
Medisinen som marked

KOMMENTAR

KETIL SLAGSTAD

ketil.slagstad@medisin.uio.no

Ketil Slagstad er stipendiat, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

ANDREAS SAXLUND PAHLE

Forfatterne oppgir følgende interessekonflikter: Ketil Slagstad er fast medarbeider og tidligere medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Medisinsk redaktør Øyvind Stople Sivertsen påpekte nylig at tilbydere av private helsetilbud i primærhelsetjenesten «skummer fløten», dvs. tar seg av enkle medisinske problemer og helseangst. Dermed sitter fastlegene igjen med de komplekse og vanskelige medisinske problemstillingene. Sivertsen har fått tilsvaret av tre leger som jobber ved private helsetilbud. På ulikt vis argumenterer de ut fra et felles premiss: Det egentlige problemet i den offentlige helsetjenesten er at fastlegeordningen er utdatert og ikke svarer til befolkningens forventninger og behov. I et forsøk på legitimere dette premisset vises det blant annet til Forbrukerrådets undersøkelser om ventetider for time hos fastlegen som konkluderer at «mange synes ikke ventetiden for å få time eller ventetiden på venterommet er akseptabel». Slik vi ser det, er det grunnleggende spørsmålet, som så langt ikke har blitt løftet, om det er riktig at pasienten skal definere hvordan god medisin bør praktiseres? Skal helsetjenesten være organisert etter pasientens subjektive behov for hjelp?

Vi vet at det er et overforbruk av helsetjenester. Vi vet også at tilbyder-styrt etterspørsel eksisterer i alle deler av helsetjenesten. Helsesektoren bør jobbe med å redusere en utvikling der helsetjenesten eller legen tilbyr tjenester som ikke vil profittere pasienten, men snarere helsetjenesten eller legen. Hvordan kan de private legene hevde, annet enn med anekdotisk erfaring, at de ikke er med på å generere en etterspørsel, skape et marked basert på forventninger og ønsker, som kun de selv er i stand til å tilfredsstille?

Ideen om at «pasienten vet best» og at offentlige tjenester primært er til for å tilfredsstille den enkeltes behov – og aller helst med en gang – er uttrykk for vår tids rådende ideologi: nyliberalismen. I dette rammeverket er helsetjenester omskrevet til vare, pasienten til kunde og helsearbeideren blir målt på grad av service. Denne ideologien utfordrer to prinsipper som har vært grunnleggende for norsk helsevesen. For det første, prinsippet om faglig autonomi, dvs. at det er helsearbeideren som definerer hvilke behov som haster og ikke. For det andre, prinsippet om at helsetjenestene skal utarbeides som sosiale fellesskapsløsninger, dvs. at helsetjenesten skal komme alle til gode og spesielt fange opp sosialt marginaliserte grupper, enten er det rusmiddelbrukere, arbeidsløse eller fattige. For hvilken del av befolkningen tror de private legene det er de tjener? Sagt annerledes: Hvilken del av befolkningen har ikke råd til å betale 600–1300 kroner for en konsultasjon? Det er ikke den mest velbemidlede delen av befolkningen som har størst behov for helsetjenester. Med andre ord er de private helsetilbudene med på fremme ulikhet i helsetilbudet og opprettholde sosiale skiller: Er du frisk og rik får du raskere hjelp enn om du er syk og fattig.

Vi hilser velkommen en debatt om fremtidig organisering av helsetjenesten. Diskusjonen om lettvinlegene er i grunnen en diskusjon om hva leger skal bruke tiden sin på, hvordan vår praksis kan redusere eller øke forskjeller og hvilke visjoner vi har for fremtidens primærhelsetjeneste.

Publisert: 16. mars 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0159
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.