

SAMFUNNSANALYSE

NORDLANDSSYKEHUSET LOFOTEN





Forord

Denne samfunnsanalysen er gjennomført på oppdrag fra Lofotrådet, som er et regionråd for kommunene i Lofoten. Vi vil takke alle som har bidratt med gode innspill underveis i prosessen med denne rapporten. Vi vil også takke Lofotrådet for et spennende oppdrag.

Menon står ansvarlig for innholdet i rapporten.

April 2024

Erland Skogli
Prosjektleder
Menon Economics

Innhold

1	INNLEDNING	7
1.1	Bakgrunnen for samfunnsanalysen	7
1.2	Metode og avgrensninger	9
2	BEFOLKNING OG BEFOLKNINGSUTVIKLING	12
2.1	Lofotens befolkningsstruktur	12
2.2	Befolkningsutvikling i Lofoten	14
2.3	Befolkningsutvikling i Nord-Norge	19
2.4	Befolkningsprognoser for Lofoten mot 2040	21
2.5	Konsekvenser for befolkningsutvikling	26
3	NÆRINGSLIV, VERDISKAPING OG SYSSELSETTING	30
3.1	Dagens struktur for næringsliv og sysselsetting	30
3.2	Vurdering av virkninger for lokal sysselsetting og verdiskaping	32
3.3	Økonomiske konsekvenser for kommunene	36
4	REISELIV OG BESØKENDE	39
4.1	Reiselivsanalysens problemstillinger og avgrensninger	39
4.2	Kartlegging av de tilreisende	40
4.3	Områder av reiselivet som vil kunne påvirkes	47
4.4	Konsekvenser for attraktiviteten til Lofoten som reisemål	47
5	SAMFUNNSSIKKERHET OG BEREDSKAP	49
5.1	Konsekvenser for andre aktører innen samfunnsikkerhet og beredskap	49
5.2	Vurdering av konsekvenser for samfunnsikkerhet og beredskap	52
6	KOMMUNEHELSETJENESTEN	54
6.1	Den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus	54
6.2	Dagens situasjon i kommunehelsetjenesten i Lofoten	56
6.3	Konsekvenser for kommunehelsetjenesten	57
6.4	Konsepter for samhandling	60
6.5	Konklusjon	62
7	REFERANSER	63

Sammendrag

Samfunnsanalysen viser at en nedleggelse av akuttfunksjonene ved Nordlandssykehuset Lofoten kan ha betydelige negative konsekvenser for Lofoten-samfunnet på viktige områder som videre befolkningsutvikling, næringsliv og arbeidsplasser, samfunnssikkerhet og kommunenes helse- og omsorgstilbud.

Bakgrunn

I en tid med omstilling i Helse Nord, har fremtiden til Nordlandssykehuset Lofoten og dets akuttfunksjoner vært i søkelyset. Til tross for tidlige forslag om nedleggelse av akuttfunksjoner, er det besluttet at sykehuset skal opprettholdes i sin nåværende form.

Proessen i Helse Nord har vekket sterke reaksjoner i Lofoten, med en underliggende frykt for konsekvensene en slik endring vil innebære for lokalsamfunnet. Selv om det nå er bestemt at Nordlandssykehuset Lofoten skal bevares, eksisterer det en vedvarende bekymring for at fremtidige økonomiske utfordringer hos Helse Nord kan initiere nye omstillingsprosesser som igjen truer sykehusets eksistens.

Det er derfor viktig å frembringe et kunnskapsgrunnlag som vurderer konsekvensene utover økonomiske besparelser for Helse Nord, og som tar for seg de bredere konsekvensene for lokalsamfunnene som vil berøres av en eventuell endring.

Formål og metode

Formålet med denne samfunnsanalysen er å utforske konsekvensene en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner ved Nordlandssykehuset Lofoten kan ha for lokalsamfunnet. For å oppnå en helhetlig forståelse, sammenligner analysen to scenarioer: Nullalternativet, som innebærer å bevare nåværende funksjoner ved Nordlandssykehuset Lofoten, og et alternativ som vurderer konsekvensene av nedleggelse av dagens akuttfunksjoner.

Analysen bygger på en innsamling og analyse av både kvantitative og kvalitative data. Kvantitative data er hentet fra en rekke kilder, inkludert Statistisk sentralbyrå (SSB) for demografisk informasjon og Menons regnskapsdatabase. For å supplere de kvantitative dataene og få dypere innsikt i konsekvensene av en nedleggelse, har vi også gjennomført intervjuer med relevante aktører. Intervjuene har bidratt til å belyse og nansere hvordan en slik endring kan påvirke lokalsamfunnet.

Hovedfunn

Samfunnsanalysen har analysert konsekvenser innenfor ulike samfunnsområder. Noen hovedfunn fra de ulike områdene inkluderer:

- **Befolkningsutvikling:** Lofoten har opplevd en positiv befolkningsutvikling, men står overfor demografiske utfordringer. Nedleggelse av dagens akuttfunksjoner ved sykehuset kan true denne positive befolkningsutviklingen.
- **Næringsliv og sysselsetting:** Nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil gi et tap av statlige arbeidsplasser og økonomisk aktivitet i regionen. Som følge av tapte arbeidsplasser og fraflytting, vil det kunne bli en betydelig redusert verdiskaping i regionen og lavere inntekter til kommunene.

- **Reiseliv:** Turisme er en viktig og voksende næring i Lofoten, med mer enn 1 million gjestedøgn årlig. I høysesong er estimeres det at mer enn 17 000 turister vil kunne oppholde seg i Lofoten samtidig, og representerer med det et betydelig ekstra befolkningsgrunnlag ved siden av de fastboende.
- **Samfunnssikkerhet og beredskap:** Flytting av akuttfunksjoner ut av regionen vil gi en lenger og mer krevende reisevei for ambulansetjenesten. Økt tidsbruk og lenger avstand vil kunne gi høyere risiko for samtidskonflikter, hvor helse relaterte oppdrag i større grad enn i dag vil måtte håndteres av andre nødetater.
- **Kommunehelsetjenesten:** Overføring av oppgaver til den kommunale helsetjenesten vil medføre økte kostnader for kommunene, spesielt knyttet til legevakt. Som et nedre anslag vil legevaktene få økte årlige kostnader på 12 til 15 millioner kroner. I tillegg uttrykkes det en sterk bekymring for at en nedleggelse av akuttfunksjonene ved sykehuset vil påvirke rekrutteringen til den kommunale helsetjenesten negativt.

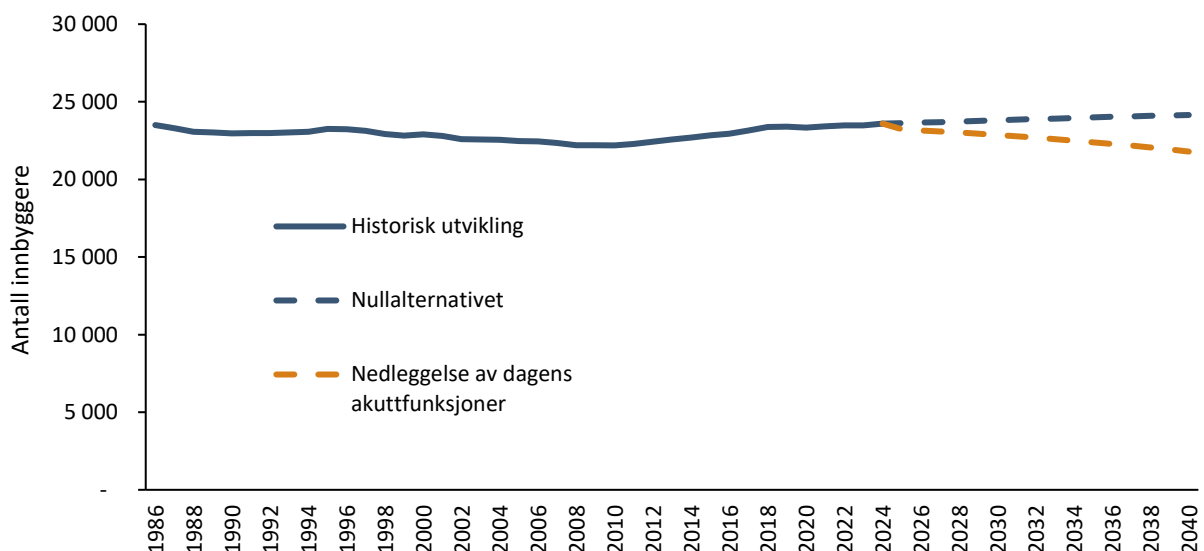
Utdypende om konsekvenser innenfor de ulike samfunnsområdene

I det følgende presenteres en mer utdypende gjennomgang av funn for hvert av de ulike analyseområdene.

Konsekvenser for befolkning og befolkningsutvikling

Siden 2010 har Lofoten snudd befolkningsnedgang og fraflytting til en innflyttingsdrevet befolkningsvekst. Samtidig pågår det fortsatt i en demografisk omstilling hvor den videre befolkningsutviklingen vil være sårbar for endringer som påvirker regionens attraktivitet. For å opprettholde en positiv utvikling, er det avgjørende for Lofoten å tiltrekke seg og beholde unge voksne i de kommende årene.

Forventet utvikling i folketallet i Lofoten mot 2040 ved de to ulike alternativene



Med et nåværende innbyggertall på cirka 23 600, projiserer nullalternativet i analysen en fortsatt befolkningsvekst, med et forventet innbyggertall på omtrent 24 150 innen 2040. I scenarioet der dagens akuttfunksjoner legges ned, antas det imidlertid at regionen vil oppleve en umiddelbar fraflytting, hovedsakelig som følge av tapte arbeidsplasser knyttet til sykehuset. Videre antas det at regionens tiltrekningskraft vil svekkes

i forhold til nullalternativet, noe som vil ha direkte negative effekter på nettoinnflyttingen til regionen og indirekte negative effekter på fødselsoverskuddet. Dette scenarioet resulterer i et forventet innbyggertall på rundt 21 800 innen 2040.

Det er primært unge voksne som forventes å flytte fra/ikke flytte til regionen ved en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner. Dette vil forsterke de demografiske utfordringene ytterligere, med en høyere andel eldre. Denne demografiske skjevheten vil legge ytterligere press på kommunenes tjenestetilbud og kan potensielt akselerere utflyttingen fra regionen, utover det vi har lagt til grunn i våre analyser.

Konsekvenser for næringsliv, verdiskaping og sysselsetting

En nedleggelse av akuttfunksjonene ved Nordlandssykehuset Lofoten er beregnet å gi et tap av 198 statlige årsverk i regionen og lavere innkjøp av lokale varer og tjenester. I tillegg kommer de negative ringvirkningene av redusert økonomisk aktivitet i regionen. Vi beregner at en nedleggelse av akuttfunksjonene ved sykehuset på kort sikt vil gi et tap tilsvarende 224 årsverk og 164 millioner kroner årlig i lokal verdiskaping.

Verdiskapings- og sysselsettingseffekter ved en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner, på kort sikt (2022-kroner).

	Direkte	Indirekte (Vare- og tjenestekjøp)	Induserte (Ansattes konsum)	Totalt
Verdiskaping	-145 mill. kr	-2 mill. kr	-18 mill. kr	-164 mill. kr
Sysselsetting	-198 årsverk	-4 årsverk	-23 årsverk	-224 årsverk

Dersom en nedleggelse av akuttfunksjonene ved sykehuset, og de samfunnsmessige konsekvensene som følger av dette, påvirker regionens attraktivitet med følger for inn- og utflytting, vil de negative økonomiske virkningene forsterkes over tid. I et slikt scenario estimeres det at en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil gi 895 millioner 2022-kroner i redusert verdiskaping og 939 færre årsverk i 2040 sammenlignet med nullalternativet.

Verdiskapings- og sysselsettingseffekter ved en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner, i 2040 (2022-kroner).

	Direkte	Indirekte (Vare- og tjenestekjøp)	Induserte (Ansattes konsum)	Totalt
Verdiskaping	-787 mill. kr	-41 mill. kr	-66 mill. kr	-895 mill. kr
Sysselsetting	-824 årsverk	-32 årsverk	-83 årsverk	-939 årsverk

Den reduserte økonomiske aktiviteten vil gi et redusert skattegrunnlag for kommunene. Det estimeres at kommunene vil oppleve 14 millioner kroner i reduserte skatteinntekter per år og at dette vil øke til 39 millioner kroner årlig i 2040. I tillegg går kommunene glipp av innbyggertilskudd på 9 millioner kroner årlig på kort sikt og 70 millioner kroner årlig i 2040.

Konsekvenser for reiseliv og besøkende

Reiseliv og turisme er av stor næringsmessig betydning for Lofoten. Samtidig utgjør ikke de tilreisende bare et positivt økonomisk bidrag til regionen, men representerer også et stort befolkningsgrunnlag innenfor Nordlandssykehuset Lofotens opptaksområde med potensielt behov for akuttmedisinsk behandling.

Det er estimert at Lofoten årlig tiltrekker seg rundt en million gjestedøgn fra besøkende, med ytterligere overnattinger fra aktiviteter som fricamping (telt, campingvogner osv.), gjestearbeidere og dagsturister. På en dag i juli, som er høysesong, vil antallet turister som oppholder seg i regionen samtidig utgjøre mer enn 17 000 personer.

En eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner kan få konsekvenser for reiselivet i regionen. Det er uttrykt bekymring for at en slik endring kan føre til en nedgang i cruiseturismen, som er en viktig inntektskilde. Det er også bekymring for at det vil være negativt for utviklingen av vinterturisme, og dermed gjøre det mer krevende å nå målet om å utvikle Lofoten til en helårsdestinasjon for turisme.

Konsekvenser for samfunnssikkerhet og beredskap

De ulike nødetatene har funksjoner som utfyller hverandre, og sammen med politi og brannvesen betegnes den akuttmedisinske nødhjelpen som en av de grunnleggende pilarene for samfunnssikkerhet og beredskap i fredstid. Politiet og brannvesenet i Lofoten rapporterer om krevende forhold i dagens situasjon, med manglende kapasitet i det akuttmedisinske tilbudet. Dette innebærer at både at politi og brannvesen utfører helserelaterte oppdrag.

Det uttrykkes en klar bekymring for at en eventuell nedleggelse av akuttfunksjonene ved sykehuset vil gi en betydelig forverring av en allerede krevende situasjon. Bekymringen er særlig knyttet til at betydelig lengre kjøreavstander vil gi økte samtidskonflikter ved parallelle oppdrag. Dette svekker dynamikken i hvordan den akuttmedisinske tjenesten utfyller de andre nødetatene, hvor politi og brannvesen får økt ansvar for oppgaver som ligger utenfor deres kompetanseområde. For lokalbefolkningen innebærer dette en svekket samfunnssikkerhet og beredskap i fredstid.

I en eventuell krigssituasjon vil fravær av et sykehus med akuttmedisinske funksjoner gi en svekket forsvarsevne. Heimevernet oppgir at økt reisevei til sykehus og kompliserte samferdselsveier, med sabotasje eller stengte veier, i ytterste konsekvens vil gjøre det umulig å evakuere soldater til sykehus.

Konsekvenser for kommunehelsetjenesten

En eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil medføre en overføring av oppgaver og ansvar til den kommunale helsetjenesten. Dette er spesielt knyttet til økt vaktbelastning for fastleger tilknyttet legevakt. Det estimeres at det økte ressursbehovet vil utgjøre en økonomisk belastning for den kommunale helsetjenesten på minst 12 til 15 millioner kroner årlig.

I tillegg til at overføring av ansvar og oppgaver vil kreve flere årsverk, vil det også stilles nye krav til kompetanse. Dette er nødvendig for å kunne håndtere situasjoner som tidligere ville gått direkte til akuttmottaket ved sykehuset.

Samtidig som den kommunale helsetjenesten vil få behov for økt kapasitet og kompetanse, er det sterk bekymring for at en nedleggelse av akuttfunksjonene ved sykehuset vil svekke kommunehelsetjenestens rekrutteringsevne.

Kombinasjonen av lengre avstand og svakere samhandling med sykehuset, vil redusere tryggheten ved å behandle pasienter lokalt. Dette vil kunne senke terskelen for å sende pasienter til sykehus og heve terskelen for å ta imot pasienter fra sykehus. Konsekvensene vil kunne være en mindre effektiv pasienthåndtering, med flere liggedøgn på sykehus og flere svingdørspasienter.

1 Innledning

1.1 Bakgrunnen for samfunnsanalysen

Denne analysen tar utgangspunkt i en periode med betydelige endringer og omstillinger innen Helse Nord, drevet av demografiske skift, økonomiske utfordringer og bemanningsproblematikk. For å kunne ta velinformerte beslutninger om fremtidens sykehusstruktur, er det essensielt å basere seg på et omfattende kunnskapsgrunnlag som tar hensyn til de vidtrekkende samfunnsmessige konsekvensene.

1.1.1 Symptomer på en større underliggende demografisk utfordring

Norge står i en demografisk utvikling preget av en økende andel eldre i befolkningen. Denne trenden, som har utviklet seg over flere år og forventes å akselerere i de kommende årene, begynner å manifestere seg gjennom merkbare utfordringer. Disse utfordringene er spesielt fremtredende innen helse- og omsorgstjenestene, hvor veksten i antall eldre som trenger behandling og pleie, overgår veksten i tilgjengelig helsepersonell. Denne økende knappheten på helsepersonell har blitt belyst i flere analyser¹ og offentlige utredninger² over de siste årene.

Utviklingen har kommet lengst i distriktene. I 2020 advarte Victor Norman, leder av det regjeringsnedsatte Demografiutvalget, om at uten mottiltak vil aldring og utflytting omdanne Distrikts-Norge til «*et gamlehjem i naturskjønne omgivelser*».³ Demografiutvalget beskriver hvordan en utvikling med flere eldre og færre unge i distriktene vil gi et relativt stabilt folketall, men færre yrkesaktive per innbygger. Utvalget argumenterte for at distriktpolitikken bør fokusere på å skape attraktive samfunn for innbyggerne ved å legge til rette for at flere unge flytter til distriktene, og understreket betydningen av tilgang på gode tjenester for lokalbefolkningen.

1.1.2 Utredning av endringer i sykehustjenester i Nord-Norge

Den demografiske utviklingen utgjør et viktig bakteppe for de utfordringene som nå adresseres i helsesektoren i Nord-Norge. I november 2022 ga helseministeren Helse Nord oppdraget med å utrede mulige endringer i funksjons- og oppgavedelingen i regionen.⁴ Dette initiativet ble motivert av behovet for å adressere Helse Nord's langvarige økonomiske utfordringer, samt utfordringer knyttet til mangel på arbeidskraft og nødvendig fagkompetanse.

Den 14. november 2023 presenterte fem arbeidsgrupper nedsatt av Helse Nord sine anbefalinger for ny organisering av sykehustjenestene.⁵ Blant forslagene var omgjøringen av Nordlandssykehuset Lofoten til et distriktsmedisinsk senter (DMS), inkludert en poliklinikk, fødestue og døgnfunksjoner, noe som vakte bred diskusjon.⁶

I Helse Nord-ledelsens sammenstilling av konklusjonene fra de fem arbeidsgruppene, anbefales det å beholde den indremedisinske beredskapen ved Nordlandssykehuset Lofoten.⁷ Hovedbegrunnelsen for å bevare den

¹ Menon Economics (2020): Forberedt på neste krise? Vurdering av helse- og omsorgssektorens kapasitet til å håndtere fremtidig etterspørsel. [Link](#)

² Helsepersonellkommissjonen (2023): Tid for handling. [Link](#)

³ Leder av regjeringsutvalg advarer: – Distrikts-Norge kan bli et gamlehjem | NRK

⁴ Fikk i oppdrag å vurdere funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord | Helse Nord

⁵ Helse Nord: Foreslår drastiske kutt i Narvik og Lofoten

⁶ Arbeidsgruppe 1 (2023): Akutte og elektive funksjoner. [Link](#)

⁷ Helse Nord: Vil avvikle akuttkirurgi i Lofoten og Narvik «under tvil» | NRK

indremedisinske beredskapen, på tross av at det vil gi «*reduisert økonomisk og bemanningsmessig effekt i forhold til arbeidsgruppens flertallsanbefaling*» var at det for «*For disse pasientene, og da særlig de skrøpelige eldre, vil det bli svært belastende å måtte transporteres over lengre avstander, spesielt slik det er anbefalt mellom Lofoten og Vesterålen*».

Selv om ledelsen i Helse Nord gikk inn for å bevare den indremedisinske beredskapen ved Nordlandssykehuset Lofoten, beholdt de arbeidsgruppens anbefaling om å avvikle akuttkirurgisk funksjon ved sykehuset i sitt forslag til styret.

1.1.3 Videre utvikling og beslutningsprosesser ved Helse Nord

I et ekstraordinært styremøte, 9. januar 2024, skulle styret i Helse Nord ta stilling til om Helse Nord-ledelsens anbefalinger skulle sendes på en åtte ukers bred høring.⁸ Diskusjoner i styremøtet viste at styret var splittet i synet på om saksgrunnlaget for de omstridte anbefalingene var tilstrekkelig begrunnet for å kunne sendes på høring.

Etter flere timers diskusjon ble møtet avsluttet uten en avstemning, ved at administrerende direktør i Helse Nord valgte å trekke forslaget. I stedet ble administrasjonen bedt om å utarbeide et forbedret saksfremlegg for videre vurdering av styret.⁹

Denne utviklingen ble fulgt opp av en viktig uttalelse fra helseminister Ingvild Kjerkol under Sykehustalen den 16. januar. Helseministeren bekreftet at akutttilbudet i både Narvik og Lofoten ikke skulle svekkes, noe som signaliserte en viktig retning for den videre planleggingen og organiseringen av sykehustjenestene i regionen.¹⁰

1.1.4 Vektlegging av helhetlige samfunnshensyn i fremtidig sykehusstruktur

Arbeidet med å vurdere fremtidens sykehusstruktur i Nord-Norge har ikke bare vært en øvelse i effektivisering og omstilling av helsetjenester. Det har også kastet lys over sykehusenes rolle som katalysatorer for en bredere utvikling i lokalsamfunnene, spesielt i distriktsområder. De foreslåtte endringene har derfor reist viktige spørsmål om hvordan slike tiltak vil påvirke bredere samfunnsmessige og økonomiske forhold i regionen.

Befolkningsprognoser antyder at de demografiske utfordringene som nå påvirker økonomien i Helse Nord, vil intensiveres i årene som kommer.¹¹ Dette er ikke bare en regional utfordring, men en nasjonal omveltning som vil påvirke evnen til å levere nødvendige helsetjenester over hele landet. Gitt dette, har det blitt argumentert for at det bør utvikles en nasjonal, helhetlig strategi for å håndtere det økende presset på personellressurser og økonomi i helsetjenesten.

Nedleggelse eller omstrukturering av sykehusfunksjoner i distriktene representerer en betydelig endring som kan ha vidtrekkende konsekvenser. I lys av Demografiutvalgets anbefalinger om å skape attraktive samfunn for innbyggerne, understrekes behovet for å vurdere hvordan slike endringer i helsetjenestetilbudet vil samspille med andre politiske målsetninger. En helhetlig tilnærming til effektivisering og omstilling av spesialisthelsetjenester krever derfor nøye vurdering av hvordan endringene vil påvirke ikke bare helsetjenestene, men også den bredere samfunnsutviklingen.

⁸ Helse Nord (2023): Ekstraordinært styremøte Helse Nord RHF, innkalling med saksdokumenter. [Link](#)

⁹ Helse Nord trekker sykehusplan etter splittelse i styret

¹⁰ Kjerkol freder akuttkirurgien og fødetilbudet i Lofoten og Narvik | NRK

¹¹ Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060 | SSB

1.2 Metode og avgrensninger

Samfunnsanalysen bygger på en innsamling av data og analyser av definerte endringer innenfor utvalgte samfunnsområder. I dette kapitlet gir vi en overordnet presentasjon av analysedesign og analysens avgrensninger. Den interesserte lesere henvises til de ulike vedleggene, der analysemetoder og datakilder er beskrevet i større detalj.

1.2.1 Alternativene som analyseres

Samfunnsanalysen vurderer to alternativer for fremtidige funksjoner ved Nordlandssykehuset Lofoten, og analyserer den forventede samfunnsmessige utviklingen langs ulike parametere ved hvert av alternativene. Ved å sammenligne den samfunnsmessige utviklingen mellom alternativene vurderes de samfunnsmessige konsekvensene av en eventuell nedleggelse av dagens akuttmedisinske funksjoner ved Nordlandssykehuset Lofoten.

Alternativ 0 – Bevaring av nåværende funksjoner ved Nordlandssykehuset Lofoten

I dette alternativet utforsker samfunnsanalysen konsekvensene av å opprettholde status quo ved Nordlandssykehuset Lofoten. Sykehuset fungerer i dag som et fullverdig akuttstusykehus, utstyrt med generell kirurgisk beredskap. Dette innebærer at sykehuset oppfyller kriteriene for et akuttstusykehus, som forutsetter at sykehuset har minst akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavakt og planlagt kirurgi. Akuttfunksjon forutsetter døgnavkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.¹² I tillegg til vaktlinje for anestesi, generell kirurgi og gynekologi, gjennomfører sykehuset planlagte inngrep innenfor fagområdene gastroenterologisk kirurgi, gynekologisk kirurgi, ortopedisk kirurgi, urologisk kirurgi, karkirurgi og innenfor øre-nese-hals (ØNH).

I nullalternativet forutsettes det en videreføring av sykehusets nåværende funksjoner. Alternativet representerer dermed den forventede utviklingen for samfunnet under status quo for sykehusets funksjoner. Tidslinjen for analysen strekker seg frem til 2040. I analysen vil nullalternativet fungere som en referanseramme, som den alternative samfunnsutviklingen ved eventuelle endringer i sykehusets funksjoner måles i forhold til.

Alternativ 1 – Nedleggelse av dagens akuttmedisinske funksjoner ved Nordlandssykehuset Lofoten

I dette alternativet analyseres de samfunnsmessige konsekvensene av en omstrukturering som følger av forslaget til arbeidsgruppe 1 i omstillingsprosessen til Helse Nord.¹³ Arbeidsgruppens forslag gikk ut på å endre Nordlandssykehuset Lofoten fra et akuttstusykehus til et distriktsmedisinsk senter (DMS) med poliklinikk og fødestue. I forslaget anbefales det at en eventuell bevaring av døgnavfunksjon vurderes i samarbeid med kommunene i opptaksområdet.

Arbeidsgruppen anslår at funksjonene som foreslås nedlagt vil gi en redusert bemanning på 198 årsverk ved sykehuset. Denne samfunnsanalysen tar for seg de samfunnsmessige konsekvensene av en slik endring, relativt til å bevare de nåværende funksjonene ved sykehuset. Analysen vurderer både de umiddelbare direkte konsekvensene av en eventuell nedlegging og de mer langsiktige, indirekte konsekvensene for samfunnets utvikling frem til 2040.

¹² Jf. beskrivelse fra Helse Nord, ved Arbeidsgruppe 1 (2023): Akutte og elektive funksjoner. [Link](#)

¹³ Arbeidsgruppe 1 (2023): Akutte og elektive funksjoner. [Link](#)

Videre i denne rapporten vil vi referere til endringene som ligger i Alternativ 1 som «nedleggelse av dagens akutfunksjoner».

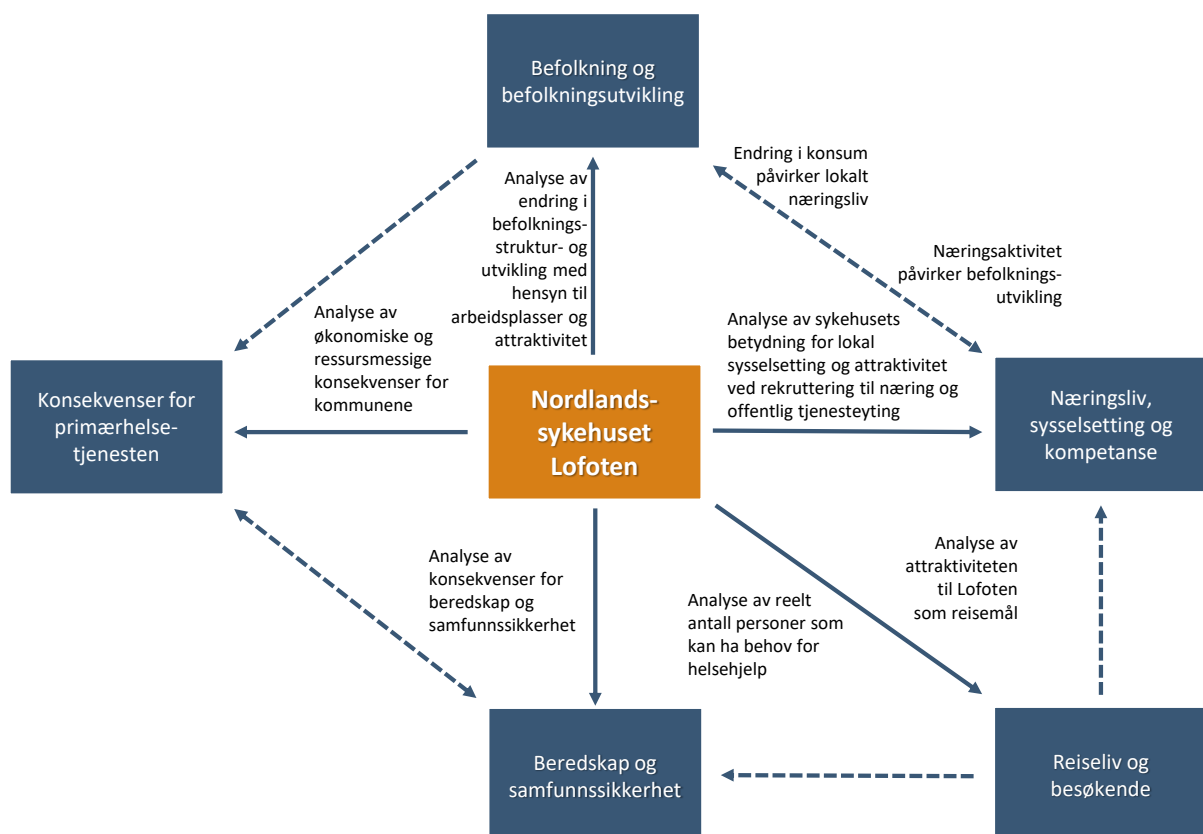
1.2.2 Problemstillinger og analyseområder

Analysen dekker fem sentrale samfunnsområder for å forstå hvordan endringer ved Nordlandssykehuset Lofoten direkte og indirekte vil påvirke lokalsamfunnet. Disse områdene inkluderer befolkningsutvikling, næringsliv og sysselsetting, reiseliv og besøkende, beredskap og samfunnssikkerhet, samt primærhelsetjeneste og samhandling. En detaljert gjennomgang av disse områdene vil bli presentert i egne kapitler i rapporten.

Analysen benytter seg av en kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder for å sikre en omfattende forståelse av de samfunnsmessige konsekvensene. Dette inkluderer bruk av statistiske data fra offentlige registre, samt dybdeintervjuer med nøkkelpersoner innen helsevesenet og lokalsamfunnet for å fange opp nyanserte perspektiver og erfaringer.

Flytdiagrammet nedenfor gir en illustrasjon på ulike sammenhenger og kanaler for hvordan Nordlandssykehuset Lofoten vil kunne påvirke relevante samfunnsområder, og hvordan endringer i disse samfunnsområdene igjen vil kunne påvirke hverandre.

Figur 1-1: Flytdiagram som skisserer opp analyserekkefølge og sammenhenger mellom de ulike problemstillingene.



1.2.3 Avgrensinger

Analysen fokuserer på konsekvenser innenfor definerte samfunnsområder i Lofoten som følge av endringer ved Nordlandssykehuset Lofoten, med noen viktige avgrensninger. Den tar for seg konsekvenser for Lofoten, definert ved de fire kommunene Flakstad, Moskenes, Vestvågøy og Vågøy, og utelater konsekvenser for andre kommuner eller lokalsamfunn utenfor dette området. Videre vurderes ikke virkninger for Helse Nord eller Nordlandssykehuset direkte, inkludert økonomi eller tilgang på kvalifisert personell. Eventuelle helsemessige konsekvenser for pasienter knyttet til nedleggelse av dagens akuttfunksjoner er også utenfor analysens omfang.

2 Befolkning og befolkningsutvikling

En eventuell nedleggelse av dagens akutfunksjoner vil kunne gi store konsekvenser for den lokale befolkningsutviklingen, som følge av tapte arbeidsplasser og at regionens generelle attraktivitet svekkes overfor nåværende innbyggere og potensielle innflyttere.

Siden 2010 har Lofoten snudd befolkningsnedgang og fraflytting til innflyttingsdrevet befolkningsvekst. Imidlertid pågår det fortsatt en demografisk omstilling i Lofoten, hvor den videre befolkningsutviklingen vil være sårbar for endringer som påvirker regionens attraktivitet. For å opprettholde en positiv utvikling, er Lofoten avhengig av å tiltrekke og beholde unge voksne i årene som kommer.

Analysen indikerer at nedleggelse av dagens akutfunksjoner, med tapte arbeidsplasser og andre negative ringvirkninger, vil kunne reversere den nåværende positive befolkningstrenden og føre til en nedgang i befolkningstallet frem mot 2040.

2.1 Lofotens befolkningsstruktur

Befolkningsstruktur vil si fordelingen av en befolkning etter kategorier som geografi, alder og kjønn. Informasjon om den lokale befolkningsstrukturen, inkludert underliggende utviklingstrekk og trender, er en viktig faktor for å analysere samfunnsmessige konsekvenser.

2.1.1 Geografisk fordeling av innbyggerne

Per 1. januar 2024 var det en befolkning på 23 595 innbyggere fordelt på de fire lofotkommunene Flakstad, Moskenes, Vestvågøy og Vågan. Sammen utgjør disse kommunene Nordlandssykehuset Lofotens opptaksområde.

Tabell 2-1: Antall innbyggere i Lofoten per 1. januar 2024. Kilde: SSB

	Innbyggertall
Flakstad	1 229
Moskenes	954
Vestvågøy	11 619
Vågan	9 793
Lofoten	23 595

Vågan ligger øst i Lofoten og har 9 793 innbyggere. Tettstedet Svolvær er kommunens administrative sentrum. Vågan er kjent som inngangsporten til Lofoten via ferge- og broforbindelse til Vesterålen.

Vestvågøy er den mest folkerike kommunen med 11 619 innbyggere. Kommunen ligger sentralt i Lofoten og fungerer som et knutepunkt for regionen, med Leknes som administrasjonssenter. Nordlandssykehuset Lofoten ligger på Gravidal i Vestvågøy, med om lag 5 minutter reisevei fra Leknes.

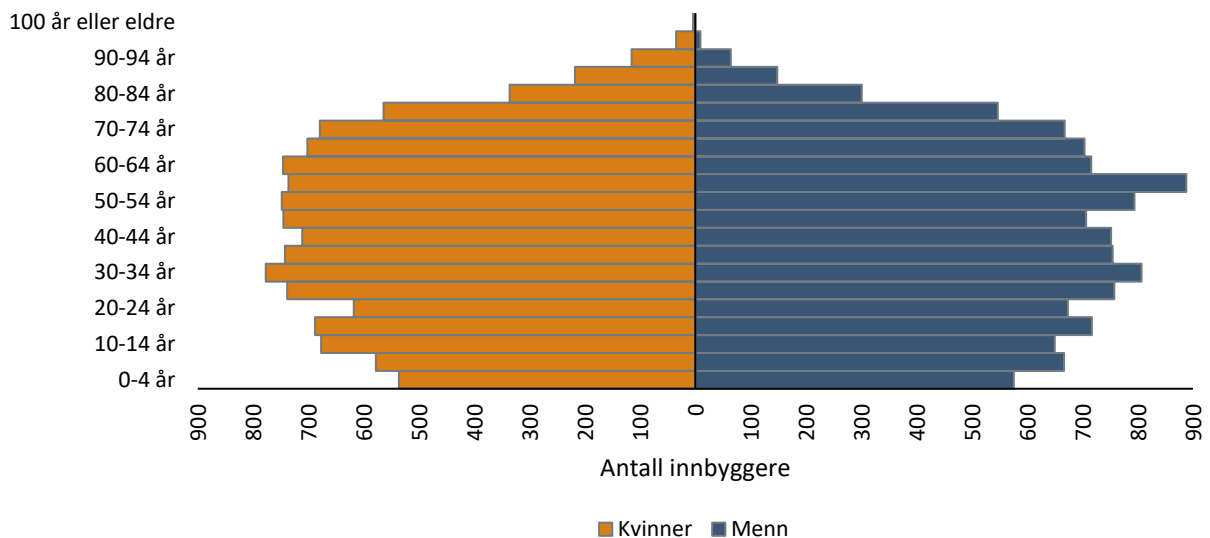
Flakstad og **Moskenes**, med henholdsvis 1 229 og 954 innbyggere, ligger ytterst vest i Lofoten. Disse kommunene er kjent for sin spektakulære natur og idylliske fiskevær, og tiltrekker seg mange turister.

2.1.2 Innbyggertall fordelt på alder og kjønn

Alderssammensetningen i en befolkning er en nøkkelindikator som gir viktig innsikt i både nåværende og fremtidige samfunnsutfordringer og behov. Andelen eldre er tett knyttet til behov for helse- og omsorgstjenester, mens andelen i yrkesaktiv alder gir en indikasjon på samfunnets kapasitet til å levere både helse- og omsorgstjenester og andre verdiskapende aktiviteter. De unge voksne er en subgruppe med relativt høy mobilitet, reflektert ved høyere tilbøyelighet for inn- og utflytting fra regionen. Den yngste aldersgruppen er sentral for å forutsi den fremtidige utviklingen i befolkningsstrukturen.

Befolkningspyramiden for Lofoten, som illustrerer befolkningens fordeling etter alder og kjønn i 2024, gir interessant informasjon. Selv om begrepet «befolkningspyramide» vanligvis indikerer en struktur som er bredere ved basen og smalner av ved toppen, viser Lofotens nåværende demografiske profil en mer sylindrisk form, med utvikling mot det som kan beskrives som en omvendt pyramide. Isolert vil en slik struktur innebære en fremtidig befolkningsnedgang drevet av et negativt fødselsoverskudd, og forsørgerbyrde som en presserende problemstilling for regionen.¹⁴ Aldersstrukturen i Lofoten understreker regionens sårbarhet overfor utflytting blant de yngre aldersgruppene. De relativt små barnekullene antyder at utfordringene med forsørgerbyrden kan intensiveres i fremtiden, med mindre regionen klarer å tiltrekke seg yngre innflyttere. De demografiske utfordringene i Lofoten er ikke unike, men er en nasjonal utfordring som er mest fremtredende i distriktene.¹⁵

Figur 2-1: Befolkningspyramide for Lofoten per 1. januar 2024. Kilde: SSB

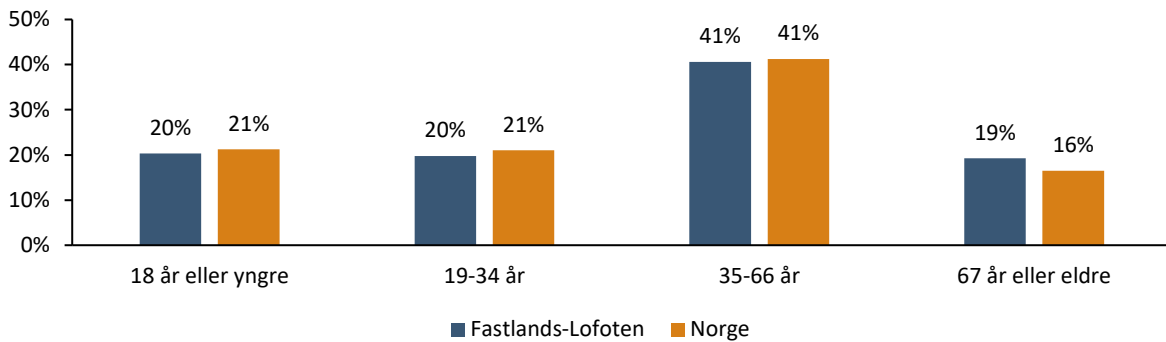


I figuren nedenfor er innbyggerne gruppert i fire aldersgrupper; barn og unge (yngre enn 18 år), unge voksne (19-34 år), voksne (35-66 år) og eldre (eldre enn 67 år). Innbyggerne i aldersgruppen 35-66 år utgjør den største andelen av befolkningen, med 41 prosent. Resterende innbyggere er relativt jevnt fordelt på de tre andre aldersgruppene, med om lag 20 prosent i hver gruppe. Figuren viser også at det er ingen vesentlige forskjeller i alderssammensetningen i Lofoten sammenlignet med det nasjonale gjennomsnittet.

¹⁴ <https://snl.no/befolkningsstruktur>

¹⁵ <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/befolkning/artikler/slik-ser-befolkningen-i-norge-ut>

Figur 2-2: Aldersfordelingen i Lofoten og på nasjonalt nivå i 2024. Kilde: SSB



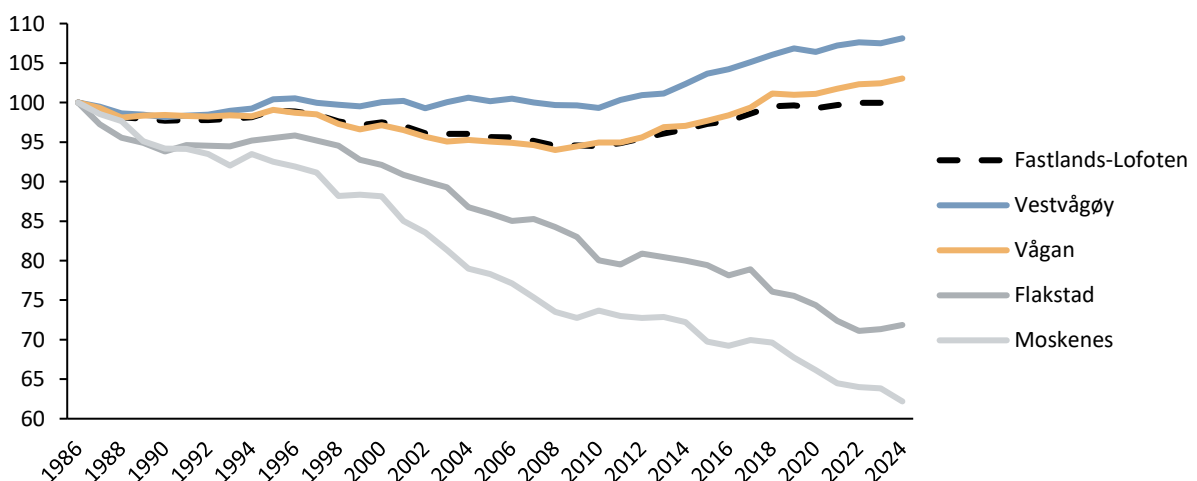
2.2 Befolkningsutvikling i Lofoten

Statistisk sentralbyrå (SSB) tilbyr befolkningsstatistikk på kommunenivå fra 1986 til januar 2024. Dette kapittelet anvender denne statistikken for å analysere befolkningsutviklingen i Lofoten, med mål om å identifisere sentrale trender og utviklingsmønstre. Ved å undersøke disse dataene, vil vi belyse de demografiske endringene som har funnet sted i regionen gjennom de siste tiårene. Forståelsen av de demografiske endringene er viktig for å vurdere hvordan fremtidig befolkningsutvikling kan påvirkes dersom dagens akuttfunksjoner ved sykehuset legges ned.

2.2.1 Befolkningsutvikling på geografisk nivå

Det samlede innbyggertallet er nær uendret i perioden fra 1986 til 2024. Gjennom perioden, og fordelt på de ulike kommune har det imidlertid vært en del utvikling siden 1986. Figuren nedenfor viser at det samlede innbyggertallet i Lofoten så en nokså jevn årlig nedgang fra 1986 til 2010. Etter 2010 har den negative utviklingen snudd til befolkningsvekst, og har de siste årene stabilisert seg på samme nivå som i 1986.

Figur 2-3: Indeksert befolkningsutvikling i Lofot-kommunene 1986-2024. 1986=100. Kilde: SSB

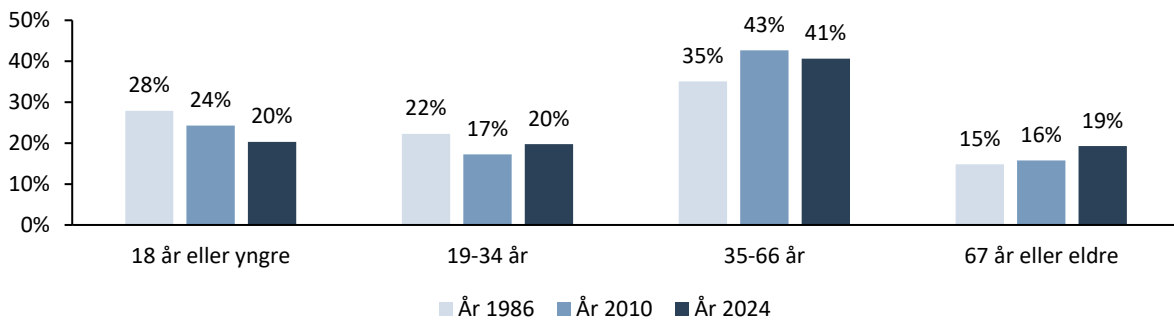


Den positive utviklingen siden 2010 har vært drevet av befolkningsvekst i de to mest folkerike kommunene, Vestvågøy og Vågan. For Flakstad og Moskenes har det prosentvise fallet i innbyggertall vært sterkere i perioden frem mot 2010, og fortsatt etter 2010.

2.2.2 Befolkningsutvikling i ulike aldersgrupper

Over tid har det vært en reduksjon i andelen innbyggere i yngre aldersgrupper og en økning i eldre aldersgrupper i Lofoten. I 1986 var 28 prosent av innbyggerne 18 år eller yngre mot en andel på 20 prosent i 2024. I samme periode har andelen innbyggere på 67 år eller eldre økt fra 15 til 19 prosent. For unge voksne mellom 19 og 34 år, ser vi en reduksjon i andelen fra 22 til 17 prosent mellom 1986 og 2010, men hvor utviklingen snur og øker til 20 prosent i 2024. Utviklingstrekkene i de yngre aldersgruppene kan tyde på en befolkningsstørrelse som påvirkes merkbart av til- og fraflytting.

Figur 2-4: Aldersfordeling i Lofoten innen ulike aldersgrupper i 1986, 2010 og 2024. Kilde: SSB



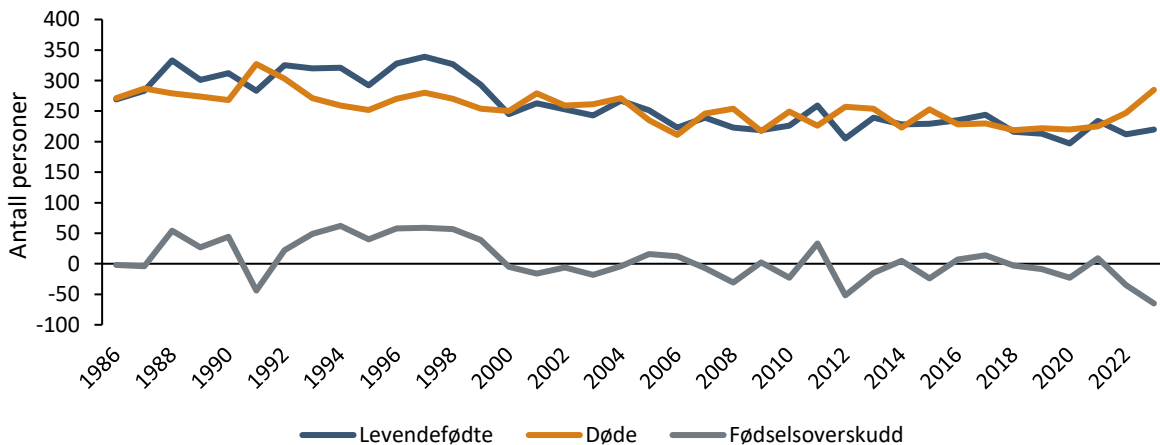
2.2.3 Faktorer bak befolkningsutviklingen i Lofoten

Endringer i folketallet kan brytes ned i to kategorier; fødselsoverskudd og nettoinnflytting. Her analyseres hvilke faktorer som har vært drivende for befolkningsutviklingen i Lofoten over tid.

Fødselsoverskudd

Fødselsoverskudd refererer til differansen mellom antall fødsler og antall dødsfall. Selv om det var en nedgang i befolkningstallet mot slutten av 1980-tallet og gjennom 1990-tallet, opplevde Lofoten et forholdsvis høyt fødselsoverskudd i denne perioden. Fra begynnelsen av 2000-tallet har det årlige fødselsoverskuddet imidlertid i stor grad vært nær null eller negativt.

Figur 2-5: Antall levendefødte og døde i Lofoten 1986-2023. Kilde: SSB

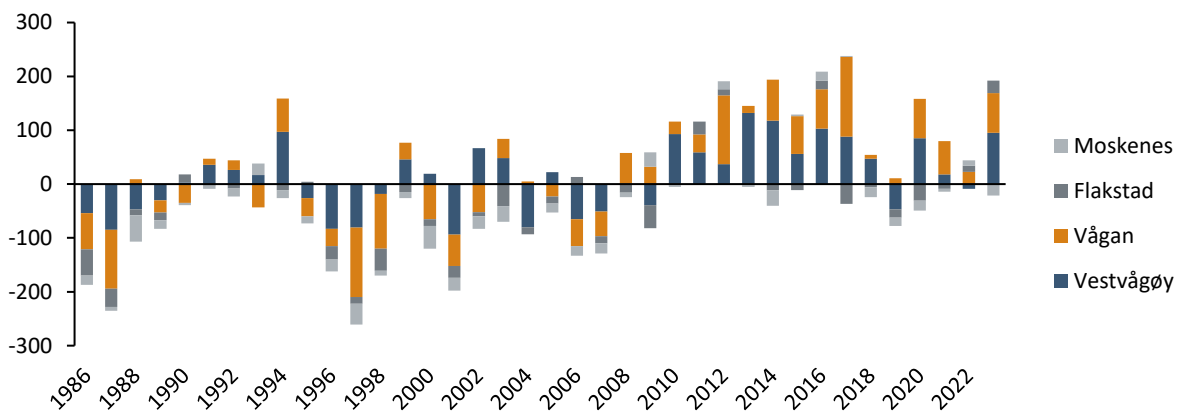


Gjennom hele perioden fra 1986-2024 har utviklingen vist en svakt fallende tendens i både antall fødsler og dødsfall. Mellom 1986 og 2010 var det en markant nedgang i innbyggere i alderen 20-35 år, noe som kan forklare fallende fødselstall i denne perioden. Etter 2010 har det imidlertid vært en vekst i innbyggere i alderen 20-35 år, men uten at dette reflekteres i økte fødselstall.

Inn- og utflytting

Statistikk fra SSB gir en oversikt over antall registrerte ut- og innflyttinger fra kommunene i Lofoten. Figuren nedenfor viser at kommunene i Lofoten på 1980-, 1990 og 2000-tallet hadde en nettoutflytting. Fra rundt 2010 skjer det et skifte til en positiv nettoinnflytting til regionen.

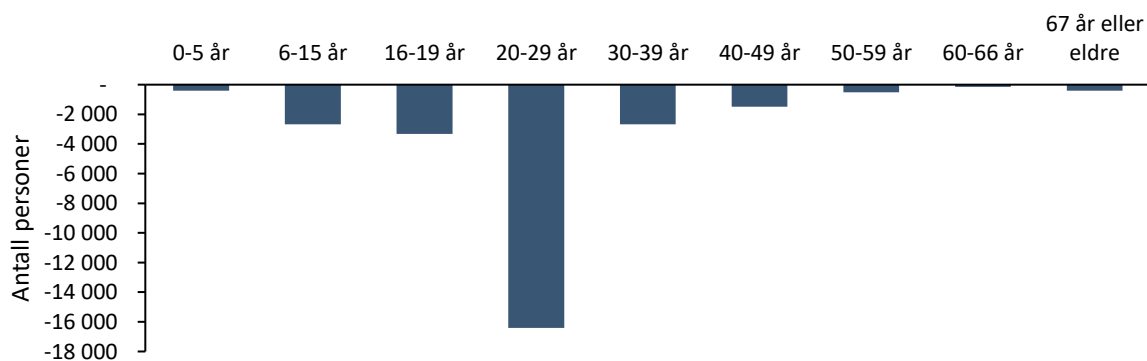
Figur 2-6: Nettoinnflytting til Lofot-kommunene. Kilde: SSB



Flyttestatistikken fra SSB spesifiserer ikke om flyttingen skjer mellom lofotkommunene eller ut av regionen, og gir heller ikke detaljer om alder eller andre demografiske karakteristikk på de som flytter. Likevel viser mønsteret at de fire lofotkommunene over tid har fulgt lignende trender for nettoutflytting, noe som antyder at flyttingen hovedsakelig er relatert til bevegelser inn til eller ut fra regionen, snarere enn mellom kommunene.

Når det gjelder aldersfordelingen blant de som flytter, viser tilgjengelig statistikk på fylkesnivå at Nordland har opplevd en negativ nettoinnflytting for alle aldersgrupper i perioden 2004-2022. Det er imidlertid verdt å merke seg at utflyttingen har vært mest markant blant personer i 20-årene.

Figur 2-7: Netto innflytting til Nordland i perioden 2004-2022, fordelt på aldersgrupper. Kilde: SSB

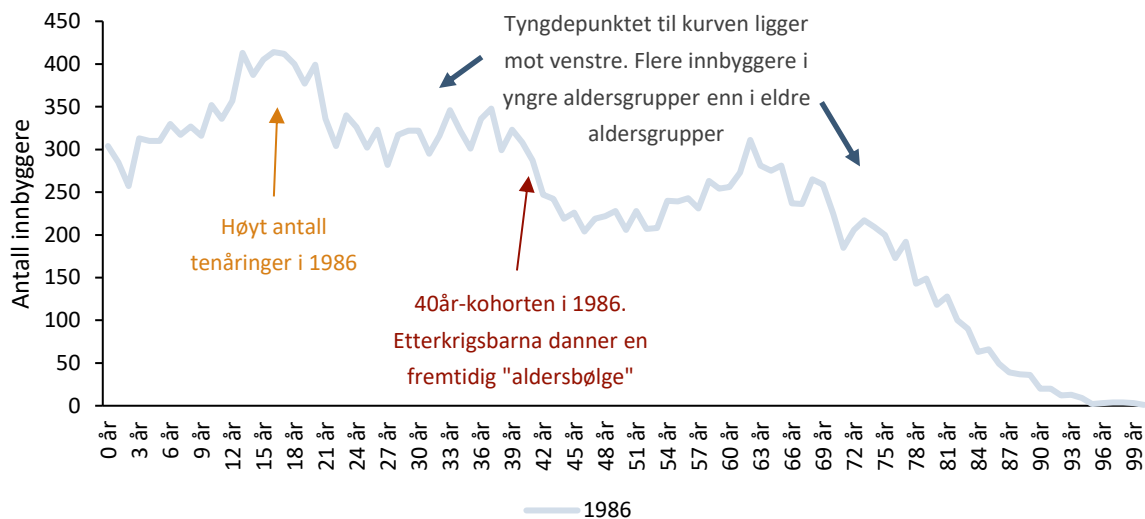


Utvikling i alderskurver fra 1986 til 2024

Til forskjell fra Nordland fylke, kan Lofoten vise til en positiv nettotinnflytting de siste 15 årene. Selv om vi ikke har statistikk for alderen for de som flytter til eller fra Lofoten, kan vi få relevant informasjon om dette ved å studere utviklingen i alderssammensetningen for innbyggerne i Lofoten over tid. Vi har her samlet alderskurver for innbyggerne i Lofoten for årene 1986, 2010 og 2024, og analyserer utviklingen i de kommende avsnittene.

Figuren nedenfor viser antall innbyggere fordelt etter alder i 1986. I 1986 ser vi en kurve som er tung på venstresiden, som indikerer en ung befolkning. Kurven utmerker seg med et særlig et høyt antall innbyggere i tenårene, med i overkant av 400 personer per alderstrinn. Samtidig ser vi en relativt sterk kohort av antall innbyggere i starten av 40årene, sammenlignet med eldre alderskohorter. Dette kan knyttes til lave fødselstall under andre verdenskrig, etterfulgt av en fødselsboom etter krigens slutt. I utgangspunktet vil vi forvente å se kohortene fra 1986 forflytte seg som en bølge mot høyre for årene 2010 og 2024.

Figur 2-8: Alderskurve for Lofoten i 1986. Kilde: SSB



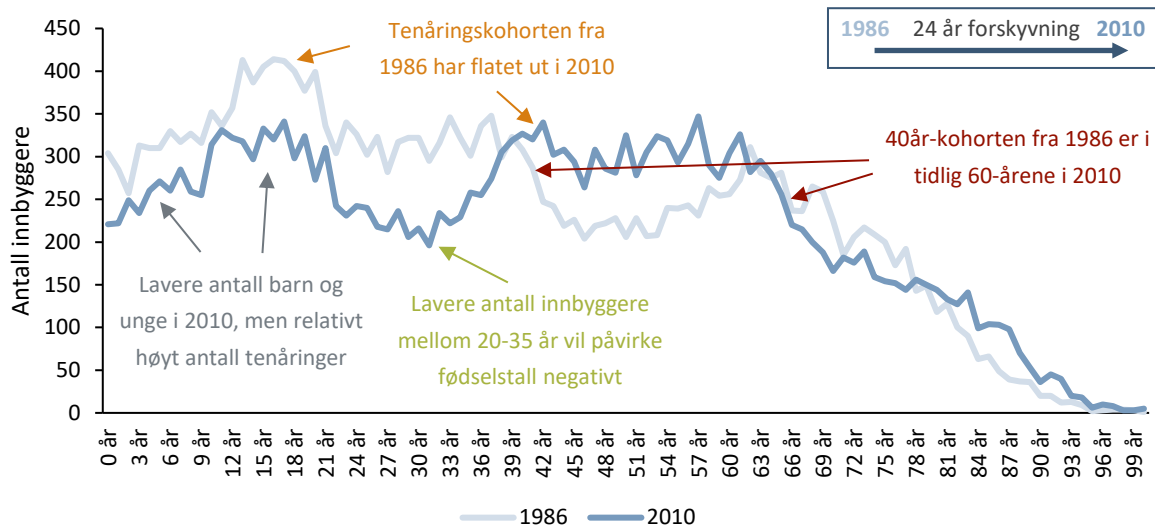
Alderskurven for 2010 viser flere bekymringsfulle utviklingstrekk sammenlignet med 1986. Vi ser at 2010-kurven ikke har det samme tyngdepunktet mot venstre. Med andre ord har det blitt flere eldre og færre yngre innbyggere.

