



Fastlegene – nyttige idioter?

DEBATT

ELISABETH SWENSEN

E-post: elswense@online.no

Elisabeth Swensen er kommuneoverlege i Seljord.

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

Norske fastleger forvalter et garantistoppdrag – en offentlig medisinsk førstelinje, tilgjengelig for alle, med faglig breddekompetanse. Tryggheten vi har i fastlegeordningen, trues av bedriftsøkonomiske modeller og privatisering av helsetjenester.

Fastlegeordningen opplever sviktende rekruttering til tross for et nesten uslåelig omdømme. Bare folkebibliotekene kommer bedre ut (1). I dagspressen og i sosiale medier hagler det med innlegg der unge fastleger skriver om en uhåndterlig arbeidssituasjon og manglende rammebetingelser for å utøve forsvarlig medisin (2).

I OECDs siste rapport kommer Norge svært godt ut. Vi har flere leger per innbyggere enn andre OECD-land, og forventet levealder er blant verdens høyeste (3). Det er neppe legemangel i seg selv som er diagnosen når symptomene på alvorlig sykdom i helsevesenet kommer til syne. Snarere er det fordeling og prioritering av legetjenester.

Når fastlegeordningen kneler under vekten av sine oppgaver og forventninger, er det ikke bare en varslet krise, men i ytterste konsekvens en politisk skapt krise som muliggjør nedskjæringer, økt privatisering og finanskapitalens inntog i tradisjonelt offentlige tjenester. I England er velferdsstatens koloss, The National Health Service (NHS), i ferd med å vakle på kommersielle leirfötter (4). Pasienter og leger fortviler over stengte allmennlegepraksiser, konkursrammede småsykehus og synkende kvalitet i den offentlige helsetjenesten. Chris Hopson, leder for sammenslutningen av ansatte og tjenesteytere i The National Health Service, sa nylig til avisen *The Independent* at «helsejournalister og kommentatorer synes tilfredse med å resirkulere mantraet om krise. En slik retorikk er ekstremt beleilig for helsemyndigheter og private interessenter. Det som mangler i bildet, er at krisen i The National Health Service er politisk skreddersydd for nedskjæringer og privatisering (min oversettelse)». En tidligere ledende byråkrat i The National Health Service, Mark Britnell, meldte overgang til KPMG, ett av verdens største private konsultentselskaper. Han proklamerte nylig at «NHS skal omgjøres til en statlig forsikringsordning og ikke selv levere tjenestene» (5). Dette passer med konstruksjonen av en krisefortelling om at den offentlige helsetjenesten ikke er «bærekraftig», at den er «for dyr» og at en ny modell trengs.

Privatisering på norsk

Det såkalte «Private Finance Initiative» som innvarslet det som skjer i England, ble satt ut i livet under daværende konservative statsministeren John Major (6). Vår fastlegeordning ble

innført i 2001, helseforetaksreformen i 2002. Til sammen representerte de et gigantisk privatiseringsgrep med omlegging fra offentlig rammefinansiering til stykkprisfinansiering av helsetjenester. Effektivitet ble ensbetydende med antall pasienter inn og ut av systemet, og resultatene målt i henhold til en ren bedriftsøkonomisk modell. Slik la reformene til rette for et kommersielt, privat utbud av tjenester med tilhørende prislapp.

Det grunnleggende premisset for fastlegetjenesten er at folk skal få nødvendig medisinsk hjelp der de er. Det vanlige er vanligst, også når du er syk. Tilliten til at fastlegen kan diagnostisere og behandle det meste, eventuelt henvise videre ved behov, hviler på en samforståelse mellom pasientene, legene og politikerne. Kollega Per Fugelli kaller tillit for «helsetjenestens gudestoff» (7).

Virkeligheten er at allmennmedisinsk kunnskap og definisjonsmakt blir devaluert av aktører – offentlige og kommersielle – med egne agendaer. Helsemyndighetene bruker fastlegen som salderingspost, syndebukk og ekspeditør. Private helseforsikringer, hittil tegnet av en halv million nordmenn, undergraver vedtatte prioriteringskriterier. «Fritt behandlingsvalg» favoriserer ressurssterke pasienter med høy bestillerkompetanse og ditto rettighetsfokus. Den offentlige helsetjenesten settes i gapestokk av kommersielle helsetilbydere som åpenlyst – og i strid med gjeldende lovverk – averterer med at de undersøker «grundigere» og behandler «tidligere», vel vitende om at mye er unødvendig og potensielt skadelig, uten at myndighetene griper inn.

I lov om helsepersonell står det eksplisitt at markedsføring av helsetjenester skal være nøktern og saklig, dessuten ikke påføre pasientene eller samfunnet unødig bruk av ressurser. Apotekene bedriver diagnostisering og mersalg når pasienten bare skal hente sine medisiner. Fra helsemyndigheter og produktutviklere får vi ureflekterte visjoner om e-helse, der mantraet er «egenomsorg» via digital selvmonitorering og lege online.

I en artikkel i *Dagens Næringsliv* i februar i år lister man opp flere allerede etablerte, kommersielle appbaserte legetjenester. I samme artikkel advarer allmennlegene Henrik Vogt og Andreas Pahle mot konsekvensene: «Spesielt tjenester som skal la deg overvåke og undersøke din egen kropp, i spennet fra gentesting til mobilapper, øker faren for det som kalles overdiagnostikk», sier de (8).

Offentlig finansiert velferdsstat

Samtidig som tilliten til den allmennmedisinske kompetansen blir forsøkt underminert og fastlegerollen uthulet, forventes det at fastlegen ordner kaoset som blir skapt for den enkelte pasient i en fragmentert helsetjeneste. Fastlegen din «bærer ut søpla» og tar hånd om oppgaver som ikke er markedstilpassede.

Barbara Starfield, professor ved Johns Hopkins University, forsket på organisering av helsetjenester i ulike land. Hennes konklusjon var entydig. En sterk, integrert primærlegetjeneste er avgjørende for at helsetjenesten som helhet skal være bærekraftig, kostnadseffektiv og likeverdig (9).

Kort oppsummert handler Stortingsvalget – sett fra kommuneoverlegen i Seljord – først og fremst om å ta tilbake, forsvare og videreutvikle en offentlig finansiert velferdsstat. Det betyr å bekjempe den globale trenden med deregulering av offentligheten, overføring av makt til stadig færre og større finansinstitusjoner og aksept for større ulikhet blant folk flest, også når det gjelder fordeling av helsetjenester.

LITTERATUR:

1. Difi. Innbyggerundersøkelsen 2017.

<https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017/hva-mener-burikerne> (1.8.2017).

2. Isaksen CE. Kjære allmennpraksis, jeg slår opp! *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 637 - 9.

[PubMed][CrossRef]

3. SSB. Norge nest best i mest, nesten...

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/norge-nest-best-i-mest-nesten>(31.7.2017).

4. Campell D. How much is the government really privatising the NHS?

<https://www.theguardian.com/society/2016/aug/15/creeping-privatisation-nhs-official-data-owen-smith-outsourcing>(31.7.2017).

5. El-Gingihy Y. How the 'humanitarian' crisis in the NHS is paving the way for private healthcare.

<http://www.independent.co.uk/news/uk/politics/nhs-humanitarian-crisis-private-health-insurance-cuts-privatisation-a7523941.html>(31.7.2017)

6. Wikipedia. Private finance initiative.

https://en.wikipedia.org/wiki/Private_finance_initiative(31.7.2017).

7. Fugelli P. Tillit. Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 3621 - 4. [PubMed]

8. Tobiassen M. Slik kan legebesøk bli i fremtiden.

<https://www.dn.no/grunder/2017/02/13/2015/Arbeidsliv/slik-kan-legebesok-bli-i-fremtiden>. (31.7.2017).

9. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. JAMA 1991; 266: 2268 - 71.

[PubMed][CrossRef]

Publisert: 4. september 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0631

Mottatt 27.7.2017, godkjent 10.8.2017.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no