

# 8

## I nabolaget til

## Joseph Schumpeter

### *– rolletolkning som kilde til innovasjon blant helsetilsynsrevisorer*

**KJERSTI HALVORSEN**

**SAMMENDRAG** I Norge er det Statens helsetilsyn som har ansvar for tilsyn med helsetjenesten. Helsetilsynet er et statlig organ under Helse- og omsorgsdepartementet, og det er politisk vedtatte lover og regler som danner rammeverket for de virksomhetene som er gjenstand for tilsyn. Helsetilsynet på regionalt nivå er organisert under fylkesmannen, og det er tverrfaglige team ved disse regionale avdelingene som gjennomfører de fleste tilsynene. Et tilsyn innebærer i praksis at revisorteamet samler inn informasjon og på grunnlag av denne vurderer om aktører som yter helsetjenester opererer i samsvar med gitte standarder eller ikke. Innovasjon er vanligvis ikke et begrep som forbindes med helsetilsyn – ettersom tilsynet står for at faste og evige standarder etterlevs. Men rom for innovasjon finnes likevel, fordi vi har en funksjonell lovgivning som ikke legger sterke tolkningsføringer på hvert enkelt tilsynstilfelle og fordi rollen som revisor i et revisjonsteam heller ikke er foreskrevet i detalj, den må også tolkes. Kapitlet har et teoretisk siktemål, og det er Christopher Pollitt's heuristikk som er inspirasjonskilden når jeg skisserer fire idealtypiske tolkninger av revisorrollen – «dommeren», «rådgiveren», «hestehandleren» og «seremonimesteren». Til de fire revisorrollene hører det fire former for rasjonalitet og fire forskjellige tilnærminger til innovasjon.

**ABSTRACT** The Norwegian Board of Health Supervision undertakes compliance audits in institutions delivering health care services in Norway. The Norwegian Board of Health Supervision is organized under The Ministry of Health and Care Services. Laws and regulations constitute the formal framework for the health institutions chosen for audit. At the regional level the state audits are organized at the county governor's office, and a cross disciplinary team at the regional level conducts most of the audits.

Performing an audit involves collecting various sorts of information, and on the basis of this information the auditing team decides whether the institution delivering health care services does so in compliance with a given law or regulation or not. Innovation is a word not usually associated with state audits, on the contrary, state audits are usually associated with compliance with 'eternal' and unchanging standards. However, there is room for innovation, because both the laws and the role of the auditor must be interpreted. The point of departure of this chapter is theoretical, and its inspiration is Christopher Pollitt's typology of auditor roles. The purpose is to sketch out four interpretations of the auditor-role, namely: «the judge», «the advisor», «the horse trader» and «the master of ceremonies». The four interpretations of the auditor-role suggested in the chapter are associated with four forms of rationality and four approaches to innovation.

**NØKKEWORD** revisorroller | funksjonell lovgivning | innovasjon | planlagte helsetilsyn

## INNLEDNING

Begrepet innovasjon kommer opprinnelig fra det latinske ordet «*innovare*», som betyr «å fornye» eller «å skape noe nytt». Det ligger også noe evaluerende i betegnelsen innovasjon – det nye skal ikke bare være nytt, det skal også være bedre. En ny idé eller oppfinnelse blir ikke til en innovasjon før den kommer til praktisk anvendelse og skaper verdi. Økonomiske drivkrefter trekkes fram som viktig for innovativ virksomhet – og innovasjonsteoriens far, Joseph Schumpeter, går så langt som å kreve at enhver nyvinning må generere økonomisk gevinst som brukerne er villige til å betale for – for at den i det hele tatt skal kunne kalles en innovasjon (Schumpeter, 1934). I offentlig sektor som ikke styres av markedsmekanismer alene, blir det da vanskelig å snakke om innovasjon i den opprinnelige betydningen av ordet. Antakelsen dette kapitlet bygger på, er at markedet bare er én av flere drivere for innovasjon i offentlig sektor. I helsetilsyn som i det følgende skal utforskes, er det markedsliggjøringens nære nabo rettsliggjøringens som er motoren for politisk og administrativ nyskaping.

Til tross for at vi i Norge, sammenliknet med andre OECD-land, bruker desidert mest offentlige midler på å føre tilsyn (Kringen, 2015, s. 97), blant annet med helsevesenet, vet vi lite om hvordan tilsyn fungerer. Teoretiske studier av helsetilsyn etterlyses spesielt (Ivers, Jamtvedt, Flottorp, Odgaard-Jensen og Oxman, 2012 og Sincluff, T., Muscadere, J., Rozmovitz, L., Dale, M. C. og Scales, D.C. (2015). Hensikten med dette kapitlet er å bidra til å opparbeide mer teoretisk kunnskap om rollen til revisorteamene som har i oppgave å gjennomføre helsetil-

syn. Revisorens rolle i norske helsetilsyn er på noen områder sterkt standardisert, men mange aspekt ved den må i realiteten likevel tolkes – og det er i denne rolletolkningen innovasjon kan komme til uttrykk. For analytiske formål foreslås her fire rendyrkede revisorroller som kalles «dommeren», «rådgiveren», «hestehandleren» og «seremonimesteren».

## REVISORENS PROMINENTE ROLLE I HELSETILSYNET FRA OG MED 2002–2003

Revisorrollen er ikke en innovasjon i seg selv, tvert om er revisjon en av de aller eldste statlige funksjonene som finnes. I flere europeiske land, for eksempel i Tyskland, Frankrike og England, er statlige revisjoner en praksis som går tilbake til tidlig på 1300-tallet, lenge før vi fikk demokratiske stater (Pollitt, 1999). Men rollen endrer seg hele tiden, og det vi i dag mener med statlige revisjoner, er en nyvinning som har utviklet seg i demokratiske styresett. I løpet av sin lange historie har statlige revisjoner gjennomgått mange tilpasninger, og det er først i løpet av 1900- og 2000-tallet at revisjoner har spilt en viktig og selvstendig rolle innenfor det maskineriet som har i oppgave å sørge for demokratisk «accountability».

Statlige revisjoner har over tid utvidet sitt bruksområde radikalt (Power, 1997). Revisjon praktiseres nå på mange andre fellesskapsverdier enn de rent økonomiske. Helsetjenester til befolkningen er et eksempel på en slik fellesskapsverdi som i Norge kontrolleres av staten. Opprinnelsen til det som i dag kalles Statens helsetilsyn, regnes tilbake til 1809 med opprettelsen av det Norske Sundhetskolegiet. Etter krigen i 1945 da Helsedirektoratet ble opprettet med medisinaldirektør Karl Evang (1938–1972) og senere helsedirektør Torbjørn Mork (1972–1992) i spissen, hadde tilsynet en sterk stilling i utviklingen av helsetjenestene i Norge. I denne perioden var oppgavene som fagdirektorat og departementsavdeling samlet – og de to direktørene var markante medisinske eksperter som til sammen regjerte i 54 år.

I 2002 ble samfunnsoppdraget Helsedirektoratet hadde hatt formelt fjernet og erstattet med et snevrere oppdrag som kontrollør av at helseovgivningen etterlevs. Stortinget som vedtok dette la vekt på tilsynsoppgavene og arbeidet med pasientenes rettssikkerhet i helsetjenesten. Fra Stortingets bestemmelse i 2002 ble Helsetilsynets direktoratsoppgaver utskilt og lagt til det nye Sosial- og helsedirektoratet. Statens helsetilsyn skulle ikke lenger befatte seg med å utvikle regler, men være et rent kontrollorgan som fører tilsyn med at regler følges.

New Public Management hadde i 2002 allerede i et par tiår ført med seg en modernisering av offentlig sektor i mange land, inkludert i Norge. Forskere og politikere mente å se en stadig økende tendens til fragmentering og nettverksbasing av samfunnet (Denhardt and Denhardt, 2000). I dette oppsplittede systemet ble det etterlyst en mer helhetlig styring. Revisjoner og de institusjonene som utfører revisjoner, fikk en mer prominent posisjon (Reichborn-Kjennerud, 2014). Statens helsetilsyn som mistet sitt opprinnelige samfunnsoppdrag i 2002, ble samtidig tilvist et nytt område i hurtig vekst som kontrollør i en stat der revisorfunksjoner blir ansett som viktige for å sikre demokratisk «accountability». Det Statens helsetilsyn fikk i oppgave fra Stortinget, var å implementere politikernes helsepolitikk ved å føre kontroll med at helselovgivningen i Norge etterleves:

Kjernen i tilsynsrollen er imidlertid den konkrete kontrollen av pliktsubjektens etterlevelse av en norm som allerede er fastsatt ved lov, forskrift eller enkeltvedtak, samt reaksjoner ved avvik (St.meld. nr. 17 (2002–2003)).

Revisoren som har i oppgave å gjennomføre lovlighetskontroller og iverksette reaksjoner ved avvik, fikk samtidig en viktigere posisjon fordi han har ansvaret for å utføre kjerneoppgaven i Helsetilsynets samfunnsmandat. Revisoren er bakkebyråkraten som står i direkte kontakt med den enkelte helsevirksomhet som mottar tilsyn. Bakkebyråkratene som i praksis gjennomfører de fleste helsetilsynene, befinner seg på det regionale nivået og er organisert som en avdeling under de 18 fylkesmannsembetene. Det overordnede ansvaret for at det føres tilsyn med helsevesenet i Norge, er det Statens helsetilsyn som har, og Statens helsetilsyn er i sin tur underordnet Helse- og omsorgsdepartementet.

## RETTLIGGJØRING

Mye av det som skjer i vårt helsetilsynsregime, er festet til lov – og «rettsliggjøring» er et ord som brukes for å beskrive dette. Rettsliggjøring kan bety flere ting, og i denne sammenhengen viser betegnelsen for det første til at Statens helsetilsyn fra og med 2002 fikk et spesialisert oppdrag som ivaretaker av pasientenes rettsikkerhet. For det andre brukes begrepet for å vise til at den norske helsepolitikken er rettslig innrammet. Det er Stortinget som vedtar lovene, og slik blir helsetjenester som ytes i Norge politisk normert. Helsetilsynet skal ifølge loven kontrollere etterlevelse av denne lovgivningen. En tredje tendens til rettsliggjøring er at lovverket som skal sørge for at alle pasienter i Norge blir gitt et kvalitativt godt og likt helsetilbud, kontinuerlig ekspanderer og differensieres. Et fjerde og siste uttrykk for det som i denne sammenhengen menes med betegnelsen rettsliggjø-

ring, er at stadig flere konflikter og «wicked issues» som angår pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene som ytes søkes løst gjennom lover og prosedyrer.

Lovene som omhandler helsetjenestene i Norge, inneholder ikke spesifikke krav om hvordan helsetjenestene i praksis skal ytes. Det finnes ikke et sett av klart definerte, legalt baserte ytelseskrav som helsevirksomheter skal leve opp til, men generelle forventninger til hvordan helsetjenestene skal ytes, er en integrert del av lovgivningen. Fordelene med en slik generell lovgivning er at den gir fleksibilitet og rom for tilpasning til ulike fagfelt. Samtidig unngår man i lovgivningen å gi bestemte fagfelt i helsevesenet et stempel som kan virke negativt. Ulempen med en generelt formulert lov er at den kan bli for vag i forhold til enkelte konkrete situasjoner, og at den kan gi for mye rom for skjønn til den som anvender loven.

Slike lover kalles funksjonelle (Haugland, 2015). Hensikten med en funksjonell lov er at den skal fungere i de mange, og ofte høyst ulike, sosial- og helsevirksomhetene som skal kontrolleres fra tilsynsmyndighetenes side. Det faglige innholdet kan i funksjonelle lover kontinuerlig skiftes ut og oppdateres, uten at loven av den grunn må endres. Med en slik funksjonslovgivning vil både Statens helsetilsyn som har i oppgave å tolke lovene, og det enkelte revisorteam ved Fylkesmannens kontor som har i oppdrag å utføre de individuelle tilsynene i praksis, nyte relativt stor grad av autonomi.

Lovene er for revisoren, som for tilsynsobjektet, i utgangspunktet bare et råmateriale. En lov kan ikke brukes som den er, men må operasjonaliseres til standarder som etterlevelse av loven kan vurderes ut fra i hvert enkelt tilfelle. Selv om det rettsstatlige idealet er at loven skal være lik for alle, åpner konkretiseringen og operasjonaliseringen av lovtekstene et rom for faglig innovasjon og lokal tilpasning. Lovene slik de er formulert, vil alltid kunne ajourføres.

I Norge, sammenliknet med andre land i Europa, gir vi høy grad av autonomi til de agentene som er satt til å utføre statlige oppdrag (Verhoest, Roness, Rubecksen og MacCarthaigh, 2010). Autonomien det her refereres til, består i at den som utfører et oppdrag for staten gis noen valg enten av faglig eller administrativ art. Statens helsetilsyn står overfor valg når det gjelder hvilke områder og tilsynsmetoder det satser på. Også revisorene som gjennomfører helsetilsyn i praksis, står overfor flere valg blant annet når det gjelder hvilke helsevirksomheter som skal velges ut for tilsyn, hvilke lover det skal føres tilsyn på, hvordan de utvalgte lovene skal operasjonaliseres, og ikke minst hva som i hvert enkelt tilfelle skal regnes som «faglig forsvarlig» og «god ledelse».

Det vil til enhver tid finnes mange flere lovbrudd enn de som kan avdekkes med kontroller og tilsyn (Baldwin og Black, 2007). Derfor må det gjøres prioriteringer av hvordan offentlige midler til tilsyn skal brukes. En dreining i myndighetenes

oppmerksomhet som ble innvarslet i St.meld.nr 17 (2002–2003) var at det skulle rettes mindre fokus på enkelthendelser og enkeltpersoner og mer på kontroll av administrative systemer. I Statens helsetilsyn skilles det mellom to hovedkategorier tilsyn. Den ene typen tilsyn er planlagt og den andre typen tilsyn er basert på enkelthendelser. Det er de planlagte helsetilsynene som retter oppmerksomheten mot de administrative systemene.

Hendelsesbaserte tilsyn som det skulle satses mindre på fra 2002, er ikke planlagte, men blir foretatt på kort varsel, på grunnlag av meldinger fra pårørende, pasienter, arbeidsgivere, media eller politiet om kritikkverdige enkelthendelser eller enkeltpersoner. Ifølge statistikk fra Statens helsetilsyn har antallet hendelsesbaserte tilsyn ikke blitt færre over tid. I 2014 var det 134 ansatte i helsevesenet som mistet til sammen 137 autorisasjoner, og dette utgjør en økning på 41 fra året før. Ikke bare har antallet alvorlige reaksjoner økt, også antallet saker som meldes øker for hvert år som går. Statens helsetilsyn behandlet 400 tilsynssaker mot helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten i 2014, mot 363 i 2013. Ved alvorlige hendelser kan autorisasjon tilbakekalles. Årsakene til at autorisasjoner ble tilbakekalt i 2014, var i de fleste tilfeller misbruk av rusmiddel.

Planlagte tilsyn som det fra 2002 skulle satses mer på, inngår i en på forhånd oppsatt strategi der enkelte spesielt risikoutsatte tjenester blir utsatt for revisjon. Slike systemtilsyn kan i større grad enn reaksjoner på enkelthendelser og enkeltpersoner brukes i en langsiktig implementering av helsepolitikk, og det er innovasjon forbundet med denne typen tilsyn vi skal se nærmere på. I treårsperioden fra 2012 til 2015 har antallet planlagte helsetilsyn som gjennomføres hvert år i Norge, blitt fordoblet fra omlag 300 til omlag 600. Forventningen fra tilsynsmyndighetene er at alle helsevirksomheter i Norge innfører og anvender et såkalt internkontrollsystem. Dette kontrollsystemet skal inkludere aktiviteter som er egnet til å oppdage områder der ytelsene ikke samsvarer med krav i helselovgivningen, samt aktiviteter som skal korrigere manglende samsvar med gitte standarder. Gjennom dette obligatoriske overvåkingssystemet skal hver enkelt helsevirksomhet i Norge ideelt sett aktivt og kontinuerlig føre tilsyn med seg selv.

## REVISORROLLER

I samfunnsvitenskapene er rolle et begrep som ofte brukes om byggesteinene som både organisasjoner og samfunnet antas å bestå av. Roller består av forventninger som rettes mot innehaveren av en bestemt stilling eller status. Ulike organisasjoner er forskjellig utformet med henblikk på hvor detaljert rollene er beskrevet, og hvilke aspekt ved rolleutøvelsen som er beskrevet (Dahl Jacobsen, 1960).