Spesielt ser vi dette i de yngste aldersgruppene, hvor det er tydelig færre barn og unge. Denne bekymringen forsterkes av det lave antallet innbyggere i aldersgruppen 20-35 år, ettersom dette gir en forventning om færre fødsler og færre barn og unge i årene fremover.

Det lave antallet innbyggere i aldersgruppen 20-35 år tyder på at mange av de som var barn og unge i Lofoten i 1986 har flyttet fra regionen. Utflyttingstrenden blant barn og unge synes også tydelig ved at den sterke tenåringskohorten fra 1986, ikke lenger er synlig som 40-åringer i 2010.

Vi ser imidlertid ikke den samme utflyttingstrenden blant de som var 40 år i 1986. Denne gruppen er nådd begynnelsen av 60-årene i 2010, og det bygges opp en raskt økende eldre i regionen.

Figur 2-9: Alderskurve for Lofoten i 1986 og 2010. Kilde: SSB



Mens utviklingen fra 1986 til 2010 var bekymringsfull for regionens videre utvikling, er det flere lyspunkt i utviklingen videre mot 2024. Imidlertid ser vi at strukturene som dannet seg mellom 1986 til 2010 fortsatt hefter, og gjør Lofotregionen sensitiv for forhold som kan påvirke en fortsatt positiv nettoinnflytting fra unge.

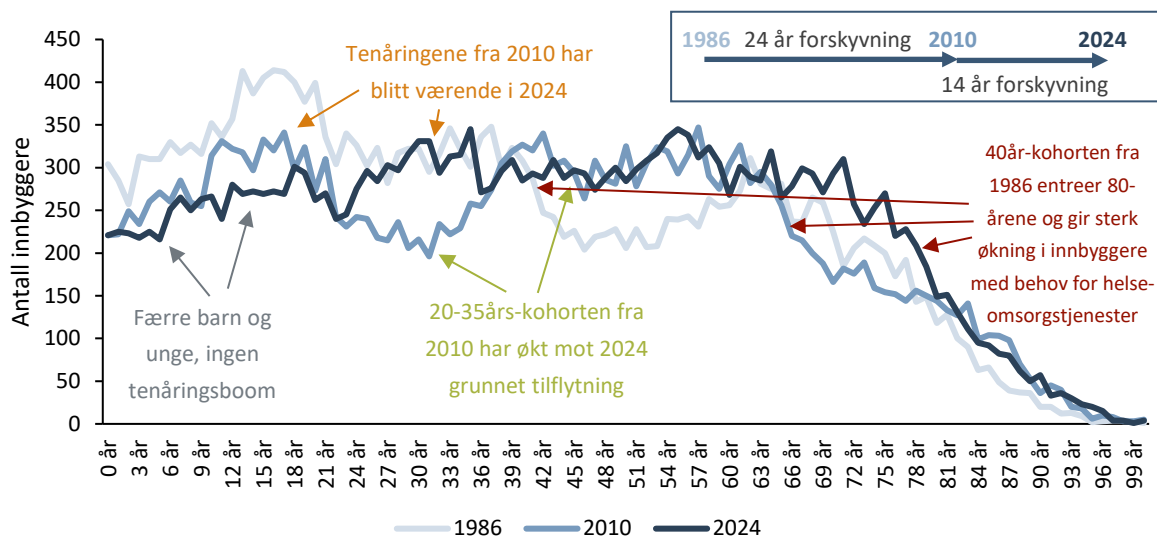
En utfordring for aldersstrukturen i 2024 er antallet barn og unge, som ligger på et tydelig lavere nivå enn både i 1986 og i 2010. Det lave antallet barn og unge, kan trolig knyttes til det lave antallet innbygger i alderen 20-35 år i 2010. For den videre utviklingen er det viktig at en klarer å holde på de unge som vokser opp i dag, og helst kan øke innbyggertallet i denne alderskohorten gjennom tilflytting.

Et positivt trekk i så henseende er at barn og unge som vokste opp i Lofoten i 2010 tilsynelatende har blitt værende i 2024. Dette markerer et viktig og positivt skille fra fraflyttingen av unge i årene forut for 2010. Den positive tilflyttingstrenden understrekes av utviklingen i 20-35-års-kohorten fra 2010. I 2024 er denne kohorten tydelig flere personer enn i 2010, som viser en betydelig tilflytting av unge voksne til Lofoten de siste 15 årene.

En utfordring for regionen er det økende antall eldre. De store fødselskullene fra etterkrigsårene trer nå inn i 80-årene, og vil legge et press på regionens helse- og omsorgstjenester. Alderskurven for 2024 viser at den sterke økningen i antall innbyggere i 80-årene i Lofoten ikke vil være en «bølge», forstått som at en engangshendelse der behovet for helse- og omsorgstjenester er forbigående. Tvert imot viser aldersstrukturen at utviklingen snarere vil være som en heving av «tidevannet», med en langvarig økning i eldre både i antall og andel av befolkningen.

Utviklingen med flere eldre, som står utenfor arbeidsstyrken og har økt pleie- og omsorgsbehov, vil legge et press på kommuneøkonomien i årene fremover. Et redusert skattegrunnlag og økte utgifter, vil medføre behov for strenge prioriteringer i det kommunale tjenestetilbudet. Samtidig er det viktig for den videre utviklingen at Lofoten fortsetter å være et attraktivt bosted som tiltrekker seg unge innflyttere.

Figur 2-10. Alderskurve for Lofoten i 1986, 2010 og 2024. Kilde: SSB



Historiske data viser at Lofoten har vendt en tidligere trend med betydelig fraflytting til en periode preget av tilflytting, spesielt blant unge voksne i etableringsfasen. Dette står i kontrast til den generelle trenden i Nordland fylke, som har opplevd vedvarende fraflytting, særlig blant yngre aldersgrupper.

Den videre befolkningsutviklingen i Lofoten står ved et veiskille. Etter fraflytting av unge på 1990- og tidlig 2000-tallet, har denne utviklingen snudd med en tilstrømming av unge voksne etter 2010. Med små fødselskull fra fraflyttingsperioden og en sterk økning i antall eldre, er Lofoten-samfunnet på mange måter avhengige av å kunne opprettholde den positive tilflyttingstrenden av unge i en periode fremover. På den ene siden vil en fortsatt positiv tilflyttingen av unge voksne kunne balansere ut «overskuddet» av eldre og «underskuddet» av barn og unge. På den annen side, dersom tilflyttingen av unge voksne skulle tørke inn og snu til fraflytting slik situasjonen var på 1990- og tidlig 2000-tall, vil de demografiske utfordringene forsterkes. En slik negativ omdreining vil kunne akselereres ved et sterkt press på kommuneøkonomien og svekkelse av kommunalt tjenestetilbud.

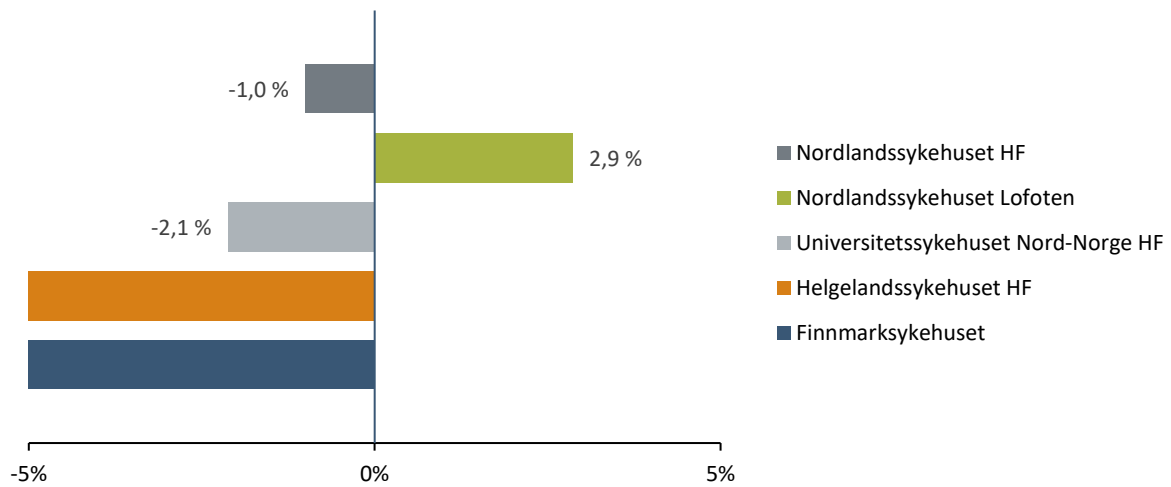
I denne sammenhengen er lokalsamfunnets fremtidige utvikling spesielt sårbar for nedleggelse av dagens akuttfunksjoner, som vil medføre tap av arbeidsplasser og andre negative ringvirkninger.

2.3 Befolkningsutvikling i Nord-Norge

Å se befolkningsutviklingen i Lofoten i kontekst av den generelle befolkningsutviklingen i Nord-Norge, gir samfunnsanalysen en relevant referanseramme. Statistikken viser at befolkningsutviklingen i Lofoten markerer seg med positivt fortegn sammenlignet med omkringliggende regioner. Dette underbygger at Lofoten oppleves som et attraktivt område, men vil kunne være sensitivt for endringer som påvirker områdets attraktivitet negativt.

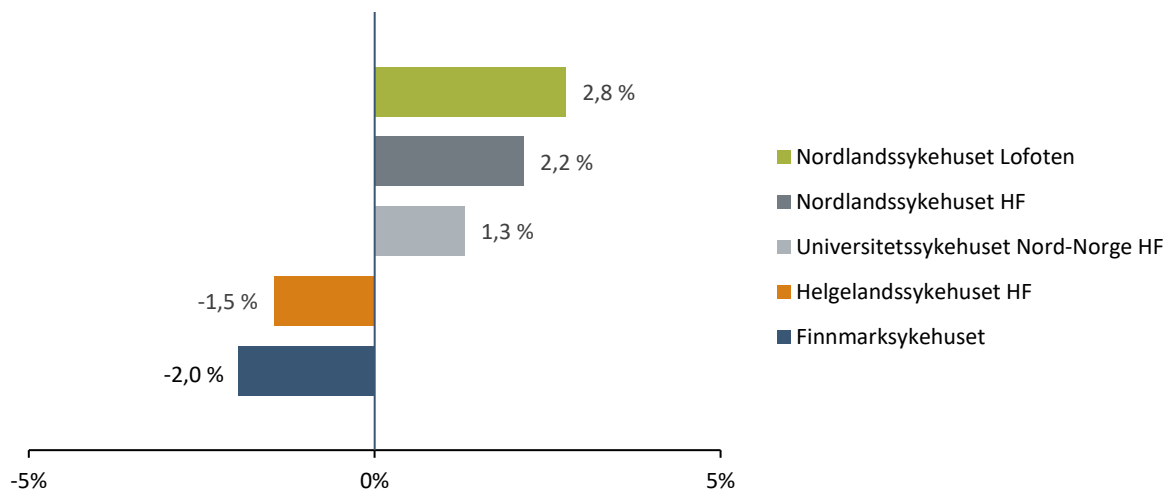
Nordlandssykehuset HF, og Nordlandssykehuset Lofoten har hatt en positiv befolkningsvekst de siste fem årene, med en vekst på henholdsvis 0,7 prosent og 0,5 prosent, se figur under. Samtlige av de andre helseforetakene i Nord-Norge har hatt en negativ befolkningsutvikling de siste 5 årene. Finnmarkssykehuset har hatt størst nedgang i befolkningen, med en nedgang på 2,7 prosent.

Figur 2-11: Befolkningsvekst de siste fem årene i Helseforetakene i Nord-Norge og Nordlandssykehuset Lofoten. Kilde: SSB.



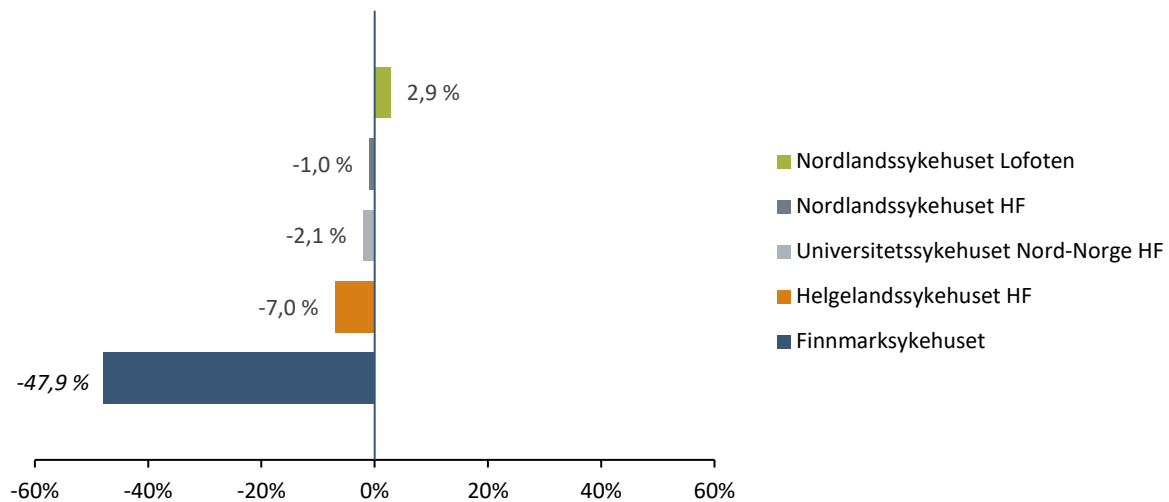
Noe av den samme tendensen ser vi om vi ser på befolkningsutviklingen i et lengre perspektiv. Siden 2015 har Nordlandssykehuset Lofoten hatt den største økningen i befolkningen, med en vekst på 2,8 prosent, se figur under. Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge har også hatt en positiv befolkningsvekst siden 2015, mens Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har hatt en negativ befolkningsvekst siden 2015.

Figur 2-12: Befolkningsvekst siden 2015 i Helseforetakene i Nord-Norge og Nordlandssykehuset Lofoten. Kilde: SSB.



Kun Nordlandssykehuset Lofoten har hatt en positiv vekst i aldersgruppen 20 til 49 år de siste årene, se figur under. Siden 2015 har Nordlandssykehuset Lofoten hatt en positiv vekst i denne aldersgruppen, tilsvarende 2,9 prosent. I samtlige av helseforetakene i Nord-Norge har utviklingen i denne aldersgruppen vært negativ. Nedgangen har vært spesielt stor i opptaksområdet til Finnmarkssykehuset, som har hatt en nedgang på 47,5 prosent i den nevnte aldersgruppen.

Figur 2-13: Befolkningsvekst 20-49 år siden 2015 i Helseforetakene i Nord-Norge og Nordlandssykehuset Lofoten. Kilde: SSB.



2.4 Befolkningsprognoser for Lofoten mot 2040

SSB gir ulike prognoser for befolkningsutvikling på kommunenivå, gitt ulike forutsetninger om fruktbarhet, dødelighet, flytting, innvandring og utvandring.¹⁶ Prognosene fra SSB danner et naturlig utgangspunkt for fremskrivning av befolkningsutvikling i et nullalternativ. Samtidig er det en utfordring at fremskrivningene i stor grad bygger på en nasjonal fremskrivningsmodell, med begrenset mulighet for å fange opp regionale særtrekk. Vi gir derfor her gjennom SSBs hovedalternativ (MMMM) for befolkningsutvikling i Lofot-kommunene for å vurdere fremskrevet befolkningsutvikling i lys av den spesifikke utviklingen i Lofot-kommunene.¹⁷

2.4.1 SSBs prognose for nettoinnflytting

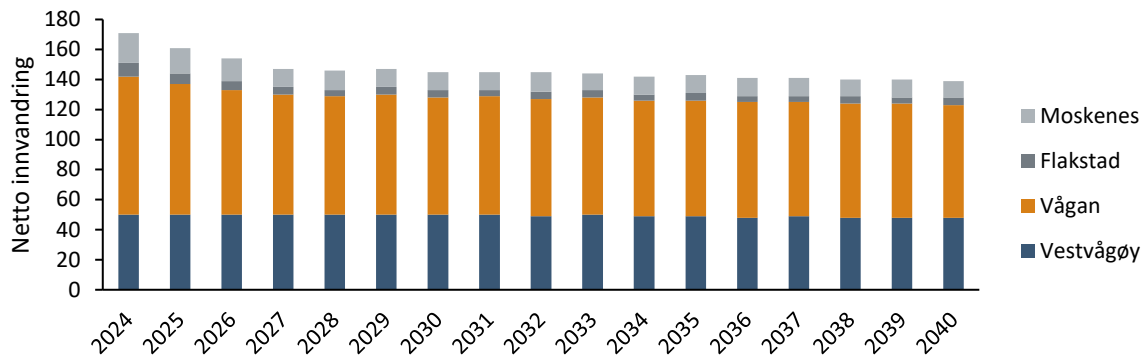
I prognosene skiller SSB mellom innvandring og innenlandsk flytting. For lofotkommunene viser prognosene en befolkningsvekst knyttet til innvandring, men befolkningsnedgang knyttet til innenlandsk flytting.

Figuren nedenfor viser en årlig nettoinnvandring som starter på 170 personer i 2024 og som stabiliserer seg gradvis på om lag 140 personer mot 2040, med en stabil fordeling kommunene imellom.

¹⁶ Leknes og Løkken (2020): Befolkningsframskrivninger for kommunene, 2020-2050. [Link](#)

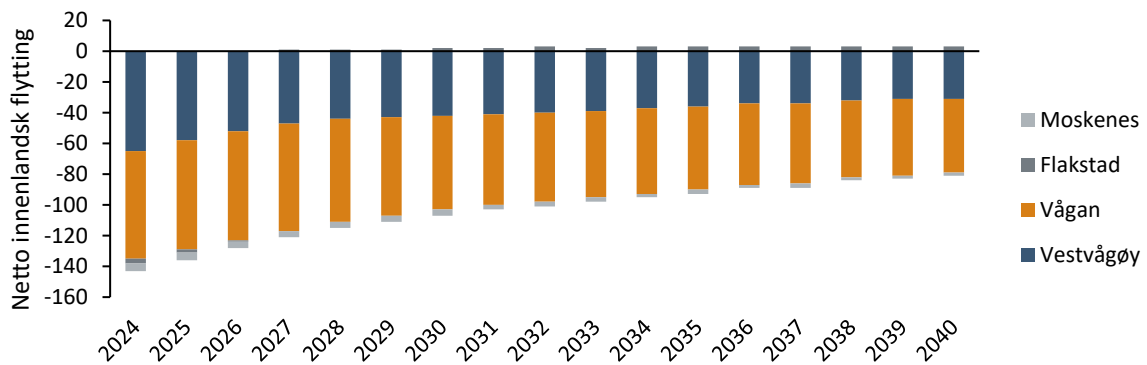
¹⁷ [Regionale befolkningsframskrivninger | SSB](#)

Figur 2-14: Prognose for nettoinnvandring til Lofoten mot 2040. Kilde: SSB



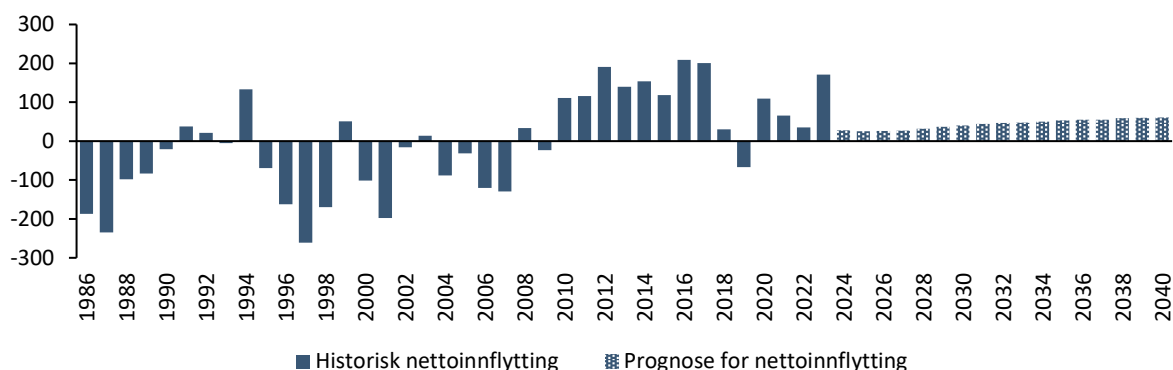
Når det kommer til innenlandsk nettoutflytting, viser prognosene en netto utflytting på om lag 140 personer i 2024. Utflyttingen avtar gradvis til 80 personer i 2040. Utflyttingen er sterkest i Vågan kommune, mens for Flakstad kommune snur prognosene til en svak positiv netto innflytting fra 2027.

Figur 2-15: Prognose for innenlandsk nettoutflytting. Kilde: SSB



I SSBs prognoser er tilflyttingen knyttet til innvandring sterkere enn innenlands fraflytting, og sett i sammenheng gir dette en positiv nettoinnflytting til Lofoten mot 2040. Som vist i figuren nedenfor er nettoinnflytting vesentlig svakere enn hva som har vært tilfelle over de siste 15 årene. Fra 2010 til 2023 har det i gjennomsnitt vært en årlig nettoinnflytting på 113 personer, mens prognosene gir en nettoinnflytting i 2024 på 30 personer, med en gradvis økning mot 60 personer i 2040.

Figur 2-16: Historisk nettoinnflytting for Lofoten for 1986-2023 og prognoser for 2024 til 2040. Kilde: SSB



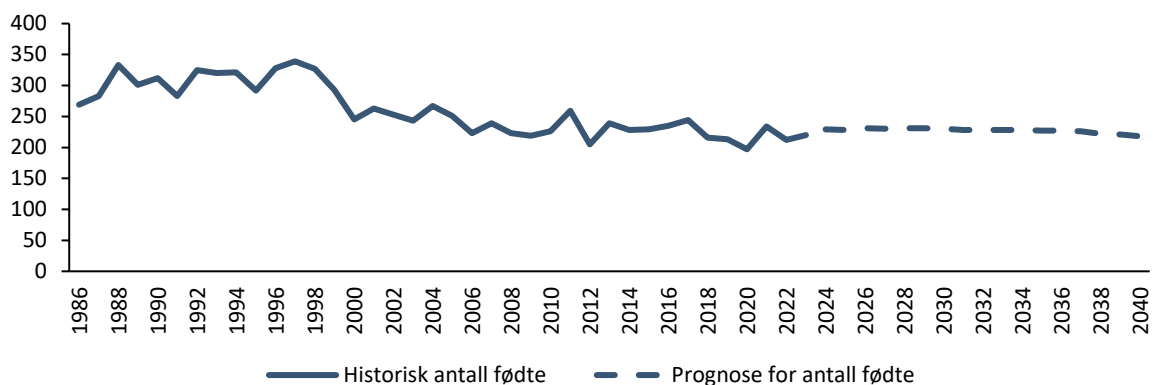
I betraktning av befolkningsutviklingen fra 2010 til nå, virker Statistisk sentralbyrås (SSBs) prognoser å undervurdere nettoinnflyttingen til Lofoten. Det ser ut til at SSBs modell for befolkningsframskriving ikke fullt ut tar hensyn til den faktiske positive tilflyttingen som har funnet sted i Vestvågøy og Vågan. Samtidig ser det ut til at modellen heller ikke fanger opp fraflyttingen fra Flakstad og Moskenes. Det fremstår som om modellen primært er justert i henhold til den generelle historiske trenden i Nordland fylke, uten å reflektere de spesifikke dynamikkene i Lofoten.

2.4.2 SSBs prognose for fødselsoverskudd

Prognoser for antall fødsler og dødsfall kan estimeres med grunnlag i faktiske befolkningsdata for antall kvinner i fruktbar alder og antall eldre, og er derfor regnet for å ha en lavere usikkerhet enn prognoser for flytting og innvandring.¹⁸

Den historiske nedgangen i antall fødte mot 2010 kan knyttes til nedgangen i antall innbyggere i 20- og 30-årsalderen. Fra 2010 har det vært en økning i antall innbyggere i denne aldersgruppen, mens utviklingen i antall fødte likevel har sett en flat utvikling. Prognosen for antall fødte i figuren nedenfor viser en fortsatt flat utvikling i antall fødte mot 2040.

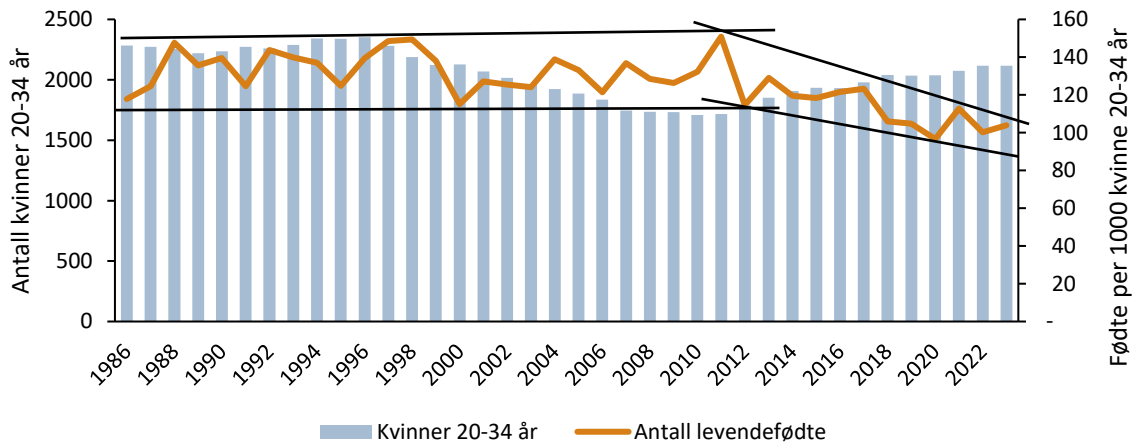
Figur 2-17: Antall levendefødte i Lofoten (1986-2023) og prognose for antall fødte (2024-2040). Kilde: SSB



¹⁸ Leknes og Løkken (2020): Befolkningsframskrivninger for kommunene, 2020-2050. [Link](#)

Figuren nedenfor viser hvordan antall kvinner i alderen gradvis ble redusert fra 1986 mot 2010, for deretter å snu til en økning mot 2024. Rundt 2010 skjer det også et negativt skift i fødselsratene, med færre fødsler per kvinne. Mens det tidligere ble født mellom 115-150 barn årlig per 1000 kvinner i alderen 20-35 år,¹⁹ har raten falt mot 100 fødte barn per 1000 kvinner i denne aldersgruppen. En naturlig hypotese vil være at lavere fødselsrater kan knyttes til innflytterne. Imidlertid er ikke denne utviklingen unik for Lofoten, men er derimot konsistent med en større nasjonal utvikling. Utviklingen i antall fødte fra SSBs prognoser fremstår derfor som realistiske for Lofoten mot 2040.

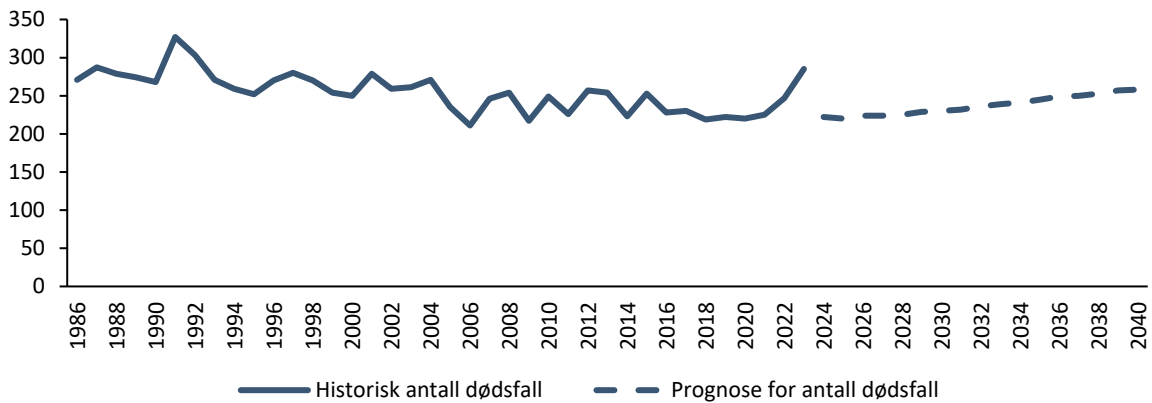
Figur 2-18: Utvikling i antall kvinner i alderen 20-34 år i Lofoten og antall fødte per 1000 kvinner i denne aldersgruppen.
Kilde: SSB



Når det kommer til utvikling i antall dødsfall i Lofoten har det vært en relativt jevnt synkende utvikling siden 1986, men med et tydelig oppsving i 2022 og 2023. Prognosen frem mot 2040 viser at den svakt fallende utviklingen, snur til en svakt økende utvikling fra 2021-nivået. Den tydelige økningen i 2022 og 2023 ventes dermed ikke å vedvare i prognosene, men knyttes til en forbigående overdødelighet. På landsbasis var det en lignende økning i dødstallene i 2022, men hvor denne falt noe tilbake i 2023. I årene fremover vil en eldre befolkning trekke i retning av flere dødsfall, mens faktorer som økt forventet levealder vil kunne dempe veksttakten på mellomlang sikt.

