

Myndighetstilsyn eller kyndighetstilsyn?

En studie av endringer i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse i perioden 1994 - 2005.

Masteroppgave av:

Margrete Langeland



UNIVERSITETET I BERGEN

Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap

Oktober 2007

*"I do really take it for an indisputable truth, and a truth that is one of the corner stones of political science - **the more strictly we are watched, the better we behave.**" (J.Bentham 1787)*

*"**Overvåkning er det nye demokratiet.**" (N. Klein 2007)*

Forord

Denne oppgaven er skrevet i tilknytning til forskningsprosjektene ”*Regulation, Control and Auditing*” og ”*Autonomy, Transparency and Management, three reform programs in health care: a comparative project*” ved Rokkansenteret i Bergen. Jeg vil i den forbindelse få takke ATM-prosjektet ved prosjektleder Haldor Byrkjeflot for studentstipend og kontorplass.

Prosessen med å skrive denne oppgaven har vært både givende og krevende. Det har uten tvil vært en lærerik tid både faglig og personlig. En rekke personer har bidratt, og fortjener i den forbindelse en takk. Aller først vil jeg takke min veileder, professor Per Læg Reid, for konstruktiv veiledning og god oppfølging gjennom hele prosessen. Forskningsseminarene, ”Politisk organisering og flernivåstyring”, og ”POLIS”, har vært avgjørende for framdriften av min oppgave. Takk til alle som har deltatt, og en spesiell takk til Harald Sætren, Anne Lise Fimreite, Paul G. Roness, Kristin Rubecksen, Haldor Byrkjeflot, Simon Neby og Siri Nerheim for gode innspill.

En særlig takk til Helsetilsynet og alle mine informanter som møtte meg med velvillighet og interesse. Her vil jeg rette en spesiell takk til assisterende direktør Geir Sverre Braut og min studentkontakt Helge Høifødt.

Til mine gode studentkollegaer: Hilde, Lubna og Christer. Tusen takk for alle festlige anledninger og sosiale aktiviteter vi har hatt sammen dette året. Jeg vil også takke alle andre medstudenter ved UiB som har bidratt med gode råd og øst av egne erfaringer.

Mine gode hjelpere i slutfasen, Ane K., Else Marie og Hilde fortjener en stor takk.

Til slutt vil jeg takke mor og far for den uvurderlige hjelpen og trofaste støtten dere har gitt meg gjennom hele studietiden i Bergen.

Tusen takk!

Bergen, 2. oktober 2007

Margrete Langeland

Innholdsfortegnelse:

1.0	Innledning	1
1.1	Problemstilling	1
1.2	Teoretisk tilnærming og begrepsavklaring	2
1.3	Temas faglige og samfunnsmessige aktualitet	4
1.4	Oppgavens struktur	5
2.0	Teori	7
2.1	Teoribruken	7
2.2	Klassifiserende teori	8
2.21	<i>Ulike tilsynstyper</i>	10
2.3	Overordnet teoretisk rammeverk.....	11
2.31	<i>Instrumentelt perspektiv</i>	11
2.32	<i>Institusjonelt kulturperspektiv</i>	15
2.33	<i>Institusjonelt omgivelsesperspektiv</i>	20
2.4	Variabler og analysemodell.....	24
3.0	Metode	27
3.1	Forskningsdesignet.....	27
3.11	<i>Casestudiet som forskningsstrategi</i>	27
3.2	Datagrunnlaget	28
3.21	<i>Skriftlige kilder og dokumentanalyse</i>	29
3.22	<i>Muntlige kilder og informantintervjuer</i>	30
3.23	<i>Sekundære kilder</i>	32
3.3	Reliabilitet og validitet	33
4.0	Kontekst og bakgrunn	35
4.1	Internasjonale forvaltningsreformer	35
4.2	Reguleringspolitikk	36
4.21	<i>St.meld. nr. 17 (2002-2003). Om statlige tilsyn.</i>	36
4.3	Helsesektoren	37
4.31	<i>Helsepolitiske endringer</i>	38
4.32	<i>Sykehusreformen</i>	40
4.4	Bakgrunnen for Helsetilsynets utvikling.....	41
4.41	<i>Perioden 1945-1982</i>	41
4.42	<i>Perioden 1983 – 1994</i>	42
4.43	<i>Helsetilsynets aktuelle demografi og myndighet</i>	44
5.0	Helsetilsynets rolleutforming	46
5.1	Etablering og utvikling av rolleforståelse og rolleklarhet 1994 – 2002	47
5.11	<i>Ny omorganisering av helse- og sosialforvaltningen i 2002</i>	52
5.2	Videreutvikling av tilsynsrolle og rolleklarhet 2002 – 2005.....	56
5.21	<i>Helsetilsynets egen rolleforståelse</i>	57
5.22	<i>Legitimering av tilsynsrollen</i>	61
5.3	Helsetilsynets rolleutforming i relasjon til andre aktører.....	65

6.0	Helsetilsynets rolleutøvelse overfor spesialisthelsetjenesten	74
6.1	Relasjonene til spesialisthelsetjenesten	75
6.2	Tilsynsoppgaver overfor spesialisthelsetjenesten	78
6.21	<i>Hvor skal lista ligge?</i>	79
6.22	<i>Områdeovervåking</i>	80
6.23	<i>Virksomhetstilsyn – planlagt tilsyn</i>	80
6.24	<i>Klagesakshåndteringen</i>	84
6.25	<i>Formidlings- og informasjonsarbeid</i>	87
6.3	Reaksjoner og bruk av autoritære virkemidler	88
6.4	Arbeidsform for Helsetilsynet	89
7.0	Analyse	96
7.1	Identifisering av tilsynstyper i Helsetilsynets tilsynsrolle.....	96
7.11	<i>Helsetilsynet som kontrolletat og dommer</i>	97
7.12	<i>Helsetilsynet som overvåkningsetat og revisor</i>	99
7.13	<i>Helsetilsynet som fagetat og forsker</i>	101
7.14	<i>Helsetilsynet som informasjonsetat og konsulent?</i>	103
7.15	<i>Oppsummerende vurdering av tilsynstypene</i>	105
7.2	Overordnet analyse av Helsetilsynets tilsynsrolle.....	107
7.21	<i>Instrumentelt perspektiv</i>	108
7.22	<i>Institusjonelt kulturperspektiv</i>	113
7.23	<i>Institusjonelt omgivelsesperspektiv</i>	118
8.0	Avslutning	125
8.1	Hovedlinjer i utviklingen av Helsetilsynets tilsynsrolle	125
8.2	Sammenligning med tidligere forskning	130
8.3	Teoretiske implikasjoner	132
8.4	Forvaltningspolitiske implikasjoner	134
8.5	Videre forskning.....	136
Referanser	139	
Vedlegg 1:	Informanter i Helsetilsynet.....	147
Vedlegg 2:	Eksempel på intervjuguide	148

Tabellfortegnelse:

Tabell 2.1	Analysemodell.....	26
Figur 5.1	Oversikt over den sentrale helse- og sosialforvaltning	58
Tabell 6.1	Antall planlagte tilsyn med spesialisthelsetjenesten	81
Tabell 6.2	Enkelt saker behandlet av Helsetilsynet sentralt	85
Tabell 6.3	Antall avsluttede klagebehandlinger av Helsetilsynet i fylket	86
Tabell 6.4	Reaksjoner i spesialisthelsetjenesten.....	88
Tabell 7.1	Ulike former for rolleutforming og rolleutøvelse med basis i regelverkskontroll og resultatkontroll	106
Tabell 8.1	Hovedfunn i forhold til problemstillingen	130

1.0 Innledning

”Det nye Helsetilsynet” ble opprettet 1. januar 2002 etter omfattende omorganisering og funksjonsdeling av den sentrale sosial- og helseforvaltningen. Etter delingen framstod Helsetilsynet som et faglig sterkt, politisk fristilt og rendyrket tilsynsorgan. Samtidig med omorganiseringen i den sentrale forvaltningen pågikk det ytterligere moderniseringsprosesser i helsesektoren og en økt politisk bevissthet rundt styrkingen av statlig kontroll og regulering. Staten besitter mange ulike oppgaver og roller, og det mangfoldige forvalteransvaret kan igjen føre til interne motsetningsforhold og rollekonflikter. Statens rolle som kontrollør eller tilsynsmyndighet har gjennomgått store endringer gjennom de siste ti-femten årene, noe som også gjelder mitt studieobjekt Helsetilsynet. I kjølvannet av to store reformbølger i norsk forvaltning, er det grunn til å tro at både innholdet og utøvelsen av tilsynsrollen kan ha blitt påvirket i spenningsfeltet mellom myndighet og kyndighet.

1.1 Problemstilling

I denne studien vil jeg undersøke ulike forhold som kan beskrive og forklare utviklingen av Helsetilsynets tilsynsrolle i perioden 1994-2005. Oppgavens to problemstillinger er:

- *Hvordan har innholdet i Helsetilsynets rolleutforming endret seg i perioden 1994 til 2005 og hva kan forklare dette?*
- *Hvordan er Helsetilsynets rolleutøvelse overfor spesialisthelsetjenesten endret etter 2002 og hva kan forklare dette?*

I forhold til den første problemstillingen er målet å si noe om utviklingen av tilsynspolicyen i perioden 1994 - 2005, med særlig vekt på omorganisering i 2002 og situasjonen frem til 2005. I den andre problemstillingen vil jeg beskrive tilsynspraksis, med særlig vekt på rolleutøvelsen ovenfor spesialhelsetjenesten, etter 2002.

Utformingen av tilsynsrollen – rolleutformingen – kan påvirkes av mange faktorer, også andre enn bevisste reformtiltak (Olsen 1983 i Christensen og Lærgeid 2002:15). Jeg vil undersøke hvordan etaten etablerer og videreutvikler tilsynsforståelsen, samt hvordan den legitimeres. Det vil også være interessant å se på betydningen av endringer i Helsetilsynets omgivelser,

nærmere bestemt endringer i relasjonen til overordnet departement, sideordnet direktorat og andre fagtilsyn, pliktsubjekt som spesialisthelsetjenesten og offentligheten, her representert ved mediene. I forhold til utøvelsen av tilsynsrollen – rolleutøvelsen – er det først og fremst de ulike formene for tilsyn som står sentralt, men viktig i forhold til tilsynsutøvelsen er også grunnholdningen til arbeidsmetodene og bruken av atferdsbegrensninger og sanksjoner.

Oppgaven er i all hovedsak avgrenset til å bare omhandle den sentrale delen av Helsetilsynet. Videre har jeg avgrenset ansvarsområdet til helsetjenestene. Hovedfokuset i forhold til rolleutformingen er tidsperioden 2002 til 2005, og i forhold til rolleutøvelsen har jeg avgrenset tilsynsvirksomheten overfor spesialisthelsetjenesten, med spesielt fokus på virksomhetstilsyn.

Studiens datagrunnlag er primært basert på et mangfold av kvalitative datakilder. Det er foretatt dokumentanalyse av sentrale offentlige dokumenter, og det er gjennomført informantintervjuer med sentrale personer i Helsetilsynet. Sekundært har jeg også benyttet meg av kvantitative data. Dette er hovedsakelig beskrivende statistikk hentet fra Helsetilsynets egen rapportering. I tillegg til innsamlede data har jeg supplert med tidligere forskning.

1.2 Teoretisk tilnærming og begrepsavklaring

Tre teoretiske perspektiver benyttes for å forklare utviklingen i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse, et instrumentelt perspektiv, et institusjonelt kulturperspektiv og et institusjonelt omgivelsesperspektiv. Det instrumentelle perspektivet vektlegger formelle strukturer og ser på organisasjoner som et redskap for å måloppnåelse. Endring skjer i så måte som en direkte konsekvens av bevisste valg og rasjonell kalkulasjon. Perspektivet impliserer tett kobling mellom policy og praksis (Christensen et al. 2004). Det institusjonelle kulturperspektivet vektlegger kultur og verdier, og ser på institusjoner som et resultat av regelfølgning. Kulturperspektivet åpner opp for at praksis kan være forut for policy, med andre ord kan policy være en tilpasning til praksis (ibid). Det institusjonelle omgivelsesperspektivet fokuserer på omgivelser og myter. Innenfor dette perspektivet skje endring i større grad gjennom organisasjonens avspeiling og tilpassning til drivkrefter i omgivelsene (Roness 1997). I lys av dette perspektivet forventes løse koblinger mellom policy og praksis (Christensen et al. 2004). Jeg har valgt å bruke en utfyllende strategi i forhold til bruken av de

teoretiske perspektivene. Dette er en strategi som vil belyse flere sidere ved problemstillingen og i større grad skape et helhetsbilde av utviklingen i Helsetilsynets tilsynsrolle.

Reguleringsbegrepet står sentralt i en studie med et tilsyn som forskningsobjektet. Regulering er en form for styring, og kan forstås som styring gjennom: a) målformulering, fastsetting av regler og standarder, b) overvåkning, informasjonsinnsamling, inspeksjon, granskning, revisjon og kontroll, c) håndheving, atferdsmodifisering og muligheten for belønning og sanksjoner (Christensen og Lægreid 2005). Denne forståelsen av regulering dekker igjen forståelsen av tilsyn som et reguleringsorgan (Hood et al. 1999). Helsetilsynet, med oppgaver som bl.a. områdeovervåkning og virksomhetstilsyn med atferdsbegrensning, plasserer seg godt innenfor definisjonen om å være et reguleringsorgan.

Tilsynsbegrepet er også fremtredende i oppgaven, men hva er et tilsyn? Definisjonene og forståelsen av innholdet i tilsynsbegrepet varierer og sjelden eller aldri fremstår en tilsynsvirksomhet helt entydig og absolutt konsistent i sin eksisterende tilsynsrolle. Tilsyn kan betraktes som en faglig eller metodisk aktivitet med basis i et spesifikt kunnskapsgrunnlag og spesielle egenskaper produserer unike produkter (Pollitt et al. 1999). Tilsyn er som nevnt et reguleringsorgan, en offentlig myndighetsutøver som overvåker og fører tilsyn med ulik privat og offentlig virksomhet. Begrepet ble nøye behandlet av Statskonsult da de utarbeidet en rapport (*(Be)grep om tilsyn*) hvor de gjennomgikk statlige tilsynsordninger (Statskonsult 2002). Her forstås tilsyn som konkret kontroll av et pliktsubjekts etterlevelse av formelle regler (ibid). Tilsynsetater kan videre kategoriseres inn i fire ulike idealrolletyper som henspiller forventningene eller praksisen til de ulike tilsynsorgan (Pollitt et al. 1999). De fire tilsynstypene er kontrolletat, overvåkningsetat, fagetat og informasjonsetat og vil bli videre presisert i teorikapittelet. Helsetilsynet er helt tydelig et overordnet fagtilsyn for sosial- og helsesektoren som fører tilsyn med privat og offentlig virksomhet. Det er derimot ikke alltid er like klart å plassere Helsetilsynet inn i en tilsynsform, men dette vil jeg komme tilbake til i senere kapitler.

Faglig uavhengighet er også et begrep som er sentralt i forhold til Helsetilsynets posisjon og rolle i sentralforvaltningen, særlig etter at Helsetilsynet som overordnet fagtilsyn ble ytterligere fristilt og rendyrket i 2002, bl.a. med mål om å øke uavhengigheten fra politisk styring. Den faglige uavhengigheten står alltid i et varierende forhold til den politiske

styringen (Christensen et al. 2002:123), hvor faglig uavhengighet er en form for fristilling eller autonomi som i denne sammenhengen handler om graden av en forvaltningsetats institusjonelle handlingsfrihet og beslutningsmessige handlingsrom. Dette prinsippet er viktig for fagstyret, særlig i forhold til at beslutninger skal fattes ut fra saklige hensyn og faglige premisser (Jacobsen 1960). Tradisjonelt har tendensen fra politisk side vært ønsket om å inkludere fagavdelingen i departementene, mens faggruppene selv har ønsket en friere posisjon utenfor departementene på et direktoratsnivå (Christensen 1994:19). I forhold til Helsetilsynet har utviklingen gått i retning av en stor grad av faglig uavhengighet.

1.3 Temas faglige og samfunnsmessige aktualitet

Helsesektoren er en stor og viktig sektor både politisk og samfunnsmessig. Det kan derfor hevdes at ulike prinsipielle og organisatoriske forhold ved denne sektoren alltid vil ha en viss faglig og samfunnsmessig aktualitet.

I etterkant av store reformer i offentlig sektor, slik vi for eksempel ser i forhold til helsesektoren og tilsynssektoren i Norge, vil det ofte være et krav om å evaluere og vurdere om sammenhengen mellom reformens intensjon og resultat. Store politiske og forvaltningsmessige endringer vil også reise ulike spørsmål som vil vekke oppmerksomhet i ulike fagmiljøer. De siste tiårene har den nasjonale og internasjonale forskningsinteressen vært stor i forhold til forvaltningsreformer som kan knyttes til New Public Management (NPM) ideologien. Denne studien av Helsetilsynet er tematisk tilknyttet to større forskningsprosjekter ved UiB og Rokkansenteret. Det første prosjektet, "Regulation, control and auditing" er i sterk grad koplet opp mot forskning i forhold til reguleringsreformer, hvor det er blitt gjennomført en rekke studier på ulike sentrale tilsyn i Norge. Det andre, ATM¹-prosjektet og POLIS-seminaret, driver forskning rundt ulike aspekter ved de senere reformer i helsevesenet, hvor det er publisert en rekke studier i forbindelse med ulike forhold ved den norske sykehusreformen. Selv om det hver for seg er gjort mye forskning på reguleringspolitikk på den ene siden og studier av helsereformer på den andre siden, har jeg ikke kjennskap til mange studier med Helsetilsynet som studieobjekt. Tom Christensen (1994) har forsket på og skrevet om omorganiseringsprosesser i helseforvaltningen. Den samme tilnærmingen har hovedfagsoppgaven til Beleck-Hansen (2004), mens Arianson (2006) har i

¹ Autonomy, Transparency and Management , three reform programs in health care: a comparative project

sin masteroppgave vurdert planlagte tilsyn. Foruten dette er det gjort lite forskning på dette forvaltningsområdet meg bekjent innenfor vårt fagfelt.

Det er svært interessant å se på endringer i roller og rolleutforming hos enheter i sentralforvaltningen, fordi man kan si at i løpet av relativ kort tid har gått fra en tradisjonell sosialdemokratisk orientert stat til en mer ”moderne” og nyliberal stat (Christensen og Læg Reid 2004). Utviklingen går i retning mer fristilling av offentlige tjenester, noe som etterfølges av økt behov for statlig regulerings- og kontrollvirksomhet, noe som kan føre til rollekonflikter i staten. Helsetilsynets står i den posisjon at de, som fristilt fagtilsyn, skal føre kontroll med den delvis autonome og delvis offentlige spesialisthelsetjenesten. I helsesektoren, hvor befolkningen til de grader er avhengig av å få forsvarlig behandling, er det helt nødvendig å ha en tidsmessig tilfredsstillende tilsynsfunksjon. Helsetilsynet utfører en viktig samfunnsoppgave, det er derfor både faglig og samfunnsmessig interessant å vurdere endringer, og følger av endringer, i slike sentrale myndighetsorgan.

1.4 Oppgavenes struktur

Oppgaven er bygget opp av åtte kapitler. I kapittel 2 er det oppgavens teoretiske rammeverk som blir presentert. Her redegjøres det først for teoribruken, deretter presenteres en klassifiserende teori og videre et overordnet teoretisk rammeverk som innebærer bruken av instrumentelt perspektiv, institusjonelt kulturperspektiv og institusjonelt omgivelsesperspektiv. Alle perspektiver avsluttes med noen forventninger til empiriske funn. Til slutt i dette kapitlet redegjøres det for studiens mest sentrale variabler samt en presentasjon av analysemodellen. Kapittel 3 er oppgavens metodekapittel. Her introduseres forskningsdesignet med casestudiet som strategi. Deretter følger en presentasjon av datagrunnlaget og de metodene som er brukt for å innhente skriftlige og muntlige datakilder. Kapitlet avsluttes med en vurdering av oppgavens reliabilitet og validitet. I kapittel 4 fremstilles viktige trekk ved oppgavens kontekst og bakgrunn. Her skisseres korte trekk ved sentrale endringer og reformer i helse- og reguleringssektoren. Helsetilsynets historiske bakteppe blir også presentert. Kapittel 5 og 6 er oppgavens empirikapitler. I det første empirikapitlet legges det fram ulike forhold rund Helsetilsynets rolleutforming i perioden 1994 til 2005. Sentrale elementer her er etableringen, omorganisering og videreutvikling av en moderne tilsynsforståelse. I det andre empirikapitlet er det trekk ved Helsetilsynets aktuelle rolleutøvelse overfor spesialisthelsetjenesten som presenteres. Fokuset her er på ulike

tilsynsoppgaver, bruken av sanksjoner og arbeidsformen til tilsynet. Hovedanalysen kommer i kapittel 7. Her behandles og fortolkes empirien, først i lys av klassifiserende teori og deretter i lys av det overordnede teoretiske rammeverket. Kapittel 8 er en avsluttende oppsummering av oppgavens hovedfunn og konklusjon. Funnene sammenlignes deretter med tidligere forskning, før det gjøres noen betraktninger rundt teoretiske- og forvaltningspolitiske implikasjoner. Studien avsluttes med forslag til videre forskning.

2.0 Teori

Denne studien tar utgangspunkt i hvilken betydning en fornyet og aktiv reguleringspolitikk, slik den nedfeller seg i endringer av formelle strukturer, prosedyrer og prosesser, har for endringer i Helsetilsynets tilsynsrolle. Tilsynsrollen forandrer seg ikke bare som følge av reformer, men påvirkes også av interne og mer uformelle strukturer som organisasjonskulturen, den ytre konteksten og press fra omgivelsene. Det teoretiske rammeverket skal være et verktøy for å drøfte og tolke forskningsspørsmålet og det skal underbygge og gi hold til de forklaringer jeg gir de ulike funnene i det empiriske materialet. Tolkningen vil bli gjennomført ved hjelp av en dynamisk veksling mellom de ulike teoretiske perspektivene med den hensikt å øke forklaringskraften. Jeg starter med å presentere hvordan teoriene skal brukes, deretter introduseres selve teoriene og hvilke empiriske implikasjoner jeg forventer de vil gi ut fra teoriens grunnleggende forutsetninger. Først vil jeg utdype en teori eller typologi som klassifiserer ulike forhold med tilsyn og kontroll. Jeg vil så presentere det overordnede teoretiske rammeverket med et instrumentelt, et institusjonelt kulturperspektiv og et institusjonelt omgivelsesperspektiv. Til slutt i kapittelet presenterer jeg studiens sentrale variabler, samt en analysemodell.

2.1 Teoribruken

Teorier er nyttige redskap både for å vise et epistemisk ståsted, men også som utgangspunkt for å forklare sentrale forhold på en relativt systematisk måte (Roness 1997). Jeg har som hensikt å bruk teorien på to ulike måter. Først ønsker jeg å anvende utvalgte teori for å kategorisere eller ordne ulike forhold ved empirien. Den andre og mer grunnleggende bruksmåten er å benytte teoretiske hovedperspektiver som forklarende teori og grunnlag for videre analyse.

Bruk av klassifiserende teori

Typologier og taksonomier kan brukes for å systematisere ulike enheter eller fenomener. I denne sammenheng skal jeg benytte klassifiserende teori for å skille mellom ulike typer tilsynsroller. Teorien jeg benytter er en framstilling av idealtyper for å identifisere etatstype med tilhørende form for rolleutøvelse (Pollitt et al. 1999). Teorien skal brukes i drøftingen for å identifisere og analytisk fortolke hvilke trekk ved Helsetilsynets rolleutforming og

rolleutøvelse, behandlet i de to foregående empirikapitlene (kapittel 5 og kapittel 6), som ytterligere og mer nyansert kan beskrive Helsetilsynets aktuelle tilsynsrolle.

Bruk av forklarende teorier

I en empirisk studie som dette ønsker jeg i størst mulig grad å fortolke og forklare de ulike variablene som står i fokus. Ved bruk av flere teoretiske perspektiver kan empirien og de funnene som presenteres der forklares ut fra ulike vinklinger. Dette kan hjelpe til å se helheten bedre. Det er tradisjon for å benytte seg av flere teoretiske inntak for dermed å øke forklaringskraften i studier av offentlige organisasjoner, en såkalt utfyllende strategi for teoribruk (Roness 1997). Enkle forklaringer er ofte ikke tilstrekkelige, dermed vil jeg i praksis benytte en fortolkning hvor det er en dynamisk relasjon mellom de ulike perspektivene. Dette mener jeg er en god måte å forklare og forstå hvordan en offentlig organisasjon som Helsetilsynet endres og vedlikeholdes. Jeg vil bruke tre ulike hovedperspektiver for å fremme den teoretiske analysen. De utvalgte perspektivene er ett instrumentelt perspektiv og to perspektiver innenfor institusjonell teori: kulturperspektivet og omgivelsesperspektivet. Innenfor de ulike perspektivene finnes det igjen flere ulike teorier. Målet er å ha en selektiv og pragmatisk tilnærming til de mange teoriene som befinner seg innenfor de utvalgte hovedperspektivene. Selv om de tre perspektivene preges av ulik handlingslogikk, kan en ofte finne trekk fra alle perspektivene i en organisasjon. På den måten kan man bedre forklare kompleksiteten ved å benytte ulike forklaringsfaktorer. Eksempelvis viser omgivelsesperspektivet seg å være nyttig til å fange opp trekk ved de moderne reformprosessene i den offentlige sektoren. Et instrumentelt perspektiv forutsetter en tett kobling mellom rolleutforming og rolleutøvelse, mens de to andre perspektivene åpner opp for at denne koblingen kan være løsere (Christensen og Lægreid 2002:28).

2.2 Klassifiserende teori

I denne delen vil jeg presentere klassifiserende eller kategoriserende teori som er spesielt tilpasset reguleringsfunksjoner i moderne statsforvaltninger. Teorien skal bidra til å nyansere ulike tilsynsperspektiv. Som vist i innledningen (kapittel 1) kan innholdet i begrepet "tilsyn" ofte være mangetydig og uklart definert. Forståelsen og praksisen kan også variere mye fra sektor til sektor, men et fellestrekk ved de fleste definisjoner er at tilsyn framheves som en kontrollaktivitet, vanligvis som en etterfølgende kontroll basert på en hendelse som

iverksetter granskning (Helgøy og Serigstad 2004:19). Et slikt kontrollbasert tilsyn kan ha en pessimistisk grunnholdning, hvor innstillingen til pliktsubjektet er basert på mistillit og liten tro på evnen og viljen til at fastsatte lover og regler følges. Ut fra denne tankegangen er det bare trusler om sanksjoner som fører til endringer og forbedret atferd (Elvebakken 1997). Prinsippene for denne typen tilsyn er at kontrolløren må ha gode kunnskaper om lover og regelverket, og håndheve deretter (Halgunset og Svava 1980). Kontrollen vil være basert på inspeksjoner, og kontakten med tilsynssubjektet vil være preget av avstand og monolog, hvorpå nøytralitet og likebehandling etterstrebes (ibid).

Knut Dahl Jakobsen (1963) gjør et analytisk skille mellom to ulike legitimitetsgrunnlag: politisk myndighet og faglig kyndighet. ”*Kyndigheten bærer med seg sin autoritet i kraft av viten og formell utdannelse der hvor myndigheten må legitimere sine inngrep ved å vise sin lovhjemmel.*” (ibid: 3.72). Den kontrollbaserte tilsynsprofilen er klar og tydelig, og legitimeres ut fra en weberiansk legal autoritet hvor myndighetsutøvelsen aksepteres fordi den er i samsvar med gjeldende lover (Weber 1971). Et slikt tilsynsperspektiv kan også betegnes som *myndighetstilsyn* med *regelverkskontroll*. I kontrast til å forstå og utøve tilsyn som en kontrollaktivitet, kan tilsynsaktiviteten i større grad ta form som veiledning og forhåndsvurderinger. I et veiledningsbasert tilsyn vil faglighet og kunnskapsinnhenting stå sentralt. Tilsynsformen er på den måten mer resultatorientert enn regelorientert. Prinsippene for å føre tilsyn bygger på en optimistisk grunnholdning hvor det legges vekt på tillit, nærhet og dialog i omgangen med tilsynssubjektene. Tilsynsformen som her beskrives som veiledningsbasert, åpner opp for andre tilsynsformer enn kontroll, og selv om tilsynsprofilen kan være mangetydig, er fellesnevneren at legitimeringsgrunnlaget er fagkyndig ekspertise og profesjonell autoritet (Helgøy og Serigstad 2004:20). Kontrollformen innenfor dette perspektivet vil i større grad være inspektørfri og være basert på *kyndighetstilsyn* med *resultatkontroll*.

Jeg vil i fortsettelsen presentere en typologi som er knyttet til den organisasjonsforskningstradisjonen som denne studien er basert på. Både Pollitt og med medarbeidere er sentrale bidragsyttere innenfor forskningsfeltet forvaltningsreformer og offentlig regulering (Christensen og Lægveid 2006).

2. 21 Ulike tilsynstyper

Fremstillingen bygger på en komparativ studie av fem sentrale organer for forvaltningsrevisjon i Europa. Pollitt et al. (1999) har i denne studien identifisert fire ulike rolletyper for forvaltningsrevisjon, i mitt tilfelle overført til et fagtilsyn. Typologien er i følge forfatterne bare et heuristisk redskap som ikke er tenkt å oversettes mekanisk og fordømmende (ibid:108). Tilsynstypene er idealtyper og er derfor ikke uttømmende. I en tilsynsetat finner man sjelden eller aldri rene tilsynsroller, men heller trekk av flere typer. Tilsynstypen er preget av noen grunnleggende antakelser som etaten har tilegnet seg gjennom kontekstuelle forhold og etablerte organisatoriske og faglige ideer. Dette forholdet varierer fra sektor til sektor og utgjør en profesjonell base som er viktig for hvordan tilsynene oppfatter sin egen tilsynsrolle og utøver sitt virke. De fire utøverrollene i tilsynstypologien er *dommer* (judge/magistrate), *kontrollør* (public accountant), *fagekspert* (researcher/scientist) og *konsulent* (management consultant). De fire mulige tilsynsrollene konvergerer med fire ulike etatstyper: *kontrolletat*, *overvåkningsetat*, *fagetat* og *informasjonsetat* (ibid).

- **Kontrolletaten** er en tilsynsetat som har sin profesjonelle base i jussen. Den følger opp etterlevelsen av lover og regler og reagerer aktivt på eventuelle avvik. Utøvende tilsynsrolle er **dommeren**, en aktiv kontrollør.
- **Overvåkningsetaten** har sitt profesjonelle utgangspunkt i regnskapslære. Etaten holder aktører under oppsyn og ser etter utviklingstrekk i kontrollandskapet. Andre trekk er at etaten er statistikkproduserende og henter inn data og lager oversikter. Åpenhet og innsyn er viktige prinsipper for å sikre kontroll og offentlig debatt. Den utøvende rollen er **revisoren**, som i større grad opptre som passiv kontrollør.
- **Fagetaten** er profesjonelt basert i vitenskap. Etaten er kunnskapsproduserende ved å innhente og utvikle kunnskap gjennom forskning og analyse. Målet med virksomheten er vitenskapelig forankrede og nøytrale vurderinger, og etaten legitimerer sitt virke gjennom analytiske metoder og objektivitet, heller enn myndighet. Den utøvende rollen beskrives som **forskeren**.
- **Informasjonsetatens** profesjonelle base er innenfor lederutvikling og bedriftsøkonomi. Etaten fungerer som veileder og konsulent ovenfor virksomheter. Viktige oppgaver er å utvikle og forbedre rutiner, og nytteverdien er viktigere enn legalitet og nøyaktige analyser. Her utøves rollen gjennom **konsulenten**.

Typologien til Pollitt et al. (1999) kan videre plasseres mellom de to dimensjonene *regelverkskontroll* (compliance) og *resultatkontroll* (performance). De to første rollebeskrivelsene, dommer og revisor, faller inn under en tilsynsform som er basert på regelverkskontroll, og som innebærer et tradisjonelt ettersyn og håndheving etter lover og forskrifter. De to siste rolletypene, forsker og konsulent, faller inn under en form for utførelse- eller resultatkontroll, noe som innebærer at tilsynsaktiviteten i stor grad går ut på å undersøke om resultater er i tråd med intensjonene. Moderne forvaltningsreformer, såkalte NPM-reformer, inneholder intensjonen om en dreining i fokus bort fra tilsyn gjennom regelverkskontroll og over til aktiviteter i form av resultatkontroll og større fokus på konsekvensene, bl.a. gjennom økt fristilling og mål- og resultatstyring (ibid, Helgøy og Serigstad 2004).

Jeg forventer ut fra denne typologien å finne trekk fra ulike etatstyper ved Helsetilsynets tilsynsrolle, og at noen tendenser er mer fremtredende enn andre basert på tradisjoner og sektorspesifikke kjennetegn. Viser Helsetilsynet seg å ha størst likheter med myndighetstilsyn, vil jeg finne trekk ved rolleutformingen og rolleutøvelsen som er preget av regelkontroll. Er tilsynsforståelsen og atferden mer sammenfallende med det som beskrives som kyndighetstilsyn, vil det nye Helsetilsynet ha beveget seg i retning av mer resultatkontroll. Jeg må ta høyde for å finne mulige differanser mellom rolleutforming og praksis.

2.3 Overordnet teoretisk rammeverk

Jeg har valgt ut tre hovedperspektiver innenfor et bredt organisasjonsteoretisk inntak til å bruke som forklarende teori i denne studien. De tre hovedperspektivene jeg skal presentere, er som tidligere nevnt et *instrumentelt perspektiv*, *kulturperspektivet* og *omgivelsesperspektivet*. Innenfor hvert perspektiv gjør jeg et selektivt utvalg av noen teorier som jeg presenterer. Etter presentasjonen av hvert perspektiv og de respektive teoriene, vil jeg komme med noen betraktninger om empiriske implikasjoner.

2.31 Instrumentelt perspektiv

Det instrumentelle perspektivet har forgreininger tilbake til klassisk teori, med Adam Smith, Fredrick Taylor, Henry Fayol og Max Weber i spissen. Perspektivet er også kjent fra

faglitteraturen under andre benevnelser som rasjonelt perspektiv, reformperspektiv (Brunsson og Olsen 1990), og verktøyperspektiv (Røvik 1998).

Perspektivets logikk er preget av en instrumentell handlingsrasjonalitet, hvor organisasjoner blir sett på som instrumenter eller verktøy for å oppnå bestemte mål utformet av den øverste ledelsen (Læg Reid et al. 2005). En offentlig organisasjon er altså ut fra denne synsvinkelen kun et redskap til å utføre viktige samfunnsoppgaver (Christensen et al. 2004). En tilsynsetat blir på den måten betraktet som et verktøy for å kontrollere og overvåke pliktsubjektene, og i Helsetilsynets tilfelle vil denne oppgaven være å utføre tilsyn med bl.a. helsetjenesten.

Organisasjoner legitimerer sin eksistens gjennom sin handling og det de *gjør* (Christensen og Læg Reid 2002:21), og synet på handling er i høyeste grad knyttet til en formålsrasjonell handling eller problemløsning (Reness 1997:87). Problemløsningen er toppstyrt (top-down) og ledelsen er sentral i forhold til de målbevisste valgene som gjøres. Målsettingen er preget av en prosess hvor det tas bevisste bestemmelser som ideelt sett skal være klare og nøye tilpasset situasjonen. Klassisk teori beskriver denne prosessen som fullstendig rasjonell, mens mer moderne versjoner av teoriene hevder at rasjonaliteten i større grad er en relativ størrelse som dermed kan være begrenset (Simon 1960). Ledelsen står i en posisjon til å utforme organisasjonen og gjøre endringer. Det som kjennetegner disse handlingen, er at de ikke er personavhengige. Organisasjonens rolleutforming avspeiler og virkeliggjør de målene som ledelsen har satt seg. Organisasjonen utvikler seg som resultat av nytte og nødvendighet. Perspektivet er modernistisk inspirert og preget av en utviklingsoptimisme med sterk tro på muligheten for forandring og forbedring (Røvik 1998:32). Endringer er kalkulerte og skjer dermed som følge av en prosess hvor ledelsen vurderer og styrer organisasjonen mot en planlagt og proaktiv endring. Endringene er kontrollerte og gjennomføres etter planer og strategier. Valgene for nye mål og endringer blir kalkulert ved klare preferanser og ut fra den framtidrettede konsekvenslogikken (Christensen et al. 2004:31). Denne bevisste og planlagte måten å styre på kan også beskrives som en analytisk prosess (Reness 1997:63).

Organisasjonsendringer kan innenfor dette perspektivet også foregå som en forhandlingsvariant hvor endringene er resultat av interessehevding, kompromisser og forhandlinger mellom aktører med motstridende mål og interesser (Reness 1997:70, Christensen et al. 2004:14).

Organisasjonens formelle rammer har stor betydning og blir gjennom denne tilnærmingen beskrevet som formelle strukturer. Innenfor dette perspektivet, formes tilsynsrollen og

tilsynsutøvelsen av disse formelle strukturene og retningslinjene som tilsynet er plassert inn i. Strukturutforming og tilknytning er spørsmål som er sentrale tema for organisasjonens formelle rammer. Den formelle strukturen kan bære preg av en byråkratisk organisasjonsform som kjennetegnes av en hierarkisk styringsform og klar arbeidsdeling, men dette perspektivet kan også by på en styringsform som i større grad er preget av forhandlinger og interessehevding mellom politisk ledelse og administrative spesialenheter. De vertikale og horisontale linjene i organisasjonen er klare og tydelige. En form for arbeidsdeling er spesialisering og allerede grunnleggeren av den moderne økonomiske vitenskapen, Adam Smith, la (i ”*The wealth of nations*” fra 1776) vekt på betydningen av spesialisering for å maksimere samfunnsproduksjonen. Tanken bak dette prinsippet var at alle skulle dyrke det de var best på for å maksimere det helhetlige resultatet. Smith viste også til faren for at utstrakt spesialisering kunne føre til at en mistet bredden og dermed ble redusert til noe mindre. I et offentlig administrasjonshierarki kan en skille mellom vertikal og horisontal spesialisering (Christensen et al. 2006:16). Delingen handler om delegering, oppsplitting og fristilling av statsapparatet. Den *vertikale spesialiseringen* omhandler relasjonen og arbeidsfordelingen mellom forvaltningsnivåene, at hvert nivå etablerer bestemte arbeidsfordelinger som står i forhold til hverandre. De ulike nivåene kan være organisert mer eller mindre fristilt fra hverandre. Dagens norske helseforvaltning har tre spesialiserte nivåer, et departement på toppen, tre etater (direktorat, tilsyn og institutt) på mellomnivået og 18 fylkesmannsembeter på lokalnivået. *Horisontal spesialisering* handler om hvordan oppgaver blir skilt fra hverandre ved hjelp av ulike organiseringsprinsipper. Dette kan være strukturer organisert etter formål, prosess, klienter eller geografi. Spesialiseringen i helseforvaltningen er organisert etter funksjonsprinsippet, hvor hver av de tre etatene har spesialiserte oppgaver. Slike organisasjoner kalles ”single purpose organisasjoner” eller spesialiserte organisasjoner og kan være mer eller mindre strukturelt og funksjonelt frakoplet overordnet politisk ledelse. Faglig spesialisering befinner seg i horisontalplanet, mens den hierarkiske spesialiseringen befinner seg i vertikalplanet. Selv om et horisontalt spesialiseringsprinsipp råder på ett nivå i byråkatihierarkiet, trenger ikke dette være det samme på et høyere eller lavere nivå, og en slik inkonsistens kan få konsekvenser for styring og samordning (ibid). I helseforvaltningen er den horisontale spesialiseringen kun dyrket på direktoratsnivå. Trenden de siste tiårene har vært å rendyrke forvaltningsetater, og jamfør Smiths advarsler krever økt spesialisering også behov for samordning (ibid). Å organisere deler av sentraladministrasjonen som fristilte etater har en lang tradisjon i Norge (Christensen og Læg Reid 2006). Fristilling vil aldri bli

fullstendig, men være en form for kvasi-autonomi på grunn av det konstitusjonelle ansvaret som fagdepartementet har ovenfor de ytre fagetatene.

Forventninger til et instrumentelt perspektiv

Ved å bruke det instrumentelle perspektivet for å forklare Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse, kan en forvente helt spesielle empiriske implikasjoner både i forhold til policy, praksis og forholdet mellom disse. Helsetilsynets rolleutforming er ut fra et instrumentelt perspektiv tett knyttet til etatens funksjon og målsetninger. En kan forvente at de formelle strukturene som Helsetilsynet innehar er bygget som en byråkratisk konstruksjon med hierarkiske trekk og klare ansvarsforhold mellom overordnet ansvarlig departement, et sentralt Helsetilsyn og de lokale enhetene. Overordnet myndighet legger føringer gjennom klare policysignaler, ulike styringsverktøy, rammebetingelser, lovendringer og direkte gjennom etatsstyring og tildelingsbrev. Resultatene for måloppnåelse reguleres gjennom virksomhetsplanlegging og volumkrav på tilsyn. Den aktuelle rollen er direkte knyttet til oppgaven som spesialisert tilsynsorgan, ansvarlig for tilsyn av de norske helse- og sosialtjenestene. Tilsynsetaten er på den måten et verktøy for den politiske ledelsens måloppnåelse. Virksomheten kan også bære preg av streben etter egen måloppnåelse. På den måten er tilsynsrollen et resultat av bevisste valg gitt fra overordnet politisk ledelse og utviklet hos tilsynsledelsen. Denne mål-middel-tankegangen utgjør klare mål for etaten. Organisasjonen vil på denne måten legitimere sin eksistens gjennom måloppnåelse i størst mulig grad. Helsetilsynet er strukturelt fristilt, men må allikevel forholde seg til politisk ledelse. Til tross for at deler av målsetningen med å omorganisere er å fristille og å gjøre tilsynet faglig sterkt, antar jeg at det fortsatt er sterke overordnede føringer som videre vil påvirke tilsynets rolleoppfatning og bruken av kontrollmekanismer. Rolleutforming er i dette perspektivet klart preget av ledelsen, og balansen mellom politisk styring og faglig autonomi er tydelig og gjensidig respektert. Overordnet myndighet fungerer som en prinsippal som delegerer varierende grad av myndighet. På denne måten er det tette bånd mellom partene. Helsetilsynet opptrer på denne måten som et rent verktøy for måloppnåelse, men noen ganger også som en fristilt etat som resultat av en kost-nytte-analyse.

Helsetilsynets rolleutøvelse i forhold til spesialisthelsetjenesten er knyttet til en praksis som er preget av best mulig måloppnåelse. Dette forutsetter en klar rolleforståelse, hvor de oppgavene de er pålagt å utføre blir utført og hvor sanksjoner gis i tråd med signalene fra

politisk ledelse. Tilsynsoppgavene som praktiseres er nært knyttet til ledelsens intensjoner om hvordan tilsyn bør utøves og har sammenheng med virksomhetens legitimering. Metodene Helsetilsynet utvikler og benytter i sitt virke og tilsynsutøvelse, er verktøy som er tilpasset oppgaven som skal utføres, og det kan forventes at de valgene tilsynet tar i forhold til metodene samsvarer med rask og effektiv måloppnåelse. Det forventes også at atferdsbegrensende praksis er knyttet til virkemidler som effektivt endrer atferden.

Det forventes at strategisignalene og rolleutformingene påvirker rolleutøvelsen på en direkte måte. Jeg venter derfor at endringer først kommer på det strategiske planet, og at endringene som gjennomføres er et resultat av beslutninger tatt på overordnet lederplan. En kan derfor forvente at det er tydelig samsvar mellom tilsynspolicy og tilsynspraksis. Praksisen vil på denne måten automatisk komme som følge av endringer i policy, og slike beslutninger aksepteres og følges i høy grad av de resterende ansatte i etaten. Den nøytrale redskapsrollen er førende slik at etaten ikke har noen egen identitet og heller ingen egeninteresser som skal forsvares. Tidligere erfaringer, organisasjonskultur og etatens omgivelser har minimal betydning for rolleforståelse og – utøvelse. På dette grunnlaget forventer jeg ut fra et instrumentelt perspektiv å se hvordan målsetninger, rasjonell kalkulasjon og strukturutforming til enhver tid er med på å forme utviklingen av Helsetilsynets rolleforståelse og rolleutøvelse

2.32 *Institusjonelt kulturperspektiv*

De to neste perspektivene er begge perspektiver innenfor institusjonell organisasjonsteori. De har i betydelig grad overlappende og konvergerende elementer i forhold til hverandre og det kan noen ganger være vanskelig å skille helt klart hvor forklaringsvariablene best hører hjemme.

Det er ikke bare de formelle rammene som påvirker rolleutvikling og rolleutøvelse, men også de mer uformelle rammene og den kulturen som preger det daglige arbeidet. Med dette som utgangspunkt, kan det være nyttig å trekke frem et institusjonelt kulturperspektiv.

Kulturperspektivet er også kjent som normativ institusjonalisme (March og Olsen), historisk institusjonalisme (Steinmo) og regelfølging (Roness 1997). I dette perspektivet legges det stor vekt på historie, tradisjoner og institusjonaliserte normer. Her fylles de formelle rammene med verdier, og dette setter dermed de uformelle strukturene i fokus. Organisasjoner betraktes

som naturlige systemer (Scott 2003), systemer som preges av kulturen som over tid har vokst fram og skapt en særegen organisasjonskultur. I motsetning til å se på organisasjoner som tomme redskap for måloppnåelse, beskrives organisasjoner innenfor denne tilnærmingen som *"infused with value beyond the technical requirement"* (Selznick 1957:17), nærmere bestemt som en selvstendig verdibærende enhet. Organisasjoner betraktes som institusjoner som består av meningsbærende elementer, og som selv er aktive i utformingen av egen rolle og dermed en sterk bidragsyter i egen rolleutvikling. Sett fra dette perspektivet legitimeres institusjoner gjennom det de *er* eller har vært, og ikke gjennom det de *gjør* (Christensen og Læg Reid 2002:21). Den rådende handlingslogikken innenfor symbolperspektivene bygger på en kognitiv forståelse av konteksten, en tolkningslogikk eller det March og Olsen (1989) beskriver som *"the logic of appropriateness"*. Denne logikken er mer fortidsrettet og bygger på tradisjoner og lag på lag med erfaringer og hendelser. Disse har formet kollektive forventninger og gjeldende regler for hva som er passende atferd. Organisasjonsmedlemmene blir på denne måten sosialisert inn i den passende og legitime tenke- og handlemåten. Organisasjonen gjennomgår en naturlig *institusjonaliseringsprosess* hvor etableringen skjer gjennom en gradvis tilpassning av indre og ytre press som former egen identitet eller organisasjonskultur. Presset fra indre og ytre faktorer er dynamisk. For å forstå institusjonens identitet og hvordan den har utviklet seg, må en gå tilbake og se på hva som kjennetegner forhold rundt etableringen av organisasjonen og utviklingen den har hatt deretter (Christensen og Læg Reid 2002:21). Institusjonaliseringsprosessen er preget av at organisasjonen følger et sett med regler som er innført på et tidlig stadium i utviklingsprosessen, og disse reglene legger føringer på utviklingen videre. En slik regelfølgning kalles også *sti-avhengighet*. Teorien beskriver hvordan institusjonens historiske røtter preger utviklingen, da særlig ved at tidligere etablerte regler er styrende for identiteten og den passende handlingen. Mye ressurser er investert i disse reglene, og ut fra dette perspektivet kan en nærmest forutse at sannsynligheten for at de etablerte reglene følges videre er større enn at de vil bli avviklet og erstattet med nye. Regelfølgningen øker både stabiliteten og forutsigbarheten. Sti-avhengighet viser til at når en organisasjon har valgt en sti, vil dette valget være styrende for framtidig utvikling. Endringen som oppstår i slike systemer er små og sekvensielle, men det er mulighet for at det kan oppstå situasjoner internt og eksternt som kan virke truende for institusjonen. Situasjoner som gjør at de eksisterende verdiene blir utfordret kan gjøre at det oppstår en tilstand av *avbrutt likevekt* (punctuated equilibrium) som innebærer raske institusjonelle endringer som igjen følges av en lang periode med stagnasjon (Krasner 1984, 1988). Eksisterende normer og regler blir da forkastet, for så å bli erstattet av at nye og mer

tilpassede kommer inn. Dahl Jacobsen (1960) hevdet at den norske forvaltningskulturen kjennetegnes av balansen mellom lojalitet og nøytralitet, hvor en uklar blanding av verdier og normer tradisjonelt har preget oppgavefordelingen. Den manglende rolleklarheten har gjennom årene ført til en økt kompetanse og fleksibilitet, med en evne til å håndtere mange hensyn og komplekse situasjoner. Jacobsen (ibid) hevder at spesialisering ikke nødvendigvis alltid er til det bedre, men at rolleblanding kan være en fordel. Helsetilsynet er et myndighetsorgan med lange og stolte tradisjoner, og selv om de bare har eksistert som rendyrket tilsynsetat i få år, er tilsynsfunksjonen i det norske helsevesenet flere hundre år gammel. Tilsyn kan innenfor dette perspektivet betraktes som en nødvendighet, siden det alltid har vært slik eller fordi en politisk viktig sektor som helsesektoren i lang tid har hatt en tilsynsfunksjon.

I kulturperspektivet trenger ikke ledelsen å være den dominerende påvirkningskraft for utformingen av kulturen. Ledelsen er heller ikke like sentral i forhold til målsetninger, for målene ligger nødvendigvis ikke forut for organisasjonens eksistens, men kommer til og oppdages underveis (Lægreid et al. 2005:21). Institusjonelle entreprenører kan være sentrale i organisasjonsutviklingen, dette kan være en leder eller andre med stor innflytelse på institusjonaliseringsprosessen. Påvirkningen kan altså være styrt nedenfra (bottom-up). Deler av organisasjonen kan utvikle subkulturer som ikke trenger å være i samsvar med organisasjonens aktuelle funksjon og overordnede målsetning. Organisasjonens demografi og profesjonssammensetning kan også legge føringer for organisasjonsutviklingen. Sterke faggrupper kan danne subkulturer som igjen kan virke styrende for hele etatskulturen. Motstridende interne kulturer kan føre til uenighet om målene og veien (stien) videre. Eksempel på dette er den sentrale rollen som medisinere historisk sett har hatt i den norske helseforvaltningen, men sentrale profesjonsgrupper i helseforvaltningen som jurister og leger kan også være pre-sosialisert gjennom sin utdanning. Helsesektoren har ulike sektorspesifikke trekk og er tradisjonelt preget av sterke profesjonshierarkier og profesjonskonflikter. Endring foregår som tidligere nevnt gjennom en normativ prosess hvor internt og kontekstuell press er med på å forme nye verdier og normer som igjen virker styrende på hvordan institusjonen betrakter seg selv. Endringer kan skje i samhandling med sentrale aktører. Tillit fra omgivelsene er viktig, og det oppnås blant annet ved å ta hensyn til de kontekstuelle normene. Endringer har en viss treghet, og når en endring skjer beskrives den ofte som inkrementelle. Motstanden og skepsisen til endring bygger på frykt for det ukjente. De formelle endringene som signaliseres ved reformer må derfor gjennom en *kompatibilitetstest* som innebærer at nye

styringsverktøy testes opp mot tradisjoner og gjeldende normer og verdier (Røvik 1998:148). Om de formelle endringene ikke er kompatible med gjeldende kultur, kan det oppstå spenninger og bevisste avvik fra det nye. Dette med hensikt å ta vare på de eksisterende normene og verdiene. Organisasjonen gjennomfører på denne måten en seleksjon over hvilke endringer som er akseptable og nødvendige og hvilke som forkastes. Denne motstanden kalles også *historisk ineffektivitet* (Brunsson og Olsen 1993) og er vanlig å se hos offentlige organisasjoner som i praksis kan fungere bra selv om reaksjonen er treg når reformer legger føringer for forandring (Christensen et al. 2004:55). Det kan igjen føre til at det er delvise koblinger mellom hvordan organisasjonen fremstiller seg selv og hvordan de utøver sin rolle.

Forventninger til et institusjonelt kulturperspektiv

Ut fra kulturperspektivet forventes det at Helsetilsynet ikke bare er et redskap for måloppnåelse, men at etaten i større grad har en egen identiteten med gjeldende normer og verdier som virker styrende for hvordan de forstår, utvikler og utfører sin tilsynsrolle. Jeg antar at utformingen av tilsynsrollen er preget av etatens egen organisasjonskultur. En kultur som har utviklet seg over tid, hvor tradisjoner og de ansattes tidligere erfaringer har påvirket og bygget opp en særegen stabil og forutsigbar tilsynsfilosofi. Det forventes at trekk ved den aktuelle tilsynsfilosofien bygger på en tradisjonell norsk forvaltningskultur, på særegne kjennetegn ved helse- og sykehussektoren, på innflytelse fra profesjonssammensetningen i etaten og at det med stor sannsynlighet har vært noen interne entreprenører eller strateger. Det er grunn til å tro at tilsynsfilosofien er dominert av sentrale verdier som faglighet eller rettsikkerhet. Jeg forventer at nye organisasjonsmedlemmer sosialiseres inn i den nedarvede organisasjonskulturen og at nye medlemmer innføres i hva som er passende atferd gjennom å adoptere de gjeldende reglene, men det er også rimelig å tenke seg at de ansatte også har mulighet til å påvirke helheten. Nyansatte kan også være pre-sosialisert inn i en forvaltnings- eller profesjonskultur. I dette tilfellet er det grunn til å tro at for eksempel medisinerer og jurister kan være pre-sosialisert, men at de etter hvert tilnærmer seg en mer tilsynsfaglig kultur. Det kan tenkes at sammensetningen av de ansatte også kan være styrt av normer. Det er sterk grunn til å tro at målene for virksomheten styres av verdiene og tilpasses utøvelsen underveis, og at det internt kan være uenighet om endringer av mål. Denne tilnærmingen antar at et unikt sett med normer og verdier er utviklet gjennom sti-avhengighet. Jeg venter med det å finne at det har vært perioder i Helsetilsynets historie og utvikling som har hatt stor betydning for den holdningen de i dag har til egen rolleforståelse. Innenfor kulturperspektivet

handler rolleutformingene om skrittvis og små endringer, det forventes derfor at Helsetilsynet har endret seg med små skritt om gangen i tråd med eksisterende tilsynsfilosofi og tradisjoner. De inkrementelle endringene vil nærmest være som en naturlig utvikling eller evolusjon hvor det stadig pågår småjusteringer for å tilpasse seg konteksten. Dette fører til at etaten utvikler en sterk forståelse av egen posisjon og rolle i helse- og sosialsektoren, i forhold til andre tilsynsetater og i sentralforvaltningen generelt. Dramatiske endringer i organisasjonen kan skyldes kriser. Kriser kan være dramatiske enkelthendelser, men det kan også være forhold i omgivelsene, som press fra overordnet ledelse om å omorganisere, eller en intern konflikt som gjør at institusjonens eksisterende verdier og normer trues og dermed tvinger frem endringer i verdigrunnlaget. Ut fra dette perspektivet er det grunn til å forvente at det kan være stor motstand mot omorganiseringer. Dette vil skyldes sti-avhengigheten som virker preferansestyrende i forhold til tidligere måter å organisere på. Etter hvert tilpasses den nye situasjonen, og det er da grunn til å tro at ytterligere rolleklarhet og spesialisering kan påvirke rolleutviklingen. Ut fra en slik tankegang kan det tenkes at organisasjonsendringer heller vil ha liten gjennomslagskraft på gjeldende rolleoppfatning og atferdsmønstre i organisasjonen.

Ut fra dette perspektivet forventes det at Helsetilsynet utøver sin tilsynsrolle overfor spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av tradisjonell praksis. På den måten kan prosedyrer og metoder som er utviklet på et tidlig stadium virke førende for tilsynsfilosofien, selv om signaler fra politisk ledelse henviser til en annen tilsynsfilosofi. Jeg forventer derfor at rolleutøvelsen med ulik bruk av tilsynsmetoder og bruk av sanksjoner er relativt stabil til tross for endringer i omgivelsene og eventuelt økt endringspress fra politisk ledelse. Det er derfor grunn til å forvente at en omorganisering resulterer i en lang og kontroversiell prosess med interne stridigheter, og hvor det i innføringsfasen kun er delvise koblinger mellom det som uttales og det som praktiseres. En kan vente seg at alt av signaler som kommer utenfra, både fra det utøvende maktapparatet og fra andre sentrale aktører i omgivelsene, blir nøye vurdert før de eventuelt blir innlemmet i etaten. Alle signaler om endring vil bli testet og vurdert om de er forenlige med organisasjonens aktuelle verdiinnhold. På denne måten vil det være en institusjonalisert motstand som kan være med på å forhindre gjennomføringen av reformer og endringer. I utviklingen av tilsynsmetodene er det lagt ned mye ressurser og det kan dermed være vanskelig å gjøre store og raske justeringer. Sanksjonen som gis er også preget av den tradisjonen institusjonen har for en slik praksis: Ilegges det straffer ofte eller svært sjelden vil dette være førende for praksisen.

Tradisjoner og institusjonelle normer og verdier vil være førende for praksisen, derfor trenger det ikke alltid å være full overensstemmelse mellom den rollen en prøver å utforme og den som utføres. Det forventes at endringer i tilsynets rolleutforming har en løsere kobling til den institusjonaliserte praksisen som etaten innehar. Til tross for reformer og større endringer, kan en vente seg motstand, men etter hvert som tiden går vil endringer godkjennes og bli tatt opp som legitime måter å utføre virksomheten på, dermed vil policy og praksis tilnærme seg hverandre.

2.33 Institusjonelt omgivelsesperspektiv

Det kan tenkes at tilsynsrollen ikke bare påvirkes av trekk ved den formelle strukturen og den aktuelle organisasjonskultur, men at trekk ved de aktuelle omgivelsene som omgir institusjonen også kan være viktige for å forstå rolleutvikling og rolleutøvelse. Det siste hovedperspektivet er også kjent fra faglitteraturen som myteperspektivet eller sosiologisk institusjonalisme, med sentrale bidragsytere som Meyer og Rowen (1977), Powell og DeMaggio (1991) og Scott (2001).

Når en snakker om omgivelser kan en skille mellom *tekniske omgivelser* og *institusjonaliserte omgivelser*. Tekniske omgivelser er de delene av organisasjonens omgivelser som i praksis påvirker den aktuelle organisasjons måloppnåelse. De institusjonaliserte omgivelsene er derimot samfunnsskapt meningsbærere som genererer normer og konvensjoner som igjen virker retningsgivende for hvordan en organisasjon bør utformes og fremstå (Røvik 1998:36). Grensen mellom omgivelsene og organisasjonene kan på denne måten bli uklare (Brunsson og Olsen 1990:19). Det institusjonelle omgivelsesperspektivet fokuserer på de sosialt konstruerte normene i de institusjonelle omgivelsene som også kalles *myter* (Christensen et al. 2004:66). Ny-institusjonalismens fremste foregangsmenn, Rowen og Meyer (1977:341), hevder at den formelle strukturen i mange organisasjoner i større grad reflekteres av mytene i de institusjonelle omgivelsene enn av de faktiske oppgavene. De gjeldende normene for ”god” organisering varierer, men innenfor sin gyldighetsperiode forstås de som oppskrifter på suksess. De ideelle oppskriftene oppfattes nærmest som sanne og naturlige, og etableres som *rasjonaliserte myter* (Christensen et al. 2004). Innenfor organisasjons- og ledelseslitteraturen finnes det en rekke eksempler på oppskrifter for ”best” organisering og ”best” ledelse. Et eksempel på dette er mål- og resultatstyring (MRS) og internkontrollsystemer (Røvik 1998). Organisasjonsoppskriftene fungerer på samme måte som moter, en blir konform overfor et

ytre press, tidsånden blir styrende og løsninger finner problemer og ikke motsatt. Aktører som påvirker og skaper kollektive forståelser eller myter kan igjen påvirke forventningene til en institusjons aktuelle rolle (ibid). Flere sentrale aktører i de institusjonaliserte omgivelsene kan påvirke en offentlig etats rolleutforming. Slike aktører kan befinne seg på ulikt politisk og forvaltningsmessig nivå, de kan også finnes blant tjenesteyterne og de som har behov for tjenestene. Et eksempel på nye aktører i helsesektoren er en styrket organisert pasientgruppe som stadig vinner terreng gjennom lover og media. En kan tenke seg at tilsynsrollen blir påvirket av de rådende oppfatningene om hva som er moderne tilsyn og hva som oppfattes som godt tilsyn. Organisasjoner innenfor dette perspektivet betraktes som avspeilinger av sine omgivelser (Roness 1997). Omgivelsene blir institusjonalisert gjennom at institusjonen tilpasser seg og gjør seg mest mulig lik omgivelsene. Institusjonen kan manipulere seg til støtte og legitimitet ved å tilpasse og føye seg etter de gjeldende reglene eller trendene i omgivelsene. Organisasjoner legitimeres ved å være i samsvar med de gjeldende mytene og ”den rette lære”. Adopsjonen av myter fører i større grad til en legitimering enn til økt produktivitet. Handlingslogikken i dette perspektivet retter seg også mot ”det passende”, men denne gang er det ikke det passende for organisasjonenes regler, men i større grad det passende i forhold til omgivelsene. En tilsynsetat kan innenfor dette perspektivet i større grad bli styrt av eksterne krav. De kan opprettholdes fordi omgivelsene krever at funksjonen eksisterer. Det kan også tenkes at en sektor bygges opp slik som andre sektorstrukturer, eller at det opprettes rent symbolske enheter uten at det iverksettes reelle funksjoner.

Hva er det som gjør organisasjoner så like? En sentral teori innenfor dette perspektivet er at resultatet av at organisasjoner tilpasser seg hverandre er at de ender opp med en slags strukturell *isomorfisme* (Mayer og Rowen 1977, Powell og DiMaggio 1983).

Isomorfiprosessen resulterer i en form for ensarting av i utgangspunktet ulike organisasjoner.

Hvordan adopteres, og innlemmes de rasjonaliserte mytene i en organisasjon? Powell og DiMaggio (1983:150) skiller mellom tre mekanismer for endring eller adoptering innenfor institusjonell isomorfisme. For det første kan oppskriftene *tvangsmessig* adopteres. Dette innebærer et eksternt press hvor organisasjonsoppskriftene er pålagt gjennom lov eller lignende. Organisasjonen har dermed ikke noe valg, men må gjennomføre endringen.

Eksempel på dette er internkontrollforskriftene som ble innført i Norge på midten av åttitallet og fortsatte utover på nittitallet. Den andre måten er *mimetisk* adoptering hvor organisasjonens usikkerhet fører til en etterligning eller miming av andre organisasjoner som blir sett på som suksessrike. Imitasjonen kan være nokså ukritisk og blir ofte intendert av konsulenter. Den

tredje måten organisasjonsoppskriftene blir overført på, er gjennom *normativt* basert adoptering. Denne formen refererer til profesjoners og faggruppers påvirkning på organisasjonens valg. Et eksempel på dette er medisinerens påvirkning i spredningen av ideen om evidensbasert praksis (Christensen et al. 2004:82). Innenfor forvaltningspolitikk så har NPM-ideene vært rådende oppskrift de siste tiårene. Disse mytene har gjennom ulike reformer vandret fra privat til offentlig sektor, men selv om en organisasjon importerer eller adopterer en idé trenger ikke det bety at ideen blir satt ut i livet, differansen mellom snakk og handling kan variere. Utfallet av å innføre en organisasjonsoppskrift kan være rask ideell tilkobling hvor det er samsvar mellom idé og praksis. Det motsatte resulterer i en frastøting av ideen og en tredje variant, en mellomting, oppnås når det oppstår en frikobling mellom idé og praksis, ideen blir bare et fenniss og ikke styrende for praksisen (Røvk 1998:146).

Organisasjonsoppskriftene møter på ulike måter motstand når de overføres til en organisasjon med egen kultur, normer og verdier. For det første må de gjennomgå en *kompatibilitetstest* hvor den nye organisasjonsoppskriften blir testet ut på grunnlag av tradisjonen. Den institusjonaliserte oppskriften må være kompatibel både teknisk og verdimesig for å slippe inn (Røvik 1998:148). Testen er dermed avgjørende for om det skjer en tilkobling eller en frastøting. Er det samsvar mellom forvaltningsreform og de rådende ideene i omgivelsene, kan det være enklere å oppnå aksept for endringene. Konformitetspresset kan også bli så stort at de legitime oppskriftene blir inkorporert, men de har da bare en symboleffekt og samsvarer ikke med reelle endringer i praksisen. Det snakkes om de nye ideene, men de nedfelles ikke i rutiner eller praksis. Femomenet kalles også *windowdressing*. Det jeg tidligere beskrev som en frikobling, har til hensikt å overbevise omgivelsene om at de kravene som settes er oppfylt, selv om det ikke er sammenheng mellom det som sies og det som gjøres.

Forventninger til omgivelsesperspektivet

Hovedfokuset rettes gjennom dette perspektivet mot eksterne omgivelser for bedre å forstå organisasjonsutviklingen over tid. I omgivelsesperspektivet vil tilsynsrollen i større grad være formet av omgivelsene, og stadig tilpasse seg kravene til omgivelsene. Det er grunn til å tro at denne tilnærmingen vil fremheve trekk ved utviklingen som ikke kom frem ved de to foregående perspektivene. De institusjonaliserte omgivelsene eller relasjonene rundt Helsetilsynet som jeg legger vekt på i min studie er hovedsaklig forholdet til den utøvende politiske ledelse, forholdet til søsterorganisasjonene på direktorats- og fylkesnivå, relasjonen til andre fagtilsyn, forholdet til sentrale profesjons- og interessegrupper, relasjonen til

spesialisthelsetjenesten som pliktsubjekt og forholdet til offentligheten gjennom hovedsaklig mediene.

I forhold til Helsetilsynets rolleutforming forventes det at både reformtiltak som gjennomføres og adopsjonen av nye styringsverktøy som tilsynet selv innfører, er preget av en viss konformitet overfor gjeldende oppskrifter på ”god” organisering av moderne tilsynsetater. Denne adopsjonen fremmer igjen en viss strukturell formlikhet med andre nasjonale og internasjonale institusjoner av tilsvarende art. Jeg forventer at den overordnede regjeringspolitikken virker styrende for en slik formlikhet, men også at Helsetilsynet selv har lært av andre, tilsvarende tilsynsetater og at de på denne måten blir mer og mer like tilsvarende etater som del av en homogeniseringsprosess. Omveltninger i omgivelsene vil påvirke en offentlig etats utvikling og slike omveltninger kan i denne sammenheng tenkes å være like de forvaltningspolitiske omveltningene vi har sett de siste tiårene i norsk sentralforvaltning. En mer eller mindre sammenhengende omveltning i Helsetilsynets omgivelser er den store omorganiseringen av sektoren med sykehusreformen som den største endringen. Media fungerer som en viktig informasjonskanal som igjen er med på å forme offentlighetens oppfatning, og offentlige organisasjoner som arbeider for befolkningens rettsikkerhet er ofte i medias søkelys (Hommen 2003). I den sammenheng kan det forventes at mediene kan være med å sette dagsorden for hva Helsetilsynet foretar seg, og at mer pågående journalistikk kan påvirke tilsynsrollens utforming og utøvelse. Innenfor dette perspektivet er det nødvendig å ha forståelse for en klar politisk reformlogikk som er preget av NPM-ideene. Dette gjenspeiles i måten den politiske ledelsen formulerer forvaltnings- og reguleringspolicyen på. Jeg forventer at Helsetilsynet utvikler sin tilsynsrolle ut fra politiske ønsker, men også ut fra forvaltningspolitiske tendenser og trender. Dette er impulser som økt autonomi og mer mål- og resultatstyring. Det er også grunn til å tro at disse trendene har ført til ytterligere rendyrking og fristilling av tilsynsrollen. Jeg antar at Helsetilsynet gjennom egenutvikling har funnet frem til noen internasjonale standarder som oppfattes som legitime oppskrifter på hvordan moderne tilsyn utøver sin rolle. Oppskrifter jeg forventer å finne, er bl.a. internkontroll og kvalitetsstyring. Organisasjoner legitimeres ved å oppfylle krav og myter i omgivelsene, men endringene som innlemmes etter adoptering og tilpasning av institusjonaliserte organisasjonsoppskrifter, kan både være reelle endringer, eller skinnendringer hvor endringen bare er et symbol som signaliseres ovenfor omgivelsene.

Ut fra dette perspektivet er det grunn til å anta at rolleutøvelsen til Helsetilsynet også er preget av trender i omgivelsene og at tilsynsrollen til en viss grad påvirkes av den gjeldende tidsånden. Metodeutviklingen vil ut fra dette perspektivet kjennetegnes ved utviklingen i nasjonale og internasjonale trender for moderne tilsynsetater. Praksisen kan i større grad avvike fra det bildet en prøver å skape av seg selv gjennom strategier og planer. Intensjonene rundt metoder og sanksjonsformer kan på den måten forandre seg over tid i tråd med rådende syn på den beste praksisen.

Jeg forventer at Helsetilsynet har en tilsynsprofil som stadig oppgraderes etter krav og forandringer i omgivelsene, men at det ikke alltid er samsvar mellom praksis og policy. Rolletypen vil til enhver tid være passende og legitim i omgivelsene, på denne måten kan det være liten sammenheng mellom rollebygging og rolleutøvelse, men det kan tenkes at de samsvarer bedre over tid. Tilsynspolicyen kan variere etter trender og ulike organisasjonsoppskrifter, mens selve praksisen er tregere å endre. Det kan også tenkes at det verserer to utgaver av institusjonens styrende retningslinjer, en som offentligheten skal se og like, og en som brukes når tilsynsrollen praktiseres.

2.4 Variabler og analysemodell

Rollebegrepet står sentralt i min problemstilling og de mest essensielle variablene i denne studien om Helsetilsynets tilsynsrolle, er den generelle rolleutforming og endringer i rolleutøvelsen ovenfor spesialisthelsetjenesten. Rolleutforming og rolleutøvelse representerer et skille mellom policy og praksis, og fungerer som indikatorer på tilsynsrollen. Jeg ønsker med andre ord å si noe om hvordan Helsetilsynets rolleutforming har endret seg og hvordan dette eventuelt har fått konsekvenser for den praktiske rolleutøvelsen. "Roller" kan forstås på mange måter og er oftest brukt innenfor sosiologien. En av de vanligste måtene å definere begrepet på, er som et sett av normer og forventninger knyttet til en bestemt posisjon i et sosialt system (Aubert 1997:99, Larsen 2001:158). Begrepet har kanskje mest for seg innenfor de mer sosiologiske institusjonelle perspektivene, men innenfor det instrumentelle perspektivet kan en si at rollebegrepet utelukkende er knyttet til de formelle rollene og forpliktelsene ved tilsynsfunksjonene og de klarlagte formelle forbindelsen til overordnet departement gjennom styringsdialog, tildelingsbrev og formelle etatsstyringsmøter, men også gjennom å utvikle egne tilsynsmetoder og å utøve tilsynsfunksjonen overfor sitt ansvarsområde (Christensen og Læg Reid 2002:18)

Min intensjon er å si noe om hvordan tilsynsrollen, pålegges, inntas og skapes på bakgrunn av en balanse mellom formelle krav, andres forventning og institusjonens egne valg og tolkninger. Slik kan et sett av forklaringsvariabler fange opp trekk og endringer i både rolleutforming og rolleutøvelse. Rolleutformingen omhandler utvikling, oppfatninger og forventninger som viser seg i forhold til tilsynsrollen. "Utforming" forstås som en indikator på policyutviklingen innenfor tilsynsrollen og handler om den tilsynspolicyen og strategien som legges gjennom overordnede retningslinjer, men også i forhold til formell organisering. Den viser seg også i måten organisasjonen legitimerer sin virksomhet på og hvordan de oppfatter sin rolle i relasjonen til andre sentrale aktører i omgivelsene. Ulike forvaltningsroller kan oppfattes som klart eller uklart definerte og kan igjen føre til rollekonflikt mellom ulike aktører. Jeg ønsker å undersøke ulike forhold ved utformingen av Helsetilsynets tilsynsrolle ved å gå nærmere inn på hvordan etaten selv forstår etableringen, utviklingen og legitimeringen av sin egen rolleutforming og rolleklarhet. Videre vil jeg undersøke relasjoner til andre aktører i omgivelsene som overordnet ledelse, andre helsemyndigheter og fagtilsyn, spesialisthelsetjenesten som pliktsubjekt og offentligheten.

Rolleutøvelsen er også en indikator på tilsynsrollen, men i større grad knyttet til praktiske forhold. Rolleutøvelse er handling på vegne av en gitt sosial institusjon. Her gjelder handlingen og den generelle opptreden i det offentlige, nærmere bestemt den praksis og de oppgaver som tilsynet utøver, og måten de bruker ulike metoder og hvordan de utøver sin autoritet gjennom bruk av sanksjoner. I denne forbindelse vil det også være interessant å undersøke den tilsynsfilosofien som preger forholdet mellom tilsyn og tilsynssubjekt. Rolleutøvelsen skal redegjøres for i forbindelse med tilsyn av spesialisthelsetjenesten og da gjennom ulike tilsyneoppgaver, bruken av sanksjoner eller kontrollmekanismer og Helsetilsynets grunnleggende arbeidsform.

Tabell 2.1 Analysemodell

Teoretiske perspektiv	Forklaringsvariabler	Avhengige variabler
<p>Instrumentelt perspektiv</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formell struktur: • Hierarki el. forhandling • Fristilling • Overordnet policy • Finansiering 	<p>Helsetilsynets rolleutforming:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisering • Legitimering av virksomheten • Relasjoner <p>Helsetilsynets rolleutøvelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppgaver og metoder • Sanksjoner • Tilsynets arbeidsform <p>Forventninger til sammenhengen: Endringer i tilsynsrollen er knyttet til endringer i overordnede signaler, interne strategier og målsetninger. <u>Tett kobling</u> rolleutforming og rolleutøvelse.</p>
<p>Kulturperspektiv</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Historien • Egen tilsynsfilosofi • Org. kulturen • Kompetansen 	<p>Helsetilsynets rolleutforming:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisering • Legitimering av virksomheten • Relasjoner <p>Helsetilsynets rolleutøvelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppgaver og metoder • Sanksjoner • Tilsynets arbeidsform <p>Forventninger til sammenhengen: Endringer i tilsynsrollen påvirkes av institusjonelle verdier og normer. Her er det <u>delvis kobling</u> mellom rolleutforming og rolleutøvelse. Policy kan komme som en følge av praksis.</p>
<p>Omgivelsesperspektiv</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Særtrekk i omgivelsene • Organisasjonstrender • Media og offentligheten 	<p>Helsetilsynets rolleutforming:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisering • Legitimering av virksomheten • Relasjoner <p>Helsetilsynets rolleutøvelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppgaver og metoder • Sanksjoner • Tilsynets arbeidsform <p>Forventninger til sammenhengen: Endringer i tilsynsrollen skyldes i takt med konformitet for hva som er passende atferd i forhold til omgivelsene. Er det <u>liten eller ingen</u> sammenheng mellom rolleutforming og rolleutøvelse.</p>

3.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for de metodiske valgene som er gjort i forbindelse med gjennomføringen av denne studien. Først vil jeg presentere casestudiet som forskningsstrategi, deretter vil jeg gå nærmere inn på det aktuelle datagrunnlaget og beskrive den konkrete forskningsprosessen. Til slutt i dette kapitlet vil jeg gjøre noen betraktninger om studiens pålitelighet og generaliserbarhet.

3.1 Forskningsdesignet

Forskningsdesignet skal fungere som studiens overordnede struktur og rammeverk (Bryman 2000). Studiens problemstilling og de teorier som er valgt er med på å bestemme hvilken forskningsstrategi og hvilket datagrunnlag studien krever. Jeg har valgt å gå i dybden på en enhet og benytter meg dermed hovedsaklig av en kvalitativ tilnærming.

3.11 Casestudiet som forskningsstrategi

Jeg har valgt å bruke casestudiet for å beskrive og forklare endringer i utformingen og utøvelsen av Helsetilsynets tilsynsrolle. Casestudiet er en dybdestudie som har til formål og skape en unik helhetsforståelse over et lite, men unikt forskningsfelt. I denne sammenheng er det en inngående studie med Helsetilsynet som enhet. Den norske forvaltningen har stadig flere tilsynsorganer, men det er kun en etat som er direkte ansvarlig for å føre tilsyn med forsvarligheten i helse- og sosialtjenesten. Etaten er særegen for sitt ansvarsområde, men den har også noen strukturelle trekk som er helt spesielle i og med at det er et spesialisert og rendyrket tilsyn som vi ikke har maken i norsk sammenheng. Dette fører til at Helsetilsynet på ulike måter er et unikt forskningsfelt. I følge Yin (2003) er det særlig tre forhold som er kjennetegner en casestudie: studieobjektet bør være et samtidig fenomen, det bør ha en naturlig kontekst og det bør være mulighet for å benytte et mangfold av datakilder.

Helsetilsynets rolleutforming har vært under press de siste årene, med stadige omorganiseringer i forvaltningen og i sektoren. Selve rolleutførelsen er stadig aktuell med at Helsetilsynet uansett endringer må utøve sin myndighet. Det er derfor liten tvil om at Helsetilsynet og dets rolleutvikling er et samtidig fenomen. Endringene og utviklingen er ikke bare aktuelle, de skjer også gjennom gjensidig påvirkning med andre aktører og forhold i tilsynets omgivelser. Helsetilsynet som case har på denne måten en naturlig kontekst, hvor

grensen mellom enheten og omgivelsene ofte kan bli uklar. Når det gjelder mangfold av datakilder, er også det et forhold som innfris i denne studien av Helsetilsynet. Det ligger til rette for å benytte seg av både skriftlige kilder og muntlige kilder og data som både er kvalitativ eller kvantitativ.

I denne casestudien er det mange variabler som skal undersøkes innenfor en enhet og mye data som skal samles inn, dette muliggjør bruken av ulike innsamlingsteknikker. Jeg skal i min studie bruke ulike kvalitative innsamlingsmetoder som dokumentanalyse og informantintervjuer, men i utarbeidelsen og datainnsamlingen rundt rolleutøvelsen til Helsetilsynet, fant jeg det nyttig å bruke kvantitative data for å beskrive omfanget av tilsynspraksisen. Kvantitative data har ofte form som tall som analyseres ved hjelp av statistiske teknikker. Jeg har i andre empirikapittel (kapittel 6) benyttet meg av tabeller med beskrivende statistikk, hvor tallmaterialet er hentet fra Helsetilsynets egne rapporteringer. Hovedintensjonen med å benytte beskrivende statistikk, er at det virker oppsummerende med en oversikt over antall tilsyn, og dessuten fremstiller det et forholdstall på hvor omfattende kontrollen er.

Helsetilsynet er den aktuelle enheten i denne studien, men tilsynsmyndigheten består av et sentralt og et operasjonelt fylkesnivå. Studien har et overveiende fokus på Helsetilsynets sentralledd. Dette skyldes både at det er her policyen formuleres og tilrettelegges, men også at det overordnede nivået i større grad er rendyrket og mer oversiktelig. Dette nivået har kontakt med politisk ledelse og er i stand til, og har en legitim plikt til, å påvirke sentrale aktører. I forhold til problemstillingen om tilsynets rolleutøvelse, var det i andre empirikapittel (kapittel 6) behov for å fremheve aktiviteten som det regionale nivået utøver, ettersom de er operative i forhold til selve tilsynspraksisen. Til tross for dette er det hovedsaklig det sentrale nivået jeg ønsker å si noe om utviklingen i.

3.2 Datagrunnlaget

Jeg har samlet inn aktuell informasjon fra både skriftlige og muntlige kilder og benyttet meg av kvalitative metoder som dokumentanalyse og informantintervjuer. Jeg skal her redegjøre for de skriftlige og muntlige datakilder som ligger til grunn for denne studien, ved å si litt om hvordan jeg gikk frem i datainnsamlingen, og hvilke erfaringer jeg hadde med selve innsamlingen.

Jeg har også foretatt en periodisering av datagrunnlaget i forhold til utviklingen i tilsynsrollen. Inndelingen består av to perioder, hvor første del går fra 1994 og frem til omorganiseringen i 2002. Denne første perioden ser jeg på som viktig i forhold til etableringen av et moderne tilsyn. Andre perioden går fra 2002 til 2005. Omorganisering og ulike sektorreformer i 2002 er her utgangspunktet for en periode med store forandringer som igjen kan påvirke tilsynsetatens rolleutforming og rolleutøvelse.

3.21 Skriftlige kilder og dokumentanalyse

Den skriftlige informasjonen som er innhentet, omfattet en betydelig mengde dokumenter og en gjennomgang og fortolkningen av dette materialet var grunnlaget for det først bildet jeg dannet meg av tilsynsetaten. Det viste seg senere i innsamlingsprosessen at den informasjonen jeg fikk gjennom mine muntlige kilder skulle endre dette bildet og danne en mye klarere og mer helhetlig forståelse av hvordan Helsetilsynet oppfatter sin tilsynsrolle. Her skal jeg både si litt om innhenting av skriftlige data, litt om hvilke dokumentene som er benyttet og hvordan jeg har gått frem for å behandle datamaterialet ved hjelp av dokumentanalyse.

Datagrunnlaget er primært hentet fra åpne offentlige dokumenter og rapporter fra perioden 2000-2006. Datamaterialet kan deles inn i tre grupper ut fra hvor det er innhentet. Først og fremst er hoveddelen av materialet produsert av Helsetilsynet selv. Her har jeg hovedsaklig funnet den informasjonen jeg trenger på den meget informative hjemmesiden til Helsetilsynet (www.helsetilsynet.no). Nettstedet fungerer som en database for aktuell informasjon og publikasjoner tilknyttet Helsetilsynet og har som målgruppe alle med ansvar innen sosial- og helsetjenester og for journalister. Nettsiden inneholder mye informasjon som har vært nyttig for å skape et inntrykk av tilsynsrollen og tilsynsutøvelsen. Her har jeg samlet sentrale dokumenter og rapporter fra perioden før 2002, fra omorganiseringen og særlig for dagens aktivitet og situasjon. Jeg har tatt utgangspunkt i den årlige *Tilsynsmeldingen* som inneholder kronikker og temaartikler skrevet av interne og eksterne forfattere, hvis hensikt er å kaste lys over sider ved sosial- og helsetjenestene som fortjener offentlig oppmerksomhet og debatt. Meldingen inneholder også data og statistikk for året som har gått. *Årsrapporten* er også et sentralt årlig dokument som Helsetilsynet leverer til Helse- og omsorgsdepartementet. Dokumentet er grunnlag for drøfting av måloppnåelse i forhold til de oppdrag som er gitt og omfatter Helsetilsynet og Helsetilsynet i fylkene. Foruten disse publikasjonene har jeg gjennomgått *virksomhetsplanene* for perioden, aktuelle *strategidokumenter*, *uttalelser* og

brev. Den andre gruppen skriftlige kilder er hentet fra offentlige utredninger, regjerings- og stortingsdokumenter og lovtekster. I den forbindelse har jeg brukt sentrale *NOUer*, *tildelingsbrev*, *proposisjoner* og *innstillinger* som kilder. For denne dokumentgruppen er det kun de årlige tildelingsbrevene for perioden som er systematisk gjennomgått. Det er gjennom tildelingsbrevene offentlige virksomheter instrueres direkte av overordnet myndighet. Med bakgrunn i Stortingets budsjettvedtak, utarbeides årlige tildelingsbrev hvor det ansvarlige fagdepartementet presenterer de økonomiske rammene for virksomheten, samt beskriver prioriteringer, resultatmål og andre forhold, slik at virksomhetene i sitt arbeid med virksomhetsplanlegging kan ta hensyn til føringer som fremgår av St.prp. nr. 1 for det aktuelle år. Den tredje gruppen med skriftlige kilder er basert på sekundære kilder som tidligere studier, avisartikler og tidsskriftsartikler. Denne dokumentgruppen kommer jeg tilbake til i et senere avsnitt.

Jeg har gjennomgått dokumentene systematisk flere ganger og selektivt valgt ut informasjon som er sentral i forhold til problemstillingen med å kategorisere informasjonen før jeg har brukt den i skriveprosessen. Erfaringen er at forskningsdesignet jeg har lagt opp til, er så dynamisk at det åpner for andre interessante dokumenter som kommer til underveis. I forbindelse med kontekstkapittelet (kapittel 4) og det første empirikapittelet om tilsynets rolleutforming (kapittel 5), måtte jeg gå tilbake og finne dokumentasjon fra før 1983 og frem til i dag. Dokumenter fra alle dokumentgrupper ble benyttet. I forbindelse med det andre empirikapittelet (kapittel 6) og selve rolleutøvelsen, brukte jeg kun dokumenter innenfor perioden 2001-2006, hovedsaklig rapporter fra Helsetilsynet som inneholder de aktuelle årenes aktivitet. Hovedsaklig er dataene som fremstilles i kapittelet basert på dokumenter som Helsetilsynet selv har produsert.

3.22 Muntlige kilder og informantintervjuer

For å sikre et bedre grunnlag for å etablere fakta som ikke kan gjøres til gjenstand for videre tolkning, har jeg i denne studien valgt å supplere datamateriale som er innsamlet via dokumenter med intervjudata. Ved bruk av informantintervjuer tar jeg sikte på å få innsikt i respondentens erfaringer og tanker. Videre i denne delen vil jeg redegjøre for de teknikkene jeg har brukt, og hvordan jeg videre har benyttet meg av data som er innsamlet fra muntlige kilder.

Intervjuene kan gjennomføres med ulike teknikker, fra nærmest løse samtaler rundt et tema til strengt strukturerte oppsett med fastsatte spørsmål som ikke skal avvikes. Jeg har valgt en mellomløsning av disse, et såkalt semi-strukturert intervjuoppsett (Creswell 2003). Før gjennomføringen av intervjuene ble det laget en intervjuguide til bruk under intervjuene. Intervjuguiden skulle være retningsgivende og konkretisere spørsmålene i en operasjonell form slik at jeg får tak i ønsket informasjon. Intervjuguiden skulle være et verktøy for å standardisere sentrale spørsmål som igjen kunne innhente sammenlignbare data, men også for å kunne prioritere viktige spørsmål med tanke på den korte tiden som er til rådighet under et intervju. Før intervjuet ble det sendt ut en temaoversikt til alle informanter, og hovedtanken bak dette var å gi informantene en mulighet til å forberede seg på innholdet i intervjuet. Tilgang og innpass fikk jeg etter kontakt med assisterende direktør i Helsetilsynet, Geir Sverre Braut, som gav svært positiv tilbakemelding og tilgang for intervjuer med sentrale personer i etaten. Videre fikk jeg tildelt en svært imøtekommende, hjelpsom og erfaren kontaktperson som valgte ut nøkkelinformanter, samt at intervjuavtalene ble fastsatt og ordnet etter mine ønsker. Nøkkelinformanter er personer som antas å ha særlig god oversikt og innsikt på sentrale områder en ønsker å få belyst (Andersen 2006). Jeg ytret ønske om å intervju de personene i Helsetilsynet som jobber aktivt med å utarbeide strategiplaner, retningslinjer og policyutvikling. I forbindelse med utvelgelsen av informanter, hadde jeg med grunnlag i tema og problemstilling ønske om å intervju personer som satt i sentrale posisjoner i det sentrale Helsetilsynet og som hadde jobbet i etaten også før omorganiseringen i 2002. Jeg fikk tilgang til å gjennomføre i alt syv intervjuer, alle informantene hadde jobbet i etaten siden før 2002, og flere hadde erfaring tilbake til omorganiseringen i 1994. Informantene var jevnt representert fra etatens tre avdelinger.

Fem av intervjuene ble gjennomført i Helsetilsynets lokaler i Oslo, de siste to ble gjennomført i Bergen. Seks av informantene var ansatt i Helsetilsynet sentralt, mens det syvende og siste intervjuet ble gjennomført med en fylkeslege². Det siste intervjuet er hovedsaklig ment som et supplement til de øvrige respondentene. Informantintervjuene varte mellom 60 og 70 minutter, hvor respondenten redegjorde for sin opplevelse og sin forståelse av sentrale hendelser. Til tross for intervjuguiden, lot jeg mine informanter få snakke litt fritt rundt den aktuelle tematikken og på denne måten fikk jeg et innblikk i subjektive fortolkninger av Helsetilsynet. Alle intervjuene ble etter samtykke tatt opp på minidisk og videre bearbeidet og

² Fylkeslegen hevdet selv å ikke være representativ for alle landets fylkesleger. Dette har sammenheng med størrelsen på ansvarsområdet og det høye fokuset på tilsynsoppgaver som er i denne avdelingen.

oppbevart konfidensielt. Etter intervjuene startet prosessen med å transkribere lydbåndene om til tekst. Videre gjennomgang og sammenligning av materialet har ført til at jeg har brukt både sitater og en generell tolking av hva informantene har fortalt meg. Den generelle erfaringen med intervjuene er svært god og informantenes oppfatning av Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse utgjorde et mer utfyllende og tydeligere bilde enn det jeg hadde tilegnet meg gjennom ulike dokumenter. Dette gjorde meg bedre egnet til å gå videre med skriveprosessen. Jeg har valgt å anonymisere mine informanter i gjengivelsen av informantdataene. Dette er et valg jeg selv har gjort på grunnlag av at jeg ikke ønsker å utlevere mine informanter direkte. Det er kun direktøren som i et par sammenhenger nevnes med stillingstittel. Bak i oppgaven finnes et vedlegg med navneliste over informantene og et eksempel på intervjuguide.

3.23 Sekundære kilder

Jeg har benyttet meg av den informasjonen som sekundære kilder har å tilby, dette gjelder både tidligere studier som er gjort på området, tidligere intervjuer som er gjengitt i aviser og tidsskrifter med sentrale personer, men også beskrivende statistikk som er innsamlet og referert av Helsetilsynet. Jeg har særlig benyttet sekundærkilder i forbindelse med å hente inn informasjon om omorganiseringene i helsesektoren. Eksempler på dette er en studie fra omorganiseringsprosessen i 1983 og 1994 (Christensen 1994), og en studie av prosessen i 2002 (Beleck-Olsen 2005). Jeg har også benyttet meg av artikler om sentrale begreper og tematikk som er skrevet av Helsetilsynets egne ansatte. Videre har jeg funnet intervjuer av sentrale helsebyråkrater og tidligere helsedirektører og eventuelle helseministre i aviser og fagtidsskrifter. Disse intervjuene har igjen vært knyttet til omorganiseringsprosesser. Jeg har valgt å supplere datamaterialet med beskrivende statistikk. Informasjonen i tabellene jeg har anvendt i andre empirikapittel (kapittel 6) har jeg ikke samlet selv, men jeg har tilpasset tabellene med informasjonen som Helsetilsynet selv har redegjort for i årsrapporter og tilsynsmeldinger. Det betyr at dette er sekundære data og de kan dermed inneholde litt unøyaktigheter. Seleksjonen jeg har gjort rundt den beskrivende statistikken viser hovedsaklig hvor omfattende tilsynsaktiviteten er i forhold til spesialisthelsetjenesten.

3.3 Reliabilitet og validitet

Dataenes reliabilitet og validitet er sentrale forhold som må tas hensyn til i hele forskningsprosessen, helt fra hvordan dataene kodes, hvordan de videre tolkes til hvordan de brukes i analysen. Reliabilitet er forbundet med dataenes troverdighet og bekreftbarhet, mens validitet dreier seg om overførbarhet i forhold til konkrete situasjonsbetingelser og teoretiske forutsetninger (Andersen 2006:291).

Reliabiliteten er knyttet til hvordan jeg har gått fram med studien og dermed muligheten for å replisere. Casestudiet og den kvalitative metoden er utsatt for kritikk i forhold til at databehandlingen er for upresis og lite etterprøvnbar og dermed begrenset i forhold til reliabiliteten. For å øke troverdigheten er det derfor viktig å redegjøre for de ulike fasene i forskningsprosessen, med bl.a. metoder, utvelgelseskriterier og avgrensninger som ligger til grunn for studiens datagrunnlag. I forbindelse med intervjusituasjonen må jeg være forsiktig med å ikke påvirke respondenten gjennom intervjueffekten og konteksteffekten. Intervjuene ble tatt opp digitalt for å ha mulighet til å gjengi informantene korrekt. I forbindelse med de skriftlige kildene, er alle referanser merket i teksten etter beste evne og listet opp i referanselisten. Data hentet fra skriftlige kilder er varige og reliable i den forstand at det er mulig å gå tilbake og se hva som står skrevet, for teksten er tilgjengelig i samme form uavhengig av tid, sted og forsker. Når selve tolkningen pågår, er det derimot avhengig av det fokuset som forskeren legger vekt på. Et annet viktig aspekt med dokumentanalyse er at kildene må vurderes i forhold til den konteksten de er utformet i (Thagaard, 2003:60).

Reliable eller pålitelige måleinstrumenter gjenspeiles i kvaliteten på forskningen og gjennom å operasjonalisere teoretiske begreper og konstruksjoner prøver jeg å gjøre rolleutforming og rolleutøvelse målbare. En slik kategorisering av innholdet vil også gjøre vurderingen enklere. Det fleksible studieopplegget legger muligheten til rette for både å vurdere og justere måleinstrumentene underveis for å øke graden av reliabilitet. Både i forhold til intervjuene og i dokumentanalysen, må en utøve en viss form for kildekritikk, dette må en ta med i betraktningen når funnene presenteres.

I vitenskapelige arbeider er det ikke tilstrekkelig at arbeidet er gjennomført på en pålitelig måte. Det må også ha en viss gyldighet basert på vitenskapelige prinsipper. Graden av validitet eller gyldighet i mine funn er knyttet til om det jeg måler er det jeg gjennom problemstillingen sier jeg skal måle. En kan skille mellom ulike typer validitet. Jeg vil trekke

fram begrepsvaliditet, intern validitet og ekstern validitet. Begrepsvaliditet er avhengig av problemformuleringen og operasjonaliseringen. Klarer jeg å fange opp de begrepene som jeg har på det teoretiske nivået i innsamlingen og analysen av de empiriske dataene?

Begrepsvaliditeten beskriver overgangen fra teoretiske begreper til empirisk undersøkelse, og det vil ofte være en skjønsmessig vurdering og justering i forhold til hvor stort samsvaret mellom det en planlegger å måle og det en måler er. Jeg kan blant annet trekke fram tilsynstypene som Pollit et al. (1999) har utviklet på grunnlag av komparative studier med sentrale revisjonsorganer som case. Kan bruken av denne typologien være fruktbar i en studie av et fagtilsyn? Riksrevisjonen i Norge skiller seg fra Helsetilsynet på mange måter.

Riksrevisjonen er Stortingets revisjonsorgan som utfører overordnet forvaltnings- og økonomi revisjon ovenfor hele statsforvaltningen, mens Helsetilsynet er tilknyttet fagdepartementet og utfører tilsyn med forsvarligheten i tjenestene. Likevel vil en typologi være så generell at den kan overføres til andre tilsyn på en pragmatisk måte. Den interne validiteten oppnås med at det i studien er samsvar mellom problemstilling, teorigrunnlag og analyse. I denne studien vil jeg sikre den indre validiteten ved å bruke analysemodellen som er gjengitt i teorikapittelet (kapittel 2) som en rød tråd gjennom hele oppgaven. Casestudier blir ofte kritisert på grunn av manglende ekstern validitet eller vanskeligheter med å generalisere fra en enhet til andre enheter. Statistisk generalisering er ikke mulig med det forskningsopplegget jeg bruker, da er det mer fornuftig å snakke om en empirisk generalisering hvor den kunnskapen en har tilegnet seg gjennom studien, kan overføres til tilsvarende etater og forhåpentligvis si noe om utviklingen i tilsynsfeltet generelt.

4.0 Kontekst og bakgrunn

Dette kapittelet gir en innføring i Helsetilsynets bakgrunn og kontekst. Det kan tenkes at tilsynsrollen er etablert og utviklet gjennom påvirkning av særegne kontekstuelle forhold, og det kan derfor være nyttig å se nærmere på utvalgte forhold av denne utviklingen. Jeg vil forstå utformingen av en moderne helseforvaltning i lys av sentrale endringer og trender i forvaltnings- og helsepolitikk. På denne måten håper jeg å frembringe noen forklaringsvariabler som igjen kan styrke forståelsen av utviklingen av Helsetilsynets tilsynsrolle i perioden 1994 til 2005. Kapittelet starter på et overordnet makronivå, med internasjonale forvaltningsreformer tilknyttet NPM. Det forsetter med utviklingstrekk ved den norske regulerings- og helsepolitikk de siste tiårene, og avrundes med et nærmere blikk på Helsetilsynets historiske utvikling og dagens demografi.

4.1 Internasjonale forvaltningsreformer

NPM er samlebetegnelsen på en forvaltningstrend som har vært gjeldende i en rekke OECD-land de siste 30 årene (Christensen og Læg Reid 2001). Trenden fremstår nærmest som en reformbølge, hvor en rekke radikale endringer, preget av modernisering og markedsretting, gjennomføres i offentlig sektor. I de siste åren er det iverksatt en rekke omorganiseringer i den norske velferdsstaten inspirert av NPM-tankegangen (Christensen & Læg Reid, 2005), og studier viser at slike reformer oftest gjennomføres som sektorreformer, noe sykehusreformen er et godt eksempel på (Christensen 2006).

NPM beskrives som et nytt paradigme i utviklingen av den offentlige forvaltningen (Aucoin 1990). Hood (1991) hevder at NPM oppstod som en ny måte å tenke forvaltning på, en ny doktrine med dogmatisk innhold. Ideen om ny offentlige ledelse karakteriseres av en streben etter å holde den offentlige sektoren strømlinjeformet og målrettet. Reformene legitimeres enten gjennom politisk ideologi (liberalisering, thatcherisme), eller gjennom samfunnsøkonomiske argumenter (økonomieffektivisering av stor offentlig sektor). NPM-tiltakene som iverksettes består i stor grad av fristilling, markedsretting og deregulering. En stor del av logikken som ligger til grunn, er å opprettholde klare skiller mellom ulike prioriteringer, noe som forutsetter klare premisser og klare mål, noe som igjen utgjør et behov for et skarpere skille mellom politikk og administrasjon. Dette fraviker den forvaltningskulturen Jacobsen beskriver (Jacobsen 1960, Christensen et al. 2004:53). Ved å

øke autonomien eller å fristille forvaltningsorgan oppnås klarere styringslinjer hvor politisk ledelse kommer på ”en armlengdes avstand”. *Single purpose organisasjoner*, eller spesialiserte organisasjoner, er et godt eksempel på hvordan administrative etater frakoples politisk ledelse både strukturelt og funksjonelt. På denne måten utformes en underliggende etat til å bli et skarpere styringsverktøy, og med det følger ofte en klarere definert etatsrolle (Christensen og Læg Reid 2002:29). Dagens Helsetilsyn er helt klart organisert etter slike prinsipper, og fremstår som fristilt og rendyrket.

4.2 Reguleringspolitikk

Politisk styring utvikler seg i møtet med den NPM-inspirerte reformlogikken (Læg Reid et al. 2005), og en logisk følge av utviklingen med mer autonomi og fristilling av offentlig virksomhet, er økt behov for kontroll og regulering (Hood et al.1999). Behovet for endringer i den politiske styringen kan også være påvirket gjennom ulike organisasjonstrender innenfor forvaltnings- og reguleringsområdet og av internasjonale aktører som EU, OECD og WHO. Utgangspunktet for stortingsmeldingen ”*Om statlige tilsyn*” (St.meld. nr. 17 (2002-2003)), og ny retning i den norske reguleringspolitikken, var en overordnet gjennomgang av statlige tilsynsordninger gjennom utredningen ”*(Be)grep om tilsyn*” (Statskonsult 2002). I utredningen ble ”tilsyn” forstått som: ”*myndighetsapparatets kontroll med hvor rettslige forpliktelser knyttet til ekstern produksjon, aktivitet eller posisjon etterleves, samt eventuelle etterfølgende reaksjoner med avvik.*” (ibid).

4.21 St.meld. nr. 17 (2002-2003). Om statlige tilsyn.

Stortingsmeldingen henviser til Regjeringens plan, med administrasjonsminister Victor Norman i spissen, om en kvalitetsreform for statlige tilsyn. Reformen skulle være et ”*tiltak som kunne være med på å sikre og styrke tilsynenes autoritet og tillit*” (St.meld. nr. 17 (2002-2003):10). Meldingen behandler ulike prinsipielle og organisatoriske forhold rundt tilsyn og tilsynsrollen i den norske statsforvaltningen, hvor Regjeringen ønsket å angi en generell retning for tilsynsformens videre utvikling. Tilsynsorganene skulle bli bedre i stand til å møte kravene om en mer funksjonsdyktig offentlig sektor, med en styrking av den faglige uavhengigheten i forhold til departementet, med å avgrense og avklare tilsynsbegrepet og med å iverksette tiltak for å øke tilsynskompetansen (ibid).

For å styrke fagtilsynene og å øke rolleklarheten ble det fremmet ulike forslag om hvordan en bør tilstrebe visse organisatoriske skiller mellom tilsynsrollen og andre forvaltningsroller, gjennom å rendyrke tilsynsrollen og styrke den faglige uavhengigheten.

Det ble lagt vekt på at de ulike regelverkene skulle forenkles og at det derfor var grunnlag for sterkere fokus på prinsippet om internkontroll, og at tilsynsfilosofien i større grad burde baseres på utarbeidelse av funksjonskrav enn detaljerte utforminger av forskrifter (ibid:26) Meldingen omhandlet også legitimiteten til tilsynene: *”For at tilsynene skal kunne utøve sin rolle er det helt avgjørende at de har tillit og troverdighet i forhold til offentligheten”* (ibid). De direkte endringene som ble fremmet i meldingen var omorganisering og omlokalisering av tilsynsorganer innen helse, miljø og sikkerhet, på trafikk og trafikksikkerhetsområdet, på markeds- og konkurranseområdet og på medietilsynsområdet (ibid).

St.meld. nr. 17 (2002-2003). *Om statlig tilsyn.* ble moderert i Stortinget. Meldingens intensjon om endringer i forhold til instruksjonsretten og oppbygging av kagenemnder i tilsynssektoren ble utsatt på ubestemt tid. Utflyttingen av tilsyn ble derimot gjennomført, stort sett, etter meldingens intensjoner (Meland 2006, Homme 2003). Da meldingen kom i 2003 hadde Helsetilsynet akkurat vært gjennom en omfattende strukturell rendyrking. Derfor blir Helsetilsynet trukket frem i meldingen som et godt eksempel på rolleklarhet og spesialisering. Meldingen får med andre ord ikke store strukturelle konsekvenser for Helsetilsynet, men den er med på å styrke og tydeliggjøre innholdet i etatens tilsynsrolle. Det legges også opp til et større fokus og utvikling i forhold til klagebehandling og områdeovervåkning. *”Utviklingen innenfor statlig tilsyn, bl.a. tydeliggjort i St. meld 17 Om statlig tilsyn, har vært fra tradisjonell kontroll til internkontrollbasert tilsyn”* (Helsetilsynet 2005f:3). Andre fagtilsyn blir i større grad berørt av tilsynsreformen. Flere ble fristilt og rendyrket på lik linje med prosessen i Helsetilsynet. Eksempelvis ble Konkurransetilsynet og tilsynsfunksjonen i luftfartssektoren omlokalisert etter en lengre politisk drakamp (Meland 2006, Homme 2003).

4.3 Helsesektoren

I denne delen vil jeg trekke frem ulike forhold og utviklingstrekk ved helsesektoren som på en eller annen måte kan ha påvirket utviklingen av Helsetilsynets struktur eller innhold. Det offentlige helsevesenet har lang historie og sterke tradisjoner, noe som igjen er med på å bringe frem noen sektorspesifikke kjennetegn. Sektoren består av en rekke profesjoner, med egne verdier og egen etikk. Helsesektoren er særpreget med en medisinfaglig dominans, både

gjennom et faglig og styringsmessig hegemoni. Innenfor medisindisiplinen er idealet om selvregulering og kontroll av egen virksomhet mer utbredt enn i noen annen profesjon (Power 1999:105). Sektoren, spesielt sykehussektoren, kjennetegnes også av stadige og raske endringer og videreutvikling i teknologi og kunnskap.

4.31 Helsepolitiske endringer

Helsesektoren er en samfunnsmessig og politisk stor og viktig sektor. Idealet i det norske helsevesenet at alle borgerne har rett på likebehandling og like tjenestetilbud, og en velfungerende helsetjeneste forutsetter at tjenestetilbudet skal samsvare med etterspørselen. Dette prinsippet ligger nedfelt i den norske velferdsstaten gjennom ulike lover og sosiale rettigheter. Fra oppbygningen av velferdsstaten til den omorganiseringsbølgen vi er vitne til i dag, har politisk krav og signaler påvirkning på ulike forhold. Moderniseringen av helsevesenet starter på slutten av 1990-tallet, og en kan hevde at tradisjonell "public health administration" gikk over til "public health management", eller at helsepolitikk gikk over til å bli "helseøkonomikk" (Berg 2005).

Kvalitetspolitikk i helsetjenesten

Kvalitetsretorikken har økt innenfor dette politikkkfeltet de seneste årene. Den tradisjonelle kvalitetsstyringen i helsesektoren er knyttet til strukturelle forhold som utdanning og autorisasjon (Hallandsvik 2005), men etter hvert har helseorganisasjonene blitt større og mer uoversiktlige. Den nye kvalitetstankegangen går i større grad ut på forbedring av organisering, ledelse og rutiner. På 1980- og 90-tallet hadde mange europeiske land initiert programmer for kvalitetssikring i helsesektoren (ofte referert til som quality assurance eller QA). I 1994 ble tilsvarende systemer forsøkt innført i norsk helsevesen. Tilsynsloven påla alle helsetjenesteytere å etablere systemer for internkontroll³. Internkontroll angår virksomhetens systemer for ledelse og styring⁴, og myndighetskravet innebærer at virksomhetene er pliktige til å etablere systematiske tiltak som etterpå kan følges opp og kontrolleres. Oppfølgingen er

³Lov om statlig tilsyn i helsetjenesten kom i 1984. Det het da i § 3 at: "Tilsyn med at det føres egenkontroll" (Innst. O. nr. 42 (1983-84). I 1994 lød samme punkt: "Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll".

⁴ Internkontroll ble i Norge først innført i oljesektoren. Her snakker man i dag i større grad om styringssystemer, eller safety management system, enn om internkontroll.

et lederansvar og skal være en del av den daglige driften (St. meld. nr.17 (2002-2003):27). Slike lovpålagte kvalitetssystemer skulle utgjøre den bærende delen av helsevirksomhetenes kvalitetssikringsarbeid. I denne perioden var det daværende Statens helsetilsyn og fylkeslegene som var sentrale pådrivere for å innføre internkontroll og kvalitetssikring i tjenestene, og i arbeidet med nasjonal strategiplan for kvalitetsutvikling i helsetjenesten var hovedmålet at alle virksomheter skulle etablere kvalitetssystemer innen år 2000. Sluttrapporten fra prosjektet viser at det overordnede målet viste seg å være vel ambisiøst. Resultatene avdekket store variasjoner, men generelt sett var sykehusene kommet lengre i dette arbeidet enn i de fleste andre helsetjenestene (Helsetilsynet 2002). I dagens helsevesen er det Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) som er ansvarlig for å fremme kvalitetsarbeidet. Direktoratet jobber både med strategiplaner for å bedre kvaliteten i tjenesten, og delvis med kvalitetskontrollen av helsetjenestene. Etter at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble opprettet, fikk senteret bl.a. i oppgave å utarbeide erfaringsbaserte analyser av kvaliteten på helsetjenester, eksempelvis utarbeider de nasjonale kvalitetsindikatorer⁵ som brukes i spesialhelsetjenesten. Kritiske røster mener å hevde at disse indikatorene er relativt politiserte og har liten påvirkning på den reelle forbedringen til å sikre tjenestene.

Endringer i helselover og pasientrettigheter

I perioden fra 2000 til 2005 skjedde det store endringer i lovtekster, forskrifter og ikke minst i kunnskapen om hvordan helseretten skal etterleves i praksis. Flere nye helselover kom til, og andre sentrale lover ble vedtatt endret. Eksempel på dette er Pasientrettighetsloven, Helseforetakloven og Helsepersonelloven. Ytterligere helselover og en rekke sentrale forskrifter har kommet til i etterkant. Slike endringer får igjen konsekvenser for etater, som Helsetilsynet, som skal påse at store deler av lovverket på området etterleves.

Det har også skjedd endringer i forhold til pasientgruppen de siste åren. Pasientperspektivet skal, i større grad enn før, ligge til grunn for den helsehjelpen som ytes. Pasienten har gjennom de siste årene fått bedre definerte rettigheter (NOU 2005:3). Den nye pasientrollen har utviklet seg mer mot en forbrukerrolle, hvor brukermedvirkning og valgfrihet er sentrale stikkord. Gjennomsnittspasienten har gått fra å være passiv og autoritetstro til å bli mer aktiv,

⁵ Kvalitetsindikatorer har til hensikt å måle kvaliteten i spesialisthelsetjenesten, den indikerer eller operasjonaliserer slik at kvaliteten på tjenestene kan måles kvantitativt. Indikatorene varierer, men brukes innenfor alle de tre virksomhetsområdene. Eksempel på slike kvalitetsindikatorer i somatiske sykehus er antall korridorpatienter, liggetid, ventetid og epikrisetid.

medvirkende og bevisst, men sammenlignet med den nye ressurssterke pasienten står ressursvake- og sårbare pasientgrupper i stor kontrast. Pasientorganisasjonene har dessuten fått formell representasjon, og den tidligere frivillige, fylkeskommunale, *pasientombudsordningen* for spesialhelsetjenester, med et pasientombud i hvert fylke, har nå blitt lovpålagt og statlig. Pasientombudet er underlagt SHdir og kontaktes av pasienter og pårørende for bistand, råd og veiledning angående pasientrettigheter (www.shdir.no/pasientombudet).

4.32 Sykehusreformen

På slutten av 1990-tallet startet prosessen med å planlegge omfattende reformer for hele helsesektoren. Reformen ble iverksatt 1. januar 2002. Daværende helseminister Dagfinn Høybråten (KrF) fikk æren av, og ansvaret for, å gjennomføre de vedtatte endringene selv om han ikke var hovedpersonen bak planleggingen av reformene. Det var Arbeiderpartiet i regjering som utførte forarbeidet til reformene, med helseministrene Gudmund Hernes og, i særlig grad, Tore Tønne som arkitektene bak (Berg 2005:93).

Sykehusreformen gikk i korte trekk ut på at eierskapet og ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunene til staten. Eierskapet ble sentralisert, mens driften ble regionalisert og organisert gjennom 5 fylkesoverskridende, regionale helseforetak (RHF) som igjen bestod av 46 helseforetak (HF). Den statlige overtakelsen førte til at staten ble ikledd enda en ny rolle i helsevesenet, og hadde dermed rollen som eier, forvalter, regulator, tilbyder og etterspørter. Det delvis lite kompatible innholdet i disse rollene legitimerer en videre oppdeling, fristilling og horisontal spesialisering av de ulike statlige oppgavene. Samtidig med sykehusreformen pågikk derfor en omorganisering av den sentrale helseforvaltningen. Jeg går nærmere inn på denne omorganiseringen i et senere kapittel, men formålet var å tydeliggjøre ansvarsområder og klargjøre oppgave- og rollefordeling.

Helseforetaksreformen har flere klare trekk fra NPM-ideologien. En viktig ide med reformen var å gjøre foretakene mer autonome. Det ble nødvendig å skille mellom eier (staten), organisatorisk enhet (RHF) og utøvende virksomhet (HF). Politikerne som satt i de fylkeseide sykehusstyrene ble erstattet av profesjonelle ledere og administratorer. Tendenser ved reformen viser også et større forbrukerfokus med større brukervennlighet og valgfrihet. Helse spesialisthelsetjenesten er i dag organisert som et kvasimarked. Pengene følger bl.a. pasienten

og det er også økt konkurranse om pasientene. Men selv om reformen bærer sterkt preg av NPM- ideer som fristilling, markedsretting og større pasientfokus, har den også et motsetningsforhold til deregulering, hvor eierskapet ble sentralisert etter overtakelsen av de tidligere fylkeseide sykehusene. (Lægreid et al. 2005)

Sykehusreformen ble gjennomført i flere ledd, og den endelige fullføringen skjedde med rusreformen i 2003, da behandlingsenhetene for rusmisbrukere ble en del av spesialhelsetjenesten, som etter det består av somatikk, psykiatri og rus.

4.4 Bakgrunnen for Helsetilsynets utvikling

Tilsynsfunksjonen i helsesektoren har røtter tilbake til 1809, og opprettelsen av Det norske sundhedskollegiet. Historien som følger viser stadige konflikter og endringer rundt organiseringen og innholdet i tilsynsfunksjonen. Sundhedskollegiet ble plassert under ulike departementer, men først etter en lengre drakamp om organisasjonsformen ble i 1891 Medisinaldirektoratet opprettet, med egen medisinaldirektør. Dette direktoratet fikk alt da en selvstendig rolle, men samtidig ble også det ansvarlige departementets medisinalavdeling bygget ut (Christensen 1994:40). Forvaltningen var i denne perioden preget av sterk juridisk regelstyring. Forrangen til de juridiske prinsippene førte til en misnøye med den frittstående organisasjonsløsningen blant det medisinske fagpersonellet (ibid). I 1923 kom Statens forenkling- og sparekomité med forslaget om at medisinaldirektøren skulle flyttes tilbake til departementet, men forslaget ble avvist av Sosialdepartementet, grunnet frykt for økt påvirkning av politisk ledelse.

4.41 Perioden 1945-1982

Etter andre verdenskrig ble velferdsstaten bygget opp og en stor helsesektor ble etablert. Arbeiderpartiet satt med makten i store deler av denne perioden. De styrte etter et blandingsøkonomisk prinsipp med planøkonomiske trekk. Planpolitikken gjorde det mulig å opprettholde et medisinsk ekspertstyre med vide fullmakter, og overgangen fra en tradisjonell juridisk forvaltning til et politisert medisinsk fagstyre (Norby 1989).

I 8.mai 1945 ble Medisinalavdelingen i departementet og Medisinaldirektoratet slått sammen til et helsedirektorat, da med Karl Evang som helsedirektør. I praksis hadde helsedirektøren en

dobbeltrolle, som ekspedisjonssjef med direkte adgang til statsråden og i form av selvstendige avgjørelser i en rekke saker. Perioden var preget av utydelige ansvarsområder hvor blant annet helsedirektøren selv hadde stor autonomi og påvirkningskraft. En politisk entreprenør og nasjonal strateg som Evang fikk stor betydning for hvordan helsemyndighetene først ble konstruert og hvilke oppgaver de fikk, med blant annet stort fokus på folkeopplysning (Slagstad 2001). Starten på perioden er preget av profesjonsstrider mellom juristene og legene. Litt uti perioden var det medisinske fagstyret på full fart inn i helseadministrasjonen, som etter hvert fremstod som et *medikrati* (Berg 2005). Evang var aktiv i å få medisinske fagpersoner inn i framskutte og innflytelsesrike posisjoner. Det foregikk en vitenskapeliggjøring av politikken på området og fagstyreordningen hadde sin storhetstid under helsedirektør Evang (Schiøtz 2007).

4.42 Perioden 1983 – 1994

Systemet til Evang kommer under press, og nye helsepolitiske signaler vant stadig frem (Christensen 1994). Den neste perioden er preget av at velferdsstaten er ferdig bygget, og at helsesektorens oppgaver blir stadig større og omfattende, og reformer står for døren (Berg 2005). Den sentrale helseforvaltningen er i denne perioden preget av reorganiseringer, og da med særlig tanke på to konfliktfylte prosesser: etableringen av et frittstående helsedirektorat i 1983 og etableringen av Statens helsetilsyn i 1994 (Christensen 1994).

I et forsøk på å skape et skarpere skille mellom helsefaglige og helsepolitiske spørsmål ble Helsedirektoratet opprettet som et frittstående fagdirektorat i 1983 (Innst. O. nr. 42 (1983-84)). Det var første gang siden Medisinaldirektoratet at direktoratsfunksjonen ble fristilt fra departementet, og som et resultat av denne etableringen blir Loven om statlig tilsyn med helsetjenesten vedtatt. Det nyetablerte direktoratet fikk bl.a. ansvar for å utføre tilsynsfunksjonen gjennom fylkeslegene. I de seks-syv første år etter omorganiseringen er forholdet mellom departement og direktorat blitt betegnet som betent (Christensen 1994). Samarbeidet fungerte dårlig på grunn av en uavklart rolleutforming, men også grunnet personmotsetninger på toppnivå i departementet og direktoratet. Spennings- og konkurranseforholdet mellom de to enhetene bredde seg også nedover i organisasjonene. ”*I Helsedirektoratet skjedde det noe tankevekkende i 1983. Departementet fjernet de fleste legetitlene og erstattet dem med nøytrale betegnelser som avdelingsdirektør og fagsjef. Legeidentiteten ble svekket*” (Alvik i intervju med Michael 2007). Departementet viste liten

vilje til å styre direktoratet, og direktoratet var lite bekvem med en passiv rolle på sidelinjene. Det dårlige forholdet resulterte blant annet i at departementet stadig overså direktoratsnivået og bl.a. gikk direkte til fylkeslegene med saker, noe som kan tyde på en bevisst undergraving av direktoratets autoritet (Christensen 1994). Forholdet mellom departement og direktorat kan kanskje betegnes som en klassisk konflikt mellom politisk og administrativ logikk.

I 1990 startet en ny gjennomgang av den sentrale helseforvaltningen, en prosess som resulterte i en omorganisering hvor Helsedirektoratet skiftet navn til Statens helsetilsyn i 1994. Det var konsensus blant aktuelle ministere og komiteer om behovet for en ny gjennomgang, dette mye på grunn av det dårlige forholdet mellom departementet og Helsedirektoratet. Initiativfasen var preget av topptung politisk styring og hemmelighold. Dette hemmeligholdet kan være et signal på konflikten mellom de to nivåene, men en lukket innledning kan også tyde på ønsket om å legge til grunn sentrale premisser for omorganiseringen (ibid:121). Det lukkede utredningsarbeidet startet med departementsråd Jon Norbom i spissen. Dokumentet som ble utarbeidet, det såkalte "ikke-dokumentet", la sterke føringer på prosessen videre, bl.a. ved at Norbom ble leder for styringsgruppen som ble opprettet for å utarbeide den endelige innstillingen til Regjeringen. Noen av argumentene som lå til grunn for en ny gjennomgang, var manglende samhandling og rolleklarhet blant forvaltningsorganene. Mandatet til styringsgruppen viser at innholdet og den organisatoriske forankringen av en statlig tilsynsfunksjon skulle vurderes, behovet for en sentral tilsynsmyndighet skulle særlig vektlegges. Utvalget foreslo å legge ned direktoratet og heller organisere helseforvaltningen med en tonivå-modell. I den offentlige debatten under og etter innstillingen ble det reist kritikk mot hemmeligholdet rundt saken. Det ble også reist spørsmål om rettsikkerheten ble godt nok ivaretatt med at sentrale oppgaver skulle delegeres til fylkeslegene. Foruten mye avisskriving, viste mange høringsuttalelser stort engasjement blant høringsinstansene. Teksten i proposisjonen hadde derimot stort samsvar med Norbom-utvalgets sluttrapport. Regjeringen foreslo blant annet at det kun skulle være to nivåer i den statlige helseforvaltningen, det overordnede tilsynet skulle være forankret i departementet og fylkeslegene skulle styrkes og være direkte tilknyttet departementet. I tillegg laget departementet et eget kapittel i proposisjonen hvor de tok opp pasientrettigheter og rettsikkerhet. Da Sosialkomiteen la fram sin innstilling viste det seg at en enstemmig komité gikk imot Regjeringens forslag til ny forvaltningsstruktur og foreslo heller en videreføring av trenivå-modellen og opprettelsen av Statens helsetilsyn. I juni 1992 vedtok Stortinget forslaget fra komiteen (Innst. O. nr. 88. (1991 – 92). *"Kompromisset ble Helsedirektoratets metamorfose til Statens helsetilsyn"*

(Alvik i intervju i Michael 2007:2). I Stortingets vedtak ble det igjen særlig lagt vekt på tilsynsoppgaven og arbeidet med rettssikkerhet i helsetjenesten.

4.43 Helsetilsynets aktuelle demografi og myndighet

Helsetilsynet har siden 2000 vært ledet av direktør Lars E. Hanssen (dr.med.) og assisterende direktør og tidligere fylkeslege Geir Sverre Braut (cand.med.). I tillegg består ledergruppen i Helsetilsynet av tre avdelingsdirektører (www.helsetilsynet.no). Helsetilsynet får årlig bevilget ca 65 millioner over statsbudsjettet (kap.721). (SHdir har en bevilgning på ca 400 millioner). Det er mellom 80 og 90 ansatte i Helsetilsynet sentralt. Som det fremgår av statistikk over personalsammensetningen fra februar 2003 var 23 % av de ansatte jurister, 19 % var leger, 5 % var sykepleiere, 7 % av de ansatte var annet helsepersonell med høyere utdanning, 33 % hadde annen høyere utdanning og 14 % annen utdanning (Tilsynsmeldingen 2002). Tallene holder seg stabilt på dette nivået viser en undersøkelse fra Riksrevisjonen (Riksrevisjonen 2006).

Overordnet myndighet er Helse- og omsorgsdepartementet⁶, hvor etatsstyringsansvaret ligger til Kommunaltenesteavdelingen. Helsetilsynet er overordnet organ for alle 18 enhetene av Helsetilsynet i fylket (ledes av Fylkeslegen) og for fylkesmennenes tilsyn med sosialtjenesten. Fylkeslegen er i forbindelse med tilsynssaker direkte underlagt Helsetilsynet sentralt og ikke Fylkesmannen. Det er i hovedsak disse underordnede instansene som utfører tilsyn og behandler klagesaker, kun de mest alvorlige tilsynssakene og saker av spesiell karakter blir behandlet sentralt.

Avslutning

I dette kapittelet har jeg presentert noen av de kontekstuelle forklaringsfaktorene for studien, i tillegg har jeg fremstilt historien og bakgrunnen for utviklingen og moderniseringen av Helsetilsynets tilsynsrolle. Organiseringen av den Helsetilsynet har i stor grad samvarierte med utviklingslinjer i forvaltnings- og helsepolitikken. Generelt har utviklingen i helsesektoren gått gjennom en oppbygningsperiode og videre til en reorganiseringsperiode. Historien viser

⁶ Arbeids- og inkluderingsdepartementet har styringsansvar for enkelte av tilsynsoppgavene rettet mot sosialhelsetjenesten.

store og små variasjoner i ulik styringslogikk og forskjellige organisasjonsprinsipper gjennom tidene.

5.0 Helsetilsynets⁷ rolleutforming

I perioden 1994 - 2005 avklares og utvikles forståelsen og opplevelsen av tilsynsrollen.

Utviklingen i denne perioden kan i korte trekk oppsummeres som at Helsetilsynet omformes fra å være et organ med uklar og nesten fraværende tilsynsprofil, til å oppleve seg selv som et faglig sterkt og autonomt tilsynsorgan med den mest rendyrkede tilsynsprofilen i Norge.

I dette kapittelet vil jeg å belyse ulike trekk og endringer ved Helsetilsynets forståelse av tilsynsrollen ved å se på utviklingen av tilsynsforståelsen fra 1994 til 2005, med særlig vekt på dagens situasjon. Utviklingen av Helsetilsynets rolleforståelse er preget av to omorganiseringsprosesser, en i 1994 og en i 2002. Samtlige av mine informanter kunne fortelle at starten for rendyrkingen av tilsynsrollen skjedde i 1994 og ikke i 2002, da dette kravet ble fremmet som et argument for å omorganisere, og siden gjennom ulike policysignaler som for eksempel St.meld. 17(2002-03) ”Om statlig tilsyn”. Her blir det først gitt en kort beskrivelse av omorganiseringen i 1994 og utviklingen i dens kjølvann, hvor Statens helsetilsyn utviklet egen organisasjon og egen tilsynsbevissthet, men også hvordan overordnet politisk ledelse og tilsynets omgivelser påvirket utviklingen av tilsynsrollen i norsk helseforvaltning. Videre blir forholdene rundt, og innholdet i, den siste omorganiseringen i 2002 beskrevet i korte trekk. Hva var det som lå bak ønsket om endring? Hva var intensjonen og målet? Og hva var resultatet av omorganiseringen? Det var denne omorganiseringsprosessen som la grunnlaget for Helsetilsynets nåværende konstruksjon og status. I andre del av kapittelet vil jeg å undersøke Helsetilsynets videreutvikling av rolleforståelsen fra 2002 til 2005. I den forbindelse vil jeg å se nærmere på hvordan egen tilsynsforståelse videreutvikles gjennom ytterligere rendyrking av tilsynsoppgaven, fokus på faglig styrking og politisk uavhengighet. Kapittelet avsluttes med å se på hvordan videreutviklingen av rolleforståelsen skjer i samhandling med omgivelsene. Her vil jeg se nærmere på Helsetilsynets forhold til politisk ledelse, søsterorganisasjoner, andre fagtilsyn, tilsynssubjektene og offentligheten. I de ulike relasjonene fokuserer jeg særlig på Helsetilsynets autonomi i forholdet, hvordan kontakten arter seg og om forholdet er konfliktfylt. Empirien bygger på andre studier⁸, informantintervjuer i Helsetilsynet og

⁷ ”Helsetilsynet” blir i denne studien gjennomgående brukt om selve casen, men i dette empirikapitelet bruker jeg benevnelsen ”Statens helsetilsyn” for den sentrale delen av tilsynsmyndigheten i perioden 1994-2001 og ”Helsetilsynet” for perioden etter 2002.

⁸ Jeg har særlig sett på studier av reorganiseringer i den sentrale helseforvaltningen. En studie fra prosessen i 1983 og 1994 (Christensen 1994) og en studie av prosessen i 2002 (Beleck-Olsen 2005).

dokumentanalyse av tilsynsmeldinger og årsrapporter fra Statens helsetilsyn for perioden 1996 -2001, og tildelingsbrev, virksomhetsplaner, strategiplaner, årsrapporter, tilsynsmeldinger og andre enkeltstående dokumenter fra perioden 2002 -2005.

5.1 Etablering og utvikling av rolleforståelse og rolleklarhet 1994 – 2002

Utgangspunktet for utviklingen av tilsynsrollen var som tidligere beskrevet i kontekstkapittelet, rådende uklarhet om rolleinnhold, overlappende oppgaver og et gjennomgående dårlig samarbeid mellom de tre myndighetsnivåene. En kan anta at de dårlige forholdene kompliserte utviklingen av tilsynsrollen og gjorde det vanskelig å utføre tilsynsoppgaven på en god og effektiv måte. Departementets holdning ovenfor det fristilte fagorganet var nærmest at det var overflødig og måtte bort. Flere forhold ved situasjonen tilsa at den sentrale helseforvaltningen enda ikke var helt klar for sterke autonome fagorganer.

I 1994 ble helseforvaltningen omorganisert og Statens helsetilsyn ble opprettet som faglig fristilt etat, nærmest som en justert videreføring av Helsedirektoratet. Prosessen i forkant av omorganiseringen hadde, som tidligere vist, vært dramatisk, men utfallet førte til en signifikant dreining i hvordan tilsynsfunksjonen i helseforvaltningen ble definert, rendyrket og profesjonalisert. I tillegg til tilsynsoppgaver inneholdt etatens portefølje i 1994 fortsatt andre forvaltnings- og pådriveroppgaver eller direktoratsoppgaver. Statens helsetilsyns nydefinerte virksomhetsområder var: (1)*tilsyn*: (a)overordnet faglig tilsyn, (b) tilsyn med virksomheter og tjenester (virksomhetstilsyn), (c)tilsyn med helsepersonell (individtilsyn eller senere forstått som hendelsesbasert tilsyn), (2)*rådgivning*:(a)utredning og veiledning ovenfor departementet og andre myndigheter, (b)veiledning og kompetansebygging overfor helsetjenesten og helsepersonell (bl.a. med å utvikle regelverk og retningslinjer), (3)*Øvrige forvaltningsoppgaver*: (a)gjennomføring av politisk bestemte prosjekter, handlingsplaner og tilskuddsordninger og (b)andre oppgaver hvor det utøves myndighet eller lov, forskrift eller delegeringsvedtak. De første virksomhetsområdene stemte overens med de oppgaver Statens helsetilsyn var pålagt gjennom tilsynsloven ((1)overordnet faglig tilsyn, (2)virksomhetstilsyn, (3)individtilsyn og (4)råd og veiledning), noe som viser at tilsynsfunksjonen fikk en fremhevet posisjon i forhold til tidligere. De siste virksomhetsområdene var særlig knyttet til tradisjonelle direktoratsoppgaver. Tilsynsloven påla etaten oppgaven å drive med både råd og veiledning innenfor det ansvarlige tilsynsområdet. Fra 1994 til 2001 publiserte Statens helsetilsyn en utrednings- og en veiledningsserie. Innholdet i disse publikasjonsseriene kunne

være relatert til tilsynsoppgaver, men var hovedsaklig knyttet til direktoratsfunksjonen. Et annet prosjekt som kan sies å være knyttet til pådriverfunksjonen, var ”*Nasjonal strategi for kvalitet i helsetjenesten*” som gikk fra 1995 til 2000 og ble ledet av Statens helsetilsyn på oppdrag fra departementet. Det overordnede målet var at alle virksomheter i helsetjenesten skulle ha et internkontrollsystem innen år 2000. Slike lovpålagte kvalitetssystemer skulle utgjøre den bærende delen av virksomhetenes kvalitetssikringsarbeid. Etter prosjektet ble det rapportert at målsetningen viste seg å være vel ambisiøs. Resultatene viste store variasjoner, men generelt sett var sykehusene kommet lengre i arbeidet enn andre virksomheter i helsetjenestene (Helsetilsynet 2002). Videre i etatens utvikling ble det viktig å utvikle en rolleklarhet i forhold til å kunne skille tilsynsoppgaver fra direktoratsoppgaver. Dette gjenspeiles gjennom den interne organiseringen hvor de to funksjonene ble atskilt i egne avdelinger.

Etter vedtaket om omorganisering pågikk en del utskiftninger i toppledelsen. Tove Vierød (Ap) søkte avskjed som minister og Norbom som departementsråd. Etter sommerferien i 1992 kom Werner Christie inn som ny helseminister, mens Anne Alvik ble utnevnt som ny helsedirektør i 1993 etter Torbjørn Morks død. I Statens helsetilsyns tilsynsavdeling var det en del utskiftninger av medarbeidere i 1994, og den juridiske kompetanse i avdelingen ble styrket (informant nr. 1). Det er grunn til å tro at utskiftningene kan ha lagt forholdene tilrette for at det ble orden på samarbeidsforholdene mellom departementet og Statens helsetilsyn. Etterpå var det større vilje til å opprette et konstruktivt og tillitsfullt samarbeid mellom de to organene, men dynamikken mellom den politiske styringen og hensynet til den faglige fristillingen kunne fortsatt variere mye. En informant kunne fortelle at: ”... *også før 2002 hadde departementet en ryddig rolleforståelse når det gjaldt tilsynsoppgaven. På direktoratsoppgavene ble vi mer styrt, men når det kom til valg av tilsynsområder og måten det ble ført tilsyn på så holdt de en viss avstand.*” (informant nr. 2). På spørsmål om hvordan hun opplevde overgangen i 1994 og tiden videre, svarer tidligere helsedirektør Alvik at: ”*Mye hadde skjedd, det var en annen tid og ikke lenger rom for utøvelse av helsedirektørembetet slik Karl Evang og Torbjørn Mork hadde gjort det. Hovedoppgavene for meg ble å gjennomføre omorganiseringen fra Helsedirektoratet til Statens helsetilsyn, lede utviklingen av en moderne tilsynsrolle for etaten, få et bedre samarbeid med departementet, bygge opp igjen optimisme i en skadeskutt medarbeiderstab, og reparere et anstrengt forhold til fylkeslegene.*” (intervju med Alvik i Michael 2007). Fylkeslegene som i praksis skulle utføre virksomhetstilsyn og klagebehandling, var direkte underlagt Statens helsetilsyns myndighet.

Forholdet til fylkeslegene kan beskrives som sårbart og vanskelig den første tiden, ettersom flere av de toneangivende fylkeslegene hadde støttet departementets forslag om å legge ned Helsedirektoratet forut for omorganiseringen. En informant kunne fortelle at det i starten ikke var noe sentral styring og ingen ens metodikk på tilsynsområdet slik at fylkeslegene stod helt uten tilsynsfaglig veiledning på hvor de skulle sette kravene i forhold til å sikre likebehandling i tilsynssaker. På begynnelsen av 90-tallet utførte fylkeslegekontoret i Hedmark en undersøkelse av alle klagesaker på primærleger. Resultatet av undersøkelsen viste at det var store sprik og forskjeller i saksbehandlingen fra fylke til fylke (informant nr.3).

En intern utviklingsprosess

Rundt 1995 begynte en formalisert prosess med å utvikle innholdet i tilsynsrollen. Det blir beskrevet at det var i denne perioden de store strategiske grepene i forhold til profesjonalitet og rolleklarhet skjedde. Prosessen med å styrke tilsynet gjennom å avklare tilsynsrollen startet, og det var behov for å utrede innholdet i begreper og oppgaver, å lage prosedyrer for hvordan tilsyn skulle utføres gjennom metodeutvikling og å tydeliggjøre formålet med virksomheten. I forbindelse med omorganiseringen *”ble det etablert en partssammensatt gruppe for å bistå med gjennomføringen. Det var fagforeningenes representanter i denne gruppen som presset gjennom at det måtte etableres et tilsynsprosjekt. Dette var ikke en men flere fagforeninger det her er snakk om”* (korrespondanse med informant nr. 3). Interne aktører fikk drevet frem iverksettingen av ulike prosjekter som skulle arbeide med å utvikle ny tilsynsforståelse og moderne tilsynsmetoder. *”Det var fagforeningen som tvang helsedirektøren til å gjøre dette. De var for fagutvikling mens helsedirektøren var relativt bevisstløs på dette området.”* (informant nr. 3). Videreutviklingen av tilsynsbevisstheten begynte for alvor da Statens helsetilsyn startet *”tilsynsprosjekt”*. Det var et stort og krevende prosjekt som tok mål av seg til å utvikle etaten til en moderne tilsynsetat. De uttalte resultatmålene var for det første å sikre et enhetlig tilsyn med virksomheter og for det andre å sikre en rask og enhetlig behandling av klagesaker gjennom å utvikle felles tilsynsmetodikk for det regionale nivået.

Tilsynsprosjektet var todelt. Den første delen av prosjektet var det såkalte *”klageprosjektet”* som hadde til hensikten å lage styrende dokumenter for hvordan man skulle gå fram med tilsyn av hendelser og enkeltpersonell (individtilsyn). Delprosjektet utviklet en metode som i stor grad bygget på juridisk kompetanse hvor likebehandling og korrekt lovtolkning var viktig

for behandlingen av denne typen saker. Det andre delprosjektet, ”systemrevisjonsprosjektet”, hadde til hensikt å lage styrende dokumenter og prosedyrer for hvordan virksomhetstilsyn skulle gjennomføres. Et nøkkelord i denne sammenhengen var systemretting. Metoden for systemrevisjon ble utarbeidet med internasjonale ISO-standarder som base. Disse standardene utvikles stadig, men er i utgangspunktet laget med tanke for tre formål: sertifisering, internrevisjon og eksternevisjon. Metodikken er den samme for alle formålene, og bygger på kunnskaper fra flere vitenskapelige felt som psykologi, organisasjons- og administrasjonskunnskaper og ingeniørfag. Systemteorien er knyttet til kvalitetsteori og fremming av kvalitet i virksomheter. Systemrevisjon er en ressurskrevende metode som krever lang erfaring og opplæring for å utføre gode tilsyn. Statens helsetilsyn brukte store ressurser til opplæring for egne medarbeidere og etter hvert ble det etablert en egen intern utdanning av systemrevisorer. Noe av det viktigste med systemrevisjon som metode er at den fokuserer mindre på enkeltfeil, men desto mer på systemfeil. Dette fører til at enkeltpersoner i tjenestene ikke blir uthengt for sine feil ved virksomhetstilsyn, men at skylden i større grad blir lagt til svikt i rutiner og prosedyrer, et ansvar som virksomhetsledelsen sitter med.

De nye metodene som skulle ligge til grunn for utførelsen av godt faglig tilsyn med helsetjenesten, ble ikke godt mottatt på fylkeslegekontorene. Hele 17 av 19 fylkesleger viste motstand mot å implementere den nye metodikken. De gikk derfor til helsedirektøren for å få stoppet ”tilsynsprosjektet”, men igjen var det presset fra egne ansatte i Statens helsetilsyn sentralt som overtalte helsedirektøren til å fullføre prosjektet som planlagt. Til tross for tidligere uavklarheter ble fylkeslegenes ønske denne gang ignorert. En informant forteller: *”Det har vært en voldsom motstand mot å endre deres (fylkeslegenes) rolle fra å være en mer frittalende og halvpolitisk aktør til å bli et mer rendyrka tilsynsorgan.”* (informant nr. 3). De nye arbeidsmetodene førte til stor utskiftning av fylkesleger som ikke maktet sin nye rolle og de nye fylkeslegene fikk god opplæring og i 1999 ble det utført over 200 tilsyn i form av systemrevisjoner av helsetjenestens internkontrollsystemer. Responsen hos tjenesteyterne var positiv: *”Tilsynsobjektene gir meget god tilbakemelding på systemrevisjon som tilsynsform. Felles fastsatte tilsynsområder, opplæring foruten metodeveiledere og maler bidrar til at tilsynet i større grad enn før skjer likt over hele landet.”* (Årsrapporten for 1996:6). Det ble etter hvert også rapportert om at god kommunikasjon mellom tilsynsmyndighet og virksomheter medførte at de fleste avvik ble rettet opp, og at resultatene av de nye metodene viste ønskede resultater om harmonisering.

Mye av den tilsynsbevisstheten som ble utarbeidet på denne tiden blir oppsummert i en brosjyre som Statens helsetilsyn utarbeidet i forbindelse med prosjektet "Nasjonal strategi for kvalitet i helsetjenesten". Brosjyren het: "30 spørsmål og 30 svar om tilsyn, internkontroll og kvalitetsutvikling" (Staten helsetilsyn 1997), og tar opp helt elementære spørsmål og svar, for eksempel: "Hva er offentlig tilsyn?", "Hva er et offentlig tilsynsorgan?", "Hvilke oppgaver har offentlige tilsynsorganer?" og "Hvem fører tilsyn med helsetjenesten?". Mange av spørsmålene gjelder for tilsynsetater generelt. Dette kan kanskje tyde på at arbeidet som ble gjort i forhold til utvikling av tilsynsrollen nærmest var et pionerarbeid i norsk sammenheng. Bevisstheten rundt tilsynsfunksjonen var liten i hele forvaltningen, kanskje med unntak av oljesektoren. Etter at "tilsynsprosjektet" ble avsluttet og utviklingen av metoder for virksomhetstilsyn og individtilsyn var godt i gang, økte fokuset på å avklare innholdet i oppgaven som overordnet faglig tilsynsorgan og hvordan den rollen skulle bygges opp. Det ble utarbeidet en definisjon av oppgavens innhold: "Overordnet faglig tilsyn består i å overvåke helsetjenestens ytelser og å følge med i helsetilstanden i befolkningen for så å vurdere behovsdekningen og tilbudsutformingen i forhold til nasjonale mål og prioriteringer." (Årsrapport 1999). I fortsettelsen ble det også utredet og lagt retningslinjer for hvordan et overordnet faglig tilsyn skulle utføres.

De sentrale formålene med tilsyn i sektoren ble også utarbeidet. Tilsyn med helsetjenesten skulle bidra med (1) at pasientens sikkerhet og rettsikkerhet ivaretas, (2) at pasienten føler trygghet og har tillit til helsetjenesten og (3) at kvaliteten i tjenesten utvikles (Tilsynsmelding 2000:7). Alt her ser vi at pasientens hensyn står sterkt. Å utbedre kvaliteten i tjenestene var et formål som i starten ble tolket som at tilsyn av internkontroll og rådgivning skulle utbedre kvaliteten. Etter hvert ble det sett på som en forutsetning for at tilsynet skulle kunne påvirke utviklingen av innholdet i tjenestene, at staten i større grad måtte fremme kvalitet gjennom å øke fokuset på innholdet i, og resultater av, helsetjenestene, ikke bare gjennom regler og forskrifter. Statens helsetilsyn skulle være med og fremme kvaliteten i helsetjenesten bl.a. ved å vurdere den faglige forsvarligheten. Kravet om faglig forsvarlighet eller "god praksis", henger sammen med nødvendigheten av at alt helsepersonell har en egen rolleforståelse og at det ut fra denne forståelsen blir gjort løpende faglige vurderinger i daglig praksis. Med andre ord er praksisen god når den er faglig forsvarlig. Operasjonaliseringen av hva som ligger i faglig forsvarlighet eller såkalt "god praksis" i helsetjenesten, ligger som et grunnlag for å utføre tilsynsfunksjonen og dermed sikre trygge tjenester. Forsvarligheten må vurderes ut fra arbeidets karakter og den konkrete situasjonen i hver enkelt tilfelle. "God praksis" beskrives

normalt av de kliniske miljøene og forskningsmiljøene, men av og til må det også settes "myndighetsstempel" på hva som er god praksis, og ikke bare på hva som overskrider grensen til det uforsvarlige" (Helsetilsynet 2001b).

5.11 Ny omorganisering av helse- og sosialforvaltningen i 2002

1. januar 2002 ble den sentrale sosial- og helseforvaltningen nok engang omorganisert. Ti etater ble vedtatt slått sammen til tre: Helsetilsynet, Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Omorganiseringen ble intendert fra politisk hold, men i kontrast til omorganiseringen i 1994 var den denne prosessen preget av harmoni, åpenhet og stor grad av deltakelse også blant de berørte etatene.

Stoltenberg 1-regjeringens program for fornyelse av offentlig sektor hadde som overordnet mål: "å fornye, omstille og effektivisere offentlig forvaltning slik at den kan fungere bedre i forhold til befolkningens behov og samfunnsøkonomiske hensyn." (Innst. S. nr. 325(2000-01)). I helsesektoren gav dette fornyelsesprogrammet stort utslag. Arbeidet med den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten pågikk parallelt med omorganiseringen av den sentrale helse- og sosialforvaltningen. Det kan hevdes at sykehusreformen utløste et nærmere behov for oppgavespesialisering og klarere rolleutforming innad i helseforvaltningen (Berg 2005:103). Det var nødvendig med et tydeligere skille mellom statens mange roller som bl.a. eier, bestiller, kontrollør og utfører. Fra tilsynets standpunkt fremhevet helsedirektøren i en kommentar i forkant av reformen at *"troverdigheten og legitimiteten i sykehusreformen står og faller på et uavhengig faglig tilsyn"* (intervju med Hanssen i Tidsskriftet 2001).

Direktørens kommentar er tatt ut av en sammenheng, men uttalelsen tilskriver tilsynets faglige uavhengighet stor betydning, og den viser et uttalt behov for et tydeligere skille mellom statens mange og ofte motsetningsfulle roller. Både sykehusreformen og omorganiseringen av den sentrale helse- og sosialforvaltningen skulle gjennomføres med same tidsplan. Fra det offisielle initiativet ble tatt, til vedtaket ble fattet og iverksatt, tok det mindre enn et år.

Fornyelsen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen startet med at det ble igangsatt eksterne⁹ og interne utredninger med utgangspunkt i å løse problemer knyttet til kompetansebehov, styring og samordning i sosial- og helsesektoren. Etter hvert ble Statens

⁹ Sosial- og helsedepartementet tok til orde for en grensesnittanalyse (informasjonsflytanalyse) av etatene underlagt departementet i St.prp. nr. 1 (1999 – 2000). Den eksterne utrederen var Asplan Analyse. Anbefalingene utrederen fremla ble ikke tatt til følge.

helsetilsyn, Sosial- og helsedepartementet og hele sosialsektoren koplet på (Beleck-Olsen 2004). Samarbeidet resulterte i et høringsbrev som argumenterte for at det var behov for å gjøre følgende endringer: (1) rydde opp i vertikale organisasjonsmønstre, (2) rydde opp i horisontale organisasjonsmønstre gjennom å slå sammen etater som jobbet mot de samme målgruppene, samle registreringsvirksomhet og å rendyrke tilsynsfunksjonen og (3) å imøtekomme et økende behov for kompetanse gjennom mer effektiv utnyttelse av ressursene (Sosial- og helsedepartementet 2001). Brevet ble sendt ut til over 200 instanser med en høringsfrist på bare tre uker (Beleck-Olsen 2004). Jamfør høringsbrevet skulle det organiseres etter funksjonene, og en slik rendyrking ville føre til at Statens helsetilsyn kom til å miste mange av sine forvaltningsoppgaver, og gjennom det regelverksutviklings-, utrednings- og rådgivningsfunksjonene. Forslaget departementet fremmet i høringsbrevet om avgrenset ansvar kan betraktes som en klar svekkelse av Statens helsetilsyn, men forslaget bestod også av at tilsynsområdet skulle utvides til sosialsektoren (fra 2003) hvor det ble sett på som et mål å lage felles tilsynsmetodikk for tilsyn med helse og sosialtjenester. Statens Helsetilsyn svarte både med høringsuttalelse og en tillegguttalelse. Av uttalelsene gikk det frem at etaten ønsket å beholde en tydelig rådgivningsfunksjon. De var positive til at tilsynsområdet skulle utvides til også å gjelde sosialsektoren, men understreket at utvidelsen også burde gjelde barnevernstjenesten¹⁰. Dette for lettere å kunne styre samordningen av svake målgrupper. De påpekte også konflikten mellom å rendyrke funksjonen og å samordne innsatsen mot slike grupper. Statens helsetilsyn var lojal til omorganiseringsforslaget til tross for tydelige innvendinger. De fryktet særlig at rendyrkingen skulle gi negative synergieffekter og dermed svekke kompetansen og legitimiteten til virksomheten (Statens helsetilsyn 2001a).

Omorganiseringen hadde økonomiske konsekvenser og måtte dermed vedtas i Stortinget. Saken ble behandlet i Finanskomiteen i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett. I tilrådingen til Finansdepartementet stod det: *”Hovedmålet med omorganiseringen er at en skal stå bedre rustet til å nå de sosial- og helsepolitiske målene og møte fremtidige faglige utfordringer.”* St.prp. nr. 84(2000-01). Videre ønsket regjeringen å rendyrke rollene for å få en klarere ansvarsfordeling, men det var også ønskelig å styrke etatene slik at de kunne fremstå som mer enhetlige ovenfor brukerne og dermed bli mer brukervennlige. Andre mål med omorganiseringen var å redusere intern administrasjon og dobbeltarbeid. Omorganiseringens bærende prinsipp var en klar funksjonsdeling mellom

¹⁰ Dette er fortsatt et uttalt ønske hos Helsetilsynet. Barnevernstjenester er i dag under tilsyn av Fylkesmannen.

departement, direktorat, tilsyn og institutt. Sosial- og helsedepartementet skulle ta seg av den overordnede politikkutformningen i sektoren, oppgaven som sekretariat for den politiske ledelsen skulle rendyrkes. Et nytt SHdir skulle ta seg av utøvende virksomhet, et rendyrket og styrket Helsetilsyn skulle ha ansvar for kontroll og tilsyn i helse- og sosialsektoren og et nytt Nasjonalt folkehelseinstitutt skulle ta seg av datainnsamling og forskningsrettet kunnskapsutvikling. Omorganiseringen av Statens helsetilsyn ble begrunnet med at: *”Tilsynsfunksjonen skal rendyrkes og tydeliggjøres, og skilles fra rene forvaltnings- og iverksettingsoppgaver. Dette er viktig både ut fra hensynet til rettssikkerhet for den enkelte pasient og bruker, og ut fra faglige og økonomiske hensyn”* (St.prp. nr. 84(2000-01)). Mer spesifikt om tilsynsoppgavene stod det at: *”Det nye tilsynet vil fremdeles ha oppgaver innenfor rådgivning og erfaringsformidling, men rådgivningsfunksjonen vil bli mer avgrenset som følge av at etatens ansvarsområde avgrenses. Rådgivningsoppgaver overfor befolkningen vil i all hovedsak bli ivaretatt av de øvrige etater”* (ibid). Etter små forhandlede justeringer¹¹ sluttet Finanskomiteen seg til departementets innstilling (Innst. S. nr.325 (2000-01)). Vedtaket førte til to store endringer for tilsynsetaten. For det første ble tilsynsoppgaven skilt fra annen utøvende virksomhet, for det andre ble det gjort en sammenslåing av oppgaver i helse og sosialsektoren på direktoratsnivå.

Etter vedtaket i Stortinget, stod det en del arbeid igjen for å nå de intenderte målene. Det ble oppnevnt en overordnet styringsgruppe ledet av departementsråden og hvor hver av de tre direktørene¹² for de nye etatene deltok, foruten andre ledere og ansattes representanter. Dette var en topptung styringsgruppe, men en kan anta at det var en viktig forutsetning for prosessen at de tre direktørene opprådde lojalt, at samarbeidet på topplan var godt og at de var positive og endringsvillige. Gruppen hadde ansvar for planlegging og gjennomføring av forvaltingsreformen. Arbeidet ble først organisert gjennom fire delprosjekter. Delprosjekt en het ”Etablering av SHdir”, delprosjekt to het ”Etablering av Nasjonalt folkehelseinstitutt”, delprosjekt tre omhandlet ”Omorganisering av Statens helsetilsyn” og delprosjekt fire het ”Omorganisering av Sosial- og helsedepartementet”. Foruten å se på hver av de fire enhetene, måtte det også tas stilling til oppgavefordelingen mellom forvaltingsorganene. Det ble videre

¹¹ Den opprinnelige planen til departementet var å slå sammen elleve etater til tre. Etter forhandlinger i Stortinget ble det besluttet å holde Krefregisteret utenfor omorganiseringen slik at ti etater ble omgjort til tre.

¹² Lars E. Hanssen fungerte som helsedirektør og øverste leder i Statens helsetilsyn både før og etter omorganiseringen i 2002. Bjørn-Inge Larsen, tidligere assisterende helsedirektør, ble utnevnt til ny direktør i SHdir og Geir Stene-Larsen ble utnevnt til direktør i Nasjonalt folkehelseinstitutt.

igangsatt tre arbeidsgrupper som så på arbeidsfordelingen mellom departement og direktorat (Seip-gruppen), direktorat og tilsyn (Hanssen-gruppen) og direktorat og institutt (Stene-Larsen-gruppen). Dette var et slags nytt sorteringsarbeid, for en slik deling av porteføljen som departementet ønsket var det liten erfaring med fra tidligere (informant nr. 4). Hanssen-gruppen la frem et forslag som var enstemmig. Enigheten i gruppen var basert på reelle forhandlinger om ressursene. Gruppen var overbevist om at en lett forståelig struktur og profilerte organer ville øke brukervennligheten, men tilstrekkelig kompetanse var viktig for troverdigheten i fagmiljøene. Gruppen la også stor vekt på en klar og ryddig arbeidsdeling hvor det var nødvendig med nært samarbeid mellom etatene. De fremmet særlig nødvendigheten av at *”... ledelsen i de to søsterorganene sammen med departementet etablerer åpne og tilstrekkelige samarbeidsmønstre mellom de 3 aktuelle enheter og nivåer i organisasjonene”* (Rapport fra overordnet syringgruppe 2001:9).

Arbeidet med å kartlegge arbeidsoppgaver og kompetanse førte til at delprosjektene utarbeidet rapporter, de såkalte gråsonerapportene. Rapporten inneholdt en oversikt over de største problemstillingene rundt oppgavefordelingen og overføring av oppgaver, personell og ressurser mellom etatene, samt mulige gråsoneproblemer mellom institusjonene (ibid:6). Den prinsipielle diskusjonen i Hanssen-gruppen var i stor grad knyttet til gråsoneproblemene som kunne oppstå ved funksjonsdelingen. Dette gikk i hovedsak ut på oppgaven med å forvalte sosial- og helselovene gjennom utvikling og fortolkning, men også oppgaven som rådgiver og veileder ovenfor helse- og sosialtjenesten i forbindelse med både normeringsarbeid og kvalitetsutvikling. Gruppen foreslo følgende ressursoverføring: fra Staten helsetilsyn skulle det overføres 70,8 årsverk til SHdir og 0,8 årsverk til Nasjonalt folkehelseinstitutt. I Helsetilsynet ble det igjen 81,9 årsverk (ibid:8). Alt under Hanssen-gruppens arbeider ble det opplyst fra Helsetilsynets side at den styrkingen som lå i intensjonen ikke ble mulig å gjennomføre. Antall ansatte i organisasjonen ble halvert, men leieutgiftene ble som før, dette er det først rettet opp i nå. *”I denne tiden (2002-2005) har vi faktisk vært et svekket tilsyn ressursmessig.”* (informant nr. 4). Til tross for dette så hevder flere informanter at dagens ensidige fokus på tilsynsoppgaven har ført til et styrket tilsyn, for før 2002 kunne en i ikke helt klart definerte problemstillinger gå inn med to tilnæringer.

I all hovedsak sluttet styringsgruppen seg til Hanssen-gruppens vurderinger. Oppgaven med å forvalte sosial- og helselovene ble lagt til direktoratet. Begge institusjonene skulle ha tilpassede rådgivnings- og veiledningsoppgaver: *”Som hovedregel skal rådgivnings- og*

veilederoppgaven i tilsynet knyttes opp mot tilsynsfunksjonen på sosial- og helseområdet.” (Rapport fra overordnet styringsgruppe 2001:13). Om omorganiseringen ble det sagt at: *”Omorganiseringen har vært en rydding og rendyrking av vår portefølje. Vi har mistet en del oppgaver, men står igjen med en strømlinjeformet organisasjon der vi kan konsentrere kreftene og kompetansen om tilsynsoppgavene”* (intervju med Hanssen i Dagens Medisin 19.12.02).

Forvaltningsoppgaven har ulike forventninger knyttet til bestemte posisjoner, men hva forstår vi egentlig med forvaltningsoppgaven? Helsetilsynet betraktes som et sentralt organ i den norske helse- og sosialforvaltningen, men forvaltningsbegrepet er en samlebetegnelse og omfatter offentlige oppgaver som politikkutforming, iverksetting, tilsyn/kontroll, veiledning, rådgivning og regelverksutvikling. Jeg har tidligere skilt forvaltningsoppgaven mellom direktoratsfunksjon og tilsynsfunksjon. Hovedsaklig er dette ulike funksjoner som utføres i kraft av myndighetsrollen. Tilsynsfunksjonen omfatter også vedtak i kraft av myndighetsrollen, derfor kan tilsyn defineres som en utøvende forvaltningsoppgave. Vedtakene som blir gjort er derimot sekundære og omhandler etterlevelsen av regler som alt gjelder for ulike virksomheter (St.meld. 17 (2002-03:26)). I fortsettelsen vil jeg betrakte denne typen forvaltningsoppgave som tilsyn og ikke som forvaltning. Å lage slike konstruerte skiller mellom ulike oppgaver vil alltid skape vanskelige grenseflater og gråsoner.

5.2 Videreutvikling av tilsynsrolle og rolleklarhet 2002 – 2005

Etter omorganiseringen ble Helsetilsynets reviderte oppgaver lagt fram og jamfør St.prp. nr. 1 (2001- 2002) var tilsynsvirksomheten tydeligere enn før 2002.

”Det nye tilsynets kjerneoppgaver vil være:

- *Kontinuerlig og episodisk overvåking av sosial- og helsetjenester.*
- *Føre tilsyn med virksomheter.*
- *Behandle klagesaker på personell.*
- *Behandle klager på sosial- og helsetjenesten.*
- *Innenfor sitt ansvarsområde gi faglig råd til sosial- og helsetjenesten og til sentrale og lokale myndigheter.”* (St.prp. nr 1 (2001 – 2002))

Som spesialisert tilsynsorgan fikk Helsetilsynet i oppdrag å utføre: (1)overordnet faglig tilsyn, (2)hendelsesbasert tilsyn (tidligere individtilsyn) og (3)virksomhetstilsyn med helse- og sosialtjenesten. Med dette som utgangspunkt startet videreutviklingen av tilsynsrollen med tanke på å være et tilsyn som skulle samordne ulike tjenester og to sektorer.

5.21 Helsetilsynets egen rolleforståelse – ”Et faglig sterkt og uavhengig tilsynsorgan”

I forhold til selve tilsynsfunksjonen opplevde de ansatte ikke store endringer i 2002, selv om de ble omorganisert. Klarheten rundt tilsynsrollen var alt etablert. *”Tilsynsrollen ble nok ryddigere og renere i 2002, men ellers så er det en klar utviklingslinje siden 1994”* (informant nr. 2). Helsetilsynet hadde nå mulighet til å videreutvikle tilsynsrollen som et rent fristilt tilsynsorgan, med tilsynsoppgaven som den eneste fokus og med et utvidet tilsynsfelt til også å gjelde sosialtjenesten¹³. Selv så beskrives den nåværende konstruksjonen som *”det mest rendyrka tilsynsorganet i kongeriket Norge”* (informant nr. 5). I dette ligger det at den rendyrkingen som ble påført Helsetilsynet var mer konsekvent enn ved noe annet tilsyn i Norge. *”Det nærmeste man kommer er Petroleumstilsynet kontra Oljedirektoratet, men her ligger regelverksutviklingen hos tilsynet”* (informant nr. 4).

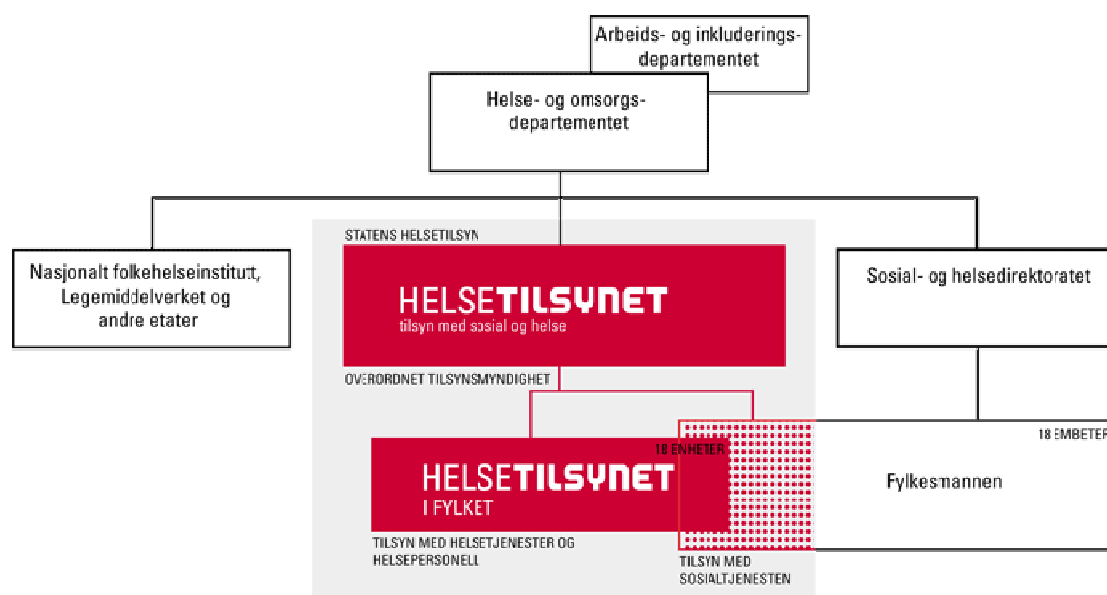
Organisering av tilsynsmyndigheten

I forlengelsen av omorganiseringen gjennomførte Helsetilsynet en intern omorganiseringsprosess. Hensikten var å få en mest mulig dynamisk og fleksibel organisasjon som sikret godt samarbeid, erfaringsutveksling, systematisering og metodeutvikling mellom de ulike tilsynsformene. Den nye organisasjonsstrukturen har nå tre avdelinger som i større grad er inndelt etter tilsynsform: avdeling for tilsynssaker (avd. I), avdeling for planlagt tilsyn (avd. II) og avdeling for fellestjenester (avd. III). Å ikke organisere etter tjenestene, som for eksempel en avdeling for primærtjenester, en for spesialisttjenester og en for sosialtjenester, er bevisst gjort for ikke å ytterlig øke gapet mellom samhandling og samarbeid mellom tjenestenivåene.

¹³ *”Etter sosialtjenesteloven og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten består tilsynsmyndighetene av Statens helsetilsyn (overordnet tilsynsmyndighet), fylkesmennene (sosialtjenesten) og Helsetilsynet i fylkene (helsetjenesten og helsepersonell).”* (St.prp. nr.1 (2005- 2006))

Arbeidsfordeling mellom det sentrale og det regionale tilsynsnivået både på helse- og sosialtjenester kan i korte trekk beskrives som at Helsetilsynet sentralt er ansvarlig for overordnet faglig tilsyn, og har med det overordnede ansvaret¹⁴ med å utvikle styringsdokumenter, tilsynsmetodikk og å lære opp revisorene på fylkesnivå. Det regionale nivået er den operasjonelle tilsynsmyndigheten og skal i all hovedsak utføre hendelsesbasert tilsyn eller klagebehandlingen og virksomhetstilsyn.

Figur 5.1 Oversikt over den sentrale helse- og sosialforvaltning



Figuren viser en framstilling av den sentrale helse- og sosialforvaltning etter 2003 sett fra Helsetilsynets ståsted (www.helsetilsynet.no).

Etter omorganiseringen var Helsetilsynet nødt til å gjøre noen strategiske endringer for å tilpasse seg den nye situasjonen. Informanter i Helsetilsynet kunne fortelle at det måtte gjøres noen grep etter delingen i 2002 for at ikke Helsetilsynet skulle miste sin posisjon. Det nye tilsynsmodellen viste et trangt, snevert og rendyrket tilsyn. Helsetilsynet satt igjen med ikke mer enn 80 ansatte, de hadde liten makt i forhold til saksbehandlinger og avgjørelser, og de hadde ingen penger å gi som statstilskudd. De hadde også mistet oppgaven med regelverksutvikling og faren for å bli et lite relevant organ førte til at Helsetilsynet gjorde endringer i tilsynsprofilen. For det første laget de en helt ny logo, en logo som er lik på

¹⁴ Helse og omsorgsministeren har det konstitusjonelle ansvaret for Helsetilsynet, men Arbeids- og sosialministeren har ansvar for noen av tilsynsets oppgaver (Tildelingsbrev 2005)

sentralt og regionalt nivå. Det ble også laget en felles strategiplan for Helsetilsynet sentralt, Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannens sosialavdeling for å jobbe mot felles mål. Hensikten med dette var å stå sammen som ”*tilsynsmyndigheten*”. Dette profilvalget var hovedsaklig for å skille tilsynsmyndigheten fra SHdir. Et annet strategivalg var å fremstå som mest mulig kunnskapsbasert og seriøs, og på den måten ha bred tillit i tjenestene, men også hos den politiske ledelsen. ”*Hvis det er en konklusjon på strategiene våre så er det å gjøre oss fleksible og kompetente til at hvis ting forandrer seg så skal vi kunne håndtere det uten at det blir trusler*” (informant nr. 6). Strategiplanene ble utarbeidet på grunnlag av finlesning av politiske dokumenter, ikke for å være servile, men for å kunne lage mål for tilsynsvirksomheten som forholdt seg så realistisk som mulig til de politiske bestillingene. Tilsynsvirksomheten skulle legitimeres med å gjenspeile ”*samfunnets mål for tilsyn*” (Helsetilsynet 2003:2).

Hva er formålet med tilsyn?

Samfunnets mål for tilsyn eller Helsetilsynets forståelse av sitt samfunnsoppdrag er slik: (1)se til at samfunnets krav etterleves og gripe inn mot svikt, (2)ivareta rettssikkerhet for befolkningen i møte med tjenestene gjennom tilsynsvirksomhet og klagebehandling, (3)være et viktig redskap for å sikre befolkningen forsvarlige tjenester av tilstrekkelig omfang, (4)utføre tilsynet slik at det er et positivt bidrag til tjenestenes eget arbeid med kvalitet, (5)utføre statens tilsyn med kommunene godt samordnet og med respekt for kommunalt selvstyre, (6)utføre tilsynet likt i landet, dvs. at like tilfeller skal behandles likt og at ulik behandling skal være saklig begrunnet, og at det er ressurser til å utføre det tilsynsoppdraget de politiske myndighetene har gitt og (7)tilsynsmyndighetene skal ha høy faglig integritet og solid kompetanse innen sosial- og helsefag og jus, for at offentligheten, myndigheter og tjenestene skal vurdere tilsynet som relevant og troverdig (ibid:2). Statlig tilsyn beskrives som ett av flere virkemidler for å følge opp intensjonene i lovverket. Tilsyn og rådgivning basert på erfaringer fra tilsyn skal medvirke til at: (1)befolkningens behov for tjenester blir ivaretatt, (2)tjenestene blir drevet på en faglig forsvarlig måte, (3)svikt i tjenesteytingen forebygges og at (4)ressursene i tjenestene blir brukt på en forsvarlig og effektiv måte (www.helsetilsynet.no, Helsetilsynet 2003). Helsetilsynets strategiplan for denne perioden gjelder bl.a. for utvikling av metoder, kompetanse og relasjoner, og visjonen for virksomheten er: ”*Tilsyn for trygge tjenester*”

Rendyrking av tilsynsrollen – ”Indrefiletten ble renskåret”

Jamfør St.meld. 17 (2002-2003:12) kan en snakke om flere modeller for rendyrkede tilsyn. De ulike modellene varierer mellom dimensjonene spesialisering og tilknytning. Plasserer vi Helsetilsynet anno 2002 inn i en slik modell, kan vi si at på dimensjonen spesialisering så er det et *”tilsyn med avgrenset formål på tvers av sektorer”*, og gjennom sin tilknytning så kan en nærmest beskrive Helsetilsynet som et *”tilsyn som ikke kan instrueres og overprøves politisk”*.

Direktøren kunne fortelle at han opplevde enigheten rundt ressurs- og oppgavefordelingen som reell, men at en side ved rendyrkingen fører til at noen små fagområder til tider lider av den klare delingen mellom tilsyns- og direktoratsoppgaver. Noen områder er nærmest på en kritisk minstestørrelse som igjen gjør organisasjonen mer sårbar enn før. Eksempler på denne sårbarheten er at tilsyn med medisinsk utstyr ble overført til direktoratet fordi fagmiljøet var så lite at det ikke tålte å bli delt. Et annet eksempel er myndighet ovenfor helsetjenester på kontinentalsokkelen, som Helsetilsynet i Rogaland har ansvar for å føre tilsyn med. Ved delingen ønsket Helsetilsynet å også ha ansvar for direktoratsoppgavene på dette området siden fagmiljøet var så lite, men her var ikke departementet like konsekvente med å ta hensyn til fagmiljøet og gikk derfor ikke med på at Helsetilsynet skulle forvalte begge oppgavene i petroleumssektoren.

Videre kan en hevde at den vertikale spesialiseringen ikke er like konsekvent i forhold til Fylkeslegen eller Fylkesmannens helseavdeling. Disse fylkesvise avdelingene skal utføre både tilsynsoppgaver og direktoratsoppgaver. Det regionale nivået fremstår som en hybrid hvor det blir lagt stort ansvar på ganske små avdelinger med mellom 10 – 20 ansatte. Informanter fortalte at det i starten var en utfordring å skille mellom rollene, men at det etter hvert har gått seg til og i praksis brukes for eksempel forskjellig brevark for de ulike oppgavene. Organiseringen på regionalt nivå fører også til at fylkeslegens preferanser kan være avgjørende for hvilke oppgaver som prioriteres utover de volumkravene som må oppfylles (informant nr. 7). En annen side ved rendyrkingen er at Helsetilsynet ikke har like stort ansvar i forhold til rådgivning som før. Det betrakter seg ikke lengre som et rådgivningsorgan. Hovedsaklig peker tilsynet kun på svikt i forhold til de kravene som finnes i lov og forskrift, men tjenester og andre myndigheter kan få rettleiding i forhold til tilsynsfaglige spørsmål. En av mine informanter kunne fortelle at det noen ganger i møte med andre aktører kunne være litt frustrerende at tilsynsrollen er så snevert definert (informant nr.

5). I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004-05) pekte Sosialkomiteen på at tilsynsmyndigheten i større grad burde peke på tiltak for å rette opp avvik. Helsetilsynet svarte med å vise til at et slikt krav ville gå utover det tilsynets ansvars- og oppgaveportefølje skulle tilsi (Helsetilsynet 2005a). En tredje side ved rendyrkingen er at Helsetilsynet ikke har regelverksutvikling, men har som oppgave å trekke ut erfaringer og si hvordan regelverket kan forbedres og forenkles. I samarbeid med SHdir skal de på denne måte bidra til å utvikle og forenkle regelverket med å gjøre det mer brukervennlig, og på denne måten øke legitimiteten til reglementet.

Helsetilsynet virker selv veldig klare på sin rolle og må stadig presisere dette for omgivelsene. Dette kan bl.a. eksemplifiseres med et utdrag fra en tilfeldig høringsuttalelse fra Helsetilsynet: *”Det er uklart hvem som i rapporten menes med ”helsemyndighetene”. Omtalen av Statens helsetilsyns rolle i fht. ... (beredskapsarbeid og krisehåndtering) bør presiseres.”*

(Helsetilsynet 2005c). Jeg antar at det er ulike meninger internt om hvorvidt denne rendyrkingen har vært til det bedre eller til det verre for etaten, men utad er holdningen positiv og samtlige av mine informanter ser fordeler ved at Helsetilsynet nå kan bruke alle sine ressurser og all sin innsats på tilsyns- og kontrolloppgaven. Spesialiseringen av tilsynsfunksjonen har ført til en mindre oppgaveportefølje og en eventuell styrking som ikke har kommet gjennom bevilgninger. Det er derfor grunn til å tro at Helsetilsynet prøver å styrke sin posisjon med å fremheve sin legitimitet ved å fremstå som faglig sterke i forhold til sine ansvarsområder, men også å verne om sin posisjon som uavhengig tilsynsorgan.

5.22 Legitimering av tilsynsrollen

En forutsetning for å kunne ivareta tilsynsrollen er tillit og troverdighet i offentligheten. Autonomien eller friheten til å handle selvstendig og å ta faglige avgjørelser, er også fundamental for tilsynets legitimitet. Gode faglige vurderinger er avgjørende for legitimiteten og slike vurderinger er igjen avhengig av høy rollebevissthet, høy kompetanse på det rent sektorfaglige, det tilsynsfaglige og på metodiske ferdigheter (Helsetilsynet 2005d:5).

Begreper som tillit og åpenhet dukker ofte opp når tilsynet omtaler seg selv (Tilsynsmeldinger). Tillitsbegrepet brukes med tanke på to forhold, det ene er å skape tillit i tjenestene ved å være et faglig sterkt tilsynsorgan, det andre er å skape tillit hos brukerne av tjenestene ved å være et uavhengig tilsynsorgan, de hevder bl.a. at det viktigst virkemiddelet i forholdet til tjenestene er tillit og ikke tilsyn. Åpenhet kommer som en følge av ønsket om å være åpne i forhold til hvilke mål tilsynet jobber ut fra, hvilke tilsynsobjekter de velger, hvilke metoder de bruker, hvilke kriterier som ligger bak utvelgelsen av tilsynsområder og

hvilket kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn for virksomheten. Dette gjør tilsynet mer åpent for kritikk fra andre aktører, noe som igjen har med tillit å gjøre, derfor må Helsetilsynet hele tiden være i stand til å begrunne sine valg og det de står for. Jamfør sin kommunikasjonspolicy har tilsynet en aktiv strategi med å kommunisere at de er et uavhengig tilsyn med høy faglig integritet (Helsetilsynet 2006:5).

Uavhengigheten

Tendensen i datamaterialet viser at Helsetilsynet i sterk grad oppfatter seg selv som et fristilt og selvstendig tilsynsorgan. De er veldig bevisste på at de ikke skal styres i tilsynsspørsmål og de prøver å holde en høy integritet også på dette området ved å høre hva andre aktører har å si, men de er klare på at det er deres egen tilsynsmessige vurdering som skal ligge til grunn for ulike avgjørelser. Helsetilsynet verner om og dyrker sin uavhengighet, selvsagt innenfor tildelte rammer: *”Vi er uavhengige og vi beskytter uavhengigheten vår, det er vi som velger hvor tilsynet skal settes inn, hvilke virksomheter vi går til og det er vi som velger tema, vi velger kunnskapsgrunnlag, vi velger metoder, vi velger innenfor de rammene vi har til rådighet hva som er lista (forsvarlighetskravet), hvor lista ligger for hvor vi gir avvik fra lov eller forskrift, og det er vi selv som følger opp og alt dette vil vi ha oss frabedt innblanding på i hvert enkelt tilsyn.”* (informant nr. 6). Helsetilsynet ønsker ikke å aktivt markere sin uavhengighet i forhold til ledelsen i tjenestene eller i departementet, men bare å forsvare den om den skulle bli angrepet. Autonomien som ble formalisert i 2002 har igjen ført til at Helsetilsynet må opptre som en profesjonell aktør. *”Det blir jo slik at det blir mindre og mindre makt og mer og mer anseelse og profesjonalitet og relevans som teller i offentlig sektor og det merker også vi når det gjelder uavhengigheten, så hvis vi ikke utøver jobben vår skikkelig så vil noen komme å overstyre oss”* (informant nr. 6). Den politisk fristillingen er også viktig for at tilsynsfunksjonen skal ha tillit hos tjenestene særlig etter sykehusreformen. Uten tillit står uavhengigheten svakere, men det handler stadig om å balansere uavhengigheten i forhold til de ulike aktørene. En kan spørre seg om autonomien virkelig økte ved ny tilknytningsform?

Uavhengigheten må ses i sammenheng med faglige kompetanse. Gode fagkunnskaper på tilsynsområdet er en forutsetning for at det lokale handlingsrommet er forsvarlig.

Faglig integritet

I ulike dokumenter og uttalelser hevder Helsetilsynet viktigheten av å være et faglig sterkt tilsyn hvor all virksomhet og alle avgjørelser skal være faglig forankret. Den faglige bakgrunnen til de ansatte i Helsetilsynet er hovedsaklig ulike sosial- og helsefag, juss og samfunnsfag. Foruten høy kompetanse i helse- og sosialfag og i juss trenger en tilsynsetat å være dyktig rent tilsynsfaglig, og en kan hevde at tilsyn og tilsynsmetodikk langt på vei er et fag i seg selv (Arianson 2006:53). Den økte tilsynsfaglighet kan forstås som en form for profesjonalisering av tilsynsmyndigheten. Også før 2002 har det vært tradisjon i Helsetilsynet for å strebe etter høy faglig integritet, og det virker som om utviklingen av moderne tilsynsmetoder har ligget langt foran de andre norske tilsynsetatene. Juristene har i større grad vært den opprinnelige og rådende profesjonsgruppen i forvaltningen og da særlig i departementene. Sammen med oppbygningen av fristilte fagetater var det hovedsaklig sektorfagene, i dette tilfelle en sterk økning av den fagmedisinske innflytelsen (Schjøtz 2007). Det er dermed belegg for å hevde at det er sterke tradisjoner for fagstyre i Helsetilsynet. En kan også hevde at innen helseadministrasjonen har pendelen svingt mellom juristenes regelstyre og legenes fagstyre og er nå på vei tilbake igjen til en mer rutine preget forvaltning utført i tråd med vedtak fra Storting og Regjering. Etter 2002 har naturlig nok den sosialfaglige kompetansen blitt styrket og Helsetilsynet har også blitt flinkere til å innhente ekstern kompetanse. Dels er dette i form av innkjøpt kunnskapsinnhenting, oppsummeringer og kartlegging fra instituttsektoren, men også en økende bruk av *fagrevisorer*. Dette er personer ansatt i tjenestene som har solid utdanning og bred erfaring fra de tjenestene tilsynet skal utføres i (Helsetilsynet 2003). Det blir hevdet at erfaringene er gode og at dette er med å øke både relevansen og legitimiteten til tilsynsfunksjonen. Utad hevder Helsetilsynet at fagligheten også er styrket med at de selv får legge føringer for hvilke områder det skal føres tilsyn med. I denne sammenheng legger politisk ledelse få eller ingen føringer.

Metodeutvikling er viktig for å opprettholde statusen som et moderne tilsyn og å henge med i bl.a. sykehussektoren hvor det stadig pågår stor faglig utvikling og endringer i behandlingsformer og utstyr. Det hevdes også at det er nødvendig å møte tilsynssubjektene i deres faglige argumentasjon. I en sektor som sykehussektoren er fagkompetansen høy og dette fører bl.a. til at noen fylkesleger krever at det må være leger med i tilsynsteamene (informant nr. 7). I forhold til det å være et moderne fagtilsyn som ønsker å bli tatt på alvor, er det viktig å prioritere metodeutvikling eller videreutvikling av prosedyrer og styringsverktøy for hvordan tilsyn utføres på en ”god” måte. Det er viktig å ha gode og oppdaterte metoder for å

utføre tilsynsoppgaven, men også for å harmonisere sin virksomhet i sektoren og på tvers av sektorer og geografiske områder, og dermed øke pasientens rettssikkerhet. Et av argumentene da Helsetilsynet fikk ansvar for tilsyn med deler av sosialtjenesten, var nettopp en slik metodeharmonisering: *”Det innebærer at etaten får ansvar for å utvikle systemrevisjon som metodikk også innen sosiale tjenester”*(St. prp. nr. 1 (2001 -02). Etter St.meld. nr. 17 (2002-03) *”om statlig tilsyn”* ble det vektlagt at tilsynsorganene skulle utvikle systemer og metoder for å kunne utføre områdeovervåkning på en tilfredsstillende måte. *”Områdeovervåkning er tilsyn med overordnet perspektiv, og omfatter å innhente, systematisere og tolke kunnskaper om sosial- og helsetjenestene i et tilsynsperspektiv”* (Helsetilsynet 2005b). På grunnlag av dette kravet har Helsetilsynet satt i gang et toårig *”områdeovervåkningsprosjekt”* (TOP). De siste årene har Helsetilsynet også økt fokuset på risiko og sårbarhet som kriterium for tilsyn og utviklet en egen risiko- og sårbarhetsvurdering. *”Helsetilsynets policy er at kvalifiserte risikovurderinger skal legges til grunn for alle tilsynsaktiviteter. Kriterier og normer for hva som anses for forsvarlig virksomhet i tilsynet må ta utgangspunkt i risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) av virksomhetens aktiviteter. Risikovurdering må bygge på faglig kvalifiserte vurderinger og ta hensyn til en viss grad av risikoaksept. Kunnskap oppnådd gjennom hendelsesbasert tilsyn og områdeovervåking bør også vektlegges.”* (Helsetilsynet 2004:6)

Mine informanter er ikke helt enige om hvordan utviklingen av Helsetilsynets kunnskapsgrunnlag har vært. En informant mener at det tradisjonelt var det medisinfaglige som dominerte, før det kom en periode hvor juristene vant terreng, mens Helsetilsynet i dag har en helse- og sosialfaglig tyngde (informant nr. 5). Andre hevder at regelfokuset og det jussfaglige har fått større spillerom de siste årene. Denne interne uenigheten blant mine informanter gjenspeiles også i synspunkt på hvorvidt metodeutviklingen har blitt styrket etter 2002. Selv om fagkompetansen er høy i Helsetilsynet, kan det skorte litt på tilsynserfaringen til de som sitter i Helsetilsynet sentralt, noe som kan føre til frustrasjon blant de som ut fra overordnede retningslinjer skal utføre tilsynsvirksomheten lokalt. Helsetilsynet har opprettholdt prioriteringen og bruker fortsatt en del ressurser på systematisk metodeopplæring av det regionale nivået. Systemrevisjon læres gjennom interne grunnkurs samt gjennom revisjonslederkurs. Den interne kritikken i forhold til metodeutviklingen skyldes uenighet om hvordan metodene skal videreutvikles. Noen mener at jussen har fått prege for mye av utviklingen de siste årene, noe de hevder gjenspeiles i en større revisjon av prosedyrene for hvordan systemrevisjon skal gjennomføres i 2005. Hensikten med endringene var ikke å endre

den metodiske tilnærmingen, men heller å forbedre praksisen. De nåværende prosedyrene tar utgangspunkt i ISO1911:2002 *Retningslinjer for revisjon av systemer for kvalitets- og/eller miljøstyring*. Denne standarden er videre tilrettelagt for tilsyn. Etter revisjonen i 2005 ble internkontroll ikke prioritert som eget tema i gjennomføringen av systemrevisjonene. Dette har de siste årene delvis ført til misnøye både blant kontrollørene og de kontrollerte, fordi den nye versjonen av prosedyrene er med på å komplisere kommunikasjonen mellom aktørene. ”Systemrevisjon har vært fagfolkens måte å tenke og jobbe på, mens juristene har en annen måte hvor de skriver prosesskriv fram og tilbake” (informant nr. 3). Denne interne konflikten i Helsetilsynet har mer eller mindre vart siden 1994, og bærer preg av å være en fagkonflikt og til dels en konflikt mellom ledelsen og ansatte.

5.3 Helsetilsynets rolleutforming i relasjon til andre aktører

Rolleutforming oppstår ikke uten påvirkning fra andre aktører. Derfor vil jeg i fortsettelsen å fokusere på hvordan Helsetilsynet videreutvikler sin rolleforståelse gjennom samhandling med politisk ledelse, med nasjonale og internasjonale søsterorganisasjoner, men særlig SHdir, med andre fagtilsyn (eks. Arbeidstilsynet og Datatilsynet), med fagforeninger, interessegrupper og gjennom mediene med offentligheten. Rolleutforming kan vurderes ved å se nærmere på autonomien, kontakten og konfliktnivået Helsetilsynet har i forhold til de ulike aktørene. En uttalelse fra et informantintervju sier litt om hvordan Helsetilsynet opplever den generelle autonomien i forhold til aktørene i omgivelsene: ”... vi er uavhengige av den løpende politiske styringen, vi er uavhengige av profesjonsinteresser, vi taler til tider fagforeningen nokså rett i mot, vi gjør det samme med legemiddelindustri og alle kommersielle interesser, private helsetjenester eller hva det måtte være, vi er uavhengige av media, vi er uavhengige av andre finansieringskilder enn Stortinget som passer på oss og dette gir oss en faglig basis og uavhengighet...” (informant nr. 6). En annen uttalelse sier også noe om holdningen til sameksistensen med andre aktører: ”Jeg er opptatt av å ha uformelle kanaler for samarbeid og et godt forhold til mine samarbeidspartnere. Samtidig må jeg være oppmerksom, så jeg ikke roter til min egen rolleforståelse.” (intervju med Hanssen i Dagens Medisin 19.12.02)

Forholdet til departement og politisk ledelse

Tilsynsrollens videreutvikling i forholdet til Helse- og omsorgsdepartementet og politisk ledelse, er i sterk grad knyttet til den uavhengige posisjon tilsynsetaten fikk etter 2002. Helsetilsynet opplever at departementet har samme rolleforståelse i forhold til sin fristilling som tilsynet har, selv om departementet er overordnet myndighet, og på det grunnlaget kan gripe inn til en hver tid og instruere Helsetilsynet. Hvert enkelt års oppdrag blir formelt tildelt Helsetilsynet gjennom tildelingsbrevet fra departementet. Innholdet i tildelingsbrevet eller konkretiseringen av det aktuelle kapitelet i St.prp`en, er det tilsynet selv som i stor grad utarbeider. De lager sine egne målsetninger på grunnlag av egne faglige vurderinger. Forslaget til tildelingsbrev blir justert og godkjent av politisk ledelse. Rammebetingelsene ble mye mindre for det nye Helsetilsynet etter ferdigstillingen av forvaltningsreformen, og her er det departementet som er den førende part. Budsjettet har stabilisert seg på mellom 60 og 70 millioner de siste årene. Tilsynet selv synes dette er i det knappest laget, særlig i forhold til det regionale nivået. Etter at Fylkeslegene ble lagt inn under Fylkesmannsembetet, forsvant også en del ressurser i prosessen. Den formelle kontakten eller styringen skjer jevnlig gjennom etatsstyringsmøter hvor bl.a. tilsynet utarbeider årsrapporter på grunnlag av tilsynets virksomhet. Årsrapporten er grunnlag for drøfting av måloppnåelse i forhold til gitte oppdrag. Det som for tilsynet selv er overraskende, er at forholdet til departementet etter omorganiseringen har blitt mye bedre. Forholdet er preget av god gjensidig respekt og nær kontakt på topplederplanet både formelt og uformelt. ”... *etatsstyringsmøtene inneholder veldig mye mer ros og understøttende dialoger enn de gjorde før, sånn at det er lettere å lede, vi kommer lettere til resultatene*” (informant nr. 4). Det er særlig direktøren som holder kontakt med ledelsen i departementsavdelingen og statsråden. Forholdet kan også være litt avhengig av statsråden, noen ønsker mer styring enn andre. Helsetilsynet får tilbakemeldinger på at de er lojale mot intensjonene i reformen. Generelt fremstår tilsynet som lydøre i forhold til politiske vedtak. Dette var de i forhold til sin egen omorganisering, men også i forhold til andre sentrale endringer, som for eksempel sykehusreformen. Til tross for dette legger etaten mye tid og ressurser på å fremme sine meninger gjennom ulike høringsuttalelser. Her kan Helsetilsynet gå imot politisk ledelse på faglig grunnlag. De kan også fritt gå ut og kritisere om tilsynet avdekker forhold som er kritikkverdige overfor politisk ledelse.

Hvem er det som kontrollerer et fristilt Helsetilsyn?

Tilsynet selv hevder at de har mange som følger med på hva de gjør. Foruten den styringen og irttesettingen de får gjennom departementet, blir de også kontrollert av Stortingskomiteene og Ombudsmannen, og utsettes også for forvaltningsrevisjon av Riksrevisjonen. Helsetilsynet har under lengre tid vært under oppsyn av Riksrevisjonen pga. manglende måloppnåelse i forhold til saksbehandlingstiden. Det forventes at Riksrevisjonen i fremtiden også vil interessere seg for andre ting, for eksempel for innholdet i Helsetilsynets risiko og sårbarhetsvurderinger. Helsetilsynet ser positivt på denne kontrollen, ”... *det er bra, vi er jo så begeistret for tilsyn...*” sa direktøren med glimt i øyet da han i informantintervjuet ble spurt om hva han syntes om kontrollen de ble utsatt for av Riksrevisjonen. Kontrollen gjør tilsynet mer skjerpet og bedre. Ellers så opplever de at mediene, tjenestene og fagforeningen holder tilsynet under oppsikt og gir beskjed om det er ting de ikke liker.

Forholdet til Sosial- og helsedirektoratet

Forholdet til direktoratet og Folkehelseinstituttet er svært godt, spesielt fremstår kontakten mellom toppledelsen i de tre søsterorganene som god både formelt og uformelt. Det er jevnlig kontakt mellom de tre direktørene, hvor det utveksles informasjon og rettes opp i eventuelle problemer. SHdir er et fagdirektorat, men nyter ikke like stor uavhengighet som Helsetilsynet. ”... *etter 2002 har vi fått en mye mer betydelig uavhengighet fra departementet samtidig som direktoratet styres som nærmest en utflyttet departementsavdeling, så om direktøren for direktoratet hadde vært ekspedisjonssjef så tror jeg ikke det hadde vært særlig forskjell på styringen fordi der kommer det daglige signaler både fra embetsverket og fra politisk ledelse.*” (informant nr. 4). Forskjellen er også tydelig om en ser på de to etatenes tildelingsbrev. Helsetilsynets tildeling av bevilgning er beskrevet på rundt ti sider, mens direktoratets tildelingsbrev er av kataloglignende størrelse. Etter delingen i 2002 ble Helsetilsynet en liten organisasjon, mens SHdir ble en stor etat med rundt 500 ansatte. SHdir består i dag av en mengde tidligere råd og etater¹⁵. Sammen har det tatt tid å finne den beste måten å organisere seg på. De har kanskje ikke helt funnet sin rolle, og har dermed i større grad ønsket seg en *ny prinsipiell gjennomgang* av oppgavefordelingen. Nesten årlig omorganiseres SHdir internt. Denne stadige endringen kan gjøre det vanskelig å holde en

¹⁵ SHdir ble etablert med utgangspunkt i oppgaver fra Statens tobakksråd, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Rusmiddeldirektoratet, Giftinformasjonssentralen, Statens helseundersøkelser, Etat for rådsekretariater mv og Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling. I tillegg ble oppgaver og personell fra andre etater overført.

stabil kontakt på alle nivåer i organisasjonene, men etter at kontakten er opprettet er samarbeidet preget av god problemløsningsvilje. Kontakten på toppledernivå og fagnivå er regelmessig og god. De to etatene har ulike perspektiv på omgivelsene, men de står i et avhengighetsforhold til hverandre. Direktoratet er den faglige standardsetteren og avdelingen for lovtolkning ligger formelt sett i direktoratet. Dette er en avdeling som tilsynet oftest har behov for å ha et godt og effektivt samarbeid med når forhold som er avdekket gjennom tilsynsvirksomhet trenger å bli fortolket av kompetente eksperter. Noen ganger kan tilsynet bli frustrert over at denne oppgaven ikke ligger under tilsynsporteføljen. Noen gir uttrykk for at det kanskje hadde vært mer naturlig om denne funksjonen lå hos Helsetilsynet, siden det er de som er ute og erfarer hvor regelverket svikter og hvor det er behov for å få det endret, men den politiske ledelsen var klare på dette punktet. På dette grunnlaget kan en nesten si at Helsetilsynet er rendyrket og vel så det.

Det er nok av konfliktmuligheter mellom de to organene. Maktbalanse mellom organene gjenspeiles i Fylkesmannens helseavdeling. Her det press fra både direktorat og tilsyn, men regelen er at 50 % av ressursene skal brukes på direktoratsoppgaver og 50 % på tilsynsoppgaver. Tilsynet setter volumkrav til antall saksbehandlinger og tilsyn som skal utføres, mens direktoratet har et større press fra departementet og den politiske ledelsen med å gjennomføre politikken. Det er stadig kamp om ressursene, men etatene vokter seg vel for å si noe om prioriteringer. Det poengteres at dette i første rekke en prioriteringsskvis framfor en rolleskvis.

Forholdet til andre fagtilsyn

Som det *"mest rendyrkede tilsynsorganet i Norge"*, opplever Helsetilsynet at de er i en særstilling i forhold til andre tilsyn. Omorganiseringsprosessen de gjennomgikk var ikke dramatisk og preget av politisk konflikt slik tilfellet var i forhold til utflyttingen av for eksempel Konkurransetilsynet og Luftverkstilsynet. Helsetilsynet hadde før 2002 utviklet et godt grunnlag for å utvikle seg som et rendyrket moderne tilsynsorgan. Dette har kanskje ikke vært tilfelle for de andre fagtilsynene etter at det ble satt særlig fokus på tilsynsoppgaven med St.meld. nr. 17 (2002-03) *"Om statlig tilsyn"*. De siste årene har relasjonen til andre fagtilsyn stadig utviklet seg, bl.a. gjennom økende grad av samarbeid og felles tilsyn. *"Samarbeid med andre tilsyn er en av de veldig klare profilendringene vi har gjort i perioden 2002 til 2005. Det at vi merket en viss etterspørsel etter metodene våre gjorde at vi la opp en strategi hvor vi*

tilbyr oss å ha kommunikasjon for gjensidig læring med andre tilsyn” (informant nr. 6).

Foruten gjensidig læring med andre tilsyn, er det andre formålet med et slikt samarbeid å vise tilsynssubjektene at en kan samhandle i forhold til regelverk som i praksis henger sammen, for eksempel helselovgivningens krav til taushetsplikt og IT-regelverkets krav om skjerming av personopplysninger. På spørsmål om det er konkurranse mellom tilsynsetatene i den gjennomregulerte sykehussektoren, svarte en informant: ” *Vi er jo de eneste som fører tilsyn med det de er satt til å gjøre og det er pasientbehandling, så vi føler oss i en særstilling sånn sett.*” (informant nr. 1). Flere av tilsynene opptrer veldig uavhengig av hverandre og dette oppleves nok som et problem i tjenestene, særlig i kommunene. Rent konkret har Helsetilsynet gjennomført landsomfattende tilsyn sammen med Datatilsynet og Arbeidstilsynet i 2005 og Forbrukerrådet i 2006. Tilsyn sammen med Barnevernet og Utdanningsdirektøren er under planlegging. Erfaringen fra dette samarbeidet har vært god, men samarbeidet har vært preget av problemer knyttet til ulike tilsynsfilosofi, men også problemer med å enes om metodikken. Historisk sett så hadde Helsetilsynet en disputt med Arbeidstilsynet på nittitallet, uten å gå inn i saken noe særlig så utviklet det seg en konflikt mellom tilsynsetatene i forbindelsen med utbygging av bedriftshelsetjenesten. Helsetilsynet ser absolutt behov for stadig å forbedre samarbeidet og samordningen med andre fagtilsyn, særlig i forhold til kommunale tjenester, hvor antall årlige tilsyn av ulike art er høy, men også i spesialisthelsetjenesten. På 90-tallet lærte Helsetilsynet mye av Petroleumstilsynet. De var noen av de først som innførte moderne tilsynsmetoder, noe som kanskje er naturlig i en sektor med høy risiko og med krevende og ressurssterke oppdragsgivere. Helsetilsynet opptrer også som observatør i HMS-etatenes tilsynsnettverk. HMS-etatene er et samarbeid mellom etater som har tilsynsansvar for HMS-forskriftene. De som sorterer under her er Direktorat for arbeidstilsyn (DAT), Direktoratet for samfunnssikkerhet (DSB), Statens forurensningstilsyn (SFT) og Næringslivets sikkerhetsorganisasjon (NOS). De fire etatene driver et utbredt samarbeid, bl.a. med felles opplæring i tilsynspraksis og metodebruk. Sammen med Mattilsynet driver HMS-etatene nettsiden regelhjelpen.no (tidl. hsmetatene.no). Generelt så er flere av informantene klare på at Helsetilsynet helt klart kan bli flinkere til å samkjøre deler av aktivitetene med andre fagtilsyn.

Forholdet til fagmiljøene og fagorganisasjonene

Helsetilsynet ønsker i forhold til alle profesjonsforeningene å fremstå som et organ med høy faglig kompetanse. Tilsynets strategi er at som myndighet må en vise høy faglig kompetanse

for å utvikle et godt tillitsforhold. Et tillitsforhold mellom tilsynsmyndigheten og fagforeningen er viktig for å kunne samarbeide om hva som er ”god praksis” og forsvarlige tjenester. Også i disse relasjonene er det viktig for Helsetilsynet å være et uavhengig organ som ikke lar seg styre av sterke faginteresser. Dette har ført til at etaten uttaler seg fritt og ofte ganske krast til fagforeningene, noe som også blir gjengjeldt. Kontakten med profesjonsforeningene er god, spesielt på topplan. Det blir fortalt at ledelsene møtes og tar opp problemer og utfordringer på en konstruktiv måte. Før omorganiseringen var det i større grad behov for gjensidig samarbeid med bl.a. utarbeidelsen av veiledere og utredninger. Kontakten var sterkest på direktoratsoppgaver. I dag er det mindre kontakt, men Helsetilsynet jobber likevel for å holde en aktiv kontakt med fagmiljøene. Det kan være gjennom å ha møter før en gjennomfører større tilsyn, eller å utveksle formeningene om hvor kravene til forsvarlighet skal settes (informant nr. 2). Den uformelle kontakten har økt gjennom at ledelsen bygger relasjoner med de ulike profesjonene. Til tross for at tilsynet fremstår med en klarere kontrollørrolle, har ikke dette påvirket relasjonen i negativ retning. Forholdet og kommunikasjonen har bare blitt bedre. Det er mye mindre kritikk mot tilsynet nå, bl.a. på personalsaker hvor autorisasjon blir trukket tilbake. Kritikken før 2002 gikk i stor grad ut på at tilsynet ikke hadde begrep om hva som skjedde for eksempel på en akuttavdeling. ”*Det var litt friske tak på slutten av 90-tallet, så på det området så har det blitt vesentlig bedre, nå forstår vi hverandre og Legeforeningen utfordrer oss lite på at vi faktisk gjør en jobb for å sikre kvalitet og sikkerhet i tjenestene og tar autorisasjon fra de som ikke kan ha autorisasjon.*” (informant nr. 6).

Hvem er målgruppen til Helsetilsynet?

Det kan både være sosial- og helsetjenestene, staten eller folket (klientene / pasientene) som kan dra nytte av tilsynets virksomhet. Helsetilsynet har gjennomført to brukerundersøkelser de siste årene, en i 2002 og en i 2006. Tilsynet opplever i liten grad at helseforetakene eller rådmennene prøver å påvirke og kritisere kravene for hva som er svikt og avvik. Strategisk sett hadde det vært en dårlig situasjon om for eksempel ledere i helseforetak gikk til departementet for å få dempet eller stoppet tilsynsmyndigheten. En slik situasjon ville føre til en tilsynsmyndighet uten gjennomslag. Kommunikasjonen med brukerne har økt siden 2002. Tilsynet retter seg mot ledelsesnivået i virksomhetene for å øke forståelsen og aksepten for påpeking av svikt. Helsetilsynet går offentlig ut og sier at de ønsker å være en etat med oppsynsansvar, en vaktbikkje, eller en vokter for de aller svakeste. De ønsker ikke å bruke

unødvendig nye ressurser på ressurssterke pasienter som bruker helsetjenester til å fremme eget luksusbehov. Helsetilsynet ønsker å være en stemme for de aller svakeste, de som ikke klarer å si ifra selv. Tilsynet ønsker også en bevissthet om at det eksisterer et slikt uavhengig organ som til stadig er ute og vurderer tjenestene. På den andre siden ønsker ikke Helsetilsynet å være et pasientombud. Igjen henviser de til at alle vurderinger må være uavhengige fra grupper og basert på faglig overveielse.

Forholdet til offentligheten og mediene

Helsetilsynet ønsker å være synlige i offentligheten gjennom å fremstå som en faglig premissleverandør i samfunnsdebatten. *”Vi skal la offentligheten se hva vi gjør i vår tilsynsvirksomhet for å bidra til tryggere helse- og sosialtjenester”* (Helsetilsynet 2006:2). Helsetilsynet har som mål, bl.a. gjennom Tilsynsmeldingen å skape offentlig oppmerksomhet og debatt som kaster lys over sider ved sosial- og helsetjenesten. *”Dersom befolkningen skal ha tillit til sosial- og helsetjenesten, må den vite at det er noen som ser etter med et kritisk blikk. Dette er Helsetilsynets sentrale oppdrag. Vi skal være en vaktbikkje.”* (Tilsynsmeldingen 2004). Dette kan være et ledd i samfunnsutviklingen som går i retning av mer offentlighet og åpenhet, men organisasjoner som driver tilsynsvirksomhet har tradisjonelt hatt stor offentlig interesse.

Etter 2002 har fokuset på riktig omdømme økt også for offentlige etater. Hvordan en fremstår ovenfor omverden blir etter alt å dømme viktigere og viktigere. Helsetilsynet hevder selv at de er avhengig av tillit og respekt for å gjøre jobben, men det hevdes at de ikke bygger omdømme for å bli populære. De er bevisste på hvordan de fremstår i offentligheten og hevder det er viktig for tilsynet å fremstå som et godt eksempel ved å holde orden i eget hus og egne rekker. Det sies at omdømmebyggingen som Helsetilsynet bedriver går hovedsaklig ut på å ikke være *”tøffe i trynet”* og stikke seg mest frem i mediene, men heller ha et omdømme om å være relevante og troverdige i forhold til de som har ansvar for tjenestene (informant nr. 6).

Medienes interesse for tilsyn er stor, men det var den også før 2002. Når Statens helsetilsyn da var i mediene så var det oftest knyttet til tilsynssaker. Mediekjøret har bare økt utover på nittitallet og til tider en dominerende faktor, dette fikk tidligere helsedirektør Alvik erfare da hun kom i medienes søkelys og ble beskyldt for inhabilitet og fikk kraftig kritikk i forbindelse

med den såkalte Bærumssaken i 1999. Den høyt profilerte saken førte til helsedirektørens avgang i 2000. Helsetilsynet ønsker å være uavhengig i forhold til TV og aviser, derfor har de i utstrakt grad laget egne informasjons- og kommunikasjonsstrategier. De har fast ansatte mediekontakter og gir de ansatte medietrening. Det sies at ”*journalister + tilsyn = sant*”, det kan forklares med tabloidenes interesse for ”*sex, drugs og crime*” eller mer korrekt såkalte atferdsproblemer som oftest er seksuelle forhold mellom behandler og pasient, rus og tyveri. Slike saker behandles av Helsetilsynet gjennom hendelsesbasert tilsyn, og helsepersonell kan ved slike overtramp erfare alvorlige konsekvenser som å miste autorisasjonen. I møtet med en mer aggressiv presse, har Helsetilsynet blitt mer forsiktig i forhold til hva de gir ut av informasjon, i frykt for å røpe taushetsbelagt informasjon. Dette har ført til ansettelse av egen pressekontakt og det brukes mye tid på å håndtere mediene. På et år kan det komme 3000 anmodninger om innsyn i saksdokumenter. I tilsynsmeldingene fra 2002 og utover, presenteres mediestatistikker for hvert enkelt år. Etter 2004 har dette utviklet seg til egne artikler om hvordan Helsetilsynet har blitt presentert og oppfattet av mediene.

Avslutning

Store deler av utvikling av tilsynsrolleforståelsen foregikk i perioden før 2002 hvor etaten ikke var like rendyrket som nå. Etter omorganiseringen i 1994 og opprettelsen av Statens helsetilsyn, startet det en kan kalle en stor dreining i utviklingen av tilsynsfunksjonen i helsesektoren. Det ble lagt ned mye ressurser for å utarbeide prosedyrer og metoder for tilsyn som både skulle være moderne og harmoniserende og dermed sikre rettsikkerheten. Foruten styrket fokus på tilsynsoppgaven, resulterte endringen i 1994 i en varig og fungerende vertikal spesialisering hvor de tre forvaltningsnivåene, departements-, direktorats- og fylkesnivået, fant en samarbeidsform som fungerte.

Prosessen rundt omorganiseringen i 2002 stod i kontrast til reaksjonene som oppstod forut for 1994. Hensikten med denne omorganiseringen var å rendyrke tilsynsorganet ytterligere. Det pågikk en horisontalspesialisering på direktoratsnivået hvor tilsynsfunksjonen, direktoratsfunksjonen og instituttfunksjonen ble organisert hver for seg. Organisatorisk og funksjonelt ble Helsetilsynet atskilt fra direktoratsoppgavene. Ansvarsområdet ble også utvidet til å gjelde sosialsektoren. Dette har en lykkes med, og det uten at det har ført til like store endringer i rolleutforming som den utviklingen som kom etter at Statens helsetilsyn ble opprettet. Det har vært en jevn og god videreutvikling uten de store bruddene.

Helsetilsynet beskrives av mine informanter som et sterkt organ som var modent for den fristillingen som skjedde i 2002. Helsetilsynet har selv dyrket rolleklarheten på ryddig og aktiv måte og hevder at de stadig blir bedre på tilsyn. De ønsker seg stort sett ikke tilbake til den gamle strukturen og betrakter et tydeligere tilsyn som en styrke og forbedring.

Helsetilsynet legitimerer i stor grad sin nåværende rolle ved å opptre som et uavhengig tilsynsorgan med stor faglig integritet, hvor alle avgjørelser tas på faglige grunnlag. Etaten har et stort innslag av helsefaglig- og juridisk kompetanse, men i løpet av de ti siste åren har det nærmest skjedd en profesjonalisering i forhold til tilsynsfagligheten.

Autonomien prøver de å bevare i forhold til relasjonen til overordnet styring, sine søsterorganisasjoner, andre fagtilsyn, profesjonsgruppene, tilsynssubjektene og til offentligheten. Mest oppsiktsvekkende er kanskje den store reelle autonomien som tilsynsetaten får av den politiske ledelsen og departementet. De siste årene har tilsynsetaten vært mer bevisst på hvordan de forholder seg til brukerne og offentligheten.

6.0 Helsetilsynets rolleutøvelse overfor spesialisthelsetjenesten

I dette kapitlet vil jeg se nærmere på hvordan Helsetilsynet utøver sin tilsynsrolle ovenfor spesialisthelsetjenesten. Utgangspunktet for dette kapitlet er at ”*tilsynsrollen setter rammer for hvordan tilsynsmyndigheten skal opptre.*” (Helsetilsynet 2005f:2). Tilsynspraksisen vil foruten rollen som myndighetsutøver være avhengig av den metodiske tilnærmingen som velges. Rolleutøvelse kan altså forstås som tilsynspraksis, men det handler nødvendigvis ikke bare om å utføre den konkrete tilsynsoppgaven, det handler også om de føringer som blir lagt for praksisen fra sentralt hold i Helsetilsynet. Å utøve tilsynsrollen handler i korte trekk om å *ha oversikt*, om å *følge med* og om å *gripe inn* (Ot.prp. nr. 105 (2001-2002):5). Hvilke oppgaver, metoder og tradisjoner har Helsetilsynet har for å utføre tilsynsvirksomhet, og hvordan benyttes autoritet og sanksjoner når oppgaven håndheves? Dette er spørsmål jeg tar sikte på å redegjøre for i dette kapitlet.

Det regionale nivået av tilsynsmyndigheten vil være mer fremhevet i denne delen av studien. Helsetilsynet i fylket er i all hovedsak den operasjonelle spydspissen og den delen av tilsynsvirksomheten som i praksis utøver tilsynsoppgaven, i kraft av sin nærhet og lokal kjennskap til tilsynssubjektene. Til tross for at fylkesembetene utfører hovedtyngden av tilsynsoppgaven er det Helsetilsynet sentralt, eller det *overordnede faglige tilsynet* som står for utarbeidelsen av styringsdokumenter og utviklingen av tilsynspolicy og tilsynsmetoder, samt at de koordinerer tilsynsaktiviteten. Nærmere bestemt utøver Helsetilsynet sentralt tilsynsoppgaver som overvåkning, styring av tilsyn, behandling av spesielle enkeltsaker og styring av klagesaksbehandlingen.

Kapitlet innledes med en redegjørelse av trekkene som kjennetegner relasjonen mellom Helsetilsynet og spesialisthelsetjenesten som tilsynssubjekt. Deretter går jeg nærmere inn på hva som kjennetegner måten tilsynet utøver kontrollen med spesialisthelsetjenesten og de tilsynsoppgavene de er pålagt å utføre i forbindelse med denne viktige og nyreformerte delen av det norske helsevesenet. Her vil jeg begynne med å se på hvordan Helsetilsynet legger listen for hva som aksepteres som forsvarlige tjenester. Deretter vil jeg se på hvilke ulike tilsynsoppgaver og hvordan de utføres i forbindelse med spesialisthelsetjenestene. Her vil jeg i særlig grad legge vekt på virksomhetstilsyn, eller planlagt tilsyn med systemrevisjon som tilsynsmetode. I den tredje delen går jeg nærmere inn på praksisen rundt sanksjonering av avvik i de aktuelle tjenestene. Kapitlets siste del vil jeg avrunde med å fremheve noen trekk

ved tilsynets arbeidsform som viser seg i møte med tilsynssubjektet. Her vil jeg for eksempel trekke frem hvordan etaten selv ser på effekten av tilsyn, hvilke holdninger etaten har til tilsynssubjektene og hva tilsynet betrakter som sin viktigste oppgave. Også i denne delen av studien vil min tilnærming være å ensidig ta utgangspunkt i hvordan Helsetilsynet selv oppfatter sin tilsynspraksis. Grunnlaget for de opplysningene som her blir presentert er informantintervjuer i Helsetilsynet samt aktuelle dokumenter, da særlig årsrapporter og tilsynsmeldinger som rapporterer tilsynsmyndighetenes aktiviteter og resultater knyttet til tilsyn med tjenestene. Jeg har også benyttet meg av Helsetilsynets eget tallmateriale i forbindelse med hvor mange tilsyn som blir gjennomført hvert år. Jeg har altså ikke undersøkt hvordan spesialisthelsetjenesten opplever og erfarer denne relasjonen.

6.1 Relasjonene til spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er en sentral aktør i forhold til Helsetilsynets myndighetsutøvelse, hvor de bl.a. fungerer som en ekstern revisor. Neste kapittel omhandler nettopp hvordan tilsynsrollen blir utøvet i denne relasjonen. Eierskapsreformen førte både til prinsipielle og organisatoriske endringer for Helsetilsynet som tilsynsmyndighet. Prinsipielt sett legitimerer reformen en ytterligere fristilling av Helsetilsynet som fagtilsyn, og en videreutvikling av autonomien ble, som tidligere nevnt, en nødvendighet. Organisatorisk sett måtte Helsetilsynet tilpasse fylkesnivået for å dekke kartet til det nye helse-Norge med fem¹⁶ nye helseregioner. Foruten de fem helseregionene, ble ulike helseforetak (46 stykker i 2002) organisert på nye og mer komplekse måter, noe som kan være en utfordrende for en systemrettet revisor som har til hensikt å få oversikt over styringslinjene. Tre av foretakene var fylkesovergripende. Det var dermed behov for å samordne på tvers av fylkesgrensene og bli enige om en arbeidsfordeling som var dekkende og ikke overlappende med å lage nye ansvarsgrenser. Utfordringen med overlappende fylkesgrenser ble løst ved at ulike fylkeskontor kunne framstå som en samlet og enhetlig tilsynsmyndighet, og blant disse fylkeskontorene ble det utpekt en fylkeslege med spesielt ansvar for tilsynet med foretaket, en såkalt *kontaktfylkeslege* (Årsrapport 2002). Endringen førte også til behov for å utvikle regionale tilsynsplaner.

Etter 2002 økte kontakten og kommunikasjonslinjene internt mellom tilsynsmyndighetsetatene, men det ble også satt i gang tiltak for å øke kommunikasjonen

¹⁶ Etter sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør i 2007 består helse-Norge av kun fire helseregioner.

mellom tilsynsmyndigheten og foretakene. Helsetilsynet oppfatter i dag RHFene og HFene som profesjonelle aktører. Da fylkeskommunene satt med ansvaret for sykehusene, var styrene i større grad politisk styrte, mens styrene i dag hovedsaklig består av profesjonelle ledere¹⁷. Helsetilsynet merker både lokalt og sentralt at det kan være lettere å forholde seg til de litt mer profesjonelle styrene, og stadig oftere rettes avvik som ikke blir utbedret inn mot styrene og ledelsen. Erfaringen viser at mangel på internkontroll og styringssystemer ofte samsvarer med dårlig ledelse, derfor har Helsetilsynet økt kommunikasjonen både formelt og uformelt. Det er i dag større samarbeid mellom toppledelsen i spesialisthelsetjenesten enn før, bl.a. med at Helsetilsynet reiser rundt og forteller om sine strategiplaner. Tilsynsetaten retter seg også inn mot ledelsen og styringssystemene på andre måter. De siste årene har det vært et tungt press fra Helsetilsynets side overfor politisk ledelse for å få styrene i helseforetakene til å behandle tilsynsrapportene. Tanken bak dette, er at en gjennomgang av rapportene skal være nyttig for å lære av egne og andres feil. Lærende organisasjoner er en del av den nye retorikken til Helsetilsynet, og dette skal være ledelsesforankret. Virksomhetene har også ansvar om å være aktive i forbedringsarbeidet ved å sørge for å rapportere om spesielle forhold til Helsetilsynet.

Etter at hele spesialisthelsetjenesten ble organisert som RHFer har ansvars plasseringen blitt mye tydeligere. Ansvaret for at en opptrer i tråd med regelverket, ligger hos tilsyns subjektet med styrer og toppledelse som ansvarsforvaltere, og med dette prinsippet følger påbudet om økt bruk av internkontroll i tjenestene. Helsetilsynets oppgave er ikke å føre tilsyn med kvaliteten, men å føre tilsyn med forsvarligheten i tjenestene og etterlevelsen av lover og forskrifter. Kvalitetsfremmingen oppfattes i større grad som departementets og direktoratets oppgave, mens Helsetilsynet samarbeider med de andre helsemyndighetene om aktuelle programmer, for eksempel ”...Og bedre skal det bli” som er den pågående kvalitetsplanen for helsesektoren (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Forsvarlighet og kvalitet henger nøye sammen, og den virksomheten som ikke legger opp til kvalitet i alle ledd vil også svikte på forsvarligheten. Uten et slik samsvar, blir det nærmest som å hevde at operasjonen var vellykket, selv om pasienten døde. Tilsynsmyndigheten understreker stadig, noe som også er gjennomgående hos mine informanter, at de har ansvar for å påpeke avvik fra krav i lover og forskrifter. Det er tjenestene selv som er ansvarlige for å sørge for å holde forsvarlig kvalitet.

¹⁷ Dette forholdet varierer stadig. Ved gjennomføringen av sykehusreformen var intensjonen å få politikerne ut av styrene, mens Stoltenberg 2 regjeringen vedtok i Soria Moria-erklæringen at fire av elleve styremedlemmer skal være folkevalgte. Ettersom dette vedtaket er nyere enn 2005 så forutsetter jeg at styrene hovedsaklig består av profesjonelle ledere.

RHFene har et såkalt ”sørge for-ansvar” som ikke er et forsvarlighetskrav. Det er HFene som skal levere tjenestene og derfor er ansvarlig for forsvarligheten. Til tross for dette ønsker Helsetilsynet å informere RHFene om den kunnskapen og de erfaringene de sitter igjen med etter utført tilsyn. De hevder det også er RHFenes oppgave å forbedre tjenestene, ettersom de er overordnet pliktsubjekt, selv om den øyeblikkelige plikten ligger hos HFene.

Konkurransetsetting kan være en utfordring i forhold til hvem som sitter med ansvaret for tjenesten som blir utført eller levert, men nå er ordningen slik at et ansvarlig HF ikke kan fraskrive seg ansvaret for at en tjeneste som blir levert er den riktige, selv om det er en ekstern tjenesteyter som utfører tjenesten.

Selv om Helsetilsynet opplever at sykehusledelsen har blitt mer profesjonell i perioden 2002 til 2005, trenger dette nødvendigvis ikke å ha sammenheng med den interne styringen og kvaliteten på tjenestene som rettes mot pasientene. Helsetilsynet opplever store variasjoner mellom regionene de kontrollerer. I forhold til kravet om internkontroll og sikringen av tjenestene, hevder en av mine informanter at det er liten eksplisitt og enhetlig bevissthet rundt dette i norske sykehus, og resultatene viser store variasjoner mellom regionene på hvordan denne oppgaven løses. Internkontroll (el. intern revisjon) blir ofte eksplisitt forstått som HMS-arbeid, men det betyr ikke at sykehusene ikke eier rutiner for å sikre forsvarlig behandling, rutinene er bare ikke like systematisert, de mangler ofte de prosedyrer og rutiner som dokumenterer dette arbeidet. Det finnes ingen standard for hvordan internkontroll i sykehus skal gjennomføres. Dette fører til at de ulike RHFene har ulike strategier og varierende kvalitet på hvordan dette arbeidet gjennomføres. Helsetilsynet har erfaring med at det ofte tar lang tid å endre en stor sektor som sykehussektoren, men det er ting som begynner å skje. I dag er det sågar noen helseregioner som utarbeider internkontrollen i samsvar med IOS-logikken. For å fremme dette arbeidet har Helsetilsynet vært sentrale i utarbeidelsen av en veileder¹⁸ om hvordan en skal rette seg etter lovkravene. De forsøker også å påvirke utviklingen av et lett og forståelig regelverk. I 2005 fikk RHFene pålegg om å opprette interne revisjoner, og Helsetilsynet er nå i gang med å etablere gode forhold til denne internrevisjonsfunksjonen, bl.a. et samarbeid for å få bruke de interne dataene. Dette samarbeidet er ikke formalisert, men går gjennom ledernivået hos de to partene. Helsetilsynet ser positivt på denne utviklingen.

¹⁸ ”Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial og helsetjenesten.” Utarbeidet av Helsetilsynet, men utgitt av SHdir i 2004.

I relasjonen mellom tilsynsorgan og tilsynssubjekt, ligger det naturlig nok en viss form for både kontakt og konflikt. Helsetilsynet har de siste årene fått flere sanksjonsmuligheter ovenfor spesialisthelsetjenesten, og i 2003 fikk de muligheten for å ilegge tvangsmulkt. Selv om det tradisjonelt er liten utstrakt bruk av sanksjoner, er det i dag mulig for Helsetilsynet å bruke virkemidler som pålegg, stengning og tvangsmulkt. Tilsynets rolle i forhold til spesialisthelsetjenesten, har en iboende dynamikk hvor de hele tiden må balansere mellom handlinger som kan styrke eller svekke tilliten til helsetjenesten. Et av målene til tilsynet er å forbedre kvaliteten i tjenestene, men med den offentlige interessen som det er for tilsynssaker, kan spesialisthelsetjenesten sitte igjen med svarteper. Selv om Helsetilsynet er avhengig av tjenestenes tillit, har de etterhvert også innbakt i sin kontrollørrolle en institusjonalisert mistillit, igjen for å opprettholde uavhengigheten og skape tillit hos pasientgruppene. Dette temaet vil jeg berøre mer senere i kapittelet.

6.2 Tilsynsoppgaver overfor spesialisthelsetjenesten

Jeg har valgt å la spesialisthelsetjenestene stå i et spesielt fokus i forbindelse med Helsetilsynets rolleutøvelse, fordi: *”gjennom den statlige foretaksreformen er tilsyn med spesialisthelsetjenesten gitt økt fokus samtidig med at inndelingen i helseregioner og organisatoriske endringer i foretakene reiser nye tilsynsmessige utfordringer.”* (Årsrapporten 2005:3). Helseforetakene er store komplekse organisasjoner og kompleksiteten vises både i størrelse og organiseringsform, men også på grunn av den varierte og betydelige fagkompetanse som må ligge til grunn for å drive slike spesialiserte tjenester (informant nr. 3). I 2005 hadde spesialisthelsetjenesten en samlet driftskostnad på over 70 milliarder kroner (www.ssb.no). Kompleksiteten i systemet av spesialiserte helsetjenester økte ytterligere med for eksempel gjennomføringen av rusreformen i 2004. På grunn av denne kompleksiteten er tilsyn med spesialisthelsetjenestens forsvarlighet en utfordrende og ressurskrevende oppgave. Hovedoppgaven til tilsynsmyndigheten er i denne sammenheng å etterse at regelverket etterleves og på den måten undersøke om tjenestene er sikre slik at de ikke kan føre til skadelige følger for pasientene. For å sikre denne oppgaven ovenfor spesialisthelsetjenesten benytter Helsetilsynet seg av ulike måter å føre tilsyn på. I rapporten fra Overordnet styringsgruppe for fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltning (2001:11) ble ”tilsyn” forstått som: *”overvåkning av tjenesten, dels gjennom tilsyn med virksomheter, dels gjennom tilsyn med personell og dels gjennom overordnet faglig tilsyn”*. Denne definisjonen av tilsyn beskriver i særlig grad hvordan tilsyn utøves gjennom ulike tilsynsformer. I fortsettelsen skal

jeg gå videre inn på fem ulike tilsynsoppgaver som er viktige for Helsetilsynets tilsynsutøvelse med spesialisthelsetjenesten. De ulike tilsynsformene er områdeovervåkning, planlagt tilsyn, hendelsesbasert tilsyn, klagesaksbehandling og til slutt formidlings- og informasjonsarbeid. Tilsynsoppgavene, metodene og rapporteringen som videre vil bli beskrevet, er ikke eksklusive for spesialisthelsetjenesten, men utføres også i forbindelse med andre helsetjenester og sosialtjenesten.

6.21 Hvor skal lista ligge?

En forutsetning for å utføre pålitelige og rettferdige tilsyn, er å ha klart operasjonaliserte krav om hvor grensene, for hva som er forsvarlig eller ikke, skal ligge. Lovgrunnlaget for Helsetilsynets oppdrag med spesialisthelsetjenesten er: *”Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet med helsetjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter”* (Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, § 1). Hele virksomheten til Helsetilsynet har som hensikt å sikre kvaliteten i helsetjenestene bl.a. gjennom å etterse at lover og forskrifter etterleves. Selv om *revisjonskriteriene* som legges til grunn for myndighetsutøvelsen er fastsatte krav i helse- og sosiallovgivningen og internkontrollforskriften, utøver Helsetilsynet skjønn i forhold til hva lover og forskrifter innebærer. Derfor er det viktig å være profesjonell i forhold til hvor listen for kravene til forsvarlighet skal legges og hvordan kravene skal operasjonaliseres slik at de kan etterleves og kontrolleres. I årene rundt 2000 ble det gjennomført mange endringer i lovverket¹⁹ som har resultert i flere nye lover og forskrifter og et pågående arbeid for å forenkle det eksisterende lovverket. Tilsynet skal i prinsippet undersøke om tjenestemottakeren får de tjenestene de har rett på, og om tjenestene er av rett kvalitet (Helsetilsynet 2005d). SHdir har ansvar for det overordnede kvalitetsarbeidet og å harmonisere standarder og den faglige forsvarligheten i tjenestene, mens Helsetilsynet skal etterse forsvarligheten i tjenestene. De må derfor gjennomføre et systematisk arbeid for å prioritere hvor og hvordan en skal føre gode tilsyn. De seneste årene har Helsetilsynet jobbet for å utvikle mer systematiske og åpne metoder for prioriteringer, som risiko- og sårbarhetsvurderinger. Ved bruk av slike metoder er risiko for svikt og konsekvenser for svikt førende for hvor tilsyn skal prioriteres og for å utøve mest mulig effektivt tilsyn. *”Statens helsetilsyn har i prioriteringen av sin tilsynsvirksomhet lagt*

¹⁹ 1.januar 2001 trådte en ny helselovgivning i kraft. Det kom blant annet ny helsepersonellov, men ikke minst så kom pasientrettighetsloven som kom. Lovene skal bidra til pasientsikkerhet og kvalitet og med det bidra til økt tillit til tjenestene og helsepersonellet.

stor vekt på risiko i form av sannsynlighet for og konsekvens av svik, i tillegg til avveininger av forhold knyttet til rettsikkerhet og menneskers evne til å ivareta egne interesser” (Hanssen og Braut 2007:104). Dette prioriteringsverktøyet utviklet seg som en følge av at Helsetilsynet og andre statlige tilsyn de seneste årene i økende grad har blitt avkrevd å drive et risikobasert tilsyn bl.a. gjennom St.meld. 17 (2002-2003) ”Om statlig tilsyn”. Den strategiske og risikobaserte utvalgsmetoden av tjenestegrein, tema og virksomheter fører til at resultatene av de samlede funnene ikke gir et representativt bilde av de nasjonale forholdene på det aktuelle tjenesteområdet. ”Helsetilsynet oppdager avvik i de aller fleste virksomheter der det gjennomføres tilsyn. Etter vår vurdering indikerer dette at tilsynsressursene har vært brukt på rett måte, og at de risiko og sårbarhetsanalysene som har ligget til grunn for valg av tilsynsområder, har vært gode.” (Helsetilsynet 2005e:8).

6.22 Områdeovervåking

Områdeovervåking handler om å ha oversikt over eget ansvarsområde. På det aktuelle tjenestefeltet handler det om å påse at befolkningens behov og samfunnets krav til tjenestene blir ivaretatt. Denne tilsynsformen kom som tidligere nevnt for fullt etter St. meld nr. 17 (2002-2003). For å skaffe seg denne oversikten har Helsetilsynet igangsatt utvikling av nye metoder med fokus på kartlegging og litteratursøk. Kunnskap og informasjon på et område blir innhentet for deretter å gjøre en samlet vurdering av hvilke områder som er viktige å gå nærmere på og etterse. Tilsynet skal medvirke i at lover og forskrifter overholdes, det er derfor en sentral del av tilsynsrollen å innhente kunnskap om tilsynssubjektet for å finne ut om lovverket overholdes eller om det foreligger avvik fra kravene. Helsetilsynet har for perioden 2003-2005 hatt som mål å gjennomføre rundt 20 små og store prosjekter som går på kartlegging og overvåking. Antallet refererer til prosjekter som er innenfor mange ulike tjenestefelt og brukergrupper. De ulike områdeovervåkningsprosjektene viser at de ofte går på kryss og tvers av tjenester og nivåer.

6.23 Virksomhetstilsyn – planlagt tilsyn

En kan hevde at i den perioden hvor Helsetilsynet har utviklet seg til å bli et moderne tilsyn, har også tilsynsformen endret seg fra å være tradisjonelt tilsyn til å bli et systemrettet tilsyn (Arianson 2007). Planlagt tilsyn eller tilsyn med virksomheter ved bruk av systemrevisjon som metode er en svært viktig oppgave i Helsetilsynets portefølje, og den overordnede

styringen og ansvaret for tema, rammer, planlegging og gjennomføring ligger altså hos Helsetilsynet sentralt.

I forhold til spesialisthelsetjenestene er tilsynsmyndighetene en ekstern revisor. Tilsynene gjennomføres med systemrevisjon som metode, hvor ulike forhold ved virksomheten undersøkes for å undersøke at regelverkskravene etterleves. Prinsippet er at tilsynspersonellet gir virksomhetens rutiner og internkontroll en grundig gjennomgang. Internkontrollsystemer og kontrollen av systemene var i utgangspunktet en sentral del av systemrevisjonen som ble gjennomført. Ut fra lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (§ 3) har alle som yter helsetjenester plikt til å etablere internkontroll (Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten). Ved tilsyn etter internkontrollprinsippet skal virksomhetene selv kunne dokumentere at de har etablert systemer som gir tilstrekkelig sikkerhet for etterleve myndighetenes regelverk. Internkontroll kan betraktes som et overordnet styringssystem. Systemrevisjonen som tilsynsmetode tar utgangspunkt i plikten tjenesten har til å drive internkontroll. Virksomhetene i spesialisthelsetjenesten har flere forskrifter om internkontroll som de må etterleve (Grund 2006:54). Et sykehus møter for eksempel krav og forskrifter om internkontroll i arbeidsmiljøloven, brann og sikkerhetslovgivningen og næringsmiddeloven (Sosial- helsedirektoratet 2004). Tjenestene har selv ansvar for å oppfylle kravene som er satt, og det er ingen standard for hvordan det skal gjøres. Hver RHF må etablere en egen strategi på hvordan denne utfordringen skal gjennomføres. ”Vi er opptatt av internkontroll som et faglig virkemiddel og ikke bare som et teknisk virkemiddel” (informant nr. 2)

Tabell 6.1 Antall planlagte tilsyn med spesialisthelsetjenesten

Tilsyn\ år	2001	2002	2003	2004	2005 ²⁰	2006
Tilsyn med spesialisthelsetjenesten	*	64	98	44	69	87
Avvik \ brudd	*	*	*	*	51	74
Totalt tilsyn med helsetjenesten	243	282	219	202	222	249

* tall ikke tilgjengelig

Det utføres i underkant av 100 planlagte tilsyn med spesialisthelsetjenesten i året, litt mer de årene det pågår flere såkalte landsomfattende tilsynsprosjekter som omfatter disse tjenestene. Resultatkravet som etter 2004 er satt gjennom tildelingen fra departementet, er at

²⁰ I St. prp nr.1.(2005-2006) ble det innført et målkrav på totalt 300 systemrevisjoner i helsetjenesten. Antall revisjoner som utføres er stigende, men det er fortsatt litt igjen til volumkravet er nådd. Det er ikke spesifisert hvor mange av de 300 systemrevisjonene som må gjennomføres i spesialisthelsetjenesten.

Helsetilsynet i snitt skal utføre systemrevisjoner i spesialisthelsetjenesten minst hvert andre år. Helsetilsynet har som mål at alle virksomheter skal få regelmessig tilsynsbesøk, men i realiteten betyr det at det på en sykehusavdeling kan gå mange år mellom hver gang Helsetilsynet kommer på besøk. ”Omfanget av planlagte tilsyn med tjenestene er relativt lavt. Tatt i betraktning omfanget av tjenestene kan det reises spørsmål med om antall tilsyn er i tråd med samfunnets forventninger til tilsynsmyndigheten.” (Årsrapport 2004:3).

Årlige landsomfattende tilsyn med virksomheter i form av systemrevisjoner startet opp i 1994 og ble gjennomført for første gang i 1994 - 1995 (korrespondanse med informant i HT). Alle avdelingene ved Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med flere felles områder. Formålet er å sette et nasjonalt fokus på tjenestområder ved å avdekke mangler og å bidra til forbedring (Helsetilsynet 2007c). Å velge ut tema, planlegging og gjennomføring er omfattende prosesser ved denne tilsynsformen. Det gjennomføres minst to landsomfattende tilsyn hvert år. I 2003 var begge temaene for landsomfattende tilsyn rettet mot spesialisthelsetjenesten: tilsyn med pasientrettigheter i somatiske sykehus og tilsyn med spesialisthelsetjenesten til voksne med psykiske problemer. I 2004 ble det ført tilsyn med fødeinstitusjoner og i 2005 var både kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter og spesialisthelsetjenesten i fengsel valgt ut som tema for tilsyn. Tendensen viser også her, som med områdeovervåkingen, at tilsynsområdene ikke bare retter seg mot en tjeneste om gangen men i større grad på tvers av tjenestenivåene. Det gjennomføres også såkalte fellestilsyn hvor helse- og sosialtjenestene revideres med samme fokus. Å velge ut tilsynsområder og tema for landsomfattende tilsyn beskrives som en lang og omfattende intern prosess. I utvelgelsesprosessen legges det vekt på sårbare grupper, rettsikkerhet og områder hvor det er kjent at det skjer mye feil. Utvalget blir gjennomført ut fra risiko- og sårbarhetsvurderinger (Tildelingsbrev 2005:4). Nærmere beskrevet er kriteriene som benyttes i utvelgelsesprosessen av landsomfattende tilsyn som følger:

- *Høy sannsynlighet for svikt i tjenesteytingen*
- *Alvorlige konsekvenser for svikt i tjenesteytingen*
- *Viktige rettsikkerhetsgarantier står på spill*
- *Tjenestemottakeren er i en særlig sårbar situasjon eller ikke i stand til å ivareta egne interesser.* (Hanssen og Braut 2007:107)

I forkant av gjennomføringen av landsomfattende tilsyn, utarbeides det veiledere for hvordan tilsynet skal gjennomføres og hva som er viktig å fokusere på. Dette gjøres blant annet for at alle tilsynene som gjennomføres skal være så like som mulig over hele landet. Veilederne blir et verktøy for tilsynsmyndigheten selv under gjennomføringen, og kan også benyttes i senere sammenhenger hvor det gjøres lokalinitierte tilsyn (informant nr. 7). Gjennomføringen av hvert virksomhetstilsyn starter i første omgang med forberedelser hvor en revisjonsleder og et revisjonsteam pekes ut, og tema for revisjonen fastsettes og gjennomføringen av revisjonen vurderes. Kontakt med virksomheten opprettes gjennom varsling av tilsyn. Rimelig tid for varsling er 2-3 måneder før revisjonsbesøket. Etter at forberedelsene er i gang, foretas en dokumentgjennomgåelse av den aktuelle virksomhetens interne dokumenter. Her gjennomgås en rekke sentrale dokumenter som revisjonslaget bestiller av virksomheten. Deretter blir revisjonsbesøket forberedt og informasjonsinnhenting blir systematisk planlagt. Det blir utarbeidet et program for revisjonen og laget arbeidsdokumenter. Selve revisjonsbesøket starter med et åpningsmøte hos virksomheten før arbeidet med informasjonsinnhenting starter. Informasjonsgrunnlaget er basert på intervjuer, dokumenter, befaringer og stikkprøver. Informasjonen vurderes og de faktiske forholdene vurderes opp mot revisjonskriteriene for å avdekke avvikene. Etter en samlet vurdering av virksomhetens styringssystem gjennomføres et sluttmøte. Helt til slutt i denne omfattende prosessen, utarbeides og distribueres tilsynsrapporten (Revisjonsgangen bygger på figur i Helsetilsynet 2005d:6). Ved hvert virksomhetstilsyn produseres det en tilsynsrapport, men etter at alle tilsynene er gjennomført blir alle tilsynsrapportene fra landsomfattende tilsyn sammenfattet sentralt i en endelig rapport som oppsummerer de viktigste funnene og ser på mulige konsekvenser og oppfølging etter tilsynet. Sviktfokusering brukes når de velger ut områder som skal føres tilsyn med. Problemer oppstår når dette skal rapporteres og offentliggjøres - stort fokus på svikt vil være med å svekke tilliten til tjenestene. Det er derfor er det en pedagogisk utfordring å legge fram tallene som ut fra tilsynsfaglige predikasjoner skal vise mye svikt og avvik, og å overføre dette til representative tall for helsetjenesten. (Helsetilsynet 2005e). Som et ledd i egen læring og forbedring har Helsetilsynet som mål å evaluere sin egen utøvelse. Hver systemrevisjon som gjennomføres skal bidra med erfaringer som igjen vil bidra til forbedringer av revisjonsarbeidet.

De mange systemrevisjonene som gjennomføres hvert år i regi av det landsomfattende tilsynet, har ført til at det i 2002 var en betydelig nedgang i egeninitierte tilsyn som Helsetilsynet i fylket selv gjennomfører på bakgrunn av lokale vurderinger (Årsrapport 2002).

I perioden 2002 til 2005 ble det gjennomført kun 51 lokalt initierte tilsyn med spesialisthelsetjenesten av totalt 275 revisjoner. De fleste egeninitieringene ble foretatt på områder der det tidligere var gjort landsomfattede tilsyn (Tilsynsmeldingen 2006: 31). Det gjennomføres fra tid til annen uanmeldte tilsyn. Disse tas enkeltvis og som regel på basis av bekymringsmeldinger eller annen form for mistanke om at ting ikke er som de skal. Uanmeldte tilsyn gjennomføres i svært begrenset omfang og de fleste retter seg mot privatpraktiserende helsepersonell, men det er for eksempel gjennomført uanmeldte tilsyn ved sykehus for å se etter om det var korridorsenger (korrespondanse med informant nr. 3).

6.24 Klagesakshåndteringen

Den nye helselovgivning med fornyet helsepersonellov, og pasientrettighetsloven som kom i 2001, åpnet i større grad opp for retten til å klage på tjenester og helsepersonell. Helsetilsynet i fylket er klageinstansen, mens Helsetilsynet sentralt har en overordnet funksjon i forhold til klagen. De kan fortelle at oppgaven som klageorgan er en betydelig oppgave i tilsynsporteføljen (informant nr. 1). Klageordningen er enda et tiltak for å fremme tilliten til helsetjenesten og helsepersonell gjennom muligheten til å anmode tilsynsmyndigheten om å vurdere ulike forhold (Gunbjørud 2007). Klagen som rettes til tilsynsmyndighetene dreier seg både om hendelsesbaserte saker (tidligere tilsynssaker) og rettighetsklager, eller i denne sammenheng klagesaksbehandlingen etter helselovgivningen. Gjennom ulike prosjekter på 90-tallet ble klagesaksbehandlingen harmonisert og systematisert. Formålet var å gi retningslinjer for hvordan fylkeskontorene skulle behandle klagesakene. En annen utfordring er at det er store gråsoner mellom de to saksområdene og det kan finne sted at saker som for eksempel blir behandlet som rettighetsklager, skulle vært registrert og behandlet som en tilsynssak (Årsrapport 2004:20).

Hendelsesbasert tilsyn

Denne tilsynsformen handler om behandling av enkeltsaker eller tilsynssaker hvor det har oppstått alvorlige episoder eller svikt og meldinger om mulig svikt i tjenestene. Meldingene kommer inn fra pasienter, pårørende og andre, for eksempel helsepersonell som varsler om kritikkverdige forhold de har vært vitne til (Årsrapport 2003). Dette er saker som kan gi store konsekvenser for helsepersonell som har forbrutt seg mot helsepersonelloven. De kan ilegges administrative reaksjoner som innebærer, alt etter alvorlighetsgraden, en advarsel, suspensjon

og tilbakekall av autorisasjon eller lisens, og alvorlige hendelser i denne forbindelsen får ofte stor oppmerksomhet i mediene. Klagesakene behandles stort sett av Helsetilsynet i fylket og i 2002 var antall nye saker som kom inn 1508, men tendensen er stigende og i 2005 kom det inn 2059 nye saker. De mest alvorlige sakene, hvor det er behov for å vurdere reaksjoner, behandles av Helsetilsynet sentralt. Det ble i 2003 etablert et presedensregister hvor alle sentrale og regionale klagesaker ble registrert i en sentral database (Årsrapport 2003). Saksbehandlingstiden varierer. I 2003 var den helt oppe i en gjennomsnittstid på ni måneder. I 2005 var behandlingstiden nede i 5,8. Målet er at gjennomsnittlig saksbehandlingstid skal være seks måneder (Årsrapport 2004:5).

Tabell 6.2 Enkeltsaker behandlet av Helsetilsynet sentralt

Antall reaksjoner\ år	2002	2003	2004	2005
Reaksjon	103	125	148	168
Ingen reaksjon	71	55	101	187
Totalt	174	180	249	355

Tallene gjelder for hele helsetjenesten. De administrative reaksjonene kan være en advarsel, tap av autorisasjon, begrensninger av autorisasjon eller tap av rekvireringsrett for legemidler. Ca 10 % av saken politianmeldes (Tilsynsmeldingen).

De aktuelle tilsynssakene har blitt flere og mer alvorlige med årene, noe som gjenspeiles i de typene reaksjoner Helsetilsynet gir helsepersonell og av flere tilbakekalte autorisasjoner. Rusmisbruk er den viktigste årsaken til at helsepersonell mister autorisasjonen (Årsrapport 2004:6). Behandlingen av enkelthendelser viser ofte at feil oppstår som et resultat av manglende styringssystemer. Helsetilsynet har utviklet gode rutiner for individfokus i denne tilsynsformen, men det er fra 2007 igangsatt et nytt prosjekt i Helsetilsynet som har som mål å fremme virksomhetsperspektivet ved hendelsesbasert tilsyn. Den bakenforliggende tankegangen er at hendelser ikke alltid kan forstås som isolerte handlinger, men at det i større grad kan være forhold med virksomheten og systemsvikt som ligger bak hendelser som alvorlige avvik og ulykker (Helsetilsynet 2006b).

Klagesaksbehandlingen etter helselovgivningen

”Helsetilsynet i fylket er klageinstans når en person ikke får oppfylt rettighetene som er gitt i pasientrettighetsloven og enkelte andre lovbestemmelser. Den som har ansvar for tjenesten skal ha vurdert saken på nytt, før det fremmes klagesak for Helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet i fylket kan prøve alle sider av saken. Avgjørelsen fra Helsetilsynet i fylket er endelig.”

(Årsrapport 2006:23). De som har klagerett i denne sammenheng er pasienter og representanter for pasienter som opplever en manglende oppfyllelse av rettigheter i helsetjenesten, og i forbindelse med spesialisthelsetjenesten gjelder særlig pasientrettighetsloven. Det kommer inn flere hundre klager i året og antallet er stigende, men i forhold til antall konsultasjoner i helsetjenesten er antallet innkommende klager fortsatt relativt lavt. En kan ut fra tallene i tabell 3 hevde at antall klager etter pasientrettighetsloven var lav frem til 2005. Fra 2003 til 2004 økte klagemengden med 81 % (Årsrapport 2004). Fra 2004 til 2005 økte den med 90 % (Årsrapport 2005). Først de siste årene kan en hevde at intensjonen i pasientrettighetslovgivningen har virket.

Tabell 6.3 Antall avsluttede klagebehandlinger av Helsetilsynet i fylket

Klager\ år	2002	2003	2004	2005	2006
Klager etter pasientrettighetsloven	276	129	172	664	781
Totalt antall klager om retter i helsetjenesten	*	235	369	775	867

Tabellen viser antall avsluttede klagebehandlinger av Helsetilsynet i fylket, og tallene viser manglende oppfyllelse av rettigheter knyttet til hele helsetjenesten.

* Tall ikke tilgjengelig

Den sterke økningen i klager de siste årene kommer antakeligvis ”som følge av utvidet klageadgang og bedre kjennskap til klageordningen” (Årsrapport 2005:17). Konkret kan en stor del av økningen antakelig skyldes nye regler i lovgivningen om rett til syketransport, foruten en generell økt kjennskap etter at ordningen har vart noen år. Rettighetssamfunnet er et begrep, og hver enkelt blir flinkere til å si ifra og kreve sin rett. Det skyldes ikke nødvendigvis at tilbudene har blitt mye dårligere, men en generell samfunnsutvikling. For Helsetilsynet sentralt merkes ikke denne økningen i arbeidsmengde, men oppgaven med å sikre lik praksis i alle fylkene, har blitt klarere for den sentrale delen. På fylkesnivå merkes økningen i klageantallet med at ressursene som er til rådighet er begrensede. Flere av informantene hevder at Helsetilsynet er positive til det økte fokuset på dette området, selv om flere klager vil skape et større arbeidspress på etaten. Helsetilsynet, med direktøren i spissen, oppfordrer pasienter til mer klaging, ikke bare klaging for å bruke sin rettighet, men de ønsker at terskelen for å melde fra om kritiske og uverdige episoder som skjer i møte med tjenestene, senkes. Saksbehandlingstiden for rettighetsklagene varierer mellom to til fem måneder, men målsetningen er en behandlingstid på tre måneder. Riksrevisjonen har påpekt at Helsetilsynet i fylkene har hatt for lang saksbehandlingstid. De har også påpekt dilemmaet mellom økte klagehenvendelsen uten at ressursene øker tilsvarende (Riksrevisjonen 2006). Riksrevisjonen

retter et oppmerksomt blikk mot etaten etter funnene rundt den for lange saksbehandlingstiden, noe som førte til at Helsetilsynet iverksatte en rekke tiltak og dermed har klart å bedre oversikten og kontrollen over saksbehandlingen. En informant bemerker at det særskilte fokuset som Riksrevisjonen har hatt de siste årene har vært en viktig pådriver for den iherdige interne jobbingen for å harmonisere klagebehandlingen og for å senke saksbehandlingstiden (informant nr. 1).

6.25 Formidlings- og informasjonsarbeid

Hovedintensjonen med denne tilsynsoppgaven er å formidle tilsynserfaring til andre forvaltningsetater og til tjenestene, men også å gi departementet innspill gjennom uttalelse og høringer om aktuelle saker som er knyttet til Helsetilsynets posisjon og kompetanse. I 2002 het denne posten i årsrapporten *”rådgivning knyttet til tilsyn”* i ettertid har posten blitt hetende *”formidling og informasjonsarbeid”*, en endring som harmoniserer med omorganiseringen i 2002 og bortfallet av rådgivningsoppgaven ved rendyrkingen av tilsynsporteføljen. Generelt kan en hevde at Helsetilsynet er opptatt av åpenhet og formidling rundt egne arbeidsmetoder og tilsynsfunn.

Rapportering av tilsynsresultater står sentralt i denne sammenhengen, og dette gjøres gjennom enkeltvise tilsynsrapporter etter hvert tilsyn, men også gjennom rapportserien *”Rapport fra Helsetilsynet”* som i hele perioden har formidlet resultater fra tilsyn med sosial- og helsetjenestene. Årlig gir Helsetilsynet ut mellom ti og tjue slike tematiske oppsamlingsrapporter. Tilsynsmeldingen er den årvisse formidlingen til offentligheten om årets tilsynsaktiviteter. På nyåret 2001 kom meldingen i fornyet utgave. I den forbindelse skrev helsedirektøren i lederen at: *”Tilsynsmeldingen er kanskje det aller viktigste dokumentet Statens helsetilsyn utgir”* (Lars E. Hanssen i Tilsynsmeldingen 2001:3). Innholdet i meldingen er kronikker og tema-artikler skrevet av interne og eksterne forfattere, hvis hensikt er å kaste lys over sider ved sosial- og helsetjenestene som fortjener offentlig oppmerksomhet og debatt. Meldingen inneholder også data og statistikk for året som har gått. Skriftlige publisering skjer parallelt med at det blir lagt ut på internettsiden www.helsetilsynet.no hvor målet er å være kontinuerlig oppdatert. *”Helsetilsynet skal fortsette utviklingen av en nettbasert tilsynsdatabase som både vil bidra til å sikre et samordnet tilsyn som utføres likt i hele landet, og legge til rette for en døgnåpen forvaltning der brukerne kan få dekket sitt informasjonsbehov og melde sine spørsmål.”* (St. prp. nr 1 (2001-2002)). Denne måten å nå ut

til målgruppene på blir, som trenden i resten av samfunnsutviklingen, bare viktigere og viktigere. I 2005 hadde nettsiden 650 000 besøkende og i 2006 var det hele 1 065 000 som besøkte nettstedet (Årsrapport 2006:25). Rapporteringen er nødvendig for å oppdatere politisk ledelse, men også for å opplyse om tjenestene. De siste årene har Helsetilsynet jobbet mer opp mot ledelsen i helseforetakene for å informere om tilsynsvirksomheten, og erfaringene de gjør seg. Hovedintensjonen med denne praksisen er at foretakene skal lære av sine egne og andres feil. Dette prinsippet ligger også bak intensjonen om lærende organisasjoner. ”Vi ser det som vårt ansvar å sørge for at resultater av tilsyn blir kjent slik at det ikke skal være mulig for noen som har ansvar for tilsvarende tjenester å ikke vite hva vi har funnet.” (Helsetilsynet 2005e:9). Tanken om ”lærende organisasjoner” er et ledd i et økt nasjonalt og internasjonalt fokus på at organisasjoner, ledelse og rutiner har større betydning for å unngå hendelser. Et virksomhetsfokus vil gi større mulighet for læring enn et individfokus. Dette nye fokuset ble tydelig formidlet av etaten selv gjennom tilsynsmeldinger og offentlige uttalelser rundt 2005.

6.3 Reaksjoner og bruk av autoritære virkemidler

Tilsyn er en utøvelse av myndighet med legal rett til å iverksette autoritære reaksjoner. For å kunne utøve denne myndigheten er tilsynet til en viss grad avhengig av ulike autoritative verktøy. Helsetilsynet har ulike virkemidler tilgjengelig for å sanksjonere virksomheter og helsepersonell som bryter lover og regler. I denne delen skal jeg hovedsaklig diskutere reaksjoner mot virksomheter. Ved mangler og avvik i forhold til myndighetskravene har Helsetilsynet tilgang til å pålegge virksomhetene å rette opp i avviket. Det kan også gis pålegg om stengning av institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Før det gis pålegg, må tilsynsmyndigheten varsle om at pålegg vurderes. Erfaringen viser at flertallet av avvikene blir rettet opp etter slike varslinger. Varsling av pålegg og pålegg er i følge referater fra etatsstyringsmøter fra 2004 fortsatt lite brukt. Ileggelse av pålegg betraktes som et sterkt virkemiddel (Tilsynsmelding 2001) og Helsetilsynet benyttet det sjelden før 2002 og jamfør tabell 5 så er bruken av pålegg fortsatt liten til og med ut 2006 (Helsetilsynet 2005a).

Tabell 6.4 Reaksjoner i spesialisthelsetjenesten

Reaksjon\ år	2002	2003	2004	2005	2006
Advarsel om pålegg	0	0	2	6	0
Pålegg	1	0	0	2	0
Tvangsmulkt	-	0	0	0	0

Tabellen viser antall reaksjoner som Helsetilsynet årlig ilegger virksomheter i spesialisthelsetjenesten.

I 2002 ble det vedtatt at Helsetilsynet også skulle få adgang til å ilegge tvangsmulkt ovenfor spesialisthelsetjenesten (Ot.prp. nr. 105 (2001-02)). Det ble et politisk krav om at Helsetilsynet, i likhet med andre fagtilsyn, måtte få strenge sanksjonsmuligheter. Argumentene for å styrke og utvide sanksjonene var for det første å ha et økonomisk pressmiddel for å følge opp pålegg. I denne forbindelsen er Helsetilsynet som en fordringshaver eller kreditor å betrakte. Departementet hevdet også at endringen ville føre til økt tillit til den nye sykehusorganiseringen: *”Det er samtidig viktig at befolkningen har tillit til at staten som tilsynsmyndighet fører et reelt tilsyn med de nye helseforetakene, selv om staten også er eier av disse.”* (Ot. prp. nr. 105 (2001-2002):19). Et annet argument for å innføre tvangsmulkt som virkemiddel, var at flere andre statlige tilsyn hadde slike virkemidler. Departementet framholdt at en burde harmonisere, slik at det ikke ble signalisert at svikt i helsetjenesten ikke var like alvorlig som svikt på andre samfunnsområder (ibid). Tvangsmulkten ble innført som det strengeste virkemiddelet, men det er i skrivende stund aldri blitt brukt.

Holdningen til de gjeldende sanksjonsmulighetene internt, i tilsynet er at de virkemidlene som tilsynet har til rådighet stort sett holder. Dette gjenspeiles også med at de strengeste reaksjonene som stengning og tvangsmulkt enda ikke er brukt. Internt er det stor tro på at selve tilsynsprosessen er et tilstrekkelig virkemiddel i seg selv for å få tilsynsobjektet til å rette opp feil og mangler, og på den måten ender avvikende atferd. Noe av strategien til Helsetilsynet er derfor å gå inn på kritiske områder og utføre tilsyn som et virkemiddel for å bidra til at det skal gjøres noe med styringssystemene eller den faglige utviklingen.

6.4 Arbeidsform for Helsetilsynet

Hvert fagtilsyn har sin egen måte å utføre tilsyn som ofte er utviklet over tid. På grunn av, og til tross for, overordnede og enhetlige føringer ovenfor slike myndighetsorganer, er det grunn til å tro at hvert tilsynsorgan utvikler en egen og særegen filosofi preget av krav, egne oppfatninger og erfaringer. Dette vises igjen i den faktiske utøvelsen av tilsynsrollen. Utenlandske delegasjoner, bl.a. fra Afrika, som har besøkt Helsetilsynet for å lære mer om hvordan sosial- og helsetjenestene kontrolleres gjennom det offentlige, har vært forundret over at en tilsynsmyndighet i så stor grad stoler på tjenesteyterne. Før en forstår grunnlaget for tilsynspraksisen, kan det virke som om tilsynsmyndighetene er naive (Tilsynsmeldingen 2003). *”Tilsynsfilosofien vår går kort sagt ut på at tenesteytaren sjølv har heile ansvaret for å*

kvalitetssikre egne tilbud og tenester og oppfylle ulike kvalitative og kvantitative krav. Tilbud og tenester skal sikrast gjennom systematiske tiltak i form av internkontroll eller kvalitetsstyring. Begge styringskonseptene omfatter tiltak for å styre prosesser, kontrollere produkt og dessuten forbedre og utvikle tilbud og tenester.” (ibid:3).

For å kunne si noe mer om trekk ved den tilsynsfilosofien som praktiseres, ønsker jeg for det første å se nærmere på hvilket syn etaten har på selve tilsynsaktiviteten, de metodene som benyttes og den virkningen rolleutøvelsen har. For det andre vil jeg se nærmere på trekk ved de holdninger tilsynsetaten har ovenfor tilsynsobjektet, i denne forbindelse spesialisthelsetjenesten. Helt til slutt i denne delen vil jeg redegjøre for Helsetilsynets oppgave som talerør for svake grupper. Fokuset er nok en gang hovedsaklig i forhold virksomhetstilsyn som tilsynsaktivitet.

Tilsyn som prosess

Flere av informantene i Helsetilsynet hevder at de opplever at tilsyn i svært høy grad fungerer som en prosess hvor det systematisk pågår et forbedringsarbeid i de virksomhetene som på en eller annen måte utsettes for Helsetilsynets oppmerksomhet. I perioden fra varslingen om eksternt tilsynsbesøk gis til rapporten med tilsynsresultater er levert, skjer det en forbedringsprosess i nesten samtlige kontrollerte enheter. Prosessen som settes i gang ved tilsyn kan betraktes som en bevisstgjøringsprosess, en iverksettingsprosess eller som en læringsprosess for tjenesteenheten. Tanken om å betrakte tilsyn som en prosess har tradisjoner tilbake til den tidligere organiseringen og Statens helsetilsyn. I forbindelse med bruk av ”styringsmodeller for kvalitet” og innføringen av forskriften om internkontrollsystemer som kom rundt 1994, ble ”Demnings sirkel” brukt som modell for å illustrere systematisk forbedringsarbeid. De fire enhetene i denne sirkelen er beskrevet som *planlegging, utføring, kontroll og korrigerende* (Sosial- og helsedirektoratet 2004 og Statens helsetilsyn 1998). Denne prosessen, eller sirkelen, antar jeg er den samme som preget den gamle logoen til Statens helsetilsyn fra 1994 til 2002. Jeg vil hevde at denne måten å tenke om tilsyn og utøve tilsyn på, er forskjellig fra å kun drive passiv inspeksjon og kontroll, da med eventuelle sanksjoner som virkemiddel. For som en informant sier: ”Å jobbe med å gjøre tilsyn som et virkemiddel som skal forbedre tjenestetilbudet er veldig lett å engasjere seg i uten at det blir en ren inspektorat jobb, men heller å gjøre det på en fornuftig måte.” (informant nr. 2). Erfaringen gjennom mange år med virksomhetstilsyn er at tilsyn virker som endring og forbedring i de

fleste tilfeller. Den reviderte part er pliktet til å rette opp i avvik og må dermed utarbeide en plan for forbedring som overleveres til tilsynsmyndigheten. Dersom planen ikke er tilstrekkelig eller at prosessen ikke igangsetter oppretting av avvik vil metoden for gjennomslag være at tilsynsmyndigheten fører saken videre ved å eskalere opp i avsvarthierarkiet, for eksempel opp på mer generelt ledelsesnivå i helseforetaket og i verste fall helt til topps i styret. ”Jeg er ikke så overbevist om at det er det er alvorlige maktmidler som skal til for at ting skal forbedre seg. Jeg tenker at tilsynets oppmerksomhet og påpekning av at noe er ulovlig er et ganske sterkt virkemiddel og det virker også ganske sterkt. De fleste prøver å innrette seg når tilsynet sier at det er nødvendig... Jeg tror mye mer på betydningen av godt tilsyn enn på sanksjonsmuligheter, men det er klart at det å ha noe bak speilet det kan jo i seg selv ha en betydning.” (informant nr. 2). Noen enkle tilsynssaker kan føre til at det blir satt standarder som får virkning på hele helsetjenesten. Ved å avdekke grunnleggende svikt og å formidle dette videre til andre virksomheter, kan en sørge for å forebygge lignende episoder. Dette er å få den optimale effekten ut av en tilsynssak (informant nr. 1).

Holdningen til tilsynssubjektet

Å betrakte tilsyn som en prosess og ikke kun som ensidig kontroll og inspeksjon forutsetter en grunnholdning til tilsynssubjektene som er basert på tillit og troverdighet for å kunne ivareta tilsynsrollen. Helsetilsynet ønsker å fremstå som en seriøs og faglig kompetent tilsynsetat i møte med tjenestene, og tilsynets holdning til tjenestene er tradisjonelt preget av gjensidig respekt og en positiv grunnholdning overfor den kontrollerte. Tilsynsmyndigheten har selv fastsatt at tilsyn skal utøves i tråd med noen ”prinsipper for forsvarlig tilsyn” (Helsetilsynet 2005d). ”En forutsetning for å kunne ivareta tilsynsrollen og den myndighetsutøvelsen det innebærer, er tillit og troverdighet i forhold til offentligheten. Avgjørende for legitimitet og tillit er faglig gode vurderinger. Dette forutsetter høy faglig kompetanse om de tjenester og områder tilsynsansvaret omfatter. I tillegg kreves rollebevissthet, høy tilsynsfaglig kompetanse og metodiske ferdigheter.” (Helsetilsynet 2005e:5). Uavhengig av tilsynsmetoden må disse prinsippene innfris. Som funn i forrige kapittel (kapittel 5) viser, er det avgjørende for Helsetilsynets legitimitet å ha høy faglig kompetanse og å ta gode faglige avgjørelser. En forutsetning for å kunne ivareta og utøve tilsynsrollen, er at tilsynet har tillit og troverdighet i omgivelsene generelt og spesielt i tjenestene og blant tjenestemottakerne. Foruten tilsynsfaglig kompetanse, er upartiskhet eller uavhengighet fra tjenestenes eiere (staten), drivere (RHF/HF) og utøvere (HF/profesjon) viktig. Andre prinsipper som er viktige for

utøvelsen av tilsynsrollen er at tilsynet skal være forutsigbart og etterprøvbart, samtidig som rettsikkerheten skal ivaretas. Det forutsettes bl.a. at all tilsynsvirksomhet skal være erfaringsbasert. Det er også viktig at tilsynet utføres i tråd med god forvaltningsskikk og at det på den måten følger de bestemmelser som gjelder for forvaltningen. Dette prinsippet er førende for at opplysninger som kommer frem under tilsynene blir behandlet med omtanke og respekt. Beslutninger som tas må videre være basert på god dokumentasjon og tilstrekkelig undersøkelse. Et annet viktig prinsipp er at tilsynet må presenteres på en sannferdig og nøyaktig måte (ibid). I praksis ønsker Helsetilsynet å fremstå som et høflig og vennlig tilsyn som behandler kontrollsubjektet med respekt og forståelse (informant nr. 6). En slik oppførsel kan være en forutsetning for å få tilgang til å utføre gode tilsyn, men uavhengigheten er viktig slik at tilsynet til tider kan oppleves som er *”tøff, men rettferdig”* (informant nr. 4).

Den positive grunnholdningen Helsetilsynet har overfor bl.a. sykehussektoren viser seg på ulike måter. Når tilsynsteamene er ute og gjennomfører tilsyn, er utgangspunktet for kontrolløren er å ikke finne feil, men å kontrollere at alt er i orden (informant nr. 3). Arbeidsformen som er knyttet til systemrevisjon bygger på å utføre sitt tilsynsansvar på en konstruktiv, nøktern og faktabasert måte hvor holdningen er at tilsyn skal utføres for å kontrollere at alt er som det skal være, og ikke motsatt utelukkende for å finne avvik (informant nr. 3). Denne positive grunnholdningen finner vi også spor av i Helsetilsynets fremstilling og rapportering fra tilsynsaktiviteten. I noen sammenhenger velger Helsetilsynet å trekke frem tallene over de virksomhetene som ikke har avvik og ikke de som har avvik, det fører til et fokus på de positive tallene. Når feil og mangler avdekkes, er det en økende tendens at systemtankegangen eller virksomhetsperspektivet står sentralt, slik at ikke hver enkelt helsearbeider fremstilles som lovbrøyer, men heller at det hele skyldes en systemfeil som må rettes opp av ledelsen gjennom standardsetting og bedre prosedyrer og rutiner. En informant mente at rapporteringen av tilsynsresultat og den offentlige framstillingen av noen tilsynssaker i større grad nå enn før var preget av uthenging av enkeltpersoner og skaderapportering (informant nr. 3). Det norske helsevesenet bygges i stor grad på tillit hvor tjenestene selv har ansvar for å bygge opp gode rutiner for å kvalitetssikre egne tjenester gjennom systematisk internkontroll eller kvalitetsstyring. Tilsynet blir i et slikt perspektiv et ekstra sikkerhetsnett, en uavhengig ekstern kontrollør som gjennomfører kontrollen gjennom stikkprøver. *”Gitt de rammer og det oppdraget som tilsynsmyndighetene er gitt er det grunn til å understreke at tjenestene ikke kan lene seg på tilsynet som garantist for kvalitet.* (Årsrapport 2004:4).

Tilsynet som helsevesenets vaktbikkje

Til tross for tradisjonen med å unngå å fremstille det negative og heller ikke sette fokus på enkeltpersoner og enkelthendelser, kan det hevdes at Helsetilsynet de siste årene i sterkere grad går ut mot institusjoner og tjenesteytere. *”Produktet vårt er ikke tilsyn, men tillit. Tilsyn er berre et verkemiddel i dette arbeidet.”* (Hanssen i Tilsynsmeldingen 2004:3) Med dette hevder direktøren i Helsetilsynet at det er viktig at befolkningen opplever at det er noen som avdekker svikt ved å se på tjenesteytingen på en *”skjev måte”* og at tillit oppnås når det rettes opp i svikt. De siste årene har tendensen vært at Helsetilsynet har økt fokuset på oppdraget som forvalter av den institusjonaliserte mistilliten i forhold til tjenestene. Dette er en mistillit som skal komme pasientene til gode, ved at tilsynsetaten utfører sin virksomhet med en viss skepsis overfor tjenestene. Helsetilsynet er opptatt av å utføre et tillitskapende arbeid, samtidig som de ønsker å trygge pasienten. *”Tilliten til Helsetilsynet som forvalter av ”den institusjonelle mistilliten er ikke gitt gjennom lovgivningen. Den må vinnes gjennom praktisk arbeid. Uten åpenhet vil våre prioriteringer og arbeidsoppgaver ikke kunne overprøves i det offentlige rommet. Uten forutsigbarhet vil vi bli oppfattet som lite troverdige.”* (Hanssen i Tilsynsmeldingen 2004:3). Det hevdes at helsevesenet i stor grad dreier seg om sosial organisering av tillit (Haug 2005), og blir mistilliten mellom aktørene stor, undergraves mye av aktiviteten. Stoler en på andre så trengs ikke omfattende kontrolltiltak settes i verk. Selv om mistillit fremstår som noe negativt, mener sentrale personer i Helsetilsynet at denne mistilliten kan betraktes på offensiv og konstruktiv måte (Hanssen i Tilsynsmeldingen 2004).

Foruten å være et tilsynsorgan for alle tjenester og pasienter i helse-Norge fremgår det av meldinger og informantintervjuer at Helsetilsynet ønsker spesielt å være et *”talerør for svake grupper”* i samfunnet. *”Selv mener vi at vi har lange tradisjoner fra Karl Evang, via Torbjørn Mork og til Anne Alvik for nettopp å ivareta utsatte gruppers behov uten hensyn til hva andre mener er ”passende”* (Tilsynsmelding 2001). Ønsket om å vise pasienten og samfunnet at Helsetilsynet er et organ som tar tak i kritikkverdige forhold, viser seg i praksis gjennom konkrete valg av tilsynsområder, men også i måten de presenterer seg selv i tilsynsmeldingene. Her er det artikler som omhandler de mest utsatte grupper som, tvang i psykisk helsevern, helsetjenester til asylsøkere, eldreomsorgen, innsats mot grupper med hiv og aids og spesialisthelsetjenester i fengsel for å nevne noen. Helsetilsynet karakteriseres ved flere anledninger som en vaktbikkje av direktøren selv. Karakteristikken henger sammen med Helsetilsynets posisjon til å påpeke svikt i forhold til de linjer som har ansvar. *”Vi står på siden og står fritt til å si at dette faktisk ikke er så bra. Det er ikke vår jobb å peke på at ting*

er bra og går fremover, det er departementet sin jobb” (informant nr. 6). Om vaktbikkjemetajoren sier en av mine informanter at: *”Jeg synes det er et helt greit bilde, men jeg tenker at vi er noe mer enn det fordi vi har også myndighet til å gripe inn. En vaktbikkje er jo ofte en som varsler, mens biter de så gjør de i grunneren noe galt. Vi skal både følge med, si ifra og gripe inn.”* (informant nr. 2). Selv om Helsetilsynet ynder å fremstille seg selv, gjennom dette oppsynsansvaret, som ”den gode hyrde” og som helsesektorens vokter i form av vaktbikkjen, så ønsker de på ingen måte å fremstå som et pasientombud. En slik oppgave beskytter bare en aktør, mens et uavhengig Helsetilsyn har som hensikt å beskytte flere aktører ut fra faglige og forsvarlige standarder.

Avslutning

Jeg har her sett på Helsetilsynets rolleutøvelse med spesialisthelsetjenesten som pliktsubjekt gjennom å fokusere på ulike tilsynsoppgaver og på den etablert tilsynspraksis. Når det kommer til Helsetilsynets tilsynspraksis så er det helsetilsynet i fylket som hovedsaklig er den operative delen av tilsynsmyndigheten, mens Helsetilsynet sentralt har som overordnet faglig tilsynsmyndighet ansvar for harmonisering og koordinering av tilsynsaktiviteten. Viktige oppgaver er både å sette retningslinjer for hva som kan regnes som forsvarlige tjenester, men også å rapportere det tilsynet erfarer og avdekker gjennom selve tilsynsaktiviteten. Når det kommer til de praktiske oppgavene som tilsynsetatene utfører i forhold til tilsyn i virksomheter og henvendelser gjennom klager så kan man hevde at dette er to ulike saksforhold, hvor det nærmest som en følge av de to oppgavekategoriene følger roller med ulikt faglig innhold, en slags segregering i forhold til fordelingen av arbeidsoppgaver hvor de helsefaglige ansatte utfører inspeksjonene, mens de tradisjonelle forvalterne eller juristene i større grad er aktive i klagebehandlingen (Schiøtz 2007). Tilsynspraksisen og den planlagte virksomheten kan ofte gå på tvers av tjeneste, og dette fører til at det kan være vanskelig å spesifisere en tilsynspraksis i forhold til en enkelt tjenestekategori som spesialisthelsetjenesten, men dette er også et uttalt mål for Helsetilsynet at tilsyn skal gå på tvers. Utviklingstendenser de siste årene som har hatt påvirkning på tilsynspraksisen er at utvelgelsen av tilsynet nå i større grad er basert på risiko og sårbarhet. En annen tendens er at tilsynsmyndigheten i økende grad benytter seg av virksomhetsperspektivet i tilsynspraksisen, og som en følge av ønske om å skape forbedringer i tjenesten er det i dag større fokus på lærende organisasjoner hvor hensikten er å ta lærdom av egne og andres feil. Helsetilsynet er et myndighetsorgan med autoritære virkemidler, men erfaring viser at oppmerksomhet fra

tilsynsmyndigheten og tilsyn i seg selv har en signifikant effekt i forbedringen av tjenesteytingen. Forståelsen av hva som er ”godt tilsyn” er å oppnå en forbedringsprosess i forbindelse med tilsynsbesøket, og ikke absolutt trå til med strenge virkemidler og straffemetoder.

Man kan hevde at arbeidsmetodene som etaten utviklet fra 1994 og utover hadde kvalitetsfilosofi som grunnlag for tilsynspraksisen. Hele bruken av systemtankegangen og systemrevisjonen som metode ligger fundert i denne tradisjonen. På denne måten oppleves ikke tilsyn som rendyrket og passiv kontroll, men i større grad som en positiv og aktiv regulering hvor en forbedrings- eller endringsprosess iverksettes. Den etablerte tilsynsfilosofien blir til en viss grad utfordret av ny organisering, ny reguleringspolitikk og generelle endringer i samfunnsoppdraget. Viljen og tilgangen for å bruke sterkere sanksjoner øker, samt at tilsynspraksisen i større grad i dag enn tidligere er basert på mistillit til tjenestene og ikke tillit.

På den ene siden er den faktiske hovedoppgaven til tilsynsmyndigheten å etterse at regelverket etterleves i tjenesten gjennom forsvarlig tjenesteyting, men på et mer overordnet plan virker det som om hovedprosjektet til Helsetilsynet er å være et talerør for svake grupper i samfunnet. Intensjonen vil i begge tilfeller være å undersøke om tjenestene er sikre slik at de drives på en måte som ikke kan føre til skadelige følger for pasientene.

7.0 Analyse

I de foregående kapitlene har jeg beskrevet ulike trekk ved Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse i perioden 1994 til 2005. I dette kapitlet prøver jeg å finne forklaringer på utviklingen og endringer som har funnet sted i tilsynsrollen, og da særlig i forbindelse med den siste omorganiseringen i 2002. Tolkningen blir først basert på klassifiserende teori og deretter på studiens overordnede teoretiske rammeverk bestående av et instrumentelt perspektiv, et institusjonelt kulturperspektiv og et institusjonelt omgivelsesperspektiv. Fortolkningen vil bli utført på grunnlag av en utfyllende og pragmatisk bruk av perspektivene, hvor hensikten er å bedre kunne forklare en nokså kompleks og sammensatt virkelighet. En slik analysestrategi vil igjen kunne bidra til å øke forklaringskraften.

Analysen vil bli gjennomført i to deler hvor den først delen består av en identifisering av hvilke tilsynstyper som kjennetegner Helsetilsynet. Foruten å identifisere ulike etatstyper med påfølgende utøverroller i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse, er et annen formål å undersøke hvilken konsistens det er sammenheng mellom policy og praksis i tilsynsrollen. I den andre delen av analysen blir de empiriske observasjonene knyttet til tilsynsrollen fortolket i lys av de tre overordnede teoretiske perspektivene. Innenfor hvert perspektiv vil jeg først presentere noen forventninger til funn, så vil jeg se på ulike trekk som kan forklare endringer i rolleutforming og deretter rolleutøvelsen. Videre vil jeg vurdere koblingen mellom endringer i de to variablene innenfor hvert av perspektivene. Analysekapitlet avsluttes med en oppsummering av de teoretiske perspektivenes forklaringskraft. Analysen tar utgangspunkt i de to tidsperiodene som empirien er ordnet etter. Første periode er fra 1994 til 2001 og andre perioden er fra 2002 til 2005.

7.1 Identifisering av tilsynstyper i Helsetilsynets tilsynsrolle

Tilsynsvirksomhetens innhold og utøvelse kan variere over tid, fra sak til sak eller det kan skifte fra ord til handling. Helsetilsynet er utvilsomt et kontrollorgan, men innenfor rammene som rendyrket tilsynsetat kan en finne trekk fra ulike kontroll- og reguleringstyper. Det kan derfor være interessant å undersøke hvilken tilsynsfaglighet Helsetilsynets tilsynsrolle er befestet i. Å redegjøre for tilsynstypen tar utgangspunkt i en typologi som er utviklet av Pollitt et al. (1999) som beskriver fire ulike idealtypiske tilsynsroller for et moderne tilsynsorgan. Den første typen er *kontrolletat* hvor den utøvende rollen er dommer, deretter følger

overvåkningsetaten hvor tilsynsrollen utøves som revisor. *Fagetaten* er den tredje typen hvor det er forskeren som utøver tilsyn og til slutt er det mulig å identifisere *informasjonsetaten* hvor konsulentrollen er førende. Innenfor rammene av idealtypene beskrives to ulike former for tilsyn, den første er knyttet til en grunnholdning rundt tilsyn og tilsynsobjektene som kan beskrives som myndighetstilsyn med klassisk regelverkskontroll. Innenfor denne formen befinner kontrollstaten og overvåkningsetaten seg. Den andre grunnholdningen er basert på en form for tilsyn som jeg betegner som *kyndighetstilsyn*, en tilsynsform som er tuftet på resultatkontroll, og hvor de to resterende etatstypene befinner seg innenfor rammene av. Etter å ha gått gjennom ulike forhold ved Helsetilsynets policy og praksis så ser en ikke bare trekk fra en etatstype. Bilde er mer komplekst og en kan finne trekk fra alle typene, men det varierer i tid og ikke minst i form av de oppgavene som planlegges og utføres.

For å kunne si noe om dagens rolleforståelse og rolleutøvelse vil jeg søke etter trekk ved Helsetilsynset som kan plasseres inn i typologien. Slik vil jeg få en samlet vurdering av hvilken tilsynstype Helsetilsynet i størst grad konvergerer med, og om det er tendenser å spore i forhold til retningen på en eventuell utvikling. Hver av de fire tilsynstypene blir vurdert ut fra trekk ved policyen som kunnskapsgrunnlaget, tilsynsprofilen og legitimering av virksomheten. På samme måte blir praksisen vurdert ut fra oppgaver og metoder, bruk av autoritet gjennom sanksjoner og grunnholdning og omgangsform med tilsynssubjektene. Til slutt i denne delen kommer en endelig oppsummering og vurdering ut fra perspektivet om regelverkskontroll eller resultatkontroll.

7.11 Helsetilsynet som kontrollstat og dommer

Den tilsynsformen som identifiseres og utøves innenfor denne etatstypen er en aktiv form for kontroll som først og fremst er preget av ettersyn. Målet er å etterse at lover og forskrifter følges opp etter intensjonen og er basert på juridiske prinsipper hvor det tas beslutninger og dømmes i henhold til gjeldende regelverk (Pollitt et al. 1999).

Trekk ved helsetilsynets rolleutforming

Helsetilsynet er helt åpenlyst en kontrollstat, en etat som er et av de mest rendyrkede kontrollorganene i Norge og ”innenfor våre rammer så opptrer vi som kontrollør og noen ganger nærmest som et helsepoliti” (informant nr. 5). Omorganiseringen i 2002 ble

gjennomført med funksjonsdeling som organiseringsprinsipp, da ble porteføljen i helse- og sosialforvaltningen delt mellom SHdir, Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet. Før omorganiseringen var omgivelsene opptatt av om Helsetilsynet skulle bli et helsepoliti, men etter at tilsynsoppgavene ble spesialisert og rendyrket i egen etat ble den nye tilsynsprofilen svært tydelig. Det er en målsetning for etaten å opprettholde denne rolleklarheten i forvaltningen ovenfor sentrale aktører og målgrupper. Deler av etatens kunnskapsgrunnlag er knyttet til juridisk metode. Etter 1994 og utviklingen av en moderne tilsynsetat, har både jurister og helsefaglige ansatte jobbet sammen. Det var 20 jurister av i alt 150 sentralt ansatte i Statens helsetilsyn i 2001. I 2003 hadde andelen jurister steget, da hadde hele 23 av 88 ansatte juridisk bakgrunn (Tilsynsmelding 2002:37). Det er grunn til å forvente at et økt fokus på regelverkskontroll kan gi juristene en mer førende rolle i etaten. Trekk ved Helsetilsynets legitimering er også knyttet til trekk ved en kontrolletat. Når *tilsyn* blir forstått som ”myndighetenes kontroll for å etterse at de krav som følger av lovgivningen er etterlevd” (Ot. prp. nr. 105 (2001-2002)) så legges det et overordnet politisk press på tilsynsetaten til å legitimere sin virksomhet gjennom ensidig kontroll av etterlevelsen av lover og forskrifter, og at de fungerer etter intensjonen i tjenestene.

Trekk ved Helsetilsynets rolleutøvelse

Noen tilsynsoppgaver og metoder er nærmere tilknyttet dommerrollen enn andre, og da tenker jeg særlig på oppgaven som klagebehandler. Behandlingslikheten vil her være et bærende likhetsprinsipp. I håndteringen av klagesaker, men også i forhold til andre tilsynsoppgaver, kan en hevde at Helsetilsynet nærmest opptrer i en dobbeltrolle gjennom å føre tilsyn på den ene siden for så å komme med reaksjoner på den andre siden. Som klageinstans opptrer Helsetilsynet på den måten både som politi og dommer. Michael Power (1999) hevder at det nye reguleringssamfunnet i stor grad er preget av en form for *kontroll av kontroll*. Med det mener han at sentrale myndighetsorganer driver ekstern kontroll med den interne kontrollen hos virksomheter på lavere nivå. Denne formen for kontroll av kontroll er også utpreget når Helsetilsynet aktivt går ut og gjennomfører inspeksjoner i form av virksomhetstilsyn med systemrevisjon som metode hvor hensikten er å avdekke lovbrudd. I forbindelse med oppgaven som kontrollør av internkontroll spurte jeg en av informantene om Helsetilsynet oppfatter seg selv som et slags kvalitetspoliti. Da svarte informanten: ”I den forstand at vi har fokus på om man holder seg over grensen for det som er å drive forsvarlig så kan du si at vår oppgave ikke er å fremme den ideelle kvalitet, men at man holder seg til en viss standard.”

(informant nr. 1). I praksis så er det ting som tyder på at rolleutøvelsen må ispes andre forhold for å kunne vurdere og å kommunisere med virksomhetene. ”*En domstol eller politi vurderer bare ut fra regelverk, og regelverk er også vårt øverste vurderingsgrunnlag, men vi må også forstå tjenestene og kan ikke løsrive oss fra det.*” (informant nr. 2). Når en kommer til tilsynets autoritet og bruken av sanksjoner så var det et ønske fra politikernes side å gi Helsetilsynet strengere sanksjonsmuligheter (Ot.prp. nr. 105 (2001-2002)), men statistikkene viser at det fortsatt er beskjeden bruk av sanksjoner og at de strengeste virkemidlene fortsatt ikke er brukt. Ulike forhold tyder på at tonen har blitt litt strengere, men at det gjenstår litt før det praktiseres en utbredt bruk av sanksjonering. Selve dommerrollen er interessant å diskutere i forhold til Helsetilsynets grunnholdning og omgangsform med tilsynsobjektene. Et av idealene i Helsetilsynets prinsipper eller filosofi er at de ikke skal være fordømmende i forhold til de resultatene de avdekker. Resultatene skal fremstilles nøytralt. Det hevdes fra noen kilder at dette er i ferd med å endre seg og at tilsynet i større grad nå enn før går offentlig ut og er dømmende i sin kritikk, det vil si at det er en økende praksis på å formidle hendelser som alvorlige forseelser og dermed i større grad enn før henger ut og fordømmer virksomheter og enkeltpersoner. Det er også ulike forhold som tilsier at det er en økende grad av pessimistisk grunnholdning til tjenestene, bl.a. gjennom uttalelser om å være et organ for å forvalte den institusjonelle mistilliten til tjenestene og en generell økt bruk av trusler om sanksjoner for å oppnå resultater. Også gjennom ytterligere fristilling av etaten i 2002 har det blitt enda viktigere å beholde nøytraliteten gjennom å holde avstand til tjenestene.

7.12 Helsetilsynet som overvåkningsetat og revisor

Helsetilsynet som en overvåkningsetat med rollen som revisor innebærer en mer passiv form for tilsyn. I henhold til forståelsen til Pollitt et al. (1999) går denne tilsynsformen ut på å skaffe seg best mulig oversikt over ansvarsområdet. Områdeovervåkingen blir gjennomført gjennom innhenting og behandling av store datamengder som blir presentert i form av statistikker. Intensjonen med å ha oversikt over kontrollområdet er knyttet til en form for teknokratisk forpliktelse eller administrativt ansvar som består av et ansarselement og et regnskapselement. I denne forbindelse er åpenhet og innsyn viktig for overvåkningsetaten.

Trekk ved Helsetilsynets rolleutforming

Det er vanskelig å finne trekk ved Helsetilsynets kunnskapsgrunnlag som knytter seg til regnskapsdelen. Etter den siste omorganiseringen og økt press fra myndighetene gjennom ny reguleringspolitikk, har Helsetilsynets oppgaver som overvåkningsorgan blitt satt i system. Etaten har gått i retning av å være en revisor i den forstand at de samler inn data og registrere data fra flere hold. Stort fokus på områdeovervåkning er av nyere dato i Helsetilsynet denne tilsynsformen inspirert av St. meld. nr. 17 (2002-2003). Der heter det at et tilsynsetaten plikter å kjenne sitt område. I følge en informant så handler det om å skaffe seg oversikt over hvilken overordnet faglig kunnskap som er nødvendig på et område for å kunne velge ut gode tilsynsaktiviteter. Foruten å legitimere denne virksomheten i overordnede styringsordrer, her gjennom meldinger om fornyet reguleringspolitikk, er en viktig del av etatens nåværende strategi i å ha åpenhet rundt tema og metoder, men også å gi innsyn i resultater og i virksomheten generelt. Produksjonen av rapporter øker tilsynsvirksomhetens offentlige legitimitet.

Trekk ved Helsetilsynets rolleutøvelse

Oppgaven med å *ha oversikt* og å *følge med* står som sentrale elementer i tilsynsrollen (Ot.prp. nr. 105 (2001-2002):5). Aktiviteten som overvåker er det stort sett Helsetilsynet sentralt som utfører. Posisjonen som overordnet tilsynsmyndighet for tjenestene er utmerket for å innhente og samordne store datamengder, men etaten benytter seg også av muligheten til å kjøpe inn aktuelle data. De siste årene har Helsetilsynet presentert tilsynserfaringene og funn i statistikkform. Først i Tilsynsmeldingen fra 2002 var det et eget avsnitt for ”*data og statistikk*”, i senere utgaver har denne delen blitt utvidet. Helsetilsynet omtaler revisjon som en ”*systematisk og dokumentert prosess for å fremskaffe revisjonsbevis og bedømme om revisjonskriteriene er oppfylt*” (Helsetilsynet 2005d:3). Revisorrollen ligger implisitt i utøvelsen av systemrevisjoner og denne metoden bærer preg av et bokettersyn, men jeg vil påstå at samlet sett så er systemrevisjonen mer forankret i vitenskap og forståelse for helsefag, og Helsetilsynet er derfor opptatt av at revisjonen ikke må reduseres til et ”bokettersyn” (Helsetilsynet 2005f:3). Metodeutviklingen har også gått i retning av å finne gode systematiske metoder for overvåkning og å bli bedre kjent med helse- og sosialtjenestefeltet, og det er igangsatt egne utviklingsprosjekter (TOP) for dette. Etter at sosialtjenesten ble overført til Helsetilsynets ansvarsområde, er det grunn til å tro at slike metoder er effektive for å bli kjent med et nytt tjenestefelt. Denne utviklingen har ført til at fokuset ikke bare er på jus

og enkelttjenester, men i større grad på å kjenne hele området bedre. Grunnholdning innenfor denne tilsynsformen er å få best mulige tall som er reliable i forhold til oversiktsbildet, og en passiv tilsynsform som dette har ingen omgang med pliktsubjektene, her blir tjenestene vurdert samlet i statistisk form. Denne passiviteten fremmer en form for autoritet som går ut på å ha et overordnet overblikk og å observere tjenester på lavere nivå.

Det kan være vanskelig å skille klart mellom overvåkeren og forskeren, selv om de befinner seg innenfor to ulike tilsynsformer, er begge kunnskapsproduserende. De to neste tilsynstypene er i større grad knyttet til resultatkontroll og mer moderne former for tilsynsvirksomhet. NPM-idelogien er ved flere forhold knyttet til ønsket om resultatkontroll som mer fremtredende.

7.13 Helsetilsynet som fagetat og forsker

Fagetaten og forskerrollen som tilsynsform er, foruten å være forankret i vitenskapelige idealer, en etat som genererer ny kunnskap gjennom forskning og analyse samtidig som denne informasjonen formidles videre. Prosedyrene og metodene bygger på vitenskapelige standarder og etaten legitimerer sitt virke gjennom analytiske metoder og objektivitet, heller enn myndighet og målet er vitenskapelig forankrede og nøytrale vurderinger (Pollitt et al. 1999).

Trekk ved helsetilsynets rolleutforming

Det er ingen tvil om at Helsetilsynet ønsker å være en fagetat med høy faglig integritet. Helsetilsynet har helt tilbake til dannelsen av Helsedirektoratet i 1983 vært en helsefaglig sterk etat. Fagligheten er ytterst nødvendig for å være i stand til å kommunisere med tjenesten, og å henge med i utviklingen på fagområdene, men ikke minst i denne forbindelse så er dette grunnlaget viktig for Helsetilsynet når nivået på forsvarligheten skal operasjonaliseres. Etatens kunnskapsgrunnlag er i stor grad basert på helsefaglighet, med medisin og sykepleiervitenskap som eksempler. Et eksempel på dette, er at alle helsedirektørene opp gjennom tiden har hatt medisinsk embetseksamen. Etter 1994 og utviklingen av en moderne tilsynsetat har tilsynsfagligheten utviklet seg delvis gjennom bruken av systemrevisjon som metode. Systemrevisjonen er en metode som har base i ulike vitenskaper. Prosessen med å innhenta data er omfattende og har iboende trekk som kan sammenlignes med datasamlingen

som skjer under en forskningsprosess. Det er stadig fokus på å ha god tilsynskompetanse når en er ute og fører tilsyn og det har nærmest utviklet seg til en intern profesjonskonflikt. Helsetilsynet har lang tradisjon med å legitimere sin virksomhet med å være et fagtilsyn med høy faglig integritet. Det er også grunn til å tro at autoriteten er basert på kunnskap om tjenestene og helsefagligkompetanse.

Trekk ved helsetilsynets rolleutøvelse

Karakteristikkene som kjennetegner fagetaten kan en finne mer av i noen oppgaver enn i andre, for eksempel i forhold til planlagt tilsyn. Informasjon og tendenser trekkes ut av store mengder data for så å analyses og brukes. Ser en på systemrevisjons metoder i forbindelse med Helsetilsynet som fagetat, er det metodens vitenskapelig grunnlag og fokuset rundt systemtenkningen som står sentralt. I 1994 og utover skjedde forandringer i tenkningen rundt tilsyn og metodebruken. En informant hever at det har vært en dreining i systemtenkningen. Først var fokuset i størst grad på styring, prosessstyring og styrende dokumenter. Etter hvert kom kravet om å gå mer inn og føre tilsyn med fagligheten. Det betyr å gå dypere inn i materien og se på om man bruker forsvarlige metoder og om man gir forsvarlig behandling. Før var det større vekt på formkravene eksempelvis om man fører journaler på riktig måte. Tilsynsformen er knyttet til systemrevisjon bygger på å utføre sitt tilsynsansvar på en konstruktiv, nøktern og faktabasert (evidensbasert) måte. Systemrevisjon som metode bygger på en ISO-standard som er vitenskapelig utviklet. Holdningen er at tilsyn skal utføres for å kontrollere at alt er som det skal være, og ikke motsatt utelukkende for å finne avvik. Er fagligheten i endring? Det er signaler som tyder på at det helsefaglige i perioder må vike for mer jus og større grad av ren tilsynsfaglighet. En kan identifisere klare trekk ved tilsynets grunnholdning til tilsynssubjektene som passer inn i denne tilsynsformen. Det er tradisjon for at denne holdningen er positiv og basert på tillit til tjenestene. ”Jeg snakker om kontroll som noe positivt” (informant nr. 7) tilføyde en informant, og med det mente hun at det var viktig med gjensidig respekt for å føre tilsyn på en god måte. Omgangsformen er basert på en dialog og en faglig kommunikasjon. Det er delvis stor tro på effekten av tilsyn i seg selv som virkemiddel for forbedringer, og med forståelsen av tilsyn som prosess er nødvendigheten av å bruke sanksjoner og straff nesten fraværende. Tilsyn i seg selv iverksetter nødvendig endring.

7.14 Helsetilsynet som informasjonsetat og konsulent?

På samme måte som deler av NPM-filosofien har informasjonsetaten sin profesjonelle base i lederutvikling og bedriftsøkonomi. Etatstypen fungerer som veileder og konsulent ovenfor virksomheter. Den utvikler og forbedrer rutiner hvorpå nytteverdien er viktigere enn legalitet og nøyaktige analyser. Tilsynsrollen beskrives som konsulent. Tilsynsformen går ut på å hjelpe og veilede aktuelle virksomheter med å anmode og inspirere til forbedringer. I denne formen for tilsyn er sikring av forbedringer viktigere enn åpenhet om metodene (Pollit et al. 1999). Hvilken som helst metode kan brukes bare det er til hjelp for klienten. Denne tilsynsformen kan i større grad være mangetydighet og uklar.

Trekk ved Helsetilsynets rolleutforming

Den utpregede rådgiver- eller veilederrollen forsvant fra Helsetilsynet etter at oppgaveporteføljen ble omorganisert i 2002. I dag er slike oppgaver hovedsaklig plassert i direktoratet, selv om det var en viss motstand fra tilsynsets side i oppgavedelingen. Det kan være vanskelig å plassere rådgivning og videreformidling av informasjon, men den ligger i dette tilfellet og vipper sammen med forskningsrollen i oppgaven som videreformidler av informasjon. Ifølge en informant er det ikke Helsetilsynets jobb å få virksomhetene til å drive godt. *”Virksomhetene selv og eieren har selv ansvar med å drive i samsvar med lover og forskrifter. Staten har tradisjonelt gjennom handlingsplaner, programmer og faglige støtteordninger hjulpet virksomheter med å drive godt. Dette er ikke vår jobb, det ligger i all hovedsak i direktoratslinjen, ved direktorat og fylkesmann.”* (informant nr. 6). En annen informant uttrykker at: *”Rollen som veileder har fått en litt annen mening, fordi det vi gir veiledning eller råd om er i større grad hvordan man skal innrette seg slik at man skal følge loven, mens i veiledning og rådgivning tidligere så ville det kanskje ligget mer at en så på seg selv som en faglig veileder, en ren faglig veileder, men det er klart at for å forstå hva loven på helse og sosialtjenestens område betyr så må du kunne si noe om faget. Du må kunne forstå en fagligveileder fra et direktorat, og så må vi kunne bistå i og forstå hvordan tjenestene skal innrette seg slik at de etterlever det som er kravdelen av en veileder, men det er ofte vanskelig å forstå og lese ut fra veiledere.”* (informant nr. 2).

Før delingen i 2002 var etaten pådriver for å innføre kvalitetssystemer og internkontrollsystemer i sykehusene, samtidig som systemrevisjon med ISO9000 som internasjonal kvalitetsstandard ble innført. Internkontroll ble betraktet som et ledelsesverktøy

”et hjelpemiddel for styring og utvikling av den daglige drift” (Sosial- og helsedirektoratet 2004:7). Det har vært store endringer i denne tilsynsformen de siste årene. Den direkte veiledningen er det helt slutt på, men det utøves i større grad en indirekte informasjonsformidling via gjennomføringen av systemrevisjonen og ikke minst i forbindelse med videreformidlingen av tilsynsresultater slik at institusjonene kan lære av egne og andres feil. Deler av den nye policyen har stor tro på ledelse og at informasjon om feil og mangler til for eksempel sykehusledelsen vil iverksette forbedringer i forbindelse med å unngå og å lukke avvik. Hensikten med internkontroll er å oppnå kvalitetsforbedring. Ansvar for dette ligger hos den øverste ledelse, men når det kommer til den praktiske gjennomføringen av internkontroll vil ansvaret bli delegert til lederen av den aktuelle virksomheten. Tanken om *lærende organisasjoner* kom mer og mer inn i retorikken til Helsetilsynet rundt 2004. I praksis viser det seg at det er vanskelig å lære av sine egne og ikke minst andres feil. Det gjenstår å få helsetjenestene til virkelig å lære av de tingene som avdekkes. Det er ofte læring i forhold til avdelingen tilsynet er i direkte kontakt med, men det er en utfordring å få andre avdelinger og sykehus til å fange dette opp og føre til varig atferdsendring. *”Det er nok fremdeles et stykke igjen til å finne fram til de riktige kanalene og spre den informasjonen”* (informant nr. 1). Denne ideen og omgangsformen er knyttet til denne praksisen og denne aktiviteten legitimeres ved å jobbe for forbedringer hos tjenestene.

Trekk ved Helsetilsynets rolleutøvelse

Oppgavene som veileder og forbedringsfremmer er kraftig nedtonet etter 2002. Uttalelsen: *”Å utføre tilsynet slik at det er et positivt bidrag til tjenestenes eget arbeid med kvalitet”* (Helsetilsynet 2003) og Helsetilsynets nåværende visjon: *”Tilsyn for trygge tjenester”* (ibid), anser jeg som passive formuleringer i forhold til å være en aktør som fremmer forbedringspotensialet. For en virksomhet som virkelig tar mål av seg å forbedre, slik som Statens helsetilsyn gjorde for å fremme kvaliteten i helsetjenesten, ville en alternativ visjonen kanskje vært: *”Tilsyn for tryggere tjenester”*. Helsetilsynet er ikke av den oppfatning at det er deres oppgave å komme med oppskrifter eller løsninger på hvordan feilene skal løses. Dette er det opp til tjenesten selv eller de utøvende helsemyndighetene å gjøre noe med. Politikerne har ytret ønske om at Helsetilsynet bør komme med forslag til forbedringer etter at avvik er avdekket. Internkontrollsystemene er forankret i kvalitetsstyring og ledelse, og i kraft av å drive ekstern revisjon av dette fungerer virksomhetstilsynet nærmest som en form for *”mikroledelse”* (informant nr. 7). En kan finne tendenser i tilsynets grunnholdning og syn på

autoritet som mer eller mindre kan knyttes til denne tilsynsformen. ”Vi har stadig fokus på at vi gjennom tilsyn skal bidra med en stadig kvalitetsforbedring i helsetjenesten... som organisasjon så er vi opptatt av at det ikke bare er å sanksjonere og å reagere, men heller et formålet med å gjøre det er å fremme kvalitet og stadig forbedringer i tjenestene.” (informant nr. 1).

7.15 Oppsummerende vurdering av tilsynstypene

Jamfør Pollitt et al. (1999) er de to første tilsynsformene mer klassisk fundamentert og preget av regelverkskontroll, mens forskeretatene og informasjonsetaten i større grad er nyere utgaver av tilsyn og preget av resultatkontroll som er forenelig med sentrale trekk i NPM-ideologien. Jeg har identifisert flere tilsynsetater i Helsetilsynets tilsynsrolle, mer av noen enn av andre og påvirket av utvikling over tid. Det kan også være vanskelig å plassere trekk inn i riktig etatstype siden de på noen områder kan tolkes litt overlappende. Det er derfor enklere å oppsummere ved å vurdere trekkene ut fra de to kontrolltypene regelverkskontroll og resultatkontroll.

Helsetilsynet er opplagt en kontrolletat, men det varierer litt hva denne kontrollen er befestet i. I forhold til trekk ved Helsetilsynets rolle som kontrolletat og dommer, mener jeg å registrere at dette har kommet som en følge av politisk press om å utøve en mer autoritær kontroll. Det er også utviklingstendenser som viser mer fokus på mistillit og en mer utbredt praksis med å bruke trusler om sanksjoner for å oppnå resultater, samtidig som det rapporteres mer alvorlige saker. Områdeovervåkning har blitt mer og mer sentralt både som et krav til tilsynsmyndigheten, men også som en del av metodeutviklingen de siste årene. Tilsynsformen er ikke særlig dominerende for Helsetilsynets aktivitet, men informasjonen som samles brukes i utstrakt grad i forbindelse med valg av tilsynsområder.

Tabell 7.1 viser ulike trekk og kjennetegn ved tilsynsrollen som på den ene siden er knyttet til myndighetstilsyn og regelverkskontroll og på den andre siden kyndighetstilsyn og resultatkontroll.

Tabell 7.1 Ulike former for rolleutforming og rolleutøvelse med basis i regelverkskontroll og resultatkontroll

		<i>Myndighetstilsyn basert på regelverkskontroll</i>	<i>Kyndighetstilsyn basert på resultatkontroll</i>
	<i>Tilsynstyper</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolletat/dommer • Overvåkningsetat/revisor 	<ul style="list-style-type: none"> • Fagetat/forsker • Informasjonsetat/konsulent
ROLLEUTFORMING	<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Loover og forskrifter som grunnlag for vurderinger. Juridisk metode som kan virke fordømmende.	Helhetsbilde og systemperspektiv. Systemrevisjon som vitenskapelig metode.
	<i>Rasjonalitet</i>	Normrasjonalitet	Målrasjonalitet
	<i>Tilsynsprofil</i>	Rolleklarhet og entydighet	Mangetydig
ROLLEUTØVELSE	<i>Grunnholdning til tilsynssubjektet</i>	<u>Pessimistisk</u> : Utgangspunktet er å gå ut for å finne feil. Mistillit til tjenestene.	<u>Optimistisk</u> : Holdningen er å undersøke at alt er i orden. Viser tillit til tjenestene.
	<i>Autoritet</i>	<u>Legal</u> : basert på kunnskap om lover og regler	<u>Profesjonell</u> : basert på fagkompetanse
	<i>Syn på tilsyn</i> <i>Omgangsform</i>	Trussel og ilegging av sanksjoner er den eneste måten å oppnå endringer på. <u>Monolog</u> : Holde avstand for å bevare nøytraliteten.	Tilsyn som et virkemiddel i seg selv. Tilsynsprosessen iverksetter bevissthet og endring. <u>Dialog</u> : Nærhet til tilsynssubjektet for å opprettholde tillit og innsikt.
	Utviklingstrekk	Forsterker seg over tid, særlig i rolleutforming.	Dette er selve grunnlaget for den rolleutforming og rolleutøvelsen som etablerer seg utover på nittitallet.

Tabellen viser ulike trekk som kjennetegner to tilsynsperspektiv baser på regelverkskontroll og resultatkontroll. Karaktertrekkene er fordelt på tilsynsetaten rolleutforming og rolleutøvelse.

Trekk fra den andre dimensjonen, *resultatkontroll*, viser at Helsetilsynet i aller høyeste grad er et fagorgan og ikke bare en ren kontrollør. Det er lange tradisjoner for å være en helsefaglig sterkt etat. Fra omleggingen til en moderne tilsynsetat i 1994 så har tilsynsformen i stor grad vært basert på en streben etter det vitenskapelig og et ønske om å oppnå kvalitetsforbedringer hos tjenesteyterne. Faglighet er bevart frem til i dag, men har hatt en dreining over til mer tilsynsfaglighet. ”*Innenfor tilsynsrevisjonsområdet så har vi hatt en veldig klar tilsynsfaglig utvikling.*” (informant nr. 1). Omleggingen til et moderne fagtilsyn som var delvis fundamentert i vitenskapelige metoder som systemrevisjon, og tilsynsformen som ble utarbeidet, var bygget på utstrakt tillit til tjenestene og en holdning om å etterse at alt er i orden og ikke motsatt. Dette er et viktig grep for å rendyrke tilsynet og for å styrke nøytraliteten og autonomien.

Helsetilsynet har utviklet seg i perioden 1994 til 2005 fra å være en helsefaglig sterk kontrolletat med veiledningsoppgaver, til å bli en helse og tilsynsfaglig sterk kontroll og overvåkningsetat. Endringen er stort sett top-down styrt policy, mens praksisen henger litt etter. På basis av denne utredningen kan en trekke frem at endringer i retning regelverkskontroll i policy, mens det fortsatt er overvekt av resultatkontroll i praksisen. Etter en ytterligere fristilling og rendyrking av tilsynsetaten i 2002 har utviklingen i tilsynspolicy gått i retning mer regelstyring og mindre eller ingen form for veiledning. En kan også hevde at ulike tilsynsoppgaver krever ulike tilsynsformer.

7.2 Overordnet analyse av Helsetilsynets tilsynsrolle

I denne delen søker jeg å forklare hvilke endringer som har funnet sted i tilsynsrollen basert på et overordnet teoretisk rammeverk. Forklaringsvariabler og virkningsvariabler er tidligere vist i analysemodellen (tabell 2.1 i kapittel 2). Jeg starter med å forklare trekk ved utviklingen ut fra et instrumentelt perspektiv, og går deretter over til et institusjonelt kulturperspektiv og avslutter med et institusjonalisert omgivelsesperspektiv. Intensjonen er at hvert av perspektivene kan bidra med å forklare endringer eller fravær av endringer først i forhold til utformingen av rollen, deretter i rolleutøvelsen. Helt til slutt fokuseres det på graden av sammenheng mellom de to variablene. Empirien blir vurdert ut fra to tidsperioder, en etableringsfase fra 1994-2001 og en videreføringsfase fra 2002-2005.

7.21 Instrumentelt perspektiv

Det instrumentelle perspektivet anvendes for å forklare hvilken grad endringer og utvikling i tilsynsrollen er et produkt av formålsrasjonalitet og kalkulert måloppnåelse. Jeg forventer at endringer i tilsynsrollen er direkte knyttet til oppgaven som spesialisert tilsynsorgan og dermed et resultat av bevisste kalkulerende valg fra ledelsen. Det forventes at Helsetilsynet på denne måten opptrer som et rent verktøy for å oppnå politiske mål eller virksomhetens egne mål. Jeg forventer at etatens formelle struktur har betydning for denne måloppnåelsen og at strukturen er bygget opp som en byråkratisk konstruksjon med hierarkiske trekk. Den formelle strukturen vil da være preget av tydelige policysignaler og klare ansvarsforhold mellom ansvarlig departement, Helsetilsynet sentralt og de regionale enhetene av Helsetilsynet i fylket. Samtidig vil balansen mellom politisk styring og faglig autonomi være tydelig og preget av gjensidig respekt. Jeg forventer at det er tette koblinger mellom rolleutforming og den utøvende delen av tilsynsrollen. Det er klare forventninger til at endringer i praksis først kommer på det strategiske planet og etter hvert iverksettes ovenfra - ned og i tråd med ønsker i ledelsen. Praksisen vil på denne måten automatisk komme som følge av endringer i policy, og deretter i høy grad aksepteres av de resterende ansatte i etaten og gjennomføres. Redskapsrollen er på denne måten nøytral og førende i forhold til at etaten selv verken har egen identitet eller egeninteresser som skal forsvares. Legitimeringen av virksomhetens eksistens vil derfor i størst mulig grad bygges på måloppnåelse.

Rolleutforming som resultat av instrumentalitet

Jeg vil her belyse noen endringer i Helsetilsynet rolleutforming i forhold til et instrumentelt inntak, hvor det er bevisste valg av virkemidler og formålsrasjonell kalkulasjon som påvirker endringer i utformingen av tilsynsrollen. Den nåværende formelle strukturen i den sentrale helseforvaltningen bygger på prinsippet om funksjonsdeling. Helsetilsynet ble omstrukturert for å være et styringsverktøy for å regulere forsvarligheten i en stor og viktig samfunnssektor. Helsetilsynet var selv meget aktivt med i omorganiseringsprosessen. En fristilling og spesialisering av denne oppgaven hadde til hensikt å øke legitimiteten ved en ny organisering av helsesektoren i 2002. Spesialiseringen av ulike forvaltningsoppgaver gir dermed økt kompetanse, styringsmessig kapasitet og oppmerksomhet ovenfor helsevirksomhetene. Autonomien ble tydeligere og viktigere for å opprettholde denne statusen. Det er mange ulike typer, grader og kombinasjoner av autonomi blant forvaltningsetater. Til tross for at Helsetilsynet er en fristilt forvaltningsenhet, er det tilhørende et større statshierarki hvor

fagministeren til syvende og sist er den ansvarlige. Helsetilsynet har hatt en sterk strategisk og operasjonell autonomi alt fra 1994, men det har pågått en strukturell fristilling hvor autonomien har blitt et viktigere element i legitimeringen av etaten. Dette bygger på tillit mellom politisk ledelse og fagtilsyn hvor autonomien praktiseres utover den rent formelle fristillingen. Den nye organiseringen har etter intensjonen ført til en tydeligere ansvarsfordeling og en større rolleklarhet for hver enkelt aktør. Tilsynsetaten legitimerer seg som en autonom etat, men også som et faglig sterkt tilsyn. Logikken er her at en tilsynsetat som er sterk helsefaglig, juridisk og tilsynsfaglig vil ha den beste forutsetning for å kunne gjennomføre virket og oppnå best mulig resultat.

Det kan være ulike forklaringer på hvorfor regjeringen ønsket å omorganisere helseforvaltningen i 2002 sett i lys av et instrumentelt perspektiv. Det kan opplagt være et forsøk på å legitimere statens virksomhet med å skille oppgaven som eier, forvalter og kontrollør. Et annet forhold kan være at staten trenger sterkere styringsverktøy for å kunne implementere store reformer i viktige velferdssektorer, og ikke minst forvalte og opprettholde endringen. En tredje forklaring kan være at når ulik offentlig virksomhet og ulike tjenester blir fristilt så blir statens behov, både med tanke på styring og rent normativt med tanke på å opprettholde individets rettsikkerhet, for kontroll og regulering en viktig oppgave.

Tilsynsmyndigheten er oppbygd som et hierarki med en sentral enhet på topp og 18 regionale enheter. Denne oppbygningen fremmer en funksjonsdeling med en sentral ledelse som utarbeider overordnede planer og utøver et enhetlig og overordnet faglig tilsyn med tjenestene. Fylkesnivåene fungerer som den operasjonelle spydspissen. Tilsynsteam fra disse avdelingene gjennomfører inspeksjoner og klagebehandling. Målet er at den enhetlige policyen som kommer fra sentralt nivå, skal resultere i likebehandling og enhetlig utøvelse av tilsynsrollen. Rolleutformingene siden 1994 har ført til mer sentralisering og overordnet styring blant annet knyttet til målsetningene til tilsynsmyndigheten.

Ledelsen i Helsetilsynet er lojal mot de rådende politiske signalene og bruker meldingene som rettledninger for på best mulig måte kunne gjennomføre sin samfunnsoppgave, men innholdet i tilsynsvirksomheten og tilsynsstrategiene er det i stor grad etaten selv som får lov til å bearbeide og utvikle. Mange av valgene som blir tatt på ledernivå er bevisste og målorienterte i forhold til best faglig grunnlag eller som resultat av overordnede styringssignaler som ikke

er i konflikt med autonomien. Det er i stor grad en ovenfra og ned styrt policyutvikling, men det rådføres med det regionale nivået før endelige beslutninger om store endringer tas. Helsetilsynet sentralt legger føringer for hvordan tilsyn skal gjennomføres og hvor omfattende det skal være gjennom konkrete resultatmål ut fra nøye kalkulasjoner for hva som er mulig. Hver fylkesenhet har klare volumkrav på hvor mange tilsyn som skal gjennomføres, hvor mange klager som skal behandles og hvor lang klagebehandlingen skal være. Hvert år summeres det gjennomførte tilsynet opp fylkesvis og rent kvantitativt blir det tydelig å se hvilke fylkesavdelinger som gjør en tilfredsstillende jobb og hvem som ikke oppfyller kravene. Volumkravene settes sentralt i Helsetilsynet på bakgrunn av krav i tildelingsbrevene og andre politiske signaler. Resultatmålene rapporteres videre til politisk ledelse. Helsetilsynet har vært under oppsyn fra Riksrevisjonen på for lang saksbehandlingstid. Dette har ført til økt fokus for måloppnåelse på tilsynsområdet de siste årene. I fylkesavdelingene er det så stort internt press i form av volumkrav at det kan gå ut over ressursene. Dette kan igjen gå utover den helhetlige oppgaven som fylkesnivået har med å utføre både tilsynsoppgaver og direktoratsoppgaver. Dette kan igjen tyde på at spesialiseringen og hensynet til resultatoppnåelse i større grad kan føre til en suboptimalisering enn til det beste for samordningen og den store forvaltningsmessige helheten. På den andre siden har etaten etter delingen i 2002 noen forutsetninger som kan være gode for å oppnå bestemte mål. Det er en liten og oversiktlig organisasjon hvor alle kjenner til hverandres kompetanse og vet hvem som jobber med hva. Det kan gjøre etaten sårbar for endringer, men også fleksibel i forhold til nødvendige tilpasninger. Det er også lite utskiftninger i ledelsen. En direktør sitter på åremål på seks år om gangen og gjerne i flere perioder. Dette skaper en viss kontinuitet i organisasjonen slik at gode målsetninger kan settes i forhold til kapasiteten.

Før 2002 var det ikke like mange styringssignaler og krav til hva en tilsynsetat burde inneholde. Det er først etter 2002 at styresmaktene har utarbeidet klarere retningslinjer og styrt ut fra en bevisst reguleringspolitikk hvor tilsynsoppgaven i flere sektorer har blitt trukket frem med den hensikt å styrke funksjonen. Til tross for dette har ikke finansieringen av tilsynsetaten økt med kravet om å være et styrket tilsyn. Etaten har derfor forhandlet seg frem til ordninger hvor det var forståelse for at etaten ikke styrkes uten flere ressurser. De har også forhandlet seg frem til løsninger på at husleien forble den samme selv om etaten ble halvert ved deling. Dagens politiske påtrykk og føringer på retningslinjer og måloppnåelse står i kontrast til prosessen i 1994. Etableringen av en moderne tilsynsetat var da i stor grad et resultat av interne forhandlinger hvor det fra internt hold ble reist krav om at

tilsynsfunksjonen måtte moderniseres og i større grad bygge sin anerkjennelse på grunnlag av å være et faglig sterkt og moderne tilsyn som harmoniserte virksomheten over hele landet. Prosessen i 1994 var preget av interessehevding og interne grupper la press på ledelsen.

Relasjonene til de andre sentrale forvaltningsorganene i helsesektoren er gode. Dette viser seg blant annet i sammenheng med oppgavefordelingen i forkant av omorganiseringen i 2002, hvor hver av partene deltok og hevdet sin interesse og forhandlet seg frem til enstemmig løsning. Den gode relasjonen, særlig på topplan har holdt seg, og de tre søsterorganene står sammen som helseforvaltningen hvor de gjensidig styrker sitt omdømme. Relasjonen til andre fagtilsyn med tilsvarende moderne metoder har også vært god. Staten har på denne måten lært av de beste, mens det har vært mindre kontakt med majoriteten av de andre tilsynsorganene som ikke har hatt like klar tilsynsprofil.

Gjennomgangen av rolleutformingen i lys av det instrumentelle perspektivet viser at endringer og utviklingstrekk ved rolleutformingen kan knyttes til rasjonelle beregninger og bruk av formelle strukturer for å fremme mål ved tilsynsfunksjonen.

Rolleutøvelse som resultat av instrumentalitet

Her vil perspektivet brukes for å belyse endringer i praksis som en direkte følge av endringer i strategiplaner og målsetninger. Da særlig i forhold til spesialisthelsetjenesten som tilsynssubjekt. Politiske ønsker og retningslinjer har i større grad presset på videreutviklingen i tilsynets rolleutøvelse de siste årene. Overvåkingstilsyn ble innført som en ny oppgave på grunnlag av nye reguleringspolitikk og krav om større måloppnåelse med bedre oversikt innenfor ansvarsområdet. Andre endringer som er knyttet til påvirkning fra overordnede signaler er innføringen av strengere sanksjonsmetoder. Intensjonen her var at tilsynet måtte ha tilsvarende virkemidler som andre fagtilsyn og på den måten fremstå som en ytterligere trussel for institusjoner som ikke dekker kravene i lovverket. Kravene til gjennomføringen av tilsyn har gått opp, og det samme har antall saker og alvorlighetsgraden i sakene.

Finansieringen og tilførselen av ressurser har ikke økt tilstrekkelig og det har ført til stort press på de regionale enheter. Bruken av sanksjoner er fortsatt lite brukt og dette bryter derfor til en viss grad med politiske ønsker om at Helsetilsynet skal tilnærme seg en praksis som andre tilsynsorganer utøver.

Omveltningen i forhold til arbeidsmetoder og holdning til tilsynssubjektet som skjedde utover på nittitallet var store og omfattende og allerede da i tråd med flere trekk i dagens reguleringspolitikk. Et av de viktigste målene på nittitallet var å sikre at helsetjenestene og klagebehandlingen ble behandlet og kontrollert like bra over hele landet. Dette ble mer eller mindre innarbeidet og innfridd fordi de store endringene i rolleutformingen etter hvert ble ansett som en god måte å legge om tilsynsutøvelsen etter. Til tross for ny retning og giv fra øverste hold, har de siste endringene i den formelle strukturen bare ført til små endringer i virksomhetens gjennomføring av tilsyn. Det er hovedsaklig det regionale nivået som gjennomfører tilsyn og her er det ikke gjort noen strukturelle endringer siden 1994. Endringstrekk de siste årene er blant annet at de sentralt planlagte tilsynene i stor grad er førende for hva fylkeskontorene gjennomfører av oppgaver i forhold til virksomhetstilsyn.

Etter rendyrkingen av tilsynsoppgaver er det tendenser til at kravet om å utøve kontroll er sterkere enn før. Tilsynet var tidligere en pådriver i forhold til å innføre styringssystemer for kvalitetssikring i sykehusene. Dette er ikke lengre en oppgave som Helsetilsynet formelt utfører. I dag er oppgaven som eksternrevisor, områdeovervåker og klageinstans blant de viktigste tilsynsoppgavene. Det er derimot ikke sikkert at endringene i tilsynspolicyen får gjennomslag i praksis. Motstanden som den utøvende myndigheten tenderer til å ha på dette området, er knyttet til tilgang og kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten. En er redd for at endringer vil forringe utøvelse og måloppnåelsen på sikt. Grunnen til dette er at det er nødvendig å ta hensyn til sektorspesifikke kjennetegn i sykehussektoren, noe jeg kommer tilbake til senere i analysen.

Analysen av rolleutøvelsen viser ved hjelp av denne tilnærmingen at endringer i mål og rolleutforming i stor grad kan forklare utviklingen i rolleutøvelse på slutten av nittitallet, men at det i den siste perioden ikke er like tydelige endringer tilsvarende de justeringer som er gjennomført i strategiplaner og reviderte prosedyrer for utføring av tilsyn.

Forholdet mellom rolleutforming og rolleutøvelse

Etter å ha belyst endringer og utvikling først i Helsetilsynets rolleutforming og deretter rolleutøvelse er det nærliggende å se på sammenhengen mellom de to variablene.

I begge tidsperiodene er det en tydelig arbeidsfordeling mellom sentral og regional tilsynsmyndighet. I den første perioden utarbeidet det sentrale nivået nye og moderne

strategiplaner, prosedyrer og retningslinjer hvorpå det regionale nivået utfører tilsynsoppgaven trofast deretter. I dette tidsrommet var det stor sammenheng mellom rolleutforming og rolleutøvelsen. Dagens situasjon viser at det er en tendens til at denne sammenhengen ikke er like sammenfallende som tidligere. Ny og mer regelorientert reguleringspolitikk og større politisk bevissthet, har gjort at det politisk presset har økt i forhold til samfunnets krav om hva et tilsyn skal levere. Jeg har inntrykk av at rolleutforming er preget av politiske signaler og streben etter å nå de pålagte målene, mens det i praksis ikke har vært like store endringer etter omorganiseringen i 2002. Denne stagnasjonen gjelder særlig for fylkesnivåene, hvor det ikke har vært noen strukturelle endringer. Det er ingen selvfølge at de som lager retningslinjer for hvordan tilsyn skal gjennomføres selv har utført eller deltatt i gjennomføringen av tilsynsprosessen. Denne avstanden mellom retningsgivere og utførere kan derfor føre til at policyen ikke alltid utvikles i overensstemmelse med de som skal gjennomføre for eksempel systemrevisjonene.

Raske endringer og tett kobling mellom hvordan tilsynsrollen utformes og hvordan den praktiseres, får tidvis støtte i denne sammenhengen. I første periode medfører policyendringer raske endringer i tilsynsutøvelsen. I andre periode er det mindre endringer i rolleutforming og tilsvarende mindre og tregere endringer i rolleutøvelsen.

Oppsummering

Inntrykket er at Helsetilsynets tilsynsrolle i stor grad etableres i samsvar med instrumentelle forhold, særlig som resultat av interne forhandlinger hvor et tidsmessig godt og effektivt fagtilsyn blir utviklet. Hovedmålet for tilsynsfunksjonen var i stor grad å standardisere og praktisere tilsynsoppgaven likt innenfor hele ansvarsområdet. I andre omgang var det i hovedsak et overordnet politisk press som resulterte i at tilsynspolicyen ble justert deretter i stor grad, mens det mer eller mindre ikke har vært like stor vilje til å endre praksisen.

7.22 Institusjonelt kulturperspektiv

I lys av kulturperspektivet forventer jeg at Helsetilsynet er en etat med egen identitet hvor gjeldende normer og verdier er styrende for hvordan de forstår, utvikler og utfører sin tilsynsrolle. Tilnærmingen antar at et unikt sett med normer og verdier er utviklet gjennom stivhengighet hvor organisasjonskulturen er utviklet over tid som følge av tradisjoner og

tidligere erfaringer, men den kan også bære preg av å være etablert som et resultat av spesielle perioder som har hatt stor betydning for etatens holdninger og egen forståelse av passende atferd. Videreutvikling skjer hovedsaklig i overensstemmelse med den rådende kulturen. Jeg forventer også at institusjonelle normer og regler om passende atferd overføres videre til nye medlemmer, og at det kan oppstå forskjellige subkulturer som igjen kan føre til interne stridigheter om etatens mål, og igjen tilsynsprofil. Den aktuelle tilsynsrollen bygger antageligvis på trekk fra en tradisjonell norsk forvaltningskultur, på særegne kjennetegn ved helse- og sykehussektoren og på innflytelse fra profesjonssammensetningen i etaten. Jeg forventer ut fra dette perspektivet at Helsetilsynet utøver sin tilsynsrolle ovenfor spesialisthelsetjenesten på bakgrunn av institusjonalisert praksis, og at praksis på generelt grunnlag kan legge føringer for rolleutformingen. Dette kan igjen føre til at det kan være vanskelig å gjøre et klart skille mellom rolleutforming og rolleutøvelse. Arbeidsmetoder som er etablert på et tidlig stadium vil også virke førende på tilsynspraksisen til tross for et ytre press om endring. Det forventes dermed at endringer i praksisen kan resultere i en lang og kontroversiell prosess, og hvor eksterne endringssignaler blir nøye testet og vurdert ut fra institusjonens verdiinnhold før de eventuelt blir innlemmet i etaten.

Rolleutforming som resultat av institusjonelle forhold

Flere av endringene som spores i forhold til utformingen av rollen kan også tolkes i forhold til et institusjonelt kulturperspektiv. Endringer i rolleutformingen i dette perspektivet forklares som en tilpasning til utvikling i uformelle forhold som historie, tradisjoner og kompetanse.

Tilsynsfunksjonen har en mangeårig historie i helseforvaltningen, men først etter trussel om nedleggelse i 1994, og en påfølgende krise, ble det gjennom en turbulent tid i etaten etterhvert etablert et moderne fagtilsyn. Før 1994 var det ikke en klar forestilling om hva tilsynsfunksjonen innebar i den samtidige helsesektoren. Men etaten hadde sterk tilknytning til det medisinske hegemoniet og kontrollen av tjenesten ble utført på grunnlag av tradisjoner basert på medisinfaglige prosedyrer og en stor grad av tilfeldigheter. Hendelsene rundt 1994 innebar et klart brudd med deler av den gamle tilsynsfunksjonen mye på grunn av at det var et sterkt internt press, særlig fra de ulike kompetansegruppene i etaten, for å utarbeide tidsmessige metoder for tilsyn. Omorganiseringen i 1994 var virkelig et skifte i forhold til tilsynsfunksjonen i norsk helseforvaltning og opparbeidelsen av en klar tilsynskultur. En moderne tilsynsetat ble bygget opp med sterk motivasjon fra egne ansatte i etaten i dag. Ulike

forhold og krav kan også tyde på at tilsynsrollen i dag stadig er under press.

Omorganiseringen i 2002 førte til at halvparten av oppgaveporteføljen og halvparten av de ansatte gikk over til SHdir. Ut fra dette skulle en kanskje tro at det nok en gang oppstod en krise i etaten. Dette skjedde ikke, den allerede etablerte tilsynsvirksomheten ble organisert som et rent tilsyn, hvor de samme folkene og den samme tilsynskulturen fortsatte nesten uendret videre. Identiteten og den institusjonaliserte tilsynskulturen har utviklet seg etter 2002 også, men i deler av etaten er det stor motstand mot politiske signaler og endringer som gjennomføres med nye strategier og nye retningslinjer. Dette har vist seg i forbindelse med revidering av prosedyren for systemrevisjon, hvor retningslinjene ble mer i tråd med juridiske tradisjoner enn med helsefaglige.

Tilsynet har tradisjoner for å være en uavhengig fagetat. I dette legitimeres mye av eksistensgrunnlaget til etaten. Da er det særlig forholdet til høy helsefaglig kompetanse og integritet som tradisjonelt sett er viktig. Internt i sektoren har det stort sett vært gjensidig tillit mellom etaten og tjenestene de siste årene. Relasjoner her er ofte bygget på en uformell kontakt. Dette gjelder særlig den omgangen etatens ledelse har til toppledelsen i resten av helseforvaltningen, og det gjelder delvis også kontakten som er med departementet og foretaksstyrene. Når det i dag blir viktigere å stå sammen å gjennomføre tilsyn, blir det tydelig at Helsetilsynet har en annen tilnærming til pliktsubjektet enn det andre tilsyn har som organisasjonskultur.

Et institusjonalisert kulturperspektiv kan i større grad forklare hvorfor det ikke skjer så store endringer i rolleutformingen selv om det er store strukturelle endringer.

Rolleutøvelse som resultat av institusjonelle forhold

Hvordan kan et institusjonelt kulturperspektiv forklare utviklingstrekk i rolleutøvelsen? Et institusjonelt kulturperspektiv vil forklare endringer eller mangel på endringer med å trekke veksler på trekk knyttet til tradisjoner og institusjonalisert praksis.

I perioden 1994 til 2001 ble det utviklet en sterk og forutsigbar tilsynstradisjon som inneholdt en bestemt grunnholdning til pliktsubjektene, et særegent syn på tilsyn som prosess og bruken av metoder knyttet til hva som var passende atferd for en tilsynsvirksomhet i helsesektoren. I denne perioden ble det opparbeidet betydelig forståelse og klarhet i hva tilsynsrollen innebar.

Selv om Statens helsetilsyn også utførte direktoratsoppgaver på denne tiden opparbeidet etaten en klar rolledeling i hvordan de ulike avdelingene skulle utøve de ulike forvaltningsoppgavene. Etter 2002 har videreutviklingen av den utøvende rollen vært sterkt preget av tidligere erfaringer og praksis. Det har så vært tilpasninger underveis, men fortsatt blir tilsynsmetodene som er utarbeidet i etableringsfasen ansett som gode og pålitelige. Rolleutøvelsen som vi ser i dag er derfor klart preget av tilsynskulturen som har vært rådende de siste ti årene.

Den ulike fagkompetansen som er knyttet til tilsynsetaten fikk påvirke utviklingen av metoder og arbeidsformer. En kan spore et skille i grunnlaget for metodeutviklingen basert på ulik fagkompetanse. De i etaten med juridisk kompetanse utviklet metoder rundt klagesakshåndteringen med basis i kunnskap om lover og regler som grunnlag for utøvelse. De helsefaglige ansatte var i større grad med på å videreføre profesjonelle og sektorspesifikke trekk videre i tilsynsrollen knyttet til virksomhetstilsyn. I den forbindelse ble det blant annet utarbeidet en arbeidsform som var preget av en positiv grunnholdning til tjenestene hvor mye av grunnlaget for tilsynsaktiviteten var basert på tillit. Det er noen helsefaglige verdier som kolliderer med den juridiske prosedyren og en kan hevde at denne utviklingen har ført til to litt ulike tilnærminger til tilsyn internt i etaten, hvor det ene er mer regelorientert og det andre mer resultatorientert, til tross for en klar rolleprofil utad. Den ulike logikken mellom de to subkulturene kan til tider ha motsettende mål. Særlig i forbindelse med virksomhetstilsyn har Helsetilsynet tradisjon for streben etter gjensidig respekt og god kommunikasjon med tjenestene. Forståelsen av at utøvelsen av tilsyn i stor grad iverksetter en forbedringsprosess gjør at det ikke er blitt ansett som nødvendig med en utbredt bruk av strenge sanksjonsmetoder. Dette kan også komme i konflikt med hva andre fagtilsyn har som praksis eller anser som passende praksis. Jeg tror at de institusjonaliserte verdiene som er knyttet til tradisjonen om kyndighetstilsyn i praksis vil være vanskelige å forandre i forbindelse med Helsetilsynets rolleutøvelse. Den helsefaglige kompetansen vil være så viktig for å utføre konstruktive tilsyn, og dermed vil logikken som dette har sin base i til en viss grad være gjeldende i utøvelsen av tilsynsrollen.

Holdningen til atferdsbegrensninger i forhold til avvik i tjenestene er i stor grad basert på stivhengighet og tidligere praksis for å sanksjonere. Dette kan være noe av årsaken til at Helsetilsynet ikke (enda) har tatt i bruk de sterkeste virkemidlene som de har fått til rådighet på lik linje med andre fagtilsyn. De kontrollmekanismene det er tradisjon for å bruke, er i

hovedsak den kollegiale formen, med stor grad av tillit til at tjenestene er selvregulerende og stort sett gjennomfører de retningslinjer som skal til for å gjennomføre gode og forsvarlige tjenester.

Igjen kan det institusjonelle kulturperspektivet forklare flere trekk ved utviklingen i Helsetilsynets rolleutøvelse, da særlig i forbindelse med å forklare hvorfor det ikke blir så store endringer. Det har dannet seg en viss kulturelt betinget oppfattelse av hvordan gode tilsyn skal utføres. Metodebruken er preget av en viss stabilitet og forutsigbarhet

Forholdet mellom rolleutforming og rolleutøvelse

Hvordan er forholdet mellom rolleutforming og rolleutøvelse sett i lys av det kulturelle perspektivet? Forventningene var at rolleutøvelsen kom forut for rolleutformingen, eller at endringer i strategiene møtte motstand når det skulle iverksettes fordi det møtte motstand i forhold til eksisterende verdier og normer.

Jeg finner ikke noen klare og konkrete trekk i forhold til at rolleutformingen følger rolleutøvelsen, men det er utviklingstrekk som tyder på at det er motstand og innsigelser når det legges opp til endringer i hvordan tilsynsrollen skal utøves. En kan ut fra denne tilnærmingen tenke seg at myndighetstilsynet og regelstyringen som stadig er i anmarsj og til en viss grad skaper litt friksjon internt i etaten kan føre til et vendepunkt hvor praksisen knyttet til kyndighetstilsyn og den resultatorienterte kontrollen vil manifestere seg i videreutviklingen av nye prosedyrer og retningslinjer.

Oppsummering

Det institusjonaliserte kulturperspektivet forklarer flere sentrale deler ved den utviklingen som har forekommet eller ikke forekommet rundt den aktuelle tilsynsrollen. I korte trekk er deler av utviklingen preget av tidligere erfaringer og etableringen av institusjonelle verdier og regler. Tilsynskulturen ble institusjonalisert inn i etaten på nittitallet og dette preger etaten videre og bidrar til en stabil og varig forståelse rundt hvordan tilsynsrollen skal utformes og utøves. Dette perspektivet fremmer også viktigheten av å ta hensyn til en institusjonalisert tilsynsrolle om en ønsker å endre forhold ved virksomheten.

7.23 Institusjonelt omgivelsesperspektiv

Det institusjonelle omgivelsesperspektivet benytter jeg for å undersøke i hvilken grad forhold i omgivelsene kan forklare utviklingen i tilsynsrollen. Forventningen til Helsetilsynets rolleutforming i lys av dette perspektivet er at tilsynsrollen i større grad blir påvirket og formet av stadig skiftende krav i omgivelsene. Innholdet i tilsynsrollen kan på denne måten endres på grunn av en viss konformitet ovenfor tidsmessige forståelser og oppskrifter på ”god” og legitim organisering av moderne tilsynsetater. Det forventes at tilpasningen til omgivelsene fører til at tilsvarende nasjonale og internasjonale etater gjennomgår en homogeniseringsprosess som fremmer en viss strukturell formlikhet (isomorfisme). Slike endringer kan være knyttet til NPM-inspirerte reformtiltak som inneholder en rekke nye styringsverktøy. Organisasjonsoppskriftene eller mytene som adopteres inn i tilsynsetaten kan både være reelle endringer eller skinnendringer som innlemmes og signaliseres ovenfor omgivelsene kun for å øke legitimiteten. På den måten kan det være liten sammenheng mellom rolleutforming og rolleutøvelse. Det kan som resultat av liten konvergens av policy og praksis forekomme at institusjonen har to versjoner med retningslinjer, en som tilfredsstillende krav i offentligheten og en som benyttes når tilsynsfunksjonene skal gjennomføres.

Rolleutforming som resultat av påvirkning fra omgivelsene

Det er nærliggende å tro at kontekstuelle forhold også kan påvirke Helsetilsynets rolleutforming. Jeg bruker dette perspektivet for å belyse hvordan og i hvilken grad omgivelsene kan forklare endringer i Helsetilsynets rolleutforming over tid.

Enkelte forandringer i tilsynspolicyen kan bedre forstås ved å benytte seg av et institusjonelt omgivelsesperspektiv, og som de andre perspektivene viser er Helsetilsynet selv svært aktivt i egen rolleutvikling. Etaten er også flink til å fortolke krav og signaler i omgivelsene og utnytter derfor godt det mulighetsrommet som er. Helsetilsynet er det mest rendyrkede tilsynet i Norge, men flere og flere fagtilsyn har blitt fristilt de siste årene. Ikke alle er like rendyrket som Helsetilsynet, men dette kan forstås som en forvaltningsmessig trend knyttet til NPM-reformer. Denne reformlogikken tilstreber økt fristilling av forskjellige oppgaver, noe som igjen fører til økt behov for kontroll. Rent strukturelt er Helsetilsynet organisert som en ”single purpose organisasjon”. Selv om denne spesialiseringen er i særstilling i Norge og Skandinavia, så er organiseringsformen tydelig formlik andre tilsvarende fristilte

reguleringsorganer i andre OECD-land. Det hevdes at denne organiseringen har ført til det som kalles et reguleringssamfunn (audit society) hvor kontroll avler kontroll, og hvor kontrolløren baserer seg på økt mistillit til de kontrollerte (Power 1997). Denne trenden er med på å påvirke økningen av regelkontroll og myndighetstilsyn.

Ulike trender eller institusjonaliserte organisasjonsoppskrifter har gjennom tidene satt sitt preg på utformingen av tilsynsrollen. I etableringsfasen var det i stor grad ideer rundt kvalitetssystemer med internkontroll og systemretting som påvirket omfattende strategiske endringer. I denne perioden var det et internt press for å utvikle et moderne tilsyn basert på internasjonale standarder.

I den andre perioden er i det i større grad den utøvende makten som er preget av internasjonale forvaltningstrender, som det reformeres etter. I denne perioden har risiko- og sårbarhetsvurderinger og ideen om lærende organisasjoner medvirket i videreutviklingen av tilsynsrollen. En annen trend som påvirker Helsetilsynets rolleutforming de siste årene er fokuset på åpenhet og en legitimering av virksomheten gjennom synliggjøring av tilsynsmyndighetens metoder og aktiviteter. Det sammen kan sies om etatens fokus på omdømmebygging. Det omdømmet som etaten ønsket å bygge opp etter omorganiseringen i 2002 er også et trendmessig trekk (Røvik 2007). Et godt og tydelig omdømme anses i dag som en nødvendighet for en hvilken som helst virksomhet.

Helsesektoren har en del særtrekk som påvirker Helsetilsynets rolleutforming. Den sektorspesifikke styringskulturen er delvis preget av et medisinsk hegemoni hvor sjefsbyråkratene og virksomhetssjefene ofte er rekruttert fra legestanden. Dette har til en viss grad ført til en kollegialitet med høy grad av tillit til hverandre og selvregulering gjennom utdanning og profesjonelle standarder. Denne styringskulturen er i ferd med å bryte opp med inntaket av mer profesjonelle administratorer og enhetlig ledelse i sykehussektoren. I helseforvaltningen er fortsatt flere av direktørene leger. Andre trender knyttet til helsesektoren er bl.a. at fokuset på pasienten har økt i dagens helsevesen, bl.a. gjennom innføringer av nye rettighetslover, men også gjennom et generelt økt forbrukerfokus. Dette må også tilsynsetaten forholde seg til og endrer seg deretter. Helsetilsynet understreker sin uavhengighet overfor tjenestene, og fremstår heller som en tredjepart som arbeider for å sikre tjenestene for pasientene, og i den forbindelse oppfordres det til klaging.

Også trekk ved samfunnsutviklingen har påvirket Helsetilsynet de siste årene. Her vil jeg trekke frem den store medieinteressen som er rundt tilsynssaker. Presset fra mediene fører til at etaten må tilpasse organisasjonen og kompetansen for å håndtere dette. Men mediene har også blitt en viktig kanal for å få kommunisert med offentligheten rundt tilsynets virksomhet og funn. De siste årene har det også skjedd en endring i befolkningens holdning til uavhengig kontroll i statlig virksomhet. Det kreves i større grad at hver sektor har uavhengige tilsyn, hvor bukken og havresekken er atskilt. Uavhengige tilsyn fremstår i dag som en legitim aktivitet som opprettes og videreføres i flere og flere viktige samfunnsområder.

Ved bruk av et institusjonelt omgivelsesperspektiv er det mulig å forklare trekk ved rolleutformingen som ikke bare kan settes i forbindelse med instrumentelle valg eller institusjonaliserte handlinger, men heller at de skyldes påvirkning fra rasjonaliserte myter og tendenser i både nære og fjerne omgivelser.

Rolleutøvelse som resultat av påvirkning fra omgivelsene

Jeg vil bruke et institusjonalisert omgivelsesperspektiv i denne sammenhengen for å se om trekk ved omgivelsene kan belyse og nyansere endringer i Helsetilsynets rolleutøvelse.

Noe av grunnen til at moderne metoder ble etablert rundt 1994, skyldes krav i omgivelsene. Et stadig mer komplekst helsevesen gjorde det nødvendig å innføre bedre og mer tidsriktige metoder. Sykehussektoren er stadig i utvikling og Helsetilsynet må tilpasse sine metoder og arbeidsformer deretter for å kunne opprettholde gode tilsyn med ansvarsområdet. En tilsynsetat uten reliable metoder for godt tilsyn og liten innsikt i tjenestene, ville ikke vært i stand til å utføre sin tilsynsrolle forskriftsmessig. De senere årene har arbeidsmetoder som overvåkingstilsyn blitt innført som et krav fra politisk ledelse. Denne utviklingen er i samsvar med flere andre fagtilsyn. En annen utviklingstrend som Helsetilsynet har innlemmet i forhold til sine arbeidsmetoder, er en stadig økende grad av åpenhet i forhold til utvelgelsesmetoder og innholdet i rapportene.

I forhold til atferdsbegrensning og holdningen til å bruke sterke sanksjonsmidler er det fortsatt liten bruk av slike virkemidler, men det er en tendens som viser at viljen til å true med strenge sanksjoner er stadig sterkere. Dette er signaler som den sentrale ledelsen i Helsetilsynet særlig

gir gjennom mediene. Tilbøyeligheten til å true med sterkere refselsler ved brudd på lover og forskrifter er i samsvar med utviklingen i organiseringen som rendyrker kontrolloppgaven. Ulike aktører som Helsetilsynet må forholde seg til ser forskjellig på bruken av sanksjoner. Pasientforeningene kritiserer tilsynet for å ha for høy terskel til å ilegge administrative reaksjoner, men helseprofesjonenes interesseorganisasjoner kan til tider mene det motsatte. Helsetilsynet må i slike situasjoner påpeke sin uavhengige posisjon.

Et institusjonelt omgivelsesperspektiv har en viss forklaringskraft i forhold til endringer i rolleutøvelsen. Utviklingen kan dels forklares som en isomorfi hvor etaten stadig tilpasser og etterligner andre tilsvarende nasjonale og internasjonale organisasjoner og trender.

Forholdet mellom rolleutforming og rolleutøvelse

Ut fra et institusjonelt omgivelsesperspektiv er det forventet at sammenhengen mellom rolleutforming og rolleforventning kun er løst koblet. Noen av organisasjonsoppskriftene som ble implementert på slutten av nittitallet ble institusjonalisert og er fortsatt viktige elementer i hvordan tilsynet planlegger og utfører sin virksomhet. I den første perioden som jeg beskriver i forbindelse med Helsetilsynets utvikling av en moderne tilsynsrolle er det dermed ganske godt samsvar mellom utviklingen i de to variablene.

Ideen om risiko- og sårbarhetsvurderinger er innført både på strategiplan og som aktivt vurderingsverktøy for å velge ut viktige tilsynsområder, noe som igjen influerer tilsynsutøvelsen. Retorikken om lærende organisasjoner og det uttalte ønsket om at tjenestene skal lære av egne og andres feil har derimot mindre påvirkning på rolleutøvelsen. Det er ikke iverksatt større tiltak for å få til en slik læring. En kan derfor hevde at dette tiltaket i større grad er en form for windowdressing.

I den siste perioden er det mindre sammenheng mellom rolleutforming og rolleutøvelse. Her er det særlig i rolleutformingene vi ser endringer som kan forklares med adopsjon av ideer fra omgivelsene. Det er ikke så mange store endringer i rolleutformingene, men implementering av nyere ideer er ofte knyttet til krav i forbindelse med overordnet politikk. Det kan tenke seg at intensjonen er at slike endringer ikke skal iverksettes, derfor er det ikke store endringer å spore i rolleutøvelsen den siste perioden som kan knyttes til et institusjonelt omgivelsesperspektiv.

Oppsummering

Ut fra de institusjonelle omgivelsene kan en finne trekk som i stor grad beskriver endringer i Helsetilsynet. Dette var særlig tilfelle i den perioden jeg beskriver som etableringsfasen. Her var det etaten selv som adopterte og tilpasset nye moderne tilsynsmetoder som var basert på internasjonale standarder. I utviklingen videre har det alltid vært viktig å følge med i tiden og i holde seg oppdatert i forhold til sektoren en skal føre tilsyn med. De seneste årene har endringer knyttet til ideer og krav i omgivelsene hovedsaklig funnet sted på overordnet styringsnivå og da særlig knyttet til NPM- inspirerte reformer som oppfordrer til mer og strengere offentlig kontroll av ulike typer tjenester. Helsetilsynet blir til tider påvirket av omgivelsene selv om det er et sterkt uavhengig organ.

Avslutning

I dette kapittelet har jeg kommet med forklaringer og tolkninger i forhold til trekk ved Helsetilsynets tilsynsrolle. I drøftingen har jeg brukt en utfyllende strategi hvor jeg har forsøkt å trekke frem noen forhold som kan forklare utviklingen og endringer i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse før og etter omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen i 2002. Jeg har i første del av analysen vist en utvikling i tilsynsrollen som går fra å være et snilt kontrollorgan som hovedsaklig baserte seg på kyndighetstilsyn, over til en strengere kontrolltype, preget av regelstyring og myndighetstilsyn. I andre del av analysen har jeg tatt for meg tilsynsrollen og sett på den i lys av de tre hovedperspektivene.

I den første perioden var det stor grad av instrumentelle forhold som var med på å forme og utvikle det Helsetilsynet vi ser i dag. En intern interessehevding førte fram store endringer i strategier og metoder for å kunne utføre tilsynsoppgaven på en bedre og tryggere måte. Utviklingen skjedde først gjennom rolleklargjøring og rolleutforming, for så å bli presset gjennom til handling. Motstanden bukket under for presset og for den legitimiteten de nye og mer moderne metodene for tilsyn førte med seg. Endringene i denne perioden kan også godt forklares med et omgivelsesperspektiv. Mange av de nye arbeidsmetodene som ble innført i Helsetilsynet i dette tidsrommet er preget av flere store organisasjonsoppskrifter eller såkalte institusjonaliserte superstandarder (Røvik 1997) som bl.a. kvalitetsstyring. Særlig metodene knyttet til systemrevisjon er basert på internasjonale standarder. Endringene i denne perioden kan i mindre grad knyttes til det institusjonaliserte kulturperspektivet. Hovedsaklig skjedde det en krise som resulterte i et brudd med gamle institusjonaliserte verdier og normer for

hvordan en tenkte og handlet i forhold til tilsyn. Denne tilnærmingen kan ut fra dette bruddet delvis forklare hvorfor det kom store og raske endringer i etaten på kun få år, altså som resultat av en krise. Dette perspektivet kan også forklare hvordan etatens rolleutforming og rolleutøvelse til en viss grad er basert på spesifikke trekk og grunnholdninger knyttet til helseprofesjoner og sykehussektoren.

I den andre perioden, fra 2002 til 2005, er det til tross for store strukturelle endringer lite eller få endringer som skjer i etaten. Dette kan virke overraskende siden Helsetilsynet regelrett ble utsatt for vingeklipping i 2002. Rendyrkingen av etaten var nødvendig i forhold til å opprettholde legitimiteten til tilsynsvirksomheten etter at staten overtok eieransvaret for sykehusene. En instrumentell tilnærming vil kunne forklare de justeringene som har vært i rolleutformingen med å se på det som en tilpasning til de politiske kravene til tilsynsetater generelt. Det har vært endringer i tilsynspolitikken som har ført til større rolleklarhet blant flere fagtilsyn. Det oppstod ingen ny krise i etaten, dette kan skyldes at de alt var så godt forberedt i forhold til å eksistere som et rendyrket tilsynsorgan, med en klar tilsynsprofil. At det ikke ble de store endringene i tilsynsrollen etter 2002 kan i stor grad det institusjonelle kulturperspektivet bidra til å forklare. Tilsynsrollen som ble etablert på slutten av nittitallet var i stor grad i samsvar med de strukturelle forandringene og trekk ved den nye tilsynspolitikken. Det var derfor ikke nødvendig å gjøre store endringer. Etaten fortsetter derfor med å videreutvikle og å utøve tilsynsrollen i samsvar med hva de gjorde før delingen. Kulturperspektivet samsvarer også bra med å forklare hvorfor endringer i prosedyrer og strategiformer, som i større grad enn før er basert på myndighetstilsyn, møter motstand hos de som utfører tilsyn. Dette kan skyldes at tilsynsoppgaver som for eksempel virksomhetstilsyn er sterkt knyttet til tradisjonelt kyndighetstilsyn. Dagens praksis henger til en viss grad litt etter dagens rolleutforming, men dette kan forklares med det institusjonaliserte omgivelsesperspektivet hvor rolleutformingen til en viss grad har vært formet av institusjonaliserte myter som risiko- og sårbarhetsanalyser og tanken om lærende organisasjoner. Etter hvert kan det tenkes at de to variablene tilnærmer seg hverandre.

Bildet av hvordan tilsynsrollen har utviklet seg de siste ti årene er komplisert, men ved hjelp av de tre ulike perspektivene kan jeg forklare flere av utviklingstrekkene som jeg har beskrevet i de to empirikapitlene. Det instrumentelle perspektivet har generelt god forklaringskraft, mens omgivelsesperspektivet hjelper å forstå de store endringene i 1994 og

utover, så er det institusjonelle kulturperspektivet nyttig for å belyse hvorfor det ikke ble tilsvarende dramatiske endringen i etaten etter omorganiseringen i 2002.

8.0 Avslutning

I denne studien har jeg forsøkt å si noe om endringene i Helsetilsynets tilsynsrolle i perioden 1994 til 2005. Studien viser at Helsetilsynet har hatt en sterk utvikling som viser seg gjennom ulike endringer i tilsynsetatens rolleutforming og rolleutøvelse i løpet av den aktuelle perioden. I dette avsluttende kapittelet vil reflektere rundt problemstillingens besvarelse, for deretter å heve blikket og se fremover mot videre forskning. Først vil jeg oppsummere studiens hovedfunn i forhold til studiens problemstilling. Deretter vil jeg se på funnene i forhold til tidligere forskning, før jeg drøfter noen teoretiske og forvaltningspolitiske implikasjoner ved studien. Helt til slutt kommer jeg med noen forslag til videre forskning på området.

8.1 Hovedlinjer i utviklingen av Helsetilsynets tilsynsrolle

Studiens hovedfunn i forhold til problemstillingen er en generell oppsummering av de mest markante endringene og utviklingstrekkene i studiens to sentrale variabler, Helsetilsynets rolleutforming og rolleøvelse. Problemstillingene jeg har prøvd å besvare med denne studien er: *Hvordan har innholdet i Helsetilsynets rolleutforming endret seg i perioden 1994 til 2005 og hva kan forklare dette? Hvordan er Helsetilsynets rolleutøvelse overfor spesialisthelsetjenesten endret etter 2002 og hva kan forklare dette?*

Tilsynsfunksjonen i den norske helsesektoren har lange tradisjoner, men prosessen med å bygge opp en moderne tilsynsvirksomhet startet i 1994 etter en dramatisk omorganiseringsprosess, hvor trusselen om nedleggelse av Helsedirektoratet resulterte i opprettelsen av Statens helsetilsyn. Et sterkt internt press for modernisering startet arbeidet med å endre en utdatert tilsynstilmærning, noe som resulterte i store omrokninger både i innhold og praksis. Målet var å styrke tilsynsforståelsen og standardisere tilsynsaktiviteten for å sikre likebehandlingen i hele landet. Økt bruk av en systemretting, som i større grad fokuserer på mangler ved virksomhetens ledelse og retningslinjer, og ikke enkeltindividens feil, var sentralt i denne sammenheng. Gjennom introduksjonen av nye tilsynsmetoder som systemrevisjon, ble det ført tilsyn med tjenestenes egne kvalitetssystemer. Helsefaglige idealer og kvalitetsteori var i stor grad grunnlaget for standardsettingen og arbeidsmetodene som lå til grunn for etableringen av et moderne helsetilsyn. Den tilsynsrollen som fagtilsynet selv bygget opp på nittitallet var i stor grad preget av tillit til tjenestene og *kyndighetstilsyn*.

Etter stadige omorganiseringer i helseforvaltningen de siste tjue årene, kan utviklingen rundt tilsynsfunksjonen nærmest betegnes som en målrettet spesialiseringsprosess. Utviklingen av denne funksjonen har gått fra å være en del av departementet (før 1983) til å bli vertikalt spesialisert gjennom et fristilt Helsedirektorat (etter 1983), senere Statens helsetilsyn (etter 1994). En ytterligere fristilling og horisontal spesialisering skjedde i 2002, hvor en prosess preget av stor enighet førte til at Helseforvaltningen ble delt i tre fagetater: en for direktoratsoppgaver, en for tilsynsoppgaver og en etat for informasjonsinnsamling i helsesektoren. Har denne utviklingen og endringer de siste årene gjort at Helsetilsynet fremstår som et vingeklippet og mindre slagferdig myndighetsorgan? Etter min mening er det nærmest det motsatte som har skjedd. Etter delingen hadde etaten kun tilsynsoppgaven å konsentrere seg om, og tilsynsområdet som etaten hadde ansvar for ble utvidet til også å gjelde sosialtjenestene. Til tross for store organisatoriske endringer, hvor staben ble halvert og hvor en del forvaltningsoppgaver falt fra, var det stor grad av stabilitet knyttet til tilsynsrollen og hvordan den skulle ledes og utøves. Helsetilsynet innrettet seg raskt etter den aktuelle oppgaveporteføljen som inneholdt nye oppgaver som for eksempel områdeovervåkning. Tilsynsetaten framstår i dag med en klar rolleforståelse av å være et rendyrket og fristilt kontrollorgan som påser forsvarligheten i tjenestene og etterlevelsen av lover og forskrifter. De opptrer ikke lengre som et veiledende forvaltningsorgan som iverksetter og fremmer kvalitet i tjenestene. Tilsynsprofilen er klarere hos den samlede tilsynsmyndigheten, både på sentralt og regionalt nivå. Funksjonsdelingen og den horisontale spesialiseringen er tydeligst på sentralt nivå, mens fylkesnivået fortsatt utfører både direktoratsoppgaver og tilsynsoppgaver, men da med størst mulig grad av atskillelse og rolleklarhet.

Andre utviklingstrekk er at rendyrkingen av tilsynsfunksjonen har ført til en tydeligere autonomi hvor etaten har som mål å ikke la seg styre i særlig grad av andre aktører. Til tross for at de er underlagt departementets konstitusjonelle ansvar, utarbeider tilsynsetaten i stor grad egne mål, oppgaver og retningslinjer. Etaten har fullt fokus på tilsynsvirksomheten, samtidig som de har økt sin posisjon som et uavhengig fagorgan med gode og tillitsfulle relasjoner med de fleste aktører i sektoren. Relasjonen og kommunikasjonen med departementet har vært god de siste årene, det samme gjelder forholdet til resten av helseforvaltningen. Toppledelsen holder jevnlig kontakt, utveksler informasjon og oppklarer uklarheter. Etter at den sentrale helseforvaltningen ble omorganisert, spesialisert og differensiert i tre etater, står de mer samlet enn før. De opptrer tillitsfullt i forhold til hverandre og kan på den måten gjensidig styrke hverandres posisjon og omdømme i forhold

til tjenestene. Gjennom spesialisering og ytterligere fristilling har Helsetilsynet blitt flinkere til å kommunisere overfor målgruppene hvem de er og hva de bedriver. Som overordnet faglig tilsyn med tjenestene, er den faglige kompetansen viktig å opprettholde og styrke. Dette har etaten klart gjennom stadig rekruttering av helsefaglig personell, men også styrking av juridisk kompetanse. I fellesskap er det blitt utviklet en egen tilsynsfaglig kompetanse, en kompetanse som nærmest fremstår som en egen tilsynsprofesjon nøye tilpasset helsesektoren.

Helsetilsynet ble på prinsipielt grunnlag ytterligere fristilt i 2002 for å øke legitimeringen av den samtidige statlige eierovertakelsen av spesialisthelsetjenesten. Sykehusreformen har ikke ført til store endringer i forhold til den konkrete tilsynsoppgaven, men ny sykehusorganisering har skapt mer komplekse organisasjoner og systemer å etterse. Ansvarsforholdene oppleves som tydeligere etter reformen og sykehusledelsen har blitt mer profesjonell, noe som igjen har ført til et bedre grunnlag for kommunikasjon og informasjonsutveksling. Jeg finner også at Helsetilsynet, gjennom videreutviklingen av strategier og metoder etter 2002, i større grad fremstår som et mer myndig kontrollorgan, i den forstand at de i større grad enn tidligere truer tjenestene med strengere sanksjoner ved lovbrudd, og som passiv overvåker av bl.a. spesialisthelsetjenesten. Tilsynsmyndighetene er i dag ikke like aktive i å veilede pliktsubjektene om forsvarlig drift og behandling som før. Tilsynsformen som ble etablert på nittitallet bar preg av en optimistisk grunnholdning og ønsket om å fungere som rettleder og inspirator til forbedring i tjenestene. Tillit til tjenestene stod da sentralt, og en arbeidet ut fra troen på at majoriteten av tjenestene ble utført forsvarlig og var i tråd med gjeldende retningslinjer. Dette reflekteres i forholdet mellom de relativt få klagene på tjenestene og det store antallet konsultasjoner som utføres av spesialisthelsetjenesten. Gjennom økt spesialisering, nye utvelgelsesmetoder, metoder for informasjonsinnsamling, revidert standardsetting og strengere atferdsbegrensning preges Helsetilsynet i dag av en mer pessimistisk grunnholdning overfor pliktsubjektene. Tjenestene blir i større grad vurdert med skepsis, noe som viser seg gjennom ønsket om å være helsevesenets vaktbikkje for sårbare pasientgrupper uten å være et pasientombud. På denne måten fremstiller Helsetilsynet seg nærmest som en tredjepart som skal gi befolkningen grunn til å ha tillit til helsevesenet gjennom å forvalte den institusjonaliserte mistilliten. På grunnlag av denne dreiningen i utforming av tilsynsstrategi og prosedyrer, kan en hevde at tilsynsrollen som utøves, særlig på sentralt plan, i større grad er preget av proaktiv regelverkskontroll. Tilsynsformen utvikler seg i større grad i retning av det jeg betegner som *myndighetstilsyn*.

Denne dreiningen kan tenkes å utgjøre et dilemma for tilsynsvirksomheten på sikt. På den ene siden er det viktig, særlig for den operasjonelle delen av tilsynsmyndigheten, å vise tillit og respekt ovenfor virksomhetene som skal kontrolleres. God kommunikasjon er viktig for å gjennomføre gode tilsyn, det er derfor viktig å forstå sektoren og å få tilgang til å gjennomføre kontroller. Men det kan oppstå en ambivalens når tilsynet på den andre siden vil være et talerør for de svakeste gruppene i samfunnet. Økt fokus på negative hendelser og mistillit kan dermed komme til å svekke befolkningens tillit til helsevesenet på sikt.

Utviklingen av mer myndighetstilsyn og større grad av regelkontroll overfor spesialisthelsetjenestene kan komme som en følge av flere utviklingstrekk. For det første kan det skyldes rendyrkingen som kontrollstat hvor det har pågått et skifte hvor tilsynets oppgaver er knyttet til en mer passiv kontrollform med rent ettersyn. For det andre kan det være et resultat av videreutviklingen med nye utvelgelsesmetoder for tilsyn. Målet med å bruke risiko- og sårbarhetsvurderinger som utvelgelsesmetode, er å plukke ut de tjenestene hvor det er størst sannsynlighet for lovbrudd. Mine funn trekker i retning av at utvalget av tilsynsområder gjennom slike metoder har ført til en dreining i tilsynsformen til større grad av myndighetstilsyn. Det har ført til at fokuset på det negative har økt i forhold til å avdekke feil og mangler. Dette står i samsvar med ønsket om på den ene siden å verne om svake grupper i samfunnet, og på den andre siden være forvalter av den institusjonelle mistilliten. For det tredje kan utviklingen skyldes press gjennom overordnet politikk som de siste årene har vært mer retningsgivende i forhold til reguleringspolitikken, bl.a. med mer konkrete krav om kontroll og overvåking. Endringene kan også komme av at avvikene og bruddene på lover og regler har blitt flere og mer alvorlige de siste årene. En femte årsak kan være at, etter hvert som Helsetilsynet har nådd målet om å sikre likebehandlingen, og dette blir tatt som en selvfølge, blir det viktig for etaten og fremstå som en forvalter av mistilliten og avdekke de groveste systemfeilene. Generelt kan det tenkes at en utvikling mot mer myndighetstilsyn kan føre til økt intern konflikt. Da særlig konflikt mellom de som utformer og de som utøver tilsynsrollen, og mellom ulike profesjonsgrupper i etaten.

Funnene viser at den økte mistilliten til tjenestene i størst grad forvaltes på sentralt nivå i Helsetilsynet, men det er også dette nivået som har størst gjennomslagskraft i mediene og offentligheten. Å organisere tilsyn eller kontrollfunksjoner i uavhengige etater er nesten et samfunnskrav som er med på å styrke tilliten til offentlig styring. Slike tilsynsfunksjoner har blitt svært legitime på ulike samfunnsområder, særlig etter at store deler av de oppgaver som

staten skal utføre har blitt konkurranseutsatt. Politikere fra ytterste høyre til ytterste venstre argumenterer for uavhengige og fristilte tilsynsorganer. Eksempler på andre sektorer hvor vi ser dette i dag, er kritikken i forholdet til Vegvesenet og Politiet, hvor tilsynsfunksjonene ikke er strukturelt uavhengige. Det er et unisont politisk krav om å lage uavhengige tilsynsordninger på de fleste samfunnsområder. Dette viser seg også med at tilsynsenhetene er høyt profilerte og koples stadig inn som granskningsenheter i saker med høy samfunnsaktualitet. Gjennom denne utviklingen får Helsetilsynet en unik posisjon i forhold til å ytre seg om ulike forhold i saker som opptar offentligheten. Helsetilsynet er flinke til å melde seg på som en av granskningsenhetene i høyt profilerte saker²¹, noe som er med på å fremstille Helsetilsynet overfor offentligheten som en viktig etat.

Studien viser at det har pågått store omlegginger og endringer i både Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse i perioden 1994 til 2005. Den største forandringen og moderniseringen kom etter omorganiseringen på nittitallet. Etter den siste omorganiseringen har det ikke vært like store endringer, noe som kan skyldes at den etablerte tilsynsrollen i stor grad samstemte med krav om endringer og ytterligere spesialisering. Det har likevel stadig pågått en profesjonalisering og en videreutvikling av tilsynsfunksjonen. I dag fremstår etaten, gjennom sin egen forståelse av tilsynsrollen, som et meget spesialisert og autonomt kontrollorgan med høy faglig integritet i forhold til sentrale aktører i forvaltningen og helsesektoren. Helsetilsynet videreutvikles og drives selvstendig, men påvirkes også av politisk press og utviklingen i helsesektoren og i tilsynsfeltet generelt. De siste årene har det vært en dreining i tilsynsfilosofien, fra å være et nesten entydig kyndighetstilsyn, til i større grad å fremstå som et myndighetstilsyn.

²¹ Eksempler på høyt profilerte saker i mediene hvor Helsetilsynet har ytret ønske om å opprette tilsynssak eller har vært sterkt deltakende i granskningen av: Vallasaken (i forbindelse med brudd av taushetsplikt), ”engleskolen” til Prinsesse Märta Louise (i forbindelse med missbruk av autorisasjon) og nå sist i granskningen av Ambulansesaken i Oslo.

Tabell 8.1 Hovedfunn i forhold til problemstillingen

Nivå / periode	1994 – 2001	2002 - 2005
Rolleutforming på sentralt nivå	<ul style="list-style-type: none"> • En moderne tilsynsetat etableres, nærmest forut for sin tid. • Tilsynsformen er i stor grad basert på kyndighetstilsyn. • Store endringer i interne strategier og retningslinjer. • Internt press og engasjement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Økt fristilling, hvor spesialiseringsprosessen fullføres. • Videreutvikling som en moderne tilsynsetat med små justeringer i retningslinjer, bl.a. med mer kontrollbasert på lover og regler. • Økt overordnet politisk press bl.a. gjennom ny reguleringspolitikk (dette tiltross for etatens økte fristilling).
Rolleutøvelse overfor spesialisthelsetjenesten på sentralt nivå og regionalt nivå	<ul style="list-style-type: none"> • Store endringer og ny praksis. • Stor lokal motstand i begynnelsen mot nye metoder. Motstanden klarte ikke å holde stand. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stor grad av videreføring av institusjonalisert praksis. • Tilløp til lokal motstand mot økt regelstyring.
Samlet oppsummert	<i>Store endringer i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse. En moderne tilsynsrolle, i stor grad basert på kyndighetstilsyn, etableres og institusjonaliseres.</i>	<i>Store endringer i helsesektoren, men kun videreutvikling og tilpassning i tilsynets rolleutforming og rolleutøvelse. Utviklingstendensen viser mer myndighetstilsyn i strategivalg og offentlige uttalelser, men fortsatt klar utøvelse av kyndighetstilsyn gjennom den regionale tilsynsmyndigheten</i>

Tabellen fremstiller hovedfunnene fra to perioder i forhold til problemstillingen: *Hvordan har innholdet i Helsetilsynets rolleutforming endret seg i perioden 1994 til 2005, og hva kan forklare dette? Hvordan er Helsetilsynets rolleutøvelse med spesialisthelsetjenesten endret etter 2002 og hva kan forklare dette?*

8.2 Sammenligning med tidligere forskning

I innledningskapittelet ble aktuell samfunnsvitenskapelig forskning på tilsyn og regulering, og på helsesektoren og sykehusreformen, kort skissert. I denne delen av avslutningskapittelet vil jeg sammenligne funn fra denne studien med utvalgte funn fra tidligere nasjonal og internasjonal forskning det er nærliggende å sammenligne med.

Jeg finner ikke mye tidligere forskning på Helsetilsynet spesielt, men det er gjennomført forskning på omorganiseringen av den norske helseforvaltning ved flere anledninger (Christensen 1994, Beleck-Olsen 2004). Begge prosesstudiene viser til at det er sterke instrumentelle trekk ved endringene i helseforvaltningen. Dette samsvarer med de funnene jeg har gjort av at endringene i Helsetilsynets rolleutforming i stor grad er drevet fram på grunn av instrumentelle forhold.

Boken *"The audit society"* av Power (1999) blir det hevdet at det de siste årene har pågått en revisjonseksplasjon i forvaltningen til rike vestlige land. Denne trenden er særpreget av satsningen på flere reguleringsorganer som i hovedsak gjennomfører kontroll av kontroll. I studien om Helsetilsynet finner jeg en tilsvarende utvikling hvor de moderne tilsynsmetodene i stor grad bygget opp rundt internkontrollbasert revisjon. Et annet trekk ved denne såkalte revolusjonen er at tilsynsformen er preget av åpenhet. Jeg finner at tilsynsetaten delvis baserer sin legitimitet på åpenhet rundt metoder, valg av tilsynsområder og resultater, og dermed er i tråd med observasjonen til Power. En annen konsekvens av denne utviklingen er at forvaltningens tillit til den kontrollerte i større grad blir erstattet av mistillit. Dette utviklingstrekket er også i tråd med utviklingen av Helsetilsynets tilsynsrolle. Når kontrollen økes og kontrollorganene rendyrkes går utviklingen i retning av det jeg referer til som myndighetstilsyn. I dag er det legitimt å hevde at tilsynsetaten skal virke som en aktør som skal rettferdiggjøre en institusjonalisert mistillit som er knyttet til pliktsubjektene. På denne måten oppfatter tilsynsorganet selv i større grad som en tredjepart som fremmer befolkningens tillit til helsevesenet. Denne utviklingen bekreftes ytterligere med funn fra en studie knyttet til britiske myndigheters regulering og kontroll av egen virksomhet (Hood et al. 1999), som viser at fristilte statlige kontrollorganer anses som viktige "vaktbikkjer" for forvaltningen. Ved beskrivelsen av en ytterligere modernisering og fristilling av Helsetilsynet, finner jeg direkte og indirekte signaler på at etatens egen holdning de siste årene er å være helsevesenets vaktbikkje.

Det har vært en rekke studier knyttet til den norske sykehusreformen. Byrkjeflot og Grønlie (2005) tar i artikkelen, *"Det regionale helseforetaket - mellom velferdslokalisme og sentralstatlig styring"*, opp forholdet om hvordan det statlige har overtatt oppgaver fra det lokale. Studien viser til at stadig flere viktige oppgaver, for eksempel tilsyn, blir sentralisert og at typisk statlige måter å gjøre ting på blir viktigere. I forhold til Helsetilsynets utvikling er det en tydelig sentralisering og standardisering av tilsynsaktiviteten i forholdt til utvelgelse av

tilsynsområder og standardsettingen knyttet til gjennomføringen. Lægreid et al. (2005) behandler i en artikkel hvordan NPM-reformer foreskriver både større autonomi og mer kontroll, og hvordan styringsbehovene dermed endrer seg i takt med en økende uklarhet. Denne studien kan være med og underbygge Helsetilsynets dreining i retning mer myndighetstilsyn, og hvordan mer kontroll kan være en respons på en slik utvikling som tilsvarer utviklingen i sykehussektoren.

Tidligere forskning, rundt andre norske tilsynsfunksjoner, viser at både tilsynsform og rolleklarhet kan variere, fra et tilsynsorgan til et annet, til tross for klarere krav og forventninger til tilsynsformen gjennom overordnet reguleringspolitikk. En studie av policyendringer i Arbeidstilsynet (Helleren 2004) viser at forståelsen av tilsynsrollen som kontrollør eller veileder kan være uklar. I en studie av tilsynet som DSB utfører med samfunnssikkerheten i statsforvaltningen finner Høydal (2007) at tilsynsrollen utøves nærmest som ren veiledning. Helsetilsynet er i sterkere grad et rendyrket tilsynsorgan, og jeg finner i min studie at etaten selv har utviklet en klar rolleforståelse i kraft av å være et kontrollorgan, med liten grad av direkte veiledning. Dette er i tråd med funn fra en studie om utviklingen av forvaltningsrevisjon i Riksrevisjonen (K. Graham-Haga 2006), hvor Riksrevisjonen også fremstår gjennom sin rolle som et nesten entydig kontrollorgan.

8.3 Teoretiske implikasjoner

Der er mange muligheter i forhold til det teoretiske rammeverket som skal ligge til grunn for en studie. Jeg har valgt en strategi med tre ulike organisasjonsteoretiske perspektiver. De tre perspektivene er brukt på en utfyllende måte, hvor ett perspektiv viser seg å være mer forklarende enn andre i forhold til ulike perioder, ulike områder og nivåer. En annen mulig strategi for teoribruken, som kan tenkes å være fruktbar i forhold til analysen, er å sette et instrumentelt perspektiv mer opp mot et samlet institusjonelt perspektiv. Da ville jeg i større grad hatt mulighet for å drøfte det ene opp mot det andre for bedre å få fram ytterligheter og motsetninger, men jeg vil hevde at den mer transformative strategien jeg har benyttet meg av er mer fruktbar i forhold til å beskrive og forklare helhetsbilde av Helsetilsynets tilsynsrolle. Jeg har også brukt klassifiserende teori eller typologien til Pollitt et al. (1999) for å identifisere tilsynsformen, og videre utviklingstrekk i forhold til regelkontroll og resultatkontroll. Et alternativt inntak hadde vært mulig om jeg hadde benyttet meg en typologi utarbeidet av Hood et al. (1999). Tilsynsoppgaven er ubestridt en kontrollmekanisme, men

oppgaven som kontrollør kan oppfattes og utføres på ulike måter. Hood og medarbeidere beskriver og identifisere fire ulike kontrollmekanismer ved tilsyn, mekanismer som varierer mellom inspektørbasert og selvregulering, som offentlige etater med tilsynsansvar bygger på. De fire ideelle kontrolltypene er: *kontroll/inspeksjon, konkurranse, kollegialitet og uforutsigbarhet*. I forbindelse med studien av Helsetilsynet og tilsyn med helsesektoren hadde det vært særlig interessant å vurdert inspektørbaserte trekk, som kontroll/inspeksjon, ved tilsynets rolleutforming og rolleutøvelse opp mot mer selvregulerende kontrollmekanismer som kollegialitet. Kontroll- og inspeksjonsmekanismen er inspektørbasert og baserer seg i større grad enn de andre formene på mistillit. Standardsettingen forutsetter klare mål og regelstyring. Informasjonsinnhenting er preget av obligatorisk informasjonsplikt og rapportering, mens bruken av atferdsbegrensning er knyttet til en myndig og autoritativ bruk av, og trusler om, sanksjoner (Hood et al. 1999). Kollegialitet er i stor grad bygget på tillit til tilsynssubjektet. Kollegialitet som kontrollmekanisme har mange kjennetegn som vi også finner trekk av i sykehussektoren. Standardsettingen kjennetegnes med at den fungerer som en prosess med deltakelse fra både de som påvirkes direkte av kravene og andre fra samme sektor. Informasjonsinnhenting foregår som en informasjonsutveksling gjennom ulike kollegiale nettverk, som for eksempel profesjoner. Atferdsreguleringen foregår gjennom gruppepress, gjensidig innflytelse og argumentasjonsutveksling mellom jevnbyrdige kollegaer innenfor en sektor eller profesjon (Hood et al. 1999). I lys av denne dynamikken kunne en fått en ytterligere nyansering av utviklingen av tilsynsformen retning myndighetstilsyn versus kyndighetstilsyn.

Er skillet mellom rolleutforming og rolleutøvelse et fruktbart skille? Dette skillet, mellom rolleutforming og rollepraksis, er gjennomgående for hele studien. Skillet er delvis konstruert ut fra teoretiske begreper og forutsetninger og kan derfor oppleves som delvis sammenfallende med virkeligheten. Rolleutforming svarer til tilsynspolicyen, mens rolleutøvelsen, i større eller mindre grad, er ment å indikere tilsynspraksisen. Erfaringer fra den empiriske inndelingen viser at de to rollebegrepene ikke alltid konvergerer med et klart teoretisk skille mellom policy og praksis. Dette viser seg særlig i forhold til rolleutøvelsen som ren praksis. Det er vanskelig å skildre tilsynspraksisen når en selv ikke har vært ute og observert praksisen, men kun vurdert rolleutøvelsen ut fra policy om praksis, tilsynsrapporter og lest/lyttet til hvordan tilsynsvirksomheten utøves.

Jeg opplever Helsetilsynet som et utbytterikt studieobjekt. Ikke bare i forhold til den åpenhet de viser i forhold til informasjon og rapporter om virksomheten, men mest av alt fordi Helsetilsynet er en etat som forvalter et viktig samfunnsansvar i en viktig sektor politisk. Etaten er veletablert med lang tradisjon og historie, men ikke minst har den erfaring med en rekke organiseringsprosesser. Jeg oppfatter også Helsetilsynet som et spennende case i forhold til den rendyrkede utgaven det fremstår som i dag. Det gjenstår å se om mine analyser og forklaringer er formålstjenlige for Helsetilsynet selv, men for meg har det vært svært nyttig å bruke et slikt særegent case til å betrakte en offentlig institusjon med den teoretiske synsvinkelen jeg har valgt å bruke.

8.4 Forvaltningspolitiske implikasjoner

Tilsynsfunksjonen innen den norske helseforvaltningen har gjennomgått store endringer i perioden 1994 til 2005. Etableringen av en klar tilsynsforståelse og moderne tilsynsmetoder har bl.a. medført store endringer i revisjonen av medisinske tjenester. Videre vil jeg, i grove trekk, drøfte om de helse- og reguleringspolitiske endringene kan betraktes som ”god” forvaltningspolitikk.

Det har pågått en spesialiseringsprosess i helseforvaltningen, spesielt i løpet av det siste ti årene. Som tidligere nevnt ble først en vertikal spesialisering gjennomført, med faglig fristilling av direktoratsnivået. I neste omgang ble dette nivået ytterligere spesialisert etter funksjoner. I teorien kan det tenkes at tilsynsfunksjonen kan bli ytterligere spesialisert, også på regionalt nivå, med atskilte avdelinger for tilsyns og direktoratsoppgaver. Problemene med rendyrking av fristilte myndighetsorgan er at det er ressurskrevende og sårbart i et så lite land som Norge. Det kan også oppstå en slags suboptimalisering, hvor hvert forvaltningsorgan jobber for å fremme egne interesser, noe som på sikt kan være med å svekke samordningen av en samlet forvaltningsutøvelse i sektoren. Et eksempel på dette er oppgaven med regelutvikling som ble liggende hos SHdir etter delingen i 2002. Denne organiseringen har potensielle forvaltningsmessige implikasjoner. Fordi det er hovedsaklig tilsynsetaten som er ute og undersøker etterlevelsen av lovverket, det er dermed grunn til å tro at etaten har tilegnet seg god kompetanse i forhold til hvordan lovverket bør tolkes og hvordan det kan forenkles og gjøres mer effektivt. Blir avstanden for stor mellom regelutvikleren og tjenesten, som skal drive innenfor lovverket, kan det oppstå mistillit til et regelverk som ikke er godt nok tilpasset forholdene de er ment å regulere. Dette viser at spesielt i forhold til å fortolke og effektivisere

lovverket, kan det tenkes at tilsynsetaten er den beste til å utføre oppgaven. Når dette er sagt så viser funn fra studien at helsemyndighetene har en god og produktiv dialog og informasjonsutveksling seg imellom, spesielt på toppledernivå, men det vil nok alltid være noen konfliktlinjer og gråsoner mellom oppgaven til direktoratet og tilsynet, bl.a. i forhold til kontrollen av kvalitetsarbeidet som sykehusene er pålagt.

Sterke fristilte fagorganer, som Helsetilsynet, reiser også spørsmål rundt samspillet mellom faglig autonomi og politisk styring. Blir den faglige autonomen for sterk, kan den politiske styringen og kontrollen blir svekket, og på sikt komme til å bli et demokratisk problem. Dette er en kritikk som ofte reiser seg i forbindelse med NPM-baserte forvaltningsreformer som ofte streber etter et klarere skille mellom politikk og forvaltning. En påstand i konklusjonen etter den siste Makt- og demokratiutredningen (NOU 2003:19), er at rettsliggjøring av det norske samfunnet er tiltagende. Forhold som tidligere lå innenfor de folkevalgtes kompetanseområde, flyttes over til rettslige organer, og at det politiske organets makt begrenses tilsvarende. Dette henger også sammen med innføringen av flere rettighetslover som igjen fører til at skillet mellom lovgivning og lovfortolknings forsvinner (ibid:30). Uavhengige tilsyn, klageorganer og nemnder er med på å bidra til denne rettsliggjøringen ifølge utredningen.

Politikere har ytret ønske om at Helsetilsynet i større grad bør komme med råd om forbedringer i forhold til virksomheter som ilegges avvik. Helsetilsynet selv hevder at en slik praksis vil stride med etatens rolleklarhet som kontrollør av tjenestene. På sikt kan det tenkes at politikernes krav får gjennomslag og etaten dermed i større grad må finne former for rådgivning som ikke strider med rolleklarheten. En slik tilsynsform vil ytterligere utnytte tilsynskompetansen, men det kan på sikt gå utover etatens klare rolleforståelse som kontrolletat.

Den 1. oktober 2007 kan vi lese i en pressemelding fra Helsetilsynet: "*Tvangsmulkt til Helse Vest RHF*" (Helsetilsynet 2007a). Meldingen refererer til Helsetilsynets første vedtak om tvangsmulkt, sitt strengeste sanksjonsverktøy overfor spesialisthelsetjenesten. Ettersom forhåndsvarslet om vedtaket ikke førte til tilstrekkelig opprydning iht. pålegget, ble det vedtatt tvangsmulkt som følge av manglende oppfyllelse av pålegg om å sørge for forsvarlig helsetjeneste. Pålegget ilegges på bakgrunn av vedvarende overbelegg og korridorpasienter ved psykiatriske akuttposter/ korttidsavdelingen i Helse Bergen HF, Sandviken sykehus. Tvangsmulkten gis til Helse Vest RHF som sitter med "sørge for-ansvaret", og lyder på

600 000 kroner per måned, og løper inntil avviket er rettet opp (Helsetilsynet 2007b). Er dette et sjelden tilfelle eller er det et den definitive starten på en mer proaktivt og myndig tilsynsform? Det blir interessant å følge reaksjonene på avgjørelsen, både fra politisk hold og fra tjenestesiden. Om utviklingen av tilsynsrollen går i retning mer regelstyring og myndighetskontroll, kan det bli interessant å se hvor effektivt et slikt tilsyn vil bli. På den ene siden kan det tenkes at det ikke bare er tomme trusler om strengere sanksjoner som skal til for at sykehussektoren skal drives enda mer forsvarlig, men heller at terskelen for å gi tvangsmulkt blir lavere, og truslene iverksettes med suksess i forhold til raskere rettelser og mindre overtramp. I en sektor hvor det stadig er kamp og behov for mer offentlige ressurser vil det være problematisk med slike økonomiske belastninger som følge av en tøffere sanksjoner fra tilsynet. På den andre side kan det tenkes at en sykehussektor, med sterke selvregulerende mekanismer, vil være i utakt med signaler, som tøffere kommunikasjon og sanksjonsbruk, og derfor ikke innrette seg etter myndighetens strenge regulering. Dette viser bl.a. at Helsetilsynet er et myndighetsorgan som virker i krysningen mellom pasientenes forventninger til helsevesenet og de rammebetingelsene som helsetjenestene har til rådighet (Gunbjørud 2007).

8.5 Videre forskning

Denne studien har omhandlet utviklingen og endringer i Helsetilsynets tilsynsrolle, men underveis har det dukket opp flere interessante problemstillinger som ville vært interessante for videre forskning. Det ville for eksempel være spennende å se hvordan Helsetilsynets tilsynsrolle utvikler seg videre. I særlig grad kan det være interessant å følge opp utviklingen eller dreiningen mot myndighetstilsyn, hvor langt denne dreiningen vil gå, og undersøke hvordan endringene over tid nedfeller seg i praksis. I en slik studie vil det være interessant å gå nærmere inn på utviklingen i interne konfliktlinjer mellom tilsynsmyndighetens ulike faggrupper og nivåer som stiller seg bak den ene eller andre tilsynsformen.

Det er nærliggende å nevne at et neste spørsmål kunne vært om hvordan helseforetakene oppfatter Helsetilsynet og andre etater i sentralforvaltningen, og om de har oppfattet store endringer i rolleutøvelsen de siste årene, men ikke minst hvordan de selv jobber med internkontroll, og hvordan dette har endret seg etter reformen. Bevissthet rundt pasientsikkerhet i sykehusene er viktig for at tilliten til helsevesenet skal opprettholdes, og det

er tross alt tjenestene selv som må gjøre store deler av jobben. Tilsynsmyndigheten har ikke ressurser til å være garantist og opprettholde tilliten uten hjelp fra tjenestene.

Helsetilsynets ansvarsområde ble utvidet i 2003 til også å gjelde sosialtjenestene. I den forbindelsen kan det være interessant å undersøke hvordan dette påvirker samordningen og ensrettingen av tilsyn og kontroll i sosial- og helsesektoren. Det vil da særlig være interessant å undersøke denne tilsynsaktiviteten i forhold til kommunesektoren som er ansvarlig for store deler av tilbudet av sosial- og primærhelsetjenester. På den ene siden kan dette være med på å øke den statlige kontrollen av kommunene, men på den andre siden kan det øke rettssikkerheten til svake grupper med mangfoldig behov for tjenester innenfor dette ansvarsområdet. Det kan også tenkes at det i en slik studie vil være naturlig å vurdere om Helsetilsynet også burde overta ansvaret for tilsyn med barnevernet.

Det kunne videre vært interessant og gått nærmere inn og undersøkt rollene til de andre forvaltningsorganene i helseforvaltningen. Da særlig i forhold til SHdirs utvikling som fristilt fagdirektorat. Her vil jeg anta at en, i større grad enn hos Helsetilsynet, kan finne mye spennende konfliktlinjer i forhold til politisk styring og faglig autonomi. I en slik studie ville det også være interessant å undersøke hvordan en ny, stor og mektig forvaltningsetat etablerer en forståelse av egen forvaltningsrolle i lys av store endringer, mange oppgaver og stor faglig variasjon.

Referanser

Litteraturliste:

- Andersen, Svein S.(2006). Aktiv informantintervjuing. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, vol. 22, nr.3, s.278-98.
- Arianson, Helga (2006). *Tilsyns en akseptabel og virkningsfull aktivitet? En kvalitativ og kvantitativ vurdering av tilsyn med 26 fødeinstitusjoner*. Masteroppgave fra Institutt for helseledelse og helseøkonomi. Universitetet i Oslo.
- Aubert. Vilhelm (1979). *Sosiologi 1: Sosialt samspill*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aucoin, Peter (1990). Administrative reform in public management: Paradigms, principles, paradoxes and pendulums. *Governance*, vol.3, nr.2, s.115–37.
- Beleck-Olsen, Ingvild Gjerstad (2004): *Reorganisering – instrument eller trend? Reorganisering av den sentrale sosial og helseforvaltningen 2001*. Hovedfagsoppgave i statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Berg, Ole (2005). *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Tidsskriftets skriftserie. Den norske lægeforening.
- Brunsson, Nils og Johan P.Olsen (red.) (1990). *Makten att reformera*. Stockholm: Carlssons.
- Bryman, Alan (2000). *Research methods and organization studies*. London: Unwin Hyman.
- Byrkjeflot, Haldor og Tore Grønlie (2005). Det regionale helseforetaket - mellom velferdslokalisme og sentralstatlig styring. I: Opedal, Ståle og Marie Stigen (red.) (2005). *Helse- Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Christensen, Tom (1994). *Politisk styring og faglig uavhengighet. Reorganisering av den sentrale helseforvaltningen*. Oslo: Tano.
- Christensen, Tom (2006): Staten og reformenes forunderlige verden. *Nytt norsk tidsskrift*, vol. 23, nr. 3, s. 215-26.
- Christensen, Tom og Per Læg Reid (red.) (2001): *New public management: The transformation of ideas and practice*. Aldershot: Ashgate
- Christensen, Tom og Per Læg Reid (2002). *Reformer og lederskap. Omstillinger i den utøvende makt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom og Per Læg Reid (2007): Regulatory agencies – the challenges of balancing agency autonomy and political control. *Governance*, vol. 20, nr. 3, s.499-520.
- Christensen, Tom og Per Læg Reid (2005). *Regulatory reforms and agencification*.

- Workingpaper 6/2005. Bergen: Rokkansenteret.
- Christensen, Tom og Per Lægred (red.) (2006). *Autonomy and regulation. Coping with agencies in the modern state*. Cheltenham: Edwars Elgar Publishing.
- Christensen Tom, Morten Egeberg, Helge O. Larsen, Per Lægred og Paul G. Roness (2002). *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen Tom, Per Lægred og Arne R. Ramslien (2006). *Styring og autonomi. Organisasjonsformer i norsk utlendingsforvaltning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom, Per Lægred, Paul G. Roness og Kjell Arne Røvik (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Creswell, John W. (2003). *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. London: Sage.
- Elvbakken, Kari Tove (1997). *Offentlig kontroll av næringsmidler: institusjonalisering, apparat og tjenestemenn*. Doktoravhandling fra Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen.
- Grahm-Haga, Kaia C. I. (2006). *Utvikling av forvaltningsrevisjon i Norge*. Rapport 11/2006. Bergen: Rokkansenteret.
- Grund, Jan (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk. Dilemmaets tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gunbjørud, Anne Berit (2007). Klagesaker – pest, plage eller inspirasjonskilde? *Michael, publication series by The Norwegian Medical Society*, nr. 4, s. 116-123.
- Hallandsvik, Jan-Erik (2005). *Forbedring endring eller kontinuitet? Den nye kvalitetspolitikken i helsetjenesten*. Doktoravhandling fra institutt for statsvitenskap. Universitetet i Oslo.
- Halgunset, Jostein og A. Svava (1980). Arbeidstilsynet – politi eller rådgiver? Konsekvenser av den nye arbeidsmiljøloven. *Rapport STF82 A80004*. Trondheim: SINTEF IFIM.
- Haug Charlotte (2005). Mistillitens pris. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, nr. 3, s. 125.
- Helgøy, Ingrid og Synnøve Serigstad (2004). *Tilsyn som styringsform i forholdet mellom staten og kommunene*. Rapport 9/2004. Bergen: Rokkansenteret.
- Helleren, Stig (2004) *Kontrollør eller veileder? En studie av policyendring i Arbeidstilsynet 1989-2002*. Rapport 7/2004. Bergen: Rokkansenteret.
- Hood, Christopher (1991). A public management for all seasons. *Public administration*, vol. 69, nr. 1, s. 3-19.

- Hood, Christopher, Colin Scott, Oliver James, George Jones og Tony Travers (1999). *Regulation inside government. Waste-watchers, quality police and sleaze-busters*. Oxford: Oxford University Press.
- Hommen, Kim Ove (2003). *Tilsynsroller i staten. En studie av Luftfartstilsynet og Statens jernbanetilsyn*. Rapport 2/2003. Bergen: Rokkansenteret
- Høydal, Hilde Randi (2007). *Tilsyn på tvers. En studie av samordning for samfunnssikkerhet i norsk sentralforvaltning*. Masteroppgave i administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen.
- Jacobsen, Knut Dahl (1960). Lojalitet, nøytralitet og faglig uavhengighet i sentraladministrasjonen. Tidsskrift for samfunnsforskning, nr. 1 s. 231-248. I: Christensen, Tom og Morten Egeberg (red.)(1997). *Forvaltningskunnskap*. Oslo: Tano.
- Jacobsen, Knut Dahl (1963). *Teknisk hjelp og politisk struktur. En avgjørelsesteoretisk studie av norsk landbruksforvaltning 1874-1899*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Krasner, Stephen D. (1988). Sovereignty: an institutional perspective. *Comparative politics*, vol. 22, nr. 1, s.66-94
- Krasner, Stephen D. (1984). Approaches to the state: Alternative conceptions and historical dynamics. *Comparative politics*, vol. 16, nr. 2, s.223-246
- Kvale, Steinar (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.
- Larsen, Helge O. (1991). Rollebegrepet i studiet av politisk lederskap. I: Fimreite, Anne Lise, Helge O. Larsen og Jacob Aars (red.) (1991): *Lekmannsstyret under press. Festskrift til Audun Offerdal*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Læg Reid Per, Ståle Opedal og Inger Stigen (2005). Den norske sykehusreformen: Mer sentral politisk styring enn fristilling?. *Nordiske Organisasjonsstudier*. Vol. 7, nr.2 s. 19-36.
- March, James G. og Johan P. Olsen (1989). *Rediscovering institutions: The organizational basis of politics*. New York: The Free Press.
- Mæland, Merethe Bertelsen (2006). *Omorganisering av konkurransetilsynet – Styring, imitasjon og entreprenørskap*. Masteroppgave i administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen
- Norby, Trond (1989): *Karl Evang. En biografi*. Oslo: Aschehoug.
- Olsen, Johan P.(1993). Et statsvitenskapelig perspektiv på offentlig sektor. I: Læg Reid, Per og Johan P. Olsen (1993). *Organisering av offentlig sektor*. Otta: Tano.
- Pollitt, Christopher, Xavier Girre, Jermy Lonsdale, Robert Mul, Hilka Summa og Marit Wærness (1999). *Performance audit and public management in five countries*. Oxford: Oxford University Press.

- Powell, Walter W. og Paul J. DiMaggio (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*. vol. 48, nr. 2, s. 147-60.
- Powell, Walter W. og Paul J. DiMaggio (red.) (1991). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Power, Michael (1999). *The audit society: Rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Roness, Paul G. (1997). *Organisasjonsendringer. Teorier og strategier for studier av endringsprosesser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, Kjell Arne (1998). *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved årtusenskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Røvik, Kjell Arne (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schiøtz Aina (2007). Fagstyrets vekst og fall – fra helseadministrasjonens historie 1800-1983. *Michael, publication series by The Norwegian Medical Society*, nr. 4 s 73-87.
- Scott, W. Richard (2001). *Institutions and organizations*. London: Sage (2.utg.)
- Scott, W. Richard (2003). *Organizations. Rational, natural and open systems*. New Jersey: Pearson education. (5.utg.)
- Selznick, Peter (1957). *Leadership in Administration. A Sociological Interpretation*. New York: Harper & Row.
- Simon, Herbert A. (1960). *The New Science of Management Decision*. New York: Harper & Row.
- Slagstad, Rune (2001). *Nasjonale strategier*. Oslo: Pax forlag
- Thagaar, Tove (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Yin, Robert K. (2003). *Case study research: design and methods*. London: Sage.
- Weber, Max (1971). *Makt og byråkrati: essay om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo: Gyldendal

Offentlige dokumenter:

Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1, 2006. *Riksrevisjonens undersøkelse av klagesaksbehandlingen i Statens helsetilsyn og ved Helsetilsynet i fylket*

Statskonsult (2002): *(Be)grep om tilsyn. Gjennomgang av statlige tilsynsordninger. Rapport12.* Oslo: Statskonsult

NOU 2003:19. *Makt og demokrati. Sluttrapport fra Makt- og demokratiutredningen.*

NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste*

LOV 1984-03-30 nr.15: Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

FOR 2002-12-20 nr. 173: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Innst. O. nr. 88. (1991-1992). Innstilling fra finanskomiteen om lov om endringer i lov 10. juni 1988 nr. 40 om finansieringsvirksomhet og finansinstitusjoner og i enkelte andre lover.

Innst. O. nr. 42. (1983-1984).

Innst. S. nr. 325. (2000-2001) Innstilling fra finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2001

Budsjett-innst. S. nr.11 (2004-2005) Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2005, kapitler under Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Ot.prp. nr 33 (1983-1984)

Ot.prp. nr 40 (2001-2002). Kap. 10 Autorisasjon av helsepersonell. (KD)

Ot.prp. nr. 105 (2001-2002). Om lov om endringer i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover

St.prp. nr. 84 (2000-2001). Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2001

St.prp.nr.1 (2001-2002) for Sosial- og helsedepartementet. Kap. 0708 Statens helsetilsyn og fylkeslegene.

St.prp.nr.1 (2002-2003) for Helsedepartementet. Kap.0708 Statens helsetilsyn.

St.prp.nr.1 (2003-2004) for Helsedepartementet. Kap. 0721 Statens helsetilsyn.

St.prp.nr.1 (2004-2005) for Helse- og omsorgsdepartementet. Kap. 0721 Statens helsetilsyn

St.prp.nr.1 (2005-2006) for Helse og omsorgsdepartementet. Kap. 0721 Statens helsetilsyn

St.prp.nr.1 (2006-2007) for Helse og omsorgsdepartementet. Kap. 721 Statens helsetilsyn

St.meld. nr. 17 (2002-2003) Om statlige tilsyn. (AAD)

Sosial- og helsedepartementet (2001). Fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen.
Høringsbrev

Rapport fra overordnet styringsgruppe for fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltning (2001). Ny oppgavefordeling i sosial- og helseforvaltningen.

Rapport fra arbeidsgruppe for arbeidsdeling mellom Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet (2001)

Sosial- og helsedirektoratet (2004). Hvordan hode orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Dokumenter fra Helsetilsynet:

Statens helsetilsyn (1998). Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner- til deg som leder.
Utredningsserie 2/1998.

Statens helsetilsyn (1997). 30 spørsmål & 30 svar om tilsyn, internkontroll og kvalitetsutvikling.

Statens helsetilsyn (2001a). Fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen – høringsuttalelse.

Statens helsetilsyn (2001b). Tilleggsuttalelse til høringsuttalelse 2. april 2001

Helsetilsynet (2002). Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Rapport 5/2002.

Helsetilsynet (2002b). Quality in Health Care. Report 8/2002.

Helsetilsynet (2003). Strategiplan 2004-2006

Helsetilsynet (2004). Rapport fra Helsetilsynet 13/2004

Helsetilsynet (2005a). Referat fra etatsstyringsmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Statens helsetilsyn 17. mars 2005.

Helsetilsynet (2005b). Områdeovervåkningsprosjektet (2005-2007)

Helsetilsynet (2005c). Høringsuttalelse

Helsetilsynet (2005d). Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon. Godkjent 11.juli 2005

Helsetilsynet (2005e). Tilsyn med helsetjeneste – møte med Helseministeren 1. juli 2005.
Brev til Helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen 27. juni. 2005.

Helsetilsynet (2005f). Høring – prosedyre for systemrevisjon og mal for rapport.

Helsetilsynet (2006). Kommunikasjonspolicy for Helsetilsynet

Helsetilsynet (2006b) Nytt prosjekt om virksomhetstilsyn.
(http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_8621.aspx)

Helsetilsynet (2007a). Vedtak om tvangsmulkt som følge av manglende oppfyllelse av pålegg om å sørge for forsvarlig helsetjeneste – Helse Vest RHF. Brev til Helse Vest RHF 28. september 2007.

Helsetilsynet (2007b). Tvangsmulkt til Helse Vest RHF. Pressemelding fra Helsetilsynet.

Helsetilsynet (2007c). Landsomfattende tilsyn med helsetjenesten.
(http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_5134.aspx)

Tilsynsmeldingen 1997

Tilsynsmeldingen 1998

Tilsynsmeldingen 1999

Tilsynsmeldingen 2000

Tilsynsmeldingen 2001

Tilsynsmeldingen 2002

Tilsynsmeldingen 2003

Tilsynsmeldingen 2004

Tilsynsmeldingen 2005

Tilsynsmeldingen 2006

Virksomhetsplan for 2002

Virksomhetsplan for 2003

Virksomhetsplan for 2004

Virksomhetsplan for 2005

Årsrapport for Statens helsetilsyn og fylkeslegene 1996

Årsrapport for Statens helsetilsyn og fylkeslegene 1997

Årsrapport for Statens helsetilsyn og fylkeslegene 1998

Årsrapport for Statens helsetilsyn og fylkeslegene 1999

Årsrapport for Statens helsetilsyn og fylkeslegene 2000

Årsrapport for Statens helsetilsyn og fylkeslegene 2001

Årsrapport for Statens helsetilsyn og fylkeslegene 2002

Årsrapport fra Statens helsetilsyn 2003

Årsrapport fra Statens helsetilsyn 2004

Årsrapport fra Statens helsetilsyn 2005

Avisartikler og intervjuer:

www.dagensmedisin.no: "Helsevesenets vaktbikkje" (19.12.02).

Tidsskriftet 2001: "Uavhengig tilsyn nødvendig ved statlig eierskap", intervju med Hanssen.

Michael, publication series by The Norwegian Medical Society, 2007, nr. 4, s. 180-186:

"Anne Alvik møter Anne Alvik 28 år etter".

Nettkilder:

www.helsetilsynet.no

www.ssb.no

www.shdir.no/pasientombudet/

Vedlegg 1: Informanter i Helsetilsynet

Lars E. Hanssen, direktør i Helsetilsynet

Dato: 16.02.07, sted: Oslo

Geir Sverre Braut, assisterende direktør i Helsetilsynet

Dato: 16.02.07, sted: Oslo

Gorm Gammeltveit, avdelingsdirektør i avdeling I

Dato: 16.02.07, sted: Oslo

Magnar Kleppe, seniorrådgiver i avdeling II

Dato: 20.02.07, sted: Bergen

Jo Kittelsen, seniorrådgiver i avdeling II

Dato: 15.02.07, sted: Oslo

Helge Høifødt, underdirektør i avdeling III og sekretær for ledergruppen (min studentkontakt)

Dato: 15.02.07, sted: Oslo

Helga Arianson, fylkeslege i Hordaland

Dato: 12.03.07, sted: Bergen

Vedlegg 2: Eksempel på intervjuguide

Intervju nr.:

Intervjuguide til informantintervjuer i Helsetilsynet

Demografi:

- 1) Hvor lenge har du jobbet i Helsetilsynet?
- 2) Hvilken faglig bakgrunn/utdannelse har du?

Helsetilsynet etter 2002:

Tilpasning og utvikling av tilsynsprofilen:

- 3) På hvilken måte opplever du at Helsetilsynets rolle og posisjon er endret etter 2002? (Er det rimelig å snakke om et nytt Helsetilsyn?)
- Hvilke av endringene som er gjennomført de siste årene synes du har vært viktigst?
- 4) Opplever du at tilsynsrollen nå er rendyrket? På hvilken måte? Har fokus endret seg? (ny tilsynsmetodikk og strategi)
- 5) Synes du at endringen førte til at tilsynsprofilen er blitt styrket. På hvilken måte opplever du dette?
- 6) Hvordan har et økt fokuset på pasientrettigheter påvirket tilsynets virke og profil?
- 7) Begrepene åpenhet og tillit dukker stadig opp i meldinger og policydokumenter fra Helsetilsynet. Er dette noe dere bevisst ønsker å tilføre tilsynsprofilen? (Er det en form for omdømmebygging?)
- Mener dere at tilliten til helsevesenet er blitt styrket eller svekket som følge av Helsetilsynets omlegging?(Hvilken dokumentasjon har dere på dette?)
- Kan ikke åpenhet i tilsynsøyemed av og til være problematisk?
- 8) Direktøren har (bla i tilsynsmelding 2004) karakterisert Helsetilsynet som en vaktbikkje, synes du dette er en dekkende betegnelse?
- Om du skulle bruke en annen treffende betegnelse ville du da brukt karakteristikk som: dommer, kontrollør, kvalitetspoliti eller overvåker? (kontrolletat, overvåkningsetat, fagetat, informasjonsetat)

- Synes du karakteristikken som veileder eller rådgiver fortsatt er beskrivende? (Hvorfor?) (Har kontrolløren tatt over?)(Har oppgaven som rådgiver i større grad gått til andre som SHdir og det nye Kunnskapssenteret?)
- Opplever dere denne iboende rollekonflikten (rådgiver/kontrollør)som et problem?(Var problemet større før?)
- 9) Helsetilsynets er bl.a. rådgiver når det skal velges ut tilsynsområder. Hvilke kriterier legges til grunn for tilsyn: er det ut fra risiko, faglige vurderinger, bekymringsmeldinger/varsling, politisk press eller press fra omgivelsene(media).

- 10) Helsetilsynet har bl.a. som oppgave å kontrollere helsetjenester, men hvem opplever du som Helsetilsynets viktigste kontrollør? (Hvem skal passe vaktbikkja?)(formelt og uformelt, selvregulering) (Riksrevisjonen?)

Endringer i tilsynsoppgaver og tilsynsmyndighet:

- 11) Når Helsetilsynets mandat er endret, og primæroppgaven er å være et uavhengig tilsynsorgan for helsetjenestene opplever dere at fagligheten har endret seg?(ny faglighet)(Har kunnskapsgrunnlaget endret seg? (feks økt juridisk faglighet))
- 12) I St.meld. 17(2002-2003) "Om statlige tilsyn" ble tilsynenes oppgave som klageorgan fremhevet. Hvordan har dette policysignalet nedfelt seg og påvirket tilsynsprofilen?
- 13) Synes du Helsetilsynet rår over de ressurser og verktøy eller sanksjonsmuligheter som trenges for å kunne sikre gode helsetjenester?(Hvorfor det? Hva mangler?) (I forhold til utvidet tilsynsansvar med Sosialtjenesten.)

Styringsdialogen

- 14) Hvordan vil du beskrive styringsdialogen med departementene? (Bare tildelingsbrev og årsmelding(rapportering)?)
- Hvordan opplever dere endringene i den politisk styring de siste årene? Har instruksene og målene blitt klarere?
- 15) På hvilken måte opplever dere den økte fristillingen? (Er det fortsatt tette bånd?)
(Hvor stor grad av tilsynspolicyen legger dere selv føringer for?)

Tilsynspolicyen ovenfor helseforetakene:

- 16) Dere var storsett positive til sykehusreformen i 2002, men hva har vært Helsetilsynets største utfordring i forhold til den nye foretaksorganiseringen?
- Har dere nå en ny strategi for å trygge spesialhelsetjenestene?
- 17) Er det mulig at sykehusreformen ført til nye tilsynsformer? Hvordan har den nye virksomhetsmodellen førte til endring i hva dere betrakter som tilsynssubjektet?
- Har sykehusene utvikler bedre interne kontrollsystemer? Er dette systemer som er avlastende for Helsetilsynet? Har dette ført til større fokus på systemkontroll?
- 18) De store endringene i kjølvannet av sykehusreformen har bla ført til et økt fokus på kvalitet (bla. kvalitetsindikatorer). Hvordan påvirker dette Helsetilsynets policy? (syns du at kvalitetsfokuset som igjen har ført til økt kvantifisering av tjenestene ført til en form for indirekte standardisering av spesialhelsetjenestene?)
- 19) Sykehussektoren er sterkt regulert. Et helseforetak kan være under myndighet av opptil 13 tilsynsorgan samtidig. Hvordan samhandler dere med andre tilsynsorganer? Er samhandling et av kriteriene for tilsynet, eller er tilsynet mer snevert orientert mot å forbedre spesialiserte enheter? Fører ulike gråsoner til problematiske forhold og konkurranse om oppmerksomheten? (Er dere obs på fare for at det blir for mye tilsyn?)

Relasjoner til andre aktører

(Generelt: Har relasjonene endret seg og hvordan har dette påvirket tilsynsprofilen?)

Relasjonen til andre helseforvaltningsorgan (direktoratet / Folkehelse)

20) Er oppgavefordelingen (rolleklarheten) (utøvende – kontroll – kartleggende organ) klar og grei? Hvor er de største utfordringene?

21) Hvordan opplever du samordningen med de andre helseforvaltningsorganene? Har dere formelle eller uformelle nettverk? Opplever du at det er overlappende interesser?
- Hvordan vil du beskrive samarbeidet og samordningen med direktoratet? (Hvordan fungerer dette samarbeidet hos Fylkesmennenes helseavdelinger?)

Relasjonen til andre fagtilsyn:

22) Hvordan er samarbeidet med andre fagtilsyn? Har samarbeidet økt? Utvikling av nye tilsynsfaglige fora (ulike prosjekter (TOP), ulike hendelser (dent-o-sept, fugleinfluenza, ecoli) (eks. nytt fokus rundt områdeovervåking)(Riksrevisjonen)

Internasjonale relasjoner:

23) Hvordan er samarbeid med tilsvarende forvaltningsmyndigheter i Norden, Europa, resten av verden? (eksWHO) Går samarbeidet kun på tilsynsproblematikk? Har dere opprettet nærmere kontakt med land som også har tilsvarende fristilte og rendyrkede kontrollagenter?

Relasjonen til det medisinfaglige miljøet:

24) Nå når tilsynsrollen er styrket har forholdet til legestanden / Lægeforeningen endret seg?

25) Kan du fortelle litt og samarbeidet rundt Gjennombruddsprosjektene og hvorfor dette samarbeidet interessant i forhold til Helsetilsynet oppgaver?

Relasjon til media:

26) Har bruken av media endret seg de siste årene? På hvilken måte? (Vurderer dere pressen som et problem eller en hjelper?) (Er det pasientene, pliktsubjektene, fagmiljøer etter politikeren dere i hovedsak ønsker å opplyse gjennom media?)(Er dere obs på faren for at høy medieprofil kan svekke omdømmet til institusjonene og profesjonene?)

Avslutningsvis:

27) Alt i alt, hvordan vil du oppsummere utviklingen til Helsetilsynet de siste fem årene?
- Har forventningene rundt endringene innfridd? Vil du beskrive omorganiseringen som vellykket? (Hva var forventningene?)
- Hvilke faktorer betrakter du som mest influerende ovenfor utviklingen av Helsetilsynets generelle tilsynsprofil. (tilsynet selv, overordnet myndighet, andre aktører, enkelt episoder, faglig innflytelse)

Er det noe jeg ikke har spurt om som du gjerne vil supplere meg?

Tusen takk for intervjuet og for at du tok deg tid.