

Internasjonale helsereformer - har Norge vært i forkant?

REDAKSJONELT

CHRISTIE W

I 1990-årene har reformiveren vært stor i helsesektoren. Særlig har forsøkene på å innføre markedsliknende incentiver for sykehusene vært fremtredende. Amerikaneren Alan Enthoven formulerte allerede i 1970-årene ideene om “internal markets” og “managed competition” innenfor offentlige tjenester. Modellen ble først utviklet og prøvd i det amerikanske militærvesenet. Her fungerte reformene ikke og spilte fallitt. Senere lanserte likevel Enthoven de samme ideene overfor sykehusvesenet (1).

Denne ideologien har inspirert de sykehusreformene som ble forsøkt i Storbritannia, på New Zealand og i Sverige tidlig i 1990-årene. Tankene var også sterkt fremme i debatten om helsereformer i Norge på denne tiden (2). Da Stortingsmelding nr. 50 ble behandlet våren 1995, fremkom en rekke forslag som gikk i samme retning. De ble alle avvist av flertallet i Stortinget. I stedet ble regjeringens forslag om å satse på nettverksbasert faglig samarbeid og regional samordning for å bedre kvalitet og tilgjengelighet på tjeneste vedtatt.

Prinsippene for utvikling av faglige nettverk og samarbeid mellom sykehus bygger på en prosess som går nedenunder og opp. Faggrupper med representanter fra de fleste avdelinger og sykehus i landet har i fellesskap etablert et faglig medisinsk fundament for samarbeid og funksjonsdeling, i form av fem regionale helseplaner, til sammen en nasjonal helseplan. Politikerne skal sikre beslutninger og legitimitet for samarbeidet og være kanal for innflytelse fra publikum og brukere. Modellen bygger på konsensusbyggende faglige og politiske dialoger med samarbeid om fellesinteresser i sentrum - en klar kontrast til markedsorienterte strategier for optimalisering av snevre økonomiske interesser og til sentralisert styring basert på direktiver ovenfra (3).

Det pågår nå et tydelig tilbaketog fra markedsmodellene både i Sverige, England og New Zealand. I Sverige har man siden slutten av 1994 gått langt i retning av regionalt samarbeid og samordning mellom fylker (4). I Storbritannia snakkes det nå mer om samarbeid og koordinering enn om konkurranse. Den britiske regjeringen la i desember 1997 frem et “white paper” som beskriver en ny retning i reformdebatten (5). På New Zealand oppstod det sterk motstand mot helsereformer i tråd med Enthovens ideer. Slike ble gjennomført i 1993, uten forutgående konsultasjoner og debatt med fagfolk. Omorganiseringen medførte mange nye problemer og møtte mye motbør, og bidrog til regjeringens fall i 1996 (6).

Hvem styrer utviklingen i helsevesenet (7)? I Norge erkjente man tidlig at det var lite å oppnå ved å definere fagmiljøene som politikernes motparter. Vi har i stedet lagt vekt på samarbeid med profesjonene gjennom faglige konsensusdannende prosesser. Kanskje har

denne innsikten og den manglende iver for politisk motiverte organisatoriske omveltninger brakt norsk helsevesen i forkant av internasjonale reformtrender? Både “managed competition”-modellen og kommando- og kontrollbasert statlig styring ser ut til å tape terreng i forhold til styring basert på horisontalt og vertikalt samarbeid i helsevesenet.

Norske leger må nå ta godt vare på det klare mandat og den brede innflytelse de er gitt for utviklingen av helsevesenet gjennom de regionale helseplanprosessene. De må bygge videre på den etablerte faglige konsensus, og samstemt stille krav til politikere og departement om at de tar sin del av ansvaret for at de faglig funderte forslagene om helhet og samordning av helsetjenesten i regionene blir vedtatt og fulgt opp. Som sykehuseiere kan ikke politikere opptre som værhaner for skiftende lokalpolitiske vinder, men må være veivisere for utviklingen av et helsevesen der helhet og fagkompetanse står i sentrum

Werner Christie

LITTERATUR:

1. Waitzkin H. The strange career of managed competition: from military failure to medical success? *Am J Public Health* 1994; 84: 482-9.
2. Ledelse i sykehus (Andersland-utvalget). Oslo: Sosialdepartementet, 1990.
3. Eriksen EO. Den offentlige dimensjon. Oslo: Tano, 1993.
4. Fördjupat sjukvårdssamarbete i Västsverige. Göteborg: Planeringsnämnden för Landstingskommunala angelägenheter i devästsvenska länen, 1994.
5. The new NHS. London: HMSO, 1997.
6. Ham C. Reforming the New Zealand health reforms. Big bang gives way to incrementalism as competition is abandoned. *BMJ* 1997; 314: 1844-5.
7. Nylenna M. Hvem styrer utviklingen i helsevesenet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3690-4.

Publisert: 17. oktober 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no