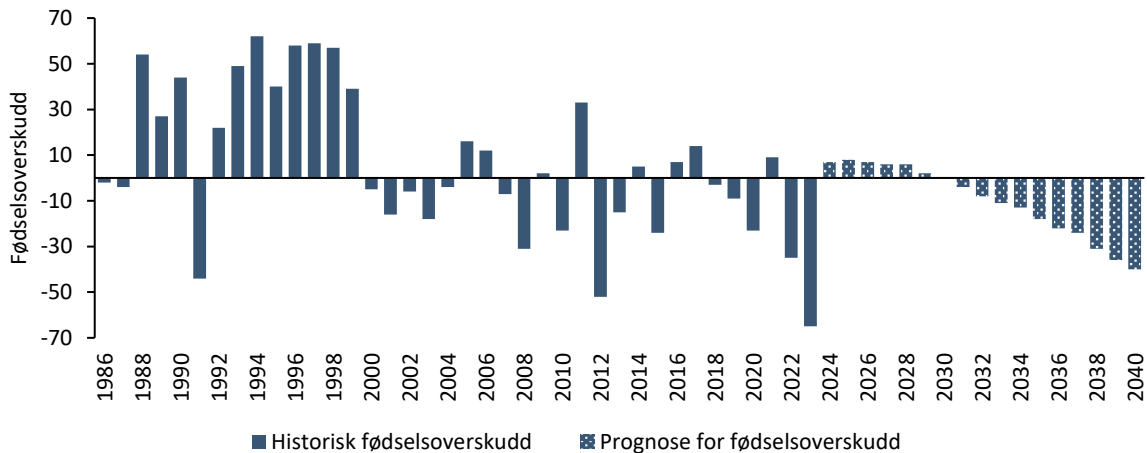
¹⁹ Barn født av kvinner utenfor denne aldersgruppen er også inkludert. Raten er satt som en indikator på utvikling i overordnet fruktbarhet.

Figur 2-19: Antall dødsfall i Lofoten (1986-2023) og prognose for antall dødsfall (2024-2040). Kilde: SSB



Sett i sammenheng gir prognosene for antall fødte og døde en forventning om et lavt positivt bidrag til regionens befolkningsvekst mot 2030, som vist i figuren nedenfor. Etter 2030 vil det være en forventning om et raskt økende negativt fødselsoverskudd, noe som isolert sett vil trekke ned regionens befolkningsstørrelse. Det er økning i dødsfall grunnet en eldre befolkning som er den viktigste driveren for denne utviklingen, men også fødselstallene er ventet å falle fra 2030.

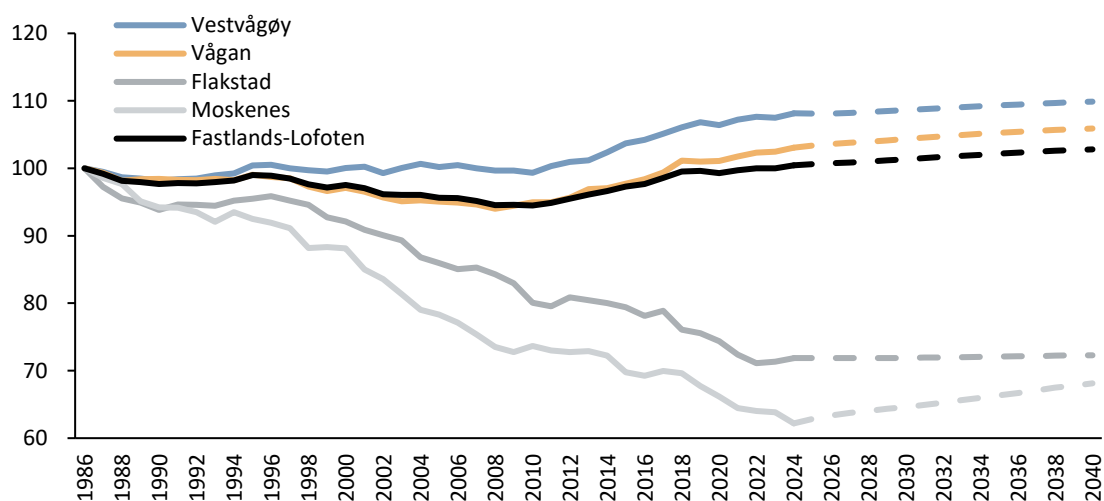
Figur 2-20: Fødselsoverskudd i Lofoten (1986-2023) og prognose for fødselsoverskudd (2024-2040). Kilde: SSB



2.4.3 SSBs befolkningsfremskrivninger for Lofoten

SSBs framskrivninger antyder en vedvarende befolkningsvekst i Lofoten i årene som kommer. Befolkningstallet forventes å stige fra 23 595 til 24 148 innbyggere innen 2040. Den følgende figuren illustrerer den forventede indekserte befolkningsutviklingen for hver av kommunene i Lofoten, samt for hele regionen, fram mot 2040.

Figur 2-21: Indeksert utvikling for befolkningsutvikling i lofot-kommunene, 1986-2040, prognoser i stiplet linje. (1986=100). Kilde: SSB



SSB legger til grunn en positiv nettotinnflytting for alle de fire kommunene i årene mot 2040. Veksten vil avta gradvis, i takt med lavere og etter hvert et negativt fødselsoverskudd.

2.5 Konsekvenser for befolkningsutvikling

I dette delkapittelet analyseres konsekvensene en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil kunne ha på befolkningsutviklingen i regionen, både på kort og lang sikt. I analysen integreres innsikt fra regionens historiske demografiske trender med en vurdering av de samfunnsmessige konsekvensene som endringer ved sykehuset kan medføre for lokalsamfunnet i Lofoten.

2.5.1 Konsekvenser for befolkningsutvikling på kort sikt

Ved en omlegging i samsvar med Arbeidsgruppe 1 sine anbefalinger, er det anslått en nedskjæring av 198 årsverk ved sykehuset.²⁰ Flere av årsverkene er fordelt på deltidsstillinger. Med en del av disse årsverkene fordelt på deltidsstillinger, estimeres det at omtrent 260 arbeidsplasser vil gå tapt som en direkte følge av omstruktureringen. I tillegg til arbeidsplassene som faller bort ved sykehuset, vil omleggingen gi negative ringvirkninger for sysselsettingen i lokalt næringsliv.²¹ Samlet anslås ringvirkningene å gi et indirekte tap tilsvarende 40 arbeidsplasser i Lofoten. Totalt sett estimeres et tap av 300 arbeidsplasser i Lofoten på kort sikt.

Basert på tidligere erfaringer og analyser, for eksempel fra samfunnsanalysen for ny sykehusstruktur på Helgeland, antas det at omtrent halvparten av de som mister jobben vil velge å flytte fra regionen.²² Lofoten har i flere år hatt en relativt sterk innflytting av unge voksne uten lokal tilhørighet, og sykehuset er en viktig arbeidsgiver for denne gruppen. Det er naturlig å anta at personer i denne innflyttergruppen vil ha særlig tilbøyelighet til å flytte fra regionen ved bortfall av arbeidsplasser ved sykehuset. Den gjenværende halvparten forventes enten å søke nytt arbeid innenfor regionen eller å trekke seg fra arbeidsmarkedet. Dette resulterer i

²⁰ Arbeidsgruppe 1 (2023): Akutte og elektive funksjoner. [Link](#)

²¹ Dette er nærmere beskrevet i kapittel 3

²² Menon Economics (2019): Helgelandssykehuset 2025 – Samfunnsanalyse. [Link](#)

en estimert utflytting av 150 personer knyttet til ansatte som mister arbeidsplassen sin, hovedsakelig unge voksne.

Flere av de 150 antatte utflytterne vil ha familier som flytter sammen med dem. Vi antar at halvparten vil flytte sammen med en partner, noe som resulterer i 75 ekstra utflyttere. I tillegg vil en del av dem som flytter være foreldre som tar med seg barna sine. Vi antar at 75 barn vil forlate regionen sammen med sine foreldre. Totalt gir dette en antakelse om at 300 personer vil flytte ut av Lofoten på kort sikt som en direkte eller indirekte følge av tapte arbeidsplasser, inkludert familiemedlemmer.

Tabell 2-2: Anslått utflytting fra Lofoten knyttet til bortfall av arbeidsplasser

	Antall
Bortfall av arbeidsplasser	
Direkte fra Nordlandssykehuset Lofoten	260
Indirekte knyttet til ringvirkninger for næringslivet	40
Samlet bortfall av arbeidsplasser i Lofoten	300
Fraflytting knyttet til bortfall av arbeidsplasser	
Personer som mister jobben (50 %)	150
Partnere (50 % av de som flytter tar med partner)	75
Barn som følger flytter med foreldre som mister jobb	75
Samlet fraflytting knyttet til bortfall av arbeidsplasser	300

Anslagene for utflytting bygger blant annet på erfaringer med utflytting knyttet til bortfall av arbeidsplasser i andre norske distriktssamfunn. Enhver slik prosess er likevel unik, og de faktiske konsekvensene for utflytting vil først vise seg i ettertid. Det er derfor viktig å påpeke at anslagene for utflytting innebærer betydelig usikkerhet, og at faktisk utflytting vil kunne være både vesentlig høyere eller lavere enn dette anslaget.

2.5.2 Konsekvenser for befolkningsutvikling mot 2040

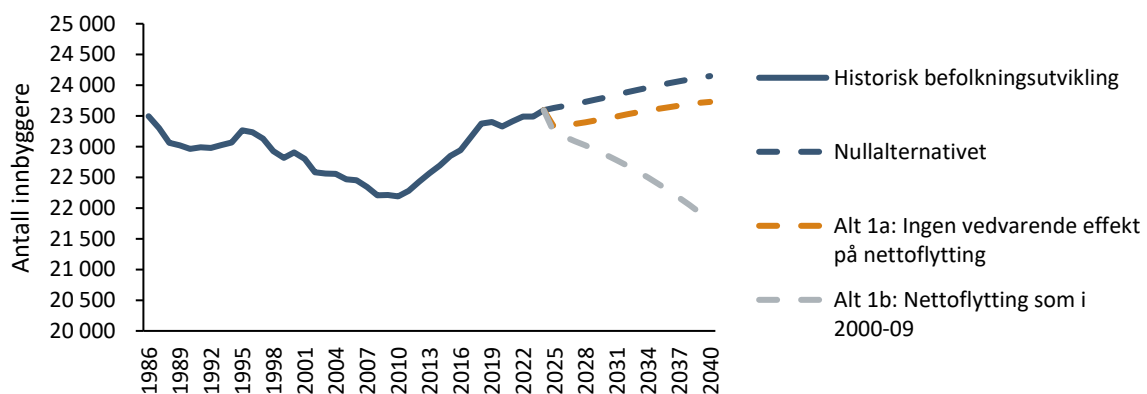
Når den umiddelbare fraflyttingseffekten knyttet til et bortfall av arbeidsplasser har lagt seg, vil et sentralt spørsmål være om en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner også vil ha varige virkninger for regionens befolkningsutvikling.

Som det fremgår av analysene i de påfølgende kapitlene i denne rapporten, vil en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner ha negative konsekvenser for lokalsamfunnet på flere områder. Dette vil potensielt gjøre Lofoten mindre attraktivt både for bosetting og for etablering av ny næringsvirksomhet. En slik reduksjon i regionens attraktivitet forventes å føre til høyere utflytting og lavere innflytting, og dermed påvirke nettoutflyttingen negativt. Gitt at flytting hovedsakelig berører unge voksne, vil en negativ nettoutflytting også medføre lavere fødselstall, mens antallet dødsfall forventes å være relativt uendret de første tiårene. Følgelig vil fødselsoverskuddet også bli negativt påvirket.

Det vil være usikkerhet knyttet til i hvilken grad en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner og påfølgende negative samfunnskonskvenser vil påvirke regionens attraktivitet overfor innflyttere. I analysen av fremtidig befolkningsutvikling vurderer vi derfor to ulike scenarier for nettoutflytting i forhold til nullalternativet:

- **Nullalternativet:** Ingen endringer i Nordlandssykehuset Lofoten, og befolkningsutviklingen følger SSBs hovedprognose (MMMM) mot 2040.
- **Alternativ 1a:** I dette scenarioet inkluderer vi den kortsiktige fraflyttingseffekten som er tidligere anslått knyttet til jobbtap ved en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner, men tillegger ingen vekt til redusert attraktivitet til regionen som følge av dette. Det vil si at vi i dette scenarioet lar fremtidig nettoinnflyttingen være den samme som i nullalternativet. Fremtidig fødselsoverskudd vil imidlertid bli noe påvirket av den kortsiktige utflyttingen, med noen færre fødsler.
- **Alternativ 1b:** I dette scenarioet legger vi til grunn at en eventuell nedlegging av dagens akuttfunksjoner ved sykehuset vil påvirke regionens attraktivitet. Det gir konsekvenser for fremtidig nettoinnflytting, med økt fraflytting av eksisterende innbyggere og lavere tilflytting av nyankomne sammenlignet med nullalternativet. Konkret lar vi nettoinnflyttingen være lik det gjennomsnittlige årlige nivået observert mellom 2000 og 2009. Utflytting av unge voksne vil også ha en negativ påvirkning på fødselsoverskuddet.

Figur 2-22: Befolkningsutvikling i Lofoten mot 2040



I **Nullalternativet** gir analysen et innbyggertall på 24 148 innbyggere, opp fra dagens 23 593. Dette innebærer en gjennomsnittlig årlig befolkningsvekst på 0,14 prosent. Til sammenligning har den gjennomsnittlige årlige befolkningsveksten vært på 0,44 prosent fra 2010 til 2024, mens den var -0,34 prosent fra 2000 til 2009.

Under forutsetningene for **Alternativ 1a** vil estimert antall innbyggere være 23 728 i 2040, noe som er 420 færre enn i nullalternativet. Det tilsvarer en gjennomsnittlig årlig befolkningsvekst på 0,04 prosent fra 2024 til 2040.

I **Alternativ 1b** estimeres antall innbyggere til 21 792 i 2040. Det vil si 2 356 færre innbyggere enn i nullalternativet og innebærer en gjennomsnittlig årlig befolkningsnedgang på 0,5 prosent mellom 2024 og 2040.

Tabell 2-3: Oversikt over befolkningsutvikling i ulike scenarier mot 2040

Alternativ	Forklaring	Innbyggertall i 2040	Differanse fra nullalternativet (innbyggere)	Gj.snitt årlig vekst fra 2024-2040
Nullalternativ	SSBs befolkningsprognose (MMMM)	24 148		0,14 %
Alternativ 1a	Utflytting knyttet til bortfall av arbeidsplasser, men ingen vedvarende effekt på nettoflytting	23 728	-420	0,04 %
Alternativ 1b	Utflytting knyttet til bortfall av arbeidsplasser og nettoflytting som i perioden 2000-2009	21 792	-2 356	-0,50%

Hvis dagens akuttfunksjoner ved sykehuset legges ned, tror vi at befolkningsutviklingen mest sannsynlig vil følge et scenario likt Alternativ 1b. Det er hovedsakelig to grunner til dette.

For det første, en nedleggelse kan ha negative effekter på mange områder i samfunnet og gjøre Lofoten mindre attraktivt som bostedsregion. Som redegjort for i de påfølgende kapitlene, vil dette bety en overføring av oppgaver og ansvar til den kommunale helse- og omsorgstjenesten samtidig som kommunens inntekter reduseres.²³ Dette vil redusere det økonomiske handlingsrommet i allerede hardt pressede kommuneøkonomier, og kunne tvinge frem prioriteringer i tjenestetilbudet som går i disfavør av unge innflytteres interesser. Dette vil gjøre Lofoten mindre attraktivt både for nye og nåværende innbyggere.

For det andre har innflyttingen til Lofoten etter 2010 vært ekstraordinært høy, sett i forhold til tidligere perioder og andre sammenlignbare distriktssamfunn i Nord-Norge. Dette viser at Lofoten er attraktivt, men at regionens positive nettoinnflytting vil kunne være sårbar overfor endringer som svekker denne attraktiviteten.

Selv om det er usikkert hvordan en slik nedleggelse nøyaktig vil påvirke inn- og utflyttingen fra Lofoten, ser vi på befolkningsutviklingen fra 2000-2009 som et mulig utgangspunkt for fremtiden. Men det er viktig å merke seg at den faktiske virkningen på fremtidig nettoflytting kan være betydelig sterkere eller svakere enn hva vi her antar.

²³ Se kapittel 3 og 6.

3 Næringsliv, verdiskaping og sysselsetting

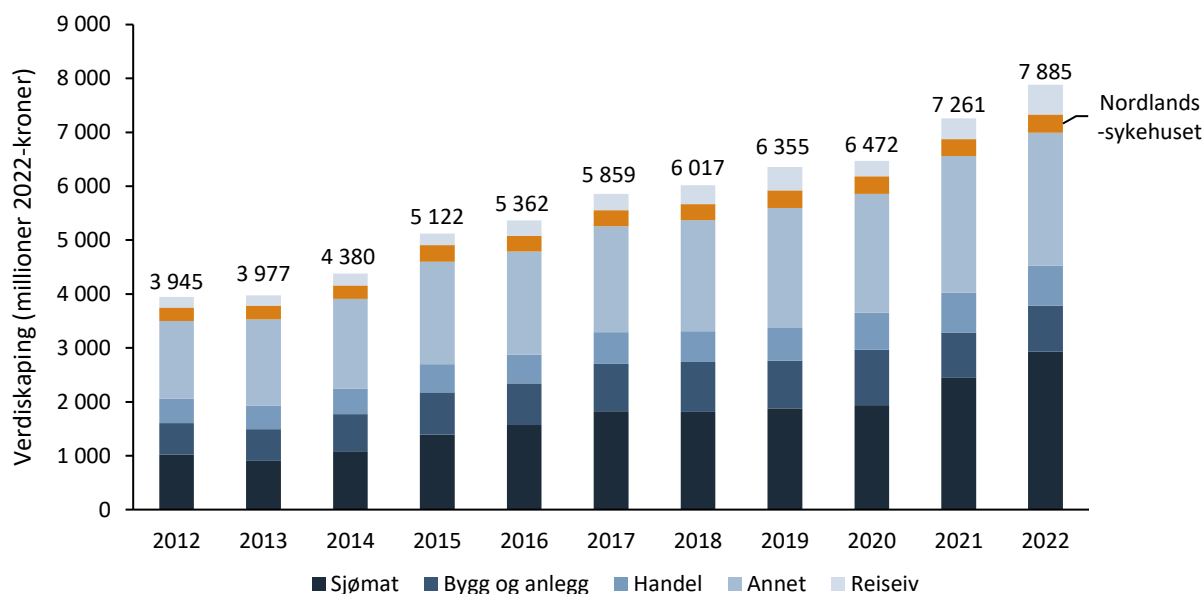
I dette kapitlet presenteres en analyse av konsekvenser for arbeidsplasser og verdiskaping i regionen som følge av en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner. Ved å anvende data fra Menons regnskapsdatabase og Menons ringvirkningsmodell, finner vi at det økonomiske sjokket som en slik endring innebærer, vil medføre en betydelig nedgang i lokal økonomisk aktivitet.

Konkret estimeres det at regionen vil oppleve en årlig reduksjon i verdiskaping på 164 millioner kroner, og et tap av 224 årsverk. Dette vil i sin tur medføre en reduksjon i skattegrunnlaget for de berørte kommunene, med en estimert nedgang i skatteinntekter på omtrent 14 millioner kroner på kort sikt, som øker til 39 millioner kroner i 2040. I tillegg går kommunene glipp av innbyggertilskudd på om lag 9 millioner kroner årlig på kort sikt og ca. 70 millioner kroner årlig i 2040.

3.1 Dagens struktur for næringsliv og sysselsetting

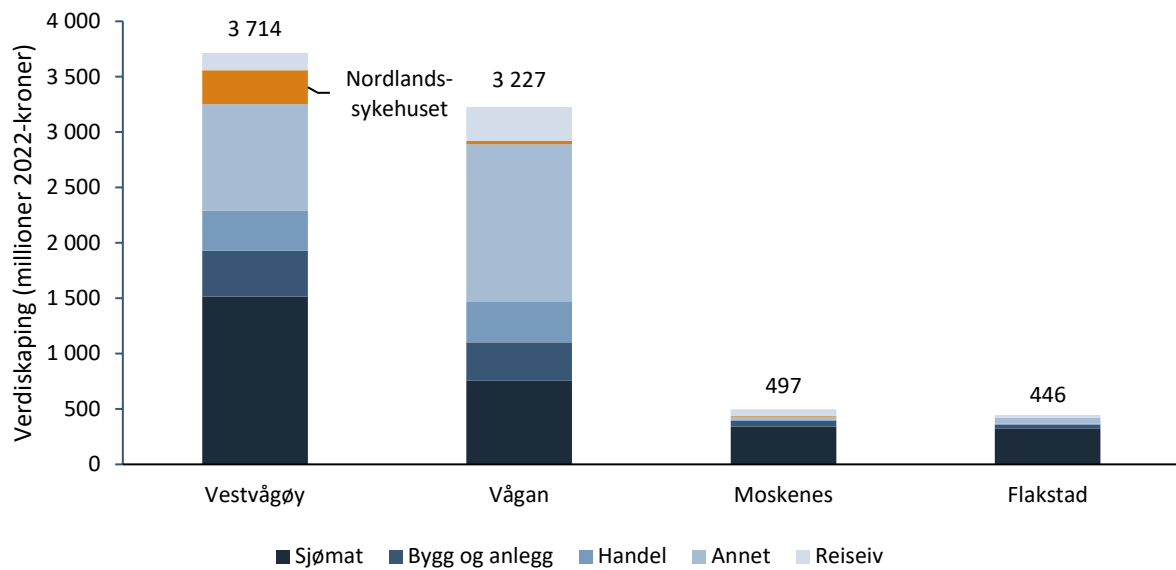
Næringslivet i Lofoten er stort sett preget av sjømatnæringen, som utgjør den desidert største andelen av den lokale verdiskapingen. Sjømat utgjør i dag om lag 37 prosent av verdiskapingen i regionen. I tillegg har denne næringen de siste ti årene også vokst betydelig, og har vært den største driveren av vekst i verdiskaping i hele regionen. Utover dette er bygg og anlegg, handel og reiseliv vært viktige næringer i Lofoten, se Figur 3-1.

Figur 3-1: Utvikling av verdiskaping over tid i Lofoten, fordelt på næringer. Kilde: Menon Economics



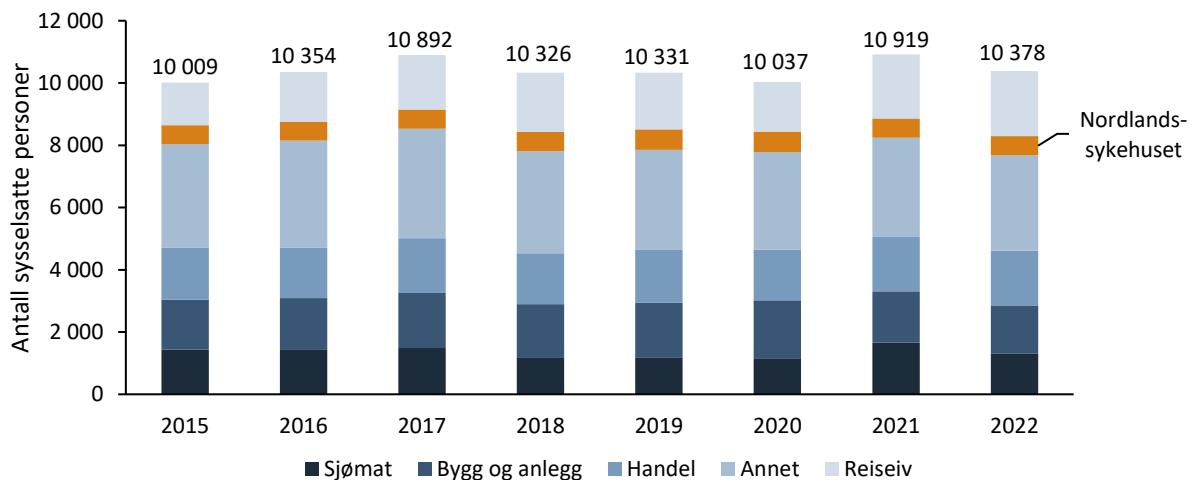
Nordlandssykehuset Lofoten er en viktig virksomhet som alene står for nesten 5 prosent av den lokale verdiskapingen i Lofoten. Den største delen av sykehusets økonomiske aktivitet er konsentrert i Vestvågøy kommune, der sykehuset står for om lag 8 prosent av den lokale verdiskapingen, vist i Figur 3-2. I tillegg har sykehuset noe økonomisk aktivitet i Vågan (poliklinikk og ambulanse i Svolvær) og Moskenes (ambulanse). Aktiviteten i Vågan og Moskenes har imidlertid liten økonomisk betydning.

Figur 3-2: Nordlandssykehuset Lofoten utgjør en stor del av total verdiskaping i Vestvågøy i 2022. Kilde: Menon Economics



Lofoten som arbeidsmarkedsregion har om lag 10 000 sysselsatte personer²⁴, med noe sesongvariasjon. Dette tallet har vært relativt konstant i perioden 2012 til 2022, som vist i Figur 3-3. Det fremgår også i figuren at sjømat ikke har en like stor andel av total sysselsetting sammenliknet med verdiskapingsandelen, noe som peker på at sjømatnæring har en høy produktivitet.²⁵ Samtidig viser figuren at reiselivsnæringen står for en større andel når det gjelder sysselsatte sammenliknet med verdiskaping. Denne næringen er altså en viktig arbeidsgiver i regionen.

Figur 3-3: Utvikling av antall sysselsatte personer over tid i Lofoten, fordelt på næringer. Kilde: Menon Economics



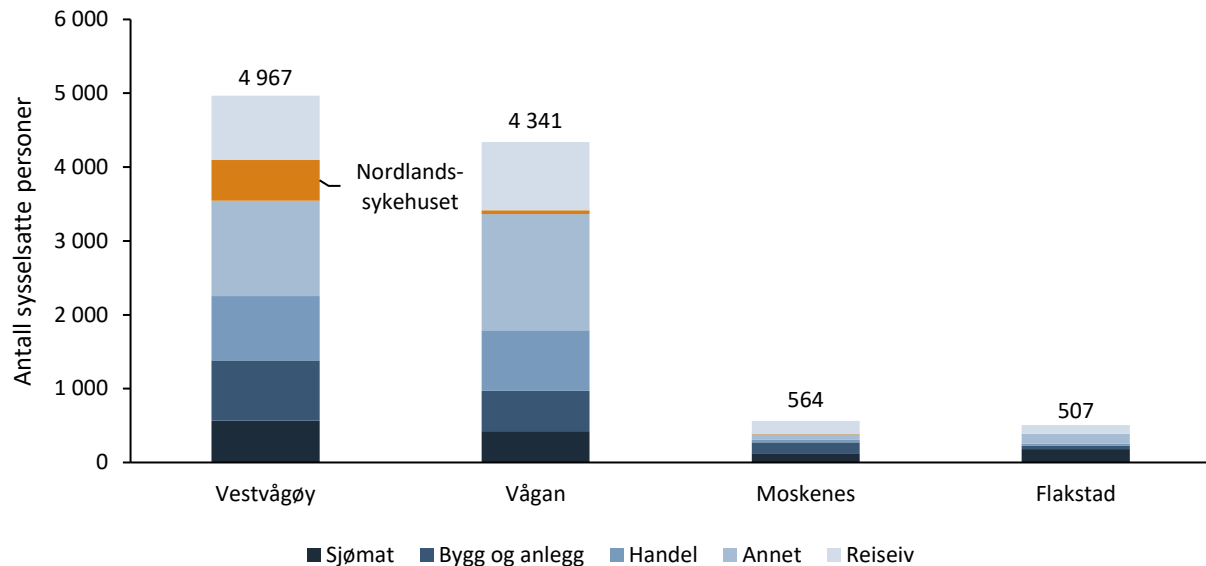
De viktigste arbeidsmarkedene i Lofoten er i Vestvågøy og Vågan, der om lag 90 prosent av sysselsettingen i Lofoten konsentreres. Nordlandssykehuset Lofoten sysselsatte 612 personer i 2022, og 553 av dem jobbet på hovedlokasjon i Gravdal, og 52 i Svolvær. De resterende 7 personene jobbet ved ambulansen i Moskenes. I

²⁴ Dette tallet er ikke årsverk.

²⁵ Verdiskaping per ansatt.

Vestvågøy utgjør Nordlandssykehuset Lofoten ca. 11 prosent av hele sysselsettingen og er dermed en sentral arbeidsgiver for lokalsamfunnet.

Figur 3-4: Nordlandssykehuset Lofoten er en betydelig arbeidsgiver i Vestvågøy i 2022. Kilde: Menon Economics



3.2 Vurdering av virkninger for lokal sysselsetting og verdiskaping

Vi vurderer hvilken effekt en nedleggelse av dagens akutfunksjoner har for verdiskaping og sysselsetting i regionen. I samsvar med anslagene fra Helse Nord legges det til grunn en reduksjon på 198 årsverk ved Nordlandssykehuset Lofoten, hvilket innebærer at antall årsverk reduseres fra 463 til 265 etter nedleggelse av dagens akutfunksjoner. Det vil si at om lag 43 prosent av de sysselsatte ved sykehuset forsvinner. Verdiskapingen av sykehuset reduseres proporsjonalt fra 339 millioner kroner til 194 millioner kroner per år. Denne reduksjonen danner grunnlag for den negative økonomiske impulsen vi analyserer i de følgende delkapitlene.

Impulsen vil påvirke næringslivet, hovedsakelig gjennom to kanaler:

- 1) Virkninger for næringslivet gjennom sykehusets reduserte vare- og tjenestekjøp i regionen
- 2) Virkninger for næringslivet gjennom redusert konsum av befolkningen i regionen

Nedleggelse av dagens akutfunksjoner kan ses på som et engangssjokk mot økonomien i regionen som vil gi varige skift i sysselsetting og verdiskaping. Bortfallet av arbeidsplasser i det statlig finansierte sykehuset, vil til en viss grad måtte kompenseres gjennom flere årsverk i de kommunale helsetjenestene. Uten statlig avbøtende tiltak, legger vi til grunn at disse årsverkene vil fylles gjennom omprioritering i kommunene, og derfor ikke dempe nettotapet av arbeidsplasser i regionen. Alle resultatene som presenteres i denne analysen er derfor presentert som varige årlige virkninger. Det vil presiseres i teksten dersom det er grunn til å tro at virkningene vil variere over tid.

Det geografiske nedslagsfeltet det settes søkelys på i analysen er bo- og arbeidsmarkedsregionen Lofoten (Vestvågøy, Vågan, Moskenes og Flakstad) som opplever endringer i sykehusstrukturen mellom nullalternativet og scenarioriet vi analyserer.

3.2.1 Kartlegging av endringsimpulser

Som tidligere forklart skjer endringene for næringslivet hovedsakelig gjennom to kanaler. Vi beskriver i dette delkapittelet hvordan vi har gått frem for å kartlegge disse.

Kartlegging av vare- og tjenestekjøpsimpuls

Nordlandssykehuset Lofoten kjøper hvert år varer og tjenester fra andre aktører i næringslivet. Mye av dette kjøpes inn gjennom sentraliserte innkjøpsordninger der leveransene produseres i utlandet eller i andre deler av landet, og vil ikke påvirkes av sykehusets lokalisering. Andre typer leveranser har mer lokal sysselsetting, og vil dermed påvirkes av hvor sykehuset lokaliseres. Dette kan for eksempel være kantinetjenester eller renholdstjenester. Vi har ikke tilgang til informasjon om Nordlandssykehusets lokale innkjøp, og baserer analysen derfor på antakelser og erfaringstall fra sammenliknbare sykehusanalyser Menon har gjennomført tidligere.²⁶

I 2022 kjøpte Nordlandssykehuset Lofoten varer og tjenester for totalt 111 millioner kroner. Basert på erfaringstall fra en liknende analyse av Helgelandssykehuset er om lag 7 prosent av innkjøpene fra lokale leverandører. Dette betyr at Nordlandssykehuset Lofoten kjøper om lag varer og tjenester på litt i underkant av 8 millioner kroner per år lokalt. Vi antar at 50 prosent av dette forsvinner som følge av nedleggelse av dagens akuttfunksjoner. Dette betyr at de lokale vare- og tjenesteinnkjøpene er på om lag 4 millioner kroner per år etter tiltak. Vare- og tjenesteinnkjøp i Lofoten som faller bort er altså om lag 4 millioner kroner per år.

Vi antar videre at innkjøpene som faller bort fordeles likt på disse tre næringene:

- 1) **NACE-kode 49** - Landtransport og rørtransport: 33,3%
- 2) **NACE-kode 55-56** – Overnattings- og serveringsvirksomhet; 33,3%
- 3) **NACE-kode 81** - Tjenester tilknyttet eiendomsdrift: 33,3%

Vi har brukt regnskapsdatabase for å finne andelene de tre næringene utgjør i hver kommune for å fordele innkjøpene lokalt. Tabell 3-1 viser lokal og næringsmessig fordelingsnøkkel av de om lag 4 millioner kroner lokalt vare- og tjenestekjøp som faller bort som følge av nedleggelse av dagens akuttfunksjoner.

Tabell 3-1: Fordelingsnøkkel av lokal vare- og tjeneste innkjøp på næringer og kommuner i Lofoten.

	Flakstad	Vestvågøy	Vågan	Moskenes	Alle kommuner
Landtransport og rørtransport	9%	17%	7%	0%	33%
Overnattings- og serveringsvirksomhet	2%	6%	19%	6%	33%
Tjenester tilknyttet eiendomsdrift	1%	9%	23%	0%	33%
Alle næringer	12%	33%	49%	6%	100%

Kartlegging av konsumimpuls

Den andre impulsen mot næringslivet som endres ved en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner, er de fraflyttedes konsum i det lokale næringslivet.²⁷ Nordlandssykehuset Lofoten hadde i 2022 lønnskostnader på 320 millioner kroner. Vi antar at lønnskostnader reduseres proporsjonalt med antall årsverk. Dette impliserer at de som flytter tar med seg 137 millioner kroner i årlige lønnsinntekter når de flytter fra Lofoten.

²⁶ Se for eksempel: Menon Economics (2019): Helgelandssykehuset 2025 – Samfunnsanalyse. [Link](#)

²⁷ Se Tabell 2-2

Basert på tall fra Menon Economics (2019) antar vi at 55 prosent av nettolønn brukes lokalt.²⁸ Med en skattesats på 30 prosent og en sparekvote på 10 prosent betyr det at 47 millioner kroner i årlig lokalt konsum forsvinner som følge av umiddelbar fraflytting av de ansatte ved Nordlandssykehuset i Lofoten.

Vi har fordelt de 47 millioner kronene på næringer og kommuner. For å fordele forbruket på næringer har vi tatt utgangspunkt i SSB sin statistikk på andeler av forbruksutgifter per husholdning i 2022 i minst og nest minst sentrale kommuner.²⁹ I tillegg har vi fordelt forbrukstallet på kommuner i henhold til andel sysselsatte i hver kommune.

Dette gir en fordelingsnøkkel som vist i Tabell 3-2 av det lokale forbruket som faller bort som følge av en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner. Tallene må tolkes på denne måten: En ansatt ved Nordlandssykehuset Lofoten med en et lokalt forbruk på eksempelvis 100 000 kroner per år bruker ca. 3 000 kroner (3%) på energi- og varmtvannforsyning i henholdsvis Vestvågøy og Vågan, etc.

Tabell 3-2: Fordelingsnøkkel av lokalt forbruk på næringer og kommuner i Lofoten.

	Flakstad	Vestvågøy	Vågan	Moskenes	Alle kommuner
Energi- og varmtvannforsyning	0%	3%	3%	0%	7%
Handel og reparasjon av motorvogner	1%	7%	6%	0%	14%
Detaljhandel	1%	17%	15%	2%	35%
Landtransport og rørtransport	0%	1%	1%	0%	2%
Overnattings- og serveringsvirksomhet	0%	2%	1%	0%	3%
Informasjonsteknologitjenester	0%	2%	2%	0%	4%
Finansierings- og forsikringstjenester	0%	2%	2%	0%	5%
Omsetning og drift av fast eiendom	1%	10%	9%	1%	21%
Tjenester tilknyttet eiendomsdrift	0%	2%	2%	0%	4%
Helsetjenester	0%	1%	1%	0%	1%
Omsorgstjenester	0%	1%	1%	0%	3%
Kunst, underholdning og lotteri	0%	0%	0%	0%	1%
Sports- og fritidsaktiviteter	0%	0%	0%	0%	1%
Alle næringer	4%	49%	43%	4%	100%

3.2.2 Direkte og indirekte sysselsettings- og verdiskapingsvirkninger på kort sikt

De direkte virkningene knyttet til nedleggelse av dagens akuttfunksjoner er reduksjonen i sykehusets verdiskaping og ansatte i Lofoten. Dette er antatt til å være 198 årsverk og, gitt en proporsjonal reduksjon i verdiskaping, 145 millioner kroner lokal verdiskaping per år.

Indirekte virkninger, eller «ringvirkninger», er bygget ut fra en idé om at en bedrifts inntekt i praksis kan splittes i tre: verdiskaping (lønn og profitt), norsk etterspørsel etter varer og tjenester, og import. Mens import flyter ut av modellen, danner norske vare- og tjenestekjøp grunnlag for inntekt til andre bedrifter. Det er denne iterative prosessen som danner «ringene» i modellen. Det samme gjelder for de ansattes inntekt. Nettoinntekten kan splittes opp i lokalt og ikke-lokalt forbruk. Det lokale forbruket danner grunnlag for inntekt til andre bedrifter som igjen danner ringer i modellen.

²⁸ Menon Economics (2019): Helgelandssykehuset 2025 – Samfunnsanalyse. [Link](#)

²⁹ Tabell 14161: Utgift per husholdning per år, etter vare- og tjenestegruppe, statistikkvariabel, år og sentralitet

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

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

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

Basert på denne modellen estimerer vi hvilken andel av vare- og tjenestekjøpet til de bedriftene/næringene som får en endring i aktivitetsnivået ved ny sykehusstruktur, som vil gå videre til andre bedrifter i Lofoten. Ved hjelp av gjennomsnittlige forholdstall mellom omsetning og henholdsvis verdiskaping og sysselsetting for de relevante næringene i Lofoten, «oversettes» impulsene til sysselsetting og verdiskaping. Det samme gjør vi med det lokale forbruket til de ansatte som flytter som følge av nedleggelse av dagens akuttfunksjoner.

Tabell 3-3 viser de direkte og indirekte verdiskapings- og sysselsettingseffektene av en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner. Samlet gir våre beregninger 164 millioner kroner i redusert årlig verdiskaping og en redusert sysselsetting på 224 årsverk. Grunnet deltidsstillinger vil bortfallet av årsverk tilsvare om lag 300 arbeidsplasser.

Tabell 3-3: Verdiskapings- og sysselsettingseffekter ved en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner, på kort sikt (2022-kroner).

	Direkte	Indirekte (Vare- og tjenestekjøp)	Induserte (Ansattes konsum)	Totalt
Verdiskaping	-145 mill. kr	-2 mill. kr	-18 mill. kr	-164 mill. kr
Sysselsetting	-198 årsverk	-4 årsverk	-23 årsverk	-224 årsverk

3.2.3 Direkte og indirekte sysselsettings- og verdiskapingsvirkninger i 2040

Som følge av redusert attraktivitet og fraflytting vil de negative økonomiske virkningene forsterkes over tid. Basert på befolkningsframskrivingen i kapitel 2.5.2 har vi beregnet de økonomiske ringvirkningene av alternativ 1b som følger av en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner, sammenlignet med nullalternativet.

Alternativ 1b innebærer at det bor 2 356 færre personer i Lofoten enn i nullalternativet. Ved bruk av dagens forholdstall mellom årsverk og innbyggere betyr dette at det i 2040 er sysselsatt 824 færre årsverk i Alternativ 1b, enn i nullalternativet. Dette tilsvarer en verdiskaping på 787 mill. 2022-kr.

I tillegg fører dette til den samme type ringvirkninger som omtalt i kapitel 3.2.2. For det første danner de lokale innkjøpene av de ansattes bedrifter grunnlag for ytterligere økonomisk aktivitet i området (indirekte effekter). Et bortfall av lokale innkjøp reduserer altså driftsgrunnlaget til ytterligere virksomheter. For det andre understøtter lokalt pengebruk til de sysselsatte lokalt økonomisk aktivitet (induserte effekter). Et bortfall av de sysselsattes lokale konsum reduserer driftsgrunnlaget til virksomheter ytterligere.

For å beregne de indirekte effektene i 2040 har vi brukt Menons ringvirkningsmodell «Den internasjonale totaleffektmodellen», forkortet «ITEM». Vi antar at de sysselsatte som flytter er likt fordelt på næringer som i hele fastlands-Lofoten. Videre antar vi at de sysselsatte som flytter har samme forbruksmønster som vist i Tabell 3-2. Tabell 3-4 viser effektene av ringvirkningsanalysen.³⁰

Tabell 3-4: Verdiskapings- og sysselsettingseffekter ved en nedleggelse av dagens akutfunksjoner, i 2040 (2022-kroner).

	Direkte	Indirekte (Vare- og tjenestekjøp)	Induserte (Ansattes konsum)	Totalt
Verdiskaping	-787 mill. kr	-41 mill. kr	-66 mill. kr	-895 mill. kr
Sysselsetting	-824 årsverk	-32 årsverk	-83 årsverk	-939 årsverk

De totale verdiskapingseffektene på grunn av redusert attraktivitet og økt fraflytting frem mot 2040 innebærer at området har 895 millioner kroner lavere årlig verdiskaping i 2040 ved alternativ 1b enn i nullalternativet. Dette tilsvarer ca. 11 prosent av dagens verdiskaping.

Videre bortfaller det økonomisk grunnlag for til sammen 939 årsverk i 2040. Det betyr at sysselsetting vil være 939 årsverk lavere i Lofoten under alternativ 1b enn under nullalternativet, dersom disse 939 årsverkene ikke lenger har mulighet til å jobbe i Lofoten.

3.3 Økonomiske konsekvenser for kommunene

Kommuneøkonomien i Lofoten er i en utfordrende situasjon, og en eventuell nedleggelse av dagens akutfunksjoner vil forverre situasjonen ytterligere. Som følge av reduserte skatteinntekter og lavere innbyggertilskudd, anslås det at kommunene vil oppleve et inntektstap på 23 millioner kroner årlig på kort sikt og 109 millioner kroner årlig i 2040. For kommunene vil dette innebære utfordringer med å etterleve de lovpålagte oppgavene, og gi et svekket tjenestetilbud for innbyggerne.

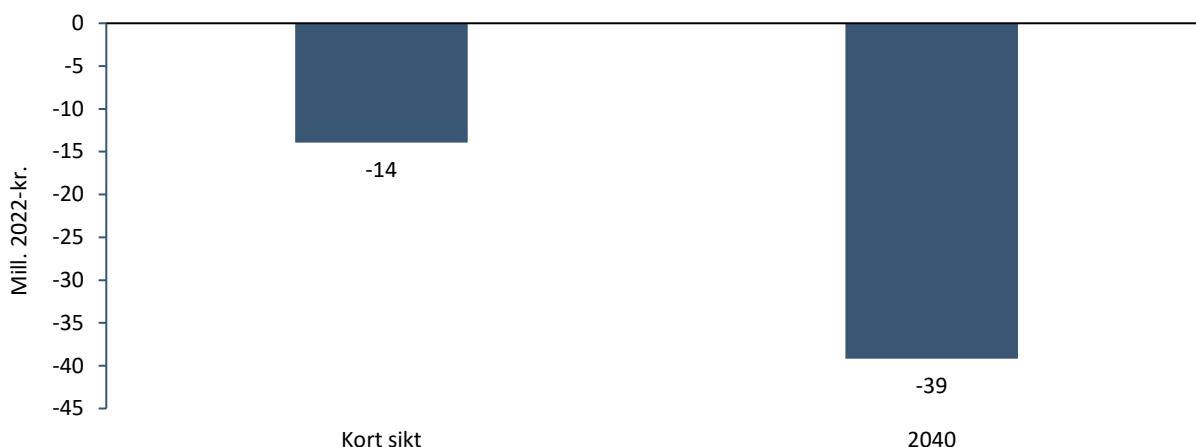
3.3.1 Skatteeffekter for kommunene

Ringvirkningsmodellen har en skattemodul som beregner skatteeffektene på kommunalt nivå basert på resultatene fra ringvirkningsanalysen. Modulen tar utgangspunkt i gjennomsnittslønn per næring og kombinerer denne med resultatene fra ringvirkningsanalysen for å anslå skatteeffekter for kommunen. Ettersom Nordlandssykehuset Lofoten har høyere lønnskostnader enn gjennomsnittet, har vi valgt å bruke de faktiske lønnskostnadene istedenfor bransjegjennomsnittet for direkte skattevirkninger på kort sikt. For beregning av de indirekte og induserte skatteeffektene, både på kort sikt og i 2040, bruker vi imidlertid informasjon om gjennomsnittslønn i de ulike næringene.

Figur 3-5 viser de samlede skatteinntektene som kommunene i Lofoten taper.

³⁰ Vi antar at indirekte og induserte sysselsettings- og verdiskapingseffekter er nettoeffekter i Lofoten-området. Det betyr at dette er økonomisk aktivitet som flyttes fra Lofoten til et annet område, heller enn at det erstattes med annen økonomisk aktivitet i Lofoten.

Figur 3-5: Tapte skatteinntekter årlig for kommunene i Lofoten på kort sikt og 2040 som følge av en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner.



Total tapt skatteinntekt til kommunene i Lofoten vil i så fall være om lag 14 millioner kroner per år på kort sikt. I 2040 vil den årlige skatteinntekten til kommunene i Lofoten være 39 millioner kroner lavere enn i nullalternativet.³¹ Det vil si at redusert attraktivitet og økt fraflytting over tid vil forsterke skatteeffekten ytterligere, og medføre et betydelig tap av inntekter til kommunene i Lofoten.

3.3.2 Endringer i innbyggertilskudd

Sammen med skatteinntekter utgjør rammetilskudd kommunenes såkalte frie inntekter. Rammetilskuddet består av syv ulike tilskudd, hvor innbyggertilskuddet er det viktigste og utgjør alene 96 prosent av det samlede rammetilskuddet.³²

Innbyggertilskuddet fordeles i utgangspunktet med et likt beløp per innbygger til alle kommuner. Dette beløpet er 29 832 kroner i 2024. Innbyggertilskuddet gir lofotkommunene et samlet tilskudd før omfordeling på om lag 700 millioner kroner. Per kommune gir dette Vågan 290,5 mill. kr, Vestvågøy 344,6 mill. kr, Moskenes 29,1 mill. kr og Flakstad 36,4 mill. kr.³³

Ved en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil den anslåtte utflyttingen, knyttet til direkte og indirekte bortfall av arbeidsplasser, se Tabell 3-5, gi en forventet reduksjon i det samlede innbyggertilskuddet på om lag 9 millioner kroner. En slik reduksjon vil berøre alle fire kommunene, men Vestvågøy, som er vertskommune for sykehuset, vil sannsynligvis stå overfor det største inntektsbortfallet.

En reduksjon på 9 millioner kroner utgjør om lag 1,3 prosent av lofotkommunenes samlede innbyggertilskudd. Selv om dette i utgangspunktet ikke fremstår som en radikal endring i kommunenes inntektsgrunnlag, kan det

³¹ Disse tallene må tolkes som et anslag på størrelsesorden, og ikke som nøyaktige tall. Tallene er sensitive for hvilke forutsetninger som legges til grunn. Dersom færre eller flere ansatte ved Nordlandssykehuset Lofoten velger å bli boende i Lofoten og finner seg en annen lokal jobb, vil skatteeffektene være større eller mindre. Videre antar vi i denne analysen at alle indirekte rammede årsverk forsvinner. Dersom disse velger å ikke flytte fra Lofoten og begynner å jobbe et annet sted i Lofoten, vil skatteeffekten være lavere.

³² NOU 2022: 10 (2022): Inntektssystemet for kommunene. [Link](#)

³³ <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunedata/frie-inntekter/frie-inntekter-2024/id2996293/#/nordland>

likevel utgjøre en betydelig utfordring for kommuner som står over økonomiske vanskeligheter.³⁴ Dette kan gjøre det vanskeligere for dem å oppfylle sine lovpålagte oppgaver.³⁵

Samtidig er det ventet at inntektsbortfallet vil forsterkes over tid. Gitt at innbyggertilskuddet per person holdes fast, vil det anslåtte tapte innbyggertilskudd som kan knyttes til en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner beløpe seg til mer enn 70 millioner kroner i 2040. Det utgjør i så fall en reduksjon på nær 10 prosent mot forventet innbyggertilskudd i 2040, noe som understreker den langsiktige økonomiske belastningen en slik endring kan medføre for regionen.

Tabell 3-5: Anslått endring i innbyggertilskudd for lofotkommunene ved en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner sammenlignet med nullalternativet

	Endring i kroner	Endring i prosent
Konsekvenser på kort sikt	- 9,0 mill. kr	-1,3 %
Konsekvenser i 2040 (Alternativ 1b)	-70,3 mill. kr	-9,8 %

³⁴ [Gigantunderskudd for Vågan kommune i Lofoten | NRK](#)

³⁵ Menon Economics (2022): *Ståa i norske kommuner*. [Link](#)

4 Reiseliv og besøkende

Reiseliv og turisme er av stor næringsmessig betydning for Lofoten. Samtidig utgjør ikke de tilreisende bare et positivt økonomisk bidrag til regionen, men representerer også et stort befolkningsgrunnlag innenfor Nordlandssykehuset Lofotens opptaksområde med potensielt behov for akuttmedisinsk behandling.

Det anslås at Lofoten årlig huser en million gjestedøgn fra tilreisende. I tillegg kommer overnatting fra blant annet fricamping (telt, campingvogn etc.), gjestearbeidere og dagsturister. I høysesongen i juli vil dette kunne gi en økning på mer enn 17 000 personer som oppholder seg innenfor sykehusets opptaksområde.

Vi vurderer at en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil kunne ha en negativ innflytelse på reiselivet i regionen, men trolig ikke av vesentlig betydning. Bekymring for negative konsekvenser er særlig knyttet til nedgang i cruiseturismen, samt utfordringer knyttet til vinterturismen og ambisjonene om å utvikle Lofoten til en helårs turistdestinasjon.

4.1 Reiselivsanalysens problemstillinger og avgrensninger

Reiselivet er en integrert og vital del av Lofotens økonomi og samfunnsliv. Denne regionen, kjent for sin storslåtte natur og unike kulturelle tilbud, tiltrekker seg årlig et betydelig antall besøkende fra inn- og utland. Turismen bidrar ikke bare til arbeidsplasser og verdiskaping lokalt, men de tilreisende utgjør også et betydelig befolkningsgrunnlag. Dette stiller krav til regionens infrastruktur og beredskap, inkludert tilbudet om akutt helsehjelp.

I denne analysen vil vi kartlegge og belyse omfanget av reiselivet og de besøkende til regionen, samt vurdere konsekvensene av en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner ved sykehuset.

I denne delen av analysen vil vi fokusere på følgende to problemstillinger:

Tilreisende og betydning for befolkningsgrunnlag i sykehusets opptaksområde: De tilreisende i Lofoten representerer et utvidet befolkningsgrunnlag for sykehuset, og en detaljert oversikt over dette er viktig for å forstå sykehusets fulle ansvarsområde. Regionen inkluderer mer enn de fastboende og krever en presis vurdering av helsetjenestenes kapasitetsbehov. Analysen vil derfor fokusere på å estimere samlet antall besøkende, analysere sesongmessige svingninger og identifisere høyrisikoaktiviteter som kan føre til økt etterspørsel etter sykehusets tjenester.

Konsekvenser for regionens attraktivitet som turistdestinasjon: Nedleggelse av dagens akuttfunksjoner ved sykehuset kan ha innvirkning på regionens omdømme og attraktivitet som reisemål. Det er viktig å forstå hvordan slike endringer kan påvirke oppfatningen av sikkerhet blant turister og reiselivsaktører. Denne delen av analysen vil utforske potensielle effekter på reiselivsnæringen og lokalsamfunnet, inkludert hvordan en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner kan påvirke beslutninger om å besøke regionen.

I kartleggingen av reiselivets påvirkning og betydning for Lofoten vil vi benytte en metodisk tilnærming som kombinerer offentlig tilgjengelig statistikk, gjennomgang av relevant litteratur og dybdeintervjuer med lokale reiselivsaktører. Denne flerdimensjonale tilnærmingen sikrer at vi får et helhetlig bilde av reiselivets rolle og de tilreisendes bidrag til regionens økonomi og infrastruktur. Ved å integrere kvantitative data med kvalitative innsikter, vil vi kunne gi en detaljert og nyansert analyse av hvordan en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner ved sykehuset vil påvirke reiselivet.

4.2 Kartlegging av de tilreisende

I sykehusets opptaksområde er det om lag 23 500 fastboende. Ved å inkludere tilreisende i befolkningsgrunnlaget ser vi at antallet personer som kan ha behov for akutt helsehjelp fra sykehuset er betydelig høyere, spesielt i høysesong. Vi estimerer at det var om lag 1 million gjestedøgn³⁶ i sykehusets opptaksområde i løpet av 2023. I høysesong, kan det i løpet av en dag være over 17 000 tilreisende i Lofoten som vil kunne ha behov for akutt helsehjelp.

4.2.1 Om lag 1 million gjestedøgn i Lofoten i løpet av et år

Det ikke finnes én sikker kilde til å vurdere antall gjestedøgn i Lofoten. En sentral kilde til antall gjestedøgn er SSBs statistikk for kommersielle overnattinger.³⁷ Statistikken fra SSB, inkluderer imidlertid ikke overnattinger ved private hytter og fritidsboliger eller antall cruiseturister. Ved å sammenstille tilgjengelig informasjon knyttet til de ovennevnte segmentene finner vi at det var om lag 1 million gjestedøgn og cruiseturister i Flakstad, Vågan, Vestvågøy og Moskenes i løpet av 2023³⁸, se tabell under.

Tabell 4-1. Antall gjestedøgn og cruisepassasjerer i 2023 per segment.

Type	Estimerte gjestedøgn	Kilde
Kommersielle gjestedøgn	Ca. 600 000	SSB
Cruiseturister	Ca. 100 000	Kystverket/Kystdatahuset
Gjestedøgn private hytter og fritidsboliger	Ca. 300 000*	Airdna og SSB
Dagsturister	N/A	
Fricamping i telt/campingbil eller -vogn	N/A	
Gjestearbeidere knyttet til fiske/reiseliv	N/A	
Totalt antall gjestedøgn	Ca. 1 000 000	

* Potensielt noe overlapp med SSBs statistikk over kommersielle overnattinger.

Antall **kommersielle gjestedøgn** i Lofoten var ifølge statistikk fra SSB³⁹ om lag 600 000 i 2023. Statistikken dekker kommersielle overnattinger ved hotell, campingplasser, hyttegrender og vandrerhjem. Destination Lofoten påpeker imidlertid at en andel av de kommersielle gjestedøgnene i Lofoten ikke blir registrert i SSB sin statistikk. Dette omfatter blant annet virksomheter som primært driver innenfor andre næringer og tilbyr et begrenset antall overnattinger. Derfor er 600 000 kommersielle overnattinger et konservativt estimat. Det er verdt å merke seg at enkelte av tilfellene som ikke registreres i SSB sin statistikk vil kunne fanges opp gjennom alternative kilder, som data for utleie gjennom Airbnb.

Antall **cruiseturister** i Lofoten i 2023 var om lag 100 000, ifølge statistikk fra Kystverket⁴⁰. Cruiseturistene var fordelt på 135 anløp til Leknes havn, Svolvær og Svolvær Osan.

³⁶ Antall gjestedøgn er det samme som antall overnattinger. Siden flertallet av turistene har flere overnattinger i Lofoten, er antallet tilreisende i Lofoten i løpet av et år lavere enn antall gjestedøgn.

³⁷ <https://www.ssb.no/transport-og-reiseliv/reiseliv/statistikk/overnattingar#om-statistikken>

³⁸ Vi har brukt statistikk fra 2022 for gjestedøgn ved Airbnb.

³⁹ [13152: Overnattingar per reiselivsregion, etter innkvarteringstype og gjestene sitt bustadland 2016M01 - 2023M12. Statistikkbanken \(ssb.no\)](#)

⁴⁰ [Kystdatahuset | Kystverket | v3.0.30 - onsdag 8. november 2023](#)

Vi estimerer at det var om lag 300 000 gjestedøgn ved **private hytter og fritidsboliger i Lofoten** i 2023. Estimater er basert på tilgjengelig statistikk fra Airdna og SSB. Gjestedøgnene ved private hytter og fritidsboliger omfatter både privat utleie gjennom Airbnb og personlig bruk av eiendommene.

- **Privat utleie via Airbnb.** Data fra Airdna viser at det i 2022 var om lag 100 000 reservasjonsdøgn via Airbnb i de fire kommunene i Lofoten. Informasjon fra Airdna tilsier at det i gjennomsnitt er 2,6 personer per reservasjon. Vi estimerer dermed at det var om lag 260 000 gjestedøgn gjennom Airbnb-utleie i 2022. Gitt en stabil vekst i dette markedet, antar vi at antallet gjestedøgn ved Airbnb var minst like høyt i 2023.
- **Privat bruk:** Det er usikkert hvor mange gjestedøgn privat bruk av hytter og fritidsboliger utgjør. Statistikk fra SSB⁴¹ viser at det i 2023 var 2 311 hytter i de fire Lofot-kommunene. Vi vet imidlertid ikke hvor mange av hyttene som eies av personer utenfor kommunene, eller hvor mye hyttene benyttes til privat bruk. Vi anslår at privat bruk utgjorde rett i underkant av 25 000 gjestedøgn i 2023, tilsvarende i gjennomsnitt 10 gjestedøgn per hytte. Dette er sannsynligvis et konservativt estimat⁴², og det reelle antallet gjestedøgn ved privat bruk kan være høyere enn det som er anslått her.

Grunnet manglende statistikk har vi ikke kunnet tallfeste antallet tilreisende eller antall gjestedøgn innenfor enkelte kategorier. Dette inkluderer tilreisende som overnatter i telt eller bil utenfor campingplasser, de som benytter båt til overnatting, de som kun er på dagsbesøk og sesongarbeidere. Ifølge Destination Lofoten er det mange tilreisende som tilhører de ovennevnte kategoriene, men grunnet fravær av et system som registrerer turistene er det usikkert hvor mange gjestedøgn de ovennevnte gruppene utgjør. Ifølge Destination Lofoten øker også sesongarbeiderne befolkningsgrunnlaget i Lofoten både sommers- og vinterstid. Det er imidlertid utfordrende å anslå hvor mange sesongarbeidere det er, og hvor lenge de oppholder seg i Lofoten. Som følge av at flere grupper er utelatt fra estimatet grunnet manglende statistikk, var det reelle antallet gjestedøgn og cruiseturister i Lofoten trolig over 1 million i 2023.

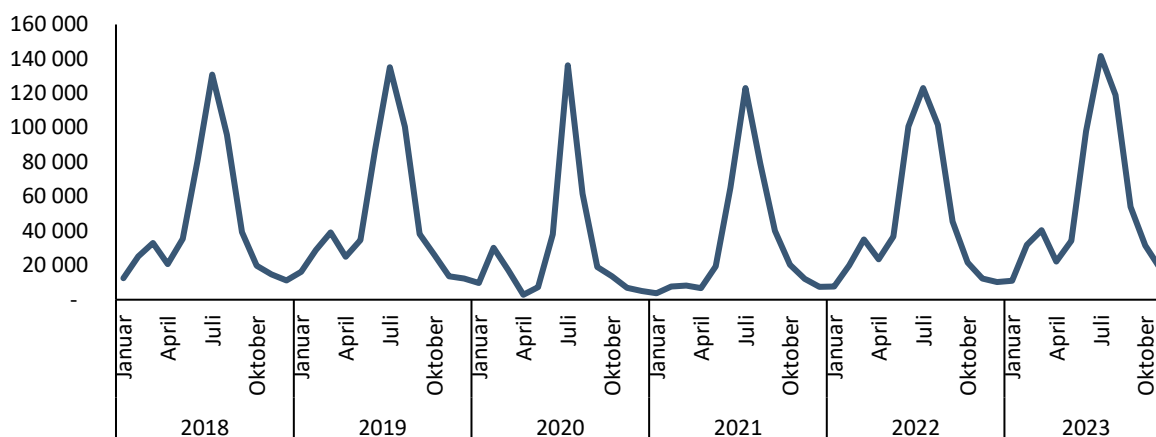
4.2.2 Om lag 75 prosent av gjestedøgnene er i sommersesongen

Antall besøkende, og dermed antallet som kan ha behov for akutt helsehjelp, er høyest i sommermånedene. Dersom vi tar utgangspunkt i de kommersielle gjestedøgnene, finner vi at gjestedøgn i sommersesongen (mai til oktober) stod for rett i overkant av 75 prosent av gjestedøgnene i Lofoten i 2023, mens rett i underkant av 25 prosent var i vintersesongen (november til april), se figur under.

⁴¹ 03174: Eksisterende bygningsmasse. Fritidsbygg, etter bygningstype (K) 2001 - 2024. Statistikkbanken (ssb.no)

⁴² Ifølge Prognosesenteret har norske hytteeiere de siste årene hatt om lag 50 bruksdøgn på hytta per år. [Se her.](#)

Figur 4-1. Variasjon i antall kommersielle gjestedøgn gjennom et år.



4.2.3 Inntil 17 000 tilreisende i Lofoten per dag i høysesong

Med over 200 000 gjestedøgn og cruiseturister, er juli den mest populære måneden å besøke Lofoten. Antallet tilreisende per dag varierer, blant annet som følge av variasjon i vær og når cruiseskipene ankommer Lofoten. Vi estimerer at antall tilreisende per dag i Lofoten er mellom 6000 og 17 000, se figur under. Dette innebærer at tilreisende i høysesong kan øke befolkningsgrunnlaget med over 70 prosent. I likhet med estimatet for antall gjestedøgn i 2023, er flere kategorier ekskludert fra estimatet. Dette medfører at det på dager med mye pågang kan være vesentlig mer enn 17 000 tilreisende.

Tabell 4-2. Antall gjestedøgn fordelt på segment.

Type	Estimert antall per dag i juli
Kommersielle gjestedøgn	Ca. 4 000 – 5 000
Cruise	Ca. 0 – 5 000
Gjestedøgn private hytter og fritidsboliger	Ca. 2 000 - 7 000
Dagsturister	N/A
Fricamping i telt/campingbil eller -vogn	N/A
Gjestearbeidere knyttet til reiseliv	N/A
Totalt	Ca. 6 000 til 17 000

Vi estimerer at det er mellom 4 000 og 5 000 **kommersielle overnattinger** per dag i juli, og dermed tilsvarende antall tilreisende i dette segmentet per dag. Gjennom juli er det høy pågang på hoteller og andre kommersielle overnattingsvirksomheter. Estimater forutsetter dermed at antall kommersielle overnattinger er spredt forholdsvis jevnt utover alle dagene i juli.

Hver dag i juli kan det komme inntil 5 000 **cruisepassasjerer** med cruiseskipene som anløper de tre havnene i Lofoten. Tilgjengelig statistikk fra Kystdatahuset viser at det enkelte dager ikke anløper noen cruiseskip. På det meste kan havnene, ifølge Destination Lofoten, ta imot om lag 5 000 cruisepassasjerer.

Vi estimerer at det hver dag i juli er mellom 2 000 og 7 000 personer på **private hytter og fritidsboliger**. Estimateret omfatter både utleie og privat bruk, og tar utgangspunkt i en antakelse om at det i gjennomsnitt er en til tre personer per hytte og fritidsbolig hver dag i juli.

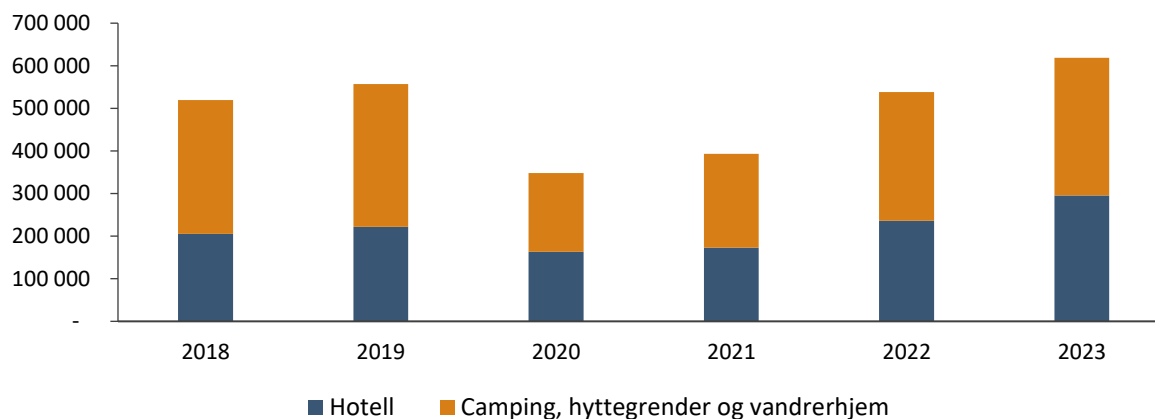
4.2.4 Trender og prognoser for videre utvikling

Sett bort fra en midlertidig nedgang i antall gjestedøgn under koronapandemien, har reiselivet i Lofoten hatt en sterk vekst de siste årene. Det er også forventet at den positive veksten vil fortsette i årene fremover. I denne delen vil vise utviklingen i reiselivet i Lofoten de siste årene, samt vise hvilke trender og utfordringer som kan påvirke den fremtidige utviklingen.

Vekst i totalt antall gjestedøgn de siste årene

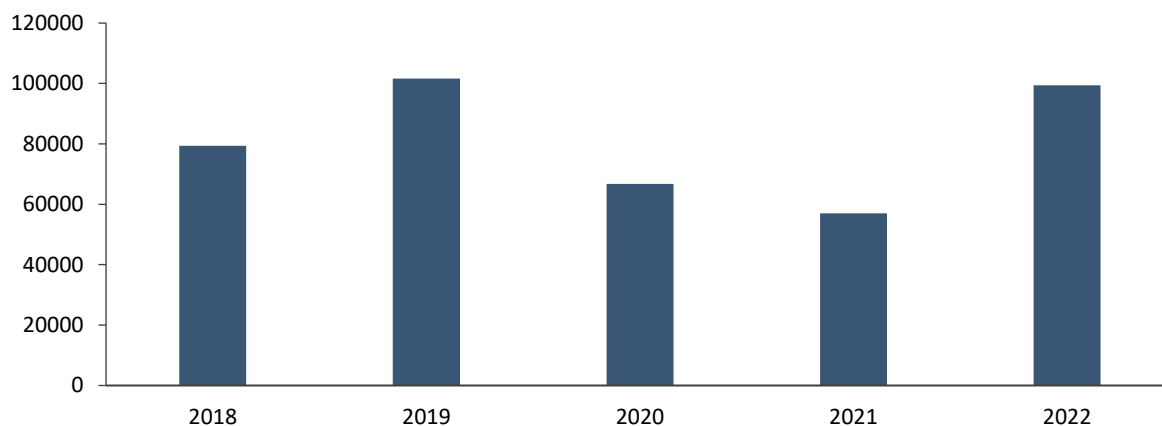
Sett bort fra en midlertidig nedgang som følge av koronapandemien har det siden 2018 vært en markant økning i antallet kommersielle overnattinger i Lofoten, med en vekst på rundt 20 prosent fra 2018 til 2023, se figur under. Veksten har primært vært drevet av en sterk økning i antall overnattinger ved hotell.

Figur 4-2: Antall kommersielle overnattinger i Lofoten fra 2018 til 2022. Kilde: SSB tabell 13152



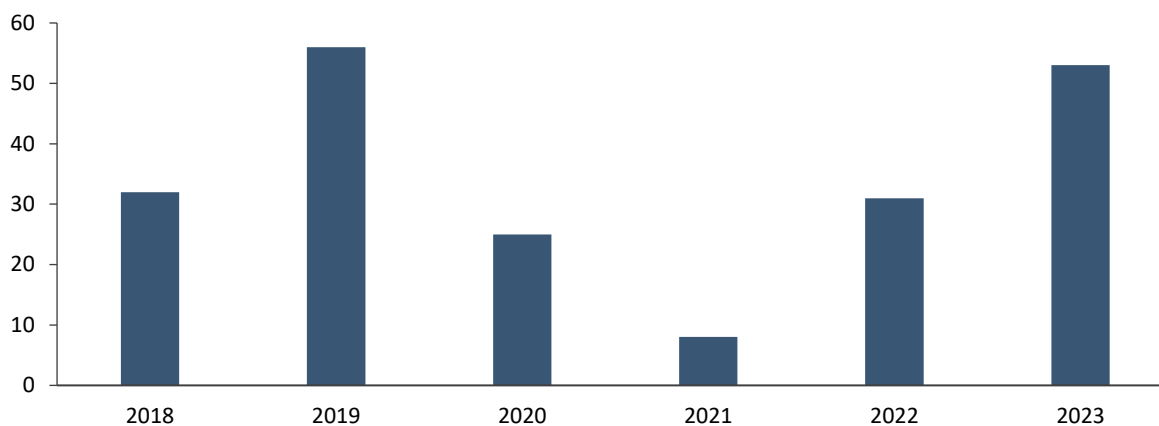
I tillegg har privat utleie gjennom Airbnb vokst betydelig de siste årene, delvis som følge av sprengt hotellkapasitet i sommermånedene. Fra 2018 til 2022 økte antallet reservasjonsdøgn gjennom Airbnb med 25 prosent.

Figur 4-3: Antall reservasjonsdøgn gjennom Airbnb fra 2018 til 2022. Kilde: Airdna.



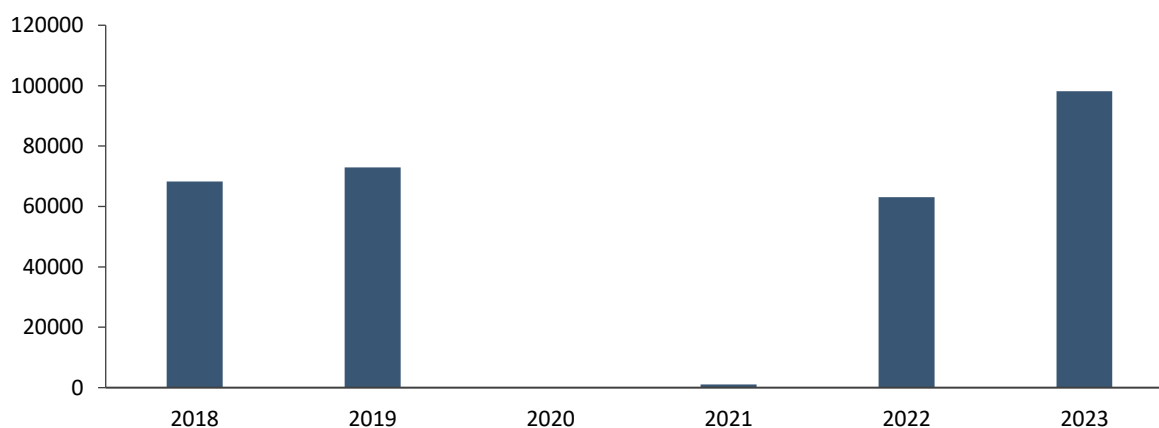
Antall hytter og fritidsboliger i Lofoten har også økt, med en vekst på om lag 8 prosent fra 2018 til 2022. Veksten i antall hytter var størst i 2019, og lavest under koronapandemien, se figur under. Som følge av at flere av hyttene og fritidsboligene benyttes til utleie, er det usikkert hvorvidt økningen har resultert i flere gjestedøgn gjennom privat bruk av eiendommene.

Figur 4-4: Årlig økning i antall hytter og fritidsboliger i Lofoten 2018 til 2023. Kilde: SSB tabell 03174.



Til tross for en betydelig nedgang under koronapandemien, har cruisenæringen hatt den sterkeste veksten fra 2018 til 2023, med en økning på 44 prosent i antall cruisepassasjerer. Først i 2023 var antallet passasjerer høyere enn før pandemien.

Figur 4-5: Antall passasjerer på cruiseskipene som anløp Leknes og Svolvær havn. Kilde: Kystdatahuset/Kystverket.

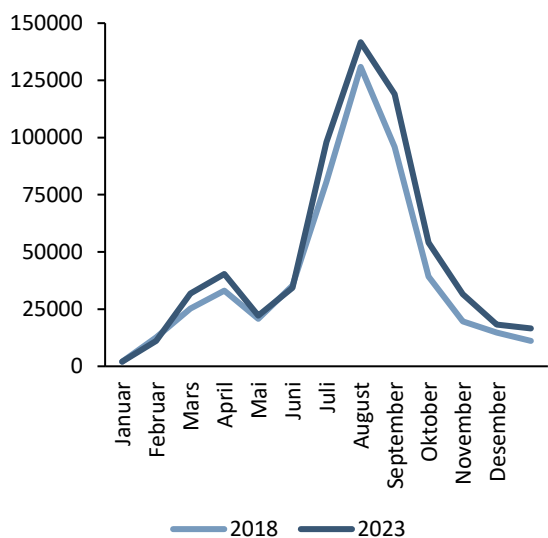


Vekst i vinterturismen

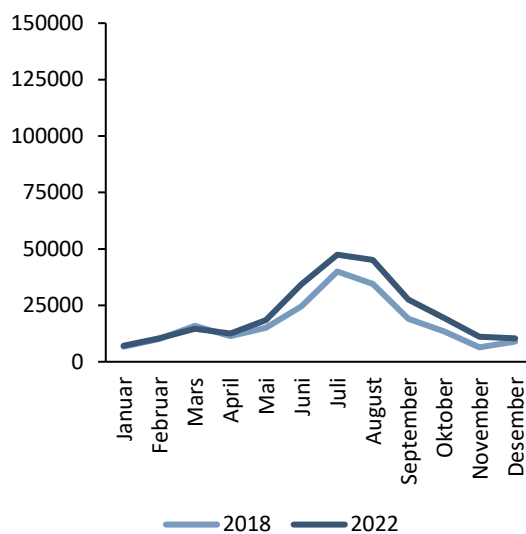
Veksten i antall kommersielle gjestedøgn og i private hytter og fritidsboliger skyldes vekst i både sommer- og vintersesongen⁴³. Antall kommersielle gjestedøgn har hatt omtrent lik vekst i både sommer- og vintersesongen, mens antall gjestedøgn via Airbnb har hatt størst økning i sommersesongen, se figur under. Med økt satsning på helårsturisme er det forventet at veksten i vintersesongen vil tilta i årene fremover.

⁴³ Med sommersesong menes her mai til oktober. Vintersesongen strekker seg fra november til april.

Figur 4-6. Kommerielle overnattinger for 2018 og 2023, per måned. Kilde: Menon og SSB.

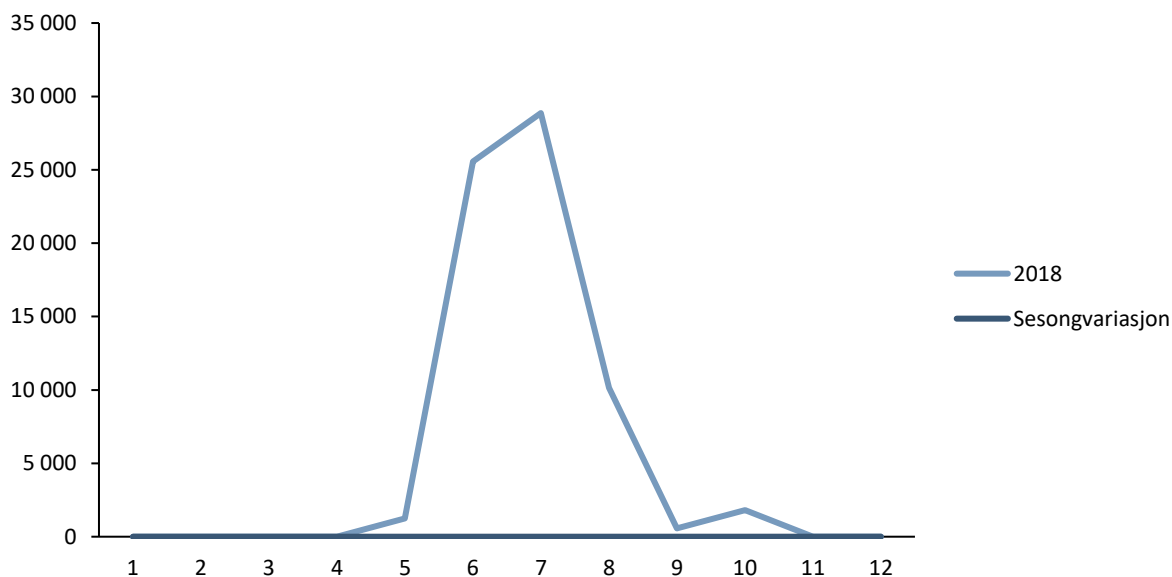


Figur 4-7. Gjestedøgn via Airbnb for 2018 og 2022, per måned. Kilde: Menon og Airdna.



Den tidligere omtalte sterke veksten i antall cruisepassasjerer er hovedsakelig et resultat av at cruisesesongen har blitt forlenget. I 2023 var det betraktelig flere cruisepassasjerer utover høsten enn i 2018, se figur under. Først i 2019 begynte det å komme cruiseskip til Lofoten i vintersesongen, og siden har antallet cruisepassasjerer økt omtrent like mye i sommer- og vintersesongen. Den prosentvise økningen i antall cruisepassasjerer har dermed vært klart størst for vintersesongen.

Figur 4-8: Utvikling i antall passasjerer på cruiseskipene som anløp Leknes og Svolvær havn. Kilde: Kystdatahuset/Kystverket.



Relevante trender og utfordringer som reiselivet i Lofoten står overfor

Tidligere prosjekter Menon har gjennomført finner at det er flere ulike forhold som har drevet veksten i turismen de senere årene.⁴⁴ Blant annet har det de siste årene vært en **økende interesse for friluft og naturbaserte opplevelser**. I tillegg har **hotell- og overnattingskapasiteten økt** som følge av flere investeringer i nye hoteller og rorbuer, samt en sterk vekst i privat utleie. For det sistnevnte har Airbnb hatt en sentral rolle. I tillegg har det over lenger tid vært en **gunstig kronekurs**, som har gjort det billigere for utenlandske turister å feriere i Norge. De siste årene har det også vært en **vellykket markedsføring** av Lofoten. Denne har foregått både gjennom sosiale medier, og gjennom koordinert markedsføring fra Destinasjon Lofoten og andre. Den koordinerte markedsføringen har også, sammen med økt interesse for nordlys og Lofotfiske, bidratt til **økt vinterturisme**. Økt vinterturisme er også et resultat av **økt cruiseturisme** de senere årene, samt en utvidelse av cruisesesongen. Det er forventet at flere av de ovennevnte faktorene også vil føre til at turismen fortsetter å vokse i årene fremover.

Nevnte rapporter finner også at videre utvikling av reiselivet i Lofoten står overfor noen utfordringer fremover. Dette er spesielt knyttet til den store sesongvariasjonen. Om sommeren er overnattingskapasiteten i Lofoten sprengt.⁴⁵ Dette gjør at videre vekst i turisme krever at overnattingskapasiteten utvides eller at flere reiser til Lofoten utenom høysesong. Å øke turismen utenfor høysesong vil også ha positive effekter på lønnsomheten til reiselivsnæringen, gjøre det enklere å opprettholde helårsarbeidsplasser og kan øke regionens attraktivitet for fastboende.⁴⁶

Ulike aktører innenfor Reiselivsnæringen i Lofoten arbeider målrettet med å tilpasse reiselivet i Lofoten til de ovennevnte utfordringene. Lofoten har et stort potensial for å utvide tilbudet i vintersesongen, for eksempel basert på nordlys, topturer, natursafarier og skreifiske.⁴⁷ Det er satt i gang en satsning for å få til jevne besøkstall gjennom året gjennom å blant annet utvide transporttilbudet og produkttilbudet. I tillegg skal det satses på at turistene oppholder seg i Lofoten over lenger tid.⁴⁸ Ifølge Destination Lofoten har man allerede sett resultater av satsningen, og de forventer en kraftig vekst i vinterturismen fremover.

4.2.5 Risikoaktiviteter og ulykker

Turisme fører til en økt belastning på helsevesenet som følge av at det blir en økning i antallet personer som kan ha behov for helsehjelp. I tillegg medfører turismen i Lofoten at flere gjennomfører risikofylte aktiviteter, og at flere forflytter seg mellom ulike deler av øyriket. Dette medfører en økt risiko for ulykker, som igjen gir økt belastning på helsevesenet. Spesielt om vinteren vil det krevende værforhold øke risikoen for at en ikke kan få fraktet skadde til sykehus utenfor regionen.

Lofoten tiltrekker seg turister som er interessert i å oppleve ulike risikofylte aktiviteter som regionen kan by på. Populære aktiviteter i Lofoten som innebærer økt risiko inkluderer **fjellturer/fjellklatring, ski/alpint, dykking, kajakkpadling, surfing og sykling**.

Spesielt populært er det å gå fjellturer i Lofotfjellet. Turene gjennomføres av alt fra erfarne fjellfolk til turister uten tidligere erfaring. Reinebringen er av de mest populære fjelltoppene, og i høysesong er det daglig mer enn

⁴⁴ Menon Economics (2020): Andre samfunnsmessige virkninger av utbedret E10 Svolvær-Leknes. [Link](#). Menon Economics (2023): Menons prognoser for norsk reiseliv mot 2030. [Link](#).

⁴⁵ Menon Economics (2020): Andre samfunnsmessige virkninger av utbedret E10 Svolvær-Leknes. [Link](#).

⁴⁶ Menon Economics (2023): Menons prognoser for norsk reiseliv mot 2030. [Link](#).

⁴⁷ NHO Reiseliv (2019): Norsk Opplevelseskonferanse: NHO Reiseliv vil ha økt vintersatsing i Lofoten. [Link](#).

⁴⁸ Lofotposten (2023): Har planen klar for reiseliv hele året. [Link](#).

1000 personer som går fjellturen.⁴⁹ De bratte fjellsidene i Lofoten gjør imidlertid fjellturene krevende, og flere kjenner ikke til risikoen som turene innebærer⁵⁰. I tillegg medfører mye nedbør, sterk vind og hyppige værskifter en økt risiko. Ifølge politiet i Vest-Lofoten er det flere som omkommer i fjellulykker enn i trafikken.⁵¹ Siden 2000 er det over 20 personer som har omkommet i Lofotfjellene.⁵² Flertallet av disse har omkommet i fallulykker. Turismen i Lofoten medfører dermed en større belastning på helsevesenet enn i regioner der det i mindre grad foretas risikofylte aktiviteter.

I tillegg innebærer turismen i Lofoten økt trafikk, da turistene forflytter seg mye for å oppleve alt Lofoten kan by på. Dette fører til mye trafikk fra både turistbuss, bo- og personbiler, spesielt i høysesongen. Det er forventet at veksten i trafikken vil øke ytterligere i årene som kommer.⁵³ Dette skyldes både økt bruk av turistbuss, og en sterk vekst i campingturisme og i det private leiebilmarkedet. I 2020 reiste 80 prosent av alle som overnattet på hoteller i Lofoten med turistbuss, og hotellene ventet en kraftig vekst i antall turistbuss i årene fremover.⁵⁴ Det høye antallet turistbuss i regionen medfører en økt risiko for at mange vil trenge helsehjelp samtidig ved trafikkulykker, dersom bussen er involvert.⁵⁵

4.3 Områder av reiselivet som vil kunne påvirkes

For å vurdere konsekvensene en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil ha for attraktiviteten til Lofoten som reisemål har vi gjennomført intervju med Destination Lofoten. Destination Lofoten uttrykker at de er bekymret for at en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil påvirke den lokale reiselivsnæringen negativt. De er spesielt bekymret for større grupper turister, slik som cruise, og for turisme på vinterstid.

Destination Lofoten frykter at en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil resultere i en **nedgang i antall cruiseskip som stopper i Lofoten**. Som følge av at cruiseskipene har mange turister om bord, samt mange eldre passasjerer må cruiseskipene være sikre på at det er tilstrekkelig beredskap dersom akutte hendelser skulle oppstå. Destination Lofoten oppgir at cruiseskipene jevnlig etterspør informasjon om hvor langt det er til nærmeste sykehus, og frykter at færre cruiseskip vil anløpe Lofoten ved fravær av et sykehus med akuttmedisinske funksjoner.

I tillegg tror Destination Lofoten at nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil gjøre det **utfordrende å lykkes med satsningen på helårsturisme**. Dette underbygges med at fravær av dagens akuttfunksjoner vil være mer kritisk om vinteren, da det er økt sjans for å ikke få fraktet pasientene til et sykehus som kan utføre nødvendig helsehjelp. Dette følger av ustabile værforhold og at flere av veistrekningene er usatte.

4.4 Konsekvenser for attraktiviteten til Lofoten som reisemål

Det er beregnet at tilreisende til Lofoten og Vesterålen hadde et samlet forbruk på 1,7 milliarder kroner i 2018, fordelt på ulike deler av det lokale næringslivet.⁵⁶ Vi vurderer at en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil kunne påvirke reiselivet negativt, men trolig ikke i vesentlig grad.

⁴⁹ NRK Nordland (2021): 80 turstier på vent – for andre år på rad sitter nepalske stibyggerne koronafast i hjemlandet. [Link](#).

⁵⁰ NRK Nordland (2021): Politiet: – Flere som omkommer i fjellet enn i trafikken. [Link](#).

⁵¹ NRK Nordland (2021): Politiet: – Flere som omkommer i fjellet enn i trafikken. [Link](#).

⁵² NRK Nordland (2021): Politiet: – Flere som omkommer i fjellet enn i trafikken. [Link](#).

⁵³ Menon Economics (2020): Andre samfunnsmessige virkninger av utbedret E10 Svolve-Leknes. [Link](#).

⁵⁴ Menon Economics (2020): Andre samfunnsmessige virkninger av utbedret E10 Svolve-Leknes. [Link](#).

⁵⁵ NRK Nordland (2023): 14 personer sendt til sykehus etter bussvelt. [Link](#).

⁵⁶ [Ringvirkningsanalyse av reiselivet i Lofoten og Vesterålen](#)

Dersom nedleggelse av dagens akutfunksjoner påvirker attraktiviteten til Lofoten som reisemål, vil dette påvirke verdiskaping negativt. Redusert aktivitet i reiselivsnæringen vil gi redusert behov for arbeidsplasser i reiselivsnæringen. I tillegg vil redusert vinterturisme gjøre det utfordrende å etablere helårs arbeidsplasser i Lofoten, og dermed gjøre Lofoten mer avhengige av sesongbaserte arbeidsplasser i høysesong.

5 Samfunnssikkerhet og beredskap

De ulike nødetatene har funksjoner som utfyller hverandre, og sammen med politi og brannvesen betegnes den akuttmedisinske nødhjelpen som en av de grunnleggende pilarene for samfunnssikkerhet og beredskap i fredstid. Politiet og brannvesenet i Lofoten rapporterer om krevende forhold i dagens situasjon, med manglende kapasitet i det akuttmedisinske tilbudet. Dette innebærer at både at politi og brannvesen utfører helserelaterte oppdrag, samt manglende støtte for eget mannskap ved risikofylt oppdrag.

Det uttrykkes en klar bekymring for at en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil gi en betydelig forverring av en allerede krevende situasjon. Bekymringen er særlig knyttet til at betydelig lengre kjøreavstander vil gi økte samtidskonflikter ved parallelle oppdrag. Dette svekker dynamikken i hvordan den akuttmedisinske tjenesten utfyller de andre nødetatene, hvor politi og brannvesen får økt ansvar for oppgaver som ligger utenfor deres kompetanseområde. For lokalbefolkningen innebærer dette en svekket samfunnssikkerhet og beredskap i fredstid.

I en eventuell krigssituasjon vil nedleggelse av dagens akuttfunksjoner innebære en svekket forsvarsevne. Heimevernet oppgir at økt reisevei til sykehus og kompliserte samferdselsveier, med sabotasje eller stengte veier, i ytterste konsekvens vil gjøre det umulig å evakuere soldater til sykehus.

5.1 Konsekvenser for andre aktører innen samfunnssikkerhet og beredskap

For å vurdere konsekvensene av nedleggelse av dagens akuttfunksjoner for samfunnssikkerhet og beredskap har vi gjennomført intervjuer med ulike interessenter. Dette inkluderer sentrale personer i Brannvesenet, Politiet og Heimevernet. I tillegg har Forsvaret fått mulighet til å gi et skriftlig innspill. I dette delkapitlet gjengir vi hovedpunktene fra de ulike interessentene. I neste delkapittel sammenfatter vi punktene og gir vår vurdering av konsekvenser for samfunnssikkerhet og beredskap.

5.1.1 Brannvesenet

Brannvesenet i Lofoten, bestående av Lofoten brann- og redningsvesen (LOBR) og Vågan brann- og redningstjeneste, spiller en kritisk rolle i regionens beredskap og samfunnssikkerhet. LOBR dekker kommunene Vestvågøy, Moskenes og Flakstad, mens Vågan brann- og redningstjeneste har ansvar for Vågan kommune og deler av Hadsel.

Dagens situasjon

I tillegg til tradisjonelle brannrelaterte oppdrag, involverer brannvesenets arbeid også utrykninger knyttet til helseoppdrag, spesielt i situasjoner der ambulansetjenesten ikke er umiddelbart tilgjengelig.

Brannsjef Lars Ottemo Gärtner ved Vågan brann- og redningstjeneste rapporterer om månedlige helseoppdrag, med en antakelse om at Vågan opplever flere slike oppdrag enn LOBR på grunn av større avstand til sykehuset. Helseoppdrag inkluderer å være vindskjold for ambulanse over broer ved dårlig vær, og helsehjelp ved hjertestans og andre akutte hendelser. I tillegg rykker Vågan brann- og redningstjeneste månedlig ut til trafikkulykker, der de i flere tilfeller opplever å være først på stedet.

Konsekvenser for brannvesenet ved en eventuell nedleggelse av dagens akutfunksjoner

En eventuell nedleggelse av dagens akutfunksjoner vil ha betydelige implikasjoner for brannvesenet og den generelle beredskapen i Lofoten. Brannsjef Gärtner peker på flere konkrete punkter til hvordan brannvesenet vil påvirkes:

- **Økt ressursbruk knyttet til helserelaterte oppgaver.** Grunnet økt reisevei til nærmeste sykehus vil ambulansene være mindre tilgjengelige. Dette vil medføre at brannvesenet i flere tilfeller må rykke ut når befolkningen har behov for nødvendig helsehjelp. Økt behov for at brannvesenet bistår ved helserelaterte oppdrag vil redusere ressursene brannvesenet har tilgjengelig for å gjennomføre sine primæroppgaver, og redusere beredskapen i perioden brannvesenet må bistå ambulansen.
- **Økt risiko ved risikofylte oppdrag.** Dersom ambulansetjenesten ikke er tilgjengelig øker risikoen ved å gjennomføre farlige oppdrag, slik som røykdykking. Brannvesenet har plikt til å yte innsats, men skal ikke ofre seg selv for å redde andre. Redusert tilgang på ambulanspersonell vil derfor medføre at brannvesenet er mer tilbakeholdne med å utføre farlige oppdrag.
- **Økt risiko for at brannvesenet blir stående alene i situasjoner som krever innsats fra alle nødetatene.** I situasjoner som krever innsats fra alle nødetater opplever brannvesenet allerede i dag at de kommer først på stedet, og at de må påta seg politiets oppgaver grunnet svært begrensede ressurser. Redusert tilstedeværelse av ambulanser vil dermed øke sannsynligheten for at brannvesenet er den eneste nødetaten på stedet. Dette er problematisk da brannvesenet verken har kompetanse eller er organisert til å kunne påta seg alle rollene.
- **Utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde ansatte.** En økning i helserelaterte oppdrag vil medføre at brannvesenet oftere må gjennomføre oppdrag som de ikke har forutsetninger for å mestre. I tillegg vil risikoen for å ikke kunne overføre pasientene til kvalifisert personell innen rimelig tid øke. Brannsjef Gärtner er bekymret for at dette kan påvirke de ansattes vilje til å fortsette i jobben, samt at det vil gjøre det mer utfordrende å rekruttere nye ansatte.
- **Økt økonomisk belastning.** Oppgaveoverføringen fra ambulansetjenesten til brannvesenet vil medføre en økt økonomisk belastning på brannvesenet. Det gir også en kostnadsoverføring fra de regionale helseforetakene som finansierer ambulansetjenesten til kommunene som finansierer brannvesenet.

5.1.2 Politiet

Det er to politistasjoner i Lofoten. Svolvær politistasjon dekker Vågan kommune, mens Vest-Lofoten politistasjon dekker kommunene Vestvågøy, Flakstad og Moskenes. Enkelte perioder, eksempelvis kvelds- og nattetid i hverdager, bytter de to politistasjonene på å ha ansvar for hele Lofoten.

Dagens situasjon

I likhet med brannvesenet benytter politiet ressurser på helserelaterte oppdrag. Dette gjelder spesielt ved behov for akutt psykiatrisk helsehjelp, der ambulanspersonell behøver bistand fra politiet med å frakte pasientene til et egnet behandlingssted. Politistasjonssjef Steira oppgir at det har vært en økning i akuttpsykiatriske hendelser den siste tiden, og at den operative beredskapen utfordres av denne typen oppdrag.

Konsekvenser for politiet ved en eventuell nedleggelse av dagens akutfunksjoner

En eventuell nedleggelse av dagens akutfunksjoner vil påvirke politiet negativt, og føre til svekket beredskap. Det er flere likhetstrekk mellom utfordringene som politiet og brannvesenet vil stå overfor. Politistasjonssjef ved Vest-Lofoten politistasjon Ketil Finstad Steira beskriver flere konkrete punkter som svekker politiets evne til å løse sine primæroppgaver. Dette inkluderer:

- **Økt ressursbruk knyttet til helserelaterte oppgaver.** Politiet må bruke mer ressurser på helserelaterte oppdrag, som for eksempel å håndtere personer med behov for akuttpsykiatrisk helsehjelp til sykehus. Dette vil redusere ressursene politiet har tilgjengelig til øvrige oppdrag, og dermed medføre svekket beredskap i den tiden politiet frakter pasienten til sykehus.
- **Økt risiko ved gjennomføring av oppdrag, spesielt skarpe oppdrag⁵⁷.** Politiet er pålagt handlingsplikt, og kan dermed ikke ta hensyn til mangelen på nærliggende akuttfunksjoner når de gjennomfører sine oppdrag. Politistasjonssjef Steira mener at nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil gi redusert tilgang til akutt helsehjelp, og dermed øke risikoen som er forbundet med å jobbe som politi i Lofoten.
- **Utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde ansatte.** Politistasjonssjef Steira frykter at økt risiko knyttet til å jobbe som politi i Lofoten vil gjøre det utfordrende å rekruttere ansatte til politiet i Lofoten, da det vil bli mer attraktivt å jobbe andre steder der risikoen forbundet med jobben er lavere. Steira understreker at dette vil redusere kapasiteten til politiet, og føre til svekket beredskap.

5.1.3 Heimevernet

Lofoten Heimevernsområde inngår i Nord-Hålogaland heimevernsdistrikt som dekker 41 kommuner i tidligere Troms fylke og nordre del av Nordland. Distriktet har en rekke viktige forsvars- og samfunnsfunksjoner.⁵⁸

Dagens situasjon

Heimevernets hovedoppgave er territorial beskyttelse av viktige militære og sivile installasjoner. I tillegg fungerer heimevernet som en støttespiller for sivile myndigheter i situasjoner som krever ekstra ressurser, som naturkatastrofer, leteaksjoner og ved ulykker. Heimevernet er dermed en viktig ressurs ved både militære og sivile beredskapssituasjoner.⁵⁹

Områdesjef for Lofoten Heimevernsområde, Bjørn Ragnar Larsen, oppgir at Nordlandssykehuset Lofoten er sentral for Heimevernets operative evne, både i krigs- og fredstid. Heimevernet gjennomfører faste oppdrag som er krevende, og der de er avhengige av støtte fra sivile helsetjenester. Heimevernet samarbeider også med sykehuset i forbindelse med øvelser, og har avtaler med sykehuset knyttet til å gjennomføre evakueringer ved behov. Som følge av at Heimevernets sanitetskapasitet i Lofoten er minimal, og at de ikke kan belage seg på støtte fra Forsvarets sanitet vil de være helt avhengige av den medisinske kompetansen ved sivile sykehus ved unntakstilstand.

Konsekvenser for Heimevernet ved en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner

En eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil ha implikasjoner for Heimevernets operative evne både i fredstid og i en eventuell krigssituasjon. I en krigssituasjon vil implikasjonene være betydelige. Heimevernet Lofotens områdesjef Bjørn Ragnar Larsen peker konkret på flere måter Heimevernet vil påvirkes:

- **Mangel på tilstrekkelig medisinsk kompetanse i umiddelbar nærhet.** Det er essensielt å ha medisinsk kompetanse nær operasjonsområdet for å sikre at soldatene raskt kan evakueres og motta nødvendig helsehjelp ved behov. Lenger reisevei til et sykehus med akuttberedskap vil gjøre det mer utfordrende å evakuere soldater og sørge for at de får nødvendig helsehjelp i tide.

⁵⁷ Oppdrag som er forbundet med antatt fare for vold med våpen eller lignende.

⁵⁸ [Om Heimevernet - Forsvaret](#)

⁵⁹ [Om Heimevernet - Forsvaret](#)

- **Økt risiko for å ikke få evakuert soldater ved behov.** Økt reisevei til sykehus med akuttfunksjon kombinert med kompliserte samferdselsveier vil i ytterste konsekvens gjøre det umulig å evakuere soldater til sykehus. Både sabotasje av offentlig transport og utfordrende værforhold kan i verste fall gjøre det umulig å evakuere soldater til et sykehus med akuttfunksjon.

5.1.4 Forsvaret

Forsvaret har blitt gitt mulighet til å gi innspill knyttet til hvordan en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil påvirke Forsvarets evne til å løse sine egne oppgaver. Vi har imidlertid ikke lykkes med å få svar på denne henvendelsen.

I forbindelse med et tidligere prosjekt Menon har gjennomført⁶⁰ har Forsvaret gitt skriftlig innspill til hvordan deres operative evne vil påvirkes ved en endret sykehusstruktur. I innspillet oppgir Forsvaret at de er avhengige av den sivile helsetjenesten i sin helhetlige behandlings- og evakueringskjede, både i fred, krise og krig. Videre oppgir Forsvaret at økt avstand mellom adekvate behandlingstilbud, med tilgang til kritisk nøkkelpersonell for alvorlige skader og traumer, samt mulighet for eventuell rask evakuering til et høyere behandlingsnivå, vil ha en negativ konsekvens for Forsvarets operative evne.

I utredningen fra Helse Nord beskriver Arbeidsgruppe 1 hvordan RHFet har en nøkkelrolle i arbeidet med helhetlig beredskap, i nært samarbeid med andre kritiske samfunnsinstitusjoner, hvor Forsvaret har flere avhengigheter til spesialisthelsetjenesten i hele krisespekteret, fred-krise-krig.⁶¹ Det oppgis at det pågår et arbeid med å utvikle operative beredskapsplaner mellom Helse Nord RHF og Forsvaret, der forventninger og behov blir avklart. I rapporten skriver Arbeidsgruppe 1 at Forsvaret har gitt uttrykk for behov når det gjelder infrastruktur knyttet til sykehusene, men har ikke gitt uttrykk for noen forventninger til hvilke funksjoner og oppgaver som bør eksistere ved noen spesifikke sykehus.

5.2 Vurdering av konsekvenser for samfunnsikkerhet og beredskap

Med bakgrunn i tilgjengelig informasjon og innspill fra interessenter vurderer vi at akuttfunksjonene ved sykehuset har stor betydning for både samfunnsikkerheten og beredskapen i Lofoten. Med kun fem ambulanser i Lofoten⁶², og gitt regionens lange reiseavstander, er det allerede en risiko for samtidighetskonflikter som kan forsinke nødvendig hjelp.

Økt reisevei til sykehus vil gjøre at ambulansen i Lofoten vil være mindre tilgjengelig, og risikoen for samtidighetskonflikter vil dermed øke. I tillegg vil økt reisevei, kombinert med sårbar infrastruktur gi økt sannsynlighet for at personer med behov for akutt helsehjelp ikke kan fraktes til et sykehus med akuttfunksjon.

De ovennevnte forholdene vil ha en negativ påvirkning på øvrige beredskapsressurser.

En nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil forsterke utfordringene i en allerede krevende situasjon for øvrige nødetater, da de vil få **redusert kapasitet til å løse sine primæroppgaver**. Som følge av økt reisevei vil ambulanspersonell være mindre tilgjengelig, slik at øvrige nødetater må påta seg flere helserelaterte oppdrag. Mens politiet vil måtte benytte mer ressurser på å bistå ambulansen i situasjoner der ambulansen ikke kan håndtere situasjonen alene, dette gjelder for eksempel akuttpsykiatriske hendelser. Oppgaveoverføringen

⁶⁰ Menon Economics (2019). *Helgelandssykehuset 2025: Samfunnsanalyse*.

⁶¹ Arbeidsgruppe 1 (2023): *Akutte og elektive funksjoner*. [Link](#)

⁶² 1 ambulanse er stasjonert i Moskenes, 2 i Gravdal (Vestvågøy) og 2 i Svolvær (Vågan).

resulterer i at politi og brannvesen får mindre kapasitet til å løse sine primæroppgaver, som igjen fører til svekket samfunnssikkerhet.

I tillegg vil en nedleggelse av dagens akuttfunksjoner medføre **økt risiko ved gjennomføring av farlige oppdrag for samtlige beredskapsressurser**. Mannskap i brannvesen, politi, heimevernet og forsvaret risikerer å ikke få tilgang til nødvendig helsehjelp ved behov. Dette kan enten skje som følge av at ambulanspersonell ikke er tilgjengelig eller ved at infrastruktur er stengt slik at personer med behov for helsehjelp ikke kan fraktes til et sykehus med akuttfunksjon. Dette medfører økt risiko ved gjennomføring av risikofylte oppdrag, og vil medføre svekket beredskap.

Nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil også medføre **svekket totalberedskap**. I Lofoten er det flere militære installasjoner, deriblant en NATO-radar, som er usatt for angrep. De sivile helsetjenestene er sentrale i totalberedskapen, og nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil redusere tilgangen på helsepersonell med kompetanse på akutt helsehjelp. Dette vil ha negative følger for den operative evnen til samtlige aktører som inngår i totalforsvaret.

Totalberedskapskommisjonens hovedanbefaling er å investere i et robust beredskapssystem, kjennetegnet av motstandsdyktighet mot alle former for fare, i hele krise spekteret og så lenge situasjonen varer.⁶³ Viktige underpunkter i anbefalingen inkluderer å styrke lokalt og regionalt nivå i beredskapen og styrke tverrsektorielt samarbeid. Kommisjonen vurderer at det er behov for et taktskifte i arbeidet med å styrke samfunnssikkerhet og beredskap, og beskriver dette som en investering i vår felles trygghet og sikkerhet. De trekker frem situasjonen i nordområdene, der klimaendringene er tydeligst, og hvor lange avstander og nærhet til Russland skaper særlig utfordringer.

En eventuell nedleggelse av akuttfunksjonene ved sykehuset vil svekke den lokale og regionale beredskapen i Lofoten. Dette går slik sett gå imot Totalberedskapskommisjonens anbefaling om å investere i vår felles trygghet og sikkerhet.

⁶³ NOU 2023: 17 [Totalberedskapskommisjonen](#) (2023)

6 Kommunehelsetjenesten

En eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil medføre en overføring av oppgaver og ansvar til den kommunale helsetjenesten. Dette er spesielt knyttet til økt vaktbelastning for fastleger tilknyttet legevakt. Det estimeres at det økte ressursbehovet vil utgjøre en økonomisk belastning for den kommunale helsetjenesten på minst 12 til 15 millioner kroner årlig.

I tillegg til at overføring av ansvar og oppgaver vil kreve flere årsverk, vil det også stilles nye krav til kompetanse. Dette er nødvendig for å kunne håndtere situasjoner som tidligere ville gått direkte til akuttmottaket ved sykehuset.

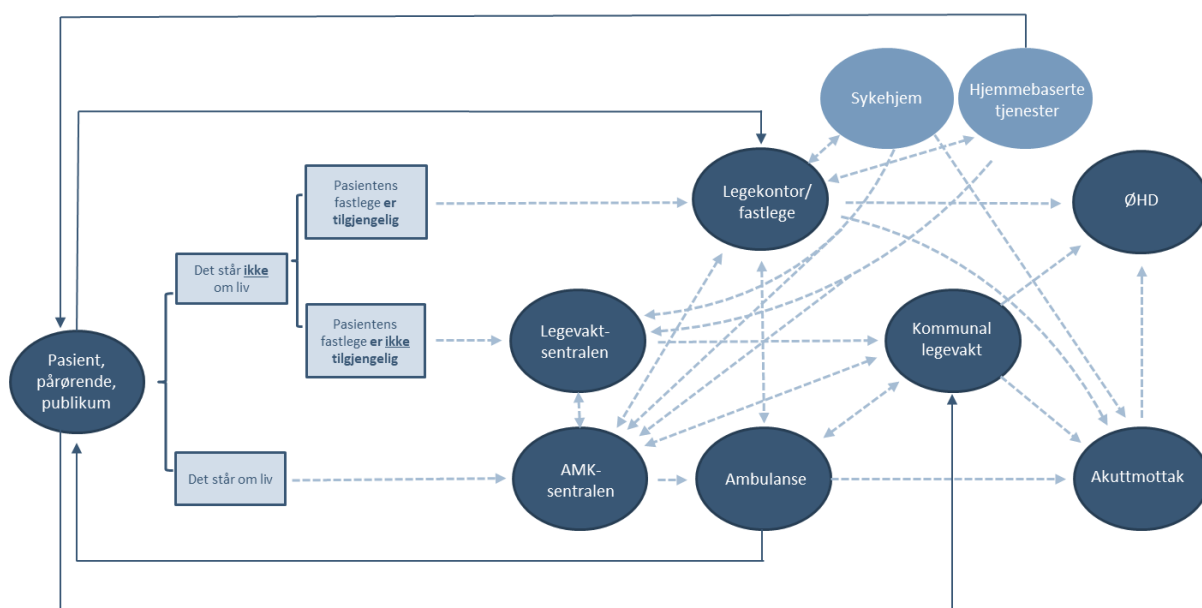
Samtidig som den kommunale helsetjenesten vil få behov for økt kapasitet og kompetanse, er det sterk bekymring for at en nedleggelse av akuttfunksjonene ved sykehuset vil svekke kommunehelsetjenestens rekrutteringsevne.

Kombinasjonen av lengre avstand og svakere samhandling med sykehuset, vil redusere tryggheten ved å behandle pasienter lokalt. Dette vil kunne senke terskelen for å sende pasienter til sykehus og heve terskelen for å ta imot pasienter fra sykehus. Konsekvensene vil kunne være en mindre effektiv pasienthåndtering, med flere liggedøgn på sykehus og flere svingdørspasienter.

6.1 Den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus

Den akuttmedisinske kjeden er et komplekst system, der aktørene i de ulike leddene har ulike ansvarsområder knyttet til den akuttmedisinske beredskapen. Figuren under illustrerer sammenhengen mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden, samt kommunikasjonslinjer og den fysiske reiseveien en pasient vil kunne ha fra behovet for akutt helsehjelp oppstår til pasienten treffer på personell i akuttmedisinsk beredskap. Figuren inkluderer aktørene som har en sentral rolle i den akuttmedisinske beredskapen.

Figur 6-1. Illustrasjon av sammenhengen mellom viktige aktører i den akuttmedisinske kjeden. Kilde: Menon Economics



Personell i hvert ledd i den akuttmedisinske tjenesten vil gjøre en vurdering av hvorvidt pasientens behandling skal avsluttes i det gitte leddet eller sendes videre til et annet ledd. Hvilket ledd en pasient sendes til avhenger blant annet av hvilken instans som kan yte tilstrekkelig nødvendig helsehjelp.

Ved akutte hendelser finnes det minst tre kontaktledd og minst fire behandlingstilbud som er sentrale for hvor raskt en pasient kan få hjelp fra helsepersonell. Kontaktleddene er fastlegen, legevaktsentralen eller AMK-sentralen. Avhengig av alvorlighet og når på døgnet henvendelsen kommer, vil de viktigste behandlingsstedene være fastlegen, den kommunale legevakten eller akuttmottak. I tillegg er ambulansetjenesten og øyeblikkelig hjelp døgnopphold svært sentrale ledd.

Under følger en kort beskrivelse av de ovennevnte kontakt- og behandlingsleddene.

Fastlegen. Fastlegene skal innrette sin praksis slik at listeinnbyggere med behov for øyeblikkelig hjelp, kan få nødvendig helsehjelp hos fastlegen innenfor ordinær åpningstid. I tillegg skal fastlegene gi tilbud om hjemmebesøk dersom det antas at det er nødvendig for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp.⁶⁴

Legevaktsentralen skal motta og håndtere henvendelser om øyeblikkelig hjelp innenfor et gitt legevaktsdistrikt, samt kunne kommunisere direkte til AMK-sentral eller til andre LV-sentraler.⁶⁵

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral) håndterer akuttmedisinske henvendelser til det medisinske nødnummeret, og vurderer hvilke instanser som bør iverksettes i hvert enkelt tilfelle.⁶⁶

Kommunal legevakt har ansvar for å diagnostisere, behandle og stabilisere tilstander som er akutt livstruende og som krever at pasienten må raskt til sykehus. I tillegg har de ansvar for å diagnostisere og ferdigbehandle allmenntilstander, der pasienten ikke har behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten.⁶⁷ Legevaktslegen er også medisinsk faglig ansvar for pasient under transport til sykehus.

Akuttmottaket skal ta imot, undersøke og behandle pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, og som har behov for behandling eller vurdering i spesialisthelsetjenesten.⁶⁸

Ambulansetjenesten har flere oppgaver knyttet til den akuttmedisinske beredskapen utenfor sykehus. Dette inkluderer transport av pasienter til, og mellom, forsvarlige behandlingstilbud, samt å undersøke, behandle og overvåke pasienter med behov for akutt helsehjelp. Ambulansetjenesten forholder seg til både spesialisthelsetjenesten og til kommunal legevakt.

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD). Døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp ved somatiske tilstander, psykiske lidelser og rusproblemer. Tilbudet avlaster spesialisthelsetjenesten ved å unngå innleggelser på sykehus i tilfeller der det ikke er ønskelig eller nødvendig sett ut ifra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering.⁶⁹

⁶⁴ Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012)

⁶⁵ Akuttmedisinforskriften (2015)

⁶⁶ Akuttmedisinforskriften (2015)

⁶⁷ Hunskaar mfl. (2014). Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget.

⁶⁸ [Akuttmottak - Helse Bergen HF \(helse-bergen.no\)](http://akuttmottak-helsebergen.no)

⁶⁹ Helsedirektoratet og KS (2016). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill.

6.2 Dagens situasjon i kommunehelsetjenesten i Lofoten

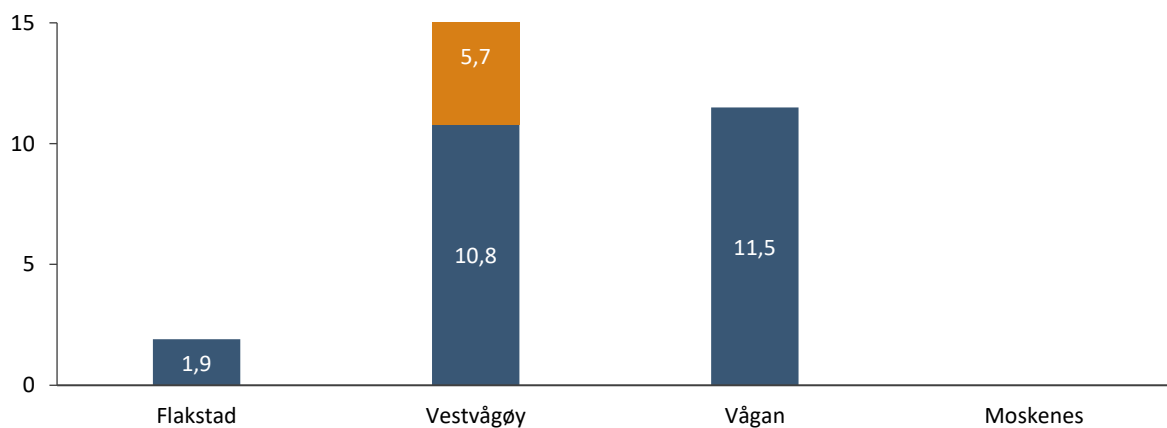
Vi fokuserer her på legevakt og fastlegekontorene, samt ØHD, ettersom dette er den delen av den kommunale helsetjenesten som er mest relevant i vurdering av konsekvenser ved en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner.

6.2.1 Legevakt og fastlegekontor

Fastlegene i Lofoten bemanner legevakten i en vaktordning. Det finnes to legevakter i Lofoten. Vågan har egen legevakt lokalisert i Svolvær. Moskenes, Flakstad og Vestvågøy har en interkommunal legevakt lokalisert på Gravidal i Vestvågøy.⁷⁰

Til sammen hadde de fire kommunene 29,9 avtalte legeårsverk i 2023. Flertallet av legene er kommunalt ansatt, men det er også næringsdrivende leger i Vestvågøy, se figur under.

Figur 6-2. Antall avtalte legeårsverk blant kommunalt ansatte leger (i blå søyler) og næringsdrivende leger (i orange søyler). Kilde: SSB



Med rekrutteringsutfordringer i tidligere perioder er denne situasjonen nå snudd. Kommunene opplever nå å ha en god rekrutteringsevne, med full legedekning i Vestvågøy og Vågan. Målrettet arbeid med gode arbeidsforhold, god ledelse, godt fagmiljø og tilrettelegging for faglig utvikling beskrives som sentrale faktorer for å oppnå god rekrutteringsevne og for å beholde leger i kommunene. Godt samarbeid med Nordlandssykehuset Lofoten er et viktig ledd i dette arbeidet.

6.2.2 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud

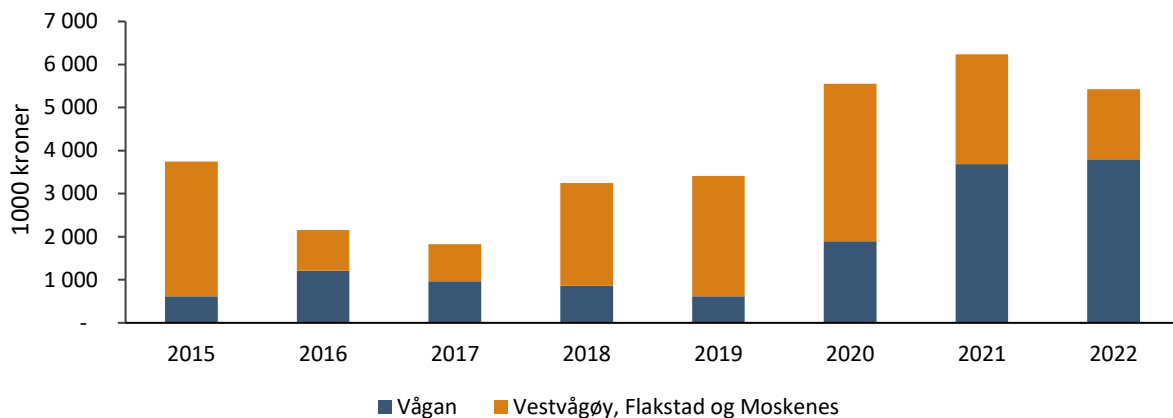
Det er totalt fem ØHD-plasser på Lofoten. Vågan har to plasser i tilknytning legevakten i Svolvær. Moskenes, Flakstad og Vestvågøy har interkommunalt samarbeid også knyttet til tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnoophold. De tre plassene er lokalisert ved legevakten på Gravidal og ved sykehjem i kommunen.⁷¹

Kommunene hadde i 2022 brutto driftsutgifter knyttet til øyeblikkelig hjelp døgntilbud på rett i underkant av 5,5 millioner. Dette tilsvarer om lag 1 million kroner per ØHD-plass.

⁷⁰ Arbeidsgruppe 1 (2023): Akutte og elektive funksjoner. [Link](#)

⁷¹ Arbeidsgruppe 1 (2023): Akutte og elektive funksjoner. [Link](#)

Figur 6-3: Utvikling i brutto driftskostnader knyttet til ØHD i Lofoten. Kilde: SSB



6.3 Konsekvenser for kommunehelsetjenesten

Ved en eventuell nedleggelse av dagens akutfunksjoner, vil ansvar og oppgaver skyves over på den kommunale helsetjenesten. Dette vurderes å gi et økt ressursbehov på minst 12 til 15 millioner kroner for de lokale legevaktene. I tillegg til økte kostnader vil samhandlingen med sykehuset kunne svekkes, og en vil kunne få utfordringer med rekruttering til den kommunale helsetjenesten.

6.3.1 Konsekvenser for ressursbehov og kostnader

Både Arbeidsgruppe 1 og kommuneoverlegene i Lofoten vurderer at en nedleggelse av dagens akutfunksjoner vil innebære økt ressursbruk i kommunehelsetjenesten og økte kostnader for kommunene.

Vurdering av konsekvenser for kommunene fra Arbeidsgruppe 1 ved Helse Nord

Arbeidsgruppe 1 vurderer at en eventuell nedleggelse av dagens akutfunksjoner vil gi en overføring av oppgaver og ansvar til den kommunale helsetjenesten.⁷² Konkret pekes det på økt kapasitetsbehov i legevakt og ØHD.

Den økte belastningen på legevakt begrunnes med legevaktslege oftere vil måtte følge pasient til sykehus, og over lenger tid. Dette medfører behov for flere leger i vaktssystemet for å sikre tilstedeværelse av lege lokalt. Arbeidsgruppen vurderer også at det vil bli behov for flere sykepleiere fordi pasientbelastningen og kompleksiteten av pasienter øker. Dette vil, ifølge arbeidsgruppen, også kreve av kompetansen blant legevaktsleger og sykepleiere må heves for oftere å kunne ivareta hendelser som tidligere har gått direkte til akuttmottak.

For ØHD vurderer arbeidsgruppen at dagens sengekapasitet i kommunene vil kunne bli for lav. Dette begrunnes med at den forlengede reiseveien vil innebære at en forsøker å behandle flere pasienter lokalt, noe som medfører flere pasienter med mer krevende og komplekse sykdommer. I tillegg til økt sengekapasitet vurderer arbeidsgruppen at dette vil medføre økt døgnbemanning og økte kompetansebehov i kommunene knyttet til ØHD.

⁷² Arbeidsgruppe 1 (2023): Akutte og elektive funksjoner. [Link](#)

Kommunehelsetjenestens vurdering av endret ressursbehov knyttet til legevakt og ØHD

Kommuneoverlegene i Lofoten er delvis enige i Arbeidsgruppe 1 sin vurdering av konsekvenser for den kommunale helsetjenesten ved lengre avstand til akuttsykehus.⁷³ Det er enighet om at det vil gi et økt **ressursbehov knyttet til legevaktstjenesten**, men det er usikkert hvorvidt belastningen på ØHD vil øke eller reduseres.

Konkret vurderes det at det vil kreve minst 4 til 5 ekstra legeårsværk ved legevakten i både Vågan og Vestvågøy for å dekke opp for hendelser der legevakslege må følge pasient til sykehus. I tillegg til flere ansatte vil det være behov for kompetanse knyttet til håndtering av mer akutte og komplekse tilfeller. Et viktig poeng i denne sammenheng er at legevakslegene er fastleger, hvis spesialisering er allmennmedisin. En overføring av ansvar for akuttfunksjon innebærer at en skyver på grensene for hva som er allmennmedisin.

Videre påpeker kommuneoverlegene at overføringen av oppgaver og ansvar også vil kunne medføre et behov for medisinsk utstyr. For å unngå at pasienter hvor en mistenker brudd må sendes helt til Stokmarknes, vil det være behov for en røntgenmaskin. En røntgenmaskin og annet nødvendig utstyr og materiell vil komme med en innkjøpskostnad, samt kostnad til kompetanse og vedlikehold.

Når det kommer til **konsekvenser for ressursbruk innen ØHD** vurderes konsekvensene som usikre. Dette skyldes at det er to effekter som drar i ulik retning.

Økt avstand til sykehuset kan føre til at pasienter i større grad må ivaretas i kommunehelsetjenesten i påvente av å overføres til spesialisthelsetjenesten. Dersom ØHD-plassene benyttes til dette vil det medføre økt belastning på ØHD-enhetene. Her vurderes det at det ikke vil bli flere pasienter, men at pasientene vil kunne måtte bli værende lenger i transitt i påvente av å bli flyttet til sykehus. Det trekkes eksempel til erfaringer med at spesialisthelsetilbud for akuttpsykiatri har blitt flyttet til sykehuset i Bodø, men den konsekvens at akutte psykiatripasienter har blitt liggende på vent i opptil 72 timer på legevakt, grunnet manglende kapasitet for å få flyttet pasienten. Lenger reisevei vil gi grunn til å behandle flere pasienter lokalt, slik Arbeidsgruppe 1 vurderer. Dette vil kunne gi flere pasienter og mer krevende og komplekse sykdommer i ØHD.

Samtidig påpeker kommuneoverlegene at økt avstand til sykehus medfører økt risiko knyttet til å behandle pasienter lokalt i kommunehelsetjenesten. Dette gjelder hovedsakelig pasienter der situasjonen er stabil, men der det er potensial for forverring. Den manglende tryggheten som nærhet til sykehus representerer, vil dermed kunne senke terskelen for å sende pasienter til sykehus og heve terskelen for å ta imot pasienter fra sykehus. Det vil kunne medføre at færre pasienter vil kunne håndteres lokalt.

Pasientene vil dermed oftere sendes til behandling i spesialisthelsetjenesten, slik at belastningen på kommunens ØHD-enheter vil reduseres. Hvorvidt økt avstand til sykehus vil medføre økt eller redusert belastning på ØHD-enheter og korttidsavdelinger er dermed usikkert.

Vurdering av økte kostnader for kommunehelsetjenesten

Som følge av flere og lengre følgereiser med pasient til sykehus, anslås det et økt bemanningsbehov på minst 4-5 årsværk ved legevakten i både Vågan og Vestvågøy. Gitt en årslønn på 1,2 millioner kroner⁷⁴ og 25 prosent i sosiale kostnader, kan vi legge til grunn en kostnad på 1,5 millioner kroner per årsværk. Dette innebærer økte kostnader for kommunene på minst 12 til 15 millioner kroner, fordelt på de to legevaktene.

⁷³ Arbeidsgruppe 1 (2023): Akutte og elektive funksjoner. [Link](#)

⁷⁴ Gjennomsnittslønn for fastlønnet spesialist i allmennmedisin i 2021, ifølge KS [Lønn og inntekter for fastleger](#)

I tillegg til kostnaden forbundet med flere legeårsværk kommer eventuelle behov for sykepleiere, kompetanseheving, samt innkjøp og vedlikehold av medisinsk utstyr.

6.3.2 Konsekvenser for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Arbeidsgruppe 1 vurderer at kunnskapen om lokale forhold vil kunne svekkes når sykehuset ligger lenger unna de lokale, kommunale helsetjenestene.⁷⁵ Dette vil, ifølge arbeidsgruppen, kunne få negative konsekvenser for planleggingen av utskrivningsklare pasienter.

Kommuneoverlegene trekker frem at dagens samhandling med sykehuset er svært god. Kort avstand og kunnskap om lokal kapasitet og kompetanse, bidrar til effektive kommunikasjonslinjer og godt samarbeid. Det daglige samarbeidet mellom lokale fastleger og sykehuset omfatter kirurgiske, ortopediske, gynekologiske og medisinske problemstillinger. I tillegg til at dette bidrar til en effektiv pasienthåndtering, beskrives det gode samarbeidet med sykehuset som en stor trygghet for fastleger i Lofoten.

Fastlegene i Lofoten drar i dag stor nytte av muligheten for undersøkelser og vurdering av sykehusspesialist i tilfeller med pasienter som en ikke med sikkerhet kan avklare på legekantor eller legevakt.⁷⁶ Uten denne muligheten øker risikoen for at situasjoner utvikler seg til mer alvorlige forløp. Fastlegene i Lofoten vurderer at tapt spesialistkompetanse ved sykehuset ikke kan kompenseres for med flere fastleger med allmennt medisinsk spesialistkompetanse eller forsterket ambulansetjeneste.

Kommuneoverlegene vurderer at økt reisevei til et sykehus med akuttfunksjon vil medføre **flere liggedøgn ved sykehus**. Grunnet dagens korte avstand kan helsepersonell i kommunene raskt sende pasienter til sykehus ved behov. Dette gjør at kommunen kan avvente med å sende pasienter til sykehus, samt at de tidligere kan ta overta ansvaret for pasienter som har fått behandling ved sykehus. Kombinasjonen av økt reisevei og svakere samhandling med sykehuset, vil redusere tryggheten ved å behandle pasienter lokalt og dermed kan føre til flere liggedøgn på sykehus. Dette er knyttet både til at pasienter sendes til sykehus oftere og tidligere, samt at kommunen vil være mer tilbakeholdne med å ta mot pasienter fra sykehus. Dette vil kunne gi en mindre effektiv pasienthåndtering og flere svingdørspasienter.

Økt avstand vil også gjøre det **mer utfordrende for tildelingskontoret å vurdere hvilke pasienter de kan ta mot for behandling**. Kommuneoverlege i Vågan forteller at tildelingskontoret i Vågan har tradisjon for å reise til sykehuset for å vurdere hva slags tilbud pasientene har behov for. Dersom observasjonen må foretas utelukkende elektronisk tror han at kommunene vil takke nei til pasienter der nærmere undersøkelser kunne ha endret beslutningen. Dette vil og kunne øke antall liggedøgn ved sykehus.

6.3.3 Konsekvenser for rekruttering til kommunehelsetjenesten

Arbeidsgruppe 1 vurderer at nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil kunne påvirke rekrutteringen til den kommunale helsetjenesten negativt.⁷⁷ Dette begrunnes med at LIS1-leger ikke lenger vil få utført hele tjenesten sin der. Ved å fjerne institusjoner som utdanner LIS1-leger, mister en også en viktig rekrutteringsarena for kommunehelsetjenesten.

⁷⁵ Arbeidsgruppe 1 (2023): Akutte og elektive funksjoner. [Link](#)

⁷⁶ Bekymrede fastleger - NLSH Lofoten må bestå slik det er i dag! | Lofotposten

⁷⁷ Arbeidsgruppe 1 (2023): Akutte og elektive funksjoner. [Link](#)

Negative konsekvenser knyttet til rekruttering er en utfordring som deles av kommuneoverlegene. Kommunene har tidligere hatt rekrutteringsutfordringer, men opplever nå god rekruttering og full legedekning i Vågan og Vestvågøy. Kommuneoverlegene beskriver denne positive endringen som et resultat av målrettet arbeid for et godt fagmiljø, rom for faglig utvikling og en god balanse mellom jobb og fritid. Kommuneoverlegene frykter at tap av sykehuset på ny vil gi **utfordringer knyttet til rekruttering av leger**.

Bekymringene er knyttet til flere ulike forhold. I møte med alvorlige, akutte situasjoner vil rask tilgang til spesialistkompetanse ved sykehus kunne være en avgjørende forutsetning. Manglende nærhet til sykehus, og relevant spesialistkompetanse, vil gi en **redusert trygghet i arbeidshverdagen** for allmennlegene i kommunehelsetjenesten. Dette skyldes at det vil være en økt risiko for å måtte håndtere alvorlige situasjoner som ligger på siden av deres fagfelt. Dette begrunnes med at lengre reisevei til sykehus vil innebære at legevaktlegen må håndtere flere akutte tilfeller over et lengre tidsrom. Redusert trygghet kan gjøre det mindre attraktivt å jobbe i kommunehelsetjenesten i Lofoten, spesielt for nyutdannet helsepersonell.

Kommuneoverlegene trekker også frem sykehuset som en viktig rekrutteringsarena av leger i LIS1-stillinger og bekymring for at en eventuell nedleggelse av dagens akuttfunksjoner vil gjøre det **vanskeligere å rekruttere leger gjennom sykehuset**. I det legene skal begynne å jobbe i kommunehelsetjenesten kjenner de allerede til fagmiljøet, og forholder seg til samme populasjon. Dette bidrar til at legene trives i kommunen, og gjør det attraktivt for de å bli værende.

Det fryktes også at tap av sykehuset vil gi **svekket fagmiljø i kommunene, samt redusert mulighet for faglig utvikling**. Sykehuset utgjør i dag en viktig del av et større fagmiljø, der ansatte i kommunehelsetjenesten og ved sykehuset samarbeider tett for å gi et helhetlig og forsvarlig tilbud til innbyggerne. Kommuneoverlegene frykter at et svekket fagmiljø vil gjøre det mindre attraktivt å jobbe i Lofoten, og dermed gjøre det utfordrende å beholde ansatte.

6.4 Konsepter for samhandling

Som vi har beskrevet over er helse- og omsorgstilbudet i kommunene i Lofoten svært avhengig av sykehuset for å kunne tilby innbyggerne kompetent helsehjelp der de bor. Samhandlingen mellom sykehuset og helsetjenesten i kommunene beskrives i dag som god. Det er viktig å bygge videre på og utvikle dette samarbeidet ytterligere for å sikre en bærekraftig utvikling for de samlede helsetjenestene til Lofotens befolkning. I dette siste delkapittelet ser vi på noen utvalgte konsepter som kan bidra til å styrke denne samhandlingen, i tråd med regjeringens ambisjoner i Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-27 som nylig er lansert.⁷⁸

6.4.1 Helsefellesskapet Lofoten, Vesterålen og Salten

Helsefellesskapene har fått en sentral rolle i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: «Det er behov for mer utbredt og varig samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. (...) Helsefellesskapene som er etablert mellom kommuner og sykehus, skal være en drivkraft for samarbeid om tjenesteutvikling og felles planlegging.»

Også for kommunene i Lofoten er helsefellesskap det viktigste pågående samhandlingsinitiativet. Helsefellesskapet Lofoten, Vesterålen og Salten har store ambisjoner om å sikre befolkningen helsetjenester som er helhetlige og

⁷⁸ [Meld. St. 9 \(2023–2024\) - regjeringen.no](#)

koordinerte, på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Helsefelleskapet har derfor etablert tre satsningsområder⁷⁹, der det skal arbeides for å innovere tjenestene:

1. **Helhetlige pasientforløp, klinisk samhandling og tjenesteinnovasjon** gjennom å fokusere på tiltak som ser tjenestene fra pasientens perspektiv, og som sikrer en mer målrettet bruk av tjenestene.
2. **Akuttmedisin og beredskap** gjennom koordinering av ulike aktører sitt arbeid knyttet til forebygging, beredskapsplaner. I tillegg skal de ulike aktørene utvikle sine tjenester i samarbeid med hverandre.
3. **Demografi, rekruttering og teknologi.** For å imøtekomme de demografiske utfordringene helsefelleskapet står overfor vil helsefelleskapet aktivt vurdere hvordan tilgjengelige ressurser og teknologi kan bidra til å imøtekomme utfordringene. Helsefelleskapet vil søke tett samarbeid med forsknings-, utdannings- og kunnskapsmiljøer.

Kommunene i Lofoten og Nordlandssykehuset uttrykker gjennom denne handlingsplanen og samarbeidsavtalen som ligger til grunn for helsefelleskapet, en konkret ambisjon om å sikre at sykehuset og kommunene veves enda tettere sammen for å sikre akuttberedskap og gode pasientforløp for innbyggerne i Lofoten i årene fremover.

6.4.2 Konsepter for samhandling

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 peker på at nye organiseringsformer kan bidra til bedre samhandling mellom sykehus og kommuner, og gi mer sammenhengende tjenester for innbyggerne. Nye måter å organisere samhandling mellom sykehus og kommune er svært aktuelle i Lofoten. Det gjelder særlig ulike former for digital samhandling. Satsingen på teknologi er som nevnt ett av de tre områdene som Helsefelleskapet fokuserer på i sin handlingsplan.

Eksempler på konsepter som kan bedre samhandling mellom sykehus og kommunene i Lofoten er **Digital hjemmeoppfølging, DHO, FACT-team, satellittlegevakt og trygg akuttmedisin**. Vi vil videre gjennomgå formålet med samtlige prosjekter, samt foreløpige erfaringer.

Digital hjemmeoppfølging (DHO)

Bodø har de siste årene lyktes med å etablere et godt samarbeid mellom kommunen og sykehuset, og har testet en rekke konsepter som kommunene i Lofoten kan vurdere å bygge videre på. Såkalt digital hjemmeoppfølging, heretter omtalt som DHO, er ett av konseptene som er svært aktuelt for kommunene i Lofoten.

Målgruppen i Digital hjemmeoppfølging er pasienter med kroniske sykdommer, som har et høyt forbruk av helsetjenester og behov for oppfølging fra flere ulike aktører. Konseptet går ut på at pasienten overfører helseinformasjon til kommune, fastlege og sykehuset, som oppretter kontakt med pasienten ved behov. Målet med prosjektet er å sikre en helhetlig oppfølging, bedre samhandling og mer tverrfaglig samarbeid.⁸⁰

Sluttrapporten fra nasjonal utprøving av DHO viser at konseptet har gevinster for både brukere og helsepersonell. Brukere oppgir økt forståelse for egen sykdom, samt økt trygghet og mestring. For pasientene, spesielt de med lang vei til sykehus er det positivt å unngå å reise til sykehus. Helsepersonell opplever at DHO legger til rette for en mer effektiv og riktig oppfølging av pasienter. Dette skyldes at prosjektet blant annet bidrar til god oversikt

⁷⁹ [Handlingsplan for Helsefelleskapet Lofoten, Vesterålen og Salten. "Helhetlig helsetjenester-med pasienten som aktiv deltaker"](#)

⁸⁰ Helsedirektoratet (2021). Digital hjemmeoppfølging - Sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021. [Link](#)

over pasientens situasjon og bedre dialog med pasientene. Helsepersonell oppgir også at konseptet bidrar til bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.⁸¹

FACT-team

Et konsept som allerede er implementert i Lofoten, er FACT-team, dvs. tverrfaglige, ambulante team som gir tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. FACT Lofoten er et samhandlingsprosjekt mellom Lofoten og Vesterålen DPS, Vågan, Vestvågøy, Flakstad og Moskenes kommune.⁸²

Formålet med etableringen av FACT-team var å få til et bedre koordinert tilbud til pasienter med alvorlige psykiske problemer og behov for et bredt tjenestetilbud.⁸³

En evaluering av FACT-team viser at FACT-modellen førte til målrettet og god behandling. Evalueringen finner høy brukertilfredshet blant brukere av FACT-teamene. Videre finner evalueringen at FACT-teamene bedrer samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. De ansatte i teamene oppga at de i stor grad hadde oversikt over hvilke tjenester brukerne mottok selv om tjenestene ble gitt av ulike instanser på ulike nivåer. FACT-teamets samarbeidspartnere i kommunen oppga at FACT-teamene bidro til kortere avstand til spesialisthelsetjenesten, og at teamet bistod kommunene med spesialistkompetanse.⁸⁴

Trygg akuttmedisin

Et siste konsept det er satset på i Lofoten, er bedre samhandling knyttet til forløp for pasienter med akutte behov innenfor STEMI-infarkt, hjerneslag og sepsis, «[trygg akuttmedisin](#)». Målet med prosjektet er å oppnå raskere, flere og tryggere behandlingkjeder for pasienter innen ovennevnte grupper. Prosjektet krever samtrening, simulering og samhandling mellom alle ledd i den akuttmedisinske kjeden og kan knyttes til Helsefelleskapets satsning på akutt og beredskap.

6.5 Konklusjon

Kommunenes helse- og omsorgstjenester til innbyggere og tilreisende i Lofoten vil for all fremtid være avhengig av god samhandling mellom sykehuset og kommunene. Vi har i dette siste kapitlet vist hvor avhengig kommunene er av nærhet til et sykehus med akuttmedisinsk kompetanse for å kunne gi et godt og forsvarlig tilbud til alle som trenger helsehjelp i regionen. Reduseres sykehusets kapasitet og kompetanse innen akuttmedisin får dette naturligvis betydelige konsekvenser for kommunene rundt sykehuset. Det er ikke opplagt at samfunnet totalt sett tjener på dette, selv om kostnadene til helseforetaket reduseres. Men kommunene kan og skal også bidra til å lette situasjonen for sykehuset, blant annet ved å ta aktivt initiativ til utvikling av ulike samhandlingskonsepter som gjør at den helsefaglige kompetansen som sykehuset og kommunene til sammen besitter, utnyttes best mulig, og at helsetjenesten i regionen samlet sett står bedre rustet til å møte de utfordringene som kommer som følge av demografiske endringer og mangel på helsepersonell de neste tiårene.

⁸¹ Helsedirektoratet (2021). Digital hjemmeoppfølging - Sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021. [Link](#)

⁸² [FACT-team | \(vdps.no\)](#)

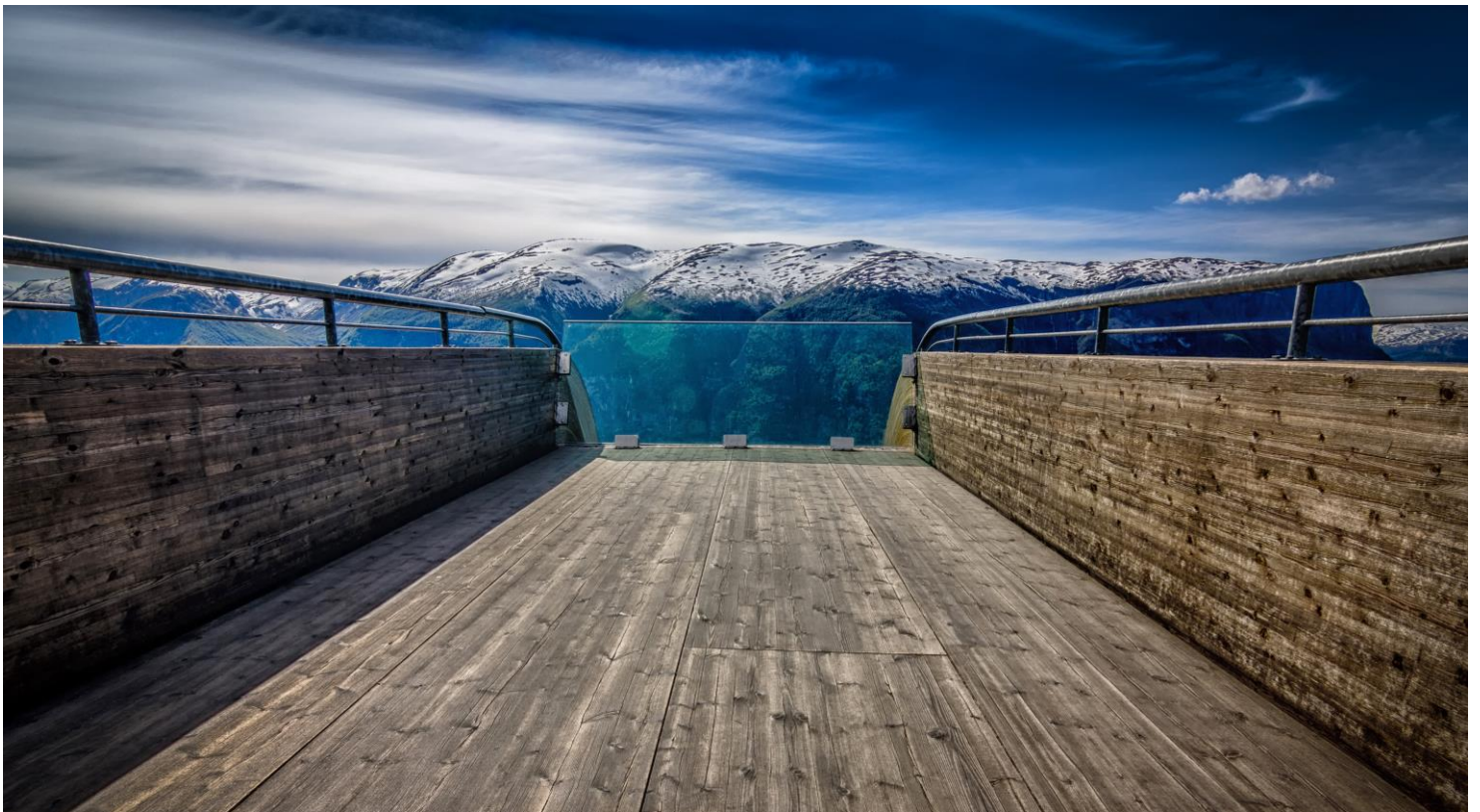
⁸³ Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF (2020). Evaluering av FACT-team i Norge. [Link](#).

⁸⁴ Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF (2020). Evaluering av FACT-team i Norge. [Link](#).

7 Referanser

- Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)*. FOR-2015-03-20-231. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>
- Arbeidsgruppe 1. (2023). Akutte og elektive funksjoner. *Helse Nord*.
- Bruvoll, A., Vennemo, H., & Wahlquist, H. (2014). *NOREG En langsiktig makro- og regionaløkonomisk modell for Norge, med fokus på Nord-Norge*. Vista-rapport 2014/16.
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. FOR-2012-08-29-842.
- Helse Nord. (2023). *Ekstraordinært styremøte Helse Nord RHF, innkalling med saksdokumenter*.
- Helsedirektoratet. (2021). *Digital hjemmeoppfølging - Sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021/pdf-av-rapporten/Digital%20hjemmeoppf%C3%B8lging%20-%20sluttrapport%20fra%20nasjonal%20utpr%C3%B8ving%202018-2021.pdf/_attachment/inline/67a
- Helsedirektoratet. (2023). *Pilot legevakt - oppsummering og anbefaling av prosjektet*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pilot-legevakt-oppsummering-og-anbefaling-av-prosjektet>
- Helsedirektoratet og KS. (2016). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold/Kommunenes%20plikt%20til%20%C3%B8yeblikkelig%20hjelp%20d%C3%B8gnopphold.pdf/_attachment/inline/92f525bc-b877-485e-b7bc-66670d00886f:87df71d03c450ff1bae72c213db
- Hunskår, S., Blinkenberg, J., Bondevik, G. T., Ellensen, E. N., Furu, S. F., Johansen, I. H., . . . Rebnord, I. K. (2014). *Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. nr 7-2014*. Hentet fra <https://hdl.handle.net/1956/8919>
- Leknes, S., & Løkken, S. (2020). Befolkningsframskrivinger for kommunene, 2020-2050. *Statistisk Sentralbyrå*.
- Lofotposten. (2023). *Har planen klar for reiseliv hele året*. Hentet fra <https://www.lofotposten.no/har-planen-klar-for-reiseliv-hele-aret-vi-tenker-ikke-volumturisme-vi-tenker-barekraftig-og-verdiskapende-reiseliv/s/5-29-962998>
- Menon Economics. (2019). *Helgelandssykehuset 2025 Samfunnsanalyse*. Hentet fra [helgelandssykehuset.no: https://www.helgelandssykehuset.no/4aa3c3/siteassets/moter/styret/styresaker-2019/20191030/20191030-styresak-111-vedlegg-1-samfunnsanalyse-helgelandssykehuset-2025.pdf](https://www.helgelandssykehuset.no/4aa3c3/siteassets/moter/styret/styresaker-2019/20191030/20191030-styresak-111-vedlegg-1-samfunnsanalyse-helgelandssykehuset-2025.pdf)
- Menon Economics. (2019). *Helgelandssykehuset 2025: Samfunnsanalyse*.
- Menon Economics. (2019). Status for reiselivet i Lofoten og Vesterålen.
- Menon Economics. (2020). *Andre samfunnsmessige virkninger av utbedret E10 Svolvær-Leknes*. Hentet fra <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2020-1-E10-Svolv%C3%A6r-Leknes.pdf>

- Menon Economics. (2020). Forberedt på neste krise? Vurdering av helse- og omsorgssektorens kapasitet til å håndtere fremtidig etterspørsel.
- Menon Economics. (2022). Ståa i norske kommuner.
- Menon Economics. (2023). *Menons prognoser for norsk reiseliv mot 2030*. Hentet fra <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2023-144-Norsk-reiseliv-mot-2030-prognoser-hosten-2023.pdf>
- Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), S. I. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge*. Hentet fra https://rop.no/contentassets/d4f50ab571e84e24a9bd879ae14a9690/evaluering-av-fact-team-i-norge_sluttrapport_nasjonalt-kompetansetjeneste-for-samtidig-rusmisbruk-og-psykisk-lidelse-nkrop.pdf
- NHO Reiseliv. (2019). *Norsk Opplevelseskonferanse: NHO Reiseliv vil ha økt vintersatsing i Lofoten*. Hentet fra <https://www.nhoreiseliv.no/bransjer/opplevelser/nyhet/2019/norsk-opplevelseskonferanse-vil-ha-okt-vintersatsing-i-lofoten/>
- Nordland, N. (2021). *Politiet: - Flere som omkommer i fjellet enn i trafikken*. Hentet fra <https://www.nrk.no/nordland/flere-omkommer-i-naturen-enn-i-trafikken-1.15587652>
- NOU 2022: 10. (2022). Inntektssystemet for kommunene. *Kommunal- og distriktsdepartementet*.
- NOU 2023: 17. (2023). Nå er det alvor.
- NOU 2023: 4. (2023). Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- NRK Nordland. (2021). *80 turstier på vent – for andre år på rad sitter nepalske stibyggerne koronafast i hjemlandet*. Hentet fra <https://www.nrk.no/nordland/moskenes-haper-sherpaene-hentet-fra-nepal-far-fullforetrapp-pa-reinebringen-i-lofoten-1.15552594>
- NRK Nordland. (2023). *14 personer sendt til sykehus etter bussvelt*. Hentet fra <https://www.nrk.no/nordland/turistbuss-med-38-personer-veltet-i-lofoten---14-personer-sendt-til-sykehus-1.16303022>



Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter. Vi er et medarbeidereiet konsultentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked. Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt. Alle offentlige rapporter fra Menon er tilgjengelige på vår hjemmeside www.menon.no.

+47 909 90 102 | post@menon.no | Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo | menon.no