det helsefaglige innholdet. I denne situasjonen beste fylkeskommunene i Hedmark og Oppland at det skulle gjøres en samfunnsanalyse for å klargjøre de regionale virkningene. Tilsvarende vedtak ble fattet av styret i Sykehuset Innlandet HF (21. juni 2005) og de tre partene står derfor sammen om bestillingen av denne analysen. Sammen med egne utredninger, skal dette danne grunnlaget for valg av strategi høsten 2005.

Det er altså på alle måter en kort historie vi her rekapitulerer, så kort at det ville være ahistorisk om vi ikke trakk opp lengre linjer bakover. For når sykehuspersonell, fylkespolitikere og ordførere tørner sammen i diskusjoner om sykehusstruktur, er dette på ingen måte noe nytt i samfunnsdebatten. Riktignok vil mange mene at de nye helseforetakene er satt til å gjøre det fylkeskommunene *ikke* aktet å gjøre som sykehuseier, nemlig å foreta endringer i sin struktur. Men også det er en sterk forenkling, for fylkeskommunene hadde selv arvet problemene. Vårt tema er framtidens geografiske struktur, men likevel kan det være fruktbart å orientere seg i fortiden. Da får vi også et bedre perspektiv på hvordan sykehus og samfunn er vevet sammen.

1.2 Et historisk riss

Det er en utbredt oppfatning at sykehusene tilhører den moderne velferdsstaten som ble bygd opp i etterkrigstiden. Forbildet var i mange tilfeller Storbritannia, der lord William Henry Beveridge bygde opp et utpreget nasjonalt og statlig sykehussystem, top down. Utgangspunktet for de offentlige sykehusene i Norge var noe nær det motsatte.

Både forskningen på kommunesektoren og sykehussektoren viser at mange av de ordningene vi forbinder med den norske velferdsstaten i virkeligheten oppsto først i kommunene og de sivile lokalsamfunnene. Slik var det også med sykehusene. Kommuner som ble forløpere i denne prosessen er derfor karakterisert som *velferdskommuner* (Grønlie 1987), eller i den internasjonale debatten *welfare localism*. Aktørene bak sykehusutbyggingen var enten de lokale myndighetene eller frivillige humanitære organisasjoner. Men staten var ikke helt fraværende. Den både bygde sykehus i egen regi og ga støtte til bygging av hospitaler lokalt (Grønlie 2004).

Vi skal ikke rekapitulere hele historien, men konsentrere oss om sykehusenes plass i moderniseringen av det norske samfunnet, spesielt i ”den kommunale tidsalder”, tiden etter 1837. Men det fantes sykehus lenge før det, faktisk helt tilbake til oldtiden og antikken¹ I kristen tid ble det kirker og klostre som tok seg av fattige og syke. Opprinnelig var *hospitser* overnattingssted for pilegrimer, men etter hvert som rollen ivaretaker av syk tok over, ble de kalt *hospital*. Det er viktig å være klar over at disse sykehusene ga pleie, men i liten grad kurerte de syke.²

Slik kronikørerne framstiller det moderne helsevesenets framvekst, var 1600-tallet en gjennombruddstid. De mange epidemiene førte til ansettelse av ”medicuser” i byene. Epidemiene fortsatte imidlertid gjennom 1600- og 1700-tallet, og gjorde dype innhogg i befolkningen. Dette stred mot de merkantilistiske idealene som var grunnlaget for den økonomiske politikken. En stor befolkning og rikelighet av malmer og andre naturforekomster var de fremste ressursene. Staten fikk med andre ord en økonomisk interesse for å bekjempe sykdom og høy dødelighet (Moseng 2003).³

På siste halvdel av 1700-tallet kom det til et gjennombrudd i vaksinerings, særlig mot kopper, mens venerisk syke og leprapasienter stort sett bare ble anbrakt på hospitalet fortsatt. I tråd med Mosengs beskrivelse var dette dels for å pleie de trengende, men også for å beskytte samfunnet mot de syke. Pasienter med lepra og syfilis var ikke bare smittsomme, men også hestlige innslag i hverdagslivet. Sykehuset og samfunnet var to verdener, og samfunnet skulle skånes. Men med gjennombruddet for opplysning og modernitet kom det også til noe nytt: Sykehusene skulle helbrede. Pasientene skulle innskriveres fra samfunnet, og utskrives tilbake – helbredet! Forbedringer i medisin og vaksiner gjorde det faktisk mulig. Fra slutten av 1700-tallet blir derfor graden av utskrivelse et viktig kriterium for sykehusdrift.

Å være pasient betyr bokstavelig talt å være tålmodig, men fra dette modernitetens gjennombrudd preges sykehusvesenet av utålmodige pasienter. Man forventet helbredelse. Og samfunnet – representert ved offentlige myndigheter – har i stigende grad forsøkt å tilfredstille denne forventningen. Det skjedde naturligvis ikke alle steder samtidig, men var

¹ Vi vet for eksempel at oldtidens Bagdad hadde hele 60 sykehus. I antikkens Roma ble det opprettet garnisonssykehus. Gjennombruddet for moderne sykehus kom med Rikshospitalet (1826) og Gaustad sykehus (1855), som var et sinnsykeasyl.

² . Det første norske sykehuset ble skapt i denne tradisjonen var Trondheims hospital (1277). Der slike institusjoner ikke fantes, var det en kristenplikt for familien å ta hånd om de syke. Dette ”subsidiaritetsprinsippet” står fortsatt sentralt i katolske lands velferdsmodell.

³ Den første statsbetalte medicus ble ansatt i Bergen i 1601, og dette betraktes som den symbolske etablering av helsevesenet i Norge. Merkantilismens glanstid falt sammen med enevoldstiden, altså fra 1660 og fram til 1800-tallet.

som andre moderniseringsprosesser preget av å begynne i byene, for deretter å spre seg til det ganske land. Vi beveger oss her inn i tiden med kommunale institusjoner.

1.3 Sykehuset, byen og regionen

Vi skal fortsette vår historiske framstilling inn i ”den kommunale tidsalder”. Hvordan utviklet sykehusbegrepet seg og hvordan ble helseinstitusjonene knyttet til geografiske størrelser som byer, herreder og regioner (amt)?

Etter den gjengse historieskivingen kom det kommunale selvstyret med formannskapslovene av 1837. Nå fantes det en form for kommuner i byene også før 1837 – et formannskap av såkalt eligerede menn. Når vi snakker om siste halvdel av 1700-tallet som en etableringstid for sykehus, snakker vi altså i stor grad om sykehus etablert av bykommunene.

Etter 1837, da også landkommunene fikk sine formannskap, ble bygdene sterkere trukket inn i sykehusutbyggingen. Men landkommunene – herredene – var små og fattige, og de delte seg stadig opp i mindre enheter. Det var derfor landkommunenes *sekundærkommune*, *amtskommunene* (senere kalt *fylkeskommunene*), som ble den viktigste aktør for sykehusutbygging utenfor byene. Amtskommunene ble nettopp etablert for å gjennomføre tiltak som landkommunene hver for seg var for små til å klare. Tar vi så også med i betraktning at noen sykehus fortsatt ble drevet av private fikk vi stort mangfold i den samlede sykehusstrukturen: Bysykehus, fylkessykehus, private sykehus og endelig statssykehus. Og så kom i tillegg blandingsformene, der kommuner, fylker og stat samfinansierte sykehusene.

Tore Grønlie rapporterer at ved utløpet av denne ekspansive kommunale og lokale perioden (1930) var 71 % av sykehussengene innen kommunesektoren (50 % eid av kommuner, 11 % eid av fylker og 9 % felleseie kommune og fylke). I tillegg til dette kom 21 % privateide sykehus og 8 % statlige (Grønlie 2004). Det som her omtales som kommune er altså stort sett bykommuner, for herredene ble vanligvis dekt gjennom amtssykehus – eller fra velvillige bykommuner. Grønlie konstaterer også at sykehusutbyggingen hadde en symbolsk side ved at

”...cities and towns tended to view hospitals and social and cultural institutions, not only as an obligation, but also as status symbols (‘adelsmerke’) or privileges. Hospitals and cultural institutions constituted a major contribution towards ‘making a town a town’. Towns without these kind of institutions were towns of a second order and this realization probably spurred them towards seeking the privileged status of others.” (Grønlie 2004, s. 35).

Selv om byprivilegiene falt bort fra midten av 1800-tallet, hadde denne symbolske betydningen av avanserte servicefunksjoner en tendens til å bli hengende ved byene, ja, nå ble det enda viktigere å smykke seg med bestemte institusjoner for å forsvare bystatusen. En ordentlig by måtte ha et sykehus. Her kan det trekkes et skille mellom småbyen (town) og storbyen (city). Mens småbyene utviklet et standard allround publikumsrettede sykehus, med mange spesialiteter, ble storbyene sete for spissykehus med landsdekkende funksjoner. Dette ble også de første forskende sykehus, som dessuten utdannet medisinerere.⁴

I etterkrigstiden ble den hierarkiske inndelingen av sykehusene uttrykt gjennom klarere terminologi. I Sverige ble en konsekvent hierarkisk inndeling med distrikter, len og helseregioner innført, der de største sykehusene skulle ha rundt 1000 senger og dekke et område med om lag 300 000 personer. Distriktene skulle ha sykehus med om lag 300 senger og et omland på ca 75000 innbyggere. Denne inndelingen var åpenbart influert av *sentralstedsteorien* etter tyskeren Walter Christaller (Christaller 1966). Etter teorien skulle sentra med stigende størrelse ble utstyrt med flere og mer krevende funksjoner. Sykehusene var et klart eksempel på en tjenesteprodusent som kunne utvikles på flere nivåer.⁵

Norge tilhørte, som UK og Sverige, en gruppe land med sterke enhetstater. Men i motsetning til Sverige, og særlig UK, hadde vi en sterk kommunesektor med to nivåer. Vårt system ble derfor mer uryddig, og det tok tid før den hierarkiske organiseringene kunne skje. Fylkeskommuner, herreder og bykommuner var ikke pålagt å drive sykehusene, og dermed vokste det fram et lappeteppe med ulike former for spleiselag. Med dagens begreper vil vi kalle dette ”partnerskap”: Mellom by og land, og mellom by og region (fylke). Mellom 1946 og 1963 steg antallet felleseide sykehus fra 7 til 27 %.

På sekstitallet var det imidlertid en klar idé at det skulle utvikles et direktevalgt folkestyrt mellomnivå, det som senere ble kalt ”den nye fylkeskommunen” (Selstad 2003). Reformene i flere velferdssektorer antesiperte denne forvaltningsreformen. Da den nye fylkeskommunen så dagens lys i 1976 var den allerede gitt ansvaret for somatiske og psykiatriske sykehus, altså det lappeteppet av tidligere bykommunale, amtskommunale, private og i noen tilfeller statlige sykehus som vår da 200 år lange sykehushistorie hadde skapt. Fylkeskommunene startet ikke med blanke ark de heller når det gjaldt sykehusstruktur. Det skulle også vise seg at de 26 årene fylkeskommunene hadde ansvaret for sykehusene ble en sterk veksttid, og det var lettere å gi oppgaver til alle enhetene.

⁴ Som de første norske eksemplene nevnes vanligvis Rikshospitalet (1826) og Gaustad sykehus (1855), som var et asyl.

Etter krigen hadde også staten vært mer aktiv som sykehusutvikler på det høyeste nivået. Opprinnelig var det bare rikshospitalet som hadde funksjoner som forsknings- og utdanningshospital, men nå kom det flere universiteter: I Bergen, Tromsø og Trondheim. Samtidig var det et ønske om å definere et mellomnivå for regionsykehus mellom stat og fylke. Disse regionsykehusene skulle dekke landsdeler, og ble utviklet parallelt med en generell samfunnsplanlegging på landsdelsnivået. Dermed utviklet det seg etter hvert en fast terminologi til å beskrive de ulike sykehusene, deres sentralstedsnivå og regionale dekningsområde.

Tbell 1.1 Sykehustyper, funksjoner, opptaksområder og typisk lokalisering

Sykehustype	Funksjoner	Opptaksområde	Typisk lokalisering
Regionsykehus	Universitetssykehus med FoU og utdanning, spissfunksjoner	Landsdelene	Landsdelshovedstedene Storbyer
Sentralsykehus (Fylkessykehus)	Allsidige sykehus med mange spesialiseringer. Psykiatriske sykehus	Fylkene	Fylkessentrene Småbyer
Lokalsykehus	Få spesialiteter, føde-avdeling, kirurgi, røntgen etc.	Distrikter, fogderi	Større bygdesentra Bygdebyer

Regionsykehusene dekte opprinnelig fem landsdeler, der de ble gitt spissfunksjoner av staten. Det samme gjaldt naturligvis forskning og undervisning. Etter 1999 ble det definert fem nye helseregioner som interfylkeskommunale regioner, der også staten deltok.

Fylkessykehus var den vanligste betegnelsen på fylkeseide sykehus fram til sekstitallet. Med den sterkere planorienteringen på sekstitallet ble de ofte kalt *sentralsykehus*, som betegnet det mest avanserte sykehuset i fylket. Disse var ofte slått sammen av bysykehus og fylkeseide sykehus. Etter at fylkeskommunene fikk ansvaret for sykeshussektoren i 1969 valgte noen fylker å holde seg med flere sentralsykehus i rivaliserende byer. I tillegg til dette fikk fylkeskommunene ansvaret for de psykiatriske sykehusene, og ”asylene” lå som oftest i landkommuner.

⁵ I Sverige ble sentralstedsteorien kjent alt i den nære etterkrigstid, mens den i den vestlige verden for øvrig først ble lagt til grunn for samfunnsplanlegging etter 1966, da Christallers banebrytende bok ble overstat til engelsk.

Lokalsykehusenes opprinnelse var stort sett fylkeseide sykehus i distrikter med svakt utviklede byer. I slike områder fantes det ikke et nærliggende bytilbud som herredene kunne søke tjenester i og derfor påtok fylkeskommunene seg en desto større oppgave. Mange av disse lokale sykehusene ligger i småbyer eller det vi kan kalle bygdebyer. Etter seksti- og syttitallet skulle tjenestetilbudet desentraliseres, det skulle ligge på det laveste effektive omsorgsnivå – det såkalte LEON-prinsippet. Det var en tid for ensidig desentralisering.

Etter sykehusreformen har det skjedd en oppmyking i dette hierarkiet, og til dels har det også kommet nye ledd i hierarkiet med nye begreper. For det første har vi de institusjonelle endringene som kom med sykehusreformen. Her opereres det med en todeling:

Helseregionene er fra 2003 dekningsområdene for regionsykehusene, det høyeste nivået i de nyopprettede statsforetakene. Disse regionene følger ikke den eldre landsdelskonvensjonen. Regionsykehusene er nå Ullevål Sykehus for Helseregion Øst, Rikshospitalet for helseregion Sør, Haukeland for Helseregion Vest, St. Olavs hospital for Helseregion Midt-Norge, og regionsykehuset i Tromsø for Helseregion Nord-Norge. Alle disse sykehusene er også universitetssykehus, men fungerer samtidig som sentral/lokalsykehus for de nære omlandene.

Helseforetakene (HF) omfatter gjerne et stort og/eller flere mindre sykehus på et lavere nivå, dvs. sentralsykehus og lokalsykehus. Mens regionsykehusene ser ut til å overleve alle reformer, er det i helseforetakenes portefølje vi finner de svake ledd i dagens sykehusstilbud. Både de mange lokalsykehusene er utsatte, likeledes avdelinger i sentralsykehusene. De risikerer også å falle ned til klassen av lokalsykehus.

Dynamikken vil bestemmes av helseforetakenes strategier . Siden sykehusreformen også styrker konkurranseelementet mellom sykehusene, de som produserer mest får best betalt, vil helseforetakene strebe oppover: De vil prøve å utvikle flere spesialiteter med dyktige fagmiljø som ikke bare fanger opp innbyggerne i eget område, men også trekker til seg klienter fra omverdenen. Sykehusene er ikke lenger garantert inntekter i forhold til sitt befolkningsunderlag. De vil konstant frykte konkurransen fra regionsykehusene og andre spesialtilbud med høy kvalitet, og strategien må møte konkurrentene med et høyverdig tilbud. Det er i dette lys vi må forstå Sykehuset Innlandets forslag om et *hovedsenter* – en terminologisk nyskaping i forhold til gårsdagens sykehusterminolgi. Det er å forstå som et sentralsykehus av første klasse.

Men også regionsykehusene konkurrerer mot hverandre og streber høyere. Sykehussektoren er inne i en rask kvantitativ og kvalitativ utvikling, og for regionsykehusene handler

det om å utvikle sine forskende og undervisende funksjoner. Dette er naturligvis også globale funksjoner, der sykehusene konkurrerer utover nasjonsgrensene. Dessuten sprenges her grensene mot det private. Selv om vi i liten grad har åpnet for private sykehusstilbud i Norge, er det ingen forbud mot kommersialisering av forskning og partnerskap med legemiddelselskaper. Det nye toppskiktet vil derfor kunne bestå av et nettverk mellom sykehus, FoU, UoH, foretak og myndigheter. Vi kan godt benevne dem *medisinsk-industrielle klynger*.

Til en viss grad må mer ambisiøse målsettinger om å nå høyere kvalitet motsvares av at det tynnes ut i bunnen av systemet, blant lokalsykehusene. Lokalsykehusene kan imidlertid også oppnå en fornyelse gjennom en annen trend, nemlig mer poliklinisk behandling. Understøttet av fagfolk fra de større institusjonene, kan vi få et nettverk av ”distriktsmedisinske sentra”, som danner det nye grunnivået i spesialisthelsetjenesten. En tilsvarende utvikling kan vi få innen allmenn psykiatri og ungdomspsykiatri med Distriktpsikiatriske sentra (DPS) og Barne- og ungdomspsykiatriske sentra (BUP). Her ser vi altså for oss et nytt laveste sjikt i det nye helsehierarkiet som består av en rekke lettere sengeinstitusjoner og ellers mye poliklinisk virksomhet. De kan i noen tilfeller flytte inn i ledige lokaler fra slankede eller nedlagte sykehus. Spennet mellom sentraliserende og desentraliserende krefter er på mange vis blitt større.

1.4 En analyse av sykehusets virkninger på samfunnet

Sykehus er på ingen måte noe entydig begrep, og det gjelder naturligvis også *samfunnet*. Når dette kalles en samfunnsanalyse går sikkert assosiasjonene i mange retninger. Noen vil tenke på det genuine samfunnet, det som preges av enkeltindivider, familier og organisasjoner skapt av samfunnsmedlemmene. Blir dette sivile samfunnet påvirket av ny sykehusstruktur? Andre vil tenke på markedet og de private foretakene, og kanskje særlig på samfunnsøkonomien. Sykehuset skal drive med balanse, men hvilke gevinster og kostnader påføres samfunnet for øvrig? Et tredje aspekt er de offentlige institusjonene, forvaltningsnivåer som stat, fylkeskommune og kommune. Også de endres gjennom utvikling og reformer i helsesektoren. Skal helsesektoren tilhøre en av disse forvaltningsnivåene, og være underlagt folkevalgte styrer, eller skal de være fristilte selskap som opererer i et slags kvasimarked?

Problemstillingene er mange. Helsesektoren og sykehusene berører både samfunn, marked og offentlig forvaltning tungt, og de kunne hver for seg fortjent en grundig analyse.

Det ligger imidlertid langt utenfor dette prosjektets rammer, som først og fremst skal gi beslutningsfatterne et bredere grunnlag enn det rent helsefaglige når de skal avgjøre sykehusstrukturen i Innlandet.

Sykehuset Innlandet HF har selv beskrevet tre måter å møte utfordringene rent helsefaglig. Mange av debattantene har naturligvis oppfatning om slike spørsmål. Et det riktig å nedlegge fødeavdelinger i sentralsykehusene? Blir ikke avstanden til akuttmedisinske sentra lang om lokalsykehusene nedbygges? Vil vi klare å rekruttere personell til tre allsidige sykehus i Innlandet? Blir tilbudet så godt at vi benytter oss av det, eller velger vi å la oss behandle av større og mer sentrale sykehus? Alt dette er spørsmål Sykehuset Innlandet selv har analysert i Prosjekt 2020, og som de har gitt svar på. Den helsefaglige delen blir ikke tatt opp i denne samfunnsanalysen.

Det som står i fokus i denne samfunnsanalysen er det de mange debattantene har vært opptatt av: Hva skjer når vi mister byens desidert største arbeidsplass? Vil ledige arbeidstakere begynne å pendle, eller flytter de ut? Vil nedlegging av lokalsykehus føre til utflytting fra bygda? Vil en samling i et hovedsenter føre til en uttynning i utkantene? Når slike spørsmål reises er det ut fra bekymring for byens, lokalsamfunnets eller regionens ve og vel som levedyktige samfunn. De trenger arbeidsplasser, de trenger en ungdommelig befolkning, og de skal helst ikke skaffe sitt arbeid andre steder gjennom pendling. Alle lokalsamfunn og regioner tilstreber en vitaliserende innflytting, og mange har lest scenariene slik at de frykter at utflyttingen vil forsterkes.

Vårt tema for samfunnsanalysen er derfor sykehuset og samfunnet – der samfunnet forstås som regionsamfunn. Et regionsamfunn kan være både kommuner, lokale arbeidsmarkedsregioner eller storregioner som Innlandet. Når vi ikke snakker om innlandet som helhet, snakker vi om ABS-regioner, ti i alt. Når ikke annet er spesifisert er det disse som omtales som regionene. Vi kan ikke dekke alle kommunene, men vil i hvert fall vie de mest berørte kommunene oppmerksomhet; de som er eller kan bli vertskap for helseinstitusjoner. Og når det gjelder kommunene er det jo heller ikke lett å si hva som blir enhetene i 2020.

Vår tilnærming er regionalfaglig. Vi bruker innsikt fra regional økonomi, geografi og demografi, og vil vise hvordan endringer i sykehuset skaper både ekspansjon og kontraksjon – kort sagt omfordeling mellom regioner. Omfordelingen vil virke direkte gjennom endringer i sykehusdriften, men også indirekte gjennom underleveranser og tilknyttede virksomheter. Dermed skjer det også en omfordeling av befolkningen og indirekte også en omfordeling av service til befolkningen. Ringvirkningene kan være både positive og negative, styrke

regionsamfunnene eller svekke dem. Vi vil kort sagt beskrive hvem som vinner og hvem som taper på en omstrukturering.

Dette er ikke selvvalgte problemstillinger, men gitt av en kravspesifikasjon utarbeidet av fylkeskommunene i Hedmark og Oppland og Sykehuset Innlandet. Samfunnsanalysen skal ta utgangspunkt i de tre scenariene som Prosjekt 2020 beskrev, og følgende hovedproblemstillinger skal belyses:

For det første virkninger på sysselsettingen i regionene og Innlandet under ett. Med grunnlag i de direkte endringene i basisvirksomheten, som må beskrives gjennom sysselsettingstall for alle sykehusenhetene som inngår i de tre scenariene, skal analysen beregne ringvirkninger gjennom underleveranser. Dette er det vi kan kalle produksjonsrelaterte ringvirkninger. I tillegg skal analysen vurdere dynamiske effekter og vekstpotensiale som følge av de tre scenariene, og kvalitative vurderinger av verdiskapningen.

For det andre skal analysen beregne virkninger på kort og lang sikt når det gjelder bosettingen i regionene. Endringene i sykehusstrukturen vil utvilsomt påvirke flyttemønstrene til og fra regionene, likeledes pendlingen, og analysen må gi et bilde av hvordan rekrutteringen av nytt personale fordeler seg på regionene. Den sykehusrelaterte sysselsettingen vil også gi etterspørsel etter varer og tjenester gjennom konsumentterspørsel. Disse konsumrelaterte ringvirkningene må også inkluderes når den totale bosettingseffekten beregnes.

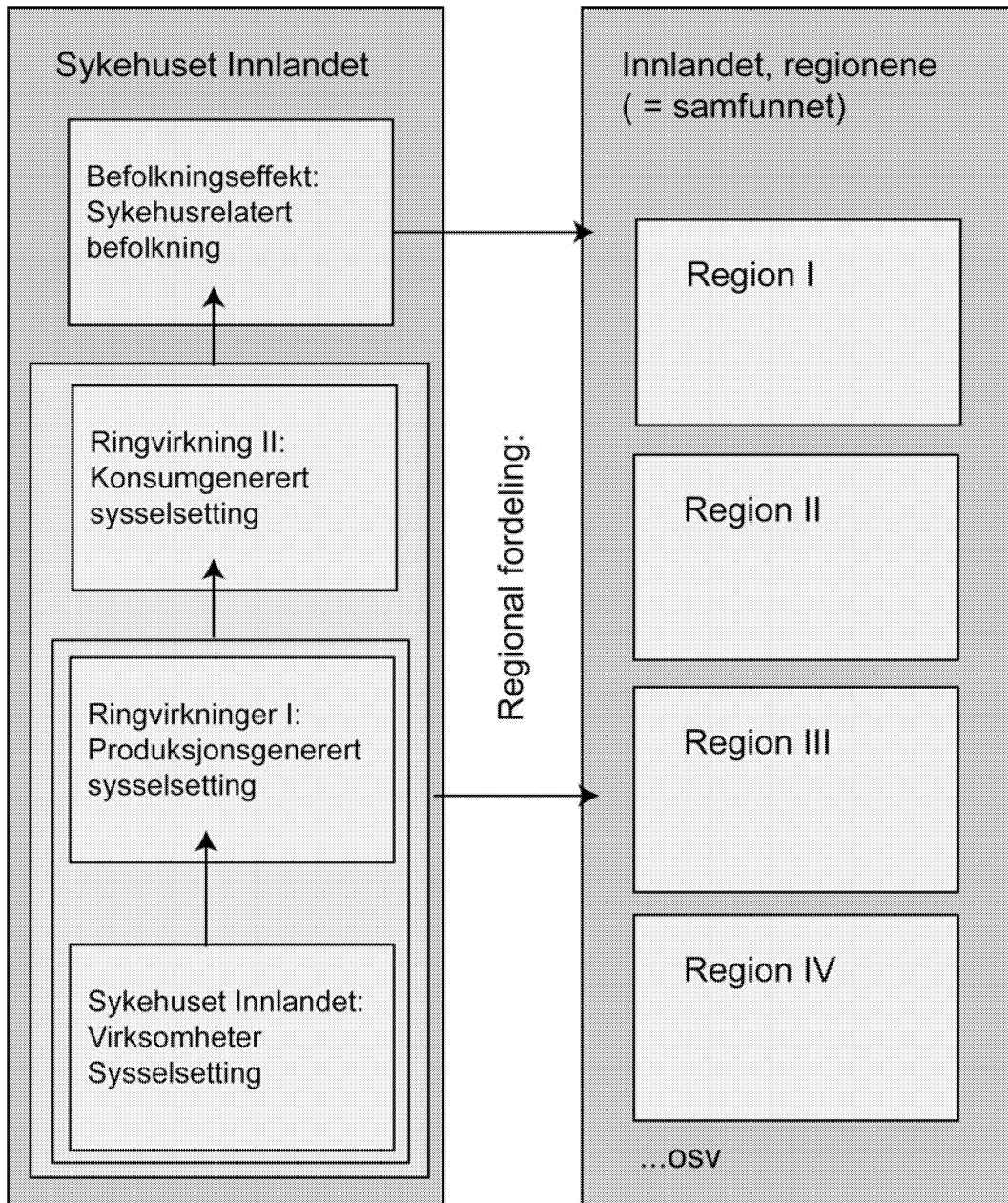
For det tredje skal analysen drøfte virkninger på arealbruk og romlig struktur. Analysen vil med andre ord omfatte forhold som angår arealbrukskonsekvenser av lokaliseringen, herunder også transport og tilgjengelighet. I tillegg kommer den mer overordnede innvirkning på eksisterende byer og sentra som har stor betydning for fylkenes og også innlandets romlige strategier. herunder dialog med de to fylkeskommunene og mest berørte kommuner.

Vi har sammenfattet prosjektdesignet i en figur. Figuren viser på venstre side en endringskjede som begynner i Sykehuset Innlandet. Helseforetaket vil fram til 2020 øke sin sysselsetting, og denne sysselsettingsveksten forsterkes gjennom ringvirkninger skapt av underleveranser. Dette kan vi kalle en produksjonsrelatert ringvirkning. Men den fordeler seg regionalt ujevnt – som vekst for noen, nedgang for andre.

Dette skaper en total befolkningsendring som også kan være positiv eller negativ i de ulike områdene. Tilsvarende vil også en konsumrelatert ringvirkning gi enten vekst eller nedgang i serviceproduksjonen. Alle disse beregningene vil vi fordele på regioner og vertskommuner. Når vi litt forenklet snakker om vinnere og tapere er naturligvis også

hensikten å beregne i hvilken grad vertskommuner og regioner taper. Mange regioner og kommuner vil bare oppleve en marginal positiv eller negativ endring.

Figur 1.1: Opplegget for undersøkelsen.



2.

Samfunnet:

Innlandet og innlandssyndromet

Det nye sykehuset skal først og fremst styrke Innlandet og de regionene som landsdelen kan deles inn i. I dette kapitlet skal vi se nærmere på denne landsdelen, hvordan tilstanden er i 2005 og om prognosen er god. Vi kan med en gang varsle noen farefulle tegn, ja, noen har satt merkelappen innlandssyndromet på den særegne kombinasjonen av symptomer som Innlandet oppviser.

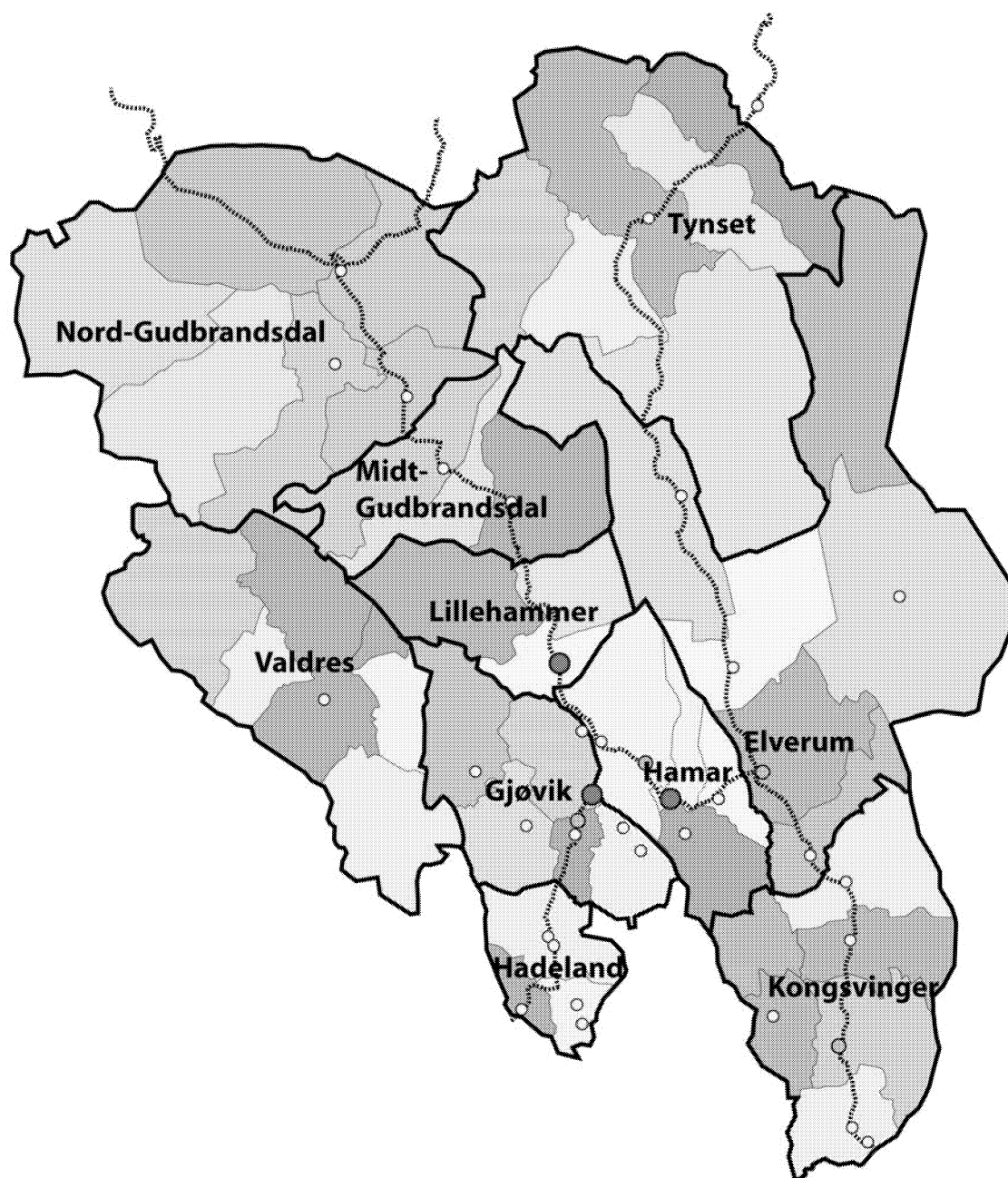
2.1 Innlandet 2005

Før vi gir oss i kast med diagnosen, skal vi gjøre oss nærmere kjent med regionen. Stadig flere kaller den *Innlandet*, og *Sykehuset Innlandet HF* går for så vidt inn i denne tradisjonen. På grunn av sine særegne problemer er regionen gjenstand for statlige utviklingstiltak, samlet i programmet *Innlandet 2010*. De regionale myndighetene, fylkeskommunene, samarbeider i *Arena Innlandet*. Et av de mest sentrale tiltakene er fusjonering og kvalitetsforbedring av høyskolene for at de skal kunne bli *Innlandsuniversitetet*. Fylkeskommunene eksisterer fortsatt, men de er foreslått samlet i en planlagt regionreform. Selv om bildet ikke er entydig, er det mye som peker mot at *Innlandet* blir en viktigere region framover, og at fylkene blir mindre viktige. Kanskje forsvinner de helt.

Mer leksikalt kan vi framstille det slik: Den regionen vi her kaller *Innlandet* er identisk med det gamle amtet *Opplandene* som ble opprettet 1757 (men delt allerede i 1781). Regionen svarer til dagens bispedømme Hamar. I vår EU-tilpassede statistikk er dette en såkalt NUTS II region, dvs. en inndeling på landsdelsnivå. Under landsdelen kommer de to fylkene (NUTS III) og under dem igjen det vi har kalt *Arbeidsmarked-, Bolig- og Serviceregioner* eller bare ABS-regioner (NUTS IV, som i SSBs terminologi benevnes ”økonomiske regioner”). Under de ti ABS-regionene finner vi 48 kommuner (NUTS V).

I vår framstilling konsentrerer vi oss om Innlandet som helhet, ABS-regionene og i noen grad kommunene. Vi kan ikke gi et detaljert bilde av alle kommunene, og de fleste blir heller ikke direkte berørt gjennom restruktureringen av sykehusene. På den andre siden vil *vertskommunene* oppleve store endringer, og de vil vi se spesielt på.

Sykehuset Innlandet driver ni tyngre sykehus, fordelt på ni kommuner og seks ABS-regioner. En etablering av nytt sykehus i sentrum av region vil gi en ny lokalitet i Ringsaker. Når det gjelder regionenes navn følger vi SSBs navnsetting. Figur 2.1 viser regioninndelingen med kommunene, og de kommunene vi kaller vertskommunene.



Figur 2.1 Innlandet med regioner og kommuner

2.2 Innlandssyndromet

Befolkningen

Det er skrevet mye om tilstand og utviklingstrekk i Innlandet, og stort sett er dette problembeskrivelser. Østlandsforskning gjorde i 2004 en indikatoranalyse av alle regioner i Norge, og Hedmark og Oppland framtrer da som et avfolkingsområde preget av et relativt stagnerende næringsliv (Selstad, Arge et al. 2004). Vi skal ikke gå inn på alle aspekter av det som til sammen utgjør ”innlandssyndromet”, men sjekke tilstanden akkurat nå. Og når regionalforskere billedlig tar pulsen, sjekker de først og fremst befolkningsdynamikken. Så lenge nasjonen vokser, forventer vi vekst i regionen.

