NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTS MEDISIN
Norwegian Centre for Rural Medicine

RURAL RESILIENCE

– how can registers be useful
Rapport fra workshop 18.–19. august 2026

Nasjonalt senter for distriktsmedisin /
UiT Norges arktiske universitet

Workshoprapport, oktober 2026

2026

Hvordan kan registerdata gi kunnskap om lokalsamfunn, helsetjenester og motstandsdyktighet i distrikt? Rapporten sammenfatter innlegg, gruppearbeid og diskusjoner fra workshopen.

UiT Norges arktiske universitet

INNHOLD

1 Innledning 1

2 Sentralitetsindeks – hva er distrikt? 1

2.1 Den norske sentralitetsindeksen 3

2.2 Alle inndelinger av sentralitet har svakheter og styrker – formålet er viktig 4

2.3 Skalering påvirker informasjonen 6

3 Hva kan vi bruke registerdata til – muligheter og begrensninger 7

3.1 «Tall har betydning – også små tall» 9

4 Visualisering og brukergrensesnitt 10

5 Beredskap og motstandsdyktighet 11

6 Utdanning og rekruttering 14

7 Veien videre 14

Referanser 15

Deltakerliste 18

1 INNLEDNING

Norge har, i likhet med de fleste andre land, gjennomgått en kontinuerlig urbaniserings- og sentraliseringsprosess de siste 50 årene. Folk flytter fra nord til sør, fra bygd til by, og internt i kommunene flytter de fra utkant til tettsted. Likevel bor 29 % av befolkningen i Norge i distrikt, og halvparten av kommunene har under 5000 innbyggere (1). Forskning på registerdata har fått økende betydning for kunnskapsutvikling og planlegging av helsetjenester og samfunnsutvikling i Norge.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er et tverrfaglig kompetansesenter som skal fremme fagutvikling, forskning og utdanning blant leger og helsepersonell i distriktene. Den 18.–19. august 2026 samlet NSDM registerforskningsmiljøer og brukere av registerdata til en workshop for å utforske hvordan registerforskning kan bidra til kunnskap om lokalsamfunn og helsetjenester i distrikt. Workshopen hadde særlig fokus på klassifisering av distrikt, utvikling og bruk av sentralitetsindekser, hvordan registerdata kan brukes til å beskrive og utvikle motstandsdyktighet i distrikt, betydningen av registerdata i analyser av utdanning og kompetanse, og tilgjengelighet og utfall i helsetjenesten.

Innledere fra Norge, Belgia, New Zealand og Spania presenterte temaer fra ulike ståsteder, som deretter ble diskutert i gruppearbeid og i plenum. Resultatene fra gruppearbeidene ble notert og delt på post-it-lapper. Denne rapporten sammenfatter resultatene fra workshopen og er ment å inspirere til videre arbeid og samarbeid.

NSDM vil invitere til en oppfølgingsworkshop i 2027 for å videreutvikle og konkretisere innspillene og tankene fra workshopen.

2 SENTRALITETSINDEKS – HVA ER DISTRIKT?

For å kunne si noe om distrikt må man først definere begrepet. De fleste av oss har et bilde av hva distrikt betyr. Seniorforsker Jesse Whitehead, samfunnsgeograf fra Universitetet i Waikato, New Zealand, drøftet dette i sitt innlegg og introduserte begrepene «the imagined rural» og «the technical rural». «The imagined rural» er den subjektive opplevelsen av at noe har distriktspreg: landskap, fjell, dyrkede marker og natur. «The technical rural», som blant annet kan brukes i registerforskning, defineres

av objektive kriterier. Jesse Whitehead mente at kriteriene for å definere distrikt bør være stabile og ikke variere for mye over tid dersom de skal kunne brukes i forskning. Både i New Zealand og i Norge har man valgt befolkningstetthet og avstand til viktige servicetjenester (arbeidsplasser, butikker osv.) som grunnlag for utvikling av klassifikasjonsverktøy for distrikt (2, 3).

Jesse Whitehead beskrev hvordan de utviklet en ny klassifisering, GCH (Geographic Classification for Health). Endringen av sentralitetsskalaen i New Zealand ble initiert av lokale leger i distriktene, som mente at den kvantitative beskrivelsen av helsetilstanden i befolkningen deres ikke stemte med egne erfaringer.

GCH ble utviklet ved å kombinere objektive kriterier (befolkning og avstand) med skjønn. Man utarbeidet åtte ulike forslag, presenterte disse for brukere (innbyggere, forskere, klinikere og politikere) og valgte til slutt det som ga «mest mening» (2).

Den nye skalaen endret kunnskapen om helsetjenesten i distriktene i New Zealand radikalt. Ved bruk av GCH fant forskerne at personer under 30 år i de mest rurale områdene har omtrent dobbelt så høy dødelighet som de som bor i byer. Dette har fått store konsekvenser for nasjonale politiske prioriteringer og valg.

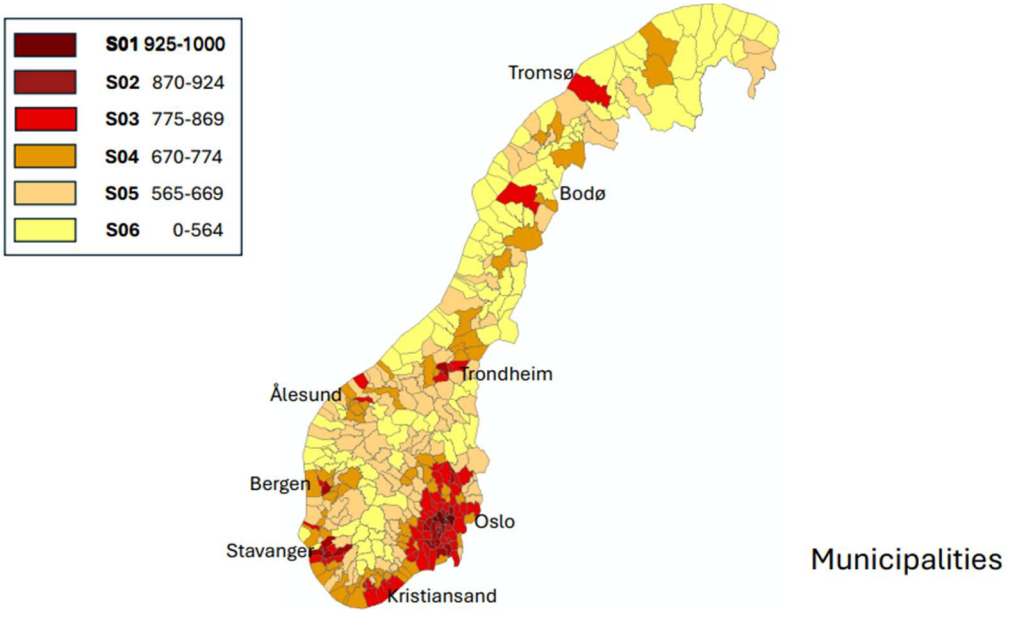
Kilde: Jesse Whitehead, University of Waikato

Han stilte også spørsmålet om hvorfor vi forsker, og svarte selv: «påvirkning». Whitehead beskrev en kjede fra finansiering og forskning via formidling og «storytelling» i media til lovgivning og politikk. Han beskrev hvordan prosessen involverte en rekke ulike aktører i et komplekst samspill og samarbeid.

