
Nord og ned?

LEDER

KARI MILCH AGLEDAHL

kari.milch.agledahl@finnmarkssykehuset.no

Kari Milch Agledahl er spesialist i øyesykdommer, overlege og forsker ved Finnmarkssykehuset, Klinikk Hammerfest, og førsteamanuensis i medisinsk etikk ved UiT Norges arktiske universitet. Hun er leder av den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag og medlem i Tidsskriftets redaksjonskomité.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TORBEN WISBORG

Torben Wisborg er spesialist i anesthesiologi, overlege ved Akuttavdelingen, Finnmarkssykehuset, Klinikk Hammerfest, professor ved UiT Norges arktiske universitet og forskningsleder ved Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi, Oslo universitetssykehus. Han er hovedtillitsvalgt for Overlegeforeningen ved Hammerfest sykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

I sykehustalen for 2023 ba helseministeren Helse Nord om å sikre «bærekraften» fordi den økonomiske situasjonen er prekær. Dette brukes nå for å legitimere strukturelle endringer som vil endre helsetjenesten i nord dramatisk.



«Pressebilde / Helse Nord RHF»

Konstituert direktør i Helse Nord RHF, Marit Lind, har foreslått en ny funksjonsfordeling fra «små og sårbare» til «større og mer fleksible» enheter og vaktordninger med «høy aktivitet» (1). Utspillet har skapt et ras av protester. Dette tolkes som en klar anmodning om sentralisering av helsetjenesten uten at de berørte fagmiljøene og kommunene har vært konsultert (2). Saken førte til en seks timers diskusjon på styremøtet i det regionale helseforetaket, og kampen pågår fortsatt.

Å drive helsetjenester i Nord-Norge er krevende. Helse Nord har sammen med kommunene ansvar for 9 % av innbyggerne i Norge – spredt på 45 % av landarealet. Av Norges 13 minste akutt sykehus ligger åtte i Helse Nord. I tillegg er Bodø og Tromsø små akutt sykehus i nasjonal sammenheng. Helse Nord har derfor langt flere akutt mottak per 100 000 innbyggere enn landsgjennomsnittet. Prehospitalt er det bygget et system med ambulanserbiler, -båter og -fly samt lokaliserte og ambulerende spesialisthelsetjenester. Det som kan desentraliseres, er desentralisert, og det som må sentraliseres, er sentralisert. Systemet fungerer: Mer enn halvparten av akutt innleggelsene skjer på lokalsykehusene, og av disse overflyttes bare 8 % til Bodø eller Tromsø (1). Vaktordninger med «lav aktivitet» har sin rettmessige plass i landsdelen.

«Man kan ikke kutte elektiv virksomhet, sentralisere funksjoner og samtidig beholde den samme akutte beredskapen»

Akuttberedskapen henger nøye sammen med den elektive virksomheten på sykehusene. Funksjonsfordeling fra små til større enheter er økonomisk besnærende, men man kan ikke kutte elektiv virksomhet, sentralisere funksjoner og samtidig beholde den samme akutte beredskapen. Leger opprettholder ikke sin kompetanse ved å være i beredskap. Utdanning av leger og spesialister lokalt er avgjørende for rekruttering og var den direkte årsaken til opprettelsen av medisinstudiet i Tromsø (3). Grunnlaget for å utdanne leger på mindre sykehus begrenses når den elektive virksomheten reduseres. Dersom man reduserer elektiv virksomhet, reduserer man fagmiljøet, kompetansen og rekrutteringen.

Vikarbruk er en særlig utfordring i Helse Nord. Små enheter er mer utsatt ved fravær av personell eller økt pasienttilstrømming. Avdelinger med 100 sykepleiere kan lettere dekke vakanser enn avdelinger med 15. Mer enn 93 % av alle stillinger i Helse Nord er besatt, og i 2022 var turnoveren i Helse Nord sammenlignbar med den i Helse Vest og Helse Midt-Norge (1). Ansatte flykter altså fra helsetjenesten generelt, ikke fra Helse Nord spesielt. Nasjonalt var det i 2022 over 100 000 personer med helse- og sosialfaglig utdanning som arbeidet utenfor helsetjenesten (4). Når Helse Nord sier det ikke er pengemangel som gjør rekrutteringen vanskelig, er det tankevekkende at Aleris ikke er bekymret for rekrutteringen når de nå planlegger nye og større sykehus i både Tromsø og Bodø (5). Det er god butikk for private aktører; Aleris hadde i 2021 et overskudd før skatt på 30 millioner kroner.

