

MASTEROPPGAVE

Emnekode: HI330LS

Navn: Marianne Selsøyvold

Sykehushistorien på Helgeland 1900 –
2002 – fra velferdsutvikling til sykehuskrig.

Dato: 18.05.2022

Totalt antall sider: 94

Forord

Det er flere som har bidratt i denne masteroppgaven som jeg ønsker å takke.

Først og fremst vil jeg takke min veileder Wilhelm Karlsen for god oppfølging gjennom hele prosessen. Det har vært veldig lærerikt.

For det andre vil jeg takke Ellen Moland ved Arkiv i Nordland som har vært behjelpelig med arkivarbeidet.

Jeg er takknemlig for stipendet gitt av Arkiv i Nordland i forbindelse med denne oppgaven.

Til slutt vil jeg rette en takk til dere som har bistått med å lese korrektur.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	iv
I - Helgelandssykehusets historie.....	1
1.1 Introduksjon	1
1.2 Tema og problemstilling.....	1
1.3 Avgrensinger.....	2
1.4 Litteratur	2
1.5 Kilder	5
1.6 Teori.....	6
1.7 Metode	7
1.8 Oppgavens struktur	8
II – Den generelle utviklingen på Helgeland, 1900-2000.....	11
2.1 Den generelle utviklingen av Helgeland, 1900-1945	13
2.2 Den generelle utviklingen på Helgeland, 1945-1964	16
2.3 Den generelle utviklingen av Helgeland, 1964-2002	19
III – Norsk sykehushistorie.....	25
3.1 Norsk sykehushistorie 1900-1945.....	25
3.2 Norsk sykehushistorie 1945-1964.....	26
3.3 Norsk sykehushistorie 1964-1980.....	27
3.4 Norsk sykehushistorie 1980-2002.....	27
IV – Sykehushistorie på Helgeland 1900-1945	29
4.1 Utgangspunktet for perioden.....	29
4.2 Helsepolitikk i fylket, 1900-1945	30
4.3 Fra Søvik til Sandnessjøen.....	31
4.4 Sykestuer på Helgeland.....	33
4.5 Krigens påvirkning.....	38
4.6 Oppsummering av perioden.....	39
V – Sykehushistorie på Helgeland, 1945-1964.....	41
5.1 Overtakelse av tyskerbrakkene i Mosjøen.....	41
5.2 Kommunene overtok driftsgarantien i Mo i Rana og Mosjøen	42
5.3 Sykehusplan for Nordland fylke, 1948	42
5.4 Mot en ny sykehusstruktur på Helgeland.....	48
5.5 Regionens første tredelte sykehus.....	48
5.6 Industriens påvirkning på sykehusutbyggingen.....	50

5.7 Mot fylkes overtakelse	53
5.8 Oppsummering av perioden	53
VI – Sykehushistorie på Helgeland 1964-1980	55
6.1 Plassmangel ved Rana sykehus.....	56
6.2 Helseplan for fylket og første trussel om nedleggelse	57
6.3 Planleggingen av utvidelse av Sandnessjøen sykehus	58
6.4 Spesialiteter og legeproblemet	60
6.5 Oppsummering 1964-1980	61
VII – Sykehushistorie på Helgeland 1980-2002	63
7.1 Nytt finansieringssystem og krav om effektivisering	63
7.2 Utbygging av sykehusene, 1980-2002	65
7.3 Samferdselsutvikling og ny lokalsykehusgrense	67
7.4 Konflikter og krav om samarbeid	69
7.5 Sykehuskrigen bryter for alvor ut på Helgeland	73
7.6 Høringsuttalelser for Helgelandsprosjektet.....	75
7.7 Fylkestingets avgjørelse, og konsekvensutredning.....	77
7.8 Nytt vedtak om samarbeid, og ny sykehuslov.	79
7.9 Oppsummering 1980-2002	79
VIII – Sykehusene på Helgeland i et hundreårsperspektiv, 1900 – 2002.....	81
8.1 De lange linjene i sykehushistorien på Helgeland	81
8.2 Helgelandssykehusene i møte med statens ambisjoner	82
8.3 Endrede kommunikasjoner og kortere reisetid	84
8.4 Nærpsykehusets rolle for befolkningen	84
Epilog.....	87
IX Kilder og litteratur	89

I - Helgelandssykehusets historie

1.1 Introduksjon

Det har siden 1970-tallet blitt ført en sentraliseringspolitikk av landets mange sykehus. Denne politikken har ikke blitt godt mottatt ute i distriktene. Flere lokalsamfunn har engasjert seg stort i kampen mot nedleggelse av deres lokalsykehus. Et lokalsykehus gir både trygghet til befolkningen rundt, og arbeidsplasser. For flere steder er sykehuset nærmest en hjørnesteinsbedrift.¹

Helgeland er et av områdene hvor det siden 1970-tallet har vært aktuelt å kutte ned i antall sykehus. Debatten om fremtidens sykehusstruktur på Helgeland har blusset opp igjen de siste årene. Det har vært en tilspisset konflikt mellom byene Mosjøen, Mo i Rana og Sandnessjøen, som har hvert sitt lokalsykehus.

I denne oppgaven skal jeg beskrive og drøfte hvordan sykehus tilbudet har vært på Helgeland gjennom tidene, og hva som har vært bakgrunnen for endringer i funksjonen, utviklingen og sykehusstrukturene tidligere.

1.2 Tema og problemstilling

Tema for oppgaven er forholdet mellom sykehusutviklingen og samfunnet. Sykehusene utvikles i takt med samfunnet generelt. En sykehusaktør som ble mer gjeldene underveis i forrige århundre var staten. Sykehuspolitikken fra statlig hold har sine overordnede mål, og i denne oppgaven blir det sett på hvordan det har utspilt seg for Helgelandsregionen. Nevnt ovenfor har befolkningen på Helgeland engasjert seg kraftig i sykehusdebatten i nyere tid. Hvilket forhold har lokalbefolkningen tidligere hatt til deres sykehus? Ikke minst har det skjedd en endring i bosetningsmønsteret og yrkesnæringene for befolkningen. Hvordan har det spilt inn når sykehusstrukturene har blitt diskutert tidligere? Det er et spørsmål som blir drøftet i oppgaven.

¹ Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 200-201.

Problemsstilling blir dermed som følgende:

Hvilke sammenhenger kan man se mellom utviklingen av sykehusene på Helgeland og den generelle samfunnsutviklingen i regionen i perioden 1900 – 2002?

1.3 Avgrensinger

For å begrense oppgavens omfang har det vært hensiktsmessig å gjøre noen avgrensninger.

Geografisk er oppgaven avgrenset til å kun ta for seg én region, og da området til det gamle Helgeland fogderi som grenser til Salten i nord og Namdalen i sør. I tid er oppgaven avgrenset fra år 1900 fram til år 2002. Utgangspunktet med år 1900 er valgt siden det markerte en endring med økning i antall lokalsykehus i landet. Funksjonen til sykehusene endret seg også til å gi mer aktiv behandling enn det hadde gjort tidligere.² Sluttpunktet med år 2002 er satt på grunn av sykehusreformen, hvor staten overtok ansvaret for sykehusene i landet.³ Det finnes ulike typer sykehus, og i denne oppgaven er det de somatiske sykehusene som er studert.

Det er flere aktører som har hatt påvirkning på sykehusstrukturen på Helgeland. Det ville vært alt for omfattende å skrive om alle i denne oppgaven. Det er aktørene som staten og fylkeskommunen som er viet mest oppmerksomhet. Kommunene og frivillige organisasjoner er også dekt. Aktører på mikronivå, som enkeltpersoner og lokalpolitikere, er ikke blitt prioritert på grunn av rammene til oppgaven.

Utviklingen av sykehusene på Helgeland skal ses i sammenheng med den generelle samfunnsutviklingen i regionen. Samfunnsutvikling kan være så mangt, og i denne oppgaven omhandler det befolkningsutviklingen, næringsutviklingen og samferdselsutviklingen. Samfunnsutviklingen kommer til å bli knyttet til den teorien som jeg gjør rede for litt senere i innledningen.

1.4 Litteratur

For å besvare oppgaven har det vært behov for en rekke litteraturverk. Blant annet litteratur om sykehusutviklingen generelt i landet, om sykehusene på Helgeland og om den generelle

² Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), s. 195-196.

³ Karlsen, Holand & Moseng, «Sykehuset i tid og rom – fra periferi til sentrum», 18.

historien til både fylket og Helgeland.

Sykehuslitteratur

For å forstå utviklingen av sykehusforholdene på Helgeland har det vært nødvendig å se nærmere på den generelle sykehushistorien i landet. Historikeren Ania Schiøtz har med boken *Viljen til liv* blant annet beskrevet utviklingen av sykehus i landet fra middelalderen fram til 2016. Denne utviklingen vil være relevant for å se endringen i sykehusstrukturen på Helgeland opp mot den nasjonale.⁴ Når Schiøtz skriver om sykehussituasjonen nord i landet referer hun til boken *Sykdom, Nord-Norge før 1940* av Ingunn Elstad og Torunn Hamran. Denne boken gir i tillegg til sykdomshistorien i nord, en god oversikt over sykehus og sykestuer på Helgeland før krigen.⁵ En annen bok som beskriver sykehusforholdene før krigen er *Sykehusene i Norge* fra 1941. Den ble utarbeidet av Medisinaldirektoratet. Bakgrunnen for boken var et ønske fra Sosialdepartementet om å få en mer planmessig ordning av sykehusforholdene i landet. Det gjorde at landets fylkesleger i 1938 fikk i oppgave å samle informasjon om sykehusforholdene i deres fylke. Det er fylkeslegenes beretninger boken er basert på.⁶ I tillegg til disse bøkene har rapporten «Sykehusstruktur i endring, De lange linjer og utviklingen siste tiår» bidratt til å få en tydeligere oversikt over sykehusstrukturen i et historisk perspektiv.⁷

Når det gjelder tidligere forskning innen norsk sykehusutvikling og -politikk av somatiske sykehus er det spesielt en bok som jeg har dratt nytte av. I 2021 ble boken *Medicinal-Indretning* av historikerne Wilhelm Karlsen, Astrid Marie Holand og Ole Georg Moseng utgitt. Den tar for seg Nordlandssykehusets historie fra 1796 til 2020.⁸

Jubileumsbøker av sykehusene på Helgeland

I forbindelse med fusjonen av Rana-, Vefsn- og Sandnessjøen sykehus til Helgelandssykehuset i 2002 kom det ut bøker om to de førstnevnte sykehusene sin historie. I 2001 ble boken *Fra sneppert til skalpell – sykehushistorie fra Rana gjennom hundre år* av journalisten Tor Jacobsen utgitt⁹. Året etter kom jubileumsboken *Vefsn sykehus 100 år: 1902-*

⁴ Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017).

⁵ Elstad & Hamran, *Sykdom* (Bergen: Fagbokforlaget, 2006).

⁶ Bu, *Sykehusene i Norge* (Medisinaldirektoratet, 1941).

⁷ Hansen, «Sykehusstruktur i historisk perspektiv».

⁸ Karlsen, Holand & Moseng, «*Medicinal-Indretningen*» (Oslo: Cappelen Damm, 2021).

⁹ Jacobsen, T., *Fra sneppert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001).

2002 for sykehuset i Mosjøen av historikeren Kjell Jacobsen og tidligere direktør ved Vefsn sykehus, Kåre Nyland.¹⁰ For Sandnessjøen sykehus finnes det ikke noe jubileumsbok i nyere tid. Det kom derimot ut en bok i 1932 hvor overlegen ved sykehuset, Ragnvald Bakke, beskrev utviklingen av amtssykehusene på Helgeland. Da for perioden 1790 til 1931.¹¹ For å få kunnskap om Sandnessjøen sykehus i tiden etter 1932 har det vært behov for å finne informasjon fra andre kilder, da spesielt fra arkivmateriale som nevnes nedenfor.

Litteratur om Nordland og Helgeland

For å forstå utviklingen av sykehusforholdene på Helgeland er det også behov for å ha oversikt over den generelle historien til regionen. Derfor har det også vært behov for litteratur der jeg kunne finne informasjon om Helgeland. En av bøkene som har vært aktuell er *Det moderne fylket* av Harald Rinde. Boken er tredje og siste bind i verket om Nordlands historie. Rinde skriver om fylkets historie etter 1900-tallet, noe som også omfatter Helgeland sin historie.¹² For å forstå utgangspunktet ved år 1900 har det også vært bruk for bind 2 i Nordlands historie. Bind 2 går under tittelen *I amtsmandens dager* og tar for seg Nordlands historie i tidsrommet 1600 til 1900. Det er historikerne Åsa Elstad og Alan Hutchinson som er forfatterne av boka.¹³

Byutviklingen på Helgeland har direkte innvirkning på sykehusstrukturene. Med artikkelen *Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet* av historikeren Wilhelm Karlsen har det vært mulig å få en oversikt over hvordan demografien i regionen har utviklet seg. Karlsen har sett på de lange linjene innen byutviklingen i Nord-Norge. Han har også forklart utviklingen av byene på lokalt nivå. Det han skriver om utviklingen til de forskjellige byene på Helgeland har vært relevant i denne oppgaven.¹⁴ En som har skrevet mer direkte om Helgeland er geografen Guido van Rijkom. I sin hovedoppgave *Helgeland: et spennende land?* har han tatt for seg utviklingen på Helgeland siden 1800-tallet. Her fant jeg informasjon om blant annet demografien, næringsstrukturen, og om samferdselsutviklingen mellom stedene.¹⁵

¹⁰ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002).

¹¹ Bakke, *Amtssykehusene på Helgeland 1790-1931* (Sandnessjøen: G. & K. Gyldenhammers Boktrykkeri, 1932).

¹² Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*.

¹³ Hutchinson & Elstad, *I Amtmandens dager*, bind 2, *Nordland historie*.

¹⁴ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet».

¹⁵ van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?».

Rana skiller seg ut fra resten av stedene i regionen ved at det er forsket og publisert mye om stedets historie. Blant annet har historikeren Hilde Gunn Slottemo skrevet boken *Malm, makt og mennesker* som omhandler Rana sin historie fra 1890 til 2005.¹⁶ Noe slikt verk finnes ikke for Vefsn eller Alstahaug. Vefsn sin historie på 1900-tallet er delvis gjort rede for i bind 3 av Vefsn bygdebok. I bygdeboken har Kjell Jacobsen tatt på seg ansvaret for å skrive om Vefsnbygdene og Mosjøen fra 1900 til frigjøringsdagen i 1945.¹⁷ Ingen har foreløpig tatt på seg ansvaret for å dekke historien etter krigen. For å få en bedre oversikt over Vefsn og Alstahaug har det vært behov for å hente denne historien fra annen litteratur, som jubileumbøker av ulike slag og årbøker. For eksempel boken *Til Verket: Elkem aluminium Mosjøens historie gjennom 40 år* av Rune Pedersen.¹⁸ For å få informasjon om Sandnessjøen sin næringsutvikling siden 1970-tallet har *Oljevirkomheten inntog i Nord* vært et vesentlig bidrag.¹⁹

1.5 Kilder

Dokumenter fra arkiv

Litteraturen i seg selv var ikke nok til å finne all informasjonen som trengtes for å besvare oppgavens problemsstilling. Derfor har jeg systematisk gjennomgått et omfattende arkivmateriale. Det handler i all hovedsak om møteprotokoller for Nordland fylkes sykehusstyre, senere helse- og sosialstyre, fra år 1964 til 1995. Det var en tidskrevende prosess siden disse hadde flere møter hvert år. Møteprotokollene til fylkes sykehusnemnd i perioden 1970-1976 er også gjennomgått. I tillegg er helsesakene til Nordland fylkesting sett gjennom. Systematisk i perioden fra 1945 til 1964 for å kompensere for lite informasjon om Sandnessjøen sykehus som nevnt ovenfor. For tiden etter 1964 var det kun de fylkestingsakene som ble sett på som relevant for oppgaven funnet fram. Det siden både sykehusstyret og -nemnda refererte til vedtak gjort i fylkestinget. I tillegg er arkivmappene til «Helgelandsprosjektet» studert. Arkivmappene inneholdt alt fra fremgangen i prosjektet, selve rapporten og alle høringsuttalelser sendt til fylkeskommunen underveis.

¹⁶ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007).

¹⁷ Jacobsen, *Fra århundreskiftet til frigjøringsvåren*, bind 3, *Vefsn Bygdebok*.

¹⁸ Pedersen, *Til Verket* (Mosjøen: Elkem aluminium, 1997).

¹⁹ Arbo & Hersoug, *Oljevirkomhetens inntog i nord* (Oslo: Gyldendal akademisk, 2010).

Det var spesielt to planer for sykehusutbyggingen for Nordland fylke som har vært førende for sykehusstrukturen. Den ene var sykehusplanen av 1948, og den andre var Nordland fylkes helseplan fra 1972.²⁰

Aviser

Avisene på Helgeland har flittig publisert artikler som omhandlet sykehusdebatten på Helgeland. De tre sykehusbyene har hver sin lokalavis. Helgelendingen, tidligere Helgeland Arbeiderblad, tilhører Mosjøen og dekker Mosjøen og omegn. Det er Helgelands Blad som dekker Sandnessjøen og kystkommunene rundt. Til slutt er det Rana Blad for Rana-området.²¹

Avisartiklene er kun brukt i den siste perioden fra 1980 til 2002. Avisene er heller ikke gjennomgått systematisk, men er brukt opp mot vedtak gjort i fylkestinget. Da for å se hvordan reaksjonene var i lokalsamfunnet ved ulike sykehusvedtak. Lokalmedia i seg selv kan ses på som en aktør i sykehusstriden. Hvilken rolle lokalavisene har hatt i debatten blir likevel ikke tatt med i denne sammenheng.

1.6 Teori

Sentralstedsteorien

Teorien brukt i denne oppgaven er sentralstedsteorien, og er hentet fra samfunnsgeografien. Sentralstedsteorien ble presentert av geografen Walter Christaller i 1933. Teorien handler om forholdet mellom forbruker og markedsområde. Teorien forklarer hvordan innbyggerne i et område vil kunne få dekt sine behov for tjenester i et antall sentra. Hvert sentralsted har sitt omland som de når ut til med sine varer og tjenester. Det er ulike faktorer som bestemmer hvor stort omland som inngår i et sentralsted. Reiseveien målt i tid er en slik faktor. For eksempel vil ikke forbrukeren reise langt for varer og tjenester som brukes hyppig. Forbrukeren er mer villig til å reise lengre for tjenester som er mer sjelden. En vare eller tjeneste sin rekkevidde bestemmes altså etter etterspørselen. En sjelden tjeneste trenger dermed et større omland for å være bærekraftig, og på den andre siden er forbrukeren villig til å reise lengre for denne spesifiserte tjenesten.²²

Det er ulike sentralsted med ulike størrelser. Disse kan settes opp i et hierarki. De minste sentralstedene tilbyr varer og tjenester som brukes hyppig, men har igjen et mindre omland.

²⁰ SAT. Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteén i Nordland Fylket, mai 1948*; Landsdelskomiteen for Nord-Norge, helse- og sosialsektoren. 1972. *Nord-Norge Helse- og sosialtjeneste*.

²¹ Statistikk fra mediekatalogen.no, spredning «Helgelands Blad», «Helgelendingen» & «Rana Blad».

²² Dale, Selstad & Sjøholt, *Sentralsted og agglomerasjon*, 20-22.

Etter det kommer det middelstore sentralsteder som tilbyr litt flere varer og tjenester, og dermed har et større omland. Til slutt er de største sentralsteder som tilbyr spesialiserte varer og tjenester som folket er villig til å reise lengre for. Dermed også et større omland.²³

Teorien blir brukt for å forklare byene sin størrelse i forhold til hverandre. Forklart i nordnorsk skala kan det minste sentralstedet være et servicesenter ute på bygda hvor innbyggerne rundt får varene de trenger hyppigst. For eksempel melk på nærbutikken. De mellomstore sentralstedene vil være et tettsted, hvor det finnes mer varer enn bare nærbutikken. For eksempel et mindre sentrum med flere butikker enn dagligvarer. Øverst har du byene, eller hovedsenteret i regionen. Hovedsenteret tilbyr varer og tjenester som selv de fra mer avsidesliggende bygder er villige til å reise til, fra tid til annen, når de søker varene og tjenestene som tilbys der. For eksempel frisør, kjøpesenter eller en konsert.

Denne teorien passer å bruke i denne oppgaven da også sykehus er en tjeneste med sine forbrukere, altså pasienter. Et sykehus trenger et visst pasientgrunnlag for å være bærekraftig ut fra hvor spesialiserte tjenestene det tilbys på sykehuset. I tillegg er reiseavstand en sentral faktor også for sykehusene, da det må lokaliseres ut fra hvor langt folk er villige til å reise for å få hjelp.

I denne oppgaven skal det ses på hvordan sykehusstilbudet på Helgeland endres i perioden fra 1900 til 2002. I løpet av denne perioden endrer pasientgrunnlaget seg etter hvordan det demografiske bildet endrer seg i regionen. Reiseavstanden målt i tid blir også mindre etter hvert som samferdselstilbudet øker. Til slutt blir også sykehus-tjenestene mer spesifisert etter hvert som også sykehusene blir mer moderne. Både med økt kunnskap og teknologiske nyvinninger. Hvordan har disse faktorene påvirket sykehuskartet på Helgeland? Det er et spørsmål som blir drøftet i oppgaven.

1.7 Metode

Når det gjelder metode har valget falt på komparasjon. I artikkelen *Nytten av å sammenlikne* viser Knut Kjeldstadli hvordan en kan utnytte sammenligning i en historisk oppgave. Det er flere måter å sammenligne på. En tilnærming er å sammenligne hvordan et studieobjekt endrer seg over tid. Noe som kalles en diakron komparasjon. En annen tilnærming er å sammenligne to eller flere studieobjekter i samme tidsperiode, som kalles en synkron

²³ Helle, «Byen som historisk fenomen», 12-15.

komparasjon. I denne oppgaven er valgte falt på en kombinasjon av disse. På den måten er det mulig å både se utviklingen over en lengre tidsperiode, men også å få en bredere forståelse for årsakene bak endringene.²⁴ Dette er mulig i denne oppgaven siden Helgeland har hatt flere sykehus som kan sammenlignes. Samtidig som det vil være interessant å se på endringene over en lengre tidsperiode.

Innenfor komparasjon er det to tilnæringer som er basert på John Stuart Mill sin likhets- og overensstemmelsesmetode. Den ene tilnærmingen kalles overensstemmelsesmetoden hvor formålet er å finne fellestrekk ved studieobjektene, selv om de har sine klare forskjeller. Den andre tilnærmingen er forskjellsmetoden hvor en prøver å finne ut hva det er som skiller nokså like studieobjekt fra hverandre. Sykehusene som har vært på Helgeland i moderne tid kan beregnes som nokså like. Med andre ord er det forskjellsmetoden som blir utnyttet i denne oppgaven. Målet er å se hva det er som skiller sykehusene fra hverandre i de ulike periodene, men også å se på hva som skiller de ulike periodene fra hverandre.²⁵

Komparasjon er noe en gjør bevisst eller ubevisst når en deler tidsrammen for oppgaven inn i perioder. Det siden det vil være en endring, et såkalt brudd, som vil avgjøre hvor en setter skillet mellom periodene. At det er et brudd er viktig for at komparasjonen skal være optimal. Dette er fordi bruddet vil gjøre det mulig å stille spørsmål som; hvordan påvirket dette bruddet den påfølgende perioden?²⁶

1.8 Oppgavens struktur

Oppgaven starter med to kontekstkapittel. I kapittel 2 er den generelle utviklingen av Helgeland, med hovedvekt på dagens sykehusbyer, forklart i korte trekk. Kapittel 3 beskriver den generelle utviklingen av sykehusene i Norge. Disse kapitlene ligger til grunn for å forstå historien til Helgelandssykehusene. De resterende kapitlene er viet til sykehusene på Helgeland.

Kapitlene 4 til og med 7 tar for seg hver sin periode av sykehushistorien på Helgeland. Den første perioden dekker tiden fra 1900 til 1945. Det var ikke før hundreårsskiftet at sykehusene gikk over fra å være smitteisolater og oppbevaringsinstitusjoner til å drive mer aktiv behandling som vi forbinder med sykehusene i dag.²⁷ Neste periode tar for seg tiden mellom

²⁴ Kjeldstadli, «Nytten av å sammenlikne», 436.

²⁵ Kjeldstadli, «Nytten av å sammenlikne», 439.

²⁶ Kjeldstadli, «Nytten av å sammenlikne», 443.

²⁷ Hansen, «Sykehusstruktur i historisk perspektiv», 36.

1945 til 1964. Slutten på andre verdenskrig var et brudd på flere måter. Oppbyggingen av landet og utviklingen av velferdsstaten var en direkte årsak til utbyggingen av sykehusene i landet.²⁸ I tillegg skiller perioden seg fra perioden før med at Helgeland som region ble industrialisert, og folketallet i innlandsbyene vokste som følge av det. Skillet fra denne perioden til neste er satt til 1964, da fylkeskommunen overtok ansvaret for alle sykehusene i Nordland.²⁹ Neste brudd er satt til 1980. Fra 1980-tallet endret finansieringssystemet til sykehusene seg, og det ble trangere økonomiske rammer. Det blir sett på hvilke følger dette fikk for sykehusene på Helgeland. Denne perioden dekker tiden fram til 2002. Innholdet i hvert kapittel preges av hva som er blitt sett på som relevant i de ulike periodene.

Oppgaven avsluttes i 2002 med sykehusreformen, som endret eierforholdene for sykehusene fra fylkeskommunen til Staten. I 2002 gikk også sykehusene på Helgeland fra å være enkeltstående enheter til å være avdelinger under Helgelandssykehuset.³⁰

Avslutningsvis blir utviklingen fra 1900 til 2002 sett på under ett. Da med enkelte faktorer som gjennom oppgaven skiller seg ut som spesielt avgjørende for utviklingen av Helgelandssykehusene.

²⁸ Stugu, *Norsk historie etter 1905* (Oslo: Det norske samlaget, 2012), 202-203.

²⁹ Karlsen, «På innsiden av Bodø sykehus», 153.

³⁰ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 54.

II – Den generelle utviklingen på Helgeland, 1900-2000

For å forstå utviklingen for sykehusforholdene i de ulike sykehusbyene er det også behov for å se på den generelle utviklingen på Helgeland. Både befolkningsutvikling og vei- og kommunikasjonsforbindelser er faktorer som direkte påvirker behovet for sykehusstilbud på stedet. Derfor er det blitt sett på som hensiktsmessig å først forklare den generelle utviklingen på Helgeland i korte trekk.

Når det kommer til innbyggertallene av byene som nevnes er det basert på et funksjonell bybegrep. Det vil si at innbyggerne som bodde i byggebeltet omkring de tidligere bykommunene, og i byens forsteder, er inkludert i innbyggertallet.³¹

Tabell 1: Befolkningsendringer på Helgeland. Region, sykehussoner og sykehusbyene.

	Region	Sykehussoner			Ikke med*	Funksjonell by		
	Helgeland**	Ytre Helgel.	Rana	Vefsn		Sandnessjøen	Mosjøen	Mo i Rana
1900	52004					390	1369	297
1946	66770	33679	14843	12607	5641	1998	3139	3150
1960	76840	29931	26658	15138	5113	2951	6826	13954
1980	82174	28529	32711	16771	4163	5335	9293	20738
2001	79011	27187	33290	16655	1879	5594	9624	19601

* Bindal kommune tilhørte Namsos sykehussoner hele perioden. Rødøy tilhørte Bodø sykehus/Nordland sentralsykehus fram til 1990.

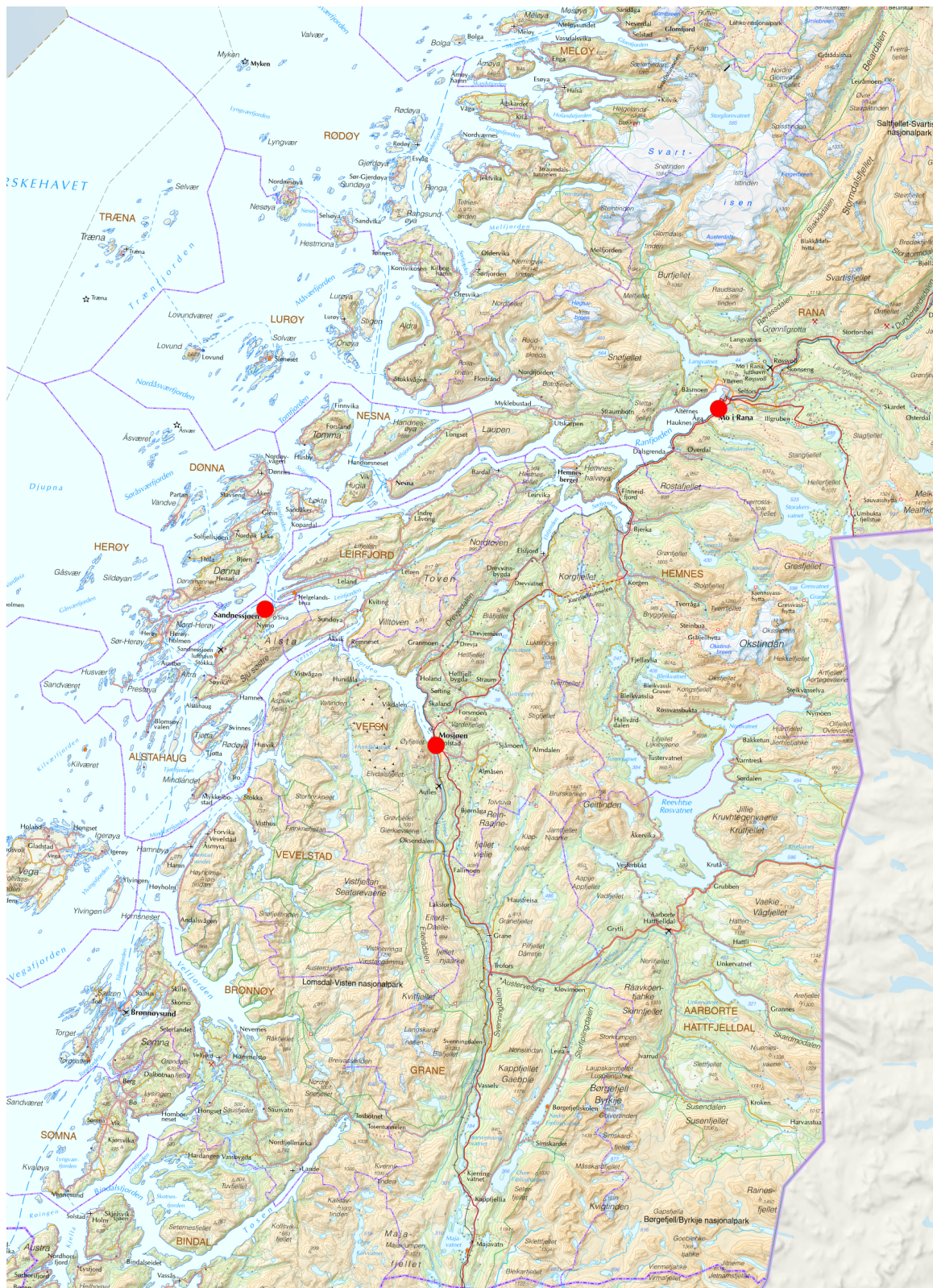
**Ikke inkludert Meløy.