Kilde: Jesse Whitehead, University of Waikato

2.1 Den norske sentralitetsindeksen

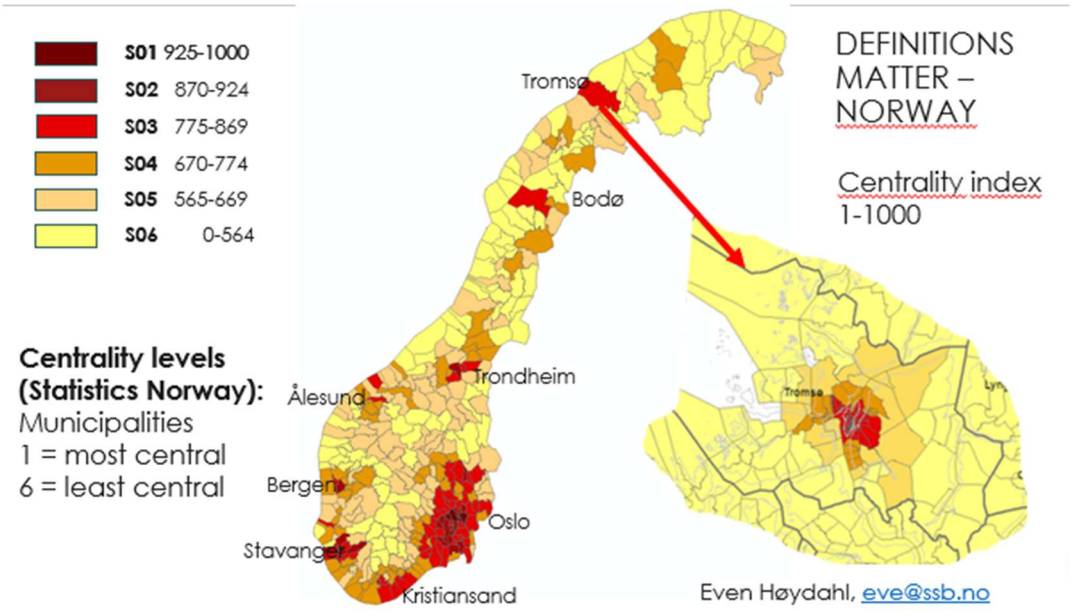
I Norge er sentralitetsindeksen utviklet av Statistisk sentralbyrå (SSB) for bruk i statistiske analyser (3). Alle kommuner får en indeksverdi fra 0 til 1000 basert på innbyggertall og reisetid til senter med arbeidsplasser og tjenester. Høyere indeks indikerer større sentralitet. De 357 kommunene er delt inn i seks sentralitetsklasser fra klasse 1 (mest sentral) til klasse 6 (minst sentral). Oslo og de nærmeste nabokommunene er i klasse 1, de største byene utenom Oslo er i klasse 2, og de minst sentrale kommunene i distrikts-Norge er i klasse 6.



Even Høydahl, SSB

Den minste geografiske enheten SSB bruker i sitt statistiske rammeverk er grunnkretser. Kommunene er delt inn i omtrent 13 500 grunnkretser. Seniorrådgiver Even Høydahl fra

SSB viste at dersom man skalerer sentralitetsindeksen ned til grunnkretsene i kommunene, får man et mer nyansert resultat, der for eksempel Tromsø, som har sentralitetsindeks 803 (sentralitetsklasse 3), har flere utkantområder med vesentlig lavere sentralitet (245–564). Hammerfest, med sentralitetsindeks 682 (sentralitetsklasse 4), har flere utkantområder med indeks på 35–74. Dette er et godt eksempel på «the modifiable areal unit problem» som blir omtalt i kapittel 2.3.



2.2 Alle inndelinger av sentralitet har svakheter og styrker – formålet er viktig

Even Høydahl mener at sentralitetsindeksen er et godt mål på sentralitet og at den kan brukes i analyser. Den har likevel svakheter. Rene passasjerbåter er for eksempel ikke tatt med i beregningen av reisetid, og det tas ikke hensyn til lokale forhold.

Faktaboks: Sentralitetsindeksen – styrker og svakheter

Etter Even Høydahl, Statistisk sentralbyrå

Potensial og styrker

- Et godt mål på sentralitet
- Definerer utkantstrøk og distriktsområder
- Kan brukes i analyser
- Kontinuerlige verdier (0–1000)
- Geografisk detaljert (13 500 grunnkretser)
- Sammenlignbar over hele landet

Svakheter og begrensninger

- Bilferger er inkludert, mens rene passasjerbåter er ekskludert
- Cut-off-grensen på 90 minutter kan være for restriktiv i utkantstrøk
- Avstandsmotstand er basert på nasjonale gjennomsnitt på tvers av tjenestetyper
- Gjenspeiler kanskje ikke lokale forhold eller spesifikke tjenester
- For tilgang til sykehus er reisetid en bedre indikator enn sentralitetsindeksen
- Kun tilgjengelig for Norge, noe som begrenser bruken i sammenlignende studier

Jo Ulrik Lien fra Kommunal- og distriktsdepartementet viste hvordan sentralitetsindeksen alene treffer dårlig når målet er å finne kommuner med behov for støtte, og brukte Frøya og Meløy som eksempler. Man har derfor utviklet **distriktsindeksen (**0–100), som bygger på fire dimensjoner: sentralitet, befolkningsvekst, sysselsettingsvekst og næringsstruktur. Indeksen brukes blant annet i inntektssystemet for kommunene og ved differensiert arbeidsgiveravgift (4).

