

RAPPORT

**Sykehusets fremtidige plassering på Sørlandet:
Vurdering av arbeidsmarked, næringsliv, by- og
samfunnsutvikling.**



MENON-PUBLIKASJON NR. 6/2014

April 2014

av Erland Skogli, Magnus Gulbrandsen, Rasmus Bøgh Holmen,
Øystein Sørvig, Peter Aalen og Heidi Ulstein



MENON
Business Economics

Forord

På oppdrag for Kristiansand kommune v/By og Samfunnsenheten har Menon Business Economics analysert forhold knyttet til arbeids- og næringsliv i forbindelse med valg av fremtidig lokalisering for et geografisk sammenslått Sørlandet sykehus. Oppdraget er en forlengelse av prosjektet «Verdiskapingsevnen i norske storbyregioner» som Menon utfører på oppdrag for et konsortium av norske bykommuner, hvorav Kristiansand kommune er én av disse.

Prosjektet er av begrenset omfang: Det er ikke en full «samfunnsanalyse» av konsekvenser knyttet til lokalisering av et fremtidig sykehus. Analysen fokuserer på konsekvenser for Kristiansand kommune. Vi har ikke vurdert forhold knyttet til innbyggernes fremtidige helsetilbud, men fokuserer på lokalt/regionalt arbeidsmarked og næringsutvikling knyttet til sykehuset Sørlandet. Analysen omfatter med andre ord ikke en vurdering av det helhetlige helsetilbudet i regionen og konsekvensen av endret oppgavefordeling mellom sykehus og kommune.

Prosjektet har vært ledet av Erland Skogli, med Magnus U. Gulbrandsen, Rasmus Bøgh Holmen, Peter Aalen og Øystein Sørvig som prosjektmedarbeidere. I tillegg har vi fått gode bidrag til litteraturstudien fra våre studentassistenter, Frank Burakeye Arsène (NHH), Jon Ellingsen (UIO) og Emma Rasmussen (UIO). Heidi Ulstein har vært kvalitetssikrer.

Menon er et forskningsbasert analyse- og rådgivingselskap i skjæringspunktet mellom foretaksøkonomi, finans, samfunnsøkonomi og næringspolitikk. Våre medarbeidere har samfunnsøkonomisk kompetanse på et høyt vitenskapelig nivå.

Vi takker Øyvind Lyngen Laderud, Erik Sandsmark, Jan Erik Lindjord og Janne B. Brunborg fra oppdragsgiver Kristiansand kommune for gode innspill og diskusjoner underveis i arbeidet. Menon Business Economics står ansvarlige for alt innhold i rapporten.

April 2014

Erland Skogli
Prosjektleder
Menon Business Economics

Forsidefoto: Gunnar Hall Skavoll

Sammendrag

Gjennom studier av andre sykehuslokaliseringprosesser har vi avdekket at fakta/analyse-områder som har størst betydning for utfallet av sykehuslokaliseringprosesser ser ut til å være:

- Analyser knyttet til selve organiseringen av sykehuset – hva slags funksjoner og rolle skal sykehuset ha – som har størst betydning for sluttresultatet: Skal flere sykehus slås sammen, skal man utvikle og betjene både regionale og nasjonale funksjoner/ekspertise, skal sykehuset bli universitetssykehus osv.
- Dernext, når man har funnet tomter som egner seg for utvikling av det besluttede konsept, er det analyser av *reiseavstander* og *trafikkutvikling*, og vurderinger opp mot gjeldende areal- og transportplaner, som tillegges størst vekt.
- Vurderinger av tilknytning til forsknings- og utdanningsinstitusjoner – tilgang på helsefaglig kompetanse – vektlegges også i de endelige lokaliseringsbeslutningene.
- De senere årene har fokuset på *brukerne/pasientene* i analyser og beslutningsdokumenter økt. Den bebudede helse og sykehusplanen fra Helse- og omsorgsdepartementet signaliserer ytterligere fokus på pasienten i fremtidige beslutninger knyttet til sykehusstruktur.

Kristiansand er det lokaliseringalternativet for et fremtidig Sørlandet sykehus som ifølge dokumentasjonen i denne rapporten gir kortest reiseavstander og mest miljøvennlig trafikkutvikling. Kristiansand er også, som landets femte største by, et naturlig regionsenter. Dette vektlegges i rikspolitiske retningslinjer for areal- og transportplaner ved slike store statlige utbyggingsprosjekter.

Kristiansand har best forutsetning for å tiltrekke nødvendig helsefaglig spisskompetanse til regionen i fremtiden.

Frem mot 2030 vil det være konkurransen med Oslo-regionen og Sør-Vestlandet som blir tøffest, og ikke den interne konkurransen om helsefaglig kompetanse i regionen. Sørlandet vil trolig kunne hevde seg best i denne konkurransen ved å jobbe sammen og «spisse laget» med lokalisering av et nytt sykehus i Kristiansand:

- Byen og regionen har best tilgang på helsepersonell innenfor rimelig reiseavstand i dag.
- Kristiansand har et godt rykte blant både leger og sykepleiere å bygge videre på.
- Økonomisk vekst, variert arbeids- og næringsliv, utdanningstilbud, kulturtilbud, urbane kvaliteter og andre målbare faktorer som øker «attraktivitet») gjør Kristiansand mest attraktiv for både sykehusansatte og deres partnere, sammenlignet med andre konkurrerende lokaliseringalternativer.

Mulighetene er til stede for at det kan oppstå en mindre *klynge* av helsevirksomheter rundt et nytt Sørlandet sykehus med lokalisering i Kristiansand.

For å oppnå samfunnsøkonomiske gevinster i form av næringsutvikling knyttet til et fremtidig sykehus må det legges til rette for at miljøet rundt sykehuset (særlig næringsliv og universitet) kan utnytte den økte helsefaglige kompetansen – forskning og innovasjon – som følger med. Vi peker vi flere forhold som totalt sett gjør at Kristiansand har de beste forutsetningene for å lykkes med å skape en slik klynge.

Innhold

Forord	1
Sammendrag	2
1. Innledning	4
2. Hvordan sikre en faktabasert beslutningsprosess – erfaringer fra tre andre tilsvarende sykehuslokaliseringprosesser	6
2.1. Buskerud – Vestre Viken HF	6
2.2. Østfold – Regionalsykehuset i Østfold	9
2.3. Sør-Trøndelag – Trondheim/St. Olavs hospital	10
2.4. Konklusjon	11
3. Kristiansand har gode forutsetninger for å kunne tiltrekke og beholde nødvendig helsefaglig spisskompetanse	13
3.1. Innledning	13
3.2. Kristiansand har i dag best tilgang på helsearbeidere	14
3.3. Kristiansand har lenge vært et populært valg blant turnuskandidater (leger)	18
3.4. Leger og sykepleiere foretrekker i økende grad større fagmiljøer og steder/byer med urbane kvaliteter fremfor mindre steder	20
3.5. Kristiansand er attraktiv for både helsearbeidere og partnere/familie	23
3.6. Konklusjon	25
4. Mulighet for fremtidige helseklyngeeffekter på Sørlandet	26
4.1. Forutsetninger som må være tilstede for at en klynge skal oppstå	26
4.2. Vurdering av klyngemekanismene og SSHF i Kristiansand	27
4.3. Konklusjon	28
5. Oppsummering og avsluttende drøfting av lokaliseringsspørsmålet	29
5.1. Begrensinger i oppdragets mandat	30
Referanseliste	31

1. Innledning

Sørlandet sykehus Helseforetak (SSHF) er i gang med å utrede fremtidens sykehusstruktur i Agder. Beregninger viser at dagens struktur med tre sykehus på sikt vil bli uforholdsmessig kostbar i drift samt at man vil få utfordringer med å levere et godt helsefaglig tilbud til befolkningen.

Det har kommet en foreløpig anbefaling om å sentralisere driften til ett sykehus i regionen. I *Utviklingsplan 2030* – som nå er ute på høring (*Utviklingsplan 2030 – Sørlandet sykehus HF høringsdokument*, februar 2014) er det vurdert tre alternativer til framtidig organisasjonsstruktur for Sykehuset Sørlandet. Det første alternativet er en videreføring av dagens struktur med tre somatiske sykehus. Det andre alternativet innebærer en delvis sammenslåing der det etableres et hovedsykehus, i tillegg til ett eller flere mindre sykehus.

Alternativet som anbefales er imidlertid etablering av *ett* sykehus med flere regionale helsesentre fordelt på regionen. En sammenslåing til ett sykehus for hele regionen er antatt å kunne gi betydelig lavere driftskostnader enn dagens struktur eller en mer begrenset sammenslåing uavhengig av hvordan et slikt sykehus etableres. Det anbefales videre at et enhetlig Sørlandet sykehus realiseres gjennom en utvidelse av nåværende Kristiansand sykehus.

De viktigste analysene som ligger til grunn for denne konklusjonen er:

1. Det vil være lettere å opprettholde og videreutvikle den helsefaglige kompetansen som kreves i årene fremover ved å sentralisere til ett sykehus. Vurderingen støtter seg bl.a. på den parallelle strategiprosessen i SSHF Strategiplan 2015-2017 og den tilhørende rapporten om kompetansebehovet fremover (SSHF 2014).
2. Transportanalyser viser at det punktet som vil gi minst samlet reisetid for hele Agders befolkning fra hjemsted til ett fremtidig sykehus, ligger i Kristiansand sentrum (Asplan Viak 2014).
3. Utviklingsplan 2030 viser til beregninger som anslår at driftskostnadene ved ett sykehus vil være mellom 300 og 500 millioner kroner lavere enn ved dagens struktur (Utviklingsplan2030 - Sørlandet sykehus HF: Økonomiske vurderinger av ulike scenarier, PWC januar 2014).
4. Investeringsbehovet er i utviklingsplanen estimert til 8,1 milliarder kroner ved utvikling av eksisterende sykehus og tomt på Eg/Kristiansand, mens et nytt sykehus, som er alternativet i Arendal eller Flekkefjord, vil koste 13,5 milliarder kroner, inkludert vedlikehold av nåværende sykehus frem til 2030 (Utviklingsplan 2030).

Vedtak i styret i SSHF om fremtidig sykehusstruktur er ventet i januar 2015 (opprinnelig september 2014). Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) bebudede Nasjonale helse- og sykehusplan vil også kunne få betydning for prosessen frem mot en endelig beslutning fra Helse Sør-Øst.

I denne rapporten vurderer Menon ulike arbeids- og næringslivsmessige forhold knyttet til Kristiansand som lokaliseringssted for et fremtidig Sørlandet sykehus, med utgangspunkt i egne analyser samt vurdering av de analyser som er gjennomført i forbindelse med Utviklingsplan 2030. Vi gjør på denne bakgrunn en vurdering av de samfunnsmessige konsekvensene knyttet til en eventuell lokalisering av et fremtidig Sørlandet sykehus i Kristiansand. Rapporten inneholder *ikke* en analyse av det helhetlige helsetilbudet i regionen og konsekvensen av endret oppgavefordeling mellom sykehus og kommune.

I kapittel 1 går vi litt nærmere inn på status for prosessen så langt.

I kapittel 2 ser vi på tre tilsvarende sykehuslokaliseringsprosesser i Norge de siste årene og identifiserer de viktigste beslutningsparameterne.

Kapitel 3 tar for seg forhold knyttet til arbeidsmarkedet og mulighetene for å tiltrekke og beholde helsefaglig kompetanse ved et fremtidig Sørlandet sykehus.

I Kapitel 4 vurderer vi de næringsmessige mulighetene og effektene av et fremtidig Sørlandet sykehus – mulighetene for å skape en *helseklynge*.

I det siste kapitlet oppsummerer vi funnene og drøfter lokaliseringsspørsmålet i lys av disse frem mot en konklusjon.

2. Hvordan sikre en faktabasert beslutningsprosess – erfaringer fra tre andre tilsvarende sykehuslokaliseringsprosesser

Lokalisering av sykehus er et gjentakende stridstema i Norge, og det er mye å lære av tidligere prosesser. Vi har sett nærmere på beslutningsprosessene knyttet til lokaliseringen av de nye regionale sykehusene i Buskerud, Østfold og Sør-Trøndelag. Vi har fokus på de samfunnsøkonomiske vurderingene som ble lagt til grunn av Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet ved planavdelingen, helseforetakene, fylkeskommunene ved fylkestingene, samt kommunale myndigheter og interkommunale samarbeidsorganer.

