



## GJØVIK KOMMUNE

Samfunnsutvikling administrasjon

---

# Notat

---

Til: Sigmund Egner  
Kopi til: Per Anthony Rognerud

Saksbehandler: Samfunnsutvikling administrasjon/Bjørn Evensen  
Vår referanse: 17/1619 - 8 /  
Dato: 27.03.2017

---

## Emne: Samfunnsvurderinger rundt sykehuslokalisering

I dette notatet presenteres og vurderes samfunnsutvikling som følge av framtidig sykehusstruktur i Mjøsregionen – med strategiske betraktninger og forslag til anbefaling av sykehusvalg – ut fra rent samfunnsutviklingsmessige vurderinger.

Som vedlegg - bak notatet - følger oppsummering av de samfunnsmessige vurderinger som ligger i samfunnsanalysen.

### UTGANGSPUNKT

Sykehus Innlandet (SI) har sendt idefaserapporten for valg av framtidig sykehusstruktur i Innlandet ut på høring. Hovedformålet med høringsprosessen er å få fram synspunkter på utformingen av SI sitt framtidige faglige tilbud.

Som del av høringsgrunnlaget inngår også en samfunnsanalyse utarbeidet av Asplan Viak.

Det er utredet fire hovedmodeller for framtidig somatisk sykehusstruktur i Mjøsregionen:

1. Fremtidig modell med nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua
2. Fremtidig modell med 2 store akuttsykehus i Mjøsregionen
3. Fremtidig modell med 3 store akuttsykehus i Mjøsregionen
4. Fremtidig modell med 4 akuttsykehus i Mjøsregionen (nullalternativet, dagens modell)

Nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua anbefales som framtidig sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet. Denne modellen kommer best ut, vurdert ut fra de vurderingskriteriene og «liv laga»-kriteriene som gjelder for idéfasen og mandatet for denne. At et prosjekt/ løsning er «liv laga» innebærer at det er:

- Relevant: Oppfyller de overordnede målene som gjelder for helseforetaket.
- Gjennomførbart: Kan gjennomføres innenfor helseforetakets finansielle handlingsrom.
- Levedyktig: Helseforetakets økonomiske bæreevne kan opprettholdes gjennom prosjektets levetid.

*Merk:... i begrepet «liv laga» inngår det ingen vurdering av samfunnsutvikling utenfor sykehuset.*

I høringsbrevet bes det spesielt om svar på seks spørsmålsstillinger. Fem av dem går på helsefaglige strukturvurderinger, mens det siste går på samfunnskonsekvenser:

Endring av sykehusstrukturen vil ha samfunnsmessige konsekvenser og skaper samtidig muligheter til utvikling: **Hvilke samfunnsmessige hensyn bør Sykehus Innlandet vektlegge sterkest i sin vurdering?**

I dette notatet vurderes kun de samfunnsmessige forhold - ikke de helse faglige forhold.

*Ved den endelige uttalelsen fra kommunen, må de samfunnsfaglige vurderinger og anbefalinger sammenholdes og vektet opp mot de helsefaglige vurderinger og anbefalinger.*

## **SAMFUNNSVURDERINGER**

### Innledende betraktning – om valg av ståsted

Vurdering av samfunnsmessige konsekvenser kan vurderes ut fra to hovedperspektiver/ståsteder:

1. Begrense vurderingen til å **svare på spørsmålsstillingen** – med vurdering kun av hvilke samfunnsmessige hensyn Sykehus Innlandet bør vektlegge sterkest i forbindelse med sin vurdering og beslutning om hvordan bedriften i framtida skal organisere og tilby sykehustjenester for befolkningen i Innlandet.
2. Vurdere hvilke **samfunnsmessige hensyn de regionale og lokale interesser** – med regional stat, fylkeskommunene og kommunene som aktive samfunnsutviklere - må sørge for blir vurdert og tatt hensyn til for at den framtidig sykehusstrukturen skal bidra til ønsket samfunnsutvikling.

Det kan være at den anbefaling som de helse- og sykehusfaglige vurderinger gir ikke samsvarer med den anbefaling som de samfunnsmessige vurderinger gir. Om en begrenser strukturvurderingene til de faglige, økonomiske og driftsmessige interesser - som Sykehus Innlandet skal ivareta, vil naturlig nok det første perspektivet bli tillagt avgjørende vekt. Spørsmålsstillingene som er reist viser at SI er mest opptatt av den faglige løsning og utvikling.

Om en løfter seg over Sykehus Innlandets bedriftsinteresser og helsefaglige ansvarsområde, kan det være at en helhetlig vurdering og vekting av drivkrefter og føringer for samfunnsutviklingen tilsier at andre hensyn bør tillegges avgjørende vekt. I så fall må overordnede myndigheter sørge for at disse ivaretas.

Hva en lander på av konklusjoner og anbefalinger vil være i et utfordrende krysningspunkt mellom politiske prioriteringer og kompromisser - og samfunnsfaglige regionale og lokale vurderinger og hensyn.

*Det anbefales at kommunen ved sin vurdering av sykehusplasseringer og samfunnshensyn legger til grunn ståstedet med betraktninger og anbefalinger som bidrar til ønsket samfunnsutvikling (2).*

### Svar på Sykehus Innlandet sitt samfunnsspørsmål – enkel betraktning

Sykehus Innlandet bør utvikle en sykehusstruktur som bygger opp under ønsket samfunnsutvikling. Det må legges stor vekt på prioriteringer som bidrar til en balansert regional utvikling og bærekraftig byutvikling i de store byene – som er drivkrefter for befolkningsutvikling og verdiskaping rundt Mjøsa og i Innlandet.

### Balansert samfunnsutvikling

Det er en uttalt politikk at det må legges til rette for en **balansert samfunnsutvikling**. For at en skal få til dette er det nødvendig med en koordinert prioritering og lokalisering av samfunnsinvesteringer. Lokalisering av sykehus er blant flere av de elementene som må vurderes i en slik sammenheng.

Arbeidsplassene for administrasjonen av Hedmark og Oppland fylker er i dag lokalisert på Hamar og Lillehammer, med både fylkesmann, vegmyndighet og fylkeskommune. Administrasjon av Innlandet politidistrikt er lokalisert og under oppbygging på Hamar. Administrasjonen av Sykehus Innlandet er samlet i Brumunddal. Det finnes flere andre eksempler på plassering av offentlige arbeidsplasser og sentrale samfunnsinstitusjoner og bedrifter.

