
Stø helsekurs

ARE BREAN

Are Brean (f. 1965) er sjefredaktør i Tidsskriftet. Han er spesialist i nevrologi og ph.d.

Kursen for norsk helsepolitikk vil endres lite, uansett utfall av stortingsvalget. Den viktigste helsepolitiske jobben begynner derfor etterpå.



Foto: Einar Nilsen

Stortingsvalget 2017 ser ut til å bli en valgthriller til siste slutt. På mange områder vil utfallet utgjøre en forskjell i praktisk politikk. Når det gjelder helse, synes imidlertid ulikheten mellom partiene å ha blitt mindre og mindre. Ved nærlesing av partienes programmer må man nærmest ha operasjonsmikroskop for å avdekke nyansene i helsepolitikken.

Etter at Høyre endret mening om helseforetakenes fremtid er den helsepolitiske samstemmigheten med Arbeiderpartiet nesten påfallende. Synet på ordningen med fritt behandlingsvalg fremstår som den største forskjellen mellom de to partienes helsepolitikk. Snaut 4 000 pasienter har til nå benyttet denne ordningen (1). Med nærmere syv millioner årlige pasientkontakter bare i somatisk spesialisthelsetjeneste (2) er ordningen nærmest symbolpolitikk.

Helsepartiet, det friskeste – og merkeligste – innslaget på den helsepolitiske arenaen, utgjør et unntak fra samstemmigheten. Selv om intensjonen er god, er de programfestede kravene tidvis kuriøse – slik som at «de som ønsker, skal få behandling», og at spesifikk, omstridt og dårlig dokumentert behandling skal få full offentlig finansiering (3). I en situasjon der antibiotikaresistens bare i Europa forårsaker 25 000 dødsfall årlig (4), er det dessuten vanskelig å ta på alvor et «helseparti» som har listetopper som har mistet autorisasjonen på grunn av uforsvarlig praksis med utstrakt antibiotikabehandling (5).

Uansett farge på den nye regjeringen vil den neste stortingsperioden ikke bringe grunnleggende endringer i norsk helsepolitikk. Da blir det desto mer interessant å høre hvordan dagens helsevesen ser ut, sett fra noen av de som har helsesandalene på. Derfor har vi i Tidsskriftet bedt leger fra ulike ståsteder om å gi sin diagnose på helsevesenet i en valgkamptid. Samlet maler de 15 artiklene et dystert bilde av utviklingen i helsevesenet, og av mangelen på vilje til politiske løsninger. Mange av bidragene fremstiller det som om en elite av ikke-folkevalgte byråkrater har overtatt styringen fra både politikere og fagfolk, slik Rune Slagstad også har beskrevet i Tidsskriftet (6). Postulatet er at helsebyråkratene er de egentlige beslutningstagerne –uten å stå til demokratisk ansvar.

Fastlegeordningen og helseforetaksreformen kan ses som et gigantisk privatiseringsgrep, slik Elisabeth Swensen påpeker (7). Når pasienter får prislapp, og effektivitet måles i antall pasienter, legges det til rette for et kommersielt, privat utbud av tjenester. Swensens poeng kan godt dras lenger enn hun selv gjør: Incentivsystemenes enøyde telling av antall pasientkontakter belønner sykehus og fastleger som har flest mulig av sine innbyggere som pasienter. Og jo oftere de er pasienter, desto mer belønning. Mest mulig uhelse belønnes, mens målet for helsevesenet er det motsatte – mest mulig helse. Prinsipielle debatter som dette, om mål og virkemidler i helsevesenet, har vært nærmest fraværende i valgkampen.

Global helse har heller ikke stått på agendaen. Men Norges helse er også global helse (8). Universell helsedekning – prinsippet om at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester – er en av de store globale helseutfordringene: «Leaving no one behind», som det heter i ett av FNs 17 bærekraftsmål (8). Vi er vant til å tenke at slike utfordringer hører fattige land til. Men både i Norge og i mange andre rike demokratier ser vi en utvikling som kan føre oss bort fra dette prinsippet.

Utarming av offentlige helsetjenester er en trend i flere vestlige land (9). Dette skaper rom for større ulikheter – og et helsevesen der lommeboken påvirker muligheten til effektiv helsehjelp.

I Norge har vi i det siste hatt debatter om privat kjøp av kreftmedisin. Bruken av private helseforsikringer øker også bratt (10). I en nylig utført gallupundersøkelse mente 61 % av de spurte at vi allerede har et todelt helsevesen, og bare 34 % følte seg sikre på å få den beste kreftmedisinen dersom de skulle trenge kreftbehandling ved et norsk, offentlig sykehus (11). Tallene forteller om et begynnende tillitstap til det offentlige helsevesen. Det bør bekymre oss alle.

Mye taler for at både finansieringssystemer og organisering bidrar til et helsevesen på stø kurs mot todeling og økt ulikhet. Stortingsvalgkampen 2017 avdekket ingen politisk vilje til klar kursendring. Den viktigste helsepolitiske jobben begynner derfor etter valget. Da har vi fire nye år på å påvirke politikerne til å ta ulikheter i helse på alvor.

LITTERATUR

1. Dommerud T, Ruud S. Støre om helseministerens helseløfter: Underlig å komme med nye når de gamle ikke er innfridd. Aftenposten 7.8.2017.
2. Helsedirektoratet. Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2016. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1299/somatikk-årsrapport-2016.pdf> (27.8.2017).
3. Helsepartiets stortingsvalgprogram for 2017-2021. <https://helsepartiet.no/wp-content/uploads/2017/03/Stortingsprogram-Helsepartiet-2017.pdf> (27.8.2017).
4. European Food Safety Authority. Antimicrobial resistance remains high, says EU report. 22.2.2017. <https://www.efsa.europa.eu/en/press/news/170222> (27.8.2017).
5. Statens helsetilsyn. Vedtak om tilbakekall av autorisasjon som lege – tilsagn om begrenset autorisasjon. 2.9.2013. <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Vedtak-om-tilbakekall-av-autorisasjon-som-lege-tilsagn-om-begrenset-autorisasjon/> (27.8.2017).
6. Slagstad R. Den nye helseadelen. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1058 - 64.
7. Swensen E. Fastlegene – nyttige idioter? Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1146.
8. Kumar B. Norges helse er global helse – men får vi alle med? Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1152.
9. Horton R. Offline: Not one day more. Lancet 2017; 390: 110. [PubMed] [CrossRef]

10. Christiansen H. 12 ganger så mange private helseforsikringer på ti år. Aftenposten 19.7.2017.

11. TNS Helsepolitisk barometer 2017. https://www.tns-gallup.no/globalassets/ekspertiseomrader/politikk-og-samfunn/helsepolitisk/helsepolitisk-barometer-2017_presentasjon_kantar-tns_eva-fosby-livgard_for-publisering.pdf (28.8.2017).

Publisert: 4. september 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0740
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.