Kilde: Tall fra SSB. Historisk statistikk. Folketellinger 1900-2001; Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 105, 112.

Tabellen ovenfor viser befolkningsutviklingen på Helgeland. Både for hele regionen, innad i de ulike sykehussonene og for de tre sykehusbyene. Bakgrunnen for befolkningsutviklingen vil bli gjennomgått i dette kapittelet.

³¹ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 102.

Kart 1: Kart over Helgeland. Sykehusbyene markert med rødt punkt. Hentet fra Kartverket.



Senterposisjon: 423361 99, 7318056 68
Koordinatsystem: EPSG:25833
Utskriftsdato: 09.05.2022

0 5 10 15 20km

Kartverket

2.1 Den generelle utviklingen av Helgeland, 1900-1945

Sandnessjøen og Helgelandskysten, 1900-1945

Ved inngangen til 1900-tallet bodde de fleste i regionen spredt langs kysten. De fleste familiene livnærte seg på en kombinasjon av jordbruk og fiske.³² Fra slutten av 1800-tallet vokste det frem noen tettsteder som følge av dampskipsruter.³³ Dampskipene tok da over for den tradisjonelle jektefarten. Det var ikke alle stoppestedene som tidligere hadde vært tilgjengelig med seilbåter, som var like egnet til dampbåtene. Det gjorde at enkelte steder mistet funksjonen som knutepunkter ovenfor andre. Det at kommunikasjonen langs kysten ble forbedret var viktig for fiskenæringen, samt handel generelt. For eksempel startet Hurtigruta i 1893 å frakte post, passasjerer og gods mellom Trondheim og Finnmark. I tillegg ble det opprettet lokale dampskipsruter, for eksempel *Det Helgelandske Dampskipsselskap* og *Torghatten Dampskibsselskap*.³⁴

Torghatten Dampskibsselskap hadde Brønnøysund som hovedanløpssted. *Det Helgelandske Dampskibsselskap* hadde opprinnelig Søvik i Alstahaug som hovedanløpsstedet da ruten ble etablert. Søvik lå i nærheten av det gamle kirkestedet som var sentrum i Alstahaug. I tillegg hadde Søvik fylkessykehus siden 1865.³⁵ I 1899 ble hovedanløpsstedet flyttet til Sandnessjøen som lå 16 km lengre nord.³⁶ Oppstarten av dampskipsselskapene gjorde at Sandnessjøen og Brønnøysund vokste fram som sentrum med knutepunktfunksjoner for områdene rundt.³⁷

Sandnessjøen ble med det, i tillegg til Brønnøysund, et sentralsted på Helgelandskysten. Hvor stedene fikk viktige funksjoner for handel, frakt, håndverk og fiske. I tillegg fikk Sandnessjøen i 1909 et skipsverft.³⁸ I løpet av denne perioden vokste Sandnessjøen fra omtrent ingenting til opp mot 2000 innbyggere ved slutten av andre verdenskrig.³⁹

Utviklingen i innlandet med gruvedrift og industri i tiden før krigen var en klar pullfaktor for innbyggerne langs kysten. Det fantes imidlertid også småindustri på Helgelandskysten. Blant

³² Hutchinson & Elstad, *I Amtmandens dager*, bind 2, *Nordland historie*, 289.

³³ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 19.

³⁴ van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 56, 57, 77; Hutchinson & Elstad, *I Amtmandens dager*, bind 2, *Nordland historie*, 417.

³⁵ Holberg & Røskraft. *Håloyriket*, bind 1, *Nordlands historie*, 263 & Bakke, *Amtssykehusene på Helgeland 1790-1931* (Sandnessjøen: G. & K. Gyldenhammers Boktrykkeri, 1932), 17.

³⁶ van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 56.

³⁷ Hutchinson & Elstad, *I Amtmandens dager*, bind 2, *Nordland historie*, 417, 434; van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 77.

³⁸ van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 77; Slipen, «Slipen historie».

³⁹ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 106, 112.

annet fiskeolje- og hermetikkfabrikker.⁴⁰

Mosjøen og omegn, 1900-1945

Før andre verdenskrig var Mosjøen den største byen på Helgeland. Mosjøen og omegn sin befolkningsøkning i slutten av 1800-tallet skyldtes engelske investorer som startet et sagbruk på Halsøya utenfor Mosjøen i 1865. «Engelskbruket», som det ble kalt, skapte arbeidsplasser for skogskommunene rundt. Mosjøen tjente godt på ringvirkningene av engelskmennene sin virksomhet, og i 1875 fikk Mosjøen status som ladested.⁴¹ Selv om «Engelskbruket» ble avviklet i 1880-årene fortsatte Mosjøen å fungere som et service- og handlesenter for de rurale distriktene rundt. Ved inngangen av 1900-tallet var det 1369 innbyggere i Mosjøen.⁴²

Mosjøen opplevde en stabil befolkningsøkning fram til år 1939, og var da oppe i 2344 innbyggere. I denne perioden var det innslag av småindustri i Vefsn, som blant annet båtbyggeri. I tillegg sørget utbyggingen av Nordlandsbanen for arbeidsmuligheter og befolkningsvekst for både Mosjøen, Vefsn og Grane. Anleggsarbeidet på Nordlandsbanen begynte i 1926. I 1929 var den bygd ferdig til Grong, og i 1940 til Mosjøen.⁴³ Da ble Mosjøen det første stedet i Nordland hvor sjøtrafikken var i direkte forbindelse med jernbanen. Mosjøen ble med det et viktig knutepunkt for blant annet sending av fersk fisk sørover.⁴⁴

Under krigsårene fortsatte veksten av folketallet i byen, og etter krigen var innbyggertallet oppe i 3139. Det at byen vokste under krigsårene hadde trolig sammenheng med at det var et naturlig samferdselsknutepunkt, også under tysk okkupasjon.⁴⁵

Rana og omegn, 1900-1945

Hemnesberget var i utgangspunktet handelssentrumet i Ranfjorden. Hemnesberget hadde en fordel med sin geografiske posisjon nærmere havet. Dette var en klar fordel spesielt på vinteren, da Ranfjorden ofte var islagt. Fra slutten av 1800-tallet og starten av 1900-tallet skjedde det en utvikling i områdene i og rundt Mo som gjorde at stedet tok over som sentrum for Ranfjorden. Da handelsmannen L. A. Meyer valgte å etablere seg på Mo på slutten av

⁴⁰ van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 78.

⁴¹ van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 58.

⁴² Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 100, 105.

⁴³ Jacobsen, *Fra århundreskiftet til frigjøringsvåren*, bind 3, *Vefsn Bygdebok*, 55.

⁴⁴ van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 71.

⁴⁵ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 105, 110, 116.

1800-tallet ble Mo et sentralt handelssted. Her kom det tilreisende fra både kysten og Sverige. På grunn av Meyer sin virksomhet fikk Mo handelsstedstatus i 1923.⁴⁶

Det var likevel gruvedrift som kom til å være den næringen som gjorde at Mo og området rundt vokste. Rana var rikt på jernmalm, noe som gjorde at det ble etablert flere gruvedrifter i områdene i nærheten av Mo ved århundreskiftet. Blant annet Båsmo Gruber som var i drift fra 1894. Båsmo Gruber var bare starten på Rana-samfunnet sitt gruveeventyr. I 1902 startet nemlig det engelske firmaet Dunderland Iron Ore Company Ltd. med gruvedrift i Dunderlandsdalen i Nord-Rana. Både handelsvirksomheten og gruvedriftene i omlandet var sentrale årsaker til at Mo opplevde en befolkningsvekst på starten av 1900-tallet. Fra at det var 297 innbyggere i byen i år 1900, til at det hadde økt til 1464 i år 1920.⁴⁷

Både Mo og Nord-Rana fikk kjenne på konsekvensene av de internasjonale konjunktorene, og den økonomiske verdenskrise i 1920-årene. Gruver gikk konkurs, og arbeidsledigheten økte. Noe som medførte en liten befolkningsnedgang i perioden mellom 1920 og 1930, før byen igjen begynte å vokse.⁴⁸

I løpet av 1930-tallet fikk Mo bedre veiforbindelse, da byen i 1935 ble innlemmet i hovedveien mellom nord og sør. I 1937 ble denne veien utvidet videre nordover over Saltfjellet. Under krigen ble også jernbanen utvidet fra Mosjøen til Mo. Alt dette var med på å styrke Mo sin funksjon som trafikknutepunkt.⁴⁹ Hemnesberget mistet sin posisjon ytterligere ved å ikke bli inkludert i jernbanenettet. Mo på den andre siden overtok som Helgelands største by i løpet av krigsårene.⁵⁰

Samferdselstilbud på Helgeland 1900-1945

Fram til 1945 var det i all hovedsak samferdsel med båt som var gjeldende på Helgeland. Hurtigruta og de lokale dampskipsselskapene sørget for at befolkningen kunne fraktes mellom stedene, eller ut av regionen. *Det Helgelandske Damåskipsselskapet* som hadde hovedanløpssted først i Søvik og etter hvert Sandnessjøen hadde anløp til både Vefsn og

⁴⁶ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 27, 28, 151.

⁴⁷ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 105; Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 45-51.

⁴⁸ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 158-159; Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 105.

⁴⁹ van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 75.

⁵⁰ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 105.

Rana. Rutene sør på Helgeland ble betjent av *Torghatten Dampskibsselskap*. Meløy og Rødøy lengst nord på Helgeland var inkludert i *Saltens Dampskipsselskap* sine ruter.⁵¹

Helt på tampen av denne perioden ble kommunikasjonene i innlandet forbedret med bilvei og jernbane. Mo og Mosjøen fremsto som samferdselsknutepunkt som følge av det.⁵²

Kommunikasjonen for Meløy og Rødøy nordover mot Salten gjorde at befolkningen fra de to kommunene søkte mot sykehuset i Bodø fremfor på Helgeland. Slik var det også lengst sør i regionen. På grunn av kommunikasjonene søkte befolkningen i Bindal mot sykehuset i Namsos.⁵³

2.2 Den generelle utviklingen på Helgeland, 1945-1964

Etter krigen ble staten mer aktiv i utviklingen til landet. Nord-Norge var ikke noe unntak. Det var kanskje til og med der staten var mest delaktig. Nord-Norge ble sett på som en tilbakeliggende landsdel. Dette gjaldt blant annet forhold som lønnsinntekter, levekår og infrastruktur. Staten gikk aktiv inn for å stimulere industrialisering og modernisering for landsdelen. Det hele resulterte i *Nord-Norges planen* i 1952. Planen omhandlet blant annet skattefordeler og billig kraft til de bedriftene som valgte å etablere seg i landsdelen. Målet var å få arbeidskraften over fra primærnæringene med jordbruk og fiske, til lønnsarbeid. Da hovedsakelig med industriarbeid. Perioden var med det preget av en statsledet modernisering.⁵⁴

Sandnessjøen og helgelandskysten, 1945-1964

Det var ikke alle områder på Helgeland som ble like berørt av industrialiseringen etter andre verdenskrig. Kystområdene sør i regionen som Sandnessjøen og Brønnøysund havnet utenfor denne omstillingen.⁵⁵ Derfor opplevde ikke disse byen den samme folkeveksten som de to innlandsbyene de første tiårene etter krigen. Utviklingen i innlandsbyene fikk direkte konsekvenser for kysten. Det siden folk flyttet fra kysten og inn til Mo eller Mosjøen for å

⁵¹ van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 56, 59; Pedersen, *Det Helgelandske Dampskibsselskabs historie* (Mo i Rana: Ranen Bok- og Akcidenstrykkeri, 1917), 38, 39.

⁵² van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 71, 75; Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 111.

⁵³ SAT. Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteén i Nordland Fylket, mai 1948*.

⁵⁴ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 221, 222, 226.

⁵⁵ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 227.

søke jobb der. Det var spesielt unge som flyttet på seg for å søke arbeid i innlandsbyene. Det skapte et «hull» i den demografiske strukturen for kystregionen.⁵⁶

Osvall Floa som var ordføreren i kystkommunen Vega, hadde i et intervju stilt seg kritisk til denne utviklingen. Kritikken handlet i hovedsak om at politikerne hadde ignorert ressursene som var ute langs kysten. Dette skillet i Helgelandshistorien ble også sett på som ødeleggende for stedsidentiteten for Helgeland. Det ble et skille mellom de som bodde langs kysten og de som bodde i innlandsbyene. Dette ble begrunnet med at industrialiseringen ikke sto i stil til den kulturen og historien som hadde vært på Helgeland.⁵⁷ Det skal også nevnes at hvorvidt Nord-Norges planen har vært vellykket eller ikke, har vært en debatt i fagmiljøene i sosiologi og historie.⁵⁸

Når det gjelder befolkningsutviklingen for Sandnessjøen i denne perioden var den nokså stabil. I 1946 bodde det 1998 innbyggere i byen, og i 1950 var det 2018 innbyggere. På 60-tallet opplevde byen derimot en sterkere vekst, og i 1970 var befolkningstallet økt til 2951.⁵⁹ Selv om Sandnessjøen i seg selv ikke hadde en befolkningsnedgang i denne perioden var det tendensen langs kysten. For samtidig som Rana og Vefsn ble vekstkommuner i denne tida, var fraflyttingen høy hos en del kystkommuner.⁶⁰

Mosjøen og omegn, 1945-1964

Den første tiden etter krigen vokste ikke Mosjøen betraktelig mye, men i perioden fra 1950 til 1960 hadde byens innbyggertall økt fra 3349 til 6826. Denne befolkningsveksten fortsatte også i årene etter, fram mot 1970.⁶¹ Som nevnt ovenfor var Vefsn med Mosjøen en av vekstkommunene i denne perioden. Det var gjerne unge voksne som flyttet til vekstkommunene. Så samtidig som fraflyttingskommunene opplevde en forgubbing, opplevde vekstkommunene en helt annen alderssammensetning. Bakgrunnen for at de unge flyttet på seg ble begrunnet med bedre arbeidsmuligheter og ønsket om å bo mer sentralt.⁶²

⁵⁶ van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 102.

⁵⁷ van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 103.

⁵⁸ Jf. Brox, *Hva skjer i Nord-Norge?*, (Oslo: Pax, 1966), første bok som var kritisk til den statlige moderniseringspolitikken.

⁵⁹ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 112.

⁶⁰ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 257, 275.

⁶¹ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 112.

⁶² Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 259-260.

Mosjøen var en av stedene som tjente godt på industrifordelene som følge av Nord-Norgesplanen. En sentral faktor til befolkningsveksten i byen var Mosjøen Aluminiumsverk. Aluminiumsverket kom i drift i 1958, og hadde ved oppstart 330 ansatte.⁶³ I tillegg til Elektrokemisk (Elkem) som var hovedeieren, hadde selskapet utenlandsk medeier. Først det sveitsiske firmaet AIGA, også etter noen få år det amerikanske selskapet Alcoa. Uten fordelene fra Nord-Norge planen ville trolig ikke Aluminiumsverket blitt plassert i Mosjøen. For eksempel fikk verket kraft fra Røssåga i Hemnes, til en pris som tilsvarte det det kostet å lage og levere den.⁶⁴ Dette var nok faktorer som gjorde at utenlandske selskaper så på det som gunstig å være med å etablere et aluminiumsverk i Mosjøen.

En annen industribedrift som etablerte seg i Mosjøen i denne perioden var Mosjøen Veveri. Veveriet ble opprettet i 1953, og hadde opp til 200 ansatte. I motsetning til de fleste industrianlegg som ble opprettet, var det ved veveriet flest kvinner som var ansatt.⁶⁵

Helt i slutten av perioden ble kommunene i Vefsnregionen slått sammen som følge av den store kommunereformen. Fra 1963 ble kommunene Vefsn, Mosjøen, Drevja og Elsfjord fusjonert til Vefsn kommune.⁶⁶

Mo i Rana og omegn, 1945-1964

Mo i Rana var kanskje den byen hvor den statsledet moderniseringen var aller mest utpreget. I etterkrigsperioden økte befolkningen i Mo i Rana betraktelig. I 1946 bodde det ikke mer enn 3150 innbyggere i byen. Dette økte til 5800 innbygger i 1950, før vi kan se et stort hopp til 13954 innbyggere i 1960.⁶⁷ Dette skyldes at Stortinget i 1946 vedtok at Norsk Jernverk skulle legges til byen. Jernverket var i full produksjon fra år 1955.⁶⁸

Denne befolkningsøkningen gjorde at det var sterkt boligbehov på Mo. Jernverket selv sto bak utbyggingen av en rekke blokker som skulle sørge for at arbeiderne hadde en plass å bo.⁶⁹ Det at et selskap selv sørget for at arbeiderne hadde boliger er et kjennetegn i J.D. Porteous sin teori om *Company town*. Uten å gå for dypt inn i denne teorien kan det nevnes at Rana-samfunnet hadde enkelte av kjennetegnene til en *Company town*. Da spesielt med tanke på

⁶³ Pedersen, *Til Verket* (Mosjøen: Elkem aluminium, 1997), 123.

⁶⁴ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 233.

⁶⁵ Pedersen, *Til Verket* (Mosjøen: Elkem aluminium, 1997), 17.

⁶⁶ Forskrift 16. juni 1961, nr. 13 Forskrift om sammenslåing av Vefsn, Drevja, Mosjøen og Elsfjord kommuner, Nordland <https://lovdata.no/forskrift/1961-06-16-13>; Helle, «Byen som historisk fenomen», 437-445.

⁶⁷ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 112.

⁶⁸ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 277.

⁶⁹ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 346-347.

boligbygging for arbeiderne.⁷⁰ Det dette viser er at Jernverket var en viktig bidragsyter for byutviklingen, og ikke bare arbeidsplasser. Jernverket skal til og med ha betalt lønna til kommuneansatte i Mo på slutten av 1940-tallet.⁷¹

Et firma som alt var etablert på Mo som også ble sentral for Jernverket var gruveselskapet Rana Gruber. Dette ble i ettertid integrert i Jernverket. På 60-tallet hadde Rana-området nok en vekstperiode. Dette kan ses i sammenheng med at den statlige bedriften Norsk Koksverk AS ble etablert i Rana. Det ble vedtatt i 1961, og var klar til produksjon i 1964. Mo i Rana ble som følge av Jernverket og Koksverket Nord-Norges største industriby.⁷²

Den store kommunereformasjonen endret også kommunegrense i Rana-området. Det ble i 1961 bestemt at Mo og Nord-Rana skulle sammenslåes til en kommune. Sjøna som var en del av Nesna kommune, og de delene av Sør-Rana som lå nord for Ranfjorden skulle også inngå i denne kommunen. Dette tredde ikke i kraft før helt i slutten av denne perioden, og i 1964 var Rana kommune et faktum.⁷³

Samferdselstilbud på Helgeland 1945-1964

Det fantes usammenhengende veistykker langs Helgelandskysten den første tiden etter krigen. Etter andre verdenskrig sørget flere ferjesamband for å knytte veistrekningene sammen. Ferjene gjorde også slik at de som bodde ute på øyene ble inkludert. Blant annet ble det opprettet ferje fra Dønna og Vega til veinettet på Helgelandskysten på midten av 1950-årene. Riksveien mellom Nesna og Mo ble også ferdigstilt. Det var likevel først i tiden etter 1960 som kan kalles «den store veiutbyggings epoken», da i sammenheng med massebilismen sitt gjennombrudd.⁷⁴

2.3 Den generelle utviklingen av Helgeland, 1964-2002

Periodiseringen for oppgaven er bestemt ut fra tema som er sykehusene. Det vil ikke være like naturlig å dele den generelle utviklingen på Helgeland etter de samme bruddene. Derfor vil utviklingen av de ulike sykehusbyene og deres omland fra 1964 til 2002 bli gjennomgått

⁷⁰ Porteous, «The nature of the company town», 131.

⁷¹ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 309.

⁷² Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 279, 380; Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 112.

⁷³ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 373.

⁷⁴ van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 72; Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 319; Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 244.

under ett. Da det ikke har vært et naturlig brudd ved år 1980 i de tre sykehusbyene på Helgeland.

Sandnessjøen og Helgelandskysten 1964-2002

Som følge av kommunerevisjonen på 1960-tallet ble Sandnessjøen kommune, Alstahaug kommune og Tjøtta kommune sammensluttet til én kommune fra 1. januar 1965. Da under navnet Alstahaug kommune.⁷⁵

Ovenfor ble det nevnt at Vega-ordføreren hadde uttalt at ressursene langs kysten ble oversett av politikerne som skulle modernisere Nord-Norge. Det kom til å endre seg etter hvert. En næring som det ble investert i fra 80-tallet var oppdrettsnæringen. Alt på 1970-tallet hadde noen få pionerer startet med oppdrettsfisk på Helgeland. Blant annet på Herøy og Lovund. Næringen vokste utover 80-tallet. Det ble innført konsesjonsregler i 1981 som sørget for at næringen skulle være basert på små enheter med lokalt eierskap. Tanken var at det skulle gi mindre steder arbeidsplasser, og at det ville sørge for å bevare bosetningen i utsatte kystsamfunn. På slutten av 80-tallet opplevde næringen flere kriser. Det var sykdommer på fisken, markedet var mettet, og prisen på opprettfisken begynte å synke. Det hele toppet seg i 1991 da USA innførte skatt på norsk laks. Det resulterte i at flere av oppdrettene gikk konkurs. I 1991 ble kravet om lokalt eierskap opphevet. Det gjorde at det ble færre eiere og større enheter. Det ble etablert noen mellomstore selskaper på Helgeland. Blant annet på Lovund og i Brønnøy.⁷⁶

I 1973 ble det vedtatt å etablere Statens industriverkstedsanlegg (SIVA) i Sandnessjøen. Det betydde 750 arbeidsplasser for lokalsamfunnet. Bakgrunnen for etableringen var en annen næring som fikk mer oppmerksomhet fra og med 70-tallet. Nærmere bestemt olje- og gassnæringen.⁷⁷ I 1973 ble oljeplassbasen Artic Circle Oil etablert i Sandnessjøen, men selskapet gikk fort konkurs. En storsatsning var selskapet Nordland Offshore som ble stiftet i 1974. Nordland Offshore produserte utstyr for offshoreindustrien og hadde omtrent 300 ansatte. Selskapet gikk konkurs flere ganger, men gjenoppsto under nye navn. Da Trænabanken ble åpnet for prøveboring i 1983 ble Sandnessjøen valgt som forsyningsbase. Oljevirkosighetene ble påvirket av oljeprisfallet i 1986, og at leteaktiviteten ble nedtrappet.

⁷⁵ Forskrift 12. juni 1964, nr. 4 Forskrift om sammenslåing av kommuner, Alstahaug, Herøy, Tjøtta, Vega og Sandnessjøen kommuner i Nordland <https://lovdata.no/dokument/LF/forskrift/1964-06-12-4>

⁷⁶ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 335-338.

⁷⁷ Jøsevold, *Sandnessjøen Jern og Metall 50 år* (Mosjøen: Helgeland Arbeiderblad, 1988), s. 99; Wahl, *Konsekvenser av SIVA-etableringen i Sandnessjøen* (Bodø: Nordland Distriktshøgskole, 1975), 1.

Det gjorde at Nord-Offshore, tidligere Nordland Offshore, ble avviklet for godt i 1988. Prøveboringen på Trænabanken ble heller ikke noen braksuksess. Oljeeventyret tok likevel ikke slutt for Sandnessjøen. På slutten av 1990-tallet ble det igjen satset på olje- og gass utenfor Helgelandskysten. Først med oljefeltet Norne, og etter hvert også Skarv. Noe som fikk ringvirkninger for de oljerelaterte bedriftene i Sandnessjøen.⁷⁸

På 1970-tallet samtidig som folketallet i innlandsbyene stagnerte, var det en befolkningsøkning i Sandnessjøen. Fram til 1980 økte befolkningen i Sandnessjøen til 5335. Det hadde nok sammenheng med offshore-satsningen nevnt ovenfor. Imellom 1980 til 1990 var det en liten befolkningsnedgang i Sandnessjøen, før tallet igjen økte fram til år 2000. Da bodde det 5594 i byen.⁷⁹ Disse tallene samsvarer med utviklingen av oljevirkksomhetene i byen.

Mosjøen, 1964-2002

På 60-tallet opplevde Mosjøen en formidabel vekst, og ved inngangen av 1970-tallet var innbyggertallet oppe i 9341. Fra 1970-tallet flatet innbyggertallet ut, og holdt seg stabilt på rett over 9000 innbyggere fram til år 2000.⁸⁰

I motsetning til de fleste andre industristeder klarte Mosjøen seg godt gjennom krisene på 70- og 80-tallet. Økt konkurranse fra lavkostnadsland og konjunkturer hadde større påvirkning i nabobyen Mo i Rana. Aluminiumsverket ble modernisert med nye ovner og støperi, noe som gjorde driften mer effektiv. Følgende ble at arbeidsstokken ble noe redusert, men verket klarte på den måten å holde seg konkurransedyktig.⁸¹ Det at aluminiumsverket ikke ble nevneverdig påvirket av den internasjonale konkurransen var nok med på å holde befolkningstallet stabilt.

Mo i Rana, 1964-2002

I 1964 startet produksjonen ved Norsk Koksverk AS. Koksverket var nok en statelig industribedrift som ble etablert i Rana.⁸² Koksverket, sammen med Jernverket, sørget for en rekke arbeidsplasser. Det gjorde at befolkningen i Rana fortsatte å øke. Ved inngangen av 70-tallet var befolkningstallet oppe i 21033 innbyggere. Noe som var en stor økning fra 13954

⁷⁸ Arbo & Hersoug, *Oljevirkksomhetens inntog i nord* (Oslo: Gyldendal akademisk, 2010), 22, 28, 85, 87, 98, 103, 173, 174; Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 340-342.

⁷⁹ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 112.

⁸⁰ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 112.

⁸¹ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 333.

⁸² Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 380.

innbyggere som det var i år 1960. Fra slutten på andre verdenskrig og fram til dette punkt hadde befolkningsveksten for byen vært bemerkningsverdig stor. Dette avtok fra 70-tallet. Forklaringer på stagnasjonen kan kobles opp til den økende konkurransen fra lavkostnadsland og endrede økonomiske konjunkturer som påvirket utviklingen av industribyene.⁸³

Fra 1980 til 1990 opplevde Mo i Rana nok en befolkningsnedgang, fra 20738 til 19298 innbyggere.⁸⁴ Slottemo har beskrevet 80-tallet som lokalsamfunnet på Mo sin tyngste tid. På grunn av stålkrisen i starten av 80-tallet begynte Jernverket å slite økonomisk. Det gjorde at bedriften måtte nedbemannes, og som følge av det økte arbeidsledigheten i kommunen. Denne trenden snudde ikke, og i 1988 vedtok staten at både Koksverket og store deler av Jernverket skulle legges ned.⁸⁵

Rana-samfunnet måtte på grunn av nedleggelsene gjennom en omstilling. Rana sin kobling til statsmakten var fortsatt sterk, og for å kompensere for de tapte arbeidsplassene fikk byen en omstillingspakke. Den såkalte Rana-pakken. Omstillingen innebar blant annet at statlige bedrifter ble flyttet eller nyetablert i kommunen. Nasjonalbiblioteket fikk egen avdeling i Rana, i tillegg ble Statens innkrevingsentral og NRKs lisensavdeling viktige arbeidsplasser for lokalsamfunnet. Rana ble med det ikke lenger et like homogent industrisamfunn. Industrien tok likevel ikke helt slutt. Den tidligere jernverkstomten ble overtatt av Mo Industripark AS. Det store anlegget ble så fordelt mellom flere industribedrifter.⁸⁶ Omstillingspakken gjorde at arbeidsledigheten i Rana ikke ble så ille som fryktet etter nedleggelsen.⁸⁷ Vi kan til og med se at Mo i Rana opplevde en liten befolkningsvekst mellom 1990- og 2000-tallet, fra 19298 til 19601 innbyggere.⁸⁸

Samferdselstilbud på Helgeland 1965-2002

Satsningen på veiutbygging fra 1960-tallet sørget for at stadig flere veier ble asfaltert. Fra 70-tallet startet arbeidet med å erstatte flere av ferjestrekningene langs veinettet med bruer og tunneler.⁸⁹

⁸³ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 116.

⁸⁴ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 112.

⁸⁵ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 461, 490, 491.

⁸⁶ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 499-501.

⁸⁷ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 503.

⁸⁸ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 112.

⁸⁹ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 244.

Den store veiutbyggingen gjorde at rutefarten til sjøs fikk mindre betydning for innlandsbyene. For eksempel la Helgeland Trafikkselskap, tidligere Det Helgelandske Dampskibsselskaps, ned ruten mellom Sandnessjøen og Mo i Rana i 1969. For de som bodde ute på øyene hadde selvsagt båtrutene fortsatt en stor betydning. Fra 1970-tallet ble det opprettet stadig flere hurtigbåter på Helgeland. Noe som gjorde reisetiden for befolkningen kortere.⁹⁰

På tampen av 60-tallet ble det også opprettet flere kortbaneflyplasser på Helgeland. Småflyplasser åpnet i Brønnøysund, Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana. I 1968 startet Widerøe med Helgelandsruta fra Trondheim til Bodø hvor flyene mellomlandet i Helgelandsbyene.⁹¹

Selv om kommunikasjonene ble bedre, var det for mange fortsatt en lang vei til nærmeste sykehus. Det var fortsatt ved overgangen til det 21. århundre mange av befolkningene på øyene som ikke hadde det så enkelt for å komme seg til sykehuset. Først måtte de reise med båt til kysten, og derfra flytte seg videre med bil til sykehuset. Noe som var langt mer krevende enn å bare bli fraktet langs landeveien uten stopp.