NTNU i Gjøvik ble etablert i 2016. Mellom Lillehammer og Hamar er denne etableringen møtt med sammenslåing av høgskoler til Høgskolen Innlandet – med mulig universitetsambisjon på sikt?

Gjennom de nasjonale samferdselsprioriteringene i NTP bygges E6 og Dovrebanen ut som nasjonale transportårer på østsiden av Mjøsa – med firefelts motorveg og på sikt dobbeltspor og Intercitytog mellom Oslo og Hamar/Lillehammer.

I dette bildet ser en at vestsiden av Mjøsa, med Gjøvik/Gjøvikregionen, er i en presset situasjon i forhold til samferdselsløsning, arbeidsplassutvikling og befolkningsvekst. Plasseringen av de tunge samfunnsfunksjonene og utbyggingen av infrastruktur påvirker bosettingsmønster, flyttestrømmer og næringslivets prioriteringer og lokaliseringsvalg. Derfor er det viktig at lokalisering og utbygging av sykehus vurderes i en helhetlig overordnet sammenheng.

#### Felles bo- og arbeidsmarked

Det er gitt klare føringer for at det skal utvikles et **felles bo- og arbeidsmarked** rundt Mjøsa. Det er derfor i Mjøsregionens og storsamfunnets interesse at det investeres og gjøres strukturvalg som styrker en slik utvikling.

Mjøsbrua ble bygd for bl.a. å knytte byene Gjøvik, Lillehammer og Hamar tettere sammen. Om en regner et pendlingsomland på 45 minutter har sammenknytningen åpnet for nærmere kontakt og ønsket utvikling.

Dette innebærer at utviklingen av et felles bo- og arbeidsmarked gjerne kan skje gjennom etableringer i en av byene. Omfanget av pendling mellom byene viser hvor langt denne utviklingen har kommet i dag. Med bedre **utbygging av intern infrastruktur** og tilrettelegging av et bedre og mer attraktivt **kollektivtransporttilbud** vil dette markedet kunne videreutvikles.

De pågående og planlagte store investeringene i utbygging av E6, rv 4, Dovrebanen og Gjøvikbanen er prioriteringer som bygger opp under ønsket samfunnsutvikling.

Det blir en vurdering om en skal legge opp til gjennomføring av tunge samfunnsinvesteringer utenfor det store byene. Det kan hevdes at utvikling av et felles bo- og arbeidsmarked i Mjøsregionen ikke er avhengig av dette. Etablering av arbeidsplasser i en av byene kan i et regionalt overordnet perspektiv være positivt for alle byene.

#### Samordnet areal- og transportplanlegging - klimapåvirkning

Storsykehus ved Mjøsbrua er i utgangspunktet i **strid med Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging**, fra 2014. Målet er at utvikling og vekst skal skje i tilknytning til byer og tettsteder. Videre peker retningslinjen på at «utbyggingsmønster og transportsystem må samordnes for å oppnå effektive løsninger, og slik at transportbehovet kan begrenses og det legges til rette for klima- og miljøvennlige transportformer».

Det er videre mål - både nasjonalt, regionalt og lokalt - om at vekst i persontrafikk skal tas ved kollektiv, sykkel og gåing. Dette er tillagt stor vekt i forslag til Handlingsprogram for fylkesveger for Oppland.

Transport er en av de store kildene for klimautslippene, samtidig er transport en av de mest utfordrende kildene å påvirke. Etablering av et storsykehus ved Mjøsbrua vil øke **transportarbeidet** og igjen føre til økt **klimagassutslipp** – og følgelig stride mot målene om å redusere klimagassutslipp, samt at vekst i persontrafikk skal skje ved kollektiv, gåing og sykling. Sykehuset vil bli bilbasert og andelene som vil kunne gå og sykle er svært begrenset.

Det bør legges opp til en lokaliserings- og utbyggingspolitikk som reduserer bilbruk, øker kollektivandelen og stimulerer til økt sykkel og gange – noe som igjen er positivt for folkehelsebildet. Utbygging av tunge samfunnsinstitusjoner som sykehus bør derfor skje i tilknytning til de etablerte byene.

### Byutvikling

Samfunnsutviklingstrenden er at **vi flytter til byene**. Regjeringen sier derfor at sykehuskapasiteten i fremtiden tilpasses bosettingsmønsteret. Ønsket er å opprettholde og videreutvikle desentralisert sykehusstruktur, samtidig som behovet for sykehusutbygging i eller nær byene ivaretas.

Byutvikling vil være viktig en faktor og drivkraft for regional stabilitet og vekst. De mellomstore byene er i dag **motorer for regional vekst og utvikling**. Det er viktig at det gjøres strategiske vurderinger og tas beslutninger som sikrer ønsket attraktivitet, kraft og utvikling i regionsentrene rundt Mjøsa.

Sykehuslokalisering i eller nær bykjernen vil styrke byene og legge til rette for en bærekraftig byutvikling – med **livskraftig sentrumsaktivitet**. Motsatt vil en etablering utenfor bykjernen kunne svekke en bærekraftig byutvikling. De ulike modellene for sykehusstruktur er ikke likeverdige med hensyn til hvordan de støtter opp under dette.

Etablering av et hovedsykehus ved Mjøsbrua vil isolert sett **ikke være i byenes interesse – men mer et valg for å unngå omfordeling av** bosetting og arbeidsplasser mellom byene.

Med den **infrastruktur som finnes i byene** kan det stilles spørsmål ved om det er samfunnsmessig økonomisk fornuft å bygge ut et hovedsykehus – med tilliggende funksjoner og servicetilbud m.m. – i mellomlandet, for eksempel på Moelv eller Biri.

Om storsykehuset blir lagt til Gjøvik vil det kunne **redusere bruk av bil**. Bylokalisering legger til rette for at en større andel av alle reiser til/fra sykehuset kan tas med kollektiv, sykkel eller gåing. Nytt storsykehus i Østfold, etablert på Kalnes – mellom Fredrikstad og Sarpsborg, har vist seg var uheldig med tanke på transport. Der er bilen blitt det enkleste transportmiddelet.

## **MJØSBRUA OG/ELLER BYENE**

### Ett hovedsykehus – hvor?

I det utsendte høringsmaterialet ligger det ikke inne noe alternativ med lokalisering av et hovedsykehus i eller nær **Gjøvik, Lillehammer eller Hamar** – kun lokalisering ved Mjøsbrua. Dette er resultat av tidligere prosess – som har gitt som mandatet for idefaserapporten at lokalisering av ett hovedsykehus i en by ikke skal utredes, kun plassering ved Mjøsbrua. Dette er begrunnet gjennom flere utredninger i forhold til blant annet bosetting, beredskap og rekrutteringsmuligheter.

Styret i Sykehuset Innlandet har ved flere anledninger også gitt uttrykk for at det vil være krevende å oppnå oppslutning i Innlandet for et valg mellom én av de tre nevnte byene. Ut fra vurdering av strategisk utviklingsretning for SI ble det i forbindelse med mandatet for arbeidet med foreløpig samfunnsanalyse vurdert om det av plantekniske grunner burde utredes et tilleggsalternativ med hovedsykehus i en by. Dette alternativet ble imidlertid valgt ut av analysens mandat.

*Beliggenheten ved Mjøsbrua ligger i høringen som en premiss for en hovedsykehusmodell, og det er derfor kun dette alternativet som er utredet.*

#### En av byene?

Ut fra de samfunnsutviklingsperspektiver og vurderingene som ligger i dette notatet kan det sammenfattes at sykehuslokalisering ved **Mjøsbrua vil svekke en bærekraftig byutvikling**. Det kan derfor stilles spørsmål alternativet med et storsykehus lokalisert i en av byene bør tas med inn i det videre strukturutredningsarbeidet – inn i konseptfasen.

Etablering av et hovedsykehus ved Mjøsbrua vil på sikt svekke utviklingen av de øvrige byene rundt Mjøsa – og sikre et sterk vekst lokalt ved Mjøsbrua. Dette kan få uønskede konsekvenser i forhold til framtidig **tilflytting og næringsaktivitet** i både Gjøvik, Lillehammer og Hamar.

Ved etablering av sykehus ved Mjøsbrua må alle reise, ved etablering i Gjøvik vil ikke alle måtte reise. I forhold til klima, transportarbeid og folkehelse er det en fordel at det er færre som har reiseveg enn at alle har det. Reisevaneundersøkelse av Sykehuset Innlandet viser lav **pendlervilje** blant de ansatte. Ved plassering ved Mjøsbrua vil ingen bosatt i Gjøvik, Lillehammer eller Hamar kunne gå eller sykle til sykehuset som arbeidsplass.

#### NTNU i Gjøvik

Utvikling av tenkningen rundt framtidig sykehusstruktur har skjedd uavhengig av etableringen av NTNU i Gjøvik. Med **NTNU i Gjøvik** åpner det seg spennende og viktige muligheter for utviklingen innenfor sykehussektoren – som det er viktig at SI ser og forholder seg til.

NTNU i Gjøvik har en klar målsetting om at de skal bygge framtidens helse- og sosialutdanning og bidra med forskning og tjenesteutvikling av høy kvalitet. Utviklingen skal skje innen et bredt spekter av fagområder. For å ivareta en bærekraftig utvikling på disse områdene inviterer NTNU til et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten. NTNU i Gjøvik har tilgang på en unik **kompetanse og forskningsaktivitet** – som vil få stor betydning også for sykehussektoren. En ser at tilbudene innenfor spesialisthelsetjenesten må spisses og tilføres spesialisert kompetanse – blant annet via forskning.

*Samlokalisering av et hovedsykehus for Innlandet i nærheten av NTNU på Gjøvik kan utløse synergieffekter som bør tillegges vekt i saken.* Institusjonen representerer tunge kompetansemiljøer med faglige koblinger. En samlokalisering av slike miljøer er en kjent metode for å stimulere til **utvikling og innovasjon**.

Det kan også ligge et potensial for **utvikling av næringsvirksomhet** innen helse- og omsorgsrelatert kunnskapsindustri rundt en slik innovativ klynge. Helse- og omsorgsrelatert kunnskapsindustri kan skape både arbeidsplasser og økonomisk vekst. Dette er av stor betydning for både regional utvikling og byutvikling.

Ved valg av lokalisering av nytt akutt sykehus bør det oppsummert legges betydelig vekt på hvor en best kan bygge et **sykehusfaglige tyngdepunkt** for Innlandet - med helsekompetanse og framtidig innovasjonskraft. I Gjøvik finnes det spennende alternativer i umiddelbar nærhet til NTNU. Disse bør vurderes i den videre prosessen.

## Kommunal lokal tilrettelegging – Gjøvik og Biri

Samfunnsanalysen er utført uten kunnskap om framtidige **regionale eller kommunale grep** for å stimulerer eller møte aktuelle muligheter og utfordringer. Det er kun pekt på enkelte avbøtende tiltak – som etablering kollektivtransportløsninger. De befolkningsutviklingsprognoser som er lagt til grunn kan påvirkes av regionale eller lokale planer og prioriteringer...

Både i Gjøvik og på Biri kan det i det **2040-perspektivet** som er brukt i samfunnsanalysen utvikles og bygges ut infrastrukturer og tilbud som imøtekommer de behov og krav som sykehusetablering eller fortsatt sykehusdrift tilsier.

Det kan ikke brukes som en innvending eller begrensning i forhold til **Gjøvik** at det er knapt med arealer rundt dagens sykehus til nødvendig utbygging. Dette kan løses ved dagens sykehus – eller ved regulering og utbygging av andre tomtemuligheter som foreligger i byområdet. SWECO, har på oppdrag for Gjøvik kommune, utredet flere tomtealternativer for nytt storsykehus i Gjøvik by. Rapporten viser til at det er flere områder som vil kunne være egnet til etablering av storsykehus.

Om en samles seg om lokalisering av et hovedsykehus ved Mjøsbrua og dette legges til **Biri**, vil det i det tidsperspektivet som foreligger for sykehusetablering kunne være gjennomført store endringer i det tilbud som finnes på Biri. Også her foreligger det tomtealternativer. Behovet for utvikling av boligtilbud og lokale tjenester og service kan løses lenge før et storsykehus er ferdig bygd.

For både Gjøvik og Biri vil det på sikt ha skjedd vesentlige endringer i de samferdselsmessige rammeforutsetninger. Med henvisning til de anbefalinger som ligger i KVU transportsystemet Oslo-Gjøvik-Mjøsbrua, vil framtidens samferdselstilknytning kunne være helt annerledes enn i dag. Med jernbaneforbindelse nær Biri og med motorveg mellom Gjøvik og Mjøsbrua. Ved utbedret ny rv.4 mellom Mjøsbrua og Gjøvik anslås det at reisetiden vil kunne reduseres fra 15 til 12 min.

