
Fastlegegarantien

DEBATT

STEINAR KROKSTAD

steinar.krokstad@ntnu.no

Steinar Krokstad er professor i sosialmedisin ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, daglig leder for HUNT forskningscenter og medlem i Norsk forening for allmenntmedisins faggruppe for sosial ulikhet i helse. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

STEFAN HJØRLEIFSSON

Stefan Hjørleifsson er spesialist i allmenntmedisin, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, fastlege ved Minde Medisinske Senter, Bergen, og forsker ved Allmenntmedisinsk forskningsenhet, Universitetet i Bergen. Han er styremedlem i Norsk forening for allmenntmedisin, medlem av faggruppe for sosial ulikhet i helse og leder for kampanjen Gjør kloke valg.

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

MARTE RISETH

Marte Riseth er lege i spesialisering i allmenntmedisin og fastlegevikar ved Strinda Legesenter, Trondheim. Hun er medlem av Norsk forening for allmenntmedisins faggruppe for sosial ulikhet i helse.

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

BENEDICTE W. WARDEMANN

Benedicte W. Wardemann har bachelor i psykologi, er lege i spesialisering i allmenntmedisin og i idrettsmedisin og er fastlege ved Med Vest legesenter, Oslo. Hun er varatillitsvalgt for fastlegene i Bærum, medlem av Legerådet og Norsk forening for allmenntmedisins faggruppe for sosial ulikhet i helse.

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

HARALD SUNDBY

Harald Sundby er fastlege ved Kalvskinnets legesenter, Trondheim, og universitetslektor i lege-pasient-kommunikasjon ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Han er leder for Norsk forening for allmennmedisins faggruppe for klinisk kommunikasjon og medlem av Norsk forening for allmennmedisins faggruppe for sosial ulikhet i helse. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGVILD VATTEN ALSNES

Ingvild Vatten Alsnes er førsteamanuensis i allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, og fastlege ved Opus Legesenter, Sandnes. Hun er leder for Norsk forening for allmennmedisins faggruppe for sosial ulikhet i helse. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Fastlegene garanterer for flere helt sentrale helsepolitiske mål. Ett av de viktigste er at alle skal få helsetjenester etter behov og ikke betalingsevne.

Norsk forening for allmennmedisins faggruppe for sosial ulikhet i helse vil peke på flere kjennetegn ved den norske helsetjenesten som fastlegeordningen bidrar til. En forutsetning er at helsetjenesten organiseres slik at alle innbyggere har en fastlege og et årlig lavt egenandelstak.

Med fastlegen som pasientenes første kontakt med helsetjenesten kan vi garantere at den norske helsetjenesten vil være en av de beste til å redusere sosiale ulikheter i tilgang til helsetjenester. Forskning viser at tilgang til fastlege er sosialt rettferdig, justert for behov (1). Men for å sørge for gode helsetjenester også for spesielt sårbare grupper trenger vi i tillegg spesielle ordninger, for eksempel innen rusomsorg og for personer med psykisk utviklingshemning. Et alternativ til fastlegeordningen er å utforme helsetjenestene som vanlige kommersielle tjenester. Dette ville med stor sannsynlighet føre til at de med minst behov for helsetjenester får best hjelp, mens de med størst behov får dårligst hjelp, noe den engelske allmennpraktikeren Julian Tudor Hart kalte «loven om den omvendte omsorg» (2). Å gå fra en skattefinansiert offentlig helsetjeneste til en markedsmodell vil øke forskjellene, byråkratiseringen og de totale helseutgiftene – uten at folkehelsen blir bedre (3).

Profitt foran fag?

John Wennberg har studert de amerikanske helsetjenestene og funnet at bare 15 % av helseutgiftene brukes på effektive og nødvendige tjenester, mens 60 % brukes på tilbudssensitive tjenester uten sikker helseeffekt (4). Hvis omfanget av private helsetjenester vokser, er det først og fremst de tilbudssensitive helsetjenestene som vil øke (4).

Det vil alltid være en sosial gradient i risikoen for å bli utnyttet. Når tjenester tilbys med vekt på profitt heller enn faglige vurderinger, vil det på sikt gå ut over de svake og tilliten til tjenestene (4). Dette fordi pasienter før eller siden vil mistenke eller forstå at tjenestene ikke var faglig begrunnet. Tillit til helsetjenestene er ekstremt viktig – og billig.

Fordeler med fastlegeordningen

Med fastlegen som første kontakt med helsetjenesten kan vi garantere at norske pasienter får den beste behandling basert på kjennskap til pasienten over tid (5). Alternativet er flere tilfeldige engangsleger og flere dårlig begrunnede og irrelevante råd. Fastlegene vil også demme opp for mer villedende reklame og utilbørlig markedsføring. Det er de som vil gi de beste helsepedagogiske rådene, fordi de som regel tjener lite på å «selge mer».

«Å gå fra en skattefinansiert offentlig helsetjeneste til en markedsmodell vil øke forskjellene, byråkratiseringen og de totale helseutgiftene»

Fastlegene sørger for at vi unngår å bruke mye penger på tjenester som er uvirksomme eller skadelige (5). Denne effekten oppnås gjennom portvaktfunksjonen og siling til mer kostnadskrevede behandlinger. Det er viktig med tanke på fortsatt å kunne fordele helsetjenestene sosialt rettferdig: Offentlige kutt rammer som regel de mest sårbare gruppene verst.

De private helseforsikringene utløser ofte tilbudssensitive tjenester som er unødvendige (4). Samtidig utvikles store avdelinger i forsikringsselskapene som ikke har andre oppgaver enn å formidle slike helsetjenester (6). Det er ansatte i det private næringslivet med best økonomi som i størst grad bruker forsikringsbaserte private tjenester. Disse helsetjenestene brukes altså av den friskeste delen av befolkningen. Forskning viser at bedriftene får lite igjen for slike ordninger, mens de som bruker dem likevel har en følelse av at de har fått valuta for pengene (6). I realiteten brukes ofte tid og krefter på helt unødvendig dialog med forsikringsselskaper og unyttige tjenester. Mange forstår ikke at det som tilbys, i realiteten ofte ikke bidrar til bedre helse.

Fastlegeordningen motvirker sosial urettferdighet og understøtter sentrale trekk ved velferdsstaten. Den eneste garantien for en anstendig helsetjeneste for alle er at alle har den samme helsetjenesten (3).

LITTERATUR

1. Vikum E, Bjørngaard JH, Westin S et al. Socio-economic inequalities in Norwegian health care utilization over 3 decades: the HUNT Study. Eur J Public Health 2013; 23: 1003–10. [PubMed][CrossRef]
2. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971; 1: 405–12. [PubMed][CrossRef]

3. Hart JT. The political economy of health care: A clinical perspective. Bristol: The Policy Press, 2006.
 4. Wennberg JE. Tracking Medicine. A Researcher's Quest to Understand Health Care. Oxford: Oxford University Press, 2010.
 5. Morden NE, Colla CH, Sequist TD et al. Choosing wisely—the politics and economics of labeling low-value services. N Engl J Med 2014; 370: 589–92. [PubMed][CrossRef]
 6. Christiansen H. 12 ganger så mange private helseforsikringer på ti år. Aftenposten 19.7.2017. <https://www.aftenposten.no/okonomi/i/dVa0o/12-ganger-sa-mange-private-helseforsikringer-pa-ti-ar> Lest 30.7.2019.
-

Publisert: 3. september 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0304

Mottatt 11.4.2019, første revisjon innsendt 8.7.2019, godkjent 30.7.2019.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.