De tre lokaliseringsprosessene vi særlig har studert har endt opp med noe ulike resultater:

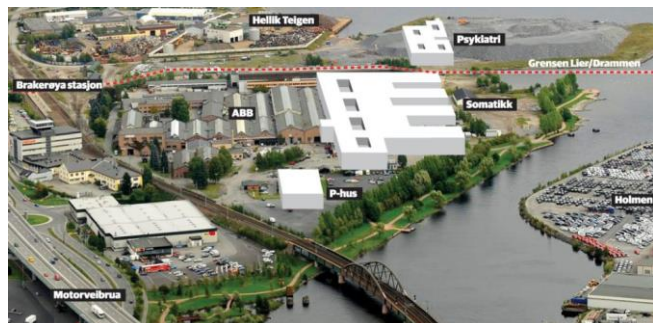
- I Buskerud eksisterte alternativer både i og langt utenfor den største byen. Sykehuset ser nå ut til å bli plassert i umiddelbar tilknytning til Drammen sentrum.
- Østfold endte opp med lokalisering utenfor de største byene i regionen med geografisk «midtplassering» på helt ny tomt langs E18.
- St. Olavs hospital i Trondheim endte opp midt i den største byen med en demografisk og urban «midtplassering», på den opprinnelige sykehus tomten der.

Vi har også benyttet analyser fra en omfattende studie av tidligfasen i 23 store statlige investeringsprosjekter de siste 30 årene, hvorav de to største sykehusprosjektene i perioden: St. Olavs i Trondheim og Rikshospitalet i Oslo (NTNU, 2011). I tillegg har vi også gjennomgått beslutningsunderlag og pågående prosess knyttet til nytt Innlandet sykehus og det nye sykehuset for Nordmøre og Romsdal.

2.1. Buskerud – Vestre Viken HF

Helseforetaket Vestre Viken har foreslått å legge et nytt, delvis sentralisert regionsykehus til Drammen sentrum (endelig beslutning 28. april 2014).

Vestre Viken helseforetak har foreslått å slå sammen Drammen og Kongsberg sykehus til et nytt sykehus i Drammensområdet. De har foreslått utbygging på Brakerøya i Drammen, etter at ny helseminister Bent Høie i høst opphevet en instruks fra tidligere helseminister Jonas Gahr Støre om å bare lete etter tomter utenfor Drammen i retning Kongsberg.



Hovedkriteriet for valg av lokalisering er at det nye sykehuset skal ligge innen rimelig avstand for både Drammen og Kongsberg.

Drammen har et mål om å øke innbyggertallet i kommunen med 25 000 frem mot 2036, til om lag 90 000 innbyggere. Drammen sykehus er i dag byens største arbeidsplass med hele ti prosent av arbeidsplassene i kommunen. Det er dermed en viktig drivkraft for byutviklingen, og for attraktiviteten til Drammen. Dersom sykehuset flyttes ut av byen, vil over 3 000 arbeidsplasser følge med på lasset. Kommunen har lagt vekt på to typer analyser i lokaliseringsprosessen; ringvirkningsanalyse og transportanalyse (Utviklingsplan Vestre Viken HF 2012). Ringvirkningsanalysen anslår hvordan investeringsimpulsen fra den statlige investeringen på om lag ti milliarder kroner vil påvirke sysselsetting og verdiskaping i kommunen. Transportanalysen redegjør for pendlingens konsekvenser for arbeidsmarked og klima/miljø dersom sykehuset lokaliseres utenfor Drammen.

Styret i Vestre Viken helseforetak vil basere sin avgjørelse på en idérapport som ble framlagt i november og på høringssvar fra aktuelle interessenter. Idérapporten kom fram til tre mulige alternativer; Brakerøya i Drammen, Ytterkollen i Nedre Eiker og en tomt på Stormoen. Brakerøya i Drammen er den mest sentrale plasseringen og ligger midt i sentrum. Ytterkollen og Stormoen ligger henholdsvis fem og fire kilometer fra sentrum i Drammen. Idérapporten rangerer alternativene ut fra tjue kriterier, og konkluderer med at Brakerøya i Drammen er det samfunnsøkonomiske beste alternativet.

En av de avgjørende faktorene for at Brakerøya er rangert som det samfunnsøkonomisk beste alternativet er mertransporten et sykehus skaper, målt i antall kjøretimer for ansatte, pasienter og besøkende. Timene verdsettes etter standard verdsettelsesmetoder for tidsbruk. Deretter har man sett på andre kostnader ved kjøring, kostnader ved ulykker og kostnader ved miljøgassutslipp. En sammenligning av alternativene viser at Brakerøya skaper minst trafikk. Dermed knytter det seg færre kjørekostnader, ulykker og miljøgassutslipp til lokasjonen enn til de andre alternativene.

Et annet viktig argument for anbefalingen av Brakerøya, er at dette alternativet best tilfredsstiller kravene i areal- og transportplanen for Buskerudbyen (Areal- og transportplan Buskerudbyen 2013–2023). Planens hovedmål er:

- 1) Utbyggingsmønster og transportsystem skal være klimavennlig
- 2) Transportsystemet skal være effektivt og rasjonelt for alle brukere
- 3) Det skal legges til rette for attraktive byer og tettsteder i alle kommuner.
- 4) Det skal legges til rette for godt samarbeid med tilgrensende kommuner og regioner med formål å samordne felles strategier for å møte utfordringer innen arealutviklingen og transportsystemet

Det ser ikke ut til å gå mot en full sentraliseringsløsning der sykehus slås helt sammen: Administrerende direktør anbefaler at det legges til grunn å videreføre Kongsberg sykehus (pressemelding fra Vestre Viken HF 24. mars 2014).



Foto: Ingar Andreassen / NRK

For det nye hovedsykehuset står valget mellom en sentral tomt som oppfyller alle tomteskriteriene, men med en høy kostnad, og en mindre sentral tomt med lavere direkte kostnader, men med høyere samfunnsmessige kostnader, ifølge administrerende direktør i Vestre Viken, Nils Fr. Wisløff.

De siste ukene har prosessen blitt påvirket av medieomtale der det har blitt stilt spørsmålstegn ved enkelte av funnene i utredningen av lokaliseringalternativene (Multiconsult 2013). «Vi har blitt kritisert for å ikke kvalitetssikre, men vi la ut rapporten da vi fikk den», sier adm.dir. Vestre Viken HF til Drammens Tidende 25.

april. I kjølevannet av mediesaken besluttet administrasjonen i Vestre Viken HF å ta opp igjen en kort vurderingen av alternative lokaliseringer.

På styremøte 31. mars hvor endelig beslutning egentlig skulle fattes ble en «plan B» vedtatt utredet i tillegg til plan A – Brakerøya. Plan B er den nåværende sykehustomten i Drammen. Styret i Vestre Viken helseforetak har utsatt å bestemme det endelige valget av ny sykehustomt. Avgjørelsen blir tatt den 28. april. Fordi saken er omfattende, ønsker styret å drøfte den to ganger. Styret i Helse Sør-Øst skal behandle saken den 19. juni.

Nye Vestre Viken sykehus skal etter dette følge den anbefalte faseprogresjonen fra KS1/Finansdepartementet/Helse- og omsorgsdepartementet, med følgende tidsangivelser (kilde: www.vestreviken.no):



2.2. Østfold – Regionalsykehuset i Østfold

Østfoldsykehuset ble besluttet sentralisert og lagt til Kaldnes av Østfold fylkesting i 2001. Endelig beslutning ble gjort av Helse Sør-Øst 9 år senere. Sykehuset er nå under bygging med ferdigstilling i 2016.

Illustrasjonsgrafikk: Helse Sør-Øst/Arkitektgruppen

Byggingen av det nye Østfoldsykehuset på Kalnes, langs E6 mellom Fredrikstad og Sarpsborg, startet i 2011. Bygget skal være ferdigstilt i 2016. Prisen blir drøyt fem milliarder kroner.



Til tross for manglende kollektivtilbud med tilhørende økt bilbruk, manglende nærhet til by-infrastruktur med en raskt voksende

bybefolkning, næringsliv og utdanning, ble dette kompromisset totalt sett vurdert som det beste lokaliseringalternativet. Nå begynner enkelte av de involverte aktørene å stille spørsmål ved beslutningen: I et intervju i Fredrikstad Blad 22. mai 2013 uttaler Fredrikstads ordfører følgende om beslutningen: «Lite miljøvennlig og i utakt med moderne byplanlegging».

Sykehuslokaliseringprosessen i Østfold på slutten av 1990-tallet foregikk på en annerledes måte enn prosessen i Vestre Viken. Østfold fylkesting vedtok i 1997 at fremtidig sykehusstruktur for fylket skulle utredes, og i 1999 vedtok fylkestinget en sentralisert løsning med ett stort sykehus. Lokaliseringprosessen startet med at man utførte en konsekvensutredning av en plassering av sykehuset på Kalnes i henhold til Plan- og bygningsloven. Dersom Kalnes ikke holdt kriteriene, skulle man utføre en konsekvensutredning ved bruk av Tofteberg, og i neste omgang en utredning ved bruk av Åkerbergmosen, dersom Tofteberg heller ikke innfridde kriteriene. Alle tre alternative er plassert utenfor de største byene i regionen. I 2001 vedtok Fylkestinget at sykehuset skulle ligge på Kalnes. Først desember 2010, vedtok styret i Helse Sør-Øst at bygging skulle settes i gang, dog med fortsatt drift av sykehus i Moss. Forsinkelser skyldes bl.a. at man besluttet å koordinere prosessen med utbyggingen av et nytt Buskerud sykehus (historisk gjennomgang på Sykehuset Østfolds hjemmeside).

I motsetning til sykehuslokaliseringen i Vestre Viken utførte man ikke en parallell utredning, og ingen tomter i byene i regionen ble vurdert. En rapport fra Vista Utredning AS (Vista Utredning 1999) på oppdrag for Fredrikstad kommune, konkluderte med at verken Kalnes eller Tofteberg var optimale lokaliseringer av et nytt Østfoldsykehus. Kalnes, som tilslutt ble valgt, var et dårligere alternativ enn Tofteberg ifølge denne utredningen. Samtidig viser utredningen at en lokalisering i nærheten av bykjernene i regionen var en mer optimal løsning.

I likhet med iderapporten for lokalisering av nytt sykehus i Vestre Viken, konkluderte utredningen fra Vista med at en lokalisering i områder utenfor bykjernene i regionen vil føre til økt trafikk. Det skyldes at det nye Østfold sykehus først og fremst skulle overta funksjonene til Fredrikstad sykehus. Kalnes og Tofteberg ligger henholdsvis 18 kilometer og 10 kilometer fra Fredrikstad. Utredningen konkluderte dermed med at antall økte kjøretimer for ansatte, pasienter og besøkende ikke var i tråd med kravene til de Rikspolitiske retningslinjer for samordnet areal- og transportplanlegging (RPR ATP) og Areal- og transportplanen for Nedre Glomma (ATPNG).

Lokaliseringen innebærer store investeringer i nytt nettverk for kollektivtransport. Vista-utredningen konkluderer med at ved å overføre funksjonene fra Fredrikstad sykehus til et nytt sykehus på Kalnes, vil man også miste nærhet til utdanningsinstitutter som utdanner potensielt fremtidig helsepersonell.

Det nye Østfoldsykehus blir likevel plassert på Kalnes, til tross for at det ikke var det mest samfunnsøkonomisk lønnsomme alternativet ifølge denne utredningen.

2.3. Sør-Trøndelag – Trondheim/St. Olavs hospital

Helseforetaket Universitetssykehuset i Trondheim/St. Olavs Hospital, besluttet lagt til Trondheim sentrum gjennom stortingsbeslutning i 2002 (siste byggetrinn ferdigstilt i 2013).

Foto: St. Olavs Hospital

St. Olavs hospital ble etter en lang og til dels kontroversiell planprosess, lagt til bydelen Øya i Trondheim hvor det gamle sykehuset også lå. Lokalisering av en så stor arbeidsplass – 7 000 ansatte og 2 500 studenter – tett ved et godt kollektivtilbud har bidratt til å redusere veksten i biltrafikk i Trondheim (Statsbygg og Miljøverndepartementet, 2009). Sykehuset har også nærhet til NTNU og andre sentrale miljøer, med de synergieffektene det har for forskning, kompetanseutvikling og etablering av helserelatert næringsvirksomhet (Sang og Hedlund 2000).



På 1990-tallet vedtok Stortinget at en ny universitetsklinikk i Trondheim skulle plasseres på Øya, i sentrum av Trondheim. En utredning ble utført på begynnelsen av 2000-tallet for å sammenligne lokaliseringen av klinikken på Dragvoll, seks kilometer fra Trondheim, mot en lokalisering på Øya. Regjeringen og Stortinget besluttet etter utredningen at Øya fortsatt var den mest hensiktsmessige lokaliseringen av en ny universitetsklinikk.

I likhet med lokaliseringsprosessene i Vestre Viken og Buskerud, så man på hvordan en utvidelse eller nytt sykehus øker trafikken. En lokalisering av den nye universitetsklinikken på Dragvoll kan sammenlignes med en lokalisering av et nytt sykehus i Vestre Viken på Ytterkollen og lokalisering av Østfoldsykehus på Kalnes. Dragvoll, Ytterkollen og Kalnes er alternativer som ligger utenfor bykjernen. Lokaliseringen vil følgelig bidra til å øke antall kjøretimer for ansatte, pasienter og besøkende. Utredningen fastsatte at dette ikke var i samsvar med de kommunale planene for byutviklingen i Trondheim.

En viktig faktor for lokalisering av den nye universitetsklinikken i Trondheim, var tilknytningen til universitetsmiljøet. NTNU, universitet i Trondheim, har lokalisert fakultetene sine på Dragvoll og Gløshaugen. Det er først og fremst det medisinske og tekniske fagmiljøet på Gløshaugen, St. Olav hospitalet har en tilknytning til. Gløshaugen ligger nærmere Øya enn Dragvoll, så lokalisering av en ny universitetsklinikk på Øya ville kunne bevare og styrke samarbeidet mellom institusjonene. Fagmiljøet på NTNU fryktet at en lokalisering på Dragvoll ville svekke det positive forskningssamarbeidet med St. Olav hospital. Et sitat fra Legeforeningens høringsuttalelse (Den norske lægeforening, 2002) i forbindelse med lokaliseringsprosessen illustrer dette:

«En betydelig ulempe ved Dragvollalternativet er avstanden til det teknologiske miljøet ved NTNU. Det samarbeid som har utviklet seg mellom de teknologiske og kliniske miljøer ved NTNU de senere årene må påregnes å bli skadelidende ved en flytting til Dragvoll. Dette vil derfor kunne ha betydning for fremtidig forsknings og utviklingsarbeide ved sykehuset, men også for rekrutteringen av personell til å forske i grenselandet mellom medisin og teknologi.»

Tilknytningen til fagmiljøet og hensynet til forventet trafikktutvikling, førte til at Stortinget vedtok at den nye universitetsklinikken skulle lokaliseres på Øya.

St. Olavs er det eneste sykehuset som er tatt med i Miljøverndepartementets og Statbyggs gjennomgang av vellykkede lokaliseringer av statlig virksomhet «Statlig lokalisering og god by- og stedsutvikling» (Statsbygg og Miljøverndepartementet 2009).

2.4. Konklusjon

Vi har gjort fem observasjoner som er vesentlige for den videre prosessen knyttet til et fremtidig Sørlandet sykehus:

1. Samtlige beslutninger om sentralisering og lokalisering av sykehus i Norge så langt har tatt svært lang tid, med «omkamper» som følge av endrede forutsetninger og politiske føringer underveis. Nå sist illustrert ved tilfellet Vestre Viken, hvor én helseminister opphever den andre helseministers instruks om lokalisering.
2. Den første fasen av utredningsprosessene domineres alltid av diskusjon rundt struktur: I hvor stor grad et sykehusstilbud skal opprettholdes lokalt i forbindelse med en sentralisert løsning.
3. Den helt overordnede problemstillingen for selve lokalisingsvalget handler om hvorvidt sykehus skal lokaliseres i et bysentrum med etablert infrastruktur men mindre tilgjengelig areal for utbygging og utvidelse, eller hvorvidt det skal plasseres utenfor by på et «nytt sted» som til dels bygges opp rundt sykehuset.
4. I samtlige prosesser har analyse- og beslutningsunderlag blitt trukket i tvil av alle interessentgrupper. Dette har stort sett ført til utsettelse, men i noen tilfeller også vesentlige endringer av premisser og beslutninger. Det er få, om noen, andre beslutningsprosesser i samfunnet hvor fakta og analyser får så stor oppmerksomhet, på godt og vondt.
5. Politiske beslutninger både lokalt og nasjonalt har i flere tilfeller delvis sett bort i fra både samfunnsøkonomiske vurderinger og nasjonale «krav» som for eksempel rikspolitiske retningslinjer for samordnet areal- og transportplanlegging.

Den offentlige debatten rundt beslutningsprosessene viser at det kan og vil bli stilt spørsmålsteget ved nær sagt alle typer fakta som fremlegges som beslutningsunderlag, og at analysenes betydning endres over tid:

«Erfaring viser at analysen og det rasjonelle valg i mange tilfeller overstyres av nye prioriteringer som følge av hendelser eller endrete forutsetninger. Dette blir særlig tydelig i store investeringsprosjekter der tidligfasen kan gå over mange år, kanskje med skiftende regjeringer.»

(NTNU, 2011)

Fakta og analyser vil likevel til syvende og sist ha en avgjørende betydning for det endelige valg av konsept og lokalisering. Hva er så de viktigste fakta/analyse-temaene i disse tre lokaliseringsprosessene?

- Det er analyser knyttet til selve organiseringen av sykehuset – hva slags funksjoner og rolle skal sykehuset ha – som har størst betydning for sluttresultatet: Skal flere sykehus slås sammen, skal man utvikle og betjene både regionale og nasjonale funksjoner/ekspertise, skal sykehuset bli universitetssykehus osv.
- Dernest, når man har funnet tomter som egner seg for utvikling av det besluttede konsept, er det analyser av *reiseavstander* og *trafikkutvikling*, og vurderinger opp mot gjeldende areal- og transportplaner, som tillegges størst vekt.
- Vurderinger av tilknytning til forsknings- og utdanningsinstitusjoner – tilgang på helsefaglig kompetanse – vektlegges også i de endelige lokaliseringsbeslutningene.

- De senere årene har fokuset på *brukerne/pasientene* i analyser og beslutningsdokumenter økt. Den bebudede helse og sykehusplanen fra Helse- og omsorgsdepartementet signaliserer ytterligere fokus på pasienten i fremtidige beslutninger knyttet til sykehusstruktur.

3. Kristiansand har gode forutsetninger for å kunne tiltrekke og beholde nødvendig helsefaglig spisskompetanse

3.1. Innledning

Sørlandet som region vil i årene fremover måtte kjempe hardere om landets helsefaglige spisskompetanse. Det blir økt konkurranse med andre regioner, Østlandet/Oslo-regionen og Vestlandet, snarere enn konkurranse internt i regionen. Hvordan vil dette kunne påvirke beslutningen om lokalisering av et fremtidig Sørlandet sykehus?

Det er i dag rekrutteringsproblemer til noen stillinger på Sykehuset Sørlandet, og noen av de mindre fagmiljøene er av de ansatte vurdert som sårbare (Utviklingsplan 2030 SSHF, 2014, s. 114). Knappheten på helsepersonell er forventet å øke frem mot 2030, og det vil da være et underskudd på 43 000 årsverk innenfor helse- og omsorgssektoren på nasjonalt plan (Helsedirektoratet, 2009). Den økende andelen eldre i befolkningen fremover vil også føre til økt behov for sykepleiere. Ifølge SSBs prognoser vil dette på landsbasis særlig gjelde for helsefagarbeidere i kommunal sektor (Roksvaag & Texmon, 2012). På Sørlandet Sykehus er det forventet at det vil bli størst knapphet på spesialistsykepleiere (Kompetanseplan frem mot 2020, SSHF 2014).

Vi vil i dette kapitlet gå igjennom teori og undersøkelser som viser Kristiansands forutsetninger for å tiltrekke og beholde sykepleiere, leger og annen essensiell helsefaglig kompetanse ved et fremtidig Sørlandet sykehus. Først ser vi på den faktoren som oftest fremheves som viktigst i utredninger knyttet til valg av sykehuslokalisering – reiseavstander og transport (som konkludert i forrige kapitel). Deretter vil vi se på dagens arbeidsstyrke av helsearbeidere i Kristiansandregionen, før vi tester attraktiviteten (også med tanke på fremtiden) gjennom flere ulike relevante undersøkelser og analyser.

3.1.1. Korte reiseavstander for ansatte til et nytt sykehus er attraktivt og gir god

miljøprofil

Siden et sykehus er en stor arbeidsplass er det nødvendig å ta hensyn til transport av både pasienter og ansatte. Det er allerede utført analyser på pasientreiser i høringsrapporten fra Sørlandet Sykehus HF (Utviklingsplan 2030 SSHF, 2014).

Høyt kompetente arbeidstakere har flere valgmuligheter på arbeidsmarkedet og er mer selektive i hvor de velger å etablere seg (Julsrud & Langset, 2013, s. 15). Derfor er det viktig for attraktiviteten til Sørlandet Sykehus som arbeidsplass at det legges opp til kortest mulig reisetid for de ansatte. Kristiansand vil gi kortest samlet reisetid, men også gjøre det mulig for flere arbeidstakere å sykle eller gå til jobben. Dette er fremhevet som positivt i en studie gjennomført blant sykepleiere på Ahus. Samtidig er det en svært viktig politisk målsetting å redusere trafikk og forurensning i forbindelse med sykehusutbygging (Julsrud, Vågane, & Hjorthol, 2013) (St. melding 21, 2012). Et sykehus plassert i Kristiansand kan også bruke jernbanen som infrastruktur og kan sette opp egne shuttlebusser, som foreslått på Ahus Sykehus, for å redusere biltrafikken inn til sykehuset (Julsrud, Vågane, & Hjorthol, 2013).

Et annet element som er viktig å ta med i en samfunnsøkonomisk betraktning av ulike sykehuslokaliseringer er behovet for transport og tilbudet av kollektivtransport. Økt transport som følge av lengre reisevei og økt pendling påfører de reisende og samfunnet kostnader i form av økt tidsbruk, kjøretøyrelaterte driftskostnader, kødannelse, større ulykkehypighet og høyere utslipp av miljøskadelige stoffer.

Det er ikke gjennomført egne transportøkonomiske beregninger av trafikkstrømmer, pendlemønster og reisekostnader for de ulike lokaliseringalternativene. Likevel er det mye som tilsier at en plassering av sykehuset i Kristiansand vil gi minst pendling for de ansatte. Kristiansand kommune er som nevnt den kommunen som i dag huser flest sykehusansatte og helsearbeidere totalt. Som forklart i kapittel 3.1.1 er nordmenn stedbundne og er i mindre grad enn andre villige til å flytte etter arbeidsplasser. Det er derfor nærliggende å tro at en videreføring av sykehus drift her vil gi minst pendling for de ansatte, i hvert fall på kort og mellom lang sikt.

Kartleggingen av nedslagsfelt for de alternative lokaliseringalternativene i appendikset viser videre at en plassering av sykehuset i Kristiansand også gir kortest gjennomsnittlig reisetid for befolkningen i Agder. Analyser av tilgjengelighet og transport gjennomført i forbindelse med Utviklingsplan 2030 viser at fremtidig befolkningsutvikling i regionen vil forsterke dette mønsteret. Beregningene viser at 83 prosent av befolkning i sykehusets opptaksområdet vil nå et sykehus i Kristiansand innen én time med ambulanse, og 99 prosent innen to timer, i 2030. For eventuelle lokaliseringer i Arendal eller Flekkefjord er andelen av befolkningen som kan nå sykehuset innen en time henholdsvis 75 og 23 prosent i 2030. Transportanalysene konkluderer derfor med at det punktet som vil gi minst samlet reisetid for hele Agders befolkning fra hjemsted til ett fremtidig sykehus, ligger sentralt i Kristiansand (Utviklingsplan 2030 – Sørlandet sykehus HF høringsdokument, februar 2014).

Dette betyr at ikke bare vil en plassering av sykehuset i Kristiansand i gjennomsnitt gi den korteste veien for helsepersonell. Det vil også gi den korteste veien til sykehus ved akutte sykdomstilfeller og generer minst transport for pasienter og besøkende. Kortere reisetid betyr lavere tidskostnader for de reisende og lavere utslipp av miljøfarlige stoffer, alt annet likt. Det er også bedre kollektivtransporttilbud til og fra og innad i Kristiansand kommune enn det er ved andre lokaliseringalternativer, noe som kommer både besøkende og ansatte til gode. Dette kan selvfølgelig endres ved utbygging av et nytt sykehus, men infrastrukturinvesteringer koster penger og tidsbruken som følge av større avstander for befolkningen totalt sett vil like fullt være større.

3.2. Kristiansand har i dag best tilgang på helsearbeidere

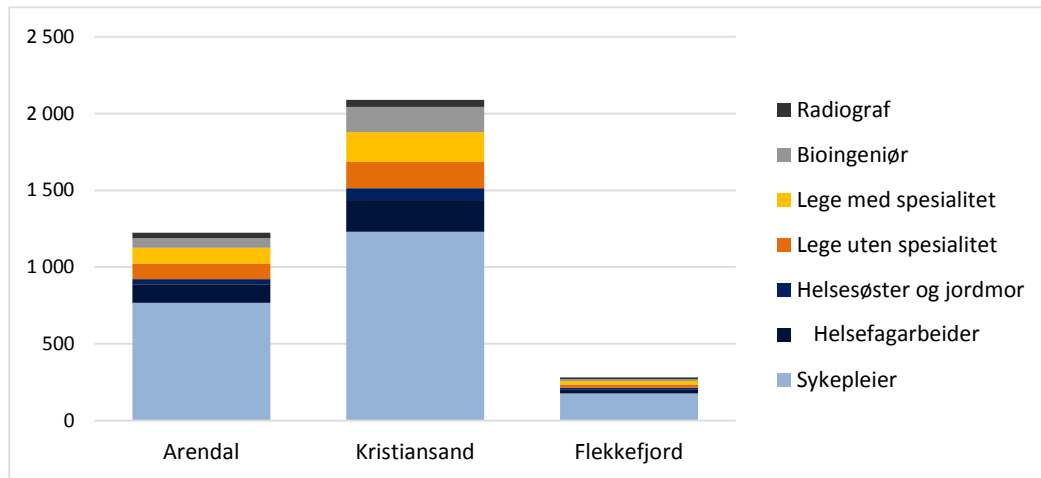
Et samlet sykehus vil ha mindre behov for helsepersonell grunnet mindre belastende vaktordninger (Utviklingsplan 2030 SSHF, 2014). Dette er en fordel når det i fremtiden vil være knapphet på helsepersonell. Når et nytt sykehus skal etableres er det nødvendig å se på hvor helsepersonellet skal rekrutteres fra. Vi har sett på hvilke av dagens tre eksisterende sykehusbeliggenheter som gir minst behov for flytting av personell, noe som vil lette sykehuslokaliseringen. Behovet for tilflytting, økt innpendling og rekruttering fra andre sektorer vil være minst for Kristiansand, større for Arendal og størst for Flekkefjord. Dette skyldes at flest helsearbeidere allerede jobber i Kristiansand, enten på sykehuset eller i kommunal sektor.

3.2.1. Kristiansand har flest helsearbeidere i dag

Det er rimelig å anta at helsearbeidere som i dag jobber ved sykehusene vil være villige til å fortsette dersom et nytt sykehus lokaliseres der de allerede jobber. Dette utgjør en nedre grense for antall stillinger man får fylt i et samlokalisert sykehus, uten behov for flytting, økt innpendling eller rekruttering fra andre sektorer. Figuren under viser fordelingen av sysselsatte helsearbeidere innen sentrale stillingsgrupper ved de tre sykehusene på Sørlandet per 31.12 2012.¹

¹ Tall for 2012. Kilde: ssb.no, serie 07944: Sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning i helse og sosialtjenester, etter sektor (K).

Figur 3-1: Sykehusansatte (statsansatte i helse) innenfor 7 av 27 stillingskategorier i 3 kommuner. Kilde: ssb.no



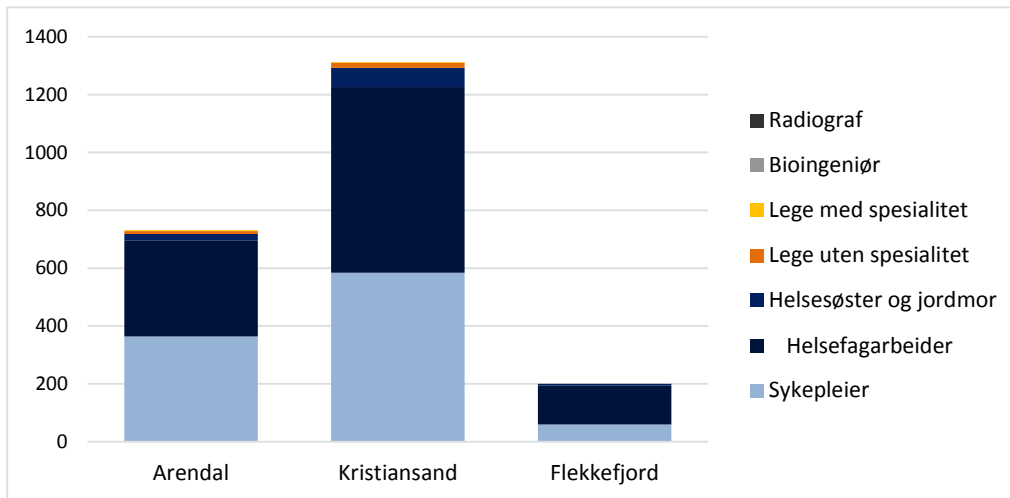
Som figuren viser sysselsetter Kristiansand Sykehus flere innen alle stillingskategorier enn sykehuset i Arendal og Flekkefjord. Behovet for flytting, økt innpendling og rekruttering fra andre sektorer vil dermed være minst for Kristiansand, større for Arendal og størst for Flekkefjord.

3.2.2. Sykehus kan tiltrekke seg sykepleiere fra kommunal sektor

Det kan være relevant å se på mulighetene for å rekruttere helsearbeidere lokalt fra andre sektorer til et samlokalisert sykehus. Helsearbeidere som allerede jobber i for eksempel kommunal sektor i en kommune, vil kunne være mulige å rekruttere til et utvidet sykehus i samme kommune. Dette er viktig uavhengig av om de pendler til jobb eller bor i kommunen. Dermed er antallet helsearbeidere ansatt i andre sektorer i de relevante kommunene en nedre grense på rekrutteringsgrunnlaget lokalt fra andre sektorer.

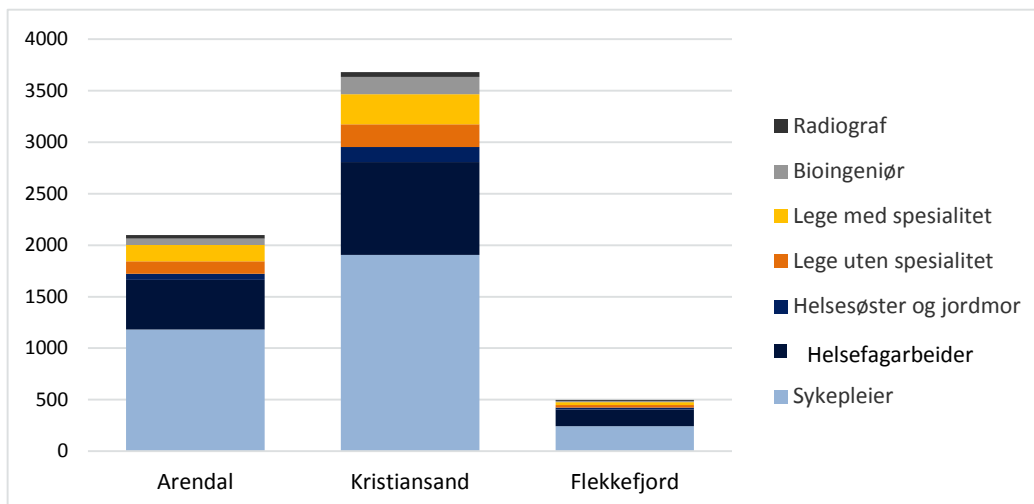
Figur 2 under viser fordelingen av helsearbeidere i kommunal sektor per 31.12.2012 for Kristiansand, Arendal og Flekkefjord. Også her har Kristiansand et fortrinn i forhold til Arendal, og Arendal et fortrinn i forhold til Flekkefjord. Dette er en naturlig konsekvens av størrelsen på befolkningen i kommunene. Likevel vil en overføring av et gitt antall helsearbeidere fra kommunal sektor til sykehussektoren føre til et mindre prosentvis tap av kommunalt helsepersonell i Kristiansand enn i for eksempel Arendal eller Flekkefjord. Eksempelvis vil en overføring av 200 helsearbeidere fra kommunal sektor til et samlokalisert sykehus tilsvare 15 prosent av kommunalt ansatte helsearbeidere i Kristiansand mens de tilsvarende tallene for Arendal og Flekkefjord er 27 prosent og 100 prosent. Det er rimelig å regne med at en slik lekkasje fra kommunal sektor vil påføre større problemer for de kommunale helsetjenestene jo større den prosentvise reduksjonen av kommunalt ansatte helsearbeidere er.

Figur 3-2: Kommunale helsearbeidere innenfor 7 av 27 stillingskategorier i 3 kommuner. Kilde: ssb.no



En samlokalisering i Kristiansand kontra Arendal og spesielt Flekkefjord vil medføre mindre behov for å rekruttere personal fra andre steder enn det nåværende sykehuset i de respektive kommunene. I tillegg vil en gitt overføring av helsepersonell fra kommunal sektor til et samlokalisert sykehus påføre lavest prosentvis tap av kommunalt helsepersonell i Kristiansand.

Figur 3-3: Helsearbeidere totalt (statlig, kommunalt og privat) innenfor 7 av 27 stillingskategorier i 3 kommuner. Kilde: ssb.no



3.2.3. Kristiansand har størst nedslagsfelt for helsearbeiderne

Reisetid mellom bosted og arbeidssted på inntil 45 minutter blir ofte benyttet som en praktisk grense for hvor langt ut et felles bo- og arbeidsmarked strekker seg. I dag er det 180.000 mennesker innenfor 45 minutters pendleravstand til Kristiansand sentrum og antallet mennesker øker raskt. Med denne forutsetningen inngår både Mandal og Grimstad i det felles bo- og arbeidsmarkedet rundt Kristiansand.

Hva betyr dette for rekruttering av helsearbeidere? Kristiansand har i dag et noe større arbeidsmarked for helsearbeidere enn Arendal og Flekkefjord. For å illustrere dette har vi trukket reisetidssirkler rundt hver av

kommunesentra i de potensielle vertskommunene for nye Sørlandet sykehus med utgangspunkt i reisetider til omkringliggende kommunesentra.

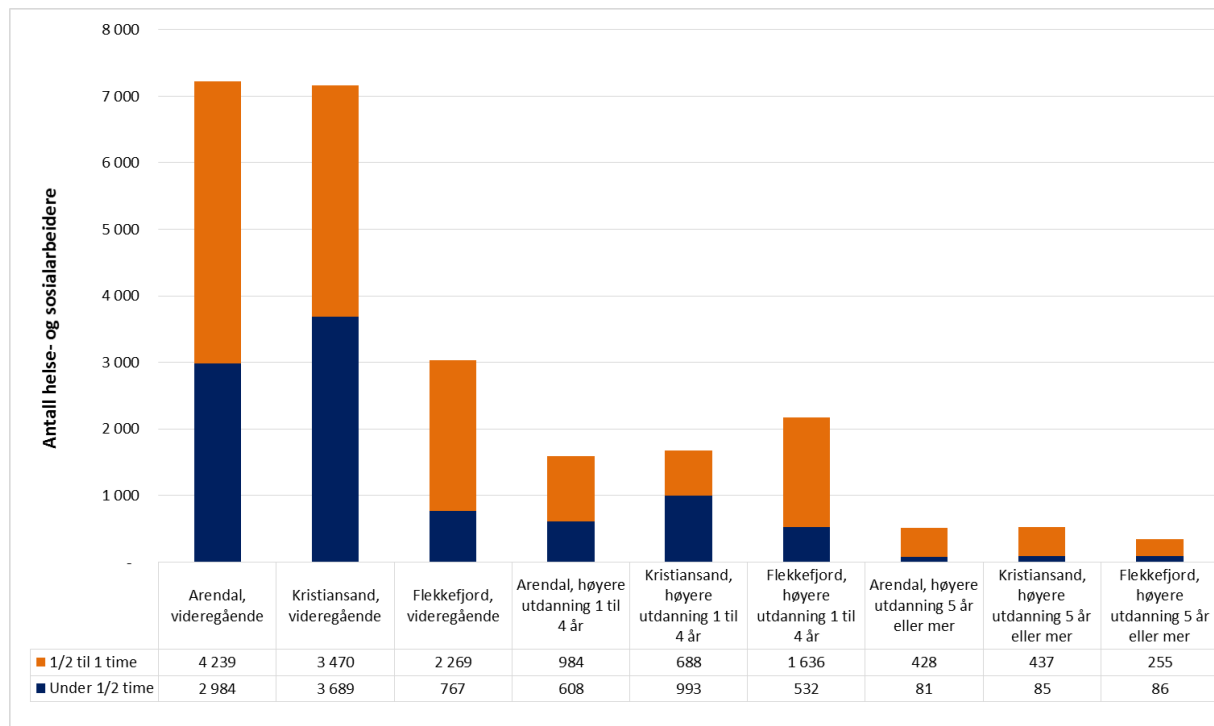
De tre sykehuskommunene har et relativt likt antall helse- og sosialarbeidere med 5 år eller lengre høyere utdanning (typisk leger og sykepleiere med spesialisering) boende innen en halvtime fra bykjernen. I Kristiansand er antallet 85, mot 86 i Flekkefjord og 81 i Arendal. Øker man reisetiden til en time rundt hver av byene blir antallet innenfor utdanningskategorien 522 for Kristiansand, 509 for Arendal og 341 for Flekkefjord. Tallene er delvis preget av reisetiden mellom Arendal og Kristiansand er under en time.