### Fortsatt sykehusdrift i Gjøvik

Uansett plassering av nytt storsykehus i Mjøsregionen, er det samfunnsmessig viktig at det legges opp til en fortsatt **sykehusaktivitet i dagens bygg**. Dette vil redusere negative konsekvenser i forhold til det stedet hvor storsykehuset etableres – ved Mjøsbrua eller i en av de andre byene.

Sykehusaktiviteten kan utvikles i **dialog og samarbeid** med den kommunale helsetjenesten i kommunen i regionen. Med bruk tilgjengelig spesialistkompetanse og i samspill med lokale ressurser. Det ligger spennende muligheter for videreutvikling av samhandling og samarbeid på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten – og på tvers av kommunegrensene.

Spekulasjon: Om det i framtiden ikke blir sykehusdrift i Gjøvik, kan dette medføre at NTNU flytter sin helsefaglige utdanning vekk fra Gjøvik – til Trondheim.

## **OPPSUMMERING - ANBEFALIG**

Ideelt sett bør en «løfte blikket» og se bort fra kommunegrensene og fylkesgrense ved planlegging og lokalisering av den framtidige sykehusstrukturen.

Med klare forutsetninger om at **SI sikrer et faglig og framtidsrettet tilbud** av sykehustjenester, bør de offentlige myndigheter vektlegge utvikling av en sykehusstruktur hvor Sykehus Innlandet bidrar til en balansert regional utvikling, et utvidet felles bo- og arbeidsmarked i Mjøsregionen og en bærekraftig byutvikling rundt Mjøsa.

Dette innebærer at et nytt hovedsykehus i utgangspunktet bør legges i eller inntil en av de tre store mjøsbyene, dvs. *ingen av alternativene som det i høringen inviteres til å mene noe om.*

Uansett valg av sted for hovedsykehus – ved Mjøsbrua eller i en av de tre store byene, vil det vært samfunnsmessig viktig at det opprettholdes **sykehusaktivitet ved dagens sykehus**. Dette vil bidra til stabilisering av bosetting og sikre sentrumsaktiviteten i byene.

Videre er det viktig at Sykehus Innlandet etablerer og utvikler et godt og framtidsrettet samarbeid med NTNU i Gjøvik. Dette vil kunne bidra til ressurstilgang, kompetansebygging og innovasjon som hele Mjøsregionen vil at nytte av.

---

Ut fra rent **samfunnsmessig vurderinger** foreslås det at følgende anbefaling vurderes tatt inn i den høringsuttalelse som kommunen og regionen avgir til Sykehus Innlandet:

Sykehus Innlandet må utvikle en sykehusstruktur som bygger opp under ønsket samfunnsutvikling. Det må legges stor vekt på prioriteringer som bidrar til en balansert regional utvikling, ett felles bo- og arbeidsmarked og bærekraftig byutvikling rundt Mjøsa.

- Sykehus Innlandet må sikre at det fortsatt blir sykehusaktivitet Gjøvik, Lillehammer og Hamar – uavhengig av plassering av hovedsykehus eller valg av sykehusmodell.
- Etablering av storsykehus i en av byene, som alternativ til lokalisering ved Mjøsbrua, tas inn det videre utredningsarbeidet for framtidig sykehusstruktur - i konseptfasen.
- Sykehus Innlandet må etablere et framtidsrettet samarbeid med NTNU i Gjøvik – med vekt på kompetansebygging, forskning og innovasjon.

## VEDLEGG - SAMMENDRAG FRA SAMFUNNSANALYSEN

Samfunnsanalysen innehar en vurdering av mulige samfunnsmessige konsekvenser av ulike strukturelle løsningsmodeller i et **2040-perspektiv**.

Temaene som er utredet i samfunnsanalysen er Regional utvikling, Persontransport, Energibruk i bygg, Rekrutteringsmuligheter, By- og regionutvikling og Mulige avbøtende tiltak. Ved analysen i 2014 ble det i tillegg omtalt temaene Samfunnssikkerhet og Folkehelse. Disse analysene ga ingen særlige funn, og disse to temaene ansees å være tilstrekkelig avklart.

For alternativ 1A er det både analysert virkninger av strukturen som beskrevet over, i tillegg til en «justert 1A», som innebærer at det fortsatt er noe poliklinisk behandling og dagbehandling ved SI Gjøvik, SI Elverum, SI Hamar og SI Lillehammer.

### Regional utvikling

Under regional utvikling analyseres effekter for sysselsetting og befolkningsutvikling i regionene i Innlandet som følge av:

- Endring i antall årsverk ved Sykehuset Innlandet i ulike regioner
- Konsumvirkning som følge av lokalisering av årsverk

SSBs framskrivingsalternativ 4M (SSB, 2016) er lagt til grunn. **Prognosen** bygger på historisk utvikling og overordnede nasjonale forutsetninger. Den **tar ikke hensyn til eventuelle kommunale planer eller mulige konkrete hendelser i framtiden i den enkelte kommune eller region**. Denne utviklingsbanen er i analysen benevnt som *referansebanen*. Det er også utarbeidet prognoser for sysselsetting i kommunene basert på befolkningsprognosene og faste, relative størrelser for yrkesdeltaking for de relevante aldersgruppene og frekvenser for inn- og utpendling. Disse prognosene gir et uttrykk for sysselsettingsutviklingen i referansebanen.

**Usikkerheten** knyttet til hver av faktorene ovenfor **øker med** en lengre **planhorisont** - her fram mot 2040.

En framskriving av antall årsverk fra Sykehuset Innlandet i de ulike alternativene ligger til grunn for alle beregninger for regional utvikling. **Det forventes en reduksjon i antall årsverk i alternativ 1A og 1C med hovedsykehus ved Mjøsbrua** som følge av at modellen gir muligheter for den mest gunstige produktivitets-utviklingen. Også i alternativ 2B og 2C vil det bli svak reduksjon i antall årsverk. **I alternativ 3B og i 3D blir det en økning i antall årsverk. Endringen i totalt antall årsverk har liten effekt på den regionale analysens resultater. Det er omfordelingen av aktiviteter og antall årsverk som vil kunne få merkbare effekter.**

Endringer i forventet sysselsetting ved de ulike lokaliseringene for spesialisthelsetjenesten i Innlandet gir utslag i **økt sysselsetting i de aktuelle bo- og arbeidsmarkedsregionene**. Befolkningsutviklingen som følge av endring i antall ansatte, forventes å bli liten de første årene. **Det antas at de ansatte aksepterer lengre arbeidsreiser i en overgangsperiode. Etter hvert vil noen flytte nærmere sitt arbeidssted.** Ved nyrekruttering vil sannsynligvis reiseavstand **trekke i retning av at de** som bor i **kommunen der sykehuset er lokalisert**, eller i umiddelbar nærhet, i større grad vil søke seg til sykehusene enn de som bor i kommuner uten denne veksten.

