

Lærdommer fra Skottlands solidariske helsevesen

Av Roar Eilertsen,
DeFacto - kunnskapssenter for fagorganiserte

Sammendrag

- Skottland avvirket all markedssimulering i sin helsesektor og tok sykehusene tilbake til offentlig forvaltning på begynnelsen av 2000-tallet. Modellen har sterk oppslutning på tvers av de politiske skillelinjene, blant de ansatte og i befolkningen.
- De 14 regionale helsestyrene får årlige rammebevilgninger fra Helsedepartementet for å finansiere både primær- og spesialisthelsetjenesten i sin region. DRG-koding og innsatsstyrt finansiering er avvirket. Budsjettene overholdes i alle regioner hvert eneste år, og det rapporteres om betydelige, løpende effektiviseringsgevinster og kvalitetsforbedringer.
- I mai 2010 vedtok NHS Scotland en ny kvalitetsstrategi der er målet å komme ned i seks kvalitative, overordnede mål for utviklingen i skotsk helsevesen - fra 100 kvantitative mål i 2007.
- I 2010 ble det gjennomført et prøveprosjekt med direktevalg av halvparten av medlemmene i to regionale helsestyrene. Prosjektet er evaluert, og konkluderer med at dette er en strategi for demokratisering og folkelig forankring av helsevesenet som fungerer.
- Lærdommene fra skotsk helsevesen er at det finnes alternativer til konkurranse og markedssimulering, og at en integrert heloffentlig modell kan levere helsetjenester av god kvalitet innenfor tildelte budsjettammer. Modellen kan utvikles på demokratisk vis, i samarbeid med ansatte og egen befolkning. Det er neppe stor heksekunst å utvikle den norske varianten i samme retning - dersom det er politisk vilje og ønske om det.

1. Innledning

Debatten om organiseringen av helse-Norge fortsetter. Ledelsen i Arbeider-partiet tviholder på markedssimuleringen innenfor foretaksmodellen i spesialisthelsetjenesten, med innslag av stykkprisfinansiering, lønnsomhets-regnskaper og ekspertstyrer uten god forankring i verken helsefagene eller politikken. Resultatet er en sykehussektor hvor det lekes butikk, hvor fagfolkene utmattes av fokus på konkurranse og økonomiske resultater, og hvor befolkningen tvangsfores med ideer om (en ofte illusorisk) valgfrihet. Det ene sykehusopprøret har avløst det andre, men uten at man hittil har klart å rokke ved det som er roten til ondet; bruken av markeds mekanismer og New Public Management på et område hvor det overhodet ikke fungerer. Mer oppløftende blir det ikke av at den blå opposisjonen ønsker mer, og ikke mindre, av det som ikke fungerer.

På denne bakgrunn er erfaringene fra Skottland oppmuntrende og inspirerende for alle som fortsatt tror på et offentlig, solidarisk helsevesen, drevet av etiske og faglige ambisjoner om å levere gode, likeverdige helsetjenester til fattig og rik - i alle deler av landet.

I rapporten "De tok sykehusene tilbake" (2009), som De Facto utarbeidet på oppdrag fra For velferdsstaten, fortalte vi historien om Skottlands vei fra offentlig til markedsinspirert helsevesen på 1990-tallet - og tilbake igjen - etter 10 års mislykket eksperimentering. Den Thatcher-inspirerte markeds-gjøringen av helsesektoren i Storbritannia ble i sin tid også påtvunget skottene. En foretaksmodell ble etablert tidlig på 1990-tallet, stykkprisfinansiering og konkurranse ble metoden, og næringslivsledere ble hentet inn for å styre butikken. Resultatet ble et uproductivt fokus på økonomiske resultater og konkurranse, hvor "alle" var mest opptatt av å kare til seg inntekter og skyve fra seg kostnader i et ødeleggende svarteperspill. Misnøyen med utviklingen i helsesektoren var stor.