I kategorien med en til fire års høyere utdanning (typisk sykepleiere uten spesialisering) er antall helse- og sosialarbeidere som bor innen en halvtime fra Kristiansand 993, mot 608 i Arendal og 532 i Flekkefjord. Trekker man grensen for reisetider en time rundt de potensielle vertskommune for et nytt sykehus kommer imidlertid Flekkefjord best ut med 2 168 helse- og sosialarbeidere innenfor denne utdanningskategorien, mot henholdsvis 1 681 og 1 592 i Kristiansand og Arendal. Dette har sammenheng at Flekkefjordområdet omfatter flere norske småbyer og større bygder som Egersund, Mandal, Farsund og Lyngdal. Konkurransen om import av arbeidskraft fra utenfor regionen vil forøvrig selvsagt være lik for alle.

Kristiansand har flest helse- og sosialarbeidere med videregående utdanning (typisk helsefagarbeidere) er innenfor en halvtime med 3 689, etterfulgt av 2 984 i Arendal og 767 i Flekkefjord. Innenfor en times reisetid kommer Arendal og Kristiansand omtrent likt ut med 7 223 og 7 159 helse- og sosialarbeidere på videregående utdanningsnivå, mens Flekkefjord kun har 3 026 personer i denne kategorien. Dette må ses i sammenheng med det tilbudet av helse- og sosialfag på de videregående skolene i Agder.

Vi har illustrert nedslagsfeltene for de tre kommunene i de ulike utdanningskategoriene i [Figur 3-4](#) under.

Figur 3-4: Nedslagsfelt for helse- og sosialarbeidere i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. Kilder: Gule Sider (2014), Menon (2014) og Statistisk sentralbyrå (2014)



Det er for øvrig verdt å merke seg konkurransen om arbeidskraft med *andre helseforetak*. I øst møter Arendal sykehus konkurranse fra Sykehuset Telemark som har hovedsete i Skien samt enheter i Porsgrunn og Kragerø. I vest møter Flekkefjord sykehus konkurranse fra Stavanger Universitetssjukehus som har hovedsete i Stavanger og distriktskontor i Egersund. Kristiansand sykehus møter derimot liten konkurranse fra andre helseforetak i arbeidsmarkedet, men konkurrerer med de to andre sykehusene på hver sin kant. Igjen er det imidlertid viktig å påpeke at konkurransen om mulige innflyttere fra andre deler av landet og utlandet, i utgangspunktet er den samme for Arendal, Flekkefjord og Kristiansand.

3.3. Kristiansand har lenge vært et populært valg blant turnuskandidater (leger)

Når nyutdannende leger tidligere skulle velge turnussted i Norge (frem til 2013), fikk de utdelt en «kølapp»: Den som trakk no. 1 kunne velge turnussted først, den som fikk no. 2 valgte deretter osv. osv.² Ved å analysere hvilke kønummer kandidatene som valgte de ulike sykehusene hadde, får man en god pekepinn på hvilke sykehus og steder som var mest populære. De sykehusene med flest turnusleger med lavt kønummer ville kunne sies å være de mest attraktive blant legene (fordi de ble valgt først). De med gjennomsnittlig høyest kønummer er de minst populære stedene.

3.3.1. Større tettsted og sykehus mer attraktive enn mindre tettsted og sykehus

Vi har sammenlignet alle sykehusene i Norge som er med i den gamle turnuslegeordningen med «kølapp»-systemet. Analysen viser at det er en sterk sammenheng mellom hvor attraktivt sykehuset er og hvor mange som bor i tettstedet der sykehuset ligger. Analysen er gjort ved å gjøre en regresjonsanalyse på sammenhengen mellom hvilke sykehus turnuskandidater valgte og størrelsen på tettstedet som sykehuset hører til. Den viser en tydelig og signifikant sammenheng mellom hvor stort et tettsted er og hvor turnuskandidater ønsker å ha turnustjeneste. Større tettsteder er mer attraktive enn mellomstore tettsteder, og mellomstore tettsteder er mer attraktive enn mindre tettsteder.

I Sørlandsregionen er det kun Kristiansand som kan konkurrere i størrelse med andre større byer og tettsteder.

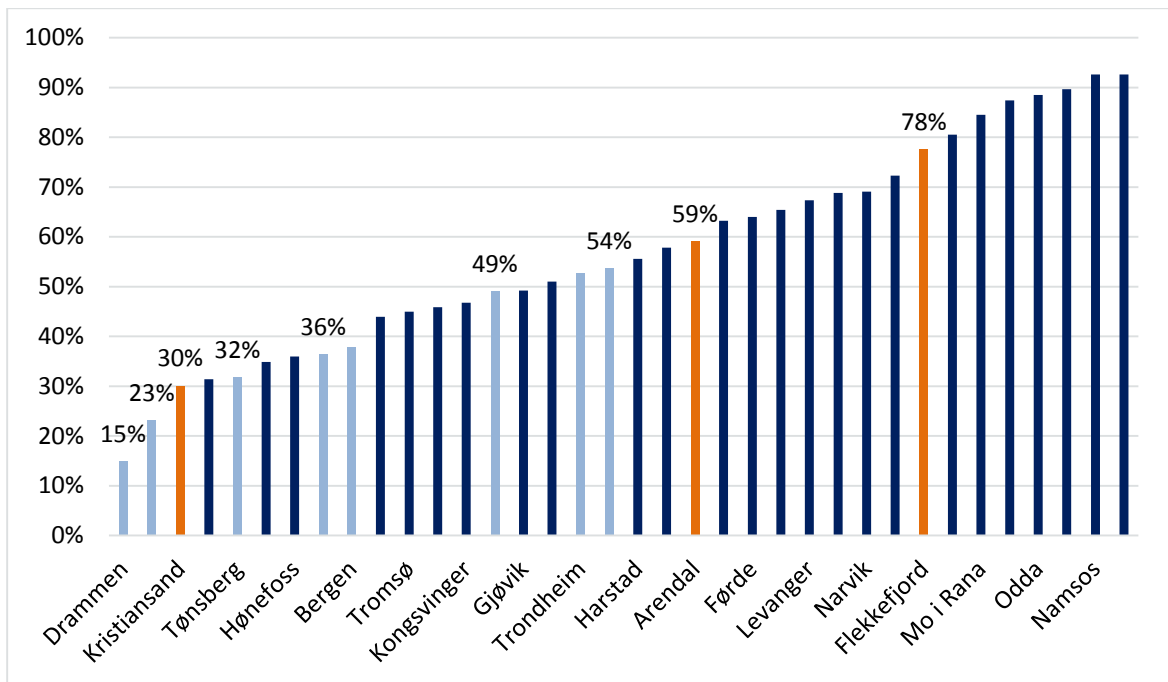
3.3.2. Oslo-regionen mest populær, men Kristiansand er på tredje plass

Ved å sammenligne gjennomsnittskandidaten for tettstedene der sykehusene ligger kan vi sammenligne tettstedenes attraktivitet. Resultatet tyder på at størrelse på tettstedet har betydning for hvor attraktivt et sykehus er. Våre analyser peker mot at særegne egenskaper ved sykehuset og tettstedet i tillegg til størrelse på tettstedet påvirker hvor attraktivt et sykehus er. Under har vi sammenlignet tallet for gjennomsnittskandidaten for de største tettstedene som har sykehus.³

² 1. desember 2012 vedtok Helse- og omsorgsdepartementet en ny turnusordning som baserer seg på at legene søker om turnussted snarere enn loddtrekning. Vår analyse baserer seg på tall fra de to siste årene av den gamle turnusordningen (2011 og 2012). Vi mener disse tallene gir et relevant bilde av dagens situasjon mht. attraktivitet blant leger selv om de er fra to år tilbake.

³ Tettsteder med mindre enn 4500 innbyggere med sykehus er ikke tatt med, men dette påvirker ikke de relevante resultatene.

Figur 3-5 Tettsteder rangert etter attraktivitet fra mest til minst attraktiv. Lavere tall er mer attraktivt

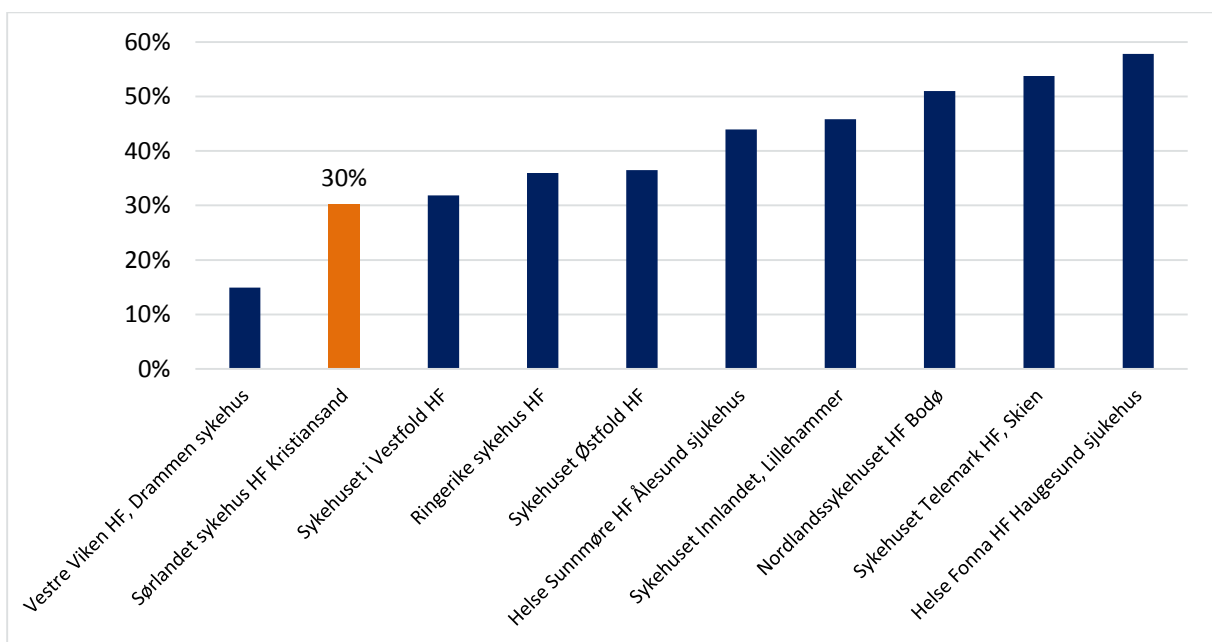


Figuren viser at Kristiansand er det tredje mest attraktive tettstedet på landsbasis.

3.3.3. Kristiansand er blant de mest attraktive sammenlignet med tilsvarende sykehus

Det er viktig å poengtere at analysen ikke kan skille ut om attraktiviteten skyldes størrelsen på tettstedet eller sykehuset. Vi har sammenlignet populariteten til hvert enkelt sykehus slik at vi kan forsøke å sammenligne liknende byer. I figuren under ser vi hvor lavt tall turnuskandidatene hadde i gjennomsnitt da de valgte sykehusene under. Jo lavere tall sykehuset har, desto mer populært var sykehuset blant turnuskandidatene.

Figur 3-6 Kristiansand sykehus sammenlignet med sammenlignbare sykehus

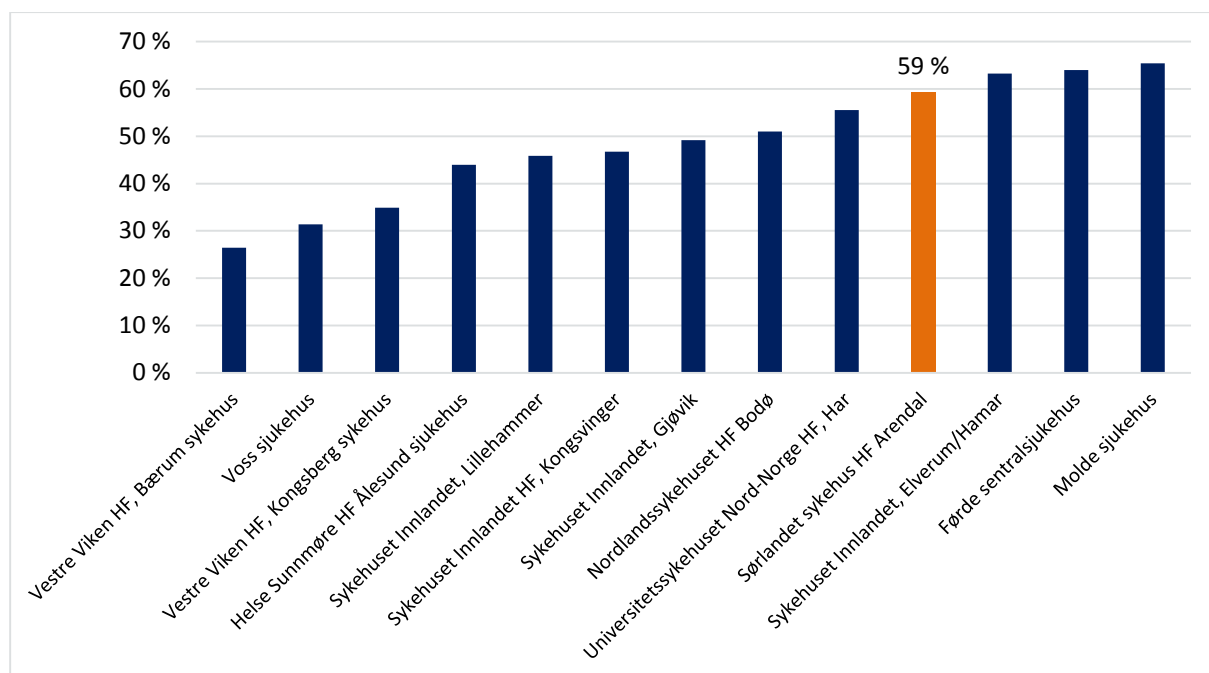


Som figuren viser er Kristiansand sykehus mer attraktivt enn lignende sykehus på omtrent samme størrelse i antall ansatte og funksjoner. Dette tyder på at Kristiansand som by er mer attraktiv for turnuskandidater enn andre tettsteder med sykehus på samme størrelse.

3.3.4. Arendal sykehus har relativt sett noe lavere attraktivitet sammenlignet med tilsvarende sykehus

I figuren under har vi sammenlignet gjennomsnittskandidaten for Arendal sykehus med sykehus som er omtrent like store og/eller ligger i omtrent like store tettsted som Arendal.

Figur 3-7 Arendal sykehus sammenlignet med lignende sykehus



3.4. Leger og sykepleiere foretrekker i økende grad større fagmiljøer og steder/byer med urbane kvaliteter fremfor mindre steder

I rapporten «Rekruttere og beholde» ble det samlet inn data om leger, jordmødre, og sykepleiere som jobbet i helsetjenesten i Tromsø og Finnmark, samt studenter som studerte for å bli leger, jordmødre og sykepleiere i Tromsø og Finnmark. Drøyt tre av fire av respondentene som allerede var utdannet var sykepleiere, noe som gjør denne rapporten spesielt interessant med tanke på hvordan man kan rekruttere disse arbeidstakerne. (Abelsen, 2013, s. 1)

Hovedpunkter fra denne rapporten som er relevant med tanke på plassering av Sørlandet sykehus er:

- Mange helsearbeideres drømmejobb er på et sykehus i et urbant område.
- Viktige faktorer ved valg av arbeidssted er blant annet videreutdanningsmuligheter, karrieremuligheter, muligheter for veiledning og fleksibel arbeidstid.
- Flere helsearbeidere opplever faglig og geografisk isolasjon ved å jobbe i et mindre urbant område.

3.4.1. Drømmejobben for mange helsearbeidere er på et sykehus i et urbant område

I rapporten «Rekruttere og beholde» ble spørsmålet «Hva er drømmejobben din innenfor helsesektoren?» stilt til deltakerne. 47 prosent av respondentene svarte at drømmejobben var på et sykehus i et urbant område.

Tabell 3-1 – Hva er din drømmejobb i helsevesenet? Fordelt på arbeidssted. Mulig å sette flere kryss (Abelsen, 2013, s. 36)

	Andel	N=
Primærhelsetjenesten i et urbant område	15 %	832
Primærhelsetjenesten i et ruralt område	13 %	832
Sykehus i et urbant område	47 %	832
Sykehus i et ruralt område	21 %	832
Arbeide utenlands	19 %	832
Forskning/undervisning ved universitet/høgskole	21 %	832
Annet	13 %	832

Som figuren viser, svarte 47 prosent av respondentene at drømmejobben var på et sykehus i et urbant område. Sørlandet Sykehus Kristiansand passer denne beskrivelsen, og det kan sies at å arbeide på et sted som Kristiansand sykehus blir sett på som veldig attraktivt av helsearbeidere. Til sammenligning svarte 21 prosent at drømmejobben var på et sykehus i et ruralt område. Å plassere Sørlandet sykehus i et mindre urbant område, for eksempel ute langs E18 (på samme måte som i Østfold), vil gjøre sykehuset mindre attraktivt som arbeidsplass iht. denne undersøkelsen.

3.4.2. Flere viktige faktorer ved valg av arbeidssted er knyttet til størrelsen på fagmiljø

I den samme rapporten ble det også stilt spørsmål om ulike aspekters betydning ved start i nåværende jobb. Flere av svarene som ble gitt, var direkte eller indirekte knyttet til størrelsen på fagmiljø, noe som antyder at et stort fagmiljø ses på som attraktivt for arbeidstakere. Faktorene som var knyttet til størrelsen på fagmiljø var følgende:

- Videreutdanningsmuligheter
- Karrieremuligheter
- Muligheter for veiledning
- Fleksibel arbeidstid

Tabell 3-2: Enighet i påstander og ulike aspekters betydning ved start i nåværende jobb. Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt. (Abelsen, 2013, s. 22)

	Uenig(1,2)	Verken eller(3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennomsnitt	N=
Jobben passer til min utdanning	1 %	5 %	94 %	100 %	4,5	799
Jeg opplever trygghet i jobben	30 %	19 %	78 %	100 %	4,1	796
Arbeidsforholdene	60 %	24 %	70 %	100 %	3,9	794
Begrensede muligheter andre steder	52 %	23 %	25 %	100 %	2,5	791
Videreutdanningsmuligheter	18 %	33 %	49 %	100 %	3,4	792
Karrieremuligheter	19 %	37 %	44 %	100 %	3,3	791
Muligheter for veiledning	17 %	33 %	50 %	100 %	3,2	793
Fleksibel arbeidstid	33 %	29 %	38 %	100 %	3,1	795
Omdømmet til arbeidsgiver	28 %	42 %	30 %	100 %	3,0	787
Jeg hadde turnus/hospiterte der	60 %	15 %	14 %	100 %	2,3	791
Jeg vokste opp der	71 %	9 %	20 %	100 %	2,0	791
Min ektefelle vokste opp der	72 %	11 %	17 %	100 %	2,0	788
Lønn	25 %	32 %	43 %	100 %	3,2	790
Fritidsaktiviteter	25 %	31 %	44 %	100 %	3,2	792
Sosiale og fritidsaktiviteter	22 %	29 %	49 %	100 %	3,3	794

Spesielt videreutdanningsmuligheter, som 49 prosent av deltakerne svarte at var viktig, er relevant for diskusjonen om plassering av Sørlandet sykehus. Universitetet i Agders campus i Kristiansand er det eneste stedet i regionen der sykepleiere kan ta videreutdanning. Universitetet i Agder tilbyr spesialsykepleie med studieretning i anestesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleie. Et arbeidssted med nærhet til disse utdanningsmulighetene kan dermed virke mer attraktiv for arbeidstakerne.

Karrieremuligheter (som 44 prosent sa var viktig) er også en faktor som er av spesiell betydning for Sørlandet Sykehus Kristiansand, da Kristiansand er en større by med et mer robust arbeidsmarked og flere potensielle arbeidssteder enn både Arendal og Flekkefjord. At helsearbeidere kan tenke seg å flytte til en by med større muligheter for dem, både innenfor Sørlandet Sykehus og i andre deler av helsesektoren, kan dermed være et argument for plassering av Sørlandet Sykehus i Kristiansand. Dette er en faktor som kan være veldig viktig når det er konkurranse om arbeidstakerne.

3.5. Kristiansand er attraktiv for både helsearbeidere og partnere/familie

En av de viktigste utfordringene for distriktene utenfor de norske storbyene blir å tiltrekke seg høyt kompetent arbeidskraft i fremtiden (NOU 2011:3, 2011). I «NOU 3, Kompetansearbeidsplasser – drivkraft for vekst i hele landet» (2011) anbefales det å satse på regionale senter for å skape attraktive bo- og arbeidsmarkedsregioner og økt dynamikk i arbeidsmarkedet.

Tettbefolkede områder er innen økonomisk litteratur fremhevet som steder som ofte har sterkere økonomisk vekst enn mindre tettbefolkede områder. Krugman (1991) beskriver faktoren som den viktigste i forståelsen av økonomisk geografi. Økonomisk vekst og dermed regional utvikling drives av kostnadsnivåer, næringsdynamikk, produktivitet og prismarginer (konkurransen). Særlig produktivitetsvekst er viktig om man skal oppnå varig økonomisk vekst. Det fins nå en rekke empiriske studier som påviser en tydelig sammenheng mellom produktivitet og økonomisk tetthet i regioner (se for eksempel Ciccone 2002, Ciccone and Hall 1996, Combes et al. 2012, Dehlin et al. (2012), Melo et al. 2010, Rice et al. 2006 og Rosenthal and Strange 2004). Ciccone og Hall (1996) finner for eksempel at økonomisk tetthet forklarer om lag halvparten av produktivitetsforskjellene mellom regioner.

Det er to parallelle forklaringer for hvorfor tettbebygde områder gjør det bedre. Det ene argumentet er at høyere konkurranse i tettbefolkede områder stiller strengere krav til bedrifter for å overleve (se for eksempel Dixit og Stiglitz 1977 og Melitz 2003). På den andre siden kan økonomisk tetthet være en spire til synergieffekter mellom næringslivet, såkalte agglomerasjonseffekter (se for eksempel Marshall 1890, revidert 1920, Rosenthal and Strange 2004 og Duranton and Puga 2004). Viktige agglomerasjonseffekter inkluderer mer omfattende produkt- og faktormarkeder, større sjans for god match mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, samt læring gjennom forenklet informasjonsoverføring.

Et robust arbeidsmarked gjør et område mer attraktivt å etablere seg i. Det at mange kvinner deltar i arbeidsmarkedet gjør at områder med et robust arbeidsmarked har et fortrinn når familier skal etablere seg (Julsrud & Langset, Langpendling fremfor flytting? - Langpendling som en mobilitetsstrategi i norske husholdninger TØI rapport 1274/2013, 2013). Offentlige arbeidsplasser er komplementære med private arbeidsplasser fordi de er mindre avhengige av konjunkturer og bidrar til stabilitet i arbeidsmarkedet. Dette er særlig relevant for sykehus siden høyt utdannet arbeidskraft i mindre grad bidrar til å fortrenge annen virksomhet som en følge av konkurranse om arbeidskraften (NOU 2011:3).

Det har de siste årene vært en utvikling mot at pendling er blitt vanlig, men at menn har en større villighet til å pendle enn kvinner (Julsrud & Langset, Langpendling fremfor flytting? - Langpendling som en mobilitetsstrategi i norske husholdninger TØI rapport 1274/2013, 2013). Nærhet til arbeidsplass og kort reiseavstand er blant ansatte ved Ahus Sykehus oppgitt som en viktig faktor når de vurderer sykehuset som arbeidsplass (Julsrud, Vågane, & Hjorthol, 2013, s. 37). Bo- og arbeidsmarkedet rundt Kristiansand, definert gjennom maksimalt 45 minutter reisetid, gir nærhet til et stort og voksende arbeidsmarked (som inkluderer Mandal og Grimstad), som vi allerede har sett i punkt 4.2.3.

3.5.1. Kristiansand har et robust arbeidsmarked – også for sykehusansattes partnere og familie

Kristiansandsregionen⁴ står for 64 prosent av næringslivets verdiskaping i Agder (Oxford Research, 2014) og er den desidert største bo- og arbeidsmarkedsregionen med en samlet befolkning på nesten 130 000 personer. Kristiansand kommune alene har med sine 83 000 innbyggere alene 63 prosent av innbyggerne i Kristiansandsregionen. Det at Kristiansand har et robust arbeidsmarked og kan gi forskjellige karrieremuligheter for to arbeidstakere tyder på at større fortetning av arbeidsplasser vil gjøre hele regionen mer attraktiv (Julsrud & Langset, 2013, s. 4).

Kristiansandregionen huser bl.a. den produktive NODE-klyngen, som er en del av offshoreleverandørindustrien. I en rapport fra Menon er det vist at klyngen er blant Norges mest produktive og bidrar til å løfte arbeidsproduktiviteten i Agder med 8,1 prosent (Holmen & Fjose, Value Added and Ripple Effects from the Node Cluster Menon-rapport 5/2014, 2014).

Ulike profesjoners tilbøyelighet til å pendle avhenger av alternativene på jobbmarkedet lokalt og muligheten for arbeid som i oppfattes som givende. Siden leger potensielt kan møte relativt store faglige utfordringene i sitt arbeid og alternative på jobbmarkedene lokalt er relativt begrensede, må de forventes å være mer tilbøyelig til å pendle enn andre helsearbeidere og annet type personell ved sykehuset både med lav og høy utdanning.

Kristiansand gjør det godt i NHOs kommune-NM hvor arbeidsmarked, kompetanse og demografi vurderes

I NHOs kommune-NM 2013 kommer Kristiansandsregionen på 8. plass, Arendalsregionen på 29. plass og Listerregionen (som inneholder Flekkefjord) på 46. plass totalt i regionrangeringen. I kommunerangeringen kommer Kristiansand på 24., Arendal på 54., og Flekkefjord på 187.plass.

Tabell 3-3: Kristiansands-, Arendals- og Listerregionens plassering på regionrangering (Toftdahl, 2013, ss. 22-23)

	Kristiansandsregionen	Arendalsregionen	Listerregionen
Alle faktorer, totalt	8	29	46
Arbeidsmarked	35	72	45
Demografi	9	24	48
Kompetanse	9	24	21
Lokal bærekraft	21	25	41
Kommunal attraktivitet	16	21	65

Tabell 3-4: Kristiansand, Arendal og Flekkefjords plassering i kommunerangeringen (Toftdahl, 2013, ss. 29-32)

	Kristiansand	Arendal	Flekkefjord
--	--------------	---------	-------------

⁴ Kristiansandregionen består av Kristiansand, Lillesand, Birkenes, Vennesla, Songdalen og Søgne.

Alle faktorer, totalt	24	54	187
Arbeidsmarked	76	251	218
Demografi	28	123	227
Kompetanse	17	37	91
Lokal bærekraft	83	41	194
Kommunal attraktivitet	68	58	214

Som tabellen viser, er Kristiansand høyt oppe på rangeringen når det gjelder kompetanse. Sammenlignet med andre sykehuskommuner med omtrent samme størrelse kommer Kristiansand godt ut i kommunerangeringen. Av disse andre kommunene er det kun Ålesund som er høyere oppe på rangeringen, på 14. plass. Kristiansand er dermed høyere på rangeringen enn Haugesund, Tønsberg, Drammen, Lillehammer, Fredrikstad, Ringerike og Skien. Dermed kan man med godt grunnlag si at Kristiansand er ligger i toppskiktet av sammenlignbare kommuner.

3.6. Konklusjon

Et sykehus består av mange faggrupper, der mange er spesialiserte, høyt utdannede kompetansesarbeidere. Høyt utdannede er mer villige til å flytte på seg for å få jobb (SSB, 2005), og det er derfor nødvendig fra et rekrutteringsperspektiv at et nytt sykehus på Sørlandet blir så attraktivt som mulig for disse. Hvis ikke dette oppnås, kan sykehuset på Sørlandet oppleve manglende rekruttering av nøkkelpersonale, noe som kan få konsekvenser for både pasientsikkerhet og oppgaver som legges til sykehuset (Handlingsplan 2030, 2014). Det er trolig konkurransen med Oslo-regionen samt Stavanger og Vestlandet som blir tøffest. Agder vil kunne klare dette best ved å jobbe sammen og «spisse laget»:

Å plassere et nytt sykehus i Kristiansand vil være positivt for rekrutteringen fordi:

- Kristiansand med pendlingsomland har best tilgang på helsepersonell i dag per i dag.
- Kristiansand har et godt rykte blant unge fagfolk, både leger og sykepleiere. I en analyse av turnuskandidatenes valg av turnusplass i 2012-2013 var Kristiansand tredje mest attraktiv på landsbasis, mens Arendal og Flekkefjord kom på henholdsvis 21. og 29. plass. Dette viser at Kristiansand allerede er et attraktivt arbeidssted for turnuskandidater, og at byen kan konkurrere om søkere med andre store tettsteder i landet.
- Økonomisk vekst, variert arbeids- og næringsliv, utdanningstilbud, kulturtilbud, urbanisering og andre målbare faktorer som øker «attraktivitet» (målt bl.a. gjennom spørreundersøkelser) gjør at Kristiansand er mest attraktiv sammenlignet med andre konkurrerende lokaliseringalternativer i fremtiden.

4. Mulighet for fremtidige helseklyngeeffekter på Sørlandet

Mulighetene er til stede for at det kan oppstå en mindre helseklynge rundt et nytt Sørlandet sykehus. Skal dette skje må det legges til rette for at miljøet rundt sykehuset kan utnytte oppgraderingsmekanismene. I dette kapitlet peker vi på forhold som gjør at Kristiansand har de beste forutsetningene for å lykkes med å skape en slik klynge med næringsutvikling i samspill mellom sykehusets forsknings- og innovasjonsaktivitet, UiA og næringslivet rundt.

4.1. Forutsetninger som må være tilstede for at en klynge skal oppstå

En klynge fungerer på følgende måte: Jo større eksterne skalafordeler og komplementariteter det er mellom aktørene i et næringsmiljø, desto større potensielle synergier vil det være mellom dem. Evnen og viljen til å igangsette og gjennomføre samhandlingsprosesser for å realisere synergiene, avhenger av gruppens relasjonelle forutsetninger for samhandling, for eksempel om det er tilstrekkelig geografisk og kulturell nærhet, om aktørene har tillit til hverandre og om det er utviklet en felles (klynge-)identitet. Er synergiene betydelige og de relasjonelle forutsetningene til stede, vil konkrete samhandlingsprosesser lede til effekter/måloppnåelse i form av innovasjon, økt produktivitet, styrket internasjonal konkurranseevne, og dermed til vekst og lønnsomhet.

Det er altså samhandlingsprosessene – de konkrete utviklings- og kompetanseprosjektene, møteplassene og koblingene til eksterne miljøer som skaper resultater i form av innovasjon, produktivitetsøkning, internasjonalisering, vekst og lønnsomhet.

Det kan være gode grunner for å legge til rette for opprettelse av en klynge rundt helseteknologi på Agder. Det medisinske miljøet i Trondheim og Oslo er allerede i dag forskningsintensive klynger innen henholdsvis ultralyd og kreftbehandling (Holmen & Jakobsen, 2013). Vi har med utgangspunkt klyngeteori forsøkt å kartlegge hva som skal til for at en helse klynge kan oppstå i Agder-regionen.

En klynge kan oppstå gjennom en eller flere dynamiske effekter, såkalte *oppgraderingsmekanismer*. Tidligere studier, for eksempel Reve og Jakobsen (2001), skisserer fire former for oppgraderingsmekanismer som skapes i en velfungerende klynge:

- **Innovasjonspress** – som skyldes kombinasjonen av nærhet til krevende kunder og hard konkurranse om kundenes gunst. Presset forplanter seg til alle produkt- og faktormarkeder hvor det er tilstrekkelig intensiv konkurranse, fordi bedrifter som er utsatt for innovasjonspress, selv blir krevende kunder i sine egne leverandørmarkeder.
- **Kritisk masse** – skala og spesialisering i immobile ressurser (infrastruktur, kompetanse og leveranser). Dreier seg om at vekst og nyetableringer leder til at investeringer og forretningsidéer oppnår kritisk masse og dermed blir realisert. Dette vil øke området attraktivitet, noe som vil føre til ytterligere vekst og dermed råde grunnen for at nye prosjekter når kritisk masse.
- **Kunnskapseksternaliteter** – kunnskap som utvikles og spres gjennom person-sirkulasjon (mobilitet av ansatte, ledere og konsulenter) og gjennom formelle og sosiale kommunikasjonsarenaer.
- (Reduserte) **transaksjonskostnader** – som følge av god informasjonstilgang, kontinuitet i relasjoner, tillit og lave transportkostnader.

Denne type systemdynamikk er imidlertid kompleks, indirekte og skjer ofte som sideeffekter av de konkrete aktivitetene. Derfor er de også svært vanskelig å måle og vurdere direkte. Det er imidlertid grunn til å forvente

at oppgraderingsmekanismene over tid skal gi seg utslag i økt verdiskaping, gjennom innovasjoner, økt produktivitet og styrket internasjonal konkurranseevne.

4.2. Vurdering av klyngemekanismene og SSHF i Kristiansand

4.2.1. Innovasjonspress

På et sykehus vil det alltid være et press for å bruke ressursene mer effektivt. Dette skaper et press om å gjøre kjøpe inn mer innovative og bedre løsninger for å øke produktiviteten og kutte kostnadene. Helsesektoren er avhengig av å gjøre innovative innkjøp. For å lykkes med dette trengs det konkurranse mellom leverandører som, men også relasjoner og tillit mellom innkjøper og leverandører (Fjose, Grünfeld, Skogli, & Sørvig, 2014).

Hvis det skal oppstå en helseklynge i Agder-regionen så er den avhengig av nærhet mellom bedrifter som leverer til sykehussektoren og sykehusets innkjøpere og fagpersoner. Det tar tid å bygge gode rammer for innovative innkjøp og villighet til å ta risiko blant innkjøpere, men det er potensielt store mulige gevinster for helsesektoren ved å lykkes bedre med innovative innkjøp (Fjose, Grünfeld, Skogli, & Sørvig, 2014).

4.2.2. Kritisk masse

En klynge er avhengig av et visst volum for å lykkes, størrelsen som er nødvendig før man får positive klyngeeffekter avhenger blant annet av hvor kapitalintensiv næringen er. Farmasøytiske industri er meget kapitalintensivt og det krever mye å bygge en slik klynge. Det har siden årtusenskiftet skjedd et skifte fra farmasi til helseteknologi (Holmen & Jakobsen, 2013), dette skiftet har vært positivt i Norge siden det muliggjør mindre kapitalintensive helseklynger. Det er likevel behov for en viss størrelse på miljøet, dette fordi et stort miljø bidrar til at personer kan flytte på seg og etablere nye bedrifter. Nye bedrifter som realiserer verdier skaper attraktivitet som kan tiltrekke seg ny aktivitet og man får en positiv spiral.

Behovet for størrelse peker mot at en klynge trenger et stort sykehus og at dette sykehuset bør ligge i det området der det er størst tetthet av mennesker. Kristiansand kommune er en stor leverandør av helsetjenester. Et stort volum og høy kompetanse vil kunne gjøre kommunen til en sentral aktør i utviklingen av en helseklynge.

4.2.3. Verdiskapingseffekter av helsekompetanse

Kristiansand har i dag det meste forskningsaktiviteten og UiA har campus i Kristiansand. Det er i Kristiansand at det er forskningsmiljøer noe gjør området beste egnet til å skape *kunnskapseksternaliteter* i fremtiden, men det er mulig å lykkes med dette med andre plasseringer, men det vil kreve flytting av personer og institusjoner.

Universiteter og sykehus har formelle kanaler for å sikre flyt av kunnskap mellom studenter, akademiske ansatte og sykehusansatte gjennom undervisning og praksis underveis i studiet. Dette skjer nok i noen grad i dag med relasjonen mellom sykepleierutdanningen og sykehuset i Kristiansand. Om Sykehuset Sørlandet blir universitetssykehus, som sykehusene i Bodø og Stavanger, vil det opplagt øke forskningsaktiviteten på sykehuset (Utviklingsplan 2030 SSHF, 2014).

4.2.4. Informasjonsflyt og relasjoner flyter best i et campus-lignende miljø som kan skapes på Eg

En avgjørende faktor for at en klynge kan oppstå er at kontakt mellom personer og miljøer kan skje uten store utfordringer og kostnader. Dette betyr blant annet fysisk nærhet, noe som gjør personlig kontakt lettere. Dette fremheves som viktig både i Oslo Cancer Clusters og Radiumhospitalet og Trondheim helseklynge og St. Olav

Sykehus. I en høringsuttalelse fra legeforeningen i forbindelse med plassering av nytt sykehus i Trondheim ble det påpekt at økt avstand mellom sykehusmiljøet og forskningen på NTNU kunne føre til mindre forskning og dårligere rekruttering av forskere (Den norske lægeforening, 2002).

Det er også viktig at relasjoner og tillit som er bygget over tid blir ivaretatt og videreutviklet for at en klynge kan oppstå. Siden det meste av forskningen allerede skjer i Kristiansand taler det for at det er her det er mest kontakt og flest relasjoner mellom aktørene. Det betyr ikke at relasjoner ikke kan oppstå hvis sykehuset plasseres et annet sted, men det vil sannsynligvis ta lengre tid å bygge opp.