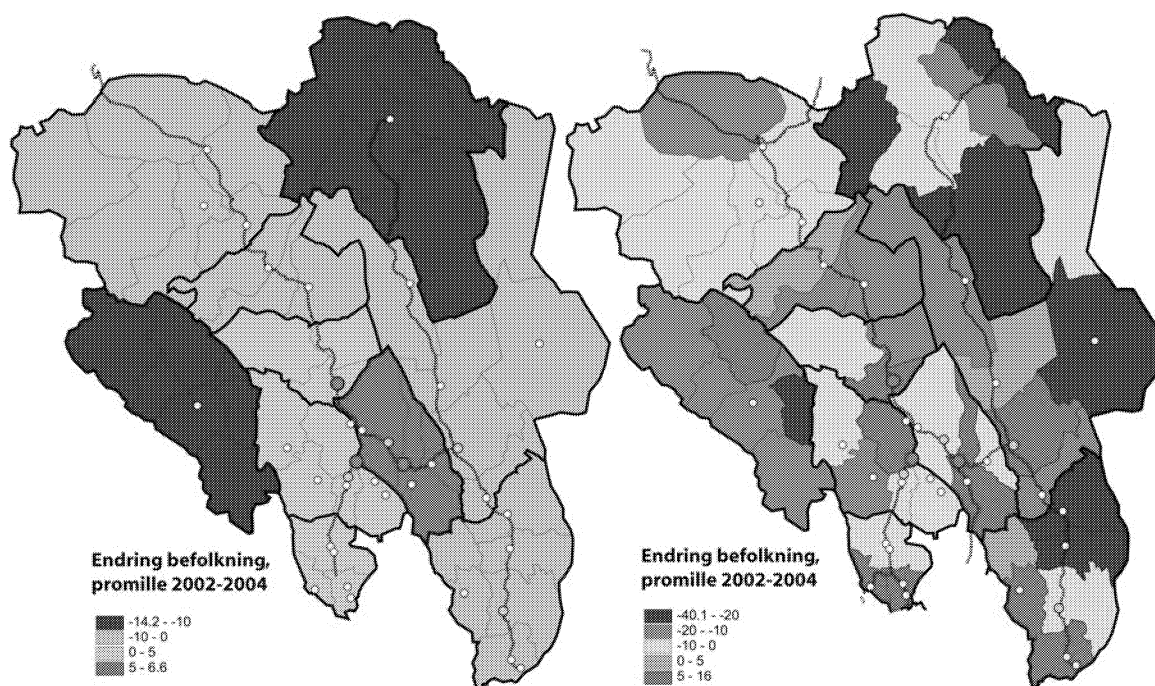
Det bor 371.550 innbyggere i Innlandet 2004, og tallet er svakt synkende gjennom de siste årene. I løpet av de to årene som er vist i tabell 2.1 sank folketallet med 0,8 promille. Nedgangen er sterkere i Nord-Østerdal (Tynset), Valdres, Nord- og Sør Gudbrandsdalen, Kongsvinger og Elverum. Fire regioner har vekst, nemlig Hadeland, Gjøvik, Lillehammer og spesielt Hamar.

Tabell 2.1 Befolkning 2004 og endring i 2002-04.

Region	Befolkning		Endring Relativt	
	2002	2004	absolutt	promille
0491 Kongsvinger	49729	49528	-201	-4,0
0492 Hamar	84404	84961	557	6,6
0493 Elverum	38416	38379	-37	-1,0
0494 Tynset	15732	15508	-224	-14,2
0591 Lillehammer	36026	36090	64	1,8
0592 Gjøvik	67630	67653	23	0,3
0593 Midt-Gudbr.d.	13869	13753	-116	-8,4
0594 Nord-Gudbr.d.	19885	19752	-133	-6,7
0595 Hadeland	27845	27850	5	0,2
0596 Valdres	18327	18076	-251	-13,7
Innlandet	371863	371550	-313	-0,8
Verskommunenene:				
0402 Kongsvinger	17348	17279	-69	-4,0
0403 Hamar	27120	27439	319	11,8
0412 Ringsaker	31830	31824	-6	-0,2
0417 Stange	18137	18427	290	16,0
0427 Elverum	18638	18844	206	11,1
0437 Tynset	5423	5405	-18	-3,3
0501 Lillehammer	24946	25075	129	5,2
0522 Gausdal	6189	6175	-14	-2,3
0502 Gjøvik	27349	27648	299	10,9
0529 Vestre Toten	12627	12546	-81	-6,4
Sum vertskommunene	189607	190662	1055	5,6

Drygt halvparten av befolkningen bor i vertskommunene, der det også er en klarere veksttendens. Men på kommunalt nivå ser vi også større utslag på pluss- og minussiden. Hamar, Elverum og Gjøvik har sterk vekst, Lillehammer noe lavere. De øvrige vertskommunene er i tilbakegang. Figur 2.1 viser alle regionene og kommunene i Innlandet. Som vi ser er det bare de sentrale byregionene, og den storbynære Hadeland-regionen som har vekst. Kommunekartet i figur 2.2 viser noen flere nyanser, men tross alt mest nedgang. Praktisk talt alle kommuner i dalførene har befolkningsnedgang. Unntakene er Øystre Slidre, Nord Fron og Rena. Mjøsbyene vokser også, likeledes de storby- og flyplassnære områdene sør i Oppland og Hedmark. På regionalt nivå er det bare mjøsbyene og Hadeland som går fram.

Selv om dette øyeblikksbildet er preget av nedgang, skal det relativt små endringer til for at marginene går i favør av pluss. Mobiliteten er den avgjørende faktoren, og som vi skal se til slutt i dette kapitlet kan flere av regionene og kommunene få en pen liten vekst mot framtidsrettede fokuspunkt: 2020.



Figur 2.2 Befolkning og befolkningsendring i regioner og kommuner i Innlandet 2002-2000

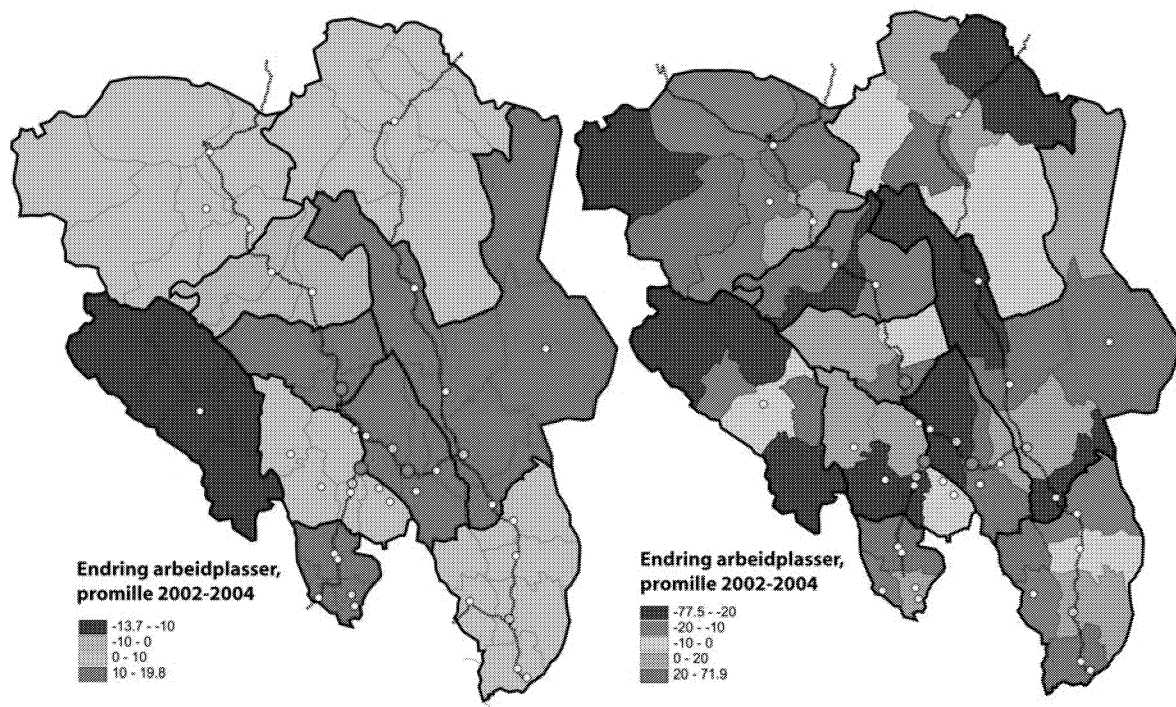
Sysselsettingen

Tendensen er i øyeblikket stigende sysselsetting. I Innlandet steg antallet sysselsatte fra 2002-2004 med 1420 personer eller 8,7 promille. Oppland og Hedmark har også tatt del i den konjunkturoppgangen som med mindre tilbakeslag har vart i mer enn ti år. Erfaringen viser også at i nedgangstider er tilbakegangen i sysselsettingen noe svakere enn i resten av landet.

Tabell 2.2 Sysselsettingen i Innlandet, regioner og vertskommuner, 2002-2004

	Sysselsatte		Endr.syss promille
	2002	2004	
0491 Kongsvinger	19283	19437	8,0
0492 Hamar	37944	38490	14,4
0493 Elverum	16597	16856	15,6
0494 Tynset	7069	7084	2,1
0591 Lillehammer	18298	18661	19,8
0592 Gjøvik	30945	30961	0,5
0593 Midt-Gudbrandsdalen	6000	5978	-3,7
0594 Nord-Gudbrandsdalen	9018	9108	10,0
0595 Hadeland	9679	9799	12,4
0596 Valdres	8801	8680	-13,7
Innlandet	163634	165054	8,7
0402 Kongsvinger	8338	8463	15,0
0403 Hamar	16722	17159	26,1
0427 Elverum	8833	8988	17,5
0417 Stange	6011	6443	71,9
0437 Tynset	3028	3046	5,9
0412 Ringsaker	13483	13137	-25,7
0501 Lillehammer	14351	14728	26,3
0502 Gjøvik	14981	15249	17,9
0522 Gausdal	2145	2147	0,9
0529 Vestre Toten	6571	6365	-31,3
Vertskommunene	94463	95725	13,4

Det er vekst i åtte av de ti regionene. De to regionene med tilbakegang er Midt-Gudbrandsdal og Valdres. Sterkest er framgangen i Lillehammer, med nesten 2 % vekst, fulgt av Elverum, Hamar, Hadeland og Nord-Gudbrandsdal. En snau prosent vekst betyr relativt mye i så næringssvakt område som Innlandet. I vertskommunene er den gjennomsnittlige veksten enda høyere enn i Innlandet som helhet, men variasjonen er også større. Sterkest er nedgangen i de to industripregede kommunene Ringsaker og Vestre-Toten. Ringsaker er også den av kommunene som forverret sin pendlingssituasjon mest i negativ retning disse årene (større netto utpendling).



Figur 2.3 Endring arbeidsplasser i Innlandet, regioner og kommuner, 2002-2004

I figur 2.3 vises sysselsettingsendringen kartografisk for regionene og alle kommunene. Kommunekartet er forholdsvis mosaikkpreget, men ved nærmere studier er det en viss tendens til at kommuner med mindre sentra har kommet sterkere med i veksten

Dette er ikke stedet for en dyptpløyende næringsanalyse som går inn i de enkelte sektorene. Til tross for de positive tendensene vi har sett de siste 10-12 årene, må det like fullt fastslås at veksten er vesentlig sterkere i andre deler av landet, ikke minst i Stor-Oslo og på Vestlandet. Innlandet sliter med en negativ næringsstruktur med relativt mye ”solnedgangsnæringer”: Jordbruk, skogbruk, ressursbasert industri. I figur 2.4 er vist resultater av en kartlegging av næringsspesialisering i Innlandet, og som vi ser dominerer de landbruksbaserte næringene i åtte av ti regioner. Det fins også noen ”soloppgangsnæringer” innen vareproduksjon, ikke minst verkstedindustri i beltet Vestre-Toten, Gjøvik, Ringsaker. Denne industrien er sterkt konkurranseeksponert, men klarer seg likevel relativt bra. Bedriftene i denne gruppen skaper imidlertid lite sysselsettingsvekst for tiden.

Den offentlige sektor er relativt godt utbygd, men det gjør til gjengjeld enkelte områder relativt statsavhengige. Den regionen som er mest avhengig av offentlige arbeidsplasser er Lillehammer. En annen form for statsavhengighet er at deler av befolkningen lever på trygd for uførhet eller arbeidsløshet.

Sammenlignet med Norge er Innlandet preget av en noe lav yrkesdeltakelse, regnet av befolkningen som helhet (ikke alders- og kjønnskorrigert). Vertskommunene ligger nærmere det nasjonale gjennomsnittet. Det er stor variasjon regionene og kommunene imellom. Lillehammer ligger på topp som region, Hamar som kommune. Kongsvinger-regionen og Hadeland har forbløffende lav yrkesdeltakelse, likeledes Stange og Gausdal kommuner. Men innlandet preges ikke av høyere arbeidsløshet enn resten av landet, tvert om er den meget lav. Innlandet virker tilpasset et lavt sysselsettningsnivå. En relativt høy grad av aldring påvirker disse forholdene, men takket være statlig trygd og kommunal sosialhjelp bidrar også uføre og gamle til å opprettholde bosetting selv om de ikke er yrkesaktive.

Tabell 2.3 Sysselsetningsandeler i Innlandets regioner og vertskommunene

Område	Befolkn.	Syssels.	Syss.-andel
0491 Kongsvinger	49528	19437	39,2
0492 Hamar	84961	38490	45,3
0493 Elverum	38379	16856	43,9
0494 Tynset	15508	7084	45,7
0591 Lillehammer	36090	18661	51,7
0592 Gjøvik	67653	30961	45,8
0593 Midt-Gudbrandsdalen	13753	5978	43,5
0594 Nord-Gudbrandsdalen	19752	9108	46,1
0595 Hadeland	27850	9799	35,2
0596 Valdres	18076	8680	48,0
Innlandet	371550	165054	44,4
0402 Kongsvinger	17279	8463	49,0
0403 Hamar	27439	17159	62,5
0427 Elverum	18844	8988	47,7
0417 Stange	18427	6443	35,0
0412 Ringsaker	31824	13137	41,3
0501 Lillehammer	25075	14728	58,7
0522 Gausdal	6175	2147	34,8
0502 Gjøvik	27648	15249	55,2
0529 Vestre Toten	12546	6365	50,7
Vertskommunene	185257	92679	50,0

I tabell 2.1 så vi at befolkningen i Innlandet utviklet seg i negativ retning de siste årene. Det kan synes ulogisk at innlandet har befolkningsnedgang når sysselsettingen vokser. Her må vi imidlertid ta med i betraktning den lave sysselsetningsandelen, som gjør at det alltid er ressurser å hente i befolkningen. Vi skal ikke strekke tolkningen for langt, men det kan se ut som innlandets livsform er slik at befolkningen er en buffer som absorberer økt etterspørsel i

tider med vekst i sysselsettingen, men som likevel kan leve med lavere sysselsetting i dårlige tider. Det gjør bosettingen litt mer robust.

En del av innlandets livsform er dessuten pendling (som vi skal komme tilbake til). De fleste regionene og vertskommunene for Sykehuset Innlandet bedret nettoutpendlingen de siste årene. En slik bedring vil normalt være et resultat av bedring på det hjemlige arbeidsmarkedet, og det er nettopp det vi har registrert. Når flere får jobber hjemme bremses utpendlingen og innpendlingen tiltar. På den andre siden har presset fra arbeidsmarkedet i hovedstadsregionen blitt større, for der er jobbveksten mye sterkere enn i Innlandet.

En syk region?

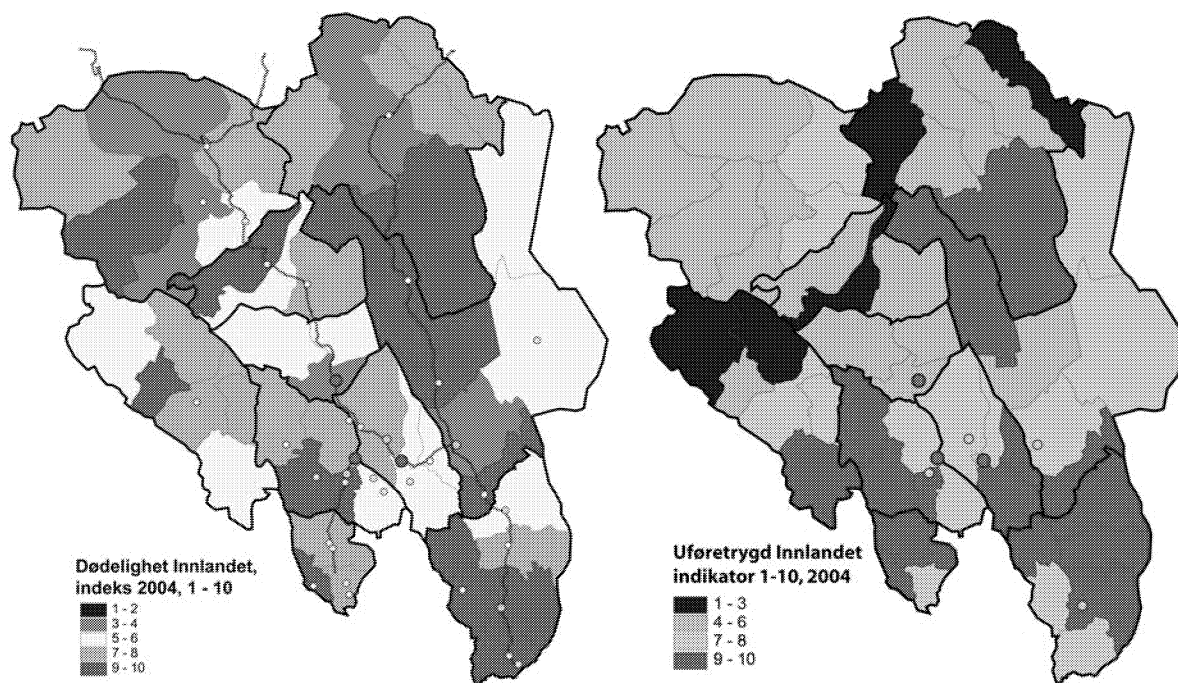
Innlandssyndromet er altså en metafor som antyder at regionen lider av en kompleks sykdom. Men ”syke regioner” kan jo naturligvis også være regioner med høy sykkelighet. Dette er et svakere utforsket felt. Den svake dynamikken i næringslivet og den akutte tilbakegangen i befolkningen kan gi forsterking av somatiske eller psykiske sykdomstilstander. Men vi kan også tenke at lokale kulturer og levemåter, og nærheten til natur- og friluftsområder, til tross for den manglende regionale dynamikken bidrar til helse og velvære.

I diskusjonen om kommuners og regioners kostnader til tjenester og ytelser av ulike slag har Statistisk Sentralbyrå utviklet et sett sosiale indikatorer som gir en grov beskrivelse av situasjonen. Det er utviklet i alt åtte indikatorer, og hver kommune gis rangpoeng fra 1 til 10. I Figur 2.4 har vi vist to av disse indikatorene, nemlig dødelighet og uføretrygd. Disse tallene gir det ikke mulig å karakterisere Innlandet som helhet, bare kommunene.

Når det gjelder dødeligheten ser vi også at situasjonen karakteriseres som et lappeteppes med høye og lave verdier spredt over hele landsdelen. Dødelighetsindeksen er en alderskorrigert indeks, og viser variasjonen over og under det gjennomsnittlige. Høye verdier (røde felt) karakteriserer høy dødelighet, og et flertall av kommunene tilhører denne kategorien. Lave verdier fins i to bypregede samfunn – Lillehammer og Elverum – og i Nord-Østerdal og Nord-Gudbrandsdal.

Uføretrygding viser et klart nord-sør-mønster, altså en sentrum-periferi fordeling. Gjennomgående er det mindre uføretrygding i de mest perifere dalstrøkene, mens de sentrale byområdene ligger høyere. Denne indikatoren viser imidlertid også problemene med å måle regional sykkelighet, siden en her måler med en bestemt offentlig ytelse. Det kan jo tenkes at man måler variasjon i ytelsene og ikke den grunnleggende uførheten.

Helse- og sosialgeografien er et svakt utviklet felt innen samfunnsmedisinen. Disse eksemplene viser imidlertid at det kan være mye å hente i utforskning av spesifikke forhold knyttet til regioner eller lokalsamfunn.



Figur 2.4 Dødelighet og uføretrygd – symptomer på sykkelighet? SSB 2004

2.3 Bosetting og romlig struktur

Svak urbanisering

Hedmark og Oppland tilhører den absolutt minst urbaniserte delen av Norge, men som vi ser av tabellen omfatter de små og mellomstore byene tross alt mer enn 106.000 innbyggere. Her er altså byene definert som sammenhengende, tett bebygde områder, som gjerne krysser kommunegrenser. Innlandets desidert største by er Hamar. Når det står Hamar ”i alt” er det fordi Hamar er en slik by som går ut over sine grenser. Her er det altså tatt med bymessige bosettinger i Ringsaker og Stange som ligger inntil byen Hamar, og som må regnes til den. Men selv Hamar er langt fra å bli kalt en storby etter den siste regionalpolitiske meldingens begreper (St.meld.nr.25(2004-05)). På den andre siden skal vi ikke glemme at Hamar som ABS-region dekker et område med 85 000 innbyggere.

Småbyer defineres i tråd med regionalpolitikken som tettsteder med mer enn 5000 innbyggere, mens mellomstore byer defineres som byer med mer enn 15 000 innbyggere.

Storbyene har mer enn 50.000 innbyggere. Innlandet har ingen storbyer, men til gjengjeld mange små sentra. En komplett liste over tettsteder med mer enn 1000 innbyggere er vist i vedlegg.

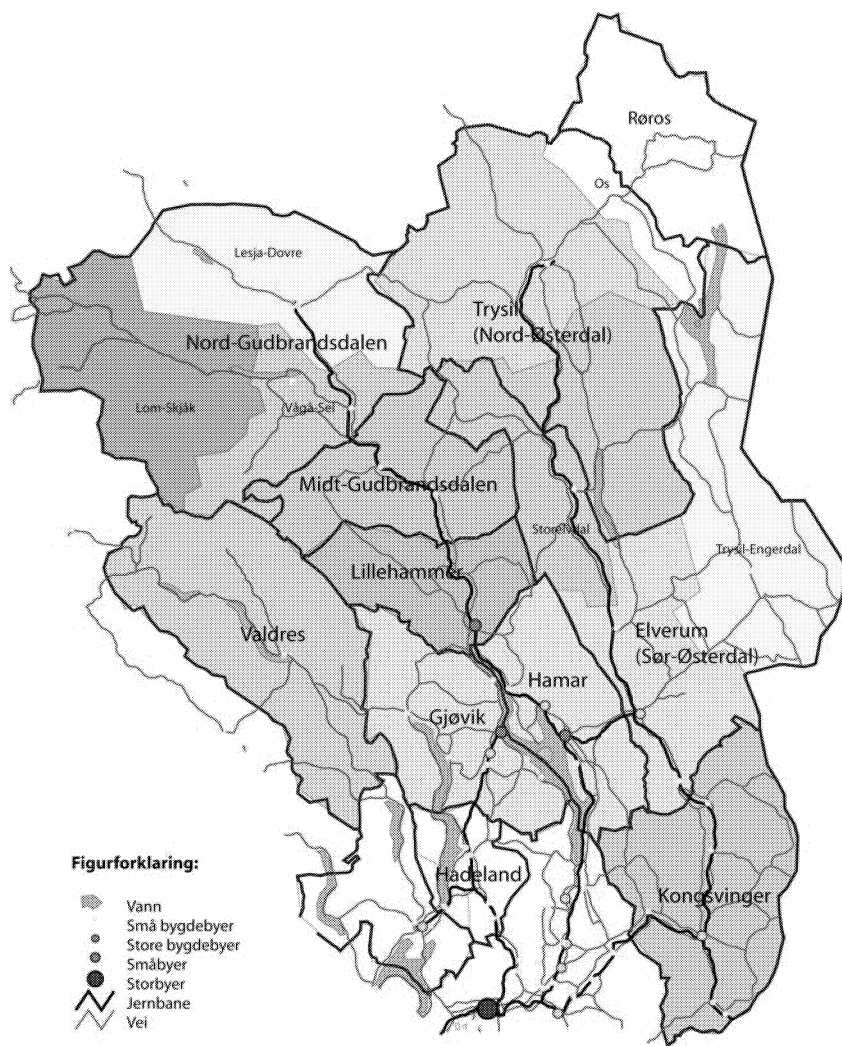
Tabell 2.4 Befolkningen i små- og mellomstore byer, 1999 og 2005

<i>Nr, tettsted</i>	<i>1999</i>	<i>2005</i>	<i>Endring %</i>
1001 Hamar i alt	27.234	28.801	5,8
1501 Lillehammer	18.615	19.096	2,6
1511 Gjøvik	16.774	17.596	4,9
1121 Elverum	11.313	12.490	10,4
1011 Kongsvinger	10.822	11.989	10,8
1021 Brumunddal	7.965	8.441	6,0
1645 Raufoss i alt	5.766	6.052	5,0
Småbyer og mellomstore byer	100.488	106.470	6,0

SSB: Tettstedsstatistikk 1999 og 2005

De mellomstore og små byene er styrende elementer i den romlige strukturen i Innlandet, slik den er beskrevet på kartet i figur 2.4. Sentrene genererer mobilitet fra omlandet og tilbake i form av arbeids- og servicereiser, og dette skaper regioner. Mobiliteten tillater at folk bor mer spredt enn de arbeider, og slik sett kan jobbvekst i et bysentrum gi opphav til en stor spredt bosetting. Dette er også en dynamisk prosess, der bedre infrastrukturer, høyere inntekt og større mobilitet fører til at regionene vokser.

Figur 2.5 viser innlandet med de samme ABS-regionen som vi har brukt foran, men i tillegg har vi lagt inn faktiske pendlingsregioner, slik disse er definert i en undersøkelse fra NIBR (Juvkam 2002). Vi ser at de faktiske pendlingsomlandene slett ikke dekker alle ABS-regionene, Nord-Gudbrandsdalen deler seg eksempelvis i tre. I Nord-Østerdalen (Tynset-regionen) ser vi at hele Os kommune heller mot Røros. Og den mest alvorlige lekkasjen: Hele Hadeland hører som pendlingsregion til en Stor-Oslo-region



Figur 2.5 Romlig struktur, byer og sentra i Innlandets regioner

Mye pendling

Det pendles mye i Innlandet, men til forskjell fra andre landsdeler fins det her ikke noe dominerende sentrum som fanger opp det meste av innpendlingen. Innlandet savner en storby som kan være landsdelshovedstad. De tre mellomstore byene ligger riktignok nær hverandre i et triangel, og kan under gunstige vilkår fungere som et samlet flerkjernet sentrum. Det er en annen problemstilling som vi skal komme tilbake til. Foreløpig fastslår vi bare at ni av de ti regionene er klare utpendlingsregioner. Den eneste regionen med innpendlingsoverskudd er Lillehammer, men det er forholdsvis lite. Vi snakker altså ikke om en region som fungerer som innpendlingsregion for hele Innlandet, tvert om kommer hovedtyngden av innpendlerne fra Gudbrandsdalen.

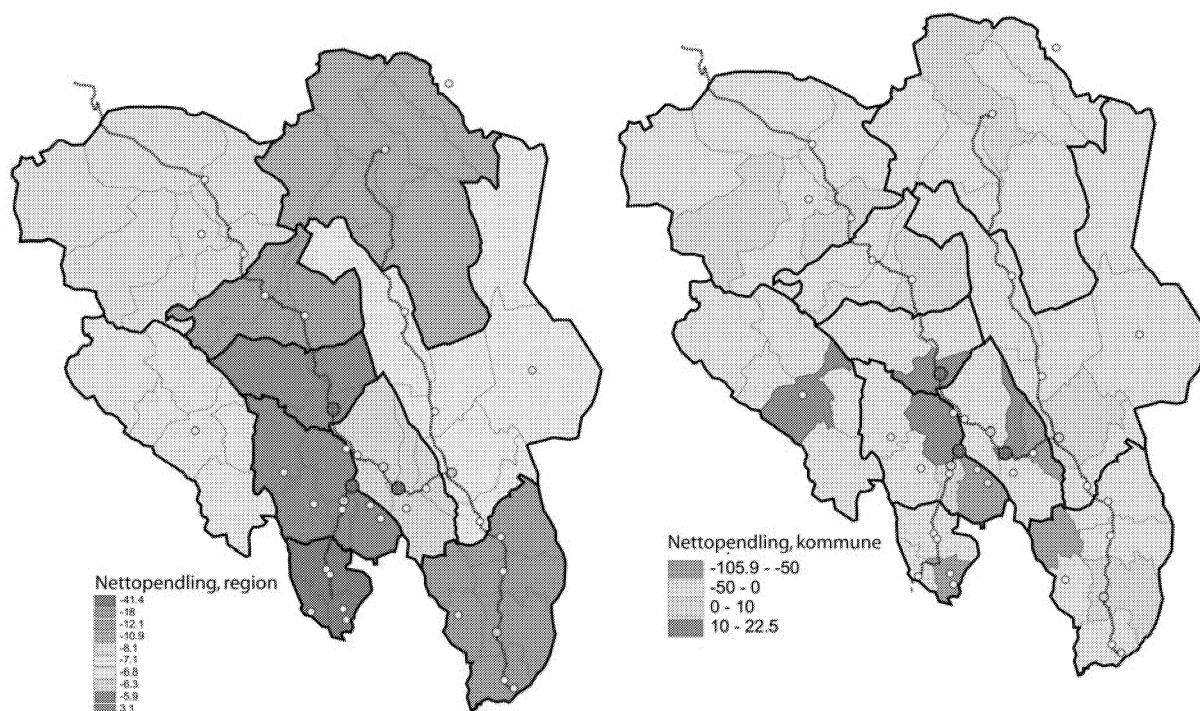
Stor utpendling fra Innlandet har vi særlig fra Hadeland og Kongsvinger, dernest fra Midt-Gudbrandsdal og Tynset-regionen, men vi må også regne utpendlingen fra Hamar, Elverum, Gjøvik, Nord-Gudbrandsdal og Valdres som betydelig.

Tabell 2.5 Pendling i innlandets regioner og vertskommune for Sykehuset Innlandet

	2004		Nettoppendling				And. Pend. 2002-2004		Rel. Syss.
	Bef.	Syss.	Utp.	Innp.	2002	2004	2004	Endring	
0491 Kongsvinger	49528	19437	4943	1439	-3982	-3504	-20,5	478	2,5
0492 Hamar	84961	38490	7200	4767	-2971	-2433	-7,7	538	1,4
0493 Elverum	38379	16856	3432	2231	-1416	-1201	-8,4	215	1,3
0494 Tynset	15508	7084	1241	466	-818	-775	-11,5	43	0,6
0591 Lillehammer	36090	18661	3001	3571	119	570	0,6	451	2,4
0592 Gjøvik	67653	30961	4661	2820	-2255	-1841	-7,3	414	1,3
0593 Midt-Gudbr.	13753	5978	1329	603	-731	-726	-12,2	5	0,1
0594 Nord-Gudbr.	19752	9108	1352	616	-700	-736	-7,7	-36	-0,4
0595 Hadeland	27850	9799	5441	1388	-4326	-4053	-44,1	273	2,8
0596 Valdres	18076	8680	1160	568	-643	-592	-7,4	51	0,6
Innlandet	371550	165054							
0402 Kongsvinger	17279	8463	2245	2645	68	400	0,8	332	3,9
0403 Hamar	27439	17159	4738	8597	3557	3859	20,7	302	1,8
0412 Ringsaker	31824	13137	5736	3394	-2160	-2342	-16,4	-182	-1,4
0427 Elverum	18844	8988	2165	2178	-146	13	0,1	159	1,7
0417 Stange	18427	6443	4705	2446	-2626	-2259	-40,8	367	5,7
0437 Tynset	5405	3046	535	737	185	202	6,1	17	0,6
0501 Lillehammer	25075	14728	2692	4933	1786	2241	12,1	455	3,1
0522 Gausdal	6175	2147	1335	351	-1006	-984	-46,9	22	1,0
0502 Gjøvik	27648	15249	3733	5449	1395	1716	9,1	321	2,1
0529 Vestre Toten	12546	6365	2347	2535	-31	188	-0,5	219	3,4
Vertskommunene	190662	95725							

Kilde: Panda

Går vi ned på kommunalt nivå framkommer mer et typisk mønster med sentrum og omland, som er typisk for ABS-regioner: Hamar, Gjøvik og Lillehammer er på plussiden (innpendlingskommuner), mens omlandskommuner som Ringsaker, Stange, Gausdal og Vestre Toten er på minussiden (utpendlingskommuner). Bygdebyer som Kongsvinger, Elverum og Tynset er også tilpendlingsområder. Tabell 2.5 viser bare vertskommunene, mens figur 2.6 viser alle kommunene og regionene i Innlandet. Kartene handler stort sett om utpendling. Dette fører oss over til neste spørsmål, nemlig hvor den generelle utpendlingen fra Innlandet havner.



Figur 2.6 Nettopending i ABS-regioner og kommuner, 2004

For å se pendlingsmønstrene under ett må vi lage en pendlingsmatrise som ikke bare omfatter Innlandet, men også de sentrale deler av Østlandet – hovedstadsregionen (tabell 2.6). For det første viser tabellen at det skjer en del pendlingsbevegelser mellom regionene i Innlandet (markert del av matrisen). Kongsvinger-regionen sender for eksempel 401 pendlere til Elverum, mens det går 311 den andre veien.

For øvrig danner mjøsbyene og Elverum en blokk med tettere pendling. Fra Hamar går det h.h.v. 1076, 1198 og 773 til Elverum, Lillehammer og Gjøvik; fra Elverum er tallene 1209, 90 og 69 til h.h.v. Hamar, Lillehammer og Gjøvik; fra Lillehammer går det 756, 30 og 457 til h.h.v Hamar, Elverum og Gjøvik; og til slutt fra Gjøvik: 769, 24 og 774 til Hamar, Elverum og Lillehammer. Det går altså relativt sterke *gjensidige* pendlingsstrømmer mellom Hamar, Gjøvik og Lillehammer, og dessuten mellom Hamar og Elverum.

