

Spesialisering og profesjonalisering

En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2002

Del 3: 1994–2002 – Helsetilsynets historie

Av Ole Berg



Helsetilsynet

TILSYN MED BARNEVERN,
SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

RAPPORT 3/2024

Ole Berg: Spesialisering og profesjonalisering
En beretning om den sivile norske helseforvaltnings
utvikling fra 1809 til 2002

Del 3: 1994–2002 – Helsetilsynets historie

Rapport fra Helsetilsynet, 3/2024

April 2024

ISSN: 1503-4798

ISBN: 978-82-93595-57-1 (trykt)

ISBN 978-82-93595-58-8 (PDF)

Denne publikasjonen finner du i elektronisk versjon på Helsetilsynets nettsted helsetilsynet.no under fanen Publikasjoner i publikasjonsserien Rapport fra Helsetilsynet.

Forsidebilde: Anne Alvik tegnet av Olav Skogseth som illustrasjon til et portrettintervju i Østlandets Blad 6. september 1985.

Gjengitt med tillatelse fra Østlandets Blad og Olav Skogseths familie.

Design: Helsetilsynet

Trykkeri: Byråservice AS

Statens helsetilsyn

Postboks: 231 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse: Møllergata 24, Oslo

Telefon: 21 52 99 00

E-post: postmottak@helsetilsynet.no



Helsetilsynet

TILSYN MED BARNEVERN,
SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

Spesialisering og profesjonalisering

En beretning om den sivile norske helseforvaltnings
utvikling fra 1809 til 2002

Del 3: 1994–2002 – Helsetilsynets historie

Av

Ole Berg

Statens helsetilsyn 2024

Statens helsetilsyns forord

Dette er det tredje bindet forfattet av professor emeritus Ole Berg som omhandler historien om den statlige tilsynsvirksomheten med den norske helsetjenesten. Første bind kom i 2009. Det tok for seg den gamle helseforvaltningen (1809–1983). Andre bind kom i 2020, og gav en fyldig beskrivelse og analyse av de omfattende endringene som skjedde i perioden 1983–994. Da preget spenningene mellom politikk og fag utviklingen av den sentrale helseforvaltningen.

Nå foreligger tredje bind. Her presenteres årene fra 1994 til og med 2002. I et historisk perspektiv er dette en kort tid. De tidligere konfliktene mellom politikk og fag preget denne perioden i langt mindre grad. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten hadde blitt vedtatt allerede i 1984, men det var først i tiden etter 1994 at Statens helsetilsyn virkelig tok fatt i utviklingen av nye arbeidsmetoder for å virkeliggjøre det oppdraget som var gitt i loven av 1984.

I dette tredje bindet blir nettopp arbeidet med å utvikle tilsynsvirksomheten og klagesaksbehandlingen beskrevet og analysert. Mot slutten av dette tidsrommet skulle dessuten satsningen som hadde blitt gjort på utviklingen av nye metoder vise seg å ha vesentlig verdi da direktoratsoppgavene ble skilt ut og Statens helsetilsyn ble et rendyrket tilsynsorgan. Prosessen rundt denne omorganiseringen er grundig omtalt her i bind 3.

Ole Berg beskriver selv i forordet sitt noen av de utfordringene som ligger i å skrive historie om den nære fortiden. Han har lagt avgjørende vekt på de skriftlige kildene. Opplysningene i dem er utfyllt og «fargelagt» med informasjon fra en rekke intervjuer med involverte enkeltpersoner. Som forfatteren selv nevner, er dette for en stor del personer som han selv kjenner. Men, om noen skulle kunne benytte slike nære kilder på en troverdig måte, måtte det være nettopp Ole Berg. Hans omfattende kontaktnett, kombinert med integritet og vennlighet, har gitt ham tilgang til opplysninger og vurderinger som knapt noen andre kunne få ta del i.

Statens helsetilsyn er glad for at institusjonens forhistorie nå er så utfyllende dokumentert. De foreliggende tre bindene vil trolig både være

gode sekundærkilder og gi fylldig og detaljert informasjon om aktuelle primærkilder til dem som måtte ønske å trenge dypere inn i noen av de mangfoldige problemstillingene som dukker opp ved lesingen av fortellingen om Statens helsetilsyn.

Oslo, 29. februar 2024

Heidi Merete Rudi,
konst. direktør

Forord

I 2009 fylte helseforvaltningen 200 år. Jeg var året før bedt om å skrive dens historie. På så kort tid var det umulig. Jeg fikk ferdig historien frem til 1983 i 2009. Det neste bind, som dekket historien frem til 1994, kom først i 2020. Det tredje bind kommer nå i 2024. Det dekker Helsetilsynets historie fra 1994 til 2002.

Jeg har i de årene som er gått hatt enten ordinær stilling eller vært fullt opptatt med andre oppgaver. Det er derfor det har tatt tid å komme dit jeg er kommet nå.

For meg passer det at det siste bindet kommer omtrent til min 80-årsdag, den 3. februar.

Jeg er takknemlig overfor Helsetilsynet som har vist slik tålmodighet. Spesielt er jeg imidlertid takknemlig overfor min tålmodige kontaktmann i Helsetilsynet gjennom alle disse årene, Helsetilsynets organisasjonsmann gjennom mange år, Helge Høifødt. Min opprinnelige oppdragsgiver, Lars E. Hanssen, har vært en god informant og stor inspirator. Jeg har også hatt stort utbytte av mange samtaler med Anne Alvik. Også samtaler med en rekke andre tidligere og nåværende medarbeidere i Helsetilsynet, som Geir Sverre Braut, Anne-Berit Gunbjørud, Gorm Grammeltvedt og Heidi Rudi, har vært til nytte for meg.

Magne Braaten har vært en hjelpsom og dyktig billedredaktør. Ola Devold i det gamle, fysiske arkivet var til stor nytte for meg da fjernarkivet ble gjort enda fjernere.

Rundt meg har jeg hatt en rekke personer som har vært til oppmuntring og inspirasjon for meg under arbeidet med dette bindet. Jeg mistet min kone Eldbjørg i januar 2020, men jeg merket hennes inspirasjon i flere år etterpå. Min sønn Erik og hans familie, og fra høsten 2023 min venninne Ingeborg Marie Helgeland, er mine viktigste inspiratorer nå. Viktige inspiratorer er også mine tidligere studenter, og nå gode venner, Paulina Due-Tønnessen og Ole Johan Sandvand.

Da min kone døde var jeg nokså nedkjørt. Så kom pandemien og jeg ble «låst» inne, alene. Det gikk ikke så fort med skrivingen da. Ikke lenge

etter at pandemien var over ble jeg også forsinket av egen sykdom, sist høsten 2023. Jeg var siste høst en stund usikker på om jeg ville klare å fullføre arbeidet, men det gjorde jeg altså, ikke minst fordi jeg fra siste del av høsten 2023 fant tilbake til mye av mitt gamle, spreke jeg. Det passer seg da slik at jeg får dette arbeidet ferdig til min 80-årsdag, den 3. februar 2024.

Problemene jeg møtte de siste årene har gått utover kvaliteten på det foreliggende arbeid. Jeg har ikke fått gjennomarbeidet verket som jeg gjerne ville ha gjort. Blant annet fikk jeg ikke intervjuet en del personer jeg hadde planlagt å intervjuet.

Jeg har skrevet om Helsetilsynet fra 1994 til 2002, men har forsøkt å plassere tilsynet ikke bare i et historisk helseforvaltningsperspektiv, men også i et samtidig helseforvaltningsperspektiv.

Jeg har skrevet om fenomener som ligger oss nær i tid. Jeg har kjent, eller kjenner, nesten alle jeg omtaler, utførlig eller kortfattet. En del av dem har jeg også fått et vennsforhold til. Det betyr at jeg ikke bare har vært en distansert og «kald» forfatter. Jeg har imidlertid også forsøkt å ha et mest mulig rent nysgjerrighetsperspektiv på det og dem jeg har studert.

Jeg har forsøkt å beskrive, karakterisere og forklare, ikke bedømme. Siden jeg er opptatt av å vise hvilke typer (varianter av) regimer, som medikratiet, rettsstaten, nytteregimet og det folkelig-demokratiske og erfaringsbaserte regime, som har preget Helsetilsynets utvikling, kan leseren også sitte igjen med et «normativt» inntrykk. Jeg har således forsøkt å vise hvordan (også) Helsetilsynet har hatt problemer med å kombinere nyttestyret – for eksempel gjennom etatsstyringen – med rettsstatlighet og politikerstyre. For leseren kan min fremstilling av og til virke kritisk, selv om den altså ikke er intendert kritisk. Forvaltningen, Helsetilsynet medregnet, er, med nødvendighet, kompleks og spenningsfylt.

Å skrive institusjonshistorie er å lære. Jeg har lært mye av å skrive meg gjennom nesten 200 års helseforvaltningshistorie. Dem jeg har skrevet om, har på et vis vært mine lærere. Jeg har mye å takke dem for.

Nå er jeg blitt gammel og kan smile over hvor langt mitt personlige minne går. Jeg traff Karl Evang noen ganger, pratet også med ham, uten at jeg

ble kjent med ham. Han ble helsedirektør i 1938. Hans to etterfølgere, Torbjørn Mork og Anne Alvik ble jeg godt kjent med. De neste (helse)direktører, Lars Hanssen, Jan Fredrik Andresen og Heidi Rudi har jeg både hatt som studenter og blitt kjent med.

Arbeidet er særlig basert på dokumentarisk materiale, offentlige rapporter av mange slag, og, aller mest, sakspapirer. Intervjuer har også spilt en rolle. Det samme har relevante forskningsrapporter og artikler. De sakspapirer jeg bruker har jeg ofte fått fra personer i Helsetilsynet, og i liten grad hentet fra arkivbokser (de var nå svært fjernt lagret). Som referanse bruker jeg da saksnummer.

Bryn 15. januar 2024

Ole Berg

Innhold

STATENS HELSETILSYNS FORORD	4
FORORD	6
1. INNLEDNING	12
<i>Noen analytiske premisser</i>	15
<i>Studiens oppbygning</i>	23
2. HELSEFORVALTNINGENS MAKROORGANISERING.....	24
3. HELSEFORVALTNINGENS MAKROORGANISERING OG DEN NYE ETATSSTYRINGEN: FORHOLDET DEPARTEMENT/HELSETILSYN.....	34
<i>En innledning</i>	34
«Kontrollbølgen».....	40
<i>Styringsssyklusene og fristillelse nedover i linjen</i>	42
<i>Etatsstyring: Mer tiltaks- og annen tradisjonell styring enn mål- og resultatstyring</i>	46
Økonomireglementet.....	49
Forsøkene på å definere anvendelige mål	51
<i>Målstyringens dypere problemer: et tillegg</i>	56
<i>Nærmere om styringsssyklusen departement/helsetilsyn: Strategiske dokumenter og planer, budsjett og tildelingsbrev, etatsstyringsmøter og resultatrapporteringen, revisjonen</i>	60
Mål og strategiske dokumenter og planer	60
Budsjettet.....	67
Tildelingsbrevet.....	72
Etatsstyringsmøtene og resultatrapporteringen	76
<i>Helsetilsynets årsrapporter</i>	82
Styringsssyklusens avslutning: revisjonen.....	85
<i>Etatsstyringen og forholdet departement/fylkesleger og helsetilsyn/fylkesleger</i>	89
Fremveksten og utviklingen av fylkeslegeembedet	89
Dobbeltledelsen av fylkeslegene	94
Tildelingsbrevene	100

Fylkeslegemøtene/etatsledermøtene.....	107
Styringen av fylkeslegene: noen konkluderende synspunkter	118
<i>Helsetilsynets og fylkeslegenes styring av og tilsyn med det utøvende helsevesen og dets eiere.....</i>	<i>123</i>
4. HELSETILSYNETS ORGANISERING OG LEDELSE	125
<i>Helsetilsynets ledelsesfunksjon 1994–2002.....</i>	<i>135</i>
<i>Helsetilsynets ledere 1994–2002.....</i>	<i>147</i>
<i>Helsetilsynet: styring ovenfra og nedenfra.....</i>	<i>148</i>
<i>Avdelingenes organisering og ledelse</i>	<i>152</i>
Lønns- og statusforholdene i Helsetilsynet og fylkeslegetaten	158
<i>Helsetilsynets kultur: Direktoratet som ble til helsetilsyn.....</i>	<i>162</i>
<i>Den morkske kultur og departementskulturen: Selvhveldelsens forvitring</i>	<i>166</i>
Helsetilsynets arbeidsmiljø og -kultur.....	170
5. HELSEDIREKTØR ANNE ALVIK: ET FAGLIG OG PERSONLIG PORTRETT.....	178
6. HELSETILSYNETS INDRE OPPGAVER	195
<i>Saksbehandling.....</i>	<i>195</i>
Saksbehandlingens begynnende digitalisering	203
Saksbehandling. Noen tall for omfanget	204
<i>Virksomhetsplanleggingen.....</i>	<i>209</i>
<i>Kvalitetsoffensiven.....</i>	<i>215</i>
7. HELSETILSYNETS «YTRE» OPPGAVER: EN INNLEDNING	219
8. TILSYN.....	222
<i>En historisk innledning.....</i>	<i>222</i>
<i>Tilsynsprosjektet: Teori generelt og internkontrollprinsippet spesielt</i>	<i>225</i>
<i>Tilsynsprosjektet: Internkontrolltilsynets videre skjebne, både som praksis og som teori.....</i>	<i>232</i>
<i>Systemrevisjon</i>	<i>237</i>
<i>Tilsynsprosjektet som praksis: det innledende arbeidet med individtilsynet.....</i>	<i>241</i>
<i>Forholdet mellom tilsynene</i>	<i>256</i>
Internkontrollforskriften.....	258

<i>Det overordnede faglige tilsyn</i>	263
<i>Felles tilsyn</i>	266
9. KLAGESAKSPROSJEKTET	268
<i>Fase 1, 1995–1997</i>	268
<i>Fase 2, 1997–1998</i>	277
<i>Riksrevisjonens klagesaksundersøkelse 1997</i>	280
<i>Klagesaksprosjektet mars 2000–2001</i>	283
10. DIPRIVANSAKEN	290
<i>Sakenes første fase: høsten 1991 – sommeren 1992. Helsedirektoratets første reaksjon</i>	290
Domstolene: sak etter sak.....	295
Domstolsbehandlingen og etterreaksjonene.....	304
Diprivan-saken og det nye tilsynet.....	305
11. BÆRUM-SAKEN.....	309
<i>Første fase: saken blir «betent»</i>	310
<i>De sakkyndiges uttalelser, runde to</i>	322
<i>Anne Alvik søker avskjed. Bærum-saken blir historie</i>	342
12. HELSETILSYNET BLIR «RENT» TILSYN: DEN STORE REORGANISERINGEN 2000–2002	354
<i>Reorganiseringsarbeidet kommer i gang</i>	357
<i>Reorganiseringen, høsten 2001</i>	368
<i>Organiseringen av det «nye» Helsetilsynet</i>	386
<i>Rådgivning: ambisiøs start, «puslete» oppfølging</i>	391
<i>Ledelsen i Helsetilsynet: en karakteristikk</i>	393
13. NOEN OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER: DE LANGE LINJER 397	
14. KILDER	402
15. LITTERATURLISTE.....	403
16. NAVNEREGISTER	407
17. ENGLISH SUMMARY	412

1. Innledning

Den 14./15. juni 1992 behandlet Odelstinget forslaget fra regjeringen om å endre Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 1984. Forslaget (Ot.prp. nr. 43, 1991–92) innebar blant annet at Helsedirektoratet skulle legges ned og dets oppgaver fordeles på departementet og flere sentre. Regjeringens forslag fikk ikke, etter en dramatisk nattlig debatt, flertall. Det ble imidlertid samtidig vedtatt at Helsedirektoratet skulle fortsette som Statens helsetilsyn og at den sentrale helseforvaltning skulle ha to nivåer, det departementale og det institusjonelle. Det andre nivået omfattet da Statens helsetilsyn og alle de andre sentrale helseforvaltningsorganer. Under den gamle ordningen var det tre nivåer. Helsedirektoratet, ved Helsedirektøren, utgjorde nivå nr. to.

Regjeringens, i praksis Sosialdepartementets, forslag til omorganisering kom som en følge av en prosess som hadde foregått siden Helsedirektoratet i 1983 var blitt delt. Den ene delen fortsatte som Helsedirektoratet, men ble plassert utenfor og under departementet. Den andre delen ble til Helseavdelingen i Sosialdepartementet.

Under den gamle ordningen (siden 1940) var hele helseforvaltningen samlet i Sosialdepartementet, med Helsedirektøren som leder. Han var underordnet statsråden i «politiske» saker, men uavhengig beslutningstager i «faglige» saker. Han var ikke i noen av disse sakstyper underordnet departementsråden i departementet. Helsedirektøren var således en kombinert helsedepartementetsråd og helsedirektør. I stor grad, spesielt under Karl Evang (1902–1981), kunne han avgjøre eller påvirke hva som ble forstått som politiske og hva som ble forstått som faglige saker. Vi har i de tidligere bind¹ omtalt denne ordningen som *medikratisk*. Den reflekterer det tradisjonelle syn på legerollen blant leger, nemlig at legen skulle være autonom i rent faglige spørsmål, men også i mange spørsmål av normativ karakter, nemlig de som angikk vurderingen (og prioriteringen) av helsehensyn, vidt forstått.

¹ *Spesialisering og profesjonalisering*, del 1 og 2. Statens helsetilsyn, rapport 8/2009 og 7/2020.

Under en slik medikratiske ordning var det naturlig at den øverste helsepolitiske myndigheten var lagt til Helsedirektøren, som en slags institusjon, ikke til direktoratet og departementet som organisasjoner. Det var også naturlig at de fleste medisinske pregede (kontor)lederstillinger i departementet var besatt av leger og at Helsedirektøren, via disse ledere hadde en direkte, men litt løs, linje til legelederne nedover i helsevesenet, som distriktsleger og administrerende overleger (ved sykehusene). Det var også naturlig at de andre helsefaglige hierarkier, i første rekke det odontologiske og farmasøytiske, var underordnet det medisinske, men ellers hadde en viss grad av autonomi nedover i rekkene.

Det medikratiske regime var delvis et særregime i norsk statsstyring og -forvaltning, selv om det var parallellt til det på andre profesjonspregede sektorer som kirken og rettsvesenet, til dels også høyere undervisning og kunst- og kulturlivet. I hovedsak var norsk statsforvaltning rettsstatlig; altså preget av jusens styringslogikk. Etter krigen kom samfunnsøkonomikken mer og mer inn i bildet som premissgiver for styringstenkingen. Den var mål- og resultatorientert, og ville, i prinsippet, underordne lovstyringen under den økonomisk inspirerte målstyringen. Juristene hadde mislikt den medikratiske styringsordningen (under Evang). Med økonomenes innmarsj i statsforvaltningen etter krigen, fikk de en offensiv alliert. At de fikk politisk støtte, først av Einar Gerhardsen (1897–1987) og hans regjering og siden av både Kåre Willoch (1928–2021) og Gro Harlem Brundtland (f. 1939) og deres regjeringer, spilte en stor rolle for at medikratiet kom på defensiven.

Presset mot det medikratiske Evang-regime startet under Gerhardsen, særlig fra 1956 (da Gudmund Harlem (1917–1988) ble sosialminister) og var blitt tydelig mot slutten av Evangs tid. Evang gikk av nesten som en «slagen» mann.² Under etterfølgeren Torbjørn Mork (1928–1992), fortsatte presset. De første årene av Morks direktørtid var det uklart hvor han selv stod, men fra høsten 1977 stod han frem som om han tilhørte «de siste dagers hellige», altså medikratene. Han gikk således imot de fleste av de forsøk som ble gjort for å avmedikratisere helseforvaltningen, altså for å sentralisere makten til de politiske nivåer (nasjonalt og lokalt) og for å gjøre direktoratet om til et mer teknisk fagdirektorat. I Morks første

² Se Trond Nordby, *Karl Evang – en biografi*. Oslo: Aschehoug, 1989.

periode, årene 1972 til 1983, gjaldt det særlig de nye fylkeskommunenes (fra 1976) overtagelse av sykehusene og kommunenes overtagelse av distriktshelsevesenet (1982–84). Disse reformene innebar at faglinjene fra direktoratet og ned til de lokale legeledere – gjerne via fylkeslegene – ble brutt. Linjene skulle nå gå til fylkeskommuner og kommuner som politisk-administrativt sentraliserte styringsapparater. Forsøk på å omgjøre Helsedirektoratet til et utflyttet og «vanlig» direktorat ble lansert i Morks første periode, men ble gjennomført i den annen. Ja, den andre perioden startet (1983) med at direktoratet ble delt og i stor grad flyttet ut av departementet.

Mork reagerte svært negativt på disse reformene, og særlig den siste. Han ble derfor fra første stund en kontrær samarbeidspartner for departementet og dets helseavdeling. Det bidro til det at departementet hadde utnevnt en annen lege, Harald Hauge (1936–2006), til å lede den nye helseavdelingen. Mork følte at han og hans direktorat slik ikke bare ble vingestekket, men også ydmyket. Hauge ville raskt bli en overhelsedirektør, mente Mork.

Forholdet mellom direktorat og departement forble preget av distanse, mistenksomhet og stadige konflikter. Omtrent samtidig med at delingen skjedde ble det vedtatt en lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Den var, ikke minst gjennom det nye pålegget om internkontroll, egentlig en reform som forsiktig pekte i demedikratiserende – det vil si rettsliggjørende – retning. Mork og direktoratet brukte imidlertid den nye loven til å utfordre de nye styringsorganene: Han og hans direktorat ble en «vaktbikkje». Måten det skjedde på irriterte sentralt og lokalt og bidro til spenningene mellom direktorat og de politisk-administrative myndigheter. Departementsråd Jon Ola Norbom (1923–2020) bestemte da sommeren 1989 at noe måtte gjøres for at departementet skulle kunne fungere effektivt som departement i helsesaker. Han fikk to statsråder med på det. Via flere runder med utredning førte den prosessen til forslaget om å nedlegge direktoratet og fjerne embedet som helsedirektør.

Frem mot behandlingen av saken i Odelstinget i juni 1992 ble det en offentlig tautrekning, egentlig mellom to administratorer – departementsråden og Helsedirektøren – og deres staber om politikernes gunst. Den usedvanlige prosessen kunne komme istand fordi regjeringen var i mindretall og fordi regjeringspartiet, Arbeiderpartiet, og

Statsministeren (Gro Harlem Brundtland) ikke gav sin statsråd, Tove Veierød (f. 1940) særlig offentlig støtte.

Mork så på vedtaket som en (slags) seier, men den var i beste fall en Pyrrhos-seier. Den innebar at hans gamle, brede direktorat, delvis bli gjort til et spesialisert tilsynsorgan. Det fikk beholde «resten» av direktoratet, men bare midlertidig, nemlig til 2002. I mellomtiden tilpasset det nye helsetilsynsorganet seg som best det kunne til rollen som spesialisert tilsynsorgan.

I de to tidligere bind av helseforvaltningens historie har vi konsentrert oss om den sentrale helseforvaltning, enten den har vært knyttet til et departement alene eller også vært forlagt til et medisinal- eller helsedirektorat. De øvrige nasjonale helseforvaltningsorganer, f.eks. folkehelseorganer og legemiddelorganer, har vi bare omtalt som underordnede organer, ikke studert nærmere hver for seg. Nå konsentrerer vi oss altså om det organ som var Helsedirektoratet frem til 1994. Vår historie er slik også en historie om hvordan det organ som var den sentrale helseforvaltning fra 1940/45 – Evangs, og delvis Morks, medikratiske helsedirektorat – blir en stadig mindre og mer spesialisert del av en sterkt ekspanderende nasjonal norsk helseforvaltning.

Å omtale hvordan departementet, fra 2004 Helse- og omsorgsdepartementet, og de institusjoner som sprang ut av Helsedirektoratet etter den store omorganiseringen i 2002, utviklet seg, ville bli en for stor oppgave nå. Vi skal konsentrere oss om det gamle direktoratets ene avleggerorgan, Helsetilsynet, det organ vi opprinnelig fikk oppdraget fra.

Noen analytiske premisser

Vi har allerede brukt noen begreper som vil være sentrale i den videre presentasjonen, nemlig medikratiske, rettsstatlig, nyttestatlig og, implisitt, legmannsbasert styre (politikerstyre, eller indirekte demokratisk styre). Disse begrepene gjelder styre- og forvaltningsformer. Vi skal videre mest tale om styreformer, men av og til også om forvaltningsformer.

En medikratiske styreform er en styreform preget av at fagfolk, i dette tilfelle, leger, står for viktige sider ved styringen (av helsevesenet). De

gjør det hva noen viktige formål (verdier) angår og de gjør det, enda mer, hva angår organiseringen og innholdet i styringen av det kliniske helsevesen (særlig) og i noen grad også folkehelsevesenet. Det klassiske medikrati var for det første basert på forutsetningen om at det var stor enighet i samfunnet om innholdet i de verdier styringen skulle ta utgangspunkt i og at det å realisere disse verdiene krevde legelig skjønnsutøvelse. Det var, for det annet, basert på forutsetningen om at den medisinske kunnskap bare var halvpresis og derfor måtte anvendes på en skjønnsbasert måte, av leger. Det klassiske legestyre var altså et løst integrert styre: Der var en viss grad av autonomi på hvert nivå i hierarkiet. Ettersom medisinen ble mer presis, særlig i løpet av 1980-årene, endret den medikratiske styreformens karakter og nærmet seg særlig den nyttestatlige. Den fikk også innslag av (moderne) rettsstatlighet. Den ble mer retningslinjebasert og generelt mer styrende.

En rettsstatlig styreform er preget av at styringen skjer gjennom regler, organisatoriske regler (kompetanseregler og prosessregler) og adferdsregler (regler for innholdet i styringen). Denne styreformens forutsetter at de som skal styre må være juridisk kyndige. Fra 1814 til 1884 spilte denne styreformens en dominerende rolle. I forvaltningen gjorde den det videre til godt inn i etterkrigstiden. Men også rettsstatligheten endrer seg. Den hadde tidligere et tydelig innslag av idealistisk/naturrettslig skjønnsutøvelse. Nå tar den, påvirket av positivismen og nyttestatligheten, tydeligere utgangspunkt i en stadig mer teknisk preget tolkning av reglens tekst og annen relevant tekst (lovers forarbeider) og av presis empirisk-vitenskapelig ekspertise. Innen helsevesenet skjer det siste ved at en mer presis medisin i økende grad formulerer kunnskapen som regler (retningslinjer). Vi skal etter hvert se hvordan den nye rettsstatlighet og mer presise medisin endrer tilsynsvirksomheten fra å være nokså klassisk medikratiske preget til å bli mer teknisk rettsstatlig.

Legmannsstyret bygger på forutsetningen om at styring bare krever praktisk styringserfaring og en godt utviklet evne til å utøve skjønn, medregnet det å kunne forholde seg til andre på en slik måte at man får dem med seg. Når demokratiet er indirekte er det en erkjennelse både av at det er upraktisk å ha et direkte legmannsstyre og at styring krever en viss kompetanse, nemlig en erfaringsbasert sådan. Den siste har ikke borgere

flest, men de som velges vil kunne få den etter hvert. Legmannsstyret er imidlertid ikke «ubegrenset». Det meste av planleggingen og iverksettelsen av styringen skjer i regi av ulike styrings- og spesialfagseksperter, som jurister, økonomer, andre samfunnsvitere og personer med aktuell spesialfagskompetanse, som leger og ingeniører. Politikerne sitter i de ledende posisjoner, men er helt avhengige av styringsfagfolkene og må i stor grad velge hvordan de skal bruke de ulike gruppene, det vil si hvor stor vekt de skal legge på rettsstatlighet, nyttestatlighet og annet fagstyre, som medikrati. Ja, ettersom politikere får erfaring, ikke minst gjennom samarbeid med fageksperter av de ulike slag, blir de påvirket av dem. Skillet i tenkning mellom legmannspolitikere og styringseksperter blir dermed uklart. I hovedsak er det de første som påvirkes av de siste, men påvirkningen går også den motsatte veien: Fagfolkene blir også litt politikere, blant annet på vegne av sine fag.

I det følgende skal vi si hvordan Helsetilsynet, som en del av helseforvaltningen, utvikler seg i møtet mellom disse, alle dynamiske, styreformer. Vi skal se at de mest dynamiske regimeformene er de to styreformene som har sitt grunnlag i de mest dominerende styreformer i dag, den rettsstatlige og den nyttestatlige. For helseforvaltningen generelt blir nyttestatligheten den viktigste; medisinen tilpasser seg og blir delvis en del av den. For Helsetilsynet blir rettsstatligheten viktigst. Vi skal altså delvis fortelle en historie om Helsetilsynets rettsliggjøring. Vi skal imidlertid også vise at de andre styreformene spiller en rolle.

Vi skal sondre mellom styringens subjekter og styringens innhold. I det første tilfelle ser vi på hvem helseforvaltningens organer er og hvordan de organiseres, i det annet på hva organene gjør. Det skillet svarer grovt sett til skillet mellom *struktur* og *funksjon*. Det skillet er imidlertid ikke klart når det gjelder sosiale fenomener – som de er når det gjelder biologiske. Selv om vi skal diskutere struktur og funksjon separat, vil vi derfor stadig henvise til det annet fenomen.

Organisasjoner (sosiale strukturer) har fysiske sider, ved at de er lokalisert i bygninger, ved at de inneholder utstyr av ulike slag og ved at de befolkes og brukes av mennesker. Ingen av disse konkrete fenomener *er* imidlertid organisasjonen. Organisasjonen konstitueres gjennom *regler* (statutter), det som innen jusen omtales som *kompetanseregler*. I moderne organisasjoner er disse reglene i stor grad formalisert. Ikke formaliserte

regler spiller dog stadig en utfyllende rolle. Ja, gjennom organisasjonsmedlemmenes praksis endres gjerne de reelle reglene før de endres formelt. I organisasjonsteorien sondres det således mellom den formelle og den uformelle organisasjonen. Av og til kan forskjellen være så stor at de formelle reglene – som de f.eks. er illustrert gjennom et organisasjonskart – fremstår som forvirrende og kanskje hykleriske. Organisasjoner er slik mer eller mindre dynamiske fenomener. Det som driver disse, som regel nokså gradvise, endringer, er funksjonelle hensyn av ulike slag. Det kan gjelde hensynet til organisasjonens formål, men også litt av hensyn til «sterke» personers eller underenheters formål.

Å skape eller omskape en organisasjon er altså å utforme regler som etablerer organisasjonen, definerer dens ulike organer og gir dem en bestemt kompetanse (autoritet). Gjennom de sistnevnte regler bestemmes også organenes horisontale og vertikale forhold til hverandre og til ulike deler av omverdenen. Det siste vil i vårt tilfelle særlig være (resten av) helsevesenet, og pasienter og borgere generelt, men ikke bare det. La oss legge til her at hvis helsevesenet i alle henseender hadde vært helt offentlig, kunne man si at det var én organisasjon og at styrings- og forvaltningsorganene utgjorde toppen i denne organisasjonen.

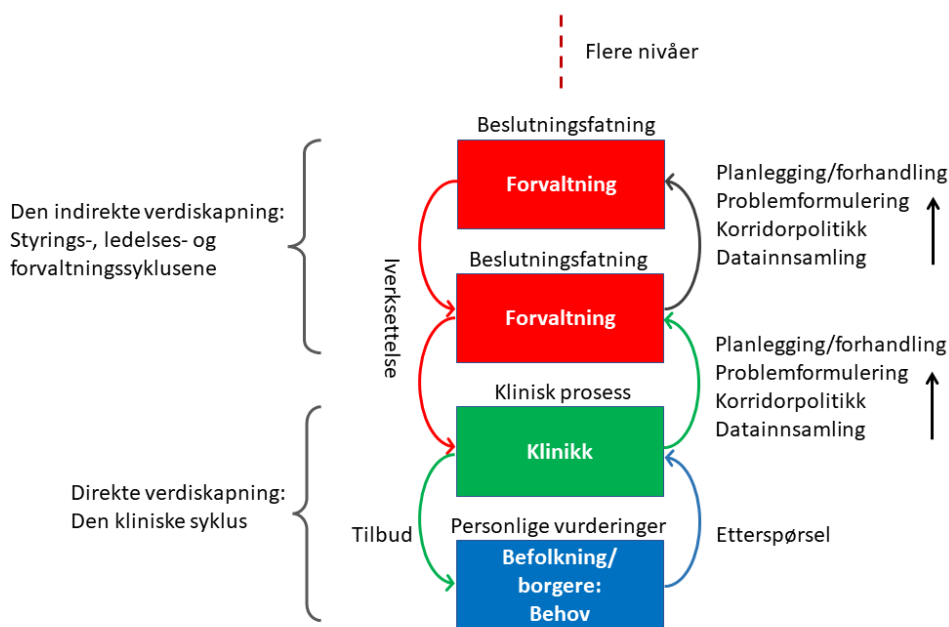
Helsevesenet skaper verdier, spesielt knyttet til helse, i hovedsak på en direkte måte. Det gjør det imidlertid også mer eller mindre indirekte, ved å intervensere overfor miljøer eller virksomheter som er ansvarlige for miljøer. Halvt indirekte verdiskapende kan helsevesenet fungere ved at det gjennom holdningspåvirkning forsøker å få folk til å leve sunnere (sunt).

De politiske og administrative organer fungerer i all hovedsak indirekte verdiskapende. De legger forholdene til rette for og oppfordrer de som skaper verdier direkte til å gjøre det bedre eller fortsette å gjøre det godt. Indirekte verdiskapende organer er ledelsesorganer. I det svært spesialiserte, kunnskapsbaserte samfunn er der mange og store slike organer. De fungerer gjerne i flere nivåer. Staten, og lokale politisk-administrative organer er samfunnet største styrings- og ledelsesorganer. De er også siden den moderne stats «fødsel» under og etter Renessansen, blitt stadig større. Denne utviklingen har skutt fart etter den annen verdenskrig. Men også bedrifter og andre institusjoner (foreninger) er blitt stadig større, med et voksende byråkrati. En økende andel av samfunnets

yrkesaktive borgere blir derfor indirekte verdiskapere. Det er også derfor de økonomisk-administrative utdannelser er de raskest voksende.

Når vi skal omtale forvaltningsorganenes oppgaver skal vi tale om styrings- og ledelsesoppgaver på ulike nivåer. Vi skal først tale om de øverste, politiske organers styring og ledelse av forvaltningsorganene og så om hvordan de ulike organers ledere – skjønt her bare om Helsetilsynets – leder sine organer og medarbeidere. Så skal vi, til slutt, men viktigst, diskutere hvordan de ulike styrings- og ledelsesorganer styrer og leder den direkte verdiskapende virksomheten i helsevesenet.

I figur 1.1. har vi vist hvordan vi kan forstå forholdet mellom de indirekte og direkte verdiskapende virksomhetene. Som vi ser, gjør vi det gjennom en syklusmodell. Vi skal tale om en klinisk (og preklinisk/forebyggende) syklus og et større eller mindre hierarki av styrings- og ledessykluser. Etter at en pasient har oppsøkt en lege, starter legen en utredning, stiller en diagnose, vurderer hva hun eller han bør gjøre, planlegger en behandling og iverksetter behandlingen. Skal behandlingen følges opp, skapes nye kliniske sykluser. Administratoren eller politikeren spør hva det er som ikke fungerer godt nok, eller hva som bør bli bedre i den kliniske (og prekliniske) syklus. Når hun eller han har funnet et svar fortsetter vedkommende, sammen med kolleger, å lage en plan for hva som kan gjøres, bestemmer seg for en bestemt plan og iverksetter så denne. Iverksettelsen følges gjerne opp av vurdering av resultatene av det som ble gjort. Den opprinnelige plan følges så opp med nye tilpasninger, osv. Politikere og administratorer vil også, spesielt ettersom styringsapparatet blir stort og sammensatt, spørre seg hvordan det kan styres og ledes på bedre måter. Også slik styring og ledelse har det samme sykluspreg som den direkte helsevesensrettede syklusen. Den blir imidlertid dobbelt (tredobbelt osv.) indirekte. I figur 1.1. har vi presentert en modell for hvordan vi kan forstå relasjonene mellom syklusene. Vi har her brukt det kliniske helsevesen som eksempel på den endelige verdiskapende virksomheten. Hva gjelder den prekliniske (forebyggende) virksomheten som ikke er en del av den kliniske skal vi her bare si at den som retter seg mot livsstil får et direkte ledende preg (gjernes gjennom holdningspåvirkning (livsstil)) og at den som retter seg mot miljø har ulike «miljøansvarlige» som styringsobjekter.



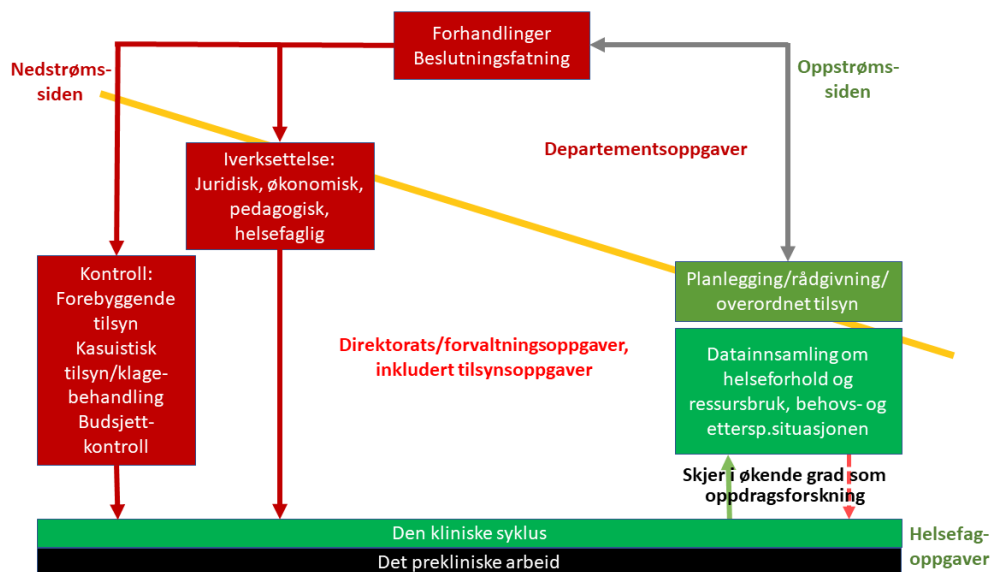
Figur 1.1: Forholdet mellom de kliniske prosesser og styrings-, ledelses- og forvaltningssyklusene

Vi må legge til at der skjer ledelsesprosesser innad i klinikken, nemlig når klinikere også opptrer ledende overfor andre i klinikken. Under medikratiet var det endog det naturlige: på sykehus var en administrerende overlege både kliniker og leder, til dels slik at hans kliniske adferd representerte ledessignaler. Vi må videre legge til at klinikeres, særlig legers, behandling av pasienter har et viktig innslag av ledelse (adferdsstyring). Avmedikratiseringen innebar at mye av den ledelsesrolle overlegen hadde ble utskilt som en egen ledelsesrolle, og slik flyttet opp til «rødt» nivå. Klinikeres «ledende» rolle overfor pasienter forsvant imidlertid ikke, den fikk først og fremst et mindre hierarkisk preg. Vi må endelig nevne at der skjer ledelsesprosesser innad på hvert av de «røde» nivåene: De er jo alle internt hierarkisk ordnet.

I figur 1.2 har vi i større detalj forsøkt å vise hvordan ledessyklusene samlet fungerer overfor klinikken og til dels preklinikk (folkehelsevesenet). Formålet er å vise hvordan oppgavefordelingen i

1994 var mellom departement, direktorat/helsetilsyn og ulike kompetanseorganer. Vi må dog nevne at vi her ikke har tatt med de lokale styringsenheter; ei heller fylkeslegene.

Som vi har nevnt, før 1983 foregikk mer av helseforvaltningen i departementet. Fra 1994 mistet, som vi også har nevnt, Helsetilsynet noen av de oppgavene vi her har kalt direktoratsoppgaver til departementet, nemlig forvaltningsstyringen av de gamle nivå tre-institusjonene. Det som ellers er viktig å påpeke med figur 1.2 er det skille vi har laget mellom ordinær, direkte iverksettelse av politiske beslutninger og den som skjer «etterpå», gjennom forskjellige former for kontroll med at tidligere fattede beslutninger faktisk blir fulgt opp. Ettersom helsevesenet i Norge i hovedsak er offentlig, eller iallfall offentlig finansiert, er denne kontrollen i stor grad uttrykk for en slags selvkontroll, endog med selvstraffing som mulig konsekvens. Kontrollen skjer delvis som tilsyn med at vedtak, særlig juridisk utformede vedtak, blir fulgt av helseinstitusjoner og helsepersonell. Den skjer imidlertid også gjennom behandling av mulige uheldige hendelser, inkludert slike som helsemyndighetene får informasjon om gjennom rapporteringer (ofte fra institusjoner og personell) og klager. Etter vedtagelsen av helsetilsynsloven i 1984 består det som siden er kalt tilsyn, samt hendelses- og klagebehandling, først og fremst i en kombinert helsefaglig og juridisk vurdering. Det er disse kontrolloppgavene som fra 1994 ble løftet frem som hovedoppgaver for Helsedirektoratet, nå kalt Helsetilsynet. Den økonomiske kontrollen fortsatte å være adskilt fra den juridisk-medisinske, og ble liggende i departementet. Det hadde, som vi har omtalt i bind 2, skapt problemer mellom departement og direktorat i årene etter 1983. Med den økte vekt som nå ble lagt på tilsyn i det som var direktoratet, ble den spenningen i prinsippet styrket. Den ble ytterligere styrket da Helsetilsynet fra 2002 ble et nesten rent tilsynsorgan.



Figur 1.2: Oppgavefordelingen i styringscyklusen

Hele styrings- og ledelsessyklusen utvikler seg altså, som vi har illustrert den, mot klokken. Vi har imidlertid i noen tilfeller gitt prosesspilene en dobbelt retning, særlig er det tilfelle på oppstrømsiden (til høyre). Det betyr at prosessene i hovedsak skjer mot klokken, men at delprosessene ofte har innslag av frem og tilbake-virksomhet – der oppstår «virvler» – altså diskusjon og dragkamp. «Virvlene» er ofte, men ikke alltid, uttrykk for at prosesser får et mer «politisk» preg. Et idealtypisk fagstyre, spesielt et nyttestyre, skal helst ikke ha slike «virvler». Av og til sies dette eksplisitt, som når det gies uttrykk for at når beslutninger er fattet må diskusjonen opphøre og fattede beslutninger respekteres.

Vurderingen (evalueringen) av den politikk som i ulike henseender er (gjennom)ført, og begynnelsen av utviklingen av ny politikk skjer i regi av helseforvaltningen selv, men også og i økende grad av utrednings- og forskningsorganisasjoner. De siste arbeider gjerne på oppdrag av de aktuelle helsepolitiske institusjoner, eller med finansiering av disse eller ulike fond. Denne utviklingen innebærer at utredningsinstitutter, men også i økende grad mer akademiske forskningsorganisasjoner trekkes inn i og blir en del av styrings- og forvaltningscyklusen. Det skjer i økende grad på

mål- og resultatstyringsorienterte premisser. La oss legge til at de siste i økende grad også ble og blir en integrert del av en stadig mer mål- og resultatorientert utdanningspolitisk styrings- og forvaltningssyklus. De første lederutdanningsprogrammene begynte å komme i annen halvdel av 1980-årene.

Studiens oppbygning

Vi begynner fremstillingen med å se på helseforvaltningens makroorganisering og Helsetilsynets plass i denne (kap. 2 og delvis 3). Vi fortsetter med å se på forholdet mellom departementet og Helsetilsynet (kap. 3). Så ser vi på Helsetilsynets (indre) organisering og ledelse (kap. 4). Deretter følger en omtale av den som overtok embedet som helsedirektør etter Torbjørn Mork og ledet Helsetilsynet frem til 2002, Anne Alvik (kap. 5). I kapittel 6 drøfter vi Helsetilsynets indre oppgaver og fra kapittel 7 til og med 11 dets ytre oppgaver. Etter en innledende diskusjon av de ytre oppgaver er temaene tilsyn generelt (kap. 8), klagesaksprosjektene (kap. 9). I kapitlene 9 og 10 redegjør vi for utviklingen av to «klagesaker», Diprivansaken og Bærum-saken. I kapittel 12 ser vi på den store omorganiseringen av helseforvaltningen generelt og Helsetilsynet spesielt i årene 2000 til 2002. Vi ser i denne forbindelse også på endringen i oppgavefordelingen mellom de sentrale helseforvaltningsorganene, men med vekt på hva som skjedde med Helsetilsynet. Vi avslutter med å summere opp historien fra ca. 1994 til ca. 2002 og å se litt fremover.

2. Helseforvaltningens makroorganisering

Inntil 1983 var Helsedirektoratet en del av departementet og Helsedirektøren hadde direkte tilgang til statsråden. Helsedirektøren «var» Helsedirektoratet. Hans embede var et institusjonelt embede. Gjennom mange lover var beslutningsmyndigheten lagt til ham.

Der hadde gradvis vokset frem en rekke forvaltningsinstitusjoner utenfor og under direktoratet, men de fleste av disse var det som i 1990-årene gjerne ble kalt kompetanseorganer, som Kreftregisteret, og av mindre betydning som *styrende* institusjoner. Unntagelsene var særlig Statens legemiddelkontroll og i noen grad Statens institutt for folkehelse. Da direktoratet ble delt i 1983 og det meste flyttet ut av departementet, tapte direktoratet mye av sin strategiske rolle og ble mer et rent iverksettelses- og tilsynsorgan. Etter stortingsbeslutningen i 1992 ble denne utviklingen forsterket. Direktoratet ble omdøpt til helsetilsyn, men fortsatte i praksis som et slags direktorat til 2002. Noen av direktoratsfunksjonene ble i 1994 overført til departementet, blant annet ansvaret for å styre de mer spesialiserte helseforvaltningsinstitusjonene. Helsetilsynets marginalisering som strategisk organ fortsatte frem til omorganiseringen i 2002. Det ble, relativt sett, mer og mer et tilsyns- og klagebehandlingsorgan, inntil det altså bare ble det (fra 2002).

Fra 1994 mistet altså direktoratet/Helsetilsynet etatsstyringsansvaret for de spesialiserte institusjonene. Det skulle slik være bare to sentrale helseforvaltningsnivåer. Det var imidlertid vanskelig å tilpasse fylkeslegene til denne ordningen. De hadde (og har) regionale forvaltningsfunksjoner, men blir slik et tredje forvaltningsnivå. «Problemet» ble «løst» ved at fylkeslegene formelt ble plassert som en del av Helsetilsynet. Løsningen hadde sine sider, siden departementet fortsatt kunne forholde seg til fylkeslegene direkte (de forble jo også embedsmenn) og direktoratet skulle ha det som nå het etatsstyringsansvar for fylkeslegene og samtidig være ankeinstans for vedtak fattet av fylkeslegene.

Det vi har kalt institusjonene var altså bare i begrenset grad en del av styringsapparatet i helsevesenet. De var primært

fagforvaltningsorganisasjoner. I 1990-årene ble de gjerne omtalt som kompetanseorganer. De fleste av dem var også mer det vi kaller preklinisk (forebyggende, helsefremmende) enn klinisk orientert. De kunne fungere rådgivende oppover (og nå til departementet) og for så vidt nedover – både overfor utøvende helseinstitusjoner og direkte overfor befolkningen, men i liten grad iverksettende nedover. Den viktigste unntagelse hva gjelder iverksettelse var, som nevnt, Statens legemiddelkontroll. Helsetilsynet fortsatte slik å være det sentrale forvaltningsorgan også etter 1994.

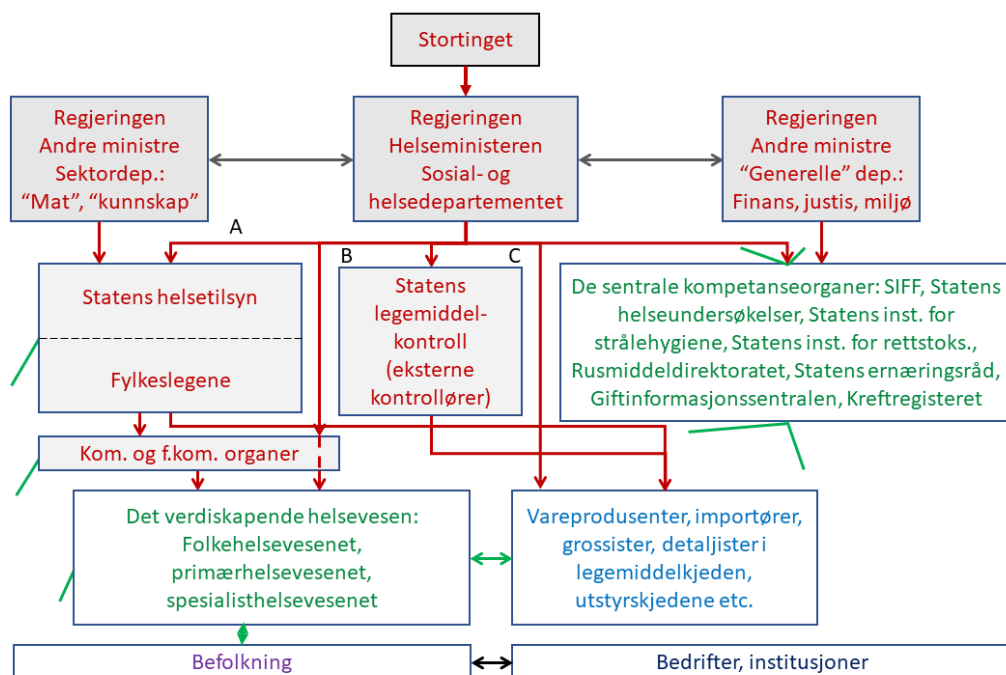
Formelt fikk vi, i hovedtrekk, en helseforvaltningsoppbygging fra 1994 og ut tiåret som vist i figur 2.1. Vi legger til at vi bare har tatt med de institusjoner som inngikk i Norbom-gruppens innstilling av 1991. Her ble bare ett av registrene, Kreftregisteret, tatt med. Det var flere, både epidemiologiske registre og det som gjerne ble omtalt som kvalitetsregistre. Vi tar ikke disse med i figuren; ei heller tar vi med registre som tilhørte andre sektorer, men var av en viss betydning også for helsesektoren, f.eks. Dødsårsaksregisteret (under Statistisk sentralbyrå). For organisasjonsoversiktens skyld er dette av underordnet betydning.

Som vi har nevnt forteller ikke alltid den formelle struktur hvordan strukturen i praksis virker. Den ble også forstått litt ulikt av ulike instanser og til ulike tider – endog av de samme instanser. Like etter stortingsvedtaket var direktoratets ledelse tilbøyelig til å tolke det mandat det hadde fått på en mer tilsynsorientert måte enn det stortingsflertallet hadde gjort. Direktoratet ble i et møte den 13. august bedt av departementet om å komme med et forslag til hvordan det nye Helsetilsynet kunne organiseres.³ Direktorat svarte den 1. september ved å henvise til tre oppgaver Sosialkomiteens flertall hadde lagt vekt på, faglig tilsyn, forvaltning i tilknytning til dette tilsynet og faglig rådgivning. Det nevner ikke andre forvaltningsoppgaver, som komiteflertallet hadde gjort. I stedet sier det at det skal ha forvaltningsoppgaver, «men først og fremst slike som har tilknytning til tilsynsfunksjonen».⁴ Det skyver slik litt fra seg den generelle forvaltningsfunksjonen. Direktoratet tok det imidlertid

³ På møtet deltok statsråden, departementsråden og, i Helsedirektørens utenlandsfravær, ass. helsedirektør Anne Alvik. Kfr. bind 2, s. 400.

⁴ Helsedirektoratet, “Oppgaver for Statens Helsetilsyn”, s. 4–5. Helsedirektoratets fjernarkiv, 003.20, boks 10.

for gitt at det skulle ha en samordnende rolle på tvers av forvaltningsorganer hva angikk tilsyn. Den tilsynsoffensive holdningen kom også til uttrykk i påstanden om at reformen dreide seg «om noe mer enn en navneendring».⁵ I vår figur er det altså et spørsmål om linjen fra departementet og nedover skal gå bare via Helsetilsynet (linje A), som teorien nesten sa det skulle gjøre fra 1983, eller om mye av den skulle gå utenom Helsetilsynet (linjene B og C), som Helsedirektoratets holdning var sommeren 1992.



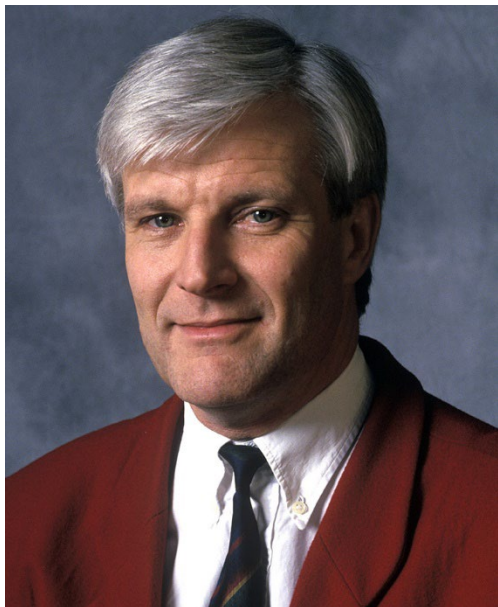
Figur 2.1: Helsevesenets makrostruktur

Dobbeltspissede piler representerer interaktive forhold, énspissede piler styringsforhold og ikkespissede piler rådgivningsforhold

Fra høsten 1992 ble departementets ledelse en annen. Den 4. september overtok Werner Christie (f. 1949) som helseminister og Grete Knudsen (f. 1940) som sosialminister; hver med sin egen statssekretær og politiske rådgiver. Sosialdepartementet ble slik delt på toppen, og kalt Sosial- og

⁵ *Ibid.*, sd. 8.

helsedepartement, men fortsatte ellers som ett departement. Ny departementsråd, for hele departementet, ble Eldrid Nordbø (f. 1942), en statsviter med både administrativ og politisk erfaring (Ap). Hun var bedt av Statsministeren om å søke embedet.⁶



Werner Hosewinckel Christie (f. 1949); *c.m.* Han var assisterende fylkeslege i Hedmark 1981–1984, fylkeshelsesjef i Hedmark fra 1988 (og fra 1995 til 2000), sosialminister 1992–1993 og helseminister 1993 til slutten av 1995. Han har siden arbeidet som konsulent, blant annet basert i San Fransisco og Beijing, og som førstelektor i helseledelse ved Handelshøyskolen BI og Høgskolen i Hedmark. I 2001 etablerte han konsulentselskapet World Health Connections.

(Foto: Rune Petter Ness / NTB)

Eldrid Nordbøs oppdrag var å gjøre forholdet mellom departement og direktorat/tilsyn godt igjen. Hun kom nesten inn som en fredsmegler, men også som en bygger av samarbeidskultur. Hun kom altså ikke inn som en som skulle reetablere departementets suverenitet over direktoratet, ja, «hevne» seg på vegne av departementet. «Hevnen» skulle imidlertid, på et vis, etter hvert komme. Den ble båret frem av embedsverket, og begynte å bli tydelig da Eldrid Nordbø gikk av som departementsråd i 1996 og ble etterfulgt av nokså nyttestatlig orienterte embedsmenn, først statsviteren Steinar Stokke (f. 1955) (1996–1999), så sosionomen Anne Kari Lande Hasle (f. 1946) (1999–2013). Nordbø gikk inn i rollen som departementsråd først og fremst for å forlike departement og direktorat/tilsyn, og gikk av da hun syntes den oppgaven var bragt i havn.

⁶ Eldrid Nordbø, samtale 21.8.2009.

At den ikke var det, skulle vise seg i årene etter at hun gikk av. Hun var nok klar over at en mer radikal omorganisering «måtte» komme, men mente at tiden ikke var moden for den i 1993–94. Hun fikk imidlertid arbeide nokså uavhengig med «fredsoppgaven». Hun hadde Statsministeren i ryggen. Alle visste det, også den nokså ferske Helseministeren. Det passet imidlertid ham godt at departementsråden var en samarbeidsdame. Han var selv en samarbeidsmann. I 1988 hadde han til og med skrevet en bok om samarbeid: *Politikk og fag på samme lag. En bok om planlegging i kommunehelsetjenesten*.⁷ Boken gjaldt spesielt kommunehelsetjenesten, men var skrevet nokså generelt. Han utdypet sin filosofi gjennom den stortingsmelding som kom i 1994, og som han i noen grad hadde skrevet selv, *Samarbeid og styring*.⁸ Christie var påvirket av den tyske sosialfilosofen Jürgen Habermas' (f. 1929) tanker om «kommunikativ handling», altså det å formulere politikk gjennom enighetssøkende samtale.⁹ Internasjonalt (i OECD) lanserte Christie også, i opposisjon til de nyliberale ideene om «managed competition»,¹⁰ ideen om «managed cooperation».¹¹

Det er lettest å få til samarbeid hvis man er forsiktig med å foreslå endringer. Christie var en forsiktig helseminister og Nordbø en forsiktig departementsråd. Det passet for såvidt den hun først og fremst skulle samarbeide med, og bygge samarbeidskultur med, direktoratets leder, helsedirektør (utnevnt august 1993) Anne Alvik (f. 1937). De kom i gang den 13. januar 1993. Da ble det nedsatt en *arbeidsgruppe* for å svare på spørsmålet om hvordan arbeidsfordelingen mellom departement, direktorat/tilsyn og fylkesleger burde være. At organet som skulle komme

⁷ Oslo: TANO, 1988.

⁸ Stortingsmelding nr. 50 (1993–94).

⁹ Kfr. Jürgen Habermas, *Theorie des kommunikativen Handelns*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1981.

¹⁰ Se Alan C. Enthoven, “Managed Competition: An Agenda for Action”, *Health Affairs*, b. 7, nr. 3, 1988, s. 25–47.

¹¹ Begrepet ble siden også brukt av forskere internasjonalt. Kfr. R. C. Coile, «Managed cooperation, not competition: a proposal for implementing national health reform», i *Frontiers of Health Services Management*, b. 10, nr. 3, 1994, s. 3–28.

med forslag ble kalt arbeidsgruppe var ikke tilfeldig; navnet skulle gi et minst mulig hierarkisk inntrykk. Gruppen kom, foruten Nordbø og Alvik, til å bestå av ekspedisjonssjef i helseavdelingen i departementet Harald E. Hauge, avdelingsdirektør i departementets administrasjonsavdeling Thomas Mauritzen (f. 1935), fylkeslege i Vestfold Asbjørn Haugsbø (f. 1932), og avdelingsdirektør i Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Eva Hildrum (f. 1948). Sekretær ble rådgiver i helseavdelingen Øyvind Sæbø (f. 1949). Men til å være en samarbeidsgruppe var den nokså skjevt sammensatt. Bortsett fra Alvik selv, og Haugsbø, var alle medlemmene departementsfolk. Haugsbø hadde også under dragkampene om helseforvaltningen frem til 1992 vært av de minst Mork-vennlige fylkesleger.

Gruppen orienterte hovedsammenslutningene av berørte ansatte i et møte den 27. januar. Den kom med sin innstilling allerede den 18. mars. Innstillingen vakte beskjeden interesse i mediene og også blant stortingspolitikere. Helseministeren overlot endog til departementsråden å orientere Sosialkomiteen om innstillingen. Støyen rundt den såkalte Norbom-prosessen fra året før var allerede fjern historie.

Ja, det var som om også arbeidsgruppen så på den prosessen som fjern og nesten uviktig. Gruppen pekte i sine forslag til dels bakover mot ordningen fra 1983, ja, til dels til ordningen som den var frem til 1983.

Distanseringen fra vedtaket i 1992 var tydelig. Det het således nå:¹²

«Det er viktig å unngå at Helsetilsynet først og fremst blir et tradisjonelt kontrollorgan med hovedvekten på det juridiske tilsyn. Det er behov for et faglig sterkt kompetanseorgan i den sentrale helseforvaltning som kan bidra til å legge premissene for helsepolitikken og som har en sterk og uavhengig stilling i forhold til fagmiljøer og profesjoner i helsetjenesten.»

Senere i innstillingen gjentaes det at Helsetilsynet ikke skal være et organ som «utelukkende har tilsynsfunksjoner» (s. 9). Blant annet skal det bidra

¹² *Omorganisering av den statlige helseforvaltning. Arbeids- og myndighetsfordeling mellom Sosialdepartementet, Statens Helsetilsyn og fylkeslegene*, rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Sosialdepartementet, levert den 18. mars 1993.

aktivt til politikutviklingen. Det heter blant annet (s. 13) at «Helsetilsynet ... skal bistå departementet i utformingen av lover og forskrifter på helserettens område». Ja, lovarbeidet «må smeltes sammen til et fruktbart samarbeid hvor det kreves gjensidig respekt for de litt ulike roller». På samme side (13) uttaler så gruppen at «felles arbeidsgrupper eller prosjektgrupper ofte [vil] være en god arbeidsmåte i større saker». Det er særlig her gruppen nærmest ser for seg at direktoratet/tilsynet trekkes inn i departementet igjen.

Storingsvedtaket i 1992 innebar at departementet ble vesentlig styrket, ikke minst som samordningsorgan. Gruppen ville allikevel ikke gjøre noe særlig med departementets organisering. Det var ikke tale om å fortsette på veien mot et eget helsedepartement. Det var imidlertid ikke mulig å komme utenom at departementet måtte få en egen forebyggelsesavdeling, blant annet for å styre og samordne virksomheten i de mange forebyggelsesrelaterte institusjoner på nivå nummer to. Den «nye» avdelingen ble imidlertid den gamle planleggingsavdelingen. Den ble gjort om til forebyggings- og utredningsavdelingen. For å hindre at det forebyggende arbeid ikke ble for «oppstykket, uoversiktlig og lite samordnet» foreslo imidlertid arbeidsgruppen at «visse funksjoner som i dag ligger i andre sentrale organer blir lagt til Statens helsetilsyn» (s. 23). Igjen ville altså arbeidsgruppen reversere noe av 1992-filosofien. Det kommende helsetilsyn burde i noen grad fortsette som et direktorat på forebyggelsesområdet. Slik ble igjen direktoratet/tilsynet, hva forebygging angår, løftet litt opp over de andre institusjoner – som ble dyttet ned igjen på nivå nummer tre. De ville slik også miste noe av den direkte kontakt med departementet som de hadde vært så opptatt av å få.

Også når det gjaldt fylkeslegenes rolle var arbeidsgruppen skeptisk til 1992-vedtaket. For å redde tonivåordningen var forholdet tilsyn/fylkesleger definert som et «indre» forhold. Gruppen var ikke imponert over den redningen og pekte på at hvis forholdet var internt, ville klager på fylkeslegevedtak måtte ha departementet som ankeinstans (s. 4). I tillegg ville korrespondanse mellom fylkesleger og tilsyn være interne dokumenter og dermed unntatt offentlighet. Slik hadde imidlertid ikke Stortinget sett det da det vedtok helsetilsynsloven i 1984. Det definerte gjennom loven fylkeslegene som et eget nivå. Arbeidsgruppen nøyde seg

med å konstatere at fylkeslegene administrativt og tilsynsfaglig var underordnet direktoratet/tilsynet.



Anne Marie Horn (1946–2009), c.phm., MHA. Hun startet sin karriere som sykehusfarmasøyt og ble i 1986 legemiddelinspektør i Helsedirektoratet. Hun ble avdelingsdirektør ved avdeling for apotek og legemidler i 1991 og satt som det ut 1996. Da ble hun apoteker (Tåsen). I 2002 ble hun direktør for Apoforsk. Hun var også organisasjonsmessig aktiv og var leder for Norges Farmasøytiske forening 1983–1985. (Foto: Privat)

Når det gjaldt legemiddelsaker hadde Stortinget latt det stå åpent om disse skulle samles i et nytt legemiddelverk, bygget på dagens legemiddelkontroll. Legemiddelavdelingens relativt nye sjef (fra 1991), Anne Marie Horn (1946–2009), gikk sterkt imot å flytte avdelingen over til et nytt legemiddelverk. Anne Alvik støttet sin avdelingsdirektør og Nordbø merket at hun ikke hadde noe valg hvis hun skulle legge vekt på samarbeid. Alvik og Horn måtte få det som de ønsket, og gjorde det, inntil videre.

Å skape en samarbeidskultur mellom departement og direktorat/tilsyn var altså et overordnet hensyn for Eldrid Nordbø. Hun hadde imidlertid også en del forvaltningspolitiske preferanser som gikk i nytestatlig retning. Hun stod, som mannen, statssekretær ved Statsministerens kontor, Bjørn Skogstad Aamo (1946–2024) – og Statsministeren selv – på Arbeiderpartiets 1986-program om «Den nye staten». Den nye staten var nytestaten, med mål- og resultatstyring, en omgjøring av departementene til politiske sekretariater og en delegering av fagforvaltningsoppgaver nedover i forvaltningspyramiden – og, for så vidt – av en fristilling av

direkte verdiskapende institusjoner, som f.eks. sykehus. For Nordbø var slik 1983-ordningen bedre enn 1992-ordningen, men hun kunne jo ikke gå for eksplisitt mot den siste. Implisitt gjorde hun det imidlertid. Også for de andre departementsrepresentantene var 1983-ordningen å foretrekke, så lenge direktoratet/tilsynet var mer samarbeidsorientert enn det hadde vært under Mork. Alvik kunne da tilfreds konstatere at hun fikk mere enn hun kunne ha håpet på. Hun ble selv igjen mer en direktoratdame. Nordbø led imidlertid et nederlag når det gjaldt legemiddelsakene. Her møtte hun noe av den polemiske tonen som hadde preget direktoratet under Norbom-prosessene og gav altså etter.

Arbeidsgruppen var i mange henseender mer prinsipiell – eller kulturbyggende – enn konkret. Arbeidet med omorganiseringen ble derfor ført videre gjennom partssammensatte (under)grupper, én for linjen departement – direktorat/tilsyn – fylkesleger, en annen for oppgavefordelingen mellom departement, direktorat/tilsyn og legemiddelkontroll, en tredje for fylkeslegenes oppgaver og en fjerde for oppgavefordelingen på det forebyggende område.

Eldrid Nordbøs nyttestatlige innstilling forutsatte egentlig en strammere hierarkisk styring. Samarbeid, særlig med mange deltagere, skaper lett interessemangfold og så interessedragkamp. Nordbø fikk altså merke litt av denne dragkampen allerede i arbeidsgruppen, nemlig omkring legemiddelforvaltningen. Nå kom den tydeligere frem over en bredere front, og konsekvensen ble at den «reversering» til 1983 Nordbø delvis representerte, nå nesten ble til et forsvar for 1992-ordningen. 1992-ordningen gav jo makt til flere, til nivå-to-institusjonene (utenom direktoratet/tilsynet) og til fylkeslegene.

Den første gruppen fikk ikke gjort mye med oppgavedelingen i linjen, men kom med forslag om flytting av stillinger. Forslagene om flyttinger opp og ned mellom departement, direktorat/tilsyn og fylkesleger innebar svært liten netto flytting. Gruppen som så på legemiddelforvaltningen hadde et stramt mandat og foreslo lite, men det skinner igjennom i gruppens rapport at den nye EF-tilpassede legemiddeloven av 1992 gav premisser for å samle legemiddelforvaltningen i et eget legemiddelverk.



Marit Andrew, f. 1945, c.phm. Hun ble underdirektør i Helsetilsynet i 1993 og avdelingsdirektør fra 1997 til 2000. Etter at avdelingen for apotek og legemidler i Helsetilsynet, mot farmasøytene ønske, ble nedlagt og flyttet til det nye Statens legemiddelverk i 2001 ble Marit Andrew direktør for samfunns- og myndighetskontakt i Boots (apotek) Norge A/S til 2013. Hun var rådgiver for Boots året 2014. (Foto: Helsetilsynet)

Fylkeslegegruppen, ledet av fylkeslege Anne Berit Gunbjørud (f. 1947), og veiledet (kan man si) av en rådgiver fra Statskonsult, var påfallende skarp i tonen. Den tok et offensivt nyttestatlig utgangspunkt og kritiserte den todelte styringen fylkeslegene var utsatt for. En enhetlig styring krever enhetlige linjer, basert på en tydelig, målorientert virksomhetsplan. Fylkeslegene var frustrert, sa gruppen, over den splittede styringen de var utsatt for og over at virksomhetsplanene ikke ble fulgt. Fylkeslegegruppen tenkte dog ikke rent hierarkisk: Styringen, via virksomhetsplaner, burde skje etter påvirkning fra fylkeslegene. Gruppens forslag ble registrert, men ikke fulgt opp nå. Gruppen var for nyttestatlig og skapte ikke grunnlag for harmonisk samarbeid. Dens forslag ble derfor ikke fulgt, som organisasjonskartet viser.

Forebyggelsesgruppen endte nesten i handlingslammelse. I denne gruppen var interessentene for mange – de representerte jo det nye nivå to – og for selvbevisste til at de kunne komme til enighet om noe. Gruppens leder, Paul Hellandsvik (f. 1948), forsøkte å følge opp arbeidsgruppens ønske om å få til en (leder)koordinering av forebyggingsarbeidet på nivå to, men fikk det ikke til, noe organisasjonskartet også viser: Der kom ikke inn noe uformelt nytt nivå mellom departement og institusjoner. Ei heller ble direktoratet/tilsynet gjort til noe samordningsorgan, som arbeidsgruppen nesten foreslo det kunne bli. Gruppen bidro altså til å beholde det vi har kalt 1992-ordningen.

3. Helseforvaltningens makroorganisering og den nye etatsstyringen: Forholdet departement/helsetilsyn

En innledning

Organisasjonskartet sier noe om hvordan de ulike stillinger og organer forholder seg til hverandre vertikalt og horisontalt. Kartet er uttrykk for organisasjonen(e)s statutter, altså et sett av (juridiske) kompetansenormer. Kartet gir imidlertid sjelden en nøyaktig beskrivelse av den virkelige adferd. De vertikale linjene, altså over-og-under-bokser, er sjelden uttrykk for klar arbeidsdeling og rent diktat; der er som regel et visst innslag av autoritetsuklarhet, frem-og-tilbake-handling og samhandling. De horisontale linjer, med ved-siden-av-plasserte bokser, er heller ikke uttrykk for en klar og stabil arbeidsdeling og er heller ikke alltid rent horisontal. Den virkelige rolledeling, vertikalt som horisontalt, er hele tiden litt i bevegelse, men setter seg ofte etter en tid på måter som gjør at det formelle organisasjonskartet blir litt misvisende. Her er vi først og fremst opptatt av de vertikale forholdene, altså styringslinjen.

Med en mer offensiv, velferdsstatsbyggende, stat etter krigen ble regjeringens og statsrådenes styring av sitt voksende styringsapparat et tema. Den politiske ledelse ble mer aktivt styrende og dermed også mer opptatt av resultater. Det tok imidlertid tid før denne ledelsen ble offensiv og generelt resultatorientert. De ulike tiltak som ble satt i verk ble ikke samlet til en generell politikk. Under regjeringen Willoch II ble det tatt et skritt i denne retningen da den i 1984 lanserte sitt program for statlig *modernisering*. Regjeringen Brundtland II tok enda et, om enn noe revidert, skritt i denne retning da den i 1987 lanserte sitt *fornyelsesprogram*, offensivt kalt *Den nye staten*.¹³ Fornyelsesprogrammet ble konkretisert og mer samordnet gjennom innstillingen *En bedre organisert stat*, en innstilling presentert i 1989 av et utvalg ledet av

¹³ Kgl. res. av 22. mai 1987, *Den nye staten – program for fornyelse av statsforvaltningen*, særskilt vedlegg til St. meld. nr. 4 (1987–88), *Perspektiver og reformer i den økonomiske politikken*.

finansråd og arbeiderpartimann Tormod Hermansen (f. 1940). Med seg i utvalget hadde Hermansen blant annet noen av de viktigste forvaltningsreformbyråkratene, som (snart) sjefen for Statens rasjonaliseringsdirektorat Christian Hambro (f. 1946), ekspedisjonssjef i data- og planavdelingen i Forbruker- og administrasjonsdepartementet, Anne Kari Lande Hasle, spesialrådgiver i Finansdepartementet Vidar Oma Steine (1949–2009) og landets fremste organisasjonsteoretiker, professor Johan P. Olsen (f. 1939). Selv om de ikke alle hadde markert seg politisk stod de sosialdemokratiet nært. Utvalget foreslo at «fagdepartementene gis et mer samlet ansvar og tilsvarende økte fullmakter for alle sider ved den overordnede styringen av underliggende organer».¹⁴

Utvalget gav ikke den nye styringen noe navn, men det naturlige navnet ble nå snart tatt i bruk generelt i forvaltningen, nemlig *etatsstyring*. Tittelen på innstillingen gir inntrykk av at forslagene først og fremst gjelder organiseringen, men styringens innhold får en minst like sentral betydning. Utvalget sier da også at det det først og fremst er opptatt av er å «sikre at virksomhetene er styrbare» (innstillingens kursivering).¹⁵ Det krever en bestemt form for organisering, men det krever også at styringen har et bestemt innhold, nemlig et mål- og resultatrettet innhold. Det igjen krever imidlertid en annen kultur, og ansatte med en annen type kompetanse og til dels personlighet (nemlig som *ledere*), enn den som preget storparten av forvaltningen. Den kulturen og den kompetansen fantes i (hele) Statskonsult (som navnet fra 1989 ble) og i deler av Forbruker- og administrasjonsdepartementet og Finansdepartementet, ellers bare «flekkevis» i de andre departementene, for eksempel Sosial- og helsedepartementet. Det omtaler imidlertid ikke utvalget.

Om ikke Hermansen og hans utvalg fikk lansert *ordet* etatsstyring så fikk det lansert *begrepet* etatsstyring. Men nå kom også ordet. Med ordet kom en ny styringsoffensiv. På et regjeringsmøte på Halvorsbøle høsten 1992 understreket regjeringen Brundtland III det. Regjeringen trakk nå spesielt frem det den mente var kjernen i etatsstyringen, nemlig mål- og

¹⁴ NOU 1989: 5, *En bedre organisert stat*, s. 187, første spalte.

¹⁵ *Ibid.*, s. 64, første spalte.

resultatstyring.¹⁶ Virksomhetsplanleggingen, som var kommet i gang i slutten av 1980-årene og ble obligatorisk for statlige institusjoner fra utgangen av 1990, hadde for alvor satt mål- og resultatstyring på dagsordenen.¹⁷ Regjeringen Brundtland IIs fornyelsesprogram (*Den nye staten*) bidro til det samme. Men hverken disse påleggene eller (virksomhets)planleggingen som sådan hadde slått spesielt an i forvaltningen og dens underliggende institusjoner. Regjeringen mente derfor det nå var grunn til å «stramme opp» sin forvaltning og sine forvaltere. Men det var ikke bare å stramme opp. Som vi har vist i bind 2, hadde Helsedirektoratet store problemer med å finne ut av hvordan slik planlegging skulle drives, konsulenthjelp til tross.¹⁸ Den overordnet ansvarlige for direktoratet, departementet, kommenterte ikke den første virksomhetsplanen (1989) da den kom. Det kom også selv forsinket i gang med virksomhetsplanleggingen.

Som etatsstyring ble den nye mål- og resultatstyringsoffensiven mer virkningsfull ved at den etter hvert ble koblet tydeligere til statsbudsjettet. Denne tilkoblingen startet gjennom Haga-utvalget og det nye bevilgningsreglementet og ble institusjonalisert, kan man si, gjennom det økonomireglement som ble gjort gjeldende fra 1997. I bevilgningsreglementet av 1986 het det at resultater etatene tok sikte på å oppnå skulle omtales i budsjettforslaget (§ 2) samtidig som opplysninger om oppnådde resultater skulle omtales i den etterfølgende budsjettproposisjon (§ 13).¹⁹ Som en oppfølging av beslutningen på

¹⁶ Se Sture Berg Helgesen, *Aktivitetmåling og atferdskontroll. En studie av mål- og resultatstyring gjennom Økonomiregelverket for staten*, Bergen: LOS-senteret, Rapport 102, s. 62. Se også St.meld. nr. 35 (1991–92), *Om statens forvaltnings- og personalpolitikk*, s. 30 f.

¹⁷ Et utvalg (først en arbeidsgruppe), ledet av departementsråd Per Haga, hadde høsten 1984 lagt frem NOU 1984: 23, *Produktivitetsfremmende reformer i statens budsjettssystem*. Utvalget foreslo i sin innstilling at det ble innført mål- og resultatorientert virksomhetsplanlegging i staten, kfr. s. 24–25. Vi nevner ellers at Vidar Oma Steine (som byråsjef i Finansdepartementet) var utvalgets sekretær og hadde allerede markert seg som en lovende forvaltningsstrateg.

¹⁸ Ole Berg, *Spesialisering og profesjonalisering*, del 2, *op.cit.*, s. 508–538.

¹⁹ St.prp. nr. 52 (1984–85), *Om reformer i statens budsjettssystem og endringer i Bevilgningsreglementet*.

Halvorsbøle om mål- og resultatstyring ble det, i forbindelse med utarbeidelsen av statsbudsjettet for 1993, gitt en «skjerpet plikt» til å følge opp §§ 2 og 13 i bevilgningsreglementet.²⁰ Dette pålegget ble nærmere presisert for budsjettet for 1994 (og påfølgende budsjetter).

Etatene fikk sine budsjetter, med (iallfall en slags) resultatforventninger, gjennom det årlige statsbudsjettet, som det ble endelig vedtatt før jul i det foregående år (t-1). Budsjettildelingen, med styringssignalene, presenteres for etatene som (litt mer utførlige) *tildelingsbrev*. Dette ordet hadde i noen grad vært brukt en tid, men ble nå et fast ord og standardisert begrep.²¹ Ordet gir assosiasjoner til budsjettildeling, mer enn til samordnet styring. Slik sett kunne man snarere kalt brevet «oppdragsdokument». Det gamle, kanskje litt mykere, ord ble imidlertid beholdt.

Styringen er løpende, som vi har illustrert det i vår styrings- og forvaltningssyklusmodell, men den stykkes i noen grad opp i tid, f.eks. årlig, for å bekrefte, eller korrigere, eller endre, gammel politikk. Siden styringen er løpende, blir tildelingsbrevet en del av den løpende styringen. Man begynte derfor nå å tale om en *styringskalender*, vi kommer tilbake til den. For samarbeidet mellom stat og lokale nivåer ble det talt om et *styrings- og ledelseshjul*.

Statsbudsjettprosessen startet, og starter, formelt i slutten av året to år før budsjettåret (t-2), med at Finansdepartementet sender ut budsjettskriv med instruksjer til departementene for utformingen av budsjettforslag. Utover vinteren og våren i år t-1 sendes budsjettinnspill (fra departementene). De bearbeides i Finansdepartementet og så gjennom regjeringskonferanser før et hovedbudsjettskriv er klart sent i mars. Via frem-og-tilbake-prosesser utover våren og sommeren gjøres budsjettet ferdig for fremleggelse i løpet av september og legges frem for Stortinget i oktober. Stortinget behandler så budsjettet utover høsten. Det vedtaes endelig innen den 15. desember (år t-1).

²⁰ I et rundskriv R-23/92 gav Finansdepartementet nærmere retningslinjer for hvordan pålegget skulle følges opp. Det het blant annet at det skulle utarbeides resultatmål for hver hovedaktivitet.

²¹ Se Statskonsult Rapport 1994: 8, *Tildelingsbrevene som styringsverktøy*.

I prinsippet skulle budsjettet så brukes som Stortinget hadde vedtatt det. Virkeligheten er imidlertid for preget av uforutsette hendelser og at de som beslutter stadig endrer oppfatning, til at det skjer. Det betyr ikke at styringen er uttrykk for løpende beslutningsfatning, men at den får et innslag av det. Det er et uttrykk for det at nye budsjettforslag legges frem løpende gjennom budsjettåret og at det inneværende års budsjett endelig salderes ved budsjettårets utløp. Det vårlige, reviderte (nasjonal)budsjettet er et forsøk på å samle mest mulig av den nye, diskresjonære budsjettpolitikk i et «samlet» budsjett.

Underordnede institusjoner, som Sosial- og helsedepartementet, Helsetilsynet og de andre institusjonene på nivå nummer to, og de mange direkte verdiskapende institusjonene på det publikumsrettede nivå, har budsjettkalendre som i større eller mindre grad er standardisert og tilpasset kalendrene på nivåene over dem.

Før budsjettåret er omme, og pengene brukt (og inntektene mottatt eller krevet inn), starter «oppsummeringen» av budsjettåret, det vil si, forberedelsene til utarbeidelsen av regnskapet for året som nærmer seg slutten. Det starter med rundskriv fra Finansdepartementet til departementene om regnskapsrapporteringen (november, desember). Regnskapsarbeidet fortsetter utover våren. Meldingen om statsregnskapet, St.prp. nr. 3, legges frem i april og behandles i Stortinget før sommerferien. Tradisjonelt var regnskapet finansielt orientert. Helt i starten var kontrollen med at det ikke forekom misligheter – hvilket ofte skjedde – spesielt viktig. Med innføringen av mål- og resultatstyring fra midt i 1980-årene, spesielt som etatsstyring fra ca. 1992, ble regnskapet også mer generelt mål- og resultatorientert. Spesielt fikk effektivitetshensyn betydelig plass. For å integrere budsjett- og regnskapssyklusene skulle jo resultatvurderingen få konsekvenser for de fremtidige tildelinger.

Budsjettets tilblivelse preges, eller skal preges, av det som nå altså ble omtalt som *styringsdialogen*. Dialogen skjedde, og skjer, mellom regjeringen/Finansdepartementet og «fagdepartementene», og bestod både av skriftlige utvekslinger og fysiske møter. Fagdepartementene hadde parallelle dialoger med sine etater (etatsstyringsmøter). At prosessen ble omtalt som dialog var både et uttrykk for de overordnede organers uformuenhet – de var avhengig av det styrte organs både ekspertise og

skjønnsutøvelse – og et ønske om å fremstå som demokratisk. Å koble ordene styring og dialog kan jo høres ut som om man skaper en selvmotsigelse. De som la vekt på det demokratiske likte imidlertid også å tenke på styringsdialog som uttrykk for «samstyre», et ord som ble skapt nå og ble iallfall litt brukt.²² Noen så på dialogen som «moralsk» riktig, for andre var den mer praktisk viktig. Det siste skyldtes at det overordnede organ ofte ikke var istand til å lede detaljert. Det trengte kyndig bistand nedenfra. I den grad samvirket mellom for eksempel departement og underordnet etat virkelig var dialogisk kunne man latt pilene i organisasjonskartet hatt et innslag av toveistrafix. Dette innslaget gjelder imidlertid mest «detaljer». Hovedsaken er *styring*. Dialoginnslaget skaper bare noen «virvler» i styringsprosessen.

Styringscyklusene slutter ikke med de ordinære regnskapsprosessene. Der kom og kommer en ekstra regnskapsprosess til. Den kommer til dels i forlengelsen av den ordinære prosessen, men i stor grad går den parallelt med den. Det er revisjonsprosessen. Den skjer i regi av Riksrevisjonen. Riksrevisjonen reviderer, på *Stortingets* vegne (siden 1918), de regnskaper budsjettmottagerne hadde laget. Riksrevisjonen hadde siden 1970-årene utført også såkalt «forvaltningsrevisjon», en slags generell, resultatrettet revisjon, i tillegg til den gamle, juridisk pregede finansielle revisjon.

Med overgangen til 1990-årene ble Riksrevisjonen et mye mer pågående, stortingsrettet organ. Det bidro til at det ble det at Stortinget i 1993 fikk et organ som kunne forholde seg mer aktivt til revisjonen: Kontroll- og konstitusjonskomiteen. «Taktskiftet» – som var godt i pakt med «tidsånden» – ble gitt fart av den nye riksrevisoren, Bjarne Mørk Eidem (Ap) (1936–2022).²³ Han ble riksrevisor i 1990. Allerede ved

²² Det ble også brukt som en slags oversettelse av det engelske «governance», som en mer dialogisk og nettverkspreget måte å styre på enn «governing». Vi skal komme tilbake til dette dialogiske og samstyrende element i styringstenkningen: Det peker utover iallfall en streng nyttestatlig styring.

²³ Mørk-Eidem hadde, som leder for den såkalte reglementskomiteen på Stortinget, foreslått at der skulle opprettes en egen kontroll- og konstitusjonskomite. Det skjedde like før han ble valgt til riksrevisor. Han foreslo det fordi han reagerte på forskjellen mellom interessen for de minste budsjettbevilgninger og mangelen på interesse for (de store) resultater etterpå

presentasjonen av Dokument nr. 1 – Riksrevisjonens rapport – til Stortinget dette året, innkalte han til pressekonferanse. Det hadde aldri skjedd før. Fra nå av ble det en tradisjon. Mørk-Eidem styrket og sentraliserte revisjonens indre ledelse, blant annet ved å opprette en egen intern lederstilling i 1992; stillingen fikk tittelen revisjonsråd. I 1996 samlet han den etatssprede forvaltningsrevisjonen i en egen avdeling. Fra da av ble også forvaltningsrevisjonsrapportene og rapportene om selskapsrevisjoner samlet i en egen dokumentserie til Stortinget, Dokument 3-serien. I løpet av dette tiåret kom der i tillegg opp flere saker, gjerne omtalt som skandaler, som Riksrevisjonen gikk inn i, eller ble bedt om å gå inn i, blant annet et par som gjaldt bruk av datateknologiske systemer (Tress-90 som Rikstrygdeverket skulle ta i bruk) og ett som gjaldt barne- og ungdomsorganisasjoners misbruk av ordningen med statlig støtte etter medlemstall. Den siste saken førte til at en statsråd måtte gå av. Også Helsetilsynet ble ved noen anledninger i annen halvdel av 1990-årene utsatt for Riksrevisjonens kritikk.

«Kontrollbølgen»

Fredrik Sejersted (f. 1965) bruker i sin statsrettslige analyse av Stortingets kontrollvirksomhet (doktoravhandling) uttrykket «kontrollbølge» om det som skjedde i 1990-årene.²⁴ Han er spesielt opptatt av Stortinget, men det som skjedde her er bare en del av det som skjedde med statens styring generelt. Staten, men slett ikke bare staten, ble nå mer opptatt av at mål skal bli til resultater. Her skal vi peke på ytterligere noen uttrykk for det.

Det ene er, ikke den nye, men den økende, bruk av utrednings- og forskningsinstitusjoner til å «evaluere», som det nå heter, stadig flere

(når regnskapet ble behandlet). Han var slik med på å legge til rette for at Riksrevisjonen han nå skulle lede hadde en mer interessert og kompetent «partner» på Stortinget. Juristen Fredrik Sejersted mente at Riksrevisjonen nå ble «parlamentarisert» (*Kontroll og konstitusjon. Statsrettslige studier av Stortingets kontrollvirksomhet*, Oslo: Cappelen, 2002, s. 473–476.). For en god generell oversikt over Riksrevisjonens «hamskifte» i 1990-årene, se Harald Espeli og Yngve Nilsen, *Riksrevisjonens historie 1816–2016*, Bergen: Fagbokforlaget 2016, særlig s. 376–377. Vår fremstilling er delvis basert på Espeli og Nilsens.

²⁴ Sejersted *op. cit.*, s. 342–343.

politisk vedtatte tiltak. Stadig mer utredning og forskning blir slik trukket nærmere og til dels helt inn i de statlige styringscykluser. Statens bevilgninger både til utredning og forskning hadde tidligere i stor grad karakter av støtte til slik virksomhet; en støtte som skulle gi almen kunnskapsvekst og være et grunnlag for undervisning. Nå bestiller i større grad statlige organer utredning og forskning for å *evaluere* sin politikk. Det er ikke så langt fra evaluering til kontroll.²⁵

Det annet er opprettelsen av (stadig) flere kontrollorienterte organer, som ombud og tilsyn. De begynte for alvor å komme fra 1980-årene av. Vi skal videre i dette arbeidet si en hel del om Helsetilsynets rolle som slikt organ. Dets komme er også tidstypisk, selv om det også kom som en funksjon av dragkampen mellom et *ettermedikratisk* direktorat og et stadig mer styringsopptatt departement.

²⁵ Det er for såvidt ikke så langt fra kontroll til formulering av ny politikk heller. Forskere begynte også, gjerne i samarbeid med nyttestatlig orienterte forvaltningsledere, å ta til orde for at ny politikk i større grad bør introduseres som en slags eksperimenter, for eksempel slik at noen kommuner eller landsdeler er «intervensjonsenheter» og de andre kontrollenheter. «Evidence-based policy-making» ble også et slagord, eller et «mål», blant en del nyttestatlig orienterte forskere og forvaltningsledere mot slutten av 1990-årene. Spesielt slo dette slagordet an i Tony Blair's tid som statsminister i Storbritannia; kfr. Blairs program «Modernising Government» (mars 1999) (<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20131205101137/http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4310/4310.htm>)

Kommentar 3.1: Kontroll- og risikosamfunnet

Det er ikke bare offentlige virksomheter som blir mer opptatt av presise mål og resultatkontroll. Også bedrifter, ja samfunnet generelt, blir det. Intet får forbli historie; «alt» må, eller kan bli, etterpåkontrollert. Den britiske revisjonsprofessoren Michael Power brukte sitt eget fag til å karakterisere dette kontrolloptatte og evaluerende samfunn, *revisjonssamfunnet: The audit society*.²⁶ Kanskje bør vi føye til at kontrolloptattheten i dette tiåret ble så stor at den også ble til forhåndskontroll. Tilsynsvirksomheten med sin såkalte internkontroll er ett uttrykk for dette. Opptattheten av å kvalitetssikre tiltak på forhånd er et annet uttrykk for det. Denne forhåndskontrollvirksomheten ble stimulert av den sterke veksten i opptattheten av risiko. Den tyske sosiologen Ulrich Beck (1944–2015) kalte endog det vestlig-moderne samfunn for *die Risikogesellschaft* – risikosamfunnet.²⁷ Tilsynet, med egenkontrollen, er jo innrettet mot å forsøke å redusere risikoen (for at noe uheldig skal skje) mest mulig. Mål- og resultatstyringen, med sin kontrolloptatthet, kan man si er uttrykk for tidens forsøk på å få kontroll over risikoen (for at noe uheldig skal skje). Den er også uttrykk for en optimistisk tro på vitenskapen: Med økende kunnskap skal denne styringen lykkes. Risikokontrollvirksomheten er samtidig et uttrykk for at det moderne menneske ikke føler seg helt sikkert. Den fremtidstro Opplysningstidsprosjektet har vært ledsaget av utfordres, *innenfra*.

Styringscyklusene og fristillelse nedover i linjen

Etatsstyringen førte ikke umiddelbart til tettere «kobling» mellom leddene i styringscyklusene. I noen henseender førte den til, eller skulle den føre til, løsere forhold. Styringen ble *strammere* ved at resultatkravene ble mer presise og i større grad enn før fikk konsekvenser, til dels gjennom store deler av lederrekken. Men forvaltningsreformatorene mente, også gjennom 1990-årene og til dels litt lenger, at målrealisering krevde en viss

²⁶ Michael Power, *The Audit Society, Rituals of Verification*, Oxford: Oxford University press, 1997.

²⁷ Ulrich Beck: *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1986. Boken kom på engelsk i 1992 og hans tanker fikk da for alvor stor innflytelse.

frihet på nivåene nedover i linjen. Fristillelse ble derfor et stikkord for mye av reformvirksomheten i den perioden vi nå ser på. Spesielt var det viktig at de offentlige virksomheter som var direkte verdiskapende, og derfor kunne sees på som foretagender, fikk en viss frihet. Ja, i noen tilfeller oppstod nå spørsmålet om en del av disse virksomheter burde bli nesten så frie som private foretagender, og for eksempel organiseres som statlige aksjeselskaper. Det siste gjaldt særlig samferdselselskaper og energiselskaper. I disse tilfellene ble det nå endog spurt om noen av disse selskaper burde hel- eller delprivatiseres. Det siste var ikke tilfelle for virksomheter som ytte helsetjenester, men spørsmålet om å organisere sykehus som spesielle helseforetagender, først fylkeskommunale, så statlige, meldte seg. Leger og annet helsepersonell var allerede blitt «kontraktører» med staten, flere kunne bli det (og ble det etter hvert).

Også de forvaltningsorganer som skulle styre de foretagerslignende virksomhetene, som de kliniske institusjonene, måtte slik også i viktige henseender ha en viss frihet. Andre offentlige organisasjoner, som hadde ansvaret for offentlige goder, som forsvaret og politiet, men også folkehelseinstitusjoner, ville (kunne) oppnå bedre resultater hvis de, eller deres ledere, fikk større frihet i valg av virkemidler. Tilsynene, og ombudene, som nå for alvor kom, kunne gies presise mål, og ville kunne få bedre resultater hvis de fikk en viss operativ frihet. Også en så samfunnsviktig institusjon som sentralbanken ble i noen grad mer fristilt, innen noen resultatmål de politiske organer hadde gitt den (formelt først fra 2001).²⁸ Innen en del etiske rammer ble også det etter hvert raskt voksende oljefond nokså fristilt; i noen grad skjedde det samme med pensjonsfondet for innlandet.

²⁸ Se Bent Sofus Tranøy, «Norges Bank – variasjoner i makt og koordineringsevne», i Øyvind Østerud og Bent Sofus Tranøy, red., *Den fragmenterte staten. Reformen, makt og styring*, Oslo: Gyldendal, 2001, kap. 7.

Kommentar 3.2: Den sosialdemokratiske «tredje vei»

I 1997 vant Anthony Blair (f. 1953) og hans *New Labour Party* parlamentsvalget i Storbritannia. Som Margaret Thatcher (1925–2013) hadde gått sammen med Ronald Reagan (1911–2004), gikk nå Blair sammen med Bill Clinton (f. 1945). De ville forsøke å samle mest mulig støtte for en sentrums-venstre kurs i politikken. Clintons konsulenter hadde allerede i 1992 foreslått for ham å kalle den nye retningen for «the third way», en vei mellom sosialisme og høyre-kapitalisme.

Sosiologiprofessor Anthony Giddens (f. 1938) skrev en bok med nettopp dette navnet, «The Third Way», og gav slik Clinton og Blair en mer gjennomtenkt filosofi.²⁹ Denne filosofien slo an i sosialdemokratiske partier. Blant dem som aksepterte den og ble et slags fellesskap rundt Blair var Tysklands Gerhard Schröder, Nederlands Willem Kok (f. 1938), Italias Romano Prodi (f. 1939), Sveriges Göran Persson (f. 1949), Norges Jens Stoltenberg (f. 1959), Portugals Antonio Guterrez (f. 1949) og Chiles Michelle Bachelet (f. 1953). Det holdt på å bli en bevegelse som kunne utfordre den sosialistiske internasjonale. De fleste av den tredje veis ledende personligheter fikk makten i sine land i løpet av 1990-årene eller i begynnelsen av det neste tiåret og ble de viktigste talspersoner for den nye offentlige ledelsen, med mål- og resultatstyring og med fristillelse som de viktige kjennetegn.

Denne fristillende delen av den nå svært offensive nyttestatligheten fikk større gjennomslagskraft ettersom vi nærmet oss årtusensskiftet. For mange både innen politikk, forvaltning og næringsliv fremstod den som «uunngåelig». Den var en del av internasjonaliseringen, men den hadde også storparten av styringsfagligheten, særlig den økonomibaserte, med seg. Et uttrykk for hvor dominerende fristillingsbudet var blitt, var det at også store deler av Arbeiderpartiet omfavnet den. Sentrale sosialdemokratiske forvaltningstenkere som i 1989 hadde ville gjøre staten bedre organisert, ikke bygge den ned, ble nå mer fristillingsinnstilte. Det gjaldt også det gamle utvalgets leder, Tormod Hermansen, som nå både

²⁹ Anthony Giddens, *The Third Way. The Renewal of Social Democracy*, Cambridge: Polity, 1998.

var med på å legge til rette for at de gamle «naturlige» monopoler kunne gjøres til statlige aksjeselskaper (1994) og siden (2000) at de kunne delprivatiseres. Han ble selv øverste leder i Televerket, omdøpte det til Telenor og gjorde det til et selskap (fra 1994) med mobiloperasjoner i mange land.³⁰ «Fristillingsbølgen» nådde et høydepunkt i Norge under regjeringen Stoltenberg I (2000–2001).

Fristillelsen innad i staten skjedde som delegering av myndighet særlig til de øverste ledere i virksomhetene nedover i linjen, ikke til byråkrater og tjenesteytere flest. En ny personalpolitikk bidro til det. Ordningen med stillingshjemler forsvant og mer skjønn skulle anvendes når lønnen ble avtalt. Spesielt kunne det anvendes skjønn ved gasjeringen av ledere på høyere nivåer. I 1990 ble 500 lederstillinger tatt ut av Hovedtariffavtalen og plassert i et eget lønnsystem. Fra sommeren 1991 trådte et eget lederlønnsystem i kraft.³¹ Lederne skulle fra nå av, innen noen rammer, lønnes mer etter prestasjoner (resultater) enn etter stillingsnivå og ansiennitet. Slik skulle også folk fra det private næringsliv kunne fristes over til staten. Ordningen førte raskt til en generell lønnsøkning for statlige ledere, enten de gjorde det mer eller mindre «godt». Lederne fikk slik høyere status, og autoritet, men altså også, iallfall i prinsippet, et større press på seg om å skape resultater. Begge deler bidro til at de ble mer bestemte, undertiden også dominerende. At det spesielt var lederne som skulle belønnes for sine virksomheters (gode) resultater understreket ledernes dominerende rolle i den nye foretagsverden. Den nye ordningen, med både organisatorisk fristillelse og avtalebasert gasjering, styrket forøvrig lederne også overfor fagforeningene.

Det er neppe tilfeldig at vi snart fikk en slags «ledelsesrevolusjon» i helsevesenet. Som nevnt ble det satt i gang ledelsesutdannelse for helsevesenet fra midten og slutten av 1980-årene. Etter mange års dragkamp mellom yrkesgruppene, særlig leger og sykepleiere, om ledelsen av sykehusavdelinger, vedtok Stortinget, i forbindelse med behandlingen

³⁰ For en nærmere analyse av Televerkets omdannelse til Telenor, se Eli Skogerbø, «Fra Televerket til Telenor», i Øyvind Østerud og Bent Sofus Tranøy, red., *Den fragmenterte staten. Reform, makt og styring*, op. cit., kap. 12.

³¹ Kfr. Tore Grønlie og Yngve Flo, *Sentraladministrasjonens historie etter 1945. Den nye staten? Tiden etter 1980*, Bergen: Fagbokforlaget, 2009, s. 292.

av statsbudsjettet for 1996, og på initiativ av fagkomiteen, den 21. november 1995 å henstille til regjeringen å sørge for at det ble innført enhetlig ledelse på alle nivåer i sykehus.³² Steine-utvalget skulle legge dette til grunn for sin utredning om ledelse og organisering i sykehus, og gjorde det.³³ Gjennom Lov om spesialisthelsetjenesten av 1999 ble kravet om enhetlig ledelse tatt inn. Det skulle gjelde fra senest 2001.³⁴ Vi må legge til at de virkelig sterke ledere i helsevesenet kom først med sykehusreformen (ikraft fra 2002). Vi setter det kanskje litt, men ikke så mye, på spissen når vi sier at fristillelsen, delvis av forvaltningsorganer, men særlig av (offentlige) direkte verdiskapende institusjoner, altså foretagender, innebar en delegering av mer autoritet til ledere og en innsnevring av frihetsrommet for organisasjonenes og institusjonenes ansatte.

Etatsstyring: Mer tiltaks- og annen tradisjonell styring enn mål- og resultatstyring

Den nye, nyttepregede etatsstyringen baserer seg altså på det som nå kalles mål- og resultatstyring. Men hva mål(styring) og resultat(styring) er, mer

³² Vedtaket lød i sin helhet slik: «Stortinget ber Regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer. Administrativ ledelseskompetanse skal være et krav. Det må være klare ansvarslinjer, slik at den som innehar det medisinsk-faglige ansvar også har nødvendig myndighet.» I et brev til Rikshospitalet av 21. desember samme år tolket Sosial- og helsedepartementet vedtaket slik: «I forhold til Stortingets vedtak skal etter Sosial- og helsedepartementets oppfatning, lederansvaret på et sykehus på de ulike nivåer kunne henføres til en ansvarlig leder. Vedkommende skal være den best kvalifiserte person i forhold til faglige og administrative kriterier. Hvorledes relevante kriterier skal vektlegges, må avveies i forhold til den konkrete situasjon ved den enkelte virksomheten.»

³³ NOU 1997: 2, *Pasienten først!*, s. 148. Utvalget ble oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet den 29. april 1996. Leder for utvalget ble prosjektdirektør ved NAVO, Vidar Oma Steine. Etter utvalgsarbeidet (fra 1998) fortsatte Steine som utredningsleder i Sosial- og helsedepartementet og ble i februar 2000 utnevnt til ekspedisjonssjef i sykehusavdelingen i departementet. Vi skal si mere om ham senere.

³⁴ Kfr. § 3.9.

antydes enn defineres tydelig. I *Sosial- og helsedepartementets retningslinjer for overordnet styring av underliggende etater* av 27. mai 1994, heter det således at «Kjernen i mål- og resultatstyring er at det overordnede nivået formulerer mål, resultatkrav og fastlegger ressursrammen, mens gjennomføringen skjer gjennom en aktiv styringsdialog i forhold til (sic) departementet med stor grad av frihet til virksomhetene». ³⁵ Litt lenger nede på samme side heter det at

«Målstyring innebærer to ulike elementer:

- fastsette mål, resultatkrav, ressursrammer
- løpende oppfølging og resultatrapportering».

I de nye retningslinjene som kom den 8. mai 1998 heter det at «Etatsstyringen skal forankres i prinsippene for resultatstyring». Nå brukes mest ordet «resultatstyring» alene. Det kan gi inntrykk av at styringen har fått et enda mer ambisiøst, kanskje kvantitativt, preg. Slik er det imidlertid ikke. I noen grad har nå mål- og resultatstyringen blitt preget av mer realisme. Den er blitt mer tiltaks- og aktivitetsorientert. En del av tiltakene består i å følge opp vedtak eller «oppfordringer» vedtatt av Stortinget, for eksempel gjennom komiteinnstillinger. Disse er sjelden knyttet til den mer generelle mål- og resultatstyringen, som mange i det legmannspregede, gjenvalgsorienterte Stortinget som regel er lite opptatt av (og mange knapt forstår). I tillegg føres lovstyringen videre. Det er ikke overraskende; det har med rettssikkerhet å gjøre – selv om lovgivningsmangfoldet, og lovendringstempoet, også er en rettssikkerhetsutfordring. Lovet, som den nå svært viktige helsetilsynsloven, «dikterer» i stor grad hvilke *virkemidler* som skal brukes. Det ligger også mål-middelbetraktninger til grunn for lovutformingen, men de som skal iverksette lovene står ikke fritt til å finne ut hvilke virkemidler som egner seg best til å realisere lovens (mer eller mindre klart formulerte) mål. Der er en prinsipiell spenning mellom lov- og mål- og resultatstyring, som knapt nok ble, eller blir, diskutert (i forarbeidene til politikktutformingen). Det hører med til dette bildet at

³⁵ Helsetilsynets arkiv, sak 94/06928 – 001, s. 2.

Helsetilsynet fortsetter å være en utreder for departementet, men uten at dets rolle i den sammenheng blir satt tydelig i sammenheng med mål.

Men dette er ikke alt. Departementet er svært opptatt av at budsjetter skal holdes; noen påminnelser fra en mer aktivistisk riksrevisjon bidrar til det. Det er et «mål» i seg selv, og i den grad at det oppstår nervøsitet i Helsetilsynet, på toppen og i administrasjonsavdelingen, for pengebruken nedover i tilsynet og etaten ellers. Det kan ha, og har iallfall noen konsekvenser for hvor mye Helsetilsynet kan tenke på den «ekte», helsebaserte målstyringen. Vi skal endelig nevne at legmannspolitikken, i mange tilfeller inspirert av medieoppslag med tungt «verdetrykk», fra tid til annen slår inn i Helsetilsynets arbeid. De pålegg som slik kan komme gjennom politikken, først til statsråden og departementet og så til Helsetilsynet, kan gå en del utover den mer langsiktige og «prosaiske» målstyring. Som vi skal se, en slik medie- og politikerinspirert offensiv førte til at helsedirektør Anne Alvik i 2000 gikk av som helsedirektør.

Mål- og resultatstyring var egentlig ikke noe nytt, selv om det delvis ble presentert som det. Styringsrepresentanter og deres forvaltning har alltid vært opptatt av resultater, men mer av konkrete resultater av tiltak enn av mer «abstrakte» resultater, som de «nye» mål delvis ble. Kanskje hadde den nye styringsoffensiven med samfunnsvitenskapenes, og særlig økonomikkens, økende innflytelse både i bedrifter og forvaltning. Den medisinske kunnskapsoffensiv som kom nå, under merkelappen «evidensbasert medisin», og allerede hadde fått innflytelse i bedriftslivet, slo nå inn i statsstyringen. Den ble en bølge, noen vil si mote, men den kunne ikke yte det den i starten hadde lovet. Som vi har påpekt, styringen fortsatte i stor grad på tradisjonelle premisser. Noe skjedde imidlertid. Den økte opptatthet av målstyring førte til en tydelig økning i målingen av styringstiltak og eventuelt deres «tidlige» virkninger. I Helsetilsynet kunne man slik telle antall tilsyn av de ulike slag som var gjennomført, for eksempel det siste året, antall klager som mottatt og behandlet, antall utredninger som var utført for departementet, antall veiledere til helsepersonell og publikum som var gitt ut, samt antallet helsetjenesteutøvere som var gitt autorisasjon og godkjenning det siste året. Det ble slik også noe enklere å se budsjetter og tildelingsbrev i sammenheng med Helsetilsynets strategiske planer, virksomhetsplaner og årsrapporter. Hvor tett integrerte styringssyklusener skapte de? Vi skal legge

til at «måloppnåelsen» aldri ble relatert til omkostningene, altså de alternative måter pengene kunne vært brukt på. Vi skal også legge til at det var vanlig for departementet å angi målforventninger på kvalitative måter, som «gi prioritet» til, «legge vekt på» etc.

Målstyringen skulle, som vi har nevnt, gi en viss frihet til de ulike underdepartementale institusjoner. Det følger jo av ideen om målstyring. Når styringen ble lov-, budsjetttramme- og tiltaksstyring forsvant mye av friheten. Styringstrykket ovenfra ble slik tydelig forsterket etter at «mål- og resultatstyringen» formelt ble gjort til den sentrale styringsmåten. Det er i noen grad det Fredrik Sejersted hadde i tankene da han skrev om «kontrollbølgen». Utviklingen er også en del av den økende nærstyring som Michael Power lanserte ordet «revisjonssamfunnet» for å beskrive.

Det er ikke tilfeldig at det i de nye retningslinjene (p. 3.1) heter:

«Resultatstyring krever at det stilles så konkrete krav som mulig til hva virksomheten bør oppnå av resultater. Imidlertid vil karakteren av mål og virkemidler på noen områder være slik at oppmerksomheten også bør være rettet mot prosesser og tiltak som leder fram til resultatene».

«Konkrete krav» og det å rette oppmerksomheten mot «prosesser og tiltak» er stikkord for økt styringstrykk, men altså mer mot midler enn mål.

Økonomireglementet

Det nye økonomireglementet for staten ble vedtatt ved kongelig resolusjon den 26. januar 1996 og De funksjonelle krav til økonomiforvaltningen i staten ble fastsatt av Finansdepartementet den 24. oktober 1996.

Reglementene trådte i kraft den 10. januar 1997. Til sammen er de to dokumentene på 157 sider. De er først og fremst dokumenter som i stor detalj forteller hvordan departementer og andre forvaltningsorganer skal forholde seg økonomisk. De er «pengeorientert», men mer orientert mot hvordan pengene i detalj skal brukes og hvordan kontrollen med pengebruken skal foregå (blant annet gjennom regnskap), enn mot å bruke pengene for å nå effektivitetsmål, eller makroøkonomiske mål. Det som måtte være av økonomisk/finansielle mål i budsjettet, hovedsakelig

makroøkonomiske, er tatt hånd om gjennom budsjettet som helhet (gjennom overskudds-/underskuddsbudsjettering). Slik sett reflekterer reglementene mer tradisjonell enn ny, altså mål- og resultatrettet, *økonomisk* styring.

Det som gjelder den øvrige målstyring, den myndighetene med sin etatsstyring har lagt mest vekt på, omtales for så vidt med styringsautoritet. Den omtales i noen få paragrafer, som i § 3 i selve reglementet og i kapitlene 1-1.2 og 1-1.3 i oversikten over de funksjonelle krav. I § 3, heter det blant annet:

«Hvert departement skal innenfor sine ansvarsområder fastsette mål og resultatkrav som skal realiseres innenfor rammen av de vedtatte bevilgninger uten uhjemlede overskridelser, samt å rapportere på en hensiktsmessig måte om oppnådde resultater, jf. bevilgningsreglementets §§ 2 og 13.»

Det føyes litt til, men på det helt generelle plan. Av de 157 sider i de to dokumenter er den substansielle målstyring omtalt på en knapp side, og dermed svært generelt. Finansdepartementet har ikke følt seg kallet, eller vært istand til, å konkretisere kravene om målstyring, for såvidt heller ikke den økonomiske målstyring, som de har konkretisert kravene til pengebruk. Som instruksene og retningslinjene for Helsetilsynet innvarsler heller ikke økonomireglementet noen tydelig overgang til en «ekte» mål- og resultatstyring.

Gjennom det nye økonomireglementet skulle Finansdepartementet (Regjeringen) i prinsippet samordne budsjett- og målstyring, det vil si, samordne den «substansielle» (sektorielle) og økonomiske (effektivitetsorienterte) styringen. All styring skulle slik i prinsippet bli mål- og resultatstyring. Det nye reglementet viser at det ikke skjedde. Reglementet gikk ikke, og kunne ikke, gå i detalj om realiseringen av de ulike substansielle mål. Det var det «fagdepartementene» som måtte gjøre. Som vi har sett, det klarte Sosial- og helsedepartementet i liten grad. Et uttrykk for dets problemer var at oppgaven i stor grad ble overlatt til budsjett- og administrasjonsavdelingen i departementet og blant annet administrasjonsavdelingen for Helsetilsynets vedkommende. Helseavdelingen i departementet og «fagavdelingene» i Helsetilsynet ble i mindre grad trukket inn i målstyringsarbeidet. Dog skal det sies at

Helsetilsynets fagavdelinger bidro aktivt til utformingen av virksomhetsplanene, dog uten at det gjorde disse til praktiske målstyringsredskaper.

Vi skal i det følgende først se litt på hva «ekte» mål er og så se på noen av de forsøk som ble gjort på å definere mål for Helsetilsynet. Slik kan vi også vise hvorfor mål- og resultatstyringen i stor grad ble, eller fortsatte å være, en nokså tradisjonell, men også mer inngripende, styring. Det var imidlertid ikke bare det at det var intellektuelle og «tekniske» grunner til at det ble vanskelig å definere presise, «ekte» mål som gjorde at mål- og resultatstyringen fikk en begrenset rolle. Vi skal også si noe om det.

Forsøkene på å definere anvendelige mål

Det normative utgangspunkt for politikk er ofte verdier, som frihet, likhet og rettferdighet, eller interesser. Interesser knytter vi gjerne til «verdien» egoisme, for eksempel grupper eller geografiske områders (egen)interesser. Interesser oversettes gjerne til penger: Ulike grupper ønsker mer penger til seg selv eller til tiltak som kan gavne dem. En pasientgruppe kan for eksempel arbeide for å få et bedre behandlingstilbud for seg. Helse ser vi gjerne på som en (*autotelisk*, selvbegrunnende) verdi, men samtidig kan ulike grupper ha ulike interesser knyttet til adgangen til forskjellige former for behandling eller omsorg. Mange samfunnsvitere, spesielt økonomer, forutsetter at mennesker er individuelt nyttemaksimerende, og derfor at politikken består i interessestrid: «Politics: Who Gets What, When, How?», som statsviteren Harold D. Lasswell (1902–1978) formulerte det i tittelen på en bestselgende fagbok i 1936.³⁶

De «ikke-egoistiske» verdiene og interessene danner grunnlaget for formulering av mål og disse igjen for formulering av målindikatorer (resultater). Det er imidlertid ofte vanskelig, både intellektuelt, teknisk og politisk å gå fra verdier til mål og resultater. Det er lettere å ta utgangspunkt i (egen)interesser. De er konkrete, de består i penger (for en lett identifiserbar gruppe). Men at interessene er så konkrete gjør også at de lett skaper politiske problemer. Det må som regel prioriteres mellom

³⁶ New York, NY: Whittlesey House.

ulike gruppers interesser. Siden virkningene av en presis prioritering er lett synlige, vil ofte de «neglisjerte» reagere med protester og kanskje aksjoner, mens de «favoriserte» ville forholde seg tause. De første har ofte lett for å vinne sympati for sin sak. Interesseprioritering skaper, nesten uunngåelig, politisk støy. De som har prioriteringsansvar, blir gjerne utfordret av dem som i øyeblikket ikke har det. «Eldremilliarden» våren 1990 er et eksempel på hvordan «forsmådde» eldre pleietrengende kan klare å endre prioriteringer – i dette tilfelle, over natten.

Forvaltning består, som vi har pekt på, blant annet i reguleringer, bevilgninger og konkrete tiltak. Det er som regel et godt stykke fra slike «instrumenter» til de mer eller mindre «endelige» verdier, eller interesser. Instrumentene håndteres gjerne i regi av mange instanser, enten som ledd i et mer eller mindre hierarkisk system eller av instanser som ikke er hierarkisk ordnet, som ulike departementer eller direktorater og tilsyn. I mange tilfeller er hierarkiene ganske løse, som tilfellet er når siste forvaltningsnivå er fylkeskommuner eller kommuner. På denne måten blir årsaks- og ansvarsforholdene ofte nokså uklare. Hvis styringen skal være mål- og resultatorientert må hver instans' forvaltning være knyttet til mer eller mindre «endelige» verdier eller interesser gjennom forvaltningsvirkningsskjeder. I helsepolitikken er de «egentlige» verdier særlig helseverdier, knyttet til fremme av helse, forebygging av helsesvikt og restaurering av tapt helse. De er imidlertid også omsorg når omsorgsevnen er redusert. Ofte blir verdiene, blant annet fordi der aldri er nok ressurser, oversatt til «interessemål» – altså til tiltak rettet mot en bestemt gruppe, en aldersgruppe, et kjønn, en diagnosegruppe osv. I noen grad er de også det vi kunne kalle bekreftelse: Måten mennesker blir møtt på av dem som yter tjenester er med på å påvirke hvilken verdi tjenesten har for dem. Skal man være konsekvent målstyringsorientert må verdier og interessemål så sees i relasjon til *omkostningene* med å skape dem. Det samlede verdireultat blir da helseutbytte (og lignende) delt på omkostninger.

I 1996 la en prosjektgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet frem en rapport om videreutvikling av mål- og resultatstyring blant annet i Det

norske radiumhospital.³⁷ I rapporten presenterte gruppen en årsak-virkningskjede for pasientbehandlingen. Til venstre i kjeden finner vi «aktiviteter», som utredning, behandling og pleie. Så følger «tjenesteprodukter», blant annet konkrete diagnostiske og kurative tjenester. Videre følger korte og langsiktige «effekter», som overlevelsestid, livskvalitetsutvikling og («sparte») behandlings- og rehabiliteringsomkostninger. Kjeden er ikke helt systematisk tegnet, men det vi har nevnt viser poenget: Det gir mening å måle hvilke resultater de ulike intervensjoner har gitt. Slik er det ikke med Helsetilsynets virksomhet.

Helge Høifødt (f. 1957), Helsetilsynets og dets administrasjonsavdelings «organisasjonsmann», forsøkte å lage en årsaks-virkningskjede for Helsetilsynets virksomhet. Han begynner med å presentere Helsetilsynets «virksomhetsområder», altså tilsyn, utredning for departementet, veiledning og informasjon «nedstrøms», forvaltning og drift av politisk bestemte handlingstiltak. Han starter altså ikke med mål, men sier at alt Helsetilsynet gjør skal ha som *endelig* virkning «gode helseforhold, behovsdekning og kvalitet i helsetjenestene, og rettssikkerhet for befolkningen i deres forhold til helsetjenesten».³⁸ Han legger så til:

«Dette [kfr. sitatet ovenfor] er ikke effekter i første instans, og ikke effekter etaten kan stå til ansvar for. Vi mener derfor det er mer hensiktsmessig å ta utgangspunkt i effekter nærere etatens ansvar».

For det såkalte «overordnede tilsyn» nevner han blant annet å skaffe til veie en «god oversikt over helsetjenesten». For virksomhetstilsynet nevner han så virkningen å «overholde myndighetskrav», blant annet om å ha innført internkontrollsystem. For individtilsyn nevner han at helsepersonell driver «forsvarlig» og «lærer av personfeil». For «oppstrømsvirksomheten» nevner han å ha tilgjengelig et «faglig

³⁷ Sosial- og helsedepartementet, *Videreutvikling av mål- og resultatstyring av Sosial- og helsedepartementets underliggende etater*, januar 1996, vedlegg 2. Rapporten ble oversendt Helsetilsynet den 8.2.1996 og har der fått arkivnummer 96/979-1.