Rollen som revisor i det norske helsetilsynets bakkebyråkrati er i utgangspunktet sterkt formalisert gjennom helselovgivningen og ISO-standardiserte revisjonsmetoder. Men det vil alltid finnes aspekt ved en rolle som ikke er foreskrevet i detalj, og som må tolkes. Det er dette tolkningsrommet vi her skal utforske med henblikk på innovasjon.

Satsingen på såkalte systemtilsyn framfor persontilsyn, gjør organisasjonsfaget aktuelt som teoretisk ressurs i utforskning av revisorroller og innovasjon i norske helsetilsyn. Teorier om roller og organisasjoner brukes her som stillas og hjelpemiddel for tanken. Teoriene inneholder begrep som gjør oss oppmerksom på forskjeller, for eksempel mellom revisorrollen som forventes å gjennomføre lovlig-hetskontroller og tilsynsobjektets rolle som forventes å stille seg til disposisjon for kontroll. Men rollebegrepet viser også forskjeller mellom revisorens rolle som den direkte myndighetsutøveren av helsetilsyn og revisorens rolle som underlagt flere lag av indirekte styringsorgan som alle er store organisasjoner, og som formelt står i bestemte over- og underordningsforhold til hverandre i et større sosialt system som til sammen utgjør vårt helsetilsynsregime. Når vi får øye på noe gjennom organisasjonsteoriens begrep og teorier, kan vi undersøke det nærmere og mene noe om det ut fra dette fagets synsvinkel. Ved å konstruere fire modeller som utstyres oss med begrep som gir ulike forventninger til hvordan rollen som revisor kan beskrives og forklares, vil jeg i det følgende besvare tre spørsmål:

- ▶ Hvilken rolle har revisoren i en helsetilsynsprosess?
- ▶ Hvilken type rasjonalitet kan forventes å prege tilsynsprosessen?
- ▶ Hvilke fordeler og ulemper kan innovasjon tenkes å ha i hver av revisorrollene?

### **DOMMER, RÅDGIVER, HESTEHANDLER ELLER SEREMONIMESTER?**

Christopher Pollitts (1999) typologi over revisorroller i ulike europeiske land, er et eksempel å lære fra for å skille ut noen hovedkategorier av helsetilsynsroller i Norge. Med utgangspunkt i en komparativ studie av statlige tilsynsinstitusjoner som tilsvarer Riksrevisjonen i Norge, foreslår Pollitt en typologi der revisoren kan opptre i rollen som dommer, management-konsulent, fagspesialist eller forsker. Christopher Pollitt's dommer og management-konsulent fungerer i en norsk helsetilsynskontekst som et utgangspunkt for å skille mellom revisoren som forstår seg selv som en rendyrket lovlig-hetskontrollør, altså dommeren, og revisoren som forstår seg selv som rådgiver.

De norske helsetilsynsmyndighetene bygger sitt arbeid på solide fagkunnskaper og innsikt i forholdene i de tjenestene de fører tilsyn med, og de krav helselovgiv-

ningen stiller til helsetjenesten (Ot.prp. nr. 105- (2001–2002)). Men revisorrollene Pollitt kaller forsker og fagspesialist, passer likevel mindre godt som analytiske kategorier brukt på den norske helsetilsynsmodellen, ettersom revisjonsteamene som utfører hvert enkelt tilsyn, er tverrfaglig sammensatt av medlemmer med generalistens juridiske og helsefaglige kompetanse. Feltet har innslag av tradisjonelle legmannsideal (Berg, 2009), og det finnes klare normer om lokal tilpasning til regionale forhold, som blant annet tilsier at det av både pragmatiske og faglige grunner ikke er jurister eller medisinere med i alle tverrfaglige team som praktiserer helsetilsyn i Norge. Når helsefagspesialister anses som nødvendig for faglig forsterking av et revisorteam, innhentes dette eksternt. Eksterne forskere fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kan også hentes inn og engasjeres av Statens helsetilsyn for å evaluere ulike tilsynsmetoder og komme med forskningsbaserte råd, men å praktisere systemrevisjon i en norsk helsetilsynskontekst er ingen typisk forskerrolle.

For å supplere Pollitts rolletypologi som er utviklet for statlige tilsynsorgan som tilsvarer Riksrevisjonen med to alternative roller som passer bedre til en norsk helsetilsynskontekst enn forskeren og fagspesialisten, foreslår jeg «hestehandleren» og «seremonimesteren». I rollen som hestehandler forventer revisor å befinne seg i et helsevesen som er sterkt politisert. Revisoren i rollen som hestehandler vil forvente at de ulike partene som berøres av et tilsyn alltid kjemper om knappe ressurser, og at de har interesser og oppfatninger som står i konflikt med hverandre. Tilsyn kan påvirke hvordan knappe ressurser allokeres, ettersom eventuelle avvik fra standard må følges av tiltak som ofte fordrer investeringer. Som en nøytral instans har revisor i rollen som hestehandler i oppdrag å etablere en felles forståelse blant alle involverte parter av om den virksomheten som mottar tilsyn, etterlever krav i lovgivningen eller ikke. Det tas ikke for gitt at alle er enige om hva som er fakta i en tilsynssak. Tvert om forventer hestehandleren meningsbrytninger mellom partene også om funn i en tilsynsprosess. I Norge har vi en konsensusorientert politisk og administrativ kultur der vi søker kompromiss, og revisoren i rollen som hestehandler vil vurdere kvaliteten på sitt arbeid ut fra om det lykkes å etablere enighet blant stridende parter.

Som «seremonimester» ser revisoren seg selv som en bærer av symbol som verdsettes i samfunnet, og oppdraget som revisor består i å bygge og vedlikeholde tillit mellom helsetilsynsmyndighetene og virksomhetene revisoren er satt til å kontrollere. Det viktige i den enkelte helsetilsynsprosess er ikke hva revisoren gjør, men hva revisoren er. Rollen som seremonimester symboliserer flere tidstypiske verdier som lederansvar, transparens og digitalisering. Revisor skal ideelt sett stille leder til offentlig ansvar for helsevirksomhetens ytelser ved å gjennomgå



relevant dokumentasjon og skape transparens for omgivelsene. Seremonimesteren forstår seg selv som omgitt av «surrogat-regulatorer», som for eksempel mediene. Ettersom Helsetilsynets saker er godt stoff i mediene, er omdømmesanksjoner – «naming og shaming» (Walshe og Phipps, 2013) – virksomme sanksjoner i helse-tilsyn. Seremonimesteren har et Janus-ansikt (Braut, 2015) som både skal skremme virksomhetene bort fra å begå lovbrudd og overtale dem til å etterleve loven. Før vi går nærmere inn på hva som kjennetegner hver enkelt tolkning av revisorrollen, vil jeg i tabellen nedenfor oppsummere:

TABELL 8.1

Revisorroller	Dommeren	Rådgiveren	Hestehandleren	Seremoni- mesteren
Rasjonalitets- form	Instrumentell	Kontekstuell	Strategisk	Verdirasjonell
Innovasjon	Ovenfra og ned	Nedenfra og opp	Forhandling og omfordeling av ressurser	Nyvinning er alltid forankret i eksisterende verdi
Fordeler	Ansvar plasse- res formelt og effektivt	Tillit på lang slikt mellom til- synsobjekt og myndighetene	Bred empirisk støtte, en «rea- listisk» modell	Rimelig og effektiv i kombi- nasjon med sur- rogatregulator
Ulemper	Andre aktiviteter som ikke er lov- festet, kan tren- ges til side Mangler felles fagstandarder	Skjønnsbruk resulterer i ulikebehandling Mangler upar- tisk instans	Krevende å holde balansen som upartisk instans i helsevesenets omstridte spørsmål	Revisor har et «Janus-ansikt» – uklar/tvetydig rolle som både skal forbedre og kontrollere/ sanksjonere

## REVISOR SOM DOMMER

Dommeren har formelt sett hovedrollen i en norsk helsetilsynskontekst. For revisoren som dommer er loven den absolutte standard (Pollitt, 1999). I et tilsyn er det operasjonaliseringen av en eller flere lover som angir de konkrete kriteriene handlinger eller fravær av handlinger skal vurderes ut fra. Lovene, retningslinjene og veilederne som brukes i et systemtilsyn, er til tider mange og tvetydige og kan

lede revisorteamene inn i kompliserte tolknings spørsmål om hva «forsvarlig helsetjenestehjelp» og «god ledelse» er. Overbevisningen hos den rendyrkede dommeren er at helsetilsynsprosesser utelukkende dreier seg om å teste ut om virksomhetene etterlever krav i loven.

Rasjonalitetsformen som passer til dommerrollen, er den instrumentelle. Systemrevisjon er et instrument som inngår i en politisk og administrativ styringskjede med helsepolitikkerne på toppen og den profesjonelle som i praksis yter helsetjenester til den enkelte pasient, nederst. Revisjon brukes av dommeren for å kontrollere at helsevirksomhetene etterlever de politisk vedtatte bestemmelsene om hvilke helsetjenester som skal ytes, og på hvilken måte disse tjenestene skal ytes. Virksomhetene som mottar systemrevisjon, forventes å ha komplett oversikt over hva det i praksis innebærer å etterleve kravene som helselovgivningen stiller til dem. Ideelt sett skal virksomhetene vurdere seg selv på samme måte som Statens helsetilsyn vurderer dem. Gjennom offentlig tilgjengelig informasjon på Helsetilsynets nettsider, forventes det at hver enkelt virksomhet kontinuerlig gjør seg kjent med krav som stilles til dem. Videre forventes det at helsevirksomhetene fungerer som et hierarki som fastlegger hvordan arbeid deles opp og samordnes, og at det er disse formelle rammebetingelser for informasjon, rapportering og instruksjon som i praksis avgjør hvor ansvar og autoritet plasseres.

Beslutningsmodellen revisoren bruker som dommer, er å sub-sumere saksforhold under en regel. Etterlevelse av lovkrav er slik revisoren som dommeren ser det, helsevirksomhetenes største dyd, mens likebehandling er helsetilsynsmyndighetenes største dyd. Når revisoren som dommer bruker et regulerende verktøy som systemrevisjon, skal idealet om likhet for loven gjelde, og lovkrav skal sammen med faglige retningslinjer av alle helsevirksomheter: «adlydes snarere enn være veiledende» og de skal «være instruerende heller enn informerende». (Dent, 2008).

Dommeren har i utgangspunktet ikke som mål å bidra med noe nytt. Revisoren som dommer forholder seg til allerede vedtatte lover. Dommeren er altså en rolle som ikke initierer, men som kun responderer på innovasjon. Hvis dommeren skulle se det som sin oppgave å bidra til å gjøre om på noe i praksis, kan det være å få de rette instansene i helsetilsynshierarkiet til å forenkle regelverket og retningslinjene slik at rommet for skjønnsutøvelse i en tilsynsprosess reduseres så mye som mulig. Skjønnsbruk hos revisorene som gjennomfører de individuelle helsetilsynene, er for revisoren som dommer et prinsipielt likebehandlingsproblem og dermed samtidig et rettsstatsproblem. For å redusere enhver fare for ulikebehandling så mye som mulig, er den rette veien å gå hvis noe skal forbedres – å øke formaliseringen ovenfra.

Dersom helsevirksomhetene som mottar systemtilsyn avviker fra krav i lovgivningen, må de korrigere atferden sin i forhold til hvilke virkninger etablerte handlingsprogram har. Som i et cybernetisk system skal avvik korrigeres ut fra en fast oppsatt standard, som i Norge er loven. Basismodellen for innovasjon innenfor den hierarkiske organisasjonsmodell som går sammen med dommerrollen, er de informasjonssystemene som er utviklet for å holde virksomheten «på sporet» (Eriksen, 1999). Internkontrollsystem som er den prioriterte gjenstanden for ekstern kontroll i et systemtilsyn, er nettopp et slikt informasjonssystem.

## INNOVASJON FOR DOMMEREN

Innovasjon er for dommeren, som revisor, noe som kun bør skje «ovenfra og ned». Nye lover kan innføres med et pennestrøk fra det øverste nivået i styringskjeden og implementeres av underlagte ledd. Det legitime formålet med nyvinninger for dommeren vil primært være å forenkle lovene og å redusere behovet for kommunikasjon i hele styringskjeden, ved at helsevirksomhetene i Norge i størst mulig grad fører tilsyn med seg selv. Fordelen med hierarki-modellen for innovasjon er at den vektlegger effektivitet og ansvar. I et hierarki er det klart hvem som kan kritiseres hvis noe går galt, samtidig som det er tydelig hvem som skal gjøre hva, hvorfor og hvordan. Områder som er spesielt sårbare og risikoutsatte i den norske helsetjenesten der sjansene er størst for at feil oppstår, kan ut fra den hierarkiske organisasjonsmodellen identifiseres og formelt reorganiseres dersom det i et tilsyn viser seg å være nødvendig. Hierarki-modellen har som organiseringsprinsipp betydelige fortrinn ved at den reduserer usikkerhet og maksimerer forutsigbarhet, etterrettelighet og nøytralitet.

Ett problem for innovasjon med hierarki-modellen er imidlertid at prosedyrene kan komme på etterskudd i forhold til kunnskapsutviklingen (Ramsdal og Finneide 2009) Et annet og mer grunnleggende problem er at det i ikke bare finnes ett, men mange forskjellige sett av faglige retningslinjer som brukes i det norske helsevesenet. Myndighetenes fortolkninger av helselovgivningen i rundskriv og de forskjellige faglige retningslinjene er i liten grad koblet sammen (Haugland, 2015, s. 201). Og fordi de faglige retningslinjene som brukes i praksis i helsevesenet, kommer fra så mange forskjellige kilder og fagmiljøer, lar det seg ikke gjøre å lage en samlet katalog og veiledning i de sentrale forskriftene. For helsevirksomhetene blir det da vanskelig å få oversikt over hvilke krav som gjelder, og å identifisere hvor grensene for det lovlige går. En annen utfordring for samfunnet og for helsesektoren som helhet, er at aktivitet som er viktig, men som ikke er lovpålagt, kan trenge til side til fordel for aktiviteter som kontrolleres.

Det kan også bli viktigere for revisor å etterse at nye nedskrevne rutiner som er pålagt ovenfra følges, enn å vurdere om de administrative nyvinningene er hensiktsmessige i et videre perspektiv. En indikasjon på at tilsyn medfører økt byråkratisk belastning på virksomhetene, er at funn fra flere norske studier viser at ansatte i virksomheter som gjøres til gjenstand for tilsyn, mener at det legges stor vekt på skriftlig dokumentasjon og lite vekt på om tilsynet fører til bedre pasientbehandling (Arianson, 2006, Arianson, Elvbakken, og Malterud, 2008, Hjelle, 2011). Agenda (Helsetilsynet, 2013) som på vegne av Statens helsetilsyn har gjennomført den største tilsynsstudien i Norge, fant at tilsynsrapporter nesten utelukkende retter oppmerksomheten mot strukturelle element som mangelfulle prosedyrer eller svakheter i internkontrollsystemet. Det mest vanlige virkemidlet når avvik oppdages, er å skape nye eller oppdatere gamle prosedyrer som beskriver klinisk praksis.

Internt i dommerrollen finnes det også konflikter. Det er vanskelig å realisere dommerens forenklingssideal om at alle viktige aktiviteter i helsevesenet skal pålegges ovenfra som nye lover. Hvis lovene skal være få, vil oppgavene som ikke er lovfestet lide, men hvis alle viktige oppgaver i helsevesenet skal være lovfestet, vil lovene bli så uendelig mange at det blir problematisk å holde seg à jour. Et siste problem ved å satse på at all innovasjon skal skje ovenfra, er at motivasjonen for å etterleve nye krav i de underlagte helsevirksomhetene, kan bli frykt for negative sanksjoner.

## REVISOR SOM RÅDGIVER

Rådgiveren er en revisorrolle som ikke er entydig beskrevet i en norsk tilsynskonstekst. Det er ikke pålagt å gi råd eller på annen måte veilede virksomhetene som gjøres til gjenstand for tilsyn. I Melding til Stortinget nr. 10 fra 2012–2013, poengteres det at det er virksomhetenes eget ansvar å utvikle system for forsvarlig drift. Oppdraget som revisor skal i utgangspunktet kun bestå av å kontrollere at lovkrav etterleves, og å sanksjonere ved å gi såkalte avvik dersom det viser seg at loven ikke etterleves. Men samtidig poengteres det i samme stortingsmelding at «råd og veiledning er en del av alle forvaltningsorganers områder» og at «tilsynsmyndighetenes rådgivning er basert på tilsynet» (s.70). Virksomhetenes eget ansvar for å etterleve lovkrav skal altså kommuniseres tydeligere av revisor – men samtidig er det ikke noe som formelt forbyr revisor å fungere som rådgiver i det individuelle tilsyn.

Rasjonalitetsformen som passer til revisoren i rådgiverrollen, er kontekstuell. Ulike tilsyn krever ulike tilnærminger. Den finnes ikke *en* beste måte å foreta tilsyn på. Som rådgiver vurderer revisor kvaliteten på arbeidet sitt ut fra om det

bidrar til noe som er nyttig for den konkrete helsevirksomheten som gjøres til gjenstand for et systemtilsyn. For å være til nytte søker revisor som rådgiver å være nær ledere og klinikere i helsevirksomhetene og forstå deres problemer og arbeide sammen med dem for å få til endringer om dette er nødvendig. Bruk av skjønn i det enkelte tilsyn er nødvendig. Ansvarsutkreving gjøres best i mest mulig likeverdige relasjoner, og lovlighetskontrollen må derfor tilpasses lokale forhold slik at partenes praktiske dømmekraft i hvert enkelt tilfelle kan utnyttes.

For rådgiveren som revisor vil den personlige faktor påvirke måten tilsyn føres på. Mennesker er ulike hverandre, og dette både skal og vil spille inn på hvordan et helsetilsyn praktiseres. Hver enkelt revisor forventes å utvikle sin egen personlige helsetilsynsstil. Den rendyrkede rådgiveren forventer at det i et tilsyn vil være en reell gjensidig forståelse av myndighetenes og helsevirksomhetenes ansvar, oppgaver og samfunnsoppdrag. Åpen og ærlig kommunikasjon der ingen feil og mangler i virksomhetene forsøkes skjult, og der falsk enighet er unødvendig, er idealet. En organisasjon som mottar tilsyn, forventes ut fra dette perspektivet å bestå av mennesker som har forskjellige kunnskaper, talent og karriereambisjoner, og som gjennom en tilsynsprosess kan harmoniseres med den aktuelle virksomhetens strukturelle behov.

Revisoren som oppfatter seg selv som rådgiver, tar det ikke for gitt at organisasjonen som mottar et systemtilsyn på forhånd har grundig kjennskap til alle krav i helselovgivningen, eller alle har solid erfaring med hvordan et internkontrollsystem utvikles og vedlikeholdes. Om det viser seg å være behov for det, vil revisor som rådgiver anbefale intern opplæring i en tilsynsprosess og gi råd om hvordan nødvendig informasjon kan innhentes. Om det på grunn av asymmetri i kunnskapen om internkontroll oppstår kommunikasjonsproblem mellom partene, vil dette for en rådgivende revisor ikke betraktes som et problem som virksomhetene må løse selv, men som et problem som helsetilsynsmyndighetene må ta alvorlig og bidra til å løse. Fordi lovlighetskontroller i sin natur retter mest oppmerksomhet mot potensielle feil og mangler, vil revisoren som rådgiver forsøke å balansere helhetsinntrykket ved å løfte fram positive trekk ved helsevirksomhetene i muntlig kommunikasjon, og utnytte det som finnes av muligheter i formelle tilsynsrapportmaler for å peke på trekk ved virksomheten som kan anerkjennes også i den skriftlige kommunikasjonen. Balansert tilbakemelding antas av revisoren som rådgiver å fungere mer motiverende for selvorganisert forbedringsarbeid og innovasjon – enn negativ tilbakemelding om feil og mangler. Det tas for gitt at alle parter i en tilsynsprosess har felles interesse i å styrke pasientens rettsikkerhet.

## INNOVASJON FOR RÅDGIVEREN

Innovasjon i denne modellen er noe som forventes å skje kontinuerlig i hverdagen, så lenge det legges til rette for selvorganisert utvikling for ledere og klinikere. Nye digitale løsninger som forbedrer internkontrollsystemet i virksomheten, innføres gradvis gjennom prøving og feiling, diskusjoner om hva som er de risikable områdene for pasientenes sikkerhet, og hva man kan gjøre for å bedre kvalitet i behandlingen, diskuteres kontinuerlig mellom kolleger. I tråd med innsikter fra nyere litteratur om innovasjon i velferdsstaten (Willumsen og Ødegård, 2015) vil vi i denne modellen forvente at brukermedvirkning også i tilsynsprosesser vil bli mer sentralt i framtiden. Brukerne av råd fra helsetilsynsmyndighetene vil selv aktivt ta i bruk sine ressurser for å få det beste ut av en helsetilsynsprosess. Målet for revisoren som rådgiver er at ledere og klinikere som mottar tilsyn skal forstå hva som er hensikten med det, og selv gradvis oppdage hva som er nytt og nyttig i det aktuelle tilsynet. Innovasjon er altså noe som skjer av seg selv, om det ikke legges hindringer i veien for det og den drives fram nedenfra.

En fordel med revisorer som forstår sitt oppdrag som rådgivere, er at de på lang sikt bidrar til å øke tilsynsmyndighetenes legitimitet. Virksomhetene får tillit til tilsynsmyndighetene som hjelpere, og det blir enklere for en hjelpende revisor å komme tilbake å foreta tilsyn en annen gang. Norske undersøkelser av hvordan systemtilsyn virker, dokumenterer også empirisk at måten revisjonsteamet kommuniserer med informantene på er viktig for evnen til å samle korrekt informasjon (Arianson, 2006, Arianson et al., 2008). I en egalitær kultur som den norske vil dette idealet som bygger på en likeverdige kommunikasjon mellom partene i et helsetilsyn, harmonere med verdier som verdsettes i samfunnet.

Ulempen med innovasjon som fasiliteres gjennom utstrakt skjønnsbruk hos revisor, er at vi mangler en upartisk instans som kan kontrollere om den rådgivende og hjelpende revisoren bruker skjønnet sitt på en god måte. Skjønn åpner også for ulikebehandling, at like saker behandles ulikt. I tillegg kan det oppstå et fordelingsproblem hvis noen revisorer gir råd og veiledning, mens andre ikke gjør det. Hvis hver enkelt revisor skal vurdere hvem som trenger hjelp og hvem som ikke trenger det, kan resultatet bli at det er de helsevirksomhetene som fra før av har mest kompetanse og ressurser som også får mest råd fra helsetilsynsmyndighetene, og at store helsevirksomheter i sentrale strøk med lett tilgang til rådgivende tilsynskompetanse får mer hjelp til å forebygge feil og mangler av betydning for ivaretagelse av pasientenes rettssikkerhet enn helsevirksomheter i periferien som har mindre tilgang på både juridisk og helsefaglig kompetanse og større geografisk distanse til helsetilsynsmyndighetene.

## REVISOR SOM HESTEHANDLER

Hestehandleren er en rolle som ikke står beskrevet i revisorens formelle rollehefte. For revisors legitimitet er upartiskhet avgjørende, og håndtering av helsevesenets konflikter er i liten grad omtalt i offisielle dokumenter fra helsetilsynsmyndighetene. I årsrapporten for 2015 poengteres det at Statens helsetilsyn og fylkesmannen «langt på vei er uavhengig av løpende politisk styring», og videre at «tilsynet i stor grad selv prioriterer hvilke tjenester det skal bli ført tilsyn på, hvilken måte tilsynet skal føres på og hvilke temaer tilsynet skal omfatte» (s.8). Tilsynsmyndighetene skal altså ikke tjene partsinteresser eller kortsiktige politiske stemningsbølger, men være fellesskapets stabile og nøytrale kontrollør av at lover og prosedyrer som skal sikre pasientens rettssikkerhet, etterleves.

Rasjonalitetstypen som passer med revisoren i rollen som hestehandler, er den strategiske. I praksis er det slik at helsesektoren som revisoren skal gjennomføre de individuelle tilsynene i, er en sterkt politisert og oppsplittet sektor preget av varige konflikter mellom grupperinger med ulike interesser. I denne modellen vil revisor i en tilsynsprosess befinne seg i et terreng der han enten vil oppfattes som en alliert eller som en motstander. Hvilke resultat revisorens tilsynsundersøkelser viser, kan få betydning i neste budsjettkamp.

Det er lederne av helsevirksomhetene som formelt stilles til ansvar for at lover etterleves, men ledernes myndighet vil hele tiden bli utfordret av sterke profesjoners kritiske blikk, samtidig som profesjonene verner om særinteresser, danner uformelle klikker, ustyrilige subkulturer og maktkonstellasjoner (Eriksen, 1999). For helsevesenets profesjoner tar tilsynsprosesser tid og oppmerksomhet fra andre aktiviteter som har med direkte pasientbehandling å gjøre, og som oppfattes som viktigere enn administrative prosedyrer som er ledernes hovedansvar. Eksterne kontroller av den profesjonelles arbeid kan i seg selv oppfattes som en byråkratisk invadering.

Ledere og klinikere kan ikke forventes å ha samme mål. Virksomheten som helhet kan ha som offisielt mål å drive faglig forsvarlig samtidig som budsjetttrammer holdes under kontroll, mens medlemmene av forskjellige profesjonsgrupper som er ansatt i virksomheten, har som operative mål å få avsatt mer tid og ressurser til sin egen faglige utvikling. En ytterligere kompliserende faktor er at det internt i en profesjon kan være slik at anerkjente spesialister strides om hva som bør regnes som «faglig forsvarlig» behandling av pasienter. De samme spesialistene som står i konflikt med hverandre internt, agerer ut fra felles interesser utad. Fordi profesjonene har monopol på visse kunnskapsområder, ferdigheter og fortolkninger, lukker de om sine faglige vurderinger slik at profesjonseksterne vurderinger ekskluderes. Alt dette er kompliserende faktorer både for ledere og revisorer som er avhengig av å få tilgang til pålitelig styringsinformasjon.

Beslutninger i den rendyrkede profesjonsmodellen fattes gjennom kjøpslåing og forhandling. Hver enkelt profesjon vil kjempe mot andre profesjoner for å få mer faglig anerkjennelse, status og ressurser. Men ingen enkeltgruppe er i stand til å styre hele virksomheten fullstendig ut fra sine egeninteresser, alle må søke koalisjoner med andre for å realisere sine mål. Revisorens oppgave som hestehandler i strategiske omgivelser blir å få løst konflikter og «wicked issues» som angår pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene som ytes gjennom lover og prosedyrer. Å etablere enighet om funn og konklusjoner i en tilsynsprosess skjer gjennom forhandling med de involverte partene. Oppslutning om resultatet av en helsetilsynsprosess er viktig fordi uenighet om hva som er problemet og hva det skal gjøres noe med, vil ødelegge mobiliseringen om eventuelle tiltak som må settes i verk dersom det viser seg at virksomheten ikke etterlever lovkrav.

## INNOVASJON FOR HESTEHANDLEREN

Innovasjon forventes i denne modellen å skje ved at ressurser omfordes. Tilsyn påvirker allokering av ressurser i virksomhetene, og alle parter som berøres, må ifølge denne modellen derfor trekkes med. En fordel med den representative måten å drive fram innovasjon på, er at den er demokratisk. Hvis en virksomhet har feil eller mangler i sitt internkontrollsystem som må utbedres, må de som skal bruke systemet høres. Men fordi alle aktører som deltar i en helsetilsynsprosess forventes å agere egoistisk ut fra særinteresser, vil koordineringsoppgaver bli spesielt utfordrende. Konflikt og interessekamp anses i denne modellen ikke som et onde i seg selv. Nyvinninger aksepteres ikke uten motstand. Nye ordninger vil alltid kjempe om plassen med gamle ordninger. Brytninger mellom grupperinger kan, gjennom revisor som hestehandler, kanaliseres i retning av at nye, lovfestede måter å gjøre ting på vinner terreng.

Fordelen med denne modellen er at den får bred empirisk støtte. Ledere og klinikere ser forskjellig på tilsyn. I Botne og Hjelles (2005) kvalitative studie av hvordan 19 norske kommuner erfarte systemrevisjon, fant de at ledere og medarbeidere oppfattet revisjonen ulikt. Lederne tenderte til å se revisjonen som en forstyrrelse som de ville gjøre seg raskest mulig ferdig med, mens frontlinjepersonellet oppfattet systemrevisjonen som støttende med henblikk på å identifisere områder med behov for ressurstilførsel og forbedring. At tilsyn kan gi maktforskjvninger illustreres i Åsprangs (2011) undersøkelse av effekter av eksterne tilsyn i blodbanker ved bruk av en kvalitativ casestudie. Hun fant at eksterne tilsyn gjorde det lettere spesielt for frontlinjepersonell å få aksept for nødvendige endringer fra ledelsen. Om endringene også medførte ressuroverføringer, fram-



går ikke av undersøkelsen. Men som hestehandlermodellen spår, er koordinering i innovasjonsprosesser den vanskelige biten. Åsprang fant at klinikere erfarte at det var vanskeligere å finne gode løsninger når andre avdelinger måtte involveres i forbedringsaktiviteter. Og at profesjonelle stiller seg skeptisk til helsevesenets byråkratisering gjennom tilsyn, dokumenteres av Hjelle (2011) som fant at helsevirksomheter i kommunene erfarte at Helsetilsynet fokuserte for mye på det administrative systemet og for lite på det kliniske systemet.

Ulempen ved hestehandlermodellen er at helsetilsynsmyndighetenes rolle i denne modellen er motsetningsfull. Det er en klar forventning til helsetilsynsrevisoren at han skal fungere som et lojalt redskap for å gjennomføre den politiske ledelsens mål, det er utelukkende politisk vedtatte innovasjoner som skal iverksettes, men samtidig er det en like klar forventning om at helsetilsynsrevisoren skal forholde seg politisk nøytralt og ta vare på sin faglige uavhengighet. Revisorens rolle som hestehandler er altså motsetningsfull: han skal være lojal til det som er politisk bestemt, samtidig som han skal opptre som en nøytral instans i omstridte spørsmål i helsevesenet.

Opptre revisoren kun som en nøytral instans? Funn fra empiriske studier av hvordan tilsyn i helsevesenet virker, støtter ikke entydig opp om den antakelsen. Det overordnede formålet med å drive tilsyn i helsevesenet er å styrke pasientenes rettssikkerhet. Men blir pasientene bedre behandlet på grunn av at det føres tilsyn? Det vet vi lite om. Innovasjoner som innføres gjennom tilsyn, gjelder system, rutiner og støtteapparat, mens det er uvisst om tilsyn påvirker den kliniske praksisen. Systemindikatorer er enklere å måle virkningene på. For den pragmatiske hestehandleren er målet å levere «value for money» tilbake til samfunnet, og administrative forbedringer i system, rutiner og støtteapparat er de produktene som gir konkrete bevis for tilsynsmyndighetenes ytelser (Wærness, 1999).

## REVISOR SOM SEREMONIMESTER

Seremonimesteren som revisorrolle er annerledes enn de andre rollene revisoren kan ha, for den er ikke forbundet med noe revisoren gjør, men noe revisoren *er*. Seremonimesteren er en revisor som ser seg selv som en bærer av symbol for verdier som verdsettes i samfunnet. Revisoren vurderer arbeidet han gjør ut fra om det vedlikeholder og styrker tillitsforholdet mellom helsetilsynsmyndighetene og samfunnet i stort. Å være statens alltid våkne øye med pasientens rettssikkerhet, er for seremonimesteren en egenverdi.

Rasjonalitetstypen som passer med revisoren som seremonimester, er verdirasjonalitet (Weber, 1921/1991). For å finne ut hvilken verdi helsetilsyn har, må

vi gjøre et kontrafaktisk tankeeksperiment og spørre hva samfunnet og helsevesenet hadde tapt om vi ikke hadde hatt en statlig helsetilsynsordning. Enten revisjon som tilsynsmetode faktisk bidrar til å realisere pasientens rettssikkerhet i Norge eller ikke, symboliserer de handlingene som utføres i et systemtilsyn, idealer som verdsettes i samfunnet. Selznick, som er den institusjonelle organisasjonsteoriens pioner, definerer tilsyn som: «sustained and focused control exercised by a public agency over activities which are valued by a community» (Selznick, 1985). Tilsyn har å gjøre med verdier som verdsettes av et fellesskap, og rollen som revisor blir ut fra en slik forståelse kompleks og mangetydig. Verdiene revisor som seremonimester i en norsk helsetilsynskontekst symboliserer, er blant annet:

- ▀ lederansvar som egenverdi
- ▀ transparens som egenverdi
- ▀ digitalisering som egenverdi
- ▀ å føre tilsyn med seg selv som egenverdi

Ut fra den institusjonelle organisasjonsmodellen som Selznick er en eksponent for, kan vi forvente at verken revisor eller helsevirksomhetene vet noe med sikkerhet om årsak- og virkningsforhold i helsetilsyn. Når vi skal finne ut hvordan helsetilsyn virker, står vi ikke overfor naturvitenskapelig kontrollerte eksperimenter, hvor man kan holde alle andre faktorer konstante og lese av virkningene av de forholdene som manipuleres. Det betyr at om vi skifter en tilsynsmetodikk ut mot en annen, vil det samtidig være mange andre faktorer som endrer seg både i helsevirksomhetene som mottar tilsyn, og i omgivelsene. Særlig vanskelig blir det å isolere effekten av ett enkelt tiltak, som for eksempel overgangen til å satse på systemtilsyn, hvis det i samme periode har pågått mange andre reformer.

Hva som fremmer en verdi, trenger imidlertid ikke å være godt forstått i rent teknisk forstand for å ha betydning. Men attribusjonsprosesser er viktige (Cristensen, T., Lægroid, P., Roness, P., og Røvik, K.J. (2015). Som seremonimester tilbyr revisor svar på hvem og hva som skal få æren når virksomheten etterlever krav i lovgivningen, og hvem og hva som skal få skylden når den ikke gjør det. Lederen er den som formelt stilles til ansvar i et helsetilsyn. Et hovedprinsipp med New Public Management-reformen som danner rammer for ledelsesverdiene revisoren symboliserer i omgivelsene, er at helsevirksomhetene skal få større management-autonomi. Lederne skal få mer rom til å lede, samtidig som de i større grad skal stilles til ansvar for resultat. I en tilsynsprosess vil det da være revisorens seremonielle oppgave å tillegge ære eller skyld til leder avhengig av virksomhetens ytelser. At resultatene fra tilsyn offentligjøres på nettsidene til Statens helsetilsyn bidrar til å forsterke denne virkningen fordi omdømmet til lederen står på spill. Gjennom digi-

tale løsninger blir omdømmeeffekten av tilsyn styrket. Også internt er vekst eller fall for leder noe som blir synliggjort for alle, fordi sluttmøtene i tilsynsprosesser der funn presenteres, er allmøter der ansvar adresseres direkte til leder.

Transparens er en annen egenverdi i tilsyn. Ifølge funn fra en litteraturundersøkelse av studier om virkninger av ekstern revisjon, ser det ut til at virksomhetene som mottar helsetilsyn er oppmerksom på kvalitetsgap i egen organisasjon allerede før revisjon (Walshe et al., 2001). Men fordi menneskelig atferd i organisasjoner påvirkes av at den blir observert (Halvorsen, 2011), gjør den eksterne revisorens observasjoner likevel en forskjell. Virkningen av tilsynet når virksomhetene selv allerede er klar over områder der ytelsene er for dårlige, er at myndighetenes alltid våkne øye ser dette. Det er da ikke lenger et internt anliggende å vurdere hva som er god nok drift. Som i et sitat fra Greve (2012) er «solskind det bedste desinfektionsmiddel og elektrisk lys den bedste politimand » (s. 40). I denne modellen er det er gjennom transparens at regulering foregår.

Digitalisering er en tredje egenverdi. Ifølge Patrick Dunlevay et al. (2006) kjennetegnes den perioden som kalles Post New Public Management, av at digitalisering har blitt viktigere i hele den offentlige sektors kommunikasjon med borgerne. Digitalisering betyr at Helsetilsynets e-løsninger har blitt stadig mer sofistikert, og at mer informasjon åpnes opp for omgivelsene. Statens helsetilsyn skal være i et «glasshus» og gi alle innsyn i informasjon som angår dem. Fra hjemmesiden til Statens helsetilsyn kan virksomhetene selv finne den informasjonen de trenger, for å forstå hvordan helsevirksomheter blir vurdert ut fra nasjonale standarder, og eksempler som den enkelte kan sammenlikne seg med, finnes i offentliggjorte tilsynsrapporter.

Å føre tilsyn med seg selv er en fjerde egenverdi. Spenningen mellom autonomi og kontroll er et varig dilemma for den styringskjeden som helsetilsynsmyndighetene er en del av. På den ene side får lederne mer rom til å lede, og de profesjonelle får beholde en viss autonomi til å utøve skjønn i den daglige driften, men på den andre side underlegges virksomhetene av tilsynsmyndigheter et stadig mer detaljert internkontrollsystem som skal gjøre det mulig for overordnede nivåer i styringskjeden å kontrollere at virksomhetene yter det de skal. I rollen som seremonimester skal revisoren å finne et stabilt balanseringspunkt mellom de to hensynene, slik at virksomhetene blir mer autonome samtidig som de bli mer kontrollert.

## **INNOVASJON FOR SEREMONIMESTEREN**

Innovasjon i den institusjonelle modellen forutsetter at nyvinninger for å vinne innpass og få praktisk betydning allerede er forankret i eksisterende verdier som samfunnet verdsetter. Fordelen med denne typen innovasjon i statlige helsetilsyn

er at den er rimelig og effektiv. Kostbare oppfølginger av tilsyn og strenge sanksjoner ved brudd på lovgivningen er ikke nødvendig dersom myndighetenes idealer er de samme som omgivelsenes. I melding til Stortinget nr. 10 fra 2012–2013 kommenteres det under overskriften «Sanksjoner overfor helsepersonell og virksomheter» at det har blitt stilt spørsmål ved om Statens helsetilsyn i for liten grad har satt i verk sanksjoner som reaksjon på svikt og lovbrudd. Bruk av pålegg skal bidra til at helsetjenesten retter på forholdene slik at helsetjenesten igjen blir forsvarelig. Og om nødvendig poengteres det at myndighetene kan være strenge, og at de i prinsippet kan gi tvangsmulkt til spesialisthelsetjenestene. Men i 2011 gav Statens helsetilsyn ingen pålegg til virksomheter med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven.

Seremonimesteren forstår seg selv som omgitt av «surrogat-regulatorer», som for eksempel mediene. Ettersom Helsetilsynets saker er godt stoff i mediene, blir «naming og shaming» (Walshe og Phipps, 2013) – sanksjoner med betydning for virksomhetenes omdømme iverksatt uten at revisor gjør annet enn å etterleve offentlighetsloven. Medieomtale av forhold som ikke er tilfredsstillende i helsetjenestene, vil for seremonimesteren anses som samfunnsmessig viktigere enn å skåne enkeltpersoner og enkeltinstitusjoner fra negativ oppmerksomhet. Men revisoren som seremonimesteren har samtidig et Janus-ansikt (Braut, 2015). At vi har et statlig helsetilsyn som ut fra risiko og sårbarhetsvurderinger selv velger hvilke virksomheter det skal føres tilsyn med, og hvilke lover det skal føres tilsyn ut fra, skal ideelt sett virke som et insentiv til at både enkeltpersoner og enkeltvirksomheter som har behov for det, setter i gang lokale læringsprosesser i forkant av en helsetilsynsprosess, slik at negative medieoppslag unngås.

Ulempen med denne modellen for innovasjon er at den egentlig ikke gir rom for noe nytt. Det nye må allerede være velkjent for å få innpass. Men innovasjoner som gir seg ut for å være helt nye, har som regel en fortid. Ifølge Pollitt (2008) er det en ugjennomtenkt tilnærming av innovatører å avvise det som er etablert og velkjent. Han poengterer at fortidens ordninger ikke bør avvises og diskrediteres, men snarere erkjennes. På samme måte bør det som forventes å komme i framtiden ikke påskyndes, for det finnes ting som tar tid, selv i vår virtuelle æra. Fornekning av fortidens ordninger og «kick off» til framtidens ordninger hører med til en innovativ og moderne mentalitet, men det er også en mentalitet som er like velkjent i gamle udemokratiske regimer med diktatorer og revolusjonære som starter med å lage helt en ny kalender og en helt ny tidsregning fra den dagen de kommer i posisjon.

## ENKLE MODELLER OG KOMPLISERTE REALITETER

Analysen i dette kapitlet var organisert rundt fire roller den norske helsetilsynsrevisoren kan ha. Disse fire rollene er et forslag til hvordan et rollekart kan tegnes, men det kan også tenkes at det finnes flere revisorroller. De rendyrkede revisorrollene som har blitt foreslått her, forekommer ikke i sin rene form i virkeligheten. Revisorer som gjennomfører tilsyn i norske helsevirksomheter, vil i realiteten ha større eller mindre innslag av flere enn en rolletype. Innbyrdes står noen av de fire revisorrollene i et spenningsforhold til hverandre. Motstridende hensyn som skal ivaretas av revisor i en norsk helsetilsynsprosess, kan ved hjelp av analytiske rendyrkinger synliggjøres. Rollene står i et spenningsforhold til hverandre i den forstand at når man nærmer seg en av dem – så fjerner man seg som regel fra en eller flere av de andre. Dommeren sørger for likebehandling, men kan gjøre det vanskelig å komme tilbake for å føre nye lovlighetskontroller i helsevirksomheter som tidligere har blitt negativt eksponert for all offentlighet. Rådgiveren som gir anbefalinger underveis og oppfølging i ettertid ut fra beste faglige skjønn, vil være velkommen og verdsatt neste gang, men gjør det umulig å behandle alle virksomheter likt. Hestehandleren er maktrealist og fortrolig med omstridte spørsmål og konflikter i helsevesenet, men finner ikke sin rolle beskrevet i det offisielle rolleheftet. Seremonimesteren vet hva som er verdifullt i omgivelsene, men har et tve-tydig Janus-ansikt som truer med sanksjoner og overtaler til forbedring samtidig.

At revisorrollen i norske helsetilsyn ikke er *en*, men flere, er et vilkår for lokal tilpasning i det enkelte tilsyn. Uten fleksibilitet i revisorrollen vil tilsynsmyndighetenes evne til å respondere situasjonsadekvat, reduseres. Men samtidig vil varierende rolletolkninger, og varierende lovtolkninger, utgjøre en permanent trussel mot realisering av idealene rettssikkerhet og forutsigbarhet. Slike innebygde rollekonflikter i revisorrollen har ingen endelig løsning. I perioder håndteres tilsynsmyndighetenes innebygde dilemma ved å forenkle revisorrollen, stramme inn tolkningsrommet og redusere den lokale fleksibiliteten mens pendelen svinger i motsatt retning, mot å gi den enkelte revisor mer autonomi for å styrke tilsynsmyndighetenes responsivitet, i andre perioder.

## LITTERATUR

- Arbeids- og administrasjonsdepartementet (2002). St.meld. nr. 17 (2002–2003) *Om statlige tilsyn*.  
 Arianson, H. (2006). *Tilsyn – en akseptert og virkningsfull aktivitet? En kvalitativ og kvantitativ vurdering av tilsyn med 26 fødeinstitusjoner*. (Master), Universitetet i Oslo.  
 Arianson, H., Elvbakken, K.T., og Malterud, K. (2008). «Hvordan opplevde helsepersonell tilsynet med fødeinstitusjoner?» *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 128(10), 1179–1181.

- Baldwin, B. og Black, J. (2007). *Really responsive regulation. LSE Law, Society and Economy Working Papers 15*. London School of Economics and Political Science. Law department. Network electronic library; <http://ssrn.com/abstract=1033322>.
- Berg, O. (2009). *Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009*. Rapport fra Helsetilsynet 8/2009.
- Botne, B., og Hjelle, K. (2005). *Fra begrensninger til mulighet – kan systemrevisjon som tilsynsmetode stimulere til systematisk forbedringsarbeid i kommunehelsetjenesten?* (Master of Public Health).
- Braut, G. og Fintland, I. (2015). «Tilsyn og regulering av risiko i fortid og notid». I Hempel Lindøe, P., Kringen, B. og Braut, G. *Risiko og tilsyn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cristensen, T., & Lægreid, P. (red.) (2006). *Autonomy and Regulation. Coping with Agencies in the Modern State*. Edward Elgar Publishing. Cheltenham UK, Northampton US.
- Cristensen, T., Lægreid, P., Roness, P., og Røvik, K.J. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahl Jacobsen, K. (1960). «Lojalitet, nøytralitet og faglig uavhengighet i sentraladministrasjonen». *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 4, s. 231–248.
- Denhardt, R.B. og Denhardt, J.V. (2000). «The new public service: serving rather than steering.» *Public Administration Review*, 60–(6): 25–32.
- Dent, M. (2008). «Medicine, Nursing and Changing Professional Jurisdictions in the UK», i Muzio, D., Ackroyd, S., og Chanlat, J.F. *Redirections in the study of labour: established professions and new expert occupations*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Dunlevay, P. et al. (2006). «New Public Management is Dead. Long Live Digital Era Governance». *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16:467–497.
- Eriksen, E.O. (1999). «Sykehusorganisasjonen – fra hierarki til verksted?» I *Kommunikativ ledelse. Om verdier og styring i offentlig sektor*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Greve, C. (2012). *Reformanalyse. Hvordan den offentlige sektor grunnleggende er belevert forandret i 00'erne*. København: Jurist- og økonomforbundets forlag.
- Halvorsen, K. (2011). «Hawthorne-effekten. Organisasjonsteoriens placebo». I *Kunnskap om ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Haugland, A. (2015). «Bruk av funksjonsbasert regelverk og rettslige standarder.» I Hempel Lindøe, P., Kringen, B. og Braut, G. *Risiko og tilsyn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedepartementet (2001–2002). Odelstingsproposisjon 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*. Tilråding fra Helsedepartementet 28. juni 2002, godkjent i statsråd samme dag (Regjeringen Bondevik II).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Melding til Stortinget 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester*. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010–2011) Melding til Stortinget 16 (2011–2015) *Nasjonal helse og omsorgsplan*.
- Helsetilsynet (2013) *En deskriptiv undersøkelse av tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre*. Rapport fra Helsetilsynet 6/2013
- Hjelle, K. (2011). *Framsynt tilsyn – formidling av erfaringer fra tilsyn med helse- og omsorgstjenester i kommuner i Nordland*. Fylkesmannen i Nordland.

- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young Jane, M., Odgaard-Jensen, J., French Simon, D. og Oxman Andrew, D. (2012). «Audit and feedback: effects on professional practice and health-care outcomes». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000259.pub3/abstract> doi:10.1002/14651858.CD000259.pub3.
- Jacobsen, K. Dahl (1960). «Lojalitet, nøytralitet og faglig uavhengighet i sentraladministrasjonen». *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 1: 231–248.
- Kringen, J. (2015). «Regulering og tilsyn som kunnskapsområde og forskningstema». I Hempel Lindøe, P., Kringen, B., og Braut, G. *Risiko og tilsyn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pollitt, C., Girre, X., Lonsdale, J., Mul, R., Summa, H. og Wærness, M. (red.) (1999). *Performance or compliance? Performance Audit in Five Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C. (2008). *Time, policy, management. Governing with the past*. Oxford: Oxford University Press.
- Power, M. (1997). *The audit society: rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Ramstal, H. og Finneide, M.J. (2009). *Clinical Pathways as a Regulatory Tool in Mental Health Policies*. A report on regulations in Health Policies in Norway. [www.knowandpol.no](http://www.knowandpol.no).
- Reichborn-Kjennerud, K. (2014). «Performance audit and the importance of public debate». *Evaluation*, 20(3), 368–385.
- Schumpeter, J.A. (1934/2008). *The Theory of Economic Development: An Inquiry into Profits, Capital, Credit, Interest and the Business Cycle*, translated from German by Redvers Opie, New Brunswick (U.S.A.) og London (U.K.): Transaction Publishers.
- Sincluff, T., Muscadere, J., Rozmovitz, L., Dale, M. C. og Scales, D.C. (2015). «A qualitative study of audit and feedback in the ICU. BMJ Quality and safety. Online.» Produced by BMJ Publishing Group Ltd under licence.
- Selznick, P. (1985). «Focusing Organizational Research on Regulation». I R. Noll (red.): *Regulatory Policy and the Social Sciences*. Berkeley: University of California Press.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). «Og bedre skal det bli». Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005–2015.
- Verhoest, K., Roness, P., Verschuere, B., Rubecksen, K., og MacCarthaigh, M. (2010). *Autonomy and Control of State Agencies. Comparing States and Agencies*. Palgrave Macmillan.
- Walshe, K. og Denham Phipps (2013). «Developing a strategic framework to guide the Care Quality Commission's programme of evaluation» Report No: CM/01/13/04. Manchester Business School.
- Walshe, K., Wallace, L., Freeman, T., Latham, L. og Spurgeon, P. (2001). «The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study». *International Journal for Quality in Health Care*, 13(5), 367–374.
- Weber, M. (1921/1991). *Makt og byråkrati. Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo, Gyldendal, Studiefakkelt.
- Willumsen, E. og Ødegård, A. (red.) (2015). *Sosial innovasjon – fra politikk til tjenestutvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Åsprang, Aud Randi Frøysa (2011) *Hvordan påvirker tilsyn helseforetakenes blodbankvirksomhet? En evaluering av planlagt tilsyn utført av Statens helsetilsyn*. Masteroppgave i helseadministrasjon, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo