
Britisk primærhelsetjeneste i støpeskjeen

KOMMENTAR

KJELD MALDE

Email: kjeld@c2i.net

Grimstad

I Norge har vi strevd med å få til noen få kvalitetskriterier for sykehus. I Storbritannia har man nå laget en kontrakt for allmennlegene som innebærer hele 146 indikatorer på god kvalitet. Hvis kravene blir oppfylt, gir det penger i kassen. Får vi noe tilsvarende i Norge?

I april 2003 vedtok de britiske allmennlegene å gå inn for en ny kontrakt med National Health Service (NHS) og det britiske helsedepartement (1). Ordningen, som vil bli satt i verk så snart som mulig, innebærer 30 % økning i bevilgningene til primærhelsetjenesten. Som motytelse skal allmennlegene dokumentere at de yter tjenester med forbedret kvalitet. Bakgrunnen for ordningen er å bedre rekrutteringen til primærhelsetjenesten og å beholde allmennlegene som er i arbeid. Man ville dessuten forsøke å gjøre noe med legenes arbeidsmengde.

Allmennlegenes oppgave skal i henhold til de nye avtalene være tredelt. Alle leger skal yte en grunnleggende helsetjeneste ved å ta seg av dem som er syke eller som tror seg syke. Legene skal yte helsehjelp til terminalt og kronisk syke. For denne tjenesten vil man få et grunnbeløp, som er fastlagt etter et knippe kriterier basert på listelengde, pasientsammensetning og geografi (avsidessliggende områder og indre byområder). I tillegg kan legepraksisen yte tilleggstjenester som vil gi økt inntekt. For oss i Norge vil noen av disse tjenestene være en naturlig del av allmennpraksis. Avtalen innebærer plikt til å holde åpent 45 timer (!) i uken. Vaktordningen, som legene kan velge å stå utenfor, innebærer tilgjengelighet mellom kl 1830 og 0800 hverdager og hele helgen, samt helligdager. De som står utenfor vaktordningen, vil få et fratrekk i grunnbeløpet.

I tillegg til grunntilbudet som alle allmennleger må gi, kan det være et nivå nummer to, med tilbud som vaksinerings, mor-barn-helsetjeneste, cervixcytologi, prevensjon og småkirurgi. Et tredje tjenestenivå, såkalt utvidet tjeneste, kan innebære ytterligere kirurgisk virksomhet eller andre ytelser som enkeltleger har spesiell utdanning og

interesse for. Med den nye kontrakten ønsker man å premiere ytelser som fører til at tjenester overføres fra annenlinjetjenesten til primærhelsetjenesten. For de legepraksiser som kun yter de grunnleggende tjenestene, vil lokale primærhelsetjenesteorganisasjoner (Primary Care Organisations, PCO) gi tilbud om ekstratjenestene. Disse organisasjonene kan inngå avtaler med andre legepraksiser i området eller selv opprette egne legestillinger.

Kvalitetsheving

Forslaget til ny kontrakt innebærer et viktig skritt i kvalitetsforbedringsarbeidet innen primærhelsetjenesten. Kunnskapsbasert medisin skal innføres så langt det er mulig. Økte utbetalinger til legene er avhengig av dokumentert bedring i kvaliteten på tjenestene. Man har laget 76 kliniske kvalitetsindikatorer og 56 indikatorer for praksisorganisering. Dessuten dekkes noen av områdene innen ekstratilbudene (cervixscreening, mor-barn-helsetjenester og prevensjon) med ti indikatorer og undersøkelser om pasienttilfredshet av fire. Man har pekt ut ti kroniske tilstander og satt opp indikatorer og standarder for disse. Dette dreier seg om såkalte strukturindikatorer (Finnes det et register for sykdommen i praksisen?), prosessindikatorer (Er indikatoren målt og nødvendig intervensjon gjort?) og resultatindikatorer (Er behandlingsmålet oppnådd for områdene hjertesykdom, slag og TIA, hypertensjon, hypotyreose, diabetes, mental helse, kronisk obstruktiv lungesykdom, astma, epilepsi og kreftsykdommer?). Først må praksisen dokumentere oversikt over alle pasienter med disse kroniske lidelsene. Deretter settes det opp kliniske kriterier som skal oppfylles i minimum 25 % av tilfellene, men med varierende mål fra 50 % til 90 % av pasientene.

Alle indikatorene skal ikke implementeres med én gang, men det er et klart ønske at de skal innføres så fort som mulig. De ulike indikatorene gir en viss poengsum, og hvert poeng vil gi ekstra inntekt til praksisen. Hver praksis skal sette opp et mål for sitt kvalitetsforbedringsarbeid for det neste året, og man vil få en del av summen utbetalt i begynnelsen av året og resten etter hva man har oppnådd. Som et eksempel: Det gis poeng hvis man har et register over diabetespasienter. Man får 16 poeng hvis 50 % av disse pasientene har en Hb A_{1c}-verdi under 7,4, og enda flere poeng hvis 75 % av pasientene har så god Hb A_{1c}-verdi.

Avtalen innebærer at det skal bli bedre balanse mellom arbeid og fritid for allmennlegene og mer effektiv drift av legenes praksis. Man har laget incentiver for å bedre arbeidsforholdene for hjelpepersonellet, og sykepleiere og annet kvalifisert personell søkes engasjert i omsorgen for pasienter med kroniske sykdommer. Mye av tankegangen er preget av LEON-prinsippet, laveste effektive omsorgsnivå.

Den nye avtalen vil gi økt lønn for leger med lang erfaring. Man vil vektlegge karriere, ferdigheter, kunnskap og erfaring. Det står derimot intet om forskjell i lønn for spesialister og ikke-spesialister. Det er laget ordninger med mors- og farspermisjoner ved barnefødsel og adopsjon. Ved å legge inn såkalt beskyttet tid skal legen kunne delta i aktiviteter for videre- og etterutdanning. I avtalen ligger det også økte pensjoner for legene.

Det er en omfattende og spennende reform som innføres i Storbritannia, og det skal bli interessant å følge den fremover. Norsk allmennmedisin er sterkt influert av Storbritannia og andre vestlige land. Den norske fastlegeordningen er i stor grad basert på erfaringer fra Storbritannia. Det blir spennende å se om det er vilje til en kvalitetsreform i norsk primærhelsetjeneste også.

LITTERATUR

1. GSM contract negotiations. <http://www.nhsconfed.org/gmscontract/> (13.10.2003).

Publisert: 4. desember 2003. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.