
Nye National Health Service – fornuftig reform for britisk helsevesen?

AKTUELT

AUDUN FREDRIKSEN

Helsepolitisk avdeling

Tony Blairs regjering forsøker å gjenreise tilliten til helsevesenet ved hjelp av ny helselov, nye nasjonale standarder, ny tilsynsmyndighet og nye krav til helsepersonellets yrkesutøvelse. Det var Margaret Thatchers indre marked som knuste den nasjonale enhet i helsevesenet.

Dette ble hevdet på konferansen Learning from the National Health Service, arrangert av The British Medical Association i vår. Statsminister Tony Blair skrev i regjeringens “white paper”, som tilsvarende en stortingsmelding, i 1997 (1): “Jeg vet at en av hovedgrunnene til at folket valgte en ny regjering (...) var at de er opptatt av at helsevesenet svikter dem og deres familier.”

Som utfordringer nevnte regjeringen den informerte og krevende allmennhet, endringer i familiestruktur, arbeidsliv og alderssammensetning samt betydelige ulikheter i tjenestetilbudet avhengig av bosted. Tjenesten innfrir heller ikke forventningene om rask tilgang til tilbud av høy kvalitet når det haster. Flere skandaler har også svekket tilliten, barnekirurgisaken i Bristol er bare en av disse (2).

Det ble på konferansen hevdet at legene selv ikke har vært flinke nok til å kvalitetssikre sine tjenester og at staten derfor har sett seg nødt til å gripe inn. Den nye helseloven, Health Act 1999, pålegger helsetjenesten plikt til å sørge for kvalitet, og hjemler opprettelsen av en ny tilsynsmyndighet.

Nasjonale retningslinjer

Den nye helsetjenesten skal fungere ved innsats på tre arenaer (tab 1). Et nytt organ kalt The National Institute for Clinical Excellence (3), som med britisk sans for akronymer forkortes til NICE, skal utarbeide nasjonale retningslinjer

og standarder. På den andre arenaen skal helsepersonellet selv, innenfor rammene av faglig egenkontroll, livslang læring og det sentrale begrepet clinical governance (se ramme), sikre at tjenestene som ytes, holder høy kvalitet. På den tredje arena skal det (3) føres tilsyn med om helsetjenesten oppfyller kravene.

Kommisjonen begynte sitt arbeid i april. Ifølge planene skal tilsyn utføres ved revisjon, en metodikk vi kjenner fra norske myndigheters internkontroll-satsing. Kommisjonen skal også identifisere og takle alvorlige eller vedvarende svikt i tjenestene etter initiativ fra helsedepartementet. Commission for Health Improvement skal fungere i tillegg til den tidligere etablerte tilsynsmyndigheten The Audit Commission og The General

Medical Council, som gir autorisasjon til legene. NICE skal knytte til seg fagfolk fra universiteter og fra helsetjenesten og skal sette standarder og retningslinjer samt gi tilrådinger om nye behandlingsmetoder.

Helsepersonell selv, men også helseadministratorene, pålegges å anvende clinical governance (3) i sitt daglige arbeid. Begrepet omfatter et system hvor hver virksomhet innenfor helsetjenesten holdes ansvarlig for å drive kontinuerlig kvalitetsutvikling og sikre tjenester av høy standard ved å skape et miljø som stimulerer god pleie og behandling (se ramme).

Rett på rutinene

Den britiske helsedirektøren var opptatt av kjeden av behandlingstiltak, og mente de fleste uhell skjer ved overføring av ansvar og oppgaver mellom de enkelte leddene. Han understreket at det i kvalitetsarbeid er viktig å konsentrere seg om rutinene og ikke om enkeltstående ekstreme hendelser.

Det ble redegjort for de politiske svingninger og bakgrunnen for endringene, og flere fremholdt statsministerens personlige oppfølging av saken. Regjeringen ønsker å forlate det såkalte indre marked i helsetjenesten og legger vekten på samarbeid og styring i utviklingen av helsetjenesten. Såkalte Primary Care Groups skal ta mer ansvar for å yte helsetjenestene og i større grad styre sykehusenes bruk av ressurser ved å styre pasientstrømmen til de sykehus som gir best service. Systemet ble kalt en britisk versjon av de amerikanske Health Maintenance Organizations.

For å bedre tilgjengeligheten til helsetjenester har Tony Blairs regjering opprettet såkalte walk-in centres hvor pasienter får kontakt med lege utenom listesystemet. Det er også etablert en sykepleiebemannet, døgnåpen telefontjeneste hvor folk kan få råd og øyeblikkelig hjelp-kontakt.

Den britiske legeforeningen er kritisk til regjeringens walk-in centres, som man mente kunne være en trussel mot det etablerte lege-pasient-forholdet så vel som mot legens rolle som portvakt for spesialisthelsetjenesten. Foreningens talsmann sa imidlertid også at det er viktig at helsepersonell engasjerer seg i reformarbeid, og sa at det er bedre å hilse forandringer velkommen enn å få dem tvunget på seg. Foreningens formann har uttalt seg positivt om clinical governance (4).

Presidenten for The General Medical Council, rådet som gir autorisasjon til leger, utdypet tankene omkring clinical governance og profesjonens egen regulering, og mente at revalidering eller resertifisering i en eller annen form var nødvendig. Dette burde foregå lokalt, mente han, blant annet ved hjelp av såkalte eksterne peer reviews, hvor legers praksis granskes av kolleger. Dersom enkeltleger ikke endrer uakseptabel praksis, vil de bli rapportert til og gransket av rådet.

Tabell 1

Administrasjon av den nye helsetjenesten i Storbritannia

Aktører og metoder/prinsipper	Tiltak/forpliktelser
National Institute for Clinical Excellence, NICE	Utarbeide standarder og retningslinjer
	↓
Helsepersonells egenkontroll/Clinical governance/etterutdanning	Utføre helsetjenester av høy kvalitet
	↑
The Commission for Health Improvement, CHI	Kontrollere at tjenestene holder høy kvalitet

Alle ledd skal yte bedre

Det ble gitt et tilbakeblikk på den nasjonale helsetjenesten som ble innført ved lov i 1948, til tross for motstand fra legene. Målet var å oppnå styring og kontroll med helsetjenesten, og dette lyktes snart for sykehusetjenestene, men ikke i primærhelsetjenesten hvor legene fortsatt var selvstendige kontraktører. Prinsippet med ansvar for definerte befolkningsgrupper ble videreutviklet. Storbritannia har hatt listepasientsystem siden 1911.

Fra norsk ståsted er det interessant å merke seg at britene oppretter atskilte etater når de ønsker å øke innsatsen innenfor kvalitetsutvikling og kontroll i helsevesenet. Her hjemme har Statens helsetilsyn begge disse oppgavene, og veilederrollen er blitt nedprioritert til fordel for tilsyn, kontroll og klagebehandling. Når samme etat både skal veilede og refse, blir ikke feil og uhell tatt opp med tanke på læring fordi helsepersonellet frykter sanksjoner.

Verdt å merke seg er også at oppmerksomheten primært rettes mot systemene i helsetjenesten, i mindre grad mot enkeltindividene. Britiske helsemyndigheter mener kvalitetsgevinstene kommer når man arbeider for at alle ledd skal yte bedre, heller enn å konsentrere seg om å fjerne de enkelte "råtne epler".

Foreløpig fremstår clinical governance som et noe diffust honnørord, og det har ikke manglet kritiske synspunkter i debatten (5). Det blir interessant å følge med for å se om begrepet kan gis et reelt innhold og bidra til at helsetjenesten

gjenvinner tilliten. Flere hevdet at National Health Service er nå kommet til “the last chance saloon”, og at regjeringen vil vurdere hele systemets eksistens dersom reformene ikke gir ønsket resultat.

Clinical governance

Det kreves:

- – systemer for å identifisere og bygge på god praksis
- – systemer for å vurdere og begrense risikoen for uønskede hendelser
- – systemer som sikrer at problemer og uhell tas opp og at det trekkes lærdom av disse
- – bevissthet på å støtte helsepersonell i å gi god behandling og pleie

Til hjelp skal det bl.a. fortsatt brukes såkalt Clinical audit, som innebærer at virksomhetene vurderes av fagfolk fra tilsvarende virksomheter andre steder. Praksis skal være kunnskapsbasert og virksomheten skal monitoreres, dvs. praksis og resultater skal dokumenteres.

Profesjonene forplikter seg også til videre- og etterutdanning, kalt Continuing Professional Development, CPD.

LITTERATUR

1. The new NHS Modern Dependable. London: The Department of Health, 1997.
 2. Olsen B. Bristol-saken – et jordskjelv i britisk medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3183–5.
 3. A First Class Service Quality in the new NHS. London: The Department of Health, 1999.
 4. Medicopolitical digest. BMA chairman speaks out on clinical governance. BMJ 1998; 317: 1325.
 5. Goodman NW. Sacred cows: to the abattoir! Clinical governance. BMJ 1998; 317: 1725–7.
-

Publisert: 20. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. februar 2026.