Alternativ 1A med et hovedsykehus ved Mjøsbrua vil i sum forsterke befolkningsutviklingen i Mjøsbyen. På kort sikt antas at mange vil foretrekke å pendle fra bostedene før restruktureringen. **Etter hvert styrkes byene og tettstedene** i Mjøsbyen. **Det antas ikke at Biri eller Moelv vil være store**



**nok** til å tilby de ansatte ved Mjøsbrua tilstrekkelig offentlig og privat service **til at flytting fra de nåværende byene til Moelv eller Biri blir omfattende.**

I alternativ 1A vil **virkingen samlet sett bli størst i Hamarregionen og en noe mindre økning i veksten i Gjøvikregionen** (en økning på rundt 1 400 personer). Elverumregionen vil få reduksjon i mulig befolkningsvekst. Med reduksjon menes en lavere befolkningsvekst sammenlignet med nullalternativet, og ikke nødvendigvis en negativ utvikling i antall innbyggere totalt sett.

I justert 1A er **utslagene mindre enn i 1A**. Også her er økningen i befolkningsveksten størst i Hamar og Gjøvikregionen, mens Elverum fortsatt får en dempet vekst. **Nedgangen i befolkningsveksten i Elverumregionen er imidlertid redusert** til rundt halvparten av reduksjonen i alternativ 1A.

Også i alternativ 1C vil **utslagene bli mindre enn i alternativ 1A** siden det fortsatt vil være en del aktivitet ved dagens sykehus i Mjøsregionen. I alternativ 1C vil **særlig Hamarregionen og Gjøvikregionen få en noe økt befolkningsvekst** sammenlignet med nullalternativet, på henholdsvis 800 og 500 personer i 2040.

I to- og tresykehusmodellene vil virkningene på **befolkningsutviklingen langt på veg innebære en intern omfordeling i Mjøsregionen.**

I alternativ 2B vil Lillehammerregionen kunne få en økt befolkningsvekst på nær 1 900 personer i 2040, sammenlignet med nullalternativet. **Sterkest befolkningsvekst forventes å være i Lillehammer**, som i referansebanen vil ha en befolkning på rundt 33 000 i 2040. De øvrige regionene er beregnet å få en noe lavere befolkningsvekst enn i nullalternativet, med **en svak reduksjon i Gjøvikregionen** på rundt 170 bosatte og en **noe sterkere reduksjon for Hamarregionen og Elverumregionen** på henholdsvis 850 og 750 bosatte.

I alternativ 2C vil **Hamarregionen kunne få en økt befolkningsvekst** på vel 3 000 personer i 2040. Hamar er i referansebanen ventet å ha en befolkning på rundt 36 000 i 2040. De **øvrige regionene vil få en svak reduksjon** i veksten – mest i Elverumregionen og i Lillehammerregionen.

Alternativ 3B vil **virkingen på befolkningsutvikling bli sterkest i Gjøvikregionen som vil få med en økning i befolkningsvekst på 2 600 personer** i 2040. Sterkest vekst er forventet å komme i Gjøvik, som i referansebanen er ventet å ha en befolkning på i underkant av 37 000 i 2040. I alternativ 3B er nedgangen i befolkningsveksten ventet å være sterkest i Hamarregionen sammenlignet med nullalternativet.

I alternativ 3D er det ventet en **økt befolkningsvekst i Hamarregionen** på vel 3 200 personer. Som i alternativ 2C er økningen i befolkningsveksten ventet å bli sterkest i Hamar. I dette alternativet ventes **reduksjonen i befolkningsveksten fram mot 2040 å være størst for Gjøvikregionen og Elverumregionen**, som begge er beregnet en reduksjon på rundt 750 personer i 2040.

For Tynsetregionen og Kongsvingerregionen innebærer samtlige alternativ noe redusert bemanning sammenlignet med nullalternativet, som vil føre til redusert befolkningsvekst.

Alternativet med et hovedsykehus ved Mjøsbrua vil i liten grad svekke byutviklingen i byene siden befolkningen (de sykehusansatte) i stor grad vil bo i byene eller i de største tettstedene slik som nå. I alternativ 1A vil imidlertid Elverumregionen bli svekket, mens i alternativ 1C vil Elverum kunne bli noe styrket.

## Persontransport

Transportarbeid er et mål på omfanget av persontransport, og betegner det arbeidet som blir utført når et transportmiddel transporterer et visst antall personer en bestemt reiselengde. Ved å se på

hvordan ulik sykehusstruktur påvirker reiselengder og reisemiddelvalg for ansatte, pasienter og pårørende kan vi beregne **virkingen av endret struktur på CO2-utslipp** fra persontransporten.

Beregninger av klimagassutslipp fra bilkjøring er basert på forventet utvikling i bilparken fram mot 2040, der CO2-utslipp per kjørt km med **personbil er forventet å reduseres med 64 prosent** sammenlignet med 2015. Tilsvarende er det forventet en nedgang i utslipp per person km med **kollektiv (buss og tog) på 38 prosent** fra 2015 til 2040. Det betyr at **differansen mellom bil og kollektiv for klimagassutslipp relativt sett vil være mindre i 2040 enn i dag.**

I nullalternativet er de somatiske sykehusene sentralt lokalisert i Elverum, Gjøvik, Hamar, Lillehammer, Kongsvinger og Tynset med opptaksområder som i hovedsak er geografisk avgrenset til kommuner som ligger relativt nært sykehuset. Dette **gir relativt korte reiseavstander** for både ansatte, pasienter og pårørende.