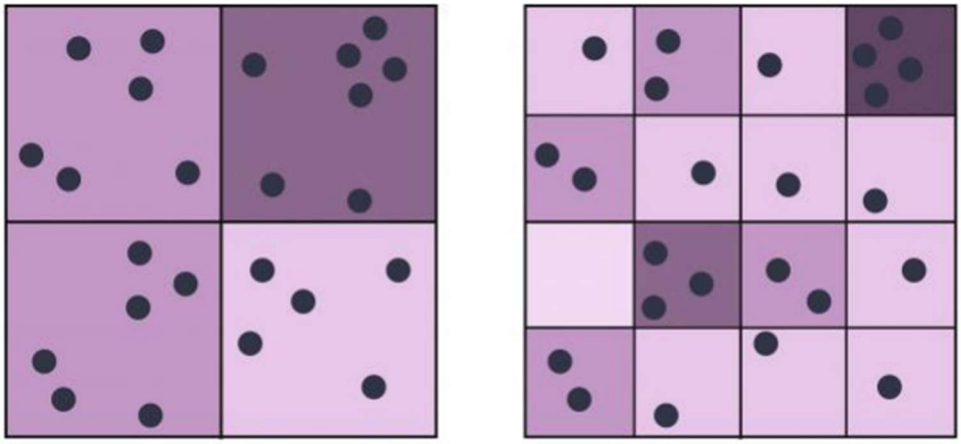
De fleste deltakerne i workshopen var enige om at man må være tydelig på formålet når man utvikler skalaer som definerer distrikt. Sentralitetsindeksen brukes til statistikk, distriktsindeksen til å vurdere støtteordninger og GCH til å vurdere helsetjenester (tilgjengelighet og utfall). *«Man må ta hensyn til kompleksiteten for at de skal være nyttige»* (post-it). Dr Jesse Whitehead mente at sentralitetsindekser kan brukes politisk, og at man bør holde politikken unna så lenge som mulig når verktøyene utvikles.

«Ulike land har ulike sentralitetsindekser/-skalaer, og det gjør internasjonale sammenligninger vanskelige» (post-it). Konteksten er også svært ulik. Professor Sara Willems fra Belgia beskrev for eksempel en studie der man brukte 10 minutters gange som terskelverdi for avstand for å måle tilgjengelighet til allmennlege. I Norge bruker SSB 90 minutter med bil for å beskrive tilgjengelighet til arbeidsplasser og tjenester. Det er gjort forsøk på å harmonisere sentralitetsklasser. De nordiske landene utviklet i 2024 en «gridbasert nordisk territoriell typologi» for å studere ulike typer arealfenomener i

Norden. Studien deler alle de nordiske landene inn i syv typologiklasser basert på ulike grader av sentralitet (5).

2.3 Skalering påvirker informasjonen

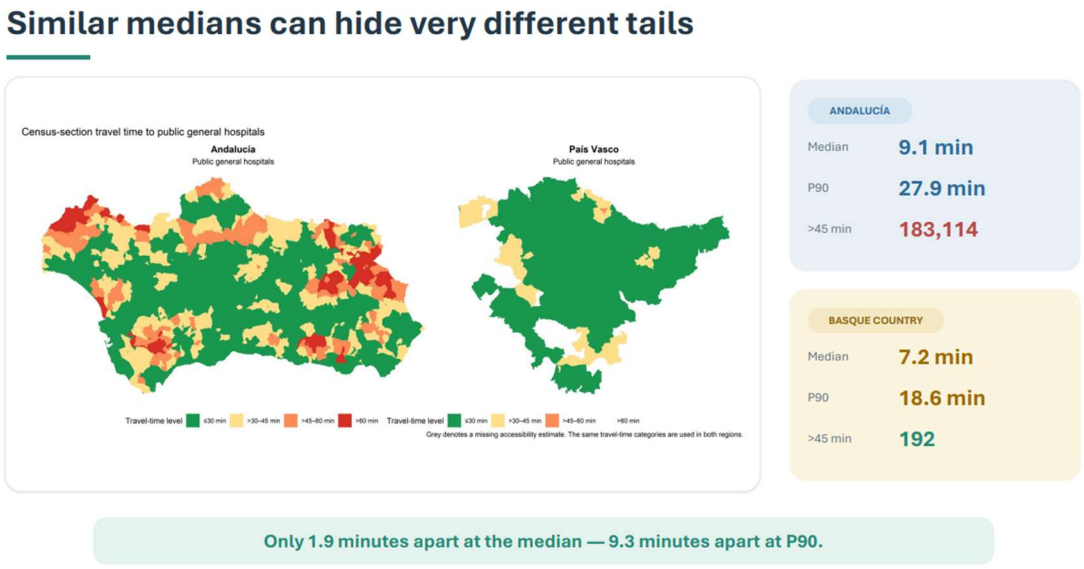
En av utfordringene med sentralitetsindekser er skalering. Velger man en grov skala, for eksempel regioner, kan lokale variasjoner skjules gjennom aggregering. Bruker man en finere skala, for eksempel grunnkretser i Norge, blir det vanskelig å få statistisk holdbare data. Jesse Whitehead kalte dette «the modifiable areal unit problem».



Kilde: GISGeography (https://gisgeography.com/maup-modifiable-areal-unit-problem)

Større, sentrale kommuner i Norge har utkanter med distriktspreg. Informasjonen om disse utkantene blir usynlig i «støyen» fra befolkningssentrene. Problemstillingen blir også aktuell når kommuner slår seg sammen. Et eksempel er Vest-Lofoten kommune, som blir etablert i 2028. Den nye kommunen består av dagens Vestvågøy kommune (sentralitetsklasse 5) med omtrent 11 500 innbyggere og Moskenes (sentralitetsklasse 6) med omtrent 1000 innbyggere. Dersom man bruker den nye kommunens sentralitetsindeks som skala, blir detaljert kunnskap om lokalsamfunnet i Moskenes usynlig etter sammenslåingen.

Forsker Diego Díaz-Milanés fra Universidad Loyola Andalucía i Spania sa at *«sentralitet er den territorielle linsen, og tilgjengelighet er konsekvensene for befolkningen»*. Han beskrev hvor viktig skalering er for tolkningen av resultater. Han viste eksempler på hvordan ulik skalering kan synliggjøre konsekvenser for befolkningen ved endringer i helsetilbudet i en region. Han var opptatt av «halen» i fordelingen og problematiserte bruken av median i analyser. Andalucía og Baskerland har for eksempel nesten lik medianavstand til sykehus (henholdsvis 9,1 og 7,2 minutter), men i Andalucía bor 183 000 personer mer enn 45 minutter fra sykehus, mot 192 personer i Baskerland.



