
Besinnelse for bærekraft

LEDER

STEFÁN HJÖRLEIFSSON

stefan.hjorleifsson@uib.no

Stefán Hjörleifsson er spesialist i allmenntillegning, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen og forsker ved Allmenntillegningssk forskningsenhet Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han leder styringsgruppen for Legeforeningens kampanje «Gjør kloke valg», og sammen med Linn Getz leder han prosjektet «Bærekraft på legekantoret» i samarbeid med Norsk forening for allmenntillegning.

LINN OKKENHAUG GETZ

Linn Okkenhaug Getz er lege, professor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie og leder av Allmenntillegningssk forskningsenhet ved NTNU.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Sammen med Stefán Hjörleifsson leder hun prosjektet «Bærekraft på legekantoret» i samarbeid med Norsk forening for allmenntillegning.

Slik ressursene nå brukes, står vår solidariske, offentlige helsetjeneste for fall. Vi omtaler tre store trusler og maner til besinnelse og samhold.

Norge har hatt bred politisk enighet og lite debatt om verdien av en felles offentlig helsetjeneste basert på kvalitet, likeverd og solidaritet. I 70 år har dette velferdsgodet vært en hjørnestein i et samfunn preget av fellesskap og tillit. Men nå rakner det. Den offentlige helsetjenesten trues fra flere hold, og vi må sikre systemets bærekraft.

Begrepet bærekraft egner seg til å belyse situasjoner der egen framferd og ressursbruk kan lede til alvorlig eller uopprettelig skade. Slik ble det lansert i FN-rapporten «Vår felles framtid» fra 1987 [\(1\)](#). Her omtalte Gro Harlem

Brundtland risikoen for at jorden kan bli ubeboelig for kommende generasjoner på grunn av uvettig forvaltning av ressurser.

En første trussel mot bærekraften i vår felles helsetjeneste ligger i medisinsk overaktivitet, altså mer omfattende undersøkelser og behandling enn det som er til nytte for pasientene. Ifølge OECD er 20 % av helsetjenestene i medlemslandene sløsing (2). Norge bruker en større andel av fellesskapets ressurser på helsetjenesten enn de fleste land, og i forhold til antall innbyggere har vi flere leger og sykepleiere og tar flere MR-bilder (3–5). Likevel er det en realitet at ressursene ikke alltid strekker til eller kanaliseres dit behovet er størst. Mer er ikke alltid bedre, og innsats utover et optimalt nivå vil til slutt gjøre mer skade enn nytte (6). Samtidig dreneres ressurser fra viktige oppgaver. Resultatet er økende etterspørsel og berettiget misnøye blant pasienter og pårørende, og slitasje og meningsstap blant helsearbeidere.

«Helsetjenesten slik vi kjenner den, beveger seg mot et tippepunkt»

En annen trussel mot vår felles helsetjeneste er økende ressurslekkasje fra offentlig organisert aktivitet til helprivate helseaktører. En bærekraftig helsetjeneste kan omfatte ulike former for næringsdrift, forutsatt at oppdraget baseres på en helhetlig samfunnskontrakt. Det som nå skjer, er derimot ukoordinert framvekst av helprivate aktører som kan forventes å øke både tilbud og etterspørsel etter lav-verdi-tjenester (7). Disse aktørene tilbyr gjerne god inntekt og bekvem arbeidstid. Rekrutteringsmetodene er offensive og lokker desillusjonerte fagfolk til å forlate offentlige arbeidsplasser (8). Helsetjenesten slik vi kjenner den, beveger seg mot et *tippepunkt* i retning irreversibelt sammenbrudd. Derfra vil de ressurssterke i økende grad benytte private tjenester, også vi som ønsker et system basert på solidaritet og likeverd. Hvis det går slik, vil Norge ikke lenger kunne tilby førsteklasses helsehjelp til dem med størst behov og minst betalingsevne.