I de øvrige alternativene er det lagt til grunn en samling av akutte områdefunksjoner ved ett sykehus i Mjøsregionen. Det innebærer at for en del typer behandling vil opptaksområdet for et hovedsykehus ved Mjøsbrua eller sykehus med akutte områdefunksjoner være hele Innlandet. I tillegg vil en samling av aktivitet ved ett sykehus innebære at rekruttering av arbeidskraft vil skje innenfor et større omland. Det gjelder særlig for alternativet med et hovedsykehus ved Mjøsbrua. Med en **økning i gjennomsnittlig reiseavstand** vet vi også at **andelen gående og syklende går ned, og andre transportmidler øker tilsvarende.**

Samlet gir dette en **betydelig økning i transportarbeidet, og dermed også for klimagassutslipp** fra persontransport. Sammenlignet med nullalternativet innebærer **alternativ 1A den største økningen** i transportarbeidet og klimagassutslipp fra persontransport, med en økning på **henholdsvis 54 og 60 prosent. Alternativ 3B er alternativet som gir lavest økning** i transportarbeidet og klimagassutslipp på henholdsvis 20 og 22 prosent.

På grunn av betydelig usikkerhet knyttet til reisemiddelvalg i 2040, er det også gjennomført en rekke sensitivitetsanalyser med ulike variasjoner i reisemiddelfordelingen. Selv med betydelige justeringer i forutsetninger for reisemiddelvalg holder resultatet. **Usikkerhet knyttet til kollektivandelen har relativt liten innvirkning på sluttresultatet.** Det skyldes at en betydelig økning i transportarbeidet vil gi en økning i klimagassutslipp gitt en reisemiddelfordeling gitt en relativt lav andel gående og syklende.

## Energibruk i bygg

Det er gjort noen overordnede vurderinger av mulig energibruk i bygg i ulike alternativer. Fordi man er tidlig i planleggingen av framtidig sykehusstruktur er det en rekke relevante detaljer knyttet til framtidige bygg som ikke er klart på dette tidspunkt.

Sett i forhold til energibehovet for dagens bygningsmasse på ca. 77 GWh er det **mulig å spare inntil ca. 30-40 prosent ved etablering av ny sykehusstruktur ved å bygge eller totalrehabiliterer** etter TEK10-standard. **Dersom** sykehusene bygges eller totalrehabiliteres til **passivhusstandard kan det oppnås en besparelse på inntil ca. 60-65 prosent.**

Basert på tilgjengelig tallmateriale for arealbehov og estimater over energibehov for de ulike alternativene fremkommer det at det er alternativ 1A med ett hovedsykehus som kommer ut med **lavest totalt energibehov.** Dette skyldes lavest arealbehov. De andre vurderte alternativene har noe høyere energibehov, men innebærer fortsatt en stor reduksjon sammenlignet med dagens bygningsmasse.

**Energibehovet** skal i utgangspunktet **bli lavere om en bygger et stort sykehus kontra flere små.** For å oppnå et lavt energibehov i et hvilket som helst bygg vil likevel fokus på energieffektive og

klimagunstige energiløsninger også være avgjørende. Driften av energisystemene og fokus på energisparing/effektivitet vil i siste instans være avgjørende for energiforbruket.

På et overordnet nivå kan det antas at et hovedsykehus bør gi et lavere totalt klimafotavtrykk fra energiforbruk enn om flere sykehus rehabiliteres/ bygges ut basert på at det vil være et mindre areal som skal driftes.

Trolig vil det være aspekter rundt lokalisering av sykehustjenester som vil være atskillig mer utslagsgivende enn energiforbruk og energiforsyning. Mer detaljerte analyser og modellering på bygningsnivå vil være nødvendig når endelig sykehusstruktur er valgt.

## Rekrutteringsmuligheter

Rekrutteringsmuligheter er viktig, gitt at **behovet for kompetent arbeidskraft i spesialisthelsetjenestene øker**. I dagens situasjon med seks akuttstusykehus i Innlandet, hvorav fire er lokalisert i Mjøsregionen, er flere avdelinger ved helseforetaket vurdert som sårbare når det gjelder kompetanse og ressurser, blant annet som følge av små fagmiljø der kompetansen til dels er knyttet til enkeltpersoner. Med en **samling av fagmiljø i ett- to- og tresykehusmodellene vil det innebære en forbedring** sammenlignet med dagens struktur når det gjelder sårbare fagmiljø. Effekten vil her være **størst i alternativet med et hovedsykehus (1A)**.

En endring i sykehusstrukturen **kan påvirke rekrutteringsmuligheter ved at størrelsen på bo- og arbeidsmarkeder** endres **eller** ved å påvirke **hvor attraktive arbeidsplassene oppfattes** blant potensielle arbeidstakere.

Det regionale **rekrutteringsgrunnlaget er avgrenset basert på hvor mange bosatte i yrkesaktiv alder det forventes å være innenfor normal pendleravstand** (45 minutters kjøring med bil) fra mulig lokalisering i 2040. Ved å holde rekrutteringsgrunnlaget opp mot antall årsverk på de ulike stedene i hvert alternativ kan vi si noe om hvilke alternativ som har det største regionale rekrutteringsgrunnlaget i forhold til den arbeidskraften det vil være behov for. **I tillegg er utdanningsnivået relevant**, ettersom Sykehuset Innlandet i stor grad vil ha behov for arbeidskraft med høy kompetanse.

Av de alternativene for lokalisering som er vurdert er Mjøsbrua det alternativet som **har det største regionale rekrutteringsgrunnlaget**, målt i antall bosatte i yrkesaktiv alder innenfor 45 minutters kjøring. Ser vi på antall årsverk og regionalt rekrutteringsgrunnlag for Mjøsregionen samlet er det **imidlertid små forskjeller på de ulike alternativene**. Det skyldes at det i de øvrige alternativene er et betydelig lavere antall årsverk lokalisert på ett sted, slik at samlet rekrutteringsgrunnlag vil inkludere pendlingsområdet til flere mulige lokaliseringer.

I samtlig alternativ vil det være **behov for et relativt høyt antall årsverk per yrkesaktiv** innenfor pendlingsområdet til sykehusene i Mjøsregionen. Det tyder på at det i 2040, som i dag, også vil være **behov for rekruttering fra andre regioner**.

For arbeidsplassens attraktivitet er det samling av fagmiljø og alternativ lokalisering som er forventet å gi effekt. **Med større fagmiljø er det sannsynlig at arbeidsplassen blir mer attraktiv** for potensielle arbeidstakere, der samlingen av fagmiljø vil være **størst i alternativ 1A**. Samtidig er det i noen av de øvrige alternativene forutsatt lokalisering i tilknytning til en by der det også kan forventes en større bredde i tilbudet av arbeidsplasser i 2040. **Byer har i seg selv en tiltrekningskraft, særlig for unge nyutdannede**. Fordi Mjøsbrua er lokalisert innenfor akseptabel pendleravstand fra byer som Hamar, Gjøvik og Lillehammer, er det imidlertid **svært usikkert hvor stor betydning det vil ha om sykehuset lokaliseres i en av de største byene i Innlandet eller noe utenfor**.

Totalt sett er alle alternativer vurdert som **en bedring sammenlignet med nullalternativet**, fordi det innebærer en samling av fagmiljø som vil redusere dagens sårbarhet når det gjelder kompetanse og ressurser og fordi det er ventet å gi en positiv virkning for hvor attraktiv arbeidsplassen er for potensielle arbeidstakere.

Blant alternativene er det særlig alternativene med et hovedsykehus, samt alternativ 2B og 3B vurderes som særlig positive, fordi lokalisering ved Mjøsbrua gir de største fagmiljøene og fordi alternativ 2B og 3B kombinerer en samling av fagmiljø med lokalisering i en av de store byene.

## By- og regionutvikling

Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging gir noen føringer for hensyn som skal tas ved planlegging etter plan- og bygningsloven (kgl. res. av 26.09.2014). Formålet med retningslinjene innebærer blant annet at man i planlegging av arealbruk **skal legge til rette for:**

- **Reduksjon av transportbehov og prioritering av klimavennlige transportformer**
- **Mer effektiv og attraktiv kollektivtrafikk og bedre tilrettelegging for syklende og gående**
- **Tett utbygging ved kollektivknutepunkt**
- **Økt fortetting og transformasjon**
- **Regionforstørrelse og utvikling av sterke bo- og arbeidsmarkeder**

Ved vurdering av om en oppfyller planretningslinjene skal lokale og regionale forhold legges til grunn.

Sykehus er store arbeidsplasser og **genererer betydelig trafikk**, og lokalisering av sykehus vil derfor være sentrale for by- og regionutvikling. **Konsekvenser** av framtidig sykehusstruktur for by- og regionutvikling **henger tett sammen med vurderinger av regional utvikling, transportarbeid og reisemiddelvalg** som følge av framtidig sykehusstruktur.

De **alternativene som legger til rette for å styrke eksisterende senter med lokalisering i tilknytning til øvrig næring og relativt høy tetthet av bosatte, vil også bidra til å styrke by- og regionutviklingen**. Vurderingene gjort her kommer altså ikke i tillegg til vurderingene drøftet tidligere i sammendraget, men er en utdyping av problemstillinger knyttet til bærekraftig utvikling av byer og tettsteder.

**Sykehuslokalisering i bykjernen vil normalt styrke byutvikling og best legge forholdene til rette for en bærekraftig byutvikling**. Motsatt vil en etablering utenfor bykjernen kunne svekke en bærekraftig byutvikling.

I nullalternativet og alternativ 2B og 3B vil størstedelen av arbeidsplassene ved Sykehuset Innlandet lokaliseres sentral i de største byene i Mjøsregionen. Det **gir muligheter for en høyere andel gående og syklende, bidrar til mer aktivitet i sentrumsområdene der det også er et bredt handels- og tjenestetilbud**. Ved å plassere et stort antall arbeidsplasser nær bosettingstygdepunkt og andre virksomheter gir det også et godt **grunnlag for et bedre kollektivtilbud**.

I alternativene med hovedsykehus ved Mjøsbrua og sykehus med akutte områdefunksjoner ved Sanderud flyttes et stort antall arbeidsplasser fra eksisterende bysentrum i Mjøsregionen til mindre tettsteder. **Til tross for at en lokalisering utenfor sentrum av de største byene i Mjøsregionen ikke er forventet å svekke befolkningsutviklingen i byene, vil den likevel kunne påvirke utviklingen av sentrum i de aktuelle byene, ved for eksempel å redusere handelen i sentrumsområdene**.

## **Avbøtende tiltak**

Avbøtende tiltak er tiltak som gitt et valg av framtidig sykehusstruktur kan bidra til å redusere eventuelle negative virkninger. Dette er her begrenset til tiltak som vil være realistisk at Sykehuset Innlandet HF kan påvirke eller som andre statlige eller (fylkes)kommunale organer kan påvirke.

I resultatene fra analysene er det **særlig for temaet transportarbeid og utslipp av CO2** fra persontransporten at det er flere mulige avbøtende tiltak som kan gjennomføres. Dette inkluderer blant annet tiltak for å **påvirke reisemiddelvalg** blant ansatte, pasienter og pårørende. Det må imidlertid presiseres at selv med tiltak her, vil det ikke endre transportarbeidet som er den viktigste faktoren for klimagassutslipp fra persontransport.

Når sykehusstrukturen er fastsatt vil det være viktig å **sikre en god infrastruktur for gående og syklende** i gang- og sykkelavstand fra sykehuset/-ene. I tillegg er det nødvendig med et godt og riktig dimensjonert tilbud av **sykkelparkering** (under tak) og **garderobefasiliteter**.

For å redusere klimagassutslippene er det også viktig at det etableres **et godt kollektivtilbud** til sykehuset/-ene som sikrer både ansatte, pasienter og pårørende god tilgjengelighet. Tilgang til parkeringsplass er av stor betydning når den enkelte velger reisemiddel. Erfaringsmessig må det både legges til rette for å reise kollektivt samtidig som **parkeringsmulighetene reduseres** for å oppnå en endring i reisemiddelvalg. Et godt kollektivtilbud gjør det mulig å innføre parkeringsrestriksjoner samtidig som tilgjengeligheten til sykehuset opprettholdes. Ved å legge til rette for **økt kollektivbruk på bekostning av bilandelen** vil man kunne begrense økningen i klimagassutslipp fra persontransporten.

Den regionale analysen viser at **de fleste alternativene øker antall arbeidsplasser der hvor prognosene viser at befolkningsvekst og sysselsettingsvekst forventes å bli størst – i de sentrale strøkene**. Samtidig vil en i de samme alternativene kunne få redusert antall arbeidsplasser i de kommunene som prognosene viser at vil få lav vekst eller nedgang i befolkningstall og sysselsetting. Det er **reduksjonene i distriktene** som er uheldig. I den grad det er mulig, bør det opprettes alternative arbeidsplasser. Staten og fylkeskommunene har virkemidler til å **påvirke etablering av arbeidsplasser**.

## **Samfunnssikkerhet** (fra analysen i 2014)

Temaet samfunnssikkerhet er omfattende. En ROS-vurdering vil være en revisjon og en kvalitetssikring av andre tematiske vurderinger, og en samlet gjennomgang av samfunnssikkerhet i prosjektet.

Anbefaler at det på dette stadiet gjennomføres en **risiko- og sårbarhetsanalyse** (ROS-analyse) for alternativene etter en metodikk som ofte benyttes i arealplanprosesser, men noe forenklet. Manglende ROS-analyser kan gi grunnlag for senere innsigelser til planen. En hendelsesbasert ROS-analyse er dessuten lite relevant før det foreligger et planforslag.

En **vurdering av alternativenes robusthet i ulike situasjoner**, og aktuelle krav til ny lokalisering/tomt for å ivareta samfunnssikkerhet, er derimot aktuelt. Et nytt sykehus skal kunne dekke sin funksjon i alle situasjoner, og være robust mot uforutsette eksterne hendelser. Spørsmålet er da hvilke faktorer som er vesentlige, og om det er forskjeller mellom alternativene mht tilgjengelighet både i det daglige og ved avvikssituasjoner.

En viktig variabel for krisehåndteringsevne er **reisetid fra et ulykkessted**. Det generelle bildet er at en sentralisering vil føre til økt reisetid for innbyggere i kommuner som ligger lengst øst og vest i opptaksområdet.

Innenfor dekningsområdet for et nytt akuttsykehus er det enkelte virksomheter som kan være utsatt for storulykker. Viktige industriarbeidsplasser finnes på Raufoss, Hamar/Stange, Brumunddal og Moelv. For disse stedene vil sentralisering av akuttsykehuset kunne bli vurdert som en ulempe, sammenholdt med dagens sykehusstruktur. På den annen side vil økt kapasitet og bredere/bedre spesialistkompetanse være gunstig ved en større ulykke.

Kapasitet og tilknytningsmuligheter til overordnet vegnett vurderes generelt å være god, uavhengig av lokalisering i Biri- eller Moelvområdet. Det forutsettes etablert tilstrekkelig krysskapasitet og reserveløsninger. I den videre planleggingen må kapasitet og forsyningssikkerhet for vann, avløp og energi vurderes.

#### Delkonklusjon

Med tanke på tilgjengelighet og kapasitet, vil en sentralisering av akuttsykehustjenester til Mjøsbruområdet neppe representere noen negativ endring fra dagens situasjon. Det er heller ikke grunnlag for å påpeke forskjeller mellom plassering på Biri- eller Moelvsida av Mjøsa.

#### **Folkehelse** (fra analysen i 2014)

God helse dreier seg ikke bare om fravær av sykdom, men også om nærhet til de faktorene som forebygger sykdom og gir trygghet i hverdagen. Dette spenner fra økonomisk trygghet som gir grunnlag for gode boforhold, til muligheter for fysisk og kulturell aktivitet, sosialt nettverk mm.

Punkter som er særlig relevante for å oppnå de nasjonale målene for folkehelsen i denne sammenheng inkluderer fokuset på utvikling av et mer helsefremmende samfunn der det blant annet skal legges til rette for mer fysisk aktivitet, mer satsing på forebygging i helse- og omsorgstjenesten gjennom styrking av blant annet helsestasjoner, skolehelsetjenesten og arbeid med livsstilsendringer, samt å bidra til et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Konsekvenser for folkehelsen av nytt felles sykehus har flere momenter, der ett er sykehusets evne til å yte forutsatt tjenester. Gitt et dekkende tilbud av spesialisthelsetjenester, er dette i hovedsak påvirket av reisetid.

Noe forenklet kan en si at **store befolkningsgrupper i rundt Mjøsa vil oppleve større avstand til «sitt» sykehus.**

Et annet momentet gjelder mulig påvirkning på befolkningens opplevelse av en ny sykehusstruktur i regionen. Vissheten om at det finnes et behandlingstilbud i en skade- eller sykdomssituasjon, er et viktig velferdsgode. Det vil si at det **påvirker folks opplevde helse- og trivselsituasjon**. Generelt vil de fleste endringer av en slik art bli opplevd **negativt**. Trolig vil **lengre avstand til sykehuset bli opplevd å medføre økt opplevd utrygghet, for dem som får lengre reiseavstand til akuttsykehuset**. Også for pårørende som har sine under behandling, vil økt avstand til sykehuset bli opplevd negativt.

Med en sentralisering til Mjøsbrua, vil avstander øke fra 4–5 km og opp til 30–60 km for enkelte. På den annen side vil befolkningen oppover Gudbrandsdalen kunne oppleve at lange avstander kun blir «litt» større. Fra Skjåk til Lillehammer er det 164 km mens det til Mjøsbrua er det 193 km, noe som neppe medfører noen dramatisk endring.

Slike opplevde ulemper, som i et folkehelseperspektiv må vurderes å være reelle, må møtes fra sykehusets side med **saklig informasjon om forbedringer i helsetilbudet som følge av et nytt hovedsykehus**. Sentralisering har potensial for å tilby høyere kvalitet i behandlingstilbudet. Dette bør også bidra til å skape større trygghet.

Det tredje momentet gjelder **valg av reisemiddel til og fra arbeid for de ansatte**. I en desentralisert struktur som i dag, har store deler av de ansatte (ca. 2/3) under 10 km fra bosted til arbeid. Det muliggjør at mange kan gå eller sykle til jobb. Ved en flytting til Mjøsbrua vil andelen med under 10

km arbeidsreise være i størrelsesorden 300–500 (6 % til 11 %) ved tidspunktet for flytting. Selv om denne andelen vil kunne øke, er det ikke grunn til å tro at den vil bli i nærheten av dagens situasjon.

***En lokalisering av et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua vil kunne svekke mulighetene for de ansatte til å gå eller sykle til og fra jobb.*** En styrking av forebyggende tiltak må ha som mål å redusere behovet for behandling ved et nytt hovedsykehus, og gjennom et bedre tilbud på helsestasjoner og i skolehelsetjenesten kan det tenkes at det desentraliserte helsetilbudet vil bedres.