Kilde: Diego Díaz-Milanés, Universidad Loyola Andalucía

3 HVA KAN VI BRUKE REGISTERDATA TIL – MULIGHETER OG BEGRENSNINGER

Faktaboks: Hva er registerdata og registerforskning?

Registerdata

Med registerdata menes opplysninger fra administrative registre som primært samles inn for administrative formål (som saksbehandling, kontroll eller tjenesteyting), men som også behandles og stilles til rådighet for statistiske og vitenskapelige undersøkelser.

Registerforskning

Registerforskning er forskning som benytter opplysninger lagret i administrative registre, helseregistre eller andre databaser etablert for andre formål enn det konkrete forskningsprosjektet.

Kilde: NSDM: syntes av informasjon fra SSB, FHI og KI

Norge har omfattende registre med data av god kvalitet. SSB, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og andre aktører samler inn detaljerte data om samfunnet og befolkningen, og mye er offentlig tilgjengelig.

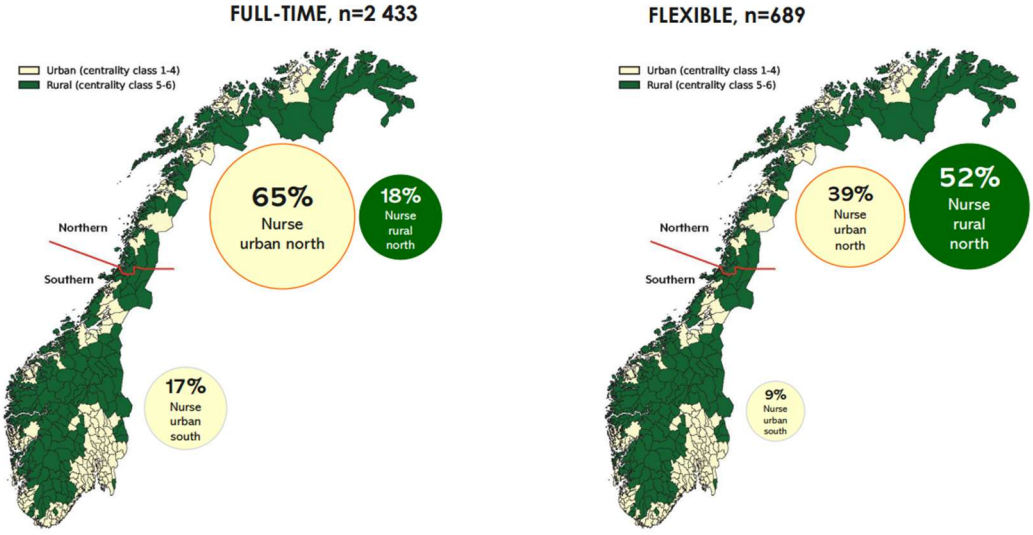
Registerdata er basert på tall. Kvaliteten på dataene kan variere, og for å kunne bruke og tolke dem er det viktig å vite hvordan de er samlet inn, og å kjenne feilkildene.

Registerdata kan fortelle noe om virkeligheten, men gir ikke et fullstendig bilde. «*Registre kan utfordre og teste antakelser, men dynamikken under tallene kan fortelle*

en helt annen historie» (post-it). Professor Marit Aure, samfunnsforsker ved Institutt for samfunnsvitenskap, UiT Norges arktiske universitet, hevdet at *«Data kan beskrive hvordan ting er, men ikke hvorfor»*. Hun brukte demografiske data som eksempel: «*Registre kan fortelle oss hvem de er, hvem som drar, og hva de gjør, men ikke hvorfor*». For å finne svar på hvorfor må man kombinere kvantitative metoder med andre metoder. Gruppene var enige: «*Å kombinere kvalitativ og kvantitativ forskning gir oss et bredere perspektiv på spørsmålene»* (post-it).

Senioringeniør Sasikiran Kandula fra Folkehelseinstituttet (FHI) presenterte resultater fra en analyse av ulikheter i vaksinasjonsdekningen mot vanlige luftveissykdommer (upubliserte data). Resultatene tyder på vesentlig variasjon mellom regioner og kommuner. For å finne ut hvorfor, må andre metoder tas i bruk, og studier som skal forklare variasjonen, pågår.

Professor Birgit Abelsen fra NSDM presenterte en studie som viser hvordan registerdata kan brukes for å skape nyttig kunnskap om hvordan desentralisert utdanning påvirker rekruttering og stabilisering av arbeidskraft. Studien sammenlignet fleksible studieløp (desentralisert/deltid) med fulltidsstudier for sykepleiere. Resultatene bekrefter at det har effekt å gjøre utdanning tilgjengelig i distriktene og å eksponere studentene for distrikt i utdanningen (6). Som forventet (og ønsket) reiser resultatene nye spørsmål. I gruppearbeidene ble det spurt om det er mulig å finne ut om de ulike utdanningsveiene førte til ulik læring og eventuelt ulike helseutfall. Deltakerne etterlyste også økonomiske beregninger.

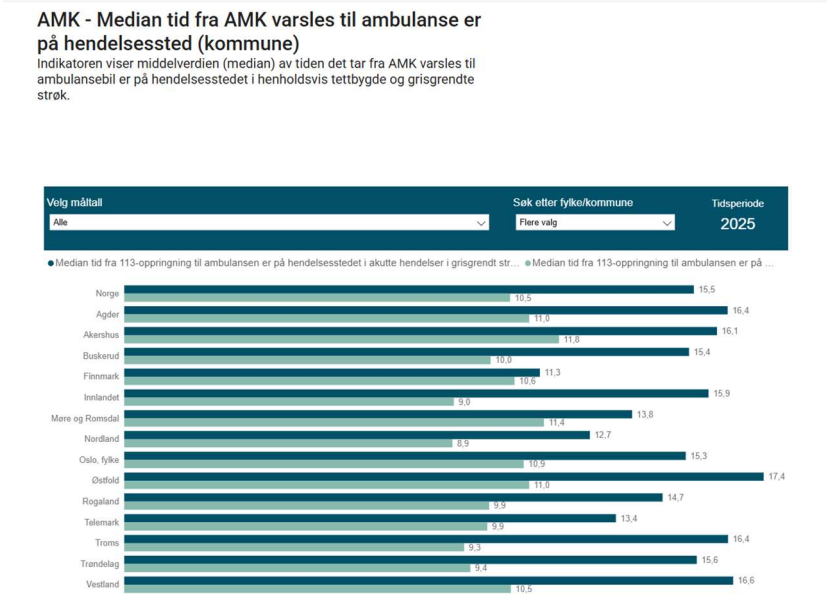


Kilde: Birgit Abelsen, NSDM, UiT

Registerforskning kan gi kunnskap som hjelper oss å stille de rette spørsmålene. «*Data leder oss til de rette spørsmålene*» (post-it). Professor Johan Håkon Bjørngaard fra Regforsk, NTNU, presenterte en studie om perinatal dødelighet i små og store fødeenheter. Studien illustrerer hvor viktig det er å stille de rette spørsmålene og ta hensyn til feilkilder, for eksempel triagering av de gravide, levekår og sykelighet hos mor

