

Hva er problemet i norsk helsetjeneste?

Innspill fra Norsk Sykepleierforbund til Helsereformutvalgets arbeid med
problemforståelsen
(Fase 1 – Problemforståelse)

Innledning

Helsetjenesten i Norge fungerer, men med stadig svakere bærekraft.

Den ble bygget for stabil arbeidskraft, lokal tilstedeværelse og tydelig offentlig styring. I dag preges den av knapphet på personell, økende kompleksitet, og styringsmodeller som ikke samsvarer med hverdagen.

Problemet er ikke et plutselig sammenbrudd – men en gradvis forvitring av helhet, fag og menneskeverd.

Dette dokumentet beskriver utviklingen slik den fremstår i dag, slik den kan se ut i 2035, og hvilke valg som vil forme helsetjenesten i 2040.

1. Et helsevesen som allerede går tomt for folk og fag

Vi ser en utvikling lik den i flere naboland, der økende mangel på personell og lange ventetider gradvis åpner rom for private parallelle helsetjenester. Dette skjer ikke nødvendigvis som et resultat av politiske beslutninger, men som en markedsrespons på svikt i kapasitet og tilgjengelighet i det offentlige. Over 800 000 nordmenn har nå private helseforsikringer – noen finansiert av offentlige arbeidsgivere. Dersom tilliten til det offentlige svekkes, vil skatteviljen og den brede oppslutningen om et felles helsevesen kunne erodere over tid. Spørsmålet er ikke bare hvordan vi rekrutterer og beholder helsepersonell, men hvordan vi bevarer det sosiale kontraktgrunnlaget som holder velferdsstaten sammen.

Mangel på kvalifisert personell er ikke et fremtidsscenario – det er nåsituasjonen.

Kommuner legger ned sengeplasser, reduserer helsestasjonstilbud og bruker overtid og korttidsvikarer for å holde driften i gang.

KS anslår at slike tiltak utgjør om lag 17 prosent av lønnskostnadene i pleie- og omsorgstjenestene. Ved sykepleierutdanningene nærmer over halvparten av lærerne med førstekompetanse seg pensjonsalder (Khrono 2024). Noe som er et varslet også mtp å utdanne sykepleiere.

Sykepleiere rapporterer om belastende turnus, stort arbeidspress og lav forutsigbarhet.

Mange vurderer å slutte dersom arbeidsvilkårene ikke forbedres (Sykepleien 2021).

I distriktene er helsetjenesten bærebjelken i lokalsamfunnet – arbeidsgiver, trygghet og forutsetning for bosetting. Når den svekkes, rammes mer enn helse: beredskap, familier og lokalt næringsliv mister grunnlag.

Dette er ikke bare velferdspolitik, men sikkerhetspolitikk (DSB 2023).

****2035:**** Personellmangelen er strukturell. Vikarbruk er normalisert, og flere kommuner kjøper tjenester fra private. Vi erfarer flere feil, svekket pasientsikkerhet og fagmiljøene forvitrer.

****2040:**** Enten har vi styrket utdanning og fagmiljøer – eller en helsetjeneste som drives av midlertidige kontrakter og global arbeidskraft. Beredskap og bosetting følger arbeidsmarkedet, ikke politiske mål. Vi ser en kraftig sentralisering og nedbygging av lokalmiljøer i distriktene.

Kjerneproblem: Helsetjenesten tømmes for folk – og med det forsvinner fag, beredskap, bosetting og samfunnets bærekraft. Vi erfarer økt innslag av innleie fra byråer og midlertidighet som påvirker organisasjonsgrad og partssamarbeid. Risiko for useriøse aktører øker. Kostnadene stiger på grunn av høy grad av midlertidig innleie.

Dilemma: Skal vi opprettholde tjenester i hele landet med kortsiktige vikarer – eller endre bosettingsmønstre, øke internasjonal rekruttering, eller akseptere ulik tilgang til helsehjelp?

2. En helsetjeneste uten faglig ledelse

Sykepleiere leder store personalgrupper uten støtte, tid eller system for faglig oppfølging. Ledelse reduseres til administrasjon.

SINTEF (2021) viser gjennomsnittlig 70–100 ansatte per leder. KS (2022) dokumenterer at ledere bruker over 60 prosent av tiden på rapportering.

Helsepersonellkommissjonen (2023) peker på at manglende tid og rammer for faglig ledelse svekker både kvalitet og rekruttering.

****2035:**** Faglige ledere er færre. Ledelsesfunksjoner fylles av administrative roller uten klinisk kompetanse. Fag og økonomi trekkes i hver sin retning.

****2040:**** Helsetjenesten er styrt, men ikke ledet. Kvalitet måles, men utvikles ikke. Ledere er systemforvaltere, ikke kulturbyggere.