³⁸ «Målstruktur og effektkjeder for Helsetilsynet», notat, 21.6.1996 til Styringsgruppen for mål- og resultatstyringsprosjektet. Det notat vi har, har ikke fått noe arkivnummer. Sitatene er fra s. 3.

beslutningsgrunnlag» i saker det skal taes stilling til av departementet. For «nedstrømsvirksomheten» nevner han blant annet å bidra til at det er «riktig kompetanse i helsetjenesten». For forvaltningsoppgaven nevner han at samfunnet kan forvente «korrekt forvaltning av regelverk». For handlingsplanene og tiltaksadministrasjonen nevner han endelig at planene og tiltakene blir gjennomført «med tilsiktet virkning».

Høifødt henviser også til departementets tildelingsbrev til Helsetilsynet og fylkeslegene for 1997 der det overordnede mål – «å arbeide for kvalitet og rettssikkerhet i alle deler av helsetjenesten, og for helsetjenestens brukere» – blir fulgt opp med «hovedmål».³⁹ Departementets formuleringer er foreløpige, men det er mindre viktig her. Her er det å knytte mål til aktiviteter og lovkrav som er det viktige. Vi skal dog legge til at slik målene er formulert betyr de at Helsetilsynet skal *bidra* til oppfyllelsen av (aktivitets)målene og dermed knapt kan gjøres (ene)ansvarlig for måloppnåelsen.

I et notat skrevet den 31. august 1999 har signaturen KBH de samme poengene. Notatet har overskriften «Effekt av aktiviteter på helsetilstand og helsetjenester». Det er stilet til planutvalget, et utvalg ledet av avdelingsdirektøren i administrasjonsavdelingen (i Helsetilsynet).⁴⁰ Signaturen svarer på spørsmålene om «hvilken effekt etatens aktiviteter har på helsetjenesten (omfang, kvalitet, tilgjengelighet, servicegrad mv) og helsetilstanden i befolkningen». Svarene lyder blant annet slik:⁴¹

«Vi er én av mange krefter som har innflytelse på kommunehelsetjenesten og sykehusene – [...] men hvilken vekt og virkning har vi? Har vi totalt sett bidratt til bedre kvalitet og kvantitet av legevaktjenester etter å ha gjennomført legevaktstilsyn og fulgt opp at alle avvik er lukket? Eller ble effekten snarere at begrensede ressurser i kommunen ble brukt til å

³⁹ Sosial- og helsedepartementet, *Tildelingsbrev for 1997 til underliggende etater*, p. 2.1.

⁴⁰ Utvalget var opprettet ved årsskiftet 1995/96 og skulle samordne planleggingen i Helsetilsynet og fylkeslegeetaten. Vi kommer nærmere tilbake til det nedenfor.

⁴¹ Notat av 31.8.1999 til planutvalget – møte 2.9.1999, fra KBH. Den versjonen vi har er ikke gitt arkivnummer.

lage prosedyrepermer for legevakten, mens andre områder ble forsømt? Kan det tenkes at våre forskrivningskontroller av A/B-preparater har en helsebringende effekt på legers forskrivningspraksis? Er våre godkjenningsordninger for helsepersonell et godt bidrag til å sikre kompetanse og kvalitet i helsetjenesten? Hvordan virker vår rådgivning til helsepersonell og administratorer? Har behandlingen av klagesaker noen virkning på helsepersonell eller virksomhetene?»

Daværende fylkeslege i Sogn og Fjordane, og senere konstituert helsedirektør og ekspedisjonssjef, Petter Øgar (f. 1953), skrev i 1997 et lite notat til ledergruppen i Helsetilsynet og fylkeslegene om det vi kunne kalle «sluttverdien» av tilsyn. Notatet har det samme grunnpoenget som KBHs notat. Øgar forteller at hans kontor nylig hadde gjennomført et tilsyn ved kirurgisk avdeling ved fylkets sentralsykehus. De fant så mange mangler med avdelingens internkontrollsystem at de vurderte det som «avvik». Så føyer han til: «Men om noen spør, og noen har spurt, hva dette sier om kvaliteten på tilbudet pasientene får, blir jeg svar skyldig».⁴²

Det var og er knapt mulig å besvare slike spørsmål. Selv gjennom omfattende forskning ville det være vanskelig å besvare dem. Slik evalueringsforskning ville også blitt så kostbar at den neppe ville kunne forsvart innsatsen (hvis den var blitt evaluert...). Det er imidlertid interessant at spørsmålet om tilsynsvirksomhetens verdi (utbytte/ressursbruk) siden skulle bli sett på av Statskonsult. Vi skal komme tilbake til det. Det hører med til dette bildet at det også er svært vanskelig å dokumentere hvilken virkning annen kontrollvirksomhet, som revisjon, har.⁴³

⁴² Petter Øgar, «Tanker om tilsyn – del 2», datert 18.12.1997. Vi har fått notatet fra en medarbeider i Helsetilsynet. Det har ikke arkivnummer, men beror i vårt arkiv.

⁴³ Det er et sentralt poeng hos Michael Power i hans bok om revisjonssamfunnet (op. cit.).

Målstyringens dypere problemer: et tillegg

Statskonsult var mål- og resultatstyringens fremste advokat fra slutten av 1980-årene. Organet hadde imidlertid ekstra vanskelig for å definere sine egne mål på en «ekte» normativ måte. Forvaltningsorganer er som regel nokså indirekte verdiskapere. Det skal styre dem som skal styre dem osv. som skal skape verdier. Statskonsults oppgave var enda mer indirekte: Dets konsulenter skulle rådgi, ikke styre, de som skulle styre de som skulle skape verdier. Det definerte derfor på denne tiden sitt overordnede mål (sin virksomhetsidé) som «En bedre forvaltning for hver krone», av og til litt uheldig formulert som å bidra til å skape «mer forvaltning pr. krone». ⁴⁴ Definisjonen viser hvor vanskelig det var å definere mål som kunne brukes som utgangspunkt for styring, spesielt for et organ som forsøkte å påvirke andre forvaltningsorganer på oppstrømssiden. Det er ikke åpenbart hvordan man skal finne resultatindikatorer for «bedre forvaltning» og dermed heller ikke hvordan Statskonsult skulle mål- og resultatstyres. Statskonsult antydte hva en bedre forvaltning ville være på denne måten: Den skulle gi «grunnlag for god politisk styring», ha «effektiv ressursbruk» og yte «tjenester tilpasset brukerne». ⁴⁵ Å bruke disse kriteriene for å bedømme om en forvaltningsgren Statskonsult har *rådgi*tt forvalter godt, er ikke enkelt.

Kanskje man kan si at det mål- og resultatstyringsreformen gikk ut på var å få forvaltningen til å tenke og handle mer *instrumentelt*, altså mer basert på eksplisitte, om enn tette, mål-middel-vurderinger. Det var enklere å gjøre det hvis målet var nært, og derfor instrumentelt, enn fjernt og ekte normativt. Helsetilsynet kunne slik ha som mål å øke antallet tilsyn med f.eks. sykehus det kommende år med så og så mye eller redusere behandlingstiden for klagesaker med så og så mye, men ikke bry seg så mye om tilsynene for eksempel førte til helsegevinster (gjennom forebygging) eller uttalelsene og beslutningene i klagesaker gav verdier

⁴⁴ Statskonsult, årsmelding 1988 etc. Her gjengitt etter *Fra instrumentell rasjonalitet til tvetydighet En analyse av utviklingen av Statskonsults tilnærming til standarden Mål- og resultatstyring (MRS) 1987–2004*, Oslo: Handelshøyskolen BI, doktoravhandling 3, 2011, s. 115.

⁴⁵ Pussig nok glemte her Statskonsult alle de organer som ikke har brukere i vanlig forstand, som skapere av offentlige goder.

for klagerne (som oversteg verditapet for de påklagede). Det ville være et nesten umulig prosjekt å bestemme hva slags, og hvor store, positive verdikonsekvenser tilsyn og klagebehandling hadde (og for hvem de hadde det), særlig hvis man også skulle se disse konsekvensene i forhold til ressursforbruket; kfr. uttalelsen av Petter Øgar.

Enda vanskeligere ville det bli hvis man skulle finne ut hvilken relativ betydning tilsyns- og klagebehandlingen i en periode hadde hatt. Det siste er imidlertid viktig sett fra en integrert nyttesynsvinkel. Det vil fortelle om hvor *mye* tilsyn og klagebehandling man burde gå inn for. Helsetilsynet kunne for så vidt også kombinert de substansielle mål med de ressursmessige. Det kunne sagt at et mål var å redusere ressursbruken pr. tilsyn eller pr. klagebehandling med så og så mye neste år. Å gjøre dette ville også være nyttemessig viktig. Det gjorde imidlertid heller ikke det siste. «Effektivitet» ble nok et eksplisitt mål for Helsetilsynet, men ikke i særlig grad et praktisk sådant. Det nøyde seg, og nøyer seg, med mer umiddelbare substansielle mål, og rettssikkerhet. En viss rolle spilte ressurs hensyn dog for så vidt som Helsetilsynet, som andre forvaltningsorganer måtte holde seg innenfor det budsjett det hadde fått, og stadig måtte rapportere til et skeptisk-engstelig departement hvordan det lå an i forhold til budsjettet. Vi skal legge til at budsjettet mer var basert på erfaringer enn instrumentelle betraktninger.

Mål- og resultattenkningen hadde, som den nye offentlige ledelse generelt, sin inspirasjon i måten private, konkurrerende bedrifter fungerte på. Iallfall i prinsippet tar bedrifter utgangspunkt i et «endelig» formål, nemlig avkastning av den investerte kapital. De baserer seg altså på eiernes «egoisme» (interesser), men i teorien også på alle medarbeideres egoisme: Alle forsøkte å maksimere sitt eget utbytte, de første i vare- eller tjenestemarkedet, de andre i arbeidsmarkedet. Men ettersom bedriftene ble større ble det vanlig å operere også med mer «middelbare» mål, særlig produktivitetsmål. Medarbeiderne, særlig vareprodusenter, hadde stort sett presise oppgaver. Deres, eventuelt medarbeidergruppers, mer kortsiktige mål kunne være å maksimere produksjonen av komponenter eller ferdige produkter pr. tidsenhet, eventuelt samtidig med at feilprosenten gikk ned (kfr. kvalitetsoffensiven som i 1990-årene for alvor fikk konsekvenser i Norge). Det kunne være et spørsmål både om å få medarbeiderne til å arbeide mer presist, men minst like mye om å organisere arbeidet mer

rasjonelt. For det første formål ble produksjonsbaserte incentiver brukt. For det andre formål ble for eksempel store, ofte integrerte, selskaper delt opp i produktrettede divisjoner. De ble i det siste tilfelle vesentlig forenklet. Dermed kunne de administrative staber reduseres nokså mye. Dette siste skjedde særlig fra 1980-årene av og ble forsterket utover i den perioden vi nå ser på. Mot slutten av 1990-årene ble denne utviklingen, hjulpet fram av ny (digital) teknologi, så dramatisk at Harvard-professor Clayton M. Christensen (1952–2020) kunne tale om revolusjonær endring, eller «disruptive change»⁴⁶; Christensen var imidlertid ingen marxist og knapt nok en ny Joseph A. Schumpeter (1883–1950).⁴⁷

Mange bedriftsteoretikere, blant annet Christensen, så på offentlig virksomhet, særlig forvaltningsmessig, men også institusjonell – for eksempel innen undervisning og helsevesen – som håpløst kompleks og derfor ineffektiv. Kanskje overså han imidlertid hvordan offentlig sektor i mange vestlige land faktisk forsøkte å lære av organisasjonsrevolusjonen i deler av næringslivet. Den nye offentlige ledelsen var jo et uttrykk for denne læringen. Den førte for eksempel til at statlig virksomhet, for å forenkle den, begynte å bli funksjonsspesialisert. Ett uttrykk for det var at offentlig vareproduksjon og tjenesteytelse ble mer løsrevet fra den overordnede forvaltning, statlig og lokalt, og i varierende grad gjort til bedrifter (foretagender), og endog (delvis) privatisert. Oppdelingen av de integrerte, forvaltningsbaserte offentlige samferdsels- og energivirksomheter, for eksempel i infrastruktureierselskaper og driftsselskaper, som nå kom, er også uttrykk for slik bedriftslig spesialisering. Som vi skal komme tilbake til ble også de offentlig eide sykehus fra 2002 fristilt fra de politisk-administrative organer de hadde hatt over seg, skjønt ikke helt.

Også innad i forvaltningen skjedde der en viss funksjonell spesialisering. Som vi allerede har nevnt er omdannelsen av Helsedirektoratet til helsetilsyn i 1994, og videreført i 2002, et uttrykk for det. Det samme er altså også de mange tilsynsorganer og ombudsorganer som kom fra 1980-

⁴⁶ Clayton M. Christensen, *The Innovator's Dilemma: When New Technologies Cause Great Firms to Fail*, Boston, MA: Harvard Business School Press, 1997.

⁴⁷ Joseph A. Schumpeter, *Capitalism, Socialism and Democracy*, London: Routledge, 1942 (1994), s. 82–83.

årene. Denne logikken ble også mange steder fulgt opp innad i forvaltningsorganene. Helsetilsynet fikk således, som vi skal komme tilbake til, etter 2002-reformen en avdeling for systembasert og en for hendelsesbasert tilsyn. Lars E. Hanssen, sykehusprofessoren som ble assisterende helsedirektør i 1994 og i 2000/2001 helsedirektør, så gjerne at Statens helsetilsyn ble et mer spesialisert helsetilsyn. Som helsedirektorat hadde det vært for mye av et typisk offentlig forvaltningsorgan, eller som han sa, «en assortert landhandel».⁴⁸

I noen grad ble forøvrig også de «nye» sykehusene (etter 2002) preget av funksjonell spesialisering, enten ved at sykehusene i seg selv ble mer spesialisert eller ved at de i noen grad ble delt opp i skjermede avdelinger (for eksempel dagkirurgiske klinikker).

De gamle, integrerte industriselskapene fremstilte ofte et stort antall forskjellige produkter og fikk derfor også et stort antall ulike, og kryssende, produksjonslinjer. Det skapte store koordineringsproblemer, som igjen ga opphav til et stort byråkrati. Gjennom divisjonaliseringen ble produksjonslinjene redusert til én eller noen få (adskilte), og mesteparten av koordineringsbyråkratiet forsvant. Bedriftenes produktivitet (effektivitet) økte slik voldsomt. Forsøkene med ny offentlig ledelse viste snart at det var begrenset hvor langt man kunne effektivisere offentlig sektor. De fleste departementer, og mange av direktoratene (og tilsvarende organer) forble «assorterte», og ineffektive, landhandler. De som forvaltet ble aldri egentlig spesialister; de hadde for mange, ulikeartede oppgaver å ta seg av, og hadde hverken tid eller kompetanse til å følge opp det som skjedde på de ulike områder. Stabene de bemannet, eller skapte, ble slik store, og ineffektive. Mål- og resultatstyring lot seg for slike «småoppgaver» knapt bedrive. Tilskuddsforvaltningen er, som vi skal se, et eksempel på det. Det skapte store byråkratier på politikktutviklingssiden («oppstrømsiden»), men også på politikkkiverksettelsessiden og, til sist, i den endelige verdiskapningen.

⁴⁸ Intervju med Lars E. Hanssen, 23.6.2009.

Nærmere om styringssyklusen departement/helsetilsyn: Strategiske dokumenter og planer, budsjett og tildelingsbrev, etatsstyringsmøter og resultatrapporteringen, revisjonen

Vi har ovenfor sagt noe generelt om hvordan statlig styring danner dynamiske sykluser. Nå skal vi gå nærmere inn på elementer i disse syklusene. Vi skal se på noen av deres utgangspunkter, på den ene siden strategiske dokumenter og planer, og på den annen side de som kom fra oven, fra departementet, nemlig budsjettet og tildelingsbrevene. Så skal vi se på sider ved den løpende styringen fra departementets side, nemlig etatsstyringsmøtene. De spiller både en styringsfase- og en kontrollfaserolle. Vi ser så på hvordan Helsetilsynets årsrapporter viser hvordan Helsetilsynet er «lydig», men også kreativt. Til slutt ser vi på noen sider ved «avslutningen» av styringssyklusen, den som skjer i regi av Riksrevisjonen.

Mål og strategiske dokumenter og planer

Departementet hadde egentlig ikke egne strategiske planer, der verdier og mål defineres og avveies overfor hverandre, og der strategier peker på hvordan målene i store trekk kan virkeliggjøres. Slik var det i den perioden vi nå ser på, men slik har det alltid vært, og er det stadig, for alle departementer. Ja, slik er det for regjeringen og – vi kan vel si, selvsagt – for det formelt øverste styringsorgan – Stortinget. Et departement legger fra tid til annen frem stortingsmeldinger og andre planer. En del av disse er en slags strategiske planer, og gir premisser for mye av det som skjer det første, eller de første, år etter at planene er lagt frem. De fungerer imidlertid ikke strengt styrende, for eksempel for politikken konkretisering gjennom forslag til årsbudsjetter, ny lovgivning og ulike handlingsplaner og enkelttiltak. I den perioden vi nå ser på kom det i starten en generell stortingsmelding, nemlig St.meld. nr. 50 (1993–94) *Samarbeid og styring. Mål og midler for en bedre helsepolitikk*. Den ble lagt frem den 9. september 1994 og behandlet i Stortinget våren 1995. Stortingskomiteen og Stortinget uttalte seg om den, og gjorde noen vedtak (romertallsvedtak) den bad regjeringen følge opp. Den var imidlertid ikke noen plan Stortinget skulle vedta. Den gav premisser for hvordan

regjeringen (Brundtland III) ville legge frem mer konkret politikk (gjennom blant annet budsjett- og lovforslag).

Meldingen preges av et tydelig presentert verdisyn. Her er stikkordene likhet og rettferdighet. De er dog spesielt knyttet til (likhet i) *tilgjengelighet til helsetjenester*, ikke til (likhet i) levetidsforventninger. Departementet hadde imidlertid for ikke så lenge siden lagt frem en melding om folkehelsepolitikk. I budsjettet og tildelingsbrevene viser det seg også at det å øke levealdersforventningene (helsemaksimering) er viktig for regjeringen. Betoningen av lik tilgjengelighet følges opp av en betoning av at de tjenester pasienter får tilgang til skal være av høy kvalitet. Hva strategier angår legger meldingen vekt på offentlig-hierarkisk samordning, om enn med et innslag av samarbeid (dialog) mellom styrere og utførere, og vender seg polemisk mot konkurransebasert samordning. Verdiutgangspunktene, altså lik tilgjengelighet til kvalitativt høyverdige tjenester (korrekt ytt) og økte helseutsikter (for alle), følges opp med planer for mål- og resultatstyring, blant annet basert på forbedrede kvantitative data om helsetilstand, demografi og helsetjenester. Meldingen gir slik sett mange premisser for utarbeidelsen av budsjett- og lovforslagene, og ulike tiltak, som etter hvert skulle komme.

Stortingsmeldingen reflekterer et verdi- og målsyn som en tid hadde preget norsk helsepolitikk, spesielt når Arbeiderpartiet har styrt.⁴⁹ Det er i stor grad også dette syn som preger målene Helsedirektoratet la til grunn i sin første virksomhetsplan (1989), og som fortsatte å prege planene i årene som kom. Ja, Helsedirektoratet tok også med, hva meldingene ikke like tydelig gjorde, *effektivitet* (de alternative omkostninger) som mål.⁵⁰ Som vi skal se kom imidlertid ikke (omkostnings)effektivitet til å spille noen særlig rolle i det oppdrag Helsetilsynet (og fylkeslegene) fikk; ei heller fikk det det i Helsetilsynets oppfølging av virksomhetsplanen.

⁴⁹ Dette synet kom således tydelig til uttrykk også i Regjeringen Brundtland IIs melding, *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*, St.meld. nr. 41 (1987–88) (med Tove Strand Gerhardsen som sosialminister). Meldingen ble lagt frem 25. mars 1988.

⁵⁰ Kfr. Ole Berg, *Spesialisering og profesjonalisering*, del 2, *op. cit.*, s. 525–538.

Økonomiopptattheten var stor for både styrende og styrte, men i tradisjonell forstand: Budsjettene måtte «for enhver pris» holdes.

Regjeringen, og Sosial- og helsedepartementet, fulgte i betydelig grad opp meldingene, som den fra 1994. Det skjedde særlig gjennom budsjettene og tildelingsbrevene, men også gjennom lovvedtak. Noen egentlig departemental virksomhetsplan for Helsetilsynet ble imidlertid ikke budsjettet og tildelingsbrevet. Til det var budsjettet for mye av et budsjett. Det omfattet, som vi skal komme tilbake til, relativt spesifiserte bevilgninger. Til bevilgningene var det knyttet oppdrag. De verdier og mål som preget de brede stortingsmeldingene vi har nevnt ligger nok til grunn for tildelingsbrevet, men mer implisitt enn eksplisitt. Som vi har sett, oppdragene er knyttet til oppgaver, særlig tilsyn, og en rekke tiltak, oppsom nedstrøms, samt juridisk basert forvaltning. Oppgavens egentlige verdi- eller målbetydning er imidlertid sjelden spesifisert. «Målene» er i stor grad knyttet til oppgavegjennomføringen. Som vi har sett, med mange ledds avstand fra oppgaver til de «egentlige» mål, og med mange, mer eller mindre samvirkende aktørers medvirkning, blir noe annet umulig. Helsetilsynet legger hovedvekten på tilsynsoppgavene. Departementet gjør formelt det samme, selv om det nesten lesser Helsetilsynet ned med andre (direktoratspregede) oppgaver. Da er det interessant å se hva som skjer med mye av tilsynet i løpet av de årene vi nå ser på. De blir for alvor forstått på en rettslig måte. I så henseende er nok Helsetilsynet selv mer «dyttende» enn departementet, men stort sett står de begge for denne rettsliggjøringslinjen. Vi skal se nærmere på denne utviklingen når vi redegjør spesielt for tilsynsutviklingen. Her skal vi bare konstatere at denne utviklingen innebærer at Helsetilsynet, om noe, blir *mindre*, ikke mere, målstyrende: Skjønnspregede mål-middel-vurderinger erstattes av (juridisk preget) regelanvendelse.

Sett fra et, i prinsippet, nokså hierarkisk, mål- og resultatstyringsperspektiv skulle Helsetilsynets virksomhetsplan vært laget av, eller iallfall i samarbeid med, departementet. Vi ville jo ellers få den situasjon at Helsetilsynet gjorde seg til sin egen oppdragsgiver, i konkurranse med departementet. Nå kom i noen grad Helsetilsynet til å se på seg som et *uavhengig* tilsynsorgan (inspektorat) – det fulgte av den nye juridisk pregede rollen som «etterforsker» og «domstol» – men, som Justisdepartementets lovavdeling så det, var alle organer under et

departement organer som kunne instrueres.⁵¹ På samme måte som virksomhetsplanen «skulle» kommet ovenfra, skulle den strategiske plan gjort det. Helsetilsynet fikk sin første sådanne med overgangen til helsetilsyn i 1994. Det utarbeidet den selv, uten systematisk kontakt med departementet. Hverken den eller virksomhetsplanen skulle godkjennes av departementet, bare oversendes det. Begge ble sendt, når de var klare, men knapt kommentert, og kanskje ikke lest heller, iallfall ikke i særlig grad. Departementet styrte på egne premisser, og var fornøyd med det. Den styringen ble nok etter hvert mer detaljert, men der var allikevel rom for en viss frihet for Helsetilsynet til å styre seg selv. Virksomhetsplanen, den strategiske planen og andre planer Helsetilsynet laget, er uttrykk for det, men også for en stor grad av «lydighet». Vi skal si mer om virksomhetsplanene når vi skal se på Helsetilsynets indre styring. Her skal vi, før vi ser på tildelingsbrevene, nevne hva hovedpunktene i de strategiske planene ble. De sier litt om Helsetilsynets leting etter å «finne seg selv» etter «rystelsene» frem mot og gjennom 1992.

Helsetilsynet gav seg i den første strategiske planen som virksomhetsidé «Tilsyn for trygg helsetjeneste». Det het videre at «Statens helsetilsyn har det overordnede tilsyn med helsetjenesten i Norge». Det satte slik *oppgaven* tilsyn som sin viktigste identitetsskapende oppgave. Det definerte så fire «strategiske områder»: «Kvalitetsutvikling, rettssikkerhet, innsamling og analyse av faktagrunnlag og erfaringsoverføring». Disse «områdene» kan knapt forståes som konkretiseringer av virksomhetsideen, selv om de på mange vis er relatert til den. «Kvalitet» henviser til (mye av) formålet med tilsynet. Tilsynet skal bidra til at de tjenester pasienter får er av høy kvalitet, eller i det minste av forsvarlig kvalitet. Stikkordet «trygg helsetjeneste» henviser også til kvalitet, men kanskje i tillegg til tilgjengelighet (til helsetjenester) (etter behov og ikke økonomisk evne). Helsemaksimering er ikke eksplisitt nevnt som et ansvar for Helsetilsynet. Derimot er rettssikkerhet nevnt, en verdi som åpenbart er viktig for pasienter og borgere, men som er juridisk inspirert og ikke spesiell for helsevesenet. At den nevnes, kan betraktes som uttrykk for at Helsetilsynet

⁵¹ Det fulgte av prinsippet om statsrådets konstitusjonelle ansvar, var resonnementet. Det betydde imidlertid at lovavdelingen ikke så på tilsynsorganer som domstolslignende organer.

ser på tilsyn mer som kvalitets*sikring* enn *-utvikling*. Vi har nevnt det før: Helsetilsynet var godt i gang på sin vandring fra mål-middelbasert tilsyn til rettsliggjort sådant. De to siste stikkordene i de «strategiske områder», å skaffe til veie et «faktagrunnlag» (for departementets styringsbeslutninger og helsevesenets og borgeres kliniske og prekliniske beslutninger) og å drive «erfaringsoverføring», er av en annen karakter enn de første «områdene». De henviser ensidig til *oppgaver*, oppstrøms- og nedstrømsoppgaver. Da neste strategiske plan ble laget pekte blant annet fylkeslege Trond Lutnæs (f. 1948) på at de to siste stikkordene var «dårlige». ⁵² De er i det minste underlig formulert og er altså strategiske på en annen måte enn de to første «områder».

Hvis vi tar med to oppgaver Helsetilsynet her hadde «glemt», nemlig å delta i iverksettelsen av politikk (for eksempel handlingsplaner) og å forvalte (noen) lover, kan vi si at den strategiske plan betyr at Helsetilsynet ser på seg både som et tilsynsorgan (de to første «områder») og et direktorat. Det er også slik departementet ser på det i sine tildelingsbrev. ⁵³ Men her ligger også et viktig poeng: Helsetilsynet fant ikke straks seg selv. Det klarte ikke å bestemme hvordan hensynene til tilsyn og de mange direktoratsoppgaver kunne forenes på en godt samordnet måte. Men i så henseende var Helsetilsynet i samme situasjon som departementet. Det måtte følge opp Stortingets «tilsynsvedtak», men trengte stadig Helsetilsynet som direktorat. Ja, det gjorde det i økende grad, for mot årtusenskiftet (1999) kom der en ny styringsoffensiv, med nye lover for alle de sentrale deler av helsevesenet, mer offensive folkehelseiltak, forberedelser for fastlegereformen (2001) og, men i starten noe mer nølende, forberedelser til en omorganisering av spesialisthelsetjenesten. I tillegg kom at Stortinget nå tok initiativet til flere nye satsinger, ikke minst etter behandlingen av statsråd Werner Christies helsemelding. Departementet trengte egentlig Helsetilsynet mer som direktorat enn som helsetilsyn. Det trengte det nok som tilsyn for å følge opp den økte betoning av pasientrettigheter (lov 1999), men var

⁵² Det ble uttalt på fylkeslegemøtet 27.11.1997. Et notat om denne og andre kommentarer ble lagt frem på ledermøtet 3.12. 1997–98.

⁵³ Vi har omtalt den strategiske plan og dens tilblivelse i *Spesialisering og profesjonalisering, del 2, op.cit.*, s. 441–445.

mindre opptatt av Helsetilsynets overordnede tilsyn og institusjonstilsyn, ja, også av mange sider ved tilsynet med helsepersonell.

Den neste strategiske plan for Helsetilsynet og fylkeslegene ble, etter forarbeid i Helsetilsynet og diskusjoner i fylkeslege- og ledermøter, fastsatt av helsedirektør Anne Alvik den 11. desember 1997.⁵⁴ Den skulle gjelde for årene 1998 til og med 2001. Det heter i planen at den, som den forrige, baserer seg på den aktuelle lovgivning og Stortingets budsjettbeslutninger. Helsedirektøren forstår imidlertid de overordnede direktiver litt annerledes nå enn ved forrige korsvei. Det heter således:

«Overordna mål for Statens helsetilsyn og fylkeslegane er å medverke til utvikling av trygge helsetenester og god helsetilstand.

Hovudoppgåvene er tilsyn og rådgjeving. Tilsynet skal utførast likt i heile landet. Rådgjevingsarbeidet skal utførast slik at det ikkje kjem i konflikt med tilsynsoppgåvene».

Vi kan forstå målene på en verdi- og målorientert måte: Det siste ledd i første setning kan forstås som «helsemaksimering», det første som tilgjengelighetsmaksimering til høyverdige kliniske tjenester. Helsetilsynet og fylkeslegene skal «medverke» til å realisere disse mål; de er altså ikke (ene)ansvarlige for realiseringen av dem. Den øverste, og for så vidt primært ansvarlige, er departementet (og regjeringen). Når det gjelder virkemidler nevnes selvsagt tilsyn, men nå lanseres betegnelsen «rådgjeving» for det oppstrømsarbeid Helsetilsynet gjør for departementet og den veiledning det yter nedstrøms, overfor helseinstitusjoner og -personell og for borgerne. Pussig nok utelates her bistand til regelverksutvikling (oppstrøms), lovbasert forvaltning (nedstrøms) og forvaltning av handlingsplaner og tilskudd. I den nye planen tones altså på virkemiddelsiden noen av direktoratsoppgavene ned. La oss også føye til at den strategiske planen var en plan slik Helsetilsynet og fylkeslegene kunne tenke seg den, men dens skapere måtte være klar over, og var det, at politiske initiativ hele tiden kunne slå inn og gjøre deler av planen mindre relevant.

⁵⁴ Arkivnummer i Helsetilsynet: 97/3676 – 36.

Den strategiske planen er kort og generell. Den ble derfor fulgt opp av en handlingsplan – dog bare for årene 1999–2001, den første i sitt slag.⁵⁵ Planen var utarbeidet i regi av det planutvalg som Helsetilsynet opprettet ved utløpet av 1995, blant annet til erstatning for virksomhetsplanutvalget. Det hadde administrasjonsavdelingens leder som leder og en fylkeslege som nestleder.⁵⁶ Etter denne planen er «visjonen» for planperioden «Tilsyn og rådgivning for trygg helsetjeneste». Så følger en gjengivelse av hovedmålene for 1999 – og nå er planleggerne mer underdanige overfor departementet og budsjettproposisjonen enn Helsedirektøren var året før. Det heter at målene er

«1. En faglig forsvarlig helsetjeneste som etterlever lover og forskrifter og ivaretar rettssikkerhet for brukerne av helsetjenesten. 2. Et faglig grunnlag for å utvikle den nasjonale helsepolitikken. 3. Ivareta de formål som følger av handlingsplaner, tilskuddsordninger og andre tillagte oppgaver».

Formuleringene har litt ulik og uklar språklig logikk, men viser at departementet ikke var så opptatt av verdier og mål og at det ville at Helsetilsynet skulle legge betydelig vekt på de direktoratspregede oppgaver. I planen sies det ikke så mye om departementets forventninger. I stedet sies det at Helsetilsynet i den kommende perioden skal ha en «merkbart større vektlegging av tilsyn, rådgivning og regelverksutvikling». Det heter videre, i en litt oppstykket innledning, at (s. 1)

«Det er en spesiell utfordring å være et tilsynsorgan som bare kan nå målet om trygge helsetjenester og god helsetilstand gjennom at andre virksomheter har samme mål og lykkes i sitt arbeid».

Vi får her en viktig påpekning. Når Helsetilsynet, sammen med andre, bare skal *bidra* til målrealiseringen, blir departemental mål- og

⁵⁵ Statens helsetilsyn og fylkeslegene, *Handlingsplan 1999–2001*. IK-2684 (1999).

⁵⁶ Se *Rapport fra Arbeidsgruppe for planleggingssystem for Statens helsetilsyn og Fylkeslegene*, avgitt den 10. november 1995 og behandlet på ledermøte i Helsetilsynet den 15. november (sak 30/8) og på fylkeslegemøtet 20. til 22. november samme år.

resultatstyring av Helsetilsynet nærmest umulig. Det samme blir mål- og resultatstyring av (deler av) helsevesenet i helsetilsynsregi umulig. Helsetilsynet sier imidlertid at det skal forberede seg til å gjøre sin del av den målrealiseringen departementets politikk er et uttrykk for ved å «prioritere *kvalitetsledelse* og *kompetanseutvikling*» (hos de ansatte). Planen er ellers nokså konkret. For hvert år sies det hvilke oppgaver som skal utføres.

Budsjettet

Sett fra en streng målstyringssynsvinkel skulle budsjettet for Helsetilsynet bestå i opplysninger om målene, evt. med resultatindikatorer, og så en uspesifisert rammebevilgning. Helsetilsynet måtte så, gjennom mål-middelanalyser, finne ut hvordan de bevilgede midler skulle fordeles på ulike aktiviteter og tiltak. Alternativt måtte departementet selv, også gjennom mål-middelanalyser, ha bestemt hvordan midlene skulle brukes. Det er ikke slik departementet satte opp budsjettet og formulerte tildelingsbrevet. Budsjettet preges av «oppstykkede» bevilgninger. Det inneholder en generell bevilgning til Helsetilsynet og fylkeslegene, gjennom kapittel 700. I tillegg kommer imidlertid en rekke andre, mindre bevilgninger over egne tilskuddsposter (-kapitler). De siste omhandler både spesielle tiltak, som forsøks- og effektiviseringsvirksomhet (kap. 701) og kursvirksomhet og stipendier (kap. 705), handlingsprogrammer, som styrking av geriatri (kap. 670) og Handlingsplan for redusert spedbarnsdødelighet (kap. 718) og bevilgninger til spesielle tjenester, som fengselshelsetjenesten (kap. 703).⁵⁷ Det er også et mindre inntektskapittel (3700), hvor mer «reelle» (salgs)inntekter (enn bevilgningene), samt noen refusjoner er ført opp.

Når budsjettet ble, og blir, satt opp slik, skyldes det praktiske og (legmanns)politiske hensyn. Staten kan ikke, som en «abstrakt» målstyring skulle tilsi, starte «på nytt» hvert år. En virksomhet som er satt i gang kan ikke revurderes hvert år. Den blir som en «vane» (og regel), som må videreføres, om enn noe redusert eller forsterket, hvert år, hvis staten skal

⁵⁷ Eksemplene er hentet fra budsjettet for 1995, men går i hovedsak også igjen i senere budsjetter.

fungere på en «rasjonell» måte. Forvaltningen må få fungere forholdsvis «konservativt» – altså som i fjor og i forfjor – hvis kaos og uro skal unngås. Den teoretisk rasjonelle budsjetteringen skaper som regel ikke rasjonalitet, men irrasjonalitet. Budsjettet må altså konkretiseres og endringene i det må som regel ha justeringspreg, ikke «oppdrivingspreg». Vi skal føye til at dette gjelder både for institusjoner og underinstitusjoner og for tiltak og programmer. Det er ikke tilfeldig at også stillinger i forvaltningen generelt hadde et «varig» preg; de ble omtalt som hjemler. Da nå målstyringen kom ble hjemmelsystemet opphevet (1998), for å gi lederne mer frihet til å fjerne og opprette stillinger. Det var en reform i målstyringens ånd. Den fikk imidlertid ikke straks store konsekvenser.

Den «politiske» grunnen til at budsjettet ikke ble et rammebudsjett, eller tydelig mål-middelbasert budsjett, var at (legmanns)politikere også ville ha mulighet for å drive konkret, ofte interessepreget, politikk. Der er almen enighet om generelle helsemål, men mange vil at hensynet til deres behandlings- og helsebehov skal ha litt høyere prioritet enn andres. Departementet, ofte etter initiativ fra Stortinget, gir så Helsetilsynet i oppdrag å gjøre noe ekstra for bestemte grupper. Frem mot årtusenskiftet gjelder det for eksempel bestemte demografiske grupper, som kvinner, barn og eldre. I brevet for 1997 (s. 14) heter det at Helsetilsynet er tiltenkt en ledende rolle når det nå opprettes en analyse- og koordineringsenhet for kvinnehelse. Det heter også flere steder at «Kjønnspektivet skal ivaretas» (brev 2000, s. 6). Om barn heter det at særlig fylkeslegene spiller, og skal fortsette å spille, en rolle i Aksjonsprogrammet for barn og helse 1995–99 (brev 1997, s. 15). Prosjektet Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten hører også med til barnehelsesatsingen (brev 1997, s. 15). For eldre, men også for fagområdet, var det opprettet et geriatriprogram (kfr. brev 1997, s. 19).

Denne politisk initierte, kombinerte almenverdi- og interessestyringen finner vi også igjen i etableringen av programmer for bestemte sykdoms- eller andre patologityper. Interessentene er her både pasienter og fagfolk (forskning). Der ble således satset på kreft, men også, og fra 1999 ekstra offensivt, på psykiatri. Der var en egen handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000 (brev 1997, s. 16–17). Fra 1994 til 1997 var der også en handlingsplan for funksjonshemmede.

Når så mange hensyn skulle taes samtidig ble imidlertid budsjettet ikke bare mer «rasjonelt» og «tradisjonelt», det ble også komplisert og dermed vanskelig å forvalte. Helsetilsynet måtte balansere sin bruk av den generelle bevilgningen og de spesielle bevilgninger. Etter hvert som der kom nye tiltak til oppstod for eksempel spørsmålet om tiltakene var fullfinansiert eller om Helsetilsynet måtte bruke av sin generelle bevilgning (sitt faste personale) til å «subsidiere» tiltakene. Slike spørsmål ble ofte ekstra kompliserte når tiltakene som var finansiert gjennom tilskuddspostene skulle realiseres sammen med andre institusjoner. På toppen av det hele måtte Helsetilsynet hele tiden være rede til, ofte på kort varsel, å ta på seg oppdrag fra departementet, oppdrag som gjerne hadde en politisk bakgrunn. Med oppdragene fulgte det sjelden ekstra ressurser. Slik sett er det ikke overraskende at Helsetilsynet og dets administrasjonsavdeling strevde med økonomiforvaltningen gjennom mye av den perioden vi nå ser på.⁵⁸ Denne forvaltningen fikk imidlertid økte ressurser, og økt oppmerksomhet, henimot årtusenskiftet.

Helsetilsynet og fylkeslegene fikk i hovedsak sitt budsjett som kapittel 700 på statsbudsjettet. Budsjetttildelingen kom som en samlet bevilgning. Det reflekterte, som vi har sett, det litt spesielle forhold at fylkeslegeetaten måtte sees på som en «del» av Helsetilsynet for at Stortingets krav om en «tonivåmodell» kunne bli oppfylt. I tildelingsbrevene lar det seg imidlertid gjøre å skille mellom de midler som går til Helsetilsynet og de som går til fylkeslegeetaten. I tabell 3.1 har vi gitt en oversikt over tildelingen av midler over kapittel 700 for perioden 1994 til 2001. Vi har her også tatt med regnskapstallene.

Som vi ser, er det en jevn, men beskjeden, økning i bevilgningene (i løpende kroner) til Helsetilsynet. De tilsvarer ikke stort mer enn prisstigningen. Ettersom oppgavene tiltar noe gjennom perioden, betyr det at Helsetilsynets budsjett er nokså stramt. Det var også noe som fra tid til annen kom til uttrykk, spesielt internt (som frustrasjon), men undertiden

⁵⁸ Frem til slutten av 1990-årene hadde Helsetilsynet et egenutviklet økonomisystem. Det ble, ettersom digitaliseringen for alvor kom, både sårbart og stadig mer tungvint å bruke. Da det nye økonomiforvaltningssystemet kom i 1997, ble det nærmest «umulig» å bruke og Helsetilsynet innførte et nytt, kjøpt økonomisystem (Agresso). Det ble tatt i bruk 1. mai 1998.

også overfor departementet. Det ble således nevnt i flere etatsstyringsmøter. I referatet fra møtet den 10. mars 1998 heter det for eksempel at «Helsetilsynet betrakter omfanget [av oppgaver, beskrevet i tildelingsbrevet] som stort». Det er ikke, heter det videre, «samsvar mellom pålagte oppgaver og ressursene».⁵⁹

Den endelige bevilgning i 1995 var vesentlig lavere enn bevilgningen for 1994. Det skyldes ikke primært at oppgaver ble flyttet fra det gamle direktoratet, eller på andre måter hadde med omorganiseringen å gjøre. De viktige postene, 01–10, Lønn og godtgjørelser, økte bare litt. Det som skjedde var at postene 11–23, Varer og tjenester, gikk betydelig ned. Vi nevner også at av den samlede bevilgning til Helsetilsynet og fylkeslegene gikk knapt 38 prosent til Helsetilsynet i 1994.

Tabell 3.1: Kapittel 700. Statens helsetilsyn og fylkeslegene. Bevilgninger og regnskap, 1994–2001. 1000 kroner.								
År	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Regnskap	241 697	185 860	200 030	213 298	229 239	231 048	239 428	
SIII (bevilgning)	224 582	167 878	174 896	190 333	197 140	203 357	220 050	231 450

I tabell 3.2. ser vi hvordan bevilgningene til det bredere spekteret av tiltak, handlingsprogrammer og overførsler utviklet seg i den perioden vi nå ser på. Som vi ser, har beløpene endret seg en del i løpet av perioden. Fra 1996 har beløpene for Helsetilsynet vært større enn de beløp det forvalter over det kapittel som skal finansiere dets «hovedformål», kapittel 700. Slik sett er det ikke overraskende at mange i Helsetilsynet, ledelsen medregnet, fra tid til annen klaget over at tilskuddsaktivitetene truet Helsetilsynets hovedoppgaver, altså særlig tilsynet. Det understreker dette forhold at Helsetilsynet i noen grad – hvor mye er det ikke mulig å bestemme – brukte av kapittel 700-midler til å forvalte tilskuddene. Som vi har nevnt, gjorde det forhold at Helsetilsynet forvaltet en god del av midlene sammen med andre organer, blant annet departementet, forvaltningen hverken enklere eller rimeligere. Vi ser ellers at

⁵⁹ Referat fra etatsstyringsmøtet med Statens helsetilsyn 10. mars 1998, s. 2.

Helsetilsynets *andel* av forvaltningen av tilskuddsmidlene gikk en god del ned i løpet av perioden. Summen gikk imidlertid ikke ned. Den økonomiske tilpasningen til en renere tilsynstilværelse hadde slik sett ennå ikke startet. Den generelle veksten i bevilgningene til spesielle oppgaver og initiativ er ellers et uttrykk for den «oppstykkede» (legmanns)politikkens økende betydning i perioden.

Tabell 3.2: Tilskuddskapitler og -poster Helsetilsynet med/forvaltet 1995, 1996, 1997 og 2000. 1000 kroner

År	Samlet sum	Herav spesielle tilskudd	Beløp forvaltet av/via Helsetilsynet (og andel for Helsetilsynet)
1995	499 559	49 900, til kommuner; 78 700, til forebyg. tiltak, helse/sos.sektor	324 938 (65,0 pst.)
1996	729 409	279 800, til fylkes/kommuner	254 353 (34,9 pst.)
1997	836 677	290 000, til kommuner (psyk.)	240 891 (28,8 pst.)
2000	1 471 730	655 100, til kommuner (psyk.)	283 534 (19,0 pst.)

Helsetilsynet hadde også mindre, litt mer nedenfra-pregede inntekter – utover bevilgningene som kom ovenfra (og mer var tildelinger enn inntekter), plassert under kapittel 3700. Tabell 3.3. viser hvordan inntektsutviklingen var fra 1994 til 2001. Etter regnskapet var den på knapt 17 millioner kroner i 1994. Den økte gradvis til knapt 25 millioner kroner (i løpende kroner) i 2000. Den var altså av moderat betydning for hvor mye Helsetilsynet hadde å rutte med. Vi ser imidlertid at budsjettbeslutningene inneholdt langt lavere tall, hele perioden. Ja, gapet mellom dem og regnskapstallene økte betydelig.

Tabell 3.3: Helsetilsynets inntekter, kapittel 3700, 1994–2000. 1000 kroner

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
SIII	2 566	2 060	4 458	2 094	2 130	750	770
Regnsk.	16 861	18 400	22 580	19 949	22 517	20 145	24 963

Når inntektene ble større enn forutsatt da budsjettet ble vedtatt skyldes det særlig post 04, Diverse inntekter. De diverse inntektene var i første rekke inntekter fylkeslegekontorene fikk for kurs de holdt for helsepersonell i

kommunene og som kommunene (delvis) dekket. Departementet tok ikke sjansen på å føre opp (forutsi) slike, og andre mulige inntekter, som inntekter ved salg av rapporter og lignende. Vi skal legge til at disse inntektene, men enda mer noen refusjonsinntekter (blant annet fra Norad), kan sees på som overførsler innad i den offentlige, bevilgningsbaserte sektor. Samtidig bør vi nevne at undervisnings- og publikasjonsinntektene, også kan sees på som mer «naturlige» salgsinntekter. Helsetilsynet og dets etat er ikke bare en forvaltningsinstitusjon, men også en tjenesteytende institusjon.⁶⁰ Som det siste, kan den skaffe seg «naturlige» inntekter.⁶¹

Tildelingsbrevet

Tildelingsbrevet er, som nevnt, et «brev» fra departementet til dets underliggende institusjoner, hvor det stortingsvedtatte budsjettet *tildeles* institusjonene. I vårt tilfelle er det Helsetilsynet og fylkeslegene. Med innføringen av mer mål- og resultatstyring, særlig fra 1990-årene av, ble dette dokumentet – før ble det omtalt som tilstillelses- eller tilstillingsbrev – mer *styrende*. Bevilgningene kom nå med (stadig) tydeligere resultatforventninger. Det er uttrykk for at statens styringshierarki ble strammere. Som vi har nevnt ble denne tendensen tonet noe ned ved at styringen ovenfra skulle ha et visst grunnlag i ønsker nedenfra, altså i en dialog. Vi skal si mer om det når vi ser på etatsstyringsmøtene.

Tildelingsbrevet er i hovedsak bygget opp på samme måte gjennom den perioden vi nå ser på, altså fra 1994 til 2000 (og 2001). Først kommer en innledning med tildelingen over hovedkapitlet, 700, samt det lille inntektskapitlet (3700) og en oversikt over tilskuddspostene. De siste forvalter Helsetilsynet av og til alene, av og til sammen med andre. Det er altså i dette kapitlet budsjettet generelt presenteres. Så følger et

⁶⁰ Publikasjoner er en kombinasjon av vare og tjeneste, eller en tjenestebærende vare.

⁶¹ Med innføringen av mål- og resultatstyringen (ny offentlig ledelse), ble staten og den offentlige sektor generelt mer opptatt av å se etter «naturlige» (salgs)inntekter, og av å la «bevilgninger» få et preg av å være «naturlige» inntekter. Der var allerede mange eksempler på det i *helsetjenesten*, og flere kom nå, kfr. Innføringen av DRG-baserte inntekter ved sykehusene fra sommeren 1997.

(tekst)kapittel om prioriteringer og resultatmål, men med litt varierende overskrifter. Man kan si at her presenteres verdi- og mål-oppgavet for Helsetilsynet. I det neste kapittel følger opplysninger om resultatoppfølgingen. De første årene følger så et kapittel om (budsjett)fullmakter og ett om tilskuddskapitlene. Undertiden er der andre kapitler, f.eks. om koordinering med statlige etater og fylkeslegens samarbeid med fylkesmannen og de siste årene om «forventninger til Statens helsetilsyn av administrativ karakter».

Det viktigste fra vår synsvinkel er opplysningene om prioritering og resultatmål og om resultatoppfølgingen.

Der er en viss utvikling over tid. Tildelingsbrevet blir mer konkret og «krevende» etter hvert. Styringstrykket øker altså, ikke mye, men litt. Vi skal se at det også skjedde gjennom etatsstyringsmøtene. I tildelingsbrevet for 1997 kom departementet med sitt mest offensive påbud om mål- og resultatstyring. Det henger sammen med at det nye, mer mål- og resultatstyringsorienterte, økonomireglementet nå trådte i kraft. Departementet hadde på forhånd laget et forslag til målstruktur for Helsetilsynet, et forslag Helsetilsynet ikke bare var fornøyd med. Det fikk nå (1997) i oppdrag å utarbeide et nytt (97-brev, s. 7). Det skulle skje gjennom samarbeid med departementet (i en komite). Resultatet ble at målene ble: 1) En helsetjeneste som etterlever lover og forskrifter. 2) En faglig forsvarlig helsetjeneste i tråd med nasjonale helsepolitiske mål. 3) Rettssikkerhet for brukerne av helsetjenesten. 4) Et faglig grunnlag for utvikling av den nasjonale helsepolitikken.

De to første målene, til dels også det tredje målet, kan vi si er «lydighetsmål». Helsetilsynet skal sørge for at helsetjenestens representanter følger lover og regler, altså er lydige, og Helsetilsynet skal vise lydighet ved å bidra til tjenestens lydighet. På den ene siden er slike mål uttrykk for stram styring. På den annen side er de uttrykk for noe som kan oppfattes fornærmende: De utøvende deler av helsetjenesten skal passes på så de følger lover og andre vedtak fattet av deres foresatte. Som et fjerde mål kommer et utpreget middel: Helsetilsynet skal sørge for at det faglig er godt rustet til å bistå departementet med dets politikktutvikling, kanskje også politikkiverksettelse. Egentlige *helse*mål er imidlertid ingen av disse målene. Rettssikkerhet er et verdirelatert mål, men ikke egentlig et helsemål. Hva målstyring angår er disse målene et

uttrykk for at slik styring er oppgitt. De tre første målene viser endog at målstyringen er erstattet med, eller skal erstattes med, regelstyring. For øvrig må vi legge til at styringen i praksis fortsatte å være også svært aktivitetsstyrt. Vi skal også legge til, som vi skal komme tilbake til, at Helsetilsynets videre styring, altså styringen av fylkeslegene, var, og forble, enda mer aktivitets- og regelstyrt enn departementets styring av Helsetilsynet.

Ikke i noe tildelingsbrev tar departementet utgangspunkt i det sett av verdier som skal prege helsepolitikken og som også Helsetilsynet er forpliktet av. Noen nevnes eksplisitt, som kvalitet og rettighetsvern, men ikke som en del av den samlede «målfunksjon». De nevnes parallelt med de konkrete oppdragene. De som ikke nevnes, men som er en del av verdigrunnlaget for regjeringens helsepolitikk, som helsemaksimering (og patologiminimering) og tilgjengelighetslikhet (i klinikken), blir ikke tydelig nevnt, men finnes implisitt flere steder. Det mål-middel-hierarki (eller -tre) som målstyring egentlig impliserer, finnes altså ikke. Mer «ekte» mål som rettsverns(maksimering), kvalitetssikring (sviktminimering) og kvalitetsutvikling (-maksimering), nevnes parallelt med oppgaver, tiltak og lignende. Departementet «dytter» på for å få Helsetilsynet til å telle så mye av oppgave- og tiltaksaktivitetene som mulig. Det blir dog ikke mer målstyring av det. Det blir mer virkemiddelstyring. Departementet ber ofte Helsetilsynet om å passe på at der er mer likhet i behandlingen, gitt tilstand, men relaterer ikke dette kravet til kravet om kvalitetssviktminimering eller kvalitetsutvikling. Vi skal føye til her at dette ønsket, eller pålegget, reflekterer at departementet nå (fra 1995) blir mer opptatt av klinisk-faglig styring. Departementet, men også Helsetilsynet, viser, inspirert av «evidensbølgen» i medisin, generelt økende interesse for å standardisere (og dermed styre) medisinsk praksis. I så henseende følger departementet opp Werner Christies helsemelding (1994). La oss legge til at fra 1997 legger departementet vekt på at også tilsynet skal standardiseres. Det tales om en «standardisert og enhetlig tilsynsmetodikk» (1997-brevet, s. 8).

Gjennom tildelingsbrevene gir departementet gjennom hele perioden støtte til Helsetilsynets ønske om å bli et, iallfall litt, renere tilsynsorgan. Vi har dog konstatert at denne støtten ikke i særlig grad gir seg budsjettmessige

utslag. Også departementet må følge opp politisk bestemte ønsker om stadig flere tiltak og handlingsplaner.

Departementet støtter Helsetilsynets stadig tydeligere rettsliggjøring av tilsynet. De stadige, og litt strenge, påbudene om å sørge for pasientenes rettssikkerhet, blant annet ved å få ned klagebehandlingstiden, er et uttrykk for det. I 1994 var målet at antallet klagesaker under behandling ikke skulle overstige 1000; det målet ble videreført i 1995. Målet for den gjennomsnittlige saksbehandlingstid var i 1994 400 dager. For 1995 setter departementet den til 360. Helsetilsynet fikk problemer med dette målet, og departementet førte det videre for 1996. I 1997 endres målene litt. Antallet ikke avsluttede klage- og tilsynssaker skal ikke overstige 150 ved årets utløp. Saksbehandlingstiden for slike saker ved fylkeslegekontorene skal ikke overstige seks måneder. Gjennomsnittlig og median saksbehandlingstid skal ikke overstige tre måneder ved fylkeslegekontorene; for saker som går til Helsetilsynet er grensen fire måneder (brev-97, s. 11). Departementet fortsetter å «mase» om klagesaksbehandlingstiden, men «ber» i 2000-brevet Helsetilsynet om å «bestrebe seg på å få redusert saksbehandlingstiden» (s. 15).

Departementets utålmodighet var denne gangen også tilskyndet av den institusjon alle forvaltningsorganer var litt engstelig for, Riksrevisjonen. Revisjonen hadde sett nærmere på klagesaksbehandlingen i Helsetilsynet og fire fylkeslegekontorer og funnet at det var «forsinkelser i alle faser av saksbehandlingen».⁶² Som vi har nevnt ovenfor, var også de «målene» som kom fra 1998 uttrykk for den samme rettsliggjøring av styringen av Helsetilsynet og av Helsetilsynets (tilsyns)praksis.

Som nevnt mange ganger, tilsynsoppgavene er de som preger oppdraget fra departement til helsetilsyn, og som Helsetilsynet *ber* om å få. Dette oppdraget har delvis en generell verdi- og målbakgrunn. Den er spesielt knyttet til kvalitet (i praksis særlig kvalitetssviktforebygging), både i klinikken og preklinikken, men også i noen grad til tilgjengelighet til kliniske tjenester. Den er også knyttet til helseutvikling mer generelt, for så vidt som det «overordnede» tilsyn innebærer at Helsetilsynet skal bidra til å sikre at helsevesenet er best mulig skikket til å svare på de kliniske

⁶² Dokument nr. 3:3 (1999–2000), *Riksrevisjonens undersøkelse av klagesaksbehandlingen i Statens helsetilsyn og ved fylkeslegekontorene*, s. 2.

behov og de «helsebehov» befolkningen har. Her må vi dog legge til at både departement og helsetilsyn ennå har et litt abstrakt syn på hva dette «overordnede» tilsynet, både i teori og praksis, skal gå ut på.⁶³

I alle slike kombinerte almenverdi- og interessebaserte tiltak – og der er langt flere enn dem vi har nevnt – spilte Helsetilsynet en viktig rolle, men sjelden enerollen. Det samme er tilfellet for de mange tilskuddstiltak. Som nevnt tilsier en «ekte» målstyring at Helsetilsynet og andre organer får et generelt helsemandat, og så selv beregner på hvilken måte man kan få mest igjen for de pengene man har til rådighet. Som vi har pekt på er det politisk umulig. Politikere må markedsføre seg også gjennom konkrete, interesserelevante, tiltak. Forvaltningen og helsefagsinstitusjonene kan heller ikke fungere godt hvis tiltak skal revurderes hvert år. Byråkrater og helsefagfolk krever langsiktighet og forutsigbarhet, altså tiltak eller regler. Strengt tatt er slik den «rene» mål- og resultatstyring en umulighet.

Etatsstyringsmøtene og resultatrapporteringen

Etatsstyringsmøtene fylte ut den dokumentbaserte styringen som budsjettene og tildelingsbrevene representerte for første del av styringssyklusen. Regnskaps- og de andre resultatrapportene, til dels også årsrapportene (skrevet av Helsetilsynet selv), representerte den siste del av styringssyklusen (og begynnelsen av neste syklus). I etatsstyringsmøtene ble styringen utdypet og, av og til, oppmyket, og kontrollen skjerpet eller, om enn ikke så ofte, mildnet. Møtene utgjør altså en slags midtdel av styringssyklusen, og slik også det viktigste innslag av dialog.

Det første etatsstyringsmøte under det «nye» etatsstyringsregimet fant sted den 14. juni 1994, i departementet. Det ble ledet av seksjonsleder i administrasjons- og budsjettavdelingens nye seksjon for etatsstyring (SES), Bjørn Lien (f. 1962).⁶⁴ I møtet ble det orientert om de nye retningslinjene for etatsstyring, men også om omorganiseringen (i begge

⁶³ Det var dog nå gjenstand for utredning i det store og ambisiøse tilsynsprosjektet Helsetilsynet hadde satt i gang etter «hamskiftet» i 1994.

⁶⁴ Han ble dette året avdelingsdirektør. Han er cand. polit.

organer) og om den nye tariffavtalen i staten. Der var så orienteringer fra fagavdelingene i departementet og fra Helsetilsynet generelt.

Fra starten av var Helsetilsynet alltid representert ved ledelsen (gjærne begge direktører) og lederen for administrasjonsavdelingen, mens departementet til å begynne med var representert med SES-lederen, og litt ulike personer fra fagavdelingene. Begge parter hadde også med seg saksbehandlere. De første par årene varierte departementsdelegasjonen en del i sammensetning, noe Helsetilsynet etter hvert uttrykte litt misnøye med. Etter hvert ble der mer kontinuitet i sammensetningen av delegasjonene og departementet ble «tyngre» representert, gjerne med minst én ekspedisjonssjef. Antallet saksbehandlere økte også noe etter hvert. Til å begynne med var der ca. syv personer med fra hver side. Ved møtet holdt den 10. november 1998 var både Helsetilsynet og departementet representert med 13 personer. Det var nå blitt vanlig at ikke bare toppledelsen, men også avdelingslederne, samt sentrale saksbehandlere, møtte fra Helsetilsynet. Fra departementet møtte som regel flere av ekspedisjonssjefene foruten de viktigste budsjett- og etatsstyringsmedarbeiderne. Disse endringene er uttrykk for at møtene ble stadig viktigere for begge parter. Etatsstyringen, som linjepreget mål- og resultatstyring, «satte seg» mer og mer.

Det ble fra starten av lagt opp til to etatsstyringsmøter i året, ett i februar/mars og ett i september. Der kom også andre møter, som såkalte kontaktmøter (eller forberedende møter) hvor ulike saker av felles interesse ble drøftet. Utover dette var der mye kontakt mellom medarbeidere i de to organer som arbeidet med de samme saker. Slik sett var det nesten som i «gamle dager» (inntil høsten 1983), da direktoratet var en del av departementet. Morks distanseringspolitikk (etter 1983), ble nå nesten reversert.

I det første etatsstyringsmøtet skulle resultatene fra året før drøftes, med årsrapporten som grunnlag (utsendt senest en uke før møtet). Videre skulle tildelingsbrevet, utsendt i begynnelsen av januar, «utdypes», spesielt med hensyn til (nye) politiske «signaler». I denne sammenheng kunne også virksomhetsplanen for det inneværende år kommenteres. Endelig skulle departementet redegjøre for de foreløpige budsjetttrammer for neste års budsjett.

Det første møtet var slik det viktigste styringsmøte. I det neste skulle det sees på hvordan gjennomføringen av budsjettet og resultatkravene så ut. Det var slik et slags kontrollmøte. I tillegg kom forberedelser til neste år, ved at hovedlinjene for neste års budsjett ble presentert og etatens mål og strategier for neste år drøftet. Der kom nye retningslinjer for etatsstyringsmøtene i 1998, men de adskilte seg ikke mye fra de gamle.

Møtene ble preget av budsjettet – det eksisterende (første møte) og det kommende (andre møte). Budsjettsituasjonen fikk i alle møter særlig oppmerksomhet. Grunnlaget for diskusjonen av denne situasjonen var et detaljert rapporteringssystem, kalt «SES-SYS». Rapporteringen hadde seksjonen for etatsstyring (SES) som adressat. Ordningen innebar at Helsetilsynet skulle sende inn rapporter til departementet om det månedsfordelte forbruk av midler under kapittel 700 (Statens helsetilsyns kapittel) og inntekter under kapittel 3700. Rapporteringen skulle skje på postnivå. Helsetilsynet skulle sende inn økonomiske data pr. 31. mars, 31. mai, 30. juni, 31. august, 30. september, 31. oktober og 31. desember, altså syv ganger i året. Innsendingen skulle skje på diskett innen den 20. i den påfølgende måned. For å lette etatsstyringsseksjonens vurdering av de innsendte data skulle Helsetilsynet innen 1. mars ha sendt seksjonen et månedsfordelt budsjett (prognose). Hvis rapportene viste avvik av betydning, måtte Helsetilsynet redegjøre for disse på egne ark. Ordningen innebar at den løpende kontroll med ressurstildelingen i praksis skjedde i seksjonen, ikke på etatsstyringsmøtene. Den gjorde det imidlertid enkelt for departementet å se når ressursforbruket burde behandles i et etatsstyringsmøte. Denne kontrollen var nærgående, og føltes også slik for Helsetilsynets ledelse. Den var imidlertid ikke egentlig uttrykk for målstyring, den var uttrykk for det vi kunne kalle juridisk preget ressursstyring. Som vi skal se, departementsstyringen av Helsetilsynet (og fylkeslegene) ble ført «strengt» videre av Helsetilsynet overfor fylkeslegene.

På etatsstyringsmøtene skulle også den «substansielle» måloppnåelsen (resultatene) sees på og diskuteres. Det skjedde, og i økende grad, men i hovedsak var den knyttet til utrednings- og veiledningsoppgaver opp- og nedstrøms, oppgaver og tiltak – ofte politisk bestemte, tilskuddsforvaltning og lov- og forskriftsforvaltning, altså til oppgaver som sjelden hadde eller fikk, eller kunne få, målindikatorer. Helsetilsynet

måtte sende rapporter også om denne «måloppnåelsen», men i form av en papirrapport. Den skulle følge disketten med regnskapsdata.

Departementet ville imidlertid – det var politisk viktig – ha tallmessige opplysninger om én type ikke-økonomiske saker, nemlig klagesaker under behandling og gjennomsnittlig klagesaksbehandlingstid, begge deler månedsfordelt. Halvårlig skulle forøvrig Helsetilsynet (og de andre nivå 2-institusjonene) rapportere om bemanningen: antall besatte stillingshjemler, antall vakanser, antall medarbeidere uten stillingshjemmel og antall eksternt finansierte medarbeidere. Da stillingshjemmelsystemet ble avvirket fra oktober 1997⁶⁵, falt denne rapporteringen bort.

Etatsstyringsmøtene viser at styringen fra departementets side blir mer aktiv, særlig fra 1997, når det gjelder den sektorielle virksomheten, altså det som ikke primært gjelder budsjettsituasjonen. Det kan i noen grad skyldes at mål- og resultatstyringen tilsynelatende ble styrket ved opprettelsen av Planleggings- og samordningsdepartementet fra 1997 (regjeringen Jagland). Det er nok imidlertid mer en refleksjon av den statlige styring gradvis var blitt, og fortsatte å bli, mer ambisiøs. Med «det nye Arbeiderpartiets» seier ved parlamentsvalget i Storbritannia i 1997 ble styringsambisjonene økt i store deler av Vesten, i Storbritannia omtalt som «den tredje vei», men av en del forskere omtalt som en forsterkning av den «nye offentlig ledelse» (kfr. Kommentar 3.2.). I alle fall, styringsambisjonene ble ført videre av regjeringen Bondevik I, som tok over etter valget høsten 1997. Helsepolitisk var nå store reformer under planlegging, reformer som innebar en økning i ambisjonsnivået på mange områder, men som også krevde en mer inngripende styring. Helsepolitikken fikk et mer statsplanlagt preg. Eksempler på det er de nye lovene som ble forberedt, og som ble vedtatt i 1999, nye satsinger, som opptrappingsplanen for psykiatri, den tilstundende fastlegereformen og apotek- og legemiddelreformen. For å håndtere den nye politikken begynte departementet, ikke minst etter initiativ av den nye departementsråden (1999), Anne Kari Lande Hasle, å forberede en stor omorganisering av det sentrale styringsapparatet. Styringstilstramningen innebar imidlertid mer en tilstramning av den tradisjonelle styring enn en overgang til en bredere mål- og resultatstyring. Et uttrykk for den generelle, og mer aktivitets- enn

⁶⁵ Opphevelse av bevilgningsreglementets § 10.

resultatorienterte styringstilstramningen, er at etatsstyringsmøtet nå mot slutten av tiåret ble fulgt opp med en «oppfølgingsliste». På listen ble det ført opp saker som skulle følges opp, av hvem, ofte med en fristangivelse.



Berit Olsen (f. 1948), c.m. M.Sc. Hun var fylkeslege i Finnmark, 1987–1991 og arbeidet som sjeflege i den internasjonale migrasjonsorganisasjonen i Russland fra 1991. Hun var avd.dir. for avdeling for samfunnsmedisin, 1995–1997. I 1999 dro hun igjen til Sentral-Asia, for WHO (Tadsjikistan, Tsjetsjenia). I 2003 arbeidet hun ved et feltsykehus i Iran etter et stort jordskjelv, og fra 2004 i Aserbajdsjan.

(Foto: Tidsskrift for Den norske legeförening)

Vi skal ta med noen uttalelser som kom i noen av møtene fra 1997 og utover og som sier litt om styringsekspanjonen. Under møtet den 10. mars 1998 uttalte departementets Jens Eskerud (f. 1951) at årsmeldingen fra Helsetilsynet i større grad burde ha en «link» til tildelingsbrevet. Gjennom brevet kommer departementets hovedprioriteringer frem, og Helsetilsynet «bør rapportere i forhold til disse», altså vise at det gjør som departementet befaler.⁶⁶ Eskeruds synspunkter var representative for hva departementet mente, noe ekspedisjonssjef Harald Hauges uttalelser på møtet viser. I Helsetilsynets ledelse skapte denne styringen et visst stress. Siden Helsedirektoratet ble omgjort til tilsyn i 1994 hadde Helsedirektoratet arbeidet bevisst for å bli mer og mer et helsetilsyn, dog med bibehold blant annet av «rådgivningsoppgaver». Departementet

⁶⁶ Referat fra etatsstyringsmøte med Statens helsetilsyn 10. mars, 1998, punkt 1, s. 2. (Vårt arkiv)

støttet denne linjen gjennom mange uttalelser i budsjettene og tildelingsbrevene, men fortsatte å bruke Helsetilsynet nesten som et vanlig direktorat. Helsetilsynet ble pålagt stadig flere oppgaver knyttet til (politisk bestemte) handlingsplaner, tilskuddsforvaltning og tradisjonell (regel)forvaltning. Helsedirektør Anne Alvik bemerket derfor at hun syntes tildelingsbrevet var «svært omfattende, og preget av mange bestillinger på et detaljert nivå». Kanskje litt frustrert la hun til at de mange oppgavene ikke ble fulgt opp med tilstrekkelige budsjettildelinger. Avdelingsdirektør i Helsetilsynet, Berit Olsen (f. 1948) sa at «detaljstyringen» (gjennom tildelingsbrevet) gjorde det «vanskelig» for Helsetilsynet å «utvikle seg til å bli et moderne tilsyns- og rådgivningsorgan». ⁶⁷ I møtet 23. mars 1999 etterlyste ekspedisjonssjef Andreas Disen (f. 1945) «fokus på resultatene av etatens aktiviteter, fremfor en kvantitativ beskrivelse av gjennomførte aktiviteter», altså at Helsetilsynet i større grad tok inn over seg mål- og resultatstyringsprinsipper. Disen sa imidlertid ikke hva han mente med «resultater». Hans uttalelser på dette møtet var imidlertid mer et uttrykk for at noe av målstyringsretorikken fortsatt spilte en rolle enn at mål- og resultatstyring fortsatt gjaldt som den overordnede styringsfilosofi. Helsedirektøren svarte at hun var enig i at det burde redegjøres mer for resultater, men la til at «det er krevende fordi flere aktører arbeider mot samme mål som Helsetilsynet og fylkeslegene». Hun reflekterte slik de erfaringer hennes administrasjonsavdeling hadde gjort da de hadde forsøkt å lage «effektkjeder». Hun henviste imidlertid ikke til at tildelingsbrevets krav til Helsetilsynet, som Disen formelt var medansvarlig for, ikke er særlig mål- og resultatorientert (i en «ekte» forstand). Eskerud hadde ordet etter Disen, men fulgte ham ikke opp. Han mente årsrapporten burde «redegjøre for viktige politiske saker». ⁶⁸ Vi legger ellers til at Helsetilsynet mot slutten av 1990-årene stadig besværer seg over de «utilstrekkelige» bevilgningene. I møtet 23. mars 1999 sa Helsedirektøren at budsjettsituasjonen var «blir litt verre for hvert år». Fra 1998 til 1999 var det «en betydelig forverring». ⁶⁹

⁶⁷ *Ibid*, punkt 2 og 7, s. 2 og 3.

⁶⁸ Referat fra etatsstyringsmøtet 23. mars 1999, punkt 2, s. 1. (Vårt arkiv)

⁶⁹ *Ibid*, punkt 3, s. 2.

Helsetilsynets årsrapporter

Årsrapportene inneholder Helsetilsynets redegjørelse for hva det hadde gjort, og oppnådd, det forgangne år. Det gir oss dermed også et innblikk i både hvor «lydig» og hvor selvbevisst egenstyrende Helsetilsynet var og ønsket å være.

Helsetilsynet, lenge først og fremst ved dets administrasjonsavdeling, la mye – ja, stadig mer – arbeid i utarbeidelsen av årsrapporten. De første rapportene etter 1994 var summariske, med en del vedlegg. De blir mer utførlige og mer gjennomarbeidede fra 1997 og 1998. Da fikk de en lengde på 60 til 80 sider, med vanlig tekst på rundt eller vel 50 sider.

Rapportene ble lagt frem i etatsstyringsmøtet i mars, og åpnet gjerne med at Helsedirektøren redegjorde kort for rapporten, det vil si for virksomheten foregående år. Undertiden kunne det bli litt diskusjon om enkelte saker. Det ser ikke ut til at rapportenes utforming og funksjon ble særlig diskutert. Vi har imidlertid nevnt at Jens Eskerud (SHD) i møtet 10. mars 1998 gav uttrykk for at rapporten (for 1997) var for detaljert og at Helsetilsynet i større grad burde knytte rapporten nærmere til oppdragene i tildelingsbrevet. Han etterlyste altså mer dokumentasjon av hvor «lydig» og dyktig Helsetilsynet hadde vært, sett fra departementets synsvinkel. Stort sett ser det imidlertid ut til at årsrapporten mer ble tatt til etterretning enn gjort til utgangspunkt for en diskusjon om styringens virkninger og om hvor godt rapporten viste hva disse virkningene var. Gitt hvor mye arbeid som var medgått til å lage rapportene var departementsreaksjonen lite bekreftende. Videreutviklingen av rapportene måtte derfor også skje, og skjedde, hovedsakelig på grunnlag av erfaringer, refleksjoner og ambisjoner i Helsetilsynet.

Departementets Eskerud, en lege, sa at han syntes årsrapportene var for detaljerte. Han hadde rett i at de var svært detaljerte. Vi skal sette denne detaljeringen inn i en mer generell og strategisk sammenheng.

I noen grad kan vi si at årsrapportene var todelte. De inneholdt en stadig mer offensiv del om tilsyn og en «del» som omhandlet et stort antall saker, rådgivning (oppover og nedover), regelforvaltning, handlingsplaner og tiltak av ulike slag og en økonomisk rapportering. Tilsynsdelen hadde

selvsagt tilsynsloven, ikke minst som den ble lydende etter «dramatikken» i 1992, som utgangspunkt. Slik var den et oppdrag. Helsetilsynet fikk på den måten både et pålegg om å bli mer tilsynsbevisst og et incitament til å utvikle sin «nye» tilsynsfilosofi. Pålegget, og oppmuntringen, tok Helsetilsynet villig og etter hvert begeistret til seg. Det utviklet således en tilsynsfilosofi basert på et skille mellom «overordnet» (faglig) tilsyn, virksomhetstilsyn (institusjonstilsyn) og individtilsyn. Skillet viste seg raskt fruktbart for Helsetilsynet. Det reflekterte et naturlig hierarki: samfunn institusjon individ. Resten av oppgavene Helsetilsynet hadde, rapporterte det om på en måte som delvis reflekterte styringssyklusen: Noen oppgaver var oppstrømspregede, andre nedstrømspregede. Det satte imidlertid ikke tilsynet og disse andre, syklusbaserte oppgavene i sammenheng, som det kunne gjort. Det overordnede tilsyn er oppstrømspreget: Det skal gi departementet premisser for ny politikk. Gjennom kartlegging av behovssituasjonen stilte Helsetilsynet en samfunnsdiagnose. Gjennom kartleggingen av det kliniske og prekliniske tilbudet kunne Helsetilsynet gi departementet råd om hvordan behovssituasjonen kunne angripes. Det øvrige tilsyn er nedstrømspreget; ja, er egentlig en del av regelforvaltningen.

Ettersom tiden gikk ble, som nevnt, årsrapportene mer utførlige og mer presise. De ble preget av de syv «virksomhetsområder» som nå hadde «satt seg» – de tre tilsynsvirksomhetene, nedstrømsrådgevingen, oppstrømsrådgevingen, regelforvaltning og tiltaksdrift – og fortsatte slik å være aktivitets- mer enn mål- og resultatorientert.⁷⁰ Innenfor disse områdene ble aktiviteten i større grad tallet og rapportert om kvantitativt. For 2000 kom for eksempel departementet med tallbaserte «resultatkrav». Helsetilsynet svarte med en tabellarisk dokumentasjon av hva det hadde oppnådd.⁷¹

⁷⁰ Fra 2000 kom det til tre virksomhetsområder til: Fag- og profesjonsråd (f.eks. legeråd, hvor helsetilsynet har sete), som er ført opp som område nr. 4; regelverksutvikling (nr. 7) og internasjonale oppgaver (10). Oppgave nr. 7 er en oppstrømsoppgave, oppgave nr. 4 en nedstrømsoppgave, mens den siste oppgaven kan være både en oppstrøms- og nedstrømsoppgave, men egentlig går utover den nasjonale syklusen.

⁷¹ Helsetilsynets årsrapport for 2000, s. 3.

Krav nr. 1 var at fylkeslegene skulle utføre tilsyn i alle kommuner og bydeler minst hvert fjerde år. Resultatet ble at de klarte det hvert andre år, i gjennomsnitt. Krav nr. 2 var at fylkeslegene skulle utføre tilsyn ved hvert sykehus minst hvert tredje år. Resultatet ble ca. hvert andre år. Krav nr. 3 gikk ut på at fylkeslegene for et sakstall på 1500 klagesaker skulle ha en behandlingstid på 5 måneder. De fikk 1582 saker og hadde en behandlingstid på 5,4 måneder. For klagesaker skulle Helsetilsynet for 350 saker ha en behandlingstid på 9 måneder. Tilsynet fikk 361 saker og hadde en gjennomsnittlig behandlingstid på 8,5 måneder. Krav nr. 4 gikk ut på at fylkeslegene for 9000 førerkortsaker skulle ha en gjennomsnittlig behandlingstid på én måned. Resultatet ble 8893 og én måned. For Helsetilsynet skulle også saksbehandlingstiden være én måned for 250 saker. Saksantallet ble 269 saker og behandlingstiden én måned. Krav nr. 5 gjaldt billighetserstatningssaker. Her var kravet for Helsetilsynet tre måneders behandlingstid for 400 saker. Saksantallet ble litt lavere, 353 saker, og behandlingstiden litt lenger, 3,5 måneder. Krav nr. 6 gjaldt særfradrag. Her var forutsetningen at fylkeslegene skulle behandle 550 saker, men behandlet 405; intet ble sagt om behandlingstiden. For Helsetilsynet var forutsetningen 150 saker og to måneders behandlingstid. Resultatet ble 85 saker og tre uker. Krav nr. 7 gjaldt tvangsmedisinering. Her var kravet til fylkeslegene ved 800 tilfeller vurdering innen 48 timer. Resultatet ble 710 tilfeller og to virkedager. Krav nr. 8 gjaldt utskrivning av narkotikasertifikater. Kravet til Helsetilsynet var 1300; resultatet 1427. Krav nr. 8 gjaldt antall godkjente helsefagpersoner. Kravet til fylkeslegen i Oslo var 10 000 og resultatet 6212. Krav nr. 9 gjaldt antallet tilsyn med legemiddelforsyningskjeden. Kravet til Helsetilsynet var 40 og resultatet 34. Krav nr. 10 gjaldt antallet tilsyn med medisinsk utstyr. Kravet til Helsetilsynet var 3, resultatet 0.

Som vi ser, klarte både fylkeslegene og Helsetilsynet stort sett å innfri departementets krav til aktivitet. Fylkeslegen i Oslo lå noe under kravet om godkjennelse av helsefagpersoner og Helsetilsynet fikk utført litt for få legemiddeltilsyn og for få (dvs. ingen) utstyrstilsyn.

Det viktige er imidlertid at resultatene ikke var resultater i målstyringsforstand. De var aktivitetsresultater. Den egentlige målstyringen var nå nesten historie. Den var blitt erstattet av en stadig mer konkret aktivitetsstyring. Vi konstaterer ellers at redegjørelsen for

forvaltningen av de ulike, ofte politisk bestemte, tiltakene (over tilskuddskapitlene) gjennom hele perioden vi nå ser på er kortfattet og rent aktivitetsorientert. Redegjørelsen preges også av at Helsetilsynet som regel bare bidrar til tiltakene.

Vi skal komme tilbake til Helsetilsynets rolle i kvalitetsutviklingsarbeidet, men konstaterer her at dette arbeidet sees på som et «vanlig» tiltak. I prinsippet kunne det vært sett på som et målstyringsinspirert tiltak. Ja, målstyringen kunne vært drevet som kvalitetsutvikling(sledelse). Hverken departement eller helsetilsyn, de sentrale kvalitetspolitiske aktører, tar imidlertid initiativ til det. Helsetilsynet «faller» for eksempel stadig tilbake i tilsynstenkingen og ser på kvalitetspolitikk som kvalitetssikkerhetspolitikk, ikke kvalitetsutviklingspolitikk. Kvalitetsinnsatsen forblir derfor i hovedsak et tiltak som de andre tilskuddsbaserte tiltakene – og omtalt som sådant i årsrapportene. Kvalitetsutvikling fortsetter imidlertid å få oppmerksomhet og blir mot slutten av perioden i stor grad sett i sammenheng med det institusjonelle tilsyn. Vi skal komme tilbake til det.

Styringssyklusens avslutning: revisjonen

Man kan si at styringssyklusen bringes til en avslutning gjennom Riksrevisjonens gjennomgåelse av (blant annet) Helsetilsynets praksis når et år er omme. Men for så vidt som denne gjennomgåelsen kan resultere i vurderingen og pålegg av ulike slag gir den også premisser for neste omgang i den kontinuerlig utviklende styringssyklusen. Riksrevisjonen ser både på resultatoppnåelsen – om den er som forutsatt gjennom styringsdokumentene – og på økonomiforvaltningen i formell forstand. Vi skal nå, kort, se på innslag av begge former for revisjon, men mest på den primært økonomiske (regnskapsmessige).

Høsten 1996 og våren 1997 så Riksrevisjonen på noen tilskuddsordninger som ble forvaltet av departementet, Helsetilsynet og fylkeslegene. Undersøkelsen var basert på opplysninger fra departement, helsetilsyn, fire fylkesleger, fire fylkeskommuner og åtte kommuner. Revisjonen var spesielt opptatt av om der «var etablert tilfredsstillende rutiner vedrørende

tilskuddsforvaltningen». ⁷² Denne revisjonen var både forvaltningsmessig og økonomisk.

Riksrevisjonen konstaterte at

«mangelfulle retningslinjer i Sosial- og helsedepartementet og i Statens helsetilsyn hadde medført uensartet praksis ved bl.a. utforming av tildelingsbrev hvor det var uklart hvilke satsingsområder tilskuddsmidlene var ment å dekke, uensartet praksis for arkivering av informasjon og dokumentasjon for tilskuddsordningene, varierende oppfølging og kontroll med at prosjekter ble igangsatt, varierende oppfølging og kontroll med at prosjekter ble igangsatt, varierende oppfølging av mindreforbruk av tilskuddsmidler, samt varierende krav til rapporter og dokumentasjon fra tilskuddsmottaker skulle inneholde». ⁷³

Departementet, delvis basert på synspunkter fra Helsetilsynet og fylkeslegene, svarte, som det gjerne pleier overfor Riksrevisjonen, lett underdanig, men også litt selvbevisst. Når revisjonen etterlyste retningslinjer og «sporbarhet» for bevilgningene, svarte departementet at det arbeidet med retningslinjer, også som en forberedelse til tilpasningen til det nye økonomireglementet, men også at de ulike tilskuddsordninger var så forskjellige at generelle regler fort kunne bli for generelle eller endog hemmende for formålet med tilskuddene. Det at tilskuddene jo var *tilskudd*, og derfor ikke vanlige (fulle) bevilgninger, gjorde det ofte uhensiktsmessig å kreve sporbarhet for pengestrømmene. Sporbarhet krevde også at man måtte lage «særregnskaper», noe som var ressurskrevende.

Riksrevisjonen uttalte oppsummerende at den hadde merket seg at det var satt i gang arbeid for å «styrke arbeidet med tilskuddsforvaltningen» og foreslo «**Til observasjon**». ⁷⁴

Som vi har påpekt var tilskuddsforvaltningen Helsetilsynet hadde (del)ansvar for omfattende og kompleks. Den var omfattende ikke minst

⁷² Riksrevisjonen, *Dokument nr. 1 (1997–98)*, s. 92.

⁷³ *Ibid.*, s. 93.

⁷⁴ *Ibid.*, s. 94.

på grunn av politiske krav og beslutninger. Helsetilsynet kunne styre sin begeistring for politikernes enkelttiltaksstyring. Den gikk utover de oppgaver det mente var dets hovedoppgaver, som tilsyn og opp- og nedstrømsrådgivning. Når Riksrevisjonen nå var så «pirkete» kunne det få som konsekvens at det gikk enda mer utover hovedoppgavene.

Helsetilsynet, eller departementet, sa det ikke, men kunne kanskje ha sagt det: Revisjonen kunne ha rettet noe av kritikken oppover, mot politikerne. Den rettet den i stedet mot departement og tilsyn. Det første måtte styre strammere og det annet måtte bli mer «lydig» eller samvittighetsfullt.

Forvaltningsrevisjonens komme til tross, Riksrevisjonens hovedoppgave var først og fremst å være et tradisjonelt revisjonsorgan, altså et organ som passet på at det var «orden» i forvaltningsorganenes pengebruk og dokumentasjon av denne. Som slikt organ utøvte det også en sterk innflytelse over forvaltningsorganene. Det fikk også opp pulsen i Helsetilsynets ledelse og hos mange i tilsynets administrasjonsavdeling i den perioden vi nå ser på.

Vi har nevnt at Helsetilsynet fra mai 1998 gikk over til et nytt regnskapssystem. Det gamle hadde etter hvert budt på problemer for administrasjonsavdelingen. Det hadde ført til kritiske bemerkninger fra Riksrevisjonen til regnskapene både for 1995 og 1996. Riksrevisjonen påpekte at det var mangelfull avstemning – som det regnskapsteknisk het – mellom anvisningsprotokollene og det ytre regnskap (hovedboken), og kunne derfor ikke godta regnskapene for disse årene. Høsten 1996 var avstemningsmaterialet for mange kapitler og poster for 1995 fortsatt ikke mottatt av Riksrevisjonen. Problemene forplantet seg godt inn i 1997, uten at avstemningen for 1995 ble helt tilfredsstillende. Problemene med avstemningen fortsatte i 1996. Departementet bemerket overfor Riksrevisjonen at Helsetilsynet ikke hadde foretatt en *løpende* avstemning av anvisningsprotokollen mot Forvaltningstjenestens hovedbok. Det hadde ført til «systematiske registreringsfeil eller manglende identifisering». Departementet konkluderte med at «det er systematisk svikt i Statens helsetilsyns økonomiforvaltning».⁷⁵

⁷⁵ Kfr. Riksrevisjonen, Dokument nr. 1 (1997–98), s. 91–92.

Problemene med økonomiforvaltningen ble i slutten av 1990-årene en kilde til mye bekymring i Helsetilsynet. Ledelsen svarte med å gi administrasjonsavdelingen flere ressurser og med å sentralisere mer av økonomiforvaltningen (til avdelingen). I 1997 ble så regnskapet godkjent uten vesentlige bemerkninger. Det var en lettelse for både ledelse og avdeling. Helsetilsynet «feiret» resultatet med å invitere ledelsen i den avdeling i Riksrevisjonen som hadde regnskapsansvaret for Helsetilsynet og ledelsen i revisjonens forvaltningsrevisjonsavdeling til julelunch.

Gleden ble kortvarig for Helsetilsynet. Da 1998 var omme hadde ikke Helsetilsynet sitt regnskap klart. Å innføre et så vidt komplisert økonomiforvaltningssystem som Agresso midt i et regnskapsår (mai), og bare et drøyt år etter at det nye økonomiforvaltningsreglementet var innført, viste seg å være vanskelig for Helsetilsynet. Både Agressos leverandør, Ephorma, og Statens forvaltningstjeneste – Helsetilsynets rådgivere – kom til kort. Det hjalp ikke Helsetilsynet at det dette året fikk uventet store inntekter: Inntektene gjorde at et inntektsuerfarent helsetilsyn måtte utstede og følge opp flere tusen nye kunderegninger. Ei heller hjalp det Helsetilsynet at det nå måtte overta en del regnskapstekniske oppgaver fra Forvaltningstjenesten. Både ledelsen i administrasjonsavdelingen og medarbeiderne i avdelingens økonomiseksjon kom snart på defensiven; ja, mere og mere på defensiven. Da året var omme forelå altså intet regnskap. Feilene var rettet, og et fullstendig regnskap ble fremlagt først to måneder før 1999 var omme.

Riksrevisjonen skal være nøye, både for å forebygge, og eventuelt oppdage, misligheter, for å sikre at der også ellers er orden i regnskapene og for å vurdere om de offentlige institusjoner bruker de tildelte ressurser på en formålstjenlig måte. Som vi har påpekt hadde Riksrevisjonen med overgangen til en mer offensiv offentlig styring i 1980-årene også blitt et strengere revisjonsorgan. Innføringen av forvaltningsrevisjon bidro mye til det. Riksrevisjonen var blitt en del av det offentlige «audit society» (Michael Power). Som stortingsoppnevnt, og dermed forvaltningsuavhengig, organ var det lett for det å bli et ganske nærgående kontrollorgan. Men denne revisjons-, kontroll- og vurderingsbølgen kom jo nå, i «den nye staten», til å skape, og skjerpe, en rekke ettersynsorganer. Ofte ble de kalt tilsyn, endog nå i økende grad uavhengige sådanne. Helsetilsynet ble altså nå møtt av noe av den nærgående kontroll det selv

utsatte preklinikker, klinikker, helsepersonell og deres (offentlige) eiere for. Vi har nevnt at politikernes økende lyst til å styre konkret gikk utover Helsetilsynets tilsynsvirksomhet. Nå erfarte Helsetilsynet også at andres tilsyn med det, og her hører revisjonen med, gikk utover dets evne til å føre tilsyn. Mange helseaktører opplevde det samme, at det tilsyn de ble utsatt for, og det var flere enn det Helsetilsynet og fylkeslegene stod for, gikk utover deres evne til å yte helsetjenester eller forebygge sykdom og fremme helse. Den nye staten skapte altså nye (indre) spenninger. De ulike kontrollører møtte hverandre i dørene. De frustrerte slik også de endelige, eller egentlige, verdiskapere.

Etatsstyringen og forholdet departement/fylkesleger og helsetilsyn/fylkesleger

Fremveksten og utviklingen av fylkeslegeembedet

Embedet som fylkeslege (inntil 1919 kalt amtslæge) kom med lægeforretningsloven av 1912,⁷⁶ men den første fylkeslegen ble ansatt først i 1920. Embedene kom etterhvert, og fra begynnelsen av som bistillinger for en distriktslege i det enkelte fylke. Gradvis, men særlig fra 1945 ble de hele embeder. Fra 1961 ble alle utnevnt i hele stillinger, altså som rene fylkesleger.

Fylkeslegene var statlige embedsmenn, utnevnt av Regjeringen. De var underordnet Medicinaldirektøren, etter krigen Helsedirektøren. Slik sett representerte fylkeslegene prinsippet om funksjonelt organisert statlig styre. Funksjonen var sykdomshjelp og -forebyggelse, men også helsefremme. Funksjonen var, spesielt hva angikk sykdomshjelp, inntil 1970-årene, og spesielt inntil 1983, medikratisert organisert. Det innebar at fylkeslegene var Helsedirektørens forlengede arm ute i sykdoms- og

⁷⁶ Man kan imidlertid si at fylkeslegeembedene har en forløper i de gamle landfysicatene (amtsfysicatene) (fra 1776) og endog stadsfysicatene (fra 1603, Bergen). I 1809, da Norge fikk sin egen medisinalforvaltning under et Sundheds-Collegium, var det 15 landfysicater. Lokalt var der i tillegg 27 districtschirurgicater (fra 1936 distriktslæger). Fra 1891 ble også amtslægebetegnelsen brukt, men da om en slags sinnssykeinspektør (amtssindsygelæge).

helsevesenet, men også at mye av den styring og forvaltning som foregikk i denne linjen var medisinsk forankret, også hva angår mye av det normative innhold i styringen. Den medikratiske styringen var altså mer selvstendig enn det meste av den styring som skjedde i de funksjonelt spesialiserte statsetatene.

Den medikratiske ordningen, eller styringslogikken, innebar at der nedover fra Helsedirektøren og hans overleger gikk en skjønnspreget faglig-medisinsk linje. Den «endte» hos de administrerende overleger i sykehusene og distriktslegene i primærhelsevesenet. Den gikk imidlertid *via* fylkeslegene, og var preget av «løs» styring. Alle leger i linjen, helt ned til de praktiserende leger (og delvis forebyggere), hadde en betydelig grad av frihet. Styringen langs linjen var derfor mer mobiliserende og støttende enn dirigerende. Ja, dette ble tydeligere etter krigen og frem til 1970-årene. Særlig ble det tydeligere fra 1961 da alle fylkesleger ble utnevnt i «hele» stillinger. Det spilte også en rolle at fylkeslegene fra 1967 fikk hele sin lønn fra staten. Det gjorde dem enda mer uavhengige av kommunene, hvis helseråd de hadde ledet.⁷⁷

Den nasjonal-medikratiske ordningen ble utfordret av de andre ordninger (eller ordningsprinsipper). Den ene ordningen var, som vi har omtalt tidligere, den *demokratiske*. Den innebar at styringen burde skje i regi av folkevalgte organer, så langt det var mulig av lokale sådanne, men der det var mest naturlig (nødvendig), av nasjonale sådanne. Denne ordningen innebar også at styringen skulle samordnes i regi av demokratiske organer, spesielt lokalt. Den ble i økende grad innført i løpet av 1970-årene og avsluttet i 1984, for primærhelsevesenets del. Primærhelsevesenet kom under direkte lokalt folkevalgt styre. Det samme hadde delvis skjedd for sykehusene fra 1970, men for alvor fra 1976. Den ble gjennomført nasjonalt ved at direktoratet ble delt og at den departementale del ble en avdeling under «ordinært» politisk styre. Denne omfattende demokratisering brøt effektivt opp den medikratiske linjen og gjorde at fylkeslegens rolle ble radikalt endret. Den medisinsk pregede ledelsen falt i stor grad bort. Den ble overtatt av lokale organer, under nærdemokratisk ledelse. I stedet kom stadig mer juridisk pregede tilsynsoppgaver, altså kontrolloppgaver, til. Men også andre oppgaver av juridisk preget karakter

⁷⁷ Fra 1961 til 1967 hadde fylkene betalt halve fylkeslegenes lønn.

kom til, blant annet knyttet til lov om folketrygd (1967). Fylkeslegekontorene ble slik mer administrative organer.⁷⁸ Ja, de administrative oppgaver ble så mange at kontorene måtte styrkes med flere ansatte. Denne oppgaveendringen gjorde også at kontorene fra 1974 begynte å ansette jurister. De kom inn i nye kontorsjefstillinger, siden underdirektørstillinger. Den gamle styrings- og ledelsesrollen ble imidlertid ikke helt borte, men endret fra å være en hierarkisk rolle til å bli det som etter hvert, uelegant, ble kalt en «pådriverrolle».⁷⁹

De andre ordningene som altså nå var med på å gi medikratiet et grunnskudd, var i hovedsak styringsfaglige. Den ene av disse ordningene gikk ut på å *samordne* den statlige virksomhet på lokalplan, medregnet den statlige kontrollvirksomhet, i ett (fylkesbasert) organ, fylkesmannen.⁸⁰ Fylkesmannen hadde før styringsreformene vært både et kontrollorgan, ikke minst i økonomisk henseende, og et forvaltningsorgan for de ulike fylkeskommunale (og statlige) virksomheter på fylkesplan. Den fylkesbaserte sykehusforvaltning var således plassert under fylkesmannen. Med etableringen av et direkte valgbasert fylkeskommunalt politisk system (valg 1975, systeminnføring fra 1976) overtok (den nye) fylkeskommunen ansvaret for å forvalte spesialisthelsevesenet, tannhelsevesenet medregnet. Med det startet også en prosess med å integrere det statlige fylkeslegekontoret i fylkesmannens kontor. Det

⁷⁸ Kfr. Tale Teisberg (f. 1968), *Omstrukturering av fylkeslegeetaten 1992 – en analyse av en reorganiseringsprosess*. Hovedoppgave i statsvitenskap, Universitetet i Oslo, 1994, s. 41.

⁷⁹ På engelsk kalles rollen, og faglig klinger det bedre, en advokatrolle (eller «advocacy role»).

⁸⁰ Fylkesmannen het inntil 1919 Amtmanden. Helt frem til 1981 var embedsrollen regulert etter Amtmandsinstruksen av 1685. Amtmanden var fra 1662 (etter at eneveldet ble innført i 1660) Kongens sivile representant i amtet og et mellomledd mellom Kongen og befolkningen. Med innføringen av formannskapslovene i 1837 ble amtmanden både en statsrepresentant lokalt og et forvaltningsorgan for det nye amtsdemokratiet. Denne dobbeltrollen forsvant da den nye (direkte folkevalgte) fylkeskommunen kom i 1976. Da ble det imidlertid også mer aktuelt å legge de fleste statlige etater på fylkesnivå under fylkesmannen (fra 2021, statsforvalteren). Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen ble en viktig tidlig aktør i denne utviklingen; kfr. NOU 1974: 53, *Mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen*.

skjedde ikke straks, men prosessen startet nå. Vi skal siden se at denne prosessen for alvor skjøt fart først etter årtusenskiftet. Med denne prosessen ble også fylkeslegens medikratiske autonomi utfordret på nok en måte: Den «faglige» linjen fra Helsedirektøren ble utfordret også av en almenadministrativ linje fra det departement som hadde det forvaltnings- og kommunalpolitiske ansvaret. Det er ikke tilfeldig at kommunene og deres organisasjon, Norske kommuners sentralforbund (NKS),⁸¹ applauderte denne utviklingen: Den kunne være et bidrag til å styrke de samordnende hensyn («geografien») på lokalt plan. Denne utviklingen var også et bidrag til å dytte fylkeslegene mere over i kontrollrollen, og dermed også til å begrense deres rolle som «pådrivere».

De andre fagstyringsordninger som var med på å undergrave medikratiet og fylkeslegenes medikratiske rolle var den nytestatlige mål- og resultatstyring og rettsstatligheten. Den første erstattet i økende grad den medikratiske skjønnsbaserte styring og ledelse med en (kombinert) medisinsk og økonomisk mer presis styring og ledelse. Den annen erstattet mer og mer fagskjønn med rettslig skjønn (og teknikk). Den første endringen innebar imidlertid også, som vi har nevnt, at medisinen, ved å bli mer presis, var med på å undergrave det tradisjonelle medikrati. Den ble en del av nytestatligheten, i første omgang særlig faglig-medisinsk.

Under medikratiet hadde altså mange av oppgavene vært svært preget av skjønnsbaserte medisinske vurderinger og erfaringsbasert medisinsk praksis. Med innføringen av styringsfaglig logikk som grunnlag for direktoratets og, enda mer, Helsetilsynets praksis, ble stillingene også definert på en ny, mer styringspreget, eller generelt sagt, mer «funksjonell» måte. De kunne ha tradisjonelt helsefaglig innhold, men grunnleggende sett representerte de en ny oppgave, en ingen tradisjonell yrkesgruppe var spesielt utdannet for. Den 24. mai 1994 nedsatte Helsetilsynet en arbeidsgruppe for å se på «stillingsstruktur og stillingsbetegnelser ved fylkeslegekontorene». Gruppen ble ledet av fylkeslege i Østfold, Liv Aarre (1944–1996). I gruppens rapport, avgitt i

⁸¹ I 1972 ble Byforbundet og Herredsforbundet slått sammen og kalt Norske Kommuners Sentralforbund. I 1988 skiftet forbundet navn til Kommunenes Sentralforbund og i 2004 til KS (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon).

november 1994, siteres det fra et brev til Helsetilsynet, skrevet av fylkeslege i Hedmark Hans Petter Schjønby (f. 1936). Schjønby skrev blant annet:⁸²

«Kontorene må etter vår mening være funksjons- og oppgaverettet og helhetsrepresenterende. Det tidligere profesjonskonseptet bør følgelig mest mulig vike for målrettet kompetanse. Dette vil på sikt måtte innebære at vektlegging av yrkestilhørigheten bør få mindre plass i ansettelsesprosedyrene. Selvsagt vil fagbakgrunnen, spesialisering mv. være av betydning i slike prosesser, men ved det endelige valg må det være personlig egnethet og oppgaverettet kompetanse som bør veie tyngst».

Helsetilsynet sluttet seg i brev av 28. juni 1994 til disse synspunktene. Arbeidsgruppen gjør det samme. Den ser, og sier, at de fleste oppgaver både Helsetilsynet og dets «forlengelse», fylkeslegene, har krever innsikt fra flere fag, integrert på en målrettet måte. Enkeltfagene er virkemidlene, profesjonaliteten må ligge i integrasjonen. Siden der ikke finnes utdannelser for de ulike, stadig endrende, formål – og dermed den aktuelle integrasjon – blir den enkeltes personlige evner viktige. Det er nesten drama over det Aarre-gruppen skriver. Den distanserer seg fra det tradisjonelle medikrati, men for så vidt også helsefagstyre mer generelt, på en tydelig måte. Gruppen fremholder at der for en del stillinger også, om ikke bare, kreves en spesiell utdanning, men den tar til orde for å fjerne flest mulig fagspesifiserte stillinger. Mange legestillinger, foreslår gruppen, bør kalles rådgiverstillinger.⁸³ Dog foreslår den ikke å fjerne betegnelsen fylkeslege på fylkeskontorets leder. Etter 2002 fortsetter imidlertid utviklingen i en slik retning. Fylkeslegen blir slik etter hvert avdelingsdirektør under fylkesmannen.

Vi har sett at medikratiets glanstid i stor grad falt sammen med Karl Evangs (1902–1981) tid som helsedirektør etter krigen, altså fra 1945 til 1972, men innslaget av medikrati var også betydelig fra 1858 og særlig fra 1875 til 1891. Fylkeslegenes medikratiske glanstid var kortere. Den varte

⁸² *Stillingsstrukturen ved fylkeslegekontorene*, innstilling fra arbeidsgruppen for stillingsstrukturen ved fylkeslegekontorene, november 1994, s. 16.

⁸³ *Ibid.*, s. 28.

fra slutten av 1950-årene (men særlig fra 1961) til midt i 1970-årene, altså bare i en femtenårs tid eller så.

Dobbelledelsen av fylkeslegene

Med delingen av direktoratet høsten 1983 kom fylkeslegene under dobbel ledelse, departemental og direktoratlig. Det skapte, og fortsatte å skape, autoritetsuklarhet for fylkeslegene og for så vidt for det utøvende helsevesen. Frem til 1992 førte uklarheten til dels også til konkurranse om fylkeslegenes lojalitet. I den konkurransen kom etter hvert direktoratet, til helsedirektør Morks ergrelse, på defensiven. Men at direktoratet tapte var knapt overraskende. De fleste av fylkeslegene valgte å høre på den mektigste, og det var departementet og dets helseavdeling. Med den forsiktede nyordningen i 1994 opphørte lojalitetskonkurransen. Det fremgikk klart av den nye instruksen for Helsetilsynet at departementet kunne styre fylkeslegene (også) utenom Helsetilsynet (via en «stiplet» linje), dog slik at det (normalt) gjorde Helsetilsynet oppmerksom på når det gjorde det. Nå forholdt også Helsetilsynet seg lojalt, ja, nesten underdanig, til dette forhold.

I de retningslinjer departementet den 2. juni 1994 fastsatte for direkte kommunikasjon mellom Sosial- og helsedepartementet og fylkeslegene står det lite om i hvilke saker departementet kunne «gå rundt» Helsetilsynet. En arbeidsgruppe med representanter for departementet, Helsetilsynet og fylkeslegene laget imidlertid «noen eksempler på når direkte kommunikasjon mellom departementet og fylkeslegene er aktuell».⁸⁴ Arbeidsgruppen nevner først, nokså vagt, at «fylkeslegene – som ledd i «styringskjeden» – i en viss utstrekning kan få rollen som helsepolitiske «ambassadører» på fylkesplanet». Så nevner den at siden ansvaret for folkehelsepolitikken fra 1994 ble lagt til departementet, er det naturlig at departementet for eksempel bruker fylkeslegene direkte som «pådrivere» i denne politikken. Nært knyttet til denne «pådriverrollen» er rollen som bruker av informasjon innhentet gjennom det lokale

⁸⁴ *Retningslinjer for direkte kommunikasjon mellom Sosial- og helsedepartementet og fylkeslegene m.v., fastsatt 2. juni 1994, Vedlegg til Retningslinjer av 02.06.94.*

informasjons- og styringssystemet «Hjulet», et kvalitetssirkellignende system.

Politikernes ønske om å styre, også diskresjonært, krever at departementet kan styre så direkte som mulig, og da er det raskere å styre via fylkeslegene og i mange tilfeller å styre de ansvarlige for tjenesteytelsen og folkehelsearbeidet, altså fylkeskommuner og kommuner, direkte. Politikerne, om enn i varierende grad, ser at styring utenom linjen kan skape uklar og til dels inkonsistent styring. Retningslinjene departementet laget er derfor preget av regler for hvordan slik uklarhet og inkonsistens kan forebygges. Den første regelen går ut på at «når departementet vil pålegge fylkeslegene oppgaver direkte, bør det skje i forståelse med Statens helsetilsyn». Den andre regelen sier at når det dreier seg om «forutsigbare oppgaver av betydning» skal departementet ta opp ressursbehovet oppgavene innebærer, med Helsetilsynet. Det føyes imidlertid til i regel nr. 3 at fylkeslegene i sine virksomhetsplaner må føre opp ressurser til å ta seg av «uforutsette oppgaver» departementet måtte pålegge dem. I de neste to reglene (4 og 5) heter det at departementet må unngå å be om informasjon fra fylkeslegene som allerede finnes (i Helsetilsynet) og må passe på at det ikke pålegger fylkeslegene oppgaver som strider mot oppgaver de allerede er pålagt av Helsetilsynet. De to neste reglene (6 og 7) sier at hvis flere avdelinger i departementet henvender seg til fylkeslegene direkte, må de samordne seg, og at henvendelsene bør være underskrevet av en person på et nivå «som står i forhold til sakens betydning». De tre siste reglene (8–10) skal vi ikke omtale. Inntrykket er allerede klart: Departementet ser at konsistensproblemene kan bli store, og lager så regler som gjør at det blir tidkrevende for departementet å styre fylkeslegene direkte. Det er ikke uproblematisk, siden «politiske behov» ofte er akutte. Reglene illustrerer slik spenningen mellom skjønnbasert folkelig-demokratisk styring og de ulike former for fagbasert styring (som nå også kom).

Allikevel var det åpenbart at det spesielt var i noen – men langt fra alle – av de «egentlige» direktoratlige saker departementet styrte direkte. Departementet lot Helsetilsynet være nokså autonomt i tilsynssaker, medregnet klagesaker. Det hang sammen med at tilsyn nå var blitt mer fagliggjort og spesialisert, eller, om man vil, effektivt «avpolitisert». I perioden 1983–1992, da tilsynet ennå hadde et innslag av «pedagogikk»,

grep departementet i noen tilfeller inn i tilsynssaker. Det var imidlertid også som en del av dragkampen mellom departement og direktorat. Som vi har vist i bind 2 var også denne dragkampen noe av grunnen til at Norboms styringsgruppe foreslo å legge det overordnede tilsyn til departementet. Stortingets beslutning i juni 1992 gjorde at tilsynet for alvor ble fagliggjort. Her «abdiserte» de folkevalgte.

«Dobbelstyringen» fylkeslegene ble satt under fra 1983 til 1992, kombinert med dragkampen mellom departement og direktorat, gav fylkeslegene en viss frihet. Den friheten utnyttet de, eller mange av dem, i noen grad. Med det styringsskifte som ble vedtatt i 1992, og som trådte ikraft fra 1994, forsvant mye av denne friheten. Der var fortsatt en viss dobbelstyring, men fylkeslegene kunne ikke lenger «utnytte» den. De måtte være lojale både overfor departement og helsetilsyn. Dobbeltheten i styringen ble nå ikke en mulighet for dem, men en belastning. De ble mer styrt, og til dels mer uforutsigbart styrt. Det første skyldtes at den faglig baserte styringen tiltok. Her er stikkordene det nye tilsynet, inkludert den skjerpede lovstyring, og den forsterkede mål- og resultatstyringen (etatsstyringen). Den direkte statlig-politiske styring tiltok også, og bidro til at linjen nedover ble strammere. Det var imidlertid også denne utvikling som bidro til at styringen i noen henseender ble mer uforutsigbar.

Torbjørn Mork var preget av den gamle medikratiske kultur og den mer uformelle og kollegialt-pedagogiske styringen den gav opphav til. Anne Alvik arbeidet som Morks nestkommanderende fra 1985. Hun var lojal overfor ham, også i dragkampen med departementet. Da Mork gikk bort og hun overtok tilpasset hun seg straks den nye, mer linjepregede styringen, og den «modernisering» den representerte. Hun forsøkte således nokså raskt å erstatte den kollegiale, ofte litt «bysantinsk» pregede medikratiske ledelsen, med en ny og mer gjennomiktig etatsstyring. Under den gamle, kollegiale ledelsen hadde det personlige spilt en betydelig rolle. Noen fylkesleger kunne for eksempel henvende seg direkte til Mork og slik vinne frem med sine synspunkter, andre kunne det ikke. Det såkalte kontaktutvalg for fylkeslegene, et mellomledd mellom Helsedirektøren og fylkeslegene, gjorde linjestyringen mer indirekte og ofte mer utydelig; kfr. Kommentar 3.3. Men like viktig, den gav fylkeslegene mer innflytelse. Det hadde Anne Alvik sett under Norbom-prosessene. Hun gav nå beskjed om at hun ikke lenger ville bruke

kontaktutvalget. Det ble slik i praksis nedlagt. Hun pekte i den forbindelse på at fylkeslegene nå nesten skulle bli en del av Helsetilsynet. Det ville være brudd på beslutningen om to nivåer om utvalget skulle få fortsette. Flere fylkesleger reagerte på at kontaktutvalget så brått ble fjernet. I dets sted kom det snart et arbeidsutvalg (mars 1994), et utvalg som ble opprettet for kontakt mellom Helsetilsynet og fylkeslegene.⁸⁵ Det fikk mindre betydning.

Helsetilsynet ble altså i (sakte) økende grad etatsstyrt av departementet. Som vi har sett, var imidlertid styringen mer mangfoldig enn det. I stor grad ble den etablerte styringen bare ført videre, samtidig som legmannspolitikken stadig grep diskresjonært inn i styringen. Styringen ble ført videre blant annet gjennom et stort antall handlingsplaner. For fylkeslegene var de viktigste planer den strategiske plan (1995–1997, 1998–2001), handlingsplanen (1999–2001), de årlige virksomhetsplaner og statsbudsjettet med tildelingsbrevene. I tillegg kom, som for Helsetilsynet, de mange handlingsplaner (fra departementet). Planenes realisering ble i noen grad fulgt opp gjennom fylkeslegemøtene, men også gjennom annen kontakt av ulikt og mindre formelt slag. Der var også en kontroll etterpå, gjennom årsrapporter og for så vidt riksrevisjonsrapporter. Der ble også laget rapporter for ulike virksomhetsområder, som tilsyn (tilsynsrapporter, som fylkeslegene bidro til) og i noen grad for de mange handlingsplaner. Siden fylkeslegene skulle være en «del» av Helsetilsynet ble imidlertid denne planbaserte styringen delvis intern og derfor mer ledelsesaktig. Den fikk et større innslag av kollegialitet enn styringen fra departement til helsetilsyn. Fylkeslegene var med på å utarbeide de strategiske planer, skrev i betydelig grad – om enn på premisser definert ovenfra – sine egne

⁸⁵ Utvalget hadde tre medlemmer. De ble valgt for tre år på det lille fylkeslegemøtet, slik at ett medlem ble skiftet ut hvert år. Utvalget valgte selv sin leder. Utvalgets retningslinjer av mars 1994 ble revidert den 25. august 1999. Etter retningslinjene av 1994 skulle utvalget «representere fylkeslegene i forhold til Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedepartementet og i andre relevante sammenhenger». I retningslinjene vedtatt i 1999 ble formålet definert mer uklart (1 Mandat, punkt a): «Arbeidsutvalget skal ivareta de sosiale forpliktelser som tilligger fylkeslegene som gruppe. Arbeidsutvalget står i slike saker også til rådighet for ledelsen i Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedepartementet».

virksomhetsplaner og hadde en viss innflytelse over utformingen av tildelingsbrevene. Kollegialiteten gir seg også utslag i videreføringen av fylkeslegemøtene. Disse kunne vært gjort om til etatsstyringsmøter, og ble det delvis mot slutten av 1990-årene, men de beholdt også det kollegiale innslaget.

Vi skal i det følgende se spesielt på tildelingsbrevene og fylkeslegemøtene/etatsstyringsmøtene og gjennom dem si noe om Helsetilsynets styring av fylkeslegene.

Kommentar 3.3: Fylkeslegenes kontaktutvalg

Fylkeslegenes kontaktutvalg ble opprettet rundt 1975, altså bare tre år etter at Torbjørn Mork hadde overtatt som helsedirektør etter Karl Evang. Det var fylkeslegene selv som opprettet organet. Det var i noen grad et uttrykk for fylkeslegenes voksende opptatthet av sin rolle. Noe av den underdanighet som hadde preget dem under Evang, ble nå svekket. Men med de store endringene, ja, hamskiftet, som nå skulle komme i helsevesenet, var det også (stadig) mere om å gjøre for fylkeslegene å passe på sine interesser.

Kontaktutvalget fikk tre medlemmer. De ble ikke formelt valgt, men «fremstod» gjennom diskusjoner blant fylkeslegene, både på og mellom fylkeslegemøtene. Utvalget utpekte selv sin leder. Utvalget var ikke bare tenkt som et talerør for fylkeslegene oppover. Det skulle også fungere som kanal for styring og kontakt til fylkeslegene fra departement og helsetilsyn. Utvalgets interessentrolle ble sterkere etter «hamskiftet», og spesielt med delingen av direktoratet: Nå kom fylkeslegene under dobbeltledelse. Da spørsmålet om å knytte fylkeslegene nærmere til fylkesmennene kom opp mot slutten av 1980-årene, ble kontaktutvalget det naturlige, men også eneste effektive, talerør for fylkeslegene. Utvalgets interessentrolle ble forsterket da departementsråd Jon Ola Norbom tidlig i 1990 opprettet sitt såkalte konsernlederforum for helsevesenet. Under de videre Norbom-prosesser (kfr. bind 2, kap. 3) ble fylkeslegenes kontaktutvalg viktig og fikk mye å gjøre.

De sentrale personene i utvalget ble også viktige i de utredninger som førte frem til 1994 og etableringen av Helsetilsynet. Utvalgets siste leder, fylkeslege i Buskerud, Anne Berit Gunbjørud, tok i et brev, med et vedlagt, lengre notat, til orde for å formalisere, og dermed styrke, utvalgets rolle. Hun la også ved forslag til «valgordning og mandat for fylkeslegenes kontaktutvalg». Hun sendte det så sent som 19. oktober 1993, altså på et tidspunkt da Helsedirektøren var kommet langt i sin «alternative» tenkning. Brevet og notatet ble bare adressert til fylkeslegene, men i kopi ble hele forsendelsen også sendt Helsedirektøren. (Brevet, notatet og vedleggene vi har, har ingen saksreferanse utover ABG 19.10.93 (Fylkeslegen i Buskerud). Brevet har overskriften «Kontaktutvalgets fremtid».)

Tildelingsbrevene

Tildelingsbrevet er, sammen med virksomhetsplanen, det viktigste styringsmiddel Helsetilsynet har overfor fylkeslegene. Det skal bygge på tildelingsbrevet departementet sender Helsetilsynet. Gjennom hele perioden vi nå ser på er tildelingsbrevet til fylkeslegene, som brevet til Helsetilsynet, grovt sett todelt. Først kommer flere kapitler hvor oppgavene (vidt forstått), og de formål som er knyttet til dem, blir omtalt, i hovedsak med ord. Denne delen avsluttes med et kapittel om rapportering (2001: resultatoppfølging). I annen del kommer kapitlene som omhandler budsjettildelingene og den jus som er knyttet til tildelingene, inkludert den som gjelder personalforvaltningen. Vi kan dermed si at første del omfatter (for)målene fylkeslegene skal (forsøke å) realisere og andre del de ressursmessige, særlig de økonomiske, virkemidlene de skal bruke for å realisere formålene. Tildelingsbrevene er slik, som brevene til Helsetilsynet, et uttrykk for hvordan staten nå forsøker å samordne den sektorielle og økonomiske styring. Spesielt er det tilfellet fra 1998, da det nye økonomireglementet trådte i kraft. Vi må imidlertid føye til at skillet mellom mål og midler ikke er klart. Første del er jo i stor grad oppgaverett – blant annet siden mål ofte forstås som oppgaver – og dermed (delvis)middelpreget samtidig som bevilgningene også er målbærende. Effektivitet, og rammerespekt, er stikkord for det siste.

Der skjer over tid en viss tilstramning, og målretting, av (første del av) tildelingsbrevene (styringen). Tydeligst skjer dette fra og med tildelingsbrevet for 1998. Det skyldes ikke minst at det nye økonomireglementet nå hadde trått i kraft. Vi skal komme tilbake til det.

Vi må nevne at der er et eget kapittel som omhandler fylkeslegenes samarbeid med «fylkesmannen og annen statlig forvaltning». Teksten viser at dette samarbeidet gradvis fikk mer oppmerksomhet. I 2001 hadde kapitlet også en utvidet overskrift: «Samhandling med kommunesektoren, fylkesmannen og annen statlig forvaltning i fylket».

Utviklingen frem til reformene i 2002 var altså preget, som for Helsetilsynet, av en mer inngrepene styring. Samtidig ble styringen mer oppdelt. Den todelingen av den som skjedde gjennom utflyttingen av direktoratet høsten 1983 ble ført videre etter 1994, men også gjort

tydeligere. Som vi har sett ble fylkesmannens rolle tydeligere allerede fra 1970-årene. Den ble stadig tydeligere. Mot slutten av den perioden vi nå omtaler ble den nokså tydelig. Premissene ble nå for alvor lagt for å gjøre fylkeslegene om til avdelingsdirektører i fylkesmannens stab. Men med denne prosessen kom fylkesmennene også under tredelt styring. Fylkesmennene formidlet jo styringssignaler nedover fra flere departementer. Deres rolle ble slik mer og mer avmedikratisert og avinstitusjonalisert. Det betydde imidlertid også at Helsetilsynets styringsrolle ble «relativisert». Den ble, som vi skal se, preget av mer stramhet, men ble, relativt sett, svekket. Som vi skal se, ble fra 2002 den gjenværende del av Helsetilsynets styring av fylkeslegene delt med det nye Sosial- og helsedirektoratet.

Som departementets tildelingsbrev til Helsetilsynet er sistnevntes (kollektive) tildelingsbrev til fylkeslegene preget av litt omtrentlige oppgaveforventninger, mer eller mindre presise mål og «prioriteringer» og ofte nokså konkrete oppgave- og tiltakspålegg. Sett fra et målstyringsperspektiv skal målforventninger satt av storting, regjering og departement komme først. Så skal Helsetilsynets målforventninger komme. Fylkeslegenes virksomhetsplaner skal konkretisere målforventingene og (videre)oversette dem til tiltak. Det er ikke slik tildelingsbrevene er formulert. Vi tar her utgangspunkt i brevet for 1996.

Først nevnes den strategiske plan for Helsetilsynet (her for 1995–97) og fylkeslegene. Den er, som vi har nevnt, hverken utarbeidet av eller egentlig behandlet av departementet, men den reflekterer preferanser (mål) som preger helsepolitikken. I tildelingsbrevet kommer så «politiske styringssignaler – generelt om prioritering» som punkt nr. 2 i det som «skulle» være målhierarkiet, men som i tildelingsbrevet for 1996⁸⁶ er kalt «Direktiver og retningslinjer for virksomheten». Her henvises det, «blant annet», til en rekke dokumenter, som budsjettproposisjonen, stortingskomiteens innstilling, et par stortingsmeldinger og komiteinnstillingene til dem. I tillegg kommer, selvsagt, tildelingsbrevet til Helsetilsynet, og «gammel» politikk, som den har nedfelt seg i

⁸⁶ Statsbudsjettet 1996 – Kap. 700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene, kap. 701, kap. 739 post 74 – tildelingsbrev 1996. Helsetilsynssak nr. 95/3890 6. (Kartong 2274, boks 26.)

helsetilsynsloven og en rekke andre lover (med forskrifter). Like selvsagt kommer «oppgaver som Helsetilsynet og SHD pålegges i tildelingsbrevet eller som enkeltsaker i løpet av året, og som uttrykkelig sies skal gis høyest prioritet» (s. 3).

Som om Helsetilsynet skjønnte at henvisningen til de mange oppdragsinstanser og mål ville skape prioriteringsproblemer for fylkeslegene, prøvde det å hjelpe fylkeslegene ved å skrive at «SP [strategisk plan] skal brukes som en overordnet rettesnor for prioritering av oppgaver, og virksomheten skal innrettes mot å realisere Strategisk plan» (s. 3). Dette var knapt noen hjelp siden målene den omfattet, «kvalitetsutvikling» og «rettssikkerhet» var så abstrakte, og de oppgavene (altså ikke-målene) den omfattet, «innsamling og analyse av faktagrunnlag» og «erfaringsoverføring» var det samme. I tillegg kom at fylkeslegene visste at politiske pålegg, både generelle (lover) og konkrete tiltak, alltid ville ha bydende autoritet.

Etter at prioriteringssignalene basert på den strategiske planen er gitt, konkretiserer Helsetilsynet oppdraget gjennom virksomhetsplanene, ved å lansere fire, pluss to, «felles mål». De skal knytte den strategiske plan til den årlige virksomhetsplanen (s. 4), heter det. De fire målene er først og fremst oppgaver (for å nå mål). Det første «målet» er at fylkeslegene «Gjennom informasjon, opplæring, råd og veiledning [skal] gjøre plikten til internkontroll kjent og forstått i helsetjenesten, og også på annet vis bidra til å oppfylle målene i Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten». «Mål» nr. 2 er å «Formidle erfaringer fra nærmiljøprosjektene, foreldreveiledningsprosjektet og prosjekter knyttet til aksjonsprogrammet Barn og Helse». «Mål» nr. 3 er å «bidra til skolering av helsepersonell, samt politisk og administrativ ledelse i kommuner og fylkeskommuner i rettssikkerhetsspørsmål». «Mål» nr. 4 er å «Bidra til å synliggjøre helsetjenester og grupper av befolkningen som erfaringsmessig kommer svakt ut ved tildeling av ressurser i forhold til antatt faglig behov». Så fulgte tre mål, eller oppgaver, knyttet til «Intern administrasjon og organisasjonsutvikling» (s. 6): 1. Tilrettelegge for at den samlede behandlingstid av klage- og tilsynssaker for de fleste typer saker ikke skal overstige tre måneder (hos fylkeslegen) og ellers følge de retningslinjer for saksbehandling i slike saker som Helsetilsynet ville gi ut i 1996. 2. Iverksette «systematiske tiltak for å sikre overholdelse av

myndighetskrav og andre retningslinjer fra overordnet myndighet vedr. saksbehandlingen og den interne forvaltning». 3. Iverksette «systematiske tiltak for å sikre overholdelse av myndighetskrav og andre retningslinjer fra overordnet myndighet vedr. saksbehandlingen og den interne forvaltning».

Helsetilsynet fulgte så denne oppdragslisten opp med en liste over «Andre oppgaver». Under denne overskriften fulgte 14 oppgaver, som å bidra til «kompetansehevende tiltak innen psykiatri i kommuner og fylkeskommuner», «føre tilsyn med miljørettet helsevern i kommunene og smittevern» og å være «pådrivere for tverrsektorielt arbeid i Barn og helse-programmet» (s. 7).

Så omfattende, men lite konkret prioriterte, mål- og oppgaveoppdrag, gav i prinsippet fylkeslegene en viss frihet: De måtte prioritere mer selv, det vil si bestemme hvilke av målene og oppgavene de skulle legge mest vekt på. Men de måtte gjøre det vel vitende om at Helsetilsynet, eller departementet, eller andre statlige instanser, hele tiden kunne gripe inn i prioriteringen. De ble derfor våre for løpende signaler ovenfra, og «ovenfra» betydde altså etter hvert flere instanser. Dette tæret på den selvtilit de hadde hatt, særlig før 1983, men til dels også før 1994, som mer medikratisk fungerende fylkesleger.

Ressursene fylkeslegene skal realisere sin mange, ofte uklart formulerte mål(prioriteringer) ved hjelp av er delvis personell og delvis penger (bevilgninger og noen inntekter). Personell kan jo oversettes til penger, men de fungerte frem til det nye økonomireglementet også som egne, «trege» ressurser. Ja, de fortsatte i stor grad som det, selv om de mistet sin status som «hjemler». Hjemlene og de finansielle ressurser var altså virkemidler for å realisere fylkeslegenes mål, medregnet oppgavemål, men de ble brukt så strengt at de fikk preg av å være en slags mål, også utover det å bidra til effektivitet: Fylkeslegene kunne, inntil 1998, i hovedsak ikke ansette noen de ikke hadde hjemler til. De kunne heller ikke bruke penger de ikke formelt hadde fått tildelt. Det å holde budsjettet ble slik for alle fylkesleger, for så vidt som for Helsetilsynet, et krav og dermed en slags, til dels stressende, mål (på god og forsvarlig styring). Det bidro til dette at fylkeslegene fra 1995 måtte rapportere om ressursbruken ved utløpet av mars, mai, juni, august, september, oktober og desember. Helsetilsynet skriver i tildelingsbrevet for 1995 at «Den relativt store

økningen i antallet rapporteringer har bakgrunn i SHDs behov for løpende budsjettstyring og informasjon til de budsjettdokumenter som fremlegges for Finansdepartementet eller Stortinget». ⁸⁷ Å bli fortalt dette bare forsterket fylkeslegenes økonomibevisssthet, og var også et uttrykk for hvordan styringen ovenfra ble strammere.

Når de «andre», mer kvalitative, mål var mange, til dels upresise og uprioriterte, bidro det til at fylkeslegene måtte utøve en del skjønn, men på en litt stressende måte. De la spesielt vekt på de mål som var presise, som antallet tilsyn av ulike slag de skulle gjennomføre (et utpreget oppgavemål), den tiden de brukte på klage/tilsynssaker (både oppgave- og verdimål) – og det å holde budsjettet (som et uttrykk for styringsprofesjonalitet). Også handlingsprogrammene m.m. for departementet måtte ha, og fikk, høy prioritet hos fylkeslegene.

Styringen ble gradvis mer presis i løpet av perioden frem til omorganiseringen fra 2002. Tydeligst ser vi det fra 1999, altså i forlengelsen av innføringen av det nye økonomiregelverket. For 1999 innføres for første gang nokså presise «resultatkrav». Det heter således at det skal gjennomføres åtte systemrevisjoner, at

«ikke-lukkede avvik ... skal følges opp overfor tilsynsobjektet, at hvert sykehus og hver kommune skal ha systemrevisjon minst hvert fjerde år, at gjennomsnittlig og median saksbehandlingstid i avsluttede klage- og tilsynssaker skal være maksimalt fem måneder og at fylkeslegene skal ha «dokumenterte kvalitetssystem»». ⁸⁸

For 2000 kom det til krav om at den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden i førerkrortsaker (dispensasjoner) skulle være maksimalt én måned og at saksbehandlingstiden i saker om tvangsmedisinering skulle være høyst 48 timer, helg unntatt. ⁸⁹ For 2001 var resultatkravene ført opp i en tabell (og ble slik enda mer synlige). De

⁸⁷ Statsbudsjettet 1995 kap. 700 Statens helsetilsyn n.m., kap. 718 post 74, kap. 797 post 01 – tildelingsbrev 1995, s. 21. Statens helsetilsyn, sak nr. 94/09384 – 6.

⁸⁸ Statsbudsjettet 1999 – kap. 700 – 797 og 3700 – tildelingsbrev 1999. Sak (Helsetilsynet) 98/6164, s. 5. (2091, boks 204.)

⁸⁹ Statsbudsjettet 2000 – kap. 700 – 797 og 3700 – tildelingsbrev 2000. Sak (Helsetilsynet) 99/5498, s. 4–5. (Kartong 2093, boks 215.)

gikk ut på at det skulle gjennomføres revisjonstilsyn minst hvert tredje år i hver kommune eller bydel og hvert annet år i fylkeskommunale institusjoner. De gikk videre ut på at den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden i tilsynssaker skulle være fem måneder, i klagesaker to måneder, i førerkortsaker (dispensasjoner) én måned, i saker om særfradrag én måned og ved klage over tvangsmedisinering to virkedager.⁹⁰

At den mer presise styringen hadde virkning, viser virksomhetsplanene og årsrapportene. Fylkeslegene ble mer og mer opptatt av å rapportere systematisk, og også av å presentere tall for utviklingen. I sin virksomhetsplan for 2001 gav for eksempel fylkeslegen i Møre og Romsdal en oversikt over omfanget av revisjonstilsyn ved fylkeshelsevesenet (sykehusene) og kommunehelsevesenet fra 1995 til og med 2001, men med 2001 som plantall. Oversikten viser at fylkeslegen hadde tilsyn ved sykehuset i Volda i 1995, 1996, 1998, 2000 og 2001 (plan), i Ålesund i 1995, 1996, 1997, 1998 (to ganger) og 2000 (to ganger), i Molde i 1995, 1997, 1999 og 2000, og i Kristiansund i 1995, 1997, 1999 og 2000, altså i gjennomsnitt litt oftere enn hvert annet år.

Budsjettene 1995–2001

Fylkeslegene fikk budsjetttildelinger på ulike vis. Viktigste var de «generelle» tildelingene over det felles etatskapitlet, kap. 700. I tillegg fikk fylkeslegene tildelinger knyttet til ulike tiltak, handlingsplaner o.l. De hadde også adgang til å bruke inntekter som følge av salg av tjenester o.l. En del midler ble avsatt til felles formål, blant annet til fylkeslegemøter (etatsledermøter), informasjonsteknologi og arbeidsgiveravgift.

Midlene fordeles mellom Helsetilsynet og fylkeslegene og mellom fylkeslegene basert på noen «objektive» kriterier, som befolkningsstørrelse, antall kommuner i fylket etc. Der var mot slutten av 1990-årene diskusjon om fordelingen mellom de ulike kontorer. De store, særlig Oslo, men også Akershus, Hordaland og Rogaland, «burde» hatt en større andel av bevilgningene, og de minste, som Agderfylkene, Sogn og

⁹⁰ Statsbudsjettet 2001 – kap. 700 – 797 og 3700 – tildelingsbrev 2001. Sak (Helsetilsynet) 2000/4752 – 31, s. 10. (Kartong 2095, boks. 221.)

Fjordane og Finnmark, «burde» hatt mindre. Der skjedde en viss omfordeling i denne retningen, men, som vi ser, slik at de største fikk en del mer og de mindre bare litt mer (Aust-Agder litt mindre). Å ta fra de minste kontorene var imidlertid ikke enkelt. Det kunne gjøre dem ute av stand til å ta seg av en del oppgaver. Helsetilsynet oppnevnte den 6.11. 1998 en gruppe til å se på budsjettfordelingen mellom kontorene. Gruppen kom med sin innstilling den 7.1. 2000. Innstillingen var delt, men begge fraksjoner var moderate i sine forslag.⁹¹ Den fikk ikke særlige konsekvenser. Oppmerksomheten kom nå til å konsentrere seg om fylkeslegenes integrasjon i fylkesmannskontoret.

Målstyringen innebærer at det sentrale nivå, altså Helsetilsynet, blir viktigere. Det samme gjør det mer jusbaserte, og profesjonaliserte, tilsynet. Målstyringen og tilsynsprofesjonaliseringen innebærer at det sentrale nivå blir mer programmerende. Fylkeslegene taper altså autonomi og dermed, som vi har pekt på, en del av sin institusjonelle status. Samtidig innebærer målstyringen og det nye tilsynet at mye av den nye styringens «endelige» iverksettelse skjer på fylkesnivå. Denne maktforskyvningen oppover gir seg imidlertid ikke sterke budsjettmessige uttrykk i den perioden vi nå ser på. Budsjettallene for 1994 er spesielle, på grunn av skiftet fra direktorat til tilsyn, men ser vi på tallene fra 1995 og til 2001, ser vi at fylkeslegenes andel av tilsynsetatens samlede bevilgning over kap. 700 var på 57,8 prosent i 1995 og så sank gradvis til 50,0 prosent i 2001.

⁹¹ *Fordeling av budsjett- og stillingsramme mellom fylkeslegekontorene*, rapport avgitt 7.1. 2000. Rapporten utsendt som sak nr. 98/6120-6. Flertallet (3) foreslo at 33 prosent av det samlede budsjett skulle fordeles med lik grunnbevilgning til hvert kontor og at resten skulle fordeles etter de objektive kriterier. Mindretallet (to) ville gi alle kontorer en bevilgning for en minimumsbemanning for 11 personer og drift og la resten fordeles etter de fem objektive kriterier. Mindretallets forslag var gunstigst for de små kontorene. Arbeidsgruppen skulle ikke uttale seg om fordelingen mellom Helsetilsynet og fylkeslegene.

Tabell 3.4: Tildeling av midler til fylkeslegekontorene under kap. 700, 1994–2001, i 1000 kroner.								
Fylkesl.ktr.	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Østfold	4 603	4 637	4 265	4 311	4 463	4 523	4 790	5 205
Akershus	5 869	5 690	5 907	6 028	6 195	6 385	7 045	8 251
Oslo	8 092	9 269	9 848	11 910	12 404	13 496	16 587	11 279
Hedmark	4 502	4 443	4 118	4 446	4 637	4 998	5 657	5 725
Oppland	3 485	3 499	4 146	4 110	4 289	4 381	4 708	5 025
Buskerud	4 148	4 844	4 566	4 831	4 837	4 892	5 218	5 636
Vestfold	4 280	4 995	4 291	4 318	4 809	4 860	5 675	5 615
Telemark	3 941	3 879	3 677	3 843	3 945	3 952	4 158	4 321
Aust-Agder	4 409	4 375	4 184	3 909	3 787	3 761	3 920	3 994
Vest-Agder	3 274	3 617	3 458	3 795	3 801	3 804	4 079	4 348
Rogaland	5 360	6 843	6 753	6 864	7 094	7 078	7 486	8 475
Hordaland	6 028	6 305	6 458	6 449	6 773	7 216	7 601	8 615
Sogn og Fj.	3 882	3 812	3 846	4 009	4 164	4 200	4 247	4 368
Møre og R.	5 188	5 212	4 873	5 008	5 039	4 907	5 201	5 752
Sør-Tr.lag	5 212	5 366	5 216	5 319	5 505	5 586	7 340	6 898
Nord-Tr.lag	4 085	4 015	3 795	4 276	4 227	4 219	4 356	4 477
Nordland	6 382	6 575	6 780	6 901	7 132	7 366	7 402	7 365
Troms	4 313	5 425	4 774	4 749	4 924	5 019	5 255	5 556
Finnmark	4 196	4 189	3 920	4 947	4 907	4 856	4 853	4 787
Til sammen	91 246	96 990	94 876	100 023	102 935	105 498	115 580	115 693

Kilder: Tildelingsbrevene for de aktuelle år.

Fylkeslegemøtene/etatsledermøtene

Tradisjonelt hadde fylkeslegemøtene hatt en seminarpreget form. Det fortsatte de i stor grad å ha også etter regimeskiftet i 1994. Nå ble det

imidlertid satt spørsmålstegn ved denne møteformen. Med etatsstyring skulle møtene være en integrert del av styringen. De kunne ha saksforberedende funksjoner, som «seminarer», men det viktigste måtte være å gi dem en rolle i styringen, en rolle som gjorde dem til et viktig tillegg til den formelle styringen gjennom budsjettet, tildelingsbrevene, virksomhetsplanene etc. De skulle altså bli en parallell til de etatsstyringsmøter departementet hadde med Helsetilsynet. Her skulle altså spesielt tildelingsbrevene presenteres, men mer kollektivt enn fylkesindividuellt. Her skulle videre fylkeslegekontorenes substansielle resultater og ressursbruk (og som det skulle rapporteres om til avtalte tider), diskuteres og følges opp gjennom mindre måltilpasninger. På et høstlig møte skulle så utkastet til neste års budsjett og tildelingsbrev presenteres og kommenteres.

Dette skjedde ikke. Møtene fortsette å være nokså seminarpregede og mer alment saksforberedende eller informerende enn en del av et etatsstyringsregime. Ja, møtene er det klareste uttrykk for at etatsstyringen bare i noen grad ble det, en etatsstyring. Der skjedde, som vi har sett, en «utvannet» etatsstyring fra departement til Helsetilsyn. Denne ble i noen grad ført videre (direkte) gjennom budsjettet, Helsetilsynets tildelingsbrev og departementets direktestyring av fylkeslegene. Fylkeslegemøtene ble delvis stående på siden av etatsstyringen gjennom det meste av perioden vi nå ser på. Dermed bidro de også til at en viktig del av den gamle direktoratskulturen, og slik også styringsmåten, ble ført videre. Det var en kultur preget av politikkutvikling basert på faglig preget skjønn og tilsyn som en pedagogisk-kollegial virksomhet. For de «tradisjonelt» innstilte fylkesleger var derfor kontakten med departementet, og den offensive politikken vel så viktig som å føre tilsyn etter internkontrollprinsippet, eller generelt, å erstatte medisinsk skjønn med juridisk subsumpsjon.

Under det gamle regime var der et forholdsvis lite antall fylkeslegemøter. De ble gjerne holdt ulike steder i landet, av og til flere steder (som på Hurtigruta). I august, kanskje september, var der et eget fylkeslegemøte, det lille sådanne,⁹² arrangert av fylkeslegene, i praksis den aktuelle lokale

⁹² Det ble kalt det i kontrast til de (to) «store» møtene om våren og (sen)høsten. Fylkeslegene organiserte disse møtene, med den lokale arrangør som hovedaktør.

fylkeslege. På slutten av året ble det holdt et større (todagers)møte på (legenes konferansehotell) Soria Moria i Oslo. Med overgangen til det nye regime (1994) ble det tatt initiativ til å knytte fylkeslegemøtene nærmere til etatsstyringen. Det første initiativet kom, selvsagt, fra Helsedirektøren. Etatsstyring var jo nå blitt en eksplisitt del av hennes oppdrag. Hun innførte mer forretningsmessig organiserte fylkeslegemøter over én dag (en onsdag). De ble holdt i Helsetilsynets egne store (men en tid trange, og dårlig luftede) møtelokale i Calmeyersgate 1 i Oslo. Møtekartet var laget sentralt og hadde saksnummer (1/1, 1/2 osv.). På de andre møtene var ikke sakene nummerert, bare gitt en saklig overskrift (som før). Det ble holdt fire slike dagsmøter i 1994. Det ble snart normen. Dette betydde at det stort sett ble holdt et møte hver annen måned (6–7 i året). Det gav bedre muligheter for tett (etats)styring enn det hadde vært før. Det hjalp imidlertid ikke så mye. Selv dagsmøtene fortsatte i stor grad å ha et dialogisk seminarpreg. De var mer saksforberedende og strategidrøftende enn konkluderende.

I referatet fra Helsetilsynets direksjonsmøte den 9. mars 1994 heter det således: «Det var enighet om at fylkeslegemøter bør være fôra for drøfting, samt i en viss utstrekning for informasjon/orientering».⁹³ Det siste henviser til det forhold at Helsetilsynet i en viss grad brukte fylkeslegemøtene til å «informere». Mange fylkesleger oppfattet informeringen som en indirekte form for styring.

Vi har nevnt at Helsedirektøren ville bli mer etatsstyrende. Hun ville imidlertid også engasjere fylkeslegene i saksforberedelsen, altså være «demokratisk», og ble slik tvetydig. Av og til betonte hun det styrende, av og til det demokratisk saksforberedende og kulturutviklende. Denne tvetydigheten kommer frem i et brev til fylkeslege Hans Petter Schjøsby, Hedmark, fra september 1996. Her skriver hun at hun

«forsøker.. å få fylkeslegemøtene til å fungere som helsetilsynsetatsens utvidede ledergruppe, og dermed et forum for åpen diskusjon og tillitsfull meningsutveksling mellom deltakerne, et forum hvor både

Helsetilsynets ledelse ble invitert til disse møtene. Det ble tidligere også fylkeslegenes ektefeller.

⁹³ Referat fra direksjonsmøte 9. mars 1994, nr. 10, sak 7/03/94.

Helsetilsynets og fylkeslegekontorenes deltakere kan gi uttrykk for ulike oppfatninger i saker der konklusjonen ennå ikke er tatt».⁹⁴

Skal fylkeslegemøtene være ledelsesgrupper må de ende med beslutninger, som ledelsesgruppemøtene i Helsetilsynet selv gjorde. I siste del av setningen sier hun imidlertid at møtene ikke er fulle ledelsesmøter. De skal bare være møter for en foreløpig saksdiskusjon. De skal være «høringsmøter». På fylkeslegemøtet den 26. november 1998 redegjorde Helsedirektøren igjen for sine synspunkter på forholdet mellom Helsetilsynet og fylkeslegene og uttalte blant annet at det fortsatt var «et åpent spørsmål om fylkeslegemøtet bør bli beslutningsorientert».⁹⁵ Hun omtalte ellers møtet primært som et beslutningsforberedende møte.

Det var en del formelle grunner til at fylkeslegemøtene vanskelig kunne bli utvidede ledelsesmøter i tilsynsetaten. En grunn var at Helsedirektøren i en viss forstand ikke var den egentlige leder av møtene. Til stede på møtene var jo også representanter (ekspedisjonssjefer) for departementet, hennes overordnede instans. En annen grunn var at møtene var så mangehodede. Til stede på dem var 19 fylkesleger, Helsedirektøren og hennes stedfortreder, seks avdelingsdirektører (i Helsetilsynet), to-tre fra departementet, men gjerne også ytterligere én eller to fra hvert fylkeslegekontor. Bare lederne utgjorde rundt 30 personer. Med de øvrige tilstedeværende kom antallet møtedeltagere ofte opp i 60 eller flere. Et slikt møte kan ikke være noe beslutningsmøte. Det blir også underlig at møtet oppfatter så mange på nivå tre og kanskje fire (i tillegg til noen få på «overnivå»), hvis det skal være et besluttende møte.

Hvis møtene skulle være styringsmøter var det også, som nevnt, vanskelig å finne en balanse mellom generell fylkeslegestyring og styring av det enkelte fylkeslegekontor. Den individualiserte styringsoppfølgingen skjedde i praksis gjennom direktekontakter.

⁹⁴ Brevet har overskriften «Tilsynsvirksomhet og prioriteringer – tema på fylkeslegemøte» og saksnummer: 95/4297 L AA. Brevversjonen vi har er bare datert september 1996. Brevet fra Schjønby (av 9.9.1996) (samme overskrift som svarbrevet) har helsetilsynssaksnummer 95/4297 – 16.

⁹⁵ Sitert etter, *Arbeidsgruppe for gjennomføring av fylkeslegemøtene*, rapport juli 1999 (Lutnæs-utvalget), s. 9.

Etter 1994 ble fylkeslegemøtene en blanding av gammelt og nytt, av medikratiske seminarmøter og nye, generelle etatsstyringsmøter.⁹⁶ De var mest en forlengelse av fortiden, men forsøkene på å «modernisere» møtene gjorde at de ikke fungerte godt, hverken som seminarer eller styringsmøter. Både i indre og ytre etat var det misnøye med møtene. Den 14. januar 1998 oppnevnte derfor Helsedirektøren en arbeidsgruppe til å «gå igjennom» fylkeslegemøtene. På Helsetilsynets ledermøte den 21. januar, altså en uke etter at Lutnæsutvalget var opprettet og seks dager etter siste fylkeslegemøte, drøftet ledermøtet behovet for «bedre avklaring av når fylkeslegemøtet fungerer som «etatsstyringsmøte» og når det fungerer som informasjons- og kommunikasjonsforum».⁹⁷ Diskusjonen (og referatet) var både et uttrykk for hvorfor utvalget var blitt opprettet og et signal til utvalget om hva helsetilsynsledelsen ønsket.

Gruppen fikk Hedmarks fylkeslege (siden 1996), Trond Lutnæs som leder. Den bestod ellers av en fylkeslege til, en underdirektør fra den ytre etat og tre fra Helsetilsynet, en fagsjef og to fra administrasjonsavdelingen. Med en fylkeslege som leder kan man si gruppen fikk tyngdepunktet i ytre etat og kanskje litt i «fortiden». Fagsjefen fra Helsetilsynet hadde relativt fersk bakgrunn som fylkeslege. Helsetilsynet var ikke representert med noen fra ledelsen. Men at det var representert med to fra administrasjonsavdelingen, og at en av disse var Helsetilsynets erfarne og fremste organisasjonsmann, Helge Høifødt, gir et signal om at Helsetilsynet kunne tenke seg å videreutvikle fylkeslegemøtet som etatsstyringsmøte.

⁹⁶ De ble altså møter for styring av fylkeslegekontorene kollektivt.

⁹⁷ Referat fra ledermøte 21. jan. 1998, nr. 03/98, sak 10/01/98.



Helge Høifødt, f. 1957, cand.mag., med historisk-samfunnsvitenskapelig fagkrets. Han begynte i Helsedirektoratet som førstekonsulent i 1986. I 1989 ble han utredningsleder og i 1994 underdirektør. Han ble sittende som det til han gikk av i 2022, men arbeidet deltid fra 2009 (70 pst.) og 2014 (50 pst). Etter mange år i ledergruppen, gikk han ut av den i 2012. Høifødt ble tidlig Helsedirektoratets viktigste organisasjonsmann og «grå eminense». Han var, fra

Norbom-prosessene (ca. 1990 til 1992), og iallfall fra Helsetilsynets etablering i 1994, en av Helsetilsynets viktigste strateger og mest innflytelsesrike medarbeidere. (Foto: Privat, 1994)

Utvalgets hovedforslag pekte i styringsretning. Det het i innstillingen at «Det er behov for et *lederforum* i etaten, bestående av Helsetilsynets ledelse, avdelingsdirektørene og fylkeslegene, for drøfting og utøvelse av ledelse i etaten». Utvalget ville kalle dette forum for *etatsledermøte*, altså ikke fylkeslegemøte. Det foreslo at spørsmål med et eller annet *faglig* innhold, skulle legges til en annen type møter, etatsfagmøter, i enkelte tilfeller også til *store etatsfagmøter*.⁹⁸

Utvalget foreslo altså at det historietunge navnet fylkeslegemøte, skulle erstattes av mer funksjonelt pregede navn. Etatsledermøtet ble i denne sammenheng det viktigste. Navnet gav inntrykk av at det gamle fylkeslegemøtet nå skulle slankes og bli et etatsledelsesmøte, et møte som skulle fungere i forlengelsen av ledelsesmøtet innad i Helsetilsynet. Ser vi nærmere på forslaget, og innstillingen forøvrig, ser vi imidlertid at det mer

⁹⁸ Der ble holdt en rekke andre møter, til dels for bestemte faggrupper, som for kontorsjefene/underdirektørene og revisjonslederne, til dels for bestemte oppgaver, som for helserett og de mange handlingsplaner.

representerte en forlengelse av fortiden enn et forsøk på å gjøre etatsledelsesmøtet til en integrert del av den nye etatsstyringen. Vi ser det delvis i forslaget som det er gjengitt ovenfor, men enda mer i innstillingens premisser.

Av sitatet fremgår det at utvalget foreslår at også avdelingsdirektørene skal være med på etatsledermøtene. Det gjør møtene svært store, men gjør også at den styrende instans overfor fylkeslegene blir «flerhodet» og dermed potensielt uklar. Viktigere er det imidlertid at utvalget ikke foreslår å organisere møtene à la departementets etatsstyringsmøter med Helsetilsynet. Det vil gjøre møtet mer eksklusivt hva angår deltagelse og at det bare skulle omfatte ledelsesspørsmål. Det skulle imidlertid, foreslo utvalget, fortsette som et seminarpreget og mer saksforberedende enn sakskonkluderende og resultatkontrollerende organ.

Utvalget uttaler seg på en bekreftende måte om «erfaringslæring» og «livsvisdom».⁹⁹ Det omtaler slik læring som læring gjennom *praktiske* erfaringer, og dermed som en kontrast til læring basert på kvantitative studier (systematisert dokumentasjon). Det omtaler denne læringen som individuell, men også kollektiv. Slik er fylkeslegemøtet en arena for presentasjon og bearbeidelse av erfaringer, og bør fortsette å være det. Gjennom slik erfaringsutvikling skapes, mener utvalget, kultur (som noe mere enn en samling av dokumenterte erfaringer).

Etatsstyringen, og som en del av den, budsjettstyringen, er uttrykk for «forhåndsstyring». Både helsetilsynsledere og fylkesleger må, innen rammen av denne styring, og av og til utover den, fatte løpende beslutninger, ofte basert på et mer eller mindre erfaringsbasert skjønn. Det at begge instanser er utsatt for styring fra flere instanser (departementer) gjør dette enda mer nødvendig.

Utvalget sier det ikke, men det er neppe urimelig å tolke det dithen at det mener fylkeslegemøtenes «tradisjonelle», skjønnsbaserte styring trenges som et komplement til de mer presise og «dikterende» former for styring som budsjett- og tildelingsbrevstyringen, men også virksomhetsplanstyringen, representerer.

⁹⁹ Lutnæs-utvalget s. 12–13.

Hva syntes (de andre) fylkeslegene om fylkeslege Lutnæs og hans utvalgs synspunkter? Mange av dem var skeptiske til møteinnstillingen, men de fleste gav implisitt og av og til eksplisitt uttrykk for støtte til at fylkeslegemøtene skulle spille en erfaringsbasert, pragmatisk og kulturutviklende rolle. Noen av fylkeslegene var mer etatsstyringspositive enn andre, men det kom ikke tydelig frem i kommenteringsprosessen. De aller fleste fylkesleger kommenterte rapporten kort og nesten «uengasjert». Nordlands forholdsvis nye fylkeslege, Odd Herder (fra 1995) hadde en litt lengre, og mer interessant, uttalelse. Han mente blant annet at fylkeslegemøtene var blitt «alt for hektiske og komprimerte». De var preget, la han til, av at Helsetilsynet ville «gi mest mulig informasjon ... på kortest mulig tid».¹⁰⁰ Hans synspunkt kan (også) sees på som uttrykk for at han mente Helsetilsynet var for styringspågående og for lite opptatt av den kulturutviklende dialog. Han og flere andre av fylkeslegene pekte også på at man burde se kritisk på ressursbruken til fylkeslegemøtene. Det er mulig man kan se dette synspunktet som uttrykk for at flere enn Herder syntes møtene ble for preget av lite nyttig «mas» fra Helsetilsynet. Det reflekterer nok imidlertid også det forhold at den ytre etat i årene frem mot årtusenskiftet hadde en anstrengt økonomi. Da etaten i 1999 styrte mot et underskudd på ca. 20 millioner kroner, avlyste Helsedirektøren fylkeslegemøtet som skulle vært holdt i november dette året.¹⁰¹

Helsetilsynet fulgte opp Lutnæs-utvalgets innstilling for så vidt som det ble vedtatt at det skulle holdes to typer «fylkeslegemøter», etatsledemøter og etatsfagmøter. Det første ledermøtet i 2000 (19.–20. januar) ble kalt fylkeslegemøte. Deretter ble ledermøtene kalt etatsledermøter. Det skulle nå bli færre slike og de skulle være kortere. For 2000 ble det holdt etatsledermøter fem ganger, hvorav to i Calmeyersgate 1. Todagersmøtene (og ett tredagersmøte, det «lille» møtet) begynte om ettermiddagen (17.30) den første dagen og fortsatte til kl. 16 neste (eller tredje) dag. Møtene fikk

¹⁰⁰ Fylkeslegen i Nordland, «Rapport fra arbeidsgruppe for gjennomgang av fylkeslegemøtene – høring», s. 1. Uttalelsen er datert 15. september 1999 og har det interne saksnummeret 99/2287 (3). Helsetilsynets saksnummer er 98/1555-26.

¹⁰¹ Brev fra Helsedirektøren til fylkeslegene, datert 11. november 1999. Saksreferanse: 99/4568 6.

30 deltagere, de 19 fylkesleger, helsedirektør og ass. helsedirektør, de seks avdelingsdirektører i Helsetilsynet, samt en prosjektleder, en informasjonssjef og en rådgiver (møtesekretær), alle fra Helsetilsynet.

Da Helsedirektøren lanserte sine litt offensive tanker om etatsstyring, særlig fra 1994 av, var noen av fylkeslegene positive og nærmest oppmuntret henne. Det gjaldt særlig de yngre fylkeslegene, de som var født etter 1950, som Petter Øgar (fylkeslege fra 1995), Sogn og Fjordane, Geir Sverre Braut (f. 1955), Rogaland, og Bjørn-Inge Larsen (f. 1961), Finnmark (Vestfold fra høsten 1997).¹⁰² De var det imidlertid hver på sin egen måte; alle tre ble snart profilerte fylkesleger – og skulle om noen år få prominente embeder.¹⁰³ En av de middelaldrende, Liv Aarre (1944–1996), var også en som stilte seg positiv til etatsstyringen. For mange av de eldste ble den nye styringen en stund oppfattet som utfordrende. De mente den begrenset deres mulighet for å utøve et legelig skjønn, delta i politikktutforming og drive sine kontorer som de hadde pleid å gjøre det. De var også skeptiske til «det nye tilsynet», et tilsyn de så på som jusbasert og «negativ» inspeksjonsvirksomhet.

¹⁰² Larsen ble etterfulgt av den eldre Eystein Straume (f. 1942). Straume satt som fylkeslege til 2006, da han ble etterfulgt av sin kone, Karin Straume (f. 1951). Eystein Straume er vestlending, men ble lege i Finnmark. Han kom til Loppa i 1972 og tilbragte 25 år der.

¹⁰³ Øgar ble konstituert helsedirektør i 2000 og ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet i 2010.



Helsedirektør Anne Alvik og fylkeslege Hans Petter Schjønby, Hedmark. Avskjedstilstelning for Schjønby, Hamar, juni 2003. Schjønby ledet i årene 1984–1987 den første spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin. Han ble utnevnt til fylkeslege i 1986. (Foto: Privat)

Noen av skeptikerne vendte seg etterhvert til den nye tid. Arne-Birger Knapskog (f. 1937), Telemark, og Svein Hindal (f. 1941), Hordaland, var i begynnelsen uttalt kritiske. Særlig var den første det. Hindal hadde «under» seg en assisterende fylkeslege (og fra 1998 etterfølger), Helga Arianson (f. 1956), som var en ivrig «modernist». Andre, som Tor Ødegaard (f. 1927), Akershus og Arne Victor Larssen (f. 1938) var godt etablerte og nokså synlige fylkesleger (AVL: stadsfysikus), med erfaringer også fra Helsedirektoratet, men var nå på vei ut og deltok ikke aktivt i diskusjonen om «den nye tid». Asbjørn Haugsbø (f. 1932), Vestfold, Svein Tore Kveim (f. 1932), Aust-Agder, Rolf Hegbom (1925–1994), Sogn og Fjordane, Asbjørn Elvik (1930–1995), Nordland og Per-Dagfinn Balsvik (1934–2006), Troms, var varsomme fylkesleger og tok den nye tid mer til etterretning enn «til begeistring». Én av de eldre, Hans Petter Schjønby, Hedmark, ville gjerne være positiv og møtte det nye med en mer aktiv oppslutning. Godtok den nye tid, og etter hvert nokså aktivt, gjorde også de fleste av de middelaldrende fylkeslegene: Anne Berit Gunbjørud,

Buskerud (Oslo fra 1996), Egil Storås (f. 1943), Møre og Romsdal, Kristian Hagestad (f. 1946), Vest-Agder, Øyvind Rolstad (f. 1944), Oppland, Anne Wyller Shetelig (f. 1946), Sør-Trøndelag, Einar Vandvik (f. 1942), Nord-Trøndelag. Det samme gjorde Odd Herder, Nordland og Gerd Ersdal (f. 1947), Troms, som kommende fylkesleger.

Da Anne Alvik kom i gang som helsedirektør, for alvor fra 1994, utgjorde de eldre (født før 1940) 8 av 19 av fylkeslegekorpset. De var preget av selvbevissthet og autonomibevissthet. Men da det nye styringsregime kom opplevde de at mye av grunnlaget for deres autoritet ble utfordret. Deres erfaringer og deres kompetanse ble snudd fra å være en ressurs til å bli en belastning. «Novisene», som hadde interesse av å ta den nye tid innover seg, fikk samtidig raskt autoritet. De behøvde ikke «underkaste» seg de erfarne kollegene. Men snart forsvant jo en del av de eldre ut, fem i løpet av noen få år, og ble erstattet av nye, som hadde interesser i fremtiden og den nye tids tenkemåte. Uroen omkring den nye styringen kom ikke minst til uttrykk på fylkeslegemøtene, men den la seg i stor grad i løpet av halvannet til to år.



Med hurtigruta nordover. Fylkeslegemøtet i mai 1996. Helsedirektør Anne Alvik og fylkeslege i Nordland, Odd Herder. (Foto: Privat)

Styringen av fylkeslegene: noen konkluderende synspunkter

Styringen av fylkeslegene var i den perioden vi ser på i hovedsak todelte. Den hadde departementet både som direkte og indirekte utgangspunkt. I det siste tilfelle styrte departementet via Helsetilsynet. I tillegg kom delstyring fra andre departementer. Deler av styringen var iallfall intendert presis, og hadde budsjettet og to lag av tildelingsbrev som utgangspunkt. I forlengelsen av disse kom også virksomhetsplanene (for Helsetilsynet og fylkeslegene). I tillegg til denne, altså delvis todelte «presise» styring, kom den mer løpende, skjønnsbaserte styring. Denne kom også både fra departementet direkte og indirekte, og fra Helsetilsynet. Fylkeslegemøtet var mer et element i den siste enn den første, mer presise styring.

Vi må føye til at den løpende styringen fra Helsetilsynet tiltok i årene etter 1994. Den nye helsedirektøren var opptatt av å knytte fylkeslegene nærmere til seg også på det individuelle plan. Årlige medarbeidersamtaler, som var blitt innført allerede under Mork, var ett middel for å få det til. Like viktig var den direkte kontakt på møter og via telefon, gjerne for å avtale bruken av en fylkeslege til et bestemt oppdrag, som økte nå.¹⁰⁴ Der kom også en økende standardisering av administrative rutiner (mellom Helsetilsynet og fylkeslegene); IT-standardiseringen var en del av denne utviklingen. Det ble også lagt mer vekt på hospitering (i Helsetilsynet), som en form for sosial styring.

Styringen nedover ble preget av at det presise innslaget vokste i betydning, men det var ikke uttrykk for en virkelig integrert etatsstyring. Det skyldes, som vi har sett, at det var objektivt vanskelig å styre slik, men også at politikkenes logikk, og forvaltningsledernes evner og muligheter krevde at der var et betydelig innslag av «slark» i styringen.¹⁰⁵ Spesielt viktig var

¹⁰⁴ Denne redegjørelsen er også basert på samtaler med flere fylkesleger (Anne Berit Gunbjørud, 5.6.2023) og administrasjonsavdelingens underdirektør Helge Høifødt (5.6.2023).

¹⁰⁵ Konsulent Terje Haugli Nilsen, som hadde vært en sentral konsulent også i Norbom-prosessene, vurderte i 1995–96 virkningene av den omorganisering av Helsetilsynet som hadde funnet sted i 1994. Han fant at 44 prosent av fylkeslegene i stor eller middels grad syntes Helsetilsynet kommuniserte «felles

det imidlertid at det nye, jusbaserte tilsynet fikk økende plass i (den presise) styringen. Som vi har sett likte ikke alle det, men denne tendensen ble mer og mer tydelig. Helsetilsynet omtalte også i økende grad seg selv og fylkeslegene som tilsynsetat. Den politikken som kom direkte fra departementet var en trussel mot denne etatsbyggingen. Men Helsetilsynet prøvde heller ikke å gå helt over i «tilsynsbåten». Det ikke bare fortsatte å være et forvaltningsorgan (for departementet), som det måtte, men også å fremme sin rolle som rådgivningsorgan, både oppover mot departementet, og nedover mot helsevesenet og befolkningen.

Ett år etter omorganiseringen i 1994 engasjerte Helsetilsynet Terje Haugli Nilsen (f. 1952), den viktige konsulenten fra Norbom-prosessene, til å vurdere («evaluere») den. Nilsen leverte sin vurdering (den første del) den 29. januar 1996.¹⁰⁶ Vurderingen var basert på intervjuer med ledere og ansatte i Helsetilsynet og to spørreskjemaundersøkelser. De siste rettet seg mot ansatte i Helsetilsynet og ansatte i fylkeslegeetaten. Både ledersamtalene og spørreskjemaundersøkelsen sier en del om hvordan forholdet utviklet seg. Vi har også, for denne redegjørelsen samtalt med en del ledere i Helsetilsynet og fylkeslegeetaten. Disse samtalene, men også skriftlige dokumenter, gir inntrykk av at der var en del spenninger i begynnelsen, men at de forholdsvis raskt fortok seg og at etaten fikk et tydelig etatspreg i løpet av halvannet til to år. Som vi har nevnt spilte personutskiftninger i fylkeslegeetaten en rolle for denne utviklingen, men neppe noen stor rolle. Nilsens undersøkelse bekrefter, men bare delvis, det inntrykk vi har tegnet.

Blant dem som er intervjuet i Helsetilsynet er det «en entydig oppfatning at det har vært en positiv utvikling i forholdet mellom Helsetilsynet og fylkeslegene de to siste årene», skriver Nilsen. Fylkeslegene ser det i noen grad slik, viser spørreskjemaundersøkelsen blant dem. På spørsmål om

mål og strategi» til fylkeslegene. Bare én fylkeslege mente Helsetilsynet i liten grad gjorde dette. Nilsen mener disse funnene reflekterer Helsetilsynets økte opptatthet av kontakten med fylkeslegene. Kfr. Terje Haugli Nilsen, *Helsetilsynet – Evaluering av omorganiseringen av Statens helsetilsyn*, Haugli Nilsen – evaluering og rådgivning, Fredrikstad 29.1.1996, s. 23–24.

¹⁰⁶ *Helsetilsynet. Evaluering av omorganiseringen av Statens helsetilsyn*, Fredrikstad: Haugli Nilsen – evaluering og rådgivning, 1996.

fylkeslegene oppfatter at de og Helsetilsynet har «en felles oppfatning av målene for fylkeslegenes virksomhet», svarer 25 prosent at de i stor eller svært stor grad har det, 56 prosent at de i middels grad (to kategorier slått sammen) har det og 19 prosent at Helsetilsynet og fylkeslegene i liten eller svært liten grad har de samme måloppfatninger.¹⁰⁷

På spørsmål om fylkeslegene mener at Helsetilsynets ledelse «kommuniserer» «felles mål og strategi til fylkeslegene», svarer 44 prosent at den gjør det i stor eller svært stor grad, 50 prosent at den gjør det i middels grad og 6 prosent at den gjør det i liten eller svært liten grad. På spørsmål om fylkeslegene mener ansvarsdelingen mellom Helsetilsynet og dem er «klar og entydig» svarer 13 prosent «positivt», 78 prosent «nøytralt» og 19 prosent «negativt».¹⁰⁸ På spørsmål om Helsetilsynet fremstår «på en enhetlig og koordinert måte overfor fylkeslegene», svarer halvparten «nøytralt» og halvparten «negativt». På spørsmål om fylkeslegene får den administrative støtte de trenger fra Helsetilsynet svarer 81 prosent «positivt», 13 prosent «nøytralt» og 6 prosent «negativt». 56 prosent svarer «positivt» på spørsmålet om det har vært en positiv utvikling i denne støtten de siste to årene, resten «nøytralt». På spørsmål om den faglige støtten svarer 19 prosent «positivt» både på spørsmål om den aktuelle situasjon og om utviklingen har gått i positiv retning. Den «nøytrale» andelen er 56 og den «negative» 25 prosent i det første tilfelle. I det annet tilfelle er andelene 50 og 31 prosent.

Intervjusvarene peker i «positiv» retning, både hva gjelder den eksisterende situasjon og utviklingens tendens. Spørreskjemasvarene gir et blandet inntrykk, i begge henseender. Kanskje man kan si at det bilde som tegnes er «prosaisk»? Forholdene mellom nivåene er bra, men ikke strålende og utviklingen går i positiv retning, men ikke sterkt. Kanskje er det bilde vi finner uttrykk for et nokså vanlig bilde av hvordan forholdet mellom byråkratiske organer som er hierarkisk organisert er? Det bidrar til det «prosaiske» bilde at bare 6 prosent av fylkeslegene svarer at de synes Helsetilsynet og departementet har «felles oppfatning av målene for fylkeslegenes virksomhet». Her svarer 63 prosent «nøytralt» og 31 prosent

¹⁰⁷ Figurene vi referer fra står på s. 24, 24 og 25.

¹⁰⁸ «Positivt» betyr i stor eller svært stor grad, «nøytralt» står for de to midterste svar og «negativt» for lite eller svært lite.

«negativt». Her slår nok den todelte styringen av fylkeslegene inn. Svarene tyder også på at fylkeslegene føler seg nærmere knyttet til Helsetilsynet enn departementet.

Er der tegn til en «vi og de»-tenkning? Litt kan nok det være tilfelle. Fylkeslegene har, men særlig hadde de, en egen «småkongekultur». De hadde også i viktige henseender en annen virkelighet, og delvis andre virkeligheter, å forholde seg til enn Helsetilsynet(s ulike avdelinger). Forskjelligheten fylkeslegene imellom gav seg også utslag i hvordan de så på sin egen stand. 38 prosent av fylkeslegene mente fylkeslegene i stor eller svært stor grad hadde en felles måloppfatning; resten, 62 prosent svarte «nøytralt» på dette spørsmålet (en slags både og-holdning). Det siste er ikke overraskende. Vi har sett at fylkeslegene var litt uenige om «den nye tid». I bind 2 viste vi også at mange av fylkeslegene heller støttet departementet enn Helsedirektøren i Norbom-prosessene. Vi skal legge til: fylkeslegene konkurrerte, stadig, også litt om Helsedirektørens og kollegenes respekt. Noen konkurrerte også av og til om stillinger, «fetere» fylkeslegestillinger – Oslo var særlig tiltrekkende – eller ledende stillinger i Helsetilsynet, f.eks. embedet som assisterende helsedirektør eller en stilling som avdelingsdirektør.

Helsevesenet var, før avmedikratiseringen fra midten av 1970-årene, nokså sektorielt styrt. Med den lokalt baserte avmedikratiseringen kom også den delen av det medikratiske regime som sektorstyret representerte under press, først fra den kommunalpolitiske forvaltning, så fra den statlige fylkesmannen. Kommunene og til dels fylkeskommunene (og deres interesseorganisasjon, KS) hadde en viss interesse av å se de ulike saksområder i sammenheng – slik at kommunene og fylkeskommunene kunne henge bedre sammen. Fylkesmannen hadde en åpenbar interesse av at mest mulig på lokalt nivå ble samordnet. Fylkesmannens overordnede, staten, fikk også snart interesse av det samme, men særlig av å «passe på» kommunene og fylkeskommunene så de opptrådte nøkternt og ansvarlig.¹⁰⁹ Det var etter hvert trykket fra fylkesmannen (som institusjon) som ble det sterkeste.

¹⁰⁹ Kfr. Synnøve Jensen, *Fylkesmannen – med framtida i sine hender? En analyse av forholdet mellom fylkesmann og kommuner etter reformene i*

Staten kunne ha kompensert for styringstapet etter lokaldemokratiseringen fra 1970-årene av ved å styrke Helsetilsynet og fylkeslegene. Det var ikke det som skjedde. Sektorinstansene ble gradvis svekket. De fleste, kanskje alle, sentrale personer i helsesektoren, fra Helsedirektøren og Helsetilsynet til fylkeslegene, var på vakt og forsøkte å beskytte «faglinjen», resten av den medikratiske linjen fra Evangs og Mork I's tid (1972–1983). Også innen utdannelsessektoren var preferansene klare. Men sektorforsvarerne ble for svake. De departementer som, med ulike navn, representerte administrasjonspolitikken kom stadig med initiativ til avsektorisering. Med støtte fra KS og mye av det lokalpolitiske Norge ellers, vant de frem. Regjeringen Jaglands planleggings- og samordningsminister, Bendik Rugaas (f. 1942) gav avsektoriseringen en viktig dytt fremover da han i en tale tidlig på våren i 1997 sa at han ville foreslå for helseministeren og utdanningsministeren å gjøre fylkeslegenes og utdanningsdirektørens kontorer til avdelinger i fylkesmannsembedet.¹¹⁰ Initiativet ble ført videre, først av regjeringen Bondevik I, så av regjeringen Stoltenberg I og endelig gjennomført av regjeringen Bondevik II. Fra 2003 var fylkeslegekontorene en del av fylkesmannens kontor. Siden Oslo og Akershus hadde én fylkesmann ble fylkeslegekontorene i disse to fylker slått sammen. Med denne reformen var det formelt fylkesmannen som skulle føre tilsyn, selv om han eller hun i helsesaker (og nå også sosialsaker) formelt var underordnet Helsetilsynet. Nyordningen innebar således et kompromiss mellom det sektorielle og det territorielle prinsipp. Siden Helsetilsynet nå ble et nesten rent tilsynsorgan, ble direktoratsoppgavene flyttet ut og lagt til et nyopprettet Sosial- og helsedirektoratet. Også måtte dermed bruke fylkeslegene lokalt. Fylkeslegene kom slik under en mangehodet styring og ledelse: under Helsetilsynets, Sosial- og helsedirektoratets, fylkesmannens og (til dels via sistnevnte), en rekke departementers. Lars E. Hanssen, som ble helsedirektør fra februar 2001, bemerket ofte at den

lokalforvaltninga, KS-Rapport nr. 5, ISV, Universitetet i Tromsø, 1982. (file://platon.uio.no/med-helsam-u1/oberg/pc/Downloads/thesis.pdf)

¹¹⁰ Referert under ledermøtet i Helsetilsynet, 5.3. 1997, sak 06/03/97. Det heter i referatet at Helsedirektøren vil ta saken opp med Sosial- og helsedepartementet. Hun var åpenbart bekymret.

nye organiseringen nok var komplisert, men hadde en «indre skjønnhet».¹¹¹

Helsetilsynets og fylkeslegenes styring av og tilsyn med det utøvende helsevesen og dets eiere

Styringslinjene, tilsynslinjene medregnet, ender der verdiene skapes, i det utøvende helsevesen, altså i de kliniske og prekliniske institusjoner og hos disse faglige aktører. Men før de når disse treffer de ofte, om enn ikke alltid, institusjonenes *eiere*, altså særlig fylkeskommuner og kommuner, men i noen grad også staten selv (som f.eks. eier av Rikshospitalet og flere forebyggende institusjoner) og private (ideelle og kommersielle) eiere (av f.eks. sykehus).

Som «direktorat» deltok Helsetilsynet i styringen også av institusjonseierne, selv om både de og deres styringsorgan, departementet, var forsiktig med å styre de lokaldemokratiske instanser, fylkeskommunene og kommunene. Styringen hadde gjerne institusjonene og andre aktører (som praktiserende leger) som objekt, men indirekte hadde de jo slik også deres eiere som objekter. Når styringen hadde statlige institusjoner som objekt hadde den et internt preg, og var ikke styring i ordets egentlige forstand.

Som tilsynsorgan retter Helsetilsynet og fylkeslegene sin oppmerksomhet mot fagutøvende institusjoner og fagutøvere. I det første tilfelle undersøker de for eksempel om kliniske institusjoner driver såkalt internkontroll (som helsetilsynsloven krevde) og i det annet tilfelle om (for eksempel) leger drev forsvarlig klinisk praksis. Det første skjedde gjerne forebyggende (på forhånd), det annet gjerne i etterhånd, f.eks. som følge av en klage. I begge tilfeller «rammer» tilsynet bare indirekte eieren, hvis da ikke klinikeren er eier (selvstendig næringsdrivende). I det annet tilfelle «rammer» den også bare indirekte den kliniske institusjonen legen arbeider i (den umiddelbare arbeidsgiver), igjen hvis da ikke legen er eier

¹¹¹ Viktige dokumenter i saken er NOU 2000: 22, *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*; St.meld. nr. 31 (2000–2001), *Kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling*; Innst. S. nr. 307 (2000–2001) (om stortingsmeldingen).

av sin praksis. Det vi kunne kalle vanlig styring treffer altså eiere og institusjoner først og mest direkte, mens tilsyn først og fremst treffer institusjoner og (kliniske) fagutøvere. Siden tilsyn også er en form for styring blir altså tilsynsstyringen i siste instans, i klinikken, uttrykk for en individualisering av styringen.

Vi skal legge til at der kan oppstå konflikter mellom styrings- og tilsynslinjen. Styringen kan for eksempel være så økonomisk stram at det går utover fagutøvernes evne til å drive (helt) forsvarlig. Siden Helsetilsynet og fylkeslegene ikke skulle (og skal) drive et kombinert økonomisk og faglig tilsyn kan de slik bidra til at der blir spenninger i den samlede styring. Vi skal komme tilbake til dette punktet når vi går nærmere inn på tilsynsvirksomheten.

Helsedirektørens medarbeidersamtaler med fylkeslegene er av betydning for forholdet Helsetilsyn/fylkesleger. Vi skal allikevel omtale dem først når vi ser på måten Helsedirektøren opptrådte på som leder. Hun gjorde jo det både innad i Helsetilsynet og overfor fylkeslegene.

4. Helsetilsynets organisering og ledelse

Helsedirektoratet ble altså til Statens helsetilsyn fra 1. januar 1994. Instruksen for Helsetilsynet kom imidlertid først den 18. februar 1994. Den fikk bare fire paragrafer. Instruksen er oppgaveorientert. Den sier nesten intet om organiseringen, utover at departementet skal godkjenne den.

Instruks for Helsetilsynet

§ 1. Statens helsetilsyn er underlagt Sosial- og helsedepartementet. Fylkeslegene er underlagt Statens helsetilsyn, men kan utføre oppgaver direkte for departementet etter nærmere retningslinjer.

§ 2. Med hjemmel i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten skal Statens helsetilsyn ha det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten. Statens helsetilsyn har forvaltningsoppgaver og påleggsmyndighet i tilknytning til utøvelsen av tilsynsfunksjonen. Statens helsetilsyn skal på sitt område gi faglige råd og informasjon til departementet, fylkeslegene og den statlige helseforvaltning for øvrig, samt til helsetjenesten og befolkningen. Helsetilsynet skal bistå departementet med informasjon om helseforholdene i landet, og kan fremsette forslag om de tiltak som anses nødvendig.

Statens helsetilsyn kan gi råd til de øvrige departementer og andre sentraladministrative organer i saker som krever helsefaglig innsikt.

Statens helsetilsyn skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift, stortingsvedtak eller pålegg fra departementet.

§3. Hovedstrukturen i Statens helsetilsyns organisering og endringer i denne skal godkjennes av departementet.

§ 4. Statens helsetilsyn ledes av en direktør (helsedirektøren). Direktøren skal være lege eller ha en annen relevant helsefaglig utdanning.

Organisasjonsarbeidet startet med et «drøftings- og forhandlingsmøte» mellom direktoratsledelsen og de ansattes organisasjoner den 25. november 1993. Det heter i det forslag til ny organisasjonsform som ble lagt frem den 18. februar 1994 at i dette møtet «ble man enig om å nedsette en partssammensatt gruppe, jfr. Hovedavtalen § 2 nr. 5». Gruppen skulle, heter det i mandatet, «legge frem forslag til intern organisering av Statens helsetilsyn». Det het videre at gruppen skulle ta hensyn til de politiske beslutninger som var fattet og de premisser som fulgte av de ulike rapporter som ble utarbeidet i 1993 og til dels i 1994. Det het også at gruppen skulle ha et nært samarbeid med Helsedirektøren og løpende orientere henne om arbeidets fremdrift.¹¹²

Gruppen fikk denne sammensetning: avd.dir. Anne Marie Horn, legemiddelavdelingen, kontorsjef Finn Aasheim (1946–2008), helsetjenesteavdelingen, underdirektør Hilde Jordal (f. 1953), helserettsavdelingen, (fung.) avdelingsdirektør Hilde Sundrehagen (f. 1954), administrasjonsavdelingen – mot slutten etterfulgt av utredningsleder Helge Høifødt, administrasjonsavdelingen, Leonora Martinussen (f. 1940), SL, Elin Sæther (f. 1942), NTL, Gunhild Røstadsand (f. 1964), AF og Jan Fredrik Andresen (f. 1960), AF. Kontorsjef Jo Kittelsen (f. 1948) og underdirektør Lena Hagberg (f. 1948) var sekretærer.

Gruppen hadde sitt første møte den 20. desember og sitt siste den 17. februar. I alt hadde gruppen 13 møter.

Vi legger merke til at gruppen ble nedsatt som en utpreget korporativ gruppe; den sprang ut av et møte mellom ledelsen og de ansattes organisasjoner. Gruppen fikk også betegnelsen «partssammensatt». Det var imidlertid ikke noe nytt. Også omorganiseringen som trådte i kraft i 1989 skjedde som følge av en samarbeidsutredning.¹¹³

¹¹² Denne redegjørelsen er en lett redigert versjon av underkapitlet «States helsetilsyns «nye» ham», i bind 2, s. 446–450.

¹¹³ Kfr. bind 2, s. 488–498.

Et viktig styringsmiddel, det å utforme organisasjonen, ble altså gjort til en forhandlingsgjenstand. At det forholdt seg slik understrekes av en passus i innstillingen. Her heter det at «gruppen har tolket Hovedavtalens § 17 dithen at helsedirektøren ikke kan overprøve gruppen i forhandlingsspørsmål, og at dersom gruppen ikke ble enig i slike spørsmål måtte saken tas opp med departementet». Videre heter det at «Kapittel 4 [i forslaget] Organisasjonsmodell er å anse som en forhandlingsprotokoll». Gruppen skulle altså i praksis bestemme hvordan Helsetilsynet skulle være ordnet. Helsedirektøren var satt, og hadde indirekte selv satt seg, på sidelinjen når det gjaldt utforming av den organisasjon hun ledet og skulle fortsette å lede. Hun deltok imidlertid på den partssammensatte gruppens første møte, under punkt 1» (referatets ord), og gav da «noen føringer». «Føringene» var delvis formelle; de gjaldt for eksempel antallet avdelinger (minst 4, høyst 7), at avdelingene burde være forholdsvis like i størrelse og at de burde ha omtrent lik fordeling av løpende saker og utredningsoppgaver. Hun gav videre noen råd hva gjaldt fordelingen av noen mindre oppgaver, men sa dessuten, og det var det viktigste, at hun ønsket å beholde to av avdelingene som før, Helseerettsavdelingen og Legemiddelavdelingen. Hun kom også med et mer generelt ønske hva gjaldt Helsetilsynets virkemåte: «Den nye organisasjonsformen må legges til rette for samarbeid mellom enheter og utvikling av en felles bedriftskultur i hele Statens helsetilsyn».¹¹⁴

Man kan se Helsedirektørens betingede «abdikasjon» som organisator som et uttrykk for hvor sterkt de ansattes organisasjoner, og for så vidt de ansatte, nå stod i Helsedirektoratet. De hadde vært med på å nedkjempe Norbom-planen og slik i noen grad også med på å «kollektivisere» ledelsen av direktoratet. I den «partssammensatte gruppen» hadde forøvrig halvparten (Horn, Aasheim, Martinussen, Sæther) på ulike vis markert seg

¹¹⁴ *Omorganisering av Statens helsetilsyn*, Rapport fra en partssammensatt gruppe, 18. februar 1994. Helsedirektørens «føringer» fremgår av vedlegg 2 til rapporten (s. 20).

i motstanden mot «Norbom». Når alt kom til alt, tenkte nok gruppen og Helsedirektøren nokså likt, og konservativt, om organisasjonsspørsmålet.

Gruppen tok utgangspunkt i de mange premisser som allerede var lagt for hva Helsetilsynet skulle bli, blant annet den ferske strategiske plan, men kom til at (for)målene («strategiske områder») alene ikke gir noe godt grunnlag for å ordne Helsetilsynet. Gruppen så istedenfor på mer instrumentelt pregede, og nærmest formålsnøytrale, kriterier for utforming av organisasjoner, som geografi, fag(grupper), brukere (primære klienter) og tjenesteytere (sekundære klienter), og kom til at heller ikke disse kunne brukes konsekvent. Den konstaterte så, naturlig nok, med at «en kombinasjon av organisasjonsprinsipper best vil ivareta brukernes behov og de øvrige intensjonene i Strategisk plan».

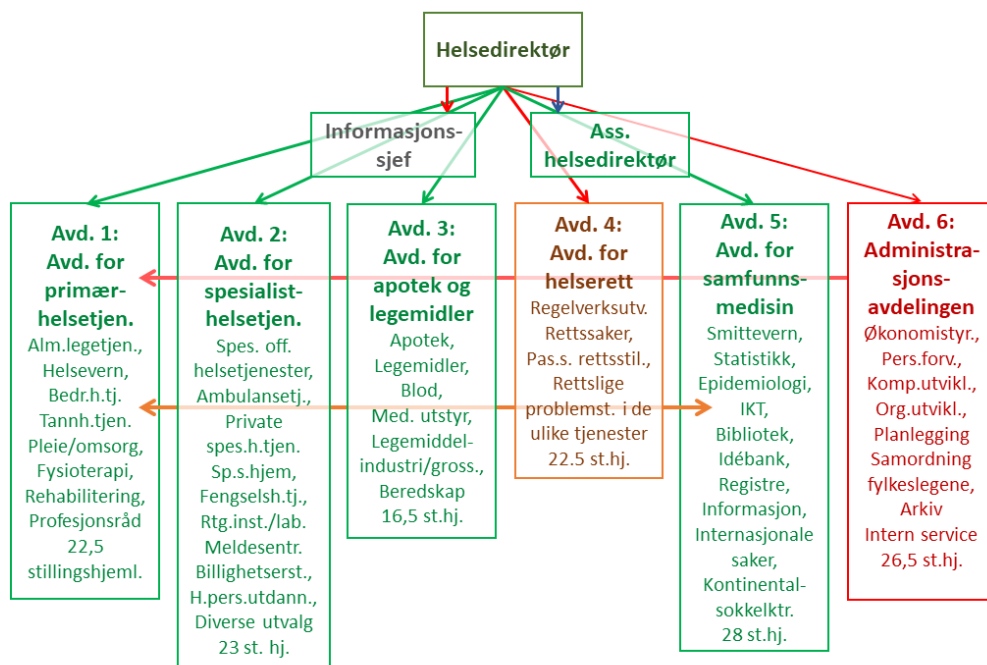
Gruppen endte således med å foreslå at organisasjonen delvis skulle bli som den var da den var direktorat, med to unntagelser: Den store, og nesten dominerende, helsetjenesteavdelingen skulle deles i to – i én avdeling for primærhelsetjenesten og én for spesialisthelsetjenesten. Man kan si at dét var i tråd med Helsedirektørens «føring» om å ha omtrent like store avdelinger. Ellers foreslo gruppen at legemiddelavdelingen skulle fortsette, men som avdeling for apotek og legemidler, og med litt utvidede oppgaver (utstyr, blodprodukter, beredskap), og at avdeling for helserett (før helserettsavdelingen) og administrasjonsavdelingen, skulle gjøre det samme. Den gamle avdeling for forebyggende helsetjenester ble foreslått nedlagt. Oppgavene den hadde hatt ble foreslått lagt til avdelingen for primærhelsetjenesten, og i noen grad til en ny avdeling, avdeling for samfunnsmedisin. Denne siste avdelingen representerte noe nytt. Den fikk et slags overordnet ansvar for tilsyn. Den ble sete for det nye tilsynsprosjektet, et utredningsprosjekt. Vi kan også si at den fikk et spesielt ansvar for det som ble kalt det overordnede faglige tilsyn, overvåking av den generelle helsetilstand og av helsevesenets evne til å tilpasse seg denne. Avdelingens opprettelse ble også begrunnet med at der trengtes en avdeling som kunne ta seg av de to (litt spesielle) strategiske områder, innsamling og analyse av faktagrunnlag og erfaringsoverføring.

Avdelingen skulle også, etter forslaget, ha ansvar for kvalitetsutviklingsarbeidet.

Gruppen var ellers, står det i innstillingen, «enig om at man ikke skal ha stabsfunksjoner knyttet direkte til helsedirektøren». Standpunktet begrunnes ikke. Helsedirektøren hadde ikke uttalt seg om dette spørsmålet i sine «føringer», men måtte altså finne seg i at slik ville det bli – det står nemlig i det «dikterende» kapittel 4, «forhandlingsprotokollkapitlet». Uttalelsen er et uttrykk for at gruppen ikke ønsket en for sterk sentral ledelse. På et vis var også dette tradisjon. Karl Evang mente han ikke trengte noen sentral stab. I noen grad mente også Torbjørn Mork det, men begge, skjønt mest Mork, ble svært avhengig av sin juridiske rådgiver, den ekspedisjonssjef Evang fikk seg pådyttet av statsråd Gudmund Harlem (1917–1988) i 1956.¹¹⁵ Nå skulle altså denne stabsjuristen bort, og ikke erstattes av en annen, eller av andre.

Forslaget ble som vi ser av figur 4.1. Slik ble også fra 1. april 1994, og frem til den store omorganiseringen etter årtusenskiftet, virkeligheten.

¹¹⁵ Kaare Bjerkomp (1907–1966) var den første ekspedisjonssjef. Han ble etterfulgt av Knut Munch-Søegaard i 1966, som satt til han ble 70 år i 1993. Kari Sønderland fungerte i stillingen, som spesialrådgiver, inntil hun fra 1994 ble avdelingsdirektør i helserettsavdelingen.



Figur 4.1: Helsetilsynets organisering 1994–2002

Hver avdeling var ledet av en avdelingsdirektør.

Grønn skrift symboliserer helsefaglighet, rød skrift administrativ styring og oransje skrift rettslig forvaltning. I praksis overlapper styrings- og ledelsesmåtene. Den røde pilen fra avd. 6 symboliserer avdelingens måte å styre/forvalte på, nemlig «horisontalt». Avd. 6 styrte imidlertid også hierarkisk, overfor fylkeslegene. Avd. 4 hadde en samarbeids/konsulentrolle overfor helsefagavdelingene.

Gruppen foreslo altså, langt på vei, at Helsetilsynet også organisatorisk skulle bli en fortsettelse av Helsedirektoratet. Delingen av den store tjenesteavdelingen er mer å betrakte som en teknisk enn som en prinsipiell endring. Det var imidlertid også en «nødvendighet», hvis avdelingene skulle bli forholdsvis jevnstore, og det var et uttalt ønske. Endringen innebar for så vidt også at man gikk tilbake til ordningen fra 1983 til 1989.

At gruppen konkluderte så tilsynelatende konservativt kan man delvis se på som en funksjon av Helsedirektørens «føringer», men kanskje like meget som en funksjon av gruppens korporativt pregede sammensetning. Når «alle» er representert i en slik gruppe vil det man blir enige om gjerne være det som representerer minst endring. Endringsmotstanderne har som regel sterke meninger, mens endringsforkjemperne har mer avslappede meninger. Man får slik mye mer «trykk» bak forsvaret for *status quo* enn bak ønskene om endringer. Det forsterker trykksituasjonen at mange kan enes om å bevare, mens endringstilhengerne gjerne sprer seg på ulike alternativer – og slik blir enda svakere. Helsedirektoratets ansatte hadde jo ellers nå i tre år vært i forsvarsposisjon – og var blitt vant til å se på det å være (organisasjons)konservativ som radikalt.

Det medikratiske direktorat hadde i stor grad vært medisinsk basert. Med den store endringen i 1983 ble det institusjonelt basert. Primærhelsevesenet fikk som direktoratsforankring en primærhelseavdeling, spesialisthelsevesenet en spesialisthelseavdeling, det «prekliniske» helsevesen en forebyggelsesavdeling og «legemiddelvesenet» en legemiddelavdeling (opprinnelig en apotekavdeling). Tannhelsevesenet mistet sin institusjonelle overbygning, men ble en del av den førstnevnte institusjonelle avdelingen. Opprettelsen av helseerettssavdelingen fra 1989 brøt med denne organiseringsmåten: Man fikk en spesialisering etter styringsmåte (forvaltningsmåte). Det svekket de institusjonelle avdelingers rolle som integrerte institusjonelle avdelinger. Den juridiskbaserte avdelingen ble altså beholdt i 1994. Forebyggingsavdelingen forsvant imidlertid som egen institusjonell avdeling. Folkehelsearbeidet ble lagt til primærhelsetjenesteavdelingen og forebyggingsavdelingen ble, i en viss forstand iallfall, gjort til en samfunnsmedisinsk avdeling. Det var en viktig endring, for samfunnsmedisin ble nå langt på vei forstått tilsynsfaglig. Avdelingen fikk ikke et generelt tilsynsfaglig ansvar. Person- og institusjonstilsynet forble liggende hos institusjonsavdelingene, men også hos rettsavdelingen (det personlige tilsyn, det vil si klagebehandlingen). Det var særlig det *overordnede* tilsyn som ble liggende i den nye avdelingen. Tidligere hadde ikke det hatt noen klar avdelingstilknytning, men var heller ikke blitt klart

definert (forstått). Det siste ble i en grad en varig utfordring, som vi skal se.

Den nye, som den gamle, organisasjonen hadde noen innebygde spenninger.

I sin uttalelse sier gruppen også noe om måten den «nye» organisasjonen skal virke på. For å oppnå mer og bedre samarbeid på tvers av avdelinger skal bruken av «tverrgående prosjekter» og «etablering av team på tvers av avdelinger» økes (s. 12). Denne tanken kan man imidlertid også si lå i Helsedirektørens «føringer». De var særlig knyttet til forholdet mellom de institusjonelle avdelinger og de «funksjonelle» avdelinger, altså rettsavdelingen (spesialiseringen av mye av den juridiske styringsmåte), den samfunnsmedisinske avdeling (spesialiseringen av en oppgave, tilsyn) og administrasjonsavdelingen (som representerte den finansielle styringsmåten og noen juridiske styrings- og forvaltningsmåter, blant annet den organisatoriske styring og regler knyttet til personalforvaltningen).

Den spenningsfylte organiseringen gjorde samarbeid på tvers av avdelingene viktig. Gruppen som så på organisasjonsspørsmålet gjorde dette til en dyd. Spesielt gjorde den det hva angikk den nye, viktige oppgaven, tilsyn. Den skriver (s. 10) således: «For å sikre at utvikling av tilsynsmetodikk både får den nødvendige prioritet og tyngde, og skjer som en integrert del av virksomheten bør det etableres et **tverrgående prosjekt** forankret i Avdeling for samfunnsmedisin». Den skriver videre at helseerettssområdet nå styrkes og at det kan gi grunnlag «for å videreutvikle kvaliteten på klagesaksområdet» (s. 10). Gruppen fortsetter: «Ett virkemiddel som også skal bidra til videreutvikling av kvaliteten på dette området er etablering av et klagesaksprosjekt på tvers av avdelingene, forankret i avdeling for helserett». I to vedlegg (3 og 4) redegjør gruppen nærmere for hvordan prosjektene kan gjennomføres. Det heter at det første prosjektet, tilsynsmetodeprosjektet, bør ha en styringsgruppe, ledet av Helsedirektøren. Også det andre prosjektet skal ha en styringsgruppe,

mener gruppen, men der skal ikke Helsedirektøren sitte, bare representanter for fagavdelingene, og eventuelt fylkeslegene.

Gruppen legger også generelt vekt på at Helsetilsynet må fungere en god del «på tvers». Det samme ble det gjort et nummer av, av dem som planla den store omorganiseringen i 1983. Når ulike prinsipper legges til grunn for organiseringen, er aktivitet på tvers av avdelinger uunngåelig. 1994-gruppen sa dog ikke så mye om hvordan saksbehandlingsprosessene, enten de skulle være avdelingsbaserte eller gå på tvers, skulle organiseres. Prosessene måtte i stor grad fortsette som de var og utvikles videre gjennom prøvende praksis.

Selv om organisasjonsgruppen var konservativt direktoratlig i hovedsaken, var den også radikal og offensiv med sitt forslag om de to tilsynsprosjektene. De to prosjektene den foreslo å opprette pekte jo frem mot en mer gjennomgående tilsynsmyndighet av Helsetilsynet, selv om gruppen synes å forutsette at en slik omdannelse ikke trengte å få organisatoriske konsekvenser. Men med forslagene om en tilsynsrett utvikling var også gruppen med på å undergrave grunnlaget for direktoratsdelen av Helsetilsynet. Den la med sine forslag noe av grunnlaget for 2002-revolusjonen. Forslagene ble jo fulgt opp i praksis.

Med sine forslag bidro gruppen også til å gi helsedirektørembedet som institusjonelt embete et grunnskudd. Denne prosessen var godt i gang i forrige periode, ja, startet allerede midt i Evangs periode, men det var nå den skulle fullføres. Helsedirektør Anne Alvik bidro indirekte til denne utviklingen ved å godta at organiseringsspørsmålet skulle avgjøres gjennom «forhandlinger», forhandlinger hun selv bare påvirket gjennom såkalte «føringer», men også, mer alment, ved bevisst å tone ned rollen som institusjonell helsedirektør. Tiden var blitt en annen. Det var ikke, sier hun selv «lenger rom for utøvelse av helsedirektørembetet slik Karl Evang

og Torbjørn Mork hadde gjort det».¹¹⁶ Hun var heller ingen Evang eller Mork. Hun var, kan man nok si, mer i takt med «den nye tid» enn det «opposisjonsmannen» Mork hadde vært.¹¹⁷ Hun satte seg inn i etatsstyringens ulike implikasjoner og ville gjerne følge dem opp på en skapende måte. Ikke minst viste det seg i hennes tilsynspolitik. Torbjørn Mork var preget av medikratiske måter å tenke på, og foretrakk å basere sin styringspolitikk på erfaringsbasert (lege)skjønn. Anne Alvik tok aktivt innover seg den *faglighet* etatsstyringen var uttrykk for, enten denne hadde grunnlag i jus, revisjonsfaglighet, organisasjonsvitenskap, statistikk eller (endog) økonomikk.

Etatsstyring forutsetter en sterk ledelse. Etatsstyring betyr jo *styrt* styring (og forvaltning). Styrt, det vil si målrettet og planbasert styring, krever at embedet som helsedirektør er sterkt, altså styrkes. Gruppen som stod bak forslaget til «ny» organisering foreslo ikke å styrke helsedirektørembedet, for eksempel med en egen strategisk planstab. Endog det lille Helsedirektøren hadde hatt av strategisk stab, den juridiske ekspedisjonssjef, forsvant da Helsedirektoratet gjorde det. Den assisterende direktør ble dog beholdt, nærmeste som en selvfølge. Helsedirektøren hadde ellers administrasjonsavdelingen, men gruppen foreslo ikke å gjøre den til stabsavdeling og å styrke den strategisk. Avdelingen hadde imidlertid en person som ofte fungerte strategisk og ble Helsetilsynets viktigste etatsstyringseksper, Helge Høifødt, men hans rolle ble ikke nevnte spesielt som en strategisk rolle. Han var jo også bare nr. to i avdelingen. Ja, han fortsatte som det, under avdelingsledere som i

¹¹⁶ «Anne Alvik møter Anne Alvik 28 år etter», referat fra intervju med Anne Alvik i Det norske medicinske Selskab, 24.1.2007, *Michael*, bind 4, nr. 2, 2007, s. 180–186. Referatet er ved Øivind Larsen.

¹¹⁷ Som vi har vist i de to første bindene kom Mork i opposisjon til de fleste av de endringer i helsepolitikken ulike regjeringer stod for fra ca. 1977. Unntagelsen var kulturpregede saker, som abort og spørsmål som omfattet kjønnsidentitet. Han godtok sider ved den nye styringsformen, etatsstyringen, etter 1983, som virksomhetsplanlegging, men uten at hun tok inn over seg den nye styringsfilosofien. I «filosofiske» øyeblikk kunne han, overfor sine medarbeidere, ironisere over den nye politikken.

flere tilfeller mer var forvaltere, særlig økonomi- og personalforvaltere, enn strateger. Det sier også noe at administrasjonsavdelingen hadde tre avdelingsdirektører – men én Høifødt – frem til 2002. Høifødt var imidlertid avdelingsdirektørens stedfortreder og fungerte ofte som avdelingsdirektør. Den enheten han (også) ledet i administrasjonsavdelingen ble kalt *stab* for kvalitetsutvikling og styringsprosesser, ikke *seksjon* som de andre enhetene i avdelingen.

For å vise at administrasjonsavdelingen også har en (etats)styrende rolle har vi tegnet inn en rød «styringspil» fra avdelingen til de andre avdelinger. Siden den er en styringspil burde den imidlertid ha vært gjort vertikal (og avdelingen plassert litt under helsedirektørembedet, men altså over de andre avdelingene). Vi skal også nevne at når vi har plassert assisterende helsedirektør under helsedirektøren, men ikke i styringslinjen videre, skyldes det at han ikke *var* en del av styringslinjen, men gikk inn i den når Helsedirektøren var fraværende, og ellers spilte en mer sentralstabspreget rolle.

Vi skal nedenfor si litt mer om hvordan ledelsesfunksjonen ble organisert og fungerte i perioden.

Som figur 4.1 viser, ble avdelingene fra 1994 av forholdsvis like i størrelse (antall stillingshjemler), dog slik at avdelingen for legemidler (og andre medisinske produkter) og apotek var noe mindre. Den var også den som virket mest på egne premisser. Den hadde i stor grad vært en profesjonsbasert avdeling, som de ulike legekantorene og tannlegekontoret, men nå var den blitt mere en legemiddelavdeling (og produktavdeling) enn en apotek(er)avdeling. Det lå også i kortene at den skulle helt ut og slås sammen med Legemiddelkontrollen.

Helsetilsynets ledelsesfunksjon 1994–2002

Som vi har vist i bindene 1 og 2 var Evang og Morks ledelse tradisjonelt medikratiske, og dermed også personlig preget. Særlig gjaldt det Evangs ledelse. Mork tilpasset seg i noen grad en ny tids mer kollektive og formaliserte ledelse. I Morks første periode ble de orienteringsmøter

Evang hadde begynt å holde mot slutten av 1960-årene til en slags ledermøter (fredagsmøter). I hans andre periode ble de til formelle ledermøter, kalt direksjonsmøter. Den 4. februar 1984 utstedte Mork «Retningslinjer for organiseringen av ledelsen i Helsedirektoratet». Det het i disse at det var han, eller den han hadde gitt fullmakt til, som fattet beslutninger. Det het imidlertid også at han først og fremst skulle fatte beslutninger gjennom en direksjon bestående av ham, spesialrådgiveren og avdelingsdirektørene, fra 1985 også av medisinalråden. Møtene ble holdt fast på onsdager. De hadde en dagsorden og der ble tatt beslutningsreferat. Det kom i referatene til å hete at «Direksjonen besluttet», eller «aksepterte». Etersom de gamle avdelingsledere, som hadde styrt sine avdelinger på en personlig preget måte, gikk av, ble også diskusjonen i direksjonen mer reell. Beslutningene ble slik i voksende grad en funksjon av kollektive prosesser. Det spilte en rolle at hverken helsedirektøren, hennes nestkommanderende eller avdelingsdirektørene av «natur» var selvhevdende. De passet til tidsånden, som tilsa at ledere ledet med utgangspunkt i et mest mulig presist (mål)oppdrag og ikke skulle, eller trengte å, utøve et personlig preget skjønn.

En av dem som aktivt godtok den «nye tid», med dens krav til mer presis, målrettet og «apersonlig» ledelse, basert på analyse og åpen meningsutveksling, var direktoratets nr. to fra våren 1985, Anne Alvik. Hun gjorde imidlertid ikke direksjonsmøtene mandager (korte) og onsdager (lange) til de dominerende beslutningsmøter, som de, dog bare i noen grad, hadde vært før. Den saksbehandlings- og saksavklaringsfunksjon møtene før hadde hatt ble ikke bare videreført, men ble nå gjort helt dominerende. Det innebar at saker som var under utredning, ble lagt frem på møtene. Etter en relativt kort diskusjon ble det gikk signaler om den videre saksbehandling. Av og til kunne avklaringen være nokså konkret, som under behandlingen av forslag til ny virksomhetsplan. Mange av de viktige beslutninger, som for eksempel (endelige) beslutninger om strategiske planer, budsjettforslag og interne budsjettfordelinger, omorganiseringer og viktige ansettelser etc. ble som regel ikke foretatt på direksjonsmøtene (ledermøtene), ja, knapt nok behandlet der. Mange av de viktige beslutninger ble fattet av Helsedirektøren (og hennes nestkommanderende), gjerne i samarbeid med

de aktuelle avdelingsdirektører, eller i andre fôra.¹¹⁸ I mange sammenhenger spilte slik administrasjonsavdelingen, Helsetilsynets finansdepartement (og personaldepartement) en viktig rolle. Vi har sett at ved omorganiseringer hadde partssammensatte grupper en betydelig, nesten bestemmende, funksjon. Også andre midlertidige eller mer varige utvalg, grupper, komiteer og lignende kunne spille viktige saksutredende, men i praksis ofte (nesten) bestemmende, roller. Undertiden omfattet disse organer representanter for fylkeslegene, som (virksomhets)planutvalget.

Det bidro til å gjøre direksjons/ledermøtet mer til saksbehandlende møter enn beslutningsmøter at det i stor grad også ble brukt som et informasjonsmøte. Ja, fra høsten 1994 ble dette markert med at møtene fikk en (stor) post kalt «Nytt siden sist». Møtenes informasjonsfunksjon ble understreket ved at Helsedirektøren, hvis hun var til stede, orienterte de ansatte om møtene på allmannamøter («onsdags-info»). Man kan si denne funksjonen også ble oppfattet som viktig av de ansatte ved at det av og til kom klager over at møtereferatene var for lite informative, altså for korte.¹¹⁹

Direksjons/ledermøtene ble dominert av konkrete saker det ble arbeidet med og som trengte avklaringer og av og til (midlertidige) beslutninger. Strategiske spørsmål ble sjeldnere tatt opp. De konkrete sakene ble heller ikke hyppig satt inn i et større strategisk perspektiv. Møtene fikk derfor et nokså prosaisk preg. Det bidro til det at de fleste deltagerne konsentrerte seg om «sine» saker og helst ikke blandet seg inn i andre avdelingers saker. Stort sett gikk slik forhandlingene i ledermøtene «kjedelig» og greit. Spenninger kunne imidlertid også, selvsagt, gjøre seg gjeldende. De ulike avdelinger hadde i noen grad sine egne kulturer og de ulike ledere hadde sine måter å tenke, uttale seg og være på. Anne Alvik hadde fra starten av ambisjoner om å bli en «moderne» leder og satte tidlig i gang et

¹¹⁸ Ansettelser skulle skje på en mer konfidensiell måte, med fagforeningsmedvirkning. Møtene i direksjonen/ledelsen var «åpne», i den forstand at referatene fra møtene ble gjort alment kjent i Helsetilsynet.

¹¹⁹ Helsedirektøren svarte på denne kritikken ved å si at avdelingsdirektørene skulle informere sine avdelinger om det som hadde skjedd på møtene og at sakspapirene til møtene var tilgjengelige hos avdelingsdirektørene. Kfr. referatet fra direksjonsmøtet 16. juni 1993, nr. 23, sak 15/06/93.

lederutviklingsprogram, med bistand fra Arne Anmarkrud (1942–2021) og Tom Samuelson fra Norsk institutt for personalutvikling og -administrasjon. På direksjonsmøtet 6. januar 1993 ble formålene med programmet diskutert. Diskusjonen ble ledet av konsulentene. Den 9. og 10. februar ble det så holdt et lederutviklingsseminar på Lysebu i Oslo. På seminaret ble ikke minst diagnostikk satt på dagsordenen. Deltagerne ble altså bedt om å se kritisk på seg selv og direksjonen, men også om å peke på dens ressurser. Flere av deltagerne uttalte seg frimodig. Der ble notert flittig på «flip-over-arkene». Seminaret munnet ut i et «utvidet direksjonsmøte», hvor det blant annet ble vedtatt at en arbeidsgruppe bestående av utredningsleder Helge Høifødt, administrasjonsavdelingen, avdelingsdirektør Marit Kromberg (f. 1939), avdeling for forebyggende arbeid og fagsjef Kjell Røynesdal (f. 1949), Helsetjenesteavdelingen, skulle «skrive ut innspillene» som var kommet «hva gjelder direksjonens ressurser og forbedringsområder». Det gjorde de, men skrev også et kort notat hvor de utdypet det de så på som de to viktigste forhold som ble tatt opp på seminaret, kommunikasjonsformen i direksjonsmøtene og måten strategiske spørsmål ble behandlet på. Om det første forholdet skriver de tre at de mener at direksjonen har «et bra sosialt klima», men at kommunikasjonsformen i møtene bør utvikles videre. De peker spesielt på at der er «en del ulikheter mellom avdeling 1 og 2 som bidrar til at direksjonen ikke fungerer godt som ledelsesforum». De legger så til:¹²⁰

«De to avdelingene kjenner hverandres arbeid for dårlig, har forskjellig oppfatning av hvordan mange problemstillinger bør gripes an, er i tvil om den andres faglige kompetanse er god nok, og er i tvil om hvorvidt samarbeid vil skape bedre resultater».

¹²⁰ «Oppfølging av Lysebuseminaret», notat fra Høifødt, Kromberg og Røynesdal, HH/ 5. mars 1993, til direksjonsmøtet 11/93 (10.3.1993), sak 07/03/93.



Marit Kromberg (f. 1939), c.m., M.Sc. Hun ble fagsjef i Helsedirektoratet i 1985 og satt som avdelingsdirektør i avdeling for primærhelsetjenesten fra 1991 til 1995. Både før og etter tiden i Helsedirektoratet/Helsetilsynet arbeidet hun i Afrika (Botswana). (Foto: Helsetilsynet)

Røynesdal tilhørte den kritiserte avdeling, Helsetjenesteavdelingen, men var mer velvillig innstilt til «den nye tid» og etatsstyringen enn avdelingsdirektøren, sykehuslegen Haakon Melsom (1941–2015). Der var nok en del «tradisjonelle» spenninger mellom avdelingen som hadde ansvar for klinikken og den som hadde ansvar for folkehelsearbeidet, men forskjellen i synet på styring mellom Kromberg, med støtte fra Høifødt og Røynesdal, og Melsom var viktigere. Forskjeller i personlighet spilte nok også en rolle.



Haakon Melsom (1941–2015), c.m. Han ble stipendiat ved Radiumhospitalet i 1972 og ble ved dette sykehuset som onkolog til 1990; de siste årene som sjeflege. Han ble fagsjef i Helsedirektoratet i 1990 og avdelingsdirektør for helsetjenesteavdelingen samme sted fra 1991. Fra 1994 til 1996 var han avdelingsdirektør ved avdeling for spesialisthelsetjenester i Helsetilsynet. Han var så ekspedisjonssjef for

sykehusavdelingen i Sosial- og helsedepartementet fra 1996 til 2000, da han begynte som overlege ved Kreftavdelingen ved Ullevål sykehus. Han ble medisinsk direktør i 40 prosents stilling fra 2001. Han pensjonerte seg i 2008. (Foto: Privat)

Hva strategi angikk var holdningen på møtet at dette var direksjonens svakeste punkt. Arbeidsgruppen understreket det, ja, så en strategisk mobilisering som aller viktigst hvis direksjonen skulle utvikle seg videre. Gruppen nevnte imidlertid at selv om der var enighet prinsipielt om behovet for strategisk mobilisering, var det et problem at direksjonslederne hadde «ganske forskjellige oppfatninger om hva strategisk ledelse er».

Begge «manglene» stakk dypt, og var uttrykk for at Helsedirektoratet/Helsetilsynet fortsatt var preget av spesialiserte fagkulturer, særlig den medisinske, men også i økende grad den juridiske. Forståelsen av relasjonalt og ledelse mer generelt var for helsefagfolk av alle slag, og for jurister flest, ennå i hovedsak en erfarings- og skjønnsbasert forlengelse av deres spesialiserte faglighet. Helsedirektøren og hennes nestkommanderende fra 1. juni 1994, Lars Hanssen, men også en del andre, særlig i administrasjonsavdelingen, hadde tatt betydningen av relasjonell og ledelsesmessig faglighet (som en «generalitet») mer inn over seg. De hadde til dels også tatt ledelseskurs. Det var ikke tilfeldig at

det var disse som tok innføringen av etatsstyring mest alvorlig. Allikevel var det ikke lett for dem å følge dette aktivt opp i praksis. De hadde sin bakgrunn med seg som en tung ryggsekk og kjente til den motstand de fleste fagspesialister hadde mot å gi ledelse en mer faglig profil.

Direksjonen, fra høsten 1994 ledergruppen, fortsatte derfor å fungere forholdsvis «erfaringsbasert» gjennom resten av den perioden vi ser på. Der skjedde endringer ved overgangen til det nye århundret og inn i «omorganiseringsårene» 2000–2002, men det skyldtes mer de sjokk Helsetilsynet da ble utsatt for enn en indre prosess.

Det gjorde det ikke enklere for lederne å bli strategiske ledere at etatsstyringen, som vi har sett, langt fra hadde tydelige implikasjoner for Helsetilsynets virksomhet og at Helsetilsynets ledere, og fagspesialister ikke klarte å definere ‘tilsyn’, og i forlengelsen av det Helsetilsynets viktigste mål, på en presis og konkret måte. Det hjalp heller ikke at Helsetilsynet ikke klarte å vise hvordan det kunne dokumentere *nytt* av tilsyn; kfr. daværende fylkeslege Petter Øgars hjertesukk, sitert tidligere. Vi skal forøvrig komme nærmere tilbake til Helsetilsynets iherdige arbeid for å «fange» ‘tilsyn’.



Jan Frederik Andresen (f. 1960), c.m. Han ble spesiallege i Helsedirektoratet i 1992, fagsjef i Helsetilsynet i 1995 og avdelingsdirektør for avdelingen for primærhelsetjenesten fra 1995 til 2001. Deretter arbeidet han ved Diakonhjemmet sykehus (psykiatri) til 2012. Han ble spesialist i psykiatri i 2006. Fra 2012 til 2023 satt han som direktør for Helsetilsynet. Han ble spesialrådgiver i Helse- og omsorgsdepartementet i 2023. (Foto: Helsetilsynet)

De relasjonelle problemer Helsedirektoratet/Helsetilsynet hadde, ble gradvis mindre. Da helsetjenesteavdelingen fra annet halvår 1994 ble delt i en avdeling for primærhelsetjenesten og en for spesialisthelsetjenesten, og folkehelsearbeidet i stor grad ble lagt til den første avdelingen, fortok de litt personpregede spenningene seg noe. Den utviklingen ble forsterket da Marit Kromberg ved utløpet av 1994 sluttet som avdelingsdirektør og Haakon Melsom fra 1996 gikk til departementet som ekspedisjonssjef for den nye sykehusavdelingen. De to ble erstattet av Jan Fredrik Andresen (primærhelsetjenesten) (direktør fra 2012) og Jørgen Holmboe (f. 1946) (spesialisthelsetjenesten), to personer som ble viktige frem mot omorganiseringen i 2002, selv om Andresen i 2001 gikk til psykiatrien, for en periode. Nye relasjonelle ledelsesgruppeproblemer oppstod mot slutten av århundret. De var imidlertid delvis en konsekvens av det «trykk» en spesiell tilsynssak, «Bærum-saken», skapte. Vi skal komme tilbake til disse.



Jørgen Holmboe (f. 1946), c.m., MHA. Han ble spesialist i anesthesiologi i 1979. Etter klinisk praksis, bl.a. som overlege ved Ullevål sykehus, ble han i 1994 fagsjef i Helsetilsynet. Han ble avdelingsdirektør ved avdelingen for spesialisthelsetjenesten i 1996 og satt som det frem til omorganiseringen i 2002. En kort periode i 2001 satt han som avd.dir. i klagesaksprosjektet. Etter omorganiseringen ble han avdelingsdirektør for avdelingen for hendelsesbasert tilsyn til han i

2008 gikk til (Sosial- og) Helsedirektoratet som spesialrådgiver. Han var det, etter hvert i deltidstilling, til han gikk av i 2016. Han hadde mindre oppdrag for direktoratet også etter at han var gått av. (Foto: Helsetilsynet, 2004)

Som vi har sett var det noe tvetydig over etatsstyringen. Den kombinerte institusjonsdemokrati og lederstyring, men uten på en presis måte å begrunne hvordan de kunne kombineres. Ledermøtene i Helsedirektoratet, og fra 1994 i Helsetilsynet, ble, innad i ledergruppen, mer preget av det første enn det andre hensynet. Møtene er, som nevnt, mer saksbehandlings- og informasjonsmøter enn beslutningsmøter. Beslutningene er gjerne midlertidige og kommer i referatene til uttrykk på ulike, ofte nesten dultede, måter. Det kan hete at det var «enighet» om noe, at «det ble besluttet», at «fremlagt budsjettforslag ble godkjent», at en plan ble «fastsatt» osv. Det skjer knapt at beslutningene gies et tydelig institusjonelt preg, for eksempel slik at de står på en egen linje eller på andre måter markeres og gjøres enkle å se. Det står typisk nok heller ikke hvem det besluttende subjekt var, om det var direksjonen/ledergruppen, Helsedirektøren eller andre. Som formuleringene er skapes det imidlertid inntrykk av at beslutninger er kollektive.



***Morten Oulie**, f. 1941, dipl.økonom. Han ble avdelingsdirektør for administrasjonsavdelingen i 1997 og satt til 1999. Han fortsatte som seniorrådgiver, fra 2002 i Sosial- og helsedirektoratet (fra 2008, Helsedirektoratet), til han ble pensjonert i 2013. (Foto: Helsetilsynet)*

At helsedirektøren lot møteledelsen gå på omgang mellom (særlig) avdelingsdirektørene gjorde også at Helsetilsynet i noen grad fremstod som kollektivt ledet. At fagforeningene hadde så stor styrende innflytelse,

som i omorganiserings spørsmål (som vi har sett), bidro til å forsterke dette inntrykket. Men med omdannelsen av direktoratet til helsetilsyn fra 1994, og det økende etatsstyringstrykk i hele forvaltningen, endret Helsedirektøren denne praksisen sommeren 1994. I et brev til ledergruppen, datert den 8. juli, skriver hun:¹²¹

«Etter ferien vil betegnelsen «direksjonen» på vår ledergruppe være historie. Vi bruker heretter navnet «Ledergruppen». Møtene kan hete «Ledermøte».

Sammensetningen av Ledergruppen blir inntil videre helsedirektør, ass. helsedirektør og de 6 avdelingsdirektørene. Møtetidspunktet blir onsdag kl. 08.30-10.30 som før, og mandag kl. 09.00-maks 09.30 som før.

Forberedelser av møtene osv. blir også som før. Jeg tar sikte på å være møteleder selv, med Lars¹²² som møteleder når jeg ikke er til stede».

Navneendringen representerer et skritt i demokratiserende retning: Helsetilsynets hierarki skal tones ned. Samtidig sier Helsedirektøren at hun skal overta møteledelsen selv. Beslutningen, fattet uten at den først ble diskutert i direksjonen, kan man si er en del av den mer markerte etatsstyring hun innførte etter møtets navneendring. Beslutningen omtales imidlertid litt «uformelt»: Hun «tar sikte på å være møteleder selv». Det står intet i referatet fra møtet den 17.8. at hun ytterligere begrunnet beslutningen i møtet eller at den ble diskutert. Her henvises bare til hennes notat av 8.7. Dog nevnes det at det skal være et seminar for ledergruppen i løpet av høsten.

At Anne Alvik nå valgte å bli fast møteleder skyldes nok at hun (inn)så at hun ved å la ledelsen gå på omgang mistet en mulighet til å markere seg som leder og til å bruke ledermøtet som en arena for ledelsesutfoldelse. I noen grad ble også nå møteformen litt endret. Hvert ordinære punkt ble

¹²¹ Notatet finnes i protokollen for ledermøtene, og i dette tilfelle til møtet den 17.8.1994. Det har overskriften «Ledergruppen i Helsetilsynet» og er altså datert den 8. juli 1994 (AA/hnh).

¹²² Lars E. Hanssen hadde tiltrådt som assisterende helsedirektør den 1. juni (1994).

avsluttet med en konklusjon. Her ble det bestemt hvem som hadde ansvar for å følge opp saken, eller hva saksbeslutningen var. Konklusjonen ble gjerne formulert med uthevet trykk. Viktige generelle saker, som budsjettet, ble nå grundigere behandlet i ledermøtet og fikk en tydeligere konklusjon. Den første grundige budsjettbehandling hadde ledermøtet den 22. februar 1995. Behandlingen omfattet også stillingsforslaget.

Behandlingen sluttet med en tydelig konklusjon: «Avdelingene gir innspill til budsjettet til avd. 6 innen 23. februar ut fra et oppsummerende notat fra avd. 6. Helsetilsynets budsjettforslag oversendes SHD 28. februar».¹²³

Helsedirektøren og Helsetilsynet gjorde slik i noen grad ledermøtet til en del av en mer integrert styringssyklus. Allikevel var det fortsatt slik at mange saker ble behandlet og avgjort i avdelingene, eventuelt i samarbeid med Helsedirektøren, eller i andre fôra. Vanskelige tilsynssaker, som Diprivan-saken (nesten hele 1990-tallet) og Bærum-saken (1999–2000), ble ikke i særlig grad behandlet i ledermøtet. Den første ble av og til omtalt under «nytt siden sist» og den andre kort omtalt under «eventuelt», nemlig seks ganger inntil Anne Alvik tok permisjon i mars 2020. Heller ikke den aller viktigste sak from mot 2002, den store omorganiseringen av helseforvaltningen, ble egentlig drøftet i ledermøtet, bare omtalt under eventuelt.

Det hører med til bildet at møtene nå i større grad ble begrenset til de «egentlige» ledere, pluss lederen for tilsynsprosjektet, mot slutten av perioden Klagesaksprosjektet. Andre medarbeidere ble bare innkalt til

¹²³ Referat fra ledermøtet 22. februar 1995, nr. 08/95, sak 21/02/95. I et notat om regler for referering av ledermøtene (og kontaktmøter med departementet) avdelingsdirektør for administrasjonsavdelingen Sigurd R. Dahl sendte til ledermøtet den 1. desember 1994 foreslår han som et (nytt) regelpunkt at referenten må «synliggjøre eventuelle vedtak som blir truffet av Helsedirektøren». Han foreslår også at referatet bør «synliggjøre hvem som har ansvar for oppfølging» (av en sak). Forslaget ble i praksis ikke til fulgt opp. Kilde: «Referent til ledermøtet og det månedlige kontaktmøtet med departementet. Forslag til organisering av arbeidet», notat fra avd. 6, ved avdelingsdirektøren, til ledermøtet, datert 1.12.1994. Notatet finnes i Helsetilsynets ledermøteprotokoll.

ledermøtet når saker ble behandlet som de hadde ansvar for.¹²⁴ Denne ordningen ble ytterligere understreket da Petter Øgar i mars 2020 ble konstituert som helsedirektør. Fra hans tredje møte ble tilstedeværelsen referert etter institusjonell tilknytning: Ledelsen, avd. 1, 2., etc. Det første møte han var med på ledet Lars Hanssen; så overtok han. Øgar satt ikke lenge nok (et halvt år) til at han kom til å prege ledergruppen. Mange av de «gamle» var også skeptiske til ham, spesielt etter at han hadde publisert sin rapport om Bærum-saken. De ventet jo også at Anne Alvik skulle komme tilbake. Ved utløpet av august gav hun beskjed om at hun ikke kom tilbake. Øgar var imidlertid konstituert for en begrenset periode og for et begrenset formål. Da han gikk tilbake til fylkeslegeembedet i Sogn og Fjordane i oktober, ble Anne Alviks nestkommanderende siden 1994, Lars E. Hanssen konstituert som helsedirektør. I februar 2001 ble han formelt utnevnt til helsedirektør. Med det startet, iallfall delvis, en ny epoke i Helsetilsynets nokså ferske historie. For alvor startet den først fra 2002, med den store omorganiseringen og utviklingen av Helsetilsynet som et rent tilsyn.

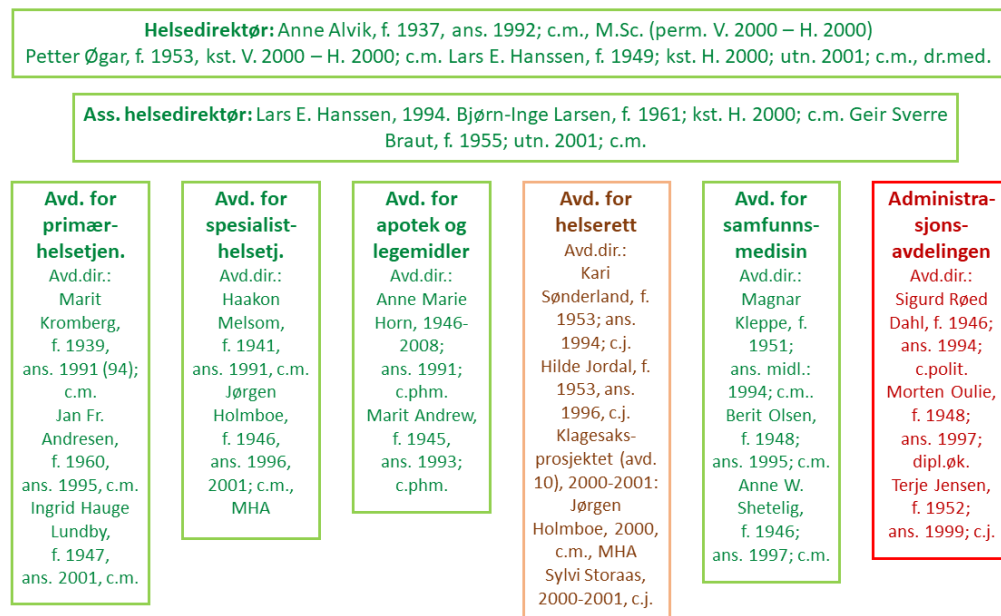
Den tendens til mer formalisert ledelse som ble skapt gjennom overgangen fra direksjons- til ledermøte, stanset etter hvert og ble i noen henseender reversert. Møtene fortsatte å være møter bare for ledere, men beslutningene ble igjen mer utydelige. Referatene ble i noen grad kortere og nesten overfladiske. Og som nevnt, de store sakene fikk ingen stor rolle i ledermøtene. De ble i hovedsak behandlet i andre «organer», dog slik at Helsedirektøren alltid var den sentrale beslutter. Virkelig å gjøre ledermøter til sentrum for ledelsesutøvelsen i Helsetilsynet klarte ikke Helsedirektøren. Ja, hun forsøkte det knapt heller. Slik adskilte hun seg ikke fra andre forvaltningsledere på denne tiden. Den lett individualiserte og spesialiserte saksbehandling skapte fortsatt mange og litt uoversiktlige beslutningsarenaer.

Selv om ledermøtet ikke ble en tydelig ledelsesinstitusjon, var den et uttrykk for hvordan beslutningsfatningen i Helsetilsynet ble kollektivisert. Denne kollektiviseringen fortsatte nedover i avdelingene. Det bidro til at

¹²⁴ I referatet fra møtet 17.8. het det at «Nytt siden sist» skal inngå som fast punkt på dagsordenen. I møte to i 1995 ble denne posten tatt ut og flyttet til det korte mandagsmøtet – uten at det ble informert om skulle refereres.

ledelsen i Helsetilsynet, som i de fleste forvaltningsorganer, ble mindre personlig. Det personlige innslaget forsvant dog ikke helt og kunne fortsatt komme til uttrykk på «gammeldagse», altså subjektive, måter. Som vi har nevnt, på toppen, i politikken, skulle det stadig slå igjennom og undertiden skape utfordringer for «objektive» forvaltere og fagfolk som ofte kunne se det som sin oppgave å «tøyle» styringsivrige, ofte uerfarne, politikere.

Helsetilsynets ledere 1994–2002



Figur 4.2: Helsetilsynets ledere 1994–2002

Av figur 4.2, ser vi hvem som satt i de formelle lederposisjoner i perioden 1994 til 2002.

De to øverste ledere er de samme fra 1994 til 2000. Så skjer det et skifte på toppen, et skifte med innslag av drama. Anne Alvik blir presset ut, i to trinn. Først «må» hun ta et halvt års permisjon, så «må» hun, et halvt år senere, si opp (sitt faste embede). En fylkeslege, Petter Øgar (Sogn og Fjordane) overtar som midlertidig helsedirektør, men etterfølges høsten 2000 av Anne Alviks assisterende helsedirektør siden 1994, Lars E. Hanssen. Da Hanssen ble helsedirektør ble Bjørn-Inge Larsen assisterende

helsedirektør. Året etter ble Larsen etterfulgt av Geir Sverre Braut. Det drama som utspant seg i forbindelse med disse direktørskiftene skal vi komme tilbake til i flere sammenhenger, men særlig gjennom en tilsynssak fra slutten av århundret og i omtalen av Anne Alvik som helsedirektør.

På avdelingsdirektørnivå skjedde det en del skifter. Fire av avdelingene, avdelingene for primærhelsetjeneste, og for apotek og helserett, hadde to ledere i løpet av perioden. De øvrige tre, avdelingen for primærhelsetjeneste, avdelingen for samfunnsmedisin og administrasjonsavdelingen hadde tre ledere. Den første fikk dog sin siste leder først i 2000. De to på toppen hadde gitt Helsetilsynet en tydelig ledelse og et fast ansikt utad, men den ro de hadde gitt Helsetilsynet varte bare vel fem år. Skiftene på nivået under dem var altså hyppigere og gjorde at ledelsen egentlig ikke ble skikkelig konsolidert. Man måtte ofte starte litt på nytt i avdelingene til at Helsetilsynet fikk en godt integrert ledergruppe og lederkultur. Det var lenge siden Evangs tid, da Evang selv og de fleste av de øvrige ledere til dels satt i tiår.

Helsetilsynet: styring ovenfra og nedenfra

Organisasjoner er redskaper for å realisere et eller flere formål. De som definerer formålene, kaller vi gjerne organisasjonenes eiere. Helsetilsynet er eid av departementet; i vår periode først Sosial- og helsedepartementet, så Helsedepartementet. Departementet er «eid» av regjeringen, regjeringen av Stortinget og Stortinget av den primære eier av alle de nevnte organisasjoner, nemlig folket. Formålene eierne har er mange, og bare i noen grad presist formulert; kfr. de problemer både departementet og Helsetilsynet har hatt med å definere tilsynets formål. Det som har vært tydelig er dog at formålet er knyttet til interesser og verdier noen i styringskjeden har. Generelt kan vi imidlertid si at formålet med hele helseforvaltningen er å maksimere befolkningens helseutbytte på en mest mulig omkostningseffektiv måte.

Organisasjoner bruker en rekke midler, ikke minst ressurser, for å realisere formålene. En av de ressursene, ja, den viktigste, sier vi gjerne, er organisasjonens ansatte. Vi behandler imidlertid (i dag) ikke ansatte bare som ressurser, altså midler. Vi behandler dem også som formålsbærere.

Det gjelder helseforvaltningen, men i Norge gjelder det de aller fleste organisasjoner. Det vil si at helseforvaltningens formål ikke bare er knyttet til befolkningens helse og de ressurser som brukes for å realisere helseformålene, men også til de ansattes interesser. Legene og sykepleierne har som oppgave å hjelpe pasienter, eller forebygge at borgere blir pasienter, men de har også som «private» formål å sikre sin egen velferd, inkludert det å ha et interessant arbeid. Helseforvalterne har et mer indirekte forhold til helsevesenets endelige formål, men de har også som formål å fremme egen velferd. I Norge ansees det å gjøre det ikke bare som legitimt, men som en viktig del av den offentlige politikk. Det kommer til uttrykk gjennom en rekke lover, som arbeidsmiljøloven (1977), tjenestemannsloven (1983) og tjenestetvistloven (1958). Det kommer også, og mer detaljert, til uttrykk gjennom (den til enhver tid gjeldende) Hovedavtalen for arbeidstakere i staten. Den siste avtalen konkretiseres gjennom en tilpasningsavtale for Helsetilsynet. Ja, man kan si den konkretiseres ytterligere gjennom en rekke avtaler og reglementer.

At en rekke lover fastsetter at arbeidstagere ikke bare er «ressurser», men har rett til innflytelse over hvordan de brukes som ressurser, er uttrykk for det kantinspirerte syn at mennesket aldri må behandles bare som et virkemiddel. Det har en verdi i seg selv. Det impliserer at det skal ha en viss grad av autonomi, altså rett til å bestemme (noen av) premisene for ikke bare sitt eget «private» liv, men også sitt yrkesliv. Arbeidstagere har altså medbestemmelsesrett, og for så vidt ikke bare i staten. Hverken i lovene eller avtalene (eller forarbeidene) begrunnes denne retten som vi her har gjort det, etisk, men vi kan si en slik begrunnelse ligger under bestemmelsene i lovene og avtalene. Bestemmelsene er formulert på en juridisk preget måte, men preget av forutsetninger som ofte er empirisk spenningsfylte. Det siste reflekterer ofte at den mer umiddelbare bakgrunnen for formuleringene er diplomatisk formulerte interessepolitiske hensyn. Slik sett kan man si bestemmelsene mer reflekterer egeninteressebasert politikk enn almen-etiske hensyn.

Det er ikke åpenbart hvem arbeidstagerne til enhver tid er. De kan være arbeidstagerne som formaliserte yrkesfelleskap, altså fagforeninger, men det kan også være arbeidstagerne som løpende individuelle saksbehandlere. Avtalene viser at arbeidstagere skal forstås på begge måter. Et halvklart uttrykk for den andre, individuelle form for innflytelses

betydning er denne formuleringen i Hovedavtalen av 17. mars 1992 (§ 1-2): «Arbeidet må organiseres og tilrettelegges slik at man drar nytte av arbeidstakernes kunnskaper, og slik at den enkelte arbeidstaker får mulighet for faglig og personlig utvikling».

Det er imidlertid åpenbart at både lover og avtaler først og fremst forstår arbeidstagermedvirkning, som medvirkning gjennom yrkesforeninger. Det heter således i Hovedavtalens § 1-5:

«Partene er enige om at medbestemmelsesretten best utøves gjennom organisasjonens tillitsvalgte, og at den nyttes på en slik måte at arbeidstakerne blir trukket inn i utrednings- og beslutningsprosessen så tidlig som mulig».

Dette betyr imidlertid også at medbestemmelsesretten i hovedsak begrenses til «maktspørsmål», altså om det å være representert i grupper og utvalg som skal utrede organisasjons- og andre styringsmåter, inkludert opp- og nedbemanning, og interessedspørsmål (lønn, godtgjørelse, utnevnelser og arbeidsmiljø (i mer snever forstand)). Indirekte tones slik betydningen av den enkelte medarbeiders mulighet til å utøve mål-middel-skjønn, altså ha en viss grad av faglig-normativ autonomi, ned.

Lovgivningen, men spesielt avtalene, gjør at medbestemmelsesrettens oppfølging blir arbeidskrevende, ikke minst for organisasjonens leder(e). Oppfølgingen er meget detaljert regulert (gjennom avtalene), og bare å holde oversikt over dem, og sette av tid til alle møtene, tar mye av den sentrale ledelsens tid. Slik sett, men også i videre forstand (den kan binde ledelsens virkemiddelbruk), har det institusjonelle demokrati omkostninger for realiseringen av organisasjonens formål. Annerledes sagt, det indre demokrati kan redusere det ytre demokratis styringsevne. Innad i Helsetilsynet er det Helsedirektøren som er den fremste representant for det ytre, det politiske demokrati. Ved å «ramme inn» Helsedirektørens spillerom begrenser altså det indre demokrati hennes, og politikens styringsevne. Nå er det imidlertid slik at det indre demokrati også er innført av, og «omfavnet» av, det ytre demokrati: Det første er jo forankret i lover gitt av det siste.

I avtalene taes det også eksplisitt hensyn til det ytre demokratis forrang – i et ekte demokrati. I § 1-9 i Hovedavtalen av 1992 heter det således:

«Partene er enige om at rettighetene etter avtalen må utøves slik at det politiske demokrati ikke endres. I samsvar med dette skal forvaltningen lojalt gjennomføre de politiske myndigheters beslutninger, samtidig som arbeidstakerne får reell medbestemmelse i de interne administrative forhold som har med arbeidssituasjonen å gjøre».

Avtalepartene prøver å skjule den spenning de to hensyn representerer. Å være helt klar er imidlertid ikke bare intellektuelt krevende; det er også institusjonspolitisk krevende. Det viser seg særlig innen personalledelsen. Ofte omtales medarbeiderne som den viktigste ressurs i organisasjonen – og helsedirektør Anne Alvik gjorde stadig det – men siden bruken av den ressursen var så medvirkningsbasert betydde det også at Helsedirektøren bare hadde en viss råderett over sitt viktigste virkemiddel.

Den filosofi som medvirkningsdemokratiet hadde sitt grunnlag i stod, som vi har påpekt før (også i bind 2), sterkt i Helsetilsynet. Den fremste organisasjonstenker i Helsetilsynet i hele den perioden vi nå omtaler, og mer enn det, Helge Høifødt, hadde også som en viktig del av sitt kompetansegrunnlag deltagelsen i medvirkningsdemokratiet: Som vi har nevnt, han gled gradvis over fra å være «interessent» til å bli leder – leder også for den største offensiv på vegne av det politiske demokrati norsk forvaltning hadde opplevd til da, etatsstyringsoffensiven (NPM).

En forvaltningsorganisasjon som Helsetilsynet (med fylkeslegene) er ingen utpreget lag- eller klassedelt organisasjon. Det inneholdt intet «proletariat», organisert i én yrkesorganisasjon. Der var et stort antall yrkesorganisasjoner i Helsetilsynet, noen elitepregede, som Lægeforeningen og Juristforbundet, andre mer «mellomgruppepreget», som Flerfaglig fellesorganisasjon (YS) og Sykepleierforbundet (under UHO) og atter andre mer «på tversgående» organisasjoner, som Norsk tjenestemannslag (som organiserte både ansatte i de lavere lønnstrinn og venstreorienterte akademikere). Foreningene spilte en viktig rolle i Helsetilsynet. Ledelsen strakte seg langt for å høre på dem, men siden de var så mange og hadde så ulike interesser øvet de i mindre grad en påvirkning i en bestemt retning. De kunne være viktige i saker om utnevnelser og opprykk (av ulike slag). Det var derfor viktig for de ansatte å være organisert. Å stå utenfor var gjerne å stå utenfor.

Avdelingenes organisering og ledelse

Avdelingen ble organisert med (som regel) en liten stab, og ellers i underenheter, kalt (fag)gruppe (avd. 1, 2, 3), team (4) (til 1998 gruppe) eller seksjon (5, 6). Der skjedde noen endringer i underinndelingen og stabsfunksjonen i løpet av perioden.

Avdelingene ble ledet på en måte som speilet hele institusjonenes ledelse, blant annet med de regelmessige (ukentlige) ledermøtene som grunnlag. Avdelingene forsøkte å styre etter prinsippet om målstyring, men kombinerte slik styring med oppgavestyring.

Som vi har påpekt før, blant annet i bind 2, var tre, og til dels fire (samfunnsmedisin), av avdelingene institusjonelt basert.

Administrasjonsavdelingen og helserettsavdelingen var funksjonelt basert. Den første var, som vi har nevnt, en slags stabsavdeling for ledelsen, dog uten å få den statusen formelt. Mye av ledelsen, som personalledelsen og, enda viktigere, den økonomiske ledelsen, ble utøvet ikke bare gjennom, men ofte av, administrasjonsavdelingen. Økonomisk var også denne avdelingen mer styrt av parallellavdelingen på departementsnivå (og til sist Finansdepartementet) enn av Helsetilsynets formelle ledelse. Vi skal legge til at den egentlige stabsleder i Helsetilsynet i perioden frem til 2002 (og enda en del år til) var avdelingens underdirektør, Helge Høifødt. Den siste avdelingsleder, Terje Jensen (f. 1952) (fra 1999), var en mer bestemt herre enn sine to forgjengere, men knapt en stabsleder av den typen Høifødt var. Høifødt var også, som vi har nevnt, og typisk nok, den aktive etatsstyringsmann i Helsetilsynet.

Organisasjonskartet skulle altså vært tegnet annerledes enn det ble tegnet, med administrasjonsavdelingen som en kombinert stabsavdeling (for ledelsen) og administrativt iverksettende avdeling.

