

# Råkjør mot engelsk allmennpraksis



■ STEINAR WESTIN

Fastlege i Trondheim og professor emeritus ved Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet (NTNU)

Stadig undrer det meg at norsk presse ikke har vært mer interessert i å formidle hva som foregår i den engelske helsetjenesten, den som ofte omtales som «the mother of all publicly financed health services». Etter en rekke av reformer siden Margaret Thatchers tid kom den mest radikale med Cameron-regjeringen i 2012, den som blant annet *The Lancet* omtalte som «The end of the NHS» – slutten på National Health Service – eller amerikaniseringen av den, som kritikerne sier. I mange av disse reformene har politikerne skjøvet allmennpraktikerne foran seg, dels med gulrot, dels med pisk. Overbelastede og utrygge allmennleger har vist seg å være den offentlige helsetjenestens svakeste ledd.

Så følg med – for kanskje er det nettopp i England at framtiden for Europas offentlige helsetjenester og velferdsstater avgjøres.

Det er gode grunner for oss i Norge til å ha et vaksomt blikk nettopp på den engelske helsetjenesten (1), denne «National Health Service» – blant briter bare omtalt som NHS – eller som «britenes mest elskede institusjon». Den ble til med et dristig vedtak like etter Den annen verdenskrig, med den sagnomsuste Labour-minister Aneurin Bevan som fanebærer. Slik fikk alle briter fra 5. juli 1948 – årsdagen feires fortsatt der borte – tilgang til legebehandling og sykehus gratis, «free at the point of use».

Sentralt i reformen stod allmennmedisinen. Med flygeblader på dørmatter og i postkasser den 5. juli ble alle briter invitert til å velge seg en allmennpraktiker som sin fastlege, uten å behøve å bekymre seg for kostnader (FIGUR 1). Alt skulle dekkes gjennom skatter – mye for de rike, lite for de fattige. Slik ble fastlegeordningen til; «list based general practice», den som også ble en viktig inspirasjon for den norske fastlegereformen i 2001.

Reformen skapte den gang enorm entusiasme blant vanlige folk. Med økende misnøye gjennom mellomkrigstiden hadde man sett hvordan moderne og god legebehandling var tilgjengelig bare for dem som kunne betale. Selv Archie Cochrane<sup>1</sup>, han som har lånt sitt navn til Cochrane-bevegelsen, forteller i innledningen til sin mest

berømte bok at han i 1930-årene – som ung medisinstudent – gikk gjennom Londons gater i demonstrasjoner med plakaten «All effective treatment must be free!» (2).

Etter hvert ble den skattefinansierte britiske NHS en modell for mange av Europas offentlige helsetjenester, og med Felleseklæringen av 1945 og Folketrygdmeldingen av 1948 også for den norske (3). I sine beste år skaffet NHS kvalitetsmessig god og gratis helsetjeneste for alle briter til en kostnad pr. innbygger som ikke var høyere enn det det alene kostet å administrere den privatiserte amerikanske, der alle må sende regninger til hverandre. «If everybody is insured, nobody needs insurance», er fortsatt NHS-entusiastenes slagord.

## Allmennpraktikere i førersetet?

Under trykket av økende kostnader, som alle vestlige lands helsetjenester krevde, ble det britiske NHS gjennom 1980-tallet i stigende grad sulteføret, selv om den faglige kvaliteten stadig rangerte høyt. Så – under Margaret Thatcher – kom ideene om å øke effektiviteten ved å introdusere markedsmekanismer, det såkalte «purchaser-provider split», bestiller-utfører-modeller. Berlin-muren var nettopp falt, og troen på markedet som regulerende mekanisme, også i offentlig sektor, var for oppdagæn-

de. «Managed competition», styrte markeder, kom på moten. Ideene var amerikanske (4), men ble altså i England omsatt til den mye omtalte Fund-holding-reformen fra 1991.

Reformens mest besnærende argument var å snu maktforholdene i helsetjenesten. «Allmennpraktikerne i førersetet», lød det, og modellen gikk ut på å allokere det meste av helsebudsjettet til allmennpraktikere, som deretter skulle kjøpe alle nødvendige helsetjenester til sine pasienter. De visste jo best hva pasientene deres trengte. Ved å la allmennpraktikerne komme på kjøpersiden ville man tvinge spesialisthelsetjenesten til å bli mer ydmyke, og by seg fram med bedre service.

Dette er en lang historie. Om hvordan allmennlegekorpset delte seg nærmest på midten, for og mot reformen (5). Om hvordan noen av allmennlegene i denne fasen grep sjansen til å underlegge seg et større antall praksiser og bli rike. Om hvordan de måtte ansette et større antall jurister og økonomer for å forhandle kontrakter med sykehusene. Og om misnøyen fra pasienter, som etter hvert begynte å mistro sine allmennleger for å beholde for mye penger selv, og dermed brakte reformen i vanry. Aller mest bekymringsfullt var det kanskje at de usedvanlig lave administrasjonskostnadene i NHS på få år steg fra i underkant

1. Etter hvert som tilgangen til helsetjenesten faktisk ble gratis, ble Archie Cochrane mer opptatt av hva «effective treatment» egentlig innebar, skrev han som opptakt til hyllesten til de randomiserte kliniske forsøkene (2). Boka ligger på nett, og første side er fortsatt vidunderlig lesning: [www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/Effectiveness\\_and\\_Efficiency.pdf](http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/Effectiveness_and_Efficiency.pdf)



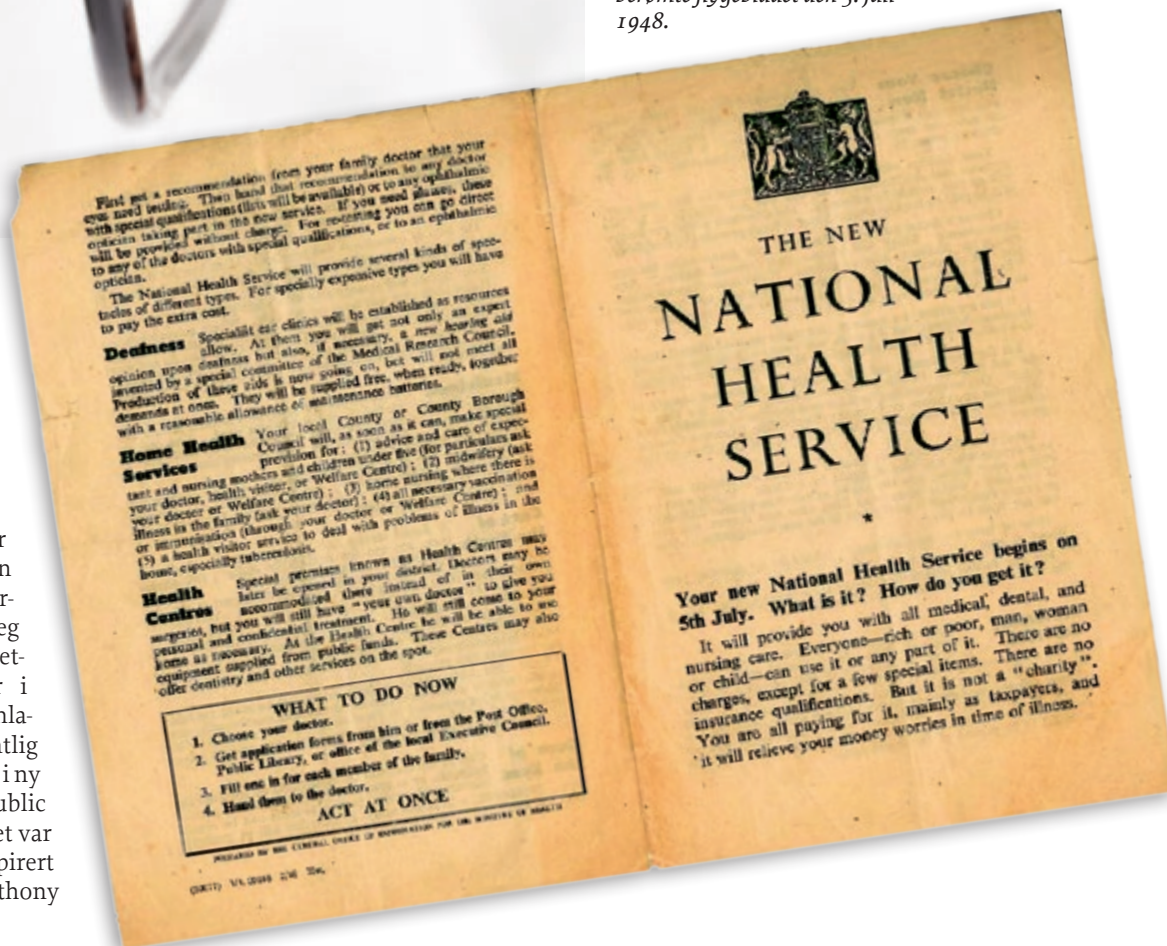
Giddens og hans «trede vei» (6). Markedets kjøp- og salg-mekanismer skulle fortsatt styre kostnader i helsetjenesten, og offentlig-privat samarbeid kom på moten (PPI – Public Private Initiative, OPS her hjemme). Fortsatt var det lite gjennomslag for kritiske røster om at helsetjenester ikke egner seg for konkurranse i pengestyrte markeder.

Her ser vi igjen parallellene mellom utviklingen i engelsk og norsk helsetjeneste. Også Stoltenberg første regjering var sjarmert av Giddens «trede vei» og New Public Management. Med Helseforetaksreformen i 2001, «Tønne-reformen», ble bestiller-utførermodellen innført også i norsk spesialisthelsetjeneste. At den medførte et helt nytt og omfattende måle- og telleregime hadde initiativtakerne neppe sett helt for seg. Men noen av oss prøvde med vår såkalte Motmelding (7) å advare mot nettopp det, mot businesskulturen, og vi fremhevet at markedet ville bli en dårlig herre i helsetjenesten.

**Kvalitet – må vite**

Det kan se ut som ideene med å bruke markedet og økonomiske incentiver som sty-

FIGUR 1. “You are all paying for it, mainly as taxpayers, and it will relieve your money worries in time of illness”, stod det på dette berømte flygebladet den 5. juli 1948.



av seks prosent til godt over 13 prosent. «Where there were formerly 100 nurses, there are now 100 economists», hørte jeg mine engelske kolleger si.

**Fra Maggie til Tony**

Da Margaret Thatcher lenge etter sin avgang ble spurt om hva hun anså som sin største suksess, svarte hun «Tony Blair». Det viste seg nemlig at Labours wonderboy, etter en overveldende valgseier i 1997, slett ikke gjorde om på jernladyens markedsreformer i offentlig sektor, men bare pakket dem inn i ny ideologisk drakt som «New Public Management». Sosialdemokratiet var blitt mer moderne, må vite, inspirert blant annet av sosiologen Anthony



ringsmiddel fikk et slags hegemoni i det engelske NHS etter Thatcher-epoken. Nesten store omstridte sak ble et utspill fra politikere og helsemyndigheter for å øke kvaliteten i allmennpraksis, det såkalte «Quality and Outcome Framework», QOF-reformen fra 2004. Englands allmennleger ble invitert til å melde seg på et system med poengberegning for sin legevirkosomhet, både for prosedyrer, for kliniske utfall og for administrative egenskaper ved praksisene. Inntil 25 prosent av den enkelte allmennleges inntjening skulle baseres på denne modellen, og hvis man skåret høyt kunne det bety en betydelig inntektsøkning.

Igen stor strid blant landets allmennleger. Mange advarte mot denne sammenblandingen av klinisk medisin og økonomiske belønningssystemer. De fryktet enda mer måling og telling, og at kliniske vurderinger kunne bli pervertert av sideblikket til hva som nå lønnet seg best i konsultasjonen.

Så vil noen si at dette også er en del av norske allmennlegers hverdag, gjennom normaltariffens takster. Men den viktige forskjellen består i at våre engelske kolleger blir honorert blokkvis for hvorvidt «målet» er nådd for hvert enkelt «item»: dels på prosedyrer (hvor stor prosent av kvinnene på din liste har hatt cervix-cytologi, hvor mange overvektige har du faktisk veid etc.), dels på såkalte utfall (hvor stor andel av dine pasienter har blodtrykk eller kolesterol under en gitt verdi, etc.), dels på egenskaper ved praksisen (ventetid og konsultasjonslengde etc.). Innvendinger om at dette ville medføre enda mer byråkrati ble møtt med at slike data kunne hentes rett ut av datajournalen, automatisk for hvert kvartal.

Selve avtalen gjelder fortsatt, og 2014-versjonen beskrives i et dokument på 182 sider med til sammen 121 antall indikatorer som skal måles eller telles. I rapporten fra året før kan man f.eks. lese:

«The average achievement score for practices was 831.4 points out of 900. This is 92.4 per cent of the total available compared to 96.7 per cent in 2012–13».

Det er ikke utenkelig at statistikkene fra disse registreringene kan være nyttige. Men lite er ennå skrevet om hvor mye av allmennlegenes tid og oppmerksomhet som nå går med til å lese, forstå og registrere de dataene som skal gi ekstra inntekt. Vi minnes perioden da fagmøter på sykehusene her hjemme stort sett gikk med til å diskutere DRG-koding.

«Totally ridiculous», sa vår engelske kollega Iona Heath tidlig om dette systemet (8), og la ikke skjul på at denne reformen

var en av grunnene til at hun selv sluttet i klinisk allmennmedisin flere år før tiden. Hun følte seg i økende grad presset til å utføre prosedyrer i konsultasjonen som kunne være direkte uheldige der og da. For eksempel å plage enda en overvektig kvinne opp på vekta – noen ganger en ydmykende prosedyre for en som vet så alt for godt at hun er for tykk, men gjort enda en gang for at doktoren ikke skulle risikere å miste poeng på denne «måloppnåelsen». For ikke å snakke om blodtrykkverdiene, som skal hentes rett ut av journalen og kan gi blokkmessig økonomisk tap for den legen som ikke er «flink nok». Det heter så pent at «Indicators should, where possible, be based on the best available evidence». Men som vi alle vet – god pasientbehandling på dette området kan avhenge av så mye mer enn selve tallet, særlig når også behandlingsmålene er omstridte (9).

### Mer marked og konkurranse

Ansatte i den engelske NHS, og ikke bare våre kolleger i allmennmedisin, følte seg i tiltakende grad utsatt for denne slags telle- og måleregimer. Debatten var ikke ulik den vi kjenner her hjemme, tydeligst målbåret gjennom Helsetjenesteaksjonen. Men flere reformer stod i kø, og svært ofte var det allmennpraktikerne som ble ført i fronten – som da de pep over økende arbeidspress. I stedet for å ruste opp allmennmedisinen foreslo regjeringen at fastlegene kunne få avlastning for vaktarbeidet ved at denne delen av legevirkosomheten ble satt ut på anbud, «outsourced». Her så de private aktørene en mulighet for å komme inn. Fra 2004 har store internasjonale firmaer som Serco og Virgin overtatt vaktarbeidet i mange områder med egne ansatte leger.

Men ikke bare her. Også i noen tynt befolkede områder med svak legedekning kunne noen av disse firmaene tilby seg å drive legesentra, delvis fordi de ikke var avhengig av umiddelbar lønnsomhet. For noen av dem var det viktigere å få en fot innenfor NHS. Og det fikk de. Også gjennom tilbud om å bygge og leie ut sykehusbygninger der de offentlige budsjettene for investering var trange. Denne PPI-ordningen (her OPS) var umiddelbart tiltrekkende, men har etter hvert påført engelske NHS svære betalingsforpliktelser i en størrelsesorden som langt overskrider de kostnadene NHS ville hatt ved å eie dem selv. I styrerommene til de private selskapene snakkes det visstnok om gyldne kontrakter (10).

Med en gradvis større plass innenfor NHS vant disse private aktørene etter hvert fram også med såkalt utfordringsrett. På noen områder ble de invitert til å legge inn anbud på deler av allmennlegenes kliniske virksomhet, for eksempel svangerskapskontrollene og INR-pasientene. Med ett ble mange engelske legesentra tvunget til å sette seg ned og skrive anbudsdokumenter på sine egne pasienter. Slik jeg forstod det, var dette dråpen i begeret for vår norgesvenn Iona Heath da hun bestemte seg for å slutte (8), riktig nok for å bli fulltids president i Royal College of General Practitioners. Derfra har hun og hennes kolleger ført en innbitt kamp mot det som da seilte opp: enda en ny reform.



FIGUR 2. Helseminister Andrew Lansley's markedsføring av «The Health and Social Care Bill», som ble vedtatt i april 2012.

### “Liberating the NHS”?

Reformtrettetheten var allerede stor blant leger og ansatte i NHS da parlamentsvalget i 2010 stod for døren. Regjerende Labour, med statsministrene Blair og Brown, hadde sviktet NHS, lød det fra toryen, som i valgkampen lovet å la helsetjenesten nå få

fred for flere økonomireformer. «Ingen flere ovenfra- og nedad-reformer av NHS!», lød det fra de konservative.

Men så snudde de altså etter valget – og den blå-gule koalisjonsregjering med David Cameron og Nick Clegg fikk i april 2012 gjennomført den mest radikale omstruktureringen av engelske NHS noen sinne. Retorikken fra helseminister Andrew Lansley var slående (FIGUR 2). Nå skulle han «frigjøre NHS», *liberating the NHS*, hvilket i praksis betød at de ville la de enkelte delene av NHS opptre som markedsaktører med anledning til å inngå kontrakter med «any willing provider», enhver villig leverandør. Altså et nytt langt skritt i retning av det mine kolleger der borte kaller privatisering. Fortsatt skyver de allmennlegene foran seg i de lokale *Commissioning Boards*. Bare i navnet, sier mine kolleger, for beslutninger tas i praksis av et større apparat av jurister og økonomer.

En svær folkelig motaksjon var allerede på vei, og lever fortsatt med høy profil rundt om i landet som KONP, *Keep Our Na-*



tional Health Service Public. Allmennlegenes organisasjoner og de fremste medisinske fagtidsskriftene med *the Lancet* og *BMJ* i spissen advarte på det sterkeste mot det de så som en oppstyking og åpen privatisering av NHS (11,12). «The end of our NHS», skrev *Lancet*-redaktøren (FIGUR 3).

Raskt ble nå hele den engelske helsetjenesten (fortsatt ikke den skotske) innrettet med bestiller-utfører-modeller, med enda mer konkurranse og et nytt stort innslag av private aktører. Protestene har vært store og tydelige over hele England, ikke minst sist høst, da det blant annet ble arrangert en omfattende marsj til forsvar for det offentlige NHS, en gjentakelse av den 50 mil lange såkalte Jarrow-marsjen mot fattigdom og arbeidsløshet i 1936. Ti tusener av demonstranter ved avslutningen på Trafalgar Square den 6. september. Men helt taust i norske medier.

Engelske medier, derimot, preges nå av nyheter om et voksende byråkrati, stadige skandaler om misligholdte kontrakter, sykehus som går konkurs, og et helsevesen som i økende grad drives av amerikanske og internasjonale helsekjeder. Egenandeler er igjen på dagsorden. Mine venner i allmennpraksis der borte plages av komplisert anbudsarbeid, og jeg hører at flere ser etter muligheter for å slutte.

### Hvorfor dette råkjøret?

«I hate to sound paranoid, but...» lød det fra allmennmedisinens nestor Julian Tudor Hart da han innledet om den foreslåtte Lansley-reformen under et norsk-britisk

seminar i Oslo høsten 2011 (13). Hans «but...» gikk ut på at han likevel ikke kunne unngå å se at de største internasjonale helsetjenestefirmaene har hatt en langsiktig og svært målbevisst strategi for å komme seg inn nettopp i britenes NHS. Denne oppfatningen er det flere enn ham som deler (12, 14). Dels knytter det seg stor prestisje til NHS, dels er det den største enkeltstående offentlige helsetjenesteorganisasjonen i Europa. De store investeringsfondene rundt om i verden er på jakt etter sikre og langsiktige investeringer, skrives det (10, 14), og de europeiske velferdstjenestene fremstår nå som nye umodne markeder. «... If I can make it there, I'll make it anywhere ...», som Frank Sinatra synger om sitt New York.

Hva dette betyr for innholdet i helsetjenesten, og for allmennmedisinen, på lang sikt, kan det være delte meninger om. Men ingen bestrider at det som nå skjer i England er et betydelig skritt i retning av en amerikanisering av NHS. Den tradisjonsrike normstyrte engelske helsetjenesten basert på profesjonsetikk og tillit vil nok i høyere grad bli preget av marked og kjøp og salg. Det hjelper åpenbart ikke at all rimelig erfaring viser at helsetjenester ikke er egnet for marked og kjøp og salg – at det medfører mer byråkrati og større forskjeller mellom fattig og rik.

«Dere allmennleger må snarest ta disse sakene opp til diskusjon», sa den kjente engelske helsetjenesteforskeren Allyson Pollock da hun innledet under den såkalte Oppdals-uka for allmennleger i 2010. Hun hadde hørt at det også i Norge var liknende frustrasjoner blant unge fastleger med høy gjeldsbelastning, stort arbeidspress og svak sosial trygghet. Vi som var til stede hørte at flere av dem ikke så det som utenkelig å la seg ansette av et privat firma på fast lønn og med god pensjonsordning, dersom det

var et alternativ til å være næringsdrivende under det presset de nå opplever (1). I sannhet en utfordring for kommunene og fastlegeordningen.

Jeg skal ikke overdrive min uro (15), men for knapt et år siden fikk jeg et par interessante telefoner fra London. Jeg forsto at det dreide seg om et internasjonalt byrå for markedsundersøkelser. De hadde funnet navnet mitt på nettet, og ønsket min bistand som synlig samfunnsmedisiner for å vurdere «markedsmulighetene i Norge», siden vi nå hadde fått ny regjering, med større åpning for investeringer fra private helseaktører. Jeg vet ikke hva de ville betalt, eller hvem som var oppdragsgiver. For det ble stille på telefonen etter et par dager.

### REFERANSER

1. Nylenna M. British health care reforms and Norwegian health care. *Michael Quarterly* 2011; 8: 423–7.
2. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
3. Westin S. The beginning of the NHS – and the impact on Norwegian health care. *Michael Quarterly* 2011; 4: 476–89.
4. Waitzkin H. The strange career of managed competition: military failure to medical success? *Journal of the American Public Health Association* 1994; 84: 482–9.
5. Fugelli P, Heath I. The nature of general practice. Yes to traditional values must mean no to fundholding and managerial ambitions. *BMJ* 1996; 312: 456.
6. Giddens A. *The Third Way: The renewal of social democracy*. London: The Polity Press, 1998. (Norsk oversettelse, Pax forlag 1999).
7. Arnesen T, Bergsdahl B, Brattebø J, Bråten M, Fosse A, Gilbert M, Johansen D, Smeland E, Westin S, Wisborg T. Motmelding 2. til høringsnotat fra sosial- og helsedepartementet om «Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og forslag til Lov om helseforetak mm.» Mo i Rana/Oslo: Eget forlag, 2001 (nå på «For velferdsstatens» nettsider).
8. Westin S. Min britiske venninne. *Adresseavisen* 5. mai 2010. [www.adressa.no/meninger/article/1478705.ece](http://www.adressa.no/meninger/article/1478705.ece)
9. Westin S, Heath I. Thresholds for normal blood pressure and serum cholesterol. *BMJ* 2005; 330: 1461–2 (editorial).
10. Pollock AM, Price D. OPS i helsevesenet. *Storbritannias erfaringer, lærdommer for Norge*. Oslo: Manifest analyse, Rapport 3/2013.
11. Editorial. The end of our National Health Service. *Lancet* 2011; 377: 353.
12. Pollock A, Price D. How the secretary of state for health proposes to abolish the NHS in England. *BMJ* 2011; 342: 801–6.
13. Hart JT. Which future for the UK National Health Service (NHS)? *Michael Quarterly* 2011; 8: 442–59.
14. Davis J, Tallis R. *NHS SOS: How the NHS was betrayed – and how we can save it*. London: Oneworld Publications, 2013.
15. Westin S. Er velferdsstaten en av verdens utrydningstruede arter? I: Tellnes G, Claussen B (red). *Er folketrygden bærekraftig?* Oslo: Cappelen Damm, 2014.

FIGUR 3. Faksimile av *Lancet*-redaktørens syn på Lansley-reformen, «...the catastrophic breakup of the NHS».

Editorial

## The end of our National Health Service

There is a crisis in the National Health Service (NHS). The publication of the Health and Social Care Bill last week heralds dramatic changes for the NHS, which will affect the way public health and social care are provided in the UK. Those changes alone will have huge impact, but it is the formation of an NHS Commissioning Board, and commissioning consortia, that will once and for all remove the word "national" from the health service in England. The result, due to come into force in 2013, will be the catastrophic break up of the NHS.

business plan is urgently needed to allow transparent appraisal of how the Board plans to monitor patients' outcomes.

The UK coalition Government has now been in power for about 8 months. Neither the Conservatives nor the Liberal Democrats included the formation of an NHS Commissioning Board, or GPs' commissioning consortia, in their health manifestos on which the electorate voted. The speed of the introduction of the Health and Social Care Bill is surprising, especially given the absence of relevant detail in the health manifestos. The



■ STEINAR.WESTIN@NTNU.NO