Kjerneproblem: Helsevesenet styres ovenfra, men drives nedenfra – uten en lederlinje som forener fag, ansvar og myndighet.

Dilemma: Hvordan kombinere behovet for økonomisk kontroll og rapportering med krav om faglig nærvær og utvikling?

3. Et helsevesen som mister rytmen mellom menneske og teknologi

Digitaliseringen akselererer, men uten tydelig faglig retning. OECD (2023) viser at Norge bruker 30–40 prosent mindre per innbygger på digital helseutvikling enn Danmark og Finland. Helsetilsynet (2022) dokumenterer alvorlige hendelser der teknologisvikt førte til feilbehandling.

Uten profesjonsnøytral, norsk-styrt digital førstelinje vil utenlandske aktører dekke behovet. Da forvitrer ikke fastlegeordningen av politikk – men av marked.

****2035:**** Utenlandske plattformer brukes for resept og konsultasjon. KI-råd overtar deler av fastlegetjenesten.

****2040:**** Norge mister dataeierskap og digital suverenitet. Helse defineres av algoritmer uten norsk språk, etikk eller rettsgrunnlag. Primærhelsetjenesten fragmenteres av digitale, én-diagnose-tjenester som øker total kostnader og fører til en stor økning i konsultasjoner for i hovedsak friske pasienter.

Kjerneproblem: Teknologien har fått fart, men ikke faglig retning.

Dilemma: Skal vi vente med ny teknologi til alt er regulert – eller risikere at andre definerer norsk helsehjelp?

4. Et helsevesen som mister sammenhengen mellom nivåer, profesjoner og språk

Norge har et system som forutsetter samarbeid, men er organisert for sektor. Kommuner, fastleger og sykehus har ulike styringslinjer og datasystemer.

25 prosent av sykepleierne har utenlandsk bakgrunn (SSB 2024). Språkrådet (2023) viser at språkforskjeller og kultur kan gi misforståelser som påvirker pasientsikkerheten. Samtidig øker avstanden mellom profesjonene i arbeidsmetodikk og ansvar.

Samhandling i helsetjenesten forutsetter mer enn organisatorisk struktur – det krever et felles språk og en felles forståelse av faglige begreper, roller og ansvar. Når profesjoner og nivåer snakker ulike «språk», både bokstavelig og faglig, svekkes pasientsikkerheten. Tydelige krav til språk og språkforståelse på alle nivåer må derfor ses som en forutsetning for reell samhandling.

****2035:**** Samhandling er fortsatt målet, men fragmenteringen øker. Språk og kulturforskjeller blir hverdagsutfordringer.

****2040:**** Enten har vi bygget et felles faglig språk og digital samhandling – eller et helsevesen som snakker mange språk, men mangler én retning.

Kjerneproblem: Et system bygget for samhandling, men lammet av siloer, språkbarrierer og fragmentert ledelse.

Dilemma: Hvordan kombinere global rekruttering og mangfold med krav om trygg kommunikasjon, sømløse pasientforløp og felles faglig kultur?

5. Forebygging og helsefremming

Forebygging er anerkjent, men underfinansiert. KS (2024) viser at kommuner mangler både tid og kompetanse til systematisk folkehelsearbeid.

OECD (2023) viser at forebygging gir bedre helse, men ikke nødvendigvis lavere kostnader. Flere lever lenger og med kroniske tilstander som krever oppfølging.

Gevinsten ligger i livskvalitet, arbeidsevne og deltakelse – ikke i raske innsparinger.

****2035:**** Forebygging blir et målepunkt, men ikke et hovedoppdrag. Digitale verktøy brukes, men uten tilstrekkelig kapasitet til oppfølging.

****2040:**** Enten har vi bygget et helsevesen som forebygger og fremmer liv – eller et system som reparerer sykdom, men ikke helse.

Kjerneproblem: Forebygging gir bedre liv, men ikke alltid billigere liv.

Dilemma: Skal helsetjenesten redusere kostnader – eller forlenge gode liv, selv om det øker behovet for tjenester over tid?

6. Et helsevesen uten tydelige prioriteringer

Etterspørsel er ikke det samme som behov. Befolkningen stiller stadig høyere krav til helsetjenesten, og forventningene formes av teknologi, medier og kommersielle aktører. Samtidig er ressursene begrensede. Dersom alt oppleves som «viktig», mister vi evnen til å prioritere det som faktisk er nødvendig.

****2035:**** Økende forventninger fra befolkningen kombinert med presset økonomi fører til flere individuelle løsninger og større marked for private helseforsikringer.

****2040:**** Enten har vi et offentlig helsevesen som dekker reelle behov – eller et todelt system der de som kan, kjøper seg ut av køen.