Et tredje argument for besinnelse har å gjøre med klimakrisen, som av Verdens helseorganisasjon er rangert som verdens største helsetrussel (9). Mange steder ser man rask forringing av grunnleggende leve- og livsvilkår, med negativ helseeffekt for store populasjonsgrupper. Klimakrisen endrer utbredelsen av sykdommer og fører til fattigdom og desperat migrasjon. I neste omgang overbelastes eksisterende infrastruktur, inkludert helsetjenestene. Samtidig som vi erkjenner dette, fører helsetjenestene *i seg selv* til store klimagassutslipp. Selv om Norge sluttet seg til helseprogrammet ved FNs klimakonferanse COP26, forplikter dette kun til «klimanøytral drift» i helseforetakene innen 2045 (10, 11). Et første grep for å sikre vår felles framtid er å eliminere aktivitet i helsetjenesten som gir liten helsegevinst, mulig skade og stort klimaavtrykk (12).

I sykehustalen for 2023 tegnet helse- og omsorgsministeren et framtidssbilde preget av dyster realisme. Det vi savnet, var visjonær helhetstenkning egnet til å tenne håp i møte med truslene mot helsetjenesten. Regjeringen har erklært FNs bærekraftsmål som sin politiske overbygning (13), og i lys av dette burde Kjerkol presentert en målsetting om å regulere private aktører i henhold til en solidarisk samfunnskontrakt, og hun burde eksplisitt tatt opp helsetjenestens

eget klimaansvar. Ministeren ga imidlertid tydelig beskjed om å identifisere og redusere overforbruk av laboratorie- og røntgentjenester. Her må våre egne fagmiljø fortsette å føre an og identifisere undersøkelser som ikke gir bedre helse og kan være til skade. Eksempler på slike faglige initiativ er tiltak knyttet til «Gjør kloke valg» (Legeforeningen), slik som «Verdibasert radiologi i Helse Vest», «Ikke stikk meg uten grunn» (Universitetssykehuset Nord-Norge) og «Bærekraft på legekantoret» (Norsk forening for allmennmedisin).

Vi har vært for likegyldige til overdiagnostikk og overbehandling, solidariteten svinner, og oppvarmingen av kloden truer både infrastruktur og livsbetingelser. Det er behov for umiddelbar besinnelse. Kan vi enes om en kursendring i tide?

REFERENCES

1. Documents UN. Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future. <http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm> Lest 20.1.2023.
2. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. Paris: OECD Publishing, 2017. doi:10.1787/9789264266414-en Lest 20.1.2023.
3. OECD Data. Doctors. <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart> Lest 20.1.2023.
4. OECD Data. Nurses. <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart> Lest 20.1.2023.
5. OECD Data. Magnetic resonance imaging (MRI) exams. <https://data.oecd.org/healthcare/magnetic-resonance-imaging-mri-exams.htm> Lest 20.1.2023.
6. Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse? *JAMA* 1999; 281: 446–53. [PubMed][CrossRef]
7. Krokstad S. Fallgruver for helsetjenesten. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1608–10. [PubMed][CrossRef]
8. Jarlsbro R. Helsetopp slår alarm: Slik lokker bemanningsbyråer offentlig ansatte med millionlønn og bonuser. *Fagbladet* 21.11.2022. <https://fagbladet.no/nyheter/helsetopp-slar-alarm-slik-lokker-bemanningsbyraer-offentlig-ansatte-med-millionlonn-og-bonuser-6.91.916944.28135b95d8> Lest 20.1.2023.
9. World Health Organization. Climate change and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health> Lest 20.1.2023.
10. World Economic Forum. Climate change and global health: What actions are healthcare leaders taking? <https://www.weforum.org/agenda/2022/11/climate-change-global-health-actions-healthcare-leaders/> Lest 20.1.2023.

11. Regjeringen.no. Norge lanserer klimaforpliktelser på helsefeltet.
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/norge-lanserer-klimaforpliktelser-pa-helsefeltet/id2885909/> Lest 20.1.2023
 12. Barratt AL, Bell KJL, Charlesworth K et al. High value health care is low carbon health care. *Med J Aust* 2022; 216: 67–8. [PubMed][CrossRef]
 13. Regjeringen.no. 2030-agendaen med bærekraftsmålene.
https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/utviklingssamarbeid/bkm_agenda2030/id2510974/ Lest 20.1.2023.
-

Publisert: 20. februar 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0025
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. juli 2026.