(7). Bjørngaard konkluderte med at «*Det er bedre å få et omtrentlig svar på et korrekt spørsmål enn et korrekt svar på feil spørsmål».*

Flere deltakere poengterte at registerdata også er viktige for planlegging av helsetjenesten og samfunnet generelt, og at de kan brukes til å evaluere tiltak og virksomheter. Avdelingsdirektør Karianne Johansen fra Helsedirektoratet fortalte at direktoratet forvalter rundt 100 aktive nasjonale kvalitetsindikatorer, basert på sentrale helseregistre, medisinske kvalitetsregistre og data fra SSB (8). Hun fortalte videre at data fra spesialisthelsetjenesten (Norsk pasientregister, NPR) som oftest har god kvalitet, mens informasjonen fra kommunene (Kommunalt pasient- og brukerregister, KPR) er mer begrenset og av dårligere kvalitet. I dag inneholder KPR informasjon om vedtak og tjenester, men beskriver i mindre grad funksjon, forløp og innhold i tjenestene. En annen utfordring er at resultater for flere av kvalitetsindikatorene ikke kan vises for små kommuner av anonymitetshensyn. Dr Cato Kjærvik mente likevel at kobling av data fra spesialisthelsetjenesten (NPR) og kommunehelsetjenesten (KPR) er en av de mest lovende måtene å bruke registerdata på for å øke kunnskapen om helsetjenesten i distrikt.



Kilde: Helsedirektoratet: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus/median-tid-fra-amk-varsles-til-ambulanse-er-pa-hendelsessted-kommune

3.1 «*Tall har betydning – også små tall*»

Mye av registerforskningen er basert på statistiske analyser som krever datamateriale av en viss størrelse. Datagrunnlaget fra mindre distriktskommuner er ofte for lite til å gi statistisk signifikante resultater, og i tillegg kan det oppstå utfordringer knyttet til personvern og taushetsplikt. Det samme gjelder for små lokalsykehus. Små tall kan likevel gi viktig kunnskap: «*Små tall kan vise mønstre og trender som er viktige for avgjørelser (decision making)*» (post-it). Små tall kan også være avgjørende for planlegging og evaluering av tjenester. I mindre kommuner kan slike tall fort bli politisk

brennstoff og skape spenninger. Analytisk kompetanse er viktig, kanskje fremfor alt i mindre kommuner. Denne kompetansen mangler i mange kommuner (kommunedirektør Rachel Berg).

Forskerne Sara Magelssen Vambheim og Janice Shu Li Wei fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) presenterte en studie fra Helgeland der de undersøkte utskrivingspraksisen fra sykehuset til kommunene i opptaksområdet. For de store kommunene var tallene og trendene stabile over tid, mens de kunne variere kraftig for de små kommunene. Også slike tall kan gi viktig informasjon, men analyse og tolkning krever god lokalkunnskap og forståelse for mekanismene som styrer utskriving, og for systemene og prosessene som påvirker dataene. «*Å identifisere spørsmål som kan besvares med små data, krever inngående kunnskap om konteksten»* (post-it).

Hvordan små tall kan brukes, ble også diskutert i gruppearbeidet. «*Aggregerte små data fra mange mindre kommuner kan fortelle en annen historie enn når de ses hver for seg*». Ved å kombinere data fra flere kommuner kan man øke antallet observasjoner og få mer valide data. Gruppene mente at det er viktig å vurdere hvilke datasett som kan slås sammen, og at man bør aggregere data fra områder som ligner på hverandre.

Forsker Diego Díaz-Milanés, kommunedirektør Rachel Berg og overlege/forsker Cato Kjærvik i gruppearbeid

4 VISUALISERING OG BRUKERGRENSESNITT

> *«Det er ikke verktøyet som tar avgjørelsen. Verktøyet synliggjør policyalternativer, avveininger og konsekvenser for befolkningen» (Dr Diego Díaz-Milanés).*

Registre og forskning skaper kunnskap om virkeligheten (med de begrensningene som er drøftet ovenfor). For at kunnskapen skal bli nyttig, må den forstås og tolkes, uavhengig av om den bygger på forskningsresultater eller direkte på registerdata.

Forskningsartikler leses av akademikere, men de som skal bruke resultatene – politikere, administratorer og ledere – leser sjelden slike artikler. Resultatene fra registre og forskning må presenteres på en hensiktsmessig, forståelig og håndterbar måte. I workshopen fikk vi presentert ulike måter å visualisere registerdata på: interaktive kart og fleksible dashbord med grafer, diagrammer og tabeller.

Professor Sara Willems og professor Nico Van de Weghe fra Universitetet i Gent, Belgia, viste hvordan deres studie om tilgjengelighet til fastleger i en region kan presenteres med interaktive kart. De viste hvordan kart på en enkel og intuitiv måte kan vise hvilke konsekvenser endret lokalisering av tjenestetilbud får for befolkningens tilgang til tjenester. Det er også mulig å kombinere flere kart med forskjellig informasjon, for eksempel tilgjengelighet og befolkningsdata. På denne måten kan man få et rikere bilde av hvordan tilgjengelighet og behov for tjenester henger sammen.

Díaz-Milanés og medarbeidere har utviklet RESACCESS Spain, en åpen nettapplikasjon med kart som visualiserer tilgjengelighet (avstand) til ulike helsetjenester for befolkningen i ulike aldersgrupper, og hvordan denne påvirkes av endringer i helsevesenet, for eksempel nedleggelse av tilbud ved lokalsykehus. Verktøyet gjør det også mulig å se hvordan naturkatastrofer og stenging av veier påvirker tilgjengeligheten i ulike regioner (9).

Helsedirektoratet har utviklet et dashbord for fastlegeordningen. Gjennom fastlegeordningens avtaleverk og inntektssystem har man tilgang til detaljerte data om fastlegeordningen (listestørrelse, kompetanse, stabilitet osv.) som er svært nyttige for kommunal planlegging og tilgjengelige for forskning (10). Rachel Berg, kommunedirektør i Alstahaug kommune, understreket at lik tilgang til data ikke er nok: kommunene trenger også analysekapasitet, felles metoder og beslutningsstøtte. Det er stor variasjon i datakompetanse mellom distriktskommunene.