Tabell 2.6 Pendlingsmatrise for regioner i Innlandet og det sentrale Østlandet

2004

	0291 Follo	0292 Bærum/-Asker	0293 Lillestrøm	0294 Ullensaker	0391 Oslo	0491 Kongsvinger	0492 Hamar	0493 Elverum	0494 Tynset	0591 Lillehammer	0592 Gjøvik	0593 Midt-Gudbr.d.	0594 Nord-Gudbr.d.	0595 Hadeland	0596 Valdres	Sum valgte områder	Hele landet	Resten av landet
0291 Follo	27101	1787	843	282	21467	16	59	26	5	21	28	4	6	20	7	51672	54765	3093
0292 Bærum/Asker	471	42925	726	946	28015	36	47	27	4	31	47	4	15	21	12	73327	78097	4770
0293 Lillestrøm	1053	2420	47239	3302	34184	356	131	43	9	57	84	11	18	120	13	89040	91674	2634
0294 Ullensaker/Eidsvoll	112	490	3416	17476	6135	108	102	19	1	21	70	5	3	38	6	28002	28697	695
0391 Oslo	4268	17228	7823	2587	224173	147	323	93	19	124	179	21	23	168	43	257219	271632	14413
0491 Kongsvinger	60	168	911	612	1899	17998	271	454	14	43	40	5	7	17	3	22502	22941	439
0492 Hamar	111	208	274	426	2052	82	33723	1076	28	1198	773	36	35	32	23	40077	40923	846
0493 Elverum	31	109	116	76	761	388	1209	14625	98	90	69	16	14	5	7	17614	18057	443
0494 Tynset	21	33	34	9	228	18	143	131	6618	18	16	1	11	2	4	7287	7859	572
0591 Lillehammer	37	88	55	48	771	10	756	30	6	15090	457	197	76	11	11	17643	18091	448
0592 Gjøvik	49	184	129	280	1199	15	769	24	5	774	28141	31	26	347	171	32144	32802	658
0593 Midt-Gudbrandsdalen	13	46	34	19	341	2	61	8	7	369	43	5375	196	5	7	6526	6704	178
0594 Nord-Gudbrandsdalen	20	43	38	19	337	12	43	9	7	235	29	200	8492	4	32	9520	9844	324
0595 Hadeland	43	254	595	157	2545	2	33	8	8	36	258	3	3	8411	20	12368	13852	1484
0596 Valdres	28	83	31	23	299	1	45	2	44	149	2	3	12	8112	8834	9272	438	
Sum valgte områder	33418	66066	62264	26262	324406	19191	37715	16575	6821	18151	30383	5911	8928	9213	8471	673775	705210	31435
Hele landet	39303	83154	65511	28164	371917	19437	38490	16856	7084	18661	30961	5978	9108	9799	8680	753103	2274000	1520897
Resten av landet	5885	17088	3247	1902	47511	246	775	281	263	510	578	67	180	586	209	79328	1568790	1489462

Kilde:Panda

Den største konkurrenten for Mjøsbyene og Elverum er Oslo. Etter Hadeland og Kongvinger, som hver mister om lag 3500 arbeidstakere gjennom utpendling til Oslo og Akershus-regionene, kommer Hamar på en god tredjeplass som utpendlingsregion sørøver, dernerst Gjøvik. Her er strømmen den andre veien relativt liten, så dette kan også kalles en *enveispendling*. Vi kan også si at Romerike (Ullensaker/Eidsvoll- og Lillestrøm-regionen) inngår i dette mønsteret: Mye tilpendling fra Innlandet, men lite i retur. Når så mange som 16 000 pendler ut av Innlands-regionene, kan vi ikke si annet enn at Oslo og Akershus-regionene øver stor innflytelse på Innlandets arbeidsmarked.

Den høye mobiliteten har en *materiell* side, den vi stort sett har beskrevet så langt, men også en *mental* side: Mobiliteten er identitetsskapende. Før regnet vi identitet som en tradisjonsfaktor, knyttet til hjemstedet eller distriktet, men nå er ikke det så åpenbart lenger. En stor andel av innbyggerne i dagens kommuner er innflyttere, som ikke tar til seg tradisjonelle identiteter like sterkt som fastboende. På den andre siden er det grunn til å tro at arbeids- og servicereiser fra omland til sentrum, som konstituerer dagens byregioner, også skaper en følelse av *tilknytning* til denne regionen. Dette er altså en moderne identitetsdannelse, som ikke nødvendigvis sammenfaller med tradisjonelle regionbegrep.

Spørsmålet er om dette har videre konsekvenser for regionalisering og regiontilknytning. Selv om begrepet Innlandet i stigende grad ser ut til å bli akseptert, er det ingen selvfølge at dette er den kommende storregionen (landsdelen) vi tilhører. At navnet ikke faller i smak er en ting, en annen er konkurrerende regionkonsept.

Da sykeshusregionene ble opprettet, og veiregionene fikk en nesten identisk inndeling, ble det såkalt "Østre Østlandet" foreslått som en ny forvaltningsregion, altså Oppland, Hedmark, Akershus, Oslo og Østfold. Siden Oslo motsetter seg enhver ny regiondannelse, ble forslaget forstått som fire fylker. Denne regionen ble utredet, men forkastet av alle fylkene (Selstad 2002). Selv om Innlandet velger å opprettholde sin egen identitet, vil det imidlertid være en realitet at en stor del av innlandets innbyggere sokner til det sentrale hovedstadsområdet gjennom pendling. Det er nærliggende å tenke seg at dette forplanter seg videre til servicemarkeder av ulike slag, herunder sykehustjenester. Men det vil ikke være like lett å rekruttere pasienter den andre veien.

Innlandsperspektivet – tom retorikk eller aktiv politikk?

Det to fylkeskommunene i Innlandet har tradisjonelt vært sterkt *distriktsorienterte*. De har for det første prøvd å vinne gehør for at dette området i nasjonal sammenheng er en periferi, noe det ikke alltid har vært lett å forstå i Nord-Norge og på Vestlandet. For det andre innebærer

distriktsorienteringen at fylkene hver for seg har tilstrebet mer vekst i sine utkanter; i Gudbrandsdalen og Valdres, i Østerdalen, Solør og Kongsvinger-regionen.

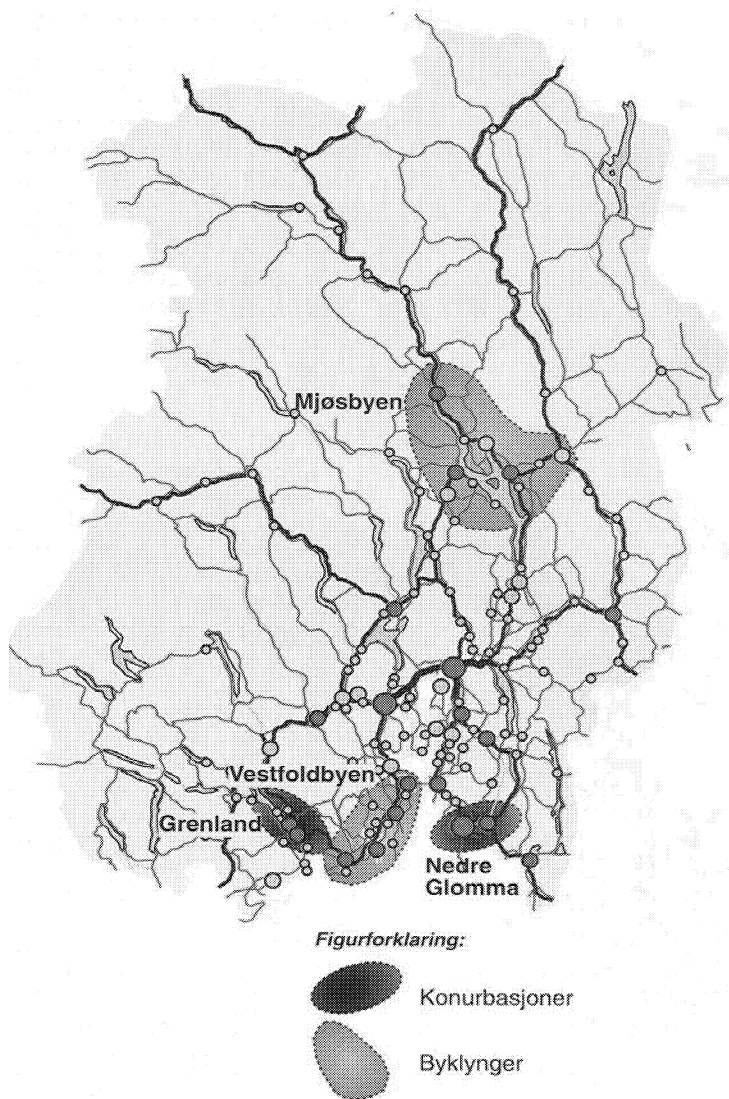
Det siste tiåret har vi sett klare tendenser til at denne politikken har fått et bredere perspektiv, den omhandler distrikt så vel som sentrum. Skal Innlandet være én region som utgjør et motstykke til det sentrale Østlandet, må det ta i bruk sine urbane ressurser. De tre mjøsbyene må mobiliseres, slik at de samlet kan utgjøre et alternativ til hovedstadsområdet. Denne integrerte "Mjøsbyen" kan altså forstås som en avlastningsby i forhold til en sterk konsentrasjon rundt Oslo. Denne tenkningen ble lansert av "Østlandskomiteen" alt på sekstitallet (1969), men fikk en slags relansering i Østlandssamarbeidet i 1999. I tillegg til Mjøsbyen, skulle "Grenlandsbyen", "Vestfoldbyen" og "Fredrikstad-Sarpsborg" fungere som avlastningsbyer på det sørlige Østlandet. Dette er altså norske eksempler på sammenvokste byer eller byklynger.

Denne dreiningen lar seg også forklare med at disse fylkene hadde drevet utstrakt transnasjonalt regionsamarbeide (Interreg III) og gjennom dette hadde de stiftet kjennskap til "det europeiske romlige planleggingsperspektiv" (EU-kommisjonen 1999). Her argumenteres det sterkt for *polysentrisk* byutvikling, med begrunnelser som minner mye om avlastningstanken – riktignok med en mer konkurranseorientert begrunnelse. På sekstitallet ville man planlegge fram avlastningsbyer, i dag vil man styrke de nest største storbyenes plass i byenes kamp seg imellom. I tillegg legger ESDP vekt på at det skal bygges moderne infrastrukturer som knytter byregionene tettere sammen, men på bærekraftige premisser. Kulturlandskapene skal heller ikke forringes. Det finnes også spor av den europeiske tenkningen i den relativt ferske storbypolitiske Stortingsmeldingen (St.meld.nr.31.(2002-2003)).

Hvordan har så disse tendensene nedfelt seg i Innlandets planlegging og utviklingspolitikk? Begge fylkesplanene omtaler et "Innlandsperspektiv", at regionen samlet skal bli konkurransedyktig, og Mjøsbyene framheves som en forutsetning: Attraktiv som bo- og arbeidsregion, for næring og nyskaping, for kompetanseutvikling. Derfor trenger den også en opprustning av infrastrukturen for å sikre gode forbindelser, særlig gjennom kollektiv transport.

Noen eksplisitt henvisning til ideen om "Mjøsbyen" fins ikke i planene.. Det nærmeste vi her kommer er Hedmark Fylkeskommune som vil gjøre Hedmark attraktivt som alternativ til Oslo-regionen, og her henvises det til Østlandsamarbeidets flerkjernestrategi. Begge planene gjør senterstruktur og senterutvikling til et innsatsområde, med utgangspunkt i eksisterende sentra. I Oppland er Lillehammer og Gjøvik utpekt som regionsentra for de to

halvdelene i fylket, og i tillegg skal de ha fylkesdekkende funksjoner. I Hedmark er Kongsvinger, Elverum, Tynset og Hamar regionale sentra, og aksene Elverum-Hamar skal styrkes med sikte på å bedre kommunikasjonene. Til tross for det overordnede Innlandsperspektivet, som begge planene bekjenner seg til, er ikke det felles byområdet rundt Mjøsa gitt noen konkret rolle.



Figur 2.7 Innlandet og Mjøsbyen i en polysentrisk strategi for Østlandet

Oppland Fylkeskommune har sett stedsutviklingen i sammenheng med varehandelen og vil styrke byer og tettsteder som møtesteder for folk. Her er det også en aktiv påpekning av at unødig *spredning* av byer og tettsteder skal unngås. Hedmarks plan preges i sterkere grad av ønsket om å bedre kommunikasjonene mellom stedene, inklusive til Gardermoen og Oslo. Hedmark har på mange måter et dobbelt geografisk perspektiv: En territoriell forståelse av Hedmark som fylke med klare grenser, og grenser mellom regionene i fylket;

og en romlig forståelse der grenser ikke betyr noe. I tillegg til et Innlandsperspektiv som kan peke mot Fjellregionen og Mjøsregionen, fins det et romlig perspektiv ut av Hedmark som peker mot Värmland og Dalarna og Oslo-regionen. Hamar og Hedmark har også gått sin egen vei når de foreslår Hamar som landsdelssenter.

Vi understreker at alle disse betraktningene er hentet fra fylkesplanene, og at de ikke nødvendigvis er dekkende for tenkemåten i politiske og faglige kretser per i dag. Disse betraktningene gir i seg selv også få klare føringer med tanke på valg av alternativ for

sykehusene, eller for konkret lokalisering av et eventuelt nytt hovedsykehus. Begge fylkene er opptatt av å utnytte næringsdynamiske effekter av sykehusene, men hva det konkret betyr for modell og lokalisering er heller ikke klart. Ideelt sett burde lokaliseringen vært sett i sammenheng med andre større lokaliseringssaker – Innlandsuniversitetet, administrasjon for regionale myndigheter etc. – men noen slik overordnet plan fins definitivt ikke.

2.4 Innlandet 2020 – et første blikk på framtida

Det er et framtrekkende trekk ved vår moderne tid at ingenting befinner seg i ro, alt forandres. Vi må derfor kontinuerlig forebrede oss på en framtid annerledes enn nåtida. Alt ligger til rette for vekst, og da må veibygging, energiforsyning, skoler osv. tilpasse seg trendene i tiden – og sykehusene! Vi er derfor avhengig av *prognoser* i samfunnsplanleggingen

Det er ikke lett å spå, men når det gjelder befolkningen er det lettere enn på mange andre områder. Vår statistikk er bedre enn noensinne, og vi kjenner ganske detaljert fødselsnivået, forventet levealder, innflytting fra andre regioner i Norge og fra utlandet. Selvfølgelig er dette størrelser som kan forandres og vi må være forberedt på overraskelser. Legger vi dagens tendenser til grunn kan vi likevel skaffe oss et rimelig sikkert bilde av Innlandets befolkning i 2020 når det gjelder et så kort tidsspenn som femten år. Faktisk er de fleste i denne befolkningen her allerede, og spesielt alle de eldre som kommer til å utgjøre flertallet av pasientene på sykehusene i 2020.

Statistisk Sentralbyrås standardprognose er den som legger middels verdier for fødsler, levealder, innflytting og innvandring til grunn, derfor forkortet til MMMM. Det er den som er lagt til grunn for dimensjoneringen av Sykehuset Innlandet og det er den vi legger til grunn som standardbefolkningsprognose. Alt i alt er faktisk utsikten for innlandet i øyeblikket ganske positive. Gitt at sysselsettingsveksten vedvarer, er det ikke usannsynlig at denne prognosen slår til. Den sier at vi vil være om lag 15 000 innbyggere flere i 2020 enn i 2004, altså er Innlandet blitt en småby større!

Prognosen beregner størst vekst i Hadeland, deretter i Lillehammer. På de neste plassene følger Elverum, Hamar, Gjøvik og Valdres. I Nord-Østerdal blir veksten så vidt over null, mens det blir nedgang i Gudbrandsdalen. På kommunalt nivå blir naturligvis variasjonen større: På plussiden er Øyer mest positiv, med 15 % vekst, på bunnen Folldal med 9,3 % nedgang.

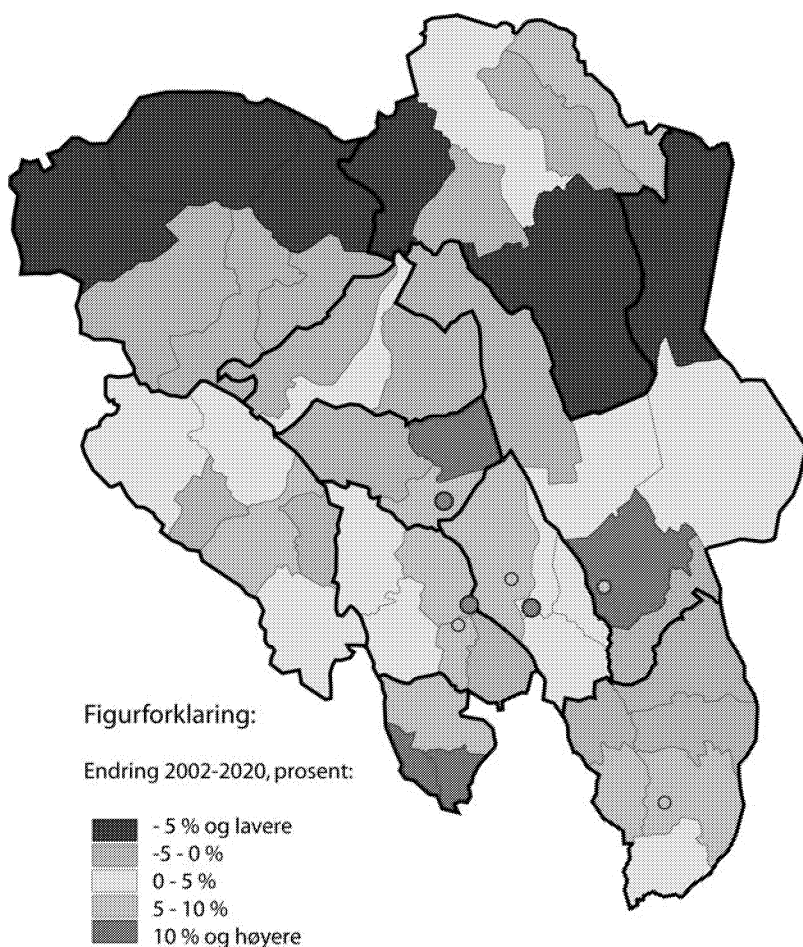
Tabell 2.7 Befolkning 2004 og 2020

Regioner	2004	2020	Endring	Rel.end.
0491 Kongsvinger	49528	51166	1638	3,3
0492 Hamar	84961	88454	3493	4,1
0493 Elverum	38379	40316	1937	5,0
0494 Tynset	15508	15586	78	0,5
0591 Lillehammer	36090	39027	2937	8,1
0592 Gjøvik	67653	70355	2702	4,0
0593 Midt-Gudbrandsdalen	13753	13421	-332	-2,4
0594 Nord-Gudbrandsdalen	19752	18979	-773	-3,9
0595 Hadeland	27850	30696	2846	10,2
0596 Valdres	18076	18729	653	3,6
Innlandet	371550	386729	15179	4,1

Kilde: SSB Framskrivning av folkemengden, alt MMMM

Vi skal ikke her spekulere mer over morgendagens vinnere og tapere i omfordelingen av befolkningen. For oss er dette en referanseframskriving. Disse prognosene tar utgangspunkt i rendemografiske forhold, og det ligger ikke noen antakelser om sykehusenes bidrag til disse resultatene i bergningen. Men nettopp det er vår problemstilling: I hvilken grad vil

omstruktureringen av Sykehuset Innlandet bidra positivt til at regionene når sine befolkningsmål? Og omvendt: Hvis regionene og kommunene ikke når disse målene, i hvilken grad er så sykehusenes omfordeling å klandre?



Figur 2.8 Framskrivning av folkemengden 2004-2020

3.

Endringsaktøren:

Sykehuset Innlandet 2005

I den lokale økonomien i vertskommuner og -regioner, og i Hedmark og Opplands økonomi som en helhet er sykehuset en svært viktig institusjon. Sykehuset har mange arbeidsplasser, spesielt for folk med høyere utdanning og fagutdanning, og det sysselsetter svært mange kvinner. Med sine nesten 7.000 årsverk er Sykehuset Innlandet den klart største "bedriften" i Innlandet.

3.1 Sykehuset i regionene.

Sykehuset Innlandet (SI) er en kompetansebedrift. Sammenliknet med lønnsnivået ellers i Hedmark og Oppland, og ikke minst sammenliknet med lønnsnivået i andre deler av offentlig sektor, har sykehusansatte relativt gode lønnsbetingelser. Utbygging og drift av sykehuset finansieres av staten. Regionaløkonomisk fungerer derfor SI som en "eksportbedrift". I motsetning til vanlige eksportbedrifter er sykehuset ikke utsatt for konjunktursvingninger eller svingninger i kronekurs. Sykehuset er heller ikke i særlig grad utsatt for konkurranse fra utlandet, og særlig ikke fra lavkostland i Asia. Sykehuset, og dets lokale produksjonsenheter (geografiske sykehus), har derfor vært sett på som gode og trygge arbeidsplasser.

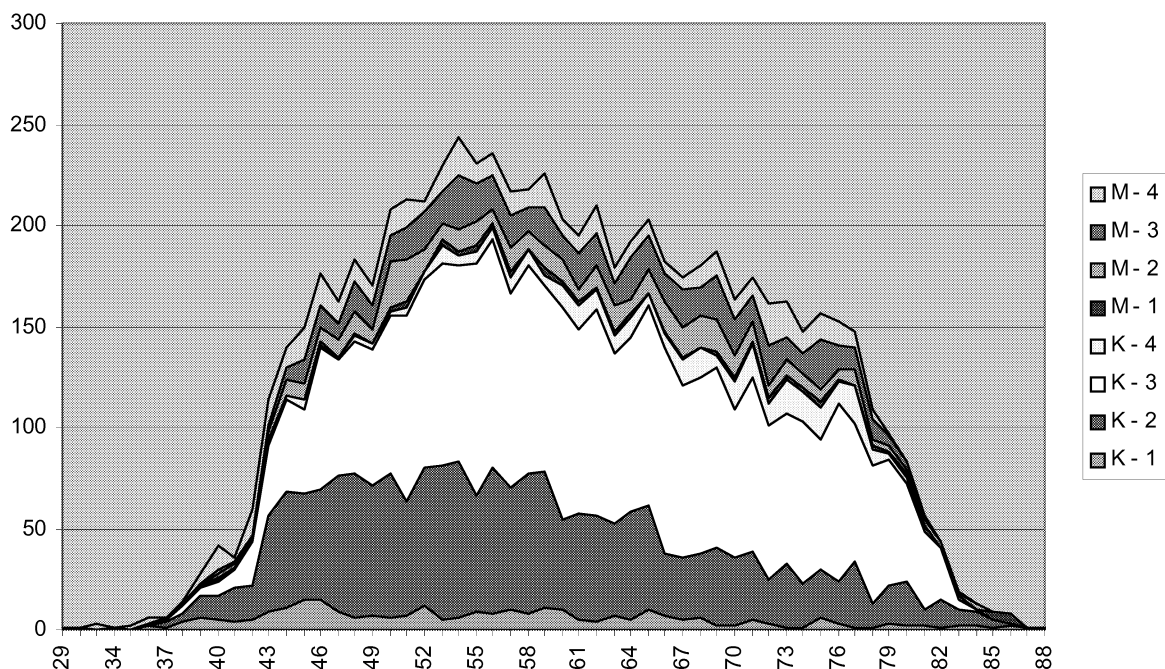
Dette bildet har endret seg de siste årene. For deler av sykehusenes virksomhet skal det være konkurranse mellom de ulike tilbyderne. Foreløpig er imidlertid ingen sykehus nedlagt på grunn av manglende etterspørsel – det er endringene i de politisk fastlagte rammebetingelsene som har skapt usikkerhet de siste årene. Krav om kvalitet og effektivisering har medført at det i alle helseregioner arbeides med omstilling som ikke bare berører de ansatte i sykehusene, men også sykehusets vertskommuner og -regioner – og innbyggerne i sykehusets "opptaksområde". Debattene, som har gått over hele landet, viser at sykehusene ikke bare er store eksportbedrifter med avgjørende betydning i de lokale økonomiene, men også angår folk langt ut over grensene for sykehusets vertskommuner.

Derfor skal vi i dette kapitlet se nærmere på sykehusets rolle for arbeidsplasser, sysselsetting, pendling og bosetting i de ulike regioner i Hedmark og Oppland.

I 2004 hadde SI vel 7.100 ansatte med ”fast månedslønn”. Mange av disse hadde deltidsstillinger, slik at antall årsverk var langt lavere. De 7.138 fast ansatte stod i 2004 for 5.812 årsverk, dvs. gjennomsnittlig 0.81 årsverk pr. ansatt (”ansatte med månedslønn.”) I våre regionale analyser av situasjonen i dag (regional fordeling av sysselsetting, pendling, mm) legger vi disse tallene til grunn. Det er de mest sikre tallene vi har for regional fordeling av arbeidsplassene, og ikke minst når det gjelder oversikt over hvor de ansatte bor. I analysen av regionale virkninger av de ulike scenariene oppjusterer vi våre tall, slik at utgangspunktet faller sammen med de tallene SI har for antall årsverk pr. 1. september 2005.

En arbeidsplass for kvinner.

Figuren nedenfor (3.1) viser aldersfordelingen (fødselsår) for de ansatte i SI. De ansatte er gruppert etter kjønn og utdanningsnivå. To grupper av ansatte dominerer bildet, kvinner på utdanningsnivå 2 (fagutdanning, eksempelvis hjelpepleiere) og 3 (høyere utdanning med inntil 4 års varighet, eksempelvis sykepleiere). Utdanningsnivå 1 er ufaglærte, mens utdanningsnivå 4 er høyere utdanning av 4 års varighet eller mer (eksempelvis leger).

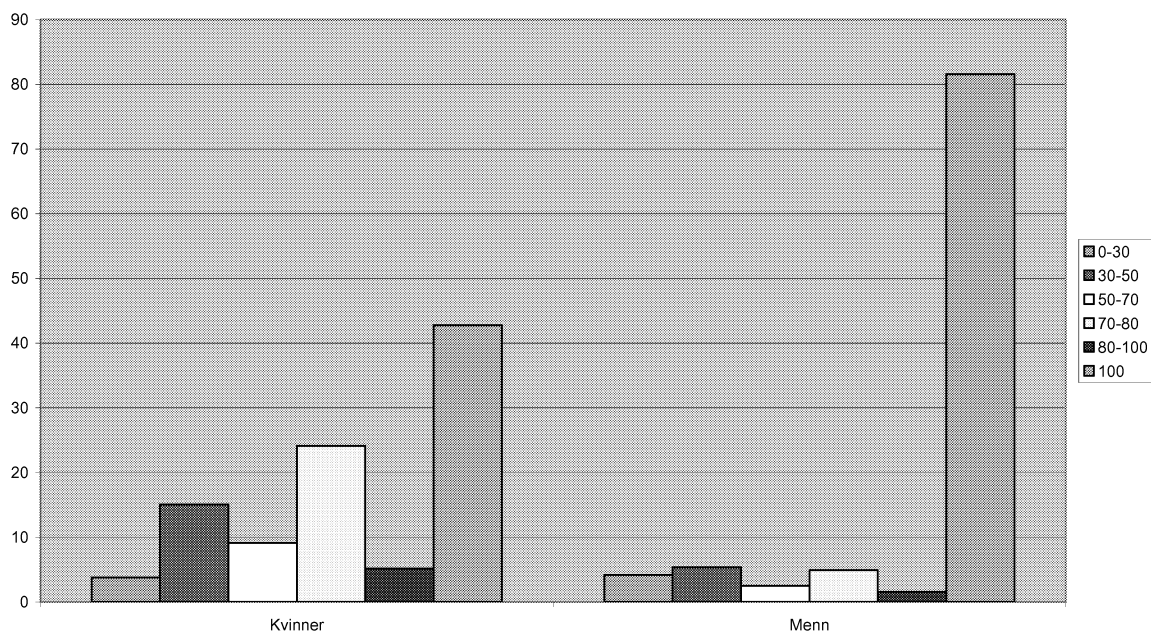


Figur 3.1 Aldersfordelingen for de ansatte i SI, 2005.

Figuren topper seg i årene 1950-1960, dvs. at SI har relativt mange ansatte i aldersgruppen 45-55 år. Med en gjennomsnittlig pensjonsalder på 65 år, vil arbeidstakere som er født i 1955 eller tidligere være pensjonert i 2020. Det gjelder ca 37 prosent av de ansatte i SI. Ytterligere 29 prosent av de ansatte er født i årene 1956 – 1965. I løpet av de kommende 15-25 årene vil en stor del av arbeidsstokken byttes ut, uavhengig av eventuelle regionale omfordelinger av arbeidsplassene i SI.

De ansattes alder kan forventes å ha betydning for konsekvensene av endringer i SI-strukturen. På den ene siden kan en forvente at eldre arbeidstakere i større grad blir boende i dagens bokommune, selv om de må bytte arbeidssted. Det vil si at disse arbeidstakerene stort sett foretrekker å pendle til de pensjonerer seg. På den annen side vil en stor andel eldre arbeidstakere bety at antallet som skal rekrutteres blir tilsvarende større. Det må forventes at de som nyrekrutteres til SI velger å bosette seg nærmere sin nye arbeidsplass. De regionale virkninger på folketall og bosetting i de ulike regioner må derfor vurderes i et langsiktig perspektiv. De umiddelbare, kortsiktige virkninger av eventuelle endringer i SI's struktur kan være relativt små, mens de langsiktige kan være store.

80 prosent av de ansatte i SI er kvinner. Av disse er det bare 43 prosent som har heltidsstilling (100 prosent) i SI, mens 82 prosent av mennene i SI har 100 prosent stilling, se figur 3.2. Rundt 24 prosent av kvinnene har en stillingsprosent på mellom 70 og 80, mens vel 15 prosent har så lav stillingsprosent som 30-50.



Figur 3.2: SI-ansatte fordelt etter stillingsprosent. Kvinner og menn.

En arbeidsplass for høyt utdannede.

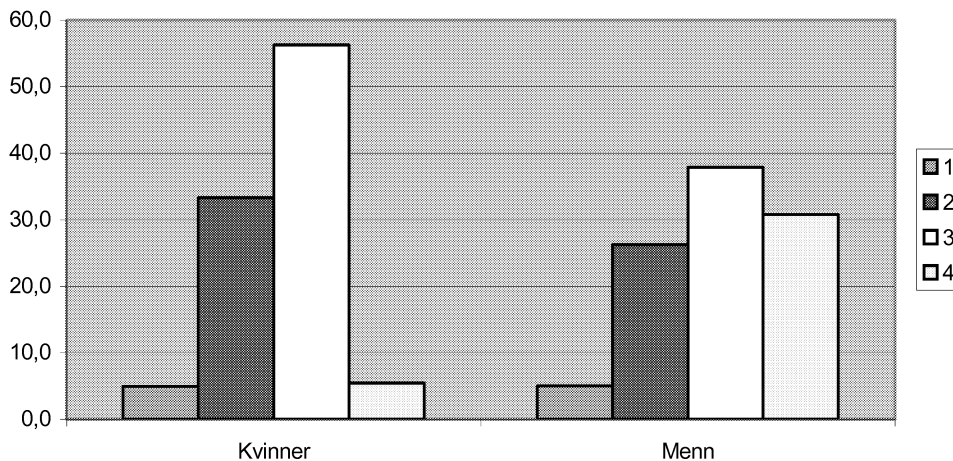
For de ansatte med fast månedsutbetaling i SI har vi opplysninger om utdanningsnivå. Vi har gruppert de ansatte etter utdanningsnivå slik:

Utdanningsnivå 1: Ufaglærte

Utdanningsnivå 2: Faglærte, eksempelvis hjelpepleiere

Utdanningsnivå 3: Høyere utdanning inntil fire år. Sykepleiere, radiografer, mm. er med i denne gruppen selv om noen kan ha utdanning (inkl. spesialisering, tilleggsutdanning, mm) som i alt utgjør mer enn 4 år.

Utdanningsnivå 4: Universitets/høgskoleutdanning 4 år eller mer. Omfatter leger og deler av administrasjon/ledelse.



Figur 3.3 Utdanningsnivå, kvinner og menn.

Figuren viser den prosentvise fordeling av ansatte på ulike utdanningsnivå. Samlet sett har nesten 62 prosent av kvinnene og nesten 69 prosent av mennene høyere utdanning. I tabellen nedenfor har vi sett på utdanningsnivået i SI i forhold til utdanningsnivået i Hedmark, Oppland og landet samlet.

Tabell 3.1: Personer 16 år og over, etter høyeste fullførte utdanning, kjønn og bostedsfylke. 1. oktober 2004. Kort høyere utdanning: Inntil 4 år. Lang høyere utdanning: 4 år eller mer.

	Totalt		Kvinner		Menn	
	Kort	Lang	Kort	Lang	Kort	Lang
SI	52,6	10,6	56,3	5,4	37,9	30,8
Hedmark*	14,9	3,0	17,6	1,8	12,0	4,2
Oppland*	15,0	3,0	17,9	1,8	12,1	4,2
Norge*	18,6	5,4	21,2	3,6	15,9	7,2

Kilde: SSB og SI

Tallene for SI er ikke uten videre sammenliknbare med tallene for Hedmark og Oppland. SI-tallene viser andel av de ansatte, mens de andre tallene viser andel av ”personer over 16 år”. Tallene indikerer likevel at SI har en svært høy andel kvinner og menn med ”kort høyere utdanning”, og en svært høy andel menn med ”lang høyere utdanning”. SI har vel 4.500 fast ansatte med høyere utdanning. Dette utgjør vel 8.5 prosent av antall personer med høyere utdanning i Hedmark og Oppland.⁶

På utdanningsnivå 4, lang høyere utdanning, er det en klar tendens til utjevning mellom kjønnene. Blant de yngre ansatte er det like mange kvinner som menn på utdanningsnivå 4. På utdanningsnivå 3, kort høyere utdanning, er det ingen tilsvarende utvikling å spore. Også blant de yngre ansatte er det kvinnene som dominerer på utdanningsnivå 3.

Tabell 3.2 Utdanningsnivå – stillingsprosent. Kvinner og menn. SI.

Stillingsprosent	Utdanningsnivå 1			Utdanningsnivå 2			Utdanningsnivå 3			Utdanningsnivå 4			Samlet		
	K	M	Tot	K	M	Tot	K	M	Tot	K	M	Tot	K	M	Tot
0-30	14	30	18	5	4	5	2	2	2	1	3	2	4	4	4
30-50	28	5	24	20	10	19	12	4	11	4	3	3	15	5	13
50-70	9	8	9	11	3	10	8	2	7	4	2	3	9	2	8
70-80	15	8	14	20	4	18	28	8	25	13	2	7	24	5	20
80-99	4	5	4	6	1	5	5	2	5	2	1	1	5	2	4
100	29	42	32	37	78	44	44	82	50	76	90	84	43	82	51
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

På alle utdanningsnivå er det en større andel kvinner enn menn som har redusert stilling (under 100 prosent). På utdanningsnivåene 1, 2 og 3 er det godt under halvparten av kvinnene som har heltidsstilling. Med unntak av utdanningsnivå 1, har mer en $\frac{3}{4}$ av mennene

heltidsstilling. Både for kvinner og menn øker andelen med heltidsstilling med økende utdanningsnivå.

Oppsummert kan en si at kvinner med fagutdanning og kort høyere utdanning utgjør hovedtyngden av arbeidsstyrken ved Sykehuset Innlandet. Godt over halvparten av kvinnene i SI arbeider i deltidsstillinger. For menn er SI først og fremst en arbeidsplass for de som har lang høyere utdanning, dvs. leger og administrative ledere. I motsetning til kvinnene, arbeider de fleste mennene i heltidsstillinger i SI. Dette har sammenheng med utdanningsnivå. Også de aller fleste kvinner med lang høyere utdanning har heltidsstillinger i SI. De ansatte i SI har en relativt høy gjennomsnittsalder, og innen den tidshorisont Prosjekt 2020 opererer, vil en vesentlig del av arbeidsstokken være skiftet ut.

Sysselsetting, arbeidsplasser og pendling

Tabellen nedenfor (3.3) sammenfatter data vi gjennomgikk i forrige kapittel for å karakterisere Innlandet og landsdelens ulike ABS-regioner. ”Sysselsatte etter arbeidssted” sier hvor mange arbeidsplasser det er i en region, uavhengig av hvor arbeidskraften er bosatt. ”Sysselsatte etter bosted” sier hvor mange yrkesaktive (registrert i arbeid) det er bosatt i hver region, uavhengig av hvor disse innbyggerne har sin arbeidsplass. Hvis en region har flere ”sysselsatte etter bosted” enn ”sysselsatte etter arbeidssted”, betyr det at det er netto utpendling fra regionen, dvs. flere pendler ut av regionen enn inn i regionen. Med unntak av Lillehammer-regionen har alle regionene netto utpendling. Hvordan plasserer sykehusbefolkningen seg nå i forhold til den generelle mobiliteten i Innlandet?

⁶ SSBs tall for andelen med høyere utdanning i Hedmark og Oppland inkluderer selvsagt også de som er ansatt i SI.

Tabell 3.3 Nøkkeltall for regionene i Hedmark og Oppland 2004.

Region	Folke- tall	Syssel- satte etter arbeids- sted	Syssel- satte etter bosted	Ut- pendling	Inn- pendling	Netto- pend- ling	Inn- pend- ling i % av syss. etter arbeids- sted	Utpend- ling i % av syss. etter bosted
Kongsvinger	49528	19437	22941	4943	1439	-3504	7.4	25.4
Hamar	84961	38490	40923	7200	4767	-2433	12.4	18.7
Elverum	38379	16856	18057	3432	2231	-1201	13.2	20.4
Tynset	15508	7084	7859	1241	466	-775	6.6	17.5
Lillehammer	36090	18661	18091	3001	3571	570	19.1	16.1
Gjøvik	67653	30961	32802	4661	2820	-1841	9.1	15.1
Midt-Gudbrandsdalen	13753	5978	6704	1329	603	-726	10.1	22.2
Nord-Gudbrandsdalen	19752	9108	9844	1352	616	-736	6.8	14.8
Hadeland	27850	9799	13852	5441	1388	-4053	14.2	55.5
Valdres	18076	8680	9272	1160	568	-592	6.5	13.4
Hedmark/Oppland	371550	165054	180345	33760	18469	-15291	11.2	18.7

I tabell 3.4 er ført opp både antall ”ansatte med månedslønn” og antall lønsmottakere i 2004. Vi ser at de ansatte i SI i hovedsak er konsentrert i seks av regionene, Kongsvinger, Hamar, Elverum, Lillehammer, Gjøvik og Tynset. Hadeland, Valdres og Gudbrandsdalen har svært få ansatte i SI. Dette gjenspeiles selvsagt i lønnsutbetalingene. I Hamar-regionen ble det i 2004 utbetalt over 600 millioner kroner i lønn til SI-ansatte. Nesten 68 prosent av sykehusets lønnsutbetalinger gikk til de tre regionene Hamar, Gjøvik og Lillehammer.

Tabell 3.4 Antall lønsmottakere og lønn for ansatte i SI. Ansatte i SI i % av sysselsatte i Hedmark og Oppland.

Region	Ansatte med månedslønn SI	Antall lønns-mottakere SI	Lønn SI Mill kroner	Lønn Fordeling på regioner Prosent	Ansatte SI med Måned-slønn i % av syss HO etter bosted	Lønns-mottakere SI i % av syss HO etter bosted	Sysselsatte HO etter bosted	Sysselsatte HO etter arb.sted
Kongsvinger	689	877	207.8	8.9	3.0	3.8	22941	19437
Hamar	1876	2435	606.1	26.1	4.6	6.0	40923	38490
Elverum	811	1037	271.0	11.7	4.5	5.7	18057	16856
Tynset	281	433	100.1	4.3	3.6	5.5	7859	7084
Lillehammer	1350	1628	437.8	18.9	7.5	9.0	18091	18661
Gjøvik	1804	2233	532.7	22.9	5.5	6.8	32802	30961
Midt-Gudbr..	37	69	13.1	0.6	0.6	1.0	6704	5978
Nord-Gudbr.	54	107	17.8	0.8	0.5	1.1	9844	9108
Hadeland	41	62	13.2	0.6	0.3	0.4	13852	9799
Valdres	70	109	20.0	0.9	0.8	1.2	9272	8680
Andre regioner	125	574	102.4	4.4				
Totalt	7138	9564	2322.1	100.0				
Sum Hed/Opp	7013	8990	2219.7	95.6	3.9	5.0	180345	165054

Om en ser andel av totalsysselsettingen som et uttrykk for SIs betydning i den regionale økonomien, kommer Lillehammer-regionen på topp, etterfulgt av Gjøvik og Hamar. Ser en Hedmark og Oppland samlet, utgjør SI-ansatte 4-5 prosent av den samlede sysselsettingen. Denne totalsysselsettingen i SI blir ikke særlig påvirket av de endringer som kan komme i sykehusstrukturen. Men det kan bli store omfordelinger mellom regionene. Hvilken betydning omfordeling av arbeidsplasser vil kunne ha for bosettingen, avhenger blant annet av pendlingen mellom regionene. Vi skal derfor se på pendlingsmønsteret blant de SI-ansatte i dag.

Tabell 3.5 bør leses kolonnevis, og viser da hvor de ulike geografiske sykehusene hentet sin arbeidskraft i 2004. Tallene på diagonalen i tabellen viser hvor stor del av SIs arbeidskraft som ble rekruttert fra "egen region", dvs. fra samme region som det "geografiske sykehuset" er lokalisert. I SI-Kongsvinger kom hele 96.1 prosent av de ansatte fra egen region, mens 3.1 kom fra "andre regioner", dvs fra regioner utenfor Innlandet. SI-Kongsvinger hadde svært lite innpendling fra andre regioner i Hedmark/Oppland. Med få unntak ser vi at SI-ansatte i all hovedsak bor i samme region som de har sitt arbeid. Det

viktigste unntaket er Elverum, som har stor innpendling fra Hamar, og en del den andre veien også. Det er også en del pendling fra Hamar-regionen til Lillehammer, ca. 130 personer. Med unntak av to personer er dette pendlere fra Ringsaker kommune. SI Nord-Gudbrandsdalen har stor innpendling fra Midt-Gudbrandsdalen. Det er i all hovedsak pendling fra Nord-Fron til Bredebygden, som ligger langt sør i Sel kommune, dvs. nær grensa til Midt-Gudbrandsdalen.

Tabell 3.5. Boregion og arbeidsregion for SI-ansatte. 2004.

SI	Arbeidsregion										
	Boregion	Kongsv.	Hamar	Elverum	Tynset	Lilleh.	Gjøvik	Midt-G.	Nord-G.	Hadel.	Valdres
Kongsvinger	96.1	2.0	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hamar	0.0	87.6	25.8	0.3	8.3	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Elverum	0.7	5.5	68.5	2.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tynset	0.0	0.2	0.0	92.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Lillehammer	0.0	1.6	0.3	0.0	85.8	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Gjøvik	0.0	1.9	0.4	0.0	4.2	93.1	0.0	0.0	3.7	0.0	0.0
Midt-G.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.1	100.0	31.4	0.0	0.0	0.0
Nord-G.	0.0	0.1	0.0	0.0	0.3	0.1	0.0	68.6	0.0	0.0	0.0
Hadeland	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.7	0.0	0.0	96.3	1.5	0.0
Valdres	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	98.5
Sum Hed/Opp	96.9	98.8	96.4	95.0	99.5	98.7	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Andre regioner	3.1	1.2	3.6	5.0	0.5	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Totalt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kilde: SI

Hovedbildet er at SI-ansatte i liten grad pendler over regiongrensene. I all hovedsak bor SI-ansatte i sin arbeidsregion. Og om det finner sted mer omfattende pendling, er dette kun over kortere avstander – 30 km ser ut til å være en grense for hyppig pendling. I tabell 3.6 ser vi til sammenligning den totale pendlingen mellom regioner i Innlandet. Pendlingsmønsteret for SI-ansatte er nesten det samme som for den samlede yrkesbefolkningen. Det er to markerte unntak: SI-innpendlingen til Elverum fra Hamar er langt større (25,8 prosent, jf forrige tabell) enn den øvrige innpendlingen til Elverum fra Hamar (6,4 prosent). Innpendlingen til Nord-Gudbrandsdalen fra Midt-Gudbrandsdalen er langt større for SI enn for den samlede pendlingen.

Tabell 3.6 Boregion og arbeidsregion for alle yrkesaktive i Hedmark og Oppland. 2004.

<i>Hedmark og Oppland</i>	<i>Arbeidsregion</i>									
	<i>Boregion</i>	Kongsv.	Hamar	Elverum	Tynset	Lilleh.	Gjøvik	Midt-G.	Nord-G.	Hadeland
Kongsvinger	92.6	0.7	2.7	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.0
Hamar	0.4	87.6	6.4	0.4	6.4	2.5	0.6	0.4	0.3	0.3
Elverum	2.0	3.1	86.8	1.4	0.5	0.2	0.3	0.2	0.1	0.1
Tynset	0.1	0.4	0.8	93.4	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0
Lillehammer	0.1	2.0	0.2	0.1	80.9	1.5	3.3	0.8	0.1	0.1
Gjøvik	0.1	2.0	0.1	0.1	4.1	90.9	0.5	0.3	3.5	2.0
Midt-G.	0.0	0.2	0.0	0.1	2.0	0.1	89.9	2.2	0.1	0.1
Nord-G.	0.1	0.1	0.1	0.1	1.3	0.1	3.3	93.2	0.0	0.4
Hadeland	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.8	0.1	0.0	85.8	0.2
Valdres	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.5	0.0	0.0	0.1	93.5
Sum Hed/Opp	95.3	96.3	97.1	95.8	95.9	96.8	98.1	97.3	90.3	96.7
Resten av landet	4.7	3.7	2.9	4.2	4.1	3.2	1.9	2.7	9.7	3.3
Totalt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kilde: SSB

Mange undersøkelser har vist at pendlingen øker med økende utdanning. Det vil si at personer med høyere utdanning pendler oftere og lengre, og det er en større andel som pendler enn gjennomsnittet i arbeidsstyrken. En kunne forvente at dette gjaldt også for SI-ansatte, men tallene tyder ikke på det. Pendlingshyppigheten er ikke høyere for SI-ansatte, enn gjennomsnittet i regionene i Hedmark og Oppland.

Vi har også sett etter eventuelle forskjeller i pendlingsmønster mellom kvinner og menn ansatt i SI. Som forventet er pendlingshyppigheten noe høyere for de mannlige ansatte, men forskjellen er ikke stor. Kvinner og menn følger det samme mønster i pendlingen mellom regioner i Hedmark og Oppland. Men det er langt større andel menn enn kvinner som pendler inn til SI fra regioner utenfor våre fylker.

3.2 Ringvirkninger

Teorien og modellen

Med ringvirkninger mener vi effekter som kommer i tillegg til de direkte virkningene, som er representert ved selve aktiviteten i Sykehuset Innlandet (SI). Ringvirkninger kan være så mangt, men i denne analysen er vi først og fremst opptatt av arbeidsplasser og bosetting. I vår terminologi er derfor ringvirkningene de de endringene som kommer i antall arbeidsplasser i øvrig næringsliv i i Innlandets regioner som følge av den aktiviteten som skjer i SI.

Økonomiske ringvirkninger belyses vanligvis ved hjelp av økonomiske teorier og modeller som tar utgangspunkt i etterspørselssiden i økonomien, og eksportbedriftene blir de avgjørende endringaktørene i hendelseforløpet. I eksportbaseteorien lar vi eksporten være drivkraften i økonomien. Ut fra dette deles produksjon og sysselsetting inn i en eksportsektor (basis) og en hjemmemarkedssektor (avledet). I sin enkleste form antar en at sysselsettingen i hjemmemarkedsnæringene står i et fast forhold til sysselsettingen i eksportsektoren. Det vil bare være impulser utenfra, i form av økt etterspørsel etter eksportvarer som kan føre til økt etterspørsel etter varer og tjenester fra hjemmemarkedsnæringer. I Keynes'-modellen antas det at en økning i produksjon og sysselsetting i en region vil følge av etterspørselsstimulanser fra eksport, investeringer eller offentlige utgifter.

I denne analysen betrakter vi Sykehuset Innlandet som en basisnæring. Den etterspørselsstimulansen som SI representerer kan oppfattes som en form for eksportinntekt til regionen siden finansieringen av sykehus i hovedsak skjer gjennom statsmidler som tilføres regionen utenfra. Sysselsettingen i næringen tilsvarer de direkte virkningene. I tillegg kommer avledede virkninger eller ringvirkninger som følge av at aktiviteten i SI skaper grunnlag for produksjon, sysselsetting og inntekter i andre næringer i regionene.

Ringvirkninger blir gjerne presentert som multiplikatorer. En multiplikator er et forholdstall som viser forholdet mellom totale virkninger av en etterspørselsstimulans og den direkte virkningen av selve etterspørselsstimulansen (f.eks forholdet mellom total sysselsetting og sysselsetting i basisvirksomheten). Det er mange ulike måter å beregne multiplikatorer på, noe en må være oppmerksom på når en skal tolke betydningen. I denne analysen har vi i hovedsak beregnet multiplikatorer med utgangspunkt i årsverk.

Vi har i dette kapitlet delt inn ringvirkningene i produksjonsgenererte og konsumgenererte virkninger. Med produksjonsgenererte ringvirkninger menes de arbeidsplassene som skapes hos underleverandørene til SI som følge av sykehusenes kjøp av

varer og tjenester. I tillegg kommer virkninger av at underleverandørene også etterspør varer og tjenester fra sine underleverandører osv. I denne utredningen har vi imidlertid begrenset oss til den første runden med ringvirkninger dvs virkningene for sykehusenes underleverandører.

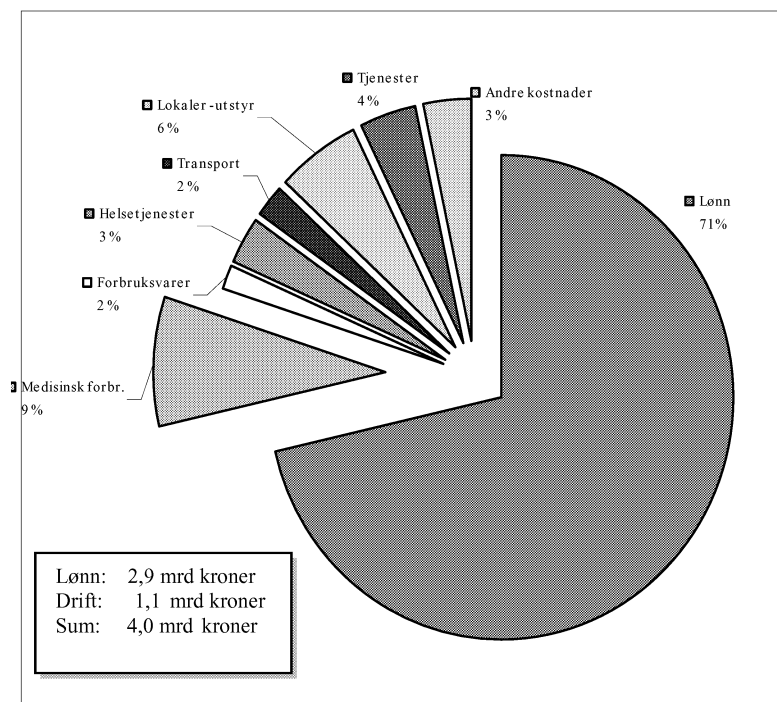
De konsumgenererte ringvirkningene tilsvarer de arbeidsplassene som skapes i privat og offentlig virksomhet som følge av at de ansatte i Sykehuset Innlandet etterspør varer og tjenester fra bedrifter i den regionen de er bosatt i, og benytter seg av tjenester som produseres gjennom kommunal og fylkeskommunal virksomhet. Vi har forsøkt å tallfeste hva denne etterspørselen kan bety for privat og offentlig sysselsetting regionalt. I tillegg vil vi også få konsumgenererte effekter som følge av aktiviteten hos underleverandørene. Disse har vi imidlertid sett bort fra i denne utredningen.⁷

Størrelsen på ringvirkningene kan ikke hentes direkte inn fra et eksisterende datamateriale, men må beregnes ut fra valgte metoder og forutsetninger. Det hefter derfor usikkerhet ved de resultatene vi kommer fram til. Metoder og forutsetninger er nærmere beskrevet i vedlegg.

Produksjonsgenererte virkninger.

De produksjonsgenererte virkningene er for det første avhengig av omfanget på underleveransene. Regnskapstallene for Sykehuset Innlandet viser at kjøp av varer og tjenester utgjør ca $\frac{1}{4}$ av driftsutgiftene, mens $\frac{3}{4}$ av driftsutgiftene er lønnskostnader. Siden SI er en så arbeidskraftkrevende institusjon er det derfor klart at de produksjonsgenererte ringvirkningene har en langt mindre betydning enn den direkte sysselsettingen. Av de totale driftskostnadene på 4 mrd. kroner kjøpes det varer og tjenester for ca 1 mrd kroner i året. I tillegg kommer årlige investeringer i størrelsesorden 200 mill. kroner. Figur 3.4 illustrerer fordelingen mellom lønnskostnader og varer og tjenester og viser i tillegg hvordan driftsutgiftene fordeler seg på vare- og tjenestegrupper i regnskapet for 2004. Driftsutgiftene omfatter dels kjøp av varer og tjenester som brukes som innsatsfaktorer i den daglige drift, dels av kostnader til ambulanse og annen transport av pasienter og dels av kjøp av ulike helsetjenester; for eksempel plasser på andre institusjoner.

⁷ Som vi viser nedenfor er de produksjonsgenererte virkningene relativt små. Dette representerer derfor en feilkilde som ikke er betydelig.



Figur 3.4 Driftskostnader SI i 2004 fordelt på lønnskostnader og andre driftskostnader. % av sum driftskostnader ekskl avskrivninger og finanskostnader. Kilde: SI , bearbejdet av Østlandsforskning.

Ringvirkningene avhenger for det andre av hvor stor del av vare- og tjenestekjøpet som skjer fra leverandører i Innlandet. Dessuten er vi interessert i hvordan leveransene fordeler seg på regioner i Innlandet. I tabell 3.7 gir vi en anslagsvis oversikt over leveranser av varer og tjenester fra leverandører fordelt regionvis til sykehusene fordelt regionvis. Leveransene er i denne tabellen konvertert fra mill. kroner til årsverk⁸.

Eksempelvis viser tabellen at Kongsvinger sykehus kjøper varer og tjenester fra leverandører i Kongsvinger-regionen tilsvarende 10 årsverk. Videre kjøpes det varer og tjenester fra Hamar-regionen tilsvarende 6 årsverk og fra leverandører utenfor regionen tilsvarende 41 årsverk. Sum leveranser tilsvarende 64 årsverk og 36 % leveres fra leverandører i Innlandet.

⁸ Statistisk Sentralbyrås strukturstatistikk er brukt for å anslå omsetning pr årsverk i ulike næringer.

Tabell 3.7 Leveranser målt i årsverk fordelt på leverandørregion og sykehusregion. 2004.

	Sykehusregion							Ambul.	Sum	Andel lever.
	Kongsv.	Hamar	Elverum	Tynset	Lilleha.	Gjøvik	Andre	Transp.		
Kongsvinger	10	2	2	0	2	2	2	35	56	5 %
Hamar	6	38	15	3	5	4	31	59	160	13 %
Elverum	2	4	17	1	5	3	4	41	77	6 %
Tynset	0	1	1	6	1	1	0	6	17	1 %
Lillehammer	2	3	5	1	38	14	26	21	111	9 %
Gjøvik	2	6	5	1	7	29	39	35	124	10 %
Midt-Gudbrandsdal	0	0	0	0	0	0	41	17	59	5 %
Nord-Gudbrandsdal	0	0	0	0	2	0	3	32	36	3 %
Hadeland	0	0	0	0	0	0	3	12	16	1 %
Valdres	0	3	0	0	0	1	22	30	56	5 %
Utenfor Innlandet	41	62	111	21	101	86	59	5	486	40 %
Ukjent	0	0	0	0	0	1	2	0	4	0 %
Sum i årsverk	64	121	158	34	162	142	233	293	1204	100 %
Herav fra Innlandet	23	58	46	13	60	54	171	288	713	
Andel fra Innlandet	36 %	48 %	29 %	38 %	37 %	38 %	74 %	98 %	59%	59 %
Andel fra samme region som SI	16 %	32 %	11 %	18 %	24 %	20 %				20 %

Kilde: Grunnlagsdata fra SI som er bearbeidet av ØF.

SI's kjøp av varer og tjenester utgjør anslagsvis 1200 årsverk hos underleverandørene, mens ca 700 årsverk eller 59% kommer fra underleverandører med adresse i regioner i Innlandet⁹. Sett i forhold til at SI sysselsetter 6900 årsverk, utgjør de produksjonsgenererte ringvirkningene dermed ca 10 %. Multiplikatoren (totalt antall årsverk/årsverk i basis) blir dermed ca 1,1. I dette tallet har vi ikke regnet med at underleverandørene også bidrar til å skape etterspørsel hos sine underleverandører igjen. Denne effekten er nok likevel ganske begrenset. En multiplikator på 1,1 er en liten multiplikator. Dette har først og fremst sammenheng med at SI er svært arbeidskraftintensiv.

Kolonnene i tabell 3.7 viser sykehusene fordelt regionvis. I tillegg er det satt inn en kolonne som viser ambulansetransport og annen persontransport og en kolonne med betegnelsen "andre", som omfatter distriktpsikiatriske sentra, BUP og administrasjonen i Brumunddal. Det er ambulansetjenesten og persontransporten som særlig drar opp de regionale virkningene. Dette er tjenester der leverandørene stort sett er lokalisert i Innlandet og der sysselsettingseffekten pr krone i omsetning i tillegg er ganske høy. Vi finner også relativt høye sysselsettingseffekter av kjøp av helsetjenester; spesielt innenfor psykiatrien. Når

⁹ Her har vi brukt regnskapsdata fra Sykehuset Innlandet fordelt på leverandører som grunnlag. Leverandørens adresse er i hovedsak benyttet for å fordele leverandørene på region. Se vedlegg for nærmere forklaringer på fremgangsmåten.

vi holder ambulanse- og persontransport og BUP og de distriktpspsykiatriske enhetene utenfor, reduseres de regionale sysselsettingseffektene til 254 årsverk; dvs til under det halve og multiplikatoren reduseres også til 1,04. I kapittel 4, 5 og 6 har vi sett bort fra transport og gruppen ”andre” ved beregning av ringvirkninger for hvert av scenariene.

Om vi ser bort fra ambulanse- og pasienttransport og kjøp av helsetjenester mv., kjøper SI en relativt liten del av sine varer og tjenester fra leverandører i Innlandet,. Dette har sammenheng med at innkjøp og valg av leverandører i stor grad skjer på et høyere nivå enn det enkelte sykehus. Et nasjonalt innkjøpsorgan, HINAS, forhandler fram rammeavtaler på vegne av alle regionforetakene på en del innkjøpsområder. Helse Øst forhandler også fram avtaler med større leverandører. Dette gjelder f.eks telefon, strøm, IKT-utstyr, programvarelisenser mv. Slike leveranser skjer i liten grad fra leverandører i Innlandet. Videre foretas innkjøp i stor grad sentralt fra de ulike divisjonene i SI og ikke fra det enkelte sykehus. Dette tilsier at lokale eller regionale leveranser skjer i den grad bedrifter i regionene er konkurransedyktige eller ved at de store leverandørene som velges har et lokalt eller regionalt avdelingsnett. I tillegg vil det selvfølgelig være en rekke mindre leveranser som skjer utenfor de større innkjøpsavtalene og som leveres fra lokale leverandører.

Medisiner og medisinsk forbruksmateriell er en betydelig varegruppe med et kjøp på nærmere 140 mill. kroner i Innlandet. Dette er imidlertid spesialiserte leveranser som i stor grad kjøpes fra nasjonale og internasjonale leverandører utenfor de to innlandsfylkene. De eneste større regionale leverandørene er Sykehusapotekene ANS som er lokalisert i tilknytning til de største sykehusene. Sykehusapotekene er organisert som egne foretak innenfor Helse Øst og har hovedansvaret for leveranser av medisiner mv til sykehusene. I tillegg leverer sykehusapotekene medisiner mv til pasienter, ansatte, kommuner mv i den regionen de er lokalisert. Anslagsvis 60 % av leveransene går til sykehusene. I følge årsmeldingen for 2004 er omsetningen for disse apotekene 187 mill. kroner samlet og de sysselsetter 59 årsverk..

Andre forbruksvarer er i det vesentlige matvarer, men også rengjøringsmidler, papir og plast mv. Kjøp i Innlandet utgjør ca 40 mill. kroner. Dette er også varegrupper som er preget av store og sentraliserte innkjøp. Sykehusene kjøper ikke mat fra ”kjøpmannen på hjørnet”, men direkte fra grossistkjedene. Disse er i stor grad er lokalisert til Hamar-regionen og spesielt til Ringsaker. Lokaliseringen av disse kjedene forklarer langt på vei at en relativt stor del av de regionale leveransene kommer fra leverandører i Hamar-regionen. Om lag 90 mill. kroner kjøpes fra leverandører i Innlandet i tilknytning til kostnader vedrørende lokaler, utstyr, vedlikehold osv. Dette utgjør omtrent halvparten av det totale kjøpet for disse

varekategoriene. Som for medisiner og medisinsk forbruksmateriell er kjøp og vedlikehold av utstyr relativt spesialisert, med lite lokalt eller regionalt marked.

Sysselsettingseffekten pr. kronas kjøp varierer fra varegruppe til varegruppe fordi de næringene som er representert har ulik arbeidsproduktivitet. Forbruksvarer har f.eks liten sysselsettingseffekt fordi en stor andel av disse varene kjøpes fra store grossistkjeder der omsetningen pr årsverk er svært høy. Dette gjelder til dels også medisiner og medisinsk forbruksmateriell, mens sysselsettingen pr krone er atskillig høyere for kjøp av tjenester; f.eks ambulansetjenester

Det enkelte sykehus kjøper dels varer og tjenester fra samme region som sykehuset er lokalisert i, dels fra andre regioner i Innlandet og dels fra andre deler av landet – eller utlandet. Den andelen av varer og tjenester som kjøpes i samme region er langt lavere enn andelen som kjøpes i Innlandet. Spesielt ser vi at det er ”lekkasjer” til Hamar-regionen. I denne regionen finner vi både de store grossistkjedene og mange andre større bedrifter med regionkontor ser ut til å velge Hamar-regionen som lokaliseringssted (eventuelt ved siden av Lillehammer og Gjøvik).

Konsumgenererte ringvirkninger

Beregningen av de konsumgenererte ringvirkningene er gjort mer ”sjablonmessig” enn de produksjonsgenererte, noe som også fører til at usikkerheten knyttet til resultatene er større. Vi har beregnet ringvirkninger for privat sektor og offentlig sektor hver for seg, men tankegangen er mye av den samme for begge beregningene og ligger nær opp til den enkle eksportbaseteorien vi refererte til innledningsvis.

Tilnærmingen vår baserer seg på at en stor del av sysselsettingen i tjenesteytende privat og offentlig virksomhet er avhengig av at det bor folk i regionen. For kommunal sektor utgjør utgiftene til personrettede tjenester som barnehage, skole, eldreomsorg og helse ca 75 % av totale kommunale utgifter. Finansieringssystemet for kommunene er også slik at skatteinntekter og statstilskudd i stor grad knyttes til folketallet (korrigert for alderssammensetning). En stor andel av sysselsettingen i personrettede privat tjenesteyting er også knyttet til etterspørselen fra innbyggerne i regionen. I tillegg vil noe av sysselsettingen i tjenesteytende næringer ha sammenheng med etterspørselen fra bedrifter, fra turister og andre som oppholder seg mer eller mindre midlertidig i regionen. I offentlig sektor vil en del av sysselsettingen være knyttet til fellesoppgaver som veivedlikehold, næringsutvikling, administrasjon mv.

Som et utgangspunkt for å beregne de konsumgenererte virkningene for SI har vi fordelt total sysselsetting i hver region inn i en basissektor og en avledet sektor, der den avlede sektoren består av andeler av sysselsettingen i privat og kommunal tjenesteyting. Dette gir en multiplikator på 1,45 som betyr at sysselsettingen i basisnæringene gir grunnlag for en avledet sysselsetting i tjenesteytende næringer som tilsvarer nærmere halvparten av sysselsettingen i basisnæringen. Størrelsen på multiplikatoren vil være følsom i forhold til fordelingen av årsverk mellom basisvirksomhet og avledet virksomhet. Denne fordelingen er skjønsmessig siden vi ikke kjenner etterspørselsstrukturen innenfor hver næring.

Vi har så anvendt denne multiplikatoren på SI og beregnet at sysselsettingen i sykehusene gir opphav til en lokal og regional etterspørsel som tilsvarer 40 – 50 % av sysselsettingen i sykehusene. SI betyr mye for lokal og regional sysselsetting og bosetning. Dersom regionene ikke hadde hatt den sysselsettingen og den bosettingen som skyldes disse institusjonene, ville det heller ikke vært grunnlag for en så stor etterspørsel etter varer og tjenester fra privat og offentlig sektor.

Beregningene våre viser at 6.900 årsverk ved SI i tillegg bidrar til 1575 årsverk i ulike private tjenesteytende næringer og 1492 årsverk i offentlig (kommunal og fylkeskommunal) virksomhet. En inndeling av multiplikatoren i privat og kommunal sysselsetting gir en multiplikator på i overkant av 1.2 i hver sektor. De konsumgenererte virkningene er vist i tabell 3.9 nedenfor.

Betydningen av skatteinntektene fra de sykehusansatte.

SI's betydning for kommunal aktivitet kan også illustreres ved å se på skatteinntektene fra de sykehusansatte og deres betydning i forhold til kommunenes totale skatteinntekter. I tabell 3.9 har vi ved hjelp av skatteetaten fått beregnet den andelen av forskuddstrekket for 2004 fra de ansatte i SI som er kommuneskatt. Dette forskuddstrekket er så sett i sammenheng med skatteinntektene til kommunene i regnskapet for 2004.

I gjennomsnitt for Innlandet betyr de sykehusansattes skatteinnbetalinger av kommuneskatt nesten 4 % av kommunenes skatteinntekter. Den høyeste andelen er i Lillehammer-regionen der andelen er over 7 %.

Tabell 3.8 Forskuddstrekk kommuneskatt ansatte SI 2004 sammenliknet med sum kommunale skatteinntekter i regnskapet 2004.

Region	Forskudds-trekk sykehus-ansatte 2004 mill. kroner	Kommune-skatt regnskap 2004 mill. kroner	Skatt sykehusan- satte i % av sum kommuneskatt, %
Kongsvinger	21	714	2,9
Hamar	60	1314	4,5
Elverum	29	586	4,9
Tynset	10	223	4,7
Lillehammer	45	620	7,2
Gjøvik	54	1018	5,3
Midt-G	1	211	0,7
Nord-G	2	266	0,6
Hadeland	1	436	0,3
Valdres	2	289	0,7
Sum	224	5678	3,9

Kilde: SI, Skatteetaten og Kostra.

Ringvirkninger og sysselsettingsvirkninger totalt

I tabell 3.9 har vi slått sammen både produksjonsgenererte og konsumgenererte ringvirkninger. Til sammen gir våre beregninger som resultat at 6.900 årsverk i SI bidrar til ytterligere 3.781 årsverk i andre næringer. Dette gir en samlet multiplikator på ca 1,5. De konsumgenererte virkningene står for ca 80 % av ringvirkningene. I regionene i Innlandet er over 10000 årsverk direkte eller indirekte basert på virksomheten i SI.

I den høyre kolonnen i tabell 3.9 har vi beregnet den SI-baserte befolkningen. Vi har antatt at hvert årsverk tilsvarer 1,2 sysselsatte. Denne faktoren er et lavt anslag, sett i forhold til det nasjonale snittet (SSB) som har holdt seg stabilt på 1.29 de siste årene. Videre har vi multiplisert nivået for antall sysselsatte med en faktor som tilsvarer de yrkesaktives andel av befolkningen. Denne andelen varierer fra region til region. I gjennomsnitt utgjør de yrkesaktive 48,5 % av befolkningen for hele Innlandet. Dette gir som resultat at SI totalt sett utgjør basisen for en befolkning i overkant av 26.000, dvs omtrent dobbelt så mange som er sysselsatt i direkte og indirekte virksomhet. Det betyr at uten Sykehuset Innlandet var Innlandet et Lillehammer mindre!

Tabell 3.9 Direkte og indirekte sysselsettingsvirkninger og SI-basert befolkning.

Region	Årsverk Sykehuset Innlandet	Ringvirkninger målt i årsverk				Sum	Sum	Total årsverk- multiplk.	Folketal/ Syss.bos. / Befolkn.	SI-basert SI basert befolk- ning
		Produk- sjons- genererte	Konsumgenerert		Sum ringvirk.					
			Privat	Offentlig						
Kongsvinger	667	56	129	178	364	1031	1,55	2,16	2 670	
Hamar	1777	160	432	353	946	2723	1,53	2,08	6 784	
Elverum	882	77	177	212	466	1348	1,53	2,13	3 438	
Tynset	306	17	52	83	152	458	1,50	1,97	1 085	
Lillehammer	1443	111	388	268	767	2210	1,53	1,99	5 291	
Gjøvik	1668	124	356	354	833	2501	1,50	2,06	6 190	
Midt-Gudbr.	3	59	0	1	60	63	1,50	2,05	154	
Nord-Gudbr.	70	36	15	18	69	139	1,50	2,01	335	
Hadeland	27	16	7	9	31	58	1,50	2,01	141	
Valdres	70	56	18	17	92	162	1,50	1,95	378	
Totalt	6913	713	1575	1492	3780	10693	1,55	2,06	26 433	

4.

Scenario A:

Sentralsykehus skaper balansert byutvikling

Et scenario er en iscenesetting, en metafor samfunnsfagene har hentet fra film og teater. Scenariet beskriver på forhånd hvordan aktørene ter seg. Det beskriver deres posisjoner i rommet, på scenen eller i filmruta, og deres handlinger fra scene til scene. Til sammen danner dette en fortelling om noe som skal skje, i tid og rom. Den første fortellingen er hvordan sentralsykehusene videreføres, riktignok i en ny rolle som "allsidige akuttsykehus". Det betyr at den gamle strukturen rundt Mjøsa med et sentralsykehus i hver by videreføres – med noen unntak. Dermed bekreftes også bystrukturen. Mjøsbyens borgere forstår dette som en balansert byutvikling.

4.1 Aktører, posisjoner og handlinger

Et komplisert aktørsett

De sentrale aktørene er, ja nettopp, *sentralsykehusene*. Dette var de fylkeskommunale hjørnesteinene, som utviklet seg med stor parallellitet i Oppland, Lillehammer og Gjøvik, mer i ubalanse i Hedmark, Elverum kom foran Hamar. Hamar er i en krise, der sykehuset står i fare for å forsvinne ut av fortellingen. De psykiatriske sykehusene har også status som sentralsykehus, med en bastion i hvert fylke. Det fins også andre aktører, men deres roller er mer biroller. Det gjelder lokalsykehusene, og det gjelder ulike spesielle sykehus som lunge-sanatoriet i Gausdal og opptreningscenteret på Ottestad. Noen nykommere aspirerer også i mindre, men lovende roller som distriktsmedisinske sentra, i samspill med primærhelse-tjenesten.

For de som har deltatt i tidligere oppsetninger av scenariet er rollefordelingen ny, til dels også navnsettingen av rollene. Sentralsykehusene opptrer under betegnelsen allsidige akuttsykehus, og i dette ligger en justering av den gamle rollen. Alt i alt var de antakelig mer

allsidige tidligere. De nye sentralsykehusene er smalere i sine spissfunksjoner, for funksjonene må de dele med de andre sykehusene på dette nivået. Funksjonsfordeling er i 2020 svært langt framskredet, stort sett som en imøtekommelse av faggruppens krav om spesialisering. Innen kirurgiens ulike områder skjer det en rivende utvikling der det utvikles stadig nye spesialiteter. Disse krever et visst pasientunderlag for å gi og vedlikeholde tilstrekkelig kompetanse, og i tillegg krever det nytt samspill mellom spesialitetene. Sentraliseringskravet ivaretas dermed gjennom en samling av en gruppe spesialiteter på hvert sentralsykehus, men desentraliseringen ivaretas gjennom disse sykehusene opprettholdelse og videreutvikling. Også de funksjonene innen psykisk helse ivaretas på denne måten, dvs. som spesielle funksjoner tillagt et fåtall sykehus.

Derfor kalles byenes sykehus stadig oftere ”allsidige akuttisykehus”, for deres rolle som komplette krisehåndterere er styrket. De er velutstyrte innen generell indremedisinske og kirurgiske sentre med akuttberedskap døgnet rundt, dessuten er de sentre for gynekologi og fødselsomsorg. På disse områdene utfører sentralsykehusene 80-90 % av tjenestene i sitt opptaksområde. For innbyggerne i Vest-Oppland, Gudbrandsdalen og Østerdalen er dette tillitvekkende. Noe mindre tillitvekkende er det at lokalsykehusene mister noe av akuttberedskapen. De skal først og fremst stabilisere akutte sykdoms- og skadetilfeller, og deretter viderebefordre pasientene til egnet sted. Innbyggerne i Nord-Østerdal og Kongsvinger-regionen var til å begynne med skeptiske, men etter hvert er dette oppfattet som en tilfredstillende løsning. Sammen med utmerkede ambulansetjenester skaper dette også trygghet i avsidesliggende Tynset og Trysil, Folldal og Alvdal. Der det er langt til allsidige akuttisykehus, og det ikke finnes lokalsykehus som kan stabilisere, utvikles det distriktsmedisinske sentre i partnerskap med kommuner og fastleger.

Til stadighet trer det altså nye aktører på banen, og gamle må inn i nye roller. Det er naturligvis ikke noe enkelt aktørsett der hvert avgrensede sykehus, også kalt ”geografiske sykehus”, er én aktør. Hvert sykehus er mange aktører. Først og fremst er det faggruppene, profesjonene – som også kan spille som samlet gruppe mellom sykehusene. Når kreftene forenes på denne måten kan det nesten øynes en ny aktør i kulissene – ”hovedsenteret”. Men det er grunnlag for andre fortellinger med ny casting.

Strategiske handlinger og geografiske posisjoner

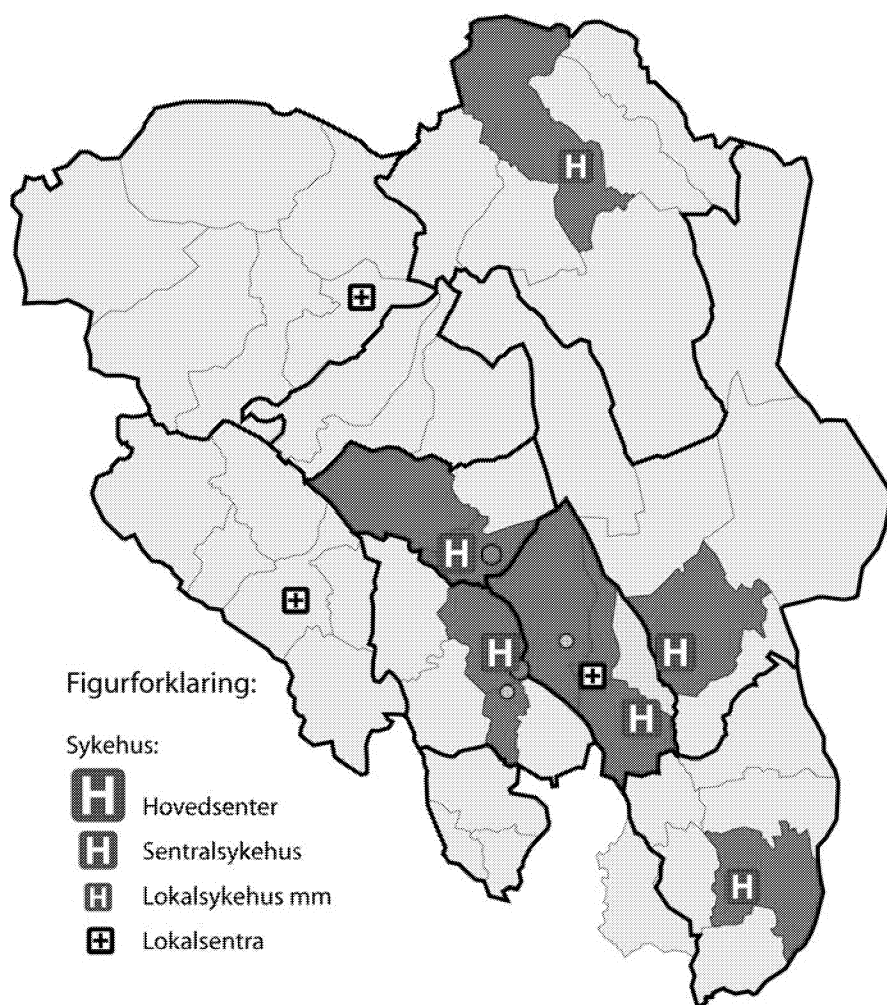
Noen skrives inn i fortellingen, andre ut. Resultatet er framstilt i figur 4.1. Det geografiske rommet som skal dekket som opptaksområde er Hedmark og Oppland, samt Nes kommune i

Akershus, opptaksområde for lokalsykehuset i Kongsvinger. Det utvider "Innlandets" befolkning med vel 16 000 innbyggere.

De tre hovedleverandørene av spesialisthelsetjenester er de allsidige akuttisykehusene i Gjøvik, Lillehammer og Elverum. De har faktisk vokst siden 2005. Én aktør er skrevet ut av framtidfortellingen. Der det engang lå et sentralsykehus i Hamar by finner vi nå bare et DPS og BUP for Hedemarken. Antallet sengeplasser og ansatte er bare en brøkdel av gammel storhet.

Men flere andre er også borte: Granheim og Ottestad er nevnt, dessuten Reinsvoll sykehus. For Oppland-siden i Innlandet er dette kompensert med at funksjoner på sentralsykehusnivå er lagt til Gjøvik med 50 nye senger. Ellers er det Sanderud som gjør hovedjobben innen psykisk helsevern, med 150 senger. Et stadig tettere nettverk av BUP og DPS bygges imidlertid ut i bygd og by. Lokalsykehusene henger fortsatt med, men deres rolle som kirurgiske sentre er sterkt svekket.

Figur 4.1 Sykehus i Innlandet 2020 (alternativ A).



Det åpenbare problemet med strukturen er denne: Når de gamle sentralsykehusene skal utgjøre hjørnesteinene i den nye helseplanen, er det en svakhet ved byggverket at én hjørnestein mangler: Et allsidig akuttpsykehus på Hamar. Hamar-regionen, gjerne kalt Hedemarken, er og blir Innlandets største region. Hamar er dessuten Innlandets klart største by. Akuttpsyke i Hamar må sendes til en av nabobyenes allsidige hospitaler, først og fremst til Elverum.

Det materielle innholdet i dette scenariet ble naturligvis ikke virkeliggjort over natten. Det begynte med nedbyggingen av psykiatrien på Reinsvoll, og fortsatte med nyinvesteringer på Sanderud og Gjøvik. Sammen med utbyggingen av DPS er dette Innlandets satsing inne psykisk helsevern – stort sett ferdig før 2010. Deretter fulgte en periode med utvikling av sentralsykehusene til allsidige akuttpsykehus, og Hamars og Ottestads utfasing som egne geografiske sykehus. Den endelige oppgradering til 2020 standard ved Lillehammer, Elverum, Tynset og Kongsvinger skjer fram til 2017. Vi er altså parate til å bergene de regionale virkningene av den nye sykehusstrukturen i 2020.

4.2 Regionale virkninger

Direkte virkninger

For det første kan vi nå oppsummere det vi kan kalle de *direkte* virkningene i dette scenariet. I alt opererer vi i perioden med en vekst på 766 årsverk med den nye strukturen. I løpet av disse årene stiger altså hele sykehussektoren til 7679 årsverk.

Tabell 4.1 Endring i direkte sysselsetting i Sykehuset Innlandet 2005-2020. Alternativ A.

Regioner	Årsverk SI 2005	Endring 2005-2020	Endring i prosent	Årsverk SI 2020
Kongsvingerregionen	667	126	18,9	793
Hamarregionen	1777	-517	-29,1	1260
Elverumregionen	882	738	83,7	1620
Tynsetregionen	306	34	11,1	340
Lillehammerregionen	1443	321	22,2	1764
Gjøvikregionen	1668	48	2,9	1716
Midt-Gudbrandsdalen	3	0	0,0	3
Nord-Gudbrandsdalen	70	9	12,9	79
Hadeland	27	4	14,8	31
Valdres	70	3	4,3	73
Totalt	6913	766	11,1	7679
Vertskommunene				
Kongsvinger	667	126	18,9	793
Hamar	718	-660	-91,9	58
Ringsaker*	154	62	40,3	216
Stange	905	81	9,0	986
Elverum	882	738	83,7	1620
Tynset	306	34	11,1	340
Lillehammer	1376	388	28,2	1764
Gausdal	67	-67	-100,0	0
Gjøvik**	1247	465	37,3	1712
Vestre Toten	420	-420	-100,0	0

Nå er vi i fortsettelsen mest opptatt av selve endringsfaktoren, nemlig hvordan veksten på 766 nye arbeidsplasser fordeler seg. Og i tillegg kommer omfordelingen mellom regionene, slik at vi får fram en variasjon med store positive og negative utslag: Pen vekst i Elverum som blir et slags hovedsykehus i Hedmark, men også vekst i Kongsvinger og Tynset. Hamar tar støyten med sin nesten komplette nedleggelse av spesialisthelsetjenestene i Hamar. På Oppland-siden er det Lillehammer som kommer best ut, mens Gjøviks resultat er dårligere. Her teller det tungt på den negative siden at Reinsvoll nedlegges. De regionene som har bare små institusjoner vil kun oppleve en marginal endring.

Utslagene blir naturligvis større på kommunalt nivå, slik det også er vist i tabell 4.1. Det vi ser i denne tabellen er hvordan noen kommuner mister nesten alle arbeidsplassene i spesialisthelsetjenesten, men noen vinner. Taperne er Vestre Toten, Gausdal og Hamar; vinnerne er Kongsvinger, Gjøvik, Lillehammer og Tynset. I fortsettelsen skal vi fokusere på endringen gjennom de 15 kommende årene. Vi skal se hvordan endringen i sykehussektoren forårsaker *indirekte* virkninger

Indirekte virkninger

Med indirekte sysselsettingsvirkninger, eller ringvirkninger, forstår vi to ting:

For det første genereres det virkninger av produksjonen, det vil først og fremst si gjennom leveranser til sykehuset. De ulike leverandørenes leveranser for 2005 er videreført på samme nivå til 2020. Vi har ikke noe grunnlag for å si at vi kan forvente økte leveranser til sykehusene, heller ikke at det geografiske mønsteret vil endre seg vesentlig. Sykehuset vil med andre ord stort sett gjøre sine anskaffelser i 2020 som i 2005. Alt i alt må disse ringvirkningene karakteriseres som beskjedne. De største avledede effektene av denne typen kommer i andre deler av Norge, først og fremst i Oslo-området.

For det andre genereres det indirekte virkninger gjennom det økte konsumet som flere sysselsatte forårsaker. Disse *konsumgenererte* ringvirkningene kan deles inn i private og offentlige, og fordelingen vil variere mellom regionene. Med de offentlige mener vi her de kommunale, altså de personrettede tjenestene som kommunene og fylkeskommunene tilbyr. Her ser vi at utslagene blir langt større, og resultatene blir positive eller negative. Når Hamar-regionen får en tilbakegang på konsumgenerert sysselsetting på 227 er naturligvis det en substansiell forsterking av den primære nedgangen på 517. I sum gir det 744 færre arbeidsplasser. Det er ikke dermed sagt at sysselsettingen i Hamar-regionen vil gå tilbake, for nedgangen kan kompenseres av vekstnæringer – i hvert fall på sikt. Tallet er likevel substansielt. Det er omtrent i samme størrelsesorden som nedbemanningen i Moelven Industrier, eller nedleggelsen av Åkershagen HVPU-institusjon.

De øvrige regionene vil oppleve positive ringvirkninger, og størrelsesordenen for den totale årsverkmultiplikatoren er rundt 1,5. Sysselsettingsvinneren er utvilsomt Elverum med nesten 1100 nye arbeidsplasser, regnet i fulle årverk. Dernest kommer Lillehammer, Kongsvinger, Gjøvik og Tynset. Arbeidsplassene kommer stort sett i sentrum av disse byene, der Sykehuset innlandet har sine institusjoner, og der mesteparten av tjenesteytingen til helseforetaket og befolkningen leveres fra. Men befolkningen som arbeider i disse institusjonene vi fordele seg på kommunene som helhet, og i regionen omkring.

Tabell 4.2 Indirekte sysselsettings-effekter, 2005-2020

Region	Endring i syss. SI 2005-2020	Ringvirkninger scenario A				Sum endring årsverk 2005-2020	Total Årsverk-multiplikator
		Produksjons-genererte	Konsumgenererte		Sum Ringvirkninger		
			Privat	Offentlig			
Kongsvinger	126	4	24	34	62	188	1,49
Hamar	-517	2	-126	-103	-227	-744	1,44
Elverum	738	14	148	177	340	1078	1,46
Tynset	34	1	6	9	16	50	1,48
Lillehammer	321	13	86	60	159	480	1,50
Gjøvik	48	5	10	10	26	74	1,54
Midt-Gudbrand.	0	0	0	0	0	0	0,00
Nord-Gudbrand.	9	0	2	2	5	14	1,52
Hadeland	4	0	1	1	3	7	1,63
Valdres	3	-1	1	1	1	4	1,17
Totalt	766	40	153	191	384	1150	1,50

Befolknings- og bosettingseffekter

Vekst i sysselsettingen vil normalt øke befolkningen, og reduksjon i sysselsettingen vil normalt redusere befolkningen. Ved vekst i arbeidsplassene øker innflyttingen og utflyttingen dempes. Dessuten vil antakelig nye arbeidsplasser dempe utpendling og generere ny innpendling, altså bedre *nettopendingen*.

Vi har i beregningen av befolkningseffekten først omregnet årsverksendringene til sysselsetting med en faktor 1,2. Dernest har vi ved beregning av befolkningsendringen benyttet en *befolkningsmultiplikator* som er definert som et fast forhold mellom sysselsetting og total befolkning. Dette er tall som varierer rundt 2, som altså betyr at ett nytt årsverk normalt gir en befolkningstilvekst på to. Naturligvis vil nyrekrutterte personer oppvise variasjon med tanke på sivilstatus og familieforhold, alt fra single nyttilflyttede og personer som kommer med komplette familier. Men over tid vil den nyrekrutterte befolkningen mer og mer ligne på en gjennomsnittbefolkning, og dermed kan vi legge slike befolkningsmultiplikatorer til grunn.

Størst blir naturligvis effektene for de regionene som er vertskap for de tunge institusjonene, og spesielt vil forandringene kjennes lokalt.

Bare i Hamar-regionen vil det skje en vesentlig demping av den antatt kommende veksten. Etter Statistisk Sentralbyrås prognoser er regionen ladet for en vekst på vel 4 prosent, men med så sterk nedbyggingen på SI Hamar vil den svekkes til om lag det halve. Dette er altså en effekt som vil ramme Hamar kommune med større tyngde enn de andre kommunene på Hedemarken. Stange vil ha vekst på grunn av satsingen på SI Sanderud.

Tabell 4.3 Befolknings- og bosettingseffekter av sysselsettingsendringer

	Folketa ll 2005	Endring 2005-2020 SSB: MMMM	Årsverk SI + ringvirkn. endring 2005-2020	Folketall/ syss. etter bosted	Endring i folketal pga. SI	Relativ endring	
						SSB 2005-20	Pga. SI 2005-20
Kongsvinger	49528	1638	188	2,16	487	3,3	1,0
Hamar	84961	3493	-744	2,08	-1857	4,1	-2,2
Elverum	38379	1937	1078	2,13	2755	5,0	7,2
Tynset	15508	78	50	1,97	118	0,5	0,8
Lillehammer	36090	2937	480	1,99	1146	8,1	3,2
Gjøvik-reg	67653	2702	74	2,06	183	4,0	0,3
Midt-Gudbrand.	13753	-332	0	2,05	0	-2,4	0,0
Nord-Gudbrand.	19752	-773	14	2,01	34	-3,9	0,2
Hadeland	27850	2846	7	2,01	17	10,2	0,1
Valdres	18076	653	4	1,95	9	3,6	0,1
Totalt	371550	15179	1150	2,06	2843	4,1	0,8

For resten av Innlandet vil sykehussektoren styrke veksttendensen i regionene, og klart sterkest i Elverum som kanskje dobler sin vekst i forhold til hva som ville skjedd uten utbyggingen av SI Elverum. Elverum-regionen svarer til Sør-Østerdal, og regionen får en beregnet vekst naut 2800 personer som følge av sykehusutbyggingen. I befolkningsprognosen fikk regionen snaut 2000 innbyggere fram til 2020. Veksttendensen vil naturligvis bli forsterket med oppbyggingen av SI Elverum. Hvis regionen uten sykehus er god for en befolkningsvekst på 5 %, vil den med en slik utbygging teoretisk komme opp i ytterligere 6 % vekst. Dermed plasserer regionen seg i tetsjiktet når det gjelder befolkningsvekst i Innlandet, antakelig i toppen. Det som kommer til å svekke denne tendensen er at en stor andel av de nye arbeidsplassene med stor sannsynlighet vil bli dekt fra helsepersonelle i Hedmark, som ble ledige etter nedleggelsen av SI Hamar. Hvis for eksempel 250 av de mer enn 1000 nye årsverkene utføres av Hamar-bosatte, reduserer dette bosettingseffekten i Elverum med om lag 600 personer.

Lillehammer-regionen er den andre regionen med et solid allsidig akuttsykehus. Til tross for nedleggelsen av SI Granheim i Gausdal, kommer regionen ut med 1146 nye innbyggere. Dette kan også godt vise seg å bli en mervekst i forhold til en totalvekst generert av andre sektorer. Lillehammer-regionens prognose er en oppgang på 8 % til 2020, og med en ekstra sykehuseffekt kommer et tillegg på knapt 3 %. Men så blir naturligvis resultatene diametralt motsatte i vertskommunene Gausdal og Lillehammer.

Gjøvik-regionen rommer også en sammensatt situasjon, med sterk nedgang i Vestre Toten, men en litt større vekst i Gjøvik regionen. Det blir en svak pluss i den samlede sykehussysselsettingen i regionen. Vi kan ikke dermed regne med at alle de ansatte ved det nedlagte SI Reinsvoll vil finne sitt arbeid i SI Gjøvik, så godt matcher ikke tilbudet og etterspørselen etter arbeidskraft. Kanskje vil den psykiatriske enheten som skal bygges opp i Gjøvik gi arbeid til en firedel av de tidligere ansatte ved SI Reinsvoll, og de vil pendle den ikke alt for byrdefulle veien til Gjøvik. Et mindre tall vil antakelig legge ut på en lengre pendlingsvei til Lillehammer. Selv om Gjøvik-regionen vil oppleve en samlet liten vekst, er det sannsynlig at det blir en befolkningsnedgang i Vestre Toten.

Kongsvinger-regionen kan også registerre framgang i 2020. Prognosen sa her 3,3 % vekst, det vil si 1638 nye innbyggere. Med 487 nye innbyggere beregnet kan det legges til ytterligere 1 % vekst. På Tynset er tallene lavere. Her ser man klarer hvordan SI Tynset er en nødvendig forutsetning for å få til en viss vekst i det hele tatt. I områder med små arbeidsmarkeder vil selv en status som Distriktsmedisinsk senter (DMS) gi et verdifullt bidrag til sysselsettingen. Men slik prognosene er for Gudbrandsdalen er bidraget fra Sykehuset Innlandet så marginalt ay det ikke kan snu minus til pluss. Valdres og Hadeland er områder som kan forvente vekst, men heller ikke her er det på grunn av Sykehuset Innlandet.

4.3 Dynamikk og spenninger 2020

Sykehuset Innlandet og sykehussamfunnet.

Sykehuset Innlandet HF har iverksatt en omfattende reform. En komplisert prosess er gjennomført i helseforetaket – planlegging, informasjon, trinnvis utbygging – og hele sykehussamfunnet har vært engasjert. Resultatet er naturligvis en sum av mange kompromisser. Er man fornøyd? Eller stiger det fram nye krav om endringer?

Vi vil tro det siste. En av de sterkeste drivkreftene i restruktureringen var den faglige utviklingen, båret fram av faggruppene på sykehusene. For å gi stadig mer krevende pasienter den behandlingen de trenger foretas det samling av faggruppene i en planlagt funksjonsfordeling mellom snetralsykehusene. Faggrupper som trenger stort pasientunderlag arbeider nå i større enheter som er konsentrert på ett sted. Men det ligger i sakens natur at det da blir et begrenset antall faggruppene som preger det enkelte sykehus. Kravet om samling av *flere* faggrupper i en mer samlet enhet reises stadig hyppigere. Og en samling av psykisk helsevern og somatikk er like aktuelt som før.

Det har også vist seg vanskelig å rekruttere nye kolleger, særlig på lokalsykehusene. Det er noe lettere på SI Gjøvik og SI Lillehammer, men sammenlignet med de store hospitalene i storbyene framstår Mjøs-sykehusene som små og litt uinteressante. Men sykehusene ligger tross alt i mellomstore byer i norsk sammenheng, og disse skulle ha samfunnsmessige forutsetninger for å trekke til seg nye innbyggere. Da er det verre i Elverum, som må betegnes som en liten by. Mange som var ansatt på de nedlagte sykehusene i Hamar og Stange valgte å pendle til Elverum. Men flytte gjør de ikke. Det ser ut til at det ledige personalet ved SI Hamar foretrekker Hamar som bosted – og tar den ikke særlig byrdefulle pendlingen på kjøpet. Heri ligger kanskje noe av paradokset med Sykehuset Innlandet i 2020. I det 21. århundret framstår Hamar som den kanskje mest attraktive byen i Innlandet, dels på grunn av sin størrelse, dels på grunn av sin gunstige beliggenhet i Innlandet og dels i forhold til Oslo og Gardermoen. Men her har Sykehuset Innlandet ingen omfattende aktivitet. Dermed går Sykehuset Innlandet kanskje glipp av fagfeller som kunne tilført sykehuset mye.

Og så må man spørre hva sykehuseier mener om sitt helseforetak i Innlandet. Har strukturendringen svart til forventningene, slik man så det for seg da reformen ble lansert?

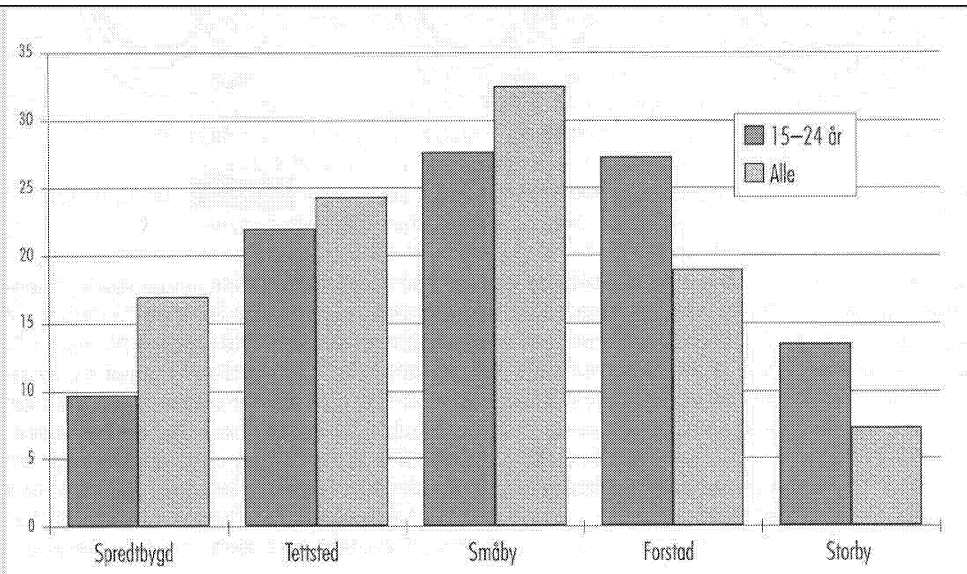
Vil Innlandet klare å rekruttere personell til allsidige akuttisykehus i småbyene?

Et viktig spørsmål for Sykehuset Innlandet er om det greier å rekruttere nytt personell fram mot 2020. Kan småbyer som Lillehammer, Gjøvik og Hamar, og store tettsteder som Elverum, klare å trekke til seg sykepleiere og leger.

Dette er et spørsmål om bopreferanser. Det foreligger ingen undersøkelse over helsepersonells bostedsønsker, heller ikke har vi ferske undersøkelser av det samme for befolkningen som helhet. Vi trekker derfor fram en oe eldre undersøkelse som fortsatt har stor gyldighet. Den undersøkte folks bostedspreferanser i forhold til nåværende bosted. Det den viste er at folk generelt er fornøyde med den type bosted de bor på. Høyest er tilfredsheten i det vi kan kalle ”småbyene”, uten at dette er presisert, men vi må forstå det slik at Lillehammer, Gjøvik og Hamar faller i denne kategorien. 71 % av de som bor i småbyer sier seg fornøyde med dette som bosted. Etter småbyen kommer ”tettstedet”, der tallet er noe lavere, 66 %. Elverum blir antakelig forstått som et eksempel på denne kategorien. Dette er uten tvil de bosettingstypene som er mest populære i det norske bosettingssystemet.

Nåværende bosted	Ønsket bosted, i prosent					
	Spredt	Småsted	Småby	Forstad	Storby	Sum
Spredt	64,6	21,4	8,6	4,3	1,0	100
Småsted	12,6	65,5	13,7	6,7	1,6	100
Småby	3,8	12,1	70,8	9,0	4,4	100
Forstad	3,4	10,6	18,3	61,2	6,6	100
Storby	7,6	10,7	22,0	21,2	38,4	100
Alle	17,5	30,9	24,8	19,2	7,6	100

Hva med de som bor mer sentralt, i storbyer eller forsteder, kunne de tenke seg å bo i småbyer eller tettsteder? Faktisk svarer nesten en tredjedel av de som bor i storbyer og forsteder at de kunne tenke seg å bo i småbyer og tettsteder. I Norge er det fortsatt mange som fortsatt har en drøm om å bo mer landlig enn de gjør. Siden midten av åttitallet har vi imidlertid sett at det faktiske flyttemønsteret dreier seg mot storbyene, selv om folk sier at de helst vil bo landlig. Dette kan skyldes at arbeidsplassutviklingen først og fremst har kommet i storbyområdene, og at folk dermed føler seg tvunget til å flytte mot sentrum.



Men det kan også være et trendskifte. Når vi deler materialet etter alder, viser det seg at den yngre del av voksenbefolkningen, de mellom 15 og 24 år, har markant mer byorienterte preferanser enn befolkningen som helhet. Men det betyr ikke at trenden nødvendigvis har snudd, for dette handler også om livsfase. De unge voksne er ofte under utdanning og søker til de sentrale utdanningsstedene. I etableringsfasen, når de stifter familie og får barn, kan både økonomiske grunner – og deres egentlige preferanser – føre dem tilbake til det mer rurale opphavet.

Helseregionen skulle rydde opp i fylkeskommunale forsømmelser, men ligner ikke sykehusstrukturen i 2020 påfallende på den gamle, med relativt store sykehus i hver en by? Ubalansen mellom Hamar og Elverum er unntaket, men er ikke det også en rest fra fylkespolitikkenes dager – der dal sto mot flatland? At resultatet ligner fylkesepokens sykehus kan også komme av at de respektive stortingsbenkene nå vokter sykehusene i sin valgkrets. Av de store er det ikke bare Hamar som er borte, men også Reinsvoll – og de mindre sykehusene på Ottestad og i Follebu. Men er dette nok til å kalles en gjennomgripende strukturreform? Det var jo det Stortinget opprinnelig ville, men nå har praktisk talt vernet strukturen mot vesentlige inn grep.

Pasientene

Vi må naturligvis spørre oss om hva pasientene synes også. Da kan det naturligvis fort fastslås at heller ikke de er noen homogen gruppe. Noen helsefaglige vurderinger skal vi naturligvis ikke gi oss inn på. Vi vil tro at Sykehuset Innlandet hevder at de gir et godt tilbud fra mange geografiske sykehus, og kan underbygge med statistikk som viser at effektiviteten har økt. Vi

vil tro at pasientene er tilbøyelige til å være enige. Men i stedet for å gå inn i det helsefaglige feltet, kan vi rent samfunnsfaglig dissekere pasienten i sine enkelte roller; henholdsvis klienten, kunden og borgeren.

Det er først og fremst *klienten* som føler seg vel ivaretatt. Sykehuset Innlandet kan tilby kur for det meste og opplever at pasientene er trofaste mot Innlandets sykehus. Det er nærliggende å søke til nærmeste behandlingssted når behovet melder seg. Innlendingene er tradisjonelle og vil gjerne tilhøre et opptaksområde. Det er en ulempe – særlig for de gamle og kronisk syke – at deres mange skavanker egentlig tilhører ulike regioner, men vi snakker fortsatt om innlandssykehus. Veien inn til sykehusverdenen skjer fra det nærmeste sykehuset, og så får pasientene med komplekse lidelser bare akseptere at faggruppene mange henvisninger sender dem på rundreise i Innlandet. Eldre innlendinger lar seg villig klientifisere.

Men ikke alle. En ting er alderforskjellene. Egentlig er det de gamle, født under den store boomen rundt første verdenskrig, som er de mest passive pasientene, de som legger sin skjebne i legens hender som klienter. De som er født etter andre verdenskrig er mer krevende, og de ikler seg i stigende grad rollen som *kunde*. De vet at de har fritt sykehusvalg, og de søker gjerne det beste tilbudet. Internett forsyner dem til stadighet med data om køer, helbredelsesprosent, behandlingstabber og dødelighet. Hamar-regionen går foran. Deres identitet som klienter sorterer dem i flere sammenhenger under Elverums opptaksområde. For byfolkene på Hedmarken er det forsmadelig. Deres hevn er å velge seg fritt sykehus i Oslo-regionen – dit for øvrig en stor del av dem pendler daglig – der shoppingtilbudet av elektive tjenester er særlig stort.

Og *borgerrollen*, er den uaktuell 2020? Neppe. I perioden 2005-2020 framsto sykehussaken som en nærmest evigvarende prosess. De to sidene i diskusjonen kommuniserte åpenbart ikke godt. På den ene siden snakket Sykehuset Innlandet i et helsefaglig språk, og forbedring handlet mest om effektivisering og rasjonalisering. På den andre siden snakket innbyggerne om noe mer, de snakket om trygget, rettferdig fordeling – og om arbeidsplasser og bosetting – kort sagt politikkenes språk.

Regionsamfunnet

Hvordan skal vi da si at regionsamfunnet kom ut av sykehusreformen? Ganske bra, vil mange hevde. De mest perifere institusjonene er bevart, ingen lokalsykehus er borte, og Mjøsbyene har fortsatt sine sentralsykehus intakte – som allsidige akuttisykehus. Ja, unntatt Hamar. Men

det får de tåle, vil man si i Østerdalen, for det er ikke langt verken for pasienter eller pleiere å kjøre tre mil. Dessuten er Hamar-regionen den mest dynamiske byen i Innlandet, så den kommer nok over det sjokket det er å miste sykehuset.

Hvordan påvirker så denne sykehusstrukturen Innlandet som region, og dets sentrum – ”Mjøsbyen”? Godt , vil mange igjen si. Ideen med Mjøsbyen er nettopp funksjonsfordeling. Mjøsbyen må ikke bety at det bygges opp en ”nyby” i utkantene av byregionene, for eksempel der de tre omlandene overlapper hverandre – i Ringsaker. Det ville være en modell som ville undergrave de klassiske småbyene, og slett ikke føre til en dypere urbanisert Mjøsby.

Mjøsbyen må derfor bygge på de eksisterende byene, og gjennom funksjonsfordeling kan alle ha litt av en helhet, men summen svarer til en større enhet. Dette er modellen for Innlandsuniversitetet, som riktignok administreres fra Lillehammer, men fakultetene finner man i alle Mjøsbyene – Elverum inklusive. Den samme modellen søkes realisert i et flerkjernet Innlandshospital. Men det lykkes ikke helt når Hamar ikke er med.

5.

Scenario B:

Mellom sentralisering og desentralisering

Det fantes et stort endringsbehov i Sykehus Innlandet, og det var ikke noen fullverdig løsning å samle noen fagområder på de enkelte sentralsykehusene. Spesialiseringen fortsatte. Skulle Innlandet være garantert et tilbud på linje med det som fantes i mer velutstyrte regioner måtte det foretas en mer dramatisk samlokalisering av fagområdene. Dermed sikret man også rekrutteringen av fagpersonell, som nå søker seg vekk fra de små avdelingene med dårlig pasientgrunnlag. Men sentraliseringen er ikke verre enn at det fortsatt er plass til et utbredt desentralisert tilbud også.

5.1 En dualistisk struktur

Sentralister og desentralister

Det er store forandringer på sykehuskartet 2020 i forhold til 2005. Den geografiske lokalisering lar seg langt på vei forklare av devisen om å ”samle det som bør samles og desentralisere det som bør desentraliseres”. Men hva man legger i ordet ”bør” varierer sterkt.

Hovedargumentene for å samle er flere, og mange fagavdelinger slutter opp om denne filosofien. Små opptaksområder gir få pasienter, og dermed lite trening i pasientbehandling. For indremedisinen er disse tallene operasjonalsert. En absolutt nedre grense for en indremedisinsk avdeling er 70 000 innbyggere i opptaksområdet, helst må tallet være 100-120 000. Det betyr at Innlandet kan ha plass til tre slike enheter. SI Tynset blir da for lite, og egentlig Kongsvinger også, men her skjøter man på opptaksområdet med Nes. Men egentlig har slike terskelverdier en tendens til å heves gjennom utviklingens gang. Det som var brukbart i 2005 er det ikke lenger i 2020. Der man før kunne godta tre sykehus, argumenteres det nå med kraft for bare to.

Øvelse gjør mester også for kirurger og indremedisinere, og da er det ikke tilstrekkelig med en pasient en gang i blant. Et annet forhold er at mange har sammensatte lidelser, og da hjelper det ikke med bare en av de relevante faggruppene, det trengs mange. Det er også viktig for sykehusene som opplæringsinstitusjoner at det er en viss pasientgjennomstrømming, og dessuten vet vi at det bedrer rekrutteringen av leger og annet personell. Også psykisk helsevern er også preget av den samme tankegang som blant leger flest, de føler seg mest vel i sammenheng med de andre fagområdene, altså de somatiske. Somatikk og psykiatri blir stadig mer sammenvevd, og ideen om det avsondrede asylet har mistet all aktualitet. Den sentrale ledelsen, som er gitt oppgaven å sørge for en kostnadseffektiv struktur, har naturligvis lite mot en konsentrasjon. Ikke minst er det et sterkt ønske om å ”komprimere” arealbruken, og da lar ikke en viss sentralisering seg stoppe.

På den andre siden: Selv blant tilhengerne av samlokalisering og sentralisering er det en utbredt oppfatning at skal man dekke de raskt voksende behovene, må pasientene fanges opp lenge før de blir innlagt på et sentralsykehus. Psykisk helsevern må møte sine klienter alt i lokalsamfunnet, i et nett av distriktpsikiatriske sentra (DPS). Lokalsykehusene må spesialisere seg på hverdagsutfordringene for store grupper i 2020: Geritariske tilfeller, kronisk syke, opptrening etter kriser. Der det ikke er grunnlag for lokalsykehus må det utvikles distriktsmedisinske sentre (DMI) i nær kontakt med primærhelsetjenesten. Alt i alt fins det derfor av *helsefaglige* grunner også en sterk desentraliseringsvilje. Hos deler av helsepersonellet kan den faglige motivasjonen for spredning være sterkt koblet til et ønske om å utvikle sitt lokalsamfunn.

I dette tvisynte perspektivet blir resultatet en dualistisk – tosidig – struktur: I sentrum rager en ny hovedenhet, rundt den finnes en krans av lokalsykehus – og ett allsidige akuttsykehus.

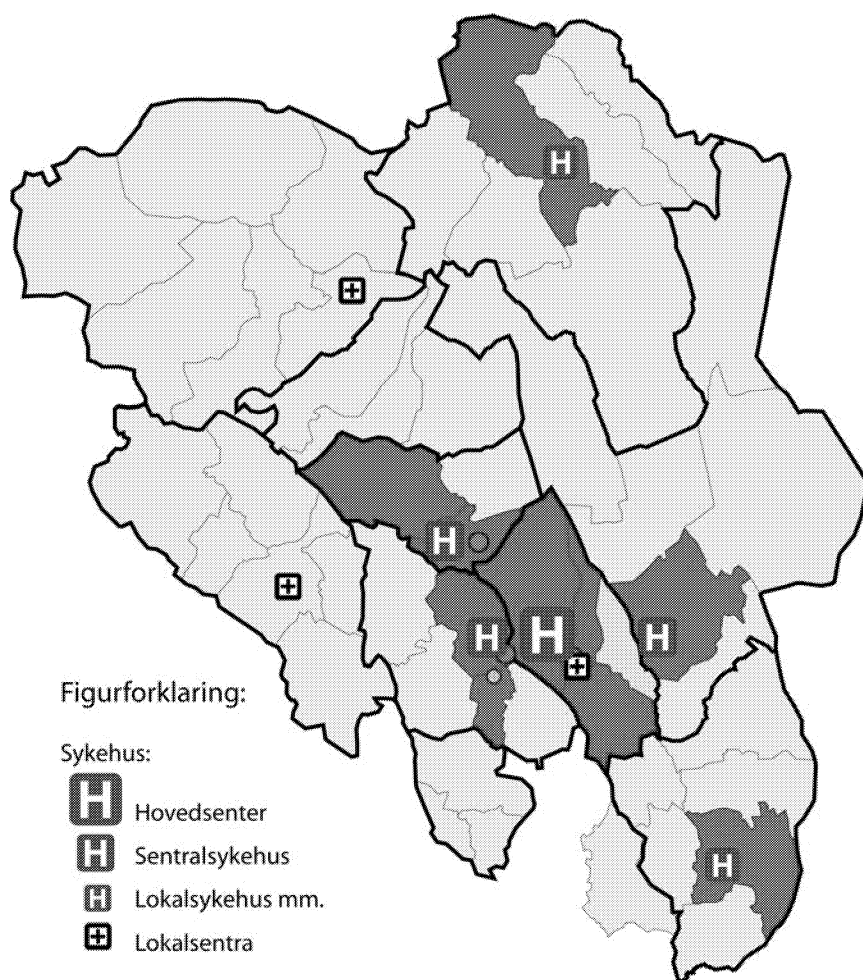
Det nye sykehuslandskapet

Mest iøynefallende er den forandringen som lar seg skue ved E 6 i Ringsaker, like ved tettstedet Brumunddal. Her ligger det nye *hovedsenteret* for Innlandet. Dette senteret inneholder som hovedsenter alle psykiatriske tilbud på sentralsykehusnivå, og er DPS innenfor funksjonen som lokalsykehus. Senteret er en seier for de som vil samle: Psykiatri og somatikk, og under somatikk generell indremedisin og kardiologi; akutt kirurgi med full beredskap innen gastrokirurgi, urologi og ortopedi; akutt gynekologi, fødselshjelp og pediatri.

Med et slikt sentralisert tilbud er det ikke plass til *mange* sentralsykehus, eller allsidige akuttisykehus, som de nå omtales som. SI Hamar vil i alle tilfeller nedlegges; Gjøvik og Elverum ”nedgraderes” til lokalsykehus, riktignok med elektive spesialfunksjoner. Det betyr at de går inn i funksjonsfordelingen av tilbud der pasientene står på venteliste og kalles inn etter en planlagt rekkefølge. SI Tynset og SI Kongsvinger videreføres som lokalsykehus med akutt indremedisin og noen kirurgiske funksjoner.

I dette systemet er det bare ett av de gamle sentralsykehusene som fortsetter som allsidig akuttisykehus, nemlig SI Lillehammer. Og siden både SI Sanderud og SI Reinsvoll er nedlagt, innebærer dette en vridning av sykehuskapasiteten mot Hedmark. Det var ment som det store sentralsykehuset for Innlandet, men ble også Hamars og Hamar-regionens lokalsykehus. Dermed dekket hovedsenteret det hullet som oppsto da SI Hamar ble nedlagt. Dermed ble det også bedre balanse i den politiske geografien i Hedmark. Men mellom Hedmark og Oppland ble den vel helst forverret.

Figur 5.1 Sykehusstrukturen 2020 (scenario C)



Utviklingen fram til 2020 preges altså av den nye hovedenheten, men underskogen er fortsatt vekstkraftig, selv om den er kuttet litt ned. Derfor kan vi også si at desentralistene har fått sitt. Men det er sentralistene som er i støtet, for alt som er nytt blir nesten automatisk lagt til Brumunddal. Det som var ment som et "lite" hovedsenter, som ikke skulle true lokalsykehusene, har vist seg å ha sterk spontan vekstkraft. Det ligner derfor stadig mer et *stort* hovedsenter. Dermed forrykkes balansen mellom det sentrale og det desentrale.

5.2 En stor "fabrikk" med høy produktivitet

Direkte virkninger

Med det nye hovedsenteret i Pellervika har Sykehuset Innlandet tatt et skikkelig steg i retning av en mer reell "arealkomprimering". Sykehuset er bygget på jomfruelig mark og planlagt etter de mest oppdaterte prinsippene. Sykehuset er kort sagt toppmoderne. Utfasingen av eldre og uhensiktsmessig bygningsmasse pågår for fullt. Det gamle Sykehuset Innlandet rådde over 368.000 m², altså en kvadratmeter pr innbygger i runde tall. Det nye har redusert tallet til 278 000 m², altså en reduksjon på knapt en fjerdedel. Det er naturligvis mye, men likevel mindre enn det eier forventet – staten og Helseregion Øst. Og det har kostet. Kostnadsestimatet var 3,3 milliarder i 2005-kroner. Pengene er brukt og vel så det.

Men når folk passerer det nye hovedsykehuset på jernbane eller vei tenker de ikke så mye på den reduksjonen dette gir i bygningsmessig drift og vedlikehold. Arealkomprimering er heller ikke et ord i hverdagspråket vårt. Folk flest ser et stort symbol på sentralisering og undergraving av de lokale institusjonene. Har de rett? Er utviklingen her snudd i en sentraliserende retning? La oss la tallene tale.

La oss da først se på den direkte endringen i sysselsettingen, den som til en viss grad er synlig for publikum gjennom bygningsmassen. Tallene er vist i figur 5.1. Det iøynefallende trekket i figuren er at Hamar-regionen opplever en dobling i sysselsetting, og de absolutte tall er store. 3300 mennesker har sitt daglige (og nattlige) arbeide i det nye hovedsykehuset. Pellervika er bare gjennom sysselsettingen blitt en kravlende maurtue. I tillegg kommer pasienter inn og ut, i lufta og på veien, og pårørende på visitter.

Tabell 5.1 Endring i den direkte sysselsettingen i Sykehuset Innlandet 2005-2020.

Regioner	Årsverk 2005	Endring 2005-2020	Endring i prosent	Årsverk 2020
Kongsvinger-regionen	667	95	14,2	762
Hamar-regionen	1777	1726	97,1	3503
Elverum-regionen	882	-442	-50,1	440
Tynset-regionen	306	31	10,1	337
Lillehammer-regionen	1443	-277	-19,2	1166
Gjøvik-regionen	1668	-533	-32,0	1135
Midt-Gudbrandsdalen	3	0	0,0	3
Nord-Gudbrandsdalen	70	9	12,9	79
Hadeland	27	4	14,8	31
Valdres	70	3	4,3	73
Totalt	6913	616	8,9	7529
Vertskommunene:		0		
Kongsvinger	667	95	14,2	762
Hamar	718	-660	-91,9	58
Ringsaker*	154	3291	2137,0	3445
Stange	905	-905	-100,0	0
Elverum	882	-442	-50,1	440
Tynset	306	31	10,1	337
Lillehammer	1376	-210	-15,3	1166
Gausdal	67	-67	-100,0	0
Gjøvik**	1247	-116	-9,3	1131
Vestre Toten	420	-420	-100,0	0

Elverum betaler en stor del av prisen for sentraliseringen, som i egenskap av lokalsykehus er temmelig nøyaktig halvert. Men satsingen på lokalsykehusene fortsetter, og både Kongsvinger og Tynset kan notere seg for vekst, to problemregioner i Innlandet. Men også Oppland-siden må betale sin pris for sentraliseringen i form av redusert sysselsetting, sterkest i Gjøvik-regionen. Som for Elverum er dette en degradering til rent lokalsykehus, riktignok med noen spesialfunksjoner. Sammen med nedleggelsen av Reinsvoll innebærer det at nærmere hver tredje arbeidsplass blir borte i SI Gjøvik. Lillehammers reduksjon er mer begrenset, bare 15 %, men så skal også statusen som allsidig akuttisykehus her opprettholdes. Lillehammer og det nye hovedsenteret skal balansere hverandre som allsidige sykehus, men det er likevel ikke tvil om at tyngdepunktet i sykehusstilbudet bikker østover mot Hedmark.

Ringvirkninger av den nye sykehusstrukturen

Ringvirkningene vil dempe og forsterke de direkte virkningene. I tabell 5.2 ser vi nok en gang at de produksjonsgenererte virkningene er relativt beskjedne, men de er i stor grad samlet i Hamar-regionen. Her skjer det altså en forsterking av den direkte virkningen, men med beskjedent utslag.

Tabell 5.2: Ringvirkninger av den nye sykehusstrukturen

Ringvirkninger scenario B								
Region	Sykehuset Innlandet	Produksjons- genererte	Konsumgenererte Privat	Offentlig	Sum ringvirkninger	Sum	Tot. sys. årsverk	multiplikator
Kongsvinger	95	2	18	25	46	141	1,48	
Hamar	1726	35	420	343	798	2524	1,46	
Elverum	-442	-6	-89	-106	-201	-643	1,45	
Tynset	31	1	5	8	15	46	1,47	
Lillehammer	-277	-11	-74	-51	-137	-414	1,49	
Gjøvik	-533	-6	-114	-113	-233	-766	1,44	
Midt-Gudbrandsdalen	0	0	0	0	0	0	0,00	
Nord-Gudbrandsdalen	9	0	2	2	4	13	1,43	
Hadeland	4	0	1	1	2	6	1,56	
Valdres	3	0	1	1	1	4	1,41	
Totalt	616	14	170	111	295	911	1,48	

De største ringvirkningen genereres gjennom konsum, der kvaliteten på det offentlige og private tilbudet bestemmer omfanget. Det vil altså skje en ekspansjon og kontraksjon i næringene etter som sysselsetting og befolkning går fram eller tilbake. Sammen med de produksjonsgenererte ringvirkningene gir dette en total ringvirkningsgrad (eller koeffisient). Den er her estimert til verdier rundt 1,5, altså at ringvirkningene gir et påslag på om lag 50 % på den dirkte endringen i sysselsettingen. Derfor blir ikke sysselsettingsveksten i Hamar-regionen bare 1700, som er Sykehuset Innlandets bidrag til regnestykket, men samlet 2500 – ringvirkningene da medregnet. Selv for den store regionen på Hedemarken er dette et formidabelt tall.

I tråd med det vi har sagt foran om lokalsykehusene på flankene langs Glomma, blir det også en litt større total arbeidsplassvekst i regionene rundt Tynset- og Kongsvinger, mens Oppland får nedgang i byene. I distriktene for øvrig er det om lag status quo siden helseinstitusjonene her betyr lite i sysselsettingen.

Bosettingseffekter

Sysselsettingen betyr alt for bosettingen, om enn dempet av pendlingen. Regioner med gode pendlingsmuligheter kan opprettholde folketallet selv om antallet arbeidsplasser skrumper. Det siste er vanskelig å beregne, men vi kan antyde noen konsekvenser.

Vi har i kapittel 2 gjengitt standardberegningen av hvordan folketallet antakelig vil vokse i regionen og kommunene fram til 2020: SSBs framskrivning alternativ MMMM. Her

har vi foretatt en framskriving av befolkningen på basis av den endring Sykehuset Innlandet skaper i form av jobbvekst og jobbtap i de ulike regionene.

I relative tall får vi store utslag i små og perifere regioner med mindre institusjoner (DMS, BUP og DPS). Sykehuset Innlandet kan nok her yte et lite positivt bidrag til bosettingen, særlig når regionen generelt er for nedadgående. Men de absolutte tallene er her helt marginale. I Kongsvinger-regionen – som er en ganske stor region – vil det komme et ekstra befolkningsbidrag på vel 360 personer, men det slår lite ut prosentuet. Tynset får færre nye jobber, bare rundt 100 nye innbyggere slik vi regner, og det er noe høyere enn SSB spår som den generelle veksten i regionen. Her vil den altså forsterke en svak positiv tendens. Når det gjelder Elverum vil Sykehuset Innlandets nedbygging gi et negativt bidrag som svekker veksten i regionen, men hvis SSB har rett i sin prognose er ikke denne nedgangen større enn at den oppveies i andre næringer. Også i regionene rundt Lillehammer og Gjøvik får vi en tilsvarende svekkelse av en veksttendens, men tross alt blir det fortsatt vekst.

Tabell 5.3 Endring i bosetting som følge av Sykehuset Innlandet

Regioner	Folketall	Endring	Årsverk SI +	Folketall	Endring i	Relativ endring	
	2005 SSB MMMM	2005-2020	ringvirkn. endring 2005-2020	Sysselsett.. etter bosted	folketall pga SI	SSB 2005-20	Pga SI 2005-20
Kongsvinger.	49528	1638	141	2,16	365	3,3	0,7
Hamar	84961	3493	2524	2,08	6300	4,1	7,4
Elverum	38379	1937	-643	2,13	-1644	5,0	-4,3
Tynset	15508	78	46	1,97	109	0,5	0,7
Lillehammer	36090	2937	-414	1,99	-989	8,1	-2,7
Gjøvik	67653	2702	-766	2,06	-1894	4,0	-2,8
Midt-Gudbr.dal	13753	-332	0	2,05	0	-2,4	0,0
Nord-Gudbr.d.	19752	-773	13	2,01	31	-3,9	0,2
Hadeland	27850	2846	6	2,01	14	10,2	0,1
Valdres	18076	653	4	1,95	9	3,6	0,1
Totalt	371550	15179	911	2,06	2252	4,1	0,6

Alle de dirkete virkningene er her fordelt på regionalt nivå, men det er også foretatt en lokal fordeling til kommuner. Vi skal her foreløpig bare si det opplagte, nemlig at virkningene i positiv og negativ retning her forsterkes. I positiv retning er utslaget størst for Ringsaker, som plutselig får et nytt sykehus med 4300 yrkesaktive i fanget. Stange og Hamar opplever imidlertid nesten total utslettelse i sykehuslandskapet. Men fra så nærliggende kommuner er det ikke noen stor byrde å pendle til det nye hovedsenteret, som ligger så vidt over kommunegrensa til Hamar. Som vi har sett er den innenregionale pendlingen relativt stor,

mens den er liten mellom regionene. Arbeidsmarkedene i Hamar, Ringsaker, Stange – og for den saks skyld Løten – er sterkt integrerte.

Elverum kommune vil oppleve en sterk nedgang i sykehussyssetningen. Det gir en negativ bosettingseffekt som slår sterkt ut i kommunen, og også i Rena og Våler. Vi vil antakelig her få en reversering av den tradisjonelle sykehuspendlingen, som i 2005 hadde et betydelig overskudd fra Hamar til Elverum. Om lag hvert fjerde årsverk i Elverum ble da utført av noen som bodde på Hedemarken. Nå vil strømmen gå den andre veien. Etter som dagens yrkesbefolkning eldes og går ut av arbeidsmarkedet, reduseres pendlingen. Hamar vil nok generelt bli oppfattet som et mer attraktivt bosted enn Elverum, men ikke så absolutt at det ikke fins unntak. Det kan tenkes at noen fortrekker Elverum, og dermed får vi en vedvarende pendling mot Hedemarken. Også her kan infrastrukturenes kvalitet være avgjørende.

Når det gjelder effektene i regionene rundt Tynset og Kongsvinger er det utvilsomt vertskommunene som sterkest får glede av sysselsettingsveksten, med en viss innpendling fra nabokommunene. I Lillehammer regionen blir det nedgang i Gausdal gjennom nedleggelsen av Granheim, og det vil forsterke utpendlingen til Lillehammer. Det var en viss utpendling fra Lillehammer til Hamar sykehus alt i 2005, og denne strømmen vil dirigeres mot Pellervika. Og siden Lillehammer får en nedgang i sykehussyssetningen fram til 2020 vil vi også her umiddelbart oppleve en økt utpendling fra regionen – mot det nye hovedsykehuset i Pellervika. Over tid kan denne pendlingen bli redusert ved at folk velger å flytte. Det er imidlertid ikke mer enn 43 km mellom Lillehammer og Pellervika, og pendlingsrelasjonen er neppe byrdefull. Med høyverdig infrastruktur (firefeltsvei) er det ikke usannsynlig at utpendlingen fra Lillehammer holder seg og øker. Det er tendensen for den generelle pendlingen mellom Mjøsbyene.

I Gjøvikregionen vil man oppleve en mer dramatisk nedgang i Vestre Toten enn i Gausdal, mens nedgangen i Gjøvik Kommune blir mindre enn i Lillehammer kommune. Også her får vi en totrinns pendlingseffekt, Personell fra Reinsvoll som kan besette stillinger i psykiatrien på Gjøvik vil antakelig gjøre det. Og de vil i hvert fall på kort sikt heller pendle enn flytte. Men noen velger den lengre pendlingsveien helt til Pellervika, og denne strømmen fra Vestre-Toten vil fra Gjøvik sluttet sammen med en tilsvarende strøm fra Gjøvik kommune. For heller ikke Gjøvik kommune kommer ut på plussiden. De yngste blant disse pendlerne vil nok overveie flytting, og på sikt bidrar de til den innflyttingen som Hamar-regionen kommer til å bli preget av.

5.3 Dynamikk og spenninger i den dualistiske strukturen 2020

Sykehuset Innlandet og sykehussamfunnet.

En dualistisk struktur vil alltid trekke med seg spenninger. Hver gang noe nytt legges til Hovedsenteret i Pellervika, reises protesten fra lokalsykehusene – de føler at de gradvis undergraves. Deres motstand mot ytterligere sentralisering får naturligvis støtte fra lokale og regionale politikere som hele tiden tenderer mot status quo.

Men for hver gang Sykehuset Innlandet møter slike argumenter, kan de hevde at sentraliseringen virker til å gi et bedre tilbud. Tilbakemeldinger fra pasientene og deres foreninger støtter deres argumenter. Når alvorlig sykdom inntreffer er det bare med tanke på den øyeblikkelige innleggelsen at lokalsykehuset har en funksjon, ellers er blikket rettet mot det antatt beste sykehuset. Og er Sykehuset Innlandet i denne klassen gjennom sitt hovedsykehus? Ja, innen de områdene vi sentraliserer til Brumunddal skal vi ligge på en ”beste praksis”, hevder SI.

Utfordringen for helseforetaket er derfor å skaffe legitimitet til sentraliseringen, ved å gjøre den desentraliserte delen av strukturen tillitsvekkende innen sine områder. Det er en kontinuerlig utfordring også å utvikle det mer banale og hverdagslige tilbudet, ikke bare for å bygge troverdighet, men også for faktisk å ha en balanse mellom lokalfunksjonene og spissfunksjonene. Legene streber mot utviklingsfronten innen sitt fag. Men uten gode lokalfunksjoner overbelastes hovedenheten med de hverdagslige kroniske plagene.

Men så er ikke sykehusstrukturen bare et spørsmål om at legene skal få det som de vil. For sykehuset Innlandet er dette ikke bare et spørsmål om materielt å vedlikeholde både den sentrale og desentrale strukturen, men også å nå fram til lokalsamfunnene gjennom samfunnskontakt og dialog med de politiske miljøene. SI forvalter store samfunnsverdier, og må hele tiden være troverdig i forhold til myndigheter, politikere og sivilsamfunn.

Pasientene

Pasientene viser både gjennom atferd og sine holdninger uttrykt i brukerundersøkelse, at den todelte strukturen faller i smak. Nettverket av allsidige og mindre allsidige akuttsykehus, og distriktsmedisinske sentre i kombinasjon med gode prehospitaltjenester, gir faktisk den nødvendige tryggheten i hverdagen. Her legger de villig sin skjebne som klienter i fanget til de lokale enhetene i visshet om at de sendes videre for det som krever spisskompetanse.

Når det gjaldt de mer avanserte spesialisttjenestene er tilbudet stort og allmennheten godt underrettet. Den aldersgruppen som nå presser seg inn på sykehusene er

etterkrigsgenerasjonen. Den er velutdannet og vant med informasjonsteknologi, og vet å få gjennomført alternative vurderinger og behandling på de sykehusene som har best kvalitetsindeks. Disse er lett tilgjengelige på internett, og gjengis hyppig i helsespalter i grafiske medier.

Så snart et tilbud får fallende rykte merkes det på mottaksavdelingene. Som kunder viser pasientene sin mening gjennom høy trofasthet eller gjennom fri shopping i helsemarkedet. For Sykehuset Innlandet betyr ikke dette bare at de mister sin ”egne” pasienter i ”opptaksområdet”, de mister også innstrømmingen av pasienter utenfra som av ulike grunner søker til SI. Dårlig ”rating” på én avdeling har dessuten lett for å spres seg til andre. Når sykehusindeksen publiseres som nyhetsoverskrifter har den en tendens til å skremme pasienter vekk fra både gode og dårlige tilbud ved sykehusene.

Men den som trodde at etterkrigsgenerasjonen bare ville ”stemme med føttene”, som kunde, kjente den dårlig. De er samfunnsengasjerte borgere også. Det frie sykehusvalget kombineres glatt med et samfunnspolitisk engasjement. Spørsmålet om sykehustjenester angår liv og død og engasjementet er høyt. De mye omtalte sekstiåttene er også en generasjon – den siste? – som i stor grad tror at det er mulig å gjøre noe med alt. Den politiske styringsoptimismen er stor. Den autoritetstro klientifiseringen får derfor sitt motstykke i politiseringen, der pasienter i mange tilfeller opptrer i styrende organer over sykehusene eller i sykehusene. Og de lar også engasjementet komme til uttrykk i en flora av pasientforeninger som snart er like stor som antallet spesialiserte faggrupper på sykehusene.

Regionsamfunnet

Så lenge det er liv i lokalsykehusene, og når de distriktsmedisinske sentrene utvikler seg tilfredstillende, er det ingen som hevder at det er SI som er årsaken til at det går så dårlig i utkantregionene. Verken Valdres, Gudbrandsdalen, Østerdalen eller Glåmdalen får sine tilbud vesentlig innskrenket.

Men i de mer sentrale delene av dalførene klages det over stagnasjon. Mjøsbyene Lillehammer og Gjøvik er ikke solide vekstområder lenger, og mange skylder på sykehusene. Nedtrappingene i regionene Gjøvik, Lillehammer og Elverum er mer enn de mistet da treforedlingsindustrien forvant. Gjøvik har i den gradvise nedtrapping tapt mer enn de mistet med Toten Cellulose, Lillehammer mer enn da Mesna Kartongfabrikk ble nedlagt. Dette var store saker i sin tid. Før det hadde Hamar-regionen mistet Klevefoss fabrikk, og i mange år

var Rena Kartongfabrikk en sak i mediene. Nå har sykehuset i Elverum tapt flere arbeidsplasser enn disse hadde ved nedleggelsen.

Lillehammer, Gjøvik og Elverum er ikke lenger så vitale at de engasjerer seg i byggingen av en flerkjernet Mjøsby. Funksjonsfordelingen er lite å konsolidere seg på og titt og ofte kommer nyheter om at noe skal flyttes til Pellervika. En mektigere faggruppe har fått sitt. Sykehusene i Mjøsbyene – unntatt Hamar – blir mer innadvendte, mot sitt næroppland i dalførene. Unntaket er naturligvis Hamar, som har gjort sykehuset i Pellervika til sitt.

Når man nå snakker om ”Mjøsbyen” er det som en betegnelse for senteret midt imellom – nemlig lokalitetene rundt Pellervika i Brumunddal. Her ser vi også tendenser til at sykehuset trekker til seg andre funksjoner. Brumunddal senter og Ringsaker kommune har også vært dyktige tilretteleggere for at det faktisk skulle bli en byvekst her. Nå kan de høste av sine grunnlagsinvesteringer i nye boligfelt nær Pellervika og i omgivelsene.

Den lokale løsningen

Hvordan dette konkret blir er i stor grad opp til den lokalpolitiske styringa og samfunnsplanleggingen. Den kan bidra til at vi unngår dannelsen av en ny ”sykehusby”. Hvis man velger en modell med nytt hovedsykehus for Innlandet skal det ha funksjoner som dekker hele landsdelen, men også være sentral- og lokalsykehus for Hamar-regionen. Lillehammer-regionen og Gjøvik-regionen vil i utgangspunktet få sine lokale funksjoner dekt fra eksisterende sykehus, og det regionale perspektivet vil også omfatte h.h.v. Gudbrandsdalen og Vest-Oppland. Det er derfor ikke særlig aktuelt å legge noe nytt hovedsenter i Oppland, for eksempel mellom Lillehammer og Gjøvik. Noe slikt alternativ fins heller ikke i utredningene fra sykehuset Innlandet.

Vi tolker situasjonen slik at lokalisering av et nytt hovedsykehus vil måtte velge et alternativ i Ringsaker. Konkret foreligger det tre tomtealternativer for en slik lokalisering, utredet i en egen Tomteanalyse (2005). I prinsippet kunne også en ny hovedenhet ligge i den øvrige regionen, men en lokalisering til for eksempel Sanderud vil da være ugunstig i forhold til de funksjonene som også skal dekke Oppland. Dagens sykehus i Hamar egner seg ikke for utvikling av en stor enhet, og dermed står vi tilbake med alternativer langs E 6 mellom Hamar og Moelv. De tre konkretiserte alternativene omtales som Moelv, Rudshøgda og Pellervika.

For å vurdere disse alternativene må vi gå inn i den lokale og regionale planleggingen i Ringsaker kommune, og i Hamar-regionen. Vi har allerede referert de fylkeskommunale planene. En mer konkret fylkesdelplan for SMAT (samlet miljø, areal- og transportplanlegging) argumenterer mot spredning av bosetting, og mer konkret for en videreutvikling

av eksisterende sentra (Hedmark Fylkeskommune 1995; 2004). Transportminimering tilsier at det også bør være et godt boligtilbud til nye ansatte i nærheten av sykehuset, og reisende – ansatte, pasienter og pårørende – bør i så stor grad som mulig kunne benytte kollektiv transport.



Figur 5.2 Sykehuset i Pellervika

Lokaliseringsbetingelser for sykehus.

Oppbygging av en ny hovedenhet reiser spørsmålet om hvilke lokaliseringsbetingelser et slikt stort sykehus har. Det må naturligvis ligge godt plantet i sentrum av sitt omland. Men hvilke krav stiller det til sine nære omgivelser?

Sykehuset er arbeidsintensivt. Et stort personale skal daglig inn og ut, likeledes pasienter og pårørende. Det tilsier at det bør ligge i eller nær et senter som er attraktivt nok til å kunne trekke til seg en del av sykehuspersonalet som nye innbyggere.

Den store gjennomstrømmingen av pasienter og pårørende er også en viktig grunn til at et stort sykehus bør ligge nær kommunikasjonslinjene, og dermed kollektivtransport. Det betyr i vårt tilfelle nær E 6 og at det er stasjon ved jernbanen for sykehuset.

Et sykehus som er hovedsykehus for en stor region og lokalsykehus for en mindre er naturligvis en god nabo som det er attraktivt å bo i nærheten av. Dette er en positiv eksternalitet i forhold til befolkningen. Ingen får alle sine helsebehov dekt bedre enn de som bor nær en slik enhet.

Men sykehuset har også negative eksternaliteter. Det preges av store bygningsmasser og mye trafikk i lufta og på landejorda. Det færreste av innbyggere vil ha sykehuset som sin nærmeste nabo. I verste fall kan vi si at det oppstår en NIMBY-effekt: Not in my backyard!

På den andre siden er det nok av dem som nettopp vil ligge i bakrommet. Et stort, vellykket hospital skaper positive eksternaliteter i forhold til visse typer næringsliv, ikke minst alle dem som skal levere utstyr, medisiner og mat til sykehuset.

En spesiell gruppe næringsmessige eksternaliteter er lokalisering av forskning eller produksjon med basis i sykehusets kompetanse. Økt innsats i forskning kan skape et regionalt innovasjonssystem, som det benevnes i moderne regionalforskning.

Kan vi ut fra disse prinsipielle betraktningene, og de foreliggende planene, si noe om hva som er best lokalisering for en ny hovedenhet i Sykehuset Innlandet?

Rudshøgda egner godt med tanke på transport, her vil det bl.a. kunne legges ny stasjon for jernbanen. På Rudshøgda er det imidlertid lagt ut lite boligarealer. Politikken er at Rudshøgda først og fremst skal være stedet for tung, transportkrevende produksjon og tjenesteyting. Nå kan man godt si at et stort sykehus er en helsefabrikk som faller inn under denne kategorien. Men skulle man bygge et nytt hovedsykehus her fikk man også lett et press i retning av oppbygging av en "sykehusby" i nærheten. Siden det er lite ønsket faller dette alternativet bort.

Moelv-alternativet vil ikke ligge inntil jernbane, men er godt beliggende i forhold til vei. Tomta er imidlertid trang, og kommer i konflikt med rekreasjon og turisme. Den gir lite ekspansjonsmuligheter. Den gunstige beliggenheten gjør at den kanskje egner seg best for boligområder. Moelven kan være gunstig i forhold til Oppland-siden, men siden et nytt hovedsenter også skal gi lokalsykehusfunksjoner til Hamar og Hamar-regionen, blir en slik lokalisering noe perifer.

Brumunddal-alternativet benevnes Pellervika. Det ligger mellom motorvei og jernbane, og vil kunne betjenes av en ny stasjon. Regulerte boligområder ligger i nordøst i tettstedet, og vil kunne dekke mye av boligbehovet. Her må det imidlertid tilføyes at det rundt Pellervika er jomfruelige arealer som kan benyttes både til ekspansjon i sykehusilknyttede tjenester, men også til boliger. Her vil det også være mulig å se ledige arealer etter kontraksjon i industrien som utviklingsområder. Dette alternativet synes å være det foretrukne i administrasjonen i Ringsaker kommune.

Det kan reises tvil om Brumunddal er stort nok sett i forhold til det vi har sagt om bopreferanser. Det kan også reises tvil om de eksisterende planene tilbyr en type boliger som er attraktive for nyrekruttert personell.

Vi må imidlertid huske at ringvirkningene av et nytt hovedsenter i Pellervika er så store at Brumunddal med sikkerhet vokser og får mer småbykarakter. Det er imidlertid lite trolig at alle nyrekruttede vil slå seg ned i Brumunddal, og de som har småbyen eller den mellomstore byen som preferanse kan gjøre Hamar til et godt alternativ. Lillehammer er også definitivt innen rekkevidde med ny infrastruktur. Fra Gjøvik blir det noe lengre å pendle, og definitivt fra Toten og Vest-Oppland ellers.

Planene vil uansett måtte gjennomgå på nytt i en slik situasjon. Hvis hovedsykehuset kommer til Brumunddal vil stedet få så stor vekstkraft at det gir styringsfart til en stedsutvikling med gunstige effekter. Jomfruelige arealer og nedlagte industriområder vil kunne bli regulert og utviklet under ett.

6.

Scenario C

Hovedsenteret tar “alt”

Hovedsenteret har sin egen dynamikk. Det ble dannet for å samle somatikk og psykiatri, og de enkelte faggruppene, men skulle balanseres mot lokalsykehusene. Men det ser ut til at egendynamikken tar overhånd, for det ser ut til at alle nye oppgaver, enten vi snakker om behandling eller forskning, ser ut til å havne i hovedsenteret. Man spør seg ikke lenger om hvorfor ulike funksjoner skal ligge i hovedsenteret, det bare blir slik. Og lokalsykehusene blir stående på stedet hvil.

6.1 I en internasjonal klasse

Konkurransen i alle retninger

Hovedsenteret ble dannet for personalets skyld, og for pasientene. Personalet – det vil si de ledende legene – talte for store faggrupper. Samlingen var ikke noe som skjedde en gang for alle, for mens spesialitetene samlet seg i Pellervika, økte antallet spesialiseringer. Egentlig var Norge en sinke der inndelingen i fagretninger gikk saktere enn i resten av den vestlige verden. Men i 2020 var Norge omsider kommet dit Sverige var i 2005 med hele 60 spesialiseringer i sykehusverdenen. Så snart de har nådd sin kritiske masse krever de samling i hovedsenteret.

Den høye fagkompetansen er også en grunn til at sykehusprofesjonene kan forsvare konsentrasjonen så sterkt. Høy gjennomstrømming gir kvalitativt gode tjenester med høy suksess og lite feilbehandling. Dette har også folk flest tatt til seg. De er nemlig nådeløse i sitt søk etter behandlingssted når behovet melder seg. Ikke bare leter de etter det beste stedet på det nasjonale hjemmemarkedet for frie sykehusvalg, de søker også på det internasjonale markedet. Tilbudet er stort. I nørmlandet er det A-hus som er den største konkurrenten, et tastetrykk unna øyeblikkelig innleggelse; en times reise med Inter City-tog. Og naturligvis er ikke veien lang til de øvrige fire universitetsklinikkene i Oslo-regionen. Via Gardermoen er

for så vidt heller ikke veien lang til de nordiske sykehusene som nærmest er et slags hjemmemarked, ja, også UK, Nederland, Tyskland og Polen markedsfører sin kompetanse på det kjøpesterke norske markedet. Om staten nekter den utålmodige kunden en sykehusvouchert, fins det betalingsvilje i private selskap, i forsikringsselskaper og i siste instans privat. Helse betyr alt.

Begrepet ”opptaksområde” uthules. Sykehuset Innlandet oppdaget etter hvert at innbyggerne bare var trofaste når det gjaldt akuttberedskapen, da var det nærmeste sykehus som gjaldt. Men når det kom til elektive tjenester var lojaliteten blåst bort. Sykehuset Innlandet kunne ikke sette opp en skigard rundt sitt opptaksområde og insistere på at her skulle du behandles. Sykehuset kunne bare vinne sine krevende kunder gjennom et overbevisende omdømme som godt kompetent sykehus. Nå snakkes det om kompetanse og konkurranse på alle nivåer, eller *competence* og *competition* – for det snakkes stadig mer engelsk i hovedsenteret. Også mellom lege og pasient for såvidt, for mange av the clients kommer faktisk utenfra. Sykehuset innlandet har som mål å være internasjonalt konkurransedyktig.

En beslektet årsak til engelskens framvekst er at sykehuset i realiteten er blitt en forskende institusjon. Sykehuset tar imot gjesteforskere og stipendiater fra hele verden, og engelsk er det selvsagte språket for konferanser og publisering. I samarbeide med Innlandsuniversitetet gir Sykehuset Innlandet forskerutdanning. Disputasen skjer naturligvis på engelsk. En stor del av forskningen drives i samarbeid med private foretak, og de tilhører nesten uten unntak globale konsern. Enten konsernet eies av norske aksjonærer eller utlendinger er språket engelsk.

Et perforert opptaksområde

Poenget med denne beskrivelsen er naturligvis ikke det språklige i seg selv, men at arbeidsspråket er et uttrykk for den rådende globaliseringstendens. Opptaksområdets grenser må nå stiples, for de angir bare et område hvor Sykehuset Innlandet arbeider for en høy markedsandel. Det sykehuset taper hjemme, må det gjenvinne ute – som de fleste andre institusjonene.

