

# Ble dagens helsetjeneste formet av beslutninger på 1970-tallet?

*Michael* 2018; 15: 7–10.

*The past three decades which have elapsed since the 1980'ies have seen fundamental shifts in the relationship between the public and the private in the financing and distribution of health-care services worldwide. There has been a decisive movement away from the post second-world-war social contract, of state provision of public health-care and protection of the public's health towards a more fragmented distribution of responsibility across public, private for-profit and not-for-profit organizations.*

Ruth Prince (1)

Slik innledet Ruth Prince en omfattende artikkel her i *Michael* for et knapt år siden (1), og peker på at det siden 1980-tallet har skjedd en gradvis kommersialisering og privatisering av helsetjenestene i store deler av verden. Hun er opptatt av det bekymringsverdige ved at dette øker de sosiale ulikhetene av tilgang til helsetjenester, ikke minst ved at Verdensbanken og andre store aktører gikk inn for mer omfattende bruk av egenbetaling framfor skatter til finansieringen (2). Hun omtaler det som en bevegelse «from social solidarity to commodification of health care», dette som noen av oss har fornavnet som «varifisering av helse».

Det kan diskuteres om disse store endringene begynte på 1980-tallet eller tidligere. Mange vil hevde at de kom i kjølvannet av den såkalte nyliberale offensiven i den politiske ideologien og i verdensøkonomien etter statslederne Ronald Reagan og Margaret Thatcher. Etterkrigstidens sosiale kontrakt mellom arbeid og kapital ble svekket, den som hadde vært det ideologiske fundamentet for sosialdemokratiet i mange vestlige land. Statlig styring og offentlig drift ble ansett å være mindre «effektiv» enn det man fikk til i det private næringsliv, og ledelsesmodeller fra næringslivet ble introdusert på mange områder, også i helsetjenesten (3). Markedets usynlige hånd fikk en slags renessanse (4). Og vi fikk helseforetaksreformen under daværende helseminister Tore Tønne i 2002.

I dette nummeret av *Michael* blir vi invitert til å rette blikket bakover, med spørsmål om hvilke beslutninger og ideologiske trender som har formet dagens norske helsetjeneste. Vi må tilbake til – ikke 1980-tallet, men enda et hakk bakover – til 1970-tallet, skriver Ole Berg i en omfangsrik artikkel (5) om hvordan styrings- og ledelsesideologier gjennomgikk dramatiske endringer etter Karl Evangs abdisering som mektig helsedirektør i 1972 (6). Det 20. århundre sluttet med 1970-årene, skriver Berg polemisk.

Mange i min generasjon vil nikke gjenkjennende både til hans skildring av etterkrigstidens «Karl Evang-epoke», med et helsevesen i ekspansjon under sterk statlig styring, og til de senere reformene som sendte Helsedirektoratet ut av Sosialdepartementet og gjorde distriktslegene til kommuneleger. Vi får et interessant innblikk i hva som foregikk i kulissene, både faglig og politisk, med gjennomgang av den tids skiftende ledelsesideologier, de fleste adoptert fra USA. Men Berg tar oss lengre tilbake, og gir oss statsvitenskapelige og økonomifaglige leksjoner i forholdet mellom stat og folk, med glimt helt fra renessansen til Berlinmurens fall i 1989. Han forsømmer ikke helt helsetjenestens plass – heller ikke når han omtaler de senere årenes utvikling mot det han kaller «post-nasjonale, transnasjonale og territoriale regimer».

Ole Bergs betraktninger om betydningen av 1970-tallet som et tidsskille får støtte med Kristian Hagestads gjennomgang av sentrale hendelser i primærhelsetjenesten mellom 1967 og 1984, året da Lov om helsetjeneste i kommunene ble iverksatt, og distriktslegene ble historie (7). Også han legger vekt på at Norge i denne perioden var på vei «vekk frå etterkrigstid og sosialdemokratisk orden med harmoni og homogenitet». Hagestad gir oss et førstehånds blikk, et slags «vitneseminar» alene (8), med hovedvekt på de samfunnsmedisinske sidene av denne post-Evang-epokens hendelser. Men han tar også for seg allmennmedisinens utvikling, fra krise på 1960 og -70-tallet, til veksten og den nye faglige entusiasmen som preget faget gjennom 1980-årene. Akademiseringen av allmennmedisin, etter opprettelsen av det første professoratet i allmennmedisin i Oslo i 1968, og Bent Guttorm Bentsens utgivelse av sin refuserte doktorgradsavhandling, får også sin tenksomme omtale (9).

Men så bærer det rett inn i vår egen tid med Ivar Sønbo Kristiansens refleksjoner over kriser i primærhelsetjenesten (10). *Kriser* – i flertall, for han minner oss om at dagens krise i fastlegeordningen bare er enda en av mange liknende kriser i rekruttering og legefordeling i primærhelsetjenesten her til lands (11). Han skriver at vi i 1974 hadde én primærlege pr 2.400 innbyggere, mens vi i 2016 hadde én per 1.130 innbyggere, altså en nær doubling av primærlegedekningen i dette tidsrommet. Veksten av antall leger i

sykehusene har imidlertid vært enda sterkere. Svaret ligger ikke i mer vekst, men i prioritering, hører vi ham si. Eller sørge for at også fastleger får mer tid til å gjøre legearbeid, sier denne forfatteren.

Disse tre tilbakeskuende artiklene (5,7,10) inviterer oss umiddelbart til å tenke framover. Hva er det ved dagens ideologiske og politiske trender som kommer til å prege norsk helsetjeneste i årene som kommer? Blir det mere stat, mere styring eller mere marked og privatisering?

Utviklingen i USA, der vi så ofte henter ideologier og ser etter ledelsesguruer, lover ikke godt, etter at sittende president Trump har fått gjennomslag for at helsetjenesten der fortsatt skal være en vare på det amerikanske forsikringsmarkedet. Så innbarket er denne forestillingen at en helt fersk og mye omtalt kritisk gjennomgang av deres helsevesen ikke kommer opp med annen motstrategi enn at vi – *de* – som pasienter, må bli mer kritiske «shopper» (12): Lese alt med liten skrift, ikke stole på forsikringsselskapene, og ikke godta skyhøye legeregninger. Senator Bernie Sanders rop om en avbyråkratisert og enhetlig single-payer helsetjeneste får foreløpig lite gehør. Hans forslag om at USA kan spare en halv million helseforsikringsbyråkrater på et single-payer system, blir ikke forstått.

Stort lysere ser det ikke ut i England, med deres lovpriste NHS – National Health Service, som under Tony Blairs regjeringstid ble formet av New Public Management-ideer med omfattende måle- og telleregimer (13), og nå markedsrettes mer åpenlyst med ideer fra amerikanske helsetjenestekjeder (14,15).

Her hjemme vokser omfanget av private behandlingsforsikringer, såpass at vi nå har en halv million nordmenn som kommer til oss fastleger med forventning om å komme først i køen. Fortsatt blir de aller fleste av disse tatt godt vare på i vårt offentlige helsevesen i rimelig tid, så etterspørselen etter slike forsikringer ser ut til å bremse noe opp. Vår helseminister Bent Høie har hittil vært litt tilbakeholden med å slippe lege-shoppingen helt løs, selv om frie behandlingsvalg og private forsikringer fortsatt er på dagsordenen under den sittende regjering.

Fastlegeordningen kan bli den store prøvesteinen. Hva årsaken til dagens krise enn måtte være – økonomisk utrygge og overarbeidede fastleger kan vise seg å være den offentlige helsetjenestens svakeste ledd (14).

## Litteratur

1. Prince R. Universal Health Coverage in the Global South: New models of healthcare and their implications for citizenship, solidarity, and the public good. *Michael* 2017; 14: 153-72.
2. Lancet, editorial. The struggle for universal health coverage. *The Lancet* 2012; 380(9845): 859.
3. Waitzkin H. The strange career of managed competition: military failure to medical success? *Journal of the American Public Health Association* 1994; 84: 482-9.
4. Westin S. The market is a strange creature: family medicine meeting the challenges of the changing political and socioeconomic structure. *Fam Pract* 1995; 12: 394-401.
5. Berg O. "Det 20. århundre sluttet i 1970-årene". Betragtninger om 1970-årenes styrings- og ledelsesrevolusjon og hvordan den traff medisinalvesenet. *Michael* 2018; 15: 11-39.
6. Larsen Ø. Karl Evang – det opplyste eneveldets siste representant? *Michael* 2016; 13: 221-6.
7. Hagestad K. Norsk primærhelsetjeneste på 1970-tallet – oppbrott, strid og ny giv. *Michael* 2018; 15: 40-58.
8. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø. Hva husker vi? Aktørseminar om allmennmedisin. *Michael* 2009; 6: 7-10.
9. Bentsen BG. *Illness and General Practice*. Oslo: Universitetsforlaget, 1970.
10. Kristiansen IS. Krise i primærlegetjenesten – et førtiårsperspektiv . *Michael* 2018; 15: 59-63.
11. Christiansen TW, Sandvik H. Fastlegeordningen forvitrer – hva nå? *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; DOI: 10.4045/tidsskr.17.0856
12. Rosenthal E. *An American Sickness. How healthcare became big business and how you can take it back*. New York: Penguin Press, 2017.
13. Nylenna M. British health care reforms and Norwegian health care. *Michael* 2011; 8: 423-7.
14. Westin S. Råkjør mot engelsk allmennpraksis. *Utposten* 2015; nr 2: 38-41.
15. Pollock A, Roderick P. Why we should be concerned about accountable care organisations in England's NHS. *BMJ* 2018;360:k343 doi: 10.1136/bmj.k343 (Published 30 January 2018).

*Steinar Westin*

*Fastlege ved Mathesongården legesenter*

*og*

*Professor emeritus ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*

*Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet*

*Trondheim*

*steinar.westin@ntnu.no*