Stordrift og sentralisering av fagmiljøer er økonomisk gunstig og uunngåelig når helseforetakene styres som private bedrifter, og det legitimeres som etablering av «robuste enheter». Men hva som definerer «robuste» fagmiljøer, er ikke opplagt, ei heller hvor mange prosedyrer hver avdeling eller den enkelte lege må utføre for å opprettholde kompetansen. Kvaliteten på tjenesten avgjøres dessuten av andre faktorer som fleksibilitet, oversiktighet og oppfølging. Her kommer ikke store enheter nødvendigvis best ut. I tillegg fører sentralisering av fagmiljø til at fagfolkene bokstavelig talt fjernes fra distriktsbefolkningen. Bruk av polikliniske tjenester og dagbehandling reduseres når avstanden til sykehus øker (6). Da hjelper det ikke at Tromsø har «robuste fagmiljøer» mer enn 500 km unna.

«Sentralisering av fagmiljø fører til at fagfolkene bokstavelig talt fjernes fra distriktsbefolkningen»

Helseminister Kjerkol påpekte i sin tale at «Helse Nord står i en særlig krevende økonomisk situasjon der de over lang tid har hatt en drift som ikke har vært tilpasset de økonomiske rammene» (7). Vi kan bare håpe at styret i Helse Nord ikke aksepterer denne beskrivelsen betingelsesløst, slik det later til at konstituert direktør har gjort. Realiteten synes å være omvendt, at Helse Nord er i en krevende situasjon fordi de over tid har hatt økonomiske rammer som ikke har vært tilpasset en forsvarlig drift av tjenestene i landsdelen. Helseforetakenes ansvar etter loven er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av bosted. Det er tverrpolitisk enighet om at folk skal få lov å bo der de bor, og med den nye sikkerhetspolitiske situasjonen skal vi være glade for at grenseområdene mot Russland ikke er avfolket.

Når økonomisk bærekraft ikke er helsemessig forsvarlig, er det Helse Nord's oppgave å gi helseministeren beskjed om dette. Videre kan ikke helsetjenestens bærekraft vedtas av helseministeren eller Helse Nord, det er en felles oppgave som krever samarbeid og medvirkning fra fagmiljøene og andre berørte parter. Dersom regjeringen ønsker å bygge ned helsetjenesten for befolkningen i nord, bør ikke det gjemmes bak oppdragsdokumenter eller styresaker, men være en politisk og faglig begrunnet beslutning som er synlig for alle.

REFERENCES

1. Helse Nord RHF. Styresak 11–2023. <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202023/20230223/Styresak%2011%E2%80%932023%20Tiltak%20for%20%C3%A5%20sikre%20b%C3%A6rekraft%20i%20Helse%20Nord.pdf> Lest 23.3.2023.
2. Hykkerud E, Årdal IG. 200 leger slakter helseforetak: – Dette vil rasere sykehustilbudet i nord. NRK 21.2.2023. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/leger-frykter-for-konsekvensene-om-akuttberedskapen-sentraliseres-1.16305027> Lest 27.3.2023.
3. Fulsås N. Universitetet i Tromsø 25 år. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 1993.
4. Statistisk sentralbyrå. Helse- og sosialpersonell. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell> Lest 23.3.2023.
5. Brækhus LA. Aleris skal flytte til større sykehus i Tromsø og doble kapasiteten. Dagens medisin 17.9.2022. <https://www.dagensmedisin.no/helsepolitikk-og-helseekonomi-5-private-helsetjenester/aleris-skal-flytte-til-storre-sykehus-i-tromso-og-doble-kapasiteten/301768> Lest 27.3.2023.
6. Heiberg I. Vertskommunenes forbruk av sykehustjenester. SKDE-rapport 2010. <https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Vertskommunenes%20forbruk%20av%20sykehustjenester%20%28SKDE%202010%29.pdf> Lest 28.3.2023.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Sykehustalen 2023. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2023/id2959568/> Lest 27.3.2023.

Publisert: 29. mars 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0207
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juni 2026.