Sykehuset Innlandet markedsfører seg derfor nesten utelukkende gjennom sin spissinstitusjon – hovedsenteret i den sørvestvendte Pellervika. Den har stor appell. For finnmarkinger er det en opplevelse i seg selv å komme til det vennlige innlandet; de tar derfor både sin *second opinion* og sin behandling der. Mange utlendinger assosierer, med rette eller urette, Norge med renhet og sunnhet. For dem gir innkjøp av norske helsetjenester en ekstrabonus i

form av eksotiske natur- og kulturopplevelser. Og fra pasienthotellet til virkelige hotell er ikke veien lang.

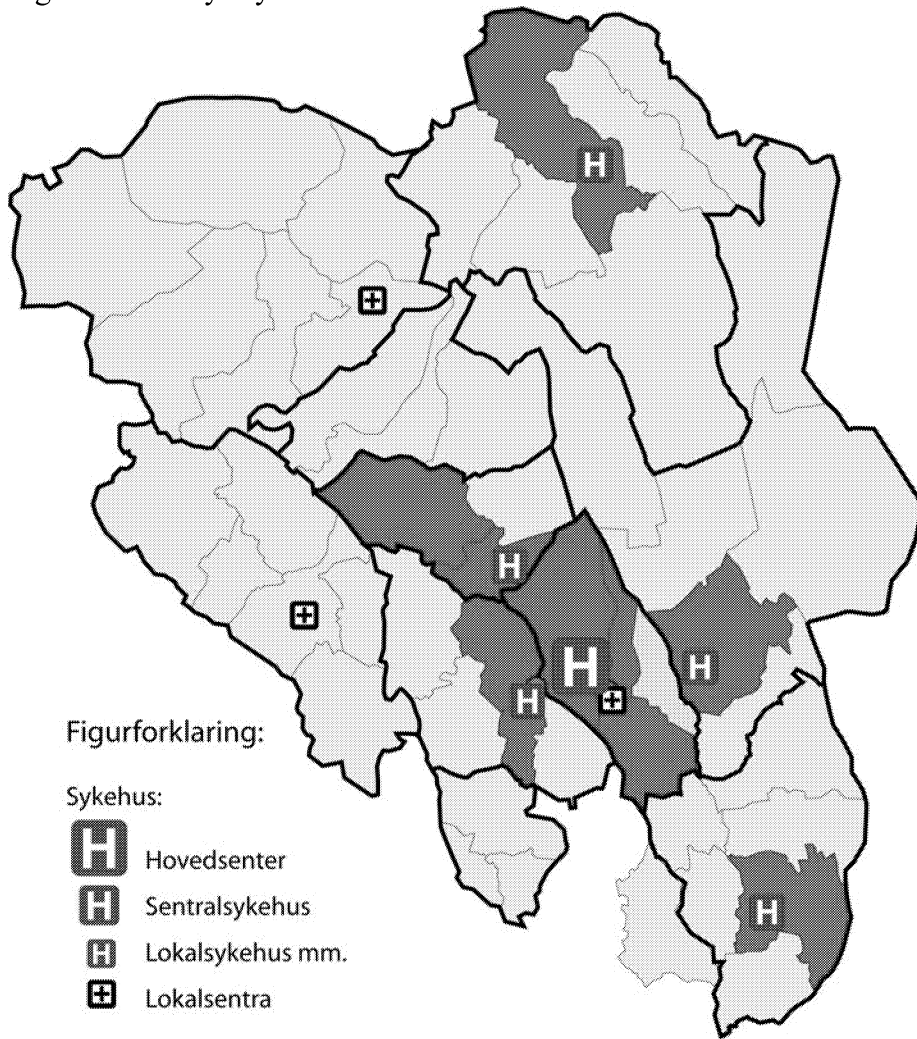
Derfor legger Hovedsenteret stadig på seg. Sykehusarealet er riktignok skåret ned til 271 000 m², men det er et ledd i den generelle arealeffektivisering – faktisk er reduksjon på 26 % - nær opp til det kravet som ble stilt til de nye helseforetakene. Men det har kostet: kalkylen var 3,7 milliarder, men den har som kjent sprukket.

Men i Pellervika skjer det ingen krymping i arealer, tvert om. Sykehuset vokser kvantitativt gjennom flere avdelinger, flere leger og flere pasienter; og det vokser kvalitativt, gjennom forskning og kommersialisering. Det gir bonus for legene å drive forskning som resulterer i nye produkter eller behandlingsformer og næringslivet ligger tett på. Sykehuset strategi er å utvikle partnerskap med medisin og utstyrsleverandører, og Ringsaker kommune legger til rette for helsefaglige bedriftsetableringer i Brumunddal – tett inntil sykehuset. Målet er å lage et medisinsk innovasjonssystem og et cluster. Jordnære klienter fra innlandet ryster litt på hodet av de forskende legers stormannsgalskap, men noe har de faktisk å vise til. Regional- og lokalpolitikere støtter opp – utviklingsbyråkartene i kommune og region også.

Store ord er brukt om sykehusutbyggingen i Brumunddal. Sykehusene er ”den nye industrien i innlandet”, og for de mange profesjonelle utviklerne i Innovasjon Norge med mer er ”helsefabrikken i Pellervika” den nye industriens ikon. Og det er klart at det må brukes store ord for virkelig å begrunne den sterke konsentrasjonen som finner sted. Både helsepolitikere og fagfolkene er store retorikere, og trenger ikke lenger begrunne sine planer med effektivisering og kortere køer. Utvikling av den nye industrien er selvforklarende.

Like selvsagt er det at man ikke kan bygge opp slike spissykehus langt opp i dalførene. Der er det trivialitetene som råder: Slagpasienter under opptrening, dialyse for nyresyke, aktivering av depressive, smertebehandling for kronikere osv. Alle de gamle sykehusene konvergerer mot det gamle lokalsykehuset. Det har ikke akutt kirurgisk døgneredskap, men de har likevel hjulpet mange tilstrekkelig raskt nok til at de kan sendes videre til hovedsykehuset. Lillehammer, Elverum og Gjøvik tilhører alle denne klassen, de har sågar beholdt spesialfunksjoner innen elektive tjenester. Ett av dem er nedlagt og har gjenoppstått som DMS, nemlig Tynset.

Figur 6.1 Det nye sykehuskartet



6.2 Virkninger og ringvirkninger

Endringene i sykehuset Innlandet

For den som er vant til Innlandets skala er det nesten vanskelig å begripe størrelsen på det nye hovedsykehuset. Det utføres om lag 4400 årsverk, fra forsiktig regnet 5500 personer. Det har vært en vekst på 437 årsverk i løpet av de siste 15 årene fram til 2020, og alle har havnet i Ringsaker. Og i tillegg har det skjedd en omfordeling av drygt 2200 arbeidsplasser innen Sykehus Innlandet – fra de tidligere sentralsykehusene, lokalsykehusene og mindre spesialklinikker. Det gir en vekst på formidable 150 %. I 2020 er 60 % av Innlandets spesialisthelsevesen samlet i denne lokaliteten, målt gjennom årsverksinnsatsen.

Hvor stort er så det nye sykehuset sammenlignet med andre? Det største i Norge er Ullevål universitetssykehus, et av de eldste i Norge. Rundt århundreskiftet hadde det 1200 senger og om lag 7200 ansatte, altså i samme størrelsesorden som hele Sykehuset Innlandet på samme tid, som da var fordelt på ti geografiske sykehus. Ullevål var samlet, men rommet da også administrasjonen for Det medisinske fakultetet ved Universitetet i Oslo. Sykehuset har 60 professorater. Sett i forhold til antall ansatte utgjør Hovedsykehuset i Ringsaker i underkant av tre firedeler av Ullevål universitetssykehus. Så kan man spørre hva som er vitsen med å sammenligne med det største sykehuset i lille Norge – i globaliseringens tid. Da kan det opplyses at Ullevål universitetssykehus er av de aller største sykehusene i Nord-Europa, en av de få som fortsatt har over 1000 senger.

Og hvordan er så tilstanden i resten av Innlandet, der den resterende kapasiteten finnes? Det er naturligvis nedgang over hele linjen. Nedgangen er svært stor i Lillehammer og Gjøvik der mer enn annet hvert årsverk blir borte i tiden fram til 2020. Det er konsekvensen av å bli redusert til lokalsykehus. Reduksjonen i Elverum er vesentlig lavere, selv om hver tredje sykehusansatte blir borte der også. Nedgangen er mer moderat i Kongsvinger, faktisk er minus 12 prosent som en seier å regne i den store omfordelingen i favør av Ringsaker. Tynset opphører å være lokalsykehus for å bli et DMS, og mister nesten hver tredje årsverk på den måten.

Tabell 6.1. Utførte årsverk i Sykehuset Innlandet fordelt på regioner og vertskommuner. 2005-2020.

Regioner	Årsverk 2005	Endring 2005-2020	Endring i prosent	Årsverk 2020
Kongsvinger-regionen	667	-83	-12,4	584
Hamar-regionen	1777	2649	149,1	4426
Elverum-regionen	882	-325	-36,8	557
Tynset-regionen	306	-92	-30,1	214
Lillehammer-regionen	1443	-795	-55,1	648
Gjøvik-regionen	1668	-933	-55,9	735
Midt-Gudbrandsdalen	3	0	0,0	3
Nord-Gudbrandsdalen	70	9	12,9	79
Hadeland	27	4	14,8	31
Valdres	70	3	4,3	73
Totalt	6913	437	6,3	7350
		0		
		0		
Vertskommunene				
Kongsvinger	667	-83	-12,4	584
Hamar	718	-660	-91,9	58
Ringsaker*	154	4214	2736,4	4368
Stange	905	-905	-100,0	0
Elverum	882	-325	-36,8	557
Tynset	306	-92	-30,1	214
Lillehammer	1376	-728	-52,9	648
Gausdal	67	-67	-100,0	0
Gjøvik**	1247	-516	-41,4	731
Vestre Toten	420	-420	-100,0	0

På kommunalt nivå blir det største sjokket i negativ retning i Vestre Toten, alle arbeidsplassene forsvinner. Derneft kommer faktisk Lillehammer. Vi ser da bort fra desimeringen på hospitalet i Hamar, som bare etterlater noen få lokalfunksjoner. Hamar blir vel forsørget med både arbeidsplasser og sykehustjenester gjennom lokaliseringen til Pellervika. Det samme vil også i nesten samme grad gjelde Stange, som mister Sanderud, men hospitalet gjenoppstår bare 25 km lenger nord. Slik sett er det verre i Tynset, der det er kortere å pendle til.

Ringvirkninger av produksjon og konsum

Ringvirkningene av produksjonen har ikke økt merkbart fram mot 2020, og det meste kommer i Hamar-regionen. På grunn av den sterke konsentrasjonen begynner tallet å bli substansielt: selv i en mellomstor by som Hamar betyr 55 årsverk en del. Og det er noe å bygge videre på for å oppnå sterkere produksjonsgenererte virkninger. Verre da i de andre Mjøsbyene, som alle har minustall. Vinneren tar alt sier man, og det ser ut til å stemme.

Tabell 6.2 Ringvirkninger av omstruktureringen i Sykehuset Innlandet, 2005-2020.

Region	Sykehuset Innlandet	Ringvirkninger scenario C			Sum ring- virkninger	Sum årsverk	Tot. sys. multi- plikator
		Prod.- genererte	Konsumgenererte				
			Privat	Offentlig			
Kongsvinger	-83	-1	-16	-22	-39	-122	1,47
Hamar	2649	55	644	527	1226	3875	1,46
Elverum	-325	-5	-65	-78	-148	-473	1,46
Tynset	-92	-1	-16	-25	-42	-134	1,45
Lillehammer	-795	-27	-214	-148	-389	-1184	1,49
Gjøvik	-933	-12	-199	-198	-409	-1342	1,44
Midt-Gudbrandsd.	0	0	0	0	0	0	0,00
Nord-Gudbrandsd.	9	-1	2	2	3	12	1,36
Hadeland	4	0	1	1	2	6	1,56
Valdres	3	0	1	1	1	4	1,38
Totalt	437	8	138	61	207	644	1,47

Det som teller mest i sysselsettingsregnskapet er de konsumgenererte. Når den totale ringvirkningsmultiplikatoren stort sett ligger i underkant av 1,5, bidrar de produksjonsgenererte i snitt med rundt en halv prosent, og alt samles i Hamar-regionen. Personrettede tjenester til befolkningen fordeler seg mer jevnt der den finnes, altså noenlunde proporsjonalt med folketall. Også her er det en sentraliseringseffekt ved at store bykommuner gjerne har et litt større tjenestetilbud, og dermed selger tjenester til nabokommunene. Omlandkommuner kan til gjengjeld ha en litt større offentlig sektor rettet mot innbyggernes behov. Men når den største byregionen tar det meste, om lag 1200 årsverk i ringvirkninger, er dette først og fremst en refleks av sykehussentraliseringen. Denne må utlignes på de andre regionene, der den framkommer som en nedgang i tabell 6.2

Bosettingseffekter

Det er naturligvis vanskelig å si hvor sterke de positive og negative bosettingseffektene blir i år 2020, som følge av de endringene vi her har skissert. I tabell 6.3 har vi gjort en beregning, der nøkkelfaktoren er et forholdstall mellom folketall og sysselsetting i hver enkelt region. For å vurdere om dette er mye eller lite sammenligner vi med den framskrivingen som Statistisk Sentralbyrå har laget på en rent demografisk grunnlag (det såkalt MMMM-alternativet).

Tabell 6.3 Beregnede bosettingseffekter av direkte og indirekte endringer i sysselsetting, 2005-2020.

Regioner	Folketall 2005	Endring 2005-2020 SSB: MMMM	Årsverk SI + ringvirkn. endring 2005-2020	Folketall/ syss. etter bosted	Endring i folketall pga SI	Relativ endring befolkning	
						SSB 2020 MMMM, %	Pga. endring i SI 2020, %
Kongsvinger	49528	1638	-122	2,16	-316	3,3	-0,6
Hamar	84961	3493	3875	2,08	9672	4,1	11,4
Elverum	38379	1937	-473	2,13	-1209	5,0	-3,2
Tynset	15508	78	-134	1,97	-317	0,5	-2,0
Lillehammer	36090	2937	-1184	1,99	-2827	8,1	-7,8
Gjøvik	67653	2702	-1342	2,06	-3317	4,0	-4,9
Midt-Gudbr.	13753	-332	0	2,05	0	-2,4	0
Nord-Gudbr.	19752	-773	12	2,01	29	-3,9	0,1
Hadeland	27850	2846	6	2,01	14	10,2	0,1
Valdres	18076	653	4	1,95	9	3,6	0,1
Totalt	371550	15179	644	2,06	1592	4,1	0,4

Kilde: SSB Framskrivning av folkemengden, 2002-2050.

For Innlandet som helhet mener Statistisk sentralbyrå at det kan komme en vekst på ca. 15 000 fram til 2020, eller om lag fire prosent. Vår beregning viser at Sykehuset Innlandet gir et svakt positivt bidrag til denne utviklingen, men tallet er så lavt og usikkerheten så stor at vi knapt kan regne med noen effekt for hele regionen. Tendensen i den innenregionale fordelingen er mye mer sannsynlig.

Hamar-regionen forventes å vokse fortsatt, like sterkt som Innlandet som helhet, i følge Statistisk Sentralbyrå. Vår beregning gir en tilleggseffekt som er nesten tre ganger så stor. Om vi virkelig her får en forsterkingseffekt mellom generelle demografiske trekk (beregnet av SSB) og helt spesielle sysselsettingsforhold (beregnete virkninger av SI), kan vi her få en samlet befolkningsvekst på rundt over 15 %, som svarer til vel 13 000 personer.

For de andre Mjøsbyene er det riktigst å si at de vil få sine vekstanslag nedjustert, men vil ikke nødvendigvis oppleve befolkningsnedgang av den grunn. Lillehammer, Elverum og Gjøvik har demografiske prognoser på henholdsvis 8 %, 5 % og 4 % fram til 2020. Svekkelsen av Sykehuset Innlandet i de tre byene kan redusere disse anslagene til henholdsvis 0 %, 2 % og -1 %. Det er her unødvendig å si at dette er usikre estimater, både Statistisk Sentralbyrås beregninger, og våre egne. Men det er temmelig klart at omstruktureringa i helseforetakene vil bringe Lillehammer, Elverum og Gjøvik nærmere nullvekst – en fryktet stillstand. For Tynset er den negative effekten av nedleggelsen av lokalsykehuset sterkere enn den svakt forventede demografiske veksten, så her kan lite pluss bli snudd til lite minus. I den større Kongsvinger-regionen beholdes lokalsykehuset, og den negative befolkningsendringen er så ubetydelig at vi kan se bort fra den.

Til disse estimatene må det naturligvis kobles noen vurderinger om pendling. Sykehuspendlingen mellom regionene var stort sett lav, lavere enn den generelle pendlingen. Men vi vet at pendlingen har en økende tendens gjennom tyvenulltallet, og med bedre infrastrukturer, som vil komme på tyvetallet, kan pendlingen gjøre et lite sprang. Med firefeltsvei, og eventuelt dobbeltsporet jernbane, blir effektene størst på nord-sør-aksen. Det tilsier mer pendling mellom Lillehammer- og Hamar-regionen. Lillehammer kan altså beholde sin viktighet som bostedsregion, selv om den mister mange arbeidsplasser i Sykehuset Innlandet.

Det skal mer til å dekke inn tapet i Gjøvik-regionen, som er stort både i Gjøvik kommune og Vestre Toten kommune. Sykehuspersonellet må velge mellom utpendling eller utflytting, og på kort sikt er det første alternativ som velges, deretter flyttealternativet. Men mange leser framtidsutsiktene så negativt at de tar steget ut av Innlandet med en gang. I Oslo-regionen er etterspørselen etter helsepersonell stor.

For Elverum utgjør det nye hovedsykehuset i Pellervika en stadig sterkere pendlingsmagnet, og her blir pendling fortrukket før flytting. Men etter som nyrekrutteringen går sin gang, og det gamle sykehussamfunnet byttes ut med et nytt, er det stadig flere som kjøper seg tomt og bygger rundt Brumunddal og Hamar.

6.3 Dynamikk og spenninger med sterkt hovedsenter 2020

Et hovedsenter som vokser av seg selv.

Hvem er det som driver sykehusstrukturen framover har vi spurt oss. Så langt har vår svar vært at det er sykehusstrategene, i samarbeide med faggruppene, som sitter i den drivende rollen. Hva er det så som forklarer at et lite hovedsenter vokste til et stort. Det gikk så å si av seg selv, ut fra sin egen dynamikk. Når noe først er stort, har det lett for å bli større – på bekostning av de mindre. Men ingen ting går egentlig av seg selv. I scenariets kulisser aner vi at de samme aktørene fortsatt pusher på.

Men det er også kommet til noe nytt. Nok en gang må løsne opp på de stramme grensene det satte mot omverdenen. Først var det opptaksområdene som fikk stiplede grenser, fordi krevende kunder ikke lot seg stuve sammen som kveg i en innhegning. Nå må også sykehuset åpne grensene til sykehusomta. Innlandet har endelig forstått at et stort sykehus er en kunnskapsbedrift, faktisk er den som sådan den største i innlandet. Derfor krever regionen noe mer av sykehuset sitt, de er ikke bare til for pasientenes velferd, men skal også gagne produksjonen. En ny gruppe melder seg utenfor sykehusporten, partnere som vil inn og drive forskning.

Fra pasienter til partnere

Pasientene står naturligvis fortsatt i en særstilling som Sykehusets uten tvil viktigste brukergruppe. De er aktive pasienter som ikke lar seg redusere til klienter. Som kunder har de markedsrett i forhold til sykehusene, som borgere har de politisk innflytelse.

Det som har vært vanskelig å forstå for pasientene – og for politikerne som stadig følger sykehusene med vaksomt blikk – er at det stadig må skje en sentralisering til Brumunddal når det ikke kommer til noe nytt behandlingssystem. Ingen benekter at sykehuset gjør framsteg og behandler flere stadig bedre. Men likevel blir det mer av det samme. Stadig flere spør seg: Hvis dette er Innlandets fremste kunnskapsbedrift, hvorfor har den da bidratt så lite til å utvikle produksjonslivet?

En sterk utbygging i Pellervika krevde en sterk målsetting, en begrunnelse som kunne godtas og gi sentraliseringen legitimitet. Utviklingsorienterte politikere fant denne legitimiteten i sykehusets utviklende rolle. Det skulle bygges opp et innovasjonssystem og et *cluster* i Brumunddal nord. Motoren i denne klyngen var Sykehuset Innlandet, men med seg hadde det seg partnere fra bedriftslivet og forskningsverdenen for øvrig. Inspirasjonene ble hentet fra Oslo og det store utland (se ramme).

Figur 6.2 Pellervika bygges ut



Fra hovedsykehus til innovasjonssenter

I 2020 er det ikke som "produksjonssykehus" de store sykehusene hevder seg på toppen av hospitalhierarkiet. De store sykehusene som ikke gjøre annet enn å behandle pasienter er fortidens dinosaurer i sykehusverdenen. De er "fordistiske" masseprodusenter uten andre konkurranse-fortrinn enn høye antall og lav enhetspris.

Det er som kunnskapsbedrifter, som forskende sykehus, spissinstitusjonene utmerker seg i 2020. Dette gagnar utvilsomt universitetssykehusene, som har en lang tradisjon for å være høyere utdanningsinstitusjon og forskningsinstitutt samtidig som de behandler pasienter. Det er i Stor-Oslo vi finner de beste eksemplene på dette i Norge, der det ikke er ett men hele fire universitetssykehus.

Flere undersøkelser har vist at Stor-Oslo også er stedet hvor det har utviklet seg det vi kan kalle et "helseindustrielt miljø". Dette er det som gjerne omtales som *cluster* (klynge). De omfatter offentlige institusjoner som sykehus og universitetsavdelinger, så vel som private institutter og bedrifter. De utvikler samarbeid i kraft av sin nærhet, og utveksler kunnskap og kompetanse som kan gi opphav til ny verdiskaping.

De siste årene har regioners og særlig byers innovasjonsevne fått mye større oppmerksomhet. Innovasjonsevnen antas å være knyttet til kunnskapsnivået i regionene, forstått som kapasitet til å drive FoU. I slike studier av "Kunnskapsbyen" er de avanserte sykehusene viktige brikker. Tom Johnstad har vist hvordan to store universitetsklinikker inngår i "forskningstriangelet" rundt Blindern og Universitetet i Oslo. I en litt større krets er det identifisert 550 bedrifter som produserer eller leverer biomedisinske varer og tjenester i Oslo-området, og noen av dem er store som Amersham og Isopharma. (Johnstad and Fosmark 1995; Johnstad 2003).

Det kan innvendes at Brumunddal aldri kan bli Oslo, og at Universitetet i Oslo er mye større enn høyskolene rundt Mjøsa – selv etter at de er blitt Innlandsuniversitetet. Men alle kunnskapsbedrifter har i prinsippet muligheter for å skape slike virkninger på sitt nivå. Som

forskende helseforetak må det søke samarbeid med Innlandsuniversitetet. Hovedsykehusets tyngde tilsier at det er interessant som lokaliseringssted for mange leverandører, som også bringer med seg kompetanse.

Forskningen på Sykehuset Innlandet kan også gi opphav til nye produkter og tjenester. Disse må knoppskytes fra sykehuset, og plantes inn i kommersialiseringsenheter rundt sykehuset. Lokale og regionale myndigheter vil sikkert bistå med å etablere en infrastruktur for innovasjon rundt helseforetaket. Det mangler ikke på internasjonale forbilder, og noen hører også hjemme i det vi kan kalle en urbanisert landsbygd, som de sentrale deler av Innlandet. North Carolina er opphavet til begrepet ”forskningstriangel”, og det ligger i et område der halve befolkningen bor spredt, knyttet til bionæringene – landbruket. Innovasjon foregår ikke bare i større byer, viser Jan Evert Nilssons i sin casestudie av blomstrende næringsregioner (Nilsson 1998). Forskningstriangelet er egentlig et samarbeide mellom tre byer – Durham, Raleigh og Greensboro – med forskningsressurser og flyplass i senter av triangelet. Profilen i forskningstriangelet er bioteknikk, men med stort innslag av medisinsk industri (Östhol og Lembke 2003). Låter settingen kjent?

En byorientert regionalpolitikk

Denne konsentrasjonen hadde neppe vært mulig hvis ikke hele regionalpolitikken hadde tatt en dreining mot byene. De regionene som utelukkende drev distriktpolitikk fikk ikke utløst ressursene i byens institusjoner. Byenes konsept var ”konkurranseskraft gjennom kompetanse”. Om ikke mindre urbaniserte områdene skulle bli fullstendig overkjørt av byene, måtte de selv utvikle lignende strategier.

Det skjedde naturligvis ikke uten diverse distriktsopprør, også på sykehussektoren. Balansen mellom hovedsenteret og lokalsykehusene vippet faretruende i den indre enhetenes disfavør. Hovedsykehuset tok alt, ble det sagt øverst i dalførene. De slo seg ikke uten videre til ro med at det som er godt for Mjøsbyen, er godt for distriktene i Innlandet. Den som vil sentralisere hardhendt, må ha en sterk begrunnelse. Og begrunnelsen må aksepters av folk flest for at den store omstruktureringen skal være legitimt. Selv ikke de mange partnerskapene mellom SI og diverse andre aktører imponerte folk flest i særlig grad.

Og så må man nok en gang spørre om det var denne ”Mjøsbyen” vi ville ha. Det vi legger i dette begrepet er nå mer eller mindre synonymt med triangelet i sentrum, nemlig Brumunddal-Pellervika. Nå er det langt fra bare et sykehus som ligger der, for store deler av tomte er tatt i bruk til ny virksomhet – produksjon, service med mer.

Men Mjøsbyen skulle være en strategisk idé om hvordan byene kunne samhandle som småbyer, og til sammen bli en ”storby”. Nå er man rette og slett i ferd med å skaffe seg en fjerde småby ved Mjøsas bredd. Og selv om den har vært gjenstand for den beste planlegging og fysiske utforming, er og blir den en ekstern by i forhold til de virkelige småbyene – Hamar, Gjøvik og Lillehammer. Innlandet har rette og slett fått sin ”Edge city” – sin by på kanten av det urbane.

7.

En sammenstilling av den statistiske kjernen

Scenarier leveres uten konklusjon. Den analysen leseren har vært igjennom kan ikke bevise at det ene eller andre scenariet er det riktige. Men forhåpentligvis har leseren fått noen forstillinger om hva som skal til for å begrunne de tre scenariene, og hvilke kvalitative konsekvenser de kan tenkes å få.

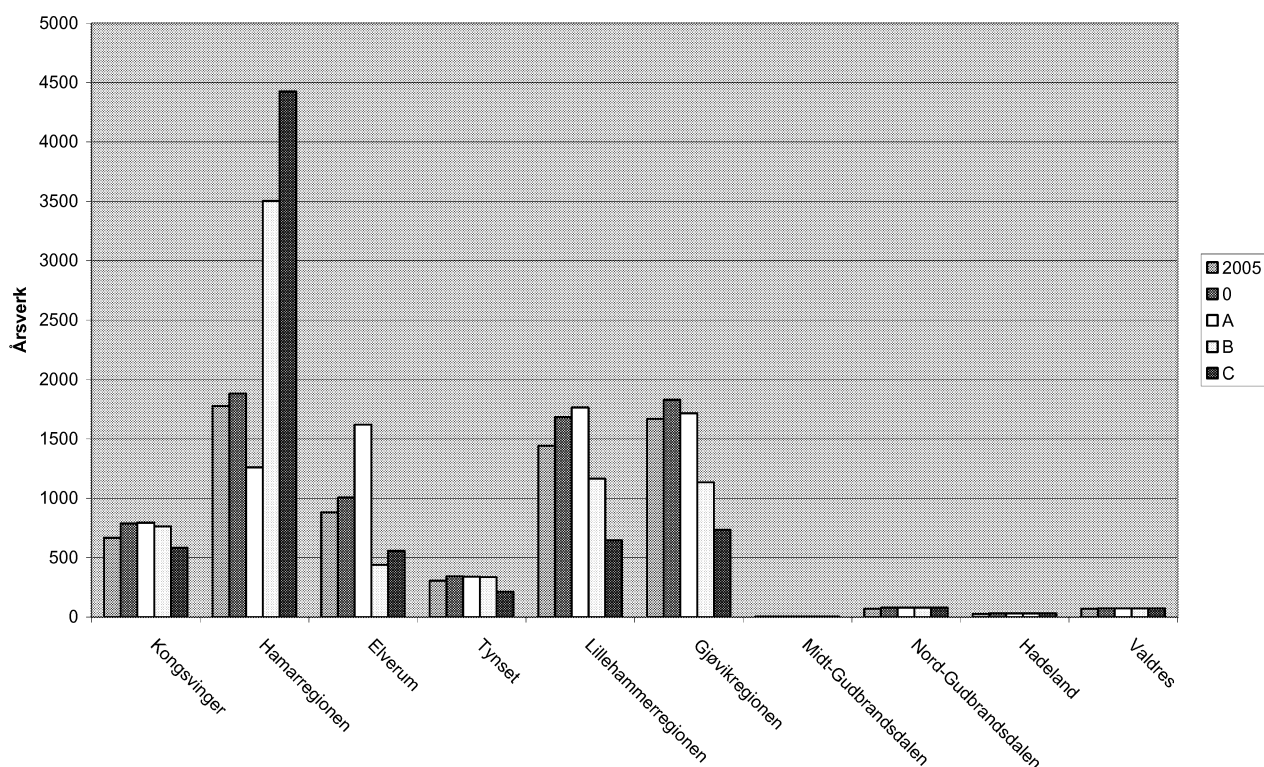
I kjernen av de tre framtidsbeskrivelsene ligger det imidlertid en modellberegning som gir kvantifiserte beregninger av direkte og indirekte virkninger på sysselsetting, og endelig beregninger av befolkningsendringer som følge av sysselsettingsendring. Men svært mye er egentlig gitt av den grunnleggende omfordelingen av sysselsetting mellom de tre modellene som ligger bak scenariene.

Tabell 7.1 Årsverk i Sykehuset Innlandet 2005-2020

Regioner	2005	Scenarier 2020			
		0	A	B	C
Kongsvinger	667	789	793	762	584
Hamar	1777	1881	1260	3503	4426
Elverum	882	1006	1620	440	557
Tynset	306	341	340	337	214
Lilleh-ehammer	1443	1683	1764	1166	648
Gjøvik-reg	1668	1830	1716	1135	735
Midt-Gudbrandsdal	3	3	3	3	3
Nord-Gudbrandsdal	70	79	79	79	79
Hadeland	27	31	31	31	31
Valdres	70	73	73	73	73
Totalt	6913	7716	7679	7529	7350
Vertskommunene					
Kongsvinger	667	789	793	762	584
Hamar	718	810	58	58	58
Ringsaker*	154	154	216	3445	4368
Stange	905	917	986	0	0
Elverum	882	1006	1620	440	557
Tynset	306	341	340	337	214
Lillehammer	1376	1608	1764	1166	648
Gausdal	67	75	0	0	0
Gjøvik**	1247	1405	1712	1131	731
Vestre Toten	420	421	0	0	0

Størst blir forskjellene for Hamar-regionen. I alternativ A skjer det en nedleggelse av sykehuset i Hamar, i alternativ B og C overføres disse oppgavene til et nytt hovedsenter i regionen: Pellervika i Brumunddal. Den største lokale effekten, på kommunenivå, får vi derfor i Ringsaker. Fra kun å være sete for hovedadministrasjonen, utvikler dette seg å bli hovedsykehuset for hele Innlandet. Det gir en vekst fra 154 årsverk til 4368!

For de øvrige sykehusene blir profilen motsatt. De oppnår stort sett best konsolidering i alternativ A (bortsett fra Hamar). I alternativ B vil det skje en nedtrapping i disse sykehusene, og en ytterligere nedtrapping i alternativ C. Dette er sammenfattet i figur 7.1.



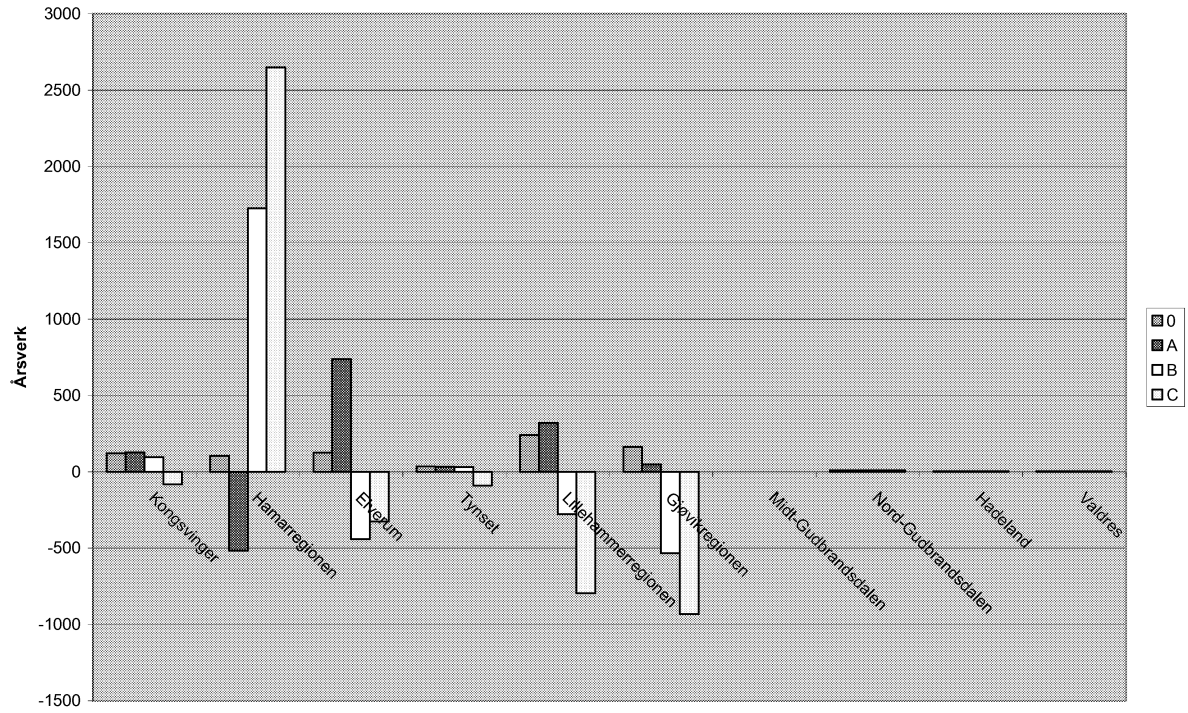
Figur 7.1 Årsverk i Sykehuset Innlandet 2005-2020.

Nå kan vi også sammenfatte de samme tendensene gjennom endringsdata, fortsatt kun for den direkte sysselsettingen i Sykehuset Innlandet. Dette er vist i tabell 7.2. Hamar-regionen får et tap på vel 500 arbeidsplasser i A, men en gevinst på 1726 i B eller hele 2649 i scenario C. Tallene for sykehusene i de andre regionene blir stort sett inverse. Sykehuset har en liten sysselsettingsvekst i perioden, størst i scenario A, minst i scenario C. Grunnen er at effektiviseringen blir størst i alternativ C. Det betyr at de største effektene er omfordelingseffekter i de ulike scenariene.

Tabell 7.2 Samletabell endringer i årsverk 2005 – 2020

<i>Endringer i forhold til dagens bemanning</i>					
	2005	0	Scenarier		
			A	B	C
Kongsvinger	667	122	126	95	-83
Hamar	1777	104	-517	1726	2649
Elverum	882	124	738	-442	-325
Tynset	306	35	34	31	-92
Lillehammer	1443	240	321	-277	-795
Gjøvik-reg	1668	162	48	-533	-933
Midt-Gudbrandsdal	3	0	0	0	0
Nord-Gudbrandsdal	70	9	9	9	9
Hadeland	27	4	4	4	4
Valdres	70	3	3	3	3
Totalt	6913	803	766	616	437
Vertskommunene					
Kongsvinger	667	122	126	95	-83
Hamar*	718	92	-660	-660	-660
Ringsaker**	154	0	62	3291	4214
Stange	905	12	81	-905	-905
Elverum	882	124	738	-442	-325
Tynset	306	35	34	31	-92
Lillehammer	1376	232	388	-210	-728
Gausdal	67	8	-67	-67	-67
Gjøvik***	1247	158	465	-116	-516
Vestre Toten	420	1	-420	-420	-420

I figur 7.2 har vi sammenfattet disse omfordelingseffektene i en figur. På den ene siden er dette en omfordeling mellom Hamar og Elverum. Der den ene vinner taper den andre. Men omfordelingen drar også med seg sykehusene i Oppland, som bli sterkt tappet i de to modellene med hovedsenter i Brumunddal. Størst blir nedgangen i det mest ekstreme scenario C.



Figur 7.2 Endring i årsverk i Sykehuset Innlandet 2005-2020.

Referanser:

- (1969). Innstilling fra Østlandskomiteen. Oslo, Kommunal og arbeidsdepartementet.
- (2004). Kommuneplan 2001-2004(2012). Brumunddal, Ringsaker Kommune.
- (2005). Sykehus i Ringsaker Kommune. Sykehustomtanalyse, Arkitektfirmaet C.F.Møller. Sundhetsplanleggingsavdelingen.
- Christaller, W. (1966). *Central Places in Southern Germany*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- EU-kommisjonen (1999). ESDP European Spatial Development Perspective. Towards Balanced and Sustainable Development of the European Union. (Potsdamerklæringen). Brussel, EU-kommisjonen.
- Grønlie, T. (1987). Velferdskommunen i dette århundre. Kommunene som initiativtaker i sosiale reformspørsmål. Fra lekmenn til profesjonelle kommuner. Oslo, Kommuneforlaget.
- Grønlie, T. (2004). *Norwegian General Hospitals 1970-2002: County ownership--an Interlude Between Welfare Localism and State Direction*. Hospitals, Patients and Medicine 1800-2000, Bergen, Rokkansenteret, Rapport 6:2004.
- HedmarkFylkeskommune (1995). Fylkesdelplan for SMAT, Hedmark Fylkeskommune.
- Johnstad, T. (2003). Kunnskapsbyen Oslo. Notat 2003:104. Oslo, NIBR.
- Johnstad, T. and H. Fosmark (1995). Det helsindustrielle miljø i Oslo-regionen, NIBR.
- Juvkam, D. (2002). Inndeling i bo- og arbeidsmarkedsregioner. Oslo, NIBR.
- Moseng, O. G. (2003). *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Nilsson, J. E. (1998). *Blomstrande näringsliv*. Stockholm, Kungl. Ingeniörvetesakademien.
- Selstad, T. (2002). Regionalisering på østre Østlandet. Forskningsrapport nr 89/2002. Lillehammer, Høgskolen i Lillehammer.
- Selstad, T. (2003). *Det nye fylket og regionaliseringen*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Selstad, T., N. Arge, et al. (2004). Regionenes tilstand. 50 indikatorer for vekstkraftige regioner. Lillehammer, Østlandsforskning.
- St.meld.nr.25 (2004-05) Om regionalpolitikken, Kommunal- og Regionaldepartementet.
- St.meld.nr.31.(2002-2003) Storbymeldingen. Om utviklingen av en bypolitikk, Kommunal- og regionaldepartementet.
- Sykehuset Innlandet HF (2005). *Struktur og investeringsplan 2006-2020. Driftsøkonomiske vurderinger (del 1), Areal og investeringsøkonomiske vurderinger (del 2)*. Hamar 5. juni 2005.
- Sykehuset Innlandet HF (2005). *Struktur og investeringsplan 2006-2020 for Sykehuset Innlandet HF "Prosjekt 2020". Sluttrapport*. Ottestad, 13.juni 2005.
- Sykehuset Innlandet HF (2005). *Struktur og investeringsplan 2006-2020. Drøftingsdokument*. Brumunddal, 1. juli 2005.
- Östhol, A. og J. Lembke (2003). *Strategies and Partnerships for Biotech Regions. The regional Innovation and Partnership Project*. Östersund, Institutet for tilväxtpolitiska studier.

Beregning av produksjonsgenererte ringvirkninger – dokumentasjon av datagrunnlag og beregninger.

De produksjonsgenererte ringvirkningene er beregnet med utgangspunkt i regnskapsdata fra Sykehuset Innlandet (SI) for kjøp av varer og tjenester. Kjøp av varer og tjenester på driftsregnskapet omfatter sum driftsutgifter ekskl lønnskostnader, finanskostnader og avskrivninger; totalt ca 1 mrd. kroner i 2004. I tillegg kommer årlige investeringer på ca 200 mill. kroner. Dette er i følge opplysninger fra SI et normalnivå på de årlige investeringene.

Dette utgjør datagrunnlaget vårt som beløper seg til om lag 1,2 mrd. kroner i 2004. Ved hjelp av SI er dette beløpet forsøkt fordelt på

- Leverandørens regiontilhørighet
- Geografisk innkjøpssted (dvs hvilket sykehus som har kjøpt varen eller tjenesten)
- Regnskapsart eller konto (eks kontormateriell, ambulansetjenester).

Vi har brukt fakturaadresse som utgangspunkt for å fordele leveranser etter leverandørens regiontilhørighet. Siden en del bedrifter har sentralisert faktureringsoppgavene, vil enkelte adresser vise faktureringssted (som ofte er Oslo eller omegn) og ikke produksjonssted. Dette gjelder en del større bedrifter med lokale avdelinger spredt utover landet. Vi har sjekket opp og korrigert adressen for en del større bedrifter der vi har oppdaget at leveringsadresse ikke stemmer med lokaliseringen av produksjonsvirksomheten. Vi har ikke kunnet gå gjennom hele leverandørlisten, så det er mulig at vi kan ha undervurdert regionale leveranser litt.

Fordelingen på geografisk innkjøpssted er også ufullstendig i det vi ikke har fordeling på distriktpsikiatriske sentra og BUP. Disse har vi derfor vært nødt til å samle i en egen kategori.

Ambulansedriften har vi fordelt etter leverandørens regiontilhørighet, men vi har ikke noe geografisk innkjøpssted å fordele på. Pasienttransporten refunderes pasientene av Rikstrykdeverket som igjen belaster Sykehuset Innlandet. Vi har antatt at denne transporten kommer næringslivet i regionen til gode og fordelt kostnadene utover regionene etter innbyggertallet. Ambulansedriften og persontransporten er holdt utenfor i beregningene av ringvirkningene for de tre scenariene.

Vi har ikke tall for investeringenes fordeling på sykehusregion. Denne fordelingen har vi anslått på grunnlag av arealfordelingen. Videre har vi antatt at ca 40% av kjøp av investeringsvarer og tjenester skjer fra leverandører i Innlandet. Dette tilsvarer omtrent fordelingen for driftsutgiftene. Denne fordelingen går litt i favør av Innlandet sett i forhold til fordelingen i regnskapet for 2004 der bare 30 % ble levert fra bedrifter i Innlandet. I 2004 preget utbyggingen ved Lillehammer sykehus investeringsregnskapet og det er ikke sikkert at den fordelingen er representativ for et ”gjennomsnittsår”.

Vi har ikke fordeling på leverandør for alt kjøp av varer og tjenester. Vi har derfor valgt å oppjustere leveransene slik at summen for hvert sykehus stemmer med regnskapet.

Tabell V.1 viser hvordan kjøp av varer og tjenester til drift fordeler seg på sykehusregion og leveranseregion etter de korreksjonene vi har gjort.

Tabell V.1 Leveranser fordelt etter leverandørregion og sykehusregion. Mill. kroner 2004. Kilde: Regnskapsdata fra Sykehuset Innlandet bearbeidet av Østlandsforskning.

Leveranseregion	Sykehusregion								Sum	Andel av sum leveranser
	Kongsvinger	Hamar	Elverum	Tynset	Lillehammer	Gjøvik	Andre	Amb./- Pers.- transp. Mv		
Kongsvinger	19	2	1	0	0	1	2	25	49	0
Hamar	8	68	21	4	9	8	35	42	196	0
Elverum	0	2	26	0	0	0	5	29	63	0
Tynset	0	1	0	10	0	0	0	4	16	0
Lillehammer	1	1	1	0	54	12	31	15	115	0
Gjøvik	1	6	3	0	4	50	35	25	124	0
Midt-Gudbrandsdal	0	0	0	0	1	0	30	12	43	0
Nord-Gudbrandsdal	0	0	0	0	1	0	2	23	27	0
Hadeland	0	0	0	0	0	0	3	9	12	0
Valdres	0	3	0	0	0	1	17	21	42	0
Utenfor Innlandet	41	75	119	19	104	90	66	6	519	0
Ukjent	0	0	0	0	1	1	2	0	5	0
Sum leveranser	70	159	171	33	174	162	229	211	1210	1
Herav fra Innlandet	29	83	52	15	70	72	161	205	686	
Andel fra leverandører i Innlandet	41 %	53 %	31 %	44 %	40 %	44 %	70 %	97 %	57 %	57 %
Andel fra leverandører i samme region	27 %	43 %	15 %	31 %	31 %	31 %				30 %

I tillegg til kolonnene for sykehusregion har vi satt opp en kolonne som i hovedsak gjelder ambulansedrift og persontransport og en kolonne som omfatter ulike institusjoner som distriktpsykiatriske sentra og BUP. I tillegg er administrasjonen i Brumunddal ført her. I disse kolonnene har vi fordelt leveransene etter leverandørens adresse, men ikke etter innkjøpssted. Dette har sammenheng med at vi ikke har noen fordeling på innkjøpssted (geografisk) for disse enhetene (med unntak av administrasjonen som vi likevel har valgt å slå sammen med BUP og Distr.psyk).

Neste skritt er å anslå hvor mange årsverk leveransene utgjør. Her har vi brukt strukturstatistikken fra Statistisk sentralbyrå, som gir tall for omsetning pr sysselsatt for ulike næringer på landsnivå. Vi har korrigert tallene skjønsmessig litt opp siden det er omsetning pr årsverk vi er ute etter. Omsetning pr sysselsatt varierer fra næring til næring som følge av ulik arbeidsproduktivitet. Omsetning pr sysselsatt i engroshandel er f.eks ca 9 mill. kroner, mens det tilsvarende tallet for enkelte tjenesteytende næringer er under 1 mill. kroner. Vi kjenner ikke næringstilknytningen for den enkelte leverandør og inndelingen i regnskapsarter følger heller ikke Statistisk sentralbyrås næringsgruppering. Konvertering fra omsetning til årsverk er derfor relativt skjønsmessig, selv om vi har sjekket næringskoden til de største bedriftene innenfor hver varekategori.

Til slutt har vi summert leveransene på drifts- og investeringsregnskapet målt i årsverk og satt dette opp i en tabell som ellers tilsvare tabell V.1. Denne tabellen er vist i kapittel 3.

Den produksjonsgenererte multiplikatoren er omtalt i kapittel 3. Multiplikatoren er relativt liten. Vi mener at dette er rimelig tatt i betraktning at en så stor andel av kostnadene i Sykehuset Innlandet er lønnskostnader. I tillegg er multiplikatoren liten fordi innkjøpet i sykehussektoren er preget av til dels spesialisert og sentralisert innkjøp; jfr omtalen i kapittel 3.

Sett i forhold til alternative PANDA-beregninger får vi ikke med oss mer enn første runde av ringvirkningene. På den annen side har vi i vår framstilling fått med oss virkninger av leveranser til sykehus fra andre regioner enn den regionen som sykehuset ligger i; dvs de interregionale virkningene. Virkningstall fra PANDA indikerer for øvrig at vår multiplikator ikke avviker så mye fra de resultatene vi ville fått dersom vi hadde kjørt PANDA. Vi tror derfor at multiplikatoren ligger i riktig størrelsesorden.

Ved beregning av ringvirkningene for de tre scenariene har vi tatt utgangspunkt i direkte sysselsettingsendringer og anvendt de multiplikatorene vi har funnet som følge av leveransestrukturen for 2005. Det vil si at vi har antatt at leveransestrukturen er den samme i 2020 som i 2005. Vi har holdt ambulanse- og annen persontransport utenfor beregningene. Endret sykehusstruktur vil ha konsekvenser for ambulanse- og persontransport, men disse virkningene kan ikke beregnes som en enkel konsekvens av sysselsetting. Vi har også holdt leveransestrukturen for BUP og Distriktpsikiatriske enheter utenom ved beregning av ringvirkninger. Dette skyldes først og fremst at vi ikke har noen fordeling av leveransene på geografisk innkjøpssted. I disse tallene er det også med relativt betydelige leveranser som gjelder kjøp av plasser på institusjoner mv, som har en regional betydning, men der det er uvisst om endret sykehuslokalisering har noen innvirkning på leveransene. Vi har likevel beregnet ringvirkninger av endret sysselsetting i alle sykehusregioner, men altså på bakgrunn av leveransestrukturen for de sykehusene der vi har leveransedata fordelt på geografisk innkjøpssted.

Publikasjoner fra Høgskolen i Lillehammer - fom 2001

Arbeidsnotatserien ISSN 0806-8348

- 115 : 2001 Austvik,Ole Gunnar: "Effect of Government Taxation on Gas Supply"
- 116 : 2001 Helseth,Tore: "Moving Images as Sources for History"
- 117 : 2001 Helseth,Tore: "Newsreels as Propaganda: Norwegian Nazi Newsreels 1941-45"
- 118 : 2001 Nordgreen,Ragnar: "Turist i Hardanger"
- 119 : 2001 Jakobsen,Trond Gansmo: "Functional Realism and the Humanities Evolutionary Biology; Friend or Foe of Social Science and the Humanities?" Paper presented at the XIIIth Inter-Nordic Symposium in Philosophy, Bergen, 18-21 May 2000.
- 120 : 2001 Gustafson, Erni: "Dialog och metadialog i vägledning: en metodbeskrivning".
- 121 : 2001 Kleiven,Jo: "Praktisk bruk av Lillehammer-skalaene"
- 122 : 2001 Veggeland,Noralv: "Østre Østlandet og den nye regionalismen"
- 123 : 2001 Hagen,Aksel: "Can planning theory help to tone down the planning ambitions Norwegian municipalities must satisfy?"
- 124 : 2001 Indrebø,Astri Müller, Aubert,Anne-Marie, Nøhr,Øyvind: "Evaluering med dialogen som utgangspunkt - om studentevaluering undervisning. En håndbok med eksempelsamling."
- 125 : 2001 Snævarr,Stefán: "Understanding Metaphors: the Alethic Theory"
- 126 : 2001 Knutsen,Paul og Veggeland,Noralv: "Føderalisering - nasjonalstat – historiografi. Seminarrapport fra forskningsgruppa i europeisk integrasjon, HiL"
- 127 : 2001 Blom,Tine: "Dostojevskij's Inquisitor: the question of evil, suffering and freedom of will in totalitarian regimes"
- 128 : 2001 Bruun, Frank Jarle: "Inclusion and Participation of Older Persons in Situations of Dependency"
- 129 : 2002 Sætre, Alf Steinar: "Kommunikasjon og teknologi i organisasjoner"
- 130 : 2002 Begg, Ingvild Sigstad: "The right to participation. How is this right being met in Norway?"
- 131 : 2002 Eriksen,Håkon Glommen: " Rett, rettferdighet og rettslige vurderinger. Kritikk av Torstein Eckhoffs rettsfilosofi og drøftelse av alternative standpunkter hentet fra klassisk naturretsfilosofi."
- 132 : 2002 Eriksen,Håkon Glommen: Fornuft og natur. En presentasjon og drøftelse av John McDowells forståelse av fornuft og natur i boka *Mind and World*.
- 133 : 2002 Nøhr, Øyvind: "Like blid og tilfreds – uansett. En vurdering av hjemmetjenestene i Lillehammer kommune."
- 134 : 2002 Leonardsen, Dag: "Forklaring av sosiale fenomen som et fag-didaktisk problem"
- 135 : 2002 Kleiven,Jo, Holmengen,Hans og Rønningen,Martin: "Norwegian tourists' motives for inland summer vacations. The Lillehammer scales in a regional survey of summer visitors"
- 136 : 2002 Pryser,Tore: "OSS i Skandinavia og Westfield Mission"
- 137 : 2002 Nordkvelle,Yngve, Monsen,Lars og Struijk,Bertje: "Reflecting students"
- 138 : 2002 Begg,Ingvild Sigstad, Bregnballe,Anne, Johansen, Astrid Smedsrud, Leonardsen,Dag, Qureshi,Naushad, Øvreid,Bjarne: "Fra reproduksjon til læring. Erfaringer fra 'mapper' som lærings- og evalueringsform på 1. år ved Avdeling for helse- og sosialfag".
- 139 : 2002 Nilsen,Sigrun og Nygren, Pär: "Studentbasert feed-back mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt. En rapport fra 'I kryssilden mellom utdanning og praksisfeltets krav'."
- 140 : 2002 Rønning,Rolf og Solheim,Liv Johanne: "Velferdsmodeller og trygdesystemer i komparativt perspektiv"
- 141 : 2002 Selstad,Tor og Sjøholt,Peter: "Business services and industrial innovation in small scale business environments". Gruppe for regionalforskning
- 142 : 2002 Støfring,Egil og Dobson,Stephen: " Reconstruction of Special Education in Norway and in South Africa - Discourses of Inclusion." Paper presented by Egil Støfring, European Conference on Educational Research, Lisboa 11 - 14 September 2002
- 143 : 2002 Dobson,Stephen og Støfring,Egil: "The Naming of Information and Communication Technologies. A Preliminary Genealogy"
- 144 : 2003 Hagen,Aksel: "From Science to Argument and Back to Science? The "Balanced Scorecard", BSC, in Municipal Planning in Lillehammer, Norway."
- 145 : 2003 Holmengen, Hans: "Competitive Advantages in Small Tourism Enterprises"
- 146 : 2003 Holmengen, Hans: "Reiselivsaktørene i Hedmark og Oppland. Hvem, hva, hvor?"
- 147 : 2003 With,Anne-Lise: "*Distant Voices, Still Lives* - en film om minner og understrømmen av smerte i en engelsk familie. En narrativ analyse av *Distant Voices, Still Lives*."
- 148 : 2003 Nordkvelle,Yngve Troye: "Høgskoledidaktiske riss. Momenter til en historie om undervisningsdialogen i høyere utdanning fram til 1900-tallet."
- 149 : 2003 Aubert,Anne-Marie: "Metaveiledning." Rapport fra et samarbeidsprosjekt mellom Fylkesmannen i Hedmark og Høgskolen i Lillehammer knyttet til veiledning i sosialtjenesten.
- 150 : 2003 Lesjø,Jon Helge: "Giddens på norsk? Refleksiv modernisering og den tredje vei."

- 151 : 2003 Lesjø,Jon Helge: "Motmakt ved planlegging av store prosjekter. Former og muligheter for å vinne fram."
- 152 : 2003 Austvik,Ole Gunnar: "Styringsutfordringer for Europas ensomme petroleumsnasjon."
- 153 : 2003 Kleiven,Jo og Berg,Sille: "Golf interest, general motives and demographics — Predicting the golf-related spending of male Norwegian golfers"
- 154 : 2004 Wallin Weihe,Hans-Jørgen: "Sosialt arbeids verdigrunnlag og historie – noen refleksjoner"
- 155 : 2004 Aubert,Anne-Marie, Altmann,Liv, Norbye,Inger: "Ferdighetstrening. Et eksempel fra undervisningspraksis"
- 156 : 2004 Wallin Weihe,Hans-Jørgen: "Universal Values and Cultural Imperialism"
- 157 : 2004 Hagen,Aksel: "Evaluating planning – som methodological aspects"
- 158 : 2004 Bjørgen,Anne Mette: "Hvordan legge til rette for dialog og samarbeid i nettbaserte læringsmiljøer? Evaluering av studiet 'Fleksibel og nettstøttet læring'. Et studium for lærere i Buskerud fylke"
- 159 : 2004 Solheim,Liv Johanne: "'En sjanse til.....' Deltakererfaringer fra SAVIS-prosjektet." SAVIS-prosjektet underveisrapport.
- 160 : 2004 Pedersen,Tor Helge: "Strukturelle former i prestasjonsgrupper – en empirisk studie av VM-sluttspillet i fotball 2002"
- 161 : 2004 Vik, Kari Aarkerli: "Se på skulptur"
- 162 : 2004 Pryser,Tore: "I varm og kald krig. Tyske hemmelige tjenester i Norden 1930-1950. Sverige."
- 163 : 2004 Kollstad,Marit: "I utakt med unge med funksjonshemming?" Kryssildprosjektet: Utdanning og praksis i utakt?
- 164 : 2004 Støfring,Egil: "Tracing Inclusion in Education"
- 165 : 2005 Reichelt, Mette Villand: "The Social Dimension of Online Delivery and Computer Mediated Communication in Higher Education". Thesis for the degree of Master of Education (Honours) at Charles Sturt University, Australia.
- 166 : 2005 Selstad,Tor: "Industrikommunene på Østlandet – trenger de fordelings- eller fornyingspolitikk?" Senter for innovativ forvaltning.

Forskningsrapportserien ISSN 0807-2647

- 61 : 2001 Askheim,Ole Petter: "Personlig assistanse for funksjonshemmede i Norden. En sammenliknende studie av ordningen i Danmark, Finland, Sverige og Norge." (ISBN 82-7184-235-8)
- 62 : 2001 Rønningen,Martin: "Spiller image noen rolle? Om sammenhengen mellom image og attraksjonspreferanser." (ISBN 82-7184-236-6)
- 63 : 2001 van der Ros,Janneke og Eide,Trude Hella: "Kvinne- og kjønnsforskning - kunnskap på viltre veier?" (ISBN 82-7184-237-4)
- 64 : 2001 Gustafson,Erni: "Borderline Personality Disorders (BPD) and Couple Relationship" (ISBN 82-7184-238-2)
- 65 : 2001 Strumse,Einar: "Environmental concern and the prediction of environmentally responsible behaviours in Norway: Results from a pilot study and a national survey." (ISBN 82-7184-239-0)
- 66 : 2001 Kvernbekk,Tone: "Is this a narrative?" Paper presentert på 7th Biennial Conference of the International Network for Philosophers of Education, Sydney, Australia, 18.-21- august 2000. (ISBN 82-7184-240-4)
- 67 : 2001 Watten,Reidulf G. og Anderssen,Norman: "Drinking, smoking and use of snuff among young Norwegian football players." (ISBN 82-7184-241-2)
- 68 : 2001 Monsen,Lars: "Ambitious Curriculum Reforms in Norway. Why is it so Difficult to Change Teacher and Pupil Roles in Classroom Instruction?" Paper at AERA Annual Meeting New Orleans, April 24-28 2000. (ISBN 82-7184-242-0)
- 69 : 2001 Thuen, Harald: "Statsmakt, opplysningsideer og allmueskole. En studie av statens intervensjon i allmueskolen i 1850-årene" (ISBN 82-7184-243-9)
- 70 : 2001 Bergum,Svein: "Managerial communication in telework" (ISBN 82-7184-244-7)
- 71 : 2001 Thrane,Christer: "Fritid og sosial differensiering" (ISBN 82-7184-245-5)
- 72 : 2001 Jakobsen,Trond Gansmo: "Var den Kopernikanske revolusjonen en revolusjon i Kuhns forstand?" (ISBN 82-7184-246-3)
- 73 : 2001 Jakobsen,Trond Gansmo: "Are we justified in our beliefs?" (ISBN 82-7184-247-1)
- 74 : 2001 Jakobsen,Trond Gansmo: "Historisismen" (ISBN 82-7184-249-8)
- 75 : 2001 Syvertsen,Carsten M.: "Towards the Business Federation in Management Consulting Firms" (ISBN 82-7184-250-1)
- 76 : 2001 Kvernbekk,Tone: "'After the Act': Some Notes on Narrative Configuration". Paper presentert på Annual Meeting of the Philosophy of Education Society of Great Britain, Oxford, 6.-8. april 2001 (ISBN 82-7184-252-8)
- 77 : 2001 Rønningen,Martin: "Norges-image blant utenlandske turister" (ISBN 82-7184-253-6)
- 78 : 2001 Andersen,Jan: "Brukerstyrt personlig assistanse fra forsøk til lov" (ISBN 82-7184-254-4)
- 79 : 2001 Nordkvelle,Yngve, Bjørgen,Anne Mette, Eriksson,Per, Fritze,Yvonne, Haugsbakk,Geir: "Om didaktikk i fleksibel undervisning". Rapport fra konferansen "Didaktikk og teknologi" ved Høgskolen I Lillehammer, 7. – 8. februar 2001 (ISBN 82-7184-255-2)

- 80 : 2001 Indrebø,Astri Müller: "Collaborative evaluation – Learning process or symbolic action" (ISBN 82-7184-256-0)
- 81 : 2001 Veggeland,Noralv: "The EU Deficit of Legitimacy and Democracy: The Theoretical Debate on Conceptualisation" (ISBN 82-7184-257-9)
- 82 : 2001 Aubert,Anne-Marie og Kollstad,Marit: " Studentveiledning i praksisfeltet. Fokus: Veiledningstimen. Om studentveiledning og erfaringer med bruk av fast ukentlig veiledningstime i helse- og sosialfag-studenters praksisperioder. En rapport med spørsmål til refleksjon for studenter, veiledere og lærere. (ISBN 82-7184-258-7)
- 83 : 2001 Wallin Weihe,Hans-Jørgen (red.): " Sosialt arbeid i storby og i små lokalsamfunn - ulike kulturer samme problem? " Foredrag og papers fra den 19. nordiske sosialhøgskolekonferansen, Ålesund, Norge 18. - 21. august 2001 (ISBN 82-7184-259-5)
- 85 : 2001 Kvernbekk,T.: "Teaching: on being an insider" (ISBN 82.7184261-7)
- 86 : 2001 Nylehn,B, Vanebø,J.O.: "Organisansfaget. Innhold og formidling". Rapport fra Lillehammer-konferansen 2001 (ISBN 82-7184-262-5)
- 87 : 2001 Askheim,Ole Petter: "Når styringsevnen er begrenset. Brukerstyrt personlig assistanse og utviklingshemmede" (ISBN 82-7184-263-3)
- 88 : 2001 Nygren, Pär: "Breaking the Borders between Social Care and Psychiatric Treatment" (ISBN 82-7184-264-1)
- 89 : 2002 Selstad,Tor: "Regionalisering på østre Østlandet". Gruppe for regionalforskning. (ISBN 82-7184-266-8)
- 90 : 2002 Solum,Eiliv: "Hvem er jeg? Hva er jeg? Hvorfor? Introduksjon til personlighetspsykologiske teorier" (ISBN 82-7184-267-6)
- 91 : 2002 Gustafson,Erni: " SAMtal om samTAL. Dialog, Metadiolog och Attentativitet." Gruppvægledning som professionsforberedende ferdighetstræning i barnevernspedagogikutbildningens sjätte semester. Prosjektrapport. (ISBN 82-7184-268-4)
- 92 : 2002 Kvernbekk,Tove: "On the Argumentative Quality of Explanatory Narratives" (ISBN 82-7184-269-2)
- 93 : 2002 Dobson, Stephen: "Ordering the disordered" (ISBN 82-7184-270-6)
- 94 : 2002 Knutsen,Paul: "Corporatism Revisited" (ISBN 82-7184-271-4)
- 95 : 2002 Veggeland,Noralv: "Nordisk konvensjon om interregionalt samarbeid. Om postnasjonale partnerskap og kontraktplanlegging, og de nordiske institusjonelle forutsetninger." (ISBN 82-7184-272-2)
- 96 : 2002 Nøhr,Øyvind: "TT-ordningen: Velment tjeneste på tilfeldig basis? En evaluering av transportordningen for forflytningshemmede i Oppland." (ISBN 82-7184-273-0)
- 97 : 2002 Haaland,Øivind og Dobson,Stephen: "The Self at Risk: Gambling, Socialisation and the Case of Dostoevsky." (ISBN 82-7184-274-9)
- 98 : 2003 Fransson,Elisabeth i samarbeid med Skugstad,Tony Blom: "Barnevernet i Italia: Utvikling og organisering av italiensk institusjonsbarnevern" (ISBN 82-7184-275-7)
- 99 : 2003 Pryser,Tore: "Alltid mot strømmen. Bidrag til Håkon Meyers biografi 1896-1989" (ISBN 82-7184-276-5)
- 100 : 2003 Lesjø,Jon Helge: "OL-saken. En prosess-sosiologisk studie av planlegging, politikk og organisering." (ISBN 82-7184-277-3 Heftet utg. og ISBN 82-7184-278-1 Innb. utg.)
- 101 : 2003 Børhaug,Kjetil og van der Ros,Janneke: "Femokratar i kommunal og fylkeskommunal forvaltning. Utprøving av ein forståingsmodell for barrierer og gjennomslag for kvinnesensitiv politikk" (ISBN 82-7184-278-1)
- 102 : 2003 Nordkvell,Yngve Troye: "Om didaktikken i pedagogikkens skygge fra europeisk renessanse til i dag" (ISBN 82-7184-280-3)
- 103 : 2003 Bredvold,Randi: Litteraturstudie av livsstilsledere og ansattes jobbtillfredshet i små reiselivsbedrifter. Delrapport I i prosjektet 'Små reiselivsbedrifters hverdagsliv – en velsignelse eller et mareritt for ledere og ansatte'
- 104 : 2003 Bredvold,Randi: "Jobbtillfredshet blant ansatte i små reiselivsbedrifter." Delrapport III i prosjektet 'Små reiselivsbedrifters hverdagsliv – en velsignelse eller et mareritt for ledere og ansatte'
- 105 : 2003 Mathiesen,Roger: "Introduksjon – en reise til 'Miraklenes by'". Spania-notater 1. (ISBN 82-7184-284-6)
- 106 : 2003 Mathiesen,Roger: "Et blikk på spanske filosofer og deres filosofi". Spania-notater 2. (ISBN 82-7184-285-4)
- 107 : 2003 Mathiesen,Roger: "Opposisjon i vitenskapsfilosofien og vitenskapsteorien". Spania-notater 3. (ISBN 82-7184-284-6)
- 108 : 2003 Selstad,Tor: "By og land, hand i hand. Distriktpolitiske diskurser i historisk perspektiv." Gruppe for regionalforskning. (ISBN 82-7184-287-0)
- 109 : 2003 Bredvold,Randi: "Ledelse som livsstil i små bedrifter. Delrapport II i prosjektet 'Små reiselivsbedrifters hverdagsliv – en velsignelse eller mareritt for ledere og ansatte'" (ISBN 82-7184-288-9)
- 110 : 2003 Teigen,Håvard: "Effektar av den smale distriktpolitikken". Regionalforskningsgruppa (ISBN 82-7184-290-0)

- 111 : 2003 Rønning,Rolf: "Når omsorg blir en vare. Om sammenheng mellom organisering og kvalitet i hjemmetjenesten" (ISBN 82-7184-291-9)
- 112 : 2004 Watten,Reidulf G.: "Personality and Cigarette Smoking" (ISBN 82-7184-292-7)
- 113 : 2004 Watten,Reidulf G og Ødegaard,Terje: "Undervisning i etikk. Erfaringer, behov og implikasjoner for framtidige undervisningstilbud" (ISBN 82-7184-293-5)
- 114 : 2004 Fauske,Halvor: "Livet etter behandlingskollektivet." (ISBN 82-7184-294-3)
- 115 : 2004 Austvik,Ole Gunnar: "Strategies for Reducing Consuming Countries' Oil Dependency" (ISBN 82-7184-295-1)
- 116 : 2004 Amdam,Jørgen, Selstad,Tor, Vike,Halvard: "Regionalt utviklingsarbeid og utviklingsaktører". Et samarbeid mellom Høgskolen i Lillehammer, Høgskulen i Volda og Møreforskning Volda. Utgitt av Møreforskning Volda (ISSN 0805-8083 og ISBN 82-7692-217-1).
- 117 : 2004 Solheim,Liv Johanne: "Staten på slankekur – trimming eller utsulting? Omstilling og inkluderende arbeidsliv i statlige virksomheter i Oppland." (ISBN 82-7184-297-8)
- 118 : 2004 Grepperud,G. og Haugsbakk,G: "Ikke helt som planlagt? Nettbaserte aktiviteter i teori og praksis." (ISBN 82-7184-298-6)
- 119 : 2004 Levsen,Dirk: " Hermann Nohl, Eduard Spranger og Erich Weniger under det 3. Rike, eller: Den åndsvitenskapelige pedagogikkens problematiske historie fra 1933 til 1945." (ISBN 82-7184-300-1)
- 120 : 2004 Moren,Gudmund: "Nasjonal Samling i Dovre 1933-45: Styrke og stagnasjon" (ISBN 82 7184-302-8)
- 121 : 2005 Buer,Bjørn Arne: "Omsorgssvikt- og mishandlingsdiskursen" (ISBN 82-7184-303-6)
- 123 : 2005 Andersen, Jan: "Effekten av stimuleringsstilskudd til brukerstyrt personlig assistanse" (ISBN 82-7184-314-1)

Informasjonsserien ISSN 0809-1609

- 13 : 2001 "Oppvekst og IKT". Rapport fra konferansen Generasjon-n 2000, Quality Hotel Hafjell, 16. - 17. november 2000
- 14 : 2001 "Forskningsaktiviteten ved Høgskolen i Lillehammer 2000-2001"
- 15 : 2002 "Landskonferansen i Reiselivsplanlegging og stedsutvikling." Rapport fra konferansen ved Høgskolen i Lillehammer 14. - 16. februar 2001
- 16 : 2002 " Samfunnsfagene i "det nye Europa". Konferanserapport Høgskolen i Lillehammer 21. - 22. november 2001
- 17 : 2002 "Toppidrett og utdanning – et nødvendig samspill" Konferanserapport
- 18 : 2002 "Forskningsaktiviteten ved Høgskolen i Lillehammer 2001-2002"
- 19 : 2003 "Forskningsaktiviteten ved Høgskolen i Lillehammer 2002"
- 20 : 2003 "Rettighetsfesting og krav til faglig forsvarlighet som styringsverktøy i helse- og sosialsektoren". Rapport fra Helse- og sosialrettsseminaret, Lillehammer 6. og 7. februar 2003
- 21 : 2003 "Rapport fra prosjektet om toppidrett og utdanning ved Høgskolen i Lillehammer 2001-2003"
- 22 : 2004 Tangerud,Hans: "Pedagogikk er politikk. Artikler og foredrag 1967-86"
- 23 : 2004 "Forskningsaktiviteten ved Høgskolen i Lillehammer 2003"
- 24 : 2004 Nordkvelle,Yngve Troye, Svoen,Brit og Nordgreen,Ragnar: "Kulturbasert næringsutvikling og Høgskolen i Lillehammer nHS 2005-2006"
- 25 : 2005 "Forskning og utviklingsarbeid ved Høgskolen i Lillehammer 2004"
- 26 : 2005 Rapport fra konferansen "Nasjonale prøve – veivalg og utviklingsmuligheter" på Lillehammer 8.-9. februar 2005.



Bestilling av publikasjoner

Jeg bestiller herved:

Navn på serien	Nummer	Forfatter	Tittel	Pris
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Navn:

Organisasjon:

Adresse:

Postnr. /sted:

Tlf.: Fax:

Vennligst fyll ut skjemaet og returner til:
Mjøs bok, Serviceboks, 2626 Lillehammer.
Tlf. 61 28 74 10. Fax: 61 28 74 12
E-post: mjosbok@sopp.no

Lillehammer University College



Høgskolen i Lillehammer/Lillehammer University College

2626 Lillehammer, Norway

Telefon/phone: (+47) 61 28 80 00

Fax: (+47) 61 26 07 50

www.hil.no