En sykehusplassering i nærheten av Kristiansand sentrum vil være det alternativet som legger best til rette for en effektiv flyt av informasjon innad i en klynge. Dette er fordi det vil være plasseringen som vil gi best informasjonsflyt mellom aktørene.

4.3. Konklusjon

Synergier mellom private helseaktører, kommunale leverandører av helsetjenester og sykehus kan skape merverdier for samfunnet. Slike synergier er imidlertid avhengig av at kompetansemiljøet er stort nok og tett integrert. I dag er det ingen av de alternative lokaliseringene som kan vise til miljøer av tilsvarende størrelse som Kristiansand innenfor helsenæringen på tvers av privat og offentlig eierskap.

Vi mener forholdene kan legges til rette for en mindre helseklynge i Agder. Det krever en kombinasjon av relevant næringsliv og akademisk miljø med geografisk nærhet, sterke relasjoner og kritisk størrelse på sykehusets forsknings- og innovasjonsaktivitet. Det vil være mest sannsynlig at en klynge oppstår hvis et sentralisert sykehus plasseres i Kristiansand.

5. Oppsummering og avsluttende drøfting av lokaliseringsspørsmålet

I denne rapporten har vi belyst forhold knyttet til eventuell lokalisering av nytt hovedsykehus på Sørlandet knyttet til arbeidsmarkedet og næringslivet.

Våre funn på arbeidsmarkedet og næringslivet støtter opp under en slik konklusjon. De viktigste er:

- **Utbygging av det eksisterende sykehuset i Kristiansand medfører relativt lave investeringskostnader.** I en analyse foretatt av PWC på oppdrag fra Sørlandet Sykehus HF viser at bygging av et nytt sykehus på en ny tomt vil koste om lag 13,5 milliarder kroner, mens utvidelse av det eksisterende sykehuset på Eg i Kristiansand vil koste rundt 8,1 milliarder kroner.
- **Oppbygging av et nytt sykehus vil medføre høyere organisatoriske omstillingskostnader.** Omstilling av sykehus vil innebære organisatoriske omstillingskostnader, knyttet til etablering av ny organisasjonskultur og ny organisasjonsstruktur. Siden kompetansemiljøet knyttet til Kristiansand sykehus er vesentlig større enn sykehusene i Arendal og Flekkefjord, er det grunn til å tro at omstillingskostnadene vil være noe lavere i Kristiansand.
- **Lokalisering av fremtidig sykehus til Kristiansand vil minimere transportbehovet og redusere klimagassutslipp.** Økt transport som følge av lengre reisevei og økt pendling påfører de reisende og samfunnet kostnader i form av økt tidsbruk, kjøretøyrelaterte driftskostnader, kødannelse, større ulykkehypighet og høyere klimautslipp. Kristiansand kommune huser i dag flest sykehusansatte og helsearbeidere, og har det største geografiske nedslagsfeltet i arbeidsmarkedet og befolkningen. Lokalisering av sykehuset i Kristiansand vil dermed generere mindre transport, både for ansatte, besøkende, pasienter og leverandører. Kristiansand er også som femte største by i Norge et naturlig regionsenter, noe som vektlegges i nasjonale retningslinjer for areal- og transportplanlegging ved slike store statlige utbygginger.
- **Kristiansand er best posisjonert for å rekruttere i et stadig strammere arbeidsmarked for helsearbeidere.** Byen har i dag litt større tilgang på helsearbeidere enn Arendal og Flekkefjord, i tillegg til bedre tilgang til et universitetsmiljø innen helse. Desto viktigere er det at Kristiansand oppfattes som et mer attraktivt sted å søke jobb for potensielle innflyttere, både på grunn av boattraktivitet, arbeidsmarked og fagmiljø i regionen.
- **Dersom man er opptatt av å stimulere til helseinnovasjon, er Kristiansand den mest hensiktsmessige beliggenheten for et hovedsykehus.** Kombinasjonen av Kristiansandregionens størrelse og det eksisterende universitetsmiljøet taler for at grunnlaget for opparbeiding av en helseklynge som inkluderer helseinnovatører er størst i Kristiansandregionen.

På bakgrunn av tilgjengelig informasjon fra Utviklingsplan 2030⁵ og analyser gjennomført i denne rapporten kan vi konkludere at forhold knyttet til arbeidsmarkedet og næringslivet taler for at et eventuelt nytt hovedsykehus på Sørlandet bør lokaliseres i Kristiansand.

⁵ Vi forutsetter at datagrunnlaget i Utviklingsplan 2030 er korrekt.

5.1. Begrensinger i oppdragets mandat

For å kunne gi en robust konklusjon på hvilket lokaliseringalternativ som er mest lønnsomt for samfunnet er det nødvendig å gjennomføre en fullstendig samfunnsøkonomisk analyse. Vår analyse er en delanalyse som fokuserer på arbeidsmarkedet og næringslivet.

Som det fremgår av Utviklingsplan 2030 har det ikke blitt gjennomført noen samfunnsøkonomisk-, kost-nytte- eller generell «samfunnsanalyse» så langt i regi av SSHF:

«De samfunnsmessige konsekvensene av endringer i sykehusstruktur har i liten grad vært vurdert og det er liten kunnskap om konsekvenser for lokalsamfunn.»

Både for Møre og Romsdal HF og Innlandet Sykehus HF foretas det konsekvensutredninger («samfunnsanalyse»), og dette vil også bli gjennomført for Sørlandet Sykehus HF i samarbeid med de berørte kommunene (kilde: SSHFs hjemmeside).

En ringvirkningsanalyse av eventuelle nedleggelse av sykehus og arbeidsplasser (eller etableringer av arbeidsplasser) har ikke vært en del av vår analyse. I forbindelse med utredningen av ny sykehusstruktur på Sørlandet vil det også være nødvendig å se opprettelsen av et nytt hovedsykehus i sammenheng med øvrige endringer sykehusstrukturen i regionen. Kartleggingen av helseforetakets driftskostnader og nøyere kartlegging av investeringskostnader vil også være hensiktsmessig.

Oppdragets mandat fokuserer på *produsentsiden*, derunder sykehusene med tilhørende kunnskap og personell. *Konsumentensiden* – brukere/pasienter/befolkning – er viktigst for sykehuslokaliseringen, men er ikke omfattet av denne utredningen. Hvorvidt konklusjon i denne rapporten – at et fremtidig Sørlandet sykehus bør ligge i Kristiansand – står seg i en mer helhetlig analyse, er avhengig av at en slik løsning ikke gir et vesentlig dårligere helsetilbud for befolkningen på Sørlandet enn de andre alternativene.

Referanseliste

- Agderforskning (2013), Påvirkbare drivkrefter for vekst i byutvikling - Kunnskapsgrunnlag for næringsmelding i Kristiansand kommune
- Agderforskning (2013), Kompetanseutfordringer på Agder
- Agderforskning 2013, Krise, omstilling og vekst,
- Agderforskning (2012), Utfordringer og muligheter for Agder
- Agderforskning (2011), Regional Monitor 2011
- Asplan Viak (2014), Tilgjengelighetsanalyse 1, 2, 3 og 4, februar 2014
- Brekke (2014), Hospital Mergers with Regulated Prices, NHH, 2014
- Helsedirektoratet (2011) Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter
- Oslo Economics (2012), Samfunnskonseskvenser – ny sykehusstruktur i Helse Møre og Romsdal HF
- Innlandet HF (2005), Sykehuset og samfunnet. Regionale virkninger av omstrukturering i Sykehuset
- Ciccone, A. (2002). Agglomeration effects in Europe. *European Economic Review*, 46(2), 213-227
- Ciccone, A., and Hall, R. E. (1996). Productivity and the density of economic activity (No. w4313). National Bureau of Economic Research
- Combes, P. P., Duranton, G., Gobillon, L., Puga, D., and Roux, S. (2012). The Productivity Advantages of Large Cities: Distinguishing Agglomeration from Firm Selection. *Econometrica*, 80 (6), 2543-2594, Chicago
- Dehlin, F., Kolstrup, K., Lindquist, K.-G., Samstad, H. K. og Holljen, E. (2012). Mernytte av samferdselsinvesteringer. Samferdselsdepartementet: Oslo
- Duranton, G. and Puga, D. (2003). Micro-Foundations of Urban Agglomeration Economies, NBER Working Paper 9931, National Bureau of Economic Research
- Gaynor et al (2012), Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS, Working Paper No. 12/281, University of Bristol 2012
- Holmen, R.B. og Fjose, S. (2014): Value Added and Ripple Effects from the Node Cluster, Menon-publikasjon nr. 5/2014.
- Holmen, R.B. og Jakobsen, E.W. (2014): Helsemyggordningen: Et virkemiddel for å stimulere til helseinnovasjon, Menon-publikasjon nr. 39/2013.
- Ingebrigtsen, T (2010), Helseøkonomiske effekter av sykehussammenslåinger, *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* nr. 9, 2010; 130: 940–2
- Ingebrigtsen et al (2012) Ingebrigtsen, T, Lind, M, Krogh, T, Lægland, J, Andersen, H, og Nerskogen, E: *Sammenslåing av tre sykehus til ett universitetssykehus Tidsskrift for Den Norske Legeforening 2012; 132:813 – 7*
- Johnstad B, Kismul I, Nemeth L et al. Strukturendringer og funksjonsfordelinger i helseforetak – forhold som fremmer og hemmer endringsprosesser. Prosjektoppgave. Oslo: Nasjonalt topplederprogram, 2006.
- Kjekshus LE, Hagen TP. (2003), Ga sammenslåing av sykehus høyere effektivitet? Erfaringer fra Norge i 1990-årene. *Tidsskrift for Velferdsforskning* 2003; 6: 3 – 16
- Krugman, P. R. (1991). *Geography and trade*. MIT press.
- Magnussen, J(2013), Skal vi slå sammen enda flere sykehus?, *Dagens Medisin* oktober 2013.

- Marshall, A. (1920). Principles of Economics (Revised Edition ed.). Originally published in 1890, new version published in 1920. London: Macmillan: reprinted by Prometheus Books. ISBN 1-57392-140-8
- Melitz, M. J. (2003). The Impact of Trade on Intra-Industry Reallocations and Aggregate Industry Productivity. *Econometrica*, 71(6), 1695-1725, Chicago
- Melo, P. C., Graham, D., and Noland, R. (2009). A meta-analysis of estimates of urban agglomeration economies. *Regional Science and Urban Economics* (39), ss. 332-342.
- Multiconsult (2013), Tomteanalyse & mulighetsstudie Nye Vestre Viken Sykehus - en evaluering av tomter til nytt Vestre Viken sykehus
- NOU (2011:3): Kompetansesarbeidsplasser – drivkraft for vekst i hele landet. Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning, Oslo.
- NOU (2012:16): Samfunnsøkonomiske analyser, på vegne av Finansdepartementet, Oslo, 3. Oktober 2012
- PWC (2014), Utviklingsplan2030 - Sørlandet sykehus HF: Økonomiske vurderinger av ulike scenarier
- Rice, P., Venables, A. J., and Patacchini, E. (2006). Spatial Determinants of Productivity: Analysis for the Regions of Great Britain. *Regional Science and Urban Economics*, 36(6), 727-752
- Rosenthal, S. and Strange, W. (2004). Handbook of Regional and Urban Economics, Volume 4: Evidence on the nature and sources of agglomeration economies pp. 2119–2171. Amsterdam: Elsevier.
- SSB (2005), Effekten av regional arbeidsmarkedsmobilitet.
- Skogstrøm, J.F., Ulstein, H., Holmen, R.B., Iversen, E.K., Høiseth-Gilje, K., Gulbrandsen, M.U. og Grünfeld, L. (2013), Investering i vei – blir næringslivet mer produktivt, Menon publikasjon NR. 36/2013
- SSHF (2014), Strategiplan 2015-2017 arbeidsgruppe 13, «Kompetanseplan mot 2020»
- Statsbygg og Miljøverndepartementet (2009), Statlig lokalisering og god by- og stedsutvikling – Gode eksempler
- Transportøkonomisk Institutt (2013), Hva skal til for å få mer miljøvennlige arbeidsreiser til Ahus,
- Utviklingsplan 2030 SSHF (2014) – Sørlandet sykehus HF. Høringsdokument
- Vestre Viken HF/Deloitte (2014), Strategi 2025-Del 1 -Eksterne Analyser, <http://www.vestreviken.no/Deloitte>
- Vista Utredning (1999), Lokalisering av nytt sykehus i Østfold - En sammenlikning av alternativene Kalnes og Tofteberg og fylkestingets vedtak av 21.10.99.