Helserettsavdelingen var et uttrykk for at de rettslige sider ved iverksettingen av den institusjonelle (sektorielle) politikken ble stykket opp. I praksis betydde det at helserettsavdelingen ble en flaskehals for de institusjonelle avdelinger og til sist de ulike deler av helsevesenet. Den ble det fordi den hadde en «dirigerende» funksjon. De andre hensyn institusjonsavdelingene syntes det var saklig riktig å ta, måtte vike. Som vi

har nevnt før, etableringen av en egen rettsavdeling var et uttrykk for rettsstatlighetens, og jusens, ekspansjon.

Som vi har sett ble stillingsstrukturen i forvaltningen løst opp en del i løpet av 1990-årene. Hjemmelssystemet forsvant og innslaget av personlig avtalt avlønning økte, spesielt for ledere. Der skjedde også en ekspansjon av stillingene på midtnivå. Noen av stillingene fikk også litt «finere» titler, spesielt rådgiver og så, fra 1999, seniorrådgiver. Tittelen betyr konsulent, men konsulent ble nå sett på som en litt «byråkratisk» tittel og ble stadig mindre brukt. Rådgiverne, særlig seniorrådgiverne, kunne også avlønnes over et bredere lønsspenn. Det lå også i den nye ordningen at rådgiverne kunne brukes mer på tvers av avdelingene, altså mindre byråkratisk. Det skjedde dog i begrenset grad.

I tabell 4.1 har vi gitt en oversikt over stillingsoppbyggingen i Helsetilsynet fra 1994 og til og med 2001.

Helsetilsynet vokste litt i perioden, men ledelsen forble like stor (liten). De to på toppen pluss avdelingsdirektørene utgjorde en liten gruppe, 7 og 6 prosent av de akademisk ansatte. I 1994 utgjorde de «tradisjonelle» byråkratene, altså underdirektørene, konsulentene og førstekonsulentene, den dominerende gruppen. De to siste utgjorde 50 prosent av de ansatte. Den andelen var sunket til 16 prosent i 2001. Antallet litt mer overordnede «byråkrater» hadde økt noe, men innen denne gruppen hadde nå underdirektørene nesten erstattet kontorsjefene (14 mot 3). De to gruppene som ekspanderte var rådgiverne og seniorrådgiverne, til 45,8 prosent. Slik sett kan man si Helsetilsynet forble en saksbehandlerorganisasjon – konsulentene ble erstattet av rådgiverne. Men som nevnt, saksbehandlerne fikk nå ofte høyere lønn og status og nok også noe mer profesjonell frihet.

Tabell 4.1: Stillingsstrukturen i Helsetilsynet 1994 og 2001 (akademisk arbeidskraft). Antall		
	1994	2001
Ledelsen	8 (7,3 pst.)	8 (6,1 pst.)
Fagsjefer, spesialleger	15	13
Underdirektører, utredn.led., ktr.sj.	15	20
Seniorrådgivere	0	15
Rådgivere	9] 8,2 pst.	45] 45,8 pst.
Prosjektled., o.ark., legem.insp., inf.sj.	8	9
Førstekonsulent	40	21
Konsulent	13] 49,1 pst.	0] 16,0 pst.
Tilsammen	108	131

Kategoriene fagsjefer og, særlig, spesialleger var en refleks av den mer medikratiske fortiden. Leger ville gjerne at deres tittel skulle vise deres profesjonstilhørighet. Antallet og andelen slike stillinger gikk imidlertid ned og forsvant med omorganiseringen i 2002.

Det medikratiske helsedirektorat var preget av leger. De satt i nesten alle ledende stillinger. Der var innslag av andre helsefagstyrer, et odontologisk og et farmasøytisk, men de var underordnet det medisinske sentralstyre. Den andre store akademiske gruppen, juristene, hadde sin ekspedisjonssjef (noe Evang hadde mislykket), men klarte fra 1989 å få sin egen fagsøyle, i form av helseerettsavdelingen. Også denne var imidlertid underordnet den medisinske overledelse, altså Helsedirektøren og den assisterende helsedirektør (medisinalråd). Helsetilsynet tok med seg viktige deler av den medikratiske fortid. Tilsynets leder og nestleder forble leger. Ja, de er fortsatt (2023) leger. Det er ikke et formelt krav, men et sterkt uformelt sådant. Fra 1983 var Helsedirektoratet organisert i institusjonelle avdelinger, med administrasjonsavdelingen og, fra 1989, helseerettsavdelingen som unntagelser. De institusjonelle avdelinger ble alle ledet av en lege. I hovedsak fortsatte Helsetilsynet slik direktoratets

tradisjon. Alle lederne for de institusjonelt baserte avdelinger forble leger (frem til 2002).

Legedominansen ble understreket ved at leger i hovedsak enten var ledere eller kombinerte fagspecialister og mellomledere. I 1994 var 5 ledere, 11 falt i mellomkategorien, mens bare én var det vi kan kalle saksbehandler. Den fordelingen ble imidlertid noe jevnere etter hvert og var i 2001 på 5, 8 og 8. Der var hele tiden en del «murring» og misnøye med legedominansen, men ordentlig utfordret ble den aldri. De andre akademiske helsefaggruppene, som tannleger, farmasøyter og noen få psykologer var for små og for lite samordnede til å kunne representere noen utfordring for legene. Det var selvsagt også de få representantene for andre naturfag, og en filolog. Samfunnsvitergruppen var av et visst omfang, men faglig splittet, og uten noen klar «leder». Flere av samfunnsviterne hadde også den laveste varianten av utdannelsen (cand. mag.) Heller ikke denne gruppen kunne derfor utfordre legene. Den av samfunnsviterne som kom nærmest, og i en viss forstand var en slags utfordrer, var Helge Høifødt, men han var ingen typisk samfunnsviter. Han var cand. mag. og like mye filolog som samfunnsviter. Som vi har sett, han var den fremste bæreren av etatsstyringsfilosofien i Helsetilsynet og var en slags stabssjef. Han gav i noen grad legene, men også de andre gruppene, «noe å tenke på». De semiakademiske gruppene, med sykepleierne som den største og viktigste, representerte heller ingen utfordring for legene, men de fikk økende betydning i løpet av perioden.

Den eneste akademikergruppen som kunne utfordre legene, og i voksende grad gjorde det, var juristene. De hadde fått sin egen avdeling, med egen leder, og hadde langt på vei klart å definere Helsetilsynets (nå) viktigste oppgave, nemlig tilsyn, som en halvt, og nesten vel så det, juridisk basert virksomhet: Svikt i det utøvende helsetilsyn ble nå i hovedsak sett på som brudd på *lovgivningen*, selv om det alltid å følge lovene kunne gi medisinsk (helsemessig) uheldigere resultater enn å følge den.



Terje Jensen (f. 1952), c.j. Han var avd.dir. for administrasjonsavdelingen i Helsetilsynet fra 1999 til 2016. (Foto: Helsetilsynet)

Allikevel klarte ikke juristene helt å utfordre legene. Der fremstod aldri noen jurister med den autoritet (i Helsetilsynet) som ekspedisjonssjef Knut Munch-Søegaard (1923–2008) (ekspedisjonssjef 1967–1993) hadde hatt. Kari Sønnerland (f. 1953), som (på et vis) etterfulgte Munch-Søegaard, ble bare sittende til 1996 (og gikk så til departementet). Hun ble etterfulgt av Hilde Jordal. Jordal ble den siste juridiske avdelingsdirektør. Med omorganiseringen i 2002 forsvant, symbolsk nok, helseerettsavdelingen og det samtlende juridiske lederskap. Det følte mange av juristene som ydmykende. At den nye avdelingsdirektøren for administrasjonsavdelingen fra 1999, Terje Jensen, var jurist, endret ikke dette. Jensen så seg ikke som, og ble ikke sett på, av de andre juristene, som en slags talsperson for jusen. Jensen var og forble mer en bestemt og økonomisk påpasselig administrator enn en fagjurist. Det spilte nok også en rolle for maktbalansen mellom fagene at ledelsen, og særlig assisterende helsedirektør Lars Hanssen, både «omfavnet» jusen og selv i gavnet ble en skarpsindig jurist.



Kari Sønderland, f. 1953, c.j.
 Hun begynte i Helsedirektoratet som underdirektør i 1989 og var avdelingsdirektør fra 1994 til 1996. Hun gikk så (1997) til sykehusavdelingen i departementet som avdelingsdirektør. Ved omorganiseringen i 2002 ble det opprettet en helserettsavdeling i Helsedepartementet. Hun ble ekspedisjonssjef for den. Hun satt i den til 2022 (Helse- og omsorgsdepartementet).
 (Foto: Privat)

Helsetilsynet forble altså, som det direktorat det sprang ut av, nokså legedominert. Det tør være symptomatisk at Helsetilsynet beholdt sitt navn da det fra 2003 ble et tilsyn også for sosiale tjenester og fra 2010 for barnevern.

Under medikratiet var Helsedirektoratet mannsdominert, og helt sådan på ledernivå. Med overgangen til den «nye tid», altså begynnelsen av 1990-årene, begynte dette å endre seg. Da Helsetilsynet kom i gang i 1994 var ledelsen på åtte, helt kjønnsdelt, men slik at nr. én, Helsedirektøren, var kvinne. På nivået under, til og med kontorsjefer, var det et moderat mannsflertall, 16 mot 13. Flertallet var større blant saksbehandlerne, 47 mot 18. I 2001 var det et lite mannsflertall på toppen, fem mot tre, og med Helsedirektøren som mann. På neste nivå var det et lite mannsflertall 19 mot 18. På det laveste nivå (som altså også omfattet høyt gasjerte seniorrådgivere) var det nå et kvinneflertall, 38 mot 17.

Under medikratiet satt lederne lenge. Evang, medisinalråd Bjørnson og direktoratets overleger gikk nærmest av samtidig, etter å ha sittet siden etterkrigstiden eller begynnelsen av 1950-årene. Evangs ledere ble slik etter hvert en alderstegen gruppe. Mork ble utnevnt som 44-åring og satt til han døde i 1992. Hans ledere kom og gikk i større grad enn Evangs

ledere. Bare Knut Munch-Søegaard, utnevnt under Evang, ble sittende til han ble pensjonert. Også Bjørn Jøldal, apoteksjefen (utnevnt under Evang) ble sittende nesten til han ble pensjonist. De øvrige ledere under Mork satt i kortere perioder. Morks ledergruppe ble slik i liten grad preget av alder. I Helsetilsynet frem til omorganiseringen i 2002 skjedde der også såpass mye utskifting blant lederne at alderen i ledergruppen holdt seg på middelaldrende nivå. Alvik og Hanssen var i 1994 57 og 45 år og ledergruppen ellers hadde en gjennomsnittsalder på 47,3 år. I 2001 var de to på toppen 51 og 40 år og avdelingsdirektørene hadde en gjennomsnittsalder på 50,7 år. Gruppen av spesialister og mellomledere hadde i 1994 en gjennomsnittsalder på 44,4 år, eller 40,5 hvis vi holder utenfor to nesten-pensjonister. I 2001 var gjennomsnittsalderen for denne «mellomgruppen», 43,1 år. Vi har ikke laget en oversikt over gruppen av saksbehandlere o.l., men en rask oversikt viser at også denne gruppen, begge år, har en gjennomsnittsalder nokså lik de to «eldre» gruppernes. Det skyldes delvis at etablerte medarbeidere, av og til ledere, blir (senior)rådgivere, og at ikke-akademiske yrkesutøvere forfremmes til (første)konsulentstilling mot slutten av karrieren.

Vi kan altså konstatere at staben i Helsetilsynet domineres nokså sterkt av middelaldrende, særlig personer fra slutten av 30-årene til litt inn i 50-årene. Etnisk er staben praktisk talt helt «tradisjonelt» norsk.

Lønns- og statusforholdene i Helsetilsynet og fylkeslegeetaten

Med opphevingen av hjemmelsystemet ble det mer rom for individuell avlønning. Denne opphevingen førte imidlertid også til at fagforeningene, og mange av de ansatte, ble mer «på vakt». Fagforeningene stod, som vi har nevnt før, sterkt i Helsetilsynet. De bar også, om enn i varierende grad, med seg en egalitær og til dels litt venstreorientert politisk kultur. Forskjell mellom nivåene i organisasjonen ble «godtatt», men knapt økte forskjeller innad på nivåene. Inntektsforholdene forble derfor nokså like på de ulike nivåer. Noen endringer skjedde dog. Tendensen i 1990-årene til å «særlønne» de øverste ledere slo igjennom også i Helsetilsynet. De to på toppen, og særlig nr. én, ble gasjert noe over avdelingsdirektørene og fylkeslegene, etter det egne regulativ for toppledere. Nr. én fikk gjerne også et personlig tillegg. Anne Alvik og til dels Lars Hanssen fikk det. I

1995 ble Helsedirektøren avlønnet i lønnstrinn nr. 93, og assisterende helsedirektør i lønnstrinn 91.

I 1994 var avdelingsdirektørene plassert i lønnstrinnene 57 til 63, underdirektørene fra 45 til 49, fagsjefene fra 49 til 57 (to leger), spesiallegene fra 45 til 51, alle legemiddelinpektørene i lønnstrinn 45, kontorsjefene fra 41 til 43, og rådgivere fra 41 til 45, men én, en erfaren lege, fikk lønnstrinn 63. Det siste var et forvarsel om hvordan rådgiverstillingen skulle bli brukt, nemlig som en kilde til mer individuell lønnsdifferensiering. Førstekonsulentene ble avlønnet fra trinn 31 til 37 og konsulentene fra 27 (én fikk 21) til 31.

I 1996 lå de to på toppen fortsatt i trinnene 93 og 91. I 1997 var de flyttet til l.tr. 21, lederlønssystemet – lønnstabell 12 (AA) og lønnstrinn 66 (L.H.). Også i 1998 var Alviks lønn som i 1997, mens Hanssens hadde fått tillegget «+ B-50). I 2000 lå Helsedirektøren fortsatt på lønnstrinn 21 i lederlønssystemet. Det var imidlertid føyet til: «Lønnstabell 12 + 25 000 pr. år.» Anne Alvik ble tatt godt vare på økonomisk helt til hun måtte gå. I år 2000 var Hanssens gasje økt til lønnstrinn 69, pluss tillegget. I 2001, det siste år under det gamle system, var Helsedirektørens gasje knyttet til lederlønssystemet C2 pluss 166 250 (pr. år) som personlig tillegg. Assisterende helsedirektør fikk nå lønn etter lønnstrinn 75.

Avdelingsdirektørene lå i 1996 på trinnene 56 til 59. Året etter lå de på trinnene 58 til 62 og i 1998 på 61 eller 62. I 2000 la avdelingsdirektørene på trinnene 63 til 66 og i 2001 på trinnene 68 til 70. Nå var også klagesaksprosjektet organisert som en slags avdeling, gjerne omtalt som avdeling 10 (ut 2001). Prosjektets leder ble gasjert som avdelingsdirektør (l.tr. 68).

Fylkeslegene lå omtrent på samme nivå som avdelingsdirektørene. I 2001 var de således gasjert på lønnstrinnene 65 til 72.

Stillingene under avdelingsdirektør (og fylkeslege) forble plassert omtrent på samme måten gjennom den perioden vi ser på, dog med den samme type oppnormering som tilfellet var for lederstillingene. Unntagelsen er, som nevnt, (senior)rådgiverne. Deres avlønning varierte en del, særlig etter hvert.

Med den nye etatsstyringen ble det lagt mer vekt på ledelse og på ledere. Det betydde at lederne også fikk høyere lønn. Helsedirektøren fikk det, mot slutten av den perioden vi omtaler nå også i form av et betydelig personlig tillegg. Lønn ble i mindre grad brukt i ledelsen av avdelingsdirektørene og fylkeslegene, utover at de fikk en tydelig høyere lønn enn dem de skulle lede. Det samme var tilfelle på nivåene under. Å bruke lønn på en individualisert måte var, som nevnt, sensitivt på ett og samme nivå: Å differensiere etter nivå var upersonlig og «objektivt», å gjøre det etter person var mer «skummelt» og subjektivt. Den differensiering som etter hvert skjedde på rådgivernivå ble delvis begrunnet med «objektive» forhold, som kompetanse og ledererfaring.

I noen grad var Helsetilsynet i den aktuelle perioden en lønnsklassepreget institusjon. Et «anekdotisk» uttrykk for det er en påtegning vi fant på et brev fra departementet til Helsedirektøren der det opplyses at det har «gleden av å bekrefte at lederlønnssystemets hoved- og delkategoriplasseringer er justert med virkning fra 1.10.97. De nye satsene fremgår av brevet». Påtegneren, H...., skriver: «Å..., kan jeg få en kopi av siden med ny «lønnstabell» for adelen? (Jeg er så nysgjerrig!)»¹²⁵

Mottageren skriver på en kopi av det mottatte brevet: «Det er ganske frustrerende at vi ikke i forkant får slike opplysninger. Jeg oppdaget at AA hadde fått lønnsopprykk da jeg gjennomgikk listene fra Ft». Listene viste at etter det nye system skulle ledere i kategori A ha årslønn fra 415 000 til 455 00 kroner. Lederne i kategori B skulle ha fra 472 500 til 512 500, i kategori C (som iallfall Helsetilsynet siden brukte), fra 530 000 til 570 000, i kategori D, fra 587 500 til 627 500 og i kategori E fra 640 000 til 680 000. Det første C-beløpet tilsvarer i 2022 kr. 932 586, altså det som nå ville bli sett på som en moderat lederlønn.

Lønnshierarkiet reflekterte, og bekreftet, også statushierarkiet. Eliten var særlig legene, men på ett område også farmasøytene (og delvis tannlegene). Konsulenten Terje Haugli Nilsen som i 1995 evaluerte omorganiseringen skriver således at «Noen få informanter er opptatt av det

¹²⁵ Brev til helsedirektør Anne Alvik, 3.12.97. Vi har bare departementsreferansen (97/08294 ILS/MAH) og altså ikke det mottatte brevet med påtegnelsene.

de kaller «doktorveldet».¹²⁶ Det fremgår at disse også nevner juristene og farmasøytene som en del av «eliteveldet». De som taler om «doktorveldet» nevner ikke minst at den faglig baserte eliten i liten grad forstår, og kan utnytte, den kompetanse de andre gruppene, i praksis samfunnsviterne og de ulike treårsbaserte utdannelsesgruppene, som sykepleiere og sosionomer, representerte. Disse statusspenningene er der åpenbart i hele den perioden vi ser på, men de manifesterer seg sjelden på konkrete, «negative» måter. Man kan kanskje si at statussystemet var så internalisert hos de fleste at det mere ble liggende som bakgrunn enn kom til uttrykk som «forgrunn».

De ulike gruppene var medlemmer av ulike arbeidsmarkeder. Det var også noe ledelsen måtte forholde seg til. Med andre ord, *markedsverdien* til en (gruppe) ansatt(e) måtte spille en viktig rolle for gasjeringen. Generelt kan man si at de som hadde høyest lønn, og status, befant seg i de «vanskeligste» markedene. De hadde ofte høyere markedsverdi enn lønn. Spesielt gjaldt det de best betalte og høyest ansette, legene. Konkurrentene, særlig klinikken, men også institusjoner som Folkehelseinstituttet, betalte gjennomgående leger bedre enn Helsetilsynet gjorde. Problemene var størst for gruppene under avdelingsdirektørene, altså fagsjefer, spesialleger og assisterende fylkesleger. Også farmasøytene var i noen grad «underlønnet». De hadde apoteker, farmasøytisk industri og, til dels, Legemiddelkontrollen, som betalingsdyktige konkurrenter. Markedet for (forvaltnings)jurister var ikke så krevende, og juristene i Helsetilsynet tjente omtrent det de skulle ut fra sin relevante «markedsverdi». For juristene var advokatmarkedet irrelevant. De øvrige gruppene, inkludert samfunnsvitere, sykepleiere og sosionomer ble også avlønnet omtrent etter sin markedsverdi – selv om den i en del tilfeller var vanskelig å fastsette.

På grunnlag av en rapport fra oktober 1994 laget administrasjonsavdelingen den 25. september en vurdering av Helsetilsynets lønnsforhold. Basert på sammenligninger med lønnsnivået i departementer og direktorater konkluderer avdelingen med at «vårt totale lønnsnivå (bruttolønn + overtid) ligger lavt sammenlignet med andre

¹²⁶ Terje Haugli Nilsen, *op. cit.*, s. 19.

virksomheter». ¹²⁷ Avdelingen bekreftet i sitt notat ellers det vi ovenfor har sagt. Den er særlig bekymret for legerekutteringen, og peker på at nyansettelser vil presse lønnsnivået for leger oppover: Uten at Helsetilsynet tilbyr mer får de ikke leger. Avdelingen mener det også er et problem at etaten har lite overtidsbetaling, og mener det skyldes mye gratis overtidsarbeid, særlig blant de mest konkurranseutsatte medarbeiderne.

Konkurranseutsattheten reflekteres også i at utskiftingen i stillingene («turn-over») er forholdsvis høy. Av en undersøkelse administrasjonsavdelingen gjorde i 1993–94 viste det seg at utskiftingen i faste stillinger var på 16,6 prosent. Taes engasjementer som utløp i 1993 med blir utskiftingen på 23,2 prosent. Avdelingen konstaterer at «En så stor utskifting over flere år er en stor belastning for organisasjonen». ¹²⁸

Det fremgår for øvrig også at utskiftingen av medarbeidere («turn-over») er høy, fra 10–11 prosent for faste stillinger og opp mot 20 hvis også andre stillinger taes med. Vi har sett på utskiftingen fra 1994 til 1995 og fra 1999 til 2000. Vi har tatt utgangspunkt i opplysningene gitt Statskalenderen. Tallene omfatter alle fra saksbehandlere (som de her er definert) og oppover. Det første året er andelen nyansatte (av det totale antall hjemler) 21,7 prosent, det annet året 18,9 prosent.

Helsetilsynets kultur: Direktoratet som ble til helsetilsyn

Vi skal forstå en organisasjons kultur som dens holdningsstruktur. Mye av den er «usynlig», men allikevel ganske merkbar: Man straffes hvis man går på tvers av den og bekreftes, som regel uformelt, hvis man underkaster seg den. Deler av en organisasjons kultur kan være formalisert og fremstå som organisasjonens verdier, visjoner eller lignende, men også standardiserte måter å arbeide på. En organisasjons kultur har slik både en

¹²⁷ «Statens lønnsstatistikk pr. 1. oktober 1994», notat fra Administrasjonsavdelingen til ledermøte, datert 29. september 1995, s. 2.

¹²⁸ Sitert etter 4. utkast til personalplan for Helsetilsynet 1994/95, s. 7 (og vedlegg 2).

normativ (og emosjonell) og en teknisk-empirisk side. Vi skal se på begge sider.

Helsetilsynet, som andre organisasjoner, er et resultat av mange forhold, historien (stivnet politikk), nye politiske beslutninger (som Stortingets beslutning om å gjøre direktoratet til tilsyn), ledes beslutninger og væremåte og grupper (del)kultur. Med grupper kultur tenker vi da særlig på fagkulturene, og spesielt den medisinske og juridiske, men også kulturer knyttet til nivåer («klasser»), kjønn og alder.

Vi har i tidligere bind vist hvordan legekulturen kom til å prege Helsedirektoratet, men at denne kulturen gradvis, særlig siden 1960- og 1970-årene, ble svekket og fikk et mer administrativt preg. Jusens økte betydning er et uttrykk for denne utviklingen. Hamskiftet i 1983 (direktoratet ble delt) og vedtagelsen av helsetilsynsloven i 1984 gjorde at Helsedirektoratet ikke bare tapte litt av sitt medikratiske preg, men også at det administrative preget ble modifisert. Direktoratet forble i stor grad et direktorat, men mer som iverksettelsesorgan enn som strategisk organ. I tillegg ble det altså et *juridisk* preget tilsyn. Det preget ble forsterket i Morks andre periode og forsøkt gjort dominerende etter 1992. Med støtte fra ledelsen, og kanskje mer fra assisterende direktør Lars Hanssen enn helsedirektør Anne Alvik, ble tilsynspreget skritt for skritt forsterket. Offisielt ble det helt dominerende fra 2002. Selv om situasjonen etter 1992 var slik at en revitalisering av Helsedirektoratet var en mulighet, ble den ikke aktivt utnyttet av ledelsen. Hanssen ble også mer og mer opptatt av å bli kvitt oppgaver av prosaisk-administrativ art, som det å godkjenne helsepersonell, behandle førerkortsaker etc.

Det tok allikevel hele den perioden vi nå ser på for å gjøre Helsetilsynet til i hovedsak et tilsynsorgan. Det skyldtes det vi har vært inne på: Det var intellektuelt vanskelig å definere tilsyn på en så presis måte at det kunne bli retningsgivende for virksomhetens ansatte. Det hjalp ikke at etatsstyringen krevde målstyring. Tilsyn er tiltak av ulike slag, men hva det endelige, normative formålet med tilsynet skulle være var det vanskelig å bestemme. Som vi har sett ble resultatet at antallet tilsynsaktiviteter av ulike slag ble de egentlige mål. Det kompliserte imidlertid bildet at Helsetilsynet fortsatte å være et forvaltningsorgan, og både drev utredning for departementet, bistod departementet med ulike, politisk bestemte tiltak, og hadde helseoppdragende roller overfor

samfunnet og befolkningen. Normativt sett ble slik Helsetilsynet et nokså heterogent organ, særlig i starten, men i stor grad hele perioden igjennom.

Da konsulent Terje Haugli Nilsen i 1995 evaluerte Helsetilsynets omorganisering i 1995 spurte han (høsten 1995) de ansatte i Helsetilsynet om de oppfattet at «de ansatte i din avdeling har en felles oppfatning av målene for -avdelingens virksomhet, Helsetilsynets virksomhet og etatens virksomhet?» Et stort flertall svarte positivt på det første spørsmålet, en litt mindre gruppe svarte positivt på det andre og den minste gruppen svarte positivt på det tredje spørsmålet. På en skala fra 1 til 6, var gjennomsnittsverdien i det første tilfelle 4,23, i det annet 3,92 og i det siste 3,63.¹²⁹ Svarerne var altså, også i det siste tilfelle, mere positive enn negative. Det kan være de som svarte positivt i første rekke tenkte på målene knyttet til det Helsetilsynet faktisk gjorde mer enn de normative ambisjonene.

Konsulenten spurte også medarbeiderne om «hvor klart og entydig» de mente Helsetilsynet fremstod i måten «de ulike tilsynsoppgavene skal eller bør utøves» på. På dette, mer ideologiske, spørsmålet var svarernes oppfatninger mer forbeholdne. Andelene som svarte «middels» og «i liten grad» på spørsmålet var 77 prosent hva gjaldt det individrettede tilsyn (behandling av enkeltsaker, ofte etter klager), 84 prosent hva gjaldt virksomhetstilsynet (spesielt intern kontroll) og 83 prosent hva gjaldt det overordnede tilsyn. Konsulenten opplyser at ca. en tredjedel i kommentarer gav uttrykk for at det «fortsatt er uenighet/usikkerhet på huset om både tilsynsfilosofi og tilsynsstrategi». Nilsen gjengir denne kommentaren fra en av dem som hadde fylt ut spørreskjemaet: «Jeg synes det er vanskelig å få ordentlig tak på dette med tilsyn og hva som er så nytt og annerledes ved det. Har inntrykk av at folk arbeider som før, bortsett fra de som er involvert i tilsynsprosjektet».¹³⁰ At svarene var minst negative når det gjaldt den mest konkrete form for tilsyn, altså behandling av kasuistikker, er ikke så overraskende.

Holdningene blant fylkeslegene lignet på holdningene blant de helsetilsynsansatte. Blant de første var andelen som svarte at Helsetilsynet

¹²⁹ Terje Haugli Nilsen, *op.cit.*, s. 10.

¹³⁰ *Ibid.*, s. 11.

i middels eller liten grad fremstod på en klar og entydig måte i tilsynssaker 88 prosent i saker som gjaldt det individrettede tilsyn, 56 prosent i saker som gjaldt det virksomhetsrettede tilsyn og 100 prosent i saker som gjaldt det overordnede tilsyn.¹³¹ Det er overraskende at andelen som plasserte fylkeslegene i disse to kategoriene i saker som gjaldt det nokså konkrete individbaserte tilsyn var så høyt, og høyere enn for de helsetilsynsansatte. Det er kanskje også litt overraskende at langt færre av fylkeslegene enn av de helsetilsynsansatte plasserte Helsetilsynet i de to «laveste» kategorier i saker om virksomhetstilsynet. Det kan imidlertid skyldes at dette tilsynet primært ble forstått som kontroll med at internkontrollen var i orden. Internkontrollen fikk mye oppmerksomhet både før og etter Helsetilsynets etablering. Det var også slik at det først og fremst var fylkeslegene som stod for tilsynet med internkontrollen. At fylkeslegene så på forståelsen av det overordnede tilsyn som ekstra uklart, er naturlig. Ikke bare var dette tilsynet ennå ikke godt beskrevet ovenfra, fylkeslegene følte at de hadde lite med det å gjøre.

Det var er del forskjeller avdelingene imellom i oppfatningen av målklarhet og tilsynsklarhet. Nilsen opplyser at forskjellene var store avdelingene imellom hva gjaldt målklarhet. Han opplyser at 17 prosent i en avdeling mente det var stor grad av enighet om forståelsen av avdelingsmålene i én avdeling, og 70 prosent i en annen.¹³² Han opplyser ikke hvilke avdelinger dette var. Når det gjaldt oppfatning av tilsyn er enigheten om klarhet i forståelsen lavest i de to institusjonsbaserte avdelingene, avdelingene for primær- og spesialisthelsevesenet. Det er ikke overraskende. Disse to avdelingene hadde et mer helhetlig, og dermed mer forvaltningspreget, forhold til konkrete deler av helsevesenet. Også apotek- og legemiddelavdelingen var institusjonsbasert, men denne avdelingen hadde lange tradisjoner for å drive et nokså standardisert tilsynsarbeid; kfr. betegnelsen på viktige medarbeidere i avdelingen, legemiddelinspektør. Helseerettsavdelingen var svært opptatt av tilsynsarbeid, men særlig det individrettede. Folkehelseavdelingen var den samlende tilsynsavdeling, og hjem for tilsynsprosjektet.

¹³¹ *Ibid.*, s. 11.

¹³² *Ibid.*, s. 11.

Administrasjonsavdelingen var den mest målbevisste, og slik også i praksis en svært tilsynsbevisst, avdeling.

Med de siste kommentarene har vi også sagt noe om avdelingskulturene. De var tydelig forskjellige. Helsetilsynet som helhet fremstod slik litt som en kulturell mosaikk. Den fremstod slik med hensyn til mål- og tilsynsoppfatning, men også med hensyn til faglighet og (fag)status. Kulturen endret seg imidlertid etter hvert. Både målbevisstheten (etatsstyringsbevisstheten) og tilsynsbevisstheten økte frem mot den store omorganiseringen. Helsetilsynet ble et mer enhetlig tilsynsorgan. Fagkulturene endret seg imidlertid lite og intet. Helsetilsynet forble preget av medisinsk og i viktige henseender juridisk tenkning.

Men om Helsetilsynet ble mer kulturelt enhetlig i viktige henseender, fortsatte det å arbeide på en nokså avdelingssegmentert måte. Det ble tatt sikte på mer samarbeide på tvers av avdelingene i 1994. Det skjedde i liten grad. At jusen og helsefagligheten forble institusjonelt adskilt er en viktig grunn til det. Det er ikke tilfeldig at den store omorganiseringen i 2002 munnet ut i en enkel, og i hovedsak tilsynsbasert, struktur. Vi skal komme tilbake til det.

Den morkske kultur og departementskulturen: Selvhevdelsens forvitring

Under Norbom-prosessene frem mot sommeren 1992 ble store deler av staben i direktoratet revet med i et forsvar for den relative uavhengigheten, og, ikke minst, for Mork. Direktoratet ble mobilisert ned på det individuelle plan på en måte som er helt uvanlig for et forvaltningsorgan. Men denne mobiliseringen var problematisk for direktoratet. Den satte det, og dets ansatte, opp mot oppdragsgiveren, departementet. Eldrid Nordbø kom inn som ny departementsråd spesielt for å «roe ned» partene. Hun gjorde det i samarbeid med den nye Helsedirektøren, Anne Alvik. Men de gamle, mistroiske holdningene forsvant ikke straks. Anne Alvik var i forhandlingene om den nye organiseringen på vakt overfor departementet og usikker på dets intensjoner, f.eks. om organiseringen av det forebyggende arbeid, forholdet til fylkeslegene og, ikke minst, organiseringen av legemiddelforvaltningen. I departementet husket

samtidig mange sentrale ledere godt direktoratets «illojalitet» og, som flere så det, ydmykelse av departementet (i 1992). Ekspedisjonssjef Andreas Disen var en som var «på vakt», og ikke hadde glemt 1992 og noen tidligere «episoder». Det var viktig, for han var den mest sentrale ekspedisjonssjefen under oppbyggingen av den nye etatsstyringen. Eldrid Nordbø, som «fredsskapende» departementsråd, var pragmatisk. Det var også hennes etterfølger, Steinar Stokke.

Departementsråd nr. tre etter 1994, Anne Kari Lande Hasle, kom fra stillingen som direktør for et samfunnsvitenskapelig forskningsinstitutt (NOVA) (1996–1999), men hadde ellers en karriere som forvalter og forvaltningsleder. Hun hadde blant annet sittet i Hermansen-utvalget om «En bedre organisert stat» (1989) og ble en ivrig talsperson for etatsstyringen. Hun hadde med seg skepsis til den måten Helsedirektoratet, inkludert Anne Alvik, hadde opptrådt på i Norbom-prosessene. Hvorom alt er, da hun ble departementsråd var allerede Bærum-saken begynt å bli en belastning for Helsedirektoratet. Den nye departementsråden møtte Helsedirektøren med skepsis. Forholdet dem imellom ble raskt kaldt. Det var departementsråden som i et møte med Helsedirektøren den 21. mars 2000 «anbefalte» sistnevnte å søke permisjon for tre eller seks måneder. Med på møtet var også ekspedisjonssjef Andreas Disen.¹³³ Dette ble begynnelsen på den prosessen som førte til at Anne Alvik ved utløpet av august 2000 søkte om avskjed fra embedet som helsedirektør. Mange forhold lå bak det som slik skjedde. Vi skal komme tilbake til en del av disse. Her vil vi si at den gamle striden kan ha gitt noe av bakgrunnen for at departementet, ved dets administrative leder, viste slik skepsis til Helsedirektørens behandling av Bærum-saken. Nå ble, kan man kanskje si, de «naturlige» maktforhold på en tydelig måte minnet om: Helsetilsynet var, nærmest i ett og alt, under departementets instruksjon. Den siste av det gamle, morkske direktorats ledere var nå borte. Selvhvedelseskulturen var forvitret. Snart var også restene av det direktoratlige direktorat borte. Det ble den endelige ydmykelse av Mork – og av Alvik. Det vil si, det gamle direktorat ble gjenopprettet, utenfor, og nesten «over», Helsetilsynet. Det gamle direktorat skulle fortsette som et nesten

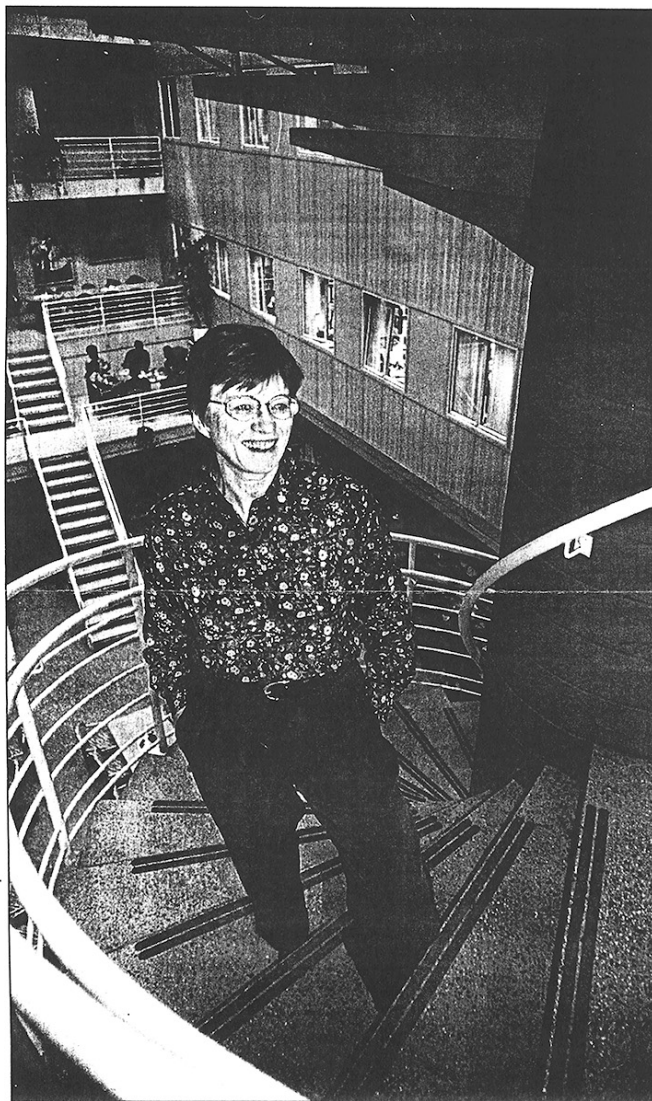
¹³³ Kfr. Anne Alvik, *Min side av saken*, Oslo: Unipub, 2010, s. 118.

marginalisert organ i en «ny» helseforvaltning. Det var nok den endelige ydmykelse av de to.

I sin redegjørelse for Bærum-saken og hennes rolle i den skriver Anne Alvik blant annet:¹³⁴

«Men i Bærum-saken fikk vi helt fra tidlig på høsten 1999 inntrykk av at noen av medarbeiderne falt for avisenes versjon [av saken] uten motforestillinger, og at media også internt i Helsetilsynet klarte å skape en «virkelighet» på sviktende grunnlag. Uro og tvil spredte seg som ringer i vannet, til tross for stadig intern informasjon».

¹³⁴ *Ibid.*, s. 20.



Det ble en kronglete vei mot toppen, for Anne Alvik, den nye lederen for Statens helsetilsyn. Hun vil bli mindre fremtredende enn sine forgjengere, men prøve å synliggjøre medarbeiderne sine.

stillinger. Men også andre avdelinger trekkes inn. Det er viktig med beslutninger etter grundige overvejelser. Vi be-

økonomisk rot og mislykhet. Det går på rettsikkerheten løs hvis slike saker tar for lang tid, sier hun.

Norge er et lite land. Du kjenner kanskje den det gjelder?

- Har man en slik type arbeid som mitt,

- Du jobber innen et fagfelt der etikk er vesentlig. Hvordan kan dere bidra til å heve den etiske standarden i helsevesenet?

- I vår virksomhetside skriver vi at vi ønsker å ha en etisk og faglig forsvarlig helsetjeneste. Det å ha leger som er etisk ansvarlige, er viktig.

- Din kommentar til de siste ukers diskusjoner om genteknologi?

- Jeg er veldig skeptisk til mange av de metodene som beskrives. For meg strider det for eksempel mot all legetikk å foreslå for en barnløs kvinne å bruke eggstokker fra aborterte fostre for å oppfylle ønsket om graviditet. I hun må heller få hjelp til å forsone seg med situasjonen som barnløs. Hvis helsetjenesten skal tute folk ørene fulle med at dette er en sykdom, gjør vi ikke jobben vår. Vi skal hjelpe folk til å være der de er.

- Har du noen innflytelse i slike saker?

- Selv om mye av dette er politiske beslutninger, ønsker vi hvert fall å være med på å mene.

- Forskning og eksperimentell medisin. Skal det tillates?

- Det er viktig å ha både grunnforskning og forskning som gir nyttige resultater for pasientene. Jeg er bekymret for ressursmengde til medisinsk forskning.

Grå pantere

-Jeg reagerer mot at man under merbeleggen «behandling» noen ganger foreslår behandling pasienten ville hatt det bedre uten. Pasienten kan risikere komplikasjoner som gjør livet kortere og reduserer livskvaliteten. Det kommer ikke alltid fram i disse sakene. Derfor synes jeg det er enkelte leger som ikke har i rettet helseperspektivet. Men de fleste er flinke, skynder hun seg å legge til.

- I tillegg tror jeg man litt tidligere skal dempe den diagnostiske iveren når vi vet at diagnosen ikke vil ha noen konsekvenser for utfallet av sykdommen. Unødige plager kan bli resultatet. Vi behøver ikke alltid vite. Det har både med ressurbruk og omsorgsbehov å gjøre. Tiden må brukes på det som er viktig.

Sier helsedirektøren i det vi har brukt vår tilnærte tid på hennes kontor. På veggen bak henne henger et avisutklipp med overskriften «Grå pantere raskere enn unge lovere». Anne Alvik bruker tiden

Helsedirektør Anne Alvik 22. januar 1994, tre uker etter at Helsetilsynet formelt var etablert. Her vises hun i trappen foran atriet i Helsetilsynet. (Faksimile fra Vårt Land, 22. januar 1994.)

I 1992 slo både Alvik og «alle» de ansatte for Mork. Nå var det få som tydelig gjorde det, ikke de vanlige (anonyme) medarbeidere og ikke (alle)

ledere heller. Stadig flere tenkte mest på seg selv og sin videre karriere, og de visste jo nå godt hvor makten lå og ville ligge. Anne Alvik gir uttrykk både for overraskelse og skuffelse over den indre solidaritetskulturens forvitring, men gitt maktforholdene var denne kulturforvitringen, sett utenfra, ingen overraskelse. Den tok nok til i det Helsetilsynets medarbeidere skjønnte hvordan maktforholdene nå var, altså fra (iallfall) 1994.

Helsetilsynets arbeidsmiljø og -kultur

Et arbeidsmiljø har to sider, en praktisk-fysisk og en sosial og kulturell. Den siste har vi allerede sagt litt om. Her skal vi si litt mere om den, men også se de to former for arbeidsmiljø i sammenheng. Vi skal starte med det fysiske miljøet.

Helsetilsynet holdt til i Calmeyersgate 1, i den «lave» østlige siden av hovedstaden. Der Helsetilsynets bygning stod hadde i sin tid byens flotteste forsamlingslokale stått, Calmeyergatens Misjonshus.



Misjonshuset ble oppført i 1891, i nygotikk, og overtatt av Kristiania Indremisjon i 1898. Husets forsamlingsaal kunne romme over 5 000, og var Nordens største. Det ble brukt til religiøse, men også andre, møter gjennom mellomkrigstiden. Det ble brukt mye i

mellomkrigstiden og litt etter krigen, men ble revet i 1972. (Foto: Leif Ørnelund/Oslo Museum, 1957)

Kirkens bymisjon satte i 1987 opp et kontorbygg, med utleieboliger, på tomten. Dette bygget ble leiet av Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn fra 1987 til 2017 (11.12.). Den siste flyttingen gikk til Møllergaten 24, hvor Helsetilsynet ble en av flere leietagere (i en enda mer «prosaisk» bygning

enn den i Calmeyersgate). Calmeyergatebygningen vises nedenfor. Den litt uanselige inngangen befinner seg til venstre i bildet.



Her, i Calmeyersgate 1 på Oslos indre østkant, holdt Helsedirektoratet/Helsetilsynet til fra 1987 til 2017. Den litt uanselige inngangen sees til venstre, bak to biler. Der stod ofte biler parkert her. Mange ansatte gruet seg for å komme og gå sent på kvelden. Bygget var delvis delt i to. I forlengelsen av inngangspartiet åpnet det seg et kantineområde. Dette ble avsluttet med avsatsler oppover i bakkant, kalt mezzaninen. Kantinen ble siden (2006) flyttet innover til høyre, den oppbygde enden av kantineområdet ble da gjort om til et møterom. Rundt det store atriet innenfor inngangen var det fem etasjer, delvis med kontorer. Ledelsens kontorer befant seg femte etasje til venstre. (Foto: Helsetilsynet)



*Inngangspartiet,
Calmeyersgate 1,
Statens helsetilsyn.*

(Foto: Helsetilsynet)

For Helsedirektoratets ansatte gav flyttingen til Calmeyersgate i 1987 større grad av fysisk identitet enn tidligere. Bygningen var imidlertid ingen staselig bygning. Den var kompakt og litt avvisende, og viste seg snart å ha mange svakheter. Bygningen reiste seg gjennom fem etasjer. Kontorene og møterommene var plassert omkring et stort atrium. Kantine var først plassert i midten av atriets, i bakkant, siden bak til høyre, sett fra inngangssiden. I midten bak kom der et stort møterom, uten vinduer. Til venstre i første etasje var det postrom og et lager, og en resepsjon hvor besøkende meldte seg. Videre bakover til venstre var det et bibliotek og et nærarkiv. Etagens var bundet sammen gjennom en frittstående vindeltrapp (med åpne trinn) og en heis (knyttet til trappen). Der var også en indre heis. Rundt atriets var det kontorer, med vinduer enten ut mot gatene eller inn mot atriets. Ledelsen satt i fløyen til venstre, i etasjene 3 og 4.

Det ble gjort to arbeidsmiljøundersøkelser i løpet av de årene vi ser på, én i 1995 og én i 1998, den første i regi av bedriftshelsetjenesten, den annen i regi av arbeidsmiljøutvalget. Der ble også gjort en undersøkelse i 2002, altså året etter den store omorganiseringen. Vi skal først og fremst bruke de to første. I noen grad skal vi også bruke data fra den Gallup-undersøkelsen som ble foretatt i november 1994, delvis som et grunnlag for Terje Haugli Nilsens evaluering av organisasjonsendringen i 1994.

I miljøundersøkelsene legges det hovedvekt på hvor «godt», «sunt» e.l. miljøet er, spesielt det fysiske. Undersøkelsene av det sosiale miljø er delvis tradisjonelle miljøundersøkelser og delvis undersøkelser av hvor god eller «sunn» ledelsen, sosialt sett, er. Begge typer undersøkelser er av betydning for å si noe om hvordan medarbeiderne i hverdagen har det i Helsetilsynet, men det virker som om de sosiale faktorene, ikke minst ledelsen, er av størst betydning for hvor godt medarbeiderne i Helsetilsynet trives.

I 1995 oppgav 35 prosent at de er litt og 12 prosent meget plaget av innklimaet. Ansatte som arbeidet inn mot atriene var mest tilbøyelige til å oppgi plager. 34 prosent oppgir at de har hatt øyenplager av arbeid mot skjerm. 13 prosent sier de har hatt hudplager (som følge av miljøet). 44 prosent forteller at de har hatt muskel-skjelettplager og 29 prosent av disse mener disse plagene skyldes arbeidsmiljøet. De som har skrevet rapporten tror mye av disse plagene skyldes en sosial faktor, nemlig høyt arbeidspress.¹³⁵ Arbeidsmiljøutvalget skriver i en oppsummerende vurdering at «Vårt generelle inntrykk er at de ansatte trives godt og ser på sine oppgaver som interessante».¹³⁶ Mange har en del å utsette på det fysiske miljø, men mest misnøye skaper det store arbeidspresset.

I undersøkelsen fra 1995 oppgav 59 prosent at de har mye å gjøre. Den andelen var spesielt høy i administrasjonsavdelingen, legemiddelavdelingen og helseerettssavdelingen. Andelen var her på 78, 75 og 69 prosent. 30 prosent svarte i 1995 nei på spørsmålet om de hadde fått god arbeidsopplæring i Helsetilsynet. På spørsmål om hvor god kontakten med ledelsen var og om de fikk hjelp og støtte når de trengte det, svarte vel 70 prosent ja. På spørsmål om de fikk høre om de gjør et godt nok arbeid eller ei, svarte 40 prosent ja.

I forbindelse med undersøkelsen i 1995 kunne Helsetilsynets undersøkere sammenligne funnene med funn fra en større departementsundersøkelse. Når det gjaldt det fysiske miljø var resultatene svært like. De var også

¹³⁵ Om undersøkelsen i 1995 kfr. notat fra administrasjonsavdelingen til de øvrige avdelinger og ledelsen av 15. november 1995 (saksnummer: 95/4662), samt rapport fra bedriftshelsetjenesten, arbeidsmiljøkartlegging i Statens helsetilsyn, Statens forvaltningstjeneste. Vi har ikke rapportens saksnummer.

¹³⁶ *Rapport, op. cit., s. 2.*

nokså like når det gjaldt det sosiale miljø. Størst forskjell var det altså i synet på arbeidspresset.

I undersøkelsen arbeidsmiljøutvalget gjorde vinteren 1998 fylte (bare) 54 prosent av de ansatte ut og sendte inn skjemaet. Det er derfor vanskelig å si noe sikkert om hvor mange som vurderte miljøet slik eller slik, men resultatene, ikke minst de kvalitative (skriftlige kommentarer), har nok fanget godt opp sider ved miljøet og kulturen. Ikke minst gjelder det hvordan det fysiske miljø har virket: Konkretiseringen gjør utsagnene troverdige, selv om det også er slik at noen har lavere terskler for å irritere seg enn andre. Funnene i 1998 er jo også godt i samsvar med funnene i 1995 hva gjelder det fysiske miljø.

På spørsmålene om de hadde «opplevd plager eller sett risiko i forbindelse med» (så nevnes en rekke miljøforhold), er det påfallende mange som svarer ja. Aller flest svarer ja når det gjelder innklimaet, 75 prosent. Det som nevnes hyppigst i den forbindelse er tørr, tung luft med mye papirstøv. Problemet er størst i første og andre etasje, men også generelt inn mot atriet. Det er verst om vinteren. Om sommeren kan det være generende varmt. Når det gjelder lysforhold har 25 prosent noe å utsette på dem. 23 prosent nevner støy og vibrasjoner som påkjenninger. 23 prosent mener støy og vibrasjoner er et problem, og nevner spesielt atriet og kantinen som støykilder. Hele 44 prosent nevner (data)arbeidsutstyret. 40 prosent nevner «andre bygningsmessige forhold», og i første rekke relatert til den delvis åpne vindeltrappen og den litt upålitelige heisen. Mange nevner også fellesarealer, som kantinen (kald, trekkfull (om vinteren), støyende, «utrivelig») og møterommene. Forhold som kan gi øyen- og hudsymptomer nevnes av 50 prosent og forhold som kan gi ryggsymptomer nevnes av 32 prosent. 25 prosent svarer at de av og til kan føle seg utrygge i strøket rundt Calmeyergaten.

Opplysningene om det sosiale miljø i 1998 er for upålitelige til at de kan brukes kvantitativt.¹³⁷ De inneholder samtidig noen utsagn som er av interesse. Om medarbeidersamtalen sier en at han/hun er i løpende kontakt

¹³⁷ Avd. 6, *Spørreundersøkelse om arbeidsmiljøforhold*. Notat ved M.K (Marit Kromberg), 11. mai 1998. Notatet er stilet til Helsedirektøren. Opplysningene som brukes i teksten videre er hentet fra dette notatet. Vi har ikke sakens arkivnummer.

med sin leder, og får ikke noe ekstra ut av medarbeidersamtalen. En annen omtaler samtalen som en «meningsløs ikke-samtale». På spørsmål om de får konstruktive vurderinger av sin innsats svarer en at han har det så travelt at eventuelle kommentarer snart er glemt. En annen sier at han/hun får gode vurderinger av «brukere utenfor huset». Ytterligere en lufter litt frustrasjon over ledelsens ukritiske og helt almene skryt av medarbeiderne. Vedkommende sier at han/hun er «utslitt av snakk om «dyktige medarbeidere»». Han/hun «tror ikke på den lenger».

En del av de nokså kritiske uttalelser om ledernes forsøk på å skape et godt sosialt miljø er nok uttrykk for et mindretalls syn. Det viser samtidig at det er en del misnøye i organisasjonen. Det er et uttrykk for at organisasjonen, som forvaltningsorganisasjoner flest, har en forholdsvis positiv, men «prosaisk» kultur. Den ironiske kommentar til ledelsens hyppige skryt er slik sett talende. Å skryte av medarbeidere generelt kan ha en viss positiv virkning, men den vil avta i lengden. Generelt, ubegrunnet skryt er nesten virkningsløs sammenlignet med skreddersydd og godt begrunnet ros. Den første typen ros vil etter hvert mer og mer bli oppfattet som et forsøk fra ledelsens side på å få oppslutning og lojalitet fra de ansatte enn som ekte ros.

Ser vi på resultatene også for undersøkelsen fra 2002, ser vi at synet på arbeidsmiljøet holder seg nokså konstant. Der er en betydelig misnøye med en del sider ved det fysiske miljø, som luftkvaliteten og, mer generelt, den estetisk-hygieniske kvalitet. Det er også betydelig misnøye med arbeidspresset, særlig i administrasjonsavdelingen, helseerettsavdelingen og legemiddelavdelingen (før omorganiseringen). Det er også en del misnøye med den interne opplæring. En hel del mener de får lite reaksjoner på sin praksis. Disse forhold har imidlertid ikke ført til at mange vantrives i Helsetilsynet. Det skyldes oppgavene, som de fleste ser på som interessante og meningsfulle, men også «det hyggelige og vennlige sosiale klima» i Helsetilsynet som det ble pekt på i oppsummeringen av 2002-undersøkelsen.¹³⁸ Det utsagnet er nok relevant også for perioden før omorganiseringen.

¹³⁸ Statens helsetilsyn, *Psykosial/organisatorisk arbeidsmiljøkartlegging år 2002. Oppsummeringsrapport*, s. 3. Vi har ikke sakens saksnummer.

Norsk Gallup Institutt spurte i sin organisasjonsundersøkelse fra 1995 om arbeidsmengden. Svarene delte instituttet i tre, fra lav til høy. 77 prosent svarte at arbeidsmengden var høy. Andelen var høyest for legemiddelavdelingen og helseerettsavdelingen (vel 90 prosent) og «lavest» for administrasjonsavdelingen (61) og den samfunnsmedisinske avdeling (67). På spørsmål om «klimaet i avdelingen din er preget av åpenhet og trygghet», svarer knapt 55 prosent at det er i høy grad. Andelen som svarer slik er høyest i legemiddelavdelingen, knapt 82 prosent, og lavest i primærhelsetjenesteavdelingen, knapt 37 prosent. På spørsmål om du «får tilbakemelding fra din nærmeste leder om utført arbeid», svarer nesten 50 prosent av alle ja i høy grad. Høyest toppvurdering har de ansatte i spesialisthelseavdelingen (vel 82 prosent) og legemiddelavdelingen (knapt 73 prosent). Én avdeling skilte seg ut med å ha en lav andel av toppvurdering, nemlig avdelingen for samfunnsmedisin (18,5 prosent). På spørsmål om du «opplever at din nærmeste leder er opptatt av din karriere i Helsetilsynet», svarer vel 18 prosent at de i høyeste grad er det. Høyest er vurderingen i primærhelsetjenesteavdelingen (37,5 prosent toppvurdering) og legemiddelavdelingen (vel 36 prosent toppvurdering). Lavest toppvurdering er det i den samfunnsmedisinske avdelingen, nemlig 7,4 prosent.

Vi har tatt utgangspunkt i seks spørsmål Gallup stilte i 1995, spørsmål som sier noe om hvordan medarbeiderne så på sine ledere som ledere, og dermed trivselsfaktorer. To avdelinger skiller seg da ut, en som positivt trivselsskapende og en som negativt trivselsskapende. Den første avdelingen var avdelingen for apotek og legemidler, den annen avdelingen for samfunnsmedisin. De øvrige avdelinger får varierende vurderinger på de ulike spørsmål og «klumper» seg sammen i midten, med helseerettsavdelingen som den nest «beste» og administrasjonsavdelingen som den nest «verste». At legemiddelavdelingen ble plassert øverst kan reflektere det forhold at avdelingen stadig var nokså selvstendig og var den eneste avdeling som hadde en nokså sammenhengende historie som selvstyrt avdeling. At den samfunnsmedisinske avdeling ble plassert sist kan skyldes at avdelingen var den ferskeste og hadde problemer med å finne sin identitet, mellom tilsyn, registerforvaltning og internasjonalt arbeid.

En byråkratisk organisasjon er sjelden preget av entusiasme. Der var innslag av det i Helsedirektoratet en kort tid under Norbom-prosessene, men etter 1994 har stemningen vært mer prosaisk, om enn i hovedsak positiv. Det er neppe tilfeldig at Bærum-saken ikke førte til en emosjonell oppslutning om helsedirektør Anne Alvik som Norbom-striden i 1991–92 førte til entusiastisk oppslutning om Torbjørn Mork.

5. Helsedirektør Anne Alvik: et faglig og personlig portrett

Helsedirektør Torbjørn Mork var i stor grad skeptisk til de dypere endringer som skjedde i helseforvaltningen og helsevesenet generelt fra 1970-årene av. Han kom derfor til å spille en defensiv mer enn en offensiv rolle som helsedirektør. Den rollen spilte han med stort personlig engasjement. Som vi har vist i bind 2 vant han på et vis frem i sin kamp mot departementets forslag om å nedlegge Helsedirektoratet, men den «seieren» var et tilslørt nederlag. Det innebar at hans gamle, (til 1983) medikratiske, direktorat ble redusert fra å være et strategisk organ til et juspreget kontrollorgan.

Det ble Anne Alviks oppgave å lede denne, ikke bare enkle, prosessen. Hun var i utgangspunktet positiv til «den nye tid» og de styrings- og forvaltningsmetoder den innebar, men var også preget av en viss lojalitetsfølelse overfor fortiden og Mork.

Vi formes av vår historie. For å kunne forstå Anne Alvik godt, er det derfor nødvendig å begynne med hennes historie, men hennes personlig-faglige sådanne spesielt.

Anne Alvik ble født i Namsos den 7. mai 1937. Faren var lege. Både han og moren kom fra Sunnmøre og hadde med seg mye av den gamle, ruralt-kristne kulturen som preget landsdelen. Spesielt var det tilfelle for faren. Etter tradisjonen skulle også hennes familie ha forblitt på Sunnmøre. Hennes far var eldste sønn i familien – der var seks barn i familien – og skulle slik sett ha overtatt det lille småbruket han vokste opp på. Han hadde liten lyst til det og begynte å lese på egen hånd. Faren, Elling, likte ikke det. Etter stor innsats og mange forsakelser fikk han imidlertid tatt artium og kunne begynne å studere medisin i Oslo. Han ble ferdig med medisinerstudiet i 1934.

At Ivar Alvik (1905–1971) fikk akademiske interesser og ble lege kan kanskje ha hatt med hans mor å gjøre. Moren, Petrine Ytterland, vokste opp i en familie på tolv barn; ytterlige to hadde dødd tidlig. Hennes far var rektor på en kristelig folkehøyskole i Borgund ved Ålesund og hennes mor

lærer. Moren og hennes familie var liberalt-kristne og hadde stor respekt for kunnskap. Annes foreldre fikk seks barn. Anne var den førstefødte.

Anne vokste ikke opp på Sunnmøre, men fikk med seg mye av Sunnmøre-kulturen. På grunn av krigen fikk ikke Anne besøkt sine besteforeldre i sine første barneår, men etter krigen besøkte de dem hvert år. Det betydde mye for henne. Det gjorde at hun fikk et positivt forhold til kristendommen, iallfall i dens liberale versjon. I et intervju med Jostein Sandsmark (f. 1960) i avisen Dagen i Bergen, uttalte hun den 30. januar 2001:

I fjor (under Bærum-saken) hendte det flere ganger at Alvik sendte sukk opp til Gud. Hun kaller det barnetro.

«- I vår rasjonelle tidsalder skal vi ikke tro at vi vet og skjønner alt. Vi har behov for å tro på noe, ikke minst i kritiske situasjoner. Da kan jeg folde hendene og si «Kjære Gud, hjelp meg» – uten å vite hvordan Gud er.»¹³⁹

Men oppvekstsamfunnet gjorde noe mer. I 2009 fortalte hun oss: «Jeg er så gammel at jeg husker hele gjenreisningen av Norge og – det fattige, men solidariske samfunn vi hadde i etterkrigstid og hvor alle stod skulder ved skulder og skulle gjenreise». Kanskje finner vi her noen av kildene til hennes senere solidarisk-egalitære innstilling? Hun legger til at for hennes 14 år yngre søster ble det annerledes: «Vi to eldste er liksom vokst opp i en nøktern tid, og de to yngste er vokst opp i en tid da familien etter hvert hadde to biler og seilbåt og villa i Bærum og... ikke sant?»¹⁴⁰

Hennes far ble altså etter hvert en typisk, og vellykket, lege. Han tok i 1949 familien med seg til Bærum og så Oslo. Før han kom hit hadde han praktisert i Namsos og andre steder i Trøndelag, i Nord-Norge og Sverige (polititroppene). Han giftet seg i 1934 med cand. mag. Hanna Karine Kalsnes fra Strinda.

Professor Alvik og hans familie ble raskt en del av hovedstadsområdets øvre middelklasse. Han talte bokmål, men med sunnmørsk aksent. Han likte ikke det riksmålet han møtte i Bærum og Oslo vest. Han og hustruen

¹³⁹ Intervju med Jostein Sandsmark, Dagen, 30.1.2001.

¹⁴⁰ Intervju med Anne Alvik, 29. juni 2009.

beholdt også respekt for den vestlandsk-pregede kristendommen, om enn i en «moderne», liberal versjon. Kulturelt sett forble slik også Anne litt sunnmøring, selv om hun etter hvert talte riksmål, eller kanskje vi skal si pent, vestkantpreget bokmål. Da hun forlot Trøndelag, talte hun utpreget trøndersk. Hun skiftet til østlandsk da familien kom til Bærum. Siden kjøpte de et hus i den fine Josefinesgate. Da familien Alvik kom til Oslo-området gikk Ivar Alvik snart inn i ortopedien (Sophies Minde). Han hadde imidlertid fått interesse for faget under oppholdet i Sverige under og etter krigen (Karolinska). Han ble dosent i ortopedi ved Universitetet i Oslo i 1953 og professor i 1958.

Ivar Alvik og hans kone fikk seks barn, tre av dem ble lege. Den eldste, Anne, ble cand.med. ved Universitetet i Oslo i 1962. Anne ble i 1958 gift med generalsekretær i Universitets- og høyskolerådet, Per Nyborg (f. 1937). De fikk fire barn, to mens hun studerte og to etterpå. Med legefår var det ikke så underlig at Anne Alvik valgte medisin. Hun ble imidlertid ikke bare inspirert av ham. Hun så hvor travelt han hadde det og sa tidlig at hun ikke ville bli lege. Da hun kom så langt at hun skulle velge fag, skjønte hun imidlertid at det var medisinen hun hadde mest lyst til å vie sitt liv til.¹⁴¹

Da Anne Alvik giftet seg tok hun mannens etternavn, Nyborg. Hun brukte heller ikke sitt pikenavn som mellomnavn. Hun ville ikke bare bli kjent som sin fars datter. Da det kom en ny navnelov, tok hun tilbake sitt pikenavn. Det skjedde i 1976, 18 år etter at hun var blitt en Nyborg og et år før hun begynte i Helsedirektoratet.¹⁴²

De første årene hadde hun varierende praksis. Fra 1967 til 1975 arbeidet hun på deltid som skolelege, helsestasjonslege og bedriftslege. Det var hun, som kvinne, som måtte tilpasse sin arbeidssituasjon til sin private situasjon. Men da den yngste var blitt 7–8 år og hadde begynt på skolen, ville hun begynne å arbeide igjen, for fullt. Det gjorde hun også, helt frem til hun ble pensjonist.

Hun følte, snart 40 år gammel, at hun hadde mye bredde og lite dybde. Da syntes hun det var naturligere for henne å gå inn i samfunnsmedisinsk og

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² Intervju med Anne Alvik, 24.4.2009.

helseadministrativt arbeid enn å «grave seg ned i en eller annen klinisk spesialitet».¹⁴³ Det gjorde hun. Hun gikk først til Kommunal- og administrasjonsdepartementet for å arbeide med attføringsinstituttene, men trivdes ikke med det og søkte så, og fikk, stilling som legekonsulent i Legekontoret. Her hadde hun Øyvin Aarflot (1923–1989) som sjef, men lærte nok mest av juristene Aase Trovik (1916–2006) og Vidar Wilberg (1949–2012). Av dem, men særlig Wilberg, lærte hun forvaltningsskikk, har hun siden sagt. Som lege var hun vant til å ta selvstendige beslutninger, raskt. Nå måtte hun lære å se sakene fra mange synsvinkler, bruke tid og være tålmodig. Hun fikk for øvrig som første oppgave å gå gjennom en stor bunke klagesaker, noen mer enn to år gamle. Dr. Alvik hadde startet på sin vei inn i forvaltningen.

Snart dukket det opp nye muligheter innen bedriftshelsevesenet. Direktoratet for arbeidstilsynet skulle, med utgangspunkt i den nye arbeidsmiljøloven, samarbeide med Helsedirektoratet, som skulle ha utgangspunkt i lov om bedriftshelsetjenester, om utbyggingen av bedriftshelsevesenet. Anne Alvik skulle ha basis i Helsedirektoratet – som assisterende overlege, Aud Blegen Svindland skulle ha basis i Direktoratet for arbeidstilsynet – som assisterende overlege. Det gikk ikke bra, og Anne Alvik gikk etter hvert over i en vanlig stilling i Helsedirektoratet (1977–1982).

Før hun i 1977 gikk til direktoratet hadde hun i to år (1975–77) vært «gruppe»sekretær på Stortinget for (professor) Ole Myrvoll (1911–1988), og Det nye folkepartiet. Hun satt også i kommunestyret på Ås og i fylkestinget i Akershus for det samme partiet fra 1975 til 1979. I årene 1979 til 1980 tok hun en mastergrad ved London School of Hygiene and Tropical Medicine. Hun var for alvor iferd med å bli samfunnsmedisiner. Det var et ytterligere uttrykk for det at hun fra 1982 til 1985 var assisterende fylkeslege i Østfold,¹⁴⁴ og i 1983–84 tok «Solstrand-kurset».

¹⁴³ Anne Alvik, intervju 24.11.2008. Hennes barn skiftet ikke etternavn.

¹⁴⁴ Hun tok etter hvert på seg ulike komiteverv og var i årene 1982–83 medlem av Hovedkomiteen for norsk forskning. I årene 1990 til 1991 var hun med i Grøholt-utvalget som skulle se på forskningsrådsstrukturen.

Det avgjørende skritt inn i det vi kunne kalle den «politiske» samfunnsmedisinen tok hun da hun i 1985 først ble fagsjef i kommunehelsetjenesteavdelingen i direktoratet og så, fra første mai, ble medisinalråd, og helsedirektør Torbjørn Morks nestkommanderende. Da Mork døde senhøstes 1992, ble hun først konstituert som, og så utnevnt som hans etterfølger i august 1993. I det embedet satt hun til hun fikk permisjon i mars 2000 og gikk av et halvt år senere.

Anne Alvik fulgte nå knapt nok en plan. Hun ble oppmuntret til å søke nr. 2-embedet og valgte da å gjøre det. Torbjørn Mork satte pris på at hun søkte, for der var en sterk annen ansøker, sjefen for «Skjermen», Kjell Bjartveit (1927–2011). Mork gikk ikke godt sammen med ham, og var lettet da Alvik fikk embedet. Alvik var nok også både sosialminister Leif Arne Heløe (f. 1932) og statssekretær Astrid Nøklebye Heibergs (1936–2020) favoritt.

Alvik hadde skrevet i sin ansøking at hun ville legge vekt på organisasjonsutvikling og ledelse innad. Det var naturlig, Mork likte jo ekstra godt WHO-arbeidet og opptrådte også gjerne på den åpne scene på hjemlig grunn. Det siste gjorde han også gjerne i saker som var «verdidirrende», som abort og arbeidet med HIV/AIDS-epidemien. I tillegg kom arbeidet for å «reversere» reformen fra 1983 og det den representerte: Den betydde at Helsedirektoratet mistet sin politisk-strategiske rolle og ble et tradisjonelt direktorat.



Fra Verdens helseorganisasjons generalforsamling i mai 1993. Fra venstre helsedirektør Anne Alvik, helseminister Werner Christie og departementsråd Eldrid Nordbø. (Foto: Helsetilsynet)

Direktoratet trengte en leder som kunne utvikle det i samarbeid med departementet, helst på en «lavmælt» måte. Delingen av direktoratet i 1983 var en del av en generell utvikling i statsforvaltningen, en utvikling preget av målstyring og stordrift, etter hvert også av etatsstyring (1992–) og «avpolitisering». Anne Alvik ble ikke fascinert av den nye styringen, men så at den var kommet for å bli. Hun hadde ingen ønsker om å forsøke å bekjempe den. Ja, hun innså at det var umulig. Mork tenkte i liten grad i umulighetstermer.

Anne Alvik ønsket ikke å gå inn i offentlige disputer. Hun ønsket å utvikle den etat hun nå satt i ledelsen for på en pragmatisk og lavmælt måte. Et typisk uttrykk for hennes holdning på denne tiden var at hun, sammen med ekspedisjonssjef Fredrik Hoffman i departementet, ble satt til å tegne det nye, utflyttede direktorat og, i noen grad, departement. Hun ble endog bedt av Mork om å ta på seg den oppgaven – på vegne av det nye direktoratet.



Andreas Disen (f. 1945), *cand.oecon.* Disen ble etter omorganiseringen i 1983 (utflyttingen av direktoratet fra departementet), leder for økonomiseksjonen i den nye helseavdelingen (underdirektør). Han ble reelt avdelingens nestleder; fra 1988 skjedde det formelt. I 1991, ble han ekspedisjonssjef for den nye plan- og utredningsavdelingen i Sosialdepartementet, fra 1993 forebyggings- og utviklingsavdelingen. Han ble sjef

for helseavdelingen i 1998/99. Etter omorganiseringen i 2002 ble han ekspedisjonssjef for helsetjenesteavdelingen. Han ble ekspedisjonssjef for kommuneavdelingen fra 2005 til 2009. Deretter satt han som spesialrådgiver i eieravdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet til han ble pensjonert i 2015. Helsepolitisk ble Disen etter 1983 en stadig viktigere departementsbyråkrat. Han var skeptisk til Mork og hans måte å utfordre departementet på. Da direktoratet i 1994 ble helsetilsyn var det i første rekke Disen som «passet på» Helsetilsynet, blant annet gjennom den nye etatsstyringen.

(Foto: Erlend Aas / NTB)

Delingen ble ikke, har Alvik siden sagt, helt vellykket, for såvidt som arbeidsdelingen mellom departementsavdeling (helseavdelingen) og direktorat ikke ble klar. Der meldte seg snart konflikter (kfr. bind 2, kap. 2). Mork gikk med engasjement inn i de konfliktene. Alvik forsøkte å spille en dempende rolle, blant annet gjennom samtaler med departementsråd Jon Ola Norbom. Hun lyktes ikke og ble gradvis, mye av lojalitetsgrunner, trukket inn i Morks univers som hans våpensøster. Slik ble også hennes forhold til departementet, og «makten», vanskeligere. Noen sammenstøt med ekspedisjonssjef Andreas Disen ble slik viktige, og «farlige». Der bygget seg opp skepsis i departementet både til direktoratet

og henne. Da Jon Ola Norbom gikk av som departementsråd høsten 1992 og ble erstattet av den fredsæle Eldrid Nordbø ble mye gjort for å bedre forholdet mellom departement og direktorat. Men langtidsvirkningen av konflikten etter 1983 var ikke borte. Andreas Disen, den viktigste etatsstyringsmannen for departementet etter 1992, var stadig der. Da han fikk som sjef forvaltningsstrategen Anne Kari Lande Hasle i 1999, ble det mer alvorlig for Anne Alvik. Den såkalte Bærum-saken ble utløsende for Anne Alviks fall, men gjorde også at Hasle & Co. kunne fortsatte bestrebelsene med å sette det gamle direktorat på plass. Det ble i 1992–94 reduserte til et utvidet tilsyn. I 2000–2002 ble det ytterligere redusert til et «rent» tilsyn og måtte finne seg i å se at et direktorat gjenoppstod, stort og mektig, ved siden av det.



***Eldrid Nordbø** (f. 1942), mag.art. (statsvitenskap). Etter lokalpolitisk arbeid i Oslo og utredningsarbeid i Røde Kors ble hun ekspedisjonssjef i Kommunaldepartementet fra 1981 til 1986. Hun var statssekretær og stabsleder ved Statsministerens kontor fra 1986 til 1989. I 1989 ble hun spesialrådgiver i Miljøverndepartementet. Hun var handels- og skipsfartsminister fra 1990 til 1991. Hun var departementsråd i Sosial- og*

helsedepartementet fra 1992 til 1996 og ekspedisjonssjef i Miljøverndepartementet fra 1996. Hun hadde mange nasjonale og internasjonale verv.

Man kan altså si at Mork ble kostbar både for Anne Alvik og direktoratet som det hadde vært. Alviks brobygging og diplomatiske evner var ikke nok. Hun bidro allikevel med suksess til å endre den indre kultur i

direktoratet. Hun arbeidet ivrig for å fjerne restene av medikratiet, som (den uformelle) ordningen som gjorde at leger kunne ta fri en dag i uken for å kunne holde sin faglige kompetanse ved like, uten lønnsreduksjon. Hun fikk også legene i det reduserte direktoratet til å godta fjernelsen av mange av de gamle legetitlene og endog til å la de stadig mer offensive jurister få sin egen avdeling (1989). Hun prøvde også å gjøre den sosiale atmosfære i direktoratet mer uformell og demokratisk. Da lederne, Mork, Alvik og ekspedisjonssjef (jus) Knut Munch-Søegaard gikk til lunch forsøkte hun å få dem til å la være å sette seg sammen. Gradvis lyktes hun med det. Som en del av denne utviklingen omdøpte hun fra høsten 1994 «toppgruppen» fra direksjon til ledelse.

Mork, og kanskje også Alvik, hadde håpet at forholdet til departementet ville bli bedre når Arbeiderpartiet i 1986 fikk makten, og Tove Strand Gerhardsen (f. 1946) ble sosialminister. Om noe ble det imidlertid verre. Det hjalp heller ikke Mork, og indirekte Alvik, at statsminister Gro Harlem Brundtland var skeptisk til Mork.¹⁴⁵

Vi har sagt at Mork var utenriksminister. Ja, han nesten skydde den indre ledelse. Mork var en ytterst sjenert mann og hadde endog problemer med løfte blikket når han passerte noen i gangene. Vanskelige personalsaker gjorde han alt for å la være å gå inn i. Da direktoratet rundt 1990 måtte gripe inn overfor en fylkeslege som hadde skeiet en del ut, var det Anne Alvik som måtte reise for å konfrontere fylkeslegen med hans uvørenhet. Ja, alle «personalsaker» havnet på medisinalrådets bord.

Anne Alvik innså, vi kan nesten si naturlig, at ledelse innebærer både å bekrefte og å avkrefte – altså si skarpt fra eller si opp eller flytte på folk. Den tilsynelatende robuste Torbjørn Mork maktet ikke avkreftelsesdelen av lederoppgaven. Da striden med departementet ble alvorlig klarte imidlertid Mork, gjennom bekreftende mobilisering, å få med seg hele direktoratet, og til dels også deler av den almene opinion. Da Anne Alvik kom i hardt vær under Bærum-saken klarte hun ikke å mobilisere staben til å slåss for hennes, og tilsynets sak. Ja, hun forsøkte det ikke heller. Det var i strid med hennes natur. Hun ville «kjempe» selv, men med argumenter, ikke med kampanjer. Hun mente jo at hun hadde retten og anstendigheten

¹⁴⁵ Som vi har vist i bind 1, kap. 5, tapte Brundtlands far, Gudmund Harlem, på «målstreken», i konkurransen om å etterfølge Evang som helsedirektør.

på sin side. Den vinner frem gjennom argumentasjon, ikke polemikk og «kamp». For så vidt fikk hun til slutt rett. Saklighetens dommere, i lovavdelingen i Justisdepartementet og i politietaten, til slutt hos Riksadvokaten, gav henne rett.

Da var det imidlertid for sent. Hun hadde måttet kaste inn håndkledet. Det gjorde imidlertid at hun etterpå også kastet hansken og skrev et elegant, men sviende, oppgjør med dem som hadde felt henne, i første rekke en aggressiv (hovedstads)presse.¹⁴⁶ Hun klarte å sette pressen i skammekroken, og å få noen av de kjente personer som hadde spilt på pressens lag til å beklage sin oppførsel.

Mork fikk altså entusiastisk støtte fra sine ansatte, dog ikke fra fylkeslegene, frem mot 1992. Alvik fikk liten og ingen støtte. Selv hennes nærmeste medarbeidere «lå lavt». Det gjorde også de fleste fylkeslegene. Ettersom saken utviklet seg i pressen, tiltok også lekkasjene fra Helsetilsynet.

Den 19. mars 2001 ble det holdt en takkemottagelse for Anne Alvik i Helsetilsynet. Takken som ble uttrykt var ekte, og nok preget av litt dårlig samvittighet. Anne Alvik takket mange varmt og uttrykte særlig glede over at hennes nestkommanderende fra 1994 til 2000, Lars Hanssen, nå var utnevnt til helsedirektør. Den utnevnelsen var for henne også en oppreisning.

Vi har pekt på at Anne Alvik var en utpreget innenriksminister. Det hang sammen med hennes «ordentlighet». Hun var regeltro og plikttro. Det er derfor ikke tilfeldig at de presseorganer som drev «etterforskning» av hennes liv og livsførsel under Bærum-saken ikke fant noe eksempel på svikt. Denne regellydigheten gjorde at hun som personalleder også forventet regellydighet og ordentlighet mer generelt. Helsetilsynet skulle være ordentlig, som hun selv var det. Det er ikke tilfeldig at Justisdepartementets lovavdeling, og siden politiet, kom til den samme konklusjon om hennes måte å føre Bærum-saken på: Der var nesten intet å

¹⁴⁶ Anne Alvik, *Min side av saken*, Oslo: Unipub, 2010. La oss nevne et eksempel på hvor pågående pressen kunne være mens saken stod på: Den (VG) fikk kredittopplysningsselskaper til å undersøke om hun, mannen, søsknene og moren hadde noen kredittanmerkninger på seg (s. 22).

kritisere henne og Helsetilsynet for saksbehandlingen på. At hun til slutt fikk høre og lese det, var til stor både lettelse og glede for henne. Hun fikk bekreftet sitt selvbilde. Bekreftelsen kom imidlertid sent, og Bærum-saken ble derfor, som hun selv sa etterpå, en tragedie for henne.

En slik ordentlighetsbasert ledelse kan bli stressende for en del medarbeidere. Den gir respekt, og Anne Alvik fikk det. Alle som uttalte seg om henne sa det samme: Hun var, og er, den legemliggjorte integritet. Men en slik integritet kan også bli en utfordring for medarbeidere. Hun ble undertiden som en «rødblyant» for medarbeiderne. Mangelen på varm, ureservert, oppslutning om henne kan henge sammen med hennes litt strenge nærledelse. Vi så det i starten (etter 1994), da der oppstod gnisninger mellom henne og en del fylkesleger.

Hun var imidlertid ikke bare en streng frøken. Hun var grenseløst lojal overfor sine medarbeidere og svært opptatt av å bekrefte, ja hylle, dem. Hun ble derfor respektert, om ikke elsket, av alle. Hennes strenghet var jo også en refleks av hennes opptatthet av at Helsetilsynet skulle være med på, gjennom tilsyn, å skape det gode helsevesen og, i siste instans, det gode samfunn.

Den nye medisinalråden fra Ås, Anne Alvik:



• Landets første kvinnelige medisinalråd i Helsedirektoratet, Anne Alvik fra Ås, ser med uro på hva som vil skje med landets offentlige helsetjeneste dersom en privatisering får rå grunn-

nen. I dag går hun imidlertid inn i sin første «generalprøve» som helsedirektør. (Foto: Per Dagfinn Wolden).

Privat helsetjeneste frarådes

Helsetjenesten må nå få en langt større del av samfunnskaka enn hittil når ressursene skal fordeles. Dessuten må privatiseringen av helsetjenesten frarådes på det sterkeste. Res-

sursene til denne helsetjenesten kommer ikke i tillegg, men kan lett komme i konkurranse med det offentlige tilbudet.

Av Per Dagfinn Wolden

Det sier landets første kvinnelige medisinalråd i Helsedirektoratet, Anne Alvik fra Ås, til Akershus Amtstidende.

Offisielt tiltrådte Alvik stillingen torsdag i forrige uke, og allerede i dag går hun inn i sin første «generalprøve» som

Min bekymring over privat-helsetjenesten kommer først og fremst på bakgrunn av en medisinsk, faglig vurdering ut fra den overdiagnostikk og overbehandling denne tjenesten kan medføre.

Et eksempel på overbehandling kan være en by i USA hvor det er fire ganger

et behov for å delegere og overføre oppgaver direktoratet har i dag til andre instanser. Men en nedleggelse er urealistisk, og hvor en masse mennesker ville blitt berørt. Og det er fortsatt viktige oppgaver en må lære i et fagdirektorat, mener Alvik.

bakgrunn av at Ski sykehus ikke er fullverdig nok. Men hun understreker også det gode samarbeidet mellom sykehusene Moss, Askim, Lørenskog og Rikshospitalet. Ellers har Follo-kommunene en god helsetjeneste i dag, mener hun.

Anne Alvik var fra sine yngre år som lege svært skeptisk til private helsetjenester. I 1985 gav hun, som fersk medisinalråd, klart uttrykk for det i et intervju med «Amta» den 7. mai 1985.

Den grunnleggende trussel mot ordentligheten var, for Anne Alvik, egoismen. Den skapte stadig fristelser, fristelser mange falt for. Det

skjedde i gamle dager, under medikratiet: Leger tok seg til rette og skaffet seg privilegier. Som medisinalråd var hun med på å fjerne de gamle privilegieordningene i Helsedirektoratet. Da vi kom ut i 1990-årene så hun på den nye privatiseringen av medisinsk praksis som den største egoismebaserte trusselen. Da det nå, midt i 1990-årene ble tale om å gjøre almenlegene til næringsdrivende leger, sa hun fra. Det gjorde hun til statsrådene Christie, Hernes (f. 1941) og Høybråten (f. 1957), men til ingen nytte. «Ser dere ikke», sa hun, «at fastlegereformen er en gedigen privatiseringsreform?»¹⁴⁷ «Det ville de ikke si. De var på en måte entusiaster».

Anne Alvik fortsatte å tenke slik, og å gi uttrykk for det. I en leder i Tidsskrift for Den norske lægeforening i 1997 skrev hun at hun hadde faglige betenkeligheter med «Høyresidens idyllisering av «det private supplement»» i helsevesenet. Hun la til, «Markedsmekanismene fungerer ikke for helsetjenesten».¹⁴⁸ I 2008 uttalte hun til *Journalen*, tidsskrift for Oslo legeforening, at helse-Norge «lider under en privatisert fastlegereform, mangel på helsestasjonsleger og at for mange leger utdannes i utlandet». Overskriften på intervjuet lød slik: «Fastleger på fastlønn!»¹⁴⁹

Anne Alviks skepsis til (egoismebasert) privatisering gjorde også at hun ble opptatt av å skape mer likhet i helsevesenet. I en artikkel i *Utposten* i 2000 skriver hun således om at «Sosial ulikhet skaper dårlig helse».¹⁵⁰

Da vi snakket med Anne Alvik i 2009 sa vi at det hørtes ut som om hun var en sosialdemokrat, sin gamle tilknytning til Det liberale folkepartiet til tross. Hun svarte ja. Vi la til: «-Du er ikke så forskjellig fra dine forgjengere slik?» Hun svarte:

¹⁴⁷ Intervju, Anne Alvik 29.6.2009.

¹⁴⁸ Anne Alvik, «Markedsideologi og medikalisering», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, bind 119, nr. 30, 1999, s. 4452. Kfr. Også Helsetilsynets tilsynsmelding for 1998, utgitt i 1999.

¹⁴⁹ *Journalen*, nr. 1, 2008, s. 7.

¹⁵⁰ Anne Alvik, «Sosial ulikhet skaper dårlig helse», *Utposten* nr. 1, 2000, s. 28–29.

«Nei, jeg er ikke det, vet du. Og du vet at da Det nye folkeparti etter hvert ble... skle litt mot høyre, og ble mindre og mindre, og så ble borte, har jo min tilhørighet som velger vært på den andre siden, vært Arbeiderpartiet i stortingsvalg og av og til SV i lokalvalg, og én gang RV, men jeg er jo en internasjonalist. Jeg kunne aldri tenke meg å stemme SV eller RV i stortingsvalg».¹⁵¹

Vi bemerket at mange i Helsetilsynet, også hennes nestkommanderende, stod et stykke til venstre politisk, svarte hun: «Det har jo en naturlig forklaring. Man ser at hvis man får et privat eller kommersialisert helsevesen så ser man jo de ulempene det har for folkehelsearbeidet».¹⁵²



Helsedirektør Anne Alvik på sitt kontor i Helsetilsynet i 1999. (Foto: Jon Petter Reinertsen, Samfoto)

¹⁵¹ Intervju 29.6.2009. Vi legger til at Alviks internasjonalisme har gjort at hun er for norsk medlemskap i EU.

¹⁵² *Ibid.*



Friluftsdamen Anne Alvik, 1994. (Foto: Marit Nyborg)

Anne Alviks ordentlighet reflektertes også i en viss «formalisme». Hun var opptatt av at reglene måtte følges, også av departementet. Men departementet stod nærmere politikken og den pragmatisme som preger den. Hun fikk derfor av og til disputer med departementet og noen av dets embedsmenn. Slike disputer oppstod i slutten av 1980-årene, men også gjennom Norbom-prosessene (blant annet i desember 1991 – da hun endog fikk en irettesettelse av ekspedisjonssjef Finn Høvik) og videre inn i helstilsynstiden. Det bidro til at hun, som vi flere ganger har nevnt, fikk et litt anstrengt forhold til (noen i) departementet og til at Bærum-saken ble så belastende for henne.

Til journalist i avisen Dagen i Bergen, Jostein Sandsmark, sa hun i et lengre intervju den 30.1.2001:

«Jeg er så nøye på at alt skal være ordentlig at jeg kan være en sann plage for mine omgivelser. I balansen mellom kreativitet og orden heller jeg kanskje for mye over mot orden-og-system-siden. Mange av

mine medarbeidere har derfor sagt at en slik kritikk [som den hun fikk i Bærum-saken] rammet nettopp meg».¹⁵³

Et mindre viktig, men allikevel symbolsk betydningsfullt uttrykk for hva hennes «formalisme» kunne medføre, var det at der ble en liten brevutveksling om Helsedirektørens direkte adgang til statsråden. Der hadde i 1996 oppstått uklarhet om forholdet statsråd/helsedirektør i forbindelse med «strålesaken» på Radiumhospitalet; noen pasienter hadde fått skader etter for omfattende bestråling. Saken ble i praksis håndtert av statsråden. Helsedirektøren spilte en mindre rolle. Den 18. desember 1996 skrev statsråd Hernes til Helsetilsynet og sa at «Denne saken har aktualisert spørsmålet om kommunikasjonsformene mellom helsedirektøren og helseministeren».¹⁵⁴ Statsråden skrev at han så behovet for direkte kontakt, selv om de fleste saker finner sin løsning gjennom vanlig tjenestevei. Anne Alvik var tilfreds med dette svaret, men la til at hun ønsket en fri tilgang til statsråden. Det kunne oppstå saker som krevde rask reaksjon og da var regelmessige møter ikke nok.¹⁵⁵

Etter den nye begynnelsen i 1994 fikk tilsyn svært mye av oppmerksomheten. Anne Alvik følte at hun og Helsetilsynet ikke hadde noe annet å gjøre enn å satse på tilsyn. Det tydeligste uttrykk for det var tilsynsprosjektet. Magnar Kleppe (f. 1951) ble en meget dynamisk leder for det, som vi skal se. Men mange, særlig eldre, fylkesleger reagerte på denne tilsynsoffensiven og ville beholde mest mulig av de eldre, rådgivningspregede oppgavene. Også i selve Helsetilsynet var det delte oppfatninger. Anne Alvik støttet tilsynsfolkene, men ble etter hvert opptatt av å finne en balanse mellom tilsyn og rådgivning. Etter hvert fikk ideen om rådgivning større oppslutning, også blant tilsynsfolkene, og det såkalte rådgivningsprosjekt ble startet helt mot slutten av 90-årene. Anne Alvik ble etter hvert påvirket av rådgivningssynspunktene og la til rette for å gi

¹⁵³ «Helsedirektøren felt av paradokser», *Dagen*, 30.1.2000.

¹⁵⁴ Brev fra Helseministeren til Statens helsetilsyn, 18.12.1996 om Helsedirektørens direkte adgang til helseministeren. Helsetilsynet, sak nr. 97/19 - 1.

¹⁵⁵ Brev fra Helsedirektøren til Helseministeren den 29. januar 2001. Sak nr. 97/19 -6.

rådgivning mer plass, men ikke rådgivning «på den gamle synsepregede måten».¹⁵⁶

Vi spurte henne om hun stod med ett ben i hver leir? Hun svarte: «Nei, jeg befant meg, som jeg ofte gjør, i en sånn rolle hvor jeg prøver å finne en felles vei.... Jeg følte nok et par ganger der at det var litt for kraftige uttalelser på begge fløyer, i forhold til de signalene jeg gav».¹⁵⁷

Anne Alvik var en pragmatiker og praktiker. Hun ble ikke så lett fanget av «faglige» ideologier, og var slik sett ingen tydelig strateg. Hun følte at hun hadde ett valg å ta i 1994, og støttet tilsynsentusiastene, men var ikke den som tidlig sluttet opp om «rådgivningsoffensiven». Anne Alvik var mer en «systemdame» enn en ideolog og nyskapende strateg. Det er derfor, som vi har nevnt, paradoksalt at det var som systemdame hun skulle bli felt.

¹⁵⁶ Intervju 29.6.2009.

¹⁵⁷ *Ibid.*

6. Helsetilsynets indre oppgaver

Helsetilsynet var, også i årene 1994 til 2002, en del av den departementale styringssyklus. Det utredet for, og gav råd til departementet. Det iverksatte også, som et forvaltningsorgan, beslutninger fattet av departementet eller av høyere organer, blant annet Stortinget (lover, budsjett). Som et organ for departementet drev det også tiltak departementet bad det om å drive. Endelig, og spesielt, drev Helsetilsynet ulike former for tilsyn, behandling av enkeltsaker (blant annet klagesaker) inkludert. Som tilsynsorgan var Helsetilsynet (og fylkeslegene) delvis et uavhengig organ. Det vil si, det fulgte opp det mandat det var gitt gjennom helsetilsynsloven (1984). I noen grad gikk dette mandat ut på å spille en oppstrømsrolle; altså en rolle som evalueringsbasert rådgivning (overordnet faglig tilsyn) i «neste» oppstrømsprosess.

De eksternt rettede roller hadde som forutsetning interne prosesser. Vi kan sondre mellom ulike slike, avhengig av hva de endte i, som virksomhetsplaner og andre interne planer, eller hva de bidro til utad, som budsjettet, lover, (lov)forvaltning og tilsyn. Men uansett hva de bidro til, hadde de noe til felles: De var først og fremst saksbehandlende. Vi skal derfor først se på hva saksbehandlingen gikk ut på. Så skal vi se på en bestemt, i hovedsak intern, saksbehandlingskjede, nemlig virksomhetsplanarbeidet. Vi fortsetter med å omtale de eksternt rettede oppgaver, det «kasuistiske» tilsyn, med klagebehandling som den viktigste form for slikt tilsyn. Så ser vi på det virksomhetsrettede tilsyn og endelig på det såkalte «overordnede» (faglige) tilsyn. I forbindelse med omtalen av disse former for tilsyn vil vi også si litt om kvalitetsarbeidet – og spørre om det er en form for tilsyn, eller om det er noe mer. Under gjennomgåelsen av tilsynsarbeidet vil vi også se spesielt på to viktige kasuistiske tilsynssaker (klagesaker), Diprivan-saken – som i praksis varte omtrent hele det siste tiår av det forrige århundre – og Bærum-saken, som varte i to-tre dramatiske år (ultimo 1998 og gjennom mye av 2000).

Saksbehandling

Helsetilsynet er en del av et stort offentlig styrings- og forvaltningssystem. I noen grad kan det, innenfor noen rammer, fatte styrende og forvaltende

(f.eks. straffende) beslutninger selvstendig. I løpet av den perioden vi nå ser på arbeider det også for i økende grad å bli et slikt system. I stor grad forblir det imidlertid en del av det større styrings- og forvaltningssystem Sosial- og helsedepartementet er kjernen i. Det fattet altså beslutninger og gir premisser for beslutninger andre, særlig departementet, skal fatte.

Å forberede, fatte og iverksette offentlige *beslutninger* og å delta i andres offentlige beslutningsfatning kan kalles å *behandle saker*. Byråkraten er altså først og fremst en saksbehandler. Det er imidlertid også politikeren. Men mens ansatte offentlige tjenstepersoner arbeider på grunnlag av oppdrag «ovenfra» av ulike slag, er politikere også i større eller mindre grad oppdragsgivere. De første forsøker, og forventes, i stor grad å være «objektive», de andre tilføyer i noen grad saksbehandlingen «subjektivitet». Av den grunn omtales gjerne de første som de «egentlige» forvaltere. De andre er politikere.

For forvaltere, og de som studerer forvaltningen, kan man si en *sak* er en naturlig avgrenset del av en bestemt beslutnings- og iverksettelsesprosess; vi kunne også kalle den en oppgave. Klagesaker er eksempler på naturlig avgrensede saker. De går ut på å vurdere f.eks. om helsefagfolk i et bestemt tilfelle har opptrådt uforsvarlig. Vi kan omtale slike relativt lett avgrensbare saker som «kasuistiske». Et arbeid for å foreslå overfor departementet endring av en bestemt lov(bestemmelse), er også en relativt «naturlig» avgrenset sak. Arbeidet med en opptrappingsplan, for eksempel for mental helse, kan også være en naturlig avgrenset sak, men en sak som gjerne kan bestå av «delsaker» eller «undersaker». Forvaltning av generelle eller mer konkrete beslutninger er en eller flere, mer eller mindre klart avgrensede, saker. Det samme kan tiltak for å få folk (flest) til å spise eller på andre måter leve sunnere. Planpregede saker, saker hvor der er viktige innslag av mål-middel-resonnementer, er som regel komplekse, og like mye en samling av saker som en sak i seg selv. Budsjettarbeid kan slik være like mye en samling av saker, som en sak i seg selv. Det samme gjelder virksomhetsplanarbeidet og en del generell rådgivning overfor departementet.

Går vi langt tilbake i tid bestod saksbehandlingen i stor grad av å forvalte (stabile) lover. Arbeidet startet da med at ekspedisjonssekretæren fordelte posten (kfr. navnet «sekretær», et navn som stadig brukes om ministre i engelsktalende land) til saksbehandlerne, som så så på sakene og foreslo

en avgjørelse. Denne ble så vurdert av en byråsjef og til sist av ekspedisjonssekretæren og eventuelt ministeren. Da staten for alvor ble en endrings- og utviklingsstat, spesielt etter etableringen av Indredepartementet (under Frederik Stang) i 1846, kom planutvikling til å bli en viktigere del av forvaltningens arbeid. Sakene oppstod slik i økende grad internt. Den opprinnelige saksbehandlingsform ble allikevel i stor grad beholdt: Saker («posten») ble fordelt mellom saksbehandlerne, gjerne med en frist for når de skulle være behandlet i første instans og hvordan den videre saksbehandling skulle være.

Denne saksbehandlingen var gjennomsyret av jusens logikk. Slik er det også i viktige henseender forblitt. Under Gerhardsen-regimene fikk økonomene, men også industribyggerne, friere tøyler og den departementale saksbehandling ble mer samfunnsendringsorientert. Finansdepartementet, en tid også Lønns- og prisdepartementet, ble en slags ideologisk fanebærer for endringsforvaltningen. I mange år var det imidlertid mer statsrådene enn embedsmennene som var endringsforvaltere. Departementet var helt dominert av jurister, fagpersoner som ville balansere budsjettet og var imot å bruke budsjettet som virkemiddel i (endrings)politikken. Da Erik Brofoss og hans etterfølgere kom var juristen Friedrich Georg Nissen (1887–1969) den dominerende embedsmann. Han var blitt ansatt i Finansdepartementet i 1924, fra 1930 som byråsjef i finanskontoret og fra 1933 som ekspedisjonssjef i finansavdelingen. Han ble da departementets fremste byråkrat. Det ble markert da han i 1952 ble utnevnt til departementets første finansråd. Nissen fikk et anstrengt forhold til de endringsinnstilte arbeiderpartiministrene, spesielt til den første, Erik Brofoss (1908–1972). Regimeskiftet i departementet ble markert da Nissen gikk av i 1957 og ble (fra 1958) erstattet av «Frisch-økonomen» (og arbeiderpartimannen) Eivind Erichsen (1917–2005). Erichsen satt til 1986 og spilte en viktig rolle for å påvirke resten av forvaltningen i en mer endringsorientert retning, blant annet ved å «utdanne» unge økonomer i Finansdepartementet, økonomer som så kunne sendes som en slags misjonærer til andre departementer.

Den aktivistiske styring møtte snart motbør, selvsagt fra juristene i forvaltningen, og ved universitetet (blant annet Johs. Andenæs (1912–2003)), men også i politikken, særlig blant Høyres tradisjonister. De

pekte alle på at den aktivistiske styringen gjorde staten mer uforutsigbar. Med andre ord, den truet rettsstaten. De første konfliktene oppstod etter krigen, i kjølvannet av Lex Thagaard (etter Wilhelm Thagaard (1890–1970)) (prisregulering) og Lex Brofoss, men flere fulgte, omkring forslag til ny beredskapslov (1950) og, ikke minst, til nye pris- og rasjonaliseringslover (1952). Kritikerne pekte på at de omfattende fullmakter som lå i lovgivningen kunne gjøre at regjeringen kunne styre nesten som den ville. Arbeiderpartiet tok mye av kritikken til etterretning, trakk lovforslagene tilbake og oppnevnte allerede i 1951 en forvaltningskommisjon, ledet av en arbeiderpartimann, høyesterettsdommer, senere høyesterettsjustitiarius, Terje Wold (1899–1972). Denne kommisjonens arbeid førte til tre viktige reformer, reformer som bragte jusen tilbake som den dominerende premissgiver for forvaltningen. I 1962 kom Stortingets ombudsmann for forvaltningen, i 1967 forvaltningsloven og i 1970 offentlighetsloven. Reformene gjorde at rettssikkerheten (statlig forutsigbarhet) ble det dominerende fundament for offentlig styring og forvaltning.

Kanskje man kan si at styringen og forvaltningen er ført videre på begge måter, både den rettsstatlige og den dynamisk nyttestatlige? Den siste preger arbeidet med etatsstyringen, og som endel av den, virksomhetsplanleggingen. I noen grad er også (sider ved) kvalitetsstyringen, som slo igjennom fra begynnelsen av 1990-årene, også en del av denne. Samtidig er det slik at den dynamiske styringen og forvaltningen ganske snart «smittes» av jusen: Den blir til regler, og kan derfor lett miste noe av sin dynamiske, eller, som Clayton Christensen sa, sin «disruptive» rolle. Ja, Christensen understreket at «vanen» (reglene) så raskt overtar i en virksomhet at virkelig «disruptive» endringer bare kommer fra andre, som regel nye, organisasjoner (bedrifter). Å «rive opp» seg selv klarer de færreste organisasjoner, og aller minst offentlige enemaktorganisasjoner. Deres tilbøyelighet er å «falle til ro» i en regelbasert tilværelse. Vi må legge til at det allikevel skjer endringer, drevet frem utenfra, fra styringsfagfolk og fra «subjektive», «populistiske» politikere. Etatsstyringsbølgen slo inn over forvaltningen fra fagsiden. I USA gikk tidligere president Donald Trump (f. 1946) etter valgseieren i 2016 aktivt løs på regelbyråkratiet og hva han, interessant nok, kalte «the deep state».

Helsetilsynet valgte å «ri begge hester». På den ene siden forsøkte det etatsstyring, men lyktes bare delvis, som vi har sett. På den annen side fortsatte den å bygge ut og styrke den regelbaserte forvaltning. Et typisk uttrykk for det er den såkalte saksbehandlingsinstruksen. Den kom i fornyet utgave i 1995, i regi av Administrasjonsavdelingens «stabssjef», Helge Høifødt.¹⁵⁸

Hvis man ser på et forvaltningsorgans oppgave som det å behandle saker må denne instruksen reflektere de behov både regelbasert og dynamisk forvaltning baserer seg på. Den gjør i noen, men bare i noen grad det. Den er i hovedsak basert på regeltenkning, ja, endog på den tenkning som preget den «opprinnelige» forvaltning, den som hadde ekspedisjonssekretæren som organisator (og postfordeler). At den kalles saksbehandlingsinstruks, er i seg selv talende. Den er et sett av bydende regler (og definisjoner). Det heter i innledningen:

«Denne instruksen er laget for å sikre ivaretagelse av de regler (lover, forskrifter, reglementer og instruksjoner m.v.) som gjelder for Helsetilsynets saksbehandling, for å ivareta god forvaltningsskikk, og for å effektivisere arbeidet ved å stille klare krav til hvordan saksbehandling skal foregå».¹⁵⁹

Siste del av formålserklæringen kan peke mot det dynamiske i saksbehandlingen, men åpenbart er det ikke. Under neste punkt er grunnlagsdokumentene nevnt. Disse er bare regler, fra lover – forvaltningsloven og offentlighetsloven nevnes først – til instruks, retningslinjer og reglementer. Dokumenter knyttet til etatsstyringen er ikke nevnt.

Først på s. 6 defineres 'sak': «**Sak** er de dokumenter, registreringsverdige og ikke registreringsverdige, som hører til ett saksnummer i postjournalen». Her forstås altså sak ikke (lenger) som en naturlig avgrenset oppgave forvaltningen håndterer, men som de *dokumenter* som tilhører oppgaven. Det er imidlertid vanskelig å kalle en bunke dokumenter en sak uten at det er noe som gjør at dokumentene hører naturlig sammen. Man hefter ikke bare sammen «tilfeldige» dokumenter

¹⁵⁸ Melding fra avd. 6. nr. 14/95, 29.9.1995.

¹⁵⁹ *Ibid.*, s. 2.

og kaller dem sak A. Senere i instruksen tales det således også om hvilke dokumenter som hører til en sak.

Men definisjonen er interessant for det er i hovedsak *dokumenter* instruksen handler om. Ja, den har «Dokumentinstruksen» som undertittel.

Instruksen ser på saksbehandlingsprosessen som en (dynamisk)sirkulær prosess. Den står i tradisjonen fra den gamle rettsstaten. Etter instruksen starter prosessen med postmottagelsen, og fortsetter med postfordelingen. Men hvor kommer «posten», altså sakene, fra?

I heftet *Velkommen til Helsedirektoratet* fra juni 1991 heter det at en sak kan oppstå på to måter: innad «i huset» og «utenfra i form av et brev, en telefonhenvendelse eller en annen muntlig henvendelse».¹⁶⁰ I

Saksbehandlingsinstruksen legges vekten på brevene (m.m.) *utenfra*. Den virker slik mer gammeldags enn «velkomstdokumentet». Det fremgår imidlertid av instruksens (s. 8, p. 5.8) at notater til og fra ledelsen og andre avdelinger skal registreres.

Alle «registreringsverdige» brev og notater skal, sier instruksens, registreres i arkivet før saksbehandlingen tar til. Postfordelingen foretaes av en eller flere ledere i den enkelte avdeling. Før det skjer bestemmes det blant annet hvem som skal behandle saken, om andre avdelinger enn den saksbehandleren tilhører bør trekkes inn i saksbehandlingen, om relevante dokumenter skal unndraes offentlighet og om saken bør vises ledelsen (sendes ledermøtet).¹⁶¹ Etter at postfordelingen er skjedd sørger forværelset for å legge de aktuelle saksdokumenter i saksbehandlerens hyller. Om saksbehandlerens arbeid med saken legges det stor vekt på juridiske formalia, som at saksbehandleren vurderer egen habilitet, sjekker saksnummeret, vurderer om saken skal unndraes offentlighet og graderes etter beskyttelses- eller sikkerhetsinstruksens og vurderer om han eller hun og vedkommendes avdeling er rette person til å behandle saken. Saksbehandleren skal også vurdere hvordan det aktuelle dokument skal besvares, muntlig eller skriftlig, hvor raskt det kan besvares, om det bør

¹⁶⁰ *Velkommen til Helsedirektoratet*, Helsedirektoratet, administrasjonsavdelingen, juni 1991, s. 47.

¹⁶¹ *Saksbehandlingsinstruksens*, 1995, *op.cit.*, s. 7.

drøftes i en gruppe og om informasjonssjefen skal varsles (på grunn av mulig medieinteresse).

Det neste, og ofte viktigste, punkt i saksbehandlingssyklusen er saksbehandlerens arbeid med saken. I instruksen er reglene for dette arbeidet kalt «Saksbehandlers arbeid med konseptet». Igjen kommer klarheten i instruksen hva gjelder forholdet sak/dokument frem. Det er ikke et konsept saksbehandleren skal gjøre noe med, men saken, men det saksbehandleren gjør vil så etter hvert få konsekvenser for hva hun eller han skriver. Det heter videre i instruksen at saksbehandleren skal se på presedenser, vidt forstått, på (andre) formelle bindinger som kan være av betydning for saken. Etter at saksbehandleren har klarlagt jusen som berører saken, skal hun eller han skaffe til veie det aktuelle faktagrunnlag – gjennom så mange kilder som mulig, og eventuelt innhente ekstra informasjon fra «sakens parter». Eventuelt andre berørte parter skal også kontaktes. I instruksen henvises det her, naturlig nok, til enda en instruks, *Utredningsinstruks* (bl.a. annet om remissfrist). Saksbehandleren skal, krever instruks, nedtegne momenter fra samtaler med andre. Det heter også at dokumenter som går ut skal skrives i et klart språk. Et «konsept» skal inneholde forslag til konklusjoner («løsninger») på de «problemstillinger som tas opp i inngående brev eller internt oppdrag».¹⁶²

Under den videre saksbehandling noterer de som har sett på saken ned eventuelle kommentarer i marginen på konseptet og signerer for sin medvirkning. Den aktuelle leder avgjør nå om konseptet skal sendes til andre avdelinger eller ledelsen (ledermøtet). Hvis en overordnet leder vil ha en mer eller mindre annen konklusjon, skal saksbehandleren informeres om det. Den lederen som avslutter saksbehandlingen sender sakskonseptet til renskrivning, men returnerer det så til avdelingen. Saksbehandleren skal normalt parafere konseptet, føre såkalt parafistkontroll og «rydde saken» for avlevering til arkivet. I mange tilfeller er nå behandlingen av den aktuelle sak ferdig, men ofte dukker det igjen opp saker som direkte eller indirekte ligger i forlengelsen av den «første». Saksbehandlingssyklusene er slik gjerne kontinuerlig utviklende spiralaktige sykluser.

¹⁶² *Ibid.*, s. 11 (p. 7.12). Legg merke til at her henvises det både til saker som er kommet inn utenfra (brev) og som er oppstått som internt oppdrag.

Saksbehandlingsinstruksen legger vekt på formalia, på jus. Den er jo også ikke for ingen ting kalt *instruks*. Den form for styring og ledelse av forvalterne som innebærer ikke bare «faktainnsamling», men også kreativ problemløsning, omtales i instruksen på en nokså formell og «flat» måte. Styring og ledelse som går ut over, eller fyller ut, instruksen, som utviklingen av kvalitetsledelsen og den strategiske ledelse, virksomhetsplanutviklingen medregnet, henvises det ikke til i instruksen. Arbeidet – ja, saksbehandlingen – i Helsetilsynet får slik et mangfoldig preg, et juridisk-formelt, et teknisk målbasert og et dynamisk (-humanistisk). Det indre demokrati kommer inn som et fjerde element. Det påvirker de tre andre på ulike vis, men kommer særlig til uttrykk som jus (avtaleregler). Det juridisk-formelle er, og forblir, det dominerende. Med rendyrkingen av tilsynsoppgaven fra 2002 forsterkes dette forholdet.

Saksbehandlingen ledes, og avsluttes, av avdelingsdirektørene eller andre ledere, inkludert de øverste ledere. Den «egentlige» saksbehandling, den som skjer etter at en sak er kommet til en saksbehandler og før den avsluttes av en leder skjer i stor grad i regi av saksbehandlere, ofte enkeltsaksbehandlere. Der kan komme inn et element av møter og annen konsultasjon, blant annet med en leder, men i stor grad er den «egentlige» saksbehandling individuell. Den har ikke, som ved direkte verdiskaping, særlig vareproduksjon, et kjedepreg. Mye av saksbehandlingen er basert på regler, men regelanvendelsen har ofte et innslag av skjønnsutøvelse. Den er *intuitiv*. Endel saksbehandling, nemlig den som er planorientert, kanskje også prosjektbasert, har et slags kjedepreg. «Kjeden» er imidlertid ikke regelbasert, som ved produksjon, den er kreativt byggende. Også den har derfor et tydelig *intuitivt* innslag.

Saksbehandlingen er samlet sett nokså kompleks. Den preges av at hver saksbehandler har mange, ofte litt forskjellige typer, saker og at noen saker er mer eller mindre subsumerende (regelanvendende), mens andre er dynamiske og ideutviklende. Det er mye å passe på for den enkelte saksbehandler, men også for den enkelte leder, mye mer enn for den direkte verdiskaper (f.eks. en behandler) og dem som leder verdiskapere (f.eks. kliniske ledere). Det ble mye å passe på også fordi nye saker gjerne måtte sees i relasjon til gamle saker. Saksbehandlingen ble slik svært arkivavhengig. Siden det ikke var noen helt «naturlig» måte å klassifisere saksdokumenter på, ble derfor den såkalte *arkivnøkkel* derfor fra tid til

annen revidert. Det kunne ofte være tidkrevende å finne relevante dokumenter.

Saksbehandlingens begynnende digitalisering

Utviklingen av datamaskinene etter krigen, og spesielt av den personlige datamaskinen (fra 1981) – med tilhørende operativprogram – kom fra slutten av 1980-årene, men særlig fra 1990-årene til å revolusjonere saksbehandlingen og arkiveringen. Dokumentene kunne standardiseres. Det kunne gradvis også stadig flere sider ved behandlingen og lagringen av dem. Snart kom der digitale programmer for journalhåndtering. Helsedirektoratet tok i 1989 i bruk et system kalt Fics-Noark. I 1995 tok Helsetilsynet i bruk et system kalt On-File/Noark, basert på den såkalte Noark-standarden.¹⁶³ Det ble hetende Jass. Etter omorganiseringen i 2002 gikk Helsetilsynet over til systemet Ephorte, et norsk Noark-4 system, godkjent av Riksarkivet. Helsedirektoratet innførte i 1983 en felles arkivnøkkel, da det ble opprettet et sentralarkiv. Under det gamle regime hadde hvert direktoratskontor sitt eget arkiv. En revidert arkivnøkkel ble tatt i bruk i 1990 og ble brukt til 2008, da Helsetilsynet gikk over til helelektronisk arkiv.¹⁶⁴

Det PC/nett Helsedirektoratet brukte fra 1989/90 bestod av enkle maskiner uten harddisk og med et beskjedent internminne (1/2 Mb). Som operativsystem ble valgt DOS («Disk operating system»). Det ble snart foreldet og fra mai/juni 1994 skiftet Helsetilsynet til Microsofts Windows-programmer (Word, Excel, Power-Point), men brukte On-mail, basert på standarden X.400, for e-post.

Institusjonene, også Helsetilsynet, fikk på denne tiden sitt «intranett»; etterhvert kalt *Losen*. Hele staten fikk sitt «ekstranett» i 1995: *Offentlig dokumentasjon og informasjon i Norge (Odin)*. Det ble i 2007 til *regjeringen.no*.

¹⁶³ Den er en standard for elektronisk dokumentasjonsforvaltning. Den utvikles og vedlikeholdes av Riksarkivaren. Systemer for journalføring og arkivering av saksdokumenter i offentlige virksomheter skal følge Noark og arkivforskriften.

¹⁶⁴ Om denne utviklingen, se f.eks. Ola M. Devold, *Revidert Arkivplan 2007–2008 – godkjenning*. Notatet er datert 4. oktober 2007 og er signert III OMD 06/22.

Gjennom vår periode forble imidlertid saksbehandlingen «logisk sett» papirbasert. Den nye teknologien ble mer brukt til å raffinere den papirbaserte saksbehandlingen enn til å erstatte den. Postjournalen ble for eksempel lagt ut på Losen.

Men fremtiden banket på døren. Postjournalen, som saksbehandleren i denne perioden fikk opp på sin PC-skjerm når han eller hun begynte arbeidet om morgenen var en praktisk påminnelse, men slik også et styringsinnslag. Dette styringsinnslaget er siden, skritt for skritt, utvidet. Det går også gradvis over til å bli et saksbehandlingsinnslag, særlig på områder hvor saksbehandlingen primært er subsumerende. Teknologien er slik iferd med å erstatte mennesker også i forvaltningen.

Statsviteren, psykologen, økonomen og informatikeren Herbert A. Simon (1916–2001)¹⁶⁵ predikerte i 1960-årene at etter hvert ville mye av byråkratiet bli erstattet av maskiner (programmer). Nå er det så smått iferd med å skje, men i tiden 1994–2002 var bare de første, små skritt tatt i denne retning. Det gamle byråkrati var i prinsippet, om ikke alltid i praksis, upersonlig. Det nye, programbaserte byråkrati vil bli det i mye større grad. Det vil, for stadig flere, fremstå som uttrykk for anonymisert autoritarianisme.

Saksbehandlingen. Noen tall for omfanget

I tabell 6.1 har vi gitt en tallmessig oversikt over Helsetilsynets saker (dokumenter behandlet) i årene 1995, 1996, 1998 og 1999.

¹⁶⁵ Simons tanker er utviklet i mange bøker, men mange av dem er basert på hans første store verk (og doktoravhandling), *Administrative Behavior* (New York, NY: The Macmillan Co.) fra 1947. Av hans senere arbeider, se spesielt *The Sciences of the Artificial* (Cambridge, MA: Thew MIT Press) fra 1970.

**Tabell 6.1: Antall dokumenter behandlet i 1995, 1998, 1999.
Helsetilsynets avdelinger**

1995			
	Dokumenter inn	Dokumenter ut	Tilsammen
Avd. 1	1 607	1 147	2 754
Avd. 2	4 695	3 505	8 200
Avd. 3	3 058	2 356	5 414
Avd. 4	4 318	3 004	7 322
Avd. 5	1 387	1 160	2 547
Avd. 6	857	461	1 318
Avd. L	20	7	27
Tilsammen	15 942	11 640	27 582
1996			
Avd. 1	1 360	980	2 340
Avd. 2	5 380	3 452	8 932
Avd. 3	3 038	2 961	5 999
Avd. 4	4 026	2 610	6 636
Avd. 5	2 471	1 866	4 337
Avd. 6	683	298	981
Avd. L	8	4	12
Tilsammen	16 966	12 171	29 137
1998			
Avd. 1	1 773	1 272	3 045
Avd. 2	6 151	4 151	10 302
Avd. 3	3 129	2 280	5 409
Avd. 4	3 675	2 838	6 513
Avd. 5	1 824	1 078	2 902
Avd. 6	762	504	1 266
Avd. L	3	7	10
Tilsammen	17 317	12 127	29 444

1999			
	Dokumenter inn	Dokumenter ut	Tilsammen
Avd. 1	2 000	1 183	3 183
Avd. 2	3 904	2 584	6 488
Avd. 3	2 968	2 138	5 106
Avd. 4	4 010	2 715	6 725
Avd. 5	1 397	998	2 395
Avd. 6	823	492	1 315
Avd. L	2	6	8
Tilsammen	15 104	10 116	25 220

Saksantallet er, som vi ser, høyt i disse årene, de sentrale årene etter etableringen av Helsetilsynet i 1994 og før den store omorganiseringen i 2000 til 2002. Det holder seg også høyt. Det går litt ned fra 1998 til 1999, men det skyldes i hovedsak reduksjonen i saksvolumet i avdelingen for spesialisthelsetjenester (avd. 2). Høyest er antallet saker i spesialisthelsetjenesteavdelingen, avdelingen for apotek og legemidler (3) og helserettsavdelingen (4).

Noen sakstyper dominerer i alle avdelingene. Vi har sett på tallene for 1999. De tre sakstypene som dominerer dette året utgjør til sammen 46,9 prosent av alle saker i avdeling 1, 53,9 prosent i avdeling 2, 43,7 prosent i avdeling 3, 45 prosent i avdeling 4, 38,9 prosent i avdeling 5, 43,1 prosent i avdeling 6 og 64,5 prosent i klagesaksprosjektet (L). Slik sett kan man si avdelingene i stor grad preges av et lite antall sakstyper. Ser vi på hvilket antall som skjuler seg bak prosentene ser vi imidlertid at for noen avdelinger er antallet svært høyt – og saksbehandlingen stort sett nokså summarisk.

I avdeling 1 er den antallsmessig største sakstypen, førerkortsaker. Avdelingen behandlet 689 slike saker i 1999. De to øvrige sakstyper med høyt volum, tilskudd og høringer, hadde 445 og 340 saker. Vi kan altså si at mye av arbeidet i primærhelsetjenesteavdelingen var nokså «prosaisk». I spesialisthelseavdelingen var der 1308 meldesentralsaker, 1115 billighetserstatningssaker og 984 tilskuddssaker. Igjen dominerte altså saker som var forholdsvis prosaiske. I apotek- og legemiddelavdelingen

utgjorde apoteksakene 1144 saker, mens sakene om forskrivning av sentralstimulerende medikamenter til pasienter utgjorde 554 saker og enkelttillatelser for legemidler utgjorde 410 saker. Særlig den første typen saker kunne behandles nokså raskt og standardisert, mens de to andre krevde en viss årvåkenhet. De tre sakene som dominerte i helseerettsavdelingen, klager på leger (1045), rettsaker (psykiatri) (962) og klager på behandling (831), var som regel mer faglig utfordrende enn de sakene som dominerte i de tre første avdelingene. Det er ikke tilfeldig at avdelingen ble hengende etter med behandlingen av legeklagene og behandlingssklagene.

Sakene som preget den samfunnsmedisinske avdelingen var tilskudd (445), helsepersonellregister- og andre registersaker (280) og tilsyn (241). De to første sakstypene kunne håndteres på en standardisert måte, mens den tredje krevde et mer inngående faglig skjønn.

Administrasjonsavdelingens tre dominerende sakstyper var budsjettsaker (274), interne organisasjonssaker (145) og lønnsforhandlinger (130), alle saker som ofte krevde en del skjønnsutøvelse, også psykologisk sådan. Klagesaksprosjektet (L) var preget av klager på leger (61) og på legers behandling (60); så fulgte saker om narkotikamisbruk blant helsepersonell. Alle disse sakene krevde utøvelse av, ofte tidkrevende, faglig skjønn.

Typen saker varierer selvsagt mellom avdelingene. De varierer også, som vi nå har sett, med hensyn til vanskelighetsgrad. De vanskeligste og mest tidkrevende sakene er klagesakene (saker om individrettet tilsyn) og, kanskje, en del av de indre budsjett- og organisasjonssakene.

Hvordan var saksbehandlingstiden?

Vi skal referere noen tall fra en undersøkelse gjort høsten 1994, altså i begynnelsen av den perioden vi ser på (tabell 6.2.).¹⁶⁶ Undersøkelsen gjelder bare såkalte enkeltvedtak (etter forvaltningsloven) og klage- og tilsynssaker (ferdigbehandlet i september/oktober 1994).

¹⁶⁶ *Kartlegging av forvaltningens saksbehandlingstid*, brev fra Statens helsetilsyn til Sosial- og helsedepartementet, 14. februar 1995. Sak 94/07895-6.

Tabell 6.2: Saksbehandlingstiden for en del saker i Helsetilsynet, høsten 1994

Sakstype	Ant. saker	Gj.snittlig behandl. tid, alle saker	Behandl. tid for den saken som hadde lengst behandl. tid	Behandl. tid for den saken som hadde kortest behandl. tid
Billighetserstatning	37	126	276	6
Førerkortsaker	27	50	167	1
Saker etter skatteloven § 77	15	97	256	14
Klage på vedtak om turnustjeneste	8	61	108	3
Klage på vedtak om lisens/autorisasjon/spes.godkj .	2	42	46	17
Godkjennelse av spesialistregler og utd.steder for legespesialister	11	16	27	10
Godkj. av helseinst., planer for slike	10	69	356	19
Dispensasjon fra forskr. om medisinsk nødmeldetjeneste	1	97		
Klagesaker (vederlag, adferd, forskrivning)	35	462	1 120	25
Andre jur. saker	52	216	901	1
Tilskuddsmidler hiv/AIDS	42	23	61	1
Driftsstøtte apotek	3	214	256	194
Import av legemidler	4	6	7	3
Apotekbevilling	2	153	216	90
Sertifikat	2	16	21	10
Innførselstillatelse	1	1		

Som vi ser er saksbehandlingstiden lang i mange saker, spesielt klage- og tilsynssaker og billighetserstatningssaker. Antallet klagesaker var i 1994 35, og den gjennomsnittlige behandlingstid for disse var 462 dager. I ett tilfelle tok det 1120 dager før en avgjørelse forelå. Bildet er omtrent det samme for fylkeslegene. Helsedirektoratet hadde siden 1989 arbeidet for å styrke klagesaksbehandlingskapasiteten, blant annet ved å opprette den helserettslige avdeling og fra 1995 tre nye stillinger. Nå ble også klagesaksprosjektet opprettet – med sikte på å få ekstra fart i «rasjonaliseringen» av klagesaksbehandlingen. Det er imidlertid slik at klagesaker ofte er komplekse og krever innhenting av mye informasjon. Klagerne blir også stadig mer krevende, ivrig bistått av advokater. Jusen blir slik, nesten generelt, stadig dyrere. Den har ennå ikke latt seg rasjonalisere i særlig grad og blir derfor, relativt sett, dyrere (mere tidkrevende). Vi skal komme tilbake til dette når vi skal se på klagesaksprosjektet.

La oss legge til at Helsetilsynet selv sier at det tar for lang tid i mange tilfeller før Helsetilsynet får avsluttet en sak. Helsetilsynet kritiseres av mange, både klagere, medier og departementet, for det. Det forsøker av og til å vise hvorfor saker tar så lang tid. Av forsøkene fremgår det at en viktig grunn til den lange saksbehandlingstiden er Helsetilsynets rettsliggjøring, men også det omgivende samfunns økende tilbøyelighet til å mobilisere jusen.

Virksomhetsplanleggingen

Som vi har vist i bind 2 reagerte Helsedirektoratet positivt på pålegget om å innføre den målstyringsorienterte virksomhetsplanleggingen. Også Mork var, formelt, positiv, men han satte seg knapt godt inn i den nye planbaserte styringsformen. Undertiden uttalte han seg også med en viss ironi om sider ved styringsformen og det «nye» språk som ledsaget den. Han foretrakk en mer erfarings- og skjønnsbasert måte å styre på, og å forklare styringen på en enklere måte. Anne Alvik sluttet mer aktivt opp om virksomhetsplanstyringen. Det gjorde hun også, som vi har nevnt, med andre sider ved den etatsstyringen som nå kom. Det ser imidlertid ikke ut til at hun tok de nye styringsformene, som virksomhetsplanstyringen, virkelig inn over seg. Vi finner få skriftlige spor av det. Hun tilpasset seg

den nye tid, mer enn hun var en utvikler av den tenkningen den representerte. Det kan vi nesten også si om alle avdelingsdirektørene. Igjen kan vi konstatere at den i Helsetilsynet som først og fremst legemliggjorde virksomhetsplanleggingen som idé og praksis var Helsetilsynets fremste styringstenker, underdirektør Helge Høifødt. Men å gjøre den nye plantenkningen til en konsistent og offensiv styringsteknikk klarte heller ikke han. Som vi har nevnt før, den nye tenkningen, med planstyring og etatsstyring, var logisk spenningsfylt og svært vanskelig å tilpasse den skjønnsbaserte tenkning som kom ovenfra, fra politikerne.

I de planene som kom under direktoratet ble det lagt stor vekt på å basere dem på ekte, og «endelige» verdier. Direktoratet ville ha *helsemaksimering* som et mål, *almen og fri tilgjengelighet* til behandling som et annet mål, *kvalitetsmaksimering* innen helsetjenesten som et tredje mål og (omkostnings)*effektivitetsmaksimering* som et fjerde mål. I alle tilfeller forutsatte direktoratet at andre styringsinstanser også var opptatt av en eller flere av disse målene (verdiene). Det forhindret ikke at de var de styrende mål for direktoratet. Med omdannelsen av direktoratet til helsetilsyn ble det mindre naturlig å ha slike almene mål. Ordet tilsyn gjorde at målene fortsatt måtte rettes inn mot helse og tilgjengelighet til helsetjenester av høyeste kvalitet, men spesielt at det virkemiddel Helsetilsynet skulle benytte var kollektivt, institusjonelt og individuelt *tilsyn*. Slik ble *tiltak* av særlig betydning. Helsetilsynet fortsatte imidlertid også å være litt direktorat (2002) og kunne derfor ha et videre målsett. Det fikk det, men resultatet ble et komplekst og uklart sett av mål.

Etter ideen om etatsstyring skal Helsetilsynets (og fylkeslegenes) virksomhet ha utgangspunkt i presise, konsistente mål. Disse kan ha utgangspunkt i en visjon, eller virksomhetside. Til å begynne med var denne: *Tilsyn for trygg helsetjeneste*. Her gies det inntrykk av at Helsetilsynet spesielt er opptatt av *helsetjenesten*, ikke «alt» som kunne påvirke *helseutviklingen*. Ideen skulle, som vi har nevnt før, realiseres gjennom fire strategier, (pussig nok) kalt «områder»: Kvalitetsutvikling, rettssikkerhet, innsamling og analyse av faktagrunnlag og erfaringsoverføring. De to første er målpregede (men upresist formulert), de to siste virkemiddelpregede. Planen har altså et upresist grunnlag. De tiltak som så nevnes under de ulike strategier har et nokså løst forhold til strategiene (og bare to av dem er delvis mål). Strategioverskriftene virker i

praksis mer som antydende overskrifter enn som premissgivende overskrifter (mål). Som planenes omfattende, punktbaserte tiltak er omtalt, virker det som om spesielt strategiene knapt har spilt noen styrende rolle. Det ser typografisk ut som om de har gjort det, men i praksis har de ikke spilt noen dynamisk rolle. Et uttrykk for det er at det merkelige forholdet mellom de to første og de to siste strategiene ikke er drøftet og at de to første målene, kvalitetsutvikling og rettsstatsutvikling ikke er nærmere omtalt. Det er f.eks. ikke sondret mellom kvalitetssikring og kvalitetsutvikling og kvalitet knyttet til teknisk faglighet og til organisering og ledelse. Vi skal komme tilbake til det.

Stikkordet rettsstatlighet ser ut til å henvise til alt som har med jus og lovgivning å gjøre, enda ny lovgivning sjelden er begrunnet med ønsket om mer rettssikkerhet. Ny lovgivning må tilfredsstillende kravet til rettssikkerhet, men den innføres sjelden med det som hovedformål. Den har som regel primært med realisering av helserelaterte mål å gjøre. Men her er flere problemer, for det er ofte ikke åpenbart hva rettssikkerhet i konkrete tilfeller er. Når staten øker bruken av lover, for å gjøre seg forutsigbar (for borgerne), vil økningen i regelbruk lett kunne redusere mer enn øke statens forutsigbarhet (for folk flest eller for andre med begrensede ressurser): Regelmangfoldet forvirrer mer enn det klargjør.

Fra 1998 endres det strategiske (mål)grunnlag for Helsetilsynet, uten at Helsetilsynet eksplisitt bryter med de gamle strategiene. Nå heter det blant annet:

«Overordna mål for Statens helsetilsyn og fylkeslegane er å medverke til utvikling av trygge helsetenester og god helsetilstand.

Hovudoppgåvene er tilsyn og rådgjeving. Tilsynet skal utførast likt i heile landet. Rådgjevingsarbeidet skal utførast slik at det ikkje kjem i konflikt med tilsynsoppgåvene». ¹⁶⁷

Her går Helsetilsynet tilbake til Helsedirektoratets målformuleringer og sonderer tydelig mellom mål og midler. Men Helsetilsynet forfølger ikke denne logikken. Det er ikke uavhengig nok til det. Politikken griper stadig

¹⁶⁷ Statens helsetilsyn, *Virksomhetsplan 1998*, 1998, s. 3.

vekk forstyrrende inn og gjør at Helsetilsynet må fungere nokså pragmatisk.

Det er imidlertid interessant at Helsetilsynet her bringer inn rådgivning som en (av to) viktige oppgaver. Frem til nå hadde tilsynet fått det meste av den offensive oppmerksomheten. Tilsyn utøver Helsetilsynet delvis selvstendig og dermed autoritetsutøvende. Rådgivning er pedagogisk aktivitet, enten den går oppover fra Helsetilsyn til departementet eller nedover, overfor andre etater og sektorer eller befolkningen. Men ved å gi rådgivning en slik plass i Helsetilsynets portefølje markerer det igjen at Helsetilsynet stadig i noen grad er et direktorat. Det er (kanskje) bare ett aktivitetsstikkord som mangler, nemlig forvaltning. Helsetilsynet fortsetter jo å forvalte, f.eks. når det godkjenner helsepersonell og helseinstitusjoner. Det er imidlertid typisk at dette er oppgaver Helsetilsynet i de årene vi ser på, gjør det det kan for å bli kvitt. Vidt forstått kan vi si at også det å administrere statlig bestemte prosjekter er en form for forvaltning. Vi henviser ellers også til diskusjonen av etatsstyringen: Dens problemer må jo nesten bli også virksomhetsplanleggingens.

Vi ser av planene at utvikling av regelverk får stigende betydning. I planen for 1999 nevnes *regelverksutvikling* som det tredje «resultatområde».¹⁶⁸ Det er imidlertid uklart om *bidrag* til regelverksutviklingen er en selvstendig oppgave eller en del av rådgivningen oppover. I virksomhetsplanen for 2000, og den er nå en felles etatsplan (Helsetilsynet og fylkeslegene), er tilsyn og rådgivning de to første *resultatområder*. Så følger en bred kategori, «Øvrige forvaltningsoppgaver». Under denne overskriften følger regelverksutvikling, løpende forvaltning av lover, forskrifter og andre delegerte oppgaver. Så følger helsemessig beredskap og internasjonale oppgaver. Til slutt følger interne utviklingsoppgaver. Generelt ser vi altså at Helsetilsynet forstår sine hovedoppgaver videre og videre. Det «blir» mer og mer et helsedirektorat igjen, i det det skal slutte helt å være det.

Er der en tendens i utviklingen av virksomhetsplanleggingen? Blir den for eksempel mer og mer presis? Representerer planene en historie? Der er

¹⁶⁸ Statens helsetilsyn, *Virksomhetsplan for Statens helsetilsyn, 1999*, s. 1.

noe til felles ved planene. De begynner med en overordnet innledning. Her forsøker redaktør(e) for planene å ramme dem inn hierarkisk.

Utgangspunktet er aktuell lovgivning, Stortingets budsjettvedtak og tildelingsbrev, politiske initiativ og Helsetilsynets strategiske plan(er).

Oppdragshierarkiet er ikke tydelig og konsistent. Endringer i de strategiske komponenter bidrar til det.

Etter innledningen, som er systematisert i nokså ulik grad, følger planene for de ulike avdelinger. De innledes med en samlende omtale og følges å opp med en skjematisk organisert oppramsing av hva avdelingene konkret skal gjøre det kommende år. Oppramsingen er tiltaksorientert. Tiltakene er i liten grad sydd sammen i en enhetlig, målorientert plan. Noen avdelinger sorterer tiltakene/aktivitetene etter abstrakte mål, som kvalitetsutvikling og rettssikkerhets(utvikling), andre nesten etter tiltak/aktivitet. I 1995 definerte således spesialisthelsetjenesteavdelingen et mål slik: «Definering av kvalitetssikringsområder/rutiner innen klinisk psykiatri». Den tilhørende aktivitet ble omtalt slik: «Kvalitetssikring i klinisk psykiatri». (Aktivitetsnummer 222, VP 1995.)

I 2000 ble organiseringen basert på en generell innledning, en avdelingspresentasjon og en (omfattende) aktivitetsplan erstattet av en ny organisering. Etter en innledning kommer en oversikt over de viktigste aktivitetsområder, tilsyn, rådgivning, øvrige forvaltningsoppgaver, helsemessig boreredskap og internasjonale oppgaver og interne utviklingsoppgaver. Til slutt følger så en relativt omfattende skjemadel, i stor grad organisert etter aktivitetsområde. For tilsyn er organiseringen tredelt: overordnet tilsyn, virksomhetstilsyn og individuelt tilsyn.

Vi ser at der ikke er noen tydelig tendens over utviklingen av virksomhetsplanens organisering. Hovedmønsteret beholdes, men endringene mangler en «logikk». Departementet ønsket en mer mål- og resultatrettet organisering, Helsetilsynet en mer aktivitets- og tiltaksrettet organisering. Helsetilsynet fikk det i stor grad som det ønsket. I og med at Helsetilsynet ble brukt litt etter departementets for godtbeholdende er ikke det rart. Helsetilsynets forslag om først å basere planen på tilsyn, så etter hvert andre oppgaver, som rådgivning, regelutvikling, forvaltning osv., er forståelig. Helsetilsynet klarte slik å gi inndelingen av oppgaver en viss logikk. Men denne logikken viste jo ikke fremover. Om noe var den tilbakeskuende. Den gav en viss logikk til fortiden. Den kunne knapt lage

en fremtidslogikk. Den generelle utviklingen siden 1994 var jo at Helsetilsynet tapte direktoratsfunksjoner og mer og mer ble et tilsyn. Det var dét det helt ut ble fra 2002. Det var også først nå det fikk et navn som stemte godt. Det var nå det hadde fullført den helsepolitiske marginaliseringsprosess som hadde startet på slutten av Karl Evangs tid, og som ble forsterket under, og på en avgjørende måte av, Torbjørn Mork.

Vi har sett at der går en styringslinje fra departementet, eller mer generelt staten, ned til Helsetilsynet, dets virksomhetsplan og endelig dets løpende praksis. Linjen, eller én av linjene, har den «stående» lovgivning som utgangspunkt. Den andre linjen har etatsstyringen som utgangspunkt. Det er denne som, i prinsippet, føres videre gjennom virksomhetsplanene. I tillegg kommer et sett av linjer knyttet til spesielle tiltak og planer og som har løpende politiske beslutninger som utgangspunkt. Der går også en slags linje fra tilsynsloven via Helsetilsynet. Den reflekterer det forhold at Helsetilsynet som tilsynsorgan har en viss, men uklart avgrenset, uavhengighet.

Reformen i 1983 skapte klarhet i de organisatoriske forhold innen helsepolitikken. Klarheten ble forsterket gjennom Stortingets, nesten spontane, tilsynsbeslutning i 1992. Det er denne klarheten som peker frem mot den mer gjennomtenkte reformen i 2002; den som gjør Helsetilsynet til et spesialisert tilsynsorgan og et helsepolitisk marginalt organ.

Fra slutten av 1980-årene kommer en ny form for styring til å spille en viss rolle, kvalitetsstyringen. Som noen tolker den, har den nærhet til etatsstyringen (målstyringen). Den økonomisk inspirerte etatsstyringen fylles ut med en mer sektoriell og konkret målstyring. Den ble inspirert av utviklingen innen kommersiell industri. Den ble introdusert i Norge, og det norske helsevesen, via teknologibaserte selskaper som Veritas og Sintef. Det skjedde fra slutten av 1980-årene. Vi omtalte denne utviklingen i bind 2, og skal her bare gi en kortfattet omtale av den.

Kvalitetsutviklingen hadde, som utviklingen av etatsstyringen, noe nytt og ambisiøst over seg, men kom ikke til å få noen virkelig fornyende virkning på Helsetilsynets utvikling spesielt eller helsevesenets styringsutvikling generelt. Den ble snarere et symbol på marginaliseringen av Helsetilsynets helsepolitiske rolle. Vedtagelsen i 1995 av den nasjonale plan for

kvalitetsutvikling gjorde imidlertid at kvalitetsideologien kom til å spille en viss rolle. Vi skal komme tilbake til det.

Kvalitetsoffensiven

Vi har sett at etatsstyringen var et uttrykk for at presisjon ble et viktigere element i den offentlige styringen fra slutten av 1980-årene. Styringen ble mer målrettet, og målene ble definert på en mer presis (kvantitativ) måte enn tidligere. Det bidro til utviklingen at medisinen fra 1980-årene av, men særlig fra begynnelsen av 1990-årene, ble «evidensbasert». Det var imidlertid stor avstand mellom medisinske kliniske evidensutvikling og styringens presisjonsutvikling. Vi har pekt på hvordan etatsstyringen i mange henseender kom til kort.

Innen de teknologiske disipliner, og i praksis industrien, ble det imidlertid utviklet nye styringsteknikker som kombinerte den naturvitenskapelige presisjon med presis styring. Denne utviklingen fikk etter hvert implikasjoner som gjorde en presis helsepolitisk styring mulig. Det var mer Helsetilsynet, som et «etterdirektorat», enn departementet, som det samlede helsepolitiske styringsorgan, som først så dette. Det skyldes at utviklingen hadde de teknisk-statistiske sider ved styringen som utgangspunkt. Den medisinske evidensbasering var basert på denne måte å tenke på.

Innen industrien ble den «ideologisk» viktige organisasjonen, The International Standards Organisation (ISO), etablert i 1947 (i Genève). Den førte etter hvert til ikke bare standardisering av mange sider ved vareproduksjonen, men også til akkreditering. Innen helsevesenet fikk denne utviklingen først fotfeste innen laboratoriemedisinen. Men allerede i 1920-årene (Walter A. Shewhart (1891–1967)) så noen av dem vi kan kalle kvalitetspionerene at mer krevdes, nemlig en styrings- og endringsteori. Statistiker W. Edwards Deming (1900–1993) en ingeniør og statistiker (av rumensk opprinnelse), Joseph M. Juran (1904–2008), lanserte en slik dynamisk teori, altså en læringsteori. Shewhart hadde lansert en slik. Demings læringsteori, først kalt Shewharts syklus, ble etter hvert bare kalt Demings syklus. Deming var, som Juran, inspirert av og hadde samarbeidet med Shewhart. Demings syklus kan presenteres

gjennom de fire elementene syklusen bygget på: «Plan – Do – Check – Act». Syklusen er basert på systematisk læring (testing).

Både Deming og Juran understreket at for å lære måtte ledere mobilisere, ikke beordre, sine medarbeidere og disse igjen sine kunder. Skulle ledere klare å mobilisere sine medarbeidere måtte de vise dem at det arbeidet de holdt på med, og stadig utviklet videre, gav ekte mening og motivasjon. Deming summerte opp sin filosofi for kvalitetsledelse i 14 punkter. I det første het det: «Create constancy of purpose for improvement of product and service». Han la til at snarere enn å “make money”, burde det være en bedrifts oppgave å «stay in business» og «provide jobs».¹⁶⁹ Han redegjorde så for hvordan læringen kunne utvikles, blant annet gjennom forskning, konstant forbedring og vedlikehold. Som et eksempel på det vi har kalt mobiliserende lederskap, sa Deming (punkt 7) at «The job of a supervisor is not to tell people what to do nor to punish them but to lead». Han fulgte opp i punkt 8: “Drive out fear”! Preger frykt folk, stiller de ikke spørsmål og tar ikke initiativ. «The economic losses from fearing are appalling», sier han. Han vil at alle skal arbeide som lagspillere. Da må betoning av noen «dødsynder», som kortsiktig profitt og rangering, bort.

Både Deming og Juran tok utgangspunkt i Shewharts sondring mellom «common-cause variations», som uheldige prosedyrer, dårlig design, dårlig vedlikehold av maskineri, dårlige arbeidsforhold, og «special-cause variation», som sviktende tilpasning av utstyr, at en operatør sovner, maskinsvikt, høyt helsetjenesteforbruk blant eldre medarbeidere. De to typer variasjoner krever ulike intervensjoner. I det første tilfelle kan man foreta mindre endringer, gjerne i regi av medarbeiderne. I det annet tilfelle kreves det større endringer. De bør skje i regi av ledere.

For Deming krevde kvalitetsutvikling ulike typer kunnskaper, som aktuell realvitenskapelig kompetanse (i vårt tilfelle, særlig medisinsk), variasjonskunnskap, systemkunnskap, psykologikunnskap (motivasjons- og endringspsykologi) og kunnskapsteori. Men som statistikere førte Deming og (men litt mindre) Jurans teoriutvikling dem i kvantitativ retning. Man kan se på «LEAN», å fjerne sløseri, som en Deming-inspirert

¹⁶⁹ Sitert etter Mary M. Walton, *Deming Management at Work*, New York, NY: G. P. Putnam’s Sons, 1990, s. 13. Kfr. også W. E. Deming, *Out of the Crisis*, Cambridge, MA; MIT Press), 1986. Sitatene nedenfor er tatt fra disse bøkene.

måte å styre på. Det sammen kan man med Six Sigma (reduere feil og variasjon) og målestokkonkurranse («benchmarking»).

Kvalitetsfilosofien slo igjennom i 1980-årene og fikk en betydelig rolle i all ledelsestenkning i 1990-årene. Deming og Juran forble de dominerende tenkere. Teoretisk gikk de utenpå alle. De forble imidlertid mest bedriftstenkere. De slo mindre an i offentlig forvaltning og i profesjonssektorer som helsevesenet. I medisinen spilte Avedis Donabedian (1919–2000) en rolle. Han var kvalitetsorientert, som kvalitetsledelsestenkerne generelt. Han var det på en resultatbasert måte («outcomes based»), i tråd med den medisinske evidenstenkning.

Kvalitetstenkningen fikk innflytelse også i norsk helsepolitikk, særlig rundt midten av 1990-årene. Det tydeligste uttrykk for det er «Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten», som ble lansert i februar 1995. Den var et fellesprodukt av departementet og Helsetilsynet.¹⁷⁰ Forarbeidet til strategien var utarbeidet av en gruppe ledet (formelt) av avdelingsdirektør i Helsedirektoratet, Haakon Melsom. Hverken han eller de fleste andre i gruppen var spesielt opptatt av kvalitetsledelse. Unntagelsen var fagsjef i direktoratet, tannlegen Kjell Røynesdal. Han ble gruppens viktigste tenker. Han holdt også, lenger enn andre i helseforvaltningen, fast på sin interesse for kvalitetsledelse.

Gruppen fikk medlemmer både fra departementet og direktoratet. Det ble oppnevnt den 18. februar 1992, altså mens forholdet mellom departement og direktorat var på det mest spente. Da planen ble lansert, tre år senere, ble den lansert som et fellesprodukt. Det ble gitt ut mens den tydelig samarbeidsorienterte Werner Christie var statsråd. Han gav uttrykk for at «arbeidet må være å gjøre en god helsetjeneste enda bedre».

Strategien var både kvalitetssikrings- og kvalitetsutviklingsorientert. Slik sett kombinerte den den teknologisk og tilsynsmedisinsk orienterte kvalitetssikringstenkningen med den mer dynamisk orienterte og Deming/Juran-inspirerte kvalitetsutviklingstenkningen. Det overordnede mål for strategien var at «alle virksomheter innen norsk helsetjeneste skal ha etablert effektive og helhetlige kvalitetssystemer for sin virksomhet

¹⁷⁰ IK-2482.

innen år 2000». ¹⁷¹ Det tør imidlertid være typisk at strategien legger mest vekt på innføringen av internkontroll. Strategien var slik mer påvirket av tilsynstenkningen enn av den offensive ledelsestenkningen. Vi skal komme tilbake til det.

¹⁷¹ *Ibid.*, s. 10.

7. Helsetilsynets «ytre» oppgaver: en innledning

Som vi har sett ble ikke Helsetilsynet, med fylkeslegene, straks et tilsyn. Det fortsatte i stor grad å være et direktorat, selv om mange av oppgavene, spesielt de som gjaldt den forebyggende helsepolitikk, ble flyttet til, og delvis liggende i, departementet. Styringen av de andre sentrale helseforvaltningsinstitusjoner lå i direktoratet. I 1994 ble den oppgaven flyttet til departementet. Departementet fortsatte etter 1994 å bruke Helsetilsynet som om det fortsatt, iallfall i noen grad, var et direktorat. Det ble brukt til å utrede for, og dermed gi råd, til departementet. Det ble, kanskje med en unntagelse, dets eneste oppstrømsoppgave. Vi kan imidlertid i noen grad si at det såkalte overordnede tilsyn også er en oppstrømsoppgave (rådgivningsoppgave). Vi skal komme tilbake til det. I tillegg ble Helsetilsynet brukt til en rekke nedstrømsoppgaver. En av disse oppgavene ble trukket frem i en slik grad at den ble definerende for den «nye» institusjonen, nemlig tilsynet. Direktoratet hadde jo vært (moderne) tilsyn siden 1984, men det var først nå at oppgaven ble identitetsskapende. Det var også først nå Helsetilsynet (Helsedirektoratet) nedsatte et utvalg for å skape større bevissthet om denne kjerneoppgaven. Det viste seg straks vanskelig. Svarene utrederne kom frem til brukte de mye av Helsetilsynets første periode (1994–2002) på å komme frem til. Helt klare ble heller ikke svarene.

I årene etter 1984 hang spørsmålet om Helsetilsynets kjerneoppgaver som en slags «kjerneoppgave» over Helsetilsynet. Det la allerede fra starten av i kortene, også de formelle, at rådgivning, veiledning og endog «pådriverarbeid» var kjerneoppgaver. Denne oppgaven ble stadig mer aktivt omtalt, men det var først i 1998 at en gruppe ble nedsatt for å se nærmere på hva rådgivning var og er. Gruppen, og Helsetilsynet, kom ikke til en presis definisjon før det gikk opp for det forvitrende tilsyn at det ikke skulle fortsette som rådgivningsorgan. Siden direktoratresten skulle bli tilsyn, var ikke det så underlig. Ved å understreke tilsynsrollen så ensidig, skapte rådgivningsrollen store problemer, habilitetsproblemer. Den havnet derfor i det snart altetedende Sosial- og helsedirektoratet.

Rådgivning hørtes «fint» ut (for Helsetilsynet). Helsetilsynet og fylkeslegene drev også med ordinære forvaltningsoppgaver, som

godkjennelsesoppgaver (personell, institusjoner, sertifikater etc.) og billighetserstatningsoppgaver. I tillegg kom spesialoppdrag for departementet, bl.a. bidrag til aksjoner og prosjekter. Disse oppgavene var mindre synlige og ærefulle. Helsetilsynet hadde derfor få tilskyndelser til å avgrense dem som viktige identitetsskapende oppgaver. Helsetilsynet prøvde jo endog gjennom hele perioden å bli kvitt så mange av disse oppgavene som mulig.

Helsetilsynet hadde også en rolle som et nedstrøms rådgivende organ. Det gav råd til fagmiljøer og publikum. Særlig å drive rådgivning overfor fagfolk kunne bli en spennende oppgave i den tiden helsevesenet nå beveget seg inn i, kunnskapsmedisinens tid. Helsetilsynet omfavnet ideen om kunnskapsbasert medisin og med det kunnskapsbasert styring, men kom aldri til å gjøre rollen som kunnskapsforvalter og -rådgiver til en profilert oppgave. Den skulle imidlertid om noen år bli det for det nye direktoratet. Der var imidlertid en oppgave som lignet på rådgivning på oppstrømssiden, nemlig råd om og deltagelse i regelutviklingen.

Helsetilsynet hadde et godt juridisk miljø, samlet i én avdeling. Denne oppgaven fattet derfor Helsetilsynets interesse for. Helsetilsynet kom til å legge stadig mer vekt på (medvirkning til) regelutvikling. Heller ikke denne oppgaven kom til å få en viktig identitetsskapende rolle. Så langt rakk ikke Helsetilsynet å komme før (den gamle) direktorattidens æra var helt over. Vi henviser ellers til figur 1.2 når det gjelder den oppgavesyklus Helsetilsynet var en del av.

Det gamle sosialdepartement (til 1983) var en organisasjon med moderat grad av faglig oppgavespesialisering. Det skjedde en viss spesialisering da direktoratdelen av departementet ble formelt flyttet ut og underordnet departementet(s nye helseavdeling). Det nye direktoratet ble i stor grad organisert etter styringsobjekt (primær- og spesialisthelsevesenet, apotekvesenet (legemiddelkjeden)), hvis vi ser på forebyggelsesarbeidet som en egen helsesektor. Fra 1988 ble den første «nye» avdeling etablert, helserettsavdelingen: I dette tilfelle var det en styringsfunksjon mer enn en oppgave som ble grunnlaget for avdelingen. Fra 1994 ble imidlertid oppgavekriteriet viktigere. Det gav seg først selv ved at direktoratet ble omdøpt til tilsyn. Det satte i gang et omfattende organisasjonsanalytisk arbeid i Helsetilsynet.

Et eget tilsynsprosjekt kom i gang i 1995. Det reiste straks spørsmålet om de andre oppgavene Helsetilsynet hadde, eller fikk. Spesielt reiste det spørsmålet om forholdet mellom tilsyn og rådgivning (veiledning etc.): De to oppgavene kan komme i konflikt med hverandre. Ja, i noen grad så man også at rådgivning kunne være så mangt, fra mer eller mindre presis sådan til den vagere veiledning, til informasjon til såkalt pådrivende virksomhet. Her krevdes analytisk innsats. Den ene analysen trakk den andre med seg. Mot slutten av den perioden vi ser på ble det også opprettet et eget rådgivningsprosjekt. Fremveksten av det som også ble kalt kunnskapsmedisinen fra begynnelsen av 1990-årene kunne også gitt oppgav til en ny oppgave, kunnskapsstyring. Denne styringen kunne sees på som en form for rådgivning, men adskilte seg fra denne ved å være rent vitenskapelig basert. Den fremstod slik som mere normativt nøytral enn annen veiledning, hvis man ser på de viktigste helsehensyn som så alment godtatt at de var hevet over vanlig normativitet. Kunnskapsmedisinen ble omfavnet av Helsetilsynets leder og Helsetilsynet generelt. Der ble også tatt initiativ til å bruke den kunnskap som nå ble gjort til retningslinjer som en egen styringsform (styringsoppgave). Englands NICE (National Institute for Clinical Excellence, etablert i 1999) ble en inspirasjon, men det var det nye direktoratet som skulle føre ideen om kunnskapsstyring i Norge videre (i 2003).

Innføringen av etatsstyring, som først for alvor kom i kjølvannet av Norbom-prosessene, bidro også til at interessen for organisasjonsanalyse ble forsterket. I noen grad kan man slik si at administrasjonsavdelingens rolle nå ble viktigere. Den ble i økende grad den overordnede styringsavdeling.

Med denne mer oppgaveanalytiske bevisstgjøring kan man også si at Helsetilsynet ble en analytisk mer bevisst (og sofistikert) organisasjon. At den mistet så mange av sine oppgaver i 2002 er ikke til tross for dette forhold. Det er vel så meget på grunn av det.

Vi skal i de neste kapitler se spesielt på utviklingen av de oppgaver som først og fremst gjorde Helsetilsynet til et rent tilsyn, tilsynsoppgavene. Vi skal først se på tilsynsprosjektet og så på de tre former for tilsyn Helsetilsynet identifiserte. Vi skal i disse forbindelser også se på tilsynspraksisen. I et eget kapittel skal vi se på rådgivningsoppgaven og rådgivningsprosjektet.

8. Tilsyn

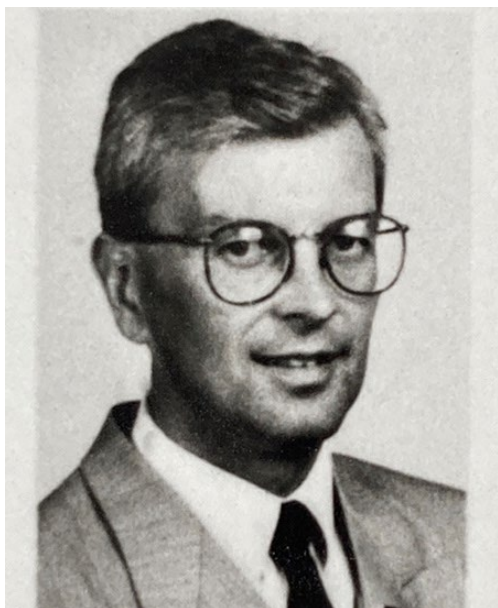
En historisk innledning

Under Morks andre regime (1983–1992) ble ordet *tilsyn* politisk viktig. Mork var ikke særlig fascinert av ordet, eller begrepet, og gjorde lite og intet for å avklare hva slags begrep han ville knytte ordet til. Etter striden mellom departement og direktorat var det imidlertid blitt et så viktig ord at det ble nødvendig å tenke nøyere igjennom hvordan det skulle brukes. Det var jo med tilsynsvimpelen det kunne se ut til at Mork og hans medarbeidere hadde vunnet dragkampen med det departementet de var underordnet.

Ordet tilsyn ble opprinnelig forstått på en skjønnsmessig, og gjerne sedvaneinspirert, måte. Å ha tilsyn med betydde at den som hadde tilsyn med noen skulle «passe på» at vedkommende oppførte seg som den som førte tilsynet mente var riktig. Hvordan den som skulle passes på skulle oppføre seg var, i vårt tilfelle, et spørsmål om hva de rådende faglige (medisinske) og etiske normer tilsa var riktig. Siden medisinen (og andre helsefag) opp til den tiden vi nå omtaler mer var intuitiv enn presis, betydde det at tilsynsgrunlaget også var mer intuitivt enn presist. Ikke så overraskende var også de etiske normer (verdier) leger og annet helsepersonell skulle praktisere etter i stor grad intuitive. Det var jo også dette som gjorde at spesielt legerollen var preget av stor grad av autonomi. Det tradisjonelle begrep 'tilsyn' hadde en del til felles med foreldre/barnforholdet.

Når nå representanter for Helsetilsynet talte om det å innføre et «moderne» tilsyn, mente de et formalisert tilsyn, altså et tilsyn basert på presise, skrevne regler, for eksempel slik det ble drevet i pionerorganisasjonene Oljedirektoratet og Direktoratet for arbeidstilsynet. En del av det intuitive tilsynsbegrep kom dog til å leve videre. Det var nesten uunngåelig. De formelle regler var gjerne uttrykk for mer intuitivt baserte verdier og praksisformer. Helsetilsynet nølte imidlertid ikke med å «modernisere» tilsynet, det vil si basere det på jusen. Helsedirektøren selv støttet denne strategien, men ikke på en eksplisitt, «ideologisk» måte. Hun gjorde det som en (begrunnet) selvfølge.

Helsetilsynet kom raskt i gang med den teoretiske klargjøring av begrepet tilsyn, og beslektede begreper. Høsten 1993 sendte Helsedirektøren et notat til sekretariatet for omorganisering av den sentrale helseforvaltning med overskriften «Om tilsyn». Vedlagt brevet fulgte et notat med samme tittel. Notatet var skrevet av legene Børge Minsaas (f. 1941) og Magnar Kleppe, samt juristen Hilde Jordal (f. 1953). Kleppe ble, da det kom i gang i 1994–95, leder for det som ble kalt *tilsynsprosjektet*. Hilde Jordal var underdirektør i Helserettsavdelingen, fra 1996 avdelingsdirektør. Kleppe og Jordal ble tilsynsprosjektets «bærere».



Magnar Kleppe, f. 1951, c.m., MPH. Han ble ass. fylkeslege i Hedmark 1986 og avdelingsdirektør ved avdeling for samfunnsmedisin, Helsetilsynet i 1994. Han ble leder for tilsynsprosjektet fra 1994–1995 og til 1997. Han fortsatte imidlertid å spille en rolle i prosjektet frem til 2002.

(Foto: Fylkeslegen i Hedmark)

Det gamle helsetilsyn hadde et vesentlig innslag av veiledning, nærmest som god barneoppdragelse. Det passet for en medisin som i stor grad ennå var intuitiv, både faglig og etisk. Moderniseringen innebar at (den upersonlige) jusen helt erstattet (restene av) den nesten «humanistiske» pedagogikken. Tilsyn ble altså til *myndighetsutøvelse*. Tilsynet fikk slik som påvirkningsprinsipp *betinging*, i første rekke trusselen om straff. Tilsynet har altså som formål å bidra til at helsevesenet, dets institusjoner og personell følger de lover og forskrifter som er vedtatt for dets virksomhet. Det gjør det både gjennom det vi kan kalle institusjonell forebygging og det vi kaller individuell forebygging. Det er i beskjednen

grad knyttet (trussel om) sanksjoner til brudd på de institusjonelt rettede reglene, men i større grad for brudd på de individuelt rettede regler. Leger og annet helsepersonell kan bli gitt tilrettevisninger og advarsler, men også fratatt, for kortere eller lengre tid, (deler av) autorisasjonen, altså noe av livsgrunnlaget. Helsetilsynet fungerer således både som etterforskningsorgan og, hvis det finner det begrunnet, men særlig for helsetjenesteytere, som domstol. For helsepersonell er derfor eksistensen av Helsetilsynet forbundet med en viss angst. Det er denne formen for tilsyn (m.m.) som får mest oppmerksomhet. Ja, av og til får saker som gjelder enkeltpersoner stor offentlig oppmerksomhet, som vi skal se.

Helsetilsynet kan føre tilsyn med klinisk helsepersonell i den grad der finnes faglige og etiske regler for hva som er god medisinsk praksis. Der fantes i 1990-årene i betydelig grad slike regler. Der ble også nå stadig flere og mer presise slike. Det hang sammen med evidensrevolusjonen og delvis også den økende tendens til formalisering av den medisinske etikk. Hverken kunnskapen eller etikken var imidlertid alltid klar. Der var rom for å bruke skjønn. Det var også noe av grunnen til at mange av de klinikere som ble rammet av reaksjoner reagerte med harme og fortvilelse.

Vi skal i det følgende se på utviklingen av tilsynsprosjektet og tilsynstenkningen i Helsetilsynet. Vi vil snart se at tilsyn fra starten av først og fremst kom til å dreie seg om det institusjonelle, forebyggende tilsyn, nemlig tilsyn etter det såkalte internkontrollprinsippet. Mye av tenkningen omkring det individuelle tilsyn kom i bakgrunnen, men ble siden skilt ut som et prosjekt knyttet til en side ved dette tilsyn, klagesaksbehandlingen – og den tid klagebehandlingen tok. Som den, ikke helt vel gjennomtenkte, tilsynsloven (fra 1984, med en endring i 1992) var, fikk Helsetilsynet ansvar også for det som ble kalt «det overordnede faglige tilsyn». Vi skal også se på hvordan Helsetilsynet forholdt seg til det, nemlig litt usikkert.

Vi skal i det følgende først se på den teoretiske diskusjon som ble en del av tilsynsprosjektet. Så skal vi se på praksis.

Tilsynsprosjektet: Teori generelt og internkontrollprinsippet spesielt

Helsetilsynet gikk grundig til verks. Magnar Kleppe tok straks innover seg tilsynets moderne logikk og sendte ut teoribaserte notater i «ett sett». De gjaldt i hovedsak tilsyn basert på det såkalte internkontrollprinsippet. Kleppe var lege, men ble snart også en moderne (helse)jurist, og kvalitetsmann. Før vi går nærmere inn på internkontrollprinsippet's plass i tilsynsvirksomheten skal vi si litt om hvordan tilsyn nå ble forstått.

Når vi har brukt oppdragelsesmodellen har vi forstått 'tilsyn' som det å følge med i og på det andre gjør, for å se om de gjør som de skal eller bør. Vi har videre forstått det som det å gripe «korrigerende», eventuelt bare anbefalende, inn. Siktemålet med korrigeringen er å øke sannsynligheten for at den som blir «passet på» i større grad oppfører seg som den «overordnede» hadde «bedt» ham eller henne om. Hjelper ikke slik korrigering kan bruk av sanksjoner være et alternativ.

I en omfattende utredning professor dr. juris. Hans Petter Graver hadde skrevet for Helsetilsynet sommeren 1994 sondret han, nesten som vi nå har gjort, mellom tre former for myndighetsutøvelse: *normering*, *kontroll*(utøvelse) og *sanksjonering*.¹⁷² De er, som vi forstår, i prinsippet hierarkisk organisert. Å normere er den primære aktivitet. De som vedtar normene, gjerne politikerne, har slik, formelt sett, mest makt. Tilsynsutøverne er engasjert for å sikre at de som har makt får det som de (normene) vil, at normene følges (av de relevante aktører). Finner de at noen ikke oppfører seg som de skal, kan det påpekes og i siste instans lede til sanksjoner. Den aktuelle praksis fortsetter, og utvikles gjennom gjentatte tilsynsrunder. Tilsyn resulterer ikke alltid i umiddelbare korrigeringer. Praksis fortsetter også å gi opphav til nye «avvik».

Å utøve tilsyn er altså i dag å forstå som å overvåke, mer eller mindre systematisk og kontinuerlig, en aktuell aktivitet (praksis) for å se om den er i tråd med de normer praksisen skal reflektere. Tilsynet har normer som grunnlag, men gjennom vurderingen av hvordan praksis forholder seg til normene vil tilsynet i noen grad påvirke normeringen. Tilsynets

¹⁷² Hans Petter Graver, *Det statlige helsetilsyns tilsynsfunksjon. Hva sier loven?* Notat, Universitetet i Oslo, Senter for europarett, 27. juli 1994, s. 3.

vurderinger peker frem mot eventuelle sanksjoner. De sanksjonsmuligheter som finnes kan også påvirke hvordan tilsynsførerne bedømmer praksis. Slik sett kan man si at selv om tilsyn er det å observere og holde det og de observerte opp mot normene, går de tre prosesser såpass mye over i hverandre at «tilsyn» er et ord som brukes både om «det egentlige tilsyn» og iallfall sider ved normeringen og sanksjoneringen. Spesielt interessant er det at Kleppe ser på rådgivning som gies i forbindelse med tilsynet, som tilsyn.¹⁷³ Den pedagogiske, og humanistiske, historien er ikke helt forlatt. Tilsyn er ikke bare myndighetsutøvelse. Myndighetsutøvelsen har jo trusselen om straff som et fundament. (La oss dog legge til at rettsstatligheten er godt forankret i det norske samfunn. Det betyr at det å følge lovene ikke bare er en funksjon av frykt for straff, men en også for generell oppslutning om lovstyring.)

Hvordan kan man føre tilsyn med helsevesenet, de kliniske liksom vel som de prekliniske deler av det? Det varierte, og det varierer, mye. Enklest var det, og er det, å føre tilsyn med institusjoner der pasienter og beboere oppholdt, og oppholder seg, over lengre tid. I «gamle dager» gjaldt dette særlig sinnssykeasyler, epidemilasarerter, institusjoner for psykisk utviklingshemmede og institusjoner for fysisk funksjonshemmede av ulike slag. I dag gjelder det også, og ikke minst, beboere ved omsorgsinstitusjoner og vernede boliger. Her kunne, og kan man basere seg på (u)regelmessige inspeksjoner, gjerne i regi av spesielt utpekte inspektører (kfr. psykiatriens kontrollkommisjoner). Overfor enkeltbehandlere fungerte og fungerer ikke slikt tilsyn (godt). Det skjedde imidlertid tidligere, kanskje også i nyere tid, at leger og andre kunne «varsle» (til kolleger, ledere eller, etter hvert, Lægeforeningen) om kolleger de mente ikke holdt mål. I riktig gamle dager tilsa også den kollegiale kultur blant leger at man skulle gripe inn overfor (eventuelt varsle om) kolleger man så sviktet, enten faglig eller etisk. Kollegial

¹⁷³ I et internt, udatert notat kalt «dilemma9.doc», kalt *Statlig tilsyn med helsetjenesten – grenseoppgang*, skriver han på s. 2: «Mer spesifikk rådgivning og veiledning under utøvelse av tilsyn (med internkontrollen), kan vanskelig skilles fra tilsynsutøvelsen og slike funksjoner bør derfor omfattes av begrepet tilsyn. Rådgivning – gitt på oppfordring av tilsynsobjektet – under utøvelse av tilsyn bør også kunne omfattes av tilsynsbegrepet». Vi har fått notatet fra en saksbehandler og kan ikke gi det et presist arkivnummer (hvis det har et slikt).

varsling spiller fortsatt en rolle, men er en litt tilfeldig og lite effektiv måte å føre tilsyn på.

Den tradisjonelle måten å føre tilsyn på var altså inspeksjoner. Inspeksjoner innebar at inspektørene, distriktsleger (hovedsakelig frem til 1912), fylkesleger (gradvis fra 1918) og representanter for Medicinaldirektoratet besøkte institusjoner, eventuelt praksiser, og undersøkte hvor god praksisen var. Inspeksjonen kunne omfatte undersøkelse av utstyr (eventuelt for å se om der var mangel på viktig sådant) og tilgang på viktige medisiner (apotek). Denne form for inspeksjon lignet på den landets første fabrikktilsyn (1892) drev. Inspeksjonen omfattet imidlertid også spørsmål, ikke minst om praksis. Fra 1970-årene særlig ble spørsmålene viktigere og viktigere. De gjaldt ressursomfang, utstyrsmessig og personellmessig, organisering, praksisformer og hva den aktuelle organisasjonen gjorde for å rette opp feil og mangler; det som snart ble kalt «avvik» og «avvikslukking». Ettersom tilsynsvirksomheten ekspanderte, særlig etter tilsynslovens ikrafttreden (1984), ble institusjonene (og praksisene) mer vant til tilsyn og begynte å forhåndstilpasse seg dem. Fra 1984-lovens ikrafttreden ble det formelt også et krav at de forhåndstilpasset seg. I lovens § 3 het det at institusjonene skulle drive *egenkontroll*. Etter påvirkning fra arbeidstilsynsområdet ble det mer tekniske uttrykket «internkontroll» brukt, også i helsevesenet.

«Internkontroll» ble snart et stikkord for det nye, det *moderne* tilsyn, som det gjerne ble kalt. Stikkordet ble snart et stikkord nærmest for en bevegelse. Det gav inntrykk av en annen form for tilsyn enn den gamle, mer pedagogikk- og skjønnsbaserte. Men overgangen til den «moderne» praksis var ikke fullt så abrupt som tilsynsentusiastene kunne gi uttrykk for. Det indre regime institusjonene nå ble pålagt å ha, var en utvidelse og til dels formalisering av det gamle, «ytre» regime. Det institusjonene (gjerne) gjorde var å gjøre de vagere spørsmål de før hadde forberedt seg på til mer presise, egenformulerte spørsmål. Etter hvert som tilsynsetaten presset på og forlangte at flere og mer omfattende spørsmål ble stilt, skjedde det. Slik ble det ytre tilsyn gradvis gjort til et indre utviklet tilsyn. De «indre» aktører viste gjerne økende engasjement for å stille spørsmål og brukte slik stadig mer tid til å forberede tilsyn. Engasjementet kunne være en funksjon både av frykt (for kritikk (for manglende forberedelser)

og uheldige funn) og ønske om ros (å være «best»). Men satt på spissen er interntilsynet egentlig et forsterket «ytretilsyn», altså et tradisjonelt tilsyn med hensyn til hvem tilsynsførerne var.

Slik blir altså tilsynet etter «internkontrollprinsippet» en intensivert styring utenfra og ovenfra. Ved at tilsynet føres videre internt, på en mer og mer gjennomgripende måte, får det også et mer «totalt» preg. Jo mer et slikt tilsyn får satt seg, jo mer totalt blir det. Slik går det også over til å bli en del av den indre styring av institusjonene. Tilsyn går slik også mer og mer over i den almene styring og ledelse av institusjonene. De mangler og den svikt tilsynet påviser i institusjonens praksis blir slik også mangler og svikt i den indre styringen og ledelsen av den aktuelle institusjon. Men denne svikt reflekterer i siste instans svikt i den *eksterne* styring, altså tilsynsvirkosomheten som sådan. La oss legge til: Tilsyn med offentlige helseinstitusjoner er egentilsyn også i den forstand at det offentlige fører kontroll med seg selv. I noen tilfeller kan denne egenkontrollen ende med egenstraff (f.eks. bøter), «selvpisking».

Jo mer offensivt tilsynet blir, jo mer blir det egentlig ledelse og ledelsesutvikling. I første omgang blir det utvikling for å forebygge det man definerer som (definitiv) svikt, i neste omgang blir det (kontinuerlig) videreutvikling av prestasjonsnivået. Det er derfor ikke tilfeldig at lederne for tilsynsprosjektet viser stigende interesse for kvalitetsledelse, endog dynamisk sådan. Men som vi har sett, kvalitetsutviklingsarbeidet i Helsetilsynet var preget av en spenning mellom *kvalitetssikring* og *kvalitetsutvikling*. Den jusbaserte sikringen, altså tilsynet, fortsatte å spille den største rollen gjennom den perioden vi ser på. Det ser vi også av den forskrift for helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft fra 2003. Det er imidlertid interessant at den fra 2017 ble erstattet av «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Slik erkjennes det at skillet mellom tilsyn (basert på internkontroll), *kvalitetssikring* og *kvalitetsutvikling* er mer kvantitativt enn kvalitativt.

Her er imidlertid et problem: Jo mer tilsyn blir ledelse, jo større habilitetsproblemer får aktørene, det vil si lederne. Man kan imidlertid spørre om ikke *kvalitetsutvikling* er viktigere enn enkelte tilfeller av mer «absolutt» *kvalitetssvikt*, iallfall når det gjelder den institusjonelle del av helsevesenet. Det er åpenbart annerledes når det gjelder individuell adferd og svikt i den. Habilitet i behandlingen av dem som svikter som

individuelle behandlere er av stor betydning. Det er ikke tilfeldig at klagesaksbehandlingen i praksis skjer nokså uavhengig av det institusjonelle tilsyn.

I den grad det juridisk-moderne tilsyn, basert på internkontroll, er uttrykk for ledelse er det uttrykk for ledelse for å unngå svikt. Det er ikke uttrykk for ledelse for stadig å forbedre resultatene. Helsetilsynsprosjektet er i hovedsak juridisk-moderne. Det viser seg ved at midlet som anvises for å forebygge svikt er revisjon, gjerne i regi av et helt revisjonslag, fulgt opp av verifikasjoner. Tilsynsprosjektets ideelle samfunn er det den britiske revisjonsprofessor Michael Power, nokså kritisk, kalte «The audit society», revisjonssamfunnet. (Vi har nevnt Power tidligere – i forbindelse med diskusjonen av Riksrevisjonens innføring av forvaltningsrevisjon.)

Internkontroll er en måte å redusere verditap på som særlig egner seg til institusjonelt tilsyn, men i noen grad også tilsynet med folkehelsepolitikken. I prinsippet kan denne kontrollformen også brukes som en del av det individuelle tilsyn. Prinsippet ble jo således gjort gjeldende overfor selvstendig næringsdrivende behandlere, f.eks. leger. Det kunne også argumenteres for at leger ved sykehus burde drive internkontroll. Fra gammelt av (under medikratiet) hadde jo legene en betydelig grad av faglig, ja, til dels økonomisk-administrativ, autonomi. Siden slutten av 1970-årene var den «verdslige» autonomien blitt borte.

Utover i 1980-årene og videre inn i 1990-årene forsvant også mye av den «ekte» faglige autonomi: Med retningslinjene (formaliseringen av «alment aksepterte faglige normer») ble dette mer og mer åpenbart. Slik sett forsvant også mye av grunnlaget for at ansatte klinikere skulle tilpliktes å drive internkontroll. Grunnlaget for tilsyn med klinikere ble slik formell eller uformell varsling. Hvor effektiv slik varsling og klaging var, avhenger av hvor avskrekkende trusselen om sanksjoner var og er. Å bestemme det, iallfall presist, er vanskelig. Når leger oppfører seg som «de skal» kan det like gjerne, ja, kanskje vel så gjerne, skyldes personlig (internalisert) etikk som angst for sanksjoner. Generelt kan vi kanskje si at den mest effektive form for «internkontroll» leger som personer utsettes for er den faglige og etiske (grunn)utdannelse de får. Annerledes sagt, den er mer avhengig av (humanistisk) pedagogikk enn av «kald» jus. At noen ikke tok helt innover seg det de lærte ved fakultetene kan man kanskje

ikke håndtere på andre måter enn gjennom ulike personers (lederes, kollegers, pasienters etc.) varsler.

Tilsynsgeneral Magnar Kleppe ville imidlertid gjerne finne mer «moderne» måter å føre tilsyn, også med helsepersonell, på enn ved tilfeldig varsling (meldeordningen gjaldt mer systemiske forhold enn personsvikt; den var slik sett ideologisk knyttet til internkontrollen.) I et notat fra tidlig i 1995 skriver han at Helsetilsynet må intensivere sin behandling av klagesaker og andre «tilsynssaker», samtidig som han antyder at Helsetilsynet også bør drive med «primærforebygging av individsvikt». Han legger til: «Moderne sikkerhetstenkning, organisasjonskunnskap og personalledelse, psykologisk og sosiologisk forskning bør kunne gi viktige byggestener i den plattform et slikt arbeid kunne bygge på».¹⁷⁴

Professor Gravers notat ble utgangspunktet for den indre teoretiske klargjøring og mobilisering. Ledergruppen diskuterte notatet med Graver i et møte den 7. september 1994.¹⁷⁵ Fylkeslegene gjorde det samme den 20. september.¹⁷⁶ Lederen for helserettsavdelingen, Kari Sønnerland, kommenterte i et notat av 4. oktober, stilet til ledelsen, Gravers notat.¹⁷⁷ Referatene viser at der var en del motforestillinger mot Gravers notat, om forståelsen av 'tilsyn' (hvor vidt begrepet skulle forståes), men særlig om hvor høyt ansvaret for internkontroll skulle gå i kommuner og fylkeskommuner. Graver ville skjerme det øverste nivå, politikken, for utøvende ansvar, mens mange av kommentatorene ikke ville gjøre det. Han fremholdt at den planlegging som foregår i kommuner og

¹⁷⁴ Magnar Kleppe, *Tilsynsbegrepet, tilsynsmetodikk, internkontroll, m.v. – momenter som bør diskuteres i ledergruppen før møtet med helseministeren*, Internt notat til ledermøtet i Helsetilsynet, datert 16. februar 1995, s. 3.

¹⁷⁵ *Møte i ledergruppen 7. september 1994 med prof. dr. juris. Hans Petter Graver vedr. hans utredning av 27. juli 1994 om tilsyn*. Referat ved Hilde Jordal, 15.9.1994.

¹⁷⁶ *Drøfting i fylkeslegemøtet 20. september 1994 med prof. dr. juris. Hans Petter Graver vedr. hans utredning av 27. juli 1994 om tilsyn*. Referat ved Hilde Jordal, 30.9.1994.

¹⁷⁷ Kari Sønnerland, *Oppfølging av Gravers notat*, notat til ledelsen, 4. oktober 1994.

fylkeskommuner hovedsakelig er «av politisk art». Flere fant det urimelig å tenke slik og henviste blant annet til forarbeidene til loven av 1984. Skal man leve helt opp til kravet om internkontroll betyr det at den juridiske faglighet absorberer den politisk-demokratiske skjønnsutøvelse. Graver ville ikke gå så langt. Han oppfattet det som «politisk» urealistisk å gjøre det, og har nok rett i det. Samtidig innebærer standpunktet at der innføres begrensninger i statens og fylkes/kommunenes (politikernes) styring.¹⁷⁸ Der blir et skille mellom en øverste politisk sfære og en halvautonom faglig preget sfære. Eksemplet viser, som mange eksempler vi har presentert før (blant annet gjennom målstyringen), hvordan det politiske system er preget av at ulike styringssystemer er koblet sammen på spenningsfylte måter. Se imidlertid hvordan jusen i noen henseender, nemlig gjennom måten rettsvesenet fungerer på, er gjort helt autonomt også overfor politikken. (Gjennom lovgivningen er dog rettsvesenet avhengig av politikken.) Ideen om fristillelse overfor legmannspolitikken spiller også en rolle i norsk sentralbankpolitikk, ja, i noen henseender endog i næringslivspolitikken. I tilsynsprosjektet var det skepsis til å ta standpunkt til internkontrollprinsippets implikasjoner og man ønsket at Justisdepartementets lovavdeling skulle uttale seg.

Vi har definert «internkontroll» på vår måte, nemlig som en «indre» forlengelse av den «ytre» kontrollen, og dermed som mer kvantitativt enn kvalitativt forskjellige. Mange som hører om, og endog tilhører, «internkontrollsfæren» har problemer med å se hva de presist mener med internkontroll. Interessant nok har Kleppe, og for den saks skyld, Graver, også sagt mye om denne kontrollformen, men ikke klart å karakterisere den på en pedagogisk god måte. Siden den er så sentral i tilsynsprosjektet, er det påfallende. Det kan skyldes at tilsynsentreprenørene mener «alle» er fortrolige med den, eller at den er vanskelig å karakterisere presist. Når

¹⁷⁸ I tilsynsprosjektet ble det forutsatt at internkontrollplikten gikk helt opp til de faglige institusjoners øverste ledere, lokalt for eksempel (fylkes)rådmennene. Rådmennene er imidlertid de lokale politiske aktørers viktigste medarbeidere. Internkontrollen innebærer dermed at de lokale politikeres muligheter for å styre lokalt begrenses av internkontrollen, vedtatt av staten. Man kan dermed si at den statlige tilsynslovgivning begrenser det lokaldemokratiske styringsrom. Dette poeng nevnes ikke i tilsynsprosjektets utredninger.

man ser på hvordan kontrollen skjer i praksis er det siste ikke så underlig: 'Internkontrollen' (begrepet) brukes mer og mer ekspansivt.

Vi skal føye til at ettersom internkontrollen skal omfatte stadig flere av de formål som karakteriserer den gode organisasjon i det gode samfunn, melder spørsmålet seg om å integrere stadig flere internkontrollsystemer. For Helsetilsynet var det, og er det, mest aktuelt å koble seg til internkontrollen for formålene helse, miljø og sikkerhet (HMS). Den første forskriften om internkontroll for miljø og sikkerhet (Kommunal- og arbeidsdepartementet) trådte i kraft i januar 1992. Det var krevende å utforme forskriften; den skulle gjelde for så mange typer organisasjoner. Den måtte da også endres relativt raskt. Den neste trådte i kraft i januar 1997 (Arbeids- og inkluderingsdepartementet), med hjemmel i åtte lover. Helsetilsynet tok en tid sikte på å knytte seg til denne internkontrollforskriften, men det skjedde ikke. Isteden kom der fra januar 2003 en egen forskrift for helse- og omsorgstjenesten. Den ble, som vi har nevnt, fra 2017 erstattet av «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten».

Tilsynsprosjektet: Internkontrolltilsynets videre skjebne, både som praksis og som teori

Helsetilsynet hadde ikke noe valg da det kom i gang i 1994. Det måtte komme til større klarhet over hva tilsyn innebar og hvordan det skulle praktiseres. For disse formål ble det satt i gang et tilsynsprosjekt. Prosjektet kom i gang fra 1995 og varte ut 1998. Det ble fra starten av ledet av Magnar Kleppe, på den tiden assisterende fylkeslege i Hedmark. En arbeidsgruppe, bestående av Kleppe (etter hvert avdeling for samfunnsmedisin), Hilde Jordal (Helserettsavdelingen), fagsjef Kjell Røynesdal (primærhelsetjenesteavdelingen) og avdelingsdirektør Sigurd R. Dahl (f. 1950) (administrasjonsavdelingen). Det het at gruppen skulle være med å «bygge opp kompetanse i etaten», «koordinere arbeidet med

tilsyn og være pådriver i en utviklingsprosess». ¹⁷⁹ Etter to år sluttet Kleppe og ble erstattet av Jo Kittelsen.



Jo Kittelsen (f. 1948), sosionom. Hun ble rådgiver i Helsetilsynet i 1994 og seniorrådgiver i 2000. Hun ledet tilsynsprosjektet fra 1997. Hun fortsatte i Helsetilsynet etter omorganiseringen i 2002 og var assisterende direktør fra 2013 til 2018. Hun ble pensjonist i 2020. Hun hadde deretter ansvar for enkeltprosjekter i Helsetilsynet. Hun fungerte som assisterende direktør også i 2023. (Foto: Helsetilsynet)

Prosjektet fikk en styringsgruppe, ledet av avdelingsdirektøren for den samfunnsmedisinske avdeling, en administrativ referansegruppe (for kontakt med fagforeningene), en overordnet faglig referansegruppe, ledet av Helsedirektøren, og en spesialisert faglig referansegruppe, ledet av sikkerhetsdirektør i Oljedirektoratet, sivilingeniør Magne Ognedal (f. 1943). Bemanningen omfattet prosjektlederen, en utredningsleder og ytterligere tre saksbehandlere, fordelt på 2,5 hjemler. I prosjektplanen stod det at prosjektet ville kreve 5–6 årsverk pr. år.

Målene for prosjektet var kombinert teoretiske og praktiske. Første mål var å klargjøre hva som kunne ligge i begrepet 'overordnet faglig tilsyn' – og utvikle metoder for å drive et slikt tilsyn. Mål nr. 2 var å klargjøre og spre «budskapet» om institusjonelt tilsyn basert på prinsippet om

¹⁷⁹ *Helsetilsynets prosjekt for utvikling av det faglige tilsyn med helsetjenesten (tilsynsprosjektet) – utkast til kravspesifikasjon (forprosjekt), notat fra Arbeidsgruppen for forprosjektet til ledergruppen ved Helsetilsynet, datert 19. desember 1994.*

internkontroll. Det siste målet var å utvikle mer standardiserte metoder for å drive individtilsyn.

Vi har så langt særlig omtalt sider ved mål nr. to, det å basere det institusjonelle tilsyn på internkontrollprinsippet. Vi skal fortsette med det nå, og særlig omtale hvordan Helsetilsynet og tilsynsprosjektet forsøkte å realisere det i praksis. Vi skal først deretter si litt om de to andre, mindre omtalte mål.

Planene for å realisere det andre hovedmålet var snart klare (våren 1995). De var også, sammenlignet med planene for de to andre hovedmål, nokså konkrete. For det første skulle prosjektet utarbeide informasjons- og veiledningsmaterieell om kravene til internkontrollbasert tilsyn (av institusjoner). Ellers skulle hovedmålet realiseres gjennom utarbeidelsen og realiseringen av en rekke opplæringspakker og opplæringsprogram. Det skulle for eksempel utarbeides og realiseres en pakke for kvalitetssikring og -utvikling, for innføring i tilsynsmetodikk (to kurs) og for tilsynsledelse. Til slutt satt prosjektet med 13 «pakker».

La oss legge til at opplæringen i tilsynsmetodikk (trinn 1) skulle tilbys («påbys») alle ansatte i Helsetilsynet og hos fylkeslegene. Opplæringen skulle skje over en dag, for Helsetilsynets ansatte i mars, for fylkeslegenes ansatte i løpet av resten av vårmånedene. Før lunch ble det gitt en historisk innføring i tilsyn og gitt en redegjørelse for hva internkontroll innebar. Etter lunch ble det undervist i tilsyns- og revisjonsmetodikk – planlegging, gjennomføring og rapportskrivning. Opplæringsvirksomheten ble ført videre, og utvidet, gjennom resten av prosjektperioden, altså ut 1998. Mest vekt ble det, som nevnt, hele veien lagt på det institusjonelle tilsyn og dermed internkontrollprinsippet. Metodisk betydde dette at revisjonsmetoder fikk mest oppmerksomhet. Gradvis fikk imidlertid også kvalitet og kvalitetsmetoder mere oppmerksomhet. Prosjektlederne la stadig mer vekt på å se internkontrollbasert tilsyn og kvalitetsutvikling under ett.

Utgangspunktet for (system)revisjonen er lover og forskrifter og pålegg basert på lover og forskrifter. Med utgangspunkt i disse oppdrag lager institusjonene et internkontrollsystem for å sikre at institusjonenes oppdrag (gitt av staten) blir realisert. De som fører tilsyn, fylkeslegene og tilsynslag oppnevnt av Helsetilsynet, undersøker så de interne

(styrings)systemer, ser om de er forenlige med oppdragene og gir de resultater de etter oppdragene skulle gi. Det siste kunne skje gjennom ulike former for undersøkelser, fra grundige saksgjennomgørelser til intervjuer og stikkprøver (verifikasjon).

Helsetilsynets arbeid med tilsyn basert på internkontroll var sterkt påvirket av Forskrift om internkontroll for miljø og sikkerhet, utarbeidet av Kommunal- og arbeidsdepartement. Denne forskriften trådte i kraft i januar 1992. I forskriftens § 1. Formål, het det:

«Denne forskrift skal fremme

- arbeidsmiljø og sikkerhet,
- vern mot helse- og miljøskader fra produkter
- vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall

ved at den som er ansvarlig for virksomheten organiserer systematiske tiltak for å påse at krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift overholdes.»

Forskriften starter altså med å definere HMS-virksomhetens formål og gjør det relativt klart. For å realisere formålene fastsetter forskriften (§ 7) at de organisasjoner forskriften gjelder for skal innføre internkontroll. Internkontrollen kan man si er et uttrykk for en bestemt form for intern styring. Denne styringen legger særlig vekt på det systemiske (organisatoriske). Det egentlige tilsyn er da fylkeslegers og Helsetilsynets kontroll med at den planlagte internstyringen følges opp i praksis og gir de resultater den skal (§ 1). Det impliseres i ordningen med internstyring (-kontroll) at organisasjonene selv fører tilsyn (primærtilsyn) med sin egen internstyring, og løpende tilpasser den for å få bedre måloppnåelse. Slik beskrevet ser man også at tilsyn etter internkontrollprinsippet kan kombineres med kvalitetsutvikling.

Fra en styringssynsvinkel er det mer å si om HMS-forskriften fra et styrings- og forvaltningsperspektiv. For det første heter det (§ 7) at «Utarbeidelse, praktisering og endringer i virksomhetens internkontrollsystem skal skje i samarbeid med arbeidstakerne i virksomheten». Her kommer altså inn et element av bedriftsdemokrati,

som i prinsippet kan gå litt utover realiseringen av forskriftens formålsbestemmelser. For det annet er det slik at forskriften ikke nevner at det å fremme dens formål i mange organisasjoner, for eksempel kommersielle, kan komme i konflikt med organisasjonenes hovedformål. Allikevel, HMS-forskriften gir et presist utgangspunkt for praktisering av det Kleppe ofte kalte moderne tilsyn. Den gir et grunnlag for, gjennom systematisk prøving og feiling, å tilpasse den interne styring til formålene med virksomheten. Internkontrolltenkningen er slik godt tilpasset ideen om målstyring (etatsstyring).

En tid var det tale om å basere helsevesenets internkontrollforskrift på HMS-forskriften. Det gikk ikke. Blant annet ville det ha gjort formålene for mange og for komplekse. HMS-modellen ble allikevel i viktige henseender lagt til grunn for helse- og sosialvesensforskriften, som, endel forsinket, kom i januar 2003.

I forskriften fra 2003 het det at «formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene». Her henvises det bare til ett formål, «faglig forsvarlige tjenester». Indirekte henvises det slik til det medisinske begrepet «alment aksepterte faglige normer». Et overordnet, og viktig, formål for helsevesenet er altså medisinsk kvalitet. Det henvises ikke til etikk eller pasientrettigheter. Noe kan være integrert i den henvisning som i slutten av paragrafen gjøres til lovgivningen. Det viktigste i fortsettelsen er imidlertid (antagelig) «systematisk styring og forbedringsarbeid i tjenestene». Det er naturlig å se på dette som en henvisning til styringsteknikkene. Det fremgår jo også at synspunktene som ble drøftet i tilsynsprosjektet hadde mer med styringstiltak enn med formålene med tiltakene å gjøre. Formålene kom gjerne frem indirekte og i forbindelse med konkrete styringstiltak. Hva styring generelt angår er slik HMS-forskriften uttrykk for en mer integrert og presis styring enn tilfellet er med helse- og sosialforskriften.

Det er ikke tilfeldig at internkontrollen gjerne beskrives i systemiske vendinger. Det ligger således under revisjonene at eventuelle «avvik» i første rekke skyldes systemiske forhold. De reflekterer «sosiologi» (og teknikk) mer enn psykologi. Det er nok slik at «avvik» for eksempel mere skyldes en uheldig organisering av virksomheten enn svikt hos

enkelpersoner. Slik sett har det mere for seg å forsøke å redusere systemrelaterte feil enn individuelle feil. Men det har det også fordi de «rammede», institusjoner eller personer, reagerer nokså ulikt på påpekning av avvik. Institusjonell avvikstildeling kan ramme ledere, men sjelden på en ydmykende måte. I praksis blir ansvaret ført tilbake til institusjonen, ikke til institusjonens leder. Individuell «avvikstildeling» kan ha dramatiske, negative virkninger på den som får slike, og kanskje tillitsundergravende virkninger på deres kolleger. Vi skal si mere om dette når vi skal omtale individtilsynet. Det kan være at den beskjedne interessen for formålene i tilsynsprosjektet kan ha med systemtilnærmingen å gjøre.

Systemrevisjon

Systemrevisjon er, som vi har sett, et ofte gjentatt stikkord for den sosiologisk orienterte kontroll med at helseinstitusjoner følger de mål de er pålagt, og gjør det etter en spesiell mal, internkontrollens. I praksis er den en skritt-for-skritt, stedlig og besøksbasert kontroll med en institusjon. Den representerer således mer en videreføring av det gamle tilsyn enn et alternativ til det. Det fremgår tydelig av oversikten over systemrevisjonens ulike trinn. I oversikten over disse trinnene, presentert i en brosjyre Helsetilsynet gav ut i 1996/97,¹⁸⁰ sondres det således mellom tre hovedtrinn – forberedelsen, gjennomføringen og rapporteringen. Det første trinn underinndeles i trinnene (for) revisjonsvarsel, dokumentinnhenting, dokument(gjennomgåelse), (avholdelse av) formøte og (presentasjon av) revisjonsprogrammet. Gjennomføringen er delt inn i undertrinnene (avholdelse av) åpningsmøte, (gjennomføring av) intervjuer, verifisering (av faktiske forhold), befaring og (avholdelse av) sluttmøte. Rapporteringen er endelig inndelt i undertrinnene (presentasjon av) utkast til rapport og endelig (overlevering av) rapporten.

Redegjørelsen for systemrevisjonen ledsages av en rekke definisjoner. Disse skal bidra til (ytterligere) å standardisere revisjonen. Det samme skal utvidede redegjørelser for hvordan noen av trinnene i

¹⁸⁰ *Verdighet, trygghet, omsorg*, Statens helsetilsyn (brosjyre), 1996–97, versjon 15.11.1996, s. 9.

revisjonsprosessen skal gjennomføres. Et par eksempler på definisjoner er: ‘Observasjon’: «En konstatering av fakta i løpet av en revisjon, underbygd av objektivt bevis». ‘Avvik’: «Mangel på oppfyllelse av myndighetenes krav (ved internkontrollsystemrevisjon)». ‘Anmerkning’: «Et forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der tilsynsmyndighetene mener det er et forbedringspotensial». ‘Revisjonsvarsel’: «Skriftlig melding til den reviderte om at tilsyn gjennomført som revisjon vil finne sted på et nærmere angitt tidspunkt».

Et eksempel på en trinnredegjørelse er redegjørelse for hva som skal skje i forberedelsesfasen. I brosjyren heter det:¹⁸¹

«Revisjonsleder informerer revisjonsgruppen om hva revisjonen skal omfatte. Revisjonsgruppen ber institusjonene som skal revideres om å få tilsendt aktuelle dokumenter som skal ligge til grunn for revisjonen. Eksempelvis godkjenninger, organisasjonskart, oversikter over ansatte, håndbøker, instruksjer, prosedyresamlinger, planer, årsmeldinger, interne revisjonsrapporter og virksomhetsrapporter. På bakgrunn av nøye studier av de tilsendte dokumentene settes det opp **revisjonsprogram**. Det vil si et program for besøket på den aktuelle institusjonen. Dette programmet inneholder blant annet oversikt over hvem man vil intervju, tidspunktet for intervjuene, befaringer, verifikasjoner, dokumentgjennomganger etc. Dette programmet sendes den reviderte senest en uke før revisjonen starter.»

Da prosjektet kom i gang kom teoretiske spørsmål til å få mye oppmerksomhet, og som vi har sett, særlig knyttet til tilsynsbegrepet og internkontrollprinsippet. Det praktisk-pedagogiske arbeid, og igjen særlig knyttet til internkontrollen (det institusjonelle tilsyn) fikk etter hvert (særlig fra 1996) det meste av oppmerksomheten. En rekke (opplærings-)«pakker» ble utarbeidet fra 1995, først som innføring i revisjonsmetodikk. De ble fulgt opp av videregående kurs i revisjonslære og etter hvert også kvalitet. Noen slike kurs gikk til prosjektidens utløp.

Det institusjonelle tilsyn, i hovedsak basert på internkontrollprinsippet, fikk nesten det vi kunne kalle et parallellprosjekt, kvalitetsutviklingsprosjektet. Hoveddokumentet for dette prosjektet, eller

¹⁸¹ *Ibid.*, s. 10.

denne politikken, ble den nasjonale kvalitetsutviklingsplanen fra 1995. Mot slutten av 1990-årene ble de to prosjekter i økende grad sett på som ett. Vi skal komme tilbake til det.

Opplæringen i individtilsyn ble forberedt i 1996 og 1997, og kom i gang for alvor i 1998, prosjektets siste år.

Arbeidet med det overordnede faglige tilsyn kom, primært som teoriutvikling, i gang fra starten av og foregikk ellers prosjektperioden ut.

I tillegg til de tre tilsynsoppgaver hadde tilsynsprosjektet som oppgave å utarbeide et forslag til forskrift om internkontroll. Dette arbeidet pågikk prosjektperioden igjennom, men fikk særlig oppmerksomhet i avslutningsåret. Prosjektet ledet også arbeidet med de årlige felles tilsynsplaner og gav fylkesleger og Helsetilsynets avdelinger råd i forbindelse med konkrete tilsynsoppgaver.

Arbeidet med prosjektet ble altså fra starten av ledet av Magnar Kleppe. Han ble, som nevnt, etterfulgt av Jo Kittelsen fra 1997. Kleppe fortsatte imidlertid å bidra til prosjektarbeidet perioden ut (og vel så det). Prosjektet var forankret i avdeling for samfunnsmedisin, men de to institusjonelle avdelingene og, ikke minst, rettsavdelingen, spilte også en viktig rolle. Prosjektet bidro slik ikke bare til å binde avdelingene i Helsetilsynet mere sammen, men også til å gjøre Helsetilsynet og fylkeslegene til en mere samlet, identitetstydelig etat. Tilsynsprosjektet og klagesaksprosjektet ble Helsetilsynets viktigste prosjekter i den perioden vi omtaler. De skapte og omskapte Helsetilsynet. Gitt den vekt det i tilsynsprosjektet ble lagt på internkontroll er det ikke så overraskende at Helsetilsynet etter omorganiseringen ble et bredere orientert tilsyn, nemlig et tilsyn for alt som har med helse og sosiale tiltak å gjøre. Forskriften som, endelig, kom i 2003 ble da også en helse- og sosialforskrift.

Sommeren 1997 gjennomførte tilsynsprosjektet en kartlegging av hvordan det gikk med innføringen av internkontroll og kvalitetssystemer i kommuner og fylkeskommuner. Kartleggingen ble ikke gjennomført på en vel gjennomtenkt måte. Blant annet ble det ikke laget en pilotundersøkelse og i spørreskjemaet ble det ikke sondret mellom internkontroll og kvalitetssystemer. Det ble heller ikke sondret mellom overordnede planer og planer på virksomhetsnivå. Noen tok i sine svar utgangspunkt i de

første, andre i de andre planer.¹⁸² I den nasjonale strategi for kvalitetsutvikling (1995) het det at alle virksomheter «innen utgangen av 1996» skulle «ha utarbeidet planer for innføring av internkontroll i egen virksomhet og for sitt kvalitetssikringsarbeid».¹⁸³ Funnene fra kartleggingen viser at de nye ordningene var innført i større grad i fylkeskommunene (sykehusene) enn i kommunene. I rapporten heter det at det var kommet svar fra 288 av 435 kommuner og at 63 prosent av de som hadde svart opplyste at de nye systemene var på planleggingsstadiet eller var innført. I 1997 ble det gjennomført felles (nasjonalt) tilsyn med legevaktordningene. Dette tilsynet viste at to tredjedeler av de virksomhetene som ble gjenstand for tilsyn manglet eller hadde en ufullstendig internkontroll. Seks av de 19 fylkeskommunene hadde ikke svart på spørreskjemaet (s. 4–5). Undersøkerne ringte opp sentralsykehusene (og regionsykehusene) og fikk til svar at alle var i gang med å innføre internkontroll og kvalitetstiltak. Tilsynsprosjektet konkluderer, om enn på usikkert grunnlag, at det enn er «langt igjen til alle virksomheter i helsetjenesten har et internkontroll/kvalitetssystem) (s. 4–5).

Tilsynsprosjektets forfatter konstaterer at det «fortsatt er behov for en aktiv pådriveraktivitet fra sentrale myndigheter. Det er grunn til allerede nå å anta at dette arbeidet må fortsette også etter år 2000.»

Vi har påpekt at det var vanskelig for etatsstyringsentusiastene å skape entusiasme for etatsstyringen. Nå ser vi at det var vanskelig å skape entusiasme for den systemiske internkontrollen og for kvalitetsutviklingsfilosofien. De to tiltakene var filosofisk vanskelige å forstå og krevde mye prøving og feiling før iverksetterne, i første rekke fylkeslegene, ble fortrolige med dem. Vi kan nok gå ut fra at både de politikere som hadde vedtatt ordningene og de fleste av de overordnede embedsmennene ikke forstod dem godt heller. Forvaltningen er konservativ, men har også en del ivrige endringsentusiaster. I

¹⁸² Tilsynsprosjektet, *Kartlegging av internkontroll i kommuner og fylkeskommuner*, notat 97/2598 5, 1.4.1998.

¹⁸³ Tilsynsprosjektet, *Kartlegging av internkontroll/kvalitetssystemer i kommuner og fylkeskommuner, rapport fra en kartleggingsundersøkelse*, notat 97/2598 5, 1.4.1998.

Helsetilsynet var den ivrigste av dem tilsynsprosjektets første leder, Magnar Kleppe.

Tilsynsprosjektet som praksis: det innledende arbeidet med individtilsynet

Kleppe og hans medarbeidere la fra starten av opp til at det skulle lages (generelle) planer for alle de tre «offisielle» former for tilsyn i løpet av prosjektperioden (1995–1998). I praksis ble det bare institusjonstilsynet som fikk «full» oppmerksomhet. Det ble gjort en del forarbeid med de to øvrige former for tilsyn, men først mot slutten av prosjektperioden (1998).



***Hilde Jordal**, f. 1953, c.j. Hun begynte i Helsedirektoratet som kontorsjef i 1988, ble underdirektør i 1993 og var avdelingsdirektør i helserettsavdelingen fra 1996 til 2000. Hun gikk deretter til Helsedirektoratet, men litt senere til administrasjonen ved Akershus universitetssykehus, hvor hun ble resten av karrieren. (Foto: Helsetilsynet, okt. 2000)*

Individtilsynet hadde prinsipielle likheter med institusjonstilsynet. Men mens institusjonstilsynet gjaldt organisasjoner gjaldt individtilsynet individer. Siden individene stort sett var medlemmer av organisasjoner betydde det imidlertid at skillet mellom de to former for tilsyn kunne bli uklart. Ved institusjonstilsyn kunne tilsynsførerne «oppdage» individsvikt og slik «varsle» individtilsynsførerne. Ved individtilsyn kunne tilsynsførerne komme på sporet av institusjonssvikt. Det økte sannsynligheten for slikt dobbelttilsyn at de viktigste tilsynsførere var de

samme, fylkeslegene. Fylkeslegene kunne se på, og håndtere individsvikten som symptomatisk for organisasjonenes praksis, men måtte også ta seg av svikten som individtilsyn. Ja, i praksis måtte de vurdere om de skulle gi den ene eller andre siden ved svikten mest oppmerksomhet. Tilsynsprosjektets betoning av det institusjonelle – for å unngå å ramme enkeltindivider – tilsa at de skulle være litt «unnskyldende» overfor individer som ble anklaget for svikt. Fylkeslegene opererte også slik i sitt tilsyn. Det var imidlertid grenser for hvor langt de kunne gå i så henseende. Bak en del av individualsakene stod pasienter som var blitt rammet av svikt og deres pårørende og støttespillere, advokater medregnet. I enkelte saker kunne massemediene og pasientorganisasjoner også spille en viktig rolle.

Men forholdet mellom institusjonell og individuell svikt har også en annen side. Kravet om internkontroll er et krav om at institusjonen, ved dens ledere, skal organisere og drive den slik at det skjer minst mulig svikt. Dét er jo også, og spesielt i siste instans, individuell svikt: individuell ledersvikt. Skjer det (en del) svikt i en organisasjon er det samtidig slik et uttrykk for at internkontrollen (som ledere er ansvarlig for) ikke har fungert godt nok. Jo mer sosiologisk organisasjonen forstås, jo mer vil dette være tilfelle. I ytterste fall faller slik skillet mellom institusjons- og individsvikt bort. Det vil også innebære at tilsyn bare blir institusjonstilsyn. Dette poenget kommer indirekte frem i de betraktninger Kleppe og hans medarbeidere i tilsynsprosjektet gjør seg. Det taes imidlertid ikke eksplisitt opp. Dermed forsvinner også det viktigste grunnlaget for å forstå, og behandle, individsvikt som noe særegent, nemlig det moralske.

Ved individsvikt reagerer tilsynsmyndighetene i siste instans med individstraff av ulike slag. Straffen er strengere jo mer alvorlig de samme myndighetene, og bak dem samfunnet som helhet, mener svikten er. Når tilsynsmyndighetene, forsåvidt på vegne av hele samfunnet, kan reagere slik er det fordi de mener den aktuelle helsetjenesteyter har sviktet med vitende og vilje. Hun eller han har handlet bevisst og rasjonelt, altså som en fri person. Skulle det vise seg at uhell eller andre forhold utenfor den aktuelle personens kontroll er noe eller mye av årsaken til svikten, vil tilsynsmyndigheten enten ikke straffe vedkommende eller straffe ham eller henne mildere enn handlingen i seg selv skulle tilsi. Straffen gies fordi

helsetjenesteyteren handlet av *grunner*, altså som en fri person, ikke av *årsaker*, altså som en (delvis) ufri person. Straffen er derfor også en moralsk straff. Den er selvsagt det når legen eller sykepleieren bruker sin posisjon til å utnytte pasienten, f.eks. legemlig eller økonomisk, for private formål, men også når hun eller han gjør noe faglig som vedkommende ikke er kvalifisert til, behandler pasienter i intoksikert tilstand, eller praktiserer uten å holde seg faglig à jour.

Hvordan kan fylkeslegene og Helsetilsynet føre et «moralisk basert» individtilsyn? De kan gjøre det forebyggende, for eksempel gjennom sin ledelse. De kan gi den et faglig-moralisk, kulturbyggende innhold. Men skal denne ledelsen være virkningsfull må lederen selv leve som hun eller han lærer, altså som et eksempel (på de verdiene institusjonen skal står for). En del av den utdannelse helsepersonell i sin tid fikk er som regel et eksempel på slik «ledelse» (opplæring). Eksemplarisk ledelse er en videreføring av den opplæring som ble gitt i utdannelsen, og som ofte også føres videre gjennom helseprofesjonene og institusjonenes fagmiljøer. Den oppfattes imidlertid som regel ikke da som forebyggende tilsyn. Den omtales således heller ikke i dokumentene fra tilsynsprosjektet som eksempel på en «internkontroll» som har som endelig formål å påvirke personellens verdier. På lengre sikt kan man tenke seg å forebygge ved å ha hyppige kompetansekontroller, for eksempel i form av nye sertifiseringer (eksamener). På den tiden vi nå ser på var det knapt relevant.

I tilsynsprosjektet er de ansvarlige personene ikke så opptatt av hvordan den moralske svikten kan forebygges (tidlig), som av å lokalisere dem som allerede har sviktet og så eventuelt å straffeforfølge dem. Å reagere slik har en forebyggende side ved seg – og den er viktig – nemlig å avskrekke. Den mer offensive og «positive» forebyggelsen av moralsk svikt får imidlertid slik mindre plass. Individtilsynet får på den måten noe ensidig dramatisk over seg. Det blir et spørsmål om å identifisere svikt og dem som har sviktet, og eventuelt å straffe de siste. Det første kan man si er individtilsynets politimessige side, det annet individtilsynets etterforskningsmessige, dømmende og domsiverksettende side.

Hverken politikere eller forvaltere klarte å finne måter å profesjonalisere oppdagelsen av svikt på. De kunne eventuelt ha forsøkt med hyppige inspeksjoner, men det ville neppe vært en effektiv måte å oppdage en stor

andel av svikten på. På lengre sikt kunne man også ha innført en ordning med løpende faglig kvalitetskontroll. Det kunne ha skjedd ved at leger og annet helsepersonell ble forpliktet til å journalføre alt de gjorde og at et kunnskapssystem løpende førte kontroll med behandlernes faglige praksis. Men i den grad man klarer å lage et funksjonelt faglig overvåkningssystem, kan dette fungere interaktivt. Det kunne bli et løpende korrigeringsystem, altså en nærgående ledelse av den faglige praksis. Fortsatt (2024) tilhører imidlertid et slikt system fremtiden.

Det var særlig den dømmende side ved tilsynsvirksomheten som var og forble profesjonalisert. Noe ble imidlertid gjort i tilsynsprosjektet og forlengelsen av det for å systematisere om ikke «politifunksjonen» direkte, så klassifiseringen av måtene tilsynsmyndighetene fikk, eller skaffet seg, informasjon om mulig (individuell) svikt på. Vi skal si litt om det først og så se nærmere på den dømmende funksjonen, vidt forstått. Vi vil da skille mellom «etterforskningen» (undersøkelsene), saksbehandlingen og domsutarbeidelsen. Domsiverksettelsen er mer en «formalitet» og vi skal ikke si noe om den her.

Tilsynsprosjektet bestod i første rekke i å profesjonalisere det institusjonelle tilsyn. Det ble, som vi nå skal se, gjort forsøk på å profesjonalisere det individuelle tilsyn, men særlig den dømmende del av den. Disse forsøk fikk imidlertid, i etterkant av tilsynsprosjektet, en «uventet» konsekvens: De førte til at individtilsynet delvis ble avindividualisert; det ble til et *hendelsestilsyn*.

Fra gammelt av hadde Helsedirektoratet fått, eller skaffet seg, informasjon om mulig svikt – etter hvert gjerne kalt «pliktbrydd» – på ulike vis. *Etterspørrere*, altså pasienter og pårørende kunne klage. Noen, som medier og interesseorganisasjoner (bl.a. for pasienter), kunne reise saker på vegne av eller uavhengig av pasienter. *Tilbudsideinstanser*, som helsepersonell (kolleger av de som har sviktet), helseinstitusjoner (og deres kvalitets- og skadeutvalg), inkludert apotek, kunne rapportere om mulig svikt. *Myndighetsorganer*, som politiske og administrative organer, men også (selvsagt) tilsynsorganer, kunne varsle om mulig svikt. Spesielt viktig i så henseende er den varsling fylkeslegene står for, ofte som følge av ting de har sett under (institusjonelt) tilsyn. Av en viss, men mindre, betydning var og er utskrifter fra kontrollkommisjonenes (en form for psykiatrisk tilsyn) protokoller. Det er imidlertid interessant at faglige

tilbudsinstanser, inkludert helse(del)institusjoner, i økende grad opptrer på myndighetenes vegne. Etter (den nye) helsepersonelloven (vedtatt 1999, ikraft fra 2001), § 17, har helsepersonell plikt til på egen hånd å varsle tilsynsmyndighetene om forhold som kan sette pasienters liv og helse i fare.¹⁸⁴ (Interessant nok kan de slik også varsle mot sin egen (offentlige) arbeidsgiver.) Etter sykehusloven (1969), og siden spesialisthelsetjenesteloven (§ 3.3.) (1999, ikraft 2001), skal sykehus melde om betydelig personskade etc.¹⁸⁵

Dataregistre og andre systematiske overvåkningsordninger kan også være en kilde til varsling om konkret svikt, men spilte på den tiden vi studerer en beskjeden rolle i så henseende. Det er særlig tilfelle med registrene, men også med Meldesentralen (1993), en institusjon i Helsedirektoratet (Helsetilsynet) som skulle samle inn data om meldte avvikshendelser i forbindelse med undersøkelser, behandling og pleie. Den skulle også analysere de innsamlede data slik at de kunne brukes i kvalitetsutviklingsarbeidet.¹⁸⁶

La oss se litt fremover. Ettersom medisinen, som vi har nevnt, og til dels økonomikken, blir mer presis, og informasjonsteknologien mer kraftfull, vil mulighetene for å nærovervåke stadig mer av den kliniske virksomheten bli bedre og bedre, og så gode at man kan se for seg en «virtuell», medisinsk-økonomisk nærstyring av svært mye klinisk virksomhet. DRG-ordningen, som ble innført i 1997, er et uttrykk for denne utviklingen. Det sier seg også selv at det først og fremst er

¹⁸⁴ Lov om helsepersonell § 17: Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet. Med forhold menes tiltak, rutiner, teknisk utstyr, svikt og mangler i organiseringen av tjenesten.

¹⁸⁵ Lov om spesialisthelsetjenester § 3-3. Meldeplikt til fylkeslegen (gjelder sykehuset). Virksomheten skal snarest mulig gi skriftlig melding til fylkeslegen om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Kfr. videre Lov om medisinsk utstyr § 11. Meldeplikt ved hendelsesavvik, feil eller svikt ved medisinsk utstyr. Kfr. også: Forskrift om legemidler § 11-3. Legen plikter å melde om antatte alvorlige bivirkninger.

¹⁸⁶ *elle. melde.. deg fortelle. Årsrapport 1994 fra meldesentralen, s. 3.*

myndighetene som vil utnytte denne datateknologien. Vi fikk pasientombudene i 1980-årene. I 1999 kom, etter en del frem og tilbake, pasientrettighetsloven. Disse ordningene er uttrykk for hvordan myndighetene, med tilsynsorganene, og pasientene, ledsaget av pasientombud og pasientorganisasjoner, og ofte støttet av massemediene, «går sammen» og presser de gamle «makthaverne», legene både ovenfra og nedenfra. Legene og medikratiet kommer under en slags knipetangsmanøver. Den øverste delen av «tangen», den statlige, er imidlertid den dominerende. Det er den som «mobiliserer» pasientene.

Ser man nærmere på hvem utgangspunktene for «tilsynssaker» er, kan man oppdage mer enn det tilsynsutrederne gjorde. Man kan oppdage at de representerer ulike politiske tendenser. De som gir det nye tilsyn innhold, spesielt juristene, gir imidlertid ikke uttrykk for det. De starter med nærmest bare å ramse opp de mest aktuelle aktører.

Når det kommer til behandlingen av de «opplysninger som tilflyter etaten og brukes i tilsynet»¹⁸⁷ er utrederne svært nøye. Nå profesjonaliserer de, men i all hovedsak på juridiske premisser. De lager regler for hvordan sakene skal behandles fra mottagelse til konkluderende beslutninger. De legger spesielt til grunn rettssikkerhetsverdier som forutsigbarhet, forsvarlighet og likebehandling. I praksis vil det si at forvaltningsloven av 1970 ble retningsgivende for hvordan tilsynsetaten regulerte og regulerer saksbehandlingen. Særlig etter 1983 (utskillelsen av Helsedirektoratet fra departementet) ble denne utviklingen tydelig. Saksbehandlingen ble mer formalisert. Innslaget av skjønnsutøvelse ble fjernet på punkt etter punkt. Det betydde at rommet for spesielt medisinsk skjønnsutøvelse ble svekket. Formaliseringen av trinnene i saksbehandlingen fikk slik et medikratinedbyggende funksjon.

Den fikk også en avpersonliggjørende funksjon. Gjennom det meste av 1980-årene og litt inn i 1990-årene satte ofte fylkeslegene sitt personlige stempel på skjønnsutøvelsen. Der ble slik forskjeller både i måten saker ble behandlet på og hvilke, det vil si hvor strenge (overfor helsepersonell), konklusjoner de kom til. Ikke overraskende, som vi skal komme tilbake til, hadde de juridiske saksbehandlere en tendens til å være strengere (overfor

¹⁸⁷ Overskrift fra *Tilsyn med helsepersonell og helsevesen basert på informasjon om enkelthendelser mv. Policy*, Helsetilsynet 1.7.2001, s. 8.

helsepersonell) enn leger. Men også fylkesleger og, enda mer, leger som arbeidet i Helsetilsynet, ble påvirket av jusens økende «politiske» tyngde, og tilpasset seg. De ble litt halvjurister. Interessant nok ble den nye assisterende helsedirektør (fra 1994) Lars Hanssen, mer preget av jusens voksende intellektuelle dominans enn helsedirektøren, Anne Alvik. Også tilsynsprosjektets første «general», legen Magnar Kleppe, var tydelig påvirket av jusens voksende autoritet, iallfall frem til prosjektets siste fase. Han talte stadig om svikt som uttrykk for brudd på lover og forskrifter – som «pliktkbrudd». Han talte lite om en del av de formål, blant annet upresiserte verdier, som offisielt lå til grunn for lovgivningen, men som sjelden fikk særlig oppmerksomhet. Ved å tone ned disse formål som premissgivende for tilsynspraksis innskrenket han også rommet for en videre, ofte medisinsk inspirert, men også bredere skjønnsutøvelse.

Vi skal først trekke frem noen sider ved veilederens regler for saksbehandling. Så skal vi se på de regler som preger «Policy-dokumentet» om tilsyn basert på enkelthendelser fra 2001.

Saksbehandlingen starter med «registrering av saken», altså journalføringen (og arkiveringen) – som bør standardiseres. Fylkeslegene gjør allerede det etter et system kalt *Postflex*. Etter registreringen vurderer saksbehandleren hvordan den skal behandles og hvor lang tid behandlingen vil ta. En eventuell klager varsles så om at saksbehandlingen er kommet i gang og hvor lang tid den vil ta. På dette innledende stadium vil også mange saker avvist som «meningsløse». Stikkord for saksbehandlingen er så (saksbehandlerens) *habilitet* og forholdet til *offentlighetsloven* (om saken skal unntas fra offentlighet). Om saksforberedelsen videre taes det utgangspunkt i forvaltningsloven og dens bestemmelser om forsvarlig saksbehandling. Siden fylkeslegens (Helsetilsynets) beslutning etter forvaltningsloven (kap. IV-VI) er et såkalt *enkeltvedtak* (det berører personers rettigheter og plikter) skal de berørte parter varsles før vedtak fattes. Det gjør at de kan uttale seg om saken (kontradiksjon). Saken skal så belyses (i jusen heter det «opplyses») gjennom innhenting av f.eks. journalmateriale og innhenting av sakkyndige vurderinger, som regel fra leger, men undertiden også fra jurister. Vi legger til at de sakkyndige skal bidra med det som skal være fakta (og vitenskapelig kunnskap), ikke med måten fakta brukes på i den

videre saksbehandling. Det siste er i hovedsak en juridisk oppgave. Under saksbehandlingen har partene «innsynsrett» (forvaltningsloven § 18).

I domsfasen, eller vurderingsfasen, holder fylkeslegen de faktiske opplysninger, kanskje etter innhenting av nye slike, opp mot de aktuelle regler. Han eller hun «*subsumerer*». Sentralt i subsummeringsprosessen er noen viktige rettslige standarder – som juristene kaller dem. Det het i legeloven (1980) (§ 25) at en lege skal utøve sin virksomhet «forsvarlig» og i kommunehelsetjenesteloven (§ 2 – 1) at enhver har rett til «nødvendig helsehjelp». Forsvarlig virksomhet ble gjerne presisert dithen at legen skulle følge alment aksepterte normer (i det relevante fagmiljøet). Hva som er forsvarlig varierte og varierer slik med kunnskapsutviklingen. Hva som var eller er nødvendig helsehjelp må også variere med kunnskapsutviklingen.¹⁸⁸ Hvordan skal man da finne ut hvordan en standard skal forstås i dag, eller for den saks skyld på et tidligere tidspunkt? I veilederen (s. 22) heter det at det «må utledes ved hjelp av juridisk metode». Det betyr igjen å finne de (mest) relevante rettskilder «etter et visst system». Først kommer da lovteksten(e), så lovforarbeidene, domstolspraksis, forvaltningspraksis etc., etc. Ofte vil aktuelle rettskilder peke i litt ulike retninger, og må da balanseres mot hverandre (harmoniseres) etter ulike kriterier. Når lovteksten inneholder rettslige standarder, må disse tolkes. Tolkningene skal være «rimelige». I stor grad vil de bygge på lovens mer eller mindre uttalte og presise formål og for eksempel den aktuelle kunnskapen på det aktuelle tidspunkt.

Lovfortolkning inneholder slik flere trinn, trinn som ofte krever en god del skjønnsutøvelse, både av mål-middel-karakter (kfr. tolkning ut fra formål) og av normativ karakter. Innen jusen forsøker man å redusere skjønnet mest mulig ved å lage eller utvikle tolkningsregler. I veilederen sies det litt om tolkningen av forsvarlighet som er «politisk» interessant.

For å kunne bestemme om en leges behandling har vært forsvarlig eller ei, må juristene – «dommerne» – få kjennskap til hva som er riktig behandling. Jo mer presis medisinen blir, jo enklere blir det å avgjøre det.

¹⁸⁸ Det er det som ligger i 'rettslig standard'. Hvordan en standard (som forsvarlighet) skal forstås varierer med f.eks. kunnskapsutviklingen. Normer eller verdier, er også standarder som varierer, særlig med kulturutviklingen i samfunnet. Kfr. en standard som «usømmelighet».

Vi var nå, i begynnelsen av 1990-årene for alvor på vei inn i medisinen «evidens-æra». Mer og mer av medisinsk praksis kan basere seg på godt dokumenterte prosedyrer. I veilederen fra 1994 konstateres også dette: Etter å ha nevnt at mange helsefagfolk mener at deres frihet til å utøve skjønn strekker seg så langt at tilsyn knapt er mulig, skriver veilederens forfattere: «Dette er selvsagt ikke korrekt. Mange aktiviteter innen helsetjenesten baserer seg på standardiserte prosedyrer tilpasset formålet» (s. 23). Veilederens forfattere har rett, og skulle i økende grad få rett. Denne utviklingen er derfor også uttrykk for hvordan medisinen gir jusen et stadig bedre grunnlag for å kunne «passe på» den. På det tidspunktet veilederens forfattere, med en lege i spissen, skrev dette, var det ikke grunnlag for slik polemisk sikkerhet. Skjønnsomfanget var på den tiden betydelig i store deler av medisinen, og helt er det ikke forsvunnet ennå. Reindividualiseringen, og repersonliggjøringen, av somatisk medisin etter årtusenskiftet er et uttrykk for det. Men at prosedyremedisinen for alvor ekspanderte fra 1990-årene av, er riktig, og dermed også at den gav bedre vilkår for jusbasert tilsynsutøvelse. Det bør føyes til, prosedyrer er ikke alltid helt presist beskrevne. For den som skal vurdere en leges praksis må det også taes hensyn til at prosedyrer er innvevet i annen behandling og omsorg og ikke (alltid) kan, eller bør, for eksempel av tilsynsfolk, sees på separat (når forsvarlighet skal vurderes).

Det er også påfallende at tilsynsfolkene, medregnet tilsynsprosjektets medarbeidere, så konsekvent taler om behandlersvikt som uttrykk for *lovbrudd*. Behandling noen, også tilsynsfolk, omtaler som uforsvarlig, vil andre omtale som dårlig, eller ikke god, behandling. Den er uforsvarlig fordi den er medisinsk gal eller uklok, ikke fordi den reflekterer lovbrudd. Jusens terminologibruk er slik fagekspansiv og forsåvidt en del av dragkampen mellom rettsprofesjonen og medisinen.

Saksbehandlingen ender med at tilsynsmyndigheten vurderer om det foreligger brudd på lover eller forskrifter. Hvis den finner at det ikke er tilfelle, henlegges saken. Hvis den finner at det er tilfelle, kan den ytre kritikk overfor helsetjenesteytere, gi dem en tilrettevisning, gi dem en advarsel eller, i de mest alvorlige saker, frata dem retten til å fortsette å praktisere sitt yrke for kortere eller lengre tid. I stedet for tap av autorisasjon kan også begrensninger i forskrivningsretten komme på tale. I enkelte alvorlige tilfeller kan tilsynsmyndigheten politianmelde

helsetjenesteytere. De formelle reaksjonene gies bare av Helsetilsynet. Fylkeslegene kan gi kritikk.

Av de tre første reaksjonene er egentlig bare advarslene og tap av autorisasjon (og begrensninger i forskrivningsrett) formelle reaksjoner (straffer). Kritikken er det åpenbart ikke. Tilrettevisningen er en sterkere kritikk enn den rene kritikk, men den er stadig en uformell reaksjon. Begge disse reaksjonene er uttrykk for den tidligere mer kollegiale tilsynspraksis, hvor råd og formaninger spilte en rolle. Nå kom, ikke overraskende, disse reaksjoner – kritikken og tilrettevisningen – under kritikk. Kritikken var ingen sanksjon og slik ikke så (juridisk) interessant, men heller ikke tilrettevisningen var egentlig en ekte sanksjon. Den var snarere en sterk kritikk. I veilederen fra 1994 heter det (s. 28) at «En tilrettevisning betraktes ikke som en ordens- eller disiplinærstraff, men mer som en meningsytring». Men om kritikk og tilrettevisning ikke var formelle reaksjoner forventet selvsagt tilsynsmyndigheten at kritikken ble tatt til etterretning og førte til endringer i praksis, som under det kollegiale medikratiet.

I tråd med den juridiske profesjonalisering av tilsynet som skjedde i løpet av 1990-årene er det ikke overraskende at tilrettevisningen forsvant som formell reaksjon da helsepersonelloven kom i 1999.

I den tilsynspolitikken som i 2001 ble lansert for individer, og nå mer generelt for «hendelser», ble lite gjort for å ordne kildene til informasjon om mulige «pliktbrudd». Det heter bare at «Etaten skal forholde seg aktiv til den informasjon den mottar om mulige avvik fra lov og forskrift, enten informasjonen stammer fra den ene eller andre.»¹⁸⁹ Videre heter det imidlertid at den ikke skal innhente informasjon fra Norsk pasientskadeerstatning, sykehusenes kvalitetsutvalg, kontrollkommisjonenes protokoller eller Meldesentralen. Mye av den informasjonen som kan hentes fra disse kilder får etaten på andre vis, blant annet via fylkeslegene. Helsetilsynet holder det åpent hvordan en kommende reseptbasert legemiddelstatistikk kan komme til å bli brukt: Den gir jo, som vi har påpekt, en (ny) mulighet for kontinuerlig overvåkning, og i neste omgang styring, av helsepersonells kliniske

¹⁸⁹ *Tilsyn med helsepersonell og helsevesen basert på informasjon om enkelthendelser mv. Policy*. Statens helsetilsyn 1.7.2001, s. 8.

adferd. Vi har antydnet at denne styringen kan bli brukt både til ambisiøs kvalitetsutvikling og mer defensiv kvalitetssikring (forebygge pliktbrudd).

Etter den nye, hendelsesbaserte tilsynspolitikken starter saksbehandlingen med at tilsynsetaten mottar en skriftlig henvendelse fra pasienter, deres pårørende eller representanter ellers, om misnøye med helsepersonell eller en helsetjenestevirksomhet. Den skriftlige mottagelsen kan være «indusert» av etaten; den kan først ha vært muntlig. Det ligger i den nye, mer juridisk-formelle tilsynspraksis at tilsynsprosessen skal starte med en skriftlig henvendelse. Når den kommer oppretter etaten en såkalt *tilsynssak*. Også det er et uttrykk for den mer formaliserte tilsynspraksis. Det kan være grunner til at en slik sak ikke bør opprettes, for eksempel at henvendelsen til etaten er «åpenbart grunnløs» eller at pasienten ikke ønsker at en slik sak opprettes. Også en rekke andre grunner kan føre til at sak ikke opprettes. Typisk er det imidlertid nå at disse grunnene nevnes eksplisitt. Minst mulig skal nå overlates til for eksempel fylkeslegens skjønn. Med andre ord, (løpende, medisinsk e.l. inspirert) skjønn skal erstattes av relativt eksplisitt jus, utarbeidet på forhånd. Av og til er det åpenbart vanskelig for etaten å lage tydelige handlingsregler. Da heter det at saken må vurderes «konkret». Det betyr at det gjenstår et lite rom for skjønnsutøvelse som de regulerende instanser ikke har klart å fjerne.

Etter at en tilsynssak er opprettet starter «etterforskningen», altså klarleggingen av saksforholdet. Også her er det nå kommet til flere klarleggingsstyrende regler. Men det skjer nå også noe mer prinsipielt. Den gamle klarleggingen av saksforholdet var knyttet til forhold knyttet til den klagen var rettet mot: Den var individtilsynspreget og hadde et tydelig moralsk innhold. Nå blir den også systembasert og mer årsaksorientert. Helsetjenesteyterens adferd, som var basert på (moralsk sensitive) grunner, skal nå forståes også på grunnlag av sosiale grunner eller årsaker. Her innføres altså en tilnæringsmåte som kan lette (det moralske) skyldstrykk på den det er rettet klage mot. Samtidig kommer systemet, altså ledere og eiere, mer i søkelyset (også moralsk).

Denne utviklingen i den opprinnelig individrettede tilsynspraksis er ikke overraskende. I det institusjonelle tilsyn basert på internkontroll, fikk tilsynspraksis et svært systemisk preg. Dette bidro til at individtilsynet ble utøvet på en «skånsom» måte. Det forble imidlertid et individtilsyn. Nå ser tilsynsutviklerne at det mest logiske er at de to tilsyn blir eksplisitt

samordnet, og «skylden» fordelt (kvantitativt). Når «skyld» skal fordeles må det nå skje på grunnlag av en eksplisitt, bredt både årsaks- og grunnutredende måte.¹⁹⁰ Generelt betyr det at vekten på individuell adferd svekkes ytterligere. Denne viktige endringen i tilsynspraksis gjør selvsagt at også arbeidsgiverne, for eksempel sykehusdirektøren eller helse- og sosialsjefen (i kommuner) til de tjenesteytere det er rettet klage mot, må varsles.

Retningslinjene for hvordan saksforholdene skal klargjøres omfatter en rekke, litt mer uformelt formulerte råd og regler. Der er blant annet sortert etter om sakene har misfornøyde pasienter eller andre som utgangspunkt.

Hvis en tilsynssak ender med at det konstateres pliktbrudd kan reaksjonene, etter de nye retningslinjer, rette seg både mot virksomheter og helsepersonell. Beskjeden om reaksjon rettes enten til virksomheten eller den aktuelle helsetjenesteyter, avhengig av hvordan tilsynsmyndigheten har funnet at årsaks/ansvarsforholdene er. Når beskjeden gies «er det mest hensiktsmessig å bruke uttrykk som at «lovkrav er brutt», at «de foreligger brudd på bestemmelsen i» eller lignende istedenfor å si at det foreligger «pliktbrudd» uten å forklare dette nærmere».¹⁹¹ Det er imidlertid interessant at retningslinjene nå åpner for litt pedagogikk. Det heter: «I tilfeller det ikke foreligger pliktbrudd, men det likevel ønskes påpekt at virksomheten eller handlingen «burde vært bedre» eller «annerledes», kan det sies ved å konkret uttrykke dette».¹⁹²

Kravet til tydelige begrunnelser for tildeling av reaksjoner («straff») gjelder nå imidlertid generelt. Det heter således i policy-dokumentet fra 2001 at «Etaten kan og bør gi skriftlig veiledning til helsepersonell i samband med at det påpekes pliktbrudd. Det samme gjelder i forhold til virksomhet» (*ibid.*). Å gi veiledning til «synderne» blir nå nesten en

¹⁹⁰ Det sies ikke så presist i det nye policy-dokumentet om tilsyn av 2001. I dette dokumentet heter det bl.a., s. 11: «Klarlegging av de påklagede forhold/et hendelsesforløp skal i utgangspunktet skje ut fra et virksomhets(system)perspektiv der så vel systemet som omgir helsepersonellet som det enkelte helsepersonell [den enkelte helsetjenesteyter] er gjenstand for etatens oppmerksomhet».

¹⁹¹ *Ibid.*, s. 16–17.

¹⁹² *Ibid.*, s. 17.

formell plikt for tilsynsetaten. Det er imidlertid ikke tale om pedagogikk i «gammeldags» forstand. Gjennom veiledningen gies «de dømte» en nærmere forklaring på hvorfor de ble «dømt». Forklaringer, og eventuelt andre faglige dokumenter av relevans for saken som vedlegges begrunnelsen for dommen, gies «den dømte» «bare i den utstrekning det er hensiktsmessig for å nå målene med å påpeke pliktbrudd». Pedagogikken skal altså begrunne hvordan jusen er brukt.

Når fylkeslegene tar stilling til om en reaksjon skal gies undersøker de om det er rettslig grunnlag for å gi en reaksjon; de utøver da det jurister kaller *rettsanvendelsesskjønn*. De bestemmer så om det skal gies reaksjon i et konkret tilfelle og hva slags reaksjon som eventuelt skal gies; de utøver da *forvaltningsskjønn*. Helsepersonelloven sier hva slags reaksjoner som er aktuelle. Den mildeste er fra 2001, som vi har sett, *advarsel* (§ 56). Etaten kan imidlertid, «under særlige omstendigheter», unnlate å gi en reaksjon og bare nøye seg med å konstatere at det er skjedd et pliktbrudd.

«Særlige omstendigheter» får nå spille en stor rolle for mange beslutninger tilsynsetaten fatter. Disse omstendighetene bør da være nevnt i retningslinjene. Jo lenger vi går tilbake i tid, jo mindre var de nevnt, men de fikk allikevel spille en rolle. De gjorde det gjennom fylkeslegenes litt friere skjønnsutøvelse. Man kan se på spesifiseringen av omstendighetene som formaliseringen av mye av skjønnsutøvelsen. Denne formaliseringen gir de som skal utøve tilsyn, som fylkeslegene, flere premisser å holde seg (fast) til, men den gjør det vanskelig for andre berørte personer og virksomheter, for ikke å tale om «publikum», blant annet pasienter, å holde oversikt over jusen. Reglene er ikke alltid bare en formalisering av «common sense».

I saker hvor fylkeslegen mener det kan komme på tale med advarsel eller enda strengere reaksjoner skal sakene, nå (2001) som før, sendes Helsetilsynet. Ved formelle reaksjoner blir det viktig å ta hensyn til rettssikkerheten til den som kan ha begått pliktbrudd. Nært knyttet til dette hensynet er hensynet til likebehandling. Å sende sakene til Helsetilsynet har imidlertid også noen problematiske sider. Helsetilsynet har lenge hengt etter med behandlingen av klagesaker. Forsinkelsene har vært på måneder og til dels år. De har resultert i kritikk fra mange hold, også fra Riksrevisjonen. Saksbehandling som tar lang tid, går utover både dem som

er utsatt for klage og klagerne. Juridisk sett står vi altså overfor et dobbelt rettssikkerhetsproblem.

Behandlingen av klagesaker mot helsepersonell i Helsetilsynet, har en del interessante sider. Før vi avslutter redegjørelsen for spesielt individtilsynets utvikling, skal vi si litt om sider ved saksbehandlingen. Vi bygger da på analysen juristen, førsteamanuensis ved Diakonhjemmets høyskole, Olav Molven (f. 1948) har gjort av saksbehandlingen. Molven ble høsten 1995 utnevnt til å lede det såkalte klagesaksprosjektet i Helsetilsynet. Formålet med dette prosjektet var blant annet å se på tiden som gikk med til å behandle klager og komme med forslag om hvordan behandlingstiden kunne reduseres. Vi skal komme tilbake til dette prosjektet nedenfor.

Som vi har sett ble juristene samlet i rettsavdelingen etter at den ble opprettet i 1989. Helsefagfolkene ble spredt på de andre avdelinger, bortsett fra Administrasjonsavdelingen. Tilsynssaker krever at jurister og helsefagfolk, særlig leger, samarbeider. Det blir mer formelt og avstandspreget når de to gruppene er plassert i ulike avdelinger. Sakene går ofte frem og tilbake i flere omganger. Juristene i rettsavdelingen blir påvirket av hverandre og ser gjerne på sakene på den samme, juridiske (formalistiske) og distanserte måten. De kan ikke mye medisin og deres evne til å leve seg inn i helsefagfolks situasjon – det er jo helsefagfolk klagen er rettet mot – er begrenset. Jurister er dessuten lært opp til å ha «bind for øynene». De skal se bort fra personen (det er rettet en klage mot) og konsentrere seg om den aktuelle handling og de lover den skal holdes opp mot. Kommer saksbehandlerne til at en helsetjenesteyter har brutt en lovbestemmelse skal, for juristen, konklusjonen bli en formell reaksjon, minst tilrettevisning frem til 2001, siden minst en advarsel.

At juristene tenker slik, forsterkes antagelig av at de i stor grad var unge (i den perioden vi nå ser på) og lite fortrolig med helsevesenet. De var ennå nokså «ensidig» preget av akademiets teori. De hadde ikke måttet leve med mange års erfaring med hvordan helsepersonell tar sanksjoner.

Legene, og andre helsefagfolk, var preget av den kliniske virkelighet. Selv om mange hadde vært byråkrater lenge glemte de ikke klinikken, pasientene og de utfordringer klinisk virksomhet kunne stille leger og sykepleiere overfor. De så ikke gjerne den kliniske adferden med

distanserte juridiske briller, selv om også legene etterhvert ble preget av det «ideologiske» overtak juristene hadde fått etter 1983, men særlig 1994. Legene hadde ennå en del igjen av den gamle selvsikkerhet leger hadde hatt. De «forstod» derfor de leger det var blitt klaget på bedre enn juristene. Det bidro til det at de stort sett var eldre enn juristene. Ja, en del av «fagkonsulentene» var endog pensjonister. Det er derfor ikke tilfeldig at Molven finner at de juridiske byråkrater gjennomgående var og er strengere i vurderingen av de klager legene hadde fått mot seg.¹⁹³

Molven opplyser at i 15 prosent av de sakene som ender med reaksjon (mot en lege) er reaksjonsforslagene forskjellige fra fag- til rettsavdeling. I ytterligere 20 prosent av disse sakene tyder korrespondansen mellom avdelingene på at det har vært en viss uenighet. Molven skriver at der hvor det var klar uenighet mellom avdelingene ville rettsavdelingen i alle saker bortsett fra én ha strengere reaksjon enn fagavdelingen. Ved vedvarende uenighet mellom avdelingene gikk sakene til helsetilsynsledelsen for avgjørelse. Ledelsen gav de to avdelingene medhold i omtrent like mange saker.

Den økte opptatthet i tilsynsetaten av tilsyn som anvendt jus, og den økte formaliseringen av trinnene i saksbehandlingen i etaten, hadde nok skapt mer likhet i de juridiske og medisinske saksbehandlerne «domspraksis», både på fylkeslege- og helsetilsynsnivå, også i løpet av 1990-årene, men altså ikke full likhet.

Hvis Helsetilsynet kommer til at en helsetjenesteyter eller en helseinstitusjon har begått pliktbrudd, er neste oppgave å felle en dom, altså komme til at den påklagedes adferd representerer er brudd med en lov- eller forskriftsbestemmelse. Som nevnt er det ikke alltid at konklusjonen blir en formell reaksjon, men blir den det er det mildeste alternativt advarsel. Sees adferden det klages på som mer alvorlig vil sanksjonene gå utover helsepersonellens rett til å fortsette å praktisere sitt fag; vi har omtalt disse reaksjonene ovenfor.

Da tilsynsprosjektet kom i gang i 1995 ble det planlagt som tre delprosjekter, ett for institusjonstilsyn, ett for individtilsyn og ett for

¹⁹³ Olav Molven, *Klagesaksprosjektet, Sluttrapport*, Statens helsetilsyn, 8.1.1997, s. 12–13.

overordnet tilsyn. I praksis ble det, helt frem til 1998 i all hovedsak et institusjonstilsynsprosjekt (med vekt på internkontrolltilsyn). Individtilsynsprosjektet kom for alvor først i gang i 1998. Det skulle bare gå dette året, men fortsatte inn i tiårets siste år. Prosjektets prosjektleder, Olav Molven, pekte ved et par anledninger på at prosjektet var underfinansiert.¹⁹⁴ Han henviste til hvor mye mer både tid og ressurser institusjonstilsynsprosjektet hadde fått og stadig fikk.

Forholdet mellom tilsynene

Tilsynsoffensiven ble, fra starten av, en *institusjonell* offensiv. Den var rettet mot institusjonene, det vil si, mot deres organisering og (delvis) ledelse. Den var systemisk orientert, altså anvendt sosiologisk. I praksis innebar den at institusjonene skulle organiseres og drives etter det såkalte *internkontrollprinsipp*. Individene, og tilsynet med dem, kom i annen rekke. Det er typisk at den lov som først og fremst introduserte tilsynsrevolusjonen, tilsynsloven (1984, revidert på viktige måter i 1992), ikke nevner de enkelte helsetjenesteytere og individtilsynet. Det er også typisk at tilsynsloven er rettet mot det *forebyggende* (og helsefremmende) arbeidet. Individene og deres rolle omtales i de sentrale lovene for klinikken, sykehusloven (1969), siden spesialisthelsetjenesteloven (1999) og kommunehelsetjenesteloven (1982). I tillegg kommer lovene for de ulike yrkesgrupper, fra 1999 helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Individtilsynet har en forebyggende side. Det kan skape mer forsvarlig fungerende klinikere ved å vise hva konsekvensene av regelbrudd kan bli; det skremmer, men det bidrar også til å gjøre det klart for klinikerne hva loven(e) sier. Individtilsynet, med sine reaksjonsmidler. Individtilsynet har imidlertid en annen, viktig, side: Den kan gi en slags trøst, eller hevn, til pasienter som er blitt rammet av uforsvarlig behandling. I forlengelsen av

¹⁹⁴ Olav Molven, individtilsynets prosjektleder, bemerket i notatet «Kommentar/spørsmål til prosjektbeskrivelsen», vedlegg til «Metodikk for tilsyn med helsepersonell (individtilsyn) – forslag til prosjektbeskrivelse, 12.2.1996, s. 5: «prinsipielt er det grunn til å reflektere over ressursene (og prosess over tid) som samlet er satt av til individtilsynsdelen i forhold til det som mer totalt er satt av og brukt av ressurser i tilsynsprosjektet. Det man oppnår ved individtilsynsdelen av tilsynsprosjektet bør også ses i relasjon til det.»

reaksjonen kan det også komme erstatning. I Norge er den offentlig, ikke privat, som den var til slutten av 1980-årene. Hadde erstatningen vært privat ville innslaget av straff, og hevn, blitt sterkere.

Tilsynet har strukturelle likhetstrekk med helsevesenet. Det institusjonelle tilsyn har likhetstrekk med folkehelsearbeidet, om enn særlig det som skjer innad i de kliniske institusjoner. Individtilsynet har likhetstrekk med klinikken, altså behandlingstjenesten. Vi kan også si, den første er mest offensiv; den skal gripe inn før patologi har oppstått. Den annen er mest defensiv; den skal gripe inn etter at patologien er oppstått og gjerne gi høyere prioritet til de som er rammet av den mest alvorlige patologi.

De to former for tilsyn er nokså ulikt organisert. De preges (derfor) også av ulik kultur. Det institusjonelle tilsyn er systemisk (sosiologisk) og «ser» ikke individer. Individtilsynet ser ikke organisasjonen og kulturen. Det ser bare individer. Det første tilsyn sosiologiserer altså bort individene, men dermed også det individuelle ansvar. Slik utfordrer det også grunnlaget for reaksjoner overfor enkeltbehandlere. Siden de systemorienterte tilsynsfolk dominerte i de årene vi ser på, tilsynsgjennombruddets år, bidro de til å dempe reaksjonsnivået overfor enkeltbehandlere. Den som er et «offer» for systemer har mindre ansvar (og skyld). De som drev individrettet tilsyn, hadde en litt større tendens til å se at systemisk patologi også kunne skyldes individsvikt.

Mot slutten av den perioden vi ser på, kom mer allsidige synspunkter til å prege tilsynsmiljøet, særlig det systemiske. Det fremstod som urealistisk å se på institusjonene bare fra en systemisk synsvinkel. Uansett hvor godt man organiserte institusjonene oppstod der svikt. Den kunne reflektere en form for individsvikt, spesielt hva ledere angikk: Hvis ikke ledere kan fungere som individer, og svikte som det, mister ledelse sin betydning (og relevans). Systemtilsynsfolkene så også at alle organisasjoner hadde innebygde spenninger; ja, kunne være koalisjoner av interessenter (for eksempel etter yrkesgruppe), og at de kunne gi seg utslag i strid og i neste omgang i brått oppstått patologi. De samme tilsynsfolkene så også at tilfeldigheter, ofte som sjokk utenfra, kunne skape plutselig patologi i en organisasjon. Det ble naturlig å skille mellom systemisk forståelse og tilsynspraksis og ulike former for hendelsesbasert forståelse og praksis.

Den individrettede forståelse og det individrettede tilsyn ble i praksis også håndtert med sosiologiske innslag. De som hadde sviktet ble i noen grad tolket mer eller mindre systemisk: Man fant «formildende» forhold når reaksjoner skulle gies. De kunne for eksempel ha med pasientens adferd å gjøre. Nå kunne slike forhold brukes som grunnlag for systemisk-individuelle tiltak, om enn mest for behandlerne. Man ser jo at en del av interkontrollpolitikken kan ha en pedagogisk, holdningsutviklende funksjon. Man kan også tenke seg at den vanlige ledelse innad i en klinisk organisasjon kan gies innslag av opplæring, etisk sådan inkludert, og kanskje (på lengre sikt) i nye kvalifiseringer (eksamener).

Vi ser derfor at de gamle skillene erstattes av et nytt, skillet mellom *planlagt* tilsyn (med vekt på systemtilsyn) og *hendelsesbasert* tilsyn. I det siste tilfelle får man da en kombinasjon av «tradisjonelt» hendelsestilsyn og mer systemisk inspirert hendelsestilsyn.

Det er ikke tilfeldig at Helsetilsynet, som i betydelig grad hadde hatt en «helseinspektatpreget» organisering også etter 1994, fra 2002 får en rent tilsynsbasert organisering. De to «faglige» avdelinger ble: én for planlagt tilsyn og én for hendelsesbasert tilsyn. Også helseerettsavdelingen falt, bemerkelsesverdig nok, bort. Vi skal komme tilbake til dette.

Internkontrollforskriften

Selv om tilsynet ble mer allsidig frem mot årtusenskiftet fortsatte det institusjonelle tilsyn, basert på internkontrollprinsippet, å være dominerende. Det viser seg ved at arbeidet med å lage en helseerettet internkontrollforskrift, etter å ha stoppet opp i 1992, gradvis ble gjenopptatt. Noen mente man på helsesiden kunne bruke HMS-forskriften fra 1992 – som nå var under revisjon. I brev til departementet, sendt den 15. mars 1996, gav Helsetilsynet sin tilslutning til det.¹⁹⁵ Sosial- og helsedepartementet sluttet seg i brev til Kommunal- og

¹⁹⁵ *Forskrift om internkontroll – oppfølging av møte med Kommunal- og arbeidsdepartementet*, brev sendt Sosial- og helsedepartementet 15.3.1996. Det heter tilslutt i brevet, undertegnet av Magnar Kleppe, at «Dersom statlige tilsynsmyndigheter skal forholde seg til forskjellige forskrifter og krav til innhold i internkontrollsystemene, vil etter vår oppfatning også samordning av tilsynet kompliseres». Sak, Helsetilsynet, nummer 96/1760 5.

arbeidsdepartementet til dette.¹⁹⁶ KAD svarte at det nå arbeidet med en revisjon av sin forskrift og tok sikte å komme med den slik at den kunne gjelde fra 1997.¹⁹⁷ Helsetilsynet tok dette til etterretning og startet arbeidet med å lage en forskrift for helsevesenet, men tok sikte på siden å ta med også sosialvesenet.¹⁹⁸ Sosial- og helsedepartementet gav den 20. februar 1997 i brev til Helsetilsynet beskjed om at arbeidet med en egen helseforskrift skulle settes i gang i første halvår 1997.¹⁹⁹ Helsetilsynet klarte ikke å gjøre det, men hadde et møte med departementet om saken den 23. september 1997. I en faks den 6. oktober 1997 opplyser Helsetilsynet at det tar sikte på å ha et utkast til forskrift klart innen utløpet av året. Faksen hadde Kjell Røynesdal, Helsetilsynets gamle kvalitetsutviklingsmann, som adressat. Han hadde nå fått stilling i departementet. Røynesdal svarte i brev den 7. oktober at departementet ønsket å få et utkast innen årets utløp, men forutsatte at Helsetilsynet hadde løpende kontakt med departementet om saken.²⁰⁰ Helsetilsynet, ved tilsynsprosjektet, engasjerte rådgiver hos fylkeslegen i Hedmark, konsulent (jurist) Øystein Ruud til å utforme forslaget til forskrift. Helsetilsynet ønsket å motta forskriftsforslaget innen årsskiftet 1997/98. Ruud arbeidet raskt og allerede den 17. november kunne Helsetilsynet sende utkastet til uttalelse til fylkeslegene og instanser innad i Helsetilsynet, med svarfrist den 5. desember. Det var meningen at forskriften skulle tre i kraft 1. juli 1998.

Utkastet var på til sammen 9 paragrafer: 1. Formål. 2. Virkeområde. 3. Definisjoner. 4. Plikt til internkontroll. 5. Innholdet i det systematiske

¹⁹⁶ *Forskrift om internkontroll – oppfølging av møte med Kommunal- og arbeidsdepartementet.* SHD-sak 96/01412, 29.3.1996.

¹⁹⁷ *Forskrift om internkontroll*, brev fra KAD til SHD, 24.4.1996. KAD-ref.: 96/1639.

¹⁹⁸ *Forskrift om internkontroll*, brev fra Statens helsetilsyn til SHD, 20.8.1996. Helsetilsynet, sak nr. 96/1760 5.

¹⁹⁹ *Vedrørende forskrift om internkontroll.* Brev fra Sosial- og helsedepartementet til Helsetilsynet 20. februar 1997. Dep.ref. 96/01412. Helsetilsynets referanse; 96/1760 3.

²⁰⁰ *Forskrift om internkontroll – utarbeidelse av utkast.* Dep.ref.: 96/01412.

internkontrollarbeidet. Krav til dokumentasjon. 6. Tilsynsmyndighet. 7 Klage. 8. Dispensasjon. 9. Ikrafttredelse.

Det var særlig den første paragrafen som utløste kritiske kommentarer. Mange så den som «uryddig» eller noko utflytande» (Geir Sverre Braut, Rogaland, Anders Smith (f. 1945), Akershus). Den tok med for mye og blandet formål og virkemidler, hevdet en del.

Vi skal her bare sitere denne paragrafen.

«Denne forskriften skal fremme forbedringsarbeid i helsetjenesten ved at de utøvende virksomheter gjennom systematiske tiltak sørger for at lovgivningen som gjelder for helsetjenesten blir etterlevd. Videre skal forskriften bidra til å fremme faglig forsvarlige helsetjenester. Forskriften skal også bidra til å sikre en systematisk styring og gjennomføring av aktiviteter med sikte på å oppnå en riktig kvalitet på tjenestene og en best mulig sikkerhet for pasientene.

Et annet formål er legge forholdene til rette for et helhetlig og samordnet myndighetstilsyn med helsetjenester».

Det kom mange kommentarer til utkastet. Fylkeslegen i Buskerud, Håkon Toft, skrev hele åtte sider, fylkeslegen (fung.) i Oslo, Anne Wenche Lindboe (f. 1957), skrev seks sider og administrasjonsavdelingens Helge Høifødt, på «egne vegne», seks sider. Høifødt bemerket mer alment: «Lovens oppstilling av alment aksepterte faglige normer som styrende for internkontrollens innhold likestilt med lov og forskrift er ikke umiddelbart forståelig». ²⁰¹ Det er en interessant kommentar. Høifødt gir, som jurister gjerne også gjør, loven primat, men hva det innebærer er ikke alltid åpenbart. Lover har ofte en innledende formålsparagraf. I forskriften som trådte i kraft i 2003 het det i § 1: «Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene». Det kan i mange tilfeller gi andre resultater hvis man tar utgangspunkt i forsvarligheten, og dermed alment aksepterte faglige normer, enn hvis man tar utgangspunkt i (resten)

²⁰¹ Helge Høifødt, *Utkast til internkontrollforskrift*, remissuttalelse adressert til tilsynsprosjektet. Notat datert 4. desember 1997, arkivref.: 96/1760 6. Sitat, s. 1.

av paragrafen. Via det første leddet i formålparagrafen kan fort det medisinske skjønn sette de «ekte» regler til side.

Fra tannhelseseksjonen i avdeling 1 i Helsetilsynet kom denne interessante kommentaren: «I forskriftens § 1, er det i første setning vist til at formålet med forskriften er å fremme forbedringsarbeid i helsetjenesten. Etter vår oppfatning er formålet med internkontrollforskriften å forebygge svikt i helsetjenesten». Kommentaren er treffende, for tilsynsprosjektet, med internkontrollprosjektet, er i hovedsak sviktforebyggende.

Kvalitetsutvikling, som gjennom Kjell Røynesdal hadde stått sterkt i tannhelseseksjonen, spilte en rolle i Helsetilsynet, men den juridisk inspirerte sviktforebyggelse stod sterkere. Hvis de «nye» tilsynsfolkene talte om kvalitet, var det spesielt kvalitetssikring de talte om. Som vi har sett «flirtet» dog Kleppe en del med kvalitetsfilosofien.

Avdeling 5 sendte sent i april et revidert forskriftsforslag til ledergruppens møte den 21. og 22. april 1998. Det var særlig den første paragrafen som ble endret. Forslaget ble nå slik:

«Denne forskrift skal bidra til faglig forsvarlige helsetjenester og forbedringsarbeid i helsetjenesten ved at alle som yter helsetjenester skal ha et nødvendig og hensiktsmessig system for å sikre etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen som gjelder for virksomheten.

Forskriften skal også bidra til å sikre systematisk styring og gjennomføring av aktiviteter i virksomheten, samt legge forholdene til rette for et helhetlig og samordnet tilsyn fra de myndigheter som fører tilsyn med helsetjenesten.»

Det hadde vært en omfattende diskusjon på forhånd før paragrafen fikk denne utformingen. Utformingen viser at forfatterne forsøkte å forene spenningsfylte formål. I første avsnitt fremstår faglig forsvarlighet som et overordnet formål. Dette formål fremstår som dynamisk: I takt med fagutviklingen endres også kravet til faglig forsvarlighet. Slik reflekterer første del av paragrafens første del den mer dynamiske kvalitetspolitikken og annen del den mer statiske kvalitetssikringspolitikken – som premisene for denne er formalisert gjennom lovgivningen. Det andre avsnittet er uklart, men poenget her er kanskje at de spenningene som første avsnitt i paragrafen skaper må løses av dem som utøver tilsynet.

Utover våren fortsetter diskusjonen om forskriften, men uten noen tydelig avklaring. I et notat til departementet midt i mai (1998) konstaterer således den viktigste saksbehandler og «tenker» i prosessen med å formulere internkontrollforskriften, Gorm Are Grammeltvedt (f. 1967): «Det har i praksis vist at det har hersket noe uklarhet omkring **forholdet mellom og innholdet i begrepene internkontroll og kvalitetsutvikling**».²⁰² Den 18.5. forelå et nytt, marginalt revidert, forskriftsforslag

Det var liten fremgang i arbeidet med å utarbeide forskriften i løpet av annet halvår av 1998. I brev av 19.1.1999 skriver Helsetilsynet til departementet og «klager» over at kartlegginger som er gjort viser at det går sakte med å innføre internkontroll.²⁰³ Det fortsatte imidlertid å gå sakte, ikke minst fordi de store omorganiseringsprosessene som ble gjennomført frem til 2002 og til dels 2003 tok mye av tiden og oppmerksomheten. Helsetilsynet ble radikalt omorganisert. Det ble et rent tilsynsorgan. Det fikk styringsoppgaver overfor fylkeslegene bare hva angikk tilsynsoppgavene. De andre oppgaver ble lagt under fylkesmannen. Helsetilsynets oppgaver lokalt ble utvidet til også å omfatte sosialvesenet. Endringene krevde endringer i en rekke lover og forskrifter, og kunne derfor bare tre i kraft etter en tid. For så vidt som fylkeslegene ble et lokalt organ også for Sosial- og helsedirektoratet, kom fylkeslegene under en trehodet ledelse.

Forskriften for helse- og sosialvesenet ble endelig vedtatt (ved kgl.res.) den 20. desember 2002.

Helsetilsynet ble med dette i stor grad et rent tilsynsorgan. Det ble rensket for forvaltnings- og styringsoppgaver. Det mistet imidlertid også en del tilsynsoppgaver, nemlig tilsynet med (og forvaltningen av) legemiddelkjeden og det medisinske utstyr. Legemiddelforvaltningen gikk altså i noen grad gjennom en prosess som nærmest var den motsatte av

²⁰² *Utkast til forskrift om internkontroll*, fra uferdig notat fra G. A. Grammeltvedt (7.5) til departementet. Sak nr. 96/1760 5, s. 2.

²⁰³ *Innføring av internkontroll i helsetjenesten – videre fremdrift*. Brev fra Helsetilsynet til departementet 19.1.1999. Sak nr. 96/1760 5. I brevet ber Helsetilsynet om et snarlig møte «der innføring av internkontroll i helsetjenesten kan drøftes.» Vi merker oss nå at nye saksbehandlere (til dels) er kommet til, nemlig Asbjørn Haugsbø (fung. avd.dir.) og rådgiver Kjell Erik Øie.

den Helsetilsynet gikk igjennom. Det ble et slags direktorat for «varesiden» av helsevesenet.

Det overordnede faglige tilsyn

Den tredje form for tilsyn tilsynsetaten skal drive med er det overordnede faglige tilsyn. Det nevnes først i lovens paragraf 1 og er også ført opp som første underprosjekt under tilsynsprosjektet. Det fremgår imidlertid ikke av loven, eller for den saks skyld av dens forarbeider, hva dette tilsynet går ut på. Magnar Kleppe, tilsynsprosjektets leder fra starten av, skriver (7.3. 1995) at overordnet tilsyn «blant annet» omfatter «de aktiviteter som Helsetilsynet driver for å kunne overvåke helsetjenesten i et nasjonalt perspektiv». I prosjektbeskrivelsen fra 9. juni 1995 skriver han at man i prosjektet skal «Bidra til å gi begrepet «overordnet faglig tilsyn» et klarere innhold og legge grunnlaget for etablering av et system for nasjonal monitorering og strategisk analyse av relevant informasjon, herunder utvikling av metoder, strategier og forslag til retningslinjer for dette».²⁰⁴ Virkelig klargjørende er heller ikke dette forsøket på begrepsavklaring. Det er ikke tilfeldig. Departementet (og lovgiveren) hadde jo slett ikke gitt klare anvisninger på hvordan begrepet skulle forstås.

Det står i lovens første paragraf at Helsetilsynet skal drive det *overordnede* faglige tilsyn med helsetjenesten. Ordet «overordnet» henviser normalt til staten selv. Siden det også står at dette tilsynet er «faglig», er det imidlertid rimeligere å forstå subjektet som Helsetilsynet. Hadde dette ordet vært borte hadde det vært naturlig å se på subjektet som staten, altså departementet. Ordet «tilsyn» – å passe på eller kontrollere – gjør også at vi må se på subjektet som Helsetilsynet. Det kan da være naturlig å forstå det overordnede faglige tilsyn som et slags «metatilsyn», altså et tilsyn med det direkte tilsynet. Dette drives i første rekke av fylkeslegene. Det er kanskje slik Kleppe i første omgang forstod «metatilsynet», nemlig som et *nasjonalt* samordnende tilsyn? Det het også i sosialkomiteens innstilling til Odelstinget (nr. 88 (1991–92), s. 10), at «Det er ... behov for et sentralt, faglig uavhengig organ som kan se til at

²⁰⁴ *Helsetilsynets prosjekt for utvikling av det faglige tilsyn med helsetjenesten (tilsynsprosjektet) - prosjektbeskrivelse, 9.6.1995.*

det lokale tilsyn utøves likt i hele landet, og som kan samle og systematisere erfaringsmateriale så det kommer helsetjenesten i hele landet til gode».

Vi ser imidlertid få spor av at Helsetilsynet i denne perioden driver et aktivt samordnende tilsyn. Dog var det slik at saker som kunne resultere i formelle reaksjoner skulle henvises til Helsetilsynet. Helsetilsynet fikk på den måten en slags samordnende tilsynsrolle. Vi kan også si at Helsetilsynets generelle styring av fylkeslegene, blant annet gjennom strategiske planer, tildelingsbrevet, virksomhetsplanene og fylkeslegemøtene var uttrykk for samordning, medregnet samordning av tilsyn.

I forarbeidene til den siste endringen av tilsynsloven (våren 1992) beskrives «overordnet faglig tilsyn som en oppgave som består i å følge med i og overvåke helsetjenestens ytelser og vurdere behovsdekningen og tilbudsutforming i forhold til nasjonale mål og prioriteringer».²⁰⁵ Svært forenklet kan vi si at det overordnede tilsyn består i to primære, empiriske oppgaver, å kartlegge *behovssituasjonen* – særlig gjennom epidemiologisk overvåkning (via blant annet meldeordningene, registrene etc.), og å kartlegge, på en behovsreflekterende måte, *tilbudene* (som system), altså helsevesenet. Den tredje, anvendte oppgaven, blir så å vurdere hvor godt det eksisterende tilbud passer behovssituasjonen (i dag og i årene som kommer). Kleppe og tilsynsprosjektet sier ikke dette eksplisitt, men vi ser på det som en naturlig tolkning av deres syn. Hvis vi tar utgangspunkt i denne tolkningen blir det overordnede tilsyn å se hvor godt helsevesenet, diagnostisk og terapeutisk, fungerer. Anvendt sett, kan tilsynet kan gå ut på å foreslå helsetjenestetiltak som kan *reducere svikten* i dagens helsevesen (kvalitetssikring) eller å *øke prestasjonene* (kvalitetsutvikling). I det første tilfelle blir det overordnede tilsyn mest tilsynspreget. I det annet tilfelle blir det mer helsepolitisk.

Forstått på denne måten blir det overordnede faglige tilsyn i større eller mindre grad en styringsoppgave.

²⁰⁵ Sitert etter Magnar Kleppe, *Overordnet faglig tilsyn med helsetjenesten – begrepsavklaring*. Notat 24. mai 1996, s. 7.

I praksis spiller det overordnede tilsyn en beskjeden rolle i den perioden vi ser på. Da Helsetilsynet fra 2002 ble et «rent» tilsynsorgan, ble denne rollen ytterligere svekket. Det overordnede tilsyn, i den grad det ble gitt eksplisitt oppmerksomhet, ble overført til det nye Sosial- og helsedirektoratet, men også departementet (fra 2004 Helse- og omsorgsdepartementet).

Det overordnede tilsyn kom mest konkret til uttrykk gjennom de årlige tilsynsmeldingene.²⁰⁶ Disse er ikke lagt opp på en strengt systematisk måte. De består av essaypregede, «menende» kapitler. De er skrevet for en bred lesergruppe og inneholder artikler om funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn. Helsedirektør Anne Alvik skrev i forordet til meldingen for 1997 at

«Det er en tilsynsoppgave å påse at samfunnets krav til helsetjenesten oppfylles og at helsetjenestens rammevilkår er tilstrekkelige til å ivareta brukernes behov. Selv om vi ovenfor har nevnt at norsk helsetjeneste i hovedsak gir et godt tilbud, vil denne tilsynsmeldingen trekke fram noen av de utfordringene vi ennå står overfor».

Tilsynsmeldingene har ikke eksplisitt «overordnede» kapitler. De omtaler særlig det Helsetilsynet ser på som svakheter og diskuterer hva ulike aktører kan gjøre med dem. Man kan allikevel si at de samlet sett gir uttrykk for et nokså tydelig normativt syn. Vi kan kalle dette syn Helsetilsynets overordnede perspektiv. Det er imidlertid ikke bare Helsetilsynets perspektiv, det er det perspektiv som gjennomsyrrer norsk helsepolitikk, i mange henseender på tvers av partiene. Det er også et perspektiv som preger dem som arbeider i Helsetilsynet, og til dels ved fylkeslegekontorene. To verdier preger dette perspektivet: *likhet* og *kvalitet*. Ser vi på den kliniske helsetjenesten kommer dette til uttrykk i at tilgjengeligheten til tjenester skal være lik, uavhengig av personenes ulike egenskaper. Denne likheten skal også gjelde innad i helsetjenesten. I økende grad legges det vekt på at tilgjengeligheten skal være tilgjengelighet til tjenester som ligger på et kvalitativt høyt nivå. Forebyggende kommer likhetskravet, men mer ideologisk enn praktisk, til

²⁰⁶ Den første tilsynsmeldingen kom i 1991. Den inneholdt både data og synspunkter og analyser. Etter hvert ble den preget av synspunkter og analyser.

uttrykk i at helsevesenet skal bidra til at helseforventningene blir mest mulig like på tvers av en rekke sosiale og andre kriterier.

Det norske helsevesen klarer ikke å leve helt opp til de nevnte verdiforventningene. Det skyldes at det koster mere enn samfunnet er villig til å yte. Dette har gjort at mere oppmerksomhet rettes mot å økonomisere med ressursene. Omkostningseffektivitet er blitt et stikkord for denne relativt nye (fra begynnelsen av 1970-årene, men særlig fra 1980-årene) politikken. Siden inntektene til helsevesenet hovedsakelig kommer fra skattebetalingene, har økonomiseringshensyn fått økende betydning. Det har skapt et større press på likhetsverdien, til dels også kvalitetsverdien. Det kommer til uttrykk i tilsynsmeldingene.

Helsetilsynet kombinerer ikke helsetilsyn og helseøkonomitilsyn. Det passer på å holde sine budsjetter, som vi har sett, men det driver ikke et integrert helse- og økonomitilsyn. Det har derfor en tendens til å bli utgiftsdrivende. Det ser vi også av tilsynsmeldingene.

Felles tilsyn

Tradisjonelt ble tilsynet primært drevet i regi av fylkeslegene. Med overgangen til 1990-årene, og for alvor med overgangen fra direktorat til helsetilsyn, kom de felles og stadig mer styrte fellestilsyn. Disse skulle gi et bedre grunnlag for å sammenligne og dermed lære. Stortingets sosialkomite gav i forbindelse med den store omorganiseringen i 1992 (til 1994) det kommende helsetilsyn signaler til støtte for denne politikken. Den uttalte:

«Flertallet vil peke på at et tilsyn utøvd av fylkeslegene alene kan fremstå som oppsplittet og for lite koordinert. Det er derfor behov for et sentralt, faglig uavhengig organ som kan se til at det lokale tilsynet utøves likt i hele landet, og som kan samle og systematisere erfaringsmaterialet så det kommer helsetjenesten i hele landet til gode».

Denne linjen ble fulgt opp fra 1995. Etter forslag fra fylkeslegene bestemte Helsetilsynet hvert år hvilke (to) områder som skulle velges ut for nasjonalt tilsyn. Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon. Tilsynet ble planlagt av en arbeidsgruppe ledet av en fylkeslege. Helsetilsynet laget

et mandat for gruppene. Gruppene bestod av medlemmer fra de aktuelle avdelingene i Helsetilsynet og en del av fylkeslegekontorene. Gruppene laget veiledere for tilsynene. De laget også avsluttende rapporter for tilsynene. I tabell 8.1. er det gitt en oversikt over temaene for felles tilsyn for årene 1995 til og med 2001.

Tabell 8.1: Oversikt over temaene for felles tilsyn 1995–2001	
År	Tema
1995	Sykehjem
1996	Praktiseringen av lov om svangerskapsavbrudd Øyeblikkelig hjelp-plikten i psykiatrien
1997	Legevaktjenesten Kirurgiske avdelinger
1998	Helsetjenesten for eldre Ventetidsforskriften
1999	Miljørettet helsevern i skoler og barnehager: Kommunenes godkjenning av tilsyn Smittevern i sykehus
2000	Skolehelsetjenesten Internkontroll med hovedvekt på kvalitetsutvalgenes funksjon i virksomhetenes interne avviksbehandling
2001	Helsetjenesten i fengsler Helsetjenester til aldersdemente
2002	Psykisk helsevern for barn og unge

I løpet av perioden ble det også foretatt faktaorienterte kartlegginger, av og til kombinert med tilsyn. Det ble således foretatt en del kartlegginger, blant annet om i hvilken grad kommuner og fylkeskommuner hadde innført internkontroll. I 2001 ble det foretatt et tilsyn med regionsykehusene, etter initiativ fra fylkeslegene i sykehusenes vertsfylker og Helsetilsynet. I årene 2001–2002 ble det gjennomført tilsyn med det psykiske helsevern i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, med særlig vekt på barn og unge. Dette tilsynet bestod i et «situasjonsbestemt» (nytt ord) overordnet faglig tilsyn (faktaregistrering, også et nytt ord) og et felles virksomhetstilsyn. Det er, kan vi si, når faktaregistreringen kombineres med internkontrollbasert tilsyn at tilsynet blir overordnet.

9. Klagesaksprosjektet

Fase 1, 1995–1997

Da Helsedirektoratet, i stor grad, men ikke helt, i 1994 fortsatte som tilsyn var det naturlig at Helsetilsynet og dets ledelse spurte seg om hva det ville innebære. For å «finne seg selv» som tilsyn satte Helsetilsynet i gang med tilsynsprosjektet. Gjennom tilsynsprosjektet ble tilsynsoppgavene delt i tre, det institusjonelle tilsyn (internkontroll-tilsynet og kvalitetsutviklingen), individtilsynet (siden hendestilsynet) og det overordnede faglige tilsyn. Vi har ovenfor redegjort for disse formene for tilsyn. Det vi nå skal se på, klagesaksbehandlingen, er en del av individtilsynet (hendestilsynet). Her skal vi imidlertid se på denne del av individtilsynet spesielt.

Som vi har sett er det vanskelig å gi en presis karakteristikk av de tre formene for tilsyn. Den underformen av individtilsynet vi nå skal se på, er det enkleste å karakterisere på en presis måte. Den som ble engasjert for å lede dette (under)prosjektet, førsteamanuensis i rettsvitenskap ved Diakonhjemmets høyskole, Olav Molven, var både presis og poengtert.

Han beskriver klagesaksprosjektet som et anvendt prosjekt.²⁰⁷ «Hvordan oppnå en rasjonell og effektiv behandling av klagesaker i Statens helsetilsyn og samtidig å ta nødvendig hensyn til rettssikkerhet for pasienter og helsepersonell?»

Målet med prosjektet er altså å øke (og øke) effektiviteten i klagesaksbehandlingen. Det skal imidlertid skje med rettssikkerhet for pasienter og helsepersonell som en *forutsetning* eller «beskrankning» («constraint»). Man kunne tenke seg at de to former for rettssikkerhet også hadde vært «relative» mål, men (for jurister) forståes rettssikkerhet gjerne på en «absolutt» («hellig») måte. I praksis vil tilsynsetaten av og til moderere kravene til rettssikkerhet. Hadde den ikke gjort det kunne saksbehandlingen av og til ta «urimelig» lang tid. Med andre ord: Hensynet til rettssikkerhet kan gå utover rettssikkerheten. Molven

²⁰⁷ Olav Molven, *Klagesaksprosjektet*, KL. DOK 1, s. 1, udatert (1995).

«innrømmer» også det av og til, som vi skal se. Vi legger til at siden det maksimerende formål er å øke effektiviteten er klagesaksprosjektet egentlig mer et økonomisk enn rettslig motivert prosjekt.



Olav Molven (f. 1948), c.j. Han var prosjektleder for klagesaksprosjektene i Helsetilsynet 1996–2000. Han var pasientombud ved Rikshospitalet 1986–89 og forsker, NAVF 1990–1993. Han arbeidet så som førsteamanuensis og dosent ved Diakonhjemmets høgskole. Han har skrevet flere mye brukte lærebøker i (bl.a.) helserett. (Foto: Privat)

Molven ble engasjert som prosjektleder for prosjektet fra 15.8.1995 til 31.12.1996. Tre prosjektmedarbeidere, alle jurister, utførte til sammen to månedersverk.

Utgangspunktet for prosjektet er ‘klagesak’.

Molven definerer klagesak slik:²⁰⁸

«Med klagesak menes en påstått/mulig avvikshendelse som meddeles/rapporteres til Helsetilsynet eller som faktisk kommer til Helsetilsynets kunnskap. Med avvikshendelse forstås her en begivenhet i samband med virksomhet i helsetjenesten der det er forskjell mellom faktisk adferd/behandling på den ene siden og på den andre siden de kravene som følger av lov, forskrift eller faglige standarder».

²⁰⁸ Olav Molven, Klagesaksprosjektet, KL DOK 1, 24.10.1995, s. 2.

Som man ser, han definerer begrepet vidt. Det er klokt. Det gjør at han kan ta med «alt» og slipper å lage uklare inndelinger. Han utelater imidlertid klager som har med (mis)bruk av forvaltningsmyndighet å gjøre. At han henviser til faglige standarder betyr at han lar fagligheten, i tillegg til økonomien, få spille en dynamisk rolle.

Molven foretok tidlig i prosjektet empiriske studier av reaksjonene, likhetsprinsippet og saksbehandlingen (samhandling, tid) for året 1995. Dette er noen av hans funn:

- Det er en tendens til at representanter for ulike grupper behandles ulikt.
- Det skal større kritikkverdige avvik til enn det som har vært fra lovgiverens intensjoner før reaksjonene advarsel eller tilrettevisning brukes.
- Bruk av kritikk som reaksjonsform synes å ha blitt den vanligste reaksjonsformen overfor leger, i strid med lovgiverens intensjoner.
- Interne mål for saksbehandlingstid er ikke nådd.
- Mer enn $\frac{3}{4}$ av sakene som fylkeslegene sendte til Helsetilsynet endte uten reaksjon eller med reaksjonen uformell kritikk.
- Ca. en tredjedel av sakene som ender med reaksjoner har vært igjennom en omfattende diskusjon mellom fagavdelingene og rettsavdelingen om reaksjonsnivå.
- Statistikkføringen er delvis vilkårlig. Både gjennomsnittlig saksbehandlingstid og mediantiden i klagesakene generelt er ca. ett år og seks måneder.
- Saksbehandlingstiden i Helsetilsynet er mer enn to år i ca. fjerdeparten av sakene.
- Saksbehandlingstiden i Helsetilsynet er mer enn halvannet år i nesten halvparten av sakene.²⁰⁹

Disse tallene gir ikke et systematisert bilde av situasjonen midt i 1990-årene, men en god indikasjon: Fortidens skjønnsbaserte tilsyn har skapt et

²⁰⁹ *Statusrapport 2 i klagesaksprosjektet*, internt notat ultimo september 1996 (sendt til ledermøtet 14/8 – 6.11.), s. 2–3.

praksismønstre som langt fra er borte. Helsetilsynets ledere visste at det var slik og satte derfor i gang klagesaksprosjektet. De trengte mer presise data for å kunne legitimere en gjennomgripende revisjon av praksis.

I klagesaksprosjektets fase to var formålet å identifisere årsakene til de påviste problemene – altså den lange saksbehandlingstiden – og bruke det som utgangspunkt for å foreslå reformer. Molven konstaterer først at systemmanglene (m.m.) langt på vei kan forklares med «manglende avklaringer av prinsipiell art og (derav) mangel på etablering av (enhetlige) rutiner». Denne forklaringen nærmer seg det tautologiske, men den gjør det jo klart hva prosjektlederen ønsker: mer «system» (sett av rutiner). Svaret er inspirert av internkontrolltenkningen. Hvorfor står den moderne systemtenkningen så svakt, spør Molven videre, og svarer: «Klagesaker synes å være nedprioritert i praksis». Han nevner at bare halvparten av rettsavdelingens årsverk går med til klagesaksbehandling. I fagavdelingene gjøres mye av arbeidet av pensjonert personell og så av en travel fagsjef. Molven vil ha en rettsdogmatisk opplæring i de berørte avdelinger og, generelt sagt, systemrettede rutiner.²¹⁰

Molven leverte sluttrapporten for (det første) prosjektet den 8. januar 1997. Vi skal omtale noen av hovedfunnene fra rapporten. I vedlegg 4 til rapporten presenteres funnene gjennom tabeller. Vi starter med fylkeslegenes «siling» av klagesakene.²¹¹

I 1996 opprettet fylkeslegene ca. 1600 klager fra pasienter og pårørende. Av disse endte 60 prosent uten reaksjon fra fylkeslegene. De gav kritikk til helsepersonell eller institusjoner i 28 prosent av sakene. De øvrige klager ble sendt til Helsetilsynet. Rapporten viser at fylkeslegene behandler klagen litt ulikt. Det gjelder avvísninger og summariske avgjørelser. Det gjelder også andelen reaksjoner. I noen fylker kom der reaksjoner i 10 prosent av sakene, i andre fylker i ca. halvparten. Andelen saker som ble sendt til Helsetilsynet varierte fra ingen til ca. en tredel av sakene. Mange fylkesleger forteller at de noen ganger lar være å sende saker til Helsetilsynet selv om de mener det er grunnlag for formelle reaksjoner. De

²¹⁰ *Ibid.*, s. 4.

²¹¹ *Klagesaksprosjektet – Sluttrapport*, Statens helsetilsyn 8.1.1997, s. 8–9 (de to neste avsnitt.9).

sier at det er bedre at de aktuelle helsetjenesteyterne får en uformell kritikk fra fylkeslegene enn at de må vente et par år på den formelle reaksjonen.

I Helsetilsynet ender ca. en fjerdedel av sakene med formelle reaksjoner, vel halvparten med kritikk og nær en fjerdedel uten reaksjoner.

Sakene behandles i et relativt standardisert forløp. Først registreres sakene i helseerettsavdelingen. Derfra sendes de videre til en fagavdeling med spørsmål om hva som trengs av ytterligere opplysninger og så tilbake til helseerettsavdelingen. Eventuelt kan det ende med at saken sendes til sakkyndige. Når de relevante informasjoner er hentet inn går saken til en fagavdeling. Den foreslår en reaksjon. Så foreslår helseerettsavdelingen en endelig uttalelse. Der kan så bli ytterligere diskusjon om uttalelsen mellom de to avdelingene. Ender saken med forslag til reaksjon sendes den til ledelsen for endelig avgjørelse. Sakenes gang gjennom de ulike avdelingene kan variere noe, men gjerne slik at avdelingslederen, eventuelt en fagsjef (i fagavdelingene) er siste saksbehandler. Når Helsetilsynet får en sak, varsles klageren og får vite hvem som skal behandle saken. Det sies ikke noe om når en uttalelse kan komme, bortsett fra at det kan ta tid (på grunn av saksmengden).

Sakene gjennomgår en omstendelig intern og ekstern behandling. Molven opplyser at der for mange saker kan foretaes 15–20 oversendelser mellom de involverte enheter.²¹² Sakene blir i stor grad behandlet av flere personer i de samme avdelinger. Det meste av kommunikasjonen, både innad i og mellom avdelingene skjer skriftlig. Der lages imidlertid ingen løpende oversikt over saksflyten. Det gjør det vanskelig å føre et løpende indre tilsyn.

Vi har tidligere omtalt hvordan de juridiske og helsefaglige medarbeidere representerer ulike type kompetanse og kultur, og skal bare kort summere litt opp. Juristene er unge og preget av den normrasjonelle logikk. De kjenner i begrenset grad helsevesenet og behandler sakene på en møysommelig måte. Legene er ofte erfarne personer, med omfattende klinisk erfaring. En del av legene er deltidsarbeidende pensjonister. De to gruppene representerer slik nokså forskjellige kulturer. Kulturforskjellene forsterkes av at de to gruppene arbeider i hver sine avdelinger. Som vi har

²¹² *Ibid.*, s. 11.

nevnt tidligere har de «formalistiske» juristene en tendens til å være strengere i sine vurderinger av om reaksjoner skal gies enn legene som kan forstå dem det er klaget på, gjerne leger, på en «kollegial» og litt mildere måte.²¹³

Det finnes ikke statistikk som viser hva de enkelte klagene gjelder, hvem klagene er rettet mot og hvem reaksjonene er rettet mot. Om andre sider ved klagene er der en del informasjon; her i hovedsak fra 1995. Vi vet at saker som ender med reaksjoner utgjør 70 prosent av klagetilfanget i Helsetilsynet. Vi vet også at sakene som ender med reaksjoner mot personell gjelder i tre av fire tilfeller behandling eller kombinasjon av behandling og journalføring. De øvrige består hovedsakelig av klage på adferd.

I 1995 ble det fattet avgjørelser i 191 saker. Det ble reagert i 131 av tilfellene (72 prosent). Det ble tildelt 147 reaksjoner (noen dobbelte) og foretatt syv anmeldelser. Av disse var 18 tilbakekallelser, fire suspensjoner, én tap av og tre suspensjon av forskrivningsrett, 19 advarsler, 27 tilrettevisninger og 46 kritiske anmerkninger mot virksomhet og 29 mot institusjoner. Alle tilbakekallelser var begrunnet i (uheldig) adferd.

Som vi har nevnt før viser det seg at Helsetilsynet krever større grad av «svikt» for å reagere med advarsel og tilrettevisning enn lovgivernes intensjon hadde vært da de innførte bestemmelsene.

Molven viser også at når ulike grupper av helsepersonell på sammenlignbare områder (f.eks. legemiddelmisbruk) får reaksjoner rammes²¹⁴ sykepleiere hardere enn leger.

På grunnlag av data innkommet til Helsetilsynet fra første halvår i 1996, og saker oversendt fra politiet, konkluderer Molven at det kommer inn ca. 180 saker til Helsetilsynet hvert år. I 1995 191 klagesaker, altså omtrent som i 1996. Til dette gikk det med ca. 13 årsverk. Den 1.1.1996 var det 391 klagesaker til behandling. Flere av disse sakene er flere år gamle.

²¹³ *Ibid.*, s. 12–13.

²¹⁴ *Ibid.*, s. 15.

Molven mener at Helsetilsynet til enhver tid har om lag 390 saker i omløp.²¹⁵

Den gjennomsnittlige behandlingstiden for saker som ble avgjort i 1995 var 18 måneder, enten sakene endte med reaksjoner eller ei. Slår vi sammen saksbehandlingstiden for fylkeslegene og Helsetilsynet får vi dette bilde: Under ett års behandlingstid: 15 prosent, fra ett til to år: 38 prosent, over to år: 47 prosent, over tre år: en tredjedel.

Olav Molven har sett på tiden det tar på de ulike trinn i saksbehandlingsprosessen og viser, generelt sagt, at det som koster tid er de mange (adskilte) trinnene i prosessen. Siden de ulike trinn er ulike ressurskrevende, betyr det at der oppstår flaskehalsen enkelte steder, spesielt i Helsetilsynet. Det bidrar til flaskehalsproblemer at saksbehandlingen på de ulike trinn ofte er tid- og ressurskrevende. Saksbehandlerne peker også på at klagesaksbehandling ikke har høy prioritet og at det delvis skyldes (lov)pålegg (om tidsfrister) og delvis reflekterer uformelle, interne normer. Begge forhold bidrar til at flaskehalsene får utvikle seg og bestå.

Klagesaksprosjektet ble i første rekke satt i gang fordi klagesaksbehandling «hang etter». Det store sakspresset bidro til det, men Molven viser at sakspresset også reflekterte en ineffektiv organisering av klagesaksbehandling. For Molven, og dermed hans oppdragsgiver, var også rettssikkerhet et viktig normativt hensyn. Han påpeker at tiden saksbehandling tar er et betydelig rettssikkerhetsproblem, særlig for pasienter og dem det klages på. Molven peker også på at Helsetilsynet og hele tilsynsetaten preges av at de ulike grupper behandles ulikt, etter gamle statuskriterier. Legene er stadig de «viktigste». Også hva tilsyn angår spiller altså den medikratiske arv fortsatt en rolle. På dette punkt har imidlertid Molven ikke andre reformforslag enn de «ideologiske»: å peke på «diskrimineringen» og sette etaten litt i «skammekroken».

Som situasjonen nå (1996–97) var, fyltes det på med nye saker. Det måtte gjøres noe drastisk, på midlertidig basis, for å komme videre på en varig, håndterbar situasjon. Molven foreslo derfor å la fylkeslegene sende færre

²¹⁵ *Ibid.*, s. 16. Neste avsnitt, samme referanse.

saker «oppover» og å la en del av ressursene i alle avdelinger midlertidig brukes til klagesaksarbeid. Han foreslo endelig at en ressursperson i helseerettsavdelingen fikk ansvaret for å lede den midlertidige «saneringen» av klagesaksoppgavene.

Molvens plan er kreativ og godt begrunnet. Den er også sårbar. Mye avhenger av at man klarer å få redusert klagesaksvolumet til et «bærekraftig» nivå.

Når det gjelder tiltak for å øke rettssikkerheten er Molvens viktigste forslag de allerede nevnte effektivitetsfremmende tiltakene: Fikk man ned ventetiden ville det i seg selv øke rettssikkerheten. I tillegg ville Molven ty til ulike politisk-pedagogiske tiltak: Ved å «programmere» legene og annet personell bedre vil de opptre mer likt. Det kunne bidra til økende tilbyderlikhet hvis tilsynet med tilbyderpraksis ble gjort mer omfattende, mente Molven. Hans forslag til rettssikkerhetstiltak hadde altså tilbydersiden som objekt, ikke etterspørselssiden, altså borgerne (pasientene). Noe kunne gjøres også i den retningen, nemlig ved å forsøke å «oppdra» mulige klagere til å bli mer «rasjonelle» som klagere. Dette er imidlertid indirekte også et tilbyderrettet tiltak.

Som vi ser spiller politisk-pedagogiske tiltak, det vil i stor grad si juridisk og kulturell-pedagogisk ledelse, en stor rolle for Molvens plan. Det betyr også at den viktigste aktør i arbeidet med å gjøre klagesaksbehandlingen mer effektiv og rettssikkerheten bedre (iallfall i noen grad) ble den som skal lede iverksettelsen av planene, nemlig Olav Molven selv. Ideene som preget planen, var i stor grad Molvens. Planens suksess ville også være avhengig av at Molven ble med videre. Det skjønte hans takknemlige oppdragsgivere. De fulgte hans tilbud, og råd, om å engasjere ham som leder av iverksettelsen av hans plan.

Vi har i tabellene nedenfor gjengitt noen av Molvens funn fra hans «effektivitetsundersøkelse» (basert på data fra 1995).²¹⁶

²¹⁶ Olav Molven, *Saksbehandlingstid mv. i Helsetilsynet*, Klagesaksprosjektet, vedlegg 4, s. 3–5, 6, 8.

Tabell 9.1: Saksbehandlingstid (andeler) for klagesaker, fylkesleger/Helsetilsyn,1995

Sakssbeh.tid	Fra ank. f.lege til ank. Htil	Ank. Htil, til første ank. fagavd.	Ank. fagavd. til første respons	Første resp. fag-avd. til anmodn. oppl. fra klager.	Fra anmodn. sakkyndig uttalelse til mottag. av slik	Fra 1. til siste konsept skrevet	Fra siste mottag. saksoppl. til Htil til sak ut av Htil
> 1 mnd.	16	33	54	29	26	41	8
1 – 3 mnd.	19	18	15	10	(1 -2) 26	(1 – 2)19	(1 -2) 13
3 – 6 mnd.	30	12	10	4	(2 -3)13	(2 -3) 10	2 -3) 11
6 – 9 mnd.	15	14	13	22	(3 - 6) 13	(3 -6) 16	(3 -6) 22
9 – 12 mnd.	8	18	7	33	(6 – 9) 18	(6 -12) 12	(6 – 12) 15 (12 -24) 25
> 12 mnd.	12	5	1	2	(< 9) 4	2	(>24) 6
N	108	76	72	49	23	51	64

Den første fase av klagesaksprosjektet ble avsluttet ved årsskiftet 1996/97. Resultatene var positive, men det var behov for å gjøre mer, ikke minst siden sakspågangen ble større enn forventet. De som stod bak prosjektet, med Olav Molven i spissen, hadde imidlertid oppdagat at utfordringene var mer enn et spørsmål om prosesseffektivisering.

Prosjektets formål var ikke minst effektivisering, men på organisatorisk konservative premisser. Som Olav Molven skriver i sluttrapporten for klagesaksprosjektet fase 2: «Tiltakene forutsatte at de eksisterende lovrammene og de organisatoriske rammene internt i Helsetilsynet besto»,²¹⁷ Siden resultatene av den første runde med effektivisering var moderate, var det naturlig at spørsmålet meldte seg om man burde se på organiseringen. Den prosesseffektivisering man hadde drevet viste, kanskje i økende grad, at der var spenninger mellom avdelingsidentifikasjon og identifikasjon med prosjektet og

²¹⁷ Olav Molven, *Klagesaksprosjektet fase 2 – sluttrapport*, Statens helsetilsyn 30.4.1998, s. 3.

klagesaksbehandlingen. For avdelingene kunne det lett bli spenninger mellom avdelingenes egne behov og klagesaksprosjektets behov. Klagesaksfolkene kunne konstatere det, og at det kunne gå litt utover klagesaksbehandlingen. En konsekvens av dette var at klagesaksprosjektets ledere måtte ty til en strengere, av og til nesten halvautoritær, ledelse. I en organisasjon som Helsetilsynet brøt det tydelig med kulturen. Gradvis meldte derfor tanken om å bruke utformingen av organisasjonen som middel til å bedre effektiviteten i klagesaksbehandlingen seg. Svaret som fikk mer og mer oppmerksomhet ble derfor, iallfall i prinsippet, å forankre klagesaksbehandlingen i en egen organisasjon, en klagesaksbehandlingsorganisasjon.

Fase 2, 1997–1998

Helsetilsynet vedtok den 5. februar 1997 å sette i gang klagesaksprosjektet fase 2. Det opprinnelige prosjektet bestod av fasene «problemformulering, datainnsamling, årsaksanalyse og forslag til løsninger».²¹⁸ I fase to var formålet å (fortsette å) forsøke å løse eller bidra til å løse problemene. Strategien var, som nevnt, stadig, å strømlinjeforme saksbehandlingsprosessen innen de rammer organisasjonen representerte. De konkrete (del)mål ble å avvikle saker (ofte kalt «sekken») som stammet fra tiden før 1997, og gjenstå med 90 saker ved utløpet av 1997.²¹⁹ De var videre å forbedre registreringen av klagesaker på ulike vis, tilrettelegge for at ledelsen kan vurdere hva som bør være reaksjonene i klagesaker, etablere nye rapporteringsrutiner til ledelsen angående klagesaker – basert på det forbedrede saksregisteret, få ned fylkeslegenes saksbehandlingstid til høyst fire måneder, utarbeide et felles formålsdokument for individtilsyn og reaksjoner, utarbeide et «lærehefte» om avgjørelser og saksbehandling av klagesaker, lage og gjennomføre kurs i klagesaksbehandling for klagesaksbehandlere i Helsetilsynet og hos fylkeslegene, utarbeide retningslinjer for saksbehandlingen internt, lage et rundskriv til fylkeslegene om deres saksbehandling, skrive artikler fra

²¹⁸ *Ibid.*, s. 3.

²¹⁹ Dette er halvparten av det «vanlige» antall saker som er kommet inn i løpet av et år.

prosjektet for fagtidsskrifter og endelig sørge for at den gjennomsnittlige saksbehandlingstid ikke overskrider seks måneder for saker Helsetilsynet mottar etter 31.12.1997. I sluttrapporten redegjorde klagesaksprosjektet for resultatet.

Sommeren 1997 ble prosjektperioden forlenget for de fleste (del)mål fra utgangen av 1997 til utgangen av mars 1998. Forlengelsen skyldtes særlig at sakstilgangen ble større enn ventet og delvis at den nye ressurstilgangen først kom fra 1998. Delmålene ble i noen tilfeller justert som følge av endringene i «etterspørselen» (antall saker) og tilbudet (ansettelser). De fire første delmålene ble oppnådd, også delmålet om å redusere antallet gamle saker. Målet om at fylkeslegenes gjennomsnittlige saksbehandlingstid ikke skulle overskride fire måneder, ble ikke nådd. Målet om å lage et felles formålsdokument og utarbeide et lærehefte (under ett), ble oppnådd. Målet om å lage og gjennomføre kurs for klagesaksbehandlere ble oppnådd. Målet om å lage retningslinjer for saksbehandlingen internt, ble nådd. Målet om et samlet rundskriv til fylkeslegene angående klagesaksbehandlingen (kfr. veilederen av 1996) ble delvis nådd. Målet om å skrive fagartikler ble ikke oppnådd; knapt heller målet om å drive fagformidling. Det ble imidlertid, og vel så det, målet om å ha en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på høyst seks måneder for saker som kom fra og med 1998.

Effektiviseringstiltakene reflekterte en industriell prosesslogikk. Det innebar at arbeidsoppgavene skulle være mest mulig standardisert både med hensyn til utførelse og tidsbruk og at arbeidsoppgavene var knyttet sammen i en tett, progressiv prosess. Det innebar også at de ulike «arbeidsstasjonene» var mest mulig samlokalisert. I en industriell prosess ender produksjonsprosessen med et produkt. I tilsynsbyråkratiet resulterer saksbehandlingsprosessen i en «dom». I klageprosjektene ble mye gjort for å standardisere, f.eks. begreper, skjemaer, reaksjoner og kriterier for sådanne. Registeret var et typisk uttrykk for denne mikrostandardiseringen.

Dommen Helsetilsynet skal komme frem til er en slags konklusjon. De viktigste premisser for konklusjonen var sakens fakta (hva skjedde?) og hvordan disse fakta forholdt seg til helsefaglige normer og juridiske og eventuelt almenmorske premisser. Under klagesaksprosjektets to første faser ble forholdet mellom helsefaglig aktuelle fakta og juridiske (og

moralske) normer behandlet sekvensielt. Sakene ble sendt fra helserettsavdelingen til en helsefagavdeling og tilbake igjen, gjerne i repetitive sykluser. Ikke så sjelden ble saken vurdert av ekstern helsefaglig ekspertise eller av for eksempel legerådet, et råd av medisinsk sakkyndige. Ikke så sjelden ble syklusene brutt ytterligere opp, nemlig ved at det ble klaget på fylkeslegenes avgjørelser, eller ved at saker kunne ta «veien» om domstoler. «Ping-pong-prosessen» mellom jurister og helsefagfolk bidrar sterkt til at saksbehandlingen trekker ut i tid. At sakkyndige av ulike slag, og politi og domstoler, trekkes inn i prosessen gjør det også. Det samme gjør kommunikasjonen med klagere og påklagede.

Når prosessene får mange ledd øker sannsynligheten for at det blir over- og underskudd på visse typer ekspertise, for eksempel juridisk eller helsefaglig, og dermed tids- og verditap. I klagesaksprosjektet skjedde det, uten at omfanget av det ble målt. Det omtales gjerne kasuistisk. Fagfolk på den ene eller annen side kan i ulik grad trives med den ene eller annen faglighet og da i praksis i noen grad prioritere «sin» avdelings behov. Sannsynligheten for det øker hvis «moderavdelingen» reelt sett mangler arbeidskraft. Det er fristende for avdelingene å stjele litt fra klagesaksprosjektet. Molven skriver i sluttrapporten fra det andre klagesaksprosjektet at det fra «prosjektets side ... hele tiden [ble] fulgt med i at tilstrekkelig med ressurser ble brukt til klagesaker, og at ressursene ikke «lekket» til annen virksomhet».²²⁰

Samordningen mellom saksbehandlere i ulike avdelinger kan også ta ekstra tid fordi de kan ha litt ulike verdier og representere en ulik faglig logikk. Vi har sett (etter Molven) at det er tilfellet mellom jurister og helsefagfolk, og at det kan forsinke prosessen en god del.

De oppgavene som utføres ved et samleband er helt standardisert. De oppgaver som utføres i en klagesaksprosess er svært forskjelligartede og kan kreve svært ulik tid. Også dette bidrar til at klagesaksprosessen ofte tar lang tid, og blir kostbar. Det kommer mange «vanskelige» saker, kanskje saker med et betydelig adferdsinnslag, som blir liggende ekstra lenge, undertiden flere år, i «klagesakskvernen».

²²⁰ Molven, 1998, *op. cit.*, s. 11.

I klagesaksprosjektene forsøkte man å standardisere også selve saksbehandlingen, og lyktes i noen grad, men saksbehandlingsprosessen forble så mangartede at resultatene ble begrenset. Mye avhang av lederne, og i de prosesser vi ser på, av Olav Molven. Lederne måtte passe nøye på. Molven gjorde det i særlig grad i prosjekt nr. to.

Klagesaksprosjektene var ikke bare spørsmål om å standardisere alt fra begreper til reaksjoner og om å strømlinjeforme saksbehandlingsprosesser. Det var også et spørsmål om å følge opp slike «tekniske» tiltak gjennom «påpasselig» ledelse og omfattende pedagogikk. Det siste skjedde gjennom opplæringstiltak. Det mest ambisiøse uttrykk for det siste var det «lærehefte» om tilsynssaker Olav Molven gav ut i mai 1998, altså i etterkant av det andre klagesaksprosjektet. Heftet skulle brukes til opplæring i hele etaten. Det er på nesten 100 sider og gir den grundigste innføring i tilsynsarbeid som til da var laget.²²¹

Riksrevisjonens klagesaksundersøkelse 1997

Ventetiden for behandling av klagesaker økte betydelig fra slutten av 1980-årene og videre utover i 1990-årene. Det skapte politiske reaksjoner og er bakgrunnen for Helsetilsynets klagesaksprosjekter. Også Riksrevisjonen reagerte på den lange tiden det tok før fylkeslege og Helsetilsynet fikk behandlet sakene. Riksrevisjonen gjennomførte derfor en grundig undersøkelse av fylkeslegenes og Helsetilsynets klagesaksbehandling.

Riksrevisjonen skriver oppsummerende:²²²

«Undersøkelsen viser at svikt i den interne saksbehandlingen både i Helsetilsynet og ved fylkeslegekontorene har medført at mange saker er blitt vesentlig forsinket. Det er avdekket forsinkelser i alle faser av saksbehandlingen: Før saksbehandlingen er kommet i gang, under saksbehandlingen, og etter at all informasjon er samlet inn, men før

²²¹ Olav Molven, *Lærehefte i tilsynsvirksomhet*, Statens helsetilsyn, utkast datert 22. mai 1998. Sak 4 HJ – 98/3344.

²²² *Rapport, Klagesaksbehandlingen i Statens helsetilsyn og ved fylkeslegekontorene. Dokument nr. 3:3, 1999–2000, s. 3.*

konklusjonen fattes. Selv om det i mange tilfeller tar tid å innhente informasjon fra eksterne instanser, f. eks. fra påklaget helsepersonell eller sakkyndig, er det den interne saksbehandlingen i etaten som bidrar mest til å øke saksbehandlingstiden. Etter Riksrevisjonens vurdering reiser dette spørsmål om viktige sider av etatens arbeidsmetoder har vært tilstrekkelig vektlagt, og det indikerer at det kan være et betydelig effektiviseringspotensial i hele etaten.

Det er positivt at den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden for nye saker i Helsetilsynet er i samsvar med departementets resultatmål for Helsetilsynet i 1999. Riksrevisjonen vil også understreke at selv om gjennomsnittlig saksbehandlingstid i Helsetilsynet nå er i tråd med resultatmålet, er det viktig at ikke enkeltsaker blir liggende unødige lenge uten en realitetsavgjørelse slik det har skjedd tidligere».

I figur 9.1. nedenfor gjengir vi Riksrevisjonens informative oversikt over saksgangen i klagesaker i tilsynsetaten.

Figuren viser at saksgangen er kompleks, men antyder også at figuren gir et forenklet bilde av hvordan saksgangen (klagesaksprosessen) er organisert.

Av figuren ser vi at sakene går mellom Helsetilsynet og en rekke sakkyndige instanser og for så vidt også mellom Helsetilsynet og klaget og påklaget. Det som ikke fremgår er at sakene sendes frem og tilbake mellom de to viktige saksbehandlende avdelinger i Helsetilsynet, altså helseerettsavdelingen og de to institusjonshelseavdelingene, primærhelse- og spesialisthelseavdelingene; kfr. vår tidligere redegjørelse for denne samhandlingen.

Når en sak kommer til Helsetilsynet, innhenter det de opplysningene som er nødvendige for saken, som uttalelser fra sakkyndige. Hvis det kan bli aktuelt å vurdere å tilbakekalle en helsetjenesteyters autorisasjon eller godkjenning, sendes saken til et profesjonsråd for uttalelse.

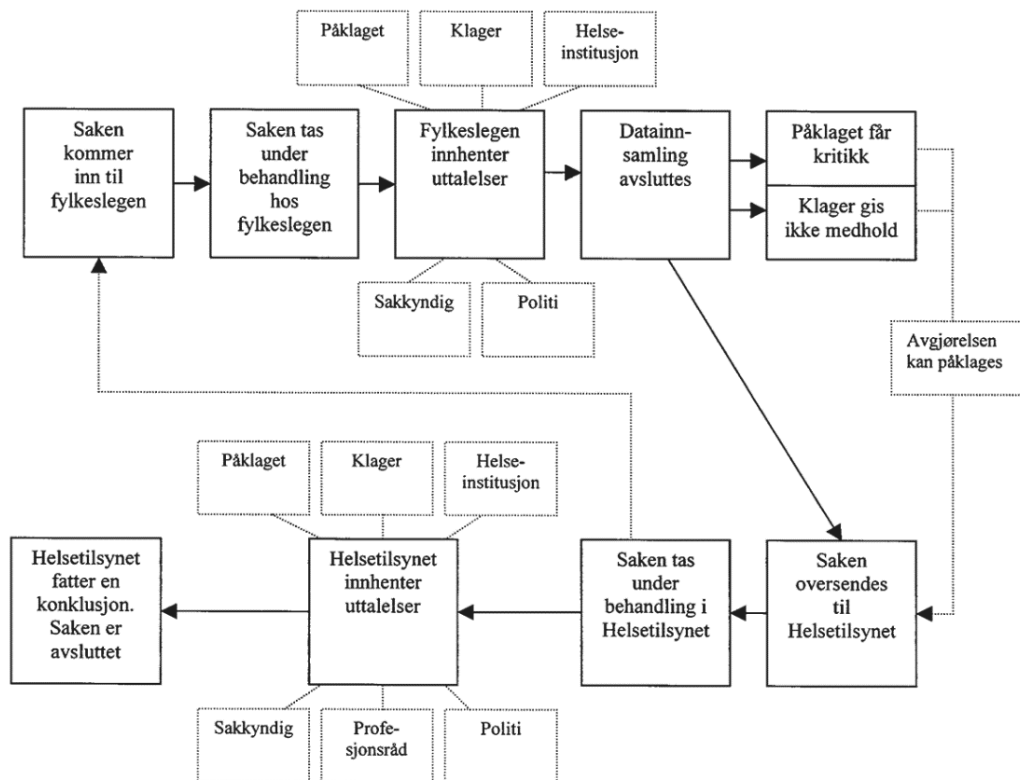
Helseerettsavdelingen i Helsetilsynet består av fire team, og to av dem behandler klagesaker. De to teamene behandler alle typer saker, og teamlederen fordeler saker til aktuelle saksbehandlere. Som et resultat av klagesaksprosjektet, er det utarbeidet et saksbehandlingsskjema med milepæler som følger saken. Det gir både ledelsen og saksbehandlerne en

mulighet til å følge saksbehandlingen og unngå at saker i perioder blir liggende uten å bli behandlet.²²³

Av Riksrevisjonens undersøkelse (tabell 1, s. 18) fremgår det at den gjennomsnittlige saksbehandlingstid relatert til 1997 er 11,4 måneder, og median saksbehandlingstid 9,4 måneder (n = 475). Av den samme undersøkelsen fremgår at den gjennomsnittlige tid før en sak ble oversendt til sakkyndige relatert til 1997 var 11 måneder. Mediantiden var 6,7 måneder. De tilsvarende tall for oversendelse til profesjonsråd var 14,8 og 12,8 måneder. Sakene var hos disse instansene i 2,5 og 2,1 måneder i gjennomsnitt. Mediantiden var 5 og 5 måneder. Riksrevisjonen finner disse tallene påfallende. De viser at den tiden Helsetilsynets bruker til behandling av sakene før de sendes de fagkyndige og profesjonsrådene, er vesentlig lengre enn den tiden disse bruker på å behandle sakene.²²⁴

²²³ Dette avsnittet er basert på Riksrevisjonens redegjørelse, *op.cit.*, s. 17.

²²⁴ *Ibid.*, s. 19.



Figur 9.1: Klagesaksbehandlingens gang i tilsynsetaten (1997), etter Riksrevisjonen, Dok. nr. 3:3, 1999–2000, s. 17.

Klagesaksprosjektet mars 2000–2001

Riksrevisjonens rapport vakte oppmerksomhet og ble en belastning for Helse-tilsynet. I Helse-tilsynet mente mange at Riksrevisjonens rapport i noen grad var misvisende. Man kan basere registreringen av virksomheten på ulike kriterier. Helse-tilsynet hadde bygget opp klagesaksregisteret for å overvåke saksgangen og tidsbruken, ikke til å analysere årsaker til forlenget saksbehandlingstid, behovet for (eventuell) kvalitetsforbedring og overvåkning av resultatene.

I Helse-tilsynet ergret man seg over at man ikke kunne avskrive en del restansesaker som ikke ligger i Helse-tilsynet, men som allikevel ikke kan avskrives av Helse-tilsynet slik arkivet tolker arkivloven. Avdeling seks

(Magnar Kleppe) ble bedt om å definere tabeller og figurer fra Helsetilsynets klagesaksregister som kunne gjøre det mulig å vurdere om de problemer Riksrevisjonen påpekte fortsatt bestod.²²⁵

I et notat av 1. februar 2000, altså like før Bærum-saken skulle «stanses» Helsedirektøren, skrev hun et viktig notat stilet til tjenestemannsorganisasjonene og avdelingsdirektørene. Det hadde med klagesakshåndteringen å gjøre. At organisasjonene og avdelingsdirektørene var adressater, viser at hun holdt på å ta et (viktig) organisatorisk initiativ.

Riksrevisjonens rapport gav nok noe av bakgrunnen for hennes initiativ, men først og fremst var hennes forslag et svar på synspunkter som «vokste frem» av Helsetilsynets erfaringer med klagesaksbehandlingen. Som vi har påpekt, en ny organisatorisk struktur var iferd med å vokse frem.

Først trekker hun frem at det har vært vanskelig å få etablert faste møteplasser for jurister og helsefagfolk som arbeidet med de samme sakene, særlig i åpningsfasen og avslutningsfasen. Sakene blir for lenge gående mellom avdelingene, legger hun til. «Diagnosen» var litt av en utfordring mot den omorganisering som hun var med på å innføre i 1989 – og som innebar at alle juristene ble samlet i én avdeling. Ja, den var en liten utfordring mot juristenes «erobring» av kjernen i Helsetilsynet og av forståelsen av hva tilsyn dypest sett var.

Når hun under punkt to i argumentasjonsrekken for omorganisering skrev at det etterlyses en nærmere kontakt mellom saksbehandler i avd. 4 (helserett) og medisinske konsulenter eller saksbehandlere i avd. 1 og 2 fulgte hun opp og spurte egentlig: Hvorfor skal jurister og helsefagfolk som arbeider med klagesaker være i ulike avdelinger?

Hun fortsatte med å påpeke at man arbeidet videre med klagesakene fra et kvalitetsutviklingsperspektiv, men at dette arbeidet i praksis ble nedprioritert. Hun nevner også at klagesaksbehandlingen ble forsinket fordi man ventet på avgjørelser i individtilsynet. Endelig peker hun på at arbeidet med de nye helselovene gjorde det vanskelig å avslutte prinsippdiskusjoner. Disse forsinkende forholdene gjorde at

²²⁵ Avd. 6, ved Magnar Kleppe, *Referat fra møte 26. oktober 99 om bedre data om klagesaker*, notat til avd. 4 og 5, 18. november 1999.

restansebunken hadde økt igjen og dermed at klagesaksbehandlingen hadde gjort det samme. Vi kan, samlet, se på disse forholdene som konsekvenser av at klagesaksbehandlingen hadde vært nokså eksponert for andre hensyn enn de som skulle prege den.

Anne Alvik konstaterer at den²²⁶

«viktigste faktor for å bedre saksbehandlingen og ivareta behovet for en videre systematisering og erfaringsoverføring anses å være å skape et nærmere samarbeid mellom helsepersonell og jurister i håndteringen av disse sakene».

«Det kan tenkes», skriver Anne Alvik, tre måter å gjøre det på, altså skape et nærere samarbeide i tilsynssaker mellom jurister og helsefagfolk. Det kan nok tenkes flere, men for henne var det tre. Den første gikk ut på å skape «mer strukturerte møteplasser på ledernivå og saksbehandlernivå rundt prinsipielle spørsmål og rundt den enkelte sak». Vi tolker dette dithen at jurister og helsefagfolk skulle samarbeide på en mer organisert måte, men fortsatt være knyttet til sine gamle fagbaserte avdelinger. Den andre måten å styrke samarbeidet på var å overføre stillinger (hele eller delte) fra helsefagavdelingene til helserettsavdelingen, altså la helserettsavdelingen overta ansvaret for klagesaksbehandlingen. Den tredje måten å styrke samarbeidet på, mente Helsedirektøren, var å organisere (mye av) klagesaksbehandlingen i en egen organisasjon, et klagesaksprosjekt.

Som Anne Alvik presenterte løsningene var det en selvfølge hva hun valgte, prosjektløsningen. Som hun skriver, etter samtaler med Olav Molven og avdelingsdirektørene, fremstår alternativ tre «som det beste». Begrunnelsen kan man si reflekterer tenkemåten innen moderne organisasjonstenkning: Jo viktigere et formål, en oppgave eller et virkemiddel (en type faglighet) blir jo mere bør det gi grunnlag for spesialisering. Ofte kan interesser spille en rolle for hvilket hensyn som får mest oppmerksomhet. I 1988–89 fikk juridisk faglighet høy status. Det resulterte i samlingen av jurister i en egen juridisk avdeling. Nå, frem mot og rundt årtusenskiftet kom *oppgave*, i dette tilfelle klagesaksbehandling,

²²⁶ Anne Alvik, *Klagesaksprosjekt i Statens helsetilsyn*, notat/brev til tjenestemannsorganisasjonene og avdelingsdirektørene, 1. februar 2000, s. 2.

til å få stor oppmerksomhet, også politisk – kfr. Riksrevisjonens skarpe kritikk av effektiviteten i klagesaksbehandlingen.

Molvens to første prosjekter representerte, som vi har sett, skritt i retning av oppgavespesialisering. Helsedirektør Alvik trakk den slutning som krevdes for at oppgavespesialisering skulle bli svaret. Hun gjorde det altså med støtte også fra Molven. Ja, hun satte også Molven, og en fylkeslege, til å evaluere det forsøket på slik spesialisering som nå kom. Men den nye organisasjonen ble bare opprettet som midlertidig. Den skulle være et *prosjekt*. Det ble opprettet den 1. mars 2000 og skulle fungere til 31. mars 2001. I praksis fikk det fungere ut 2001, altså frem til helseforvaltningens store omorganisering.

Prosjektet ble plassert i (ved) helseerettsavdelingen, altså nesten som en avdeling i avdelingen. Det ble også samlokalisert med denne, og plassert i nærheten av ledelsen, i femte etasje i Helsetilsynets bygning i Calmeyergaten. Prosjektets uavhengighet ble markert ved at det fikk sin egen avdelingsdirektør, og til dels ble kalt avdeling 10. Det fikk også en litt styrket bemanning sammenlignet med bemanningen den «løse» organisasjonen hadde hatt før.



Sylvi Storaas (f. 1946), c.j. Hun ble ansatt i Helsetilsynet som underdirektør i 1994 og var avd.direktør i klagesaksprosjektet 2000–2001. Etter det satt hun som seniorrådgiver i Helsetilsynet til hun gikk av med pensjon i 2012. (Foto: Helsetilsynet, oktober 2009)

Legen Jørgen Holmboe ble avdelingsdirektør for avdeling nr. 10. Han fikk ved siden av seg tre erfarne jurister, Sylvi Storaas (f. 1946), Kristin Cordt-Hansen (f. 1962) og Gorm Grammeltvedt, de to første som underdirektører, den siste som seniorrådgiver. Avdelingen fikk 10 juridiske saksbehandlere (basert på deling av helserettsavdelingen) og tre helsetjenesteytere (en almenlege, en sykehuslege og en sykepleier) på deltid (men som fast tilknyttede). Avdelingen fikk også, men på «gamle premisser», vurderinger fra helsepersonell i primærhelsetjeneste- og spesialisthelsetjenesteavdelingen, samt fra timeengasjerte medisinske konsulenter. Avdelingen overtok sekretariatsfunksjonen for Statens legeråd og ivaretok oppgaven med å bistå regjeringsadvokaten i forberedelse av rettssaker angående tap av autorisasjon og lignende.²²⁷

Avdeling nr. 10 ble altså preget av jurister. Den var samlokalisert med helserettsavdelingen og stort sett bemannet av jurister. Den første avdelingsdirektøren var lege, men han ble etter bare to måneder erstattet av en jurist, Sylvi Storaas.²²⁸ Grammeltvedt rykket da opp som underdirektør og avdelingen fikk tre jurister i ledelsen. Der var slik ikke lenger noen seniorlege i ledelsen av avdelingen. Avdelingen var et prosjekt, og legene gjorde ikke noe nummer av at avdelingen var dominert av jurister og plassert i et juridisk «landskap». De «gjenværende» jurister følte seg imidlertid vingestekket og marginalisert. Da Holmboe ble utnevnt til avdelingsdirektør reagerte imidlertid (en del av) juristene: Hvorfor skulle en lege lede en avdeling som i hovedsak var bemannet av jurister?²²⁹ Juristenes misnøye gav seg imidlertid ikke bare med at en jurist ble leder for avdeling 10. Helserettsavdelingens leder, Hilde Jordal, skrev i en lett ironiserende kommentar til evalueringen av klagesaksprosjektet da den kom, at påstandene om ressursfordeling mellom avdelingene 4 og 10

²²⁷ Kfr. *Orientering om arbeidet i klagesaksprosjektet*, brev til fylkeslegene, datert 13. april 2000. Saknr.: 2000/527 – 2 JHO.

²²⁸ Det skyldtes ikke Holmboes ønske, men departementets. Holmboes rolle i Bærum-saken gjorde at departementet heller ville ha en annen som leder for klagesaksprosjektet. Kfr. Anne Alvik, *Min side av saken*, Oslo: Unipub, 2010, s. 182–83.

²²⁹ Kfr. *ibid.*, s. 84.

var misvisende. Prosjektet var i praksis favorisert. Hennes kommentar var stilet til ledelsen og evalueringsgruppen.²³⁰

Evalueringen kom i gang den 31. mars 2001, altså før prosjektet var avsluttet. Det ble, som nevnt, ledet av Olav Molven. Han fikk med seg fylkeslege i Hedmark, Trond Lutnæs. De leverte sin evaluering den 10. mai 2001.²³¹ De evaluerte prosjektet med hensyn til saksbehandlingstid, restanser, ressursinnsats mv. De var imidlertid også bedt om å studere prosjektmedarbeidernes erfaringer, virkninger for helseerettssområdet som helhet, kvaliteten i saksbehandlingen og betydningen av ledelse i klagesaksbehandlingen. De hadde ikke tid til å oppfylle oppdragsgiverens bestillinger fullt ut og baserte seg i praksis på å se hvordan de ansvarlige for det nye, og tredje, prosjektet hadde fulgt opp det arbeid de to første prosjekter hadde satt i gang og som naturlig førte frem til det tredje organisasjonsbaserte prosjektet.

Lutnæs og Molven bemerker at motforestillingene mot å organisere klagesaksbehandlingen som et eget prosjekt ikke kommer frem i bakgrunnsnotatet for prosjektet. De peker for egen regning på at det nye prosjektet kan ta oppmerksomhet og ressurser fra andre helsejuridiske saker, at avdelingene 1, 2 og 4 kan miste interesse for klagesaksbehandling, at spesialiseringen av klagesaker kan gjøre at de vurderes mer «isolert», at det helhetlige perspektiv over andre tilsynsspørsmål kan bli svekket, osv. Dette er innvendinger som kan reises mot alle spesialiserte (om)organiseringer, som samlingen av alle jurister i én avdeling i 1989. Spesialisering er gjerne svaret på produktivitetsproblemer, men til dels også kvalitetsproblemer. Spesialisering kan imidlertid også true kvalitet, som Lutnæs og Molven peker på. De to har interessante synspunkter, men synspunkter som innebærer at alle omorganiseringer har noen virkninger man liker og noen man ikke liker. La oss legge til at de to, i sin ettertenksomhet, også spør

²³⁰ Hilde Jordal, *Kommentar til evaluering av klagesaksprosjektet datert 10. oktober 2000*, datert 26. oktober 2000.

²³¹ Trond Lutnæs og Olav Molven, *Evaluering av klagesaksprosjektet*, Oslo 10.5.2001.

hvilken betydning det kan ha (hatt) at prosjektet etter to måneder hadde en ren juridisk ledelse.

Lutnæs og Molvens litt spekulative «motforestillinger» mot den «industrielle» prosjektmodellen har i stor grad med de mulige virkninger av denne modellen for andre, spesialiserte som mindre spesialiserte oppgaver å gjøre. De to nevner motforestillingene – og antyder slik hvordan en bredere og mer kompleks evaluering kan gjennomføres.

I sin «egentlige» evaluering går de mer «konvensjonelt» frem, som Molven gjorde i de to første «effektivitets- og rettssikkerhets»-prosjekter. De finner da, svært generelt sagt, at modellen i hovedsak har gitt «positive» resultater. Målet om økende saksavvikling er nådd: Innen 31. mars 2001 lå det 141 saker til behandling, noe som utgjør 41 prosent av innkomne saker. Målet var at andelen skulle være under 50 prosent. Målet om median saksbehandlingstid på høyst seks måneder ble også nådd, mens gjennomsnittstallet var litt «for» høyt. Noen spesielle enkeltsaker trakk gjennomsnittet opp. Det skyldes imidlertid forhold utenfor Helsetilsynets kontroll. Prosjektet har, med tilsvarende innsats som før avvirket 50 prosent flere saker. Samarbeidet mellom jurister og helsepersonell er generelt blitt bedre, men prosjektorganiseringen har gjort at klagesaksbehandlingen faglig er blitt litt isolert. Man kan imidlertid si at det nesten var en intensjon: Spesialisering krever konsentrasjon om enkeltsaker, i dette tilfelle klagesaker.

Lutnæs og Molven viser at langsiktigheten har tapt. Der drives lite utviklingsarbeid og lite dokumentasjonsarbeid. «Ingen» skriver artikler i fagtidsskriftene. Det er en naturlig, om ikke intendert, konsekvens av spesialiseringen og opptattheten av «saksbehandlingsproduktivitet». Det koster, i form av mer tidsbruk på klagesakene, å tenke og drive langsiktig.

I det følgende skal vi se på to (klage)saker som fikk stor oppmerksomhet, den første gjennom hele tiåret, Diprivansaken, den annen i to–tre år, 1998/99–2000, Bærum-saken.

10. Diprivansaken

Vi har redegjort for Diprivansaken i bind to og bruker i stor grad denne redegjørelsen også her.

Klagesaker kommer nedenfra, men de kan også utløse «ettertilsynssaker», altså saker hvor helseforvaltningen vurderer om helsepersonell eller helseinstitusjoner har opptrådt uforsvarlig i pasientbehandlingssaker. «Ettertilsynssaker» kan også komme opp ved at helsepersonell eller helseinstitusjoner eller tilsynsorganer får informasjon om eller oppdager pasienthendelser de ser på som kritikkverdige, eller (bare) uventede. Undertiden kan den samme, eller de samme, hendelsene utløse både en klageprosess og en hendelsesbasert «ettertilsynsprosess», altså både en nedenfra- og ovenfrapreget prosess. Den saken vi nå skal se på, den såkalte Diprivan-saken, ble en slik sak. Det vil si, den var to prosesser som i viktige henseender kom til å påvirke hverandre. Prosessene startet høsten 1991 som «prosesser» og varte til høsten 1999. De kom i gang fordi to små barn, en pike og en gutt, døde på Sentralsykehuset i Østfold etter å ha vært behandlet for øvre luftveisobstruksjoner. I forbindelse med behandlingen ble de intubert. Ved intuberingen ble det relativt nye anestesimidlet Diprivan brukt. Piken døde i mai og gutten i oktober 1991.

Sakenes første fase: høsten 1991 – sommeren 1992. Helsedirektoratets første reaksjon

Saken fikk sin begynnelse ved at en av overlegene ved anesthesiavdelingen i Fredrikstad, etter det andre dødsfallet, reiste spørsmålet overfor sin avdelingsoverlege om dette dødsfall og det i mai kunne ha sammenheng med bruken av Diprivan (propofol) som innsovningsmiddel. De kom til at de ville melde mistanken til Bivirkningsnemnda og sendte den 24. desember melding om mistanken til nevnden. Før de gjorde det hadde de tatt opp spørsmålet med produsenten av legemidlet, ICI-Pharma. Utover høsten hadde også foreldrene til piken som døde i mai, begynt å undersøke omstendighetene omkring den behandling deres datter hadde fått. De hadde fulgt datterens behandling nøye og underveis stilt kritiske spørsmål

til sider ved behandlingen. Deres tillit til legene og den behandling de gav ble etter hvert svekket. Det bidro til det at piken på et tidspunkt ble gitt blodoverføring, mot foreldrenes ønske; de tilhørte trossamfunnet Jehovas Vidner.

Fylkeslegen i Østfold, Odd H. Lien (1923–2008), ble informert muntlig om dødsfallene og bruken av Diprivan i et møte den 22. januar 1992, nesten tre måneder etter det siste dødsfallet på sykehuset. Helsedirektøren ble så informert personlig om saken i brev av 27. januar 1992 fra Bivirkningsnemndas formann, Egil Bodd (f. 1955). Formelt fikk imidlertid Helsedirektoratet saken først ved at fylkeslegen oversendte den, den 13. mars. Den 17. februar 1992 sendte direktoratet et brev til «landets anestesileger» der det «ber om at bruken av Diprivan til barn straks opphører». Det henviser til at det er rapportert om «alvorlige reaksjoner hos barn under tre år som bl.a. er behandlet med Diprivan». Basert på en sakkyndigvurdering av overlege ved Regionsykehuset i Trondheim, Ola Dale (f. 1948), og utenlandsk informasjon om barnedødsfall etter bruk av Diprivan, kom Bivirkningsnemndas formann til at Diprivan var en mulig årsak til pikens, og en sannsynlig årsak til, guttens dødsfall. Den 7. april (1992) informerte så Helsedirektoratet de leger som hadde behandlet de to barna om at det ville bli reist tilsynssak mot dem.²³² Én måned senere, den 7. mai, opplyste advokat Steinar Winther Christensen (f. 1946) i brev til Østfold sentralsykehus og Helsedirektoratet at han av pikens foreldre var bedt om å vurdere om det burde reises erstatningssak mot «de aktuelle sykehusleger» og produsenten av Diprivan.²³³ Den litt venstreorienterte Winther Christensen hadde etter hvert begynt å interessere seg for erstatningsrett, ikke minst ved pasientskader, og samarbeidet med pasientombudene.

²³² Brev, «Spørsmål om reaksjon etter legeloven – to dødsfall ved Østfold sentralsykehus i forbindelse med bruk av Diprivan», arkivreferanse 92/010568-4. Legene fikk anledning til å uttale seg om saken, men avdelingslederen og de to aktuelle seksjonsansvarlige overleger valgte å svare mer generelt om avdelingens organisering og de varslingsrutiner og kliniske rutiner de fulgte. Dette brevet, sendt den 13. april, har direktoratsarkivreferanse 92/01058-014.

²³³ Brevene har direktoratsarkivreferansen 92/01058-? og 92/01058-018.

Pasienter, eller deres pårørende, kan kreve erstatning også med utgangspunkt i skadeserstatningsloven av 1969 (kap. 3). De kan kreve oppreisningserstatning. Da må det imidlertid vises at dem det reises erstatningssøksmål mot har utvist grov uaktsomhet. Det var oppreisningserstatning pikens foreldre gikk til sak for å få.

De aktuelle legene ved anesthesiavdelingen ved Østfold sentralsykehus kom altså under «dobbel ild». De ble vurdert kritisk ovenfra, fra direktoratet – og indirekte Statens legemiddelkontroll/Bivirkningsnemnda, og nedenfra, fra den avdøde pikens foreldre, ved en advokat. Begge de to aktørene antok i utgangspunktet en streng tone. Direktoratet var nå iferd med å bli et tydeligere og mer legeutfordrende tilsynsorgan og et foreldrepar kunne symbolisere en mer legekritisk pasient- og pårørende-kultur.

Direktoratet så på sykehusets rolle, men konsentrerte seg om legene. Etter legeloven var alle leger ansvarlige for å praktisere forsvarlig. Avdelingen ved sykehuset hadde våren 1991 innført en rutine for sedering av barn der Diprivan var førstevalget. Etter loven, mente direktoratet at alle leger ved avdelingen var ansvarlige for bruken av rutinen, selv om de hadde vært imot å ta den i bruk.

Helsedirektoratets «dom» falt den 16. juni 1993, og gikk ut på at 11 av anesthesiavdelingens 12 leger fikk advarsler eller tilrettevisninger. Syv, hvorav én assistentlege, fikk advarsler, fire, alle assistentleger, tilrettevisninger. Avdelingsoverlegen fikk også kritikk for å ha bidratt til slik svikt. Direktoratet tok slik et visst hensyn også til ledelseslinjen. Sykehusledelsen slapp imidlertid unna med en kort og litt vagt formulert kritikk. Kritikken mot legene gjaldt spesielt uforsvarlig behandling, særlig bruken av anestesimidlet Diprivan, og manglende journalføring.

Vel tre måneder før direktoratet kom med sine reaksjoner, nemlig den 11. mars 1993, tok advokat Steinar Winther Christensen ut stevning ved Fredrikstad byrett mot A/S ICI-Pharma og syv leger ved Sentralsykehuset i Fredrikstad med krav om oppreisningserstatning for den avdøde pikens foreldre, begrenset oppad til 1 million kroner for firmaet og 100 000 kroner for hver av legene. Advokaten hevder at alle de saksøkte hadde opptrådt grovt uaktsomt og at piken døde som følge av denne uaktsomhet.

Vår og forsommermånedene 1993 ble vanskelige for sykehusets anesthesiavdeling.²³⁴ De ulike leger skrev til direktoratet og redegjorde nærmere for sin medvirkning i sakens anledning. To av assistentlegene, som hadde fungert i en fadderordning, fikk da tilrettevisningen opphevet. For de andre ble reaksjonene stående. Erstatningsrettssaken kom opp for Fredrikstad byrett sent i januar 1995, med stor pressedeckning, særlig i lokalpressen. I byrettens dom, som falt den 21. februar 1995, ble avdelingsoverlegen og to overleger dømt til å betale erstatning til pikens foreldre; to av dem måtte også betale saksomkostninger til saksøkerne. De øvrige leger ble frifunnet.

Reaksjonene og dommene reflekterte altså en kombinasjon av det nye rettsstatlige tilsyns- og skadeserstatningsregime og en delvis medikratisk lovgivning. Det nye regimet var i stor grad avhengig av en mer presis medisin. For at legenes praksis skulle bli vurdert som utvilsomt uforsvarlig i noen henseender, og for så vidt grovt uaktsom, krevdes der forholdsvis utvetydige retningslinjer for hva som var god medisinsk praksis. Det igjen forutsatte en kausalt basert kunnskap om de aktuelle tilstander og om de aktuelle behandlingsformers og –midlers virkning. I noen grad kunne imidlertid kunnskapsusikkerhet kompenseres for med forsiktighetsregler, altså tydelig jus. Hvor kunnskapen var usikker, f.eks. når det gjaldt virkningen av Diprivan brukt hos små barn, skulle således leger etter slike regler være ekstra tilbakeholdne og eventuelt søke om å få ta midlet i bruk gjennom et kontrollert forsøk. Kravene til journalføring, som var hjemlet i legeloven og konkretisert gjennom forskrifter, var en del av det rettsliggjorte forsiktighetsregime, men for så vidt også rettsliggjorte forsvarlighetsregime (journalen er et vitalt arbeidsredskap for leger), som gjaldt.

Legene det ble reagert mot, og som ble dømt til å betale erstatning, mente de hadde et visst grunnlag for å gå til motangrep. 15. (flertallet av legene) og 22. desember (én av legene) 1994 stevnet de således staten ved

²³⁴ Avdelingsoverlegen skrev i et brev til direktoratet den 19. august (1993) at det som hadde skjedd, og nå refererte han til direktoratsreaksjonene, hadde «ført til en apatisk og håpløs stemning» i avdelingen. Brevet har overskriften «Advarsel for mangler i medisinsk behandling og oppfølging av to barn som døde i ØSS, intensivavdelingen – brev av 16.06.93». Det har arkivreferanse (Helsedirektoratet) 92/01058-084. Sitatet er fra s. 6 i brevet.

departementet for å få kjent Helsetilsynets reaksjonsavgjørelser ugyldige. De legene som ble dømt til å betale erstatning og saksomkostninger i saken anlagt av den avdøde pikens foreldre, anket denne dommen til lagmannsretten. I det medisinske miljø kom det, spesielt fra annen halvdel av 1994 og videre utover i 1995, kritiske reaksjoner mot Helsetilsynets tildeling av advarsler og tilrettevisninger. Blant annet reagerte en del på at også leger i utdanningsstillinger ble «tatt».²³⁵ Juristenes rolle ble også trukket frem av flere: «Juristene er over oss», skrev Petter Jensen (f. 1952) i Ylf-Forum nr. 12, 1994 (s. 6). Direktoratet/Helsetilsynet, og også byretten, hadde brukt sakkyndige som kom fra de akademiske miljøer ved de store sykehus. Disse uttalte seg alle nokså forsiktig – om det som i stor grad var deres kollegers og bekjentes praksis. Helsetilsynskritikerne var forsiktige med å kritisere de sakkyndige, men det ble nevnt at de var akademikere og at noen manglet fersk klinisk erfaring.²³⁶

Saken gjorde at forholdet mellom deler av det medisinske, og særlig anesthesiologiske, miljø og til dels Lægeföreningen og det gamle, tidligere, medikratiske topporgan mot slutten av 1990-årene ble nokså anstrengt. Da legene i Fredrikstad anket byrettsdommen i erstatningssaken, og

²³⁵ Guttorm Brattebø (f. 1961) skrev i YLF-Forum nr. 11, 1994 s. 3, under overskriften «Ansvar»: «Sterkt beklagelig er der derfor at tilsynsmyndigheten i denne aktuelle saken i Østfold har villet «ta» underordnede leger». Han skriver videre at spesialistutdannelsen «vil bryte sammen dersom det skal stilles de samme krav til leger under utdanning som til spesialister».

²³⁶ I en lederartikkel i NAForum, medlemsbladet for Norsk Anestesiologisk Forening, nr. 5, 1994, skrev således formannen, Fridtjof Riddervold (f. 1952) om de to sakkyndige Helsedirektoratet hadde oppnevnt at de nøt høy respekt i fagmiljøet, «Men om ingen av dem kan det sies at de har en arbeidssituasjon som er sammenlignbar med den kollegene fra Fredrikstad hadde på sin intensivavdeling» (s. 5). De to sakkyndige for Helsedirektoratet, professor Petter Andreas Steen (f. 1947), Ullevål sykehus og overlege Ola Dale, Regionsykehuset i Trondheim, kommenterte senere en del av kritikken av dem, blant annet i et innlegg i NAForum nr. 1, 1995, s. 8, under overskriften «Diprivansaken og den store høstjakten». Om sin kliniske «fjernhet» skrev de blant annet: «Vi tror ikke at kun den som i øyeblikket arbeider i en intensivavdeling kan være sakkyndige i en «intensivsak», men at innsikt bevares noe framover i tid». De sakkyndiges rapport ble levert den 31. august 1992 (92/1058, 521.4-1.1143).

fylkeskommunen ikke ville bære saksomkostningene ved ankesaken, gjorde Lægeforeningen det.

Domstolene: sak etter sak

Oslo byrett meddelte i brev av 14. september 1995 at saksøkernes påstand ikke kunne prøves av domstolene, med mulig unntagelse for deler av saksbehandlingen. Domstolen gav staten (og dermed Helsetilsynet) rett i at reaksjonene var (kritiske) meningsytringer, ikke avgjørelser med rettslige virkninger. Meningsytringer kunne ikke prøves for domstolene. Rettens slutning ble, etter nok et prosesskrift fra saksøkernes advokater, stående (13.11. 1995). Vel to uker senere (den 29. og 30.11. (for den ene)) svarte advokatene med kjæremål til Borgarting lagmannsrett. De ville ha saken fremmet til realitetsavgjørelse. Partene (ved advokatene og regjeringsadvokaten) sendte flere prosesskrifter, før lagmannsretten den 21. februar 1996 behandlet kjæremålssaken. Retten kom til at reaksjonene fra Helsedirektoratet etter legelovens § 52 «har slike faktiske og rettslige virkninger at tvistemålslovens § 54 hjemler et søksmål med den prinsipale påstand» (om at reaksjonene kan behandles, og eventuelt kjennes ugyldige, av domstolene) (s. 6). Retten pekte blant annet på at en advarsel legger noe til, altså i tillegg til grunnlaget for advarselen (s. 6). Den uttalte således at en eller flere advarsler eller tilrettevisninger i seg selv senket terskelen for senere alvorlige reaksjoner mot en lege (s. 7).

Staten og Helsetilsynet hadde hevdet at man måtte sondre mellom den formelle reaksjonen, meningsytringen – som det ikke kan klages på, og det saksforhold den bygget på – og som de som hadde fått reaksjoner kunne utfordre Helsetilsynets beskrivelse og tolkning av. Domstolen uttalte også, muligens med en smule ironi, at det «synes.. noe inkonsekvent at man kan få dom for at grunnlaget for en reaksjon er uriktig, men man ikke kan anfekte selve reaksjonen» (s. 8). Retten konkluderte således:

«Kjæremålene har etter dette ført frem». Vi kan konstatere: med dette hadde «lykken snudd» for (noen av) legene. Det var en mager trøst for staten, det vil si Helsetilsynet, at retten ikke hadde tatt stilling til om reaksjonstildelinger var å forstå som enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Staten, og egentlig Helsetilsynet, påkjæret lagmannsrettens beslutning til Høyesteretts kjæremålsutvalg. I prosesskrift av 22. april 1996 henviste

regjeringsadvokaten blant annet til at Helsedirektoratet/Helsetilsynet i 15 år, altså siden legelovens vedtagelse, hadde betraktet advarsler og tilrettevisninger som meningsytringer.²³⁷ Ved sin kjennelse av 15. mai 1996 forkastet Høyesteretts kjæremålsutvalg kjæremålet. Utvalget fant at det forelå en rettslig interesse etter tvistemålslovens § 54: «Gyldigheten av den lovbestemte reaksjon må sies å gjelde et rettsforhold».²³⁸ Sakens realiteter ble så tatt opp i Oslo byrett, men først i 1999.

Like etter at kjæremålsutvalget hadde gitt legene medhold, kom ankeerstatningssaken opp for Borgarting lagmannsrett. Etter ankeforhandling fra 9. til 12. april, ble dom avsagt den 9. mai 1996. Lagmannsretten kom til at den «ikke finner at det foreligger årsakssammenheng mellom bruk av Diprivan og dødsfallet» og derfor at det ikke er «grunnlag for ansvar mot de ankende parter».²³⁹ Lagmannsretten kom til at dødsårsaken antagelig var Reyes syndrom og altså at dette syndrom ikke var forårsaket av Diprivan-bruken. Aktsomhetsspørsmålet var derfor uten betydning. De tre legene ble altså frifunnet. Pikens foreldre ble også dømt til å betale saksomkostninger. Den 5. juli varslet de, via sin advokat, Steinar Winther Christensen, at de anket lagmannsrettens dom til Høyesterett. Advokaten uttalte bl.a. i sin ankeerklæring at Reyes syndrom er en symptomdiagnose – som kun bestemmes klinisk, og altså ikke sier noe om den underliggende kausalitet. Han pekte videre på, med internasjonal litteratur som referanse, at det ikke var uvanlig at pasienter ble feildiagnostisert som lidende av dette syndromet. Han fremholdt at piken manglet en del av de symptomer som var typiske for Reyes syndrom og sluttet at hun døde av en ukjent bivirkning av den langvarige sederingen med Diprivan. Han henviste i den forbindelse også til at den sakkyndige, overlege Ola Dale, ikke utelukket den muligheten. Advokaten gjentok også at det å ta i bruk Diprivan som

²³⁷ Skriftet er utarbeidet av advokat hos regjeringsadvokaten, Sam E. Harris (f. 1959). Det henviser til Borgarting lagmannsrett sa nr. 96-217 K og 96-128 K. Kopi av skriftet finnes i Helsetilsynets arkiv under Diprivan-saken, 521.4, kassett 3. 1149. Her henvises til uttalelse på s. 6.

²³⁸ Uttalelsen, s. 4. Den har referansenummer i Høyesterett Lnr 273 K/1996, j.nr. 118/1996. Kopi finnes i Helsetilsynets arkiv, se forrige note.

²³⁹ Borgarting lagmannsrett, ankesak nr. 95-01626 A og 95-01627 A, s. 24. Kopi finnes i Helsetilsynets arkiv, kfr. foregående note.

det ble gjort i dette tilfelle, var uttrykk for «eksperimentell legevirkosomhet», og derfor også for uaktsomhet.²⁴⁰ I november samme år (1996) sa Høyesteretts kjæremålsutvalg nei til videre behandling av saken. Lagmannsrettens kjennelse ble altså stående; domstolene hadde slik rettskraftig «avgjort» at det ikke forelå årsakssammenheng mellom bruken av Diprivan og pikens død. For legene var dette viktig ikke bare fordi de slik ble frikjent for erstatningsansvar, men også fordi det gav dem nye premisser i kravet om at de administrative reaksjoner skulle erklæres ugyldige.

Under forberedelsene til saken om de administrative reaksjoner i Oslo byrett oppnevnte byretten, i samråd med partene, men også etter litt dragkamp mellom dem om oppdraget, professor dr. med Asbjørn Langslet (f. 1939), Ullevål sykehus og overlege, dosent Krister Nilsson ved Östra Sjukhuset i Göteborg som sakkyndige. Det skjedde i februar 1997. Begge avgav skriftlige erklæringer. Hovedforhandlingene ble avholdt fra 4. til 15. januar 1999. Syv vidner, hvorav fem sakkyndige, avgav forklaring. Men før denne saken kom opp for byretten hadde Helsetilsynet sett nærmere på reaksjonstildelingene fra 1993. Fagsjef Paul Linnestad (f. 1940) hadde, i et notat til helserettsavdelingen den 18. oktober 1993, med «enkelte rettinger» den 11.5.1994, som svar på Østfold-legenes kommentarer til reaksjonene overfor dem, åpnet for en bredere «nedgradering» av reaksjonene.²⁴¹ Han fikk ikke helserettsavdelingen og helsetilsynsledelsen med seg. Saken ble nærmere vurdert i et notat skrevet den 25. juli 1996 og drøftet på et møte hos Helsedirektøren den 19. september 1996. Tilstede på møtet var, foruten Helsedirektøren, hennes nestkommanderende, Lars Hanssen, avdelingsdirektør Hilde Jordal fra helserettsavdelingen, den nye lederen (1996) for spesialisthelsetjenesteavdelingen, Jørgen Holmboe og den nye saksbehandleren i helserettsavdelingen, utredningsleder Gorm Are Grammeltvedt. De kom til at den (tidligere) assistentlegen som hadde vært med på å utarbeide sederingsprosedyren vinteren 1991, burde få endret reaksjonstildeling fra advarsel til tilrettevisning. Han hadde, som nevnt,

²⁴⁰ Ankeerklæring til Høyesterett fra advokat Steinar Winther Christensen, datert den 5.7.1996. Erklæringen har arkivreferanse (Helsetilsynet) 94/1748-87. Henvisningene er fra sidene 6–10 og 12.

²⁴¹ Notatet har overskriften «Diprivansaken» og referansen 92/01058 Pli/TUM.

protestert mot at Diprivan ble førstevalg – og for så vidt, som Grammeltvedt bemerker i referatet fra møtet, underbygget «vår vurdering av rutinen som uforsvarlig».²⁴² I brev av 11. desember 1997 blir assistentlegen meddelt dette.²⁴³ Ett år senere tar spesialisthelsetjenesteavdelingen, nå ved den nye fagsjefen (1997) Bjørn Magne Eggen (f. 1950), igjen opp spørsmålet om Helsetilsynet bør revurdere noen av reaksjonstildelingene. Eggen skriver, til ledelsen, at de fleste av tildelingene er «berettiget og -greie å skulle forsvare». Han tror imidlertid tildelingen av tilrettevisning overfor to av assistentlegene og advarselen til den overlegen (fra en annen seksjon) som fikk sitt navn under «Diprivan-prosedyren», ikke var «like enkle å forsvare». Utspillet irriterer helseerettsavdelingen; det kom like før byrettsforhandlingen og kunne, mente Hilde Jordal, «ha en uheldig effekt» – etter de tilbaketog Helsetilsynet allerede hadde foretatt.²⁴⁴ Saken gikk da også uten ytterligere endringer i påstandene fra Helsetilsynet.

Legene – og deres advokater – begynte, i sine prosesskrift, med å kommentere behandlingen av de to barna generelt, fortsatte med å si noe om saksbehandlingen og kom til slutt inn på prosedyresaken. De hevdet, hva behandlingen angikk, at de hadde behandlet de to barna «i samsvar med barnas beste etter den praksis og [de] normer [som gjaldt] for god legeskikk i 1999», men sa også at «Enkelte mindre feil knyttet til manglende blodtrykk og blodgasskontroller og journalføring kan konstateres». Feilene er dog ikke, hevdet legene, så alvorlige at de administrative reaksjonene kan opprettholdes.²⁴⁵ De pekte så på at direktoratets saksbehandling ikke var akseptabel, og slett ikke hvis

²⁴² Referat fra møte hos Helsedirektøren 19.9.1996, skrevet av Gorm Are Grammeltvedt. Diprivan-saken, 521.4, kassett 6. 1152.

²⁴³ Brevet har arkivreferanse (Helsetilsynet) 94/1748-108. (Diprivan-saken, 521.4, kassett 6. 1152.)

²⁴⁴ Notatet fra Bjørn Magne Eggen har overskriften ««Diprivan-saken» - grunnlag for endring av reaksjoner?», er datert (bare) november 1998 og har arkivreferansen (Helsetilsynet) 94/1748-2. Kommentarene fra Hilde Jordal finnes på et håndskrevet ark og er datert 17.11.1998.

²⁴⁵ Sitert etter byrettskjennelsen av 22. februar 1999, s. 8–9. Saksnummer (byretten): 94-08637 A/84 og 94-08476 A/84.

forvaltningsloven skulle legges til grunn. Legene fikk ikke kjennskap til de to (første) sakkyndig-rapporter og hvilke sider ved behandlingen direktoratet ville se på. Dermed kunne de heller ikke, fremholdt de, redegjøre nærmere for hvordan de så på disse sidene. Legene uttalte også at direktoratet «åpenbart» var påvirket av Bivirkningsnemndas syn på sammenhengen mellom bruk av Diprivan og dødsfallene. De «antar» at hvis direktoratet hadde vært kjent med det som nå var konstatert, nemlig at det «rettslig sett» ikke var noen årsakssammenheng mellom Diprivan-bruken og dødsfallene, ville det ikke satt i gang tilsynssaken mot legene.

Hva prosedyren angikk, uttalte legene at de midler for å sedere barn som fantes i 1991 var utilfredsstillende og at det derfor var god grunn til å vurdere Diprivan som nytt alternativ. Innføringen av prosedyren var godt forberedt, blant annet gjennom kollegial kontakt og søk i faglitteraturen. De mente også det var unødvendig å innføre spesielle kontrollordninger for bruken av Diprivan, eller å endre prosedyren før gutten ble behandlet. De henviste til de nye sakkyndige og mente de hadde fått støtte fra dem, selv om de – og nå kom de tilbake til behandlingen – også ble kritisert for at de ikke ved en del anledninger hadde målt blodtrykket og kontrollert blodgassene i pikens tilfelle. Hva det siste angikk, sa de at de hadde kontrollert henne klinisk og ved hjelp av pulsoksymeter. De føyet til at disse mindre mangler ikke berettiget reaksjonstildelingene.²⁴⁶

Staten (Helsetilsynet) uttalte i sine prosesskrifter at det ikke hadde forutsatt en sannsynlig sammenheng mellom bruken av Diprivan og barnas død, bare at en slik sammenheng ikke kunne utelukkes, hvilken den heller ikke kunne i 1998–99. Men spesielt la staten vekt på at legene tok «sjanser»; de var i en «forsøkssituasjon». Det tilsa, fremholdt staten, at de burde fått en etisk vurdering av forsøket (med Diprivan) og informert samtykke fra de pårørende. Legene hadde kanskje ikke fått de nødvendige tillatelser slik, men det gjør ikke at de kunne gått til «den motsatte ytterlighet» og innføre en ny prosedyre og gjennomføre behandling uten forsiktighetsregler.²⁴⁷ I alle tilfeller burde legene og sykehuset revurdert prosedyren sommeren 1991, etter det første dødsfallet og den nye indikasjonsbestemmelsen i Felleskatalogen. Staten påpeker også at

²⁴⁶ Kfr. *ibid.*, s. 13

²⁴⁷ Kfr. *ibid.*, s. 20.

reaksjonstildelingene, som meningsytringer, var ment vel så mye pedagogisk (for å indikere hvor forsvarlighetsnivået lå) som punitivt, samt at det at den «manglende journalføring» ikke fikk konsekvenser for behandlingen ikke unnskylder manglene, spesielt ikke siden legene var i en «forsøkssituasjon». Staten mener ellers at der ikke forelå saksbehandlingsfeil som kunne få betydning for reaksjonsvedtakene. Staten, det vil si Helsetilsynet, la altså vekt på Diprivan-saken, innføringen og videreføringen av prosedyren og måten den ble brukt på. Tidligere hadde Helsetilsynet forsøkt å få frem at saken var så mye mer enn en Diprivan-sak, selv om den også var det.

Retten «bemerkninger» er utførlige; de er på 65 sider. Retten påpeker, om sin kompetanse, at den kan prøve om en reaksjon hviler på riktig grunnlag og da tilsier rettssikkerhetshensyn at reaksjonen skal ansees ugyldig hvis en viktig del av grunnlaget svikter. Den henviser her til Høyesteretts kjæremålsutvalg og avviser Helsetilsynets standpunkt om at reaksjoner, som meningsytringer, kan bli stående hvis et punkt i hendelsesforløpet kan klassifiseres som uforsvarlig.²⁴⁸ Hva gjelder statens (Helsetilsynets) syn at reaksjonsvedtak har som et vesentlig siktemål å veilede for å sikre kvalitet, og dermed at legers rettssikkerhet kommer i annen rekke, sier retten av den ikke deler dette syn. Retten kan ikke tillegge rettssikkerhetshensyn mindre vekt «fordi Statens helsetilsyn i det alt vesentlige har et pedagogisk formål med reaksjonsvedtakene».²⁴⁹ Retten henviser her til Marit Halvorsens (f. 1957) doktoravhandling, *Rettslig grunnlag for medisinsk behandling*, hvor hun skriver at lovgiveren, ved å lovfeste Helsedirektoratets adgang til å påtale uheldige forhold i helsevesenet (1980), «løftet «meningsytringene» opp på et formelt nivå» og gjorde dem til «meget sterke virkemidler».²⁵⁰

Med utgangspunkt i de sakkyndiges utredninger fant retten at det var forsvarlig at Diprivan ble «forsøkt brukt som sedasjonsmiddel» og pekte, på skjønsmessig medisinsk vis, at «forsøksvis bruk av nye medikamenter

²⁴⁸ *Ibid.*, s. 25.

²⁴⁹ *Ibid.*, s. 27.

²⁵⁰ Marit Halvorsen, *Rettslig grunnlag for medisinsk behandling*, Oslo: Universitetsforlaget, 1998, s. 86. Sitatet er gjengitt i retten bemerkninger, s. 28.

er nødvendig for å etablere grunnlag for bedre pasientbehandling», men fant det uforsvarlig at den seksjonsansvarlige overlegen besluttet å innføre Diprivan som rutinemessig sedasjonsmiddel «uten å iakta særlige forsiktighetsregler..»²⁵¹ Slik gjorde altså byretten i stor grad igjen saken til en Diprivan-sak. Det betydde også at den gjorde saken til en fagledelsessak. Prosedyren ble i praksis utarbeidet, og vedtatt, først og fremst av den seksjonsansvarlige overlegen. Han hadde avdelingsoverlegens eksplisitte støtte. Det var også disse som kunne ha endret prosedyren, f.eks. etter pikens død eller etter at Felleskatalogen for 1991 forelå (og sa at Diprivan ikke var anbefalt til barn under tre år). Overlegen var dratt på ferie da Felleskatalogen kom, og hadde fra høsten av permisjon. Slik ble også hans vikar som seksjonsansvarlig overlege medansvarlig. De to første ble da særlig rammet av konklusjonen om uforsvarlighet.²⁵² Den sistes rolle var mindre klar.

To leger hadde fått kritikk for å ha behandlet piken med Vaponefrin og to andre medikamenter. Kritikken baserte seg på de to første sakkyndiges uttalelser. De to rettsoppnevnte sakkyndige hadde ikke innvendinger mot denne behandlingen og retten kom derfor til at kritikken baserte seg på sviktende grunnlag. Etter å ha hørt de siste sakkyndiges uttalelse frafalt også Helsetilsynet sin kritikk. Retten kom også til at kritikken for at piken ikke var blitt intubert før, var grunnløs. Her ser vi typiske eksempler på hvordan kritikken mot den generelle behandlingen – den som gikk utover Diprivan-behandlingen – ble avvist av retten.

Retten gav Helsedirektoratet/Helsetilsynet rett i at journalførselen var kritikkverdig, men knyttet også denne kritikken til avdelingsoverlegen og de to seksjonsansvarlige overleger (den ene under pikens, den annen under guttens sykehusopphold).²⁵³

«Saksbehandlingen har åpenbart ikke vært tilfredsstillende», uttalte retten videre. Den la til at direktoratet burde ha sendt de aktuelle deler av Steen og Dales sakkyndigerklæring til de berørte leger, og ha opplyst dem om hvilke problemstillinger det var opptatt av å studere. Retten fant imidlertid

²⁵¹ Sitert etter byrettskjennelsen av 22. februar 1999, s. 35.

²⁵² *Ibid.*, s. 41.

²⁵³ *Ibid.*, s. 46. Neste punkt i dette avsnittet er behandlet på s. 47.

ikke at denne «saksbehandlingsfeilen» hadde påvirket reaksjonsvedtakene slik at disse måtte erklæres ugyldige. Retten fant heller ikke at legene i Fredrikstad var blitt utsatt for forskjellsbehandling. Legene hadde hevdet dette, siden direktoratet visste at andre leger ved andre sykehus hadde brukt Diprivan på lignende måte som dem.²⁵⁴

For retten ble altså bruken av Diprivan det avgjørende. Det betydde at det problematiske utgangspunktet var innføringen av prosedyren for sedering av barn. Medikamentet var relativt nytt og der forelå lite informasjon om hvor godt egnet det var til å sedere barn. Retten kom til at det ikke var uforsvarlig å ta medikamentet i bruk, heller ikke som «rutine», men fremholdt at siden det å gjøre det hadde et visst eksperimentelt preg, burde prosedyrebeskrivelsen inneholdt forsiktighetsregler. Selv om slike ikke ble laget, burde de legene som brukte det ha vært ekstra årvåkne og for eksempel jevnlig kontrollert blodtrykk og blodgasser. Da piken døde, og siden, da Felleskatalogen for 1991 kom ved månedsskiftet juni/juli, burde seksjons- og avdelingsledelsen ha sett kritisk på «Diprivan-prosedyren», mente retten.

Når det gjelder de enkelte leger begynner byretten sin vurdering med den seksjonsansvarlige overlege, fortsetter med avdelingsoverlegen og så med de øvrige overleger bortsett fra den som var knyttet til operasjonsseksjonen, før den avslutter med assistentlegene og den siste overlegen. Staten frifinnes når det gjelder de to førstnevnte; advarslene til dem opprettholdes. Det er også de som får den skarpeste kritikk av byretten. Den første får aller skarpest kritikk; han var den som tok initiativet til Diprivan-prosedyren og fikk den vedtatt, selv om han møtte motstand fra to andre. Avdelingsoverlegen får skarp kritikk ikke minst fordi han legitimerte den seksjonsansvarliges initiativ, fortsatte å støtte det og ikke gjorde noe for å få prosedyren revurdert etter det første dødsfallet. Deres søksmål blir derfor avvist av retten, og advarselsreaksjonen blir stående. Den som midlertidig overtok som seksjonsansvarlig overlege fra sommeren 1991 hadde ikke, mente retten «foranledning til å overprøve og endre iverksatt opplegg», altså Diprivan-prosedyren. Han kunne kritiseres, mente retten, for enkelte overvåkningstiltak, men det kan «ikke være

²⁵⁴ *Ibid.*, s. 47–48.

tilstrekkelig til å la vedtaket [om advarseltildeling] bli stående».²⁵⁵ Retten uttrykte dog litt tvil når det gjaldt ham – på grunn av hans midlertidige ledelsesansvar – og han måtte derfor bære sine egne saksomkostninger.

De to øvrige overleger tapte sine søksmål. Retten fant at de var (med)ansvarlige for en «uforsvarlig rutinemessig bruk av for store doser Diprivan uten særlige forsiktighetsregler».²⁵⁶ Advarseltildelingen de hadde fått ble altså stående. De to måtte dele saksomkostninger med den seksjonsansvarlige overlegen og avdelingsoverlegen og halvparten av utgiftene til de sakkyndige.

For den ene assistentlegen fant retten «at vesentlige elementer i Helsedirektoratets vedtak er uriktige» og erklærer derfor tilrettevisningen ugyldig.²⁵⁷ For den andre assistentlegen fant retten at det «vesentlige grunnlag for kritikken som ligger til grunn for vedtaket [om tilrettevisning] er uriktig».²⁵⁸ For den assistentlegen som opprinnelig hadde vært med på å utarbeide Diprivan-prosedyren, og som fikk en advarsel – som i desember 1997 ble omgjort til tilrettevisning, kom retten til den samme konklusjon som for den forannevnte assistentlegen. Det heter om hans bidrag til prosedyreutarbeidelsen at han i så henseende, siden han hadde fremmet motforestillinger, «åpenbart» ikke hadde opptrådt uforsvarlig.²⁵⁹ Overfor den overlegen (fra en annen seksjon) som hadde bidratt til utarbeidelsen av prosedyren, og som hadde fått advarsel, blir rettens vurdering den samme: Det var ikke grunnlag for Helsedirektoratets vedtak. De fire som fikk sine reaksjoner opphevet ble staten dømt til å betale knapt 90 000 kroner hver, samt deres andel av ansvaret for omkostningene til de rettsoppnevnte sakkyndige.

²⁵⁵ *Ibid.*, s. 63–64.

²⁵⁶ *Ibid.*, s. 71; kfr. også s. 78.

²⁵⁷ *Ibid.*, s. 82.

²⁵⁸ *Ibid.*, s. 84. Retten fant at det var grunnlag for kritikken om manglende journalføring.

²⁵⁹ *Ibid.*, s. 85–86.

Domstolsbehandlingen og etterreaksjonene

Selv om reaksjonene overfor fire av legene ble stadfestet av retten, og selv om staten, det vil si Helsetilsynet, fikk rettens tilslutning på flere punkter, ble kjennelsen sett på som et tilbakeslag for Helsetilsynet.

Regjeringsadvokatens advokat i saken, Ingvald Falch (f. 1963), hadde noen innvendinger mot dommen, spesielt det at «de behandlende leger generelt sett frifinnes for kritikk for den manglende overvåkning av jenta, en overvåkning jo retten mener var mangelfull». Av den grunn stiller han seg tvilende til frifinnelsen av den vikarierende seksjonsansvarlige overlege, og kanskje én av assistentlegene. Men han tviler på at en anke vil føre frem overfor disse: «Staten må også i lagmannsretten kjempe mot de rettsoppnevnte sakkyndige, hvilket ikke er så enkelt». Han ser det også som utfordrende at det vil oppstå et inntrykk av at retten behandler sakene grundigere enn det Helsedirektoratet har gjort. Han nevner så de prosessøkonomiske hensyn og ender sine betraktninger slik: «Samlet sett er det min tilråding at mange grunner taler mot at staten anker noen del av dommen». Men hvis de dømte legene gjør det, kan det være aktuelt for staten å gjøre det for én eller to av legene. Han tilbyr seg å avklare dette med motpartens advokater.²⁶⁰

Det kom imidlertid snart frem gjennom pressen at de legene som tapte i byretten ikke ville forfølge saken. En av overlegene, han fikk advarselen opphevet, uttalte til Fredrikstad Blad at legene nå hadde fått klarlagt ansvarsfordelingen mellom seg, «så får vi heller leve med at fire av advarslene blir opprettholdt». Han sa at saken hadde kostet. «Nå er det på tide å komme videre». Helsetilsynet gjorde som advokaten hadde anbefalt, nemlig å la være å anke. Dommen inneholdt imidlertid kritikk av legene og Helsetilsynet kunne ha brukt denne som utgangspunkt for å gi nye reaksjoner. Som situasjonen var, mye tid var gått med og Helsetilsynets forhold til legestanden var blitt nokså belastet, bestemte

²⁶⁰ Brev fra advokat Ingvald Falch, Regjeringsadvokaten, datert 11.3.1999. Det er sendt pr. fax. Brevet har avsenderreferanse 940632/IF/NSC, men på vår kopi finnes ingen helsetilsynsreferanse. Det faxede brevet befinner seg imidlertid i Helsetilsynets arkiv under Diprivan-saken. Våre sitater er fra s. 6 i brevet.

Helsetilsynet seg for ikke å gi slike. Det skjedde gjennom brev til de ni legene, datert 30. juni 1999.²⁶¹

Der ble to ekstraomganger i retten om saksomkostningene. De som ikke vant frem i byretten, hevdet at det var urimelig at de måtte dekke omkostningene forbundet med å behandle sakene til de frikjente legene. Staten var enig i det, og erstatningssummene ble justert, men ikke fullt så mye som saksøkerne hadde ønsket. Staten prosederte på at omkostningene var større for de dømte enn for de frikjente og byretten sa seg enig i det.²⁶²

Diprivan-saken og det nye tilsynet

Diprivan-saken ble symptomatisk for det nye, mer juridisk baserte og generelt strengere tilsynsregime som kom i løpet av den perioden vi ser på og som særlig skjøt fart ved Helsedirektoratets omdannelse til helsetilsyn. Helsetilsynet ble, nesten brått, mer tilsyn og mindre et medikratiske-strategisk og ledende direktorat. Fortiden skulle for alvor bli fortid. Torbjørn Mork ble (d)revet med i denne utviklingen gjennom sin opposisjon mot delingen i 1983, men med den nye ledelsen ble denne utviklingen for alvor institusjonalisert. For juristene var utviklingen både naturlig og gledelig. Noen av legene i direktoratet og, enda mer, i fylkeslegeetaten, var mer nølende – altså mer legeforståelsesfulle. Den nye helsedirektøren, Anne Alvik, var bestemt. Hun gav sin tilslutning til det nye, jusbaserte tilsynet, og forklarte og forsvarte Diprivan-reaksjonene på en bestemt og aktiv måte, blant annet i legenes og anestesilegenes tidsskrift. Men, som vi har sett, fagligheten var ikke så presis som et strengt tilsyn «krevde». Helsetilsynet, og for så vidt Bivirkningsnemnda, fikk de sakkyndige relativt godt med seg i første omgang. Nye sakkyndige bragte inn mer usikkerhet, og Helsetilsynet ble presset over på defensiven. Det siste gjorde dermed også de som angrep legene nedenfra, pikens foreldre.

²⁶¹ I konklusjonen (til alle) står det blant annet: «Helsetilsynet legger til grunn at det for Deres vedkommende gjenstår kritikkverdige punkter. Vi har likevel ikke funnet grunn til å vurdere formell reaksjon etter legeloven § 52, jf. § 25».

²⁶² Kjæremålssaken for lagmannsretten ble behandlet den 4. mai 1999, byrettssaken om fordelingen av saksomkostningene den 3. september 1999.

Den faglige usikkerheten gjorde at de mer juridisk pregede forsiktighetsreglene, medregnet reglene om journalføring, ble sentrale. Det var slike regler som felte de fire legene som ble stående med reaksjoner, endog advarsler. Men et flertall ble frifunnet. Forsiktighetsreglene var altså ikke nok (for å tildele reaksjoner). Ja, i noen grad ble de svekket i de siste rettsrundene. Legene kunne henviser til at de første sakkyndige var for teoretisk forankret og manglet nærhet til klinikkens press og stress. Helsetilsynet understreket at det var den «gode lege» som skulle være modellen, ikke vanlig praksis. Men legene henviste til, og fikk i den siste rettsrunde en viss forståelse for, at tidspres gjorde at man ikke alltid kunne følge strenge sikkerhetsregler, blant annet regler for dokumentasjon. Det var, mente legene, gode grunner til at den konkrete handling i mange situasjoner, ikke minst på en intensivklinikk, fikk forrang for forsiktighetsregler og krav til dokumentasjon. Med andre ord, også forsiktighetsreglene måtte anvendes med skjønn, ikke «mekanisk». Oslo byrett viste, med den nye sakkyndighet som grunnlag, en viss forståelse for det. Også her, hvor Helsetilsynet mente jusen skulle stå sterkere, ble tilsynsorganet presset litt tilbake. Saken viste altså at overgangen til et mer «presist» tilsyn ville ta noe tid, og skape en del utfordringer for Helsetilsynet og dets medarbeidere, selv om tilsynets jurister, og til dels ledere, prøvde å tone ned virkningen av dommen for deres fremtidige tilsynspraksis.

Det er interessant, og nesten ironisk, at det var domstoler som gjorde at Helsetilsynet måtte ta noen skritt tilbake fra sin strenge jus, både når det gjaldt den «rene» faglighet og når det gjaldt forsiktighetsreglene, og igjen ta inn over seg i hvilken grad iallfall denne delen av medisinen både faglig og organisatorisk fortsatt var preget av usikkerhet og bruk av skjønn. Da det gikk mot slutten av Diprivan-prosessene, «dukket» en ny sak opp, den såkalte Bærums-saken, også den en sak fra det hektiske og ofte etisk krevende anestesimiljøet. Men her kom Helsetilsynet i skuddlinjen ikke for overdrevent juristeri, men for *for* «forståelsesfull», og nesten medikratiske, tilsynsutøvelse. Det var nesten som om Diprivan-saken hadde skremt Helsetilsynet tilbake til det mer intuitive skjønn. Den saken skal vi imidlertid ikke si noe mer om her.

Vi kan ellers konstatere at virkningen av rettsprosessene var at ledelseslinjens betydning for ansvar ble styrket: Det var legene med

ledelsesansvar som fikk de strengeste reaksjoner. Slik sett fikk disse prosessene en «moderniserende» virkning; de styrket nyttestatligheten. Ansatte leger ble slik som leger mer ansatte og mindre frie profesjonelle, som de jo i stor grad hadde vært under medikratiet. Men forskyvningen av ansvar over mot ledelseslinjen ble begrenset, for så vidt som den først og fremst skjedde overfor de kliniske legene i denne linjen; sykehusledelsen, inkludert sjeflegen, slapp unna med mild kritikk.

Om tapet langt fra ble fullstendig for Helsetilsynet, ble det det for den saksøkende pikens familie. Jo større plass det ble for skjønnsutøvelsen på medisinsk side, jo mindre ble deres mulighet for å vinne frem. De gjorde det i første omgang, kanskje med litt drahjelp fra et strengt Helsedirektorat. Da direktoratet begynte å komme på defensiven, ble det nytteløst for foreldrene å vinne frem. De endte med å måtte betale utgifter til sakkyndige og til retten (rettsgebyrer). De ble også dømt til å betale saksomkostninger til Lægeforeningen; de var på kr. 700 000. De klarte å betale de første beløpene, men ikke det siste. De mistet sin datter og ble så truet av personlig konkurs. Det ble etter hvert avisoppslag om deres situasjon og det medførte at Lægeforeningen frafalt kravet. President Hans Petter Aarseth (f. 1940) uttalte at det aldri hadde vært foreningens intensjon å drive inn beløpet, men oppmerksomheten gjorde at de formelt frafalt å gjøre det. Også foreldrenes advokat frafalt sitt salærkrav; det var på 500 000 kroner.²⁶³

Ett av de oppslagene om saken som var ubehagelig for Lægeforeningen og for så vidt legene ved sykehuset i Fredrikstad kom i VG den 13. januar 1999. Over et dobbeltsidig oppslag (s. 14–15) i landets mest leste avis ble foreldrene til gutten som døde, intervjuet. Intervjuet var forårsaket av et brev foreldrene skrev til avisen og som ble offentliggjort parallelt med intervjuet. Foreldrene skriver at de ikke tviler på at legene handlet i beste mening, men at «feil og tabber» «alltid vil bli gjort». De avsluttet sitt innlegg slik:

«Det som imidlertid forundrer oss, er at ikke én av de involverte legene har tatt oss foreldrene i hånden og sagt «beklager, jeg er redd vi gjorde en tabbe». Det ville på en måte ha brakt saken ut av verden på

²⁶³ Kfr. Dagens Medisin, 25.3.1999.

den eneste måten det synes riktig å gjøre det på. Ut over det holder vi en knapp på det lite kjente ellefte bud: «Du skal ikke bedrive jus med ditt liv». Blant annet valgte vi allerede tidlig i 1992 ikke å gå til sak. Det synes vi også de involverte leger burde ha avstått fra.»

11. Bærum-saken

Den 3. august 1998 sendte overlege ved Kreftomsorgsavsnittet (KOA) ved Bærum sykehus, Carl-Magnus Edenbrandt (f. 1951), brev til sykehusets direktør, Erik Omland (f. 1948). Saken gjaldt «**AKTIV DØDSHJÄLP?**» Brevet begynner slik: «Käre Erik Omland! Mitt samvete tvingar mig att be Dig om hjälp med följande ärenden:» Han forteller at en pasient med KOLS og prostatakreft, som var innlagt på Bærum sykehus, Kreftomsorgsavsnittet (KOA), for en tid siden døde. Pasienten hadde fått en behandling «som i litteraturen beskrives som «slow euthanasia»/aktiv dødshjelp (straffeloven § 233)». Han skriver at han ikke kjenner saken i detalj, men ber direktøren se nærmere på den, og for så vidt en eldre sak som lignet på denne. Han ber også direktøren sørge for at det lages retningslinjer som leger i slike saker har å forholde seg til.



Carl-Magnus Edenbrandt (f. 1951), c.m. *Edenbrandt er en svensk lege som arbeider i palliativ medisin. Han arbeidet i slutten av 1990-årene ved Bærum sykehus som overlege ved kreftomsorgsavsnittet (KOA). Den 3. august 1998 sendte han et brev til direktøren ved sykehuset med overskriften «AKTIV DØDSHJELP». Han mente at en bestemt pasient var gitt en behandling, terminal sedering, som kunne betraktes som aktiv dødshjelp. Edenbrandt kom ingen*

vei med sitt varslingsbrev eller en senere politianmeldelse. Etter hvert havnet saken i Helsetilsynet. Det gav støtet til den såkalte Bærum-saken. Edenbrandt ble etter et halvt år «kjøpt» ut og helsedirektør Anne Alvik ble, blant annet på grunn av behandlingen av saken i Helsetilsynet (våren 2000), permittert. Siden valgte hun å si opp sitt embede (høsten 2000).

Edenbrandt uttalte seg ofte til norsk presse om saken, men valgte til slutt å flytte «hjem», altså til Sverige. Han fikk ikke lenger ansettelse i Norge. (Foto: Privat).

Med dette var den såkalte Bærum-saken, en tilsynssak, i gang. Den ble en sak som skulle utvikle seg som på en selvforsterkende måte og ende med Helsedirektørens «fall». Vi kan ikke gå inn på mer enn de viktigste hendelser i saksutviklingen.

Kanskje kan vi si saken viser både hvor vanskelig og dramatisk tilsyn kan være.

Første fase: saken blir «betent»

Direktøren tok opp saken med sykehusets klage- og skadeutvalg. Dette konkluderte, i en uttalelse gitt den 4.9.1998 at det ikke kunne «se at det foreligger et tilfelle av aktiv dødshjelp». Utvalget mente at pasienten hadde fått en behandling som formål «å lindre pasientens refraktære smerter og uholdbare livssituasjon de siste dagene av hans liv».²⁶⁴

Direktør Omland sendte den 11.9.1998 klage- og skadeutvalgets uttalelse til fylkeslege i Akershus, Anders Smith. Omland konkluderte slik: «Sykehuset anser ikke at det er nødvendig med ytterligere behandling av denne saken».²⁶⁵

Den 11.9.1998 svarte Omland på Edenbrandts anmodning om at han burde se på andre, eldre saker og sørge for at det ble utarbeidet retningslinjer for behandling av døende pasienter. Han avviste å gjøre det første og sa at det andre ville han ta opp med avdelingsledelsen (KOA) før han gjorde mer. Sykehusdirektøren var altså i første omgang litt kaldt og kort avvisende til Edenbrandts ærende. Det ble også snart åpenbart at stemningen på sykehuset vendte seg mot Edenbrandt. Han følte seg, ikke uten grunn, frosset ut av (mange av) sine kolleger. Men Edenbrandt var ikke av de

²⁶⁴ Brev fra Klage- og skadeutvalget Bærum sykehus til direktør Erik Omland, datert 4.9.1998.

²⁶⁵ Brev fra Erik Omland til fylkeslege Anders Smith, datert 11.9.1998

enkleste å fryse ut. Han skrev redegjørelse etter redegjørelse, brev etter brev om det som hadde skjedd – med den aktuelle pasienten og så med ham, som «varsler». Han skrev til direktøren, men etter hvert til stadig flere. Han begynte tidlig å skrive til fylkeslegen i Akershus, Anders Smith, så til helse- og sosialdirektøren i Akershus, Lars Erik Flatø (f. 1964) (22.10.).

Den 14. september ber Edenbrandt i et fire siders brev fylkeslege Smith om at fylkeslegen «overprøver» klage- og skadeutvalgets utredning og utarbeider retningslinjer og prosedyrer for behandlingen av alvorlig syke pasienter. Samme dag som dette brevet gikk sendte Edenbrandt enda et brev til Smith. Det inneholdt utdrag av journalen til den nå avdøde pasienten, med Edenbrandts kommentarer. Det inneholdt også Edenbrandts vurderinger av pasientens tilstand og den behandling han fikk. Brevet var på åtte sider.



Stig Ottesen (f. 1944), c.m. Han ble spesialist i anesthesiologi i 1980. Han ble overlege i anesthesiologi ved Bærum sykehus i 1982. Her bygget han opp enheten for lindrende behandling (kreftsomsorgsavsnittet, KOA). Det var mot Ottesen varslet om mulig aktiv dødshjelp var kommet. Han ble slik en del av den såkalte Bærum-saken. Saken ble etter hvert henlagt av Riksadvokaten, men Helsetilsynet gav overlege Ottesen en advarsel, blant annet for at han hadde

(fjern)behandlet den aktuelle pasienten mens han var på ferie i Italia. Advarselen ble stående. Stig Ottesen skrev en bok om saken og hvordan han opplevde den: *Må jeg dø i smerte? Pasientens lidelse – legens valg.* Etter at han ble pensjonert i 2014 ble han bedt av Oslo Universitetssykehus om å være med å utvikle et tilbud om et ambulant palliativt team. (Foto: Rolf Øhman / Aftenposten / NTB)

Fylkeslegen skrev den 30. september til overlege Stig Ottesen (f. 1944), den avdøde pasientens lege, at han hadde mottatt klage på ham for behandlingen av den aktuelle pasienten fra overlege Edenbrandt. Ottesen kommenterte klagen mot seg i et langt brev til fylkeslegen datert den 7. oktober. Ottesen hadde vedlagt flere relevante faglige artikler og to ledsagende brev (datert 6.10.), det ene fra overlege ved urologisk seksjon ved Bærum sykehus, Brynjulf Otnes (f. 1931), det annet fra kreftsykepleier (KOA), Britt Obermann, om den bredere omsorg pasienten hadde fått. Otnes kommenterte blant annet hvordan han hadde deltatt i behandlingen av pasienten de siste dagene denne levde, og Ottesen var på ferie i Italia. De to hadde disse dagene hyppig telefonisk kontakt.

I et tre siders brev datert den 30. november 1998, konkluderer fylkeslege Smith slik: «Fylkeslegen finner å måtte oversende saken og be Statens helsetilsyn om å ta stilling til de spørsmål som reises rundt «sederende behandling»/bruk av «terminal sedering»/aktiv dødshjelp samt enkelte deler av journalføringen».²⁶⁶

Dermed var saken løftet opp på nasjonalt tilsynsnivå. Det innebar at saken når som helst kunne bli en politisk vanskelig sak, også for Helsetilsynet. Sykehusledelsens ønske om å «legge saken til side» nærmest som en «ikke-sak» ble altså ikke oppfylt. Sykehusdirektøren fulgte nå opp saken internt og innkalte til møte på sitt kontor den 15. desember for å drøfte «de arbeidsmiljømessige og driftsmessige forholdene på KOA i lys av dagens situasjon».²⁶⁷ På møtet deltok også sykehusets sjeflege, en jurist fra AFK og Oddvar Brenden fra Den norske lægeforening. Det kom ikke noe nytt ut av møtet, men Brenden uttrykte forståelse for Edenbrandts situasjon og oppfordret aktørene til å «normalisere situasjonen gjennom en prosess» og «gjøre det varmere» for Edenbrandt å ta en faglig diskusjon».²⁶⁸

²⁶⁶ *Oversendelse av klage på behandling gitt av overlege Stig Ottesen, kreftomsorgsavsnittet ved Bærum sykehus, Sak nr., Helsetilsynet 98/6941 – 1.*

²⁶⁷ *Møteinnkalling, datert 7.12.1998. De innkalte var foruten direktøren og Edenbrandt, en avd.sykepleier og avdelingsoverlegen ved KOA, Stig Ottesen.*

²⁶⁸ *Referat fra møte 15.12.1998, Bærum sykehus, s. 4.*

Helsetilsynets første reaksjon på fylkeslegens saksoversendelse kom i et notat avdelingsdirektør i spesialisthelsetjenesteavdelingen, Jørgen Holmboe, den 23. desember 1998 sendte til helserettsavdelingen, med kopi til ledelsen.²⁶⁹ Holmboe konstaterer at saken allerede er «godt opplyst» og skriver: «Det lar seg derfor gjøre for Helsetilsynet å gå inn i en realitetsvurdering». Holmboe gjør også det, i det aktuelle notatet. Han har selv, som anestesilog, faglig grunnlag til å uttale seg om de faglige sider ved saken.

Holmboe kom til at beslutningen om valg av analgesi/sedasjon er «tilfredsstillende dokumentert». Han kom videre til at det ikke lar seg gjøre å vurdere i hvilken grad den iverksatte behandlingen har fremskyndet selve dødstidspunktet» (s. 2). Holmboe bemerker videre at Edenbrandt og lederen for avdelingen, Stig Ottesen har forskjellig «behandlingsfilosofi. Den første vil i større grad enn Ottesen bruke sosionomer og prester. Holmboe vil ikke politianmelde saken. Det ville «mistenkeliggjøre både kreftomsorgsavsnittet og hele ledelsen ved Bærum sykehus» (s. 4). Holmboe er også skeptisk til å bruke ekstern ekspertise til å se på saken. Det vil være vanskelig å finne en nøytral sakkyndig. Holmboe skriver videre at avdelingen (KOA) burde hatt en metodebok eller lignende for tilfeller som dette, men at den neppe ville ha ført til annen praksis enn den som ble brukt. I noen grad er Holmboe enig med fylkeslegen i at journalnotatene ikke er etter forskriften. Holmboe konkluderer slik:

«Personalet ved kreftomsorgsavsnittet på Bærum har i denne saken gjort grundige vurderinger og dokumentert sine avgjørelser. Det kan aldri forhindres at noen vil være uenige i disse avgjørelsene, men tilsynsmyndigheten kan ikke forsøke noen oppmannsrolle i en slik konflikt. Den behandling som er gitt, må anses for forsvarlig, samt omsorgsfull». «Helsetilsynet bør avslutte saken meget raskt». (s. 4–5.)

Anne Alvik hadde ingen umiddelbare kommentarer til notatet, men var enig i at saken burde behandles raskt (påtegning på notatet fra Holmboe).

²⁶⁹ *Klage på behandling, lege Stig Ottesen, kreftomsorgsavsnittet, Bærum sykehus*, notat fra Jørgen Holmboe, avdeling 2 til avd. 4, med kopi til ledelsen. Sak nr. 98/6941.

Lars Hanssen syntes Holmboe hadde vært for rask og sikker (i sin sak). Han noterte på den versjonen han hadde av notatet:

«Jeg har vansker med denne saken. Vår troverdighet og legitimitet kan komme i klemme om vi bare baserer oss på «anonyme interne» sakkyndige uten at involverte får kommentere de vurderinger som gis. En enkelt hurtigarbeidende ekstern ville gjøre det vesentlig bedre, f.eks., Kaasa, RiT. JHO går ikke så mye inn på intensjonen om at beh./sed. skulle forkorte livet, som mer om det gjorde det. Intensjonen må vel være det sentrale.»

Lars Hanssens «fornemmelser» var nok riktigere enn Holmboes, men heller ikke han så hvilke konsekvenser saken etter hvert skulle få. Underdirektør Kristin Cordt-Hansen, jurist fra helserettsavdelingen, fulgte opp saken i et notat til ledelsen av 5. januar 1999.²⁷⁰ Som Hanssen var også hun mer «nøktern» i sine vurderinger. Hun sa at hun ikke kunne gå inn på det faglige, men mente man burde følge fylkeslegens råd om å kritisere journalføringen og mangelen på en metodebok. Hun fornemmet kanskje at det faglige kunne skape problemer for hun føyet til: «Brevet [fra Helsetilsynet] bør redegjøre for hvorfor vi ikke finner grunnlag for kritikk av den valgte behandling».

Helsetilsynet håpet nok at en sakkyndig vurdering av saken skulle gjøre at den kunne avsluttes snart. Det kritiske punktet var jo faglig-etisk: Var den behandling pasienten fikk, terminal sedering, dødshjelp? En fagperson måtte kunne besvare spørsmålet eller bringe det til en slik avklaring at Helsetilsynet kunne avslutte saken. Det var kanskje et varsel om at det kunne bli vanskelig å få saken avsluttet raskt at Edenbrandt den 21. januar 1999 i brev til Oslo politikammer med anmodning om at saken måtte etterforskes som medlidenhetsdrap og aktiv dødshjelp.²⁷¹ Han skriver i anmeldelsen at han hadde bedt sykehuset om å granske dødsfallet i slutten av juli og å se på om sykehuset hadde hatt andre mistenkelige dødsfall de senere årene. Siden sykehuset ikke hadde gjort noe gikk han nå til anmeldelse. Han forteller i sitt anmeldelsesbrev at han etter at saken ble

²⁷⁰ *Klage på behandling kreftomsorgsavsnittet, Bærum sykehus.* Notat fra Kristin Cordt-Hansen til ledelsen. Sak, 98/6941 4

²⁷¹ Brev fra Carl-Magnus Edenbrandt den 21.1.1999.

kjent har vært utsatt for «mobning på arbeidsplassen» og nå hadde bedt om hjelp fra advokat Harald Stabell (1947–2018).

Hanssens forslag om å spørre professor Stein Kaasa (f. 1953) ved Regionsykehuset i Trondheim om å gi en sakkyndig uttalelse om overlege Ottesens behandling av den aktuelle pasienten ble godtatt. Kaasa ble spurt den 29. januar. Kaasa svarte også raskt ja og kom med sin uttalelse.

Helsetilsynet bad Kaasa svare på tre spørsmål, om det var faglig forsvarlig å gi tung sedering til en pasient, om de nødvendige prosedyrer etc. ble ivaretatt da behandlingen ble gitt og om det er noe som tyder på at det var behandlernes intensjon å forkorte pasientens liv.²⁷²

Professor Kaasa sendte sin sakkyndiguttalelse den 22. mars 1999. Hans uttalelse er grundig og nøktern. Han begynner den med å peke på at det aktuelle fagmiljøet i Norge er lite og at alle kjenner hverandre. Selv har han samarbeidet med Ottesen om et faghefte om kreft og fordøyelsesplager. Ottesen har bidratt med et kapittel i en lærebok om palliativ behandling og pleie som han nylig har utgitt. Han har ikke (hatt) privat omgang med Ottesen.

Kaasa skriver i sin konklusjon at sedering av pasienter i livets avslutningsfase er uvanlig. Alle andre tiltak skal være forsøkt først, men når det er skjedd er sedering et anerkjent behandlingsprinsipp. Kaasa peker på at Ottesen ikke fulgte pasienten personlig i sederingsfasen. Han gjorde det via en kollega i Oslo. Selv var han på ferie i Italia. Denne behandlingen er ikke helt godt dokumentert, sier Kaasa. Han sier imidlertid til slutt at intensjonen med behandlingen har vært å «lindre pasientens plager og ikke forkorte hans liv».²⁷³

Utover senhøsten ble direktør Omland mere og mere bekymret for arbeidsmiljøet ved den lille behandlingssenheten for pasienter med langtkommen kreft. Den var sårbar, både fordi den var liten – den hadde bare 7–8 medarbeidere, med Ottesen og sykepleier Edel Nandrup som ledere – og fordi den var basert på et nært tverrfaglig samarbeid. I et brev

²⁷² *Anmodning om sakkyndig uttalelse i tilsynssak,...* Brev til overlege Stein Kaasa, RiT, seksjon for lindrende behandling, 29.a. 1999. Sak nr. 98/6941 4.

²⁷³ *Sakkyndiguttalelse i tilsynssak – overlege Stig Ottesen, Kreftomsorgsavsnittet ved Bærum sykehus, 22.3.1999.* Saksnummer i Helsetilsynet: 98/6941 – 11.

til Edenbrandts (nettopp engasjerte) advokat, Harald Stabell, skriver direktør Omland at Edenbrandt med sin utfordrende oppførsel truet KOAs fortsatte eksistens. Omland skriver at det ikke er problematisk at Edenbrandt har et annet syn på behandlingen enn andre, men det blir vanskelig når han rapporterer sin sjef inn for fylkeslegen og politianmelder ham, i praksis for drap.²⁷⁴

Vi skal føye litt til om KOA. Det har betydning for å forstå alvoret i den konflikt som var oppstått mellom avsnittets to leger. KOA ble etablert i 1993 og var altså ennå bare vel fem år gammel. Formålet med enheten var å gi behandling, og råd om behandling til alvorlig syke kreftpasienter. Avdelingen hadde opprinnelig én lege og én sykepleier, men hadde nå to leger – Ottesen og Edenbrandt (!) og tre sykepleiere. Til sammen hadde enheten åtte ansatte. Den konsentrerte seg altså om å hjelpe pasienter det var ekstra vanskelig, både medisinsk og psykologisk, å hjelpe. Avsnittet (KOA) hadde ikke egne senger og fungerte på en slags konsulentbasis. Den betjente særlig de store kliniske avdelinger ved sykehuset, kirurgisk og medisinsk behandling og i tillegg kvinneklinikken. Avsnittets oppgaver var både faglig og personlig krevende også for de ansatte. Ble det konflikt mellom dem, og aller verst, mellom de to legene, var avsnittets evne til å fungere truet. Sykehusets direktør var innforstått med at man måtte tåle meningsuenighet ved avsnittet, men når uenigheten hadde konsekvenser for omsorgen, det vil si, hvor meget man kunne gjøre for å lindre en pasients smerter, ble det vanskeligere.²⁷⁵

Etter professor Kaasas rapport konstaterer Helsetilsynets avdelingsdirektør Jørgen Holmboe i et notat til avdeling 4 at «terminal sedering» er en anerkjent metode til lindrende behandling. Han skriver videre:²⁷⁶

²⁷⁴ Brev fra direktør Erik Omland til advokat Harald Stabell 24.3.1999.

²⁷⁵ Kfr. brev fra direktør Erik Omland til Helsetilsynet, datert 22.4.1999. Sak nr., Helsetilsynet: 98/6941 – 17. Kfr. også brev til Helsetilsynet fra overlege Stig Ottesen med kommentarer til Kaasas rapport: *Uttalelse til professor dr. med. Stein Kaasas sakkyndige uttalelse av 22. mars 1999*. Sak nr. Helsetilsynet 98/6941 – 18.

²⁷⁶ *Klage på behandling, kreftomsorgsavsnittet, Bærum sykehus, notat 30.3.1999*. Sak nr.: 98/6941.

«Helsetilsynet finner det kritikkverdige at man ikke har utarbeidet en særskilt prosedyre for iverksetting av en slik spesiell behandlingsform, der det fremgår hvilke forhold som skal vurderes, hvordan behandlingen skal følges opp og hvilke observasjoner som skal gjøres.

Det foreligger ingen dokumentasjon for at behandlingen i det foreliggende tilfelle er igangsatt med intensjon om å forkorte livet hos den aktuelle pasient.

Helsetilsynet legger til grunn at de ansvarlige behandlere har gjort tilfredsstillende arbeid forut for iverksettelse av «terminal sedering». Man vil allikevel påpeke at dokumentasjonen for dette er mangelfull i forkant av behandlingen.

Helsetilsynet finner at kommunikasjonen mellom de ansvarlige ved kirurgisk avdeling og kreftomsorgsavsnittet ikke har vært tilfredsstillende i avslutningsfasen da dr. Ottesen reiste på ferie.

Helsetilsynet finner det kritikkverdige at dr. Osnes som leder av urologisk seksjon og behandlingsansvarlig for den aktuelle pasient ikke har sikret tilfredsstillende dokumentasjon av vurderinger de dagene behandlingen varte.»

Med utgangspunkt i den sakkyndige erklæringen og den relevante jus, fattet Helsetilsynet i brev av 25. mai 1999 til sykehuset, ved direktøren, denne slutning om sykehusets ansvar:²⁷⁷

«Helsetilsynet viser til ovennevnte, og finner å kunne reise kritikk mot Bærum sykehus for ikke å ha utarbeidet tilstrekkelige rutiner hva gjelder iverksettelse og oppfølging av «terminal sedering» som behandlingsform».

Helsetilsynet legger til at det forutsetter at sykehuset i sin videre virksomhet retter seg etter kritikken – og henviser til sykehusloven § 18 og tilsynsloven § 3. Bemerkningen er interessant for så vidt som den gjør jusen mer enn medisinen og de verdier den i en sak som dette tar

²⁷⁷ Brev til direktør Erik Omland, Bærum sykehus, datert 25. mai 1999. *Brev til Bærum sykehus i forbindelse med behandling av pasient ved kreftomsorgsavsnittet - ... Helsetilsynet sak nr. 98/6941 – 21.*

utgangspunkt i, til et avgjørende premiss for sin vurdering. For leger og det helsefaglige miljø kan en slik begrunnelse virke fremmedgjørende.

Samme dag som Helsetilsynets brev gikk til sykehuset, gikk et brev til overlege Stig Ottesen.²⁷⁸ I dette går Helsetilsynet grundig igjennom de aktuelle saksforhold og konkluderte slik:

«Helsetilsynet viser til ovennevnte, og finner å kunne reise kritikk mot Dem for ikke å ha nedtegnet den nødvendige veiledning til aktuelle leger i forbindelse med oppfølging av pasienten, herunder kritikk for ikke å ha ført tilstrekkelige journalnotater i tilknytning til iverksettelsen av aktuelle behandling, jf. legeloven §§ 25 og 43».

Både sykehus og overlege fikk altså kritikk, men ingen formell reaksjon. I en pressemelding den 25. mai 1999 orienterer sykehuset om saken og skriver at det vil bli utarbeidet skriftlige retningslinjer for bruken av terminal sedering.

Med dette kunne man tro at Bærum-saken var over. Det var den ikke. Nå ble den for alvor «politisert».

Overlege Edenbrandt fulgte saksutviklingen nøye og skrev etter helsetilsynsuttalelsen om sine observasjoner. Notatene er omfattende, men udaterte.²⁷⁹ De finnes i Helsetilsynets arkiv (slutten av mai), men uten en spesiell referanse. Edenbrandt redegjør, ofte detaljert, for mye av det som skjedde i behandlingen av saken, men skriver at mye ikke ble undersøkt. Han konkluderer sine betraktninger med at det er mye som taler for «att hensikten [med den terminale sedering] var att hjälpa patienten att dö, och inte att leva så bra som möjligt så länge sjukdomen varade». Han stilte også spørsmål ved overlege Kaasas habilitet. Om Edenbrandt nå hadde kontakt med avisene, vet vi ikke.

Nå begynte imidlertid for alvor avisene, særlig Aftenposten og dens journalist Robert Gjerde, å interessere seg for saken. Den 27. mai skrev

²⁷⁸ Brev til overlege Stig Ottesen 25.5.1999: *Kritikk til overlege Stig Ottesen...* Helsetilsynet, sak nr. 98/6941 – 20.

²⁷⁹ Kfr. blant annet dette notatet: *Helsetilsynets handläggning av anmälan om aktiv dödshjälp vid Bærum sykehus*. Helsetilsynets arkiv, Bærum-saken, ultimo mai.

avisen at en overlege ved Bærum sykehus ble etterforsket for aktiv dødshjelp på en kreftsyk pasient. Det ble snart stilt spørsmål ved den sakkyndiges habilitet. Også statsråd Dagfinn Høybråten ville vite mer om denne. Helsetilsynet sendte straks etter Aftenpostens oppslag ut en pressemelding der fungerende helsedirektør Lars Hanssen sier at det er feil at Kaasa og Ottesen skal være «gode venner». Hanssen åpner samtidig for at saken kunne bli gjenopptatt og andre sakkyndige kunne bli kontaktet.

Da Aftenposten først omtalte saken (s. 1 og 4) hadde avisen konsultert to svenske fagekspertter. De hadde uttalt at pasienten «sov seg til døde» og at årsaken var bruk av store mengder beroligende midler.²⁸⁰ Aftenpostens kommentator, Anne Hafstad (27.5, s. 4), bemerket at det var påfallende at den legen som hadde varslet om sin kollega nå ble «frosset ut». Det gjorde at man fikk inntrykk av at legene beskyttet sine egne.

Stein Kaasa kommenterte til NTB den 28.5 at han ikke var inhabil i Bærum-saken. Hadde han vært det ville han sagt nei til oppdraget. Han sa at han aldri hadde arbeidet ved samme sykehus som den anmeldte lege og heller ikke hatt felles pasienter med ham.

Saken ble nå stadig vanskeligere for Helsetilsynet. Andre sakkyndige stod frem og bidro til det, som fylkeslege Anders Smith og jusprofessor Erling Johannes Husabø (f. 1961) (UiB), begge via Aftenposten (28.5). Smith påpekte at Helsetilsynet hadde kommet til at terminal sedering ved livets slutt kan godtaes, men når det ikke sies hvilket bevissthetsnivå en pasient er på, blir avstanden til den dødshjelp legen Christian Sandsdalen i 1997 ble dømt for, «mikroskopisk». Juristen sier at problemet er at Helsetilsynet ikke sier hva pasienten døde av. Helsedirektøren og hennes stedfortreder reagerte på Smiths uttalelser. Smith hadde ringt Lars Hanssen om kvelden etter intervjuet og fortalt hva han hadde sagt til journalisten. Dagen etter

²⁸⁰ Én av de svenske legene, professor Barbro Beck-Friis (f. 1931), skrev den 6. juni til Helsetilsynets utredningsleder Peter H. Utne (f. 1969) og bekreftet at hun så på behandlingen av den aktuelle pasient ved Bærum sykehus som vel i overensstemmelse med hva vi forstår som aktiv dødshjelp. Hun skriver også i brevet at hun var blitt orientert om det norske tilfellet og den debatt det hadde avfødt av overlege Edenbrandt. Brevet har sak nr. 98/6941 – 37 i Helsetilsynet. Den andre svenske legen som stilte seg skeptisk til behandlingen den alvorlig kreftsyke norske pasienten fikk var Magna Andreen Sachs ved Danderyd sjukhus. Hennes brev har sak nummer i Helsetilsynet 98/6941 – 4.

snakket de to igjen på telefon og Hanssen hadde da sagt til Smith at han hadde «hoppet i stolen» da han hørte hva han hadde sagt. Hanssen hadde også lagt til at hvis han som fylkeslege skulle ta opp saker han ville ha vurdert av Helsetilsynet måtte han gjøre det direkte med Helsetilsynet.²⁸¹

Den 31.5 sendte avdelingsdirektør Holmboe brev til ledelsen og sier: «Vi oppnevner nye sakkyndige og fokuserer på bruk av terminal sedering generelt og hos denne pasienten spesielt».²⁸²

Vi konstaterer som interessant at departementet den 28. mai som «nysgjerrig utenforstående» henviser til Aftenpostens oppslag om aktiv dødshjelp ved Bærum sykehus og ber om en rask orientering om saken. Departementet er, som andre nå, opptatt av to ting, den sakkyndiges habilitet og spørsmålet om behandlingen Bærums-pasienten fikk var forsvarlig. Helsetilsynet sendte sin orientering den 31. mai.²⁸³

Den 7. juni svarte statsråden på spørsmål fra John Alvheim (1930–2005) fra Fremskrittspartiet. Alvheims spørsmål var «moraliserende». Han spurte blant annet: «Er statsråden enig i at Helsetilsynets saksbehandling i dette tilfelle er sterkt kritikkverdig?». Statsråden «bet ikke på». Han svarte blant annet at han ikke syntes det hørtes ut som om den sakkyndige og den anmeldte overlege var nære venner. Han sa ellers at han «På nåværende tidspunkt verken kan eller vil gi noen konklusjon om kvaliteten på Helsetilsynets saksbehandling.»²⁸⁴ Hilde Jordal og Anne Alvik var lettet og markerte det ved påtegnelser på utskriften fra den aktuelle spørretimen.

Det fremstod ellers som om Helsetilsynet spesielt nå, og fremover, særlig ble kritisert for to ting, utnevnelsen av en «venn» av den anklagede legen som sakkyndig, og vurderingen av alvoret i den behandling pasienten fikk de siste dager han levde. Den mangelfulle behandling gjaldt journalføringen av det at pasienten de siste dager han levde ikke ble fulgt

²⁸¹ *Bærum-saken – kontakt med fylkeslegen i Akershus*, notat fra Lars Hanssen til Anne Alvik 28. mai 1999. Sak nr. 98/6941.

²⁸² *Bærumsaken – Helsetilsynets rolle*, notat (?) fra Jørgen Holmboe til ledelsen. Notatet vi har, har ikke saksnummer.

²⁸³ Sak nr. 98/6941 – 27.

²⁸⁴ Midlertidig spørretime; 7.6.1999. Spørrer John I. Alvheim (FrP), svarer Høybråten, Dagfinn (KrF).

opp fysisk av overlegen, men av kolleger ved sykehuset. De siste ble veiledet via daglige telefonsamtaler til den Italia-ferierende overlege. Helsetilsynet hadde endt sin vurdering med kritikk, og ikke for eksempel en advarsel.

Helsetilsynet gikk nå, vi kunne nesten si gradvis, med på å se på saken på nytt. I første omgang henvendte de seg til de svenske legene Edenbrandt hadde kontaktet. De skrev imidlertid også den 8. juni til den danske Sundhedsstyrelsen og den svensk Socialstyrelsen for å få forslag til navn på mulige sakkyndige. Hele saken var med dette i praksis gjenopptatt. Overlege Stig Ottesen og sykehusdirektør Erik Omland ble varslet om det i brev av 11. juni.²⁸⁵ Sundhedsstyrelsen gav i et svarbrev av 6. juli navn på to danske overleger som kunne brukes som sakkyndige.²⁸⁶ Den 18. juni kom også Socialstyrelsen med forslag til to mulige sakkyndige.²⁸⁷ De to svenske legene sa nei til å være sakkyndige. Det var vanskelig å finne nye. Dagbladet omtalte i en lederartikkel den 19. august forsinkelsen som «intet mindre enn en skandale». Helsedirektør Alvik svarte den 21. at det lå utenfor Helsetilsynets myndighet å hente svenske og danske leger hjem fra ferie. Denne episoden viste imidlertid hvordan hun og Helsetilsynet nå fikk mye av pressen, fra Aftenposten til Dagbladet, imot seg.

Etter hvert lot flere personer, leger og andre, seg kallet til å gi sitt besyv med i behandlingen av «Bærum-saken». Den 21. september skrev psykiateren og Kr.F.-politikeren Hans Olav Tungesvik (1936–2017) i et innlegg i Aftenposten, at det var «uforståelig» at legen som hadde varslet nå er «fjerna frå stillinga si»,²⁸⁸ mens legen som det ble varslet om fortsatt var i full tjeneste. Også lege og stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo uttalte seg nå offentlig kritisk om Helsetilsynets behandling av saken.

I oktober svarte den siste som ble forespurt om å være sakkyndig, en svensk dosent ved Karolinska sjukhuset, ja til å være sakkyndig. De

²⁸⁵ Sak nr. 98/6941 – 4. Sak 98/6941 – 31.

²⁸⁶ Sak nr. det norske helsetilsyn 98/6941 – 36.

²⁸⁷ Sak nr. 98/6941 – 38, Helsetilsynet.

²⁸⁸ Han fikk forskningspermisjon fra høsten 1999, med to års lønn. Kfr. intervju med direktør Omland 9.3.00. Omland forteller at den anmeldte legen fortsatt var i arbeid, men «på henvisning» fra andre leger.

sakkyndige ble bedt om å uttale seg både om forståelsen av terminal sedering, og hvordan den skal utføres, generelt og en vurdering av det konkrete tilfellet.²⁸⁹ De sakkyndige ble fortalt at de kunne kommunisere med hverandre, men ble bedt om å gi separate uttalelser. De fikk frist med å uttale seg til 4. januar 2000. De sakkyndige omfattet en norsk lege i indremedisin (med lang erfaring i behandling av pasienter med hematologisk kreft), en norsk professor i klinisk farmakologi, en svensk spesialist i palliativ medisin, en dansk spesialist i palliativ medisin og en svensk psykiater og onkolog.²⁹⁰

Dr. Edenbrandt fulgte saken med interesse. I et udatert brev skriver han at han er tilfreds med at nye sakkyndige er oppnevnt, men har en rekke kritiske spørsmål han vil ha svar på. Han spør om de sakkyndige har fått alle relevante dokumenter, om de sakkyndige får vite at dr. Ottesen var i Roma da pasienten døde, etc.²⁹¹

De sakkyndiges uttalelser, runde to

De fem sakkyndige i runde to var docent Carl-Johan Fürst, docent Christina Bolund, overlæge Per Sjøgren (f. 1952), seksjonsoverlege Sigbjørn Berentsen (f. 1948), seksjon for blodsykdommer, medisinsk avdeling, Fylkessjukehuset i Haugesund og professor og overlege ved Regionsjukehuset i Tromsø, Georg Sager (f. 1951).

Overlege Berentsen konkluderte sin gjennomgåelse av den aktuelle pasients sykehistorie og måten han ble behandlet på med å si at behandlingen ikke hadde til hensikt å forkorte pasientens liv. Han skriver også at han ikke har «funnet noe kritikkverdig ved indikasjonsstilling,

²⁸⁹ Helsetilsynet, sak nr. 98/6941 – 65.

²⁹⁰ Kfr. skriftlig svar fra helseminister Dagfinn Høybråten til Stortingets president med utgangspunkt i spørsmål fra stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo. Helsetilsynets sak nr.: 98/6941 – 67.

²⁹¹ Helsetilsynet, sak nr. 98/6941 – 86.

gjennomføring av behandlingen, eller overvåkning og observasjon av pasienten».²⁹²

Docent og overlege ved Karolinska sjukhuset, Radiumhemmet, skriver i sin oppsummering: «omsorg om en patient med mycket speciella behov och krav har lett til en behandling, som til slut gav en rofylld död men som på flera sätt sköttes inadekvat, utan klara riktlinjer och i en bristfällig organisation».²⁹³ Den kritiske bemerkningen gjelder særlig den ansvarlige legens fysiske fravær da den terminale sedering skjedde. Hun uttrykker imidlertid på det generelle plan tillit til behandlingen som ble gitt ved KOA: «Jag har i hög grad varit positiv till den palliativa konsultverksamheten vid Baerums sjukhus, som ja har sett som föredöme för andra akutsjukhus» (s. 1).

Overlege Per Sjøgren, Bispeberg Hospital, skriver at det var gode grunner til å behandle pasienten med terminal sedering. Behandlingen ble gjennomført «i tråd med prinsippene for en sådan behandling», mener han. Om den behandelende overleges fravær de kritiske behandlingsdagene sier han: «Det er naturligvis alltid uhensigtsmessigt at en læge ikke kan følge et igangsatt forløb til ende, men det er nu engang vilkårene for at arbejde i et moderne sygehusvæsen». Han skriver også: «om rapporteringen og monitoreringen af patienten de følgende dage foregik hensigtsmæssigt er mere ugennemskueligt» (alle sitater s. 3).

Dosent, overlege Carl Johan Fürst, Stockholms sjukhem skrev I sin uttalelse som sakkyndig den 20. januar 2000:²⁹⁴

«Sammanfatningsvis anser jag att handlingarna i ärendet visar att det finns stora brister gällande dokumentation, teamarbete, vikariesituasjon i det specifika fallet. Det förefaller också som att arbetssätt med rutiner för dokumentation, teamarbete, vikariesituation, och vårdplanering för vård av så svårt sjuka patienter har stora brister.

²⁹² Sigbjørn Berentsen, sakkyndig uttalelse i tilsynssak ved Bærum sykehus, datert 25.10.1999. Helsetilsynet, sak nr.: 98/6941 – 90.

²⁹³ Christina Bolund, sakkyndig uttalelse i tilsynssak ved Bærum sykehus, datert 3.1.2000. Helsetilsynet, sak nr. 98/6941 – 92.

²⁹⁴ Carl Johan Fürst, sakkyndig uttalelse, tilsynssak ved Bærum sykehus. Helsetilsynet, sak nr. 98/6941 -99. Datert 20.1.2000.

Handläggningen av patienten kan sterkt kritiseras. Om fortsatt utredning visar att pasienter med svåra symptom i livets slutskede systematisk behandlas på liknande sett, med samme dårlige dokumentation og med samme bristende rutiner måste også det aktuelle fallet ses i ljustet av ett sådant sammenheng. Sedering i livets slutskede sker i granslandet mellom symptomlindring og påskyndande av døden... I det enstake fall som bedøms i denna tilsynssak med tilgjengelige dokument og bristende arbeidssett, med onyansert og egenmektig bedømming av muligheter til symptomlindring og bærende av lidande, systematisk forekommer insteller sig frågan om hvorvidt gransen til eutanasi har overskridits».

Uttalelsen fra den fjerde sakkyndige, professor i farmakologi og overlege, Regionsykehuset i Tromsø Georg Sager, kom med sin uttalelse den 2. februar 2000.²⁹⁵ Han konkluderte slik:

«Jeg kan ikke si at dette er et tilfelle av eutanasi. Imidlertid vil jeg ikke utelukke at valg av legemidler og manglende væsketilførsel kan ha fremskyndet pasientens død. Jeg mener det er sterkt kritikkverdig å følge opp en slik pasient fra utlandet per mobiltelefon. Hvis denne enheten ikke kan drives på en annen måte bør den nedlegges. Dette er ikke forsvarlig virksomhet. Det er kritikkverdig at han ikke har utarbeidet et dokument som inneholder behandlingsfilosofi med faglige og etiske vurderinger samt retningslinjer for behandling av refraktær symptomatologi. Videre, vil jeg i likhet med andre, kritisere den manglende dokumentasjon av prosessen. Spesielt i denne situasjonen hvor man beveger seg i et etisk grenseland bør kravet til dokumentasjon være ekstra sterkt. Det er kritikkverdig av sykehusets ledelse at de ikke har tatt tak i den situasjonen som jeg opplever som en konflikt mellom legene på avsnittet. På et slikt avsnitt må det psykososiale miljøet ofres kontinuerlig oppmerksomhet. Et konfliktfylt arbeidsmiljø vil føre til et dårligere behandlingsmiljø, noe som til sist går ut over pasientbehandlingen...»

²⁹⁵ Georg Sager, sakkyndiguttalelse, tilsynssak ved Bærum sykehus. Helsetilsynet sak nr. 98/6941 – 10). Datert 2.2.2000.

Disse uttalelsene gjorde det ikke enklere for Helsetilsynet. Én av de sakkyndige, Berentsen, fant ikke noe å utsette på behandlingen pasienten på Bærum sykehus fikk, mens an annen, Sager var svært kritisk og for så vidt mente saken like gjerne kunne vurderes etter straffeloven enn etter helselovgivningen. Innad i Helsetilsynet var det oppgitthet. Man så for seg at saken ville trekke ytterligere ut i tid. Det var også en utfordring for Helsetilsynet at noen av de sakkyndige var så kritiske. De var jo slik også kritiske til Helsetilsynets første vurdering. Assisterende helsedirektør Lars Hanssen sendte den 9. februar et notat til Helsedirektøren hvor han antyder noen mulige veier videre for Helsetilsynet. Han ville stille noen tilleggs spørsmål til de sakkyndige, og først om deres habilitet. Han vil også spørre dem om de har hatt kontakt under arbeidet. Faglig-etisk vil han spørre om de anser dette for å være et tilfelle av aktiv dødshjelp – noen nesten antyder at de/han mener det. Han er usikker på hvordan man skal bruke de sprikende uttalelsene og lurer på om de sakkyndige skal bes om å komme sammen og forsøke å komme til (mer) enighet, men forkaster snart den ideen. Hanssen sier så litt om sin egen habilitet! Noen hver begynte nå å lure på hvor uhildede de var. Hanssen nevnte at han hadde studert sammen med Erik Omland, sykehusdirektøren, og en tid bodd sammen med ham på studentehjem. I turnustiden hadde de to distrikt i samme fylke. De hadde da besøkt hverandre noen ganger. Hanssen hadde også vært tilstede i Omlands bryllup.²⁹⁶

I et notat skrevet den 22. februar går avdeling 1 deskriptivt gjennom saken.²⁹⁷ Saksgjennomgåelsen følges så av en diskusjon av funnene. Forfatteren legger særlig vekt på den mangelfulle dokumentasjon av det som skjedde de dagene pasienten var under terminal sedering. Forfatteren avslutter sin diskusjon med denne dramatiske vurdering:

«På grunn av manglende dokumentasjon finner Avd. 1 det ikke mulig å ta stilling til vesentlige sider av pasientbehandlingen, og at det derved synes å eksistere et uavklart spørsmål hvorvidt det foreligger et unaturlig dødsfall. Avd. 1 vil på dette grunnlag tilrå at sakens evt.

²⁹⁶ Lars Hanssen, *Bærum-saken – videre saksbehandling*. Notat til Anne Alvik, 9.2.2000. Sak nr. 98/6941.

²⁹⁷ *Klage på behandling gitt av overlege Stig Ottesen...*, Notat fra avd. 1 til avd. 4, 22.2.2000. Sak nr. 98/6941.

politimessige sider avklares før den videre behandling i Helsetilsynet».

Anne Alvik har skrevet en kommentar på avdeling 1's betraktninger: «Jeg er overrasket over at avd. 1 leser de sakkyndiges uttalelser så annerledes enn jeg gjør på dette punkt».

Avd. 1 har, etter initiativ fra overlege Edenbrandt, fått oversendt ti journaler fra Bærum sykehus vedrørende pasienter med langt fremskreden kreftsykdom. Avd. 1 kommenterer at «det er en gjennomgående dårlig/manglende dokumentasjon knyttet til disse pasienter. Særlig alvorlig finner Avd. 1 det er at medisinske notater i tilknytning til terminal sedering stort sett mangler». Avdelingen foreslår i tråd med dette at «sakens politimessige sider avklares før en videre saksbehandling i Helsetilsynet».²⁹⁸ I et nytt notat den 22.2. argumenterer avd. 4 grundigere for dette standpunktet:²⁹⁹ Hvis saken sendes politiet vil mer tid gå med. Helsetilsynet kan imidlertid kommentere saken som det ser det ut fra helselovgivningen. «Fordelen med dette alternativet er at spørsmålet om aktiv dødshjelp vil være besvart når vi skal avslutte saken.... En annen fordel er at det vil kunne bli ro rundt habilitetsspekulasjonene».

Helserettsavdelingens råd ble raskt fulgt. I brev av 7. mars 2000 sendte Helsetilsynet saken til Riksadvokaten. Helsetilsynet ønsker å få påtalemyndighetens strafferettslige vurdering av saken før Helsetilsynet vurderer reaksjoner etter helselovgivningen.³⁰⁰ Overlege Edenbrandt hadde den 21. januar anmeldt sykehuset for å ha gitt terminal sedering til (iallfall) ti andre pasienter. I brevet til Riksadvokaten bad nå Helsetilsynet om at politiet også så på disse saker. Dagen etter, altså den 8. mars, redegjorde Anne Alvik for det som nå hadde skjedd i «onsdagsinfo». Hun sa også her, og det var nå det viktigste, at Aftenpostens oppslag i dag viste at avisen hadde fått informasjon som fortsatt var unntatt offentlighet:

²⁹⁸ *Angående utredning av «aktiv dødshjelp» ved Bærum sykehus....* Notat sendt fra avd. 1 til avd. 4, 22.2.2000. Sak nr. 98/6941 – 1.

²⁹⁹ *Avslutning av Bærum-saken*, notat 22.2.2000 fra avd. 1 til avd. 4. Sak nr. 98/6941 – 4.

³⁰⁰ *Tilsynssak ved Bærum sykehus – påstand om aktiv dødshjelp*, brev fra Helsetilsynet til Riksadvokaten 7. mars 2000. Sak nr. 98/6941 – 116.

Aftenposten hadde fått se de sakkyndige rapportene. Hun sa ikke at hun mistenkte medarbeidere for å ha «lekket» rapportene. Hun hadde tillit til sine medarbeidere, men sa at «vi alle kan bli utsatt for visse teknikker av drevne pressefolk, og at det er nødvendig å være på vakt mot det».³⁰¹

Den 9. mars uttalte fylkeslege Smith at han allerede den 14. september 1999 ringte Helsedirektøren om kvelden og sa at saken var så alvorlig at politianmeldelse burde vurderes. Hun sa nei til det. Hennes anmeldelse kom istedenfor nå, den 7. mars. Nå, den 9. mars sa Alvik at hun ikke kunne erindre at Smith hadde anbefalt henne å politianmelde saken. På lederplass den 9. mars skrev Vårt Land at i denne saken «har verken Bærum sykehus eller Helsetilsynet opptrådt på en måte som styrker tilliten til helsevesenet».

Vi skal her gå litt tilbake i tid før vi fortsetter med det som skjedde videre utover i mars.

Den 14. januar 2000 skriver Aftenposten at overlegen ved Bærum sykehus «ble renvasket av nær bekjent», altså avdelingsdirektør Jørgen Holmboe. Holmboe behandlet den første tiden etter at saken kom opp denne saken. I Helsetilsynet var han, som anestesilege, den mest sakskompetente lege. Nå påstod Aftenposten (ved Robert Gjerde, den journalist som fulgte saken mest nøye) at Ottesen og Holmboe «må karakteriseres som gode venner». Holmboe skulle blant annet ha vært i Ottesens førtiårsdag. Holmboe sa at han kjente Ottesen, «men bare på den måten leger kjenner mange leger». Han opplyste ellers i intervjuet at han ikke ville delta i behandlingen av Bærum-saken mere.³⁰² Dette oppslaget i Aftenposten førte til at departementet med en gang skrev til Helsetilsynet og bad om «en orientering om Helsetilsynets habilitet i saken».³⁰³

Den nye habilitetssaken gjorde situasjonen vanskeligere for Helsetilsynet. Flere stod frem og var kritiske, som professor i rettsvitenskap Carl August

³⁰¹ Helsedirektørens redegjørelse i onsdagsinfo i kantina onsdag 8. mars 2000. Redegjørelsen finnes i Helsetilsynets arkiv uten noen spesiell referanse.

³⁰² Holmboe redegjorde i et notat til avd. 4 den 14. januar nærmere for sitt forhold til Stig Ottesen. Vi har ikke notatets saksnummer.

³⁰³ Brev fra departementet til Helsetilsynet 14.1.2000. Brevet var signert ekspedisjonssjef Andreas Disen. SHD sak nr.: 99/03682 HA2 ELIS/san.

Fleischer (f. 1936) og Edenbrandts advokat, Harald Stabell. Den 15. januar sa statsråd Høybråten at han raskt ville ha en redegjørelse om Holmboes habilitet. Denne dagen uttalte professor i medisinsk etikk Jan Helge Solbakk (f. 1956) til Aftenposten at Helsetilsynets praktisering av habilitetsreglene «er under enhver kritikk».

Den 9. mars ble fylkeslege Smith innkalt til møte med Helsedirektøren. Bakgrunnen var hans uttalelse til Aftenposten hvor han kritiserte Helsetilsynets behandling av Bærum-saken. Helsedirektøren påla ham ikke å uttale seg mer offentlig om saken, men han var ikke nå villig til å etterkomme pålegget.³⁰⁴

Fredag den 10. mars gav Helsedirektøren en redegjørelse i kantinen til de ansatte. Hun nevnte uenigheten med fylkeslege Smith og kom så inn på det hun så på som lekkasjer. «Onsdag sa jeg til dere ikke trodde at vi hadde bevisste lekkasjer». Vi «slutter rekkene når det stormer rundt oss». Hun trodde det fortsatt var slik, men legger til at det var «en stor skuffelse å se at Aftenposten i dag har en illustrasjon med flere av de sakkyndige rapportene, hvorav en med vårt registreringselskap». Hun legger til at hun er «nødt til å erkjenne at vi kanskje har en medarbeider blant oss som har avveket fra denne kulturen» (om samhold når det stormer).³⁰⁵

Den 10.3. sier fylkeslege Smith til Asker og Bærums budstikke at det er grunn til å tro at det ble gitt aktiv dødshjelp til den pasienten som døde i slutten av juli 1999. Han utfordrer i samme intervju at Helsedirektøren ikke kan gi ham, som selvstendig embetsmann, «munnkurv». Den samme dagen uttalte en av nestorene i norsk medisin, professor Peter F. Hjort (1924–2011) seg om saken til Aftenpostens Robert Gjerde og sa blant annet at legen på Bærum sykehus i denne saken hadde befunnet seg i en gråson mellom lindrende behandling og aktiv dødshjelp. Hjort mente legen hadde krysset «grensen» og bedrevet aktiv dødshjelp. Hjort hadde basert seg på de sakkyndige rapportene og en anonymisert kopi av

³⁰⁴ *Møte med fylkeslege Anders Smith 09.03.00*, referat ved avd.dir. Terje Jensen. Helsetilsynets arkiv; intet saksnummer.

³⁰⁵ Referat fra Helsedirektørens informasjonsmøte i kantinen den 10. mars 2000. Helsetilsynets arkiv, uten saksreferanse.

pasientens journal for de aktuelle dagene. Aftenposten hadde skaffet ham de hemmeligstemplede dokumentene. Avisen siterte også fra rapportene.

Avisene opprettholdt trykket på Helsedirektøren utover vinteren 2000. Spesielt gjorde Aftenpostens Robert Gjerde det, men også VG og Dagbladet drev en meget pågående, og i all hovedsak, ensidig reportasje omkring saken. De var dyktige «etterforskere». Det virket som om alt som ble skrevet som ledd i Helsetilsynets arbeid med saken, uansett hvor unntatt offentlighet det var, straks havnet på herr Gjerdens pult. Gjerde og hans kolleger fikk også personer med relevant kompetanse og status, som medisinerprofessor Peter F. Hjort, etikkprofessor Jan Helge Solbakk, anestesilogiprofessor Petter Andreas Steen (f. 1947) og teologiprofessor (og stortingsrepresentant) Inge Lønning (1938–2013), til å uttale seg, på journalistenes premisser.³⁰⁶ Fra tid til annen kommenterte Aftenpostens Anne Hafstad, kritisk, Anne Alviks måte å håndtere Bærum-saken på. Der kom ingen innlegg fra andre kjente personer til støtte for Helsedirektøren.

Til å begynne med, altså frem til høsten 1999, var presset mot Helsedirektøren mindre. Så ble det raskt større. Anne Alvik ble slått ut av en kraftig influensa julen 1999. Da hun kom tilbake over nyttår økte presset på Helsedirektøren nesten fra dag til dag. Hun skriver selv om hva denne kritikken gjorde med henne:

«Det er en påkjenning å lese slikt i avisene dag etter dag, uke etter uke, måned etter måned. Jeg er nok rimelig robust og likevektig og var glad for at jeg ikke hadde mistet nattesøvnen. Men jeg følte slitasjen fra det langvarige presset, og det var ikke så lett som ellers å glede seg over livet. Denne søndagen ble ikke den gode avkoblingen og oppladingen jeg kunne trenge. Neste morgen var jeg likevel ved godt mot og med krefter til å ta fatt på en ny uke».

Det er påfallende hvor sikker Anne Alvik var i sin sak. Hun hadde rett, både når det gjaldt spørsmålet om den terminale sederingen representerte dødshjelp og når det gjaldt påstandene om inhabilitet i tilfellene Kaasa og Holmboe. Hun konstaterte samtidig at det var sider ved behandlingen av den aktuelle pasienten (de siste dagene han levde) og ved journalføringen som var kritikkverdige. Det var oppstått forsinkelser underveis, men det var

³⁰⁶ Ang. uttalelser fra Steen, Lønning og Solbakk, se *Dagens Medisin*, 16.3.2000.

av gode grunner. Denne sakssikkerheten er nok hovedgrunnen til at hun ikke «bukket under». Den er samtidig en viktig grunn til at «spillet» fortsatte.

Hun hadde støtte fra sentrale personer i Helsetilsynet, men den var ikke tydelig og lett synlig, heller ikke fra de aller nærmeste. Etter hvert var det som om de fleste ble engstelige og ville sikre seg selv. Som vi har sett, noen spilte jo også på lag med Robert Gjerde. Samtidig fortsatte Anne Alvik ofte og lett å skryte av sine fine medarbeidere. Mange av dem var kanskje etter hvert mer fjerne enn fine. Noen syntes hun var for envis. Denne holdningen kan også ha påvirket kritikerne, særlig de sentrale journalistene. De fikk et slags ønske om å sette henne på plass. De var daglig på leting etter nye eksempler på hennes mangel på klokskap. Mellom Anne Alvik og Robert Gjerde ble Bærum-saken nesten et slags «Chicken-spill»: Begge ville vinne over den annen. «Dommerne» i dette spillet var til slutt «publikum» og de bestemmende politikerne.

For Anne Alvik ble etter hvert familien, særlig mannen Per Nyborg, hennes viktigste støttespiller(e).

Anne Alvik skjønnte vinteren 2000 at det nå begynte å brenne under føttene på henne. Den 20. mars 2000 sender hun et dramatisk brev til departementet. Hun skriver her at hun og Helsetilsynet har fått viktige deler av pressen imot seg. Spesielt synes hun det er vanskelig at flere aviser på lederplass uttrykker tvil om man kan ha tillit til Helsetilsynet. «Det er nødvendig at den allmenne tillit til oss som tilsynsetat opprettholdes. Jeg er derfor kommet til å ville be departementet vurdere om det bør oppnevnes en settetilsynsmyndighet i denne saken.» Som situasjonen er, legger hun til, går den utover andre oppgaver Helsetilsynet har.³⁰⁷

Helsedirektørens ønske om å få et settetilsyn til å overta behandlingen av Bærum-saken er et uttrykk for abdikasjon: Andre får overta behandlingen av Bærum-saken. Det var derfor ikke overraskende at Dagbladets leder den 21. mars fikk overskriften «Fra skanse til skanse». Fremskrittspartiet John Alvheim sa til Aftenposten den 22. mars at hvis Helsedirektøren

³⁰⁷ *Vedr.: Tilsynssak ved Bærum sykehus – påstand om aktiv dødshjelp. Sak nr. 98/6941 – 121.*

synes oppgavene hun har er for tunge og vanskelige, er ikke det naturlige å be seg fritatt for en oppgave, men «å ta sin hatt å gå».



Anne Kari Lande Hasle (f. 1946), sosionom. Hun ble etter hvert en sentral person i norsk sentralforvaltning, blant annet som ivrig talskvinne for etatsstyringen fra 1980-årene av. Et uttrykk for den rollen hun spilte fra 1980-årene og til hun pensjonerte seg i 2016 er at hun ble medlem av det innflytelsesrike Hermansen-utvalget (1989). Hun ble byråsjef i Forbruker- og administrasjonsdepartementet i 1980. Fra 1983 til 1990 var hun ekspedisjonssjef i Arbeids- og

administrasjonsdepartementet. Gjennom disse embedene utviklet hun seg til å bli en av forvaltningens viktigste forvaltningsekspert. Fra 1990 til 1996 var hun departementsråd i Barne- og familiedepartementet. Fra 1996 til 1999 var hun forskningsadministrator (NOVA) og fra sommeren 1999 departementsråd i Sosial- og helsedepartementet. Hun satt som departementsråd i det som først ble Helsedepartementet og så Helse- og omsorgsdepartementet til 2013. Hun ble spesialrådgiver i dette departementet til hun gikk av med pensjon i 2016. Hasle ledet, i samarbeid med statsråd Tore Tønne (2000–2001) arbeidet med omorganiseringen av helseforvaltningen i 2002 og statliggjøringen av sykehusene i 2002 (etableringen av helseforetakene). Hun stod også bak samlingen av all legemiddelforvaltning fra 2001 (Legemiddelverket). Som organisasjonsutvikler er hun kanskje den som har satt mest spor etter seg i norsk sosial- og helseforvaltnings historie, mer også enn helsedirektør Evang. (Foto: Dag W. Grundseth / Aftenposten / NTB)

Helsedirektøren ble kalt inn til departementsråd Anne Kari Lande Hasle samme ettermiddag, for å få departementets reaksjon på forslaget om settetilsyn. Ekspedisjonssjef Andreas Disen var også tilstede på møtet. Han var den av lederne i departementet som hadde lengst erfaring med å

håndtere, og blant annet passe på, Helsetilsynet (og før det Helsedirektoratet); kfr. etatsstyringen. Møtet åpnet med at Anne Alvik fikk overlevert et skriftlig svar på sitt forslag om settetilsyn. Det het i brevet at saken var «stilt i bero fra tilsynsmyndighetenes side inntil det foreligger en avklaring fra påtalemyndighetene. Slik saken står prosessuelt kan ikke Sosial- og helsedepartementet se at det er grunn til å nedsette en settetilsynsmyndighet for Helsetilsynet».³⁰⁸ Departementsråden endret så tema. Hun så på helsedirektøren og spurte: «Klarer du dette da, Anne?» Anne Alvik ble forbauset over spørsmålet for det hadde aldri slått henne at hun ikke skulle klare det.³⁰⁹ Departementsråden sa da at presset på henne økte og ville fortsette å øke. Hun spurte derfor om Anne Alvik hadde tenkt på muligheten for permisjon, for eksempel i tre eller seks måneder. Hasle minnet om at Alvik i medarbeidersamtalen for en måned siden, hvor sistnevnte fortrolig hadde nevnt at hun hadde tenkt å be om andre arbeidsoppgaver om halvannet år, når hun fylte 64 år. Alvik fikk frist med å svare til neste morgen, hvis hennes ansøknings om permisjon skulle fremstå, som hennes valg.

Dagen etter, den 22. mars, leverte Anne Alvik ansøknings om seks måneders permisjon. Svaret kom raskt; ansøknings ble innvilget. Hun fikk permisjon med lønn. Hun orienterte så medarbeiderne om at hun skulle ha permisjon. Hun omtaler så kort og lakonisk hva som skjedde etterpå: «Litt utpå dagen innkalte assisterende helsedirektør Lars Hanssen de andre i ledergruppen til et møte, mens jeg satt på kontoret og jobbet». Hun fikk siden vite at de hadde diskutert om departementet hadde en skjult, langsiktig agenda. Det hadde jo siden 1994 vært en «surhet» i den daglige kontakten mellom departement og tilsyn. Surheten hadde med etatsstyringen og budsjettpolitikken å gjøre.³¹⁰

Fredag den 24. mars kunne ekspedisjonssjef Disen meddele Anne Alvik at fylkeslege Petter Øgar skulle overta som konstituert helsedirektør. Anne

³⁰⁸ Alvik, *op.cit.*, s. 118.

³⁰⁹ *Tilsynssak ved Bærum sykehus – spørsmål om oppretting av settehelsetilsynsmyndighet*. Brev fra Sosial- og helsedepartementet til Statens helsetilsyn, 22.3.2000. Brevet er undertegnet Andreas Disen. Helsetilsynet, sak nr. 98/6941 122. Fremstillingen i fortsettelsen bygger på Alviks fremstilling.

³¹⁰ *Ibid.*, s. 25.

Alvik presenterte nyheten i kantinen – som en «gladnyhet». I sin omtale av Bærum-saken skriver Anne Alvik: «Litt senere på dagen ble jeg klar over at Lars igjen, slik som to dager tidligere, hadde innkalt ledergruppen til et ekstra møte. Jeg forstod at det var mye å snakke om, men det var rart plutselig å være utenfor mens jeg ennå var på plass.»³¹¹ Senere på dagen kom en travel Øgar innom, men hadde bare tid til en kort prat med Anne Alvik. Alvik beretter om det som så skjedde: «Så gikk Øgar inn til Lars på nabokontoret, og de ble sittende lenge og snakke sammen bak lukket dør».³¹² Øgar tiltrådte mandag 27. mars. To dager senere holdt han sin «tiltredelseserklæring», med litt indirekte kritikk av Helsetilsynets måte å fungere på. Denne dagen åpnet også fylkeslegemøtet. Øgar presentert seg, men sa intet positivt om Anne Alviks ledelse. Utover ettermiddagen ventet Anne Alvik å høre nytt fra møtet, men hørte intet. Dagen etterpå ringte to av fylkeslegene. Flere tok kontakt utover sommeren, men i stor grad var hun nå blitt en fortidsperson.

Den 30. mars ble Alvik intervjuet av Dagens Medisin og fastholdt at hun ikke angret på noe – utover at hun ikke hadde låst ned dokumentene – og at hun skulle tilbake til sitt embede. Den 13. april ble også Øgar intervjuet av Dagens Medisin, under overskriften «Tre nye saker om inhabilitet». Anne Alvik var nysgjerrig på hva som skjedde i Helsetilsynet, men hørte lite. På s. 40 i hennes erindringer kommer så denne overskriften: «Lars ringer – endelig». Han ringte den 12. april og sa litt om noe av det som skjedde, «men beskrivelsen var ganske nøytral, og jeg fikk lite inntrykk av stemningen i etaten».³¹³ Det lød som om hun nesten antesiperte at Helsetilsynet var iferd med å bli fortid for henne.

Den 27. april la Petter Øgar frem sin rapport om saksbehandlingen i Bærum-saken.³¹⁴ Første del av rapporten bestod av en svært lang opprømsing (25 s.!) av leddene i saksforløpet, mest i form av dokumentoverskrifter og -konsentrater. Det var imidlertid uklart hvilke

³¹¹ *Ibid.*, s. 30.

³¹² *Ibid.*, s. 32.

³¹³ *Ibid.*, s. 46.

³¹⁴ Petter Øgar, *Saksbehandlingen i Bærumsaken*. Rapport utarbeidet av konstituert helsedirektør Petter Øgar, Oslo 27.4.2000.

kriterier Øgar hadde lagt til grunn for hva som burde nevnes og ikke nevnes. Etter «oppramsingen» (faktadelen) fulgte to sider om Helsetilsynets rutiner. Vurderingene kom først fra s. 27. De gikk frem til s. 37. De er formulert på en saklig måte, men med en tydelig vilje til (selv)kritikk. Det vil si kritikk av Helsetilsynet.

Saken reiser en rekke spørsmål av etisk og faglig art, innleder Øgar. At der er uenighet om de etiske spørsmålene og at Helsetilsynet bare må godta det, er ikke noe å kritisere, mener Øgar. Når det gjelder de faglige spørsmål, særlig med utgangspunkt i sederingen, har, mener Øgar, Helsetilsynet vært for utydelig. Øgar bemerker blant annet (s. 29): «Det kan synes som om man har prioritert ønsket om hurtig avgjørelse høyere enn grundighet og har fått svi for det når manglene ved opplegget etter hvert kom til syne». Når det gjelder mandatet for de sakkyndige skriver han at det er «vesentlig bedre» i annen enn i første runde (s. 30). Når det gjelder å kartlegge omfanget av terminal sedering ved sykehuset har både fylkeslegen (Akershus) og Helsetilsynet vært for passive (s. 31). Han er kritisk til at Helsetilsynet sendte saken til politiet for strafferettslig vurdering før det så på den selv. Det forsinket den samlede behandling av saken (s. 31). Øgar finner også at Helsetilsynets «uformelle» bruk av sakkyndige er «uryddig» (s. 33). Øgar skriver videre at det kan reises berettiget tvil om avdelingsdirektør Jørgen Holmboes habilitet. Professor Kaasas habilitet «kan diskuteres» (s. 35). Øgar mener det er uheldig at kommunikasjonen mellom juristene i avd. 4 og legene i avd. 1 og 2 i så stor grad er skriftlig (s. 35). Han er imidlertid glad for at jurister og helsefagfolk nå bringes sammen gjennom det nye klagesaksprosjektet.

Øgar konkluderer med at den største svakheten ved måten Bærum-saken ble behandlet på var at Helsetilsynet undervurderte kompleksiteten i saken og prioriterte hurtighet fremfor grundighet (s. 36).

Helsetilsynet sendte ut en tosiders pressemelding om Øgars rapport. Rapporten ble også gjort elektronisk tilgjengelig.

Den 28.4. kom den første kritikken av rapporten. Den kom fra fylkeslege Smith. Som av Øgar ble kritisert for passivitet etter at han ble varslet av overlege Edenbrandt. Smith mente det var feilaktig og bad Øgar om å «korrigere» det inntrykket han hadde skapt av Smiths oppførsel etter at

han ble varslet.³¹⁵ Smiths reaksjon var ikke overraskende. Han oppfattet det slik at han hadde vært tydelig i sin oppfølging av anmeldelsen og hadde havnet i dispuTT med Helsedirektøren for det. Men Smiths reaksjon sa også noe om Øgars måte å håndtere saken på. Han hadde laget en rapport, på kort tid, uten å snakke med sentrale aktører, som Helsedirektøren, og åpenbart uten å ha hatt tid til å gå igjennom det store dokumentmateriale som forelå. I sin omtale av Øgars rapport, ti år etterpå, reagerer Anne Alvik med forskrekkelse og sinne. Hun mente at mye av kritikken baserte seg på feilaktige premisser. Det skyldtes igjen at Øgar ikke hadde satt seg inn i sakene.

Øgar kritiserte for eksempel Helsetilsynet for å ha stolt for mye på skriftlige notater i sin saksbehandling. Alvik skriver at han kunne fått vite hvordan saksbehandlingen hadde foregått hvis han hadde snakket med de viktige saksbehandlerne. Alvik sier at den muntlige kontakten mellom saksbehandlerne hadde vært omfattende i lang tid.³¹⁶ Hun gikk også igjennom den øvrige kritikken Øgar hadde kommet med på samme måte, og summerte blant annet opp slik: «Det var ubegripelig at Øgar kunne vurdere som han hadde gjort. Jeg forstod heller ikke hvordan han kunne akseptere en umulig dobbeltrolle - som konstituert toppsjef og samtidig «ekstern gransker», og uberettiget kritisere sin egen etat så dramatisk».³¹⁷

Like før Øgars pressekonferanse ringte ekspedisjonssjef Disen til Alvik og bad om at hun ikke uttalte seg til mediene. Hun mente at hun, når hun ble angrepet offentlig, måtte ha adgang til det, men sa også at hun ville vente til hun kunne komme med en skriftlig kommentar. Etter samtalen måtte hun spørre seg hvem Disen talte på vegne av.³¹⁸

Reaksjonen i mediene på Øgars rapport var samstemt. Mediekommentatorene gjengav Øgars kritikk på en måte som innebar stort sett enstemmig tilslutning. I Aftenposten skriver lederskribenten – det kunne høres ut som om vedkommende i dette tilfelle var Per Egil Hegge –

³¹⁵ Faks fra fylkeslege Anders Smith til kst. Helsedirektør Petter Øgar 28.4.2000. Saknr., fylkeslegen: 98/1253.

³¹⁶ *Alvik, op. cit.*, s. 127–128.

³¹⁷ *Ibid.*, s. 130.

³¹⁸ *Ibid.*, s. 131.

at «hvis et tynt ord skal sies til den permitterte helsedirektør Anne Alviks forsvar, så er det at hun overtok sjefsstolen etter to menn som ikke var spesielt villige til å lytte til kritikk hverken innenfra eller utenfra». Lederskribenten fortsetter: «Med sin rapport har Petter Øgar signalisert at denne form for saksbehandling skal over i historien».³¹⁹ Til avisen Dagen i Bergen uttalte overlege Edenbrandt den 29. april: «..endelig kommer det inn en mann med integritet og mot i denne saken». Han føyer til: «Vennskapskorupsjonen og inkompetansen i Helsetilsynet er rystende,...». Edenbrandt forteller at han nylig er blitt avhørt av Tone Davik fra Kriminalpolitisen, og sier at «Politiets grundighet blir stående i kontrast til Helsetilsynets innledende behandling av saken».

Det siste Edenbrandt forteller viser at nå er Politiet i Asker og Bærum i gang med å etterforske «dødshjelpsaken» ved Bærum sykehus. Samtidig skrives der mer i avisene om Anne Alviks skjebne. Aftenpostens kommentator skriver den 28. april at «Alvik blir ikke sittende».

Ettersom politietterforskningen går videre, blir mediernes interesse for den, for Edenbrandt og for dødshjelp, økende. Vårt Land har en stor reportasje om Edenbrandt, og ulike fagfolk som uttaler seg om ham, lørdag den 6. mai 2000. Reportasjen går over sidene 1, 10, 11, 12 og 13. Også den legen som var anmeldt for dødshjelp, altså Stig Ottesen, får nå oppmerksomhet – positiv sådan, spesielt i lokalavisen Asker og Bærum Budstikke. Også Lægeforeningen og dens etiske utvalg tok nå opp spørsmålet om «dødshjelp» og behovet for retningslinjer ved bruk av terminal sedering. Som medlemmer fikk utvalget blant annet professorene Stein Kaasa og Harald Breivik (f. 1940), begge fagpersoner som hadde spilt en direkte og indirekte (Breivik) rolle i Bærum-sakens første «runde». Utvalgets leder, professor Reidun Førde (f. 1940), forsvarte bruken av de to.³²⁰

En del, mer og mindre kjente, representanter for Fremskrittspartiet bidro i begynnelsen av mai til debatten om dødshjelp ved å forsvare slik nokså tydelig. Partiets John Alvheim tok stor avstand fra sine partikollegeres syn.

Professor Peter F. Hjort, som mente Bærum-saken representerte aktiv dødshjelp, skrev den 19. mai en kronikk i Aftenposten der han

³¹⁹ «Helsetilsynet», leder, *Aftenposten* 29.4.2000, s. 8.

³²⁰ Kfr. Vårt Land, 11.05.2000.

argumenterte for god dødshjelp og sa nei til aktiv dødshjelp. Samtidig ble det kjent at overlegeforeningen klaget ham inn for Lægeforeningens etiske råd for å ha forhånds dømt en politimeldt kollega, Stig Ottesen.

Den 29. mai bad Øgar, via departementet, om å få lovavdelingens vurdering av de forvaltningsmessige vurderingene han hadde kommet med i sin rapport av 27. april.³²¹

Den 23. mai har det «sprukket» for en anestesioverlege ved Rikshospitalet, Trygve Kjelstrup (f. 1953). I en artikkel under overskriften «Euthanasihysteriet i Bærum» skriver han blant annet at Bærum-legen har gjort mer enn sin plikt overfor kreftpasientene han har hatt, men er blitt et offer for feilgrep blant annet i Helsetilsynet. «Saken er der håndtert dilettantisk», blant annet av «skrivebordsmedisinere». Nå skal, skriver han, et stort antall politifolk bruke «millioner» til å uttale seg om forhold de ikke har kjennskap til.

Den 24. mai sender Anne Alvik sin kommentar til Øgars evalueringsrapport av Helsetilsynets saksbehandling i Bærum-saken. Den er adressert til departementet. Hun har skrevet den under rådgivning fra en jurist. Den litt «tørre» kommentaren er preget av det. Under det første kommentarpunktet, med den rent juridiske overskriften «Utredningsplikten etter § 17 i forvaltningsloven» er det vanskelig å se hva hun konkret kritiserer Øgar for. Hun legger i stedet vekt på å vise hvordan Helsetilsynet hadde håndtert plikten til å «opplyse» saken. Hva Alviks innvending mot Øgars rapport her er, er uklart. Under neste punkt, «Oppfyllelse av rollen som tilsynsorgan», henviser hun til Øgars kritikk om at fylkeslegen og Helsetilsynet hadde hatt en for passiv holdning til å kartlegge omfanget av «terminal sedering». Alvik mener det er uholdbart. Hun og Helsetilsynet ville starte med sederingssaken før de gikk videre. Alvik henviser så til Øgars kritikk av oversendelsen av saken til politiet uten helsefaglige vurderinger. På dette punkt skriver hun blant annet at Helsetilsynet hele tiden stod til disposisjon for politiet for nærmere vurderinger. Vi skal ikke si mere om hennes kommentarskrift. Generelt står det imidlertid frem for oss som lite poengtert. Det fremgår også av

³²¹ *Saksbehandlingen i Bærumsaken*, brev fra kst. helsedirektør Petter Øgar til Justisdepartementet via Sosial- og helsedepartementet, 22. mai 2000. Sak nr. 2000/1565.

avisenes omtale av det; det står primært at Alvik «slår tilbake» mot Øgar.³²² Hun kommenterer Øgars skrift med større tyngde og pedagogisk snert i sine 2010-erindringer.

Mens både politi og helsetilsyn arbeidet videre med Bærum-saken, fortsatte leger og andre å kommentere saken. I Aftenpostens kronikk den 2. juni 2000 spør anestesilegene Jon Henrik Laake (RH, f. 1963) og Reidar Kvåle (Haukeland, f. 1963): «Lærer vi av Bærum-saka?» De konkludere slik: «Det vekkjer ikkje særleg tillit at helsestellet og Helsetilsynet har takla denne saka så dårleg, og det er mykje Aftenposten si forteneeste at vi kjem inn på rett veg».

Anne Alvik svarer den 10.6 på de to anestesilegenes kritikk. Hun gjør det med engasjement og godt poengtert. Hun følger stadig årvåkent med på hva som skjer med Bærum-saken.

Helsetilsynet under Petter Øgar sendte nå, primo juni, ut retningslinjer for behandling av døende kreftpasienter. Det dreide seg om pasienter som hadde en antatt levetid på under en uke og sterke, vedvarende smerter eller andre alvorlige symptomer. Retningslinjene gav strenge regler for beslutninger om behandlingen og om oppfølging av de aktuelle pasienter.

Øgar hadde nå også sendt Helsetilsynets faglige vurdering av Bærum-saken til politiet, men offentliggjorde ikke vurderingen.

Politiet i Bærum og Asker, som nå etterforsket Bærum-saken, hadde i brev av den 16.3 og 21.3. bedt professor i klinisk farmakologi ved Det rettsmedisinske institutt, Jørg Mørland (f. 1941), om å svare på noen spørsmål om Bærum-saken. Spørsmålene var som følger:³²³

«1. Om terminal sedering er en akseptabel behandlingsform i livets absolutte slutfase? 2. Hva gjør det evt. forsvarlig å anvende terminal sedering som behandlingsform? 3. Forelå det alternative behandlingsformer i tilfellet (pas...) – og i så fall burde disse ha vært ha benyttet i stedet for terminal sedering? 4. Var behandlingen med

³²² Tine Dommerud i Dagens Medisin 3.1.2000 gir i noen grad en mer utførlig presentasjon av Alviks «motskrift».

³²³ J. Mørland, *Sakkyndig uttalelse vedr. tilsynssak ved Bærum sykehus om aktiv dødshjelp*. 5. juni 2000. Ref. Statens rettstoksikologiske institutt SU00-444.

terminal sedering tilfredsstillende i tilfellet (pas...)? 5. Om terminal sedering i tilfellet (pas...) har fremskyndet (pas..s) død. 6. Om virkningene av de medikamentene (stoffene) som har vært brukt i forbindelse med behandlingen av (pas...) og da særlig virkningene av midazolam (Dormicum). Det ønskes uttalelse om virkningene av de enkelte stoffene hver for seg og samlet».

Professor Mørland sendte sin uttalelse den 5. juni 2000.

Om sedering skriver Mørland at formålet er å lindre pasientens plager til et akseptabelt nivå mens behandling utover dette ikke tilstrebes. Med andre ord: nedsløvningen skal være minst mulig uttalt (s. 6). Behovet for slik behandling ansees av fagfolk som svært lavt. Mørland sier at faglitteraturen viser at det er betydelig meningsforskjell om det er riktig å gi slik behandling i livets absolutte slutfase.

Mørland sier videre at det skal foreligge ulidelige symptomer som ikke lar seg behandle på andre måter før terminal sedering brukes. Når det gjaldt spørsmålet om det fantes alternative behandlingsmåter som kunne vært brukt i det aktuelle tilfellet svarer Mørland at behandlerne forsøkte mange behandlingsmåter og tok godt vare på pasienten, men at en del behandlingstiltak mot de mest alvorlige plagene allikevel ikke var «fullt utprøvd».

Når det gjaldt spørsmålet om virkningene, hver for seg og samlet, av de medikamenter som ble brukt gikk Mørland gjennom dem i stor detalj. Her skal vi baren nevne at han skriver at bruk av Dormicum (med virkestoffet midazolam) ved store doser kan gjøre at pasientens tilstand kan gå over i dyp bevisstløshet (koma).

På spørsmål om behandlingen med terminal sedering var tilfredsstillende er Mørland forbeholden. Mørland er usikker på om indikasjonen for behandlingen var tilstede. Til slutt skriver han at det kan synes som om behandlingen

«har vært styrt med manglende kjennskap til grunnleggende farmakologiske prinsipper for infusjonsbehandling med tanke på de medikamenter/omdannelsesprodukt av medikamenter som har vært aktuelle i det foreliggende tilfellet, og at behandlingen som følge av dette var blitt mer risikabel enn nødvendig» (s. 14).

På spørsmål om den terminale sedering kan ha fremskyndet pasientens død, svarer Mørland at en samlet vurdering av de foreliggende medikamenter i samvirke tilsier at det har foreligget en medikamentkombinasjon i konsentrasjonsnivåer der risikoen for alvorlige og livstruende bivirkninger må sies å ha vært relativt høy» (s. 16).

Den 30. juni 2000 sendte Helsetilsynet sin vurdering av behandlingen av den pasienten som døde på Bærum sykehus den 29. juli 1998.³²⁴ Helsetilsynet hadde også vurdert hva som skjedde med ti andre pasienter som døde etter terminal sedering ved Bærum sykehus. Navnene til disse pasienter hadde Helsetilsynet fått av overlege Edenbrandt.

Helsetilsynet finner at pasienten som døde den 29. juli, og som vi omtaler i det følgende, hadde langt fremskreden kreft, men at det på grunnlag av journalen og andre notater ikke er mulig å si om pasienten var i en terminal fase (s. 17). Helsetilsynet kan ikke, med den dokumentasjon av behandlingen som finnes, si om pasienten hadde sterke vedvarende smerter da behandlingen ble satt i gang (s. 18). På spørsmål om pasienten hadde refraktære smerter og alternativ smertelindring var vurdert, skriver Helsetilsynet at den inntil videre (vidneavhør) ikke kan svare sikkert på det (s. 19). På spørsmål om pasienten gav samtykke til behandlingen svarer Helsetilsynet ja (s. 19). Hva gjelder beslutningsprosessen skriver Helsetilsynet at «det hverken i journalnotater eller på annen måte godgjort at det fant sted en tverrfaglig diskusjon av om det var indikasjon for å sette i gang behandlingen» (s. 20). Om gjennomføringen av behandlingen skriver Helsetilsynet blant annet at etter dets vurdering «utøvet overlege Ottesen uforsvarlig legevirkosomhet» (s. 21).

Helsetilsynet skriver videre, men nå med referanse til to andre leger, at «journalføringen [var] meget kritikkverdig». Det finner,

«hverken på grunnlag av journalnotatene eller etterfølgende notater og uttalelser, å kunne legge til grunn at det ble foretatt en løpende systematisk medisinskfaglig vurdering av bevisstetsnivå, vitale

³²⁴ *Tilsynssak ved Bærum sykehus – påstand om aktiv dødshjelp*. Brev sendt fra Statens helsetilsyn til Politiet i Asker og Bærum, 30. juni 2000. Sak nr. 98/6941 – 147.

funksjoner eller effekten av smertelindringen og den sederende behandlingen».

Helsetilsynet konkluderer at behandlingen på dette punkt ikke oppfylte kravet til forsvarlig behandling (s. 21). Angående medikamentvalget skriver Helsetilsynet at «det er grunnlag for å anta at det er kritikkverdige forhold knyttet til medikamentvalg, sammensetning og dosering under oppstart av behandlingen» (s. 22). Om dokumentasjonen av det som ble gjort, skriver Helsetilsynet at det «finner det uforsvarlig, jf. legeloven § 25 og i strid med legeloven § 43 og journalforskriften, at lege ikke førte journal for pasienten i perioden etter 24. juli 1998 og frem til pasienten døde» (s. 24). På spørsmål om behandlingen fremskyndet dødstidspunktet, har Helsetilsynet bare sakkyndig Mørlands vurdering å holde seg til. Mørland svarer at han finner det sannsynlig (at behandlingen fremskyndet døden) (s. 24).

Helsetilsynet konkluderer sin vurdering med at det, etter en *foreløpig* vurdering, finner behandlingen av pasienten uforsvarlig (s. 25).

Om de ti øvrige pasienter som Helsetilsynet har vurdert heter det innledningsvis at det «gjennomgående [er] mangelfull dokumentasjon av pasientene». Særlig er Helsetilsynet kritisk til at ingen lege «har ført journal under sedering i terminal fase for noen av de 10 pasientene» (26). Helsetilsynet påpeker også andre svakheter ved behandlingen av de ti pasientene. Helsetilsynet skriver at det ser alvorlig på saken (med de ti pasienter) da de fleste manglene ved behandlingen synes å gjelde alle pasientene (s. 37).

Helsetilsynets rapport baserte seg på én sakkyndig vurdering, professor Mørlands. De seks vurderingene som var kommet i forrige «runde», ble ikke brukt. Det kom reaksjoner på det, blant annet fra overlege Ottesens advokat, Cato Schiøtz (f. 1948).³²⁵ Advokaten skrev blant annet at han anerkjente Mørlands farmakologiske kompetanse, men stilte spørsmål ved hans «klinisk erfaring fra klinisk arbeid med døende kreftpasienter».

³²⁵ *Bærum-saken*, brev fra adv. Cato Schiøtz til professor, avd. overlege dr. med. Jørg Mørland, 16.2.2001. Kfr. også svar fra Jørg Mørland til adv. Schiøtz, datert den 28.2.2001.

Anne Alvik søker avskjed. Bærum-saken blir historie

Anne Alviks skriftlige kommentar til Øgar-rapporten, men også hennes muntlige kommentarer, var en kritikk også av departementet og dets administrative ledelse, spesielt departementsråd Anne Kari Lande Hasle og ekspedisjonssjef Andreas Disen. De hadde jo ønsket at hun skulle være taus om det som hadde skjedd. «Toget» var jo gått.



***Petter Øgar** (f. 1953), c.m. Han var kommunelege og helsesjef i Hornindal 1984–1995 og fra 1995 til 2010 fylkeslege i Sogn og Fjordane. Fra våren 2000 til høsten 2000, var han konstituert helsedirektør. Han fortsatte etter dette som fylkeslege i Sogn og Fjordane inntil han i 2010 ble ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet (Kommunehelsetjenesteavdelingen). Han satt til 2021. (Foto: Helsetilsynet 2001.)*

Da Anne Alvik hadde skrevet sin kommentarartikkel til Øgars rapport, og forberedt en pressmelding om saken, gikk hun til departementet med begge. Siden hun samme kveld skulle intervjues i Dagsrevyen ville hun at Øgar, Hasle og Disen skulle være informert på forhånd. Intervjuet fikk liten oppmerksomhet. Det var som om hun nå var blitt en fortidsperson. Interessen for henne gjaldt fra nå av særlig om hun skulle søke om avskjed som helsedirektør. De fleste aviser som skrev om saken mente hun burde gjøre det. Det samme gjaldt kjente personer som ofte hadde uttalt seg om Bærum-saken.

Dagen etter at Anne Alvik var blitt intervjuet i Dagsrevyen bad departementsråden om et møte med henne. Ekspedisjonssjefen skulle også

være til stede. Departementsråden nevnte blant annet at sosial- og helseministrene dagen før hadde hatt Stortingets sosialkomite til middag i regjeringens representasjonslokaler i Parkveien. Her var det kommet kritikk mot hennes uttalelser i Dagsrevyen. I sine erindringer om Bærum-saken skriver Anne Alvik at departementsråden hadde fortalt henne at departementet ikke lenger hadde tillit til henne.³²⁶ Anne Alvik skriver (s. 170): «Jeg klarte å holde maska, men var glad for at jeg ikke møtte noen kjente på veien ut fra departementet».

Anne Alvik hadde aldri fått noe tillitsfullt forhold til Anne Kari Lande Hasle. Det motsatte var også tilfelle. Det ble tydelig da den siste bad den første søke permisjon i mars. Nå ble det enda klarere. Den siste ønsket ikke at den første skulle komme tilbake som helsedirektør. Men Anne Alvik var stadig innstilt på å komme tilbake. Å søke avskjed ville være å innrømme at kritikerne og den konstituerte helsedirektør hadde rett.



Tore Tønne (1948–2002), siv.øk. og c.j. Han arbeidet i diplomatiet fra 1971 til 1981. Han hadde så ledende stillinger i Olje- og energidepartementet til 1988. Frem til 2000 hadde han ledende stillinger i næringslivet, men var også direktør i Statens nærings- og distriktsutviklingsfond. Våren 2000 ble han statsråd i Helsedepartementet. Det var under hans ledelse sykehusreformen (2002) ble planlagt. Etter at han gikk av som statsråd gikk han tilbake til

næringslivet. Her ble han trukket inn i økonomisk baserte konflikter. Det fikk fatale konsekvenser. Helsedirektør Anne Alvik følte at Tønne, om han

³²⁶ Alvik, *ibid.*, s. 169–170.

enn var ytterst forsiktig med hva han sa, behandlet henne på en forståelsesfull måte under Bærum-saken. (Foto: Knut Falch / NTB)

Kanskje kan også et møte hun hadde med statsråd Tore Tønne (1948–2002) fredag den 2. juni ha spilt en rolle. Tønne ringte og inviterte henne til å møte ham i Drammen, hans hjemby. De møttes og ble sittende i to timer. Tønne var forsiktig, men svært vennlig. Da hun sa at hun ville tilbake til embedet sa han at han forstod det, men følte uro for det ytre presset hun kunne bli utsatt for.³²⁷

Den 1. august hadde Anne Alvik et nytt møte med Tore Tønne. Hun hadde da, etter hans ønske, med seg sin advokat, Lars Holo (f. 1949). Tonen i det nye møtet var mer formell enn den hadde vært i de tidligere møter. Tønne sa at han var overrasket over at hun allerede den 7. juli (brev) hadde bestemt seg for å komme tilbake som helsedirektør. Tønne eksponerte nå sin egen «avmakt». Han sa, ifølge Alviks erindringer, at han var usikker på, om han kunne gi henne den støtte hun ville trenge hvis det ble mye press når hun kom tilbake.³²⁸

Anne Alvik måtte tenke seg om igjen, men valgte å stå fast på sin beslutning om å komme tilbake. I et stort intervju med Vårt Lands «Bærum-sak-journalist» Johannes Morken (f. 1959) den 21. august gjentar hun det. Litt senere var Anne Alvik med på Helsetilsynets sommerfest. Her kom hun i prat med blant annet lederen for administrasjonsavdelingen. Det var da naturlig å tenke høyt om hvordan hun skulle komme tilbake til Helsetilsynet den 27. september, altså om ca. en måned. Noen dager senere hadde den konstituerte helsedirektør gitt beskjed om at all kontakt med meg nå skulle gå via ham.³²⁹

Den 25. august fortalte Aftenposten om den ennå ikke offentlige rapporten Helsetilsynet hadde levert til politiet den 30. juni. «Innholdet i rapporten er dramatisk i forhold til frifinnelsen av bærumlegen som Statens helsetilsyn, under Anne Alviks ledelse, foretok i fjor». Inne i avisen het

³²⁷ *Ibid.*, s. 174.

³²⁸ *Ibid.*, s. 198.

³²⁹ *Ibid.*, s. 201.

det: «Helsetilsynet snur i Bærum-saken». Presset på Anne Alvik ble igjen større.

Lørdag den 26. august hadde stort sett alle riksavisene (negative) oppslag om Helsedirektøren. Flere politikere, blant annet Inge Lønning, gav sitt besyv med. Også Lægeforeningens president, Hans Petter Aarseth var kritisk: «Litt mer ydmykhet kunne man vel forvente hos en som forvalter et organ som retter søkelys og kritikk mot andre».³³⁰ «Ingen vil ha Alvik», het det i en dagbladoverskrift den 27. august.

Alvik og Holo hadde et nytt møte med Tønne den 28. august. Hun fortalte ham at hun måtte tenke over saken én gang til. Hun sa at hun kunne ikke bare tenke på seg selv, hun måtte også tenke på Helsetilsynet. Ville det få arbeidsro og mulighet til å bygge opp sin tillit igjen?³³¹

Den kvelden kom hun – i samråd med mannen – til at hun ville kaste inn håndkleet.³³²

Anne Alvik meddelte den 31. august 2000 departementet om at hun ville søke avskjed fra embedet som helsedirektør. Helseminister Tønne uttalte at han forstod henne, men sa også at han ikke hadde lagt press på henne. Han la til at han ville støttet henne om hun hadde valgt å fortsette.

Den 29. mai 2000 henvendte, som nevnt, Helsetilsynet seg til Lovavdelingen i Justisdepartementet med anmodning å foreta en vurdering av «de forvaltningsmessige sidene ved Statens helsetilsyns behandling av en begjæring om granskning av et mulig tilfelle av aktiv dødshjelp ved Bærum sykehus». Henvendelsen kom fordi Helsetilsynet ønsket en «ekstern vurdering av de forvaltningsmessige vurderingene i konstituert helsedirektørs rapport «Saksbehandlingen i Bærumsaken – Rapport utarbeidet av konstituert helsedirektør Petter Øgar, Oslo 27.04.00»».³³³

³³⁰ *Aftenposten* 26.8.2000.

³³¹ *Alvik, op. cit.*, s. 214.

³³² *Ibid.*, s. 215.

³³³ *Saksbehandlingen i Bærumssaken – anmodning om en vurdering fra Lovavdelingen*, Brev til Sosial- og helsedepartementet, 3.11.2000. Sosial- og helsedepartementet, sak nr. 99/06352 – 28.

Avdelingen understreker i starten at den uttaler seg om rettslige spørsmål, ikke faktiske.

I Øgars rapport stod det at det i saksbehandlingen var brukt muntlige råd fra ekstern ekspertise uten at rådene ble skriftlig nedtegnet og uten at partene var blitt informert om dette. Lovavdelingen skriver at nedtegningsplikten ikke er «absolutt», men at de opplysninger Helsetilsynet fikk fra tre ledende anestesileger «skulle ha vært nedtegnet» (s. 5). Neste punkt Lovavdelingen kommenterte var påstanden om at avd. direktør Jørgen Holmboe og professor Stein Kaasa var inhabile. Lovavdelingen konkluderte med at Kaasa ikke var inhabil (s. 9), og at Holmboe ikke var det i første fase av saken (s. 12). Om utredningsplikten – altså det å «opplyse» saken tilstrekkelig, sier Lovavdelingen at sakens «faktiske sider burde vært bedre opplyst» (s. 19). Forsvarlighetskravet er det krevende å si noe definitivt om i en sak som dette, og det viser Lovavdelingens vurdering tydelig. I utgangspunktet er det krevende fordi der er faglig-etisk uenighet i fagmiljøet. Noen leger er restriktive, andre – de fleste – er mer liberale. Lovavdelingen skriver: «Ved innrapportering av dødsfallet som fant sted den 29. juli 1998, havnet ikke bare en enkeltsak på Helsetilsynets bord, men hele striden mellom de behandlingsfilosofiske retningene» (s. 19). Lovavdelingen skriver videre at Helsetilsynet kunne nøye seg med å påpeke «feil», f.eks. praksis om var feil for begge retninger, eller man kunne se på saken som *saken* som burde avklares før man kunne si hva som var forsvarlig. Tilsynet valgte den første strategien, og trodde eller håpet, at det førte frem den 25. mai 1999, men opplevet jo så at det mislyktes. De «restriktive» slo tilbake mot de «liberale», som så ut til å ha «vunnet» i første omgang. Interessant nok var det ikke minst de normalt liberale avisene, og to mer restriktive, som så snudde stemningen, en stund. I siste omgang vant de «liberale», antagelig for godt. De gjorde det, som vi skal komme tilbake til, med politiets bistand. De restriktives anmeldelse av overlege Ottesen for dødshjelp ble en bumerang.

Lovavdelingen finner det

«vanskelig å kritisere Helsetilsynet for ikke å ha lagt opp til en grundig avklaring av den underliggende konflikten mellom de ulike behandlingsfilosofiske retningene, kan det spørres om kriteriene for

terminal sedering innenfor de rammer som følger av kravet om forsvarlig legevirksomhet ble tilstrekkelig utredet» (s. 21).

Når det gjaldt spørsmålet om Helsetilsynet har vært for passivt i spørsmålet om å utrede omfanget av terminal sedering ved Bærum sykehus, sier Lovavdelingen at jusen ikke gir presise svar (s. 22).

På spørsmålet om det var riktig av Helsetilsynet å la den videre saksbehandling bero til påtalemyndigheten har behandlet saken, svarer Lovavdelingen at det materialet avdelingen har tilgjengelig ikke gir grunnlag for en konkret vurdering av dette spørsmålet.

Lovavdelingen konkluderer slik:

«Så langt Lovavdelingen kan se ut fra konstituert helsedirektørs rapport 27. april 2000, har Helsetilsynets saksbehandling for øvrig vært forsvarlig sett i rettslig perspektiv. Hvorvidt saksbehandlingen kunne eller burde ha vært lagt annerledes an ut fra administrativ policy, går Lovavdelingen ikke inn på» (s. 24).

Lovavdelingens vurdering er dyptpløyende og meget interessant. Dens påpekning av hvordan den «fagfilosofiske» spenning kom til å prege behandlingen av, og debatten, om Bærum-saken er med på å kaste lys over hvorfor saken utviklet som den gjorde og ikke ble avsluttet den 25. mai 1999. Vurderingen er interessant fordi den spenningen som nevnes jo slår inn i mange, og kanskje stadig flere, områder av medisinen.

Det lovavdelingen skriver om habilitet er også interessant. Habilitet er et elastisk begrep, og lovavdelingen sier at det juridisk korrekte (men ikke derfor almenfilosofisk korrekte) ikke er uttrykk for en mer almen korrekthet.

Kanskje kan man si at Bærum-saken ikke minst har med grensedefinering å gjøre. Når blir sederingen mer enn midlertidig? Når blir forbindelser mellom mennesker så omfattende og «nære» at de menneskene det gjelder er in/habile overfor hverandre?

Bærum-saken ble en vanskelig sak særlig fordi den har med følsomme medisinsk-filosofiske spørsmål å gjøre og fordi noen klarte å lage en sak ut av det som skjedde på Bærum sykehus' kreftomsorgsavsnitt. Hadde

overlege Edenbrandt ikke vært der han var i juli 1998, hadde vi neppe fått noen Bærum-sak.

Anne Alvik la ut en «pressemelding» om innstillingen på sine hjemmesider den 8. august. Overskriften var «Ingen inhabilitet i Bærumsaken». Hun følte at hun hadde fått oppreisning. I viktige henseender hadde hun også det. Samtidig kan man si at når denne saken ble en «sak», er det også uttrykk for at hun og Helsetilsynet ikke hadde lykkes helt. Blant annet kan de ha undervurdert sprengkraften i en sak som denne: Den reflekterte dyptgående fagfilosofiske spenninger, som Lovavdelingen sier.

Den 9. mars 2001 sendte politiadvokat ved Politiet i Asker og Bærum, Knut Skavang, sin innstilling i Bærum-saken til Oslo statsadvokatembeter; det vil si sin vurdering av om det skulle reises tiltale mot overlege Stig Ottesen for aktiv dødshjelp overfor en pasient som døde i 1998, og ti andre som døde tidligere. Skavang innstilte i det første tilfelle på henleggelse etter bevisets stilling. I de andre tilfellene innstilte politiadvokaten på henleggelse etter bevisets stilling i to tilfeller og henleggelse som intet straffbart forhold i de øvrige tilfellene.

Statsadvokaten henla saken mot overlege Ottesen på grunn av bevisets stilling. For de pasienter som var blitt behandlet før 1998 ble saken henlagt som intet straffbart forhold. Etter dette bestemte Helsetilsynet å avvente Riksadvokatens vurdering før det ferdigbehandler saken. Overlege Ottesen klaget på at henleggelsen av saken mot ham skjedde på grunn av bevisets stilling og ikke «som intet straffbart forhold». Ottesen mente begrunnelsen av henleggelsen av saken mot ham lot det henge igjen tvil og at den tvilen skyldtes at påtalemyndigheten hadde lagt noen av overlege Edenbrandts påstander om pasientens tilstand til grunn for sin konklusjon.³³⁴

Den 18. desember 2001 sendte Riksadvokaten sin vurdering av anken fra overlegene Edenbrandt og Ottesen. Riksadvokat Tor-Aksel Busch (f. 1950) skriver at saken er «meget godt utredet». Han fortsetter: «Etter en samlet vurdering er riksadvokaten ikke i tvil om at saken er henlagt med

³³⁴ Brev fra advokat Jarl Borgvin Dørre (firma Schiøtz) til Riksadvokaten, 5. august 2001.

rette». Selv om behandlingen den aktuelle pasient fikk kan ha forkortet hans liv noe, «foreligger det ikke bevis for at overlege Ottesens formål var et annet enn å lindre sterke smerter hos en uhelbredelig syk».

Riksadvokaten var noe i tvil om grunnlaget for henleggelsen, men kom til at grunnlaget måtte være «bevisets stilling», særlig på grunn av «noe mangelfull journalføring».³³⁵

På sin hjemmeside skriver Anne Alvik den 19. desember: «Med Riksadvokatens henleggelse og Lovavdelingens vurdering er lite eller ingenting igjen av «skandalen» Bærum-saken». «Eg kjenner meg reinvaska», sier overlege Ottesen til Vårt Land den samme dag. Overlege Edenbrandt sier til den samme avisen at med denne dommen «lever norske pasientar farleg». Underdirektør i Helsetilsynet, Gorm Are Grammeltvedt, sier at Helsetilsynet nå vil gjøre ferdig sin vurdering av saken etter helselovgivningen.

Den 24. januar 2002 kom Stig Ottesens bok, *Må jeg dø i smerte? Pasientens lidelse – legens valg*, ut, Ottesen gir her et innblikk i den vanskelige situasjon lege og pasient står overfor når utholdelig lidelse tar overhånd. Han går også igjennom sine erfaringer med Bærum-saken.³³⁶ Han forteller blant annet om hvor vanskelig saken var for ham, men mest for familien. Han er skarp i sin kritikk av mediene, spesielt Aftenposten og stiller spørsmålsteget ved den sentrale journalistens motiver. Han sier at mediene drev saken fra mai 1999. Aftenpostens sentrale journalist da saken ble omtalt i mediene, Robert Gjerde, fikk den 1. april SKUP-diplom for sine reportasjer.

Den 25. februar 2002 skriver professor Jørg Mørland i et brev til helserettsavdelingen i Helsedepartementet at han har mange oppdrag for domstolene og påtalemyndigheten. De uttalelser man gir, skriver han, kan føre til at noen blir støtt. Det får man finne seg i. Han fortsetter:

³³⁵ *Klage over henleggelse – «Bærum-saken»*, brev fra Riksadvokaten 18.12.2001. Helsetilsynet sak nr.: 98/6941 – 190. Vi legger ellers til at en evt. straffbar overtredelse av legelovens § 53 var foreldet.

³³⁶ Stig Ottesen, *Må jeg dø i smerte? Pasientens lidelse – legens valg*, Oslo: Aschehoug 2002.

«Verre er det når kritikken er grunnløs, eller basert på delvise eller fullstendige usannheter. Fremføres kritikken attpå til i bokform slik som Stig Ottesens «Må jeg dø i smerte? Pasientens lidelse – legens valg», synes jeg det blir vanskelig *ikke* å reagere både på vegne av Helsedepartementets ytre etat, Statens rettskoksikologiske institutt (SRI), og meg selv».

Ottesen har innvendinger mot noen av Mørlands konkrete, faglige påstander, men Mørland føler seg spesielt støtt over dette generelle spørsmål fra Ottesen: «Hvilken konklusjon ville Bærum-saken fått dersom vurderingene til konstituert helsedirektør Petter Øgar, professor Jørg Mørland og media representert ved Aftenposten alene skulle fått dominere?»³³⁷ Mørland sier at han kunne sagt mye om påstanden, men nøyer seg med å henvide til at de retningslinjer for lindrende sedering som Lægeforeningen nettopp hadde laget, legger vekt på punkter som ikke ble fulgt opp for den aktuelle pasient og som han, Mørland, hadde påpekt i sine sakkyndige vurderinger. Mørland spør om en etatsleder må finne seg i slikt. Han må kanskje det, fortsetter han, men legger til at det kan gjøre det vanskelig å rekruttere leger til SRI.

I brev til overlege Stig Ottesen av 5. februar 2002 vurderer Helsetilsynet hans behandling av den pasienten som døde på Bærum sykehus i slutten av juli 1998 etter helselovgivningen (forsvarlighetskravet).³³⁸ Med henvisning til Ottesens «fjernbehandling» (telefoniske behandling) av pasienten og mangelfulle journalføring gies han en (foreløpig) *advarsel* (helsepersonelloven § 56). Ottesen får fire uker til å uttale seg om tildelingen av advarsel. Ottesen kan ikke godta advarselen og argumenterer i sitt svar nokså utførlig for hvorfor det for pasienten var best at han hadde det endelige pasientansvaret også da han var på ferie og at den dokumentasjon han gav av behandlingen – også i ettertid – holdt mer enn mål ut fra det som var norsk standard for slik dokumentasjon. Ottesen fant for øvrig også kritikken av sykehuset (fra 25. mai 1999) for

³³⁷ «Bærum saken» - konsekvenser av sakkyndigrollen. Brev fra professor Jørg Mørland til helserettsavdelingen, Helsedepartementet, 25.2.2002. Helsetilsynet, sak nr. 2002/198 – 6.

³³⁸ Stig Ottesen, svarbrev til Helsetilsynet på tildeling av advarsel. Brevet er datert 27.2.2002. Helsetilsynet sak nr. 2002/198 – 4.

ikke å ha utarbeidet retningslinjer for lindrende sedering som urimelig siden ingen sykehus på det aktuelle tidspunkt hadde slike retningslinjer.

Overlege Carl-Magnus Edenbrandt bad i brev til Helsedirektøren om Helsetilsynets uttalelse om overlege Ottesens behandling av den omtalte pasienten om at Helsetilsynet måtte «återstille respekten for livet, særskilt for de svårast sjuka, genom att klart markera att det sätt som Ottesen givit sine patienter «terminal sedering» på är medicinskt oförsvarligt och klandervärt».³³⁹

I sin endelige vurdering (brev 5. april 2002) av overlege Ottesens sak fastholder Helsetilsynet sin første konklusjon, altså at overlegen tildeles en advarsel.³⁴⁰ Det står i vedtaksbrevet at advarsel er et enkeltvedtak (etter forvaltningsloven) og kan påklages til Statens helsepersonellnemnd. Denne klagemuligheten må være benyttet før det kan reises søksmål om gyldigheten av vedtaket for domstolene, heter det også.

I brev av 22. april påklager overlege Ottesen vedtaket om å tildele ham en advarsel til Statens helsepersonellnemnd. Han skriver at han er uenig i alle deler av Helsetilsynets grunnlag for å gi advarsel. I brevet, på fem sider, skriver han (s. 5) at formålet med en advarsel er å forebygge pasientskader. Han legger til: «Jeg mener at signalene *advarselen* sender ut denne gangen er negativ både på pasienter og helsepersonell.»

Ottesen sendte sin anke via Helsetilsynet, «slik at Helsetilsynet fikk muligheten til å revurdere grunnlaget for vedtaket».³⁴¹

Etter at vedtaket om å gi varsel ble kjent reagerte en del negativt. En kirurg, Claus Haga, skrev i et brev til Helsedirektøren den 9. april at det er «rystende at du og Statens helsetilsyn presterer å foreta dette «justismord», å refse Stig Ottesen for hans innsats for en særlig svak pasientgruppe».³⁴²

³³⁹ Brev fra overlege Carl-Magnus Edenbrandt til helsedirektør Lars Hanssen, datert 5.3.2002. Helsetilsynet, sak nr.: 2002/198 – 5.

³⁴⁰ *Advarsel i medhold av helsepersonelloven § 56*. Brev fra Helsetilsynet til overlege Stig Ottosen, 5.4.2002.

³⁴¹ Brev fra Stig Ottesen til Statens helsepersonellnemnd 5.7.2002. Sak nr. 2002/198 – 17, s. 1.

³⁴² Brev fra Claus Haga til helsedirektør Lars E. Hanssen, datert 9.4.2002. Sak nr. 2002/198 – 10.

Den 11. april skriver lederen for Venner av Bærum Sykehus, Bodil Riisberg til Helsedirektøren at «overlege Stig Ottosen nyter stor tillit blant pasienter og pårørende og stiller oss uforstående til den kritikk Helsetilsynet har gitt ham.»³⁴³

Helsetilsynet oversendte overlege Ottosens sak til Statens helsepersonellnemnd den 7. juni 2002, med tre sider kommentarer. Helsetilsynet endret ikke sin konklusjon. Det skrev imidlertid i oversendelsesbrevet at nemndas sekretariat må ta kontakt med Helsetilsynet for å se på hvordan saksdokumentene kan oversendes. Helsetilsynet skriver at politidokumentene alene utgjør 18 permer og at Helsetilsynets også er «meget omfattende».

Helsepersonellnemnda bruker syv sider på å begrunne sitt vedtak, nemlig at Helsetilsynets vedtak av 5. april stadfestes.³⁴⁴ Tre av nemndas syv medlemmer dissenterte og mente advarselen burde oppheves. De tre var en sykepleier, en legrepresentant og en advokat. Det var altså ikke så langt fra at Ottosens klage hadde ført frem. Ottosen skrev i et nytt brev til nemnda, datert den 14.11.2002, at nemndas uttalelse inneholdt noen misforståelser (han ikke hadde klart å fjerne da han møtte i nemnda). Han redegjorde nå for dem (over to sider).³⁴⁵ Nemnda behandlet saken på nytt den 21. januar 2003, men uten at vedtaket ble endret. Både flertall og mindretall opprettholdt sitt opprinnelige standpunkt.³⁴⁶

Flere av dem som hadde kritisert Anne Alvik mens Bærum-saken gikk, som Inge Lønning, Olav Gunnar Ballo og Jan Helge Solbakk, kom etterpå med beklagelse over sin rolle i saken; dog langt fra alle. Anne Alvik ble også invitert til en tilstelning for seg i Helsetilsynet den 19. mars 2001. Hun satte pris på den. Men det som hadde skjedd kunne jo ikke gjøres om. Bærum-saken har satt spor hos henne. Det har den også gjort hos mange

³⁴³ Brev fra Venner av Bærum Sykehus til Helsedirektøren den 11.4.2002. Sak nr. 2002/198 – 9.

³⁴⁴ *Vedtak i Statens helsepersonellnemnd 30.10.2002*. Helsetilsynet, sak nr. 2002/198 – 18.

³⁴⁵ Brev fra Stig Ottosen til Statens helsepersonellnemnd, datert 14.11.2002. Helsetilsynet, sak nr. 2002/198 – 19.

³⁴⁶ Vedtak i Statens helsepersonellnemnd 21.1.2003. Saksnummer 02/00056.

andre, blant annet de to legene som var et «utgangspunkt» for saken. Edenbrandt, «varsleren», fikk noen vanskelige år etter at saken var over. Det gjorde også Ottesen, som måtte leve med en advarsel.³⁴⁷ Mange av de andre deltagerne, blant annet i Helsetilsynet og departementet, og ved Bærum sykehus, merket også ettervirkningene av saken en stund.

Diprivan-saken ble, som vi har sett, en påkjenning for mange av de involverte, men den ble det også for Helsetilsynet. Det samme er tilfelle med Bærum-saken. Det ligger også i sakens natur: Den som skal drive tilsyn og dele ut kritikk til, ja, straffe, ofte selvbevisste fagfolk må regne med at det vil koste fra tid til annen.

³⁴⁷ I en kronikk i Dagens Medisin den 19.08.2010 skrev overlege Kari Løvvik, overlege ved Bærum sykehus, om saken og mente Stig Ottesen helt urimelig var blitt tildelt en advarsel. Hun avslutter sin artikkel slik: «Det må imidlertid likevel være mulig, også for en tilsynsmyndighet, selv å rette opp feil som er begått. Derfor oppfordrer jeg deg, Lars Hanssen, direktør for Helsetilsynet: Trekk advarselen tilbake!»

12. Helsetilsynet blir «rent» tilsyn: Den store reorganiseringen 2000–2002

Som vi har sett var spenningene innad i helse- og sosialforvaltningen økende under Karl Evangs lange tid som helsedirektør. Delingen av Departementet og utskillelsen av et eget fagdirektorat i 1983 hadde ikke løst problemene. Krisen i 1991–92 var et uttrykk for det. Denne krisen endte med at direktoratet ble til tilsyn i 1984. Helsetilsynet ble imidlertid ikke et rent tilsyn. Det fortsatte også å ha mange mer administrative oppgaver. Helsetilsynet ville gjerne bli mer og mer, men ikke helt, tilsyn, men det skapte spenninger overfor departementet, som ville ha et organ som i større grad kunne bistå det med å utrede politikk, men særlig med å iverksette politikk. På denne tiden kom for alvor etatsstyringen. Også den bidro til spenningene mellom departement og direktorat: Helsetilsynet ville bli et renere tilsyn og, som sådant, ha mer autonomi.

Reorganiseringen etter 1992 hadde også skapt andre problemer for departementet. Det var blitt overordnet organ for alle institusjoner på nivå to. Det tok altfor mye tid og oppmerksomhet. I tillegg kom at noe måtte gjøres med legemiddelforvaltningen. EØS hadde gjort at «varesektoren» av helsevesenet måtte privatiseres. Da kunne den ikke lenger være forankret i et forvaltningsorgan, endog et tilsynsorgan.

Med andre ord, det var et nesten akutt behov for en større reorganisering av helseforvaltningen. Tiden krevde mer målrettet styring og slik styring krevde færre og større enheter. Men skulle Sosial- og helsedepartementet få til en god omorganisering trengte det ledere som var organisasjonsbevisste og pågående. Departementet fikk nå to slike, først juristen Vidar Oma Steine (1949–2009) og så sosionomen Anne Kari Lande Hasle. Steine, som hadde bakgrunn fra ledende stillinger i statsforvaltningen, blant annet som ekspedisjonssjef i Arbeids- og administrasjonsdepartementet (1991–1996), hadde «forberedt» seg for rollen som helseforvaltningsreformator ved å lede utvalget som laget den viktige innstillingen «Pasienten først!» (NOU 1997: 2) og ved fra 1998 å lede Forum for organisasjonsutvikling (et samarbeidstiltak mellom departementet og KS). I 2000 ble han ekspedisjonssjef i

sykehusavdelingen i Sosial- og helsedepartementet og leder for arbeidsgruppen som forberedte sykehusreformen, en viktig del av helseforvaltningsreformen 2002.

Hasle hadde en forvaltningsbakgrunn som lignet på Steines. Blant annet var hun ekspedisjonssjef i Arbeids- og administrasjonsdepartementet fra 1983 til 1990 og departementsråd i Barne- og familiedepartementet fra 1990 til 1996. Etter fire år som direktør for forskningsinstituttet NOVA ble hun departementsråd i Sosial- og helsedepartementet. Steine og Hasle hadde begge vært medlemmer i det svært viktige utvalget som skulle utrede tilknytningsformer i statsforvaltningen (NOU 1989: 5) (Hermansen-utvalget). Dette utvalget foreslo blant annet at man skulle opprette en ny statlig organisasjon, statsforetak. Det var det Steine og Hasle ønsket at sykehusene skulle bli – og i 2001 «sørget for» at de ble.

Steine var spesielt opptatt av å få til en sykehusreform. For Hasle var helseforvaltningsreformen det viktigste. Hun så imidlertid på de to reformene som avhengige av hverandre. De reflekterte begge den nye offentlige ledelsen, med vekt på forvaltningskoordinering gjennom etatssammenslåing og tydelige styringslinjer og «oppdragsbasert» fristillelse av virksomhet som primært ytte tjenester, som sykehusene gjør.³⁴⁸

³⁴⁸ I et foredrag ved «fornyelsesverkstedet» 8. og 9. januar 2001 sa statsminister Stoltenberg blant annet: «Sykehusene skal ut av forvaltningen fordi de driver ikke forvaltning, men kompleks tjenesteyting av høy kvalitet under krevende rammebetingelser». Fra notat fra fylkeslege Anne Berit Gunbjørud den 15.1.2001 til departementsråd Anne Kari Lande Hasle. Fornyelsesverkstedet var en del av Statskonsults topplederprogram. Gunbjørud deltok nå på det.



Dagfinn Høybråten (f. 1957), cand. polit. Han kom tidlig med i politisk arbeid for Kristelig Folkeparti. Han var helseminister i årene 1997 til 2000 (regjeringen Bondevik I) og 2001–2004 (regjeringen Bondevik II). Han var arbeids- og sosialminister 2004–2005 (regjeringen Bondevik II). Han var leder i Kristelig Folkeparti 2004–2011 og stortingsrepresentant 2005–2013. Han var rådmann i Oppedal fra 1994 til 1997 og trygdedirektør fra 1997 til 2004 (med permisjon

da han var statsråd). Han var den drivende kraft bak innføringen av tilstramningen av «røykeloven» (2004) og en sentral person i arbeidet med innføringen av NAV (integrasjon av hele velferdssektoren). Fra 2013 til 2019 var han generalsekretær i Nordisk ministerråd. Fra 2019 har han vært generalsekretær i Kirkens nødhjelp. Han har også hatt internasjonale verv, bl.a. i vaksinealliansen Gavi. Siden slutten av 1990-årene og halvannet tiår fremover var Høybråten en av de ledere som har satt mest preg på utviklingen av innholdet i og organiseringen av norsk velferdspolitik. (Foto: Stian Lysberg Solum / NTB (Høybråten))

For at «byråkratene» skulle få det som de ville, måtte de ha politisk støtte. De fikk det av Bondevik-regjeringen (I) og dens helseminister Dagfinn Høybråten. De fikk det imidlertid enda mer av regjeringen Stoltenberg I (fra mars 2000), med Tore Tønne som helseminister. Tønne var en rastløs reformator, som også hans sjef nå var.

De politiske premissene for den forestående omorganisering var lagt gjennom omtaler i St.prp. nr. 1 (1999–2000) (Bondevik I-regjeringen), revidert nasjonalbudsjett 2000 (Stoltenberg I-regjeringen) og St.prp. nr. 1 (2000–01). Stoltenberg I-regjeringen startet for alvor med reformarbeidet høsten 2000. På etatsledermøtet den 1. september 2000 sa statsråd Tønne: «Helseforvaltningen må gjennomgås – må endres». Den 6. september

hadde departementsråden fastsatt de «moderniserende» målene for reorganiseringen.

Reorganiseringsarbeidet kommer i gang

I 2000 ble fylkeslege i Vestfold (1997–2000) Bjørn-Inge Larsen utnevnt til assisterende direktør i Helsetilsynet. Han ble også departementets rådgiver i arbeidet med å omforme den sentrale helseforvaltning. Han satt altså i Helsetilsynet, men fungerte i praksis som om han satt i departementet. Han skulle da også etter hvert mere fungere som departementsmann. Men at han satt i Helsetilsynet er også uttrykk for at Helsetilsynet var det eneste overordnede organ under et overbelastet departement. Det var stadig et slags direktorat.



***Bjørn-Inge Larsen** (f. 1961), c.m., MPH/MBA. Han var spesiallege i Helsedirektoratet fra 1988 til 1989, assisterende fylkeslege i Buskerud fra 1990 til 1993, fylkeslege i Finnmark fra 1994 til 1997, fylkeslege i Vestfold fra 1997 til 2000 og assisterende helsedirektør fra 2000 til 2001. Fra 2001 til 2008 var han direktør for Sosial- og helsedirektoratet og fra 2008 til 2012 direktør for Helsedirektoratet (nytt navn). Han var departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet fra 2013 til*

2021. Siden har han vært spesialrådgiver i departementet. Han har ledet en rekke helseadministrative utvalg og vært aktiv i WHO, i 2010 til 2013 som styremedlem. (Foto: Helsetilsynet)

Larsen ble straks en svært aktiv utreder. Refleksjonsnotatene kom tett. Han utviklet sin egen tenkning gjennom tallrike, raskt formulerte, notater.

Notatene preges snart av at han ser for seg tre nivåer i det som skulle bli den fremtidige (sosial- og) helseforvaltningen, det departementale nivået, nr. to og så resten, et nivå som omfatter et mangfold av stort sett sidestilte kompetanseorganer. Det kritiske nivå er for ham, og for så vidt Anne Kari Lande Hasle, nivå to. Her trengtes det et organ som kan samordne den mer spesialiserte virksomhet på nivå tre. Den 8. oktober skriver han i et utredningsnotat: «Man kan tenke seg å reetablere et helsedirektorat som etatstyrer for en sterkt modellert dagens nivå 2. Alternativt kan funksjonen ligge på linje med øvrig nivå 2, men med en uttalt forventning om å ha disse funksjonene». ³⁴⁹ Han vil imidlertid ha tilsynet knyttet til dette samordningsorganet. Han er stadig preget av hvor han sitter.

Under direktoratet vil han ha de spesialiserte institusjonene. Han vil imidlertid samle flere av dem i større institusjoner, kalt (i versjon 5) et folkehelseinstitutt, et forebyggingsinstitutt, et institutt for sosialtjenester, en sykehuskonsernledelse (ikke underordnet direktoratet), samt Rikstrygdeverket, Legemiddelverket og Strålevernet. Larsen ser for seg at fylkeslegene ligger under direktoratet. Han ser argumenter både for å la fylkeslegene ha den rolle de nå har og for en viss regionalisering. Han tror imidlertid ønske om å konsentrere virksomheten vil gjøre at en viss regionalisering vil tvinge seg frem. Dog ser han ikke for seg noen integrering av fylkeslegekontorene i fylkesmannskontorene.

Den 7. november ble det holdt et møte i departementet om omorganiseringen. ³⁵⁰ Møtet ble ledet av departementsråden. På møtet ble det konstatert at staten har for liten direkte styring med de (altfor) mange kompetanseorganene. Det går utover statens styringsevne, spesielt innen helsetjenesteutforming og økonomi. I møtet ble det også konstatert at det skortet på kunnskap om kliniske metoders effektivitet og om sosialvesenet.

³⁴⁹ Bjørn-Inge Larsen, *Hvordan bør nivå to organiseres slik at kompetansen utnyttes best mulig og slik at den kan etatstyrer?* Notat 8. oktober 2000, s. 1–2.

³⁵⁰ Notat fra B-I. Larsen til Anne Kari Lande Hasle 12.11.2000.

Møtedeltagerne var enige om at det som først og fremst trengtes var et sosial- og helsedirektorat. De mente departementet var for stort og heterogent og burde rendyrke sine departementsoppgaver. Departementet trengte også et organ som kunne «håndtere innspill fra spisskompetansemiljøene». Det heter også i referatet fra møtet at man var enige om at «tilsynsorganet bør ligge i departementets linje», altså rett under departementet. Larsen legger imidlertid til for egen regning at det ikke bør være utelukket å legge tilsynet under direktoratet.

Direktoratet vil etter dette ha under seg blant annet Statens folkehelseinstitutt, Statens helsetjenesteinstitutt samt de andre, mindre institusjonene og fylkeslegene. Den øverste sykehusledelse var plassert under departementet, ikke direktoratet. Den kommende sykehusreform gjorde det nødvendig.

Den 5. januar 2001 får vi det første notat med overskriften «Sosial- og helsedirektoratet». Det er skrevet av Ellen Seip (f. 1949), ekspedisjonssjef i Sosialdepartementet i 1999 (og departementsråd fra 2001) og Bjørn-Inge Larsen. Notatet var stilet til omorganiseringsgeneralen, Anne Kari Lande Hasle. Seip og Larsen representerte den høyeste autoritet på henholdsvis sosial- og helseområdet på denne tiden. I tydelig ny offentlig ledelsesstil skrev Seip og Larsen at målene med reorganiseringen var

«Opprydding og utvikling av etater som samsvarer bedre med fremtidige behov, bedre organisering av departementet og ytre etater, overføring av ressurser fra administrasjon til tjenesteyting, overføring av ressurser fra sektorer med synkende behov til sektorer med økende behov og sterkere brukerorientering» (s. 2).

Det het også at oppgavene som legges til det nye direktoratet måtte legges på det Laveste Effektive Administrative Nivå (LEAN).

Det het, igjen på en markedsførende måte, at direktoratet skulle bli «et nasjonalt forvaltningsorgan» – et «sørge for»-organ (s. 3). Dette direktoratet trenger et lokalt utøvende organ. Fylkeslegene kan være det både for direktoratet og Helsetilsynet, mente Larsen og Seip (s. 5). Det er ikke bare enkelt, men bør gå, mener de to. De to mener forøvrig at fylkeslegene kan være lokale organer også for f.eks. Folkehelseinstituttet, når disse trenger et sådant.

Det heter videre at Helsetilsynet skal bli et «rent» tilsynsorgan på helse- og sosialområdet. Direktoratet skal overta dets forvaltningsoppgaver. Dog, mener de to, bør Helsetilsynet beholde «oppgaver innen helsetjenesteevaluering og fastsetting av retningslinjer for god praksis» (s. 7).

Etter at Petter Øgar gikk av som konstituert helsedirektør i slutten av september ble han for en kort tid engasjert til å se på omorganiseringsarbeidet i Helsetilsynet. I et notat, delvis skrevet sammen med Ellen Seip og Bjørn-Inge Larsen, den 5. januar 2001, gjør han rede for organiseringen av Helsetilsynet som helse- og sosialtilsyn.

Øgar (et al.) skriver først at landet har et nasjonalt og lokalt helsetilsyn, men mangler et ditto sosialtilsyn. Nasjonalt har egentlig departementet ansvar for sosialtilsynet og lokalt har fylkesmannen det, men det fungerer ikke godt. Han nevner imidlertid at lovgivningen på dette område nå er under utvikling. Ellers er der, peker Øgar på, noen spesialiserte nasjonale tilsynsorganer, blant annet Statens strålevern, Produkt- og elektrisitetstilsynet og Arbeidstilsynet.

Øgar nevner videre at et tilsyn skal ivareta samfunnets og borgernes interesser, men for å kunne gjøre det må det ha faglig respekt i de miljøer de fører tilsyn med. Det har det knapt idag, fortsetter han (s. 4). Betydelige deler av «helsetjenesten har gitt uttrykk for misnøye med Helsetilsynets tilsynsprofil, og det de oppfatter som en svekkelse av den helsefaglige profil». Det fremtidige helsetilsyn må derfor, fortsetter han «fremstå så faglig attraktivt at det rekrutterer kompetent arbeidskraft.»

Øgar skriver videre, i et både interessant og viktig avsnitt (s. 5):

«En sentral problemstilling er om tilsynet i hovedsak skal være en lovlighetskontroll som vurderer forholdene i relasjon til lovens minstekrav, eller om tilsynet også skal gi vurderinger om en ønsket standard som i flere situasjoner ligger over lovens minstekrav. Det synes å være en utbredt oppfatning i fagmiljøene at Helsetilsynet bør spille en mer aktiv rolle i kvalitetsutviklingen i helsetjenesten, og at et klart helsefaglig innhold i tilsynsarbeidet er en forutsetning for dette».

Som vi har sett ble profesjonaliseringen av tilsynsvirksomheten (særlig fra 1994) langt på vei sett på som å rettsliggjøre det. Øgar hadde også

tidligere nevnt at han var skeptisk til det og stilt spørsmål om hvor forebyggende mye av tilsynsvirksomheten, som kravet om internkontroll, egentlig var. Nå utfordret han for alvor ideen om tilsyn som en primært juridisk basert virksomhet. Vi har nylig sett at en del av legene reagerte på hvordan jusen bidro til at overlege Ottesens kliniske praksis i dødshjelpssaken ikke ble forstått. Vi har også sett at blant annet tilsynsprosjektets Magnar Kleppe ville forskyve oppmerksomhet fra svikforebygging og -oppfølging til kvalitetsutvikling.

Øgars fortsettelse, der han drøfter hvordan tilsyn kan avgrenses mot andre oppgaver, er også interessant og viktig. Det er, argumenterer han, meget vanskelig å avgrense tilsyn mot for eksempel forvaltning, rådgivning og forskning (s. 6–7).

Rådgivning reiser spesielle utfordringer. Å gi råd, som i noen tilfeller er vanskelig å la være, kan føre til at tilsynsfolkene blir inhabile (i nye saker). Øgar peker på at for å kunne føre tilsyn må helsepersonell ha omfattende kompetanse på en rekke felter. Det er ressursløseri, skriver han, om denne kompetansen ikke ble benyttet.

Egentlig krever tilsyn så god innsikt i medisinske metoder at de bør være med å utvikle og vurdere dem, men da tar det oppgaver det nye direktoratet skal ha og blant annet bruke i prioriteringsarbeid. Fordelingen av oppgaver mellom tilsyn og direktorat blir slik et spørsmål om hvem som skal få oppgaver og ressurser og hvem som ikke skal få det og bli utarmet.

Øgar nevner så hvilke tilsynsorganer vi har, som strålevernet, næringsmiddeltilsynet og legemiddelkontrollen, og spør om ikke, etter dagens tenkning, disse bør samles i ett tilsyn. Han nevner at det er vanskelig. For legemidler har vi valgt å samle både forvaltning og tilsyn i ett organ (fra 2001). Øgar kommenterer, litt dristig: «Det er tankevekkende at i den virksomheten som senest er organisatorisk gjennomgått har man valgt en løsning i strid med sentrale prinsipper som nå legges til grunn for omorganiseringen av den øvrige helse- og sosialforvaltning» (s. 10).

Øgar har også utfordrende kommentarer til den sentrale organisering av tilsynet, ikke minst nå når staten overtar ansvaret for sykehusene (s. 10–11).

Øgar peker også på at jo mer man spesialiserer tilsynet og adskiller det fra annen virksomhet, jo mer fjerner man tilsynet, for eksempel med helsevesenet, fra den daglige faglige virksomhet. Det blir et fremmedgjørende (og stadig mer jusbasert) tilsyn.

Han nevner også at en sentral utskillelse av tilsynet ikke lar seg følge opp lokalt.

Øgars betraktninger er interessante, langt mer interessante enn de han kom med i «Bærum-rapporten», men de viser også hvor vanskelig det er å organisere et styrings- og forvaltningsapparat etter noen få «klare» prinsipper. Han «avslører» hvor mye den store omorganiseringsprosessen som foregikk i 2000–2001 baserer seg på premisser som er vanskelige å forene, og derfor i stor grad på pragmatikk. Man undres på hvor mye Seip og Larsen har bidratt til Øgars utredning.

Til Øgars betraktninger vil vi også føye til at hvis man begynner å ta hensyn til helsevesenets komplekse realiteter, og blir mer rådgivende, har man også startet på veien tilbake til noe som ligner på det gamle helsetilsyn, om enn ikke et så kollegialt helsetilsyn som man hadde. Annerledes sagt, man får ikke «i pose og sekk», altså både helsesensitivt tilsyn og rent, juridisk preget tilsyn.

Det notatet Seip og Larsen laget den 5.1. viste at direktoratet ville få de beste kortene i den dragkamp som måtte komme mellom direktoratet og Helsetilsynet. De innebar at vi ville få et nokså smalt tilsyn, med økende distanse til helse- og sosialvesenet og med stadig mer vekt på tilsyn og mindre på den konkrete faglighet.

I det første høringsnotat departementet sendte ut om dets reformplaner heter det blant annet at departementet ønsker å skille tilsyns- og kontrollfunksjoner fra utøvende funksjoner. Samtidig heter det at det nye tilsynet fremdeles vil ha oppgaver innenfor rådgivning og erfaringsformidling.³⁵¹ Departementet ønsker at den kunnskap som skapes

³⁵¹ *Fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen – høringsbrev*. Sosial- og helsedepartementet 8.3.2001. Dep. ref.: 01/00559, s. 23. Helsetilsynet, sak nr. 2001/913 – 2. Vi legger til at uttalelsen var skrevet av «tilsynsgeneral» Magnar Kleppe, Helsetilsynets fremste organisasjonsmann, Helge Høifødt, og den som etter Kleppe overtok prosjektlederansvaret for tilsynsprosjektet, Jo Kittelsen.

gjennom tilsynsvirksomheten kan formidles tilbake til helsevesenet. Om det er kunnskap om hvordan helseinstitusjoner skal og kan ta hensyn til egenkontrollprinsippet og helsepersonell skal forstå forsvarlighet eller om det er spesialisert kunnskap om forebygging og behandling er imidlertid uklart. Som departementets plan ellers er, gir den dem mest som vil ha et smalt tilsyn.

Fylkeslegen skal ha (minst) en dobbeltrolle, altså både som iverksetter og tilsynsutøver. Departementet drøfter i sitt høringsnotat hvordan man organisatorisk kan få det til, uten å ta et tydelig standpunkt nå. Diskusjonen understreker imidlertid hvor stor spenningen kan være mellom rent tilsyn og forvaltning med rådgivning.

Fristen for å uttale seg om departementets forslag til omorganisering var den 31. mars. Helsetilsynet skrev i sin uttalelse av 2. april 2001 at det er enig i at tiden er moden for organisatorisk fornyelse, og at samlingen av institusjoner til tre store etater er klok.³⁵²

Uttalelsen er forsiktig og «konstruktiv» i tonen. I et utkast hadde Helsetilsynet vært mer eksplisitt:

«Hvis kvalitetsbegrepet defineres som *i hvilken grad tjenestens resultater oppfyller legitime krav og forventninger*, kan man ikke tenke seg tilsynet adskilt fra det praktiske rådgivningsarbeidet for kvalitetsutvikling hos tjenesteyter».³⁵³

Helsetilsynet skriver videre i utkastet av 8.3. at noen har foreslått at individtilsynet, kanskje også rettighetsklagene etter pasientrettighetsloven, bør legges til direktoratet. «Vi kan ikke sterkt nok fremheve at systemtilsyn og individtilsyn ikke må legges til to ulike etater» (s. 2). Individtilsynet må sees i relasjon til systemtilsynet og omvendt, skriver et interessebevisst helsetilsyn. Det ville ikke blitt mye igjen av Helsetilsynet hvis det skulle frataes individtilsynet. Men at noen antydte det, viser jo at i

³⁵² *Fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen – høringsuttalelse*, datert 2. april 2001. Sak nr. 2001/913 – 6.

³⁵³ Helsetilsynets forslag til høringsuttalelse til departementets høringsbrev, datert 8.3.2001, s. 1.

denne omorganiseringsprosessen var Helsetilsynet fra starten av litt på defensiven.

Helsetilsynet tar gjerne imot sosialtilsynet, men peker på at ulikhet i lovgrunnlag og annet skaper en del utfordringer. Helsetilsynet gjør et nummer av at det bygger ut det overordnede faglige tilsyn: Det krever bred kompetanse. Det gjør imidlertid ikke noe nummer av at det også innebærer at Helsetilsynet må få tilbake noe av sin gamle rolle, som politikkkutvikler. Overordnet tilsyn innebærer jo å stille en samfunnsmedisinsk diagnose og foreslå tiltak som kan bedre borgernes helsetilstand. Helsetilsynet sier også i sin høringsuttalelse at det gjennom sitt tilsyn fungerer normerende, en rolle som krever bred helsefaglig og juridisk kompetanse. Helsetilsynet antyder også at det slik har kompetanse som er viktig for metodevurdering, kunnskapsforvaltning og prioritering. Helsetilsynet argumenterer selvsagt også for at fylkeslegene bør være en del av tilsynslinjen. Det legger også vekt på at det kan bli avgjørende for Helsetilsynet at det får beholde rådgivningsoppgaver og andre oppgaver som ikke er «smale» tilsynsoppgaver hvis det skal klare å rekruttere kompetent personell, særlig leger.

I en tilleggsuttalelse av 10. mai 2001 utdyper, og justerer, Helsetilsynet noen av sine synspunkter på omorganiseringsplanen hva gjelder Helsetilsynets rolle.³⁵⁴ I hovedsak går Helsetilsynets oppgaveønsker nå i litt mere «ekspansiv» retning. Det fremgår klart av dette «overordnede» synspunkt: «Tilsynet bør tillegges myndighet på relativt bred basis til å gi råd til helsetjenesten i forkant og til å føre tilsyn i etterkant» (s. 3). Helsetilsynet peker på at det gjennom tilsyn må tolke lover og forskrifter og at det gir viktige premisser for i neste omgang å gi råd. Det fremgår imidlertid ikke tydelig av Helsetilsynets uttalelse hvilken relativ betydning den rådgivning som gies på grunnlag av tilsynserfaringen, skal ha.

Helsetilsynet peker i sin tilleggsuttalelse også på at arbeidet med kvalitetsutvikling bør ligge i Helsetilsynet «fordi det henger så vidt nært sammen med tilsynets formål og vår tilsynsmetodikk» (s. 4). Av denne grunn, mener Helsetilsynet, bør også det (kommende) nasjonale kunnskapssenter for helsetjenesten ligge i Helsetilsynet. Som vi har sett

³⁵⁴ *Fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen – tilleggsuttalelse til høringsuttalelse av 2. april 2001*, datert 10. mai 2001. Sak nr. 2001/913 – 6.

ble Kleppe og hans kolleger etter hvert opptatt av å videreutvikle det «defensive», juridisk pregede tilsyn i en mer offensiv kvalitetsutviklende retning, men nå, i 2001, var Helsetilsynet fortsatt mest preget av den «defensive» tilsynsforståelsen. Med de departementale tanker om et renere tilsyn, hadde nok nå Helsetilsynet ikke store muligheter med å vinne frem med sine ønsker. I sine avsluttende kommentarer bringer Helsetilsynet igjen inn argumentet om grunnlaget for å rekruttere gode fagfolk: Det krever helsefaglig interessante oppgaver. Helsetilsynet nevner derfor nå også at både Bioteknologinemnda og Senter for medisinsk metodevurdering burde plasseres i Helsetilsynet (s. 9).

Helsetilsynet har skrevet en offensiv, velpoengtert uttalelse – og tilleggsuttalelse, men de reflekterer det forhold at Helsetilsynet føler seg truet, ikke minst av det nye, ennå ikke etablerte, «grådige» monsteret direktoratet er.

Omorganiseringen er først og fremst et politisk-departementalt ansvar. Da regjeringen Stoltenberg I tiltrådte i mars 2000, med Tore Tønne som helseminister, fikk det politisk tyngde. Den nye regjeringen spilte også en retningsgivende rolle. Den ønsket en omorganisering basert på moderniserende premisser, som målstyring, skille mellom strategiutvikling og iverksettelse, saksspesialisering etter oppgave og formål og stordrift. Konkretiseringen av disse styringsideene ble en oppgave for departementets administrative ledelse, med Anne Kari Lande Hasle og Bjørn-Inge Larsen i spissen. En viktig administrativ medspiller, særlig når det gjaldt spesialisthelsetjenesten, var Vidar Steine. Innen de planer disse strategiske ledere trakk opp spilte institusjonslederne og de ansatte en konkretiserende rolle. De siste gjorde det først og fremst gjennom de partssammensatte grupper som ble utnevnt (fra februar 2001), men også, i siste omgang, gjennom forhandlinger mellom ledere og de ansattes organisasjoner.³⁵⁵ De partssammensatte gruppene arbeidet parallelt med de overordnede reforminstanser. Vi skal legge til at de ønsker de

³⁵⁵ Kfr. blant annet Lars Hanssens «utkast til plan for arbeidet i den partssammensatte gruppa» av 23.4.2001. Etter planen skulle avslutning av gruppearbeidet skje i oktober 2001. Gruppen hadde to medlemmer, fem oppnevnt av ledelsen og fem av organisasjonene. Helsedirektøren ledet gruppen.

partssammensattes grupper kom med, var gjenstand for godkjenning av linjeaktørene.

Der ble også opprettet et *samordningsforum* for reformprosessen. Møtene i dette (delvis månedlige) forum ble ledet av en departementsperson. Alle de berørte institusjonene var representert, ofte, men ikke alltid, av lederen.

I et notat fra administrasjonsavdelingen til den partssammensatte gruppe, skrevet den 2. mai, heter det blant annet (s. 8): «Den største usikkerheten er knyttet til omfanget av Helsetilsynets framtidige rådgivningsoppgaver og ansvar for kvalitetsutviklingen i helse- og sosialtjenesten». Vi kan føye til: Usikkerheten er, som vi på ulike vis har nevnt tidligere, knyttet til spørsmålet om hvor smalt eller bredt tilsynet skal være.

Vi har sett at Helsetilsynet sendte en tilleggsuttalelse til departementets høringsbrev. 10. mai sendte det enda en tilleggsuttalelse. Helsetilsynet skrev at det gjorde det fordi det ikke var kommet «langt i enkelte spørsmål». Det er imidlertid usikkert om ekstrauttalelsen bragte forståelsen av «enkelte spørsmål» stort lenger. Helsetilsynets viktigste anliggende er det det var i de tidligere runder, at arbeidet med kvalitetsutvikling i helsetjenesten bør ligge i Helsetilsynet, «fordi det henger så vidt nært sammen med tilsynets formål og vår tilsynsmetodikk».³⁵⁶ Av denne grunn bør også Helsetilsynet få det (nye) nasjonale kunnskapssenter.

Regjeringen omtalte omorganiseringen i revidert nasjonalbudsjett for 2001, men gav ikke Helsetilsynet mye håp. Den uttalte at Helsetilsynets rådgivningsfunksjon ville bli mer avgrenset siden etatens ansvarsområde ble gjort mindre.³⁵⁷ Det var nokså bred oppslutning på Stortinget om de viktigste sider ved regjeringens reformforslag. Representantene for mellompartiene, SV og Steinar Bastesen (f. 1945) ville ha saken behandlet som egen sak og kunne ikke støtte reformforslaget som det nå forelå.

³⁵⁶ Helsetilsynets tilleggsuttalelse til departementets høringsnotat om omorganiseringen av helseforvaltningen. Sak nr. 2001/913 -6, s. 3.

³⁵⁷ St.meld. nr. 2 (2000–2001), Revidert nasjonalbudsjett 2001, s. 62–68. Se spesielt s. 67. Stortingsflertallet sluttet opp om de viktigste sider ved regjeringens forslag.

Noen støttet også mindre virksomheters ønske om å forbli uavhengige. Kreftregisterets ønske ble tatt til følge.

På møtet i den partssammensatte gruppen den 28. mai møtte konsulent Terje Haugli Nilsen – en kjent mann i Helsedirektoratet/Helsetilsynet – for å orientere om teoretiske modeller for organisering av morgendagens helsetilsyn. Nilsen la etterpå (18.6) frem et forslag til to modeller for Helsetilsynet interne organisering, avdelingsmodellen og arbeidsgruppemodellen. Den første lignet på den Helsetilsynet nå hadde. Her visste alle hvilken rolle de hadde (over tid). Den andre modellen var preget av stadig skiftende roller. Den hadde noe ad hoc-kratisk over seg. Dog hadde den et innslag av noe mer permanent: To fagansvarlige personer skulle ha ansvar for henholdsvis dokumentasjon/fakta og tilsyn.

Etter avklaringene i Stortinget (debatten om revidert nasjonalbudsjett), ble det bestemt hvordan den videre prosess skulle være.

Den 15. juni bestemte Stortinget at fylkeslegene skulle legges inn under fylkesmannen fra 2003. Samtidig ble det vedtatt at helseforvaltningen skulle reorganiseres etter regjeringens opplegg, dog slik at Kreftregisteret skulle forbli selvstendig. Reorganiseringen skulle tre i kraft fra 1. januar 2002. For at det kunne skje måtte der ansettes en direktør i Sosial- og helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Embedene ble lyst ut den 16. juni. Departementet ønsket å ha de nye direktørene på plass i løpet av august: Det hastet. I et møte i departementet den 19. juni, ledet av departementsråden, og med direktørene og de tillitsvalgte i de organisasjoner som ble berørt av omorganiseringen tilstede, ble det informert om det som hadde skjedd og skulle skje.

I møtet i departementet den 19. juni ble det opplyst at det ville bli opprettet en overordnet styringsgruppe for reorganiseringen. Gruppen vil bli ledet av departementsråd Anne Kari Lande Hasle og ellers omfatte helsetilsynsdirektør Lars Hanssen, de to nye direktørene, en ekspedisjonssjef fra departementet (det ble to, Jon-Olav Aspås (f. 1944) og Ellen Seip) og tillitsvalgte. Der ville også bli oppnevnt grupper for å lede omorganiseringen av departementet, Folkehelseinstituttet, Helsetilsynet og det nye direktoratet. Også her ville det være tillitsvalgte med. Omorganiseringene skulle skje som prosjekter.

Det blir ellers oppnevnt egne grupper til å se på organiseringen av de etatsovergripende prosesser. Sykehusreformarbeidet ledes fra departementet, med Vidar Oma Steine som prosjektleder.

Reorganiseringen, høsten 2001

Den overordnede styringsgruppen hadde sitt første møte den 24. august 2001 på departementsrådets kontor. I dette møtet ble det videre arbeid diskutert. Tale Teisberg (f. 1968) i departementet ble utnevnt til leder for sekretariatet for omorganiseringsprosjektet. Også de andre prosjekter fikk egne sekretariater. Det ble lagt opp til at styringsgruppen skulle møtes annen hver torsdag fra kl. 13 til 15, men fra tid til annen kunne den møtes oftere.

Den 24. august var det møte mellom lederne for de organisasjonene som var en del av den store reformen og lederen for sykehusprosjektet, Vidar Oma Steine. Møtet fant sted i Helsetilsynet. Steine hadde med seg sine nærmeste medarbeidere, Paul Hellandsvik, Atle Brynstad og Olav Slåttebrekk.

Den 6. juli (tiltredelse den 9.) ble, ikke overraskende, assisterende direktør i Helsetilsynet, Bjørn-Inge Larsen utnevnt til direktør i det nye Sosial- og helsedirektoratet.³⁵⁸ Som direktør for Folkehelseinstituttet ble utnevnt Geir Stene-Larsen (f. 1955). De fire «store» direktørene ble altså alle mannlige leger. De fikk imidlertid over seg en kvinnelig sosionom, Anne Kari Lande Hasle.

Den 16. august bad Helsetilsynet departementet om at den partssammensatte gruppe Helsetilsynet hadde hatt siden februar kunne bli den nye prosjektgruppen for Helsetilsynets omorganisering.³⁵⁹ Det skjedde.

I møte i gruppen den 16. august bestemte i praksis gruppen hvordan det nye helsetilsynet skulle organiseres. Det skulle ha en øverste ledelse med direktør og assisterende direktør og så tre avdelinger, hver ledet av en avdelingsdirektør. To av avdelingene skulle være fagavdelinger og den

³⁵⁸ Brev om utnevnelsen fra Bjørn-Inge Larsen. Helsetilsynet, sak nr. 2001/2533 – 1.

³⁵⁹ Brev til SHD, datert den 16.8.2001. Sak nr. 2001/2592 – 1.

tredje en «infrastrukturavdeling». I tillegg skulle Helsetilsynet ha noen tverrgående grupper som kunne ta seg av oppgaver som krevde ressurser og kompetanse fra alle avdelingene. Avdelingsdirektørene skulle også være ansvarlige for (de aktuelle) gruppene.

Den 24. august ble det første egentlige møtet holdt i den overordnede styringsgruppen. Det het i referatet fra møtet at arbeidet med en overordnet prosjektplan, men også delprosjektplaner, nå ble satt i gang.

Da diskusjonen om det nye helsetilsynet kom i gang innad i Helsetilsynet kom også den gamle diskusjonen om hva tilsyn er opp igjen. En del av denne diskusjonen gjaldt hvordan tilsyn og rådgivning skulle adskilles fra hverandre. I løpet av den tiden som var gått siden 1994–95, og etableringen av tilsynsprosjektet, hadde der skjedd en glidning i forståelsen av tilsyn fra å være en kompleks, skjønnspreget virksomhet til å bli en stadig mer presis, rettslig basert og bare «tynt» rådgivende, virksomhet. Mot slutten av tilsynsutredningsarbeidet snudde holdningen en del og rådgivning som en «tykkere» virksomhet fikk øket oppmerksomhet. Da nå Helsetilsynet skulle bli et mer rendyrket tilsyn kunne «rendyrkerne» i departement og snart også direktorat, bruke Helsetilsynets egen «moderne» tilsynsforståelse til å ribbe det for oppgaver. Det var den frykten som satte et visst preg på Helsetilsynets høringsuttalelse i april/mai. Petter Øgar hadde, på et vis, advart mot det som skjedde i sin utredning senhøstes 2000 – før han dro tilbake til Sogn og Fjordane igjen. De øgarske synspunktene begynte nå å komme til overflaten i omorganiseringsdiskusjonen i Helsetilsynet. Helsedirektøren selv var imidlertid tilbakeholden med å ta dem frem.

Helsetilsynet hadde den 3. september utvidet ledermøte om omorganiseringen. Her ble forholdet til det nye sosialtilsynet tatt opp, men også, og ikke minst, den indre organisering. Til å bistå Helsetilsynet i organiseringsdiskusjonen hadde Helsetilsynet igjen kalt på konsulent Terje Haugli Nilsen. Men han tenkte hovedsakelig organisasjonsteoretisk. For et forvaltningsorgan var Nilsens gruppemodell lite aktuell; den skaper diffuse ansvarsforhold. Vi har sett at den adskillelse mellom jurister og helsefagfolk Helsedirektoratet/Helsetilsynet hadde hatt siden 1989 mot slutten av 1990-årene fremstod som uhensiktsmessig. Det fremstod derfor nå som mest aktuelt å organisere Helsetilsynet etter oppgave, altså type tilsyn. Men det aktualiserte jo igjen spørsmålet om hva tilsyn var. Som den

diskusjonen nå gikk meldte mer og mer en ny oppgave seg som viktig, nemlig rådgivning. Hvis man tok utgangspunkt bare i tilsyn risikerte man at man låste Helsetilsynet til et snevert tilsynsbegrep.

Etter møtet den 3. september skrev Helge Høifødt i administrasjonsavdelingen et notat hvor han anbefalte at man tok utgangspunkt i «produksjonsprosessene». Han kom da frem til at man kunne ha en avdeling, kalt Tilsyn I, som tok utgangspunkt i prosesser som hadde med enkeltsaker (individer eller virksomheter) å gjøre. En annen avdeling, Tilsyn 2, kunne da ha med helsetjenester (ikke enkeltsaker) å gjøre.³⁶⁰ Han ville så beholde sin egen avdeling, administrasjonsavdelingen, men kalle den avdeling for fellestjenester. (At denne avdelingen, som vi har lagt vekt på, også er en indre styringsavdeling, er noe annet.)

Departementet hadde fra starten av talt om at Helsetilsynets tilsynsprofil skulle rendyrkes. Som vi har sett ble Helsetilsynet mer og mer skeptisk til bruken av ordet *rendyrkes*. Det ble tolket som uttrykk for «smalere». Stadig flere i Helsetilsynet tok mot slutten av sommeren og ut i september til orde for at tilsynet snarere skulle gjøres bredere, blant annet ved å bli mer preget av rådgivning. Ved overgangen til september ikke bare godtok departementet det, men applauderte det. De nye stikkordene ble «videreutvikles og styrkes». Det var Trond Lutnæs som foreslo det.³⁶¹

Helsetilsynets første viktige oppgave var fra september av å lage en prosjektplan for utviklingen av det nye Helsetilsynet (delprosjekt 3). Planen skulle basere seg på departementets høringsbrev for fornyelse (som var det ordet arbeiderpartiregjeringen foretrakk) av den sentrale sosial- og helseforvaltning, St.prp. nr. 84 (2000–2001) (om tilleggsbevilgninger), Innst. S. nr. 325 (2000–2001) (om St.prp. nr. 84) og medbestemmelsesavtalen for den aktuelle omorganiseringen.

³⁶⁰ Høifødt laget en stor tabellarisk oversikt over hvordan de ulike oppgaver kunne fordeles mellom og i de tre avdelingene.

³⁶¹ E-post fra fylkeslege Anne-Sofie Syversen (f. 1955), Aust-Agder til kolleger i etaten 24.9.2001, ad den overordnede prosjektplan. Helsedirektør Lars Hanssen understreket dette i et notat til departementsråden forut for styringsgruppemøtet den 27. september. Sak nr. 2001/913, s. 1-

Gjennom delprosjektet skulle Helsetilsynet blant annet utarbeide en målstruktur for Helsetilsynet, lage en plan for Helsetilsynets fremtidige organisering og ledelse, diskutere forholdet til de andre sosial- og helseforvaltningsorganisasjoner – og i den forbindelse se på hvilke oppgaver Helsetilsynet kan avgi til andre organisasjoner. Gjennom delprosjektet skulle det også lages en personalforvaltningsplan.

Vi nevner også at i delprosjekt 4, departementsprosjektet, var det overordnede formål å omdanne departementet til å bli et mer utpreget politisk sekretariat. Det ville innebære at mange oppgaver ville bli flyttet ut, i første rekke til det nye direktoratet.

Å omorganisere i den skala som vi her står overfor er også administrativt krevende. Aktørene ble den 11. september minnet om det i et brev fra budsjett- og økonomiavdelingen (BØA) i departementet. Alle organisasjonene måtte få på plass økonomisystemer, blant annet med et regnskapssystem, et lønns- og personalsystem og eventuelt et tilskuddsforvaltningssystem. For det nye direktoratet ble dette en stor utfordring, men en liten utfordring ble det også for Helsetilsynet – som skulle ta imot oppgavene knyttet til sosialtilsynet.

Den 12. september sendte departementsråden ut et e-brev til alle som ble berørt av omorganiseringen. Hun varslet at fornyelsesprosjektet nå var i gang. «Det blir en spennende tid fremover, og jeg ser frem til prosessen. Tiden er moden for en reform som dette», sa hun. Hun sa imidlertid også at omorganiseringer også medfører merarbeid og spenninger. Hun var litt byråkratisk-prosaisk i tonen.

Den overordnede prosjektplan ble lagt frem til møtet i den overordnede styringsgruppens møte den 13. september. I planens første del ble målene for prosjektet presentert og organiseringen og oppgavefordelingen avklart. I del to ble de faglige og administrative utfordringer beskrevet. Denne delen skulle være «dynamisk» og løpende bli oppdatert. Om målene for Helsetilsynet het det ennå at etatens tilsynsprofil skulle «rendyrkes og styrkes» (s. 6, versjon av 13.9.). Om organiseringen het det i planen at den endelige organiseringen skulle være avklart innen 1. desember (s. 13). Det betydde også at «gråsonespørsmålene», f.eks. mellom direktoratet og Helsetilsynet, måtte ha funnet sine løsninger. Det dreide seg for eksempel om forvaltningen av helselovene (f.eks. smittevernloven) og forankringen

av rådgivnings- og veiledningsoppgavene overfor helse- og sosialtjenesten (s. 14). Det dreide seg også om medisinsk utstyr og internasjonalt arbeid. Dragkampen om metode- og kunnskapsarbeidet hadde nå Helsetilsynet tapt til direktoratet.

De beslutningene som ble fattet om gråsonespørsmålene var sentrale fordi de ville være med på å avgjøre hvor bredt eller smalt Helsetilsynet skulle fungere. At Helsetilsynet, men også Folkehelseinstituttet, tapte kampen om kunnskapsarbeidet var viktig. Kunnskap, oversatt til retningslinjer, ville i fremtiden bli en stadig viktigere måte å styre, særlig klinikken, på: Retningslinjer gjorde det mulig å styre lenger og lenger ut, det vil si ned til den enkelte behandler.

Avklaringen av alle gråsonespørsmålene skulle komme på styringsgruppemøtet den 29. november. En helhetlig beskrivelse av de nye etatene og departementet skulle da kunne foreligge innen den tredje desember (2001).

I Helsetilsynet pågikk samtidig, og intenst, diskusjonen om den indre organisering. Som vi har nevnt ble diskusjonen preget av uenighet og usikkerhet om hvordan tilsyn skulle forstås. Mange gav sitt besyv med i diskusjonen, og noen kom med forslag. Konsulent Terje Haugli Nilsen spilte, som vi har sett, også en rolle i den diskusjonen. Før september var omme ble det imidlertid klart at det gikk mot en tredeling av Helsetilsynet. Helge Høifødts forslag den 3. september var et uttrykk for det. Administrasjonsavdelingen skulle fortsette som før, men altså nå kalles avdeling for fellestjenester. De to fagavdelingene fikk navnene avdeling for tilsyn med helsetjenesten og helsepersonell (avd. 1) og avdeling for systemrevisjoner og datakildebasert tilsyn (avd. 2). De ble altså basert på tilsyn, men *type* tilsyn. I det første tilfelle var altså utgangspunktet enkeltsaker og enkeltaktører (personer og institusjoner), i det annet tilfelle systemer. Vi kunne også si: I det første tilfelle var utgangspunktet reaktivt – man rettet blikket mot noe som var skjedd – i det annet tilfelle var utgangspunktet preventivt: Man ville redusere sannsynligheten for at noe skulle skje som (i neste omgang) kunne komme til å interessere avdeling 1.

De som nå så på den indre organisering var opptatt av å gjøre Helsetilsynet mer fleksibelt og foreslo derfor at oppgaver som falt mellom

de to avdelinger kunne håndteres av (midlertidige) tverrgående grupper og prosjektorganisasjonsgrupper. Tentativt fordelte man nå også personellet på de tre avdelinger. Avdeling 1 ville få 28 stillinger, avdeling 2 29 stillinger og avdeling 3 23 stillinger. Avdelingene ville altså bli nokså jevnstore.



Anne Wyller Shetelig (f. 1946), c.m. Etter almen- og samfunnsmedisinsk tjeneste ble hun i 1991 assisterende fylkeslege i Sør-Trøndelag; fra 1992 fykeslege. Hun var avd.dir. for avdeling for samfunnsmedisin fra 1998 til 2002. Etter nyordningen i 2002 fortsatte hun som avdelingsdirektør for avdeling for planlagt tilsyn til 2008. Hun hadde etter det en rekke mindre oppdrag for Helsetilsynet frem til 2019. Ett år fungerte hun også som avdelingsdirektør (avdeling

for barnevern og sosiale tjenester). (Foto: Helsetilsynet)

Avdelingsdirektører ble da de to legene Jørgen Holmboe og Anne Wyller Shetelig. Juristen Terje Jensen skulle da fortsette som leder for avdeling tre. Det nye helsetilsynet fikk slik fire leger og én jurist i ledelsen. Det kan være mer enn tilfeldig at Helsetilsynet igjen fikk et mer medisinsk preg. Det var jo også symbolsk at juristene mistet sin egen avdeling, en avdeling de hadde arbeidet slik for å få i 1989. I et notat av 28. september skrev imidlertid Juristforbundet i Helsetilsynet til Helsetilsynets prosjektgruppe og uttrykte sin misnøye med at juristene ikke fikk en person i ledergruppen. I denne sammenheng så de ikke på avdeling tres leder som en representant for juriststanden.

Parallelt med arbeidet med organiseringen pågikk et arbeid med å kartlegge Helsetilsynets oppgaver og, i noen grad, hvilke ressurser som

trengtes for å håndtere disse oppgavene. Det resulterte i et dokument på 24 sider³⁶² (ferdig 25.9.2001).

Spørsmålet om hva tilsyn er, og blir fremstilt som, dukker fra tid til annen opp, blant annet i e-postutvekslingen mellom ansatte i Helsetilsynet. I et brev den 27.9. nevner således Gorm Grammeltvedt at det i prosjektplanen står at helse- og sosiallovene som hovedregel må være forankret i direktoratet, «Dette må vi være uenige i». Han fortsetter: «vi har tatt som en selvfølge at vi i forbindelse med tilsyn skal kunne fortolke regelverket». Han legger til at Helsetilsynet også «på forhånd» må kunne si hva som er god praksis. Vi kan føye til: Hvis ikke Helsetilsynet kan gjøre som han sier er det redusert til et redskap for direktoratet, og blir et uinteressant sted å arbeide for jurister. Samtidig er det slik at hvis Helsetilsynet skal ha retten til å tolke, og kanskje bidra til å utvikle, (en del) lovgivning, kan mye av det strategiske styringsinitiativ som etter Larsen & Co. sine planer skal ligge i direktoratet bli svekket eller endog undergravet. Den logikk hele den store organisasjonsreformen bygger på er altså spenningsfylt. Vi kan kanskje si at det knapt lar seg gjøre å reformere styringsapparatet etter klare prinsipper og linjer; kfr. det vi tidligere har sagt om etatsstyringen. I praksis må mye avgjøres gjennom dragkamper og prøving og feiling. I den dragkampen var nå direktoratet den sterkeste part og Bjørn-Inge Larsen den sterkeste enkeltaktør. Vi kan kanskje legge til, han var ikke det bare fordi han var rastløst pågående og idérik, men også fordi han hadde departementsråden med seg. Lars Hanssen, helsedirektøren, var en forsiktigere «spiller». Kanskje hadde han og hans etats mangeårige innsats for å styrke Helsetilsynet som tilsynsetat – og å gjøre det også ved å prøve å bli kvitt administrative oppgaver – gjort Helsetilsynet mer sårbart?

På styringsgruppemøtet den 27.9. ble budsjettet for omorganiseringsprosjektet vedtatt. Det var på 5 millioner kroner. Det omfattet imidlertid ikke utgifter til Helsetilsynets omstillingsarbeid. Helsetilsynet dekket det av egne midler. På dette møte ble også planen for delprosjekt 2, prosjekt for omorganisering av Statens helsetilsyn vedtatt. Helsedirektør Lars Hanssen ble delprosjektets leder. Delprosjektet fikk

³⁶² *Oversikt over arbeidsoppgaver og kompetanse i nåværende virksomhet*, datert 25.9.2001 (utkast).

frist med å levere sin sluttrapport til 1. desember. Delprosjektet fikk sitt eget sekretariat. I møtet den 27.9. ble det også oppnevnt noen arbeidsgrupper, blant annet en for arbeidsfordelingen mellom direktorat og tilsyn. Den skulle begynne sitt arbeid etter at gråsonespørsmålene var avklart (15.10).

Vi har tidligere pekt på hvordan hele legemiddelsektoren ble holdt utenfor omorganiseringsprosjektet. Den fikk et styringsapparat over seg som var tilpasset en privatisert og internasjonalsert sektor. Også sektoren for medisinsk utstyr ble tilpasset denne utviklingen; kfr. lover av 1995 og 2020. Det samlede legemiddelverket ble slik en almen etat for tilsyn med helsevesenets (privatpregede) vareside. For så vidt som helsevesenet ble stadig mer varebasert, var denne utviklingen viktig: Den skapte press på tjenstedelen for å tilpasse seg (den privatiserte varesiden).

Reformprosjektet hadde en annen viktig spenning, som vi for så vidt allerede har nevnt, spenningen mellom den statlig-standardiserende tenkning og den lokalt tilpassende tenkning. Helsetilsynet hadde en forlengelse ut i fylkene, med fylkeslege«etaten». Ja, volummessig var fylkeslegene viktigere enn Helsetilsynet. Den store «fornyelsen» av sosial- og helsevesenet som nå skjedde møtte en annen «tung» reformprosess, den territoriale standardiseringsprosess. Arbeids- og administrasjonsdepartementet stod bak den. Prosessen innebar at de regionale (fylkesbaserte) etatene skulle samordnes under fylkesmannen. Fylkeshelsevesenet hadde, som vi har nevnt, vært underlagt fylkesmannen fra 1912 til 1976. I 1976 ble det i stor grad lagt inn under den nye, (direkte)valgbaserte, fylkeskommunen. Det svekket statens mulighet for å styre det utøvende helsevesen. Det mislikte helsedirektør Mork. Men også kommunene mislikte ordningen. De mislikte den fordi der var igjen et element av statsstyre, nemlig det helsedirektøren stod for, gjennom sin tilsynsrolle, særlig etter 1984. KS og kommunene ville ha bort helsedirektøren og så en integrasjon av ham eller henne i fylkesmannsetaten som en mulighet. Da ville i det minst fylkeslegen bli vingestekket. Når nå sosialtilsynet skulle bli en del av Helsetilsynets og, ikke minst, fylkeslegenes, resort, ville denne utviklingen kunne bli styrket. Sosialtilsynet lå jo allerede under fylkesmannen. Som vi har nevnt, mer kom nå til. Den store omorganiseringen førte jo til at fylkeslegene ble også direktoratets forlengede arm. Det skille mellom forvaltning og tilsyn som

den nasjonale reform skulle representere, ble slik svekket på lokalt plan. Pragmatikken slo også på denne måten inn i en reformprosess basert på «klare» organiseringspremisser. Kfr. hvordan man nasjonalt lenge talte om å gjøre tilsynet renere. Det som skulle skje lokalt, fra 2003, skulle bidra til å gjøre tilsynet mindre rent.

Det er ikke tilfeldig at det murret blant fylkeslegene. I et e-brev sendt til Lars Hanssen fra fylkeslege Odd Herder (Nordland) den 26. september 2001 het det således: «Som flere andre, synes jeg at Fylkeslegen er blitt ganske usynlig i den sentrale prosessen». Han legger til at tilsynsvirksomheten kan bli marginalisert – ikke styrket og utviklet – når fylkeslegene skal ha ansvaret kanskje for hele sosialtilsynet, det økonomiske medregnet, og i tillegg være mer enn 50 prosent underlagt direktoratet.

Ettersom vi kommer utover i oktober kommer de avgjørende avklaringer. Det må de også gjøre. Årsskiftet er ikke langt unna. I et notat Hilde Jordal i helserettsavdelingen skrev den 1. oktober både forutser og anbefaler hun løsninger på en del gråsoneproblemer. Anbefalingene reflekterer nok i stor grad forutsigelser. Hun ser at direktoratet er på offensiven, spesielt i saker som gjelder regelverksutvikling. Hun ser, og godtar, nå at direktoratet får den dominerende rollen, siden lovgivning primært er et virkemiddel for å utvikle politikken, men legger så til at Helsetilsynet kan spille en rolle på områder som knytter seg til «systemmessige og forsvarlighetsrelaterte forhold».³⁶³ Men både i dette notatet og et annet, skrevet den 2. oktober, legges det an en «myk» holdning, der samarbeid blir viktigere enn «revirkamp».³⁶⁴

Den 2. oktober la Helsetilsynet frem sin prosjektplan for omorganiseringen av Helsetilsynet. Den omfattet særlig ressursbruken og detaljert tidsplan. Som nevnt, var Helsetilsynet fortsatt innstilt på å klare seg med midler tildelt over kapittel 700. De ulike aktiviteter var ført opp

³⁶³ *Delprosjekt 3 omorganiseringen av Statens helsetilsyn – mulige gråsoneproblemer mellom de fire institusjonene – innspill fra avdeling 4* (Hilde Jordal) til avd. 6, 10.1.2001, s. 2.

³⁶⁴ Det gjelder områder som regelutvikling, kvalitetsarbeid og metodeutvikling. Notatet, datert den 2.10.2001 er sendt fra den samfunnsmedisinske avdeling til ledermøtet.

med frister den 2. oktober, den 15. oktober og den 3. desember.³⁶⁵ Planen omfattet også tanker om mål (for omorganiseringen) og organisering. Om mål het det innledningsvis at målet for omorganiseringen var «å rendyrke og styrke tilsynsfunksjonen». Helsetilsynet hadde altså i noen grad «falt tilbake» i det gamle «rendyrkingssporet». Hva organisering gjaldt ble det igjen bare konstatert at Helsetilsynet tok sikte på å ha tre avdelinger og tverrgående grupper.

Vi skal igjen ta et blikk på det som skjer langs den territorielle linjen.

I et interessant brev til Helsedirektøren den 2. oktober skriver fylkeslege Odd Herder:³⁶⁶

«Vi ønsker ikke å bli et rent tilsynsorgan (det være seg «smalt» eller bredt») på fylkesplan. Vi ønsker å opprettholde vår vide oppgaveportefølje innenfor overskriftene tilsyn, rådgivning og andre forvaltningsoppgaver. Mister vi bredden vil vi også miste rekrutteringen av fagfolk, og vi vil stå dårligere rustet i fusjonsforhandlingene med Fylkesmannen».

Den 4. oktober ble det tatt et nytt initiativ i gråsonespørsmålet. Hovedprosjektet nedsatte tre arbeidsgrupper til å «skjære igjennom» i gråsonespørsmålene.³⁶⁷ Gruppen som skulle se på fordelingen av oppgaver mellom direktoratet og Helsetilsynet fikk fire representanter for Helsetilsynet og fylkeslegene, to fra departementet og tre fra direktoratet. Lars Hanssen ble leder for gruppen. Fra direktoratet var blant annet Bjørn-Inge Larsen med.

Det het i premissene for arbeidet at gruppene burde bestrebe seg på å komme frem til enighet. Faglig kom det også inn noen premisser. Det het at koordinering av tjenestestatistikken på helse- og sosialområdet skulle

³⁶⁵ *Omorganiseringen av statlig helseforvaltning – foreløpig prosjektplan for delprosjekt 3 omorganisering av Statens helsetilsyn*, vedlegg 1. 2. oktober 2001. Sak nr. 2001/913 – 6.

³⁶⁶ *Omorganisering og styring*, brev fra Odd Herder til Lars Hanssen, datert 2. oktober 2001. Sak nr. 2001/913 – 12.

³⁶⁷ *Prosess for å avklare oppgavefordeling og gråsoner i sosial- og helseforvaltningen*. Brev fra prosjektsekretariatet for fornyelsen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen til Styringsgruppen, datert 4.10.2001.

forankres i direktoratet. Det samme skulle i *hovedsak*, og det var viktigere, forvaltningen og fortolkningen av sosial- og helselovene. Det het videre at både direktorat og tilsyn skulle ha rådgivningsoppgaver, men Helsetilsynets oppgaver skulle være knyttet til tilsynsfunksjonen (s. 5–6). Gjennom denne premisslegningen fikk altså direktoratet noen «forhåndsseire». Gruppen skulle levere sin rapport til det sentrale prosjektsekretariat innen den 1. november. Det heter også at en «helhetlig beskrivelse av de nye etatene og departementet» skulle foreligge innen den 3. desember (s. 8).

Helt fra starten av var de ansatte usikre på hvordan omorganiseringen skulle «ramme» dem, selv om det fra starten av ble sagt at ingen skulle bli overflødige som følge av omorganiseringen. Det var jo også en garanti for de ansatte at organisasjonene var godt representert i alle utrednings- og beslutningsfora. Den 5. oktober skrev imidlertid Lars Hanssen et utførlig brev til alle ansatte der han redegjorde for hvordan oppgaver og personer ville bli koblet.³⁶⁸

Noen dager før, den 2. oktober, var det møte i prosjektgruppe 3. Her ble tidligere beslutninger, blant annet om den tredelte organiseringen, bekreftet. Det ble også opplyst at det var etablert en «INN-gruppe» for å se på hvordan fylkeslegene kunne plasseres i den nye, regionale fylkesmannsorganisasjonen. Avdelingsdirektør Anne Wyller Shetelig var blitt Helsetilsynets representant i INN-gruppen. Anne Berit Gunbjørud og Petter Øgar skulle representere fylkeslegene.

I et svært interessant notat, skrevet den 7. oktober 2001, tenkte Bjørn-Inge Larsen høyt om hans eget direktorats fremtidige rolle.³⁶⁹ Notatet inngår ikke som en «naturlig» del av de omorganiseringsprosesser som nå var i gang. Det er et «ubestilt» strategisk «tenkepapir», men forteller mye om hva Larsen ønsket og hvordan han ville følge opp sine ønsker.

Hans utgangspunkt er at departementet, hvis det skal kunne være et ekte, strategisk orientert styringsorgan trenger «en instans som kan ha et

³⁶⁸ *Kjære medarbeider i helsetilsynet*. Brev fra Lars Hanssen til alle ansatte i Helsetilsynet, 5. oktober 2001. Sak: 2001/ - L.

³⁶⁹ *Funksjoner SHD trenger si sin ytre forvaltning*. BIL, 7. oktober 2001. Notatet har ingen saksreferanse.

fagkritisk blikk på all informasjon om helsetilstanden og helsetjenesten». I dag kommer informasjonen fra mange, små organer. Ingen samler den og ser på hvordan den kan brukes strategisk, mener han. Underforstått, til denne oppgaven trenger hans direktorat.

Han skriver så om gjennomføringsfunksjonen, som han gjerne liker å kalle «pådriverfunksjonen». Mange etater forvalter politikk, noen formelt og litt «slapt», andre mer aktivt og pågående. De siste er det han kaller «pådrivere». Ordet har han kanskje tatt fra det engelske «advocates» (og «advocacy»). Han henviser her for eksempel til hvordan fylkeslegene er pådrivere i psykiatrisatsingen eller de ulike handlingsplaner. Han sier det ikke direkte, men det fremstår som et underforstått at man trenger et sentralt organ, altså et direktorat, som kan se all forvaltning i sammenheng.

Larsen fortsetter og skriver at departementet har ansvar for etatsstyringen (av underliggende etater), men bruker for mye tid på den. Han sier eksplisitt at mye av den, meget viktige og i mange henseender «politiske», oppgaven bør overlates til direktoratet.

Så ser han på tilsynet. Forståes det som kontroll og myndighetsutøvelse, altså «sviktrettet», bør det legges adskilt fra annen helseforvaltning, både nasjonalt og lokalt. Hensynet til habilitet krever det, sier han. Skal tilsyn bidra til kvalitetsutvikling må tilsynsformen utformes for å bidra til det, det vil si, bli en del av gjennomføringen av politikken. Dagens systemrevisjon, fortsetter han, ligner for mye på kontroll- og domstolsvirksomhet. Slikt tilsyn er lite egnet til «å ha dialog rundt kvalitetsutvikling» (s. 3).

Larsen fortsetter, men vi aner i hvilken retning: Direktoratet bør bli «bindeleddet mellom statlige nivå to-institusjoner og departementet» (s. 3). Han sier det ikke eksplisitt, men kanskje implisitt: Direktoratet bør bli det eneste nivå to-organ. Resten av det som i dag er nivå to-organisasjoner må da ned på nivå tre.³⁷⁰ Direktoratet blir da et aktivt

³⁷⁰ I et notat av 8. oktober 2000, altså i starten av omorganiseringsprosessen hadde Larsen lekt med ideen om at direktoratet kunne være et nivå to-organ og resten nivå tre-organer. Kfr. *Hvordan bør nivå to organiseres slik at kompetansen utnyttes best mulig og slik at den kan etatstyres?* BIL 8. oktober 2000. Larsen har skrevet at «dette notatet er bare i startgropen».

«gjennomføringsdirektorat og pådrivningsorgan» (s. 3). Gjennomføringen må imidlertid da skje (også) gjennom de andre etatene. «Det gjenstår å vurdere om tilsynet skal ligge i aksens direktorat – fylkeslege», altså som et nivå tre-organ. Han legger til at det avhenger av hvordan man vil forstå tilsyn. Det er imidlertid åpenbart at den tidligere nestsjef for Helsetilsynet – og beskytter av Helsetilsynet – nå vil ha et nokså snevert tilsyn. Han legger, helt til slutt til, som en indirekte begrunnelse for sitt syn, at «Helsepersonellet og helseinstitusjonene har ikke bejublet verken individtilsynsmetodikken eller virksomhetstilsynsmetodikken» (s. 4).

Larsens strateginotat var en utfordring til Helsetilsynet, men var også egnet til å utfordre departementet. Det antydte jo i noen grad at hele omorganiseringsprosjektet kunne vært angrepet på en annen, og forsåvidt mer hierarkisk, måte. At Larsen var så «tilsynskritisk» var kanskje ikke bare overraskende for Helsetilsynet: Det hadde sett at han hadde «lekt» med slike tanker fra det øyeblikk han ble direktoratsdirektør. Siden han hadde tilbragt mye av sitt yrkesliv så langt i tilsynsetaten, til slutt som (tilsynsforsvarende) assisterende helsedirektør, var dette perspektivskifte overraskende. Han var, og er, imidlertid en mann som er opptatt av strategi, og som er mer enn vanlig ambisiøs. Hans stil og væremåte adskilte seg slik nokså mye fra Lars Hanssens.

Den 15. oktober sendte Helsetilsynet sin rapport «Fornyelse av den statlige sosial- og helseforvaltningen – beskrivelse av nåværende og fremtidige oppgaver – problemstillinger i forbindelse med oppgavedelingen mellom de nye institusjonene» til den overordnede styringsgruppen for fornyelse av den statlige sosial- og helseforvaltningen. Rapporten, skrevet av Marit Kromberg, Jo Kittelsen og Helge Høifødt, var velformulert, men bragte ikke inn nye synspunkter. Den gav heller ikke mer dyptpløyende argumenter for Helsetilsynets «defensive» synspunkter.

I rapportens vedlegg nummer én fulgte en omfattende oversikt over arbeidsoppgaver og kompetanse i Helsetilsynets nåværende virksomhet. I vedlegg 3 ble det gitt en oversikt over hvilke oppgaver Helsetilsynet frivillig eller etter pålegg, overførte til direktoratet, ialt ni. I vedlegg fire gav Helsetilsynet en oversikt over et utvalg av godkjennelsesoppgaver det hadde.

I et notat av 15.10. diskuterer Bjørn-Inge Larsen de oppgaver Helsetilsynet har på smittevernområdet. Han mener alle, bortsett fra noen få – som kan gå til departementet – bør overføres til direktoratet.

I et notat fra 16.10., vi vet ikke hvem som har skrevet det, heter det at ved en snever tolkning av hvilke oppgaver Helsetilsynet skal beholde vil kanskje to tredjedeler av de ansatte i spesialisthelsetjenesteavdelingen måtte gå over til direktoratet. Slik vil Helsetilsynets evne til å drive tilsyn med sykehusene bli undergravet.

Det begynte nå å nærme seg helseforvaltningens «nye start». Det betydde at planene for plasseringen av de mange ansatte måtte konkretiseres. De personalpolitiske utfordringer denne plasseringen reiste ble drøftet i den overordnede styringsgruppen den 8. november. Prosjektgruppene skulle så ha de nye organisasjonskart klare innen den 10. november. Disse skulle så drøftes i den overordnede styringsgruppen den 14. november.

Stillingsbeskrivelsene skulle sendes prosjektsekretariatet innen den 22. november. Fra 28. november til 5. desember skulle så linjelederne i de nåværende virksomheter ha individuelle samtaler med hver enkelt arbeidstager. Den 21. desember skulle så de ansatte få beskjed om hvilken stilling de skulle ha fra nyttår.

Der var selvsagt også utfordringer knyttet til tilpasningen av driftsbudsjettet, overførselen av administrative ressurser (til direktoratet), håndteringen av økonomifunksjonen (i kjølvannet av riksrevisjonsantegnelse for 1998-budsjettet) og de mange fellestjenester. Der var nok å tenke på for lederne for Helsetilsynet, også på det teknisk-administrative område.

Den 2. november forelå rapporten fra arbeidsgruppen som hadde sett på arbeidsfordelingen mellom direktorat og tilsyn.³⁷¹ Den inneholdt ikke overraskelser, men gikk lenger i å begrunne fordelingen innen de «vanskelige» områdene, altså regelfortolkning og rådgivning og veiledning. Her skulle det være arbeidsdeling, dog slik at direktoratet fikk et overtak. Det «nye» nå var imidlertid at arbeidsgruppen brukte mer plass på å begrunne sine konklusjoner. Før gruppen kom til disse saksområdene

³⁷¹ *Rapport fra Arbeidsgruppe for arbeidsfordelingen mellom Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet, 2. november 2001.*

sa den imidlertid litt generelt om oppgavefordelingen. Den la vekt på en «klar og ryddig arbeidsdeling» – dette er jo viktige premisser for hele reformen – men føyet til:

«På en rekke av saksområdene ... vil det likevel være nødvendig med et nært samarbeid mellom organene. Typisk gjelder dette oppgaver som direktoratet har forankringen mens Helsetilsynet bidrar med sin tilsynserfaring og annen kunnskap, for eksempel i utgivelse av de fleste veiledere eller utformingen av nye statlige handlingsplaner» (s. 5).

Rapportforfatterne trekker altså inn samarbeid som et viktig stikkord i sin diskusjon om rollefordelingen. Det er «virkeligheten» – den gjenstridige sådanne – som presser seg på. Det ser vi også når rapportens forfattere drøfter regelverksutviklingen. De skriver først at forvaltningen av sosial- og helselovene «som hovedregel» skal forankres i direktoratet (s. 8). Så legger de til:

«På grunn av den nære tilknytningen mellom regelverk og tilsyn bør et fremtidig sosial- og helsetilsyn se det som en viktig oppgave å bidra ved fastsettelse av lover og forskrifter og ved videreutvikling av reglene. Tilsynet bør ha et ansvar for at erfaringer fra tilsyn systematiseres og benyttes i dette arbeidet. Tilsynet må også på grunnlag av sin «tilsynskompetanse» ha ansvar for å bidra på mer generelt grunnlag».

Rapportforfatterne vil gjerne holde seg til de klare prinsipper, men må altså av og til gjøre noen konsesjoner til virkelighetens kompleksitet – altså det forhold at mye henger sammen og at det å ikke godta det kan få uheldige virkninger. I rapporten nevnes det for eksempel at klage på manglende hjelp etter «prinsippene» skulle være direktoratets ansvar. Men her blir «virkeligheten» for «opposisjonell»:

«Gruppen ser ... den nære sammenhengen det er mellom klager på helsetjenesten i henhold til tilsynsloven og i henhold til for eksempel pasientrettighetsloven. Gruppen vil derfor anbefale at også klager på manglende oppfyllelse av pasientrettigheter har Statens helsetilsyn som overordnet instans» (s. 13).

Når det gjelder andre oppgaver, som arbeidet med det medisinske kodeverk, beredskap, kvalitetsindikatorer, bioteknologiloven, tilsynet med det medisinske utstyr og sider ved legemiddeltilsynet er gruppen mer prinsipptro og gir alt til direktoratet, uten å si noe (særlig om samarbeidsmulighetene). Når det gjelder det lokale kvalitetsråd giverprogrammet kan gruppen dog tenke seg en 60 (tilsynet)/40 prosents ansvarsdeling.

Gruppen nevner også forholdet til fylkeslegene og antyder at her får Helsetilsynet og direktoratet samarbeide på en avtalt basis (s. 13). Når fylkeslegene skal underlegges fylkesmannen og samarbeide nært med det lokale sosialtilsyn (hos fylkesmannen), blir behovet for samarbeid desto større. Gruppen sier at miljøet under fylkesmannen må sees på som «ett fagmiljø». Tonen er slik en helt annen enn når gruppen, og enda mer omorganiseringsentusiastene, nasjonalt taler om klare linjer. Den kommende «regionale» stat (2003) er et godt eksempel på mangel på klare linjer. Det er interessant at den kommer nesten samtidig med at sosial- og helsestaten «strømmlinjeformes» på nasjonalt nivå.

I hovedsak forutsetter både tilsyn og direktorat at oppgaver og personell må bli bestemmende for hvordan ressursene (om)fordeles mellom de to etater (kfr. kap. 4). Omorganiseringen, og med den personellomfordelingen, skaper imidlertid en del spesielle utfordringer for Helsetilsynet.

Før omorganiseringen hadde Helsetilsynet en del tradisjonelle forvaltningsoppgaver, blant annet knyttet til handlingsplaner og utredninger for departementet. Det gav mange medarbeidere en utvidet kompetanse, som ofte kom til nytte i tilsynsarbeidet. Når disse personene nå i stor grad gikk over til direktoratet tapte i virkeligheten Helsetilsynet også tilsynsressurser, særlig knyttet til det å bruke tilsynserfaringer «til siden», som til rådgivning og regelutvikling (vedlegg 1, s. 1). Helsetilsynet får på flere punkter også nye og mer krevende oppgaver. Det er tvilsomt om Helsetilsynet ville bli kompensert for det. Et eksempel er fylkeslegene som nå skal betjene en sektor, sosialsektoren, den ikke kjenner, og tilpasse seg den virkemåte fylkesmannen representerer. Fylkeslegene skal også nå forholde seg til to overordnede organer, tilsynet og direktoratet. Også det koster uten at det var klart hvordan de (delvis) nye oppgavene skulle håndteres saklig og (full)finansieres. En spesiell utfordring for tilsynet, og

i noen grad fylkeslegene, ville også det å føre tilsyn med det statliggjorte spesialisthelsevesenet bli. (vedlegg 1, s. 2). Sosialtilsynet blir også en utfordring sentralt for Helsetilsynet. Selv om tilsynet formelt blir kompensert for nye oppgaver, har de nye oppgavene sider som gjør at de koster mer enn en «enkel» kompensasjon tilsier.

Helsetilsynet sa slik i virkeligheten at den store reformen ville gjøre at tilsynet ble svekket snarere enn styrket.

Utover høsten foregikk det en omfattende aktivitet rundt fordelingen av ressurser, ikke minst administrative, mellom tilsyn og direktorat. Helsetilsynets avdelingsdirektør i administrasjonsavdelingen, juristen Terje Jensen, kommenterte i et brev til Lars Hanssen tidlig i november denne dragkampen på denne måten:³⁷²

«Slik situasjonen nå er står vi ved en løsning som er den maksimale for det nye direktoratet fordi de har tynt tilsynets ressurser i sin retning på alle områder».

Den ofte skarpe herr Jensen erklærte at «Departementet må komme opp med 20/25 stillinger med tilhørende overhead for å dekke opp kulepunktene foran [listet opp] for at vi kan gå for det resultatet som nå foreligger i På-tvers-gruppa [tverretattlig fordelingsgruppe]». Henvendt til departementet legger han til: «Hva «feiler» det politikken og apparatet som skal gjennomføre vedtatt politikk når de marginaliserer samfunnets vaktbikkje [tilsynet] på dette området?» Mer konkret sier han at Helsetilsynet må ta faglige ressurser for å finansiere (nødvendige) administrative funksjoner.

Begge (alle) parter ønsket seg mere ressurser, men Jensen har nok rett i at direktoratet presset mere på enn tilsynet. Det kan også ha med personer å gjøre. Direktoratet ble den nye store etaten og hadde som sjef den dynamisk/ambisiøse Bjørn-Inge Larsen. Helsetilsynet var fra starten av nærmest definert som en defensiv etat. En del, i noen grad direktoratsdirektøren inkludert, så på tilsynet mer som en «bremseinstusjon» enn ressurs i helsevesenet. Om man sparte litt på kontrollvirksomheten, på «Hanssen-oppgavene», kunne man bruke mer på

³⁷² *På-Tvers*, notat fra Terje Jensen til Lars Hanssen, november (dato ikke spesifisert).

de dynamiske oppgavene, «Larsen-oppgavene». Det følte nå, i slutten av 2001, som om det var lenge siden Larsen hadde vært en tilsynsmann. Som vi har nevnt svekket det ikke Larsens strategiske stilling at han hadde departementsrådets fulle støtte. Hele reformen var jo en Hasle/Larsen-reform. Hanssen var en mer lavmælt og diplomatisk mann og nølte med å utfordre «paret» på toppen. Det hjalp ham ikke at han gikk utenpå dem i elegance og vidd.

Tabell 12.1: Oppgaveomfang og -fordeling, fylkeslegene og Helsetilsynet, september 2001

		Fylkes- legene, årsverk	Fylkes- legene, prosent	Helsetil- synet, årsverk	Helsetil- synet, prosent	Opp- gaver ialt, årsverk	Opp- gave ialt, prosent
Oppgave	Tilsyn, overordnet, Systemrev., Virksomhets- tilsyn ellers Klagesaker	6,2 26,7 6,1 43,9		5,5 4,7 1,3 21,8		11,7 31,4 7,4 65,7	
	Tilsyn etc., tilsammen	82,9	27,7	33,3	27,8	116,2	27,8
	Rådgivn. sentr.	9,5	3,2	12,6	10,6	22,1	5,3
	Handl.planer	74,2	24,8	16,5	13,8	90,7	21,7
	Rådgivn., h.tjen.	48	16	16,1	13,5	64,1	15,3
	Øvrige forv.oppgaver	79,3	26,5	33,1	27,8	112,4	26,9
	Annet	5,3	1,8	7,6	6,4	12,9	3,1
	Samlet	299	100	119,2	100	418,4	100

Kilde: Innhenting av informasjon om ressursbruk i tilsynsetaten, september 2000, Helge Høifødt

I september 2001 laget administrasjonsavdelingen i Helsetilsynet, ved Helge Høifødt, en oversikt over ressursbruken til etatens ulike oppgaver.

Den oversikten sier noe om etatens identitet og gir noen premisser for organiseringen av etaten, selv om tallene er litt usikre.

Som vi ser, var det noe over 400 årsverk i etaten i 2001. Av disse hadde fylkeslegene 299, altså 71,5 prosent. Den lokale del av etaten dominerte altså. Etaten var imidlertid ikke primært en tilsynsetat.

Tilsynsvirksomheten samlet la ikke beslag på mer enn knapt 28 prosent av årsverkene. De fleste årsverk ble lagt ned i aktiviteter departementet hadde bestilt. Handlingsplanene la beslag på nesten 91 årsverk og «øvrige forvaltningsoppgaver» mer enn 112 årsverk, altså tilsammen knapt 49 prosent. I tillegg kom at rådgivning til helsetjenesten (altså utad og nedad) la beslag på 64,1 årsverk. Det var fra denne «porteføljen» direktoratet «forsynte» seg. Ser vi på tilsynsaktivitetene spesielt, ser vi at den største var den mest defensive, altså klagesaksbehandlingen. Den tok 56,5 prosent av tilsynsårsverkene. Det er interessant at rådgivningen overfor departementet og andre sentrale organer var av lite omfang. Den beslagla bare vel tre prosent av årsverkene. Rådgivningen overfor departementet alene stod for bare halvparten av den sentrale rådgivningen. Helsetilsynet var ikke lenger et viktig strategisk organ. Det var blitt et redskap for departementet. Der er en del variasjoner i fylkeslegenes aktivitetsbilde, men den skal vi ikke gå nærmere inn på her.

Organiseringen av det «nye» Helsetilsynet

Arbeidet med å skape Helsetilsynets nye organisasjon startet for alvor vinteren 2001 med nedsettelsen av den partssammensatte gruppen (med fem fra ledelsen og fem fra organisasjonene), fra august kalt prosjektgruppen. Gruppens leder ble helsedirektør Lars Hanssen. Det ble arbeidet kontinuerlig med organisasjonsspørsmålet gjennom våren, sommeren og høsten. Arbeidet skjedde ikke bare i gruppen, som etter hvert (mai/juni) fikk bistand av Helsetilsynets «gamle» konsulent, Terje Haugli Nilsen. Det var en bred diskusjon i staben i Helsetilsynet.

I løpet av de første høstmånedene hadde bildet av den nye organisasjon begynt å bli klart. Den skulle formelt avgjøres i prosjektgruppe 3 og så oversendes den overordnede styringsgruppen. Det skjedde den 10.

november 2001.³⁷³ Men helt inntil det siste var det diskusjon om planen for et tredelt helsetilsyn. Så sent som den 8. november skrev således en av lederne, Jo Kittelsen, i et brev til Lars Hanssen om sine motforestillinger. Hun mente at den første avdelingen, som skulle bli en avdeling for å behandle enkeltsaker, ville samle alle jurister og bli dominerende.³⁷⁴ Hun mente det også var uklart hva de tverrgående gruppene skulle fungere: Ville de nesten bli egne organisasjoner eller hva? Nok en fra ledelsen, Anne Wyller Shetelig, hadde de samme innvendingene (e-post 9.11.).

Den 8. november var det allmannamøte om organisasjonsspørsmålet. Til dette møtet la Lars Hanssen frem et notat der den nye organisasjonen ble beskrevet på en autoritativ måte. Den gamle ble nå beskrevet som utdatert. Den nye var moderne og skulle i stor grad reflektere implikasjonene av tilsynsutviklingen i Helsetilsynet siden 1995. Den ene skulle, grovt sagt, være et svar på utviklingen av internkontrolltilsynet og systemrevisjonen, den annen et svar på utviklingen av individtilsynet, etter hvert hendelsestilsynet. I tillegg kom da, nærmest som en selvfølge, administrasjonsavdelingens avlegger, avdelingen for fellessaker.

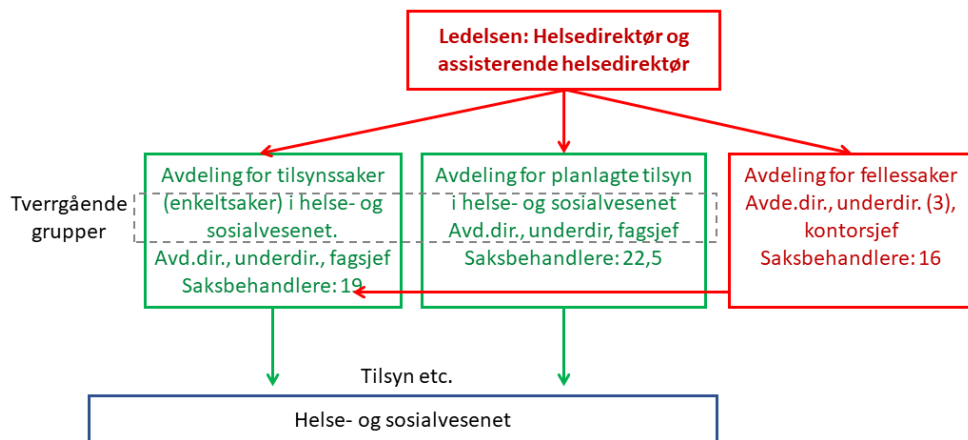
Som vi har sett var ikke Helsetilsynet nå først og fremst en tilsynsvirksomhet, den fortsatte med attraktive direktoratsoppgaver, nå kalt rådgivning, regelverksutvikling etc. I tillegg fortsatte den med mindre gloriøse (rest)forvaltningssaker, som å hjelpe departementet med handlingsplaner o.l. Disse ble nå fordelt til de to nye fagavdelingene. De ble delvis fordelt slik at det skulle bli en slags tyngdebalanse mellom de to avdelingene. De statliggjorte sykehusene ble, uten at det var opplagt at de burde bli det, avdelings tos ansvar. Også sosialtilsynet skulle havne her, fra 2003.

I figur 12.1. er det nye organisasjonskartet, satt opp på vår måte, gjengitt. Som det fremgår, har vi satt opp avdeling 3 som en tverrgående avdeling. Den ikke bare betjener resten av Helsetilsynet, den administrerer, og delvis leder, det også. Som vi har påpekt i bindene 1 og 2 kunne den for så

³⁷³ *Sluttrapport fra Delprosjekt 3, Omorganisering av Statens helsetilsyn.* Avgitt til styringsgruppen 10. desember 2001.

³⁷⁴ *Huskeliste LHA allmøte den 9. november 2001*, notat til Lars Hanssen fra Jo Kittelsen, 8.11.2001.

vidt godt være plassert som en stabsavdeling for ledelsen. Det er med andre ord misvisende å kalle avdelingen en avdeling for fellestjenester. Den er også det, men den er altså også en administrerende (og styrende) avdeling.



Figur 12.1: Helsetilsynets nye organisasjonskart, november 2001.

Det tidligere Helsetilsynet var, når vi ser bort fra administrasjonsavdelingen, basert på prinsippene om klienter (primærhelsetjenesteavdelingen og spesialisthelsetjenesteavdelingen), faglighet (helserettsavdelingen) og (delvis) oppgave (den samfunnsmedisinske avdeling). Den var slik fylt av spenninger av flere slag. Det nye Helsetilsynet var, særlig, organisert med utgangspunkt i oppgaver – to typer tilsynsoppgaver. Litt for stiliserende kan vi si at den første avdelingen var basert på «akutte» tilsynsoppgaver, den annen på «elektive» og preventive tilsynsoppgaver. I praksis er det vanskelig å være prinsippensidig. Den komplekse virkeligheten presser seg på, med andre prinsipper. Disse skal det altså taes hensyn til ved at det opprettes tverrgående grupper, for eksempel for tilsyn med sykehusforetagene, for såkalt overordnet faglig tilsyn og i noen grad for sosialtilsynet.

Under det forrige regime spilte organisering etter klientprinsippet en viktig rolle. Legge man dette prinsipp til grunn får man et mer direkte og nært, ja, *helhetlig*, forhold mellom forvaltningsorgan (tilsyn) og «klient» (tjenestegren). At dette prinsipp nå ble forlatt henger ikke minst sammen

med at Helsetilsynet ikke lenger var et bredt direktorat, som avveiet ulike måter å forvalte på mot hverandre, men et mer spesialisert (oppgaveorientert), og «ensidig» tilsyn. Slik sett var det naturlig for Helsetilsynet å forlate den klientbaserte måten å organisere seg på. Siden Helsetilsynet ikke kunne se helt bort fra de andre organiseringsprinsippene ble det altså laget tverrgående grupper. Å lage slike grupper for de «nye» sykehusene, og enda mer for sosialvesenet var vanskeligere. Spesielt var det vanskelig for sosialvesenet (fra 2003). Det ble enda verre da Helsetilsynet i 2010 ble overordnet tilsynsmyndighet for barnevern, og for tjenester etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Det hører med til dette utviklingsbildet at Helsetilsynet samme år fikk tilsynsansvar også for personell knyttet til forsvarets utenlandsoperasjoner og i 2022 for enslige, mindreårige barn i asylmottagelser. Det hører med til det «ekspansive» bildet at Helsetilsynet i 2009 også ble ansvarlig for tilsyn med helseforskningen (loven).

Det er ikke så underlig at den oppgavespesialiserte, helsepregede, organisasjonen kom under økende press. Helsetilsynet ble i 2013 igjen i stor grad organisert etter klientprinsippet. Helsetilsynet ble nå organisert i fem avdelinger, tre basert på klientprinsippet: avdeling for barnevern og sosiale tjenester, avdeling for kommunale helse- og omsorgstjenester og avdeling for spesialisthelsetjenester. I tillegg kom den mer oppgavebaserte «undersøkelsesenheten» og den administrative avdeling. Det hører med til det nye bilde at det ble tatt hensyn til styringsfaglighet: Helsetilsynet fikk, på stabsnivå, en juridisk direktør.

Det som skjedde i forbindelse med omorganiseringen (2002–2003) var altså også et viktig identitetsskifte. Det medisinske pregede Helsedirektoratet ble først til et oppgavepreget tilsyn og så til et stadig bredere velferdstilsyn. Det beholdt dog, underlig nok, sitt «gamle» (1994) navn, Helsetilsynet. Det fortsatte også å ha leger som direktører (tittelen helsedirektør forsvant i 2003): Lars Hanssen til 2012, Jan Fredrik Andresen til 2023 og Heidi Merete Rudi (kst.) til 2024.

Den 16. november sendte administrasjonsavdelingen et notat til ledermøtet om hvordan det nye Helsetilsynet kunne profilere seg.³⁷⁵ De «andre» vil

³⁷⁵ Sak nr. 2001/913 – 20.

sikkert drive aktiv markedsføring av seg selv. Vi kan ikke være dårligere, het det i brevet. Litt defensivt føyet forfatteren (Helge Høifødt), til:

«Det verste som kan komme ut av de første månedene profileringsmessig er vel at vi fremstår som ribbet for roller som tjenestene oppfatter at de har nytte og glede av. Arbeidsdelingen mot direktoratet vil være et viktig element i budskapet».

Men helt ribbet for oppgaver var jo ikke Helsetilsynet. Det fikk, som vi har nevnt, endog en stor ny oppgave, sosialtilsynet (og siden enda mer på den «sosiale» siden). Helsetilsynet ønsket ikke egentlig oppgaven varmt velkommen. Den var i stor grad svært annerledes enn helsetilsyn. Sosialvesenet, gjenstanden for tilsynet, var heterogent, hadde mange «tunge» klienter og manglet sterke profesjoner. Sosialarbeidet skjedde i hovedsak lokalt, i betydelig grad lokalt. Det private innslaget var betydelig. Sentralt manglet sosialvesenet et velutviklet fagmiljø. Miljøet var forankret i departementet, men var ledet av personer med tradisjonell akademisk bakgrunn. Skulle Helsetilsynet ikke bare overta tilsynet med sosialvesenet, men få det opp på et godt nivå krevdes altså betydelige ressurser. En del av disse ressursene måtte komme i 2002, mente Helsetilsynet. Helsetilsynet antydte at det kunne trenge 20 nye årsverk. Det trengte i tillegg midler til «kompetanseoppbygging og andre harmoniseringstiltak overfor lokal stat» (s. 4–5).³⁷⁶

Som vi kort har nevnt var plasseringen av ansvaret for koordineringen av kodeverk og klassifikasjon på sosial- og helseområdet også et «stridsemne». Først var det tale om å legge kodeverksarbeidet til Folkehelseinstituttet, men også det endte til slutt i direktoratet. Helsetilsynet mistet nå ansvaret for det lille det hadde ansvar for på kodeverksområdet, diagnoseklassifikasjonen (ICD-10). Men for så vidt var det ikke så underlig at kodeverksarbeidet endte i direktoratet. Dette arbeidet databaserte jo etter hvert ikke bare helsefagligheten, men også

³⁷⁶ *Utvidelse av Statens helsetilsyns oppgaver til å omfatte tilsyn etter lov om sosiale tjenester – konsekvenser for fordeling av ressurser.* Brev fra Helsetilsynet til Sosial- og helsedepartementet, 13. november 2001- Sak nr. 2001/913 1.

ressursbruken (kfr. DRG), og ville slik bli viktig for stadig mer av styringen av helse- og (delvis) sosialvesenet.³⁷⁷

Vi nevner kort at i et brev av 22. november fra Helsedirektøren til departementsråden anslåes det et Helsetilsynet trenger en tre-fire nye medarbeidere for å kunne håndtere tilsynet med helseforetagene.³⁷⁸

Vi nevner også at direktoratet og dets direktør ble utfordret fra forskerhold over beslutningen om å samle helsetjenesteforskningen i direktoratet. En forsker hadde fått Gunhild Øyangen (Ap) til å spørre helseministeren om hvorfor dette var gjort: Forskningen burde jo være uavhengig, også av «makten». Helseminister Høybråten hadde forståelse for forskernes bekymring og med det ble etter hvert beslutningen «modifisert».³⁷⁹

Etableringen av direktoratet skapte også praktiske og prosaiske utfordringer for Helsetilsynet og direktoratet. Det gjaldt for eksempel økonomi- og personalforvaltningen, saksfordelingen i arkivet, forværelses- og post- og budtjenesten, biblioteket, bruken av lokalene i Calmeyersgate 1 (nå også til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell), trykksaker med mere.³⁸⁰

Rådgivning: ambisiøs start, «puslete» oppfølging

Helsetilsynet skulle i 1994 først og fremst bli et tilsyn. Tilsynsprosjektet var et tydelig uttrykk for hva ambisjonene var. Det fremgikk imidlertid at tilsynslovens forarbeider at tilsynet skulle være ledsaget av råd og veiledning. Ettersom tilsynsprosjektet skred frem, ble betoningen av rådgivning styrket. Begrunnelsen var at tilsyn gav erfaringer som burde

³⁷⁷ Kfr. *Organisering av koordinering av kodeverk og klassifikasjoner på sosial- og helseområdet*, sakspapir til sak 3, møte i overordnet styringsgruppe 26.11.2001.

³⁷⁸ Sak nr. 2001/913 -6.

³⁷⁹ Kfr. Dok. Nr. 15:3, spørsmål nr. 28 fra Gunhild Øyangen (f. 1947) (14.11.2001) og svar fra helseminister Høybråten den 22.11.2001.

³⁸⁰ Det hele endte med en avtale mellom direktorat og tilsyn. Kfr. Helsetilsynets brev av 21.12.2001 til Prosjekt Sosial- og helsedirektoratet. Sak nr. 2001/913 – 25. Avtalen mellom direktorat og tilsyn var på seks sider (versjon 21.12.2001).

gies tilbake til helsevesenet. Det ville være sløsing med midler at tilsynsutøverne gjennomførte tilsyn, lærte en hel del, men holdt tilbake hva de hadde lært. I kvalitetsarbeidet, som nå fikk en viss innflytelse i tilsynsprosjektet, var det hovedpoeng at kvalitetsutvikling var systematisk, erfaringsbasert læring. Demings sirkel, og andre tilsvarende sirkler, forutsatte at de ble sluttet hvis læring skulle finne sted. For Helsetilsynet ble det nå særlig viktig at læringen, og dermed rådgivningen var knyttet til regelverksutviklingen. Noen ville konsentrere seg om tilsynet, men mot slutten av perioden vi ser på kom rådgivning til å spille en økende rolle for Helsetilsynets selvoppfatning. Tilsynet kunne ikke bli «rikt», og konsekvensrikt (lærende), med mindre det ble koblet med rådgivning.

Den 30.7.1999 vedtok derfor Helsedirektøren at Helsetilsynet skulle opprette et «rådgivningsprosjekt», som en parallell til tilsynsprosjektet. Det kom i gang den 1.11. 1999 og skulle gå til og med 2002. Siden ble sluttdato satt til (ut) 2003.³⁸¹ Prosjektet ble, som tilsynsprosjektet, forankret i avdeling for samfunnsmedisin. «Politisk» ble det forankret i Helsetilsynets handlingsplan for perioden 1997–2002. Det gav også inspirasjon at departementet brukte tilsynsetaten, men særlig fylkeslegene, til stadig flere rådgivningsoppdrag.

De som stod bak rådgivningsprosjektet var litt sent ute. Den store omorganiseringen førte til at også prosjektet måtte reorganiseres. Direktoratet skulle jo ha et hovedansvar for rådgivning (generelt) og prosjektmidlene ble derfor nå (2001) delt mellom direktorat og tilsyn. Prosjektet fikk i starten bare to stillinger.

Prosjektet fortsatte å være forankret i Helsetilsynet, avdeling to, også etter omorganiseringen i 2002, men med lunkent samarbeid med direktoratet. Det hadde imidlertid ikke ellers en fast organisering, med interesserte medarbeidere. Arbeidet gikk derfor sakte fremover (i 2002 og 2003). De to temaene som fikk mest oppmerksomhet var metode- og kompetanseutviklingen. Rådgivning som en distinkt aktivitet ble aldri «fanget» på en måte som slo an hverken i tilsyn eller direktorat. Møtene

³⁸¹ Kfr. *Prosjektplan for rådgivningsprosjektet*, 23.5.2000.

ble færre etter hvert. Vi skal derfor ikke gå nærmere inn på «rådgivningsprosjektet» her.³⁸²



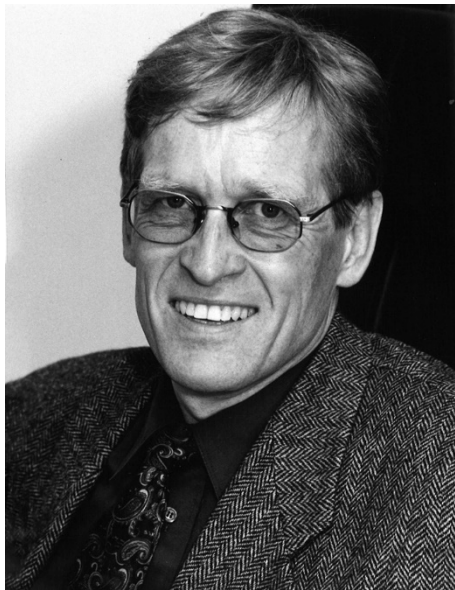
Det siste ledermøtet i Helsetilsynet før omorganiseringen i 2002, 19. desember 2001. Fra venstre: Ass. helsedirektør Geir Sverre Braut, helsedirektør Lars E. Hanssen, avd.dir. Anne Wyller Shetelig (avd. for samfunnsmedisin), avd.dir. Terje Jensen (administrasjonsavdelingen), avd.dir. Jørgen Holmboe (avd. for spesialisthelsetjenesten), avd.dir. Sylvi Storaas (klagesaksprosjektet/avd. 10), avd.dir. Hilde Jordal (helserettsavdelingen) og avd.dir. Ingrid Hauge Lundby (avd. for primærhelsetjenesten). Bak til venstre, informasjonssjef Knut Ihlen Tønsberg. Avdelingen for apotek og legemidler var (2001), da bildet ble tatt, flyttet til det organ som nå ble kalt Legemiddelverket. (Foto: Helsetilsynet)

Ledelsen i Helsetilsynet: en karakteristikk

Helsetilsynet hadde både en direktør og en assisterende direktør. Anne Alvik var en utpreget «innenriksminister». Hun fulgte godt med i «alt» som ble gjort, og kunne, som vi har nevnt, rette språket i manuskripter. Lars Hanssen ble gradvis mer og mer en utenriksminister. Han pleiet forvaltningen ellers, men også pressen. Begge deler gjorde han med elegance og vidd. Han vant slik respekt og fikk innflytelse. Anne Alvik

³⁸² Dette er ett av noen dokumenter som sier noe om rådgivningsprosjektet: *Styrende dokument – rådgivning. 2.5.2003.*

kunne være en bestemt og streng leder. Lars Hanssen forsøkte å unngå konflikter og oppstod de ville han helst ikke gå inn i dem. Han var en mild, diplomatisk og pragmatisk leder. Han praktiserte ikke «spaserende ledelse», men det skyldtes mer temperament enn hans fysiske handicap.



Lars Erik Folkvord Hanssen, f. 1949. Han ble cand. med. i 1973, dr. med i 1980 og er spesialist i indremedisin, gastroenterologi og endokrinologi. Etter turnustid etc., kom han etter hvert til Ullevål sykehus og så til Rikshospitalet. Han var sjeflege og professor ved Rikshospitalet fra 1992 til 1994, da han ble assisterende direktør ved Statens helsetilsyn. Han ble utnevnt til helsedirektør i 2001 og satt som det, men fra 2007 med tittelen direktør, til 2012. Fra 2012 til 2019 var han direktør for sekretariatet for

Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Under hans tid som direktør for Helsetilsynet ble tilsynsarbeidet utvidet til å omfatte også sosiale tjenester, barnevernstjenester, folkehelsearbeid, medisinsk og helsefaglig forskning og tilsyn med helsetjenester til militært personell i operasjoner i utlandet. I 1995 tok han Forsvarets høgskole og i 1999–2000 gikk han på Nato Defense College i Roma. Han har hatt mange verv i helse- og forskningsorganisasjoner i inn- og utland. I 2021 ble han utnevnt til Kommandør av Den kongelige Norske St. Olavs Orden. I løpet av sin direktørtid ble Hanssen en prominent norsk forvaltningsleder. (Foto: Rune Lislerud, Samfoto, 1996.)

Hanssens interne ledelse var gjerne skriftlig. Han skrev ikke lange notater, men fulgte, både sent og tidlig, opp sine medarbeidere pr. e-post. Han passet da gjerne på å føye til vennlig-takknemlige og nesten skrytende kommentarer. Lars Hanssen foretrakk å lede bekreftende mer enn

avkrefte, og fikk lederpris for det. Anne Alvik kunne være bestemt, både overfor fylkesleger og medarbeidere i Calmeyersgate, når hun syntes det trengtes.

Alvik og Hanssen fylte hverandre slik godt ut. La oss legge til at det også gjaldt faglig. Hun var samfunnsmedisiner, han spesialist og professor. Hun valgte ham særlig fordi han hadde bakgrunn fra spesialisthelsevesenet, men oppdaget etter hvert at de også passet sammen som ledertyper.

Hanssen skulle ha funnet en som var som Alvik da han selv skulle finne en assisterende helsedirektør. Han gjorde i noen grad det. Han fikk i 2000 fylkeslege i Vestfold, Bjørn-Inge Larsen som assisterende direktør. Han var en bestemt herre, både innad og utad, men hvordan de hadde passet sammen i lengden, er usikkert. Larsen var ikke av legning en typisk nr. to. Da direktoratstillingen ble aktuell, og det skjedde da den store reformutredningen startet, var det åpenbart at Larsen ikke var interessert i å fortsette som nr. to.



Geir Sverre Braut (f. 1955), c.m., var assisterende fylkeslege i Rogaland fra 1985 til 1994 og fylkeslege samme sted fra 1994 til 2001. Han ble konstituert ass. helsedirektør høsten 2001 og ass. helsedirektør fra våren 2002 til 2013. Siden 2013 har han vært seniorrådgiver i deltidsstilling i Helsetilsynet. I 2014 ble han professor i helsefag ved Høgskolen Stord/Haugesund (siden 2017 Høgskulen på Vestlandet).
(Foto: Helsetilsynet, 2005.)

Hanssen fikk da fylkeslege i Rogaland siden 1994, Geir Sverre Braut (f. 1955), som ny assisterende direktør. Han var riktignok

samfunnsmedisiner, som Alvik, men var som leder nokså forskjellig fra henne. Han var, som Hanssen mer utenriksminister enn innenriksminister. Ja, han var det i så stor grad at han ofte var borte fra Calmeyersgate. Han var imidlertid utenriksminister på en annen måte enn Hanssen. Hanssen var det som medie- og forvaltningsmann. Braut var det som samfunnsmedisinsk og nesten samfunnsvitenskapelig, akademiker. Han deltok lite i ledelsen av Helsetilsynet, men hvis han deltok var det på en vennlig og bekreftende måte. Slik lignet han på sin sjef. Men han var i praksis også forskjellig fra Hanssen som innenriksleder. Han likte seg særlig godt når han kunne forelese og fortelle for medarbeiderne. Men mens Hanssen var lavmælt, humoristisk-ironisk og «sekulær» kunne Braut nesten bli litt klerikal i formen. Det bidro til det at han har en malmtung stemme og taler nynorsk. De to fungerte i praksis godt sammen. Braut ble i Helsetilsynet så lenge Hanssen satt der, til 2012. Han fortsatte så som spesialrådgiver i deltidsstilling fra 2013. I 2014 ble han førstelektor II i helse- og tryggleiksfag ved Høgskolen Stord/Haugesund. I 2014 ble han professor i helsefag samme sted, fra 2017 kalt Høgskulen på Vestlandet. Akademikeren Braut var da endelig kommet «hjem».

13. Noen oppsummerende betraktninger: de lange linjer

Også forvaltningen er i stadig endring. Under Evang var helseforvaltningen i viktige henseender preget av legestyre. Det var nok et legestyre under en politisk-juridisk ramme, men i stor grad var det legene som satte tonen, og mer jo lenger ned i helsevesenet man kom. Men allerede fra Gerhardsens andre periode som statsminister, altså fra 1956, begynte det politiske press på Evangs medikrati å bli påfallende. Gerhardsen ville «modernisere» også helsevesenet og satte i 1956 inn Gudmund Harlem som sosialminister. Han fikk rollen med å «temme» Evang. Han lyktes bare delvis, men Evang følte seg i sine siste år nokså mye på defensiven. Han skjønnte at han bestyrte et «regime foran undergangen», for å sitere historikeren Jens Arup Seip (1905–1992).³⁸³

Evangs etterfølger, Torbjørn Mork, skulle lede overgangen fra medikrati til et styre der politikerne hadde det første og siste ord, og moderne forvaltere, økonomer og jurister, skulle fylle det som var imellom. Mork viste seg imidlertid, etter noen år, å være ytterst skeptisk til politikernes og mange moderne byråkraters planer. Han overtok, og forsøkte å føre videre, så mye som mulig av Evangs verk. Regjeringen startet sitt reformarbeid, eller «politiske angrep» på medikratiet, i 1972–73 (Arbeiderpartiet). Først var det et desentraliserende angrep. Primærhelsevesenet, før ledet av distriktslegen, ble lagt under kommunalpolitisk styre og sykehusene under fylkespolitisk styre. Fra høsten 1983, under regjeringen Willoch, ble også den gamle toppen i det medikratiske system dekapitert: Toppen i medikratiet, Helsedirektoratet, ble delt og den delen som ble hetende helsedirektorat ble plassert utenfor departementet og mistet mye av sin strategiske rolle. Helsedirektør Mork var ikke blid og gjorde det han kunne for å forsinke avmedikratiseringen av helsevesenet og spesielt dets styringsorganer.

³⁸³ Jens Arup Seip, *Et regime foran undergangen*. Oslo: Gyldendal, 1965.

Etter hvert oppstod det en liten krig mellom Mork og direktoratet på den ene side og departementsråd Jon Ola Norbom og departementet på den annen side. «Krigen» ble så «varm» at både departement og statsråd ville legge ned direktoratet (1992). Regjeringen var en mindretallsregjering, så det gikk ikke, men det svekkede direktoratet måtte finne seg i å leve videre som et helsetilsyn (1994), med nokså innsnevret resort.

I den perioden vi nå skriver om ble dette restdirektorat mer og mer et rent tilsynsorgan. Det skyldtes delvis at Morks etterfølger, Anne Alvik, og hennes kolleger i Helsetilsynet ville det slik. De ble ivrige tilsynsbyggere, også slik at de begynte å ergre seg over en del av de forvaltningsoppgaver de ble sittende igjen med. De satte i gang et større tilsynsprosjekt (1995) og rustet seg slik også opp teoretisk for å kunne bli et renere tilsyn. På ett vis ble Helsetilsynet oppmuntret av departementet til å forfølge tilsynssporet. Departementet oppmuntret Helsetilsynet ikke minst fordi staten generelt nå hadde startet, og førte videre, en omfattende, målbasert etatsstyringsoffensiv. Det var lettere å drive målstyring som spesialisert tilsynsorgan enn som et kombinert tilsyn og direktorat. Men slik drev Helsetilsynet seg lenger og lenger bort fra det offensive direktorat det hadde vært.

Departementet var ikke bare tilfreds med Helsetilsynets tilsynsutvikling. Det gjorde at det mistet et viktig utøvende forvaltningsorgan. Å ha et slikt organ, altså egentlig et «normalt» direktorat, var viktig for departementet. Departementet hadde en del slike organer, ja, mange etter at alle nivå to-organer i 1994 havnet rett under departementet, men ingen av dem hadde det gamle direktoratets strategiske «instinkter». De andre, små organene ville også helst være litt «i fred». De ville ikke være redskaper for departementet.

Den reorganiseringsoffensiv som kom i gang i 2000 var et svar på departementets frustrasjoner. Det måtte ha et stort, strategisk forvaltningsorgan. Egentlig ville departementet ha tilbake Helsedirektoratet, men et mer «villig» direktorat enn det hadde hatt. Men å kjøre Helsetilsynet «i revers» var nå blitt umulig. Helsetilsynet var blitt for gjennomsyret av tilsynskulturen. I noen grad ville jo det å «snu» helsetilsynet igjen vært utfordrende overfor Stortinget. 1992 var ennå ikke blitt fjern historie.

Mer kom antagelig til: Under «forvaltningskrigen» (frem mot 1992) hadde store deler av embedsverket i departementet fått Mork, og delvis Alvik og Helsetilsynet litt i halsen. De så på disse som illojale overfor sine foresatte. De følte derfor liten tilbøyelighet til å ta initiativ til å bygge opp Helsetilsynet som direktorat igjen. Ja, tanken på å gjøre det slo dem ikke engang.

Det var imidlertid et stort direktorat, et ekte, og eneste, nivå to-organ, departementet trengte. Det var inntil 1999 ingen i departementet som hadde noe ønske om å bygge opp et slikt organ. Ja, de våget knapt nok tenke tanken om å forsøke å gjøre det. De nøyde seg med å klage litt på etatsstyringsmøter. Det var da Anne Kari Lande Hasle, en «elev» av Tormod Hermansen, og en selvbevisst og handlekraftig forvaltningsstrateg kom som departementsråd, at departementet fikk en sjef som kunne ta konsekvensen av de tanker som lå i tiden, og nesten i departementet. Vidar Steine, Tore Tønne og snart også Jens Stoltenberg, var menn som skulle legitimere og snart også muligjøre en reformoffensiv.

Den reformen som så kom, og ble satt i verk fra 2002, var først og fremst en reform for å styrke helsestatens styringsevne. En del av reformen var å slå mindre organer sammen, men essensen i reformen var å gjenopprette, eller nyopprette, Helsedirektoratet som et offensivt, men lojalt redskap for dem som skulle styre, politikerne.

Det passet at den gamle tilsynsmannen Bjørn-Inge Larsen nå var tilgjengelig for det nye direktoratet. Han var, og er, strateg av natur. Han var, og er, handlekraftig, ja, rastløst handlekraftig. Det nye direktoratet passet ham langt bedre enn den «defensive» tilsynsetaten han kom fra. Han var Anne Kari Lande Hasles mann. Hun så straks det.

Helsetilsynet måtte nå fortsette som en litt fjern sideforlengelse av det gamle Helsedirektoratet. Helsetilsynet hadde imidlertid nå også funnet, og utviklet sin nye identitet, sin tilsynsidentitet. Det gjorde imidlertid ikke det som et rent helsetilsyn. Det begynte å utvikle seg til siden, i første rekke i sosial retning. Som vi har sett, siden skulle det finne nye utviklingsområder, som forskning og forsvar.

Dette skjedde i første omgang ikke etter initiativ fra Helsetilsynet. Det var departementet som ønsket å bruke Helsetilsynet over et bredere felt, og i dette tilfelle et felt departementet strevde må å få ordentlig tak på. Lars

Hanssen grep disse mulighetene med glede, og utviklet aktivt de muligheter de representerte. Han var selv en sosialt, endog sosialdemokratisk, orientert lege, så ekspansjonen til siden – mot de «svake» – appellerte til ham. Han gjorde imidlertid etter hvert mere; han tok kontakt med andre tilsynsetater, ikke minst Mattilsynet og ble en aktiv deltager i tilsynsdirektørgruppen. Også Riksadvokaten ble slik etter hvert en del av hans forvaltningsmiljø. Ja, flere av disse direktørene og forvaltningslederne ble hans venner.

Hanssen ble slik i praksis også en forvaltningsstrateg. Han ble det imidlertid mer gjennom diplomati enn strategisk politisering, mer gjennom underfundighet og smil enn gjennom offensive utspill.

Hadde Evang kunnet se hva som skjedde med (resten av) hans direktorat, ville han nok blitt forskrekket.

Det som skjedde med Helsetilsynet var viktig også fordi det var en del av en viktig utvikling i statsforvaltningen, opprettelsen av spesialiserte tilsynsorganer. Staten ble i en del henseender en tilsynsstat, en kontroll- og passe-på-stat. Tendensen var nå, rundt årtusenskiftet, blitt så tydelig at statens konsulentbedrift, Statskonsult, fattet interesse for den. På oppdrag fra forvaltningsdepartementet, altså Arbeids- og administrasjonsdepartementet, ble Statskonsult bedt om å se nærmere, og kritisk, på tilsynsekspsjonen. Statskonsult tok oppdraget og kunne konstatere at landet nå, rundt årtusenskiftet, satt med 52 tilsyn (og organer med tilsynsoppgaver), basert på et oppsplittet regelverk, tildels motstridende mål, «for» smale ansvarsområder og ulike organisasjonsmodeller (sentralt som lokalt).³⁸⁴ Statskonsults råd var selvfølgelig å standardisere for eksempel lovgivning og organisering. Statskonsult konstaterte at slikt arbeid var i gang, for eksempel innen helse- miljø- og sikkerhetsområdet. Helsetilsynet var imidlertid ikke nå med i dette samarbeidet. Dette samarbeidet var nokså ensidig og opptatt av miljørettet forebygging.³⁸⁵

³⁸⁴ *Organisering av statlig tilsyn i Norge*, Statskonsult, notat 2000:8.

³⁸⁵ At Helsetilsynet ble stående utenfor dette samarbeidet reflekterer også det forhold at det fant det unaturlig å samarbeide med HMS-etatene om internkontrollforskriften.

Statskonsult var opptatt av at tilsynsutviklingen ble vurdert ut fra et nyttesynspunkt: Hvor stor utbytte gav tilsynsvirksomheten i forhold til hvor mye den kostet? Helsetilsynet, som andre tilsyn, var opptatt av å holde budsjettene, men stilte ikke spørsmål ved nytten (utbytte etter mål, delt på ressursbruken) av tilsynet. Som vi har påpekt var Helsetilsynet slik i praksis mest opptatt av å maksimere de offisielle helse- og utjevningsmål. For det formål ble det også opptatt av å forsøke å få stadig «mer» ressurser. Overfor departementet ble det slik et utgiftsdrivende organ, eller, som det selv foretrakk å si, et «pådriverorgan». Dette endret seg ikke etter etableringen av det videre Helsetilsynet fra 2003. Som vi har nevnt før, Helsetilsynet var ikke opptatt av å måle *utbyttet* av sin virksomhet heller. Det er vanskelig, og nesten umulig. Et uttrykk for det er at Lars Hanssen utad i samfunnet og overfor helsevesenets etater var opptatt av at institusjonene måtte bli flinkere til å lære av det tilsyn Helsetilsynet drev. Som «pådriver» ble han forøvrig ofte nesten moraliserende. Han syntes helsepersonell lærte sent.

14. Kilder

Hovedkilden til dette arbeidet har vært dokumentarisk materiale. Da både nær- og fjernarkivet i Helsetilsynet i regi av Iron Mountain ble flyttet fra høsten 2017 ble det tungvint å få tilgang på dokumentene. Jeg fikk kopiert mye av en del av materialet før flyttingen, men langt fra alt. Helge Høifødts og Lars Hanssens private arkiver kom meg imidlertid til hjelp.

Jeg har på grunn av arkivflyttingen i stor grad måttet bruke saksnummer (istedenfor kassett/boksnummer) som referansegrunnlag.

Jeg har intervjuet folk om Helsetilsynets virksomhet siden 2008. De fleste lange, personlige intervjuer fant sted i årene fra 2008 og frem til 2011. Også de siste årene har jeg hatt en del slike intervjuer.

Jeg har også hatt kontakt med aktuelle personer over telefon og pr. e-post og sms.

Intervjuer har jeg hatt med disse personene:

Anne Alvik, fra 2008 til høsten 2023; mange og lange intervjuer.

Helge Høifødt (mange, fra 2018 til 2024, pluss e-poster)

Heidi Rudi (2) (2011)

Gorm Grammeltvedt (4) (2009)

Richard H Knoff (1) (2009)

Andreas Disen (1, pluss telefon)

Lars Hanssen (mange, fra 2008-09 til 2017 og 2020, pluss e-post)

Geir Sverre Braut (1, 2009, siden endel e-postkontakt)

Magnar Kleppe

Helga Arianson

Anne Berit Gunbjørud (2009)

15. Litteraturliste

Alvik, Anne, *Min side av saken*, Oslo: Unipub, 2010.

Beck, Ulrich, *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1986. Engelsk utgave 1992.

Berg, Ole, *Spesialisering og profesjonalisering*, del 1 og 2. Rapport fra Helsetilsynet 8/2009 og 7/2020. Statens helsetilsyn, 2009 og 2020.

Christensen, Clayton M. , *The Innovator's Dilemma: When New Technologies Cause Great Firms to Fail*, Boston, MA: Harvard Business School Press, 1997.

Christie, Werner, *Politikk og fag på samme lag. En bok om planlegging i kommunehelsetjenesten*, Oslo: TANO, 1988.

Coile, R. C. , «Managed cooperation, not competition: a proposal for implementing national health reform», i *Frontiers of Health Services Management*, b. 10, nr. 3, 1994, s. 3–28.

Deming, W. E. , *Out of the Crisis*, Cambridge, MA; MIT Press, 1986.

Den nye staten – program for fornyelse av statsforvaltningen, Kgl. res. av 22. mai 1987, særskilt vedlegg til St. meld. nr. 4 (1987–88), *Perspektiver og reformer i den økonomiske politikken*.

Devold, Ola M. , *Revidert Arkivplan 2007-2008 – godkjenning*.

Dokument nr. 1 (1997–98), Riksrevisjonen.

Enthoven, Alan C. , «Managed Competition: An Agenda for Action», *Health Affairs*, b. 7, nr. 3, 1988, s. 25–47.

Espeli, Harald og Nilsen, Yngve, *Riksrevisjonens historie 1816–2016*, Bergen: Fagbokforlaget, 2016.

Giddens, Anthony, *The Third Way. The Renewal of Social Democracy*, Cambridge: Polity, 1998.

Graver, Hans Petter, *Det statlige helsetilsyns tilsynsfunksjon. Hva sier loven?* Notat, Universitetet i Oslo, Senter for europarett, 27. juli 1994.

Grønlie, Tore og Flo, Yngve, *Sentraladministrasjonens historie etter 1945. Den nye staten? Tiden etter 1980*, Bergen: Fagbokforlaget, 2009.

Habermas Jürgen, *Theorie des kommunikativen Handelns*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1981.

Halvorsen, Marit, *Rettslig grunnlag for medisinsk behandling*, Oslo: Universitetsforlaget, 1998.

Helgesen, Sture Berg, *Aktivitetmåling og atferdskontroll. En studie av mål- og resultatstyring gjennom Økonomiregelverket for staten*, Bergen: LOS-senteret, Rapport 102.

Jensen, Synnøve, *Fylkesmannen – med framtida i sine hender? En analyse av forholdet mellom fylkesmann og kommuner etter reformene i lokalforvaltninga*, KS-Rapport nr. 5, ISV, Universitetet i Tromsø, 1982. (file://platon.uio.no/med-helsam-u1/oberg/pc/Downloads/thesis.pdf)

Lasswell, Harold D. