



HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

DERES REF. / YOUR REF:
2006/2349

VÅR REF. / OUR REF:
2006/1436 II HMR

DATO: / DATE:
27. juni 2006

Høring - nasjonal helseplan

Det vises til departementets brev av 22.mai d.å. der høringsnotatet Nasjonal helseplan (2007-2010) ble sendt ut på høring. Her fremgår det at høringsnotatet ikke er utkast til endelig plan, men er gjennomgang av status og utfordringer som vil være sentrale i den endelige planen når den foreligger.

I høringsnotatet er det flere politiske drøftinger og vurderinger som det ikke er naturlig for Statens helsetilsyn å kommentere. I det videre vil vi derfor på grunnlag av våre erfaringer og i henhold til den rolle vi har, kommentere noen forhold som vi finner vesentlige.

Systematisk bruk av kunnskap

Etter Statens helsetilsyns mening er notatet et godt utgangspunkt for en plan, der det redegjøres for den overordnede status på utvalgte (store) områder. For at den endelige planen skal gi en helhetlig og mer detaljert analyse av helsepolitikken, gjenstår det imidlertid etter vår vurdering en del arbeid.

Vi savner en mer systematisk bruk av tilgjengelig informasjon og erfaringer som kan bidra til å komplettere og utdype status på sentrale områder. Her kan for eksempel nevnes evalueringen av opptrappingsplanen i psykiatri, Sosial- og helsedirektoratets rapport om utviklingstrekk i helse og sosialtjenesten og erfaringene fra tilsyn.

I den grad disse og andre kilder og informasjonen de gir er nevnt i notatet, så fremstår det som tilfeldig og usystematisk. På helseområdet finnes det mange kunnskapsprodusenter som genererer viktig og god informasjon om status og utfordringer på større og mindre felter. I sum og sammenheng tegner disse et bilde som er et viktig og relevant utgangspunkt når helsepolitikken for de nærmeste årene skal planlegges. En mer systematisk bruk av informasjon og erfaringer fra ulike kunnskapsprodusenter ville etter vår vurdering gi mulighet til mer detaljerte og

utfyllende statusbeskrivelser og dermed styrke grunnlaget for den nye helseplanen vesentlig.

Kvalitet og internkontroll, god praksis og forsvarlighet

Høringsnotatet og de to høringsdialogmøtene (og notatene til dem) legger stor vekt på kvalitet og prioritering. Etter Statens helsetilsyns vurdering er den største utfordringen i denne sammenheng at administrativ og faglig styring i helsetjenesten i det daglige arbeidet fremstår som løsrevet fra hverandre. For å håndtere utfordringene knyttet til kvalitet og prioritering må den administrative/økonomiske styringen kobles tett til den faglige. Helseplanen må understøtte dette, med ulike tiltak og virkemidler i planperioden. Dette er også i samsvar med det som kommer til uttrykk i den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten

Når utfordringene og virkemidlene i forhold til kvalitet og kvalitetsstyring skal omtales er det etter Statens helsetilsyns mening maktpåliggende at det ikke fra myndighetene skapes forvirring om sammenhengen mellom kravet til forsvarlige tjenester og utøvelsen av god praksis. På samme måte må det tydelig formidles at internkontroll er det begrepet myndighetene har valgt å bruke på lovfestet kvalitetsstyring i helse og sosialtjenesten. Vi savner en tydeliggjøring av at grunnlaget for styringen av innhold og omfang i helsetjenesten ligger i lovverket.

God praksis og faglig forsvarlighet er to sider av samme sak. God praksis er kjernen i forsvarlighetskravet, og faglig forsvarlig er det som en alminnelig god utøver av faget ville gjøre i en tilsvarende situasjon. God praksis er det en tjenesteyter skal sikte sin faglige virksomhet mot. Høringsnotatet og særlig notatet som ble drøftet i høringsdialogmøtet den 22/6 d.å., ser ikke disse begrepene i sammenheng, og etterlater på den måten et inntrykk av at det lovfestede kravet til forsvarlighet og kvalitet ligger langt under god praksis. På denne måten blir det uklart hva som egentlig kreves av kvalitet, og det kan skapes et inntrykk av at lovgiver egentlig har lovfestet et svært dårlig/lavt nivå på tjenestene. Det er imidlertid slik at lovgiver har forventninger om en tjeneste som yter god praksis, samtidig som det er gitt noe rom for situasjonsbetinget vurdering av når tjenesteytingen blir ulovlig dårlig. Det faktum at ikke alle avvik fra god praksis normen vil bli vurdert til å være uforsvarlig i en gitt situasjon, rokker imidlertid ikke ved den tette sammenhengen mellom god praksis og faglig forsvarlighet. For ytterligere utdyping vedlegger vi en artikkel vedrørende dette temaet.

Videre synes vi omtalen av internkontroll er uheldig og misvisende. I notatene fremstår dette som noe annet enn kvalitetsstyring, og noe som skal sikre ivaretagelse av noen mindre strenge normer enn det som trengs for å sikre god praksis/gode tjenester. Det er helt avgjørende å få tydelig formidlet at internkontroll er kvalitetsstyring. Lovgiver har her sagt at virksomhetene skal styre slik at de gjør de rette tingene på riktig måte og får de riktige resultatene.

Et vesentlig element i internkontrollen er f. eks å monitorere sin egen virksomhet for evt. å kunne korrigere praksis og forebygge senere svakheter/feil. Bruk av indikatorer etc. er dermed et virkemiddel i internkontrollen, og ikke et annet og sidestilt tiltak med internkontroll for å sikre god nok kvalitet. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten er lovgivningens "speil" på den nye nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i tjenestene – og *bedre skal det bli.*

Vi erfarer stadig i tilsyn at helsetjenesten har langt igjen før virksomhetene på sektoren (generelt) kan kalles lærende organisasjoner. Internkontrollen fokuserer på ledelse, styring og læring, og for å få dette ordentlig til, er det som nevnt en forutsetning at faglig og økonomisk styring kobles tett sammen. Helseplanen bør ha et klart og tydelig fokus på dette.

Nasjonal overbygning – kvalitet og prioritering

Virkemiddelbruken for å oppnå dette vil måtte tilpasses de ulike nivåene i tjenesten. I forhold til kvaliteten på tjenestene som ytes i spesialisthelsetjenesten er det tre forvaltningsorganer som er relevante. Sosial – og helsedirektoratet skal gi veiledning og råd om hva som er god praksis og medvirke til at god praksis oppnås i tjenestene. Statens helsetilsyn skal kontrollere ”randsonen”/hva som er godt nok. HOD er i forhold til spesialisthelsetjenestene eieren som er ansvarlig for driften og kvaliteten. Staten har her en unik mulighet til å styre på grunnlag av både faglige og økonomiske/administrative resultater. Spesialisthelsetjenesten er i en konsolideringsfase etter foretaksreformen. Dette må få ”sette seg”, og helseforetakene må ses og måles *både* på kvalitet og økonomi.

I forhold til kommunen er situasjonen en litt annen da staten ikke sitter som eier. På dette nivået kan andre virkemidler, så som tydeligere krav til kvalitet gjennom retningslinjer/veiledere, evt. styrket tilsyn og økonomiske styringsmekanismer være aktuelle.

Vi ser her at det er et svært bredt spekter av virkemidler og mange aktører som kan påvirke kvalitet og prioritering. Ut ifra dette stiller vi spørsmål ved om det å etablere nye overbyggende byråkratiske strukturer vil være det som gjør at vi i fremtiden vil håndtere utfordringene knyttet til kvalitet og prioritering i tjenestene bedre.

Rettighetsstyring og prioritering/dimensjonering

Under avsnitt 11.3, tredje kulepunkt, er det angitt at endringsprosessene som følge av endret lovgivning (med tanke på pasientrettigheter) har høy grad av forutsigbarhet. Statens helsetilsyn deler ikke denne oppfatningen fordi nye rettigheter ofte innebærer endring i befolkningens forventninger, slik at det ikke kan påregnes volum som før. Videre er det vanskelig å si noe om evt. volumøkning i tjenesteytingen, dels fordi behovet i befolkningen ikke er kjent og dels fordi tildelingspraksis ikke er tydelig definert og vanskelig kan defineres gjennom entydige regler.

Pasientsikkerhet

Statens helsetilsyn merker seg at det planlegges et system for arbeid med pasientsikkerhet. Vi viser her til kontakten med HOD og Sosial- og helsedirektoratet når det gjelder meldeordninger, og gir ikke ytterligere kommentarer på innhold og organisering av dette.

I høringsnotatet side 18-19 gis det imidlertid etter vår mening et feilaktig inntrykk av hvordan de lovpålagte meldingene faktisk håndteres med tanke på ettergåelse av og fokusering på ”personen som gjorde feil”. I realiteten er det svært sjelden at en lovpålagt melding resulterer i videre undersøkelser eller tilsynssak. For å unngå å befeste et feilaktig og skjevt bilde av dagens situasjon gjennom en tekst fra departementet, tilrås beskrivelsen på dette området endret.

Psykisk helse

Vi vil ikke her gå nærmere inn på beskrivelsen og omtalen av psykisk helse i notatet utover å kommentere at på dette området og i forhold til rusbehandling, er det spesielt relevant å fokusere på samhandling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten og mellom helsetjenesten og sosialtjenesten.

Informasjons og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsetjenesten

Høringsnotatet vektlegger IKT som virkemiddel og forutsetning i helsetjenesten. Beskrivelsen av status og utfordringer på dette feltet synes ikke helt å ha tatt inn over seg hvor kort vi i realiteten er kommet på tross av snart 20 års innsats og erfaring. På denne bakgrunn fremstår notatet som vel optimistisk med tanke på IKTs rolle og betydning i helsetjenesten i perioden 2007-2010.

Kompetanse

Statens helsetilsyn etterlyser en beskrivelse og analyse av behovet for kompetanse på de ulike områdene i helsetjenesten. Den demografiske utviklingen vil sannsynligvis medføre at vi vil måtte vurdere hva vi trenger økt kompetanse på og på hvilke områder. Dette bør fokuseres sterkt fordi det er av de innsatsfaktorene som hører naturlig inn i og som kan styres gjennom en overordnet nasjonal helseplan.

Avslutning

Statens helsetilsyn har i denne uttalelsen bare kommentert på noen forhold i den tematiske gjennomgangen av status og utfordringer som høringsnotatet representerer. En nasjonal helseplan er etter Helsetilsynets vurdering et viktig styringsredskap. Vi ser derfor frem til utkast til endelig plan der beskrivelsene av status og utfordringene blir ført videre for å forme og konkretisere helsepolitikken de nærmeste årene.

Med hilsen

Geir Sverre Braut
fung. direktør

Heidi Merete Rudi
fagsjef

Saksbehandler: Heidi Merete Rudi, telefon 21 52 99 63