⁹⁰ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 244; Hansen, *Det Helgelandske dampskibsselskap* (Sandnessjøen: Helgeland Trafikkselskap, 1996), 1.

⁹¹ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 245.

III – Norsk sykehushistorie

I kapittel 3 vil den generelle utviklingen av det somatiske sykehusvesenet i Norge i perioden 1900 til 2002 bli gjennomgått summarisk. Det er kun tatt med hovedpunkt uten noe inngående drøfting, da dette skal brukes i kontekst til sykehushistorien på Helgeland.

3.1 Norsk sykehushistorie 1900-1945

På starten av 1900-tallet var det ikke mye som kunne minnes med dagens sykehusstilbud. Det var på den andre siden noen endringer som skjedde i samfunnet som gjør at tiden kan ses på som startfasen for det helsevesenet vi har i dag. For det første ble det i 1909 vedtatt statlig syketrygd. Dette vedtaket gjorde at staten ga sykehusene i landet inntekter basert på antall liggedøgn per pasient. Senere ble dette kalt *kurpengesystemet*.⁹²

Tiden var også preget av en sekularisering i landet med et skifte med troen på vitenskap foran religion. Det gjorde at legene sin rolle for folks liv ble sterkere, på bekostning av prestene. Legene sin samfunnsrolle ble med andre ord viktigere enn det hadde vært tidligere. Lokale leger var gjerne pådrivere for etablering av sykehusene. Det var også legen som var den øverste ansvarlige på sykehusene, og de hadde større makt da enn det de har i dag. I tillegg var etableringen av flere sykepleierskoler en sentral endring, og viser til en profesjonalisering innen betjeningen på sykehusene.⁹³

Både økonomisk støtte fra staten, profesjonaliseringen av betjeningen og sekundariseringen av samfunnet, var nok endringer som var sentrale for utbyggingen av sykehusforholdene i landet.

Flere amt hadde før 1900-tallet tatt på seg ansvaret med å etablere sykehus. På starten av 1900-tallet ble flere lokalsykehus etablert. Sykehusene på denne tiden betegnes som *blandede sykehus*, som vil si at sykehusene ikke var delt inn etter avdelinger.⁹⁴

Schiøtz forklarer etableringen av de mange lokalsykehusene med begrepet *velferdslokalisme*. I begrepet *velferdslokalisme* menes det at det var lokalbefolkningen som sørget for å få etablert sykehus til stedet. Det kunne være en lokal lege, frivillige organisasjoner eller andre lokale krefter som samlet inn penger, bygget og drev sykehuset i denne perioden. Dette skjedde gjerne i et samarbeid med enten amt eller kommune. Ekspansjonen i antall sykehus i

⁹² Karlsen, Holand & Moseng, «Sykehuset i tid og rom – fra periferi til sentrum», 18.

⁹³ Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 198, 207.

⁹⁴ Hansen, «Sykehusstruktur i historisk perspektiv», 37.

landet hadde økt fra 45 sykehus i år 1900 til omtrent 300 sykehus i år 1930.⁹⁵ Dette tallet kan nok nyanseres en del da det kan stilles spørsmåltegn ved hva som betegnes som et sykehus. Det var likevel klart at det var en ekspansjon i antall sykehus i landet.

Det at det var lokale krefter som sørget for sykehus hadde også sammenheng med at det ikke var etablert en overordnet plan for sykehusene i landet enda. Det var først i 1934 at Sosialdepartementet tok opp spørsmålet om å få en mer planmessig ordning for sykehusene i hele landet. Det ble sendt ut rundskriv til fylkesmennene hvor det ble bedt om å skaffe opplysninger om alle daværende sykehus og sykehjem i deres representative fylke. Landsplanen for sykehusene ble ikke iverksatt i denne perioden, og vil bli tatt opp igjen i perioden etter andre verdenskrig.

Slutten av denne perioden var påvirket av at landet var okkupert under andre verdenskrig. For sykehusutviklingen ble krigsårene sett på som en tid med stillstand.⁹⁶ Hvorvidt dette var gjeldende for sykehusene på Helgeland tas opp senere i oppgaven.

3.2 Norsk sykeushistorie 1945-1964

Etter andre verdenskrig ble det satset på sykehusene i landet. Dette i sammenheng med utviklingen av velferdsstaten. Målet var at alle skulle ha lik tilgang på velferdstilbud uansett geografisk bosted, økonomi og sosial stand.⁹⁷ Helsepolitikken var en del av etterkrigstiden sin moderniseringspolitikk, og utviklingen var ekstraordinær innen helsevesenet. I 1945 ble Sosialdepartements medisinalkontor lagt inn under Medisinaldirektoratet, og slått sammen til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet ble i tillegg til å være et direktorat, også en del av departementet. Helsedirektøren fikk dermed stor påvirkning på utforming og iverksetting av helsepolitikken. I tillegg ble Statens sykehusråd etablert som et rådgivende organ i arbeidet med å koordinere sykehuspolitikken for landet.⁹⁸ Både opprettelsen av Helsedirektoratet og Statens sykehusråd viser at den offentlige helsepolitikken var mer fremtredenen i denne perioden, enn den forrige.

Det ble nevnt i forrige periode at det allerede i 1934 ble diskutert å få en mer planmessig ordning for alle sykehusene i landet. Det var bakgrunnen for at fylkesmennene hadde fått i oppdrag for å skaffe opplysningene om sykehusforholdene i deres fylke. Disse opplysningene

⁹⁵ Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 196-197.

⁹⁶ Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 198.

⁹⁷ Stugu, *Norsk historie etter 1905* (Oslo: Det norske samlaget, 2012), 202-203.

⁹⁸ Karlsen, «Kampen for et sentralsykehus», 186-188.

var forarbeidet for den samordnete planen for sykehusene i denne perioden. Planen ble kalt *Landsplanen*. I tillegg til en samordnet sykehuspolitikk var også den offentlige økonomien bedre i denne perioden.⁹⁹ Alt lå til rette for utvidelse av sykehustilbudet.

3.3 Norsk sykeushistorie 1964-1980

Som følge av den nye fylkeskommuneloven overtok fylkeskommunene de fleste alminnelige sykehusene i landet fra og med 1. januar 1964. Antall sykehus eid av fylkeskommunene økte ytterligere i 1970 som følge av sykehusloven.¹⁰⁰

I 1969 ble sykehusloven vedtatt, og fra 1970 ble den satt i verk. Sykehusloven skulle sørge for at sykehuspolitikken i landet ble mer samordnet. Loven ga blant annet retningslinjer for hvor mange sykehus det var behov for, for lokalisering og finansiering av sykehusene. Politikken gikk i retning mer sentralisering. Tanken var at større sykehus med et større fagmiljø ville øke kvaliteten på sykehusene. Det ble ikke godt mottatt ute i distriktene. Lokalsamfunn kjempet mot nedleggelse av deres lokalsykehus. Likevel ble 101 somatiske sykehus nedlagt i perioden mellom 1966 til 1979.¹⁰¹

Sykehusene kom ikke unna sentraliseringen, og fra 1970-årene ble det sett på å dele landet inn i helseregioner. Enkelt forklart skulle det innen hver helseregion være regionssykehus, sentralsykehus og lokalsykehus. Det var ikke før i 2002 at helseregionene ble realisert.¹⁰²

3.4 Norsk sykeushistorie 1980-2002

Det økonomiske systemet endret seg på 1980-tallet. Fram til dette punkt var det et finansieringssystem med *kurpenger* som hadde vært gjeldende. Det betydde at sykehusene hadde fått en sum utbetalt fra staten for hvert døgn en pasient var på sykehuset.¹⁰³ Et nytt system kom i 1980 med *rammefinansiering*. Det førte til at hvert enkelt fylke ble tildelt en sum på grunnlag av dets behov for helsetjenester på ulike nivå. Det var så opp til fylkeskommunen å fordele midlene videre til blant annet sykehusene.¹⁰⁴

⁹⁹ Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 198.

¹⁰⁰ Hansen, «Sykehusstruktur i historisk perspektiv», 46-47.

¹⁰¹ Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 200.

¹⁰² Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 202.

¹⁰³ Moseng, «Sykehuset i byens sentrum», 92.

¹⁰⁴ AiN. NFK. Helse- og sosialstyre, sak 132/77 «Framtidig finansiering av helseinstitusjonene». Rammebevilgning»; Karlsen, Holand & Moseng, «Sykehuset i tid og rom – fra periferi til sentrum», 18.

Et sentralt problem var stadig økende ventelister. Det ble stilt krav til sykehusene om å innføre tiltak for å bli mer effektive. Nyliberalismen og New Public Management-ideologien fikk innpass i helsevesenet som ellers i politikken.¹⁰⁵

I 2001 kom helseforetaket reformasjonen som gjorde at Staten fra 2002 overtok eierskap til sykehusene i landet. Da ble landet delt inn i fem regionale helseforetak.¹⁰⁶

¹⁰⁵ Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 202.

¹⁰⁶ Holand, «Fra sentralsykehus til helseforetak», 296-297.

IV – Sykehushistorie på Helgeland 1900-1945

4.1 Utgangspunktet for perioden

I 1900 da denne perioden starter var det ett sykehus på Helgeland. Det var eid av fylkeskommunen. Sykehuset lå plassert på Søvik i Alstahaug kommune. Søvik sykehus lå omtrent 16 km sørvest for Sandnessjøen. For å forstå utgangspunktet for perioden er det behov for en kort oppsummering av sykehushistorien til Helgeland også før år 1900.

Første gang det ble vurdert å bygge et sykehus på Helgeland var på slutten av 1700-tallet. Dette skjedde i forbindelse med at amtsmannen i Nordland, Joachim de Knagenhielm, vurderte muligheten for å få etablert et sykehus i Nordland. Rødøy som lå nord og langs kysten på Helgeland, ble sett på som den mest aktuelle plasseringen av amtsmannen. Begrunnelsen var at Helgeland på denne tiden var den mest folkerike delen av Nordland. Siden det var smittsomme sykdommer som var det mest utpregede problemet for samfunnet, var det forståelig at det ble sett på som gunstig å plassere et sykehus i det mest folkerike området. Likevel ble det i 1794 bestemt at Nordland sitt første sykehus skulle plasseres i Bodøsjøen. Bodøsjøen var et mer naturlig midtpunkt for amtet. I begrunnelsen for plasseringen ble det lagt vekt på at sykehuset også skulle dekke befolkningen fra Vesterålen og Lofoten.¹⁰⁷

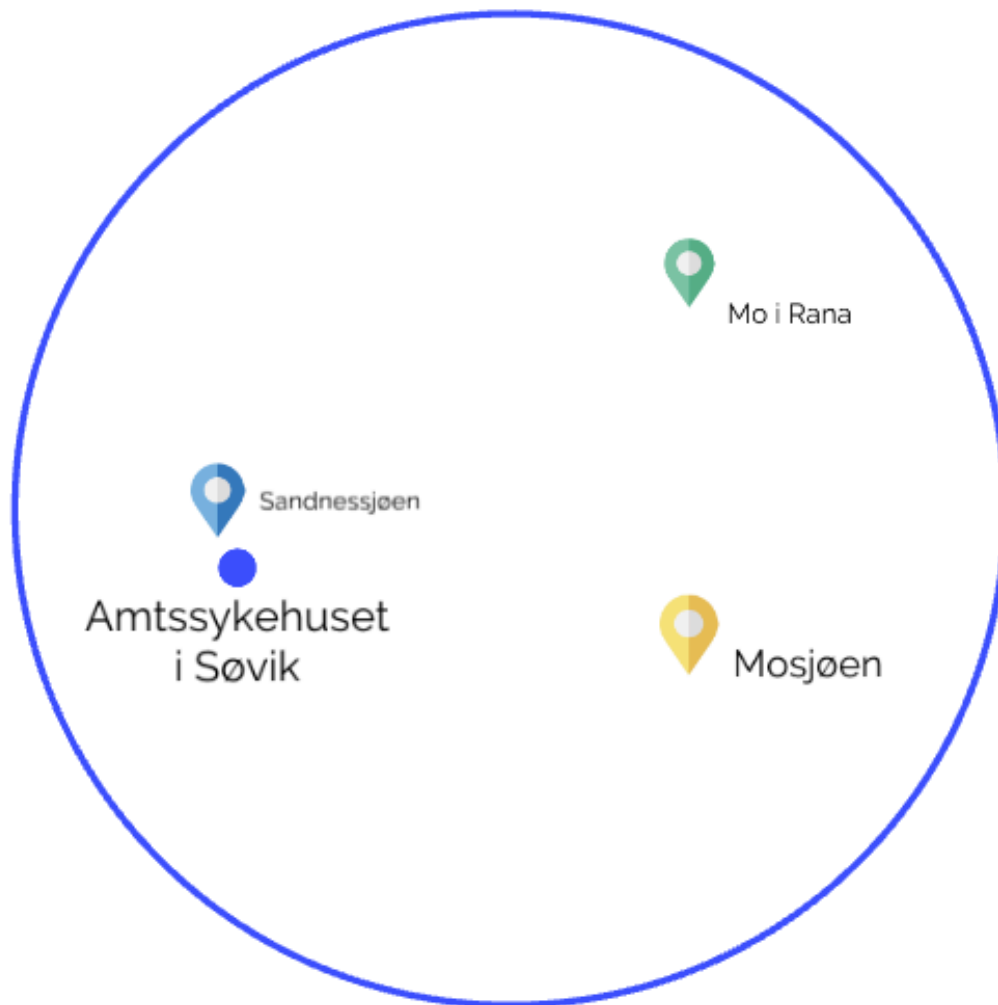
I 1795 flyttet legen Johan Winter til Bodø og ble ansatt som distriktslege i Nordland amt. Distriktsleger var ansatt av staten, og hadde ansvaret for hvert sitt distrikt.¹⁰⁸ Selv om det var et nyetablert sykehus i Bodøsjøen, valgte Winter å flytte til Helgeland i 1810. Han bosatte seg på Skei ved Alstahaug. Der fortsatte han sitt virke som distriktslege. I mangel på sykestue behandlet han pasientene på gården sin. Da Winter gikk av med pensjon i 1843 ble det opprettet en ny sykestue på gården Skjeggenes, som lå enda nærmere Alstahaug. Den skal ha vært lite egnet, og 20 år senere i 1865 ble det etablert et nytt sykehus på Søvik like ved Alstahaug kirke.¹⁰⁹ Søvik var da den største sykehusgården i Nord-Norge. Amtssykehuset på Helgeland i Søvik hadde 36 sengeplasser da det åpnet i 1865, og skal ha hatt den medisinske standarden som kunne forventes på denne tiden. Det at sykehusene ble etablert på gårdsbruk

¹⁰⁷ Karlsen, Holand & Moseng, «Sykehuset i tid og rom – fra periferi til sentrum», 32, 33, 38, 39.

¹⁰⁸ Karlsen, Holand & Moseng, «Sykehuset i tid og rom – fra periferi til sentrum», 45; Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 298-300.

¹⁰⁹ Moseng, «Sykehuset i byens sentrum», 76.

var ikke uvanlig i Nord-Norge på 1800-tallet.¹¹⁰ Dette var sykehuset som var gjeldende for befolkningen på Helgeland i år 1900.



Illustrasjon 1: Enkel fremstilling av sykehuskartet på Helgeland ved år 1900. Amtssykehuset i Søvik markert med blå punkt. Blå sirkel illustrerer omlandet, som ved år 1900 var hele Helgeland.

4.2 Helsepolitikk i fylket, 1900-1945

Som nevnt i den generelle utviklingen var det ikke en samordnet plan for sykehusene i landet før etter andre verdenskrig. Nordland amt hadde ved inngangen av 1900-tallet ansvaret for sykehusene i Søvik, Bodø, Gravdal og Stokmarknes. Sykehusstrukturen for fylket ble diskutert i amtstinget på starten av 1900-tallet. Det ble blant annet sett på å kutte ned på antall amtssykehus.¹¹¹ Hva de kom fram til, og hvordan dette påvirket amtssykehuset på Helgeland,

¹¹⁰ Elstad & Hamran, *Sykdom* (Bergen: Fagbokforlaget, 2006), 91.

¹¹¹ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 148-151.

blir sett på i denne perioden.

Tabell 2 - Helgelandssykehusene 1900-1944. Antall sykesenger

	1900	1926	1944
Søvik/Sandnessjøen sykehus	36 sengeplasser	75 sengeplasser	130 sengeplasser
Mosjøen og Vefsn sykehus		14 sengeplasser	20 sengeplasser
Mo og Nord-Rana Sanitetsforeningens sykehus (åpnet i 1942).			29 sengeplasser

Kilde: Elstad & Hamran, *Sykdom* (Bergen: Fagbokforlaget, 2006), 91; Sunnhetstilstand og medisinalforhold 1926, 36; Sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1945 og sammendragstabeller 1941-1945, 193.

Tabellen ovenfor illustrerer hvordan sykehusstilbudet var på Helgeland i løpet av perioden med antall sengeplasser. Som vi kan se i tabellen over var det amtssykehuset i Søvik og deretter Sandnessjøen som naturlig nok hadde flest sengeplasser i denne perioden. Mo hadde ikke eget sykehus før i 1942, og er dermed ikke med i statistikken før det. Både sykehuset i Mosjøen og fylkessykehuset hadde en økning i antall sengeplasser i løpet av perioden.

4.3 Fra Søvik til Sandnessjøen

Utgangspunktet for denne perioden var at det i 1865 ble åpnet et amtssykehus i Søvik. På den tiden var Søvik sykehus sin beliggenhet gunstig på grunn av dampskipanløpet Søvik. Dette endret seg imidlertid i løpet av denne perioden da Sandnessjøen tok over som kommunikasjonsknutepunkt. Sandnessjøen hadde vokst i innbyggertall, samtidig som det var blitt sentralstasjon for det Helgelandske dampskibsselskap. I tillegg hadde det blitt anløpssted til Hurtigruta. Sandnessjøen hadde med andre ord utviklet seg til å bli et sentralsted, og med det kunne Søvik sin beliggenhet betraktes som mer avsidesliggende. Det skjedde med andre ord en endring hvor Sandnessjøen overtok funksjonen fra Søvik, som det mest sentrale stedet for omlandet rundt. For å frakte pasienter den 16 km lange veien fra Sandnessjøen til Søvik sykehus benyttet de i starten av 1900-tallet hesteskyss. Dette ble så erstattet med bilruter som

gikk mellom Sandnessjøen og Søvik. Denne endringen med Sandnessjøen som sentrum for båttrafikken på Helgeland gjorde at det ble aktuelt å diskutere å flytte sykehuset dit.¹¹²

Denne mulige flyttingen ble påvirket av diskusjonen som foregikk i amtstinget om sykehusstrukturen. Det var på starten av 1900-tallet en diskusjon om å redusere antall amtssykehus. Da for å spare penger. Søvik sykehus ble sett på som en aktuell kandidat for nedleggelse. I 1909 la Amtstingets komite for medisinalsaker fram forslag om å heller satse på ett stort sykehus i Bodø. I tillegg ble det vurdert om det kanskje var behov for et til sykehus nord for Vestfjorden. Amtstinget kom imidlertid ikke fram til noe enighet om ett eller to sykehus, og det ble også gjort et overslag som viste at færre sykehus ikke nødvendigvis ga lavere utgifter. Det var ikke før i 1916 at amtstinget vedtok en ny plan for sykehusene i Nordland.¹¹³ Da hadde amtslegen, medisinkassereren og et medlem av amtets medisinalkomite gjennomført en inspeksjon over sykehusene i Nordland. De foreslo blant annet at sykehuset på Søvik burde flyttes til Sandnessjøen. Det å satse på ett sentralsykehus var ikke aktuelt i Nordland. Det ble begrunnet med de geografiske forholdene, med lange avstander som det var i Nordland. Sykehusløsningen endte på særskilte sykehus for nordlig, midtre og sørlig del av amtet. Sykehuset i Bodø skulle derimot være det største, og skulle ha tilbud om spesialistbehandling.¹¹⁴

Med det startet planleggingen av flyttingen av sykehuset fra Søvik til Sandnessjøen. Selv om tomten for det nye sykehuset var bestemt, tok det lang tid før sykehuset sto klart. På grunn av dyrtiden var det først bare grunnarbeidet og grunnmuren som skulle utføres. Selve bygningen skulle ventes med til billigere tider. Komiteen som hadde ansvaret for sykehusbyggingen, var derimot i tvil om det kunne la vente på seg. Det ble stadig større behov for sykehusplass og dyrtiden så ut til å vare lenge. Løsningen ble å fortsette byggingen, men med hensyn til fylkeskommunens økonomi. Sykehuskomiteen fastslo å bygge i tempoet én etasje per år.¹¹⁵

Sykehuset sto ferdig og klar for overtakelse til Nordland fylkeskommune i 1926, samtidig som et nytt sykehus i Bodø i 1927. Det tok altså 10 år fra det ble vedtatt at det skulle bygges sykehus i Sandnessjøen til det ble ferdigstilt. Sykehuset i Sandnessjøen hadde da 75

¹¹² Bakke, *Amtssykehusene på Helgeland 1790-1931* (Sandnessjøen: G. & K. Gyldenhammers Boktrykkeri, 1932), 17, 18, 24, 25.

¹¹³ Moseng, «Sykehuset i byens sentrum», 92.

¹¹⁴ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 148-152.

¹¹⁵ Bakke, *Amtssykehusene på Helgeland 1790-1931* (Sandnessjøen: G. & K. Gyldenhammers Boktrykkeri), 1932), 39, 42, 43.

sengeplasser, to operasjonssaler, røntgenavdeling, kontorer og laboratorium.¹¹⁶ Det nye sykehuset var en klar oppgradering fra Søvik sykehus. Sykehuset i 1926 kategoriseres som et «blandet sykehus», noe alle sykehus i Nord-Norge var før andre verdenskrig. Et blandet sykehus vil si at det ikke var delt inn i kirurgiske og medisinske avdelinger. Det var kun vanlig ved noen få av de større sykehusene i landet på denne tiden.¹¹⁷

Kort tid etter sykehuset i Sandnessjøen åpnet ble det behov for flere sengeplasser. I 1931 ble løsningen at betjeningen måtte leie seg rom utenfor sykehuset for å gi plass til flere pasienter.¹¹⁸ Det ble derfor vedtatt å oppføre en søsterbolig ved Sandnessjøen sykehus.¹¹⁹ Søsterhjemmet i Sandnessjøen ble tatt i bruk i 1939.¹²⁰ Det var vanlig på denne tiden at betjeningen bodde på sykehuset eller i søster- eller legeboliger like ved. Det gjorde at betjeningen var lett tilgjengelig om det var behov for dem.¹²¹ Det hadde vært interessant å sett på også dette aspektet av sykehuslivet, men det er det ikke viet plass til i denne oppgaven.

4.4 Sykestuer på Helgeland

Fylkessykehuset i Sandnessjøen var det eneste på Helgeland som kunne betegnes som et faktisk sykehus. I tillegg til fylkessykehuset fantes det flere enkle sykestuer rundt om på Helgeland. Flere av disse hadde likevel sykehus i navnet sitt.

Sykestuer langs Helgelandskysten

Unikt for landsdelen var de mange sykestuene som ble opprettet langs kysten som følge av fiskenæringa. Dette var klart mest utpreget i Lofoten, men også Helgeland hadde fiskersykehus som var åpent under sesongfiske. En av de skal ha vært på Åsvær utenfor Dønna.¹²²

Underveis i perioden ble det opprettet flere sykestuer som også holdt åpent utenom fiskesesongen langs Helgelandskysten. I boken *Sykehusene i Norge* fra 1941 ble det gitt en

¹¹⁶ Bakke, *Amtssykehusene på Helgeland 1790-1931* (Sandnessjøen: G. & K. Gyldenhammers Boktrykkeri, 1932), 47; Moseng, «Sykehuset i byens sentrum», 93.

¹¹⁷ Elstad & Hamran, *Sykdom* (Bergen: Fagbokforlaget, 2006), 371.

¹¹⁸ Bakke, *Amtssykehusene på Helgeland 1790-1931* (Sandnessjøen: G. & K. Gyldenhammers Boktrykkeri, 1932), 46, 49.

¹¹⁹ Bu, *Sykehusene i Norge* (Medisnaldirektoratet, 1941), 105.

¹²⁰ Helgelandssykehuset, «Historikk, sykehuset i Sandnessjøen».

¹²¹ Moseng, «Granittpalasset ved Rensåsen – sykehuset i krig», 99.

¹²² Elstad & Hamran, *Sykdom* (Bergen: Fagbokforlaget, 2006), 122.

oversikt over de ulike sykehusene og sykestuene i hvert fylke. For Helgelandskysten var det sykestuer på Vega, Brønnøysund og Nesna da denne tabellen ble utarbeidet.¹²³ Både i Brønnøysund og på Nesna skal de lokale sanitetsforeningene ha vært sentrale pådragsgivere for å få sykestuer til stedet.¹²⁴ Sykestuer basert på frivillig basis som sanitetsforeninger blir forklart nærmere senere i denne oppgaven.

Behovet for mindre sykestuer kan ses i sammenheng med de lange reiseavstandene. Distriktslegen i Vega så på det som et problem at det ikke fantes sykkelugarer i rutebåtene. Dette var et problem da det kunne ta 16-18 timer i transportere de syke til fylkessykehuset i Sandnessjøen.¹²⁵

Velferdslokalisme i Mosjøen

Etableringen av et sykehus for Mosjøen og Vefsn ble diskutert i lokalmiljøet på slutten av 1800-tallet. Det hadde vært oppe til diskusjon i kommunestyrene i Vefsn og Mosjøen, men det ble ikke vedtatt noe den gang. Det var først da lokalbefolkningen selv engasjerte seg at det ble en realitet. I en artikkel publisert 16. mars 1898 i *Nordlands Folkeblad* hadde 13 sentrale menn fra området, og én distriktslege, tegnet et opprop. Oppropet handlet om å sette i gang pengeinnsamlinger for et mindre sykehus for området. Dette sykehuset skulle opprettes som en stiftelse basert på privat initiativ, og ikke under offentligheten.¹²⁶

Behovet for sykehus blir ikke direkte forklart i boken *Vefsn sykehus i 100 år*. Det at det var langt å reise til Søvik sykehus blir nevnt med en enkelthendelse. I tillegg blir sykehuset sin funksjon beskrevet som et mulig stoppested på vei til Søvik sykehus.¹²⁷ Vi vet også fra tidligere at Mosjøen var den største byen på Helgeland ved starten av 1900-tallet, og at det også var vekst i området rundt. Med det kan en kanskje konkludere med at det var en kombinasjon av økt befolkning og lang reisevei til amtssykehuset som var bakgrunnen for ønsket om et mindre sykehus for befolkningen.

Det ble holdt innsamlinger for å skaffe de midlene som trengtes for å bygge sykehuset. Både privatpersoner og bedrifter bidro. Vefsn Sparebank og Mosjøen Brennvinnssamlag blir nevnt som to viktige bidragsytere for å få finansiert bygget. I tillegg trekkes en rekke basarer holdt

¹²³ Bu, *Sykehusene i Norge* (Medisnaldirektoratet, 1941), 32-33.

¹²⁴ Elstad & Hamran, *Sykdom* (Bergen: Fagbokforlaget, 2006), 307.

¹²⁵ Bu, *Sykehusene i Norge* (Medisnaldirektoratet, 1941), 101.

¹²⁶ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 6-7.

¹²⁷ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 6-7.

for sykehuset fram som viktige bidrag. Med det hadde de samlet inn nok penger til å kunne starte byggingen. Planleggingen av bygget skjedde i vinteren 1899/1900, og det ble bestemt av huset skulle oppføres i *Chr. Qvales gate* i Mosjøen sentrum.¹²⁸

Bygget sto ferdig i starten av 1902 med sykestuer som skal ha hatt plass til omtrent 20 senger ifølge avisen Helgelands tidene. Sykehuset hadde også kontor, operasjonsstue, kjøkken og værelse for personell. Selv om bygget sto ferdig, var ikke nødvendig utstyr på plass. Året gikk på å skaffe seg dette utstyret, samt å finne ordninger for den generelle driften, og å få innlagt vann. I januar i 1903 ble *Mosjøen og Vefsn sykehus* satt i drift, og tok imot sine første pasienter. Sykestuen skulle betjene befolkningen i kommunene Mosjøen, Vefsn og Hattfjelldal.¹²⁹ Selv om navnet tilsier at dette var et sykehus, var det i realiteten ikke snakk om noe annet enn en sykestue.

Styret som hadde ansvaret for driften bestod av 6 personer hvor Mosjøen kommune, Vefsn kommune, Vefsn Sparebank og Mosjøen Brennevinssamlag hadde hver sin representant. De to siste valgte generalforsamlingen. Det vil si bidragsyterne for sykehuset. For å kunne drive sykehuset trengtes det finansieringer. Pasientbetaling, bidrag fra Mosjøen og Vefsn kommune, samt fra Sparebanken og Brennevinssamlaget sørget for at det var økonomi til driften av sykehuset.¹³⁰

Siden 1879 hadde Mosjøen hatt sin egen bylege. Det var han som var ansatt i denne stillingen som hadde ansvaret for den medisinfaglige driften av sykehuset. Det vil si fra 1903 til enden av denne perioden. Det var også innslag av kortere perioder hvor det var distriktslegen i Vefsn som hadde ansvaret. I tillegg til legen var det ansatt en diakonisse og en tjenestejente. I løpet av perioden økte betjeningen med én til sykepleierske, og 2-3 tjenestepiker. Ferdighetene til betjeningen påvirket i hvor stor grad det ble utført operasjoner på sykehuset. Det hadde vært et ønske om å få ansatt en operasjonssøster, men det ble det ikke bevilget penger til. Alt som nevnes om mulig operasjoner på sykehuset er at det hadde blitt gjennomført noe «småkirurgi».¹³¹ Det at betjeningen var i så liten skala som det var, og at det kun ble foretatt såkalt småkirurgi, er nok til å ikke kunne betegne denne sykestuen som et sykehus. Skulle det

¹²⁸ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 9-11.

¹²⁹ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 11.

¹³⁰ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 12-14.

¹³¹ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 9, 12.

behandling til måtte befolkningen fra Vefsn-området fortsatt reise til sykehuset i Søvik og etter hvert Sandnessjøen.

Mosjøen og Vefsn sykehus er et godt eksempel på hvordan lokale krefter arbeidet frem velferdsgode for innbyggerne sine. Allerede nevnt tidligere var velferdslokalisme et særegent for denne perioden, hvor flere slike lokalsykehus ble etablert som følge av lokale krefter.¹³²

Verftsykestuene i Rana-distriktet

De første sykestuene i Rana-området kom i forbindelse med gruvedriftene rundt århundreskiftet. Som gruvearbeider var risikoen stor for å havne i ulykker, og overgangen til gruveindustrien gjorde at det kom flere verkssykestuer i Nord-Norge i denne perioden. Blant annet i Sulitjelma. Båsmo Gruber sin sykestue var i drift fra 1898 til en gang rundt år 1900. Båsmoen lå i Nord-Rana kommune. Dunderlandskompaniet sin sykestue var i drift fra 1898, og lagt ned i 1908.¹³³ Dunderland lå også i Nord-Rana kommune. I retning nordover, opp mot Saltfjellet.

Selv om Jakobsen i jubileumsboken til Rana sykehus valgte å nevne disse verftsykestuene som begynnelsen på sykehusstilbudet for befolkningen i Rana, var det i særdeles liten skala. For det første var både Båsmoen og spesielt Dunderland avsidesliggende i forhold til byen. Det var også i all hovedsak de ansatte og deres familie som sykestuene var tiltenkt til. Likevel skal lokalbefolkningen ha fått hjelp i nødsituasjoner. Her som i Mosjøen blir det nevnt av det bare ble utført enkelte småoperasjoner, som for eksempel bruddskader.¹³⁴

De lokale sanitetsforeningene

Lokale sanitetsforeninger var viktige pådrivere for å gi lokalbefolkningen ved små tettsteder sykestuer. Det ser vi også på Helgeland. Allerede nevnt er sykestuene i Nesna og Brønnøysund langs kysten. På Hemnesberget åpnet sanitetsforeningen først en sykestue med 4 senger i 1929. Etter nesten 10 års drift åpnet de en større sykestue. Den ble åpnet i 1938 og hadde 18 sykesenger.

¹³² Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 196.

¹³³ Elstad & Hamran, *Sykdom* (Bergen: Fagbokforlaget, 2006), 122.

¹³⁴ Jacobsen, T., *Fra snepert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001), 16.

Sanitetsforeningen på Mo sørget også etter hvert for at Mo skulle få sin første sykestue. Foreningen skal ha vært inne på tanken om å planlegge en sykestue allerede i 1910. På grunn av tidens sykdomsbilde ble det heller prioritert å åpne et tuberkulosehjem. *Mo og Nord-Rana sanitetsforening tuberkulosehjem* åpnet dørene i 1920. Tuberkulosehjemmet skal ha hatt noen sengeplasser som var forbeholdt alminnelige syke, men det var i all hovedsak for tuberkulosepasienter.¹³⁵

Behovet for et eget sykehus på Mo ble sterkere i slutten av denne perioden. Befolkningstallet på Mo hadde økt som følge av blant annet anleggsarbeidet med jernbanen rundt 1940-tallet. Som nevnt tidligere overtok Mo posisjonen som Helgelands største by under andre verdenskrig. Under krigsårene kom også flere alvorlige sykdommer. Tuberkulosen hadde blusset opp igjen, i tillegg til sykdommene poliomyelitt, dysenteri og difteri. Det var fortsatt fylkessykehuset i Sandnessjøen som hadde ansvaret alene for befolkningen på Helgeland. Jacobsen har i sin bok om sykehusforholdene på Mo beskrevet reisen til Sandnessjøen som lystbetont. Reisen til Sandnessjøen foregikk enten med lokalbåt, eller med skøyte.¹³⁶

Reiseveien til fylkessykehuset ble som nevnt også sett på som et problem da det ble opprettet en sykestue i Mosjøen helt på starten av perioden. Dette stemmer overens med fylkeslegen sine uttalelser om forholdene. Fylkeslegen for Nordland beskrev kommunikasjonsforholdene til sykehuset langs sjøen som bra. Derimot ble det sett på som et problem at det enda manglet veiforbindelse fra distriktene Vefsn og Rana til fylkessykehuset i Sandnessjøen.¹³⁷

Mo Sanitetsforeningen startet arbeidet med å få et eget sykehus til Mo tidlig på 40-tallet, og selv i en tid med krig og vareknapphet klarte de å finansiere utbyggingen og utstyr. 1. juni 1942 åpnet sykehuset. Sykehuset gikk under navnet *Mo og Nord-Rana Sanitetsforenings sykehus* i noen år før det i senere tid endret navn til *Sanitetsforenings sykehus, Mo i Rana*.¹³⁸ Sykehuset hadde da 24 sengeplasser, og egen operasjonssal. I tillegg var det utstyrt med røntgenanlegg.¹³⁹

Akkurat som *Mosjøen og Vefsn sykehus* viser etableringen av dette sykehuset til velferdslokalisme. Det siden det var lokale krefter som arbeidet fram velferdsgoder for innbyggerne også der. Forskjellen er derimot at sykehuset i Mosjøen ble reist som følge av

¹³⁵ Jacobsen, T., *Fra sneppert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001), 23-25.

¹³⁶ Jacobsen, T., *Fra sneppert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001), 28, 37, 38.

¹³⁷ Bu, *Sykehusene i Norge* (Medisnaldirektoratet, 1941), 100.

¹³⁸ Jacobsen, T., *Fra sneppert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001), 40.

¹³⁹ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 305; SSB NOS Sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1945 og sammendragstabeller 1941-1945, 193.

initiativ fra sentrale herrer, mens det på Mo var en frivillig organisasjon bestående av kvinner som var pådriverne. I denne perioden var det i tillegg til leger gjerne kvinner i frivillige organisasjoner som sørget for velferdstilbud for lokalsamfunnet.¹⁴⁰ Det at sanitetsforeningen klarte å få i stand et nytt sykehusbygg under krigsårene står i kontrast til den generelle sykehusutviklingen i landet. Krigsårene blir av Schiøtz beskrevet som en stillestandsperiode for norske sykehus. Det var svært få nybygg som kom opp, og flere sykehus ble bombet eller rekvirert til tyske soldater.¹⁴¹

4.5 Krigens påvirkning

Krigen kom til å påvirke driften av enkelte av sykestuene på Helgeland. I 1940 beslagla tyskerne sykehuset i Mosjøen. Løsning for sykehusdriften ble å leie første etasje i nabobygget. Dette var bare en midlertidig løsning, og høsten 1941 ble det opprinnelige sykehusbygget frigitt. Da kunne de flytte virksomheten tilbake.¹⁴²

I motsetning til Mosjøen fikk sanitetsforeningen på Mo ha sykehuset for seg selv under krigsårene. Eneste unntaket var noen få tyske soldater som ble operert der. I tillegg ble driften påvirket av at flere av de ansatte ble arrestert av NS under krigsårene.¹⁴³ Hemnes sykestue var den sykestuen som ble rammet hardest under okkupasjonstiden. Under krigsoperasjoner 14. og 15. mai i 1940 brant sykestuen med sine 18 senger ned.¹⁴⁴

¹⁴⁰ Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 196.

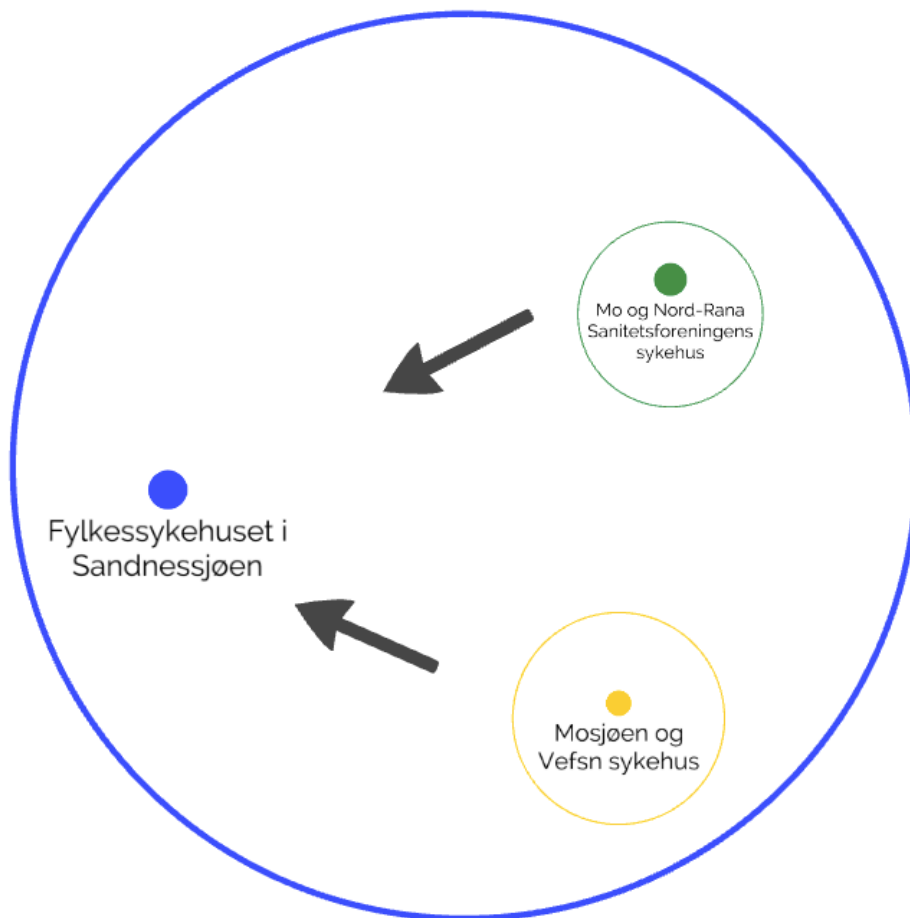
¹⁴¹ Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 198.

¹⁴² Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 14-15.

¹⁴³ Jacobsen, T., *Fra sneppert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001), 43, 44, 49.

¹⁴⁴ Bu, *Sykehusene i Norge* (Medisnaldirektoratet, 1941), 110.

4.6 Oppsummering av perioden



Illustrasjon 2: Enkel fremstilling av sykehuskartet på Helgeland ved år 1945. Sykehusene markert med punkt. Omlandet til sykehusene markert med sirkel i samme farge.

I perioden før 1945 var det sykehuset i Sandnessjøen-regionen som var gjeldene for folket på Helgeland. Det var også det eneste som var eid av fylkeskommunen i denne perioden. Søvik sykehus fremstilles som moderne for sin tid, men det virkelige løftet innen sykehus tilbudet for regionen skjedde ved åpningen av sykehuset i Sandnessjøen i 1926. Forflyttingen fra Søvik til Sandnessjøen innebar en endring fra et gårdssykehus til et mer moderne sykehus.

Sentralstedsteorien forklarer hvordan forbrukerne er villig til å reise lengre for en mer spesifisert tjenester. Dermed var det slik at de som trengte behandling ved et sykehus i denne perioden var villig til å reise til fylkessykehuset, selv om det muligens var en lang reisevei.

Det at det vokste fram flere helseinstitusjoner på starten av 1900-tallet skjedde på Helgeland som i resten av landet.¹⁴⁵ Det kan sies at det var i vinden å etablere små lokalsykehus eller sykestuer til lokalmiljøet. Mo fikk verssykehus som følge av gruvedriftene som holdt til på stedet i starten av 1900-tallet. I 1942 etablerte sanitetsforeningen en sykestue til byen. I Mosjøen var det etablert et sykehus av en stiftelse, og med hjelp fra blant annet pengeinnsamlinger fra lokalmiljøet. Etableringen av sykestuene både på Mo og i Mosjøen ble beskrevet som nødvendig på grunn av reisetiden til Sandnessjøen var for lang. Mosjøen var i starten av denne perioden den største byen i regionen, før Mo tok over den rollen i løpet av krigsårene. På den andre siden bodde fortsatt den største delen av befolkningen i regionen langs kysten. Sandnessjøen hadde med det den mest sentrale beliggenheten for befolkningen på Helgeland sett under et.

Som vi har sett fantes det flere sykestuer på Helgeland i denne perioden. Blant annet Nesna, Hemnesberget, Brønnøysund og Vega hadde innslag av sykestuer. De er bare nevnt i korte trekk, da oppgaven er avgrenset til å se på dagens sykehusbyer. Disse sykestuene er med på å støtte under argumentet om at reiseavstanden til fylkessykehuset på Søvik, og etter hvert Sandnessjøen, kunne være lang.

Sykestuene rundt omkring i regionen hadde en annen funksjon enn det fylkessykehuset hadde. Sykestuene kunne behandle pasientene med mindre alvorlige plager. Sykehuset i Mosjøen fra starten av 1900-tallet, og i 1942 på Mo, skilte seg ut fra de øvrige sykestuene. Det siden de hadde egen sal for operasjoner. Som nevnt ble det utført «småkirurgi» ved sykestuene i Mosjøen og Mo i Rana. Sykestuene hadde også hvert sitt omland, men i mindre skala enn Sandnessjøen sykehus. For eksempel var sykestuen i Mosjøen for innbyggerne i omlandskommunene rundt. Folket rundt Mosjøen kunne dermed reise til sykestuen dersom legen der var i stand til å tilby den hjelpen som trengtes. Kunne ikke legen ved sykestuene gjøre det, måtte pasienten til fylkessykehuset.

I denne perioden har det blitt viet litt plass til flere av sykestuene omkring på Helgeland. Det siden det illustrerer hvordan tilbudet var på Helgeland i denne perioden. Fra og med neste periode er det derimot avgrenset til å kun ta for seg de tre sykehusbyene Mosjøen, Mo i Rana og Sandnessjøen. Det er flere av sykestuene som fortsatte å eksistere også i den påfølgende perioden. For eksempel sykestuen i Brønnøysund. Det er likevel ikke sett på som like relevant.

¹⁴⁵ Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 195.

V – Sykehushistorie på Helgeland, 1945-1964

Fra tidligere vet vi at staten ble en mer aktiv aktør innen helsepolitikken etter andre verdenskrig. Satsningen innen helsevesenet fra statlig hold la til rette for både kvantitativ og kvalitativ utvidelse av sykehusstilbudet på Helgeland. I denne perioden skal vi se på hvordan Arbeiderpartiet sin helsepolitikk i etterkrigstiden påvirket Helgeland.

Utgangspunktet ved år 1945 var at fylkessykehuset i Sandnessjøen fortsatt var hovedsykehuset for befolkningen på Helgeland. Sandnesjøen sykehus hadde da 130 sykesenger. Mosjøen og Mo i Rana hadde hvert sitt mindre lokalsykehus. Mosjøen og Vefsn sykehus hadde 20 sykesenger, og Sanitetssykehuset i Mo i Rana hadde 30 sykesenger.¹⁴⁶

5.1 Overtakelse av tyskerbrakkene i Mosjøen

På årsmøtet i 1945 for sykehuset i Mosjøen ble det diskutert muligheten for å finne en ny tomt for sykehuset. I løpet av krigsårene hadde tyskerne bygd et brakkeanlegg på Nyrud som fungerte som deres sykestue. Nyrud var en bydel som lå rett i utkanten av daværende Mosjøen sentrum, i retning sørover. Etter frigjøringen ble det sett på muligheten for å overta dette bygget som en midlertidig løsning for sykehusbehovet for Vefsnområdet. Slik ble det, og på høsten i 1945 overtok Mosjøen og Vefsn sykehus bygget og utstyret etter tyskerne.

Overtakelsen i seg selv kostet 30.000 kr, og i tillegg trengte bygget utvidelse og oppgradering. Blant annet skulle sykehuset på Nyrud ha egen kirurgisk avdeling og et nytt røntgenanlegg. Det ble også denne gangen holdt innsamlingsaksjoner i lokalmiljøet for å hjelpe til med finansieringen. I 1947 ble det nye sykehuset tatt i bruk.¹⁴⁷

Flyttingen til «Brakkesykehuset» gjorde at sengekapasiteten økte til 60.¹⁴⁸ Det var ikke bare oppgraderingen av bygget og antall sengeplasser som ble forbedret ved flyttingen til Nyrud. Det nye sykehuset utvidet også bemanningen sin. Det ble for eksempel ansatt en overlege med kirurgisk utdanning i tillegg til operasjonssøster, avdelingsøstre og sykehusforvalter. For befolkningen betydde den kirurgiske kompetansen og økt bemanningen at de ikke lenger trengte å reise til Namsos eller Sandnessjøen for å bli operert.¹⁴⁹ Det nye sykehuset skilte seg

¹⁴⁶ SSB NOS Sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene 1945 og sammendragstabeller 1941-1945, 285.

¹⁴⁷ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 16.

¹⁴⁸ SSB NOS Sunnhetsstilstanden og medisinalforholdene 1947, 5.

¹⁴⁹ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 16, 17, 19, 23.

betraktelig fra det gamle. Både utvidelse av antall sengeplasser og betjening gjorde at det ikke lenger kunne betegnes som en sykestue. Den største endringen var likevel den kirurgiske avdelingen, som gjorde sykehuset om til et *behandlingssykehus*. Det som menes med *behandlingssykehus* er at sykehuset har en viss betjening med medisinsk kompetanse som kunne utføre medisinske tjenester. Samt at sykehuset hadde en viss størrelse inkludert medisinsk utstyr. Behandlingssykehus står i motsetning til de enklere sykestuene som kun utførte enklere medisinsk behandling, og med en minimal betjening.

5.2 Kommunene overtok driftsgarantien i Mo i Rana og Mosjøen

For sykehusene i Mo i Rana og Mosjøen skjedde det en endring i sykehusene sin organisasjonsform tidlig i perioden. Begge disse sykehusene hadde til dette punkt blitt drevet basert på lokalt initiativ. I denne perioden tok offentligheten mer ansvar for driften.

Sanitetsykehuset i Mo i Rana hadde gått med underskudd siden oppstart. Det førte til at Sanitetsforeningen ikke lenger fikk beholde eneansvaret for driften videre. Kommunene i Rana-området, som på den tiden besto av; Mo, Nord-Rana, Sør-Rana, Korgen og Hemnes gikk inn for å dekke underskuddet og garantere for driften de kommende 5 årene i 1948. Det var fortsatt Sanitetsforeningen som hadde ansvaret for den daglige driften.¹⁵⁰ Likevel var det interkommunale samarbeidet med driftsgaranti et skille fra at det tidligere var en privat forening som sørget for at lokalbefolkningen hadde et sykehusstilbud.

Det skjedde også en endring i Mosjøen. Sykehuset i Mosjøen hadde til dette punkt blitt drevet av en stiftelse opprettet av privatpersoner fra området. I 1946 ble det vedtatt at kommunene Drevja, Grane, Hattfjelldal, Mosjøen og Vefsn skulle garantere for driften av sykehuset. Den endelige og formelle avtalen mellom kommunene ble i 1953 godkjent av Kommunal- og arbeidsdepartementet. Elsfjord kommune kom også med i avtalen fra 1962.¹⁵¹

5.3 Sykehusplan for Nordland fylke, 1948

Staten ble som nevnt en mer sentral aktør for sykehusene i landet i denne perioden. Det skulle blant annet være likt sykehusstilbud uansett geografisk bosted. Det innebar at innenfor hvert fylke skulle sykehusene organiseres i et hierarkisk system etter funksjoner. Øverst skulle det

¹⁵⁰ Jacobsen, T., *Fra snepert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001), 54.

¹⁵¹ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 12, 18.

være et sentralsykehus med spesialavdelinger. Under sentralsykehuset skulle det være enkelte større tredelte sykehus. Nederst i systemet var små blandete sykehus.¹⁵² Dette kan sammenlignes med det hierarkiske systemet i sentralstedsteorien, hvor det stedet med mest spesifiserte tjenester er øverst i hierarkiet.

Med bakgrunn i den nye nasjonale helsepolitikken ga Helsedirektoratet i 1946 fylkene i oppdrag å utarbeide fylkesplan for sykehusene. Disse planene skulle blant annet omfatte sykehussoner og sengebehov per sykehus i framtiden. Det skulle i tillegg bestemmes hvilket sykehus som skulle bli sentralsykehus. I Nordland ble det opprettet en komité for å se på fylket sin sykehusplan i tråd med retningslinjene fra Helsedirektoratet. Etter to år la de fram sitt forslag. Når det gjaldt hvor sentralsykehuset skulle ligge, ble Bodø fremmet som det mest aktuelle stedet.¹⁵³

Sykehussoner

Sykehusplanen for Nordland fylke tok først for seg inndelingen av såkalte sykehussoner. Sykehussonene var basert på befolkningstetthet, de geografiske forhold og samferdsel. Helgeland ble i denne planen delt inn i tre soner. I fylkesplan var kommunikasjonsforholdene nevnt som en viktig sak.¹⁵⁴ Det var nok sentralt da Helgeland ble delt inn i 3 soner. Fylkeslegen hadde, som nevnt tidligere, uttalt at det var et problem at det ikke var veiforbindelse fra de to innlandsbyene til Sandnessjøen.

Den første sonen var Ytre-Helgeland med Sandnessjøen sykehus. Denne sonen omfattet Brønnøy, Tjøtta, Herøy, Nordvik, Dønna, Alstahaug, Stamnes, Leirfjord og Lurøy. I tillegg til deler av Træna og Nesna. Sandnessjøen sykehus hadde etter denne inndelingen et befolkningsgrunnlag på omtrent 33500.¹⁵⁵ Sandnessjøen sykehus kom som følge av planen til å miste store deler av Helgeland som sitt omland til de to øvrige sonene. Det ble likevel den sonen med størst befolkningsgrunnlag på Helgeland. Selv om de to innlandsbyene hadde vokst under krigsårene var det fortsatt sånn at de fleste på Helgeland bodde langs kysten i 1948. Trenden med fraflytningen fra kysten som skjedde den påfølgende tiden hadde enda ikke utspilt seg da planen ble utarbeidet. Fortsatt arbeidet de fleste menn med kombinasjonen

¹⁵² Karlsen, «Kampen for et sentralsykehus», 188.

¹⁵³ SAT. Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteén i Nordland Fylket, mai 1948.*

¹⁵⁴ SAT. Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteén i Nordland Fylket, mai 1948.*

¹⁵⁵ SAT. Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteén i Nordland Fylket, mai 1948.*

fiske og småbruk, og befolkningen bodde fremdeles spredt langs kysten. Sandnessjøen var fortsatt et naturlig knutepunkt for båttrafikken.¹⁵⁶

Den andre sonen var Vefsn. Vefsnsonen besto av Hattfjelldal, Grane, Vefsn, Mosjøen, Drevja og til dels Elsfjord. Vefsn sykehusområdet hadde med det et befolkningsgrunnlag på omtrent 11500.¹⁵⁷ Dette var de samme kommunene som allerede hadde gått inn for å garantere for driften av sykehuset. Bindalen og Sør-Sømna skulle sokne til Namsos sykehus. De kommunene kunne muligens endres til å tilhøre Vefsnsonen i framtiden. Det forutsatte at veiene over Tosfjellet ble realisert.¹⁵⁸

Den siste sonen på Helgeland var Rana. Den omfattet de daværende kommunene Nord-Rana, Sør-Rana, Mo, Hemnesberget, Korgen og deler av Nesna. Rana sykehusområde ble etter planen beregnet å ha et befolkningsgrunnlag på omtrent 21000. Det kom også fram at det ble regnet med at de delene av Nesna som hørte til Sandnessjøen sykehus i fremtiden kom til å tilhøre Rana-sonen.¹⁵⁹ Det at det var Mo i Rana som skulle ha sykehuset for dette området og ikke for eksempel Hemnesberget hadde nok med utviklingen som skjedde under krigen. Hemnesberget som hadde vært sentrum for Ranfjorden mistet funksjon som knutepunkt. Mo i Rana hadde blitt inkludert i både jernbanelinjen og riksveien som gikk fra nord til sør i landet. Det hadde ikke Hemnesberget, noe som gjorde at stedet ble avsidesliggende.¹⁶⁰ Det var også under utarbeidelsen av denne planen blitt vedtatt at Jernverket skulle plasseres på Mo.¹⁶¹ Det ble antatt at Rana kom til å oppleve en befolkningsvekst som følge av etableringen av Jernverket. Det hadde trolig stor betydning for lokaliseringen av et eget behandlingssykehus i denne sonen.

I planen var Rødøy kommune plassert under sonen for Salten. Her som lengre sør i regionen ble det også kommentert at dette kunne endre seg i framtiden, og at det var mulig Rødøy ble lagt under et sykehus sør for seg. Det står ikke hvilken av sonene det eventuelt ville vært, men på grunn av den geografiske beliggenheten til Rødøy ville det enten vært sonen for Sandnessjøen eller Rana som var tiltenkt. Det siden at Rødøy kommune har sin beliggenhet nord i regionen, men også ute langs kysten. I alt ble fylket delt inn i 8 sykehussoner i

¹⁵⁶ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 221-222; van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 94.

¹⁵⁷ SAT. Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteén i Nordland Fylket, mai 1948*.

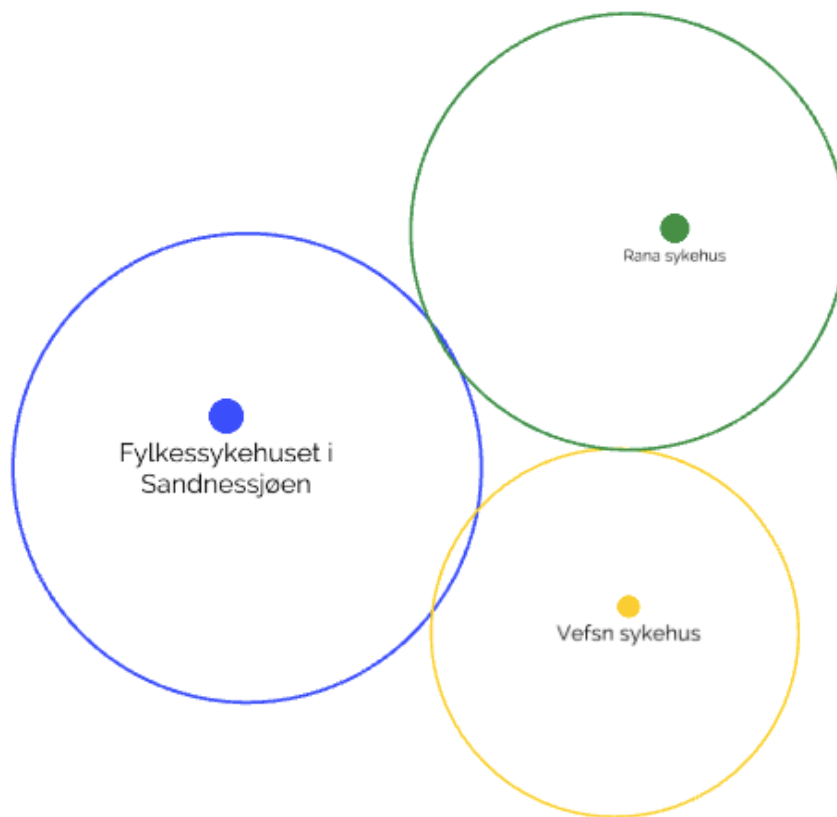
¹⁵⁸ SAT. Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteén i Nordland Fylket, mai 1948*.

¹⁵⁹ SAT. Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteén i Nordland Fylket, mai 1948*.

¹⁶⁰ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 319.

¹⁶¹ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 271.

sykehusplanen.¹⁶² Noe videre utredning av de øvrige sonene er ikke sett på som relevant i denne sammenheng.



Illustrasjon 3: Enkel illustrasjon av sykehuskartet på Helgeland basert på sykehussonene i fylkesplanen fra 1948.

Sengebehov

Etter inndelingen av sykehussonene var det neste som ble vist til i fylkesplanen antall sykehusplasser. Det ble vist til Helsedirektoratet sine tall om antall sykehusplasser basert på befolkningsgrunnlag. Totalt var sykeplassbehovet i Nordland beregnet å være 1300, noe som var 640 flere sengeplasser enn det eksisterende. Fordelingen ble påvirket av at Sentralsykehuset i Bodø sine spesialavdelinger hadde behov for 300 av de beregnede 1300 sengeplassene. De resterende 1000 ble så fordelt på de 8 sykehussonene, da inkludert Sentralsykehuset i Bodø sitt øvrig behov utenom spesialavdelingene. Etter fradraget av Sentralsykehuset sitt behov for 300 sengeplasser for spesialavdeling ble sengefaktoren

¹⁶² SAT. Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteén i Nordland Fylket, mai 1948.*

beregnet til å være på 4,5 promille. For de tre sykehussonene på Helgeland ble det vurdert følgende sengebehov:

- Sonen for Sandnessjøen sykehus ble beregnet til å ha behov for 151 sengeplasser.
- Det ble beregnet at Vefsn hadde behov for 50 sengeplasser. Siden det allerede var satt i gang bygging av et provisorium med 60 senger godkjent av Helsedirektoratet, ble de 10 ekstra sengeplassene antatt å kunne brukes som epidemisk avdeling.
- For Rana-sonen ble behovet beregnet til 95 sengeplasser, men på grunn av den industrielle og bymessige utviklingen som var planlagt på Mo med Jernverket ble det vurdert at det burde økes til 112. Tidligere i planen var det nevnt hvordan de beregnet at befolkningstallet i Rana-distriktet kom til å øke med omtrent 7000 innbyggere som følge av etableringen av Jernverket. I Rana var det stor differanse fra det framtidige beregnede sykehusplassbehovet og det som eksisterte på denne tiden, da det i 1948 kun var 25 sykehusplasser i Mo i Rana.¹⁶³

Funksjon

Etter at planen hadde gjort rede for antall sykehusplasser per sykehus, ble det fremmet et forslag på hvordan disse skulle fordeles innad på de enkelte sykehusene. Denne fordelingen var basert på det differensierte hierarkiske sykehussystemet nevnt tidligere, og skulle skje over hele landet. Komiteen foreslo at sentralsykehuset som er det øverste sykehuset i hierarkiet skulle til Bodø. Under sentralsykehuset skulle fylket ha noen få større «tredeelte sykehus». Tredelt sykehus vil si at sykehuset hadde egne avdelinger for kirurgi, medisin og røntgen. Ifølge planen skulle Sandnessjøen, Mo i Rana, Narvik, Stokmarknes og Lofoten ha tredelt sykehus. Under de tredelte sykehusene skulle det være små blandete lokalsykehus. For Helgeland betydde det at Vefsn sykehus etter planen skulle være et mindre blandet lokalsykehus.¹⁶⁴ Etter denne modellen hadde fylket både et sentralsykehus med spesialiteter og flere tredelte sykehus. Samtidig som de små blandede sykehusene gjorde at det var et nærliggende sykehus tilbud for befolkningen som bodde spredt rundt i det langstrakte fylke.¹⁶⁵ Tabellen nedenfor viser komiteen sitt forslag til funksjonsfordeling ved sykehusene på Helgeland.

¹⁶³ SAT. Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteén i Nordland Fylket, mai 1948.*

¹⁶⁴ SAT. Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteén i Nordland Fylket, mai 1948.*

¹⁶⁵ Karlsen, «Kampen for et sentralsykehus», 188.

Tabell 3 - Forslag til funksjonsfordeling på Helgelands sykehusene med sine avdelinger:

	Sandnessjøen sykehus	Rana sykehus	Vefsn sykehus
Blandet, kirurgi og medisin			50
Kirurgi	64	50	
Obstetric. (Føde)	10	10	
Indre-medisin	60	50	
Epidemi	10	10	10
Røntgen	6	6	
Isolater for akutt psykoser	2	2	
Totalt	152	112	60

Kilde: SAT. Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteén i Nordland Fylket, mai 1948, 6.*

Tabellen nedenfor viser hvordan sykesengene faktisk fordelte seg i den kommende perioden. Da med årstallene 1945, 1955 og 1964.

Tabell 4 - Helgelandssykehusene 1945-1964, antall sykesenger.

	1945	1955	1964
Sandnessjøen sykehus	130 sykesenger	100 sykesenger	130 sykesenger
Mosjøen og Vefsn sykehus	20 sykesenger	80 sykesenger	109 sykesenger
Sanitetsforeningen sykehus, Mo i Rana (Nedlagt i august 1964) Rana sykehus (åpnet august 1964)	30 sykesenger	50 sykesenger	126 sykesenger

Kilde: SSB NOS Sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1945 og sammendragstabeller 1941-1945, 285; SSB NOS Sunnhetstilstanden og medisinalforhold 1955, 101; SSB NOS Helsestatistikk 1964, 61.

Som vi kan se samsvarer ikke fylkesplanen sine forslag helt med hvordan det faktisk ble. I denne perioden skal vi se nærmere på hvordan den nasjonale helsepolitikken og de fylkeskommunale planene påvirket sykehusforholdene på Helgeland. Det blir også sett på hva

det var som gjorde at blant annet Vefsn sykehus fikk såpass mange flere sengeplasser enn det var lagt opp til i starten av perioden.

5.4 Mot en ny sykehusstruktur på Helgeland

Fylkes sykehusplan la føringene for utviklingen videre i denne perioden. Planen la opp til en helt ny sykehusstruktur på Helgeland. Det skulle nå være tre sykehus med hver sine sykehussoner, og ikke lenger ett hovedsykehus for hele regionen.

5.5 Regionens første tredelte sykehus

For Helgeland var det planlagt at det skulle være to såkalte tredelte sykehus, og først ut var Sandnessjøen sykehus. Sandnessjøen sykehus var på dette tidspunkt et blandet sykehus, ledet av en kirurg.

Det første steget mot å bli et tredelt sykehus var opprettelsen av en røntgenavdeling.

Utbyggingen av røntgenavdelingen ble vedtatt i 1951. For å få plass til denne utvidelsen måtte betjeningen som bodde i 3. etasje på sykehuset flytte ut. Det gjaldt 4 ansatte, og det ble i 1952 bygd 4 leiligheter for dem utenfor sykehuset.¹⁶⁶ Den nye røntgenavdelingen sto klar i 1955.

Det var ikke bare betjeningen som måtte flytte ut av sykehuset for å gjøre plass til røntgenavdelingen. Sengetallet ved sykehuset ble også redusert.¹⁶⁷ Dette er bakgrunnen for at antall sengeplasser gikk ned i 1955 som vist i tabell nr. 4 ovenfor.

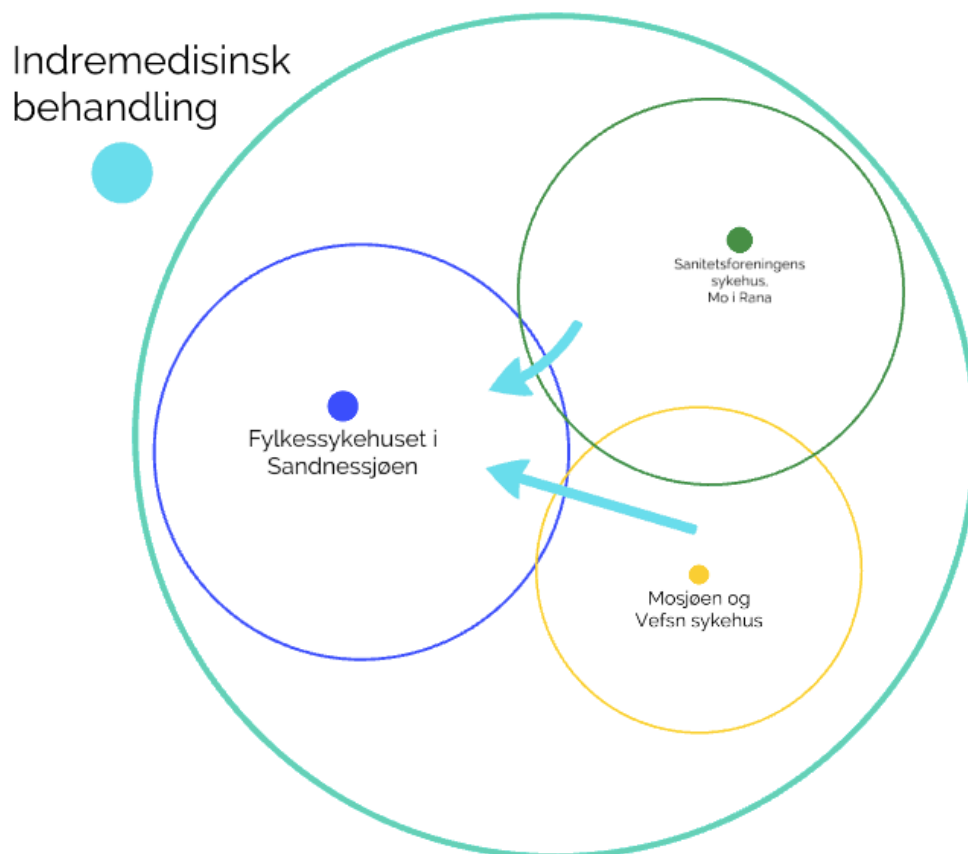
Neste steg var opprettelse av indremedisinsk avdeling. Helgeland sto på starten av 1950-tallet uten et sykehus med indremedisinsk avdeling, mens det allerede var opprettet ved sykehusene i Stokmarknes, Narvik og Bodø. Pasienter fra Helgeland måtte da reise til sykehusene i Bodø eller Namsos for å få medisinske behandlinger. Overlege Bakke ved Sandnessjøen sykehus beskrev i et brev til Fylkestinget om hvor trange lokaler det var på sykehuset. Fylkeslegen og overlegene ved de fire fylkessykehusene i Nordland hadde et møte i april 1953. Da var det enighet om at ombyggingen av Sandnessjøen sykehus til tredelt sykehus burde være av høy prioritet. For å få plass til den indremedisinske avdelingen var det behov for utbyggelse av sykehuset. I 1953 ble saken behandlet i Nordland fylkesting. Det ble vedtatt at sykehuset skulle utvides i begge ender. Utbyggingsplanene ble godkjent i 1954, og i 1955 var også

¹⁶⁶ AiN. NFK. Nordland fylkesting forhandlinger, sak 44/53 «Utvidelse av Sandnessjøen sykehus».

¹⁶⁷ SSB NOS Sunnhetstilstand og medisinalforholdene, 1955, 101.

finansieringen på plass.¹⁶⁸ Høsten 1957 ble utbyggingen ferdigstilt.¹⁶⁹ Utvidelse av sykehuset med nye avdelinger betydde også utvidelse i personalet. Det ble blant annet ansatt røntgenolog (radiolog) og indremedisinsk overlege, i tillegg til flere sykepleiere.¹⁷⁰

Utbyggelsene gjorde at Sandnessjøen ble det første tredelte sykehuset på Helgeland. Selv om de øvrige sykehusene hadde overtatt en del av omlandet Sandnessjøen sykehus hadde i forrige periode, kom det fortsatt til å ha sentralstedsfunksjon med hele Helgeland som pasientgruppe når det gjaldt medisinsk behandling.



Illustrasjon 4: Enkel fremstilling av sykehuskartet på Helgeland ved år 1957. Sandnessjøen sykehus nedslagsfelt innen indremedisinsk behandling illustrert med turkis sirkel.

Sandnessjøen sykehus endte på 130 sykesenger etter utbyggingen. Der ble det med andre ord færre senger enn det var beregnet behov for. Hvorfor det ble slik kommer ikke frem i noe av arkivmaterialet som ble gjennomgått til oppgaven. Det kan muligens ha noe med

¹⁶⁸ AiN. NFK. Nordland fylkesting, forhandlinger, sak 44/53 «Utvidelse av Sandnessjøen sykehus», sak 52/54 «Sandnessjøen sykehus – utvidelse og ombygging», sak 39/55 «Utvidelse av Sandnessjøen sykehus».

¹⁶⁹ Helgelandssykehuset, «Historikk, sykehuset i Sandnessjøen».

¹⁷⁰ AiN. NFK. Nordland Fylkesting, forhandlinger, sak 34/56 «Sandnessjøen sykehus – opprettelse av indremedisinsk avdeling».

flyttetendensen i denne perioden, hvor flere kystkommuner opplevde stor tilbakegang i folketallet.¹⁷¹ Det kan med andre ord muligens være at det relativt sett ble færre folk langs kysten enn det det var regnet behov for.

5.6 Industriens påvirkning på sykehusutbyggingen

Som følge av Nord-Norge-planen med økt satsning på industrialiseringen av landsdelen skjedde det en omstilling på Helgeland. De to innlandsbyene opplevde en befolkningsøkning som følge av at industribedrifter ble etablert der. Dette fikk også følger for sykehusutviklingen for regionen.

Industrialiseringen av Rana og nytt sykehusbehov

Industrinæringen gjorde at det ble behov for utvidelse i sykehusstilbudet på Helgeland. I fylkesplanen fra 1948 var industrialiseringen av Mo tatt med i betraktningen da komiteen fordelte sykesengeplasser. I fylkesplanen var det antydnet en forventning om at Rana-samfunnet kom til å oppleve en stor vekst som følge av etableringen av Jernverket.

Teorien om at Sanitetssykehuset med sine 30 sykesenger ble for lite når byen vokste fikk plankomiteén rett i. Alt i 1949 ble det oppført et tilbygg i tilknytning til sykehuset. Utvidelsen gjorde at antall sengeplasser økte til 50. Tilbygget ble finansiert av Jernverket, da det var bedriften som var årsaken bak befolkningsøkningen. I tillegg hadde det vært tradisjon fra før krigen at industribedrifter sørget for helsetilbud for de ansatte.¹⁷² Akkurat som da det var sykestuer i forbindelse med gruvedrifter tidligere i Rana. Det at Jernverket gikk inn for å finansiere sykehuset var noe som gjorde at byen kunne ses på som en *Company town*.

Tidligere er det nevnt hvordan Jernverket sørget for boliger til arbeiderne. Det at bedriften finansierte viktige samfunnsbygg for byen er også et kjennetegn ved en *Company town*.¹⁷³ Et sykehus vil i stor grad kunne klassifiseres som et viktig bygg for et lokalsamfunn, det siden det både tilbyr nær tilgang til medisinske tjenester for befolkningen, og gir arbeidsplasser.

Innbyggertallet i byen fortsatte å vokse, og 50 sykesenger ved sykehuset var ikke nok. Jernverket startet med driften i 1955 og folketallet i byen økte opp til 13954 fram til år 1960.¹⁷⁴ Dette var bare folketallet for den funksjonelle byen, men også nærmeste omland

¹⁷¹ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 275.

¹⁷² Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 306-307.

¹⁷³ Porteous, «The nature of the company town», 135.

¹⁷⁴ Karlsen, «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet», 112.

vokste som følge av Jernverket. I løpet av denne perioden på omtrent 20 år tredoblet kommunene Mo og Nord-Rana folketallet, fra omtrent 8000 til 26.000.¹⁷⁵ Sykehuset skulle ikke bare dekke denne befolkningen, men også Sør-Rana, Hemnesberget, Korgen og deler av Nesna.¹⁷⁶

I fylkesplanen fra 1948 ble det beregnet at Rana-samfunnet kom til å få behov for 112 sengeplasser. I tillegg var det planlagt at sykehuset skulle utvides til å bli et tredelt sykehus, med egne avdelinger for kirurgi, indremedisin og røntgen. Det lot seg ikke gjøre å utvide det eksisterende sykehuset på grunn av tomtearealet, så plankomiteen for sykehuset måtte finne en ny tomt.¹⁷⁷

I 1956 ble det bestemt at det nye sykehuset skulle plasseres på Selfors. Selfors er en bydel som ligger omtrent 3 km nord-øst for Mo sentrum. På denne tiden, som var før kommunesammenslåingen, lå Selfors i Nord-Rana kommune. Det var kommunene nevnt i fylkesplanen for Rana-området som hadde ansvaret for bygging og driften av det nye sykehuset, da også inkludert hele Nesna kommune. Det ble krevd at industribedriftene i Rana skulle bidra i finansieringen av det nye sykehuset. Kravet om det kom både fra fylkestinget og landets helsedirektør. Jernverket og Rana Gruber endte opp med å gi til sammen 1,6 millioner kroner i bidrag for å finansiere det nye sykehuset.¹⁷⁸ I 1961 startet arbeidet med tomta, og i august 1964 sto det nye sykehuset ferdig. Da under navnet Rana sykehus.¹⁷⁹

Industrialiseringen av Mosjøen og behovet for utvidelse

Det at industrien kom til å skape et annet sykehusbehov på Mo var det alt tatt høyde for i fylkesplanen fra 1948. Det planen ikke hadde tatt i betraktning var industrialiseringen av Mosjøen. Det var ikke så unaturlig, i og med at planleggingen av aluminiumsverket først startet noen år etter fylkesplanen ble vedtatt.

«Brakkesykehuset» i Mosjøen var bare godkjent for drift i 10 år, så planleggingen av et permanent sykehus på Nyrud hadde startet like etter de overtok brakkebygget. Utbyggingen av sykehuset ble påvirket av at det under planleggingsarbeidet ble avgjort at Mosjøen skulle

¹⁷⁵ Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 283.

¹⁷⁶ SAT. Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteen i Nordland Fylket, mai 1948*.

¹⁷⁷ Jacobsen, T., *Fra snepert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001), 68.

¹⁷⁸ Jacobsen, T., *Fra snepert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001), 69; AiN. NFK. Nordland fylkesting, forhandlinger, sak 33/58 «Nytt sykehus i Ranadistriktet», sak 38/59 «Nytt sykehus i Rana».

¹⁷⁹ Jacobsen, T., *Fra snepert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001). 69, 70, 75.

få aluminiumfabrikk. De først planlagte 66 sengeplassene ble utvidet med 30 til.¹⁸⁰

Industrialiseringen av byen hadde med andre ord direkte påvirkning på sykehusutbyggingen.

Som nevnt i kapittel 2 økte befolkningstallet i Mosjøen som følge av aluminiumsverket. Dette gjorde at pasientgrunnet for sykehuset ble større. Her som i Rana gikk også industribedriften inn med finansieringsbidrag for det nye sykehuset. Bidraget fra Mosjøen Aluminium A/S var på 300 000 kr.¹⁸¹ Det nye sykehuset på Nyrud ble delt i to byggetrinn. I 1955 startet utgravingen av sykehusstomten og første byggetrinn. Andre byggetrinn startet i 1957, og 31. august i 1958 ble det nye sykehuset innviet.¹⁸² Selv om sykehuset ble utvidet med 30 ekstra sengeplasser på grunn av aluminiumsverket skulle det vise seg å ikke være nok. Industriutviklingen i Mosjøen hadde gjort at sykehusbehovet ble større. Ikke lenge etter at det nye sykehuset sto klart var planleggingen av en ny fløy i gang. Den nye fløyen sto ferdig i 1963.¹⁸³

Utbyggelsene gjorde at sykehuset fikk egne avdelinger for kirurgi, medisin og røntgen. I 1959 hadde det blitt ansatt en overlege til den medisinske avdelingen på sykehuset. I 1961 fikk sykehuset også røntgenoverlege. Tidligere hadde sykehuset vært avhengig av at røntgenlegen fra Sandnessjøen sykehus hadde kontordag i Mosjøen en gang i uken.¹⁸⁴ Selv om det ut fra sykehusplanen for fylket kun skulle være blandet belegg ved sykehuset, ble det et tredelt sykehus da den nye fløyen sto klar i 1963. Samme år ble navnet til det nye sykehuset endret til Vefsn sykehus. Det på grunn av kommunesammenslåingen av Vefsn, Drevja, Mosjøen og Elsfjord til Vefsn kommune.¹⁸⁵

Industrialiseringen i Mosjøen var dermed bakgrunnen fra det store skillet i sykesenger mellom fylkesplanen fra 1948, og hvordan det faktisk ble. Fra tabell nr. 4 så vi at fra 1945 til 1964 økte antall sengeplasser for sykehuset i Vefsn fra 20 til 109. I tillegg til at det ble et tredelt sykehus. Vefsn sykehus er et godt eksempel på at denne perioden besto av økende satsning innen helsevesenet i landet.

¹⁸⁰ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 23.

¹⁸¹ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 25.

¹⁸² Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 24-26.

¹⁸³ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 29.

¹⁸⁴ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 27.

¹⁸⁵ Forskrift 16. juni 1961, nr. 13 Forskrift om sammenslåing av Vefsn, Drevja, Mosjøen og Elsfjord kommuner, Nordland <https://lovdata.no/forskrift/1961-06-16-13>

5.7 Mot fylkes overtakelse

Både sykehuset i Vefsn og i Rana henvendte seg til fylkeskommunen om mulig overtakelse av sykehusene sin drift. Det skal ha vært misnøye med ordningen med interkommunalt samarbeid om sykehusene. Begge fikk avslag. Begrunnelsen for avslaget var at fylkeskommunen hadde nok med driften av de sykehusene de allerede hadde ansvaret for. I tillegg til at fylkeskommunen var i en presset økonomisk situasjon på grunn av alle nybygg og utvidelser de allerede var i gang med. Som blant annet utvidelsen av Sandnessjøen sykehus på Helgeland.¹⁸⁶ Selv om fylkeskommunen ikke overtok sykehusene og driften av dem, ga de tilskudd til sykehusene fra 1953. Tilskuddet skulle dekke halvparten av landkommunenes del av driftsunderskuddet.¹⁸⁷

Mulig overtakelse av sykehusene ble tatt opp igjen i fylkestinget i 1961, siden det hadde blitt vedtatt at byene skulle bli med i fylkeskommunen. Det sørget for en ny situasjon i eierskapet til sykehusene på Helgeland. I 1963 ble det vedtatt at fylket skulle overta Narvik-, Vefsn- og Rana sykehus. Narvik- og Vefsn sykehus ble overtatt av fylket fra 1. januar 1964, og Rana sykehus da det ble ferdig i august samme år.¹⁸⁸ Dermed var det ikke bare Sandnessjøen sykehus som var fylkessykehus på Helgeland når vi går inn i neste periode.

5.8 Oppsummering av perioden

Det var to faktorer som kan trekkes fram som hadde nevneverdig påvirkning på sykehusforholdene på Helgeland. Den ene var den offentlige helsepolitikken som hadde som mål at alle skulle ha likt sykehusstilbud uansett bosted. Det var behov for flere *behandlingssykehus* på Helgeland, i og med at samferdselsforbindelsene til Sandnessjøen sykehus ikke var optimale. Det gjorde at Helgeland ble delt i 3 sykehussoner, fremfor én som det hadde vært tidligere.

Den andre faktoren var hvordan industrinæringen endret på bosetningene innad i regionen. Industriens inntog i innlandsbyene sørget for befolkningsvekst. Det skapte behov for utvidelser av sykehusene der. For de to innlandsbyene skjedde det også en endring angående hvem som hadde ansvaret for driften av sykehusene. De frivillige aktørene som hadde sørget

¹⁸⁶ AiN. NFK. Fylkestinget sak 32/49 «Henvendelse fra Mosjøen og Vefsn sykehus om at fylket overtar sykehuset og dets drift», sak 11/52 «Søknad fra Nord-Rana kommune om at fylket overtar Sanitetsforeningens sykehus i Mo».

¹⁸⁷ AiN. NFK. Fylkestinget 1953, 389, 560.

¹⁸⁸ AiN. NFK. Fylkestinget sak 35/61 «Sykehusene i Vefsn og Mo i Rana», sak 79/63 «Fylkets overtakelse av Mosjøen og Vefsn sykehus, Rana sykehus og Narvik sykehus – anvisningsmyndighet og revisjon».

for tilbud til lokalsamfunnet fra forrige periode mistet ansvaret som følge av at kommunene ble en mer aktiv sykehusaktør.

Hele perioden kan betegnes som en oppgangstid for sykehusene. Alle sykehusene vokste, enten ved å få nytt sykehusbygg, eller ved utvidelser. Både Rana og Vefsn fikk flere sykesenger, og kunne ikke lenger betegnes som sykestuer. Sandnessjøen opplevde også en positiv utvikling ved at det ble et tredelt sykehus.

Sykehuskartet i regionen endret seg i løpet av perioden. Det var ikke lenger Sandnessjøen sykehus som hadde ansvaret for hele befolkningen. Det gikk over til å bli tre likeverdige sykehus, med ansvaret for hvert sitt omland som pasientgrunnlag. Likevel var det en periode hvor Sandnessjøen sykehus var det eneste av sykehusene med indremedisinsk avdeling. Det gjorde at det fortsatt innen det feltet hadde hele Helgeland som nedslagsfelt. Vefsn sykehus ble på tampen av denne perioden utvidet til å bli et tredelt sykehus, det samme ble Rana sykehus da det åpnet i 1964.

VI – Sykehushistorie på Helgeland 1964-1980

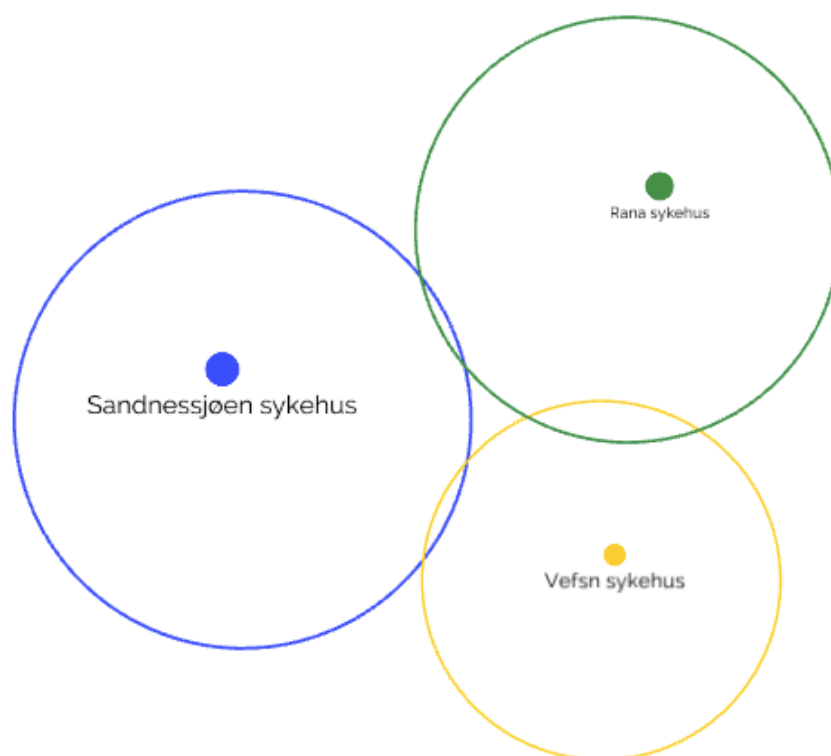
I 1964 overtok Nordland fylkeskommune ansvaret for sykehusene i fylke. Dette var fordi byene ble en del av fylkene. Da fikk fylkeskommunen også ansvar for sykehusene i Narvik, Rana og Vefsn.¹⁸⁹ Sykehuskartet for Helgeland så følgende ut:

- Sandnessjøen sykehus hadde 130 sykesenger i 1964.
- Vefsn sykehus ble overtatt av Nordland fylkeskommunene 1. januar 1964. Da hadde sykehuset 109 sykesenger.
- Rana sykehus åpnet i august 1964, da overtok Nordland fylkeskommune ansvaret for driften. Sykehuset hadde da 126 sykesenger.¹⁹⁰

Sandnessjøen og Mosjøen var begge tredelte sykehus ved inngangen av 1964. Det samme var Rana sykehus da det ble åpnet i august samme året.

¹⁸⁹ Karlsen, «På innsiden av Bodø sykehus», 153.

¹⁹⁰ SSB NOS, Helsestatistikk 1964, 61.



Illustrasjon 5: Enkel fremstilling av sykehuskartet på Helgeland ved år 1964.

Som følge av sykehusloven fra 1970 ble det opprettet en sykehusnemnd for fylket. I paragraf 2 av loven ble det vedtatt at hver fylkeskommune hadde ansvaret for blant annet planlegging av helseinstitusjoner. Nemnda sin arbeidsoppgave var å utarbeide fylkesplanen for Nordland fylke.¹⁹¹ Denne planen kom til å true den etablerte sykehusstrukturen på Helgeland.

6.1 Plassmangel ved Rana sykehus

Det tok ikke lang tid fra det helt nye sykehuset åpnet i 1964 til det skal ha meldt seg behov for utvidelse. Dette kan nok ses i sammenheng med den økte befolkningsveksten som var i Rana på denne tiden, som følge av oppstarten av Norsk Jernverk AS i 1955 og Koksverket i 1964.¹⁹² Da sykehuset ble bygd ble det valgt å ikke ferdigstille 6. etasje. Den ble oppført som råbygg for å spare tid og penger. Alt i 1965 ble det tatt opp i møtene hos fylkes sykehusstyre

¹⁹¹ Lov 19. juni 1969 nr. 57 Lov om sykehus m.v. (Sykehusloven) <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1969-06-19-57>; AiN. NFK. Sykehusnemnda sak 1/70, «Sykehusnemndas arbeidsoppgaver».

¹⁹² Slottemo, *Malm, makt og mennesker* (Rana: Rana historielag, 2007), 281, 380.

om utnyttelse av 6. etasje, og i starten av 1966 ble det satt opp en prosjektgruppe for å se på saken.¹⁹³

De som flyttet til Rana, var gjerne unge voksne i etableringsfasen.¹⁹⁴ Dette hadde utslag på antall fødsler i Rana, og i 1966 ble det opprettet en midlertidig løsning for fødeavdeling på Rana sykehus. Økte fødselstall var et sentralt argument for å få ferdigstille 6. etasje. I 1969 ble etasjen ferdigstilt og tatt i bruk. Dette gjorde at sykehuset fikk plass til en permanent fødeavdeling. Det ble da også plass til seksjonen for øre-nese-hals sykdommer. I 1978 ble det gjort nok en utvidelse av sykehuset. Den gang med en ny administrasjonsfløy.¹⁹⁵

6.2 Helseplan for fylket og første trussel om nedleggelse

Sykehusloven som ble vedtatt i 1969, og satt i verk fra 1970 hadde ikke en umiddelbar påvirkning på sykehusene på Helgeland. Det var fordi fylkeskommunen allerede i 1964 hadde overtatt driften av sykehusene i Mo i Rana og Mosjøen. Ingen av de tre sykehusene kom til å endre status til noe annet enn lokalsykehus heller. Likevel kom loven på sikt til å skape uro for spesielt ett av sykehusene. Sykehusnemda hadde som følge av den nye sykehusloven fått i oppdrag å planlegge utbyggingen av helseinstitusjonene i Nordland. Bakgrunnen for planen var i utgangspunkt ønsket om at sykehusstrukturen i landet skulle omlegges til større, men færre sykehusenheter. Trenden gikk mot stadig mer spesialiseringen, noe som var vanskelig å få etablert ved de små lokalsykehusene.¹⁹⁶

Nordland fylkesting vedtok 1. juni 1972 helseplanen for Nordland fylke. Sykehusnemda hadde i planen for Nordland fylke argumentert for at fylket måtte beholde alle sykehusene. Det ble begrunnet med de geografiske forholdene, og med at kommunikasjonene enda ikke var optimale. Nemnda mente at det var urealistisk å skulle legge ned noen av sykehusene, i alle fall den kommende 10-årsperioden.¹⁹⁷ Nemnda ønsket med andre ord å bevare

¹⁹³ AiN. NFK. Sykehusstyret sak 125/65 «Rana sykehus – utnyttelse av 6. etasje råbygg», 7/66 «Rana sykehus – utnyttelse av 6. etasje råbygg».

¹⁹⁴ Rinde, *Det moderne fylket*, bind 3, *Nordlands historie*, 257.

¹⁹⁵ Jacobsen, T., *Fra snepert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001), 82, 83,101; AiN. NFK Sykehusstyret, sak 120/68 «Rana sykehus. Fødeservice», 21/69 «Rana sykehus. Fullføring av 6. etasje», 98/69 «Rana sykehus. Ominnredning – fødeavdeling og øre-nese-halsseksjon», 123/70 «Rana sykehus. Fødeavdeling, øre-nese-halsseksjon», 39/71 «Rana sykehus. Anbud», 146/78 «Rana sykehus – lager og administrasjonsfløy».

¹⁹⁶ AiN. NFK. Sykehusnemda sak 1/70 «Sykehusnemndas arbeidsoppgaver»; Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 200.

¹⁹⁷ Landsdelskomiteen for Nord-Norge, helse- og sosialsektoren. 1972. *Nord-Norge Helse- og sosialtjeneste*, 52-53; AiN. NFK. Helse og Sosial avd. Sosialdepartementas svar til *Nordland fylkes helseplan*, Kongelige resolusjon *Statsrådsak nr. 175. 30. juni 1978*.

sykehusene både i Mosjøen, Mo i Rana og Sandnessjøen. Det var ikke Staten sykehusråd helt enig i.

I 1978 ble helseplanen for Nordland fylke behandlet av Statens sykehusråd. Statens sykehusråd mente planen burde modifiseres med tanke på antall sykehus i søndre del av fylke. Dette vil si at de mente det var for mange sykehus på Helgeland. Videre kommenterte de at Sandnessjøen sykehus på sin side burde moderniseres og utbygges, og at Vefsn sykehus burde omprogrammeres. Enten som et såkalt nærsykehus, eller som et sentralt helsesenter. Dette ble begrunnet med at nedslagsfeltet til Vefsn sykehus var for lite for å kunne opprettholde funksjonene til et fullverdig sykehus. I tillegg var det kort reisevei til både Sandnessjøen og Mo i Rana fra Mosjøen.¹⁹⁸ Det av de tre sykehusene på Helgeland som fikk oppleve trusselen om nedleggelse var altså Vefsn sykehus. Frem til dette punkt hadde sykehusforholdene i Mosjøen, og generelt på Helgeland kun bestått av utvidelse. Dette må ha gjort sterkt inntrykk på lokalbefolkningen som siden den spede starten hadde stilt opp for sykehuset sitt. Ut ifra det vi vet om historien til dette punkt var velferdslokalismen sterk i byen. Ikke overraskende skapte trusselen om mulig nedgradering reaksjoner i Vefsn-distriktet. Det gjorde at regionens første aksjon for å bevare sitt lokalsykehus fant sted i Mosjøen.¹⁹⁹

Som følge av uttalelsene fra Statens sykehusråd og reaksjonene fra Vefsn-distriktet ble saken tatt opp i sykehusnemnda til Nordland fylkeskommune. Der fikk vefsningene støtte i sin sak, og nemnda viste blant annet til at avstandene i regionen var for store til at sykehuset kunne legges ned. De beklaget så til lokalbefolkningen, og forklarte at det aldri hadde vært snakk om noe nedleggelse. På den andre siden forklarte de at det i framtiden kunne bli aktuelt å gjøre endringer i sykehusstrukturen på Helgeland.²⁰⁰

6.3 Planleggingen av utvidelse av Sandnessjøen sykehus

Både Sykehusnemnda for Nordland fylkeskommune og Staten sykehusråd var enige i at Sandnessjøen sykehus trengte utbygging. I sist periode så vi at det nye sykehuset i Mosjøen ble innviet i 1958, og at det i 1963 fikk oppført en ny fløy. I august 1964 åpnet det nye sykehuset i Mo i Rana. Sandnessjøen sykehus på sin side besto i hovedsak av det samme

¹⁹⁸ AiN. NFK. Helse og Sosial avd. Sosialdepartementas svar til *Nordland fylkes helseplan*, Kongelige resolusjon *Statsrådsak nr. 175. 30. juni 1978*.

¹⁹⁹ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 37.

²⁰⁰ AiN. NFK. Sykehusnemnda sak 27/73 «Nordland fylkes plan for utbygging av helseinstitusjonene».

bygget som ble oppført på starten av 1920-årene, og som åpnet i 1926. Det eneste unntaket var utbyggingen i 1957.

Opprustningen av Sandnessjøen sykehus kom til å ta en del år. Det startet med at det i 1966 ble planlagt å bygge ut pasientmottakelsen ved sykehuset. Ifølge møteprotokollene det året ble pasientmottakelsen gitt høy prioritet av sykehusstyret til fylkeskommunen.²⁰¹ To år senere, i 1968, var fylkes sykehusstyre på befaring ved Sandnessjøen sykehus. Da ble det konstatert at sykehuset hadde behov for betydelig ombygging og forbedringer. Sykehuset fikk med det i oppgave å starte planleggingen, og å utrede ulike alternativer for utvidelser.²⁰²

Det kom til å ta hele 10 år før denne planen ble ferdigstilt og godkjent av fylkestinget. Planleggingsprosessen var stadig oppe som sak på møtene hos helse- og sosialstyret. Fra Sandnessjøen sykehus sin side ønsket de å se på flest mulig alternativer.²⁰³ Under et møte i sykehusnemnda i 1970 ble det til og med vurdert om hele prosessen burde utsettes. Dette på grunn av at det samtidig som Sandnessjøen sykehus så på mulige løsninger til utvidelse, var det en arbeidsgruppe fra fylkeskommunen som gjorde en utredning av sykehusstrukturen på Helgeland. Dette var den såkalte *helseplanen for Nordland fylke* som nevnt ovenfor.

Sykehusnemnda ønsket ikke å ta noe standpunkt på den endelige sykehusstrukturen for regionen på dette punktet. Likevel mente de at det var behov for utbygging og modernisering av Sandnessjøen sykehus. De beskrev forholdene på Sandnessjøen sykehus som uholdbare.²⁰⁴

I 1975 var det enda ikke kommet noen forslag til utbyggingsplan, og sykehusnemnda måtte be plankomitéen om å få fortgang på saken.²⁰⁵ Året etter ble romprogrammet for sykehuset tatt opp. Etter at sykehussjefen hadde et møte med Helsedirektoratet ble det anbefalt at det nye sykehuset skulle ha kapasitet til 129 sengeplasser.²⁰⁶

Da plankomitéen kom med et endelig forslag, hadde helse- og sosialstyret noen merknader. Det gjaldt valg av materiale, og om valg av ventilasjonsanlegg. I tillegg ønsket styret at det skulle ses på muligheten for å etablere en avrusningsenhet, uten at det skulle påvirke endringer av den foreliggende planen. I 1978 ble planen for det nye sykehuset endelig

²⁰¹ AiN. NFK. Sykehusstyret sak 57/66 «Budsjettforslag for 1967».

²⁰² AiN. NFK. Sykehusstyret sak 72/68 «Sandnessjøen sykehus utbygging. Planlegging».

²⁰³ AiN. NFK. Sykehusstyret, sak 20/69 «Sandnessjøen sykehus. Videre utbygging», 37/69 «Sandnessjøen sykehus. Utbygging», 48/69 «Sandnessjøen sykehus. Utbygging», 73/69 «Sandnessjøen sykehus. Videre planlegging», 93/69 «Sykehusutbygging og sykehusplanlegging – prioritet av bevilgninger», 99/69 «Sandnessjøen sykehus. Utbygging».

²⁰⁴ AiN. NFK. Sykehusnemnda, sak 7/70 «Sandnessjøen sykehus. Planlegging».

²⁰⁵ AiN. NFK. Sykehusnemnda, sak 25/75 «Sandnessjøen sykehus. Melding om planleggingsarbeidet».

²⁰⁶ AiN. NFK. Sykehusstyret, sak 12/76 «Sandnessjøen sykehus. Planlegging. Romprogram», 16/76 «Sandnessjøen sykehus. Romprogram».

godkjent, og året etter ble det vedtatt en finansieringsplan for utbyggingen.²⁰⁷ Hele denne perioden gikk til planlegging av sykehuset. Selve utbyggingen startet ikke før i neste periode.

6.4 Spesialiteter og legeproblemet

I denne perioden gikk utviklingen av sykehusene i retning økende spesialisering. Det ble opprettet sengeplasser for spesialhelsetjenester ved alle sykehusene på Helgeland. Ved det nye sykehuset i Rana var det planlagt at det skulle være sengeplasser for både øye- og øre-nese-halspasienter. På grunn av det ble det ansatt en spesiallege i øre-nese-halssykdommer, og en spesiallege i øyesykdommer i løpet av året 1964.²⁰⁸ Ved Sandnessjøen sykehus ble det ansatt en spesiallege innen psykiatri i 1968, og i 1976 ble det opprettet en stilling for spesiallege i øre-nese-halssykdommer.²⁰⁹ I tillegg fikk Vefsn sykehus ansatt en spesiallege i øyesykdommer i 1975.²¹⁰

Det skal likevel ha vært problemer å få ansatt leger ved sykehusene. For eksempel skal Rana sykehus hatt utfordring med å få ansatt en gynekolog til den nye fødeavdelingen som åpnet i 1969. I tillegg tok det lang tid å få ansatt en ny spesiallege i øre-nese-hals-sykdommer i 1977.²¹¹ Ifølge helseplanen for fylket fra 1978 skulle Vefsn sykehus hatt problemer med å få ansatt en spesiallege i øye-sykdommer.²¹² Dette var en utfordring som gikk igjen i hele landsdelen, og legeproblemet var oppe til sak i sykehusstyret i 1977.²¹³ Da det ble åpnet avdeling for nevrologi for Helgeland ved Vefsn sykehus hadde sykehuset funnet en alternativ løsning. Annenhver uke kom det en nevrolog fra Trondheim til Mosjøen og arbeidet på avdelingen.²¹⁴

Det at det var vanskelig for sykehusene å få ansatt leger kan ha noe med de små fagmiljøene som var på lokalsykehus. Problemet med å få ansatt leger kom til å bli et sentralt argument i

²⁰⁷ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 44/78 «Sandnessjøen sykehus – endelig prosjekt», 179/78 «Finansieringsplan for Sandnessjøen sykehus», 162/79 «Lån til Sandnessjøen sykehus».

²⁰⁸ AiN. NFK. Sykehusstyret sak 41/64 «Rana sykehus – sengeplasser for øye- og øre-nese-hals-pasienter», 42/64 «Rana sykehus. Ansettelse».

²⁰⁹ AiN. NFK. Sykehusstyret sak 124/68 «Sandnessjøen sykehus. Opprettelsen av stilling som spesiallege i psykiatri»; Sykehusnemnda sak 15/76 «Sandnessjøen sykehus – spørsmål om opprettelsen av stilling som spesiallege i øre-nese-hals-sykdommer».

²¹⁰ AiN. NFK. Sykehusstyret sak 192/75 «Vefsn sykehus – Avtale med spesiallege i øyesykdommer».

²¹¹ Jacobsen, T., *Fra snepert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001), 83.

²¹² Landsdelskomiteen for Nord-Norge, helse- og sosialsektoren. 1972. *Nord-Norge Helse- og sosialtjeneste*, 52-53; AiN. NFK. Helse og Sosial avd. Sosialdepartementas svar til *Nordland fylkes helseplan*, Kongelige resolusjon *Statsrådsak nr. 175. 30. juni 1978*.

²¹³ AiN. NFK. Sykehusstyret sak 141/77 «Sykehusene i Nordland – legesituasjonen».

²¹⁴ Rana Blad, «Unner Rana CT-maskin, men vi er hjelpeløs uten», 04.03.87, 1.

debatten om sykehusstrukturen på Helgeland i den påfølgende perioden. Tanken bak sentraliseringen som skjedde i denne perioden på landsbasis var blant annet at større sykehus ville gi et større fagmiljø. Dette skulle igjen gi økt kvalitet på sykehusene.²¹⁵ Selv om sykehusene på Helgeland utviklet seg i retning økende spesialisering, kom det også tydelig fram at sykehusene hadde utfordringer med denne utviklingen.

6.5 Oppsummering 1964-1980

I denne perioden skjedde det ikke noe endring i selve sykehuskartet på Helgeland. Sykehusene beholdte det nedslagsfeltet som de hadde i 1964 gjennom hele perioden. Denne strukturen ble truet da Statens sykehusråd ønsket å nedgradere Vefsn sykehus. Trusselen om nedleggelse var et brudd på mange måter. Til dette punkt kunne sykehushistorien på Helgeland beskrives som en romansefortelling. Hvor tilbudet for befolkningen ble stadig bedre etter hvert som tiden gikk. For selv om det ikke ble noe nedleggelse eller nedgradering av noen av sykehusene i denne perioden, lå det i kortene at det kunne skje i framtiden. Begrunnelsen gitt fra fylkes sykehusstyre var at kommunikasjonene ikke var nok optimale til at Vefsn sykehus kunne nedlegges. Samferdselstilbudet var noe som allerede var under forbedring i løpet av perioden, og blir tatt opp igjen i neste periode.

Det var heller ingen store byggeprosjekter som ble gjennomført i denne perioden. Planleggingen med utvidelse av Sandnessjøen sykehus startet alt i 1966, men det ble ikke utført noe byggearbeid. Det eneste sykehuset som ble utvidet i denne omgang var Rana sykehus. Der ble 6. etasje tatt i bruk i 1969, og administrasjonsfløyen i 1978.

I denne perioden var også alle tre sykehusene tredelte sykehus, i tillegg ble det opprettet spesialavdelinger ved sykehusene. Selv om det var en forbedring av innholdet i sykehusene, var det problemer med denne utviklingen. Det var vanskeligheter med å få ansatt legene til stillingene som trenges for å få etablert dette tilbudet ved lokalsykehusene. Legeproblemet blir tatt opp igjen også i neste periode.

²¹⁵ Schiøtz, *Viljen til liv* (Oslo: Samlaget, 2017), 200.

VII – Sykehushistorie på Helgeland 1980-2002

I 1980 var sykehuskartet på Helgeland følgende:

- Sandnessjøen sykehus hadde 120 sykesenger.
- Rana sykehus hadde 146 sykesenger.
- Vefsn sykehus hadde 120 sykesenger.²¹⁶

7.1 Nytt finansieringssystem og krav om effektivisering

Fra 1980-tallet var det spesielt to hendelser som påvirket utviklingen av sykehusene. Det ene var polikliniske behandlinger, og det andre var rammefinansieringer.

Nytt finansieringssystem

Det økonomiske systemet endret seg i denne perioden. Fram til 1980 var det et finansieringssystem med *kurpenger* som var gjeldende. Det innebar at sykehuset fikk en sum utbetalt fra staten for hvert døgn en pasient var på sykehuset.²¹⁷ Et nytt system kom i 1980 med rammefinansiering. Det innebar at hver fylkeskommune ble tildelt en sum på grunnlag av dets behov for helsetjenester på ulike nivå. Det var så opp til fylkeskommunen å fordele midlene videre til blant annet sykehusene.²¹⁸

Poliklinisk behandling, fra privat til sykehusansvar

Siden det ikke lenger var slik at sykehusene fikk finansiering basert på liggedøgn ble det fra fylkeskommunen stilt krav om effektivisering. Det var ikke lønnsomt å ha pasientene innlagt over lengre perioder. Det gjorde at sykehusene måtte øke sin polikliniske virksomhet, som betyr at pasientene fikk behandling uten innleggelse. Samtidig skulle de ordinære sengeplassene bli redusert.²¹⁹ Det hadde også tidligere blitt gjennomført poliklinisk virksomhet ved sykehusene. Forskjellen var at da var det legene som utførte den polikliniske behandlingen som deres private praksis. Det skjedde en endring i løpet av forrige periode,

²¹⁶ SSB NOS, Sykehusstatistikk 1979, 19.

²¹⁷ Moseng, «Sykehuset i byens sentrum», 92.

²¹⁸ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 132/77, «Framtidig finansiering av helseinstitusjonene. Rammebevilgning»; Karlsen, Holand & Moseng, «Sykehuset i tid og rom – fra periferi til sentrum», 18.

²¹⁹ Karlsen, «Pasienter og behandling i sykehuset», 158.

hvor det fra 1970-tallet ble integrert i sykehusene sin ordinære drift.²²⁰ I 1981 ble det fra Helse- og sosialstyret forventet at sykehusene i fylket skulle øke den polikliniske virksomheten med 50 prosent.²²¹ Denne endringen gjorde at antall sykesenger ikke lenger ga et godt bilde på utvidelse og kapasitet ved sykehusene.

Fra 1980-tallet skjedde det med andre ord en endring av strukturen innad i sykehusene. Det skulle være færre ordinære sengeplasser, og en økende grad av spesialisering og poliklinisk virksomhet. Dette gjorde at det var behov for en annen type personell enn det hadde vært på sykehusene tidligere. Spesialiseringen gikk på bekostning av betjeningen som ikke hadde riktig utdanning. Blant annet ble flere av hjelpepleierne som var ansatt ved Sandnessjøen sykehus bedt om å skaffe seg annet arbeid. Det siden de ble overflødige da de ordinære sengeplassene ble redusert.²²²

Sparetiltak ved Helgelandssykehusene

Hvorvidt innføringen av rammefinansieringen som system var en forbedring er ikke sikkert. Det er i alle fall tydelig at fylkeskommunen fikk dårligere økonomi fra 1980-tallet. Dette kan ses i helse- og sosialstyret sine møteprotokoller. Fylkeskommunen sin dårlige økonomi var en sak som gikk igjen i denne tiden. Blant annet i langtidsbudsjettet for perioden 1980-84. Da ble sykehusene bedt om å innføre effektiviseringstiltak for å spare penger.²²³

Dette førte til en rekke innsparingstiltak ved sykehusene på Helgeland i løpet av 1980-tallet. Et permanent tiltak som ble gjennomført var oppsigelser, samt reduksjon i sengepostene som allerede nevnt. Et midlertidig sparetiltak var at sykehusene i perioder måtte stenge ned avdelinger. I tillegg skjedde det tiltak i forbindelse med ferieavviklingen. For eksempel ble fødeavdelingene stengt i perioder sommeren i 1988.²²⁴

Alle sykehusene ble bedt om å gjøre sparetiltak og redusere driften, men det var Vefsn sykehus som ble hardest rammet. Sommeren 1980 kom sjokkbeskjeden. Fylkesrådmannen

²²⁰ Karlsen, «På innsiden av Bodø sykehus», 126; Karlsen «Pasienter og behandling i sykehuset», 158.

²²¹ AiN. NFK. Helse- og sosialstyre sak 199/81 «De somatiske sykehusene i Nordland. Oppgaver og dimensjonering».

²²² AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 3/83 «Sandnessjøen sykehus – forhandlinger med Norsk Kommuneforbund og Norsk Hjelpepleierforbund vedrørende oppsigelser av hjelpepleiere ved sykehuset».

²²³ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 234/77 «Langtidsbudsjett 1980-84», sak 80/81 «Sykehusbudsjettet 1981 – reguleringer».

²²⁴ Jacobsen, T., *Fra sneppert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001). 74, 83, 101, 109.

Helgeland Arbeiderblad, «Andre løsninger enn reduksjon bør finnes», 17.07.80, s. 3;

AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 72/88 «Stengning av fødeavdelinger ved sykehusene på Helgeland».

hadde kommet med forslag om å redusere driften til bare 50 senger, i første omgang ut året. Vefsningsene betegnet dette som en sykestue, og ikke et fullverdig sykehus.²²⁵ Sengetallene ved de somatiske sykehusene i fylket var under utredning, og basert på befolkningsgrunnlaget ble det varslet at Vefsn sykehus kunne vente seg en reduksjon. På nytt var det befolkningen og politikerne i Vefsnområdet som måtte ta opp kampen for lokalsykehuset sin eksistens. De påfølgende dagene publiserte Helgeland Arbeiderblad artikler om saken. Avisen intervjuet flere vefsningsere som var klar for å aksjonere for å bevare sykehuset. Det var tydelig at denne beskjeden skapte opprør blant lokalbefolkningen.²²⁶

Det å måtte spare inn på økonomien gjorde også at det ble større konkurranse mellom sykehusene om å få finansering til utbygging eller utstyr. Dette kunne skape gnisninger, og et eksempel på det var da det skulle investeres i CT-maskiner i Nordland. Rana sykehus var ikke fornøyd med at Vefsn sykehus fikk CT-maskin først. Krangelen utspilte seg i lokalavisene. CT-krangelen mellom Rana- og Vefsn sykehus blir tatt opp senere i oppgaven.

7.2 Utbygging av sykehusene, 1980-2002

Det kommer klart frem at fylkeskommunen hadde dårlig økonomi i denne perioden. I tillegg var framtidens sykehusstruktur for Helgeland oppe til diskusjon og utredning. Likevel ble alle tre sykehusene utvidet også denne perioden.

Utbygging av Sandnessjøen sykehus

Selve planleggingsprosessen fram til utbyggingen utspilte seg i forrige periode. Nå skulle prosjektet endelig bli realisert.

Som allerede nevnt, ble det fra 1980-tallet stadig trangere økonomi for fylket. Dette vises i langtidsbudsjettet for 1980-84. Der ble det presisert at fylket sine sykehus ikke kunne forvente seg noen reell vekst i denne perioden. Det eneste unntaket var for Sandnessjøen sykehus. Det samme gjaldt i langtidsbudsjettet for 1983-86. Også da var Sandnessjøen sykehus det eneste aktuelle sykehusprosjektet i Nordland fylke.²²⁷ Byggeprosjektet skal ha blitt påvirket av noen

²²⁵ Helgeland Arbeiderblad, «Vefsn sykehus reduseres til sykestue?», 16.07.80, 3.

²²⁶ Helgeland Arbeiderblad, «60 senger synes å være riktig for Vefsn sykehus», 17.07.80, 7; AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 199/81 «De somatiske sykehusene i Nordland. Oppgaver og dimensjonering».

²²⁷ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 234/79 «Retningslinjer for utarbeidelse av langtidsbudsjett 1980-84 og 4-årsplan 1981-84 for Nordland fylkeskommune», 98/82 «Langtidsbudsjett/4-årsplan 1983-86 (87)».

forsinkelser under oppstarten, men i 1983 ble det nye sykehuset i Sandnessjøen innviet.²²⁸ Fra sykehusnemnda for Nordland fylke var på befaring til sykehuset sto ferdig, tok det hele 15 år.

Utbygging av Vefsn sykehus

Selv om Statens sykehusråd mente at framtidens planlegging av sykehuset i Vefsn burde gjøres i henhold til deres kommentarer, var det ikke det som skjedde den påfølgende tiden. For på slutten av 1970- og starten av 80-tallet startet planleggingen av å oppruste sykehuset. Opprustningsplanen til Vefsn sykehus var oppe til sak ved flere anledninger i helse- og sosialstyret i 1980. Det var rettet spesielt fokus på opprettelsen av en ny poliklinikk i denne planen. I den forbindelse ble det blant annet diskutert hvorvidt det var behov for å opprettholde det samme antall sengeposter. Fra sykehuset sin side ble det argumentert med at den da pågående utarbeidingen av Tosenvegen ville gjøre at deres pasientgrunnlag kom til å øke. Det ble fra Vefsn sykehus antatt at de fleste fra Sør-Helgeland kom til å foretrekke denne veien, og dermed søke til Vefsn sykehus, framfor sykehuset i Sandnessjøen. Dette ble motargumentert med at det også var planlagt bedre samferdselsforbindelser langs kysten. I tillegg til at det i Sandnessjøen snart skulle åpne et nytt sykehusanlegg.²²⁹ I 1981 ble det opprettet en plankomité som skulle utarbeide prosjektet med poliklinisk fløy, samt øvrig opprustning av sykehuset.²³⁰

Det skal ha utspilt seg en usikkerhet lokalt i Mosjøen om poliklinikken noen gang kom til å bli en realitet. Dette finner man blant annet i flere avisartikler fra Helgeland Arbeiderblad i perioden rundt planleggingen.²³¹ Usikkerheten kunne dempes i 1984 da forprosjektet til plankomitéen ble godkjent av helse- og sosialstyret.²³² Fylkesrådmann Åge Danielsen hadde i et intervju med Helgeland Arbeiderblad beskrevet frykten til vefsningene som betydelig overdrevent. Det skal ifølge han aldri ha vært noen planer om å skrinlegge prosjektet, men at prosjektet måtte ses opp mot fylkeskommunens ressurser.²³³ Uansett om frykten var overdrevent eller ikke kan vi se at befolkningen i Vefsnområdet var sterkt engasjert i framtiden til sykehuset sitt. Poliklinikken skulle bli en realitet. Når det gjaldt fylkeskommunen sine investeringsprosjekt for de somatiske sykehusene var utbyggingen av

²²⁸ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 162/82 «Sandnessjøen sykehus. Melding om framdrift»; Helgelandssykehuset, «Historikk, sykehuset i Sandnessjøen».

²²⁹ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 30/80 «Vefsn sykehus. Opprustningsplan», 69/80 «Vefsn sykehus. Opprustningsplan», 160/80 «Plan for opprustning av Vefsn sykehus».

²³⁰ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 232/81 «Vefsn sykehus – oppnevning av plankomite».

²³¹ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 47.

²³² AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 45/85 «Vefsn sykehus – poliklinikkfløyen – forprosjekt».

²³³ Helgeland Arbeiderblad, «Alt taler for utbygging ved Vefsn sykehus», 12.10.84, 19.

Vefsn sykehus første prioritet i 1985.²³⁴ Samme år startet byggearbeidet, og to år senere kunne den nye poliklinikken tas i bruk ved Vefsn sykehus.²³⁵

Utbygging av Rana sykehus

Rana sykehus hadde også ønsker om utvidelse i denne perioden. I 1987 startet planleggingen av nok en ny fløy for sykehuset. Det tok imidlertid sin tid før byggeplanene av denne fløyen ble en realitet. Dette utspilte seg samtidig som sykehusstrukturen for Helgeland for alvor ble diskutert. Denne diskusjonen kommer vi tilbake til senere. Selv om det var usikkerhet om hvordan framtiden til Rana sykehus ville bli, ble det vedtatt å bygge ut sykehuset. I juni 1994 startet utbyggingen av en ny fløy. Den nye fløyen skulle blant annet ha kirurgisk poliklinikk og kommunal legevakt. I april 1995 var første byggetrinn ferdig, og flere avdelinger kunne dermed flytte inn de nye lokalene. Etter at den nye fløyen var ferdigstilt ble det også utført restaurering av det gamle bygget. Sensommeren 1998 var byggeprosjektet fullført.²³⁶

7.3 Samferdselsutvikling og ny lokalsykehusgrense

I Nordland fylkes utbyggingsplan for helseinstitusjoner fra forrige periode ble det argumentert for at alle sykehusene i fylket burde bevares. Det ble begrunnet med de dårlige samferdselsforbindelsene. Svaret fra Statens sykehusråd var at avstanden fra Mosjøen til Mo i Rana og Sandnessjøen var kort. Dette var i 1978.

Siden den gang hadde samferdselstilbudet på Helgeland blitt forbedret. Blant annet ble båtene som ble brukt til sykehustransport stadig bedre. Fra slutten av 80-tallet kan man se hvordan nye legeskyssbåter ble etablert i de forskjellige øykommunene.²³⁷ I tillegg ble det etablert stasjon for luftambulans i Brønnøysund. Det etter en strid om plassering mellom Sandnessjøen og Brønnøysund.²³⁸ Legeskyssbåter og luftambulansen sørget for at folket som bodde spredt langs kysten raskere kunne komme seg fram til sykehuset.

²³⁴ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 205/85 «Investeringsprogram for de somatiske sykehusene i Nordland».

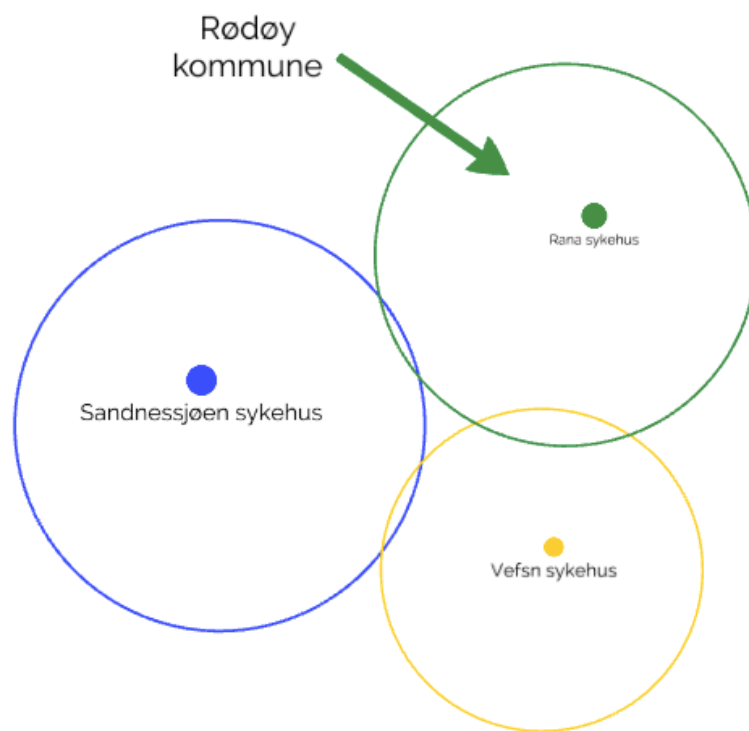
²³⁵ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 47.

²³⁶ Jacobsen, T., *Fra snepert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001), 126, 127, 129 & 131; Helse og sosialstyre møteprotokoller, sak 178/87, 39/90.

²³⁷ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 17/86 «Ny legeskyssbåt for Lurøy», 29/86 «Ny legeskyssbåt Nesna», 95/86 «Ny legeskyssbåt for Alstahaug kommune», 36/87 «Administrasjon av legeskyssbåtene – mulig drift av kombinert passasjer- og legeskyssbåt i Træna», 68/87 «Ny legeskyssbåt i Rødøy».

²³⁸ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 103/87 «Luftambulansetjenesten i Nordland. Stasjonering i Nordland», 166/90 «Luftambulansetjenesten i Norge – (NIS-Rapport)»; Brønnøysund Avis, «Luftambulans i Br.sund», 11. september 1986, 7; Brønnøysund Avis, «Ny strid om helikopteret», 7. mai 1987, 5.

I sykehusplanen for Nordland fra 1948 sto det at det i framtiden kunne være aktuelt at Rødøy kommune ble underlagt en av sykehussonene i Helgeland. I denne perioden ble både bilveiene på fastlandet og kommunikasjonsmidlene langs kysten betraktelig forbedret. Ved utbyggingen av fylkesvei 17 ble det veiforbindelse mellom fastlands-Lurøy og Rana. Da Silatunnelen åpnet i 1989 ble denne strekningen også ferjefri.²³⁹ Som allerede nevnt ble det anskaffet nye moderne legeskyssebåter for øykommunene. En av kommunene som fikk ny legeskyssebåt var Rødøy. Følgene av dette var at det ble vedtatt å endre lokalsykehusgrensene i Nordland. Fra 1. januar 1990 ble befolkningen i Rødøy kommune overført fra Nordland Sentralsykehus i Bodø til Rana sykehus.²⁴⁰ I tillegg til legeskyssebåt ble det også opprettet en ny ambulansetjeneste for Rødøy og Lurøy.²⁴¹ Samferdselsutviklingen gjorde at Rana sykehus økte sitt nedslagsfelt.



Illustrasjon 6: Enkel fremstilling av sykehuskartet på Helgeland ved år 1990. Rødøy kommune underlagt Rana sykehus.

²³⁹ van Rijkom, «Helgeland: et spennende land?», 131.

²⁴⁰ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 68/87 «Ny legeskyssebåt i Rødøy». & 74/89 «Lokalsykehusgrenser i Nordland – eventuelle endringer».

²⁴¹ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 100/89 «Ny ambulansetjeneste for Lurøy og Rødøy».

7.4 Konflikter og krav om samarbeid

Utviklingen av sykehusene og samfunnet på Helgeland frem til dette punkt er med på å forklare kompleksiteten i en sykehusstrid som for alvor tok av fra slutten av 1980-tallet. Det lå i kortene i lang tid at det skulle skje en strukturendring for Helgelandsykehusene. Kravet om økt spesialisering, forbedring av samferdselstilbudet samt en dårligere økonomi i fylkeskommunen, var bakgrunnen for dette. Var det lenger bærekraftig med tre sykehus i regionen?

Krangel om CT-maskin

De første gnisningene mellom sykehusene på Helgeland skal ha oppstått som følge av CT-maskiner. En CT-maskin, forkortelse for en computertomografi-maskin, er en røntgenmaskin som kan snittfotografere kroppen og organer. Dette var en revolusjonerende maskin da den kom til Norge på midten av 70-tallet. CT-maskinen kunne fremstille bilder av små deler av kroppen som tidligere hadde vært vanskelig å få undersøkt.²⁴²

Vi har allerede sett hvordan lokalbefolkningen i Vefsn på starten av 1900-tallet hadde innsamlingsaksjoner for å få sitt eget sykehus. Slike tendenser var det også i denne perioden. Allerede nevnt var engasjementet som oppsto da sykehuset ble truet med å miste sin funksjon som sykehus. I tillegg var det engasjement rundt å få opprustet sykehuset med en poliklinikk. I Mosjøen var de ikke fremmede for å aksjonere for deres sykehus, og dermed startet CT-aksjonen.

«Uten vefsningene har ikke sykehuset vært slik det er i dag. I tillegg til alle aksjonene for å bevare sykehuset som et fullverdig sykehus, har de også skaffet til veie kapital til viktig medisinsk utstyr ...» - Jacobsen i Vefsn sykehus 100 år.²⁴³

Det at Jacobsen valgte å beskrive sykehuset som et fullverdig sykehus var nok ikke tilfeldig. Staten sykehusråd hadde i sine kommentarer til fylkets helseplan ment at Vefsn sykehus ikke hadde grunnlag for å opprettholde funksjonen som et fullverdig sykehus i framtiden.²⁴⁴

Fylkeshelsesjefen godtok i starten av året 1987 at Vefsn sykehus skaffet seg CT-maskin med private midler, men la frem noen premisser til det. Det skulle ikke belaste fylkeskommunens

²⁴² Karlsen, «Et sentralsykehus for Nordlands befolkning», 253.

²⁴³ Jacobsen, K. & Nylund, *Vefsn sykehus 100 år* (Mosjøen: Helgelandsykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002), 50.

²⁴⁴ AiN. NFK. Helse og Sosial avd. Sosialdepartementas svar til *Nordland fylkes helseplan*, Kongelige resolusjon Statsrådsak nr. 175. 30. juni 1978.

økonomi. Selv ikke driftsutgiftene, da inkludert opplæring av ansatte.²⁴⁵ Denne godkjenningen skal enkelte av de ansatte ved Rana sykehus ha stilt seg kritisk til.²⁴⁶ En kan undres over hvorfor Rana sykehus ikke synes det var greit at Vefsn sykehus fikk CT-maskin. Det var tross alt finansiert av egne midler, og gikk ikke utover budsjettet til de øvrige sykehusene i fylket.

Kritikken fra de ansatte ved Rana sykehus ble publisert i Rana Blad den 2. mars 1987. I korte trekk gikk argumentasjonen ut på at det allerede var planlagt at Rana sykehus skulle få midler til CT-maskin i langtidsbudsjettet for 1987-90. Videre sto det at det ikke var behov for mer enn én CT-maskin på Helgeland. Til slutt ble det argumentert med at Vefsn sykehus manglet røntgenlege. Noe Rana sykehus hadde to av.²⁴⁷

To dager senere kom motsvaret fra Vefsn sykehus. Et argument var at det i framtiden trolig kom til å være CT-maskiner ved ethvert sykehus i landet. Videre sto det at en CT-maskin var viktig for den nevrologiske avdelingen ved Vefsn sykehus. Tor Hauge, overlege ved Vefsn sykehus, hadde også motsvar på at de manglet røntgenlege. Motsvaret var at en slik maskin trolig ville gjøre det lettere å få rekruttert en spesialist til sykehuset.²⁴⁸

Det kan nok se ut som at den største trusselen for Rana sykehus var at de selv ikke skulle få CT-maskin, om Vefsn sykehus fikk det. Det skulle imidlertid vise seg å bli feil. Da helse- og sosialstyret hadde møte senere samme år, ble det diskutert investering av CT-maskiner til fylkets sykehus. Første prioritet for CT-maskin var da Rana sykehus. Vefsn sykehus fikk også rett i argumentasjonen om at det i framtiden trolig ville være CT-maskiner ved alle sykehus i landet. Det var nemlig lagt opp til at alle sykehusene i Nordland fylke skulle få CT-maskiner etter tur og orden, etter hvert som det var midler til det.²⁴⁹

CT-krangelen er en case som er illustrerende for sykehusstriden på Helgeland. Den viser at det var dårlig økonomi i fylkeskommunen som gjorde at det ble en kamp om ressursene mellom sykehusene. Det gjorde at Vefsn sykehus valgte å ta saken i egne hender. Den viser også hvordan små sykehus slet med å rekruttere spesialister. I tillegg ble det fra Rana sin side

²⁴⁵ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 39/87 «Anskaffelse av computertomograf ved Vefsn sykehus».

²⁴⁶ Karlson, «Et sentralsykehus for Nordlands befolkning», 263.

²⁴⁷ Rana Blad, «CT-maskinen bør til Rana – ikke til Vefsn», 02.03.87, 1.

²⁴⁸ Rana Blad, «Unner Rana CT-maskin, men vi er hjelpeløs uten», 04.03.87, 1.

²⁴⁹ Karlson, «Et sentralsykehus for Nordlands befolkning», 263; AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 193/87 «Computer-tomograf (CT) i Nordland – investering og drift».

argumentert med at ett sykehus kunne dekke behovet for hele Helgeland. Det var en åpen kamp mellom sykehusene om hvem som hadde rett på hvilke ressurser.

Floa-utspillet

Selv om det ikke har vært noe fokus på aktører på mikronivå, var det klart at det var enkeltpersoner som var veldig delaktig i sykehusdebatten. Blant annet lokalpolitikere. Et utspill som skapte mye oppstyr, kom fra Osvall Floa.

Osvall Floa, som var ordfører for Vega kommune, skal ha startet diskusjonen om antall sykehus på Helgeland. Utspillet skal ha kommet fram under et sykehusmøte hvor kommunene i sykehusområdet til Sandnessjøen sykehus, fylkeskommunen og sykehusledelsen deltok. Møtet fant sted i september 1988. Floa hadde sett seg lei på sparetiltak som reduserte driften på sykehuset. Han var klar i sin tale om at både Vefsn- og Rana sykehus burde legges ned. Det var ikke økonomi til å drive tre sykehus lenger, og Sandnessjøen sykehus burde være det sykehuset som fylket satset på. Floa fikk støtte hos flere av ordførerne fra Sør- og Ytre-Helgeland.²⁵⁰

Prøveordning med fellesstyre

Avisene på Helgeland skrev om utspillet til Osvall Floa. Diskusjonen ble roet ned med at problemene kom til å løse seg med et felles styre for sykehusene på Helgeland, og at det ikke var tiden for å diskutere nedleggelse.²⁵¹

I 1988 ble sykehusene påtvunget å samarbeide, siden det ble vedtatt at sykehusene på Helgeland skulle gjennom en prøveordning med fellesstyre. Fellesstyret besto av lokalpolitikere som representerte ulike kommuner og partier rundt om på Helgeland. Målet med styret var at det skulle bedre samordningen og utnytting av ressursene ved de 3 sykehusene, blant annet med å fordele funksjonene mellom sykehusene.²⁵² Målet med prøveordningen markerer et skille i funksjonen i sykehusene på Helgeland. Sykehusene skulle ikke lengre ha sentralstedsfunksjon for sitt omland, men heller være et nettverk sammen med

²⁵⁰ Helgelands Blad, «Ordførere vil legge ned to sykehus», 24.09.88, 1, 8.

²⁵¹ Rana Blad, «Typisk Floa-utspill», 23.09.88, 1.

²⁵² Jacobsen, T., *Fra snepert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001), 111; AiN. NFK. Fylkestinget sak 48/87 «Fellesstyre for sykehusene på Helgeland»; AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 25/88 «Felles styre for sykehusene på Helgeland – reglement».

de øvrige sykehusene på Helgeland.²⁵³ Nedenfor er det illustrert hvordan sykehuskartet på Helgeland ville sett ut dersom sykehusene skulle fungere som et samarbeidsnettverk.



Illustrasjon 7: Enkel fremstilling av sykehuskartet på Helgeland ved omstilling til samarbeidsnettverk. Hele Helgeland som pasientgrunnlag. Hvert sykehus med sine funksjoner.

Avisene skrev om at det var amper stemning på møtene i fellesstyret. Representantene fra Sandnessjøen- og Rana sykehus ble underveis kritisert for å være lite samarbeidsvillig. Spesielt med tanke på funksjonsfordeling. Direktøren ved Vefsn sykehus kritiserte styreformannen til fellesstyret, Jarle Halmøy. Jarle Halmøy var for ordens skyld Arbeiderpartipolitiker fra Rana. Kritikken fra Dahl gikk ut på at Halmøy ønsket å legge ned Vefsn sykehus. Da han visstnok skal ha antydnet at det ikke var nok ressurser til å drive tre

²⁵³ Helle, «Byen som historisk fenomen», 15.

sykehus i regionen.²⁵⁴ Ut fra det som sto i avisene virket det som om Vefsn sykehus ønsket å få til en funksjonsfordeling, mens de to andre sykehusene ønsket å se på strukturen.

I 1991 var prøveordningen over. Vefsn sykehus skal ha vært mer fornøyd enn de to andre sykehusene i samarbeidet. De øvrige sykehusene var mildt sagt mindre fornøyde. Direktøren for Rana sykehus, Asbjørn Eide, var den som stilte seg mest kritisk. Han mente fellesstyret kun hadde ført til uenigheter. Han gikk til og med så langt at han beskyldte hele opplegget for å være et middel for å redde Vefsn sykehus.²⁵⁵ Fellesstyret skulle vise seg å skape større gnisninger mellom sykehusene enn samarbeid. Gnisningene fram til dette punkt kan beskrives som et forspill. Vi aner tendenser til at noe skal skje, og noen år etter Floa-utspillet kom sykehuskrigen for alvor å bryte ut på Helgeland.

7.5 Sykehuskrigen bryter for alvor ut på Helgeland

Samfunnet hadde endret seg betraktelig siden 1948, som var året den gjeldende sykehusstrukturen på Helgeland ble vedtatt. Siden den gang ble det stadig stilt større krav til både spesialisering og effektivisering innen sykehusene. Det var en omstilling som de tre lokalsykehusene hadde opplevd som problematisk. Allerede nevnt er hvor vanskelig det var for sykehusene å skaffe seg leger med spesialistutdanning. I tillegg hadde det vært en utvikling både innen samferdsel og teknologi. For Helgeland sin del var det demografiske bildet også i endring, som ble dekt under den generelle utvikling i kapittel 2. Da det ble bygd sykehus i Mosjøen og Mo i Rana var det to byer i vekst. Denne veksten hadde avtatt fra 1970-tallet for de to industribyene.

Både spesialisering og reisevei kan «kobles til» sentralstedsteorien. Stadig kortere reiseavstander målt i tid gjorde at det ikke trengtes like mange sykehus. Dette siden et sykehus kunne dekke et større omland uten at pasientene nødvendigvis fikk noe særlig lengre reisetid til sykehuset enn de hadde hatt tidligere. Etter hvert som sykehusene tilbydde mer spesifiserte helsetjenester, måtte et større pasientgrunnlag til for å være bærekraftig. Det gjorde at funksjonsfordelingen mellom sykehusene var en aktuell diskusjon under fellesstyre, selv om det ikke ble vellykket den gang.

²⁵⁴ Jacobsen, T., *Fra snepert til skalpell* (Rana: Rana sykehus, 2001), 111; Helgeland Arbeiderblad, «Direktør Dahl med nytt innspill i sjukehuskrigen», 15.03.89, 2; Rana Blad, «Frustrasjon i sykehusenes fellesstyre», 21.02.90, 12.

²⁵⁵ Helgeland Arbeiderblad, «Tre år med fellesstyre», 28.11.91, 3.

Statens sykehusråd hadde i 1978 ment at det var for mange sykehus på Helgeland. Først på 90-tallet skulle sykehusstrukturen på Helgeland for alvor bli diskutert. Da hadde både det kommet en Stortingsmelding som krevde mer samarbeid mellom sykehusene.²⁵⁶ I tillegg hadde sykehusstrukturen for fylket blitt gjennomgått.²⁵⁷ Dette var bakgrunnen for det som ble kalt «Helgelandsprosjektet». Prosjektgruppen tok på seg oppdraget med å utrede forslag til en samordningsmodell for sykehusene. Skulle det endelig bli enighet om framtidens sykehusstruktur på Helgeland?

Helgelandsprosjektet ble utarbeidet i 1996. Mandatet skulle gi konkrete forslag til samordningsmodell for sykehusene. Blant annet hvilke funksjoner og spesialiteter hvert av sykehusene skulle ha. De tre sykehusene skulle fungere som et felles lokalsykehus. Det vil si at alle beboerne på Helgeland gikk inn under samme pasientgruppe. Resultatet av prosjektet ble ferdigstilt november i 1996. Rapporten ble kalt *Hauglinrapporten* etter prosjektlederen Otto Hauglin.

Rapporten beskrev ulike forslag til modeller. En kort beskrivelse av de ulike modellene:

- Modell 0 var at sykehusene skulle opprettholdes slik det var.
- Modell 1 innebar at alle 3 sykehusene skulle få utvidet akuttberedskap. Det skulle også være fødeavdelinger på hvert av sykehusene.
- Modell 2 la fram forslaget om at 2 av sykehusene skulle få utvidet akuttberedskap. Det resterende sykehuset skulle opprettholdes som en spesialistklinikk. Sykehusene med akuttberedskap skulle også ha fødeavdelinger.
- Modell 3 foreslo at alle tre sykehusene skulle bevares, men at ett av sykehusene skulle ha utvidet akuttberedskap og fødeavdeling. De to øvrige sykehusene kom da til å miste noen av funksjonene de hadde.

Innenfor modell 2 og 3 var det tre alternativer, alt etter hvilken av sykehusene som eventuelt skulle utvides eller nedgraderes. Prosjektgruppen endte opp med å anbefale modell 3.

Medlemmene i prosjektgruppen stemte også over hvilken av alternativene de støttet. Det var 14 medlemmer i prosjektgruppa. 3 av de ønsket ikke å gi uttrykk for rangering av hvilket sykehus de anbefalte. 2 av medlemmene stemte på Rana som hovedsykehus. 4 stemte på Sandnessjøen som hovedsykehus, og 3 stemte på Vefsn sykehus. De to siste anbefalte enten

²⁵⁶ St.meld. nr. 50 (1993-94) *Samarbeid og styring Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.*

²⁵⁷ AiN. NFK. Helse- og sosialstyret sak 138/89 «Sykehusstruktur – rammer for videre arbeid».

Rana eller Sandnessjøen, og om de måtte velge stemte de på Sandnessjøen på grunn av sør-Helgelandproblemet.²⁵⁸ Det var med andre ord Sandnessjøen sykehus som kom best ut med tanke på anbefalingen til medlemmene i prosjektgruppa. Det var likevel ingenting som var bestemt på dette punkt.

I og med at det enda var usikkerhet i hvilken av sykehusene som skulle bli hovedsykehuset startet kampen om å fremme sitt sykehus som det beste alternativet. Med det startet sykehuskrigen på Helgeland. Fylkeskommunen mottok en rekke høringsuttalelser for hvilken av sykehusene som burde være hovedsykehus. Privatpersoner, kommuner, bedrifter, frivillige organisasjoner og en rekke andre aktører sendte skriv til kommunen. Avisene Helgeland Arbeiderblad, Helgelands Blad og Rana Blad skrev hyppig om sykehussaken. Det var klart at dette var noe som berørte befolkningen på Helgeland. Tidligere har det vært Vefsn sykehus som har kjempet for å opprettholde sykehuset som et fullverdig sykehus. Fra dette punkt var det alle tre av sykehusene som sto i fare for å bli redusert.

7.6 Høringsuttalelser for Helgelandsprosjektet

Aktørene for de ulike sykehusene sendte inn en rekke høringsuttalelser i saken om «Helgelandsprosjektet». Arkivmappene til «Helgelandsprosjektet» er mildt sagt fulle, og viser hvor stort engasjementet rundt saken det var. Det er derfor ikke mulig å ta med alle argumentene for de forskjellige sykehusene. For å forklare hovedargumentene er det valgt ut enkelte høringsdokument som taler godt for saken for hvert av sykehusene.

Høringsuttalelser som støttet Sandnessjøen sykehus

Det var vanlig at kommunene rundt sykehuskommunene støttet opp under deres nærmeste sykehus. En kommune som argumenterte godt for Sandnessjøen sykehus sin sak var Leirfjord kommune. Et av argumentene var at Sandnessjøen sykehus ville bli den beste plasseringen med tanke på befolkningen som bodde på øyene. Det siden både Ranfjorden og Vefsnfjorden kunne bli islagt om vinteren. Noe som kunne være et problem for dem som trengte legeskyssbåt for å komme seg til sykehuset. Fra indre Helgeland kunne pasienter bli fraktet ut til Sandnessjøen med bilambulanse.

²⁵⁸ AiN. NFK. Helgelandsprosjektet, ark.nr. 400, *Helgelandssykehuset. Prosjekt for samordning av sykehusene på Helgeland*. Rapport fra prosjektgruppa.

Et annet argument var næringsveksten langs kysten. De argumenterte for at det i tiden framover kom til å være en vekst i næringene som fiske, opprett og oljerelaterte virksomheter. Næringer med høy skadefrekvens. Det hadde alt i 1980 vært oppe til sak i helse- og sosialstyret hvorvidt eventuell oljevirkosomhet på Helgeland kom til å stille andre krav til helseberedskapstjenesten.²⁵⁹

De begrunnet også lokaliseringen med pasientgrunnet til Nordlands sentralsykehus og Regionssykehuset i Tromsø. Det kom uttrykk fra Sør-Helgeland om at de kom til å søke til Namdal sykehus, om hovedsykehuset ble lokalisert i Rana. Da kom denne befolkningen ikke lenger å tilhøre helseregion for Nord-Norge.²⁶⁰ Dette bekreftes også av høringsuttalelsen fra kommunestyret i Sømna. Der sto det at dersom Mo ble hovedsykehuset vil kommunen søke over til helseregion 4. Altså Trøndelag.²⁶¹

Det var et smart argument for et fylkesting, som selvfølgelig ønsket å beholde pasientgrunnet fra Nordlands fylke.

Høringsuttalelser som støttet Vefsn sykehus

Hattfjelldal kommune var en kommune som sendte inn høringsuttalelse til fylkeskommunen. Kommunestyret argumenterte med hvor lang reiseavstand det ville bli for deres innbyggere til Sandnessjøen og Mo i Rana. For selv om det kanskje var kort reiseavstand fra Mosjøen til Mo i Rana eller Sandnessjøen, var det ikke det fra Hattfjelldal. De sammenlignet det med at det var kortere reisevei fra Mosjøen til Mo i Rana, enn det da var for enkelte av deres innbyggere til Vefsn sykehus.²⁶² Grane kommune sendte også inn høringsuttalelse til fylkeskommunen. Der går det igjen de samme argumentene som fra Hattfjelldal kommune.²⁶³

Reisevei kom til å bli Vefsn sykehus sitt sterkeste argument i sykehuskonflikten. For både målt i reisetid og avstander var Mosjøen det av de tre sykehusstedene som kom best ut for hele befolkningen.²⁶⁴ Vefsn kommune argumenterte med at om sykehuset skulle legges til Mo

²⁵⁹ AiN. NFK. Helse og sosialstyre sak 80/80 «Helseberedskapstjeneste i forbindelse med oljeberedskapstjenesten på Helgelandskysten».

²⁶⁰ AiN. NFK. Helgelandsprosjektet, ark.nr. 400, «Prosjekt for samordning av sykehusene på Helgeland – uttalelser», Leirfjord kommune.

²⁶¹ AiN. NFK. Helgelandsprosjektet, ark.nr. 400, «Prosjekt for samordning av sykehusene på Helgeland – uttalelser», Sømna kommune.

²⁶² AiN. NFK. Helgelandsprosjektet, ark.nr. 400, «Uttalelse vedrørende sykehusstruktur», Hattfjelldal kommune.

²⁶³ AiN. NFK. Helgelandsprosjektet, ark.nr. 400, «Helgelandssykehuset – uttalelse til prosjektrapport», Grane Kommunestyre.

²⁶⁴ AiN. NFK. Helgelandsprosjektet, ark. Nr. 400, Hir Vefsn «Helgelandsprosjektet».

i Rana eller Sandnessjøen, måtte pasientene fra den «tapende byene» omtrent gjennom Mosjøen for å komme fram. Da veiforbindelsen mellom de to stedene går gjennom Drevja, som lå i nærheten av Mosjøen. Det var dermed mer hensiktsmessig å plassere hovedsykehuset i Mosjøen.²⁶⁵

Vefsn kommune kom også med et godt tilbud til Nordland fylkeskommune. Om Vefsn sykehus skulle bli valgt som hovedsykehus skulle fylkeskommunen få overta arealbehovet til sykehuset gratis av Vefsn kommune. Det ved å gi bort 1500 kvm av Vefsn sykehjem som var bygd i tilknytning til sykehuset. Dette ville minsket investeringsbehovet med 28 millioner kroner.²⁶⁶

Høringsuttalelser som støttet Rana sykehus

Legerådet ved Rana sykehus sendte inn høringsuttalelse på vegne av arbeidsplassen sin. Argumentasjonen for Rana sykehus handler i all hovedsak om befolkningskonsentrasjon og rekruttering. Mo i Rana var den største byen på Helgeland. Det ble lagt vekt på at rekrutteringsvanskene med å få tak i personell med spesialistkompetanse, og at det var lettere i en større by.²⁶⁷

En annen aktør som talte for Rana sykehus sin sak, var Mo industripark AS. Selv om Jernverket og Koksverket var lagt ned, var det fortsatt en god del industribedrifter som holdt til i Mo i Rana. De fleste under Mo Industripark. De følte seg oversett i forbindelse med Hauglinrapporten. Administrativ direktør ved Mo industripark argumenterer for at en såpass stor industripark med omtrent 2200 ansatte hadde behov for et sykehus med akuttberedskap i nærheten.²⁶⁸

7.7 Fylkestingets avgjørelse, og konsekvensutredning

Ved fylkestingmøtet i april 1997 skulle samordning av sykehusene på Helgeland avgjøres. Bakgrunnen var sluttrapporten for Helgelandsprosjektet. Dagene før avgjørelsen ble det gjort

²⁶⁵ AiN-NFK, Helgelandsprosjektet, ark. Nr. 400, Vefsn kommunes uttalelser til rapporten «Helgelandspsykehuset – prosjekt for samordning av sykehusene på Helgeland».

²⁶⁶ AiN. NFK. Helgelandsprosjektet, ark. Nr. 400, Vefsn kommune, «Helgelandsprosjektet – tilbud om vederlagsfri overtakelse av deler av Vefsn sykehjem».

²⁶⁷ AiN. NFK. Helgelandsprosjektet, ark. Nr. 400, «Høringsuttalelse om «rapporten om Helgelandspsykehuset» fra legerådet ved Rana sykehus».

²⁶⁸ AiN. NFK. Helgelandsprosjektet, ark. Nr. 400, Mo Industripark AS. «Vedr. Ranaindustriens beredsskapsbehov».

en siste innsats fra befolkningen fra Helgeland for å markere sin sak. Flere tusen skal ha gått i fakkeltog for Rana sykehus.²⁶⁹ Folk fra Sør- og Ytre-Helgeland hadde møtt opp i Bodø for å demonstrere ønsket om å få Sandnessjøen sykehus som hovedsykehus for Helgeland.²⁷⁰ Utfor Vefsn sykehus hadde 1500 stilt opp i håp om å få utsatt lokaliseringsvalget, og å gi Vefsn sykehus en sjanse.²⁷¹ Alt tydet på at kampen på dette tidspunktet sto mellom Rana- og Sandnessjøen sykehus, noe vefsningene hadde innsett.

Det var ingen tvil om at sykehusstriden var en sak som engasjerte sterk blant helgelendingene. Nå skulle det endelig avgjøres. Dommen ble som følgende: Fylkestinget vedtok at sykehusene skulle slås sammen til et lokalsykehus fra 1. januar 1998, med navn Helgelandssykehuset. Alle tre enhetene skulle opprettholdes, og sykehuset med utvidet akuttberedskap skulle legges til Sandnessjøen.²⁷² Da kunne kystbefolkningen slippe jubelen løs.

Jubelen ble derimot kortvarig. Saken kunne vært avgjort ved dette punkt. Så enkelt skulle det ikke vise seg å være. Det ble vedtatt i Stortinget at regjeringen måtte legge frem en konsekvensredegjøring ved sentralisering av akuttberedskap i landet. Da spesielt for pasienter og helsepersonell i mindre sentrale strøk.²⁷³ Denne stortingsmeldingen gjorde at iverksettelse av vedtaket om Helgelandssykehusene ble midlertidig utsatt. Det ble vedtatt ved fylkestingssamlingen i juni 1997.²⁷⁴ Med det fortsatte diskusjonen, og nye høringsuttalelser. Debatten tok seg opp, og fra Sandnessjøen sin side ønsket de å få gjenopptatt vedtaket om Helgelandsprosjektet. Fra Vefsn og Rana var det klart at det ikke var forsvarlig å gjenoppta saken før utredningen av konsekvensutredningen var ferdigstilt.²⁷⁵

Konsekvensutredningen var ferdig juni 1998. Utredningen ble kalt Haga-utvalget etter Daniel Haga. Haga var kommuneoverlege i Alta kommune.²⁷⁶ De som støttet vedtaket om Sandnessjøen sykehus som hovedsykehus jublet igjen som følge av utredningen. De mente utredningen ga indirekte støtte for å få fylkestingsvedtaket fra året før gjennomført. Det siden utredningen kom fram til at færre sykehus skulle ha akuttberedskap i framtiden.²⁷⁷

²⁶⁹ Rana Blad, «Ranværingene viste muskler», 17.04.97, 8-9.

²⁷⁰ Helgelands Blad, «Kyst-Helgeland til samlet kamp», 23.04.97, 6.

²⁷¹ Helgeland Arbeiderblad, «Gi Vefsn sykehus en sjanse», 23.04.97, 4-5.

²⁷² AiN. NFK. Fylkestingsak 44/97 «Samordning av sykehusene på Helgeland».

²⁷³ St.meld. nr. 24 (1996-97) *Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*.

²⁷⁴ AiN. NFK. Fylkestingsak 75/97 «Helgelandssykehuset – videre planlegging».

²⁷⁵ AiN. NFK. Helgelandsprosjektet, ark.nr. 400. «Uttalelse fra Helseinstitusjonsrådet ved Sandnessjøen sykehus», «Helgelandsprosjektet og Stortinget», «Vefsn kommune - Gjennomføringen av Helgelandsprosjektet».

²⁷⁶ NOU (1998:9) Hvis det haster ... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap.

²⁷⁷ Helgeland Arbeiderblad, «Haga-utvalget støtter Helgelandsprosjektet», 25.06.98, 1-2.

Innlandsbefolkningen hadde likevel ikke gitt opp. Landskonferansen om sykehusstruktur, lokalsykehus og akuttfunksjoner ble holdt i Mo i Rana 9.-11. september det samme året. Konferansen ble omtrent kuppet av Rana- og Vefsn sine aksjonskomitéer som brukte møtet for å kritisere Haga-utvalget sin innstilling. Dette skapte reaksjoner på Sør- og Ytre-Helgeland.²⁷⁸ De ønsket å få gjennomført vedtaket om Helgelandssykehuset, og fylkestinget mottok igjen brev fra aktører derfra om å få vedtaket gjennomført.²⁷⁹

7.8 Nytt vedtak om samarbeid, og ny sykehuslov

Først i 2000 ble saken om samarbeid mellom sykehusene på Helgeland gjenopptatt i fylkestinget. På mange måter kan man si at Rana- og Vefsn sykehus vant etter 3 år med strid. Det siden det ble vedtatt at det skulle utredes alternative modeller for samordning, til den som ble vedtatt under «Helgelandssprosjektet». Dette skapte så klart reaksjoner fra Sandnessjøen-området. Blant annet Herøy kommune som skrev at de reagerte med vantro på vedtaket.²⁸⁰

Det lå i kortene at staten skulle overta driften av sykehusene i landet. Fra 1. januar 2002 ble det realisert. Da ble også sykehusene på Helgeland fusjonert til *Helgelandssykehuset*, men hver av sykehusene ble bevart som ulike avdelinger.

7.9 Oppsummering 1980-2002

I denne perioden ble sykehusene på Helgeland preget av dårlig økonomi og effektiviseringskrav. Det ble iverksatt flere sparetiltak ved alle tre sykehus, som påvirket driften. Det var spesielt Vefsn sykehus som ble rammet av innstramningene. Selv om det var dårlig økonomi i fylkeskommunen, ble det gjennomført utbyggelse på hvert av sykehusene.

Sykehuskartet ble ikke nevneverdig endret. Det var en forbedring innen samferdsel som gjorde at Rødøy ble overført fra Sentralsykehuset i Bodø til Rana sykehus. I og med at reiseavstand målt i tid ble kortere kunne Rana sykehus øke sitt omland. Det var ikke bare i nordre del av regionen at samferdselen ble forbedret. Hele regionen fikk bedre samferdselstilbud. Det gjorde at det for alvor ble diskutert å endre på sykehusstrukturen på

²⁷⁸ AiN. NFK. Helgelandssprosjektet, ark.nr. 400 «Landskonferanse om sykehusstruktur, lokalsykehus og akuttfunksjoner», Helgelands Blad, «Burde unngått strid», 11.09.98, 8; Helgeland Arbeiderblad, «Helgelendingene overtok debatten», 11.09.98, 14.

²⁷⁹ AiN. NFK. Helgelandssprosjektet, ark.nr. 400 «Eldrerådene på Sør- og Ytre Helgeland ang. Fylkestingets behandling av vedtaket om sykehusstrukturen på Helgeland», «Åpent brev til fylkespolitikere i Nordland og til fylkespolitikere på Nordlandsbenken i Stortinget».

²⁸⁰ AiN. NFK. Fylkestinget sak 161/00 «Samarbeid mellom sykehusene på Helgeland».

Helgeland. Noe som hadde vært aktuelt siden 1978 da Statens sykehusråd mente sørlig del av Nordland hadde for mange sykehus. Argumentet fra sykehusstyret til Nordland fylke om at kommunikasjonen var for dårlig til å redusere antall sykehus, var ikke lenger holdbar.

Det var ikke bare samferdselen som endret seg. Det ble også stilt større krav til spesialisering innad i sykehusene. Det var også bakgrunnen for ønsket om sentralisering av sykehusene fra staten sitt hold siden 1970-tallet. Da var tanken at færre, men større, sykehus ville kunne gi bedre behandling. Legeproblemet som utspilte seg på Helgeland, som øvrig i Nord-Norge, kan muligens tyde på at dette stemte. Det kom fram at det ikke alltid var lett å tilby spesialiserte behandlinger ved mindre lokalsykehus.

I og med at konkurransen om finansieringer fra et økonomisk presset fylke økte, oppsto det gnisninger mellom sykehusene. Osvall Floa og flere politikere fra kystkommunene hadde sett seg lei av sparetiltak, og ønsket at midlene skulle samles til et sykehus. Da Sandnessjøen sykehus. De ansatte på Rana sykehus likte heller ikke at Vefsn sykehus fikk CT-maskin før de selv hadde fått det. Selv om det var finansiert av en innsamlingsaksjon. Prøveordningen med fellesstyret fra 1988 hadde ifølge direktøren ved Rana sykehus kun ført til uenigheter.

Gnisningene ble til *sykehuskrig* da rapporten om «Helgelandsprosjektet» ble ferdigstilt i november 1996. Hauglinrapporten anbefalte modellen hvor ett av sykehusene skulle være hovedsykehus for Helgeland med utvidet akuttberedskap og fødeavdeling. Lokalavisene skrev flittig om saken, lokalbefolkningen gikk i fakkeltog og Nordland fylkeskommune mottok en rekke høringsuttalelser i saken. Fylkestinget vedtok i 1997 at Sandnessjøen sykehus skulle være sykehuset med utvidet akuttberedskap. Det ble ikke virkeliggjort. Da staten overtok som sykehuseier i 2002 ble sykehusene fusjonert til Helgelandssykehuset. De tre sykehusene besto da som avdelinger av sykehuset.

VIII – Sykehusene på Helgeland i et hundreårsperspektiv, 1900 – 2002

8.1 De lange linjene i sykehushistorien på Helgeland

Målet med denne oppgaven har vært å følge utviklingen til sykehusene på Helgeland fra starten av 1900-tallet fram til 2002. Hensikten med dette kapitlet er å trekke opp de lange utviklingslinjene i sykehushistorien på Helgeland på bakgrunn av beskrivelsene og drøftingene i kapitlene forut.²⁸¹

Det hele startet på 1800-tallet da den nyansatte distriktslegen for Nordland amt valgte å forlate sykehuset i Bodøsjøen, og heller bosette seg på Helgeland. Siden den gang sørget Nordland amt, og senere fylkeskommune, for et sykehustilbud på Helgeland. Ved inngangen av 1900-tallet lå amtssykehuset på Helgeland på Søvik. Sykehusets plassering ute langs kysten må ses i sammenheng med den tradisjonelle næringstilpassingen på Helgeland. Folket bodde spredt langs kysten og livnærte seg gjerne med yrkeskombinasjonen jordbruk og fiske. I 1926 flyttet fylkessykehuset på Helgeland fra Søvik til et nytt og mer moderne sykehus i Sandnessjøen.

Andre verdenskrig var et brudd på en 150-årig situasjon. Selv om det fantes flere sykestuer rundt omkring, hadde det bare vært ett behandlingssykehus på Helgeland. Etter krigen gjorde industrien sitt inntog i både Mosjøen og Mo i Rana, noe som sørget for stor befolkningsvekst i begge byene. På dette punktet var sykehustilbudet i de to innlandsbyene basert på lokalt initiativ. I Mosjøen hadde innsatsen til noen sentrale herrer sørget for at Mosjøen fikk en sykestue ved starten av 1900-tallet. I Mo i Rana var det innsatsen til den lokale sanitetsforeningen som sørget for en sykestue som åpnet i 1942.

Det medisinske tilbudet ved disse to sykestuene var marginale. De voksende byene hadde behov for et bedre sykehustilbud, og større provisoriske lokaler ble løsninger for å dekke behovet for en stadig større befolkning. I Mosjøen ble «Brakkesykehuset» etter tyskerne tatt i bruk i 1945. I Mo i Rana ble det oppført et tilbygg som var finansiert av Jernverket i 1949. Det skjedde også ei endring innen eierskapene til disse to sykehusene. Kommunene i sykehusene sitt nedslagsfelt gikk inn og sørget for driftsgaranti, som i praksis ble interkommunale institusjoner. I Mosjøen også formelt fra 1953.

I 1948 ble fylkesplanen for sykehusene vedtatt. Planen var basert på det statlige ønsket om et mer samordnet sykehustilbud for hele landet. Planen ble førende for utviklingen den

²⁸¹ Derfor vil bare eventuelle nye opplysninger etc. i dette kapitlet bli belagt med referanser via fotnoter.

påfølgende tiden. Hvert av sykehusene skulle ha sitt nedslagsfelt, og hvert av sykehusene skulle utvides. Sandnessjøen ble utvidet til et tredelt sykehus i 1957. I 1958 åpnet et nytt sykehus i Mosjøen, også det som tredelt sykehus. Til slutt ble Rana sykehus et tredelt sykehus da det nye sykehuset på Selfors sto ferdig i 1964.

Samme år markerer et nytt brudd i sykehushistorien på Helgeland. Fylkeskommunen overtok da også Vefsn- og Rana sykehus. Da ble sykehusene på Helgeland likestilt. De hadde samme eier, hadde hver sitt nedslagsområde, og var alle tredelte sykehus med egne avdelinger for røntgen, medisin og kirurgi. Den påfølgende perioden var en stabil tid for sykehusene på Helgeland. Det ble opprettet stillinger for spesialister på hvert av sykehusene i tillegg til spesialistene i kirurgi, indremedisin og røntgen. Den polikliniske virksomheten til sykehusene økte gradvis fra 70-tallet. Pasientene som tidligere måtte legges inn over flere dager, kunne få gjennomført undersøkelser og inngrep uten å ta med tannbørsten. Økningen i poliklinisk behandling gjorde også sykehusene langt mer effektive.

Det neste bruddet for sykehusene sin historie var i 1980. Frem til dette punkt besto utviklingen av vekst og utbygging for alle de tre sykehusene. Det endret seg i 1980 med et nytt finansieringssystem. Det ble innført rammebevilgninger istedenfor systemet med kurlpenger. Økonomien til fylkeskommunen ble dårlige, noe som førte til innsparinger og redusert drift for sykehusene. Det ble en kamp om ressursene som skapte gnisninger mellom sykehusene. Det startet diskusjonen om mulig endring i sykehusstrukturen på Helgeland, for å heller samle ressursene på ett av sykehusene. Diskusjonen om en ny sykehusstruktur preget perioden frem til staten overtok som sykehuseier i 2002.

Fra inngangen av 1900-tallet til staten overtok eierskapet i 2002 skjedde det en stor utvikling. Sykehushistorien på 1900-tallet kan forstås som en del av vekst og velferdsutviklingen. Det var ikke mye i 1900 som minte om de moderne sykehusbyggene i 2002. Både i størrelse og innhold hadde det skjedd en enorm utvikling. Det var ikke lenger snakk om å kun få utført enklere inngrep, eller «småkirurgi». I løpet av århundret har vi sett hvordan de tre sykehusene ble utvidet til tredelte sykehus, og etter hvert andre spesialistavdelinger.

8.2 Helgelandssykehusene i møte med statens ambisjoner

Fylkeskommunen var i hele perioden den viktigste aktøren for å gi helgelendingene et tilbud om sykehustjenester. I 1964 ble fylkeskommunen ikke bare eier for ett sykehus, men også de

to sykehusene som hadde vokst frem i de to innlandsbyene etter andre verdenskrig. Fylkeskommunen kom til å være den gjeldende aktøren helt frem til staten overtok i 2002.

I samsvar med utviklingen av velferdsstaten ble staten en mer aktiv aktør for sykehusene. Et mål med politikken var at alle skulle ha lik tilgang til sykehustjenester uansett bosted, økonomi og sosial stand. Det var bakgrunnen for fylkesplanen i 1948. Denne planen var årsaken til at Helgeland ble delt inn i tre sykehussoner fremfor én. Fylkesplanen fra 1948 ble på de fleste punkt realisert.

Da sykehusloven trådte i kraft 1. januar 1970, var den viktigste intensjonen at fylkeskommunene skulle overta eierskapet til sykehusene. Som vist var dette allerede gjennomført i Nordland noen år tidligere. Sykehusloven genererte nye helseplaner for fylkene. Sykehusstrukturen på Helgeland skulle vurderes på nytt for første gang siden 1948. Fylkeskommunen kom frem til at det var fornuftig å bevare den eksisterende strukturen, men Statens sykehusråd var uenig. Det var for mange sykehus på Helgeland, og Vefsn sykehus ble sett på som kandidat for nedleggelse. Det tok ikke fylkespolitikkerne hensyn til, og sykehusstrukturen ble videreført.

Det var ikke før et nytt finansieringssystem ble innført i 1980, med rammebevilgninger, at sykehusstruktur igjen ble et diskusjonstema. Økonomien ble dårligere, og driften på sykehusene var preget av innsparingstiltak på 80-tallet. Blant annet med redusert drift. Det kom da antydninger fra noen av lokalpolitikkerne om at det kanskje ikke hadde vært så dumt å samle ressursene på et av sykehusene?

I en periode fra 1988-1991 ble det gjennomført en prøveordning med fellesstyre for sykehusene. Målet var å fordele funksjonene mellom sykehusene. Det lyktes ikke. I 1996 tok en prosjektgruppe på seg oppdraget med å utrede forslag til en samordningsmodell for sykehusene. Komitéen kom fram til at alle tre sykehusene skulle bevares, men Sandnessjøen skulle bli hovedsykehus for Helgeland. De to øvrige sykehusene kom da til å miste noen av funksjonene de hadde, mest sentral var utvidet akuttberedskap. Det så ut som komitéens forslag kom til å bli tatt til etterretning. Forslaget ble vedtatt i fylkestinget, men det ble likevel ikke realisert. Iverksettelsen av vedtaket ble midlertidig utsatt siden det skulle utføres en konsekvensredegjøring av sentraliseringen av akuttberedskap i landet. Vedtaket var enda ikke realisert i 2002 da staten overtok som eier for landets sykehus.

8.3 Endrede kommunikasjoner og kortere reisetid

Da fylkesplanen for sykehusene ble vedtatt i 1948 ble sykehusene delt inn i hver sine funksjonssoner. Sonene var basert på samferdselstilbudet som fantes da. Akkurat som vi kan se igjen i sentralstedsteorien, la plankomiteén reiseavstand til grunn da de beregnet behovet for antall sykehus, og hvor stort nedslagsfelt sykehuset kunne nå ut til.

Etter 1948 skjedde det store endringer i samferdselstilbudet i regionen. Massebilismen fikk sitt gjennombrudd på 60-tallet og veiene ble forbedret. Ferjer knyttet veiene sammen, og ble etter hvert erstattet med tunneller og bruer. Hurtigbåter sørget også for at befolkningen ute på øyene raskere kom seg til fastlandet. Til slutt gjorde småflyplassene det slik at folk kunne reise mellom byene raskere. Var det akutt kunne ambulanshelikopteret frakte pasientene fra de fjerneste utkantene raskt til et sykehus. Likevel var det kun én enkelt endring i lokalsykehusgrensene som ble utført. Det var da Rødøy i 1990 ble overført fra sentralsykehuset i Bodø til Rana sykehus. Det hadde med andre ord skjedd store endringer med tanke på samferdsel siden de gjeldene sykehussonene ble satt i 1948. Likevel ble lang reisevei brukt som argument da sykehusstrukturen på Helgeland ble vurdert på midten av 90-tallet.

En viktig forutsetning for nedslagsfelt i sentralstedsteorien er hvor spesialiserte tjenestene er. Siden 1948 skjedde det også store endringer i funksjonen til lokalsykehusene. Ved slutten av andre verdenskrig hadde ingen av sykehusene på Helgeland tredelte avdelinger, for å ikke snakke om spesialister. Det stadig mer spesialiserte medisinske tilbudet som vokste frem ved sykehusene skulle ha tydet på at sykehusene trengte et større omland for å være bærekraftig. Likevel besto de tre sykehussonene omtrent uforandret. Hva angår sentralstedsteorien kan det sies at forholdet mellom de medisinske tjenestene og sykehusene sitt nedslagsfelt var i ubalanse. Tilbudet kunne kanskje vært bedre for hele Helgeland om sykehusene hadde klart å fordele funksjonene seg imellom.

8.4 Nærsykehusets rolle for befolkningen

Det kommer tydelig fram at lokalsykehus i kommunen betydde mye for befolkningen rundt. For det første var nærhet til sykehus et velferdsgode som folket ikke var villig til å gi slipp på. For det andre handlet det om arbeidsplasser. Selv om det kanskje hadde vært en forbedring med et større sykehus.

Engasjement og aksjoner av vefsningsene for deres lokalsykehus har gått igjen som en rød tråd gjennom hele periodene. Befolkningen rundt Vefsn sykehus utmerket seg i kampen for å bevare deres lokalsykehus. Det hadde naturligvis med at det var den lokalbefolkningen som hadde levd med trusselen om nedleggelse lengst. Det er imponerende hvordan lokalbefolkningen alt ved inngangen av 1900-tallet sørget for opprettelsen av et enklere sykehus til byen og omlandet. Det er også beundringsverdig hvordan lokalpolitikere derfra har stått på for å bevare sykehuset siden 1978. Sykehuset hadde siden den gang en målskive på seg hver gang det ble diskutert å redusere antall sykehus i regionen. Selv i 2002 var Vefsn sykehus bevart som et *fullverdig sykehus*.

Da sykehusstrukturen var oppe til diskusjon igjen på midten av 90-tallet var det ikke lenger bare Vefsn sykehus som sto i fare for nedgradering. Da sto alle de tre sykehusene i faresonen. Det var også et lokalt initiativ som hadde sørget for det første sykehus tilbudet i Rana, da det lokale sanitetsforeningen fikk åpnet et enklere sykehus i 1942. I etterkrigstiden kom Rana til å oppleve en eneste stor utbyggingsperiode. Befolkningsutviklingen var nevneverdig stor den første tiden etter andre verdenskrig som følge av etableringen av Jernverket og Koksverket. Først var Jernverket med å finansiere utbyggingen av sanitetssykehuset, og etter hvert et nytt moderne sykehus som åpnet i 1964. Fra 70- og inn i 80-årene stagnerte veksten i byen. Historikeren Hilde Gunn Slottemo som har skrevet lokalhistorie om Rana-samfunnet beskrev 1980-tallet som den mørkeste tiden for innbyggerne. Det toppet seg i 1988 da Jernverket ble vedtatt nedlagt. Samtidig begynte sykehuskonflikten på Helgeland å ta seg opp. Var det spikeren på døra også for lokalsykehuset?

Sandnessjøen var den av de tre byene som hadde lengst historie med sitt sykehus. Sykehuset hadde fram til 1948 vært hovedsykehuset for Helgeland. I motsetning til Rana som opplevde en nedgangsperiode da konflikten begynte å utspille seg, hadde næringene langs kysten en oppgangsperiode. Da det i 1997 ble vedtatt av folketinget at Sandnessjøen igjen skulle bli hovedsykehus på Helgeland kunne det ses ut som ringen var sluttet. Da ville sykehuskartet igjen se ut som i første periode. De to øvrige sykehusene ville da hatt sitt omland til enklere funksjoner, men befolkningen i Rana og Vefsn måtte da reist til Sandnessjøen for et utvidet tilbud. Selv om sykehuskartet hadde blitt det samme, ville det vært et helt annet tilbud på hvert av sykehusene i siste periode enn ved første.

Det er klart at lokalsykehuset har betydd mye for befolkningen. Kanskje noen tar på seg oppgaven å se på sykehusaktørene på mikronivå for å få frem også denne siden av historien en annen gang?

Epilog

I 2002 ble sykehusene på Helgeland fusjonert til *Helgelandssykehuset*. Da som et sykehusforetak innen helseregion nord, og med staten som eier. Det var noen rolige år med tanke på sykehusstriden på Helgeland før konfliktene slo ut i full blomst igjen i 2013. Da fikk foretaket i oppdrag å se på sykehusstrukturen igjen.²⁸²

Lokalavisene, lokalpolitikere og lokalbefolkningen i de tre sykehusbyene engasjerte seg igjen i saken. I januar 2020 kom (den foreløpige?) avgjørelsen fra daværende helseministeren Bent Høie. Da ble det vedtatt at det skulle være to akuttssykehus på Helgeland, det ene i Mo i Rana, og det andre i Sandnessjøen og omegn. Hovedsykehuset skulle være det i Sandnessjøen. I Brønnøysund og i Mosjøen skulle det være distrikts-medisinske senter.²⁸³ Det vil si et enklere medisinsk tilbud, hvor pasientene kan få oppfølging både før, etter, eller istedenfor behandling i sykehus.²⁸⁴

Da gjenstår det bare å se hvorvidt vedtaket faktisk blir gjennomført denne gang, eller ikke. Skulle det bli gjennomført hadde det vært interessant å se på historien fra 2002 og videre, som et supplement til denne oppgaven.

²⁸² Storvik, «Avgjorde langvarig sykehusstrid», *Dagens medisin*. 27.01.2020.

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/01/27/avgjorde-langvarig-sykehusstrid/>

²⁸³ Helse- og omsorgsdepartementet «To akuttssykehus på Helgeland», *Helse Nord*. 27.01.2020 <https://helse-nord.no/nyheter/to-akuttssykehus-pa-helgeland?fbclid=IwAR31FUp0CoXU-ZiF6j3uvTPY-IBTs5G1Qqr-gaYYEaAPnOE-RKMISa0UyM>

²⁸⁴ Helgelandssykehuset, «Distriktsmedisinsk senter Sør-Helgeland, Fokus og mål».

IX Kilder og litteratur

Forkortelser brukt i referanser

AiN – Arkiv i Nordland

NFK – Nordland fylkeskommunale arkiv

NOU – Norges offentlige utredninger

SAT – Statsarkivet i Trondheim

SSB. NOS. – Statistisk sentralbyrå, Norges offentlige statistikk

Arkivmateriale

Arkiv i Nordland – Nordland fylkeskommunale arkiv (AiN-NFK)

- Helgelandsprosjektet
- Helse- og sosialstyret
- Nordland fylkeskommune. Helse- og sosialavdelingen
- Nordland fylkeskommune. Sykehusstyret
- Nordland fylkesting
- Sykehusnemnda

Statsarkivet i Trondheim (SAT)

- Nordland fylkesting. 1948. *Innstilling fra Sykehusplankomiteén i Nordland fylke*, mai 1948

Offentlige utredninger, innstillinger med mer

Landskomiteen for Nord-Norge, helse- og sosialsektoren. 1972. *Nord-Norge Helse og sosialtjeneste. Mønster for utbygging, økonomiske problemer*. Arbeidsdokument nr. 27.

NOU 1998: 9 *Hvis det haster ... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-9/id141301/>

Sosialdepartementet. Kongelige resolusjon. 1978. Statsrådsak nr. 175. 30, *Nordland fylkes helseplan*. Juni 1978.

St.meld. nr. 50 (1993-94) *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.*

Lover og forskrifter

Forskrift 16. juni 1961, nr. 13 Forskrift om sammenslåing av Vefsn, Drevja, Mosjøen og
Elsfjord kommuner, Nordland <https://lovdata.no/forskrift/1961-06-16-13>

Forskrift 12. juni 1964, nr. 4 Forskrift om sammenslåing av kommuner, Alstahaug, Herøy,
Tjøtta, Vega og Sandnessjøen kommuner i Nordland
<https://lovdata.no/dokument/LF/forskrift/1964-06-12-4>

Lov 19. juni 1969 nr. 57 Lov om sykehus m.v. (Sykehusloven)
<https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1969-06-19-57> & Nordland fylkes
sykehusnemnda, møtebok, sak 1/70, «Sykehusnemndas arbeidsoppgaver».

Statistiske serier

- SSB NOS *Norske folketellinger*, 1900-2001.
- SSB NOS *Helsestatistikk* 1962-1998.
- SSB NOS *Sunnhetstilstanden og medisinalforholdene* 1926-1950.
- SSB NOS *Sunnhetstilstanden og medisinalforholdene* 1951-1961.

Nettressurser

- Helgelandssykehuset, «Historikk, sykehuset i Sandnessjøen»,
<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Spm%20og%20svar%202025/Historikk,%20sykehuset%20i%20Sandnessj%C3%B8en.pdf>
- Helgelandssykehuset, ««Distriktsmedisinsk senter Sør-Helgeland, Fokus og mål»,
<https://helgelandssykehuset.no/om-oss/nye-helgelandssykehuset/distriktsmedisinsk-senter-sor-helgeland/fokus-og-mal#hva-er-et-dms>
- Mediekatalogen
- Slipen, «Slipen historie». Hentet 03.05.2022. <https://slipen.no/historie>

Aviser

- Brønnøysund Avis
- Helgeland Arbeiderblad
- Helgelands Blad
- Rana Blad

Litteratur

- Arbo, Peter & Bjørn Hersoug. *Oljevirkens inntog i nord: næringsutvikling, politikk og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2010.
- Bakke, Ragnvald, *Amtssykehusene på Helgeland 1790-1931: Samt årsberetning for Sandnessjøen sykehus for 1931*. Sandnessjøen: G. & K. Gyldenhammers Boktrykkeri, 1932.
- Brox, *Hva skjer i Nord-Norge?: En studie i norsk utkantpolitikk*. Oslo: Pax, 1966.
- Bu, Sigurd, *Sykehusene i Norge*. Medisinaldirektoratet, 1941.
- Dale, Britt, Tor Selstad & Peter Sjøholt. *Sentralsted og agglomerasjon. Servicesamfunnets begreper og teorier*. Rapport. NTNU Geografisk institutt. 2002.
- Elstad, Ingunn & Torunn Hamran. *Sykdom. Nord-Norge før 1940*. Bergen: Fagforlaget, 2006.
- Hansen, Finn Henry. «Sykehusstruktur i historisk perspektiv». I *Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår*. Redigert av Finn Henry Hansen, 35-63. SINTEF RAPPORT: NIS SAMDATA Sykehus Rapport, 2001.
- Hansen, Finn R. *Det Helgelandske dampskibsselskap, 1867-1957*. Sandnessjøen: Helgeland Trafikkselskap, 1996.
- Helle, Knut. «Byen som historisk fenomen». I *Norsk byhistorie. Urbanisering gjennom 1300 år*, 9-19. Oslo: Pax, 2006.
- Helse- og omsorgsdepartementet. «To akuttisyrkehus på Helgeland», *Helse Nord*. 27.01.2020 https://helse-nord.no/nyheter/to-akuttisyrkehus-pa-helgeland?fbclid=IwAR31FU0CoXU-ZiF6j3uvTPY-lBTs5GlQqr-_gaYEEaAPnOE-RKMISa0UyM
- Holand, Astrid Marie. «Fra sentralsyrkehus til helseforetak». I «*Medicinal-Indretningen*». *Nordlandssyrkehusets historie 1796-2020. Somatikken*, redigert av Wilhelm Karlsen, 295-313. Oslo: Cappelen Damm, 2021.
- Holberg Eirin & Merete Røskraft. *Håløygrikket*, bind 1 av *Nordlands historie*, redigert av Alf Ragnar Nilssen. Bergen: Fagbokforlaget, 2015.

- Hutchinson Alan & Elstad. *I Amtmandens dager*, bind 2 i *Nordlands historie*, redigert av Alf Ragnar Nilssen. Bergen: Fagbokforlaget, 2015.
- Jacobsen, Kjell. *Fra århundreskiftet til frigjøringsvåren: Vefsnbygdene ca. 1900-1945*, bind 3 av *Vefsn bygdebok*. Mosjøen: Vefsn kommune, 1997.
- Jacobsen, Kjell & Kåre Nylund, *Vefsn sykehus 100 år: 1902-2002*. Mosjøen: Helgelandssykehuset HF, Avd. Mosjøen, 2002.
- Jacobsen, Tor. *Fra snepert til skalpell: sykehushistorie i Rana gjennom hundre år*. Rana: Rana sykehus, 2001.
- Jøsevold, Martin. *Sandnessjøen Jern og Metall 50 år: 1938-88*. Mosjøen: Helgeland Arbeiderbald, 1988.
- Karlsen, Wilhelm. «Nordnorsk urbanisering og byvekst på 1900-tallet». *Heimen*, 50.nr. 2 (Juni 2013): 99-123.
- Karlsen, Wilhelm, Astrid Marie Holand & Ole Georg Moseng. «Sykehuset i tid og rom – fra periferi til sentrum». I «*Medicinal-Indretningen*». *Nordlandssykehusets historie 1796-2020. Somatikken*, redigert av Wilhelm Karlsen, 13-21. Oslo: Cappelen Damm, 2021.
- Karlsen, Wilhelm. «Et sentralsykehus for Nordlands befolkning». I «*Medicinal-Indretningen*». *Nordlandssykehusets historie 1796-2020. Somatikken*, redigert av Wilhelm Karlsen, 243-265. Oslo: Cappelen Damm, 2021.
- Karlsen, Wilhelm. «Kampen for et sentralsykehus». I «*Medicinal-Indretningen*». *Nordlandssykehusets historie 1796-2020. Somatikken*, redigert av Wilhelm Karlsen, 179-209. Oslo: Cappelen Damm, 2021.
- Karlsen, Wilhelm. «Pasienter og behandling i sykehuset». I «*Medicinal-Indretningen*». *Nordlandssykehusets historie 1796-2020. Somatikken*, redigert av Wilhelm Karlsen, 155-177. Oslo: Cappelen Damm, 2021.
- Karlsen, Wilhelm. «På innsiden av Bodø sykehus». I «*Medicinal-Indretningen*». *Nordlandssykehusets historie 1796-2020. Somatikken*, redigert av Wilhelm Karlsen, 123-153. Oslo: Cappelen Damm, 2021.
- Kjeldstadli, Knut. «Nytten av å sammenlikne». *Tidsskrift for samfunnsforskning* 29, nr. 5 (1998): 435-447.

- Moseng, Ole Georg. «Granittpalasset ved Rensåsen – sykehuset i krig». I «*Medicinal-Indretningen*». *Nordlandssykehusets historie 1796-2020. Somatikken*, redigert av Wilhelm Karlsen, 97-117. Oslo: Cappelen Damm, 2021.
- Moseng, Ole Georg. «Sykehuset i byens sentrum». I «*Medicinal-Indretningen*». *Nordlandssykehusets historie 1796-2020. Somatikken*, redigert av Wilhelm Karlsen, 71-95. Oslo: Cappelen Damm, 2021.
- Pedersen, James. *Det Helgelandske Dampskibsselskabs historie: 1867-1917*. Mo i Rana: Ranen Bok- og Akcidenstrykkeri, 1917.
- Pedersen, Rune. *Til Verket: Elkem aluminium Mosjøens historie gjennom 40 år*. Mosjøen: Elkem aluminium Mosjøen, 1997.
- Porteous, J.D. “The nature of the company town”, *Transactions of the Institute of British Geographers* nr. 51, (1970): s. 127-142. 17.04.2020.
<https://www.jstor.org/stable/621766>
- Rinde, Harald. *Det moderne fylket*, bind 3 av *Nordlands historie*, redigert av Alf Ragnar Nilssen. Bergen: Fagbokforlaget, 2015.
- Schiøtz, Aina. *Viljen til liv. Medisin- og helsehistorie. Frå antikken til vår tid..* Oslo: Samlaget, 2017.
- Slottemo, Hilde Gunn. *Malm, makt og mennesker: Ranas historie 1890-2005*. Rana: Rana historielag, 2007.
- Storvik, Anne Grete. «Avgjorde langvarig sykehusstrid.» *Dagens Medisin*. 27.10.2020.
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/01/27/avgjorde-langvarig-sykehusstrid/>
- Stugu, Ola Svein. *Norsk historie etter 1905. Vegen mot velstandslandet*. Oslo: Det norske samlaget, 2012.
- Van Rijkom, Guido. *Helgeland: et spennende land? A regional-geographic analysis*. Masteroppgave. Utrecht University. 1997.
- Wahl, Børge. *Konsekvenser av SIVA-etableringen i Sandnessjøen*. Bodø: Nordland Distriktshøgskole, 1975.

Kart, tabeller og illustrasjoner

Kart 1: Kart over Helgeland, Kartverket.

Tabell 1: Befolkningsendringer på Helgeland. Region, sykehussoner og sykehusbyene.

Tabell 2: Helgelandssykehusene 1900-1944, antall sykesenger.

Tabell 3: Forslag til funksjonsfordeling på Helgelands sykehusene med sine avdelinger.

Tabell 4: Helgelandssykehusene 1945-1964, antall sykesenger.

Illustrasjon 1: Enkel fremstilling av sykehuskartet på Helgeland ved år 1900.

Illustrasjon 2: Enkel fremstilling av sykehuskartet på Helgeland ved år 1945.

Illustrasjon 3: Enkel illustrasjon av sykehuskartet på Helgeland basert på sykehussonene i fylkesplanen fra 1948.

Illustrasjon 4: Enkel fremstilling av sykehuskartet på Helgeland ved år 1957.

Illustrasjon 5: Enkel fremstilling av sykehuskartet på Helgeland ved år 1964.

Illustrasjon 6: Enkel fremstilling av sykehuskartet på Helgeland ved år 1990.

Illustrasjon 7: Enkel fremstilling av sykehuskartet på Helgeland ved omstilling til samarbeidsnettverk.