Kjerneproblem: Etterspørselen vokser raskere enn behovet, og prioriteringene glipper.

Dilemma: Hvordan ivareta balansen mellom å tilby en offentlig helsetjeneste som dekker behov, samtidig som vi demmer opp for vekst i private helseforsikringer og en todeling av helsetjenesten?

7. Et helsevesen som fungerer – men uten sjel

DFØ (2022) viser at 80 prosent av ledere opplever rapporteringspress som forstyrrende. NAV (2023) rapporterer moralsk stress som økende årsak til sykefravær. Helsetjenesten mister sitt menneskelige kompass: pasienten blir et oppdrag, lederen en rapportør. Omsorg reduseres til produksjon.

****2035:**** Faglig stolthet svekkes. Relasjonen mellom pasient og helsepersonell blir mer instrumentell.

****2040:**** Enten gjenvinner vi tilliten og relasjonen – eller står igjen med et system som fungerer teknisk, men uten menneskelighet.

Kjerneproblem: Et system som leverer tjenester, men mister sitt verdigrunnlag og profesjonelle hjerte. Skatteviljen reduseres fordi andelen innbyggere med privat helseforsikring øker ytterligere, noe som truer hele fundamentet for en offentlig finansiert helsetjeneste.

Dilemma: Hvordan balansere krav om målbarhet og effektivitet mot behovet for relasjon, skjønn og nærvær?

7. Et finansieringssystem som prioriterer bygg fremfor drift

Store sykehusprosjekter binder framtidige driftsmidler i tiår. Riksrevisjonen (2023) og SINTEF (2022) advarer mot ubalanse mellom investering og drift.

Flere helseforetak må redusere sengeplasser for å dekke kapitalkostnader. OECD (2023) viser at land som prioriterer drift og kompetanse (Danmark, Nederland) oppnår bedre resultater.

****2035:**** Byggeprosjekter dominerer budsjettene. Drift presses og faglige utviklingsmidler kuttes. Vi ser enda sterkere tendenser til sentralisering fordi kravene til å finansiere bygg og vedlikehold på driftsbudsjett fører til at helseforetakene ikke ser mulighet til å finansiere mindre lokalsykehus. Der sykehus legges ned og etterspørselen er stor nok, etableres det private tilbud.

****2040:**** Enten har vi økonomisk balanse mellom mur og menneske – eller moderne bygg uten folk til å fylle dem.

Kjerneproblem: Finansieringsmodellen belønner areal fremfor arbeid.

Dilemma: Skal vi bygge for fremtiden – eller drifte for nåtiden?

2040-blikket – helhetlig perspektiv

Mot 2040 vil summen av disse dilemmaene avgjøre om Norge har et samlet, offentlig forankret helsevesen – eller et fragmentert, markedsstyrt system.

Personellmangel, økonomisk press og teknologisk utvikling kan enten forenes gjennom faglig ledelse og nasjonal styring – eller føre til en todeling mellom privat, urban høyteknologi og offentlig, rural minimumsomsorg.

De neste 15 årene avgjør:

- om digitalisering blir et verktøy for nærhet, eller en erstatning for menneskelig kontakt,
- om økonomistyring skal handle om kontroll, eller om kvalitet og fag,
- om helse skal forstås som investering i liv – eller som kostnadspost.

2040 representerer derfor ikke et tidspunkt, men en retning.

Enten har vi en helsetjeneste som befolkningen slutter opp om og er villig til å finansiere gjennom skattesystemet – eller så har vi det ikke. Valget står mellom et system som fortsatt fungerer, men uten sjel, og en helsetjeneste som igjen fungerer fordi det har gjenvunnet sin sjel og tilliten fra befolkningen.

Konklusjon

Problemet i norsk helsetjeneste er ikke mangel på vilje, men tapet av faglig, menneskelig og økonomisk styring i et system som endrer seg raskere enn det styres – og som finansieres feil.

Hvis vi ikke gjenreiser faglig ledelse, moderniserer fastlege- og primærhelsetjenesten profesjonsnøytralt og digitalt, sikrer helsetjenester i hele landet som samfunnsinfrastruktur, løfter forebygging og endrer finansieringsmodellen, vil marked og teknologi definere fremtidens helsevesen – ikke fag og fellesskap. Erfaringer fra andre land viser at forsikringsbaserte helsetjenester og økt innslag av private aktører ikke bare gir større forskjeller, men også høyere kostnader. Uten tydelig regulering oppstår risiko for overetablering, oppkjøp og drift med tilknytning til useriøse eller kriminelle miljøer – slik vi har sett tendenser til i Sverige.

Helsetjenesten bryter ikke sammen. Den slutter gradvis å være det vi trodde den var. Den fungerer – men uten folk, uten fag, uten forebygging og uten sjel.