Fra år 2000 ble ansvaret for den skotske helsesektoren overført fra London til Edinburgh som del av en politikk for mer desentralisert styring i Storbritannia. Noe av det første skottene da gjorde, var å avvikle stykkprisfinansieringen og bruken av konkurranse om helsekronene som strategi. Fra 2004 ble hele foretaksmodellen avvirket. Regjeringen proklamerte at "samarbeid, og ikke konkurranse" skulle være Skottlands vei til målet om gode, gratis helsetjenester til alle. Sykehusene ble igjen tatt tilbake til den offentlige forvaltningen og underlagt politisk styring i 14 regioner og 8 landsdekkende funksjonsområder. Outsourcingen av støttetjenester ble avvirket og medarbeiderne ble igjen ansatt i Skottlands NHS (National Health Services).

Hvordan har det så gått med det offentlige, skotske helsevesenet? Var det å snu ryggen til "moderne" insentiver som konkurranse og belønning også et farvel til utvikling og effektivitet? Og er det fortsatt oppslutning om det linjeskiftet man foretok - blant politikere, befolkning, fagforeninger og helseprofesjoner? Dette var blant spørsmålene vi stilte vinteren 2013, da en delegasjon med leger, sykepleiere, forskere og aktivister dro på ny studietur til Skottland. Her kommer referatet fra det vi fant ut.

Fortsatt sterk oppslutning

I løpet av to-tre dager i mars 2013 møtte vi representanter for det skotske helsedepartementet, en helsepolitisk talsmann for det største opposisjonspartiet (Labour), samt de skotske søsterorganisasjonene til Legeföreningen, Sykepleierforbundet og Fagforbundet (som til sammen organiserer storparten av alle ansatte i sektoren). Fra alle hold rapporterte man om en fortsatt sterk oppslutning om "den skotske veien" - et offentlig helsevesen uten innslag av markeds- og konkurransetenkning. I politikken er det kun det skotske Tory-partiet, som i valg får 6-7 % av stemmene, som snakker om på nytt å

gi seg inn "på den engelske veien". Legene er organisert i en felles britisk legeforening (British Medical Association), og der respekterer man at den skotske avdelingen har et helt annet syn på organiseringen av helsevesen enn kollegene i England. Blant sykepleiere og øvrige ansatte i sektoren var bekymringen knyttet til om en foreslått reform for mer samordning mellom helse og omsorg (se nedenfor) skulle vanne ut den hundre prosent offentlige, ikke-kommersielle helsevesen. I det store bildet møtte vi utelukkende stolthet og enighet om at Skottlands farvel til markedeksperimenteringen i helsevesen var riktig og nødvendig.

Nærmere om den skotske modellen

Det skotske helsevesenet er i dag organisert innenfor Skottlands National Health Service (NHS Scotland). 14 regionale styrer har ansvar for alle helsetjenester til befolkningen i sin region - både primær- og spesialisthelsetjeneste. I tillegg finnes det styrer for 8 landsdekkende funksjoner (AMK-tjeneste, Åpen linje NHS24, etter- og videreutdanning, nasjonalt ventetidssenter, Statssykehuset med sikkerhetsavdelinger, folkehelsearbeid, kvalitetsforbedring, nasjonalt tjenestesenter).

Bevilgningene til helsestyrene kommer som rammebevilgninger fra det skotske parlamentet. De fordeles etter en nøkkel som tar hensyn til befolkning (størrelse og sammensetning), geografi, sosioøkonomiske forhold, mv (ikke ulikt nøklene i vårt kommunale inntektssystem). Totalt brukes det i 2013 om lag 12 milliarder britiske pund på helsevesen i Skottland, hvorav ca 8 mrd fordeles via de regionale helsestyrene. Om lag 70 prosent av helsekronene brukes til å dekke lønnskostnader, mens ca 10 prosent brukes til medisiner (som er gratis hvis de er foreskrevet av lege). Helsestyrene dekker kostnadene til avtaler med primærleger, tannleger, farmasøyter, mv i primærhelsetjenesten, og bevilger penger til sykehusene og institusjonene i spesialisthelsetjenesten.

Helsestyrene består av representanter oppnevnt av helsedepartementet og representanter for de ansatte. I 2010/2011 ble det gjennomført tre pilotprosjekter med direkte valg for halvparten av representantene i styrene (se nedenfor).

2. Aktuelle utfordringer

Den skotske helsedebatten handler altså ikke om innsatsstyrt finansiering, markedsgjøring, konkurranseutsetting eller foretaksorganisering. Men ellers er det mangt som ligner på den norske debatten.

Økt sentralisering?

Det er som nevnt 14 regioner med til sammen 29 sykehus i det skotske helsevesenet. Størrelsen på regionene varierer sterkt - fra Greater Glasgow and Clyde (som alene mottar 25 prosent av alle bevilgninger) til Shetland og Orknøyene (som kun mottar en halv prosent av pengene). Det pågår en kontinuerlig debatt om å samle ressursene i færre regioner og å legge ned de minste sykehusene, drevet frem av nasjonale politikere, byråkrater og fagmiljøer i de store byene. Men som i Norge er det vanskelig å få folkelig støtte og politisk gjennomslag for disse ønskene om sentralisering. Verken argumentene om rekrutteringsproblemer av fagfolk eller klager på påstått høye driftskostnader slår igjennom ute i distriktene. På dette området var det ikke mye nytt i debatten i 2013 vs det vi møtte sist vi besøkte Skottland - i 2008. Og den er som sagt svært gjenkjennelig.

Forebygging eller reparasjon?

På mange områder sliter Skottland mer enn andre land med alvorlige helseproblemer i befolkningen. Store økonomiske forskjeller, fattigdom og nød i deler av storbyene (særlig Glasgow), høy arbeidsledighet, mange tenåringsmødre, høye skilsmisserater, mv. slår ut i store helseproblemer innenfor områder som rus, psykiatri, overvekt, diabetes, hjerte- og karsykdommer, med mer. Det er allment erkjent at de viktigste tiltakene mot slike helseproblemer ligger innenfor sosioøkonomiske tiltak som kan redusere klaseskillene, øke utdanningsnivået og sysselsettingen, bedre boforholdene og levestandarden til de som har minst, bedre oppvekstvilkårene for barn, osv. Men slike spørsmål griper rett inn i den overordnede samfunnsdebatten, og enigheten om strategier er ikke større i Skottland enn her i landet eller i andre land. Helsemessige holdningskampanjer hadde man imidlertid i stor grad gått bort fra, ettersom de hadde vist seg lite effektive som virkemiddel.

Integrasjon av helse og omsorg?

Skottland er i gang med sin "samhandlingsreform". Før sommeren 2013 skal regjeringen komme med et lovforslag som skal samle deler av helsesektoren (den som omhandler voksne) og omsorgssektoren i et felles ansvarsområde på lokalt nivå. I dag har de 14 regionale helsestyrene ansvar for primær- og spesialisthelsetjenesten, mens 45 kommuner har ansvaret for omsorgstjenestene i sitt område. Målet er å slå dette sammen under felles, lokale administrasjoner (Health and Social Care Partnerships). Problemene med at ferdigbehandlede pasienter blir liggende i sykehusene, og at kommuner og helsestyrer krangler om hvem som har ansvar for hva, skal møtes med å slå sammen tjenestene og ansvaret. Reformen skal omfatte alle voksne som har sammensatte behov for helse- og omsorgstjenester, men anses primært som et tiltak for å møte eldrebølgen med mer omsorg og behandling i hjemmet eller nærmere der folk bor. LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå), som vi kjenner fra norsk helsepolitikk, er styrende for utviklingen også i Skottland.

Både organisatorisk og innholdsmessig står reformen overfor mange vanskeligheter. Hvordan skal 14 helsestyrer lage partnerskap med 45 kommuner? Skal hvert helsestyre etablere et partnerskap med hver av kommunene innenfor sin region, eller skal kommunene i hver region gå sammen i ett eller flere partnerskap med felles representasjon i styret for partnerskapet? Regjeringen antyder at dette er spørsmål man skal få avklare lokalt, men før det endelige lovforslaget foreligger, er usikkerheten stor. Det heter at Partnerskapene skal stå ansvarlig både overfor kommunestyrene og

helsestyrene, men det er uklart hvordan eventuelle uenigheter skal løses. Og det sies at man lokalt skal få bestemme om samarbeidet skal kunne utvides til også å omfatte helsetilbudet til barn og unge. Det er heller ikke klart om det kommer statlige føringer for hvor stor del av budsjettene til den felles administrasjonen som kommunestyrene må bidra med.

Mens helsesektoren i Skottland er (tilnærmet) hundre prosent offentlig, er det et betydelig innslag av private (i hovedsak ikke-kommersielle) aktører i den lokale omsorgen. Sykehjem og institusjoner drives ofte av idelle organisasjoner, og støttetjenestene er gjerne satt ut til private. Fagorganisasjonene vi møtte frykter at en sammenslåing igjen vil bringe private inn i helsesektoren, og at reformen slik sett vil slippe ny markedsføring inn bakveien.

Der som her er det få som er uenige i at en samordning av ansvar og ressursbruk er nødvendig og bra. Men det å slå sammen ulike administrative nivåer, med svært ulike utgangspunkt og tradisjoner, er like vanskelig i Skottland som i Norge. I noen grad er man nok nødt til å la "veien bli til mens man går", men det blir uansett interessant å følge skottenes erfaringer med å integrere helse- og omsorgstjenestene.

3. Resultater i skotsk helsevesen

Det heloffentlige, samarbeidsbaserte helsevesenet i Skottland mener selv at de leverer stadig bedre helsetjenester til landets befolkning. I årsrapporten for 2011/12 fra NHS Scotland heter det:

”Det har vært klar fremgang de siste årene med imponerende forbedringer i ventetider for tilgang til høykvalitets helsetjenester og behandlinger. Vi har et verdensledende pasientsikkerhetsprogram som har bedret kvaliteten og redusert dødeligheten i sykehusene. Vi har gjort store fremskritt på så forskjellige områder som tilgjengeligheten til allmennleger og tannhelsetjenester, hjelp til langtidssyke og resultater av behandlinger innen kreft-, slag- og hjertesykdommer. Vi har redusert behovet for sykehusinnleggelse, liggetidene er kortere, pasientene kommer seg igjen raskere og forventet levetid har gått opp” (s.5).

I årsrapporten presenteres de viktigste resultatene man oppnådde i 2011/12, og blant annet nevnes disse:

- En sterk reduksjon i forekomsten av sykehusinfeksjoner siste år, med blant annet 24 prosent nedgang for tarminfeksjoner (*Clostridium difficile*) og 10 prosent nedgang for multiresistente sykehusbakterier (MRSA).
- Gjennomføring av 97 830 samtaler / tiltak ifm alkoholbruk, mot et mål på 61 081.
- Sjekk av hjerte-/ kar-tilstanden for 47 776 personer i utsatte befolkningsgrupper, mot et mål på 26 682.
- Alle regionale helsestyrer overholdt sine tildelte budsjetter.
- Samlet oppnådde helsestyrene en effektiviseringsgevinst på 3,6 % (mot et mål på 3 %), og bidro dermed til at 313 mill. £ kunne frigjøres til nye investeringer i sektoren.
- I perioden april-juni 2012 fikk 98 prosent av alle kreftpasienter påbegynt behandling innen 31 dager etter at diagnose / behandling var bestemt.
- I juni 2012 fikk 92,4 prosent av alle pasienter tilbud om sykehusbehandling innen 18 uker etter henvisning. Årlige forbedringer, men målet er 100 prosent.
- Selvmordsraten i Skottland var redusert med 17 prosent fra 2000/02 til 2009/10.
- Dødeligheten under sykehusinnleggelse ble redusert med 10,6 prosent fra 2007 til 2012.
- Mellom 2009/2010 til 2011/12 gikk eldres (75+) bruk av sykehussenger ned med 7,6 prosent.
- Sykefraværet blant NHS-ansatte gikk ned fra 5,55 % i 2006/07 til 4,63 % i 2012.

I årsrapporten for 2012 fra Helsedepartementets avdeling for effektivisering og produktivitetsarbeid (*Health Workforce and Performance, Scottish Government*) opplyses det at 2011/2012 var fjerde året på rad hvor styrene for NHS-regionene/funksjonene rapporterte om større effektiviseringsgevinster enn budsjettet. Det har ført til at 9 prosent av bevilgningene kunne brukes til investeringer for å videreutvikle helsesektoren. Og 79 % av innsparingene hadde årlig effekt (ikke engangsvirkning). Det opplyses også at effektiviseringene ble gjort samtidig som kvaliteten på tjenestene ble forbedret:

- Pasientene kom raskere til behandling. I mars 2012 fikk 91,5 prosent behandling innen 18 uker (målet var 90 %).
- ... I en spørreundersøkelse oppga 89 % av pasientene hos allmennlegene at de hadde fått utmerket eller god behandling.

- Antall infeksjoner i tilknytning til behandling i helsevesenet ble redusert med i gjennomsnitt 4,9 prosent i 2011.

De rapporterte resultatene, og forhold som ikke blir rapportert, kan sikkert diskuteres og problematiseres. Men det er interessant å registrere at budsjettene utmerket godt kan overholdes innenfor en forvaltningsmodell, at effektiviteten øker uten bruk av innsatsstyrt finansiering, og at kvalitetsarbeidet drives systematisk og godt innenfor en samarbeidsorientert driftsmodell.

4. NHS Scotlands Visjon 2020

I årsrapporten 2011/2012 fra NHS Scotland heter det om "Våre verdier":

"Regjeringen i Skottland har vært klar på at den står ved verdiene til NHS Scotland: samarbeid, samvirke og partnerskap med pasienter og frivillig sektor over hele Skottland, at investeringene fortsatt skal skje i offentlig og ikke i privat sektor, om økt fleksibilitet og levering av tjenester lokalt, og om åpenhet og ansvar overfor befolkningen. Den skotske regjeringen vil ikke følge den veien som NHS England har valgt i møtet med de globale utfordringene.

Vår visjon er at i 2020 skal alle leve lengre, med bedre helse, i sine hjem eller i omsorg i sitt lokalmiljø. Vi vil ha et helsevesen hvor vi har integrert helse og omsorg, og hvor fokuset er på forebygging og hjelp til selvhjelp. Når sykehusbehandling er nødvendig, og ikke kan tilbys lokalt, skal dagbehandling være normen. Men uansett hvor, så skal det tilbys behandling av høyeste kvalitet og sikkerhet, med pasienten i sentrum for alle avgjørelser. Det skal være fokus på å sikre at folk kommer hjem til seg selv eller sitt lokalmiljø så snart som mulig, med minimal risiko for re-innleggelse" (s. 7).

I arbeidet for å nå mot denne visjonen, står kvalitetsarbeidet i sentrum. Og i den sammenheng var det interessante signaler fra de ansvarlige for Helsedepartementets kvalitetsarbeid, som møtte den norske delegasjonen. De kunne fortelle at det nå pågikk en grunnleggende endring i synet på, og bruken av mål- og resultatstyring i kvalitetsarbeidet i skotsk helsesektor.

Som i så mange andre land hadde måling og registrering på et stadig økende antall kvantitative mål fått mer og mer innpass i helsesektoren også i Skottland. I 2005 rapporterte NHS Scotland på 100 mål til Helsedepartementet. Den perverterte utgaven av målstyring ble mer og mer ressursødende, hvor mest tid og oppmerksomhet ble brukt på å nå målene i seg selv og uten tanke på kvaliteten i det man gjør. Skottene sluttet seg til de sentrale konklusjonene fra den norske debatten om mål- og resultatstyrings "forbannelser":

- Den omseggripende registreringen avler et stadig større byråkrati, og er en ustoppelig tidstyv.
- Rangering og belønning / straff på kvantitative mål inviterer til manipulering med registreringer og resultater.
- Fokus på bestemte mål fører til neglisjering av alt som ikke skal registreres.
- Det er viktigere å nå målene enn å ta ansvar for kvaliteten på det som leveres.
- Overdreven målstyring kveler kreativitet og selvstendig ansvar hos de som skal utføre jobbene.
- Medarbeiderne blir mer opptatt av seg selv og hvordan de ligger an i forhold til satte mål enn av å dele kunnskap og samarbeide med andre.
- Osv.

Igjen virker det som om vi har noe å lære av Skottland. Oppsummeringen av det kontraproduktive i en oppsvulmet mål- og resultatstyring har fått de ansvarlige i departementet og NHS Scotland til å gjøre mer enn bare å unnskyldes seg. De viste til at det forlengst var satt i gang et systematisk arbeid for å redusere bruken av kvantitative mål, og i stedet utvikle et kvalitetsarbeid bygd nedenfra. I 2007 var antall mål redusert til 35, og i 2013 til 12, ifølge de ansvarlige for departementets kvalitetsarbeid. Representantene omtalte strategien som et skift fra kvantitative mål (output) til

kvalitative mål (outcome), fra ”hvor mye” til ”hva / hvilke kvalitative resultater” vi får igjen for innsatsen.

Helsedepartementet opplyste at målet var å komme ned i 6 mål, som er nedfelt i NHS Scotlands Kvalitetsstrategi (lansert i mai 2010). De seks resultatmålene er formulert slik:

- Alle skal få en god start i livet og leve lengre og friskere liv.
- Pasienter skal få leve hjemme eller i sitt nærmiljø og behovet for sykehusinnleggelse skal reduseres til et minimum.
- Helsetjenestene skal være trygge for alle - hele tiden.
- Alle skal ha en positiv opplevelse i møtet med helsevesenet.
- De ansatte skal føle seg støttet og engasjerte.
- Tilgjengelig ressurser skal brukes på best mulig måte.

Det er grunn til å tro at det også her må gjennomføres kartlegginger og registreringer for å kunne underbygge om man beveger seg i retning målene. De skotske fagforeningsmiljøene hadde ikke den samme opplevelsen av at antallet mål var så sterkt redusert som det departementet hevdet. ”Det er nok mer at det bak hvert av målene foregår registreringer av en lang rekke underpunkter, slik at bildet ikke er fullt så rosenrødt”, som en av dem fortalte. I praksis vil det nok bli gjennomført både kvantitative og kvalitative målinger, og de grunnleggende konfliktene knyttet til prioritering og bruk av mål og målemetoder er neppe løst.

Viktigere er kanskje diskusjonene og prosessene for å få i stand en annen type kvalitetsarbeid, med tyngdepunkt i bunnen av organisasjonene. I Helsedepartementets kvalitetsstrategi (*The Healthcare Quality Strategy for Scotland*) omtales dette slik:

”Det overordnede målet med vår kvalitetsstrategi er å levere helsetjenester av høy kvalitet til Skottlands befolkning, og på denne måten sørge for at befolkningen oppfatter NHS Scotland å være blant verdens beste helsevesen.

Dette målet skal vi nå ved å arbeide nedenfra og opp, og det vil blant annet bygge på:

- En enhetlig og felles forståelse og definisjon av hva høy kvalitet på helsetjenestene betyr (...)
- Pasientenes opplevelse av kvalitet skal tillegges økt vekt
- Utnytte de mulighetene for godt lederskap og gode tjenesteleveranser som vårt offentlige, integrerte helsevesen gir
- Sørge for at de ansattes får eierskap til og entusiasme for stadig bedre kvalitet og sikkerhet i helsesektoren
- Skottlands fokus på samarbeid og profesjonalitet i helsesektoren...” (s. 21).

Man er også bevisst på at måling av utviklingen ikke skal skje gjennom å introdusere stadig nye mål. I strategidokumentet heter det:

I kvalitetsstrategidokumentet redegjøres det for hva man mener må til for å nå de viktigste ambisjonene på området:

”Seks dimensjoner står sentralt i vårt arbeid med systembasert kvalitetsforbedring i helsevesenet:

- **Personen i sentrum**; yte tjenester som svarer til den enkeltes ønsker, behov og verdier og sikre at pasientverdier er veiledende for alle kliniske avgjørelser
- **Sikker**; unngå at helsehjelp påfører pasientene skader

- **Effektiv;** sikre at helsehjelpen er vitenskapelig basert
- **Kostnadseffektiv;** unngå sløsing - inkludert sløsing med utstyr, forbruksvarer, ideer og energi
- **Likeverdig;** yte like god helsehjelp til alle, uavhengig av kjønn, etnisitet, geografisk tilhørighet eller sosio-økonomisk status
- **Til rett tid;** redusere venting og forsinkelser som skader både de som mottar og de som yter helsehjelp” (s. 22-23).

I dokumentet drøftes det hvordan man i praksis skal jobbe med hver enkelt dimensjon, hvilke kort- og langsiktige operative mål man skal ha, og hvordan utviklingen skal dokumenteres.

Det er sikkert stor avstand mellom ordene i Helsedepartementets brosjyrer og virkeligheten ute i sykehus og institusjoner - i Skottland som i andre land. Men det er åpenbart ingen hindring for et ambisiøst kvalitetsarbeid at markeds-simuleringer og konkurranse er tatt ut av den skotske helsesektoren. Etter skottenes egen mening er det heller motsatt: Et offentlig, integrert helsevesen, basert på samarbeid og solidaritet, gir et bedre utgangspunkt for godt kvalitetsarbeid.

Dette står i skarp kontrast til oppleste, nyliberale ”sannheter”. Ideen om at det bare er markedskrefter og konkurranse som kan bringe fremskritt ble klart formulert av tidligere olje- og energiminister og Hydro-direktør Eivind Reiten i et intervju i fagbladet Samfunnsøkonomen (3/2013):

”Dersom du var finansminister i dag, hvilke tiltak ville du prioritert?

- ... Dagsordenen min ville ikke sett veldig annerledes ut enn den som er der nå. Men når det gjelder strukturelle reformer i offentlig sektor, ville jeg gått raskere frem.

Ja, du har sagt at den norske syken er farligere enn den hollandske syke. Hvilke konkrete endringer mener du vi bør gjøre?

- Jeg er veldig bekymret for at vi får et samfunn med en knøttliten konkurranseutsatt sektor, som stort sett er en oljesektor, og en veldig stor offentlig sektor. Da tar vi bort den motoren som konkurranseutsatt sektor har for å få folk til å strekke seg. I dag er det for få i samfunnet som er avhengig av å lykkes i konkurranse for å nå sine mål. Den skjerping som det gir, er jeg redd for forsvinner når offentlig sektor blir altfor dominerende” (s. 15).

Innenfor et slikt tankesett blir det umulig å forstå at det offentlige, forvaltningsbaserte helsevesenet i Skottland kan levere betydelige effektiviseringsgevinster og kvalitetsforbedringer hvert eneste år. Men hvorfor la virkeligheten stå i veien for ideologiske hang ups?

5. Et mer demokratisk helsevesen

I Skottland pågår det en kontinuerlig debatt om hvordan båndene mellom det offentlige helsevesenet og befolkningen kan gjøres sterkere. De regionale helsestyrene har tradisjonelt blitt utnevnt av helseministeren, og har hatt et klart tyngdepunkt av helsebyråkrater og ledere med tilknytning til de til enhver tid regjerende partier. Kritikken om at styrene har manglet legitimitet i befolkningen og demokratisk forankring har til tider vært høylytt.

I løpet av det siste tiåret er det derfor gjennomført en rekke tiltak som skal bedre kontakten mellom helsevesenet og befolkningen, for å sikre at vedtak i NHS har sterkere demokratisk forankring. Helsestyrene er pålagt å involvere befolkningen i sin region i prosesser før beslutningene fattes, blant annet ved å ta inn representanter for lokale myndigheter i helsestyrene. Helsestyrene ble også pålagt å ha et antall åpne styremøter, hvor det er anledning for en hver å stille spørsmål. For å styrke samarbeidet mellom lokale myndigheter, helse- og omsorgstjenestene er det etablert lokale partnerskap for helse (Community Health Partnerships).

Før parlamentsvalget i 2007 vedtok det skotske nasjonalistpartiet (SNP) et programpunkt om at de i tillegg ønsket å introdusere direkte valg til helsestyrene av minst halvparten av styremedlemmene. Etter valget kom partiet i regjering (sammen med Liberaldemokratene), og i 2009 ble en ny lov for helsestyrene vedtatt. Her la man opp til at det skulle gjennomføres et forsøksprosjekt med direkte valg av nye styremedlemmer til helsestyrene i to regioner (NHS Dumfries and Galloway og NHS Fife). De direkte valgte medlemmene skulle, sammen med de som ble oppnevnt av lokale myndigheter i regionene, utgjøre et flertall i styrene. Styreleder skulle fortsatt utnevnes av departementet. Valgene ble gjennomført i juni 2010, og gjaldt for en prøveperiode på to år. I tillegg ble det gjennomført forsøk i to andre regioner med alternative prosedyrer for utpeking av styremedlemmer.

En forskergruppe fra LSE Enterprise og University of St Andrews presenterte høsten 2012 en evaluering av forsøkene (*Health Board Elections and Alternative Pilots: Final report of the Statutory Evaluation*). De viktigste konklusjonene i evalueringen var disse:

- Det er fullt ut mulig å gjennomføre vellykkede direktevalg av medlemmer til de regionale helsestyrene.
- Mange ønsket å stille til valg, og navnet til alle som meldte seg ble ført opp på valglister. I materialet som valgstyrene sendte ut til alle velgerne på forhånd, fikk hver kandidat anledning til å presentere seg selv med 250 ord. Kandidatens navn ble presentert i alfabetisk rekkefølge.
- Forskerne påpekte at det var mange likhetstrekk mellom de aktuelle kandidatene og de som tidligere hadde blitt utnevnt av departementet; middelaldrende eller eldre menn, hvite og ofte med arbeid i helsesektoren, var de som dominerte.
- Likevel ble kjønnsbalansen blant de valgte bedre enn det den hadde vært blant tidligere utnevnte, og det kom inn flere som brant for helt spesielle, lokale saker (opprettelse av lokalsykehus eller overflytting av tjenester, mv.). Det førte til at styrene i større grad stemte over saker - med et flertall og et mindretall.
- Et argument som hadde blitt brukt mot direkte valg, var at dette ville gjøre styrene dårligere i stand til ta et effektivt, helhetlig ansvar for driften av sitt helsevesen. Forskerne konkluderer: "Vi så ingen tegn til dette i den perioden forsøket ble gjennomført".

- Valgdeltakelsen var liten, og forsøket med å la 16 og 17-åringer få stemmerett hadde minimal effekt. Her var valgdeltakelsen aller lavest. Mange velgere klaget på at informasjonen i forbindelse med valget hadde vært dårlig.
- Spørsmålet om en ordning med direktevalg skal videreføres, er politisk og ikke teknisk-administrativt.

Den endelige evalueringen ble lagt frem 20. desember 2012, og regjeringen (etter valget i 2011 fikk SNP rent flertall) varslet da at den vil komme tilbake med forslag til hvordan prøveprosjektene skal følges opp. I skrivende stund (mai 2013) har det ikke kommet noen signaler om hva som vil skje videre mht direktevalg til de regionale helsestyrene. Fra byråkratene i Helsedepartementet og flere av fagorganisasjonene var det betydelig skepsis til om ordningen representerte en forbedring. Det lå i luften en kritikk mot "tilfeldige enkeltsakspolitikere" og økt rom for "useriøs populisme", men uten at det ble veldig klart uttalt. Fagforbundets søsterorganisasjon (Unison) hadde derimot et helt klart standpunkt om at direktevalgene burde videreutvikles og videreføres. "Demokrati har sin pris, men er langt bedre enn alternativet", syntes å være deres oppsummering. Det verserte også forslag om å styrke den lokale, folkelige forankringen gjennom mer indirekte demokrati, ved at berørte kommunestyre utpekte sine representanter til styret.

Helsedepartementet la på sin side større vekt på tiltakene for å skape direkte kontakt mellom myndigheter, ansatte og befolkning. De viste til at helseministeren hadde månedlige møter med representanter fra alle de 14 regionale helsestyrene og de 8 styrene for landsdekkende funksjoner. I tillegg organiserte den politisk og faglig ledelse i departementet årlige møter med representanter fra helsestyrene, alle yrkesgruppene i NHS og befolkningen i alle regioner. Dette kommer i tillegg til helsestyrenes egne lokale opplegg for å involvere ansatte og befolkning.

Den viktigste lærdommen fra den skotske debatten om et demokratisk helsevesen er at spørsmålet må tas på høyeste alvor. Et heloffentlig, solidarisk helsevesen må spille på lag med sin egen befolkning, og ha en styringsform som har demokratisk legitimitet.

Kilder

- De Facto De tok sykehusene tilbake - Om Skottland og New Zealands farvel til markedsmodeller i sykehussektoren. Oslo 2009.
- NHS Scotland Chief Executive's Annual Report 2011/12.
- The Scottish Government
- Achieving Sustainable Quality in Scotland's Healthcare. A 2020 Vision.
- The Healthcare Quality Strategy for NHS Scotland. May 2010.
- Integration of Adult Health and Social Care in Scotland. February 2013.
- Reporting on Efficiency and Productivity Portfolio. Annual Report 2012.
- Health Board Elections and Alternative Pilots: Final Report of the Statutory Evaluation. December 2012.