5 BEREDSKAP OG MOTSTANDSDYKTIGHET

Hva kan registre bidra med når det gjelder kunnskap om beredskap i distrikt? Workshopen ga ikke et samlet svar, men flere innlegg pekte på mulige bidrag.

Faktaboks: Hva er motstandsdyktighet?

Forsker Daniel Lungu fra SHARE, Universitetet i Stavanger, presenterte to definisjoner av motstandsdyktighet (resilience):

Resilience is …

- "the capacity of health systems to proactively foresee, absorb, recover from, and adapt to shocks such as pandemics, climate change, geopolitical conflicts, and cyberthreats" (11)
- "capacity to adapt to challenges and changes at different system levels, to maintain high quality care" (12)

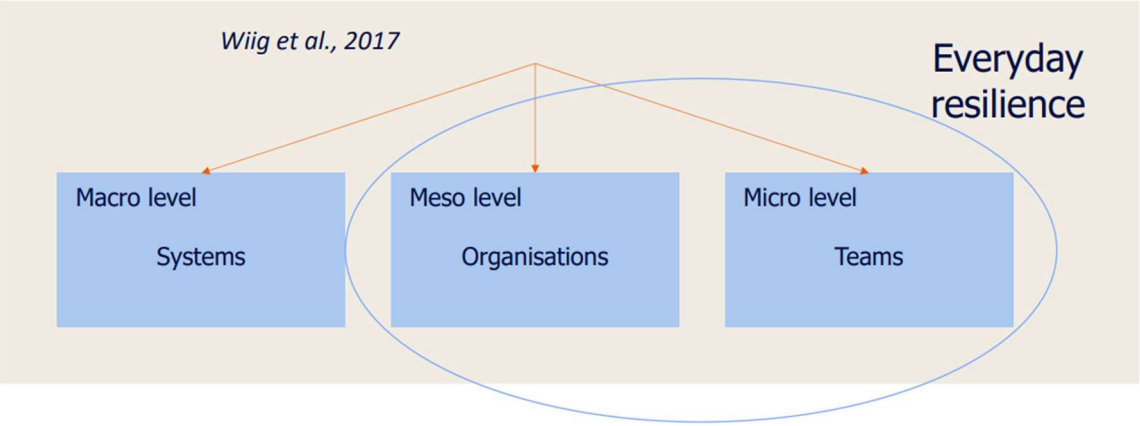
Divisjonsdirektør Helen Brandstorp fra Helsedirektoratet beskrev i sitt innlegg hvordan helsevesenet og beredskapen er organisert i Norge. Både helsevesenet og beredskapen er basert på et desentralisert og fleksibelt system. Norge har 357 kommuner som har stor selvråderett og stort ansvar for helsetjenesten og beredskapen. De fire beredskapsprinsippene som ligger til grunn for beredskapen i Norge, bygger opp under det desentraliserte og fleksible systemet: Organiseringen i en krise skal være mest mulig lik den i hverdagen, ansvarsforholdene skal ikke endres, kriser skal håndteres på lavest mulig nivå, og alle parter har plikt til å samarbeide. Mange av deltakerne i workshopen var opptatt av nettopp samarbeid og hverdagens betydning for beredskap. Motstandsdyktighet er en forutsetning for god beredskap: *«relasjoner er nøkkelen til motstandsdyktighet» og «skapes i hverdagen»* (post-it).

Annette Leinan, helsefaglig ansvarlig i Gamvik, beskrev styrkene ved mindre lokalsamfunn: lokal kunnskap, korte kommunikasjonslinjer, tverrfaglig samarbeid, pragmatisme, fleksibilitet og en kultur basert på problemløsning. Hun mente at beredskap handler om å forstå sårbarhet. Gamvik kommune bruker beredskapsprinsippene for å skape en lærende organisasjon som utvikler en systematisk og proaktiv tilnærming i stedet for en tilfeldig (ad hoc) og reaktiv.

Hun hevdet at den viktigste faktoren i beredskap er *«ikke en ny prosedyre, men en styringsmodell som gjør hendelser … og avvik til organisatorisk læring, risikoforståelse og strategisk beslutningstaking»*.

Professor Marit Aure fra UiT mente at lokalsamfunnene langs kysten er en del av forsvaret vårt, og at beredskap bygger på hverdagsresiliens. «*Det [beredskap] er ikke noe som plutselig dukker opp, men skapes i hverdagen til folk»*. Hun problematiserte hvilken kunnskap registre kan bidra med, og beskrev hvordan registre kan fortelle hvem som bor der, hvem som kommer, og hva de lever av, men ikke forklare hvorfor. Registre beskriver heller ikke hvordan menneskene er knyttet sammen, eller om de kan tenke seg en fremtid i distriktet. Hun avsluttet med å si at *«hvis levende kyst- og distriktssamfunn er en del av Norges beredskap, er det ikke et distriktspolitisk spørsmål, men et spørsmål om politisk vilje»*.

Daniel Lungu fra SHARE var inne på betydningen av hverdagsresiliens da han delte inn motstandsdyktighet i tre nivåer: makro (systemer), meso (organisasjoner) og mikro (team). De to sistnevnte skaper «hverdagsmotstandsdyktighet».



Forsker Susanna Andersdatter Siri fra Senter for samisk helseforskning (UiT) beskrev en undersøkelse av individuell resiliens i den samiske befolkningen. Resultatene tyder på at kulturell identitet har stor betydning. Hun mente at samiske verdier er beskyttende faktorer både for individuell motstandsdyktighet og for samfunnets evne til å håndtere utfordringer (13, 14).

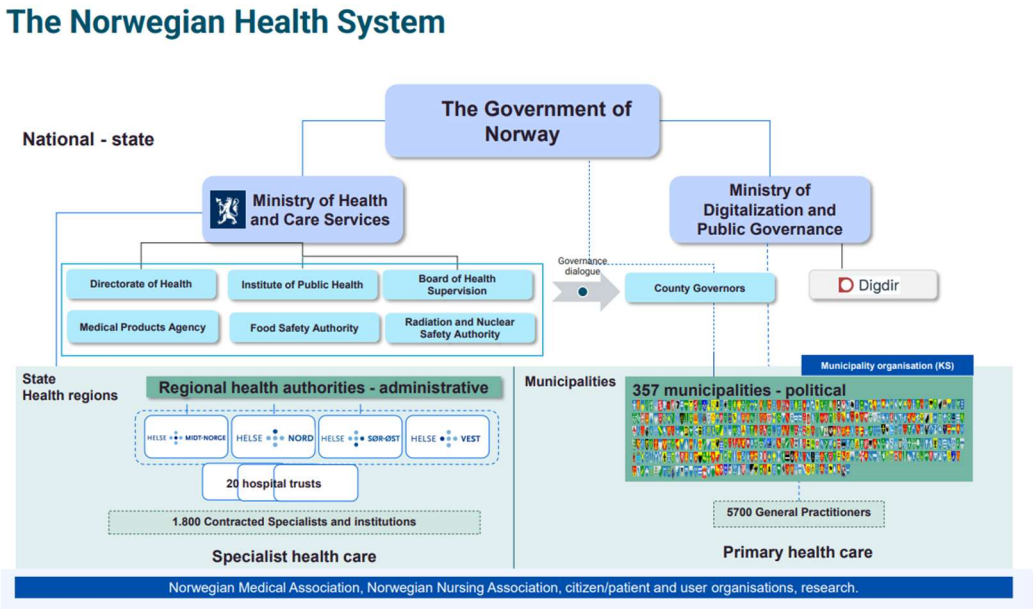
Både Marit Aure og Daniel Lungu drøftet om motstandsdyktighet kan måles. SHARE har utviklet et skåringsverktøy, RHCA (Resilience in Healthcare Capacities Assessment), for å måle motstandsdyktighet i helseorganisasjoner. Det består av 33 spørsmål med femdelt svarskala fordelt på ti kapasiteter, blant annet kommunikasjon, koordinering, kompetanse, ledelse, læring og risikobevissthet. Verktøyet er utviklet, testet og validert for bruk i sykehus. Forskerne er i gang med å videreutvikle det for eldreomsorgen (15).

Daniel Lungu mente at det er mulig å måle motstandsdyktighet i helsetjenesten i distriktssamfunn, men var usikker på om det er mulig å måle beredskapsevne på grunn av kompleksiteten. Marit Aure mente at motstandsdyktighet handler om å forstå betingelsene som gjør kommunene i stand til å håndtere utfordringer, og at det derfor er vanskelig å utvikle en indeks for motstandsdyktighet i distrikt.

I gruppediskusjonene ble det påpekt at «*nivåer av motstandsdyktighet – individ, gruppe og samfunn – krever ulike metoder og tilnærminger for å kunne måles*» (post-it).

I tråd med dette mente Anders Svensson, kommuneoverlege i Bø i Vesterålen, at mindre lokalsamfunn i distrikt har god motstandsdyktighet så lenge krisen er lokal, men at det blir mer krevende når krisen krever samarbeid med aktører kommunen normalt ikke samarbeider med, det vil si «utenfor hverdagen». Han hevdet også at det er et gap mellom kommunenes beredskapsplanlegging og nasjonale og regionale forberedelser.

Rachel Berg antydet det samme da hun sa at sykehusenes planleggingsprosesser og planverk ikke er godt nok samkjørt med kommunenes. Hun poengterte behovet for data som kan hjelpe kommunene med å forstå lokale sykdomsmønstre, fremtidig behov for helsetjenester og beredskapskrav på kommunalt nivå.



Et komplekst system som krever samordning og samarbeid. Kilde: Dr Helen Brandstorp, Helsedirektoratet

6 UTDANNING OG REKRUTTERING

Mangel på kompetent personell er en av de største utfordringene for helsevesenet, både i Norge og internasjonalt. Forsker Anders Svensson fra NSDM holdt et innlegg der han beskrev kunnskapsgrunnlaget for hva som påvirker rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt, og reflekterte over hva dette betyr. Rekruttering av helsepersonell i distrikt er et «gjenstridig problem», det vil si at det er mange gjensidig avhengige faktorer som påvirker det. Det er derfor vanskelig å dokumentere effekt av enkelttiltak (16). Likevel vet vi noe: Personer som kommer fra distrikt, har større sannsynlighet for å jobbe i distrikt etter endt utdanning, og positiv eksponering for distrikt under grunnutdanningen og målrettet utdanning for distrikt har effekt.

Studien om sykepleierutdanning som Birgit Abelsen fra NSDM presenterte (se ovenfor), bekrefter kunnskapen om betydningen av lokal tilknytning og utdanning for rekruttering og stabilisering. Involvering av lokalsamfunnet er avgjørende både for å rekruttere helsepersonell og for å få dem til å bli (17). Dosent Bente Norbye fra UiT forklarte hvordan man kan bygge desentralisert sykepleierutdanning: lokal rekruttering, tett kontakt mellom utdanningsinstitusjonen og søkerne, lokal kvote ved opptak og rekruttering av studenter fra samiske områder. Det er viktig å utvikle tjenesten lokalt og investere i studenter med kunnskap om distrikt (18).

7 VEIEN VIDERE

Workshopen «*Rural Resilience – how can registers be useful*» samlet 30 deltakere fra forsknings- og kunnskapsmiljøer i fire land, nasjonale myndigheter, kommuner og brukere av registerdata for å drøfte hvordan registerdata kan brukes til å øke kunnskapen om distrikt.

Totalt 21 innledere presenterte ulike perspektiver på distrikt og metoder for å skape kunnskap og bruke registerdata i distrikt. I gruppe- og plenumsdiskusjoner drøftet vi styrker og svakheter med ulike sentralitetsindekser, hvordan registerdata kan og bør brukes, hvordan data kan presenteres for å gjøre dem tilgjengelige for brukere, og motstandsdyktighet hos lokalsamfunn og helsetjenester i distrikt.

Deltakerne brakte med seg engasjement, kunnskap og erfaringer fra ulike ståsteder og profesjoner. Dette skapte spennende diskusjoner om alt fra bruk av AI i visuelle presentasjoner til hvordan små tall kan brukes i kommunal planlegging. Mange diskusjoner endte uten konklusjon, og flere spørsmål forble ubesvarte. Det er behov for å møtes igjen.

Workshopen pekte på flere mulige samarbeidsprosjekter:

- Videreutvikle sentralitetsindekser for å gi bedre kunnskap om distrikt, for eksempel med ulik granulering avhengig av formål*
- Utvikle og teste et måleverktøy for resiliens i distriktshelsetjenesten
- Utforske hvordan dashbord kan gi bedre informasjon om små kommuner og distrikt samtidig som man tar hensyn til personvern
- Utvikle interaktive kart som viser tilgjengelighet og konsekvenser av endringer i tjenestetilbud eller infrastruktur i ulike land
- Analysere flyttemønstre internt i kommuner og hva som skal til for at et lokalsamfunn skal bestå over tid
- Utforske sammenhenger mellom individuell, organisatorisk og samfunnsmessig resiliens
- Koble NPR-data og KPR-data for å følge pasienter i grenseflatene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

NSDM planlegger en oppfølgingsworkshop 10.–11. mars 2027. Temaene for workshopen blir utarbeidet i samarbeid med deltakerne fra årets workshop.

*Helsedirektoratet jobber med denne problematikken i et pilotprosjekt. Direktoratet bruker grunnkretser for å få finere granulering når de undersøker levekår i kommunene (19).

REFERANSER

1. Kommunal- og distriktsdepartementet. Regionale utviklingstrekk 2023. Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet; 2023. Available from: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regionale-utviklingstrekk-2023/id2995607/
2. Nixon G, Whitehead J, Davie G, de Graaf B, Crengle S, Fearnley D, et al. Defining rural in Aotearoa New Zealand: a novel geographic classification for health purposes. N Z Med J. 2022;135(1559):24–40.
3. Høydahl E. Ny sentralitetsindeks for kommunene. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2017. Report No.: 2017/40.

4. Kommunal- og distriktsdepartementet. Distriktsindeksen 2025. Dokumentasjonsrapport. Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet; 2025. Available from: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/distriktsindeksen-2025/id3125252/
5. Stjernberg M, Vasilevskaya A, Penje O. Towards a grid-based Nordic territorial typology – a new tool for analysis across the urban-rural continuum. Stockholm: Nordregio; 2024. Report No.: 2024:9.
6. Lindberg MH, Abelsen B, Norbye B, Johnsen N, Olsen IP. Educating nurses for rural healthcare: register-based sequence analyses modelling career paths of nurses from full-time and flexible study programmes. BMC Med Educ. 2026.
7. Asheim A, Nilsen SM, Opdahl S, Risnes K, Magnussen EB, Carlsen F, et al. The effects of hospital delivery volume and travel time on perinatal mortality and delivery in transit: causal inference with triangulation. Epidemiology. 2025;36(3):425–35.
8. Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) [Internet]. Oslo: Helsedirektoratet; [cited 2026 Oct 11]. Available from: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer
9. Díaz-Milanés D. RESACCESS Spain [Internet]. Interaktiv nettapplikasjon (Shiny), versjon 1. Universidad Loyola Andalucía; [cited 2026 Oct 11]. Available from: https://diediamil.shinyapps.io/RESACCESS_Spain_Shiny_v1/
10. Helfo. Fastlegestatistikk [Internet]. Helfo. [cited 2026 Oct 11].Available from: https://www.helfo.no/Fastlegeordninga/fastlegestatistikk
11. OECD. Health system resilience [Internet]. Paris: OECD; [cited 2026 Oct 11]. Available from: https://www.oecd.org/en/topics/health-system-resilience.html
12. Wiig S, Aase K, Billett S, Canfield C, Røise O, Njå O, et al. Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. BMC Health Serv Res. 2020;20:330.
13. Nystad K, Spein AR, Balto AM, Ingstad B. Ethnic identity negotiation among Sami youth living in a majority Sami community in Norway. Int J Circumpolar Health. 2017;76(1):1316939.
14. Nystad K, Spein AR, Ingstad B. Community resilience factors among indigenous Sámi adolescents: a qualitative study in Northern Norway. Transcult Psychiatry. 2014;51(5):651–72.
15. Ellis LA, Lyng HB, Haraldseid-Driftland C, Saba M, Clay-Williams R, Hibbert PD, et al. From theory to measurement: development and initial validation of the Resilience in Healthcare Capacities Assessment (RHCA). Appl Ergon. 2026;135:104768.
16. Abelsen B, Strasser R, Heaney D, Berggren P, Sigurðsson S, Brandstorp H, et al. Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. Hum Resour Health. 2020;18(1):63.
17. Holloway P, Bain-Donohue S, Moore M. Why do doctors work in rural areas in high-income countries? A qualitative systematic review of recruitment and retention. Aust J Rural Health. 2020;28(6):543–54.

18. Norbye B, Skaalvik MW. Decentralized nursing education in Northern Norway: towards a sustainable recruitment and retention model in rural Arctic healthcare services. Int J Circumpolar Health. 2013;72:22793.
19. Helsedirektoratet. Levekårssoner – bedre støtte til kommunene [Internet]. Oslo: Helsedirektoratet. [cited 2026 Oct 11].Available from: https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler/levekarssoner-bedre-stotte-til-kommunene

DELTAKERLISTE

Deltaker	Organisasjon
Anders Svensson	Norwegian Centre for Rural Medicine
Anette Fosse	Norwegian Centre for Rural Medicine
Annette Leinan	Gamvik Municipality
Bente Norbye	UiT, Arctic University of Norway
Birgit Abelsen	Norwegian Centre for Rural Medicine
Bård Uleberg	Centre for Clinical Documentation and Evaluation, Tromsø
Cato Kjærvik	Nordland Hospital
Daniel Lungu	SHARE, University of Stavanger
Diego Díaz-Milanés	Universidad Loyola, Spain
Eirin Rødseth	The Norwegian Association of Local and Regional Authorities
Even Høydahl	Statistics Norway
Hanne Sigrunn Byhring	Northern Norway Regional Health Authority, analytic department
Helen Brandstorp	Norwegian Directorate of Health
Henrik Wallumrød	Norwegian Centre for Rural Medicine
Jesse Whitehead	Waikato University, New Zealand
Jo Ulrik Lien	Ministry of Local Government and Regional Development
Johan Håkon Bjørngaard	Registry Research for the Health Care Services, Trondheim
Julie Kjelvik	Norwegian Directorate of Health
Karianne Johansen	Norwegian Directorate of Health
Marianna Borowska	Municipal Arena for Research Collaboration
Marit Aure	Department of Social Sciences, Arctic University of Norway
Nico Van de Weghe	Ghent University, Belgium
Rachel Berg	Alstahaug Municipality
Sara Magelssen Vambheim	Centre for Clinical Documentation and Evaluation, Tromsø
Sara Willems	Ghent University, Belgium
Sasikiran Kandula	Norwegian Institute of Public Health
Li Wei Janice Shu	Centre for Clinical Documentation and Evaluation, Tromsø
Susanna Andersdatter Siri	Centre for Sami Health Research
Tormund Bjåen	Helsefellesskapet Troms
Tove Yndestad	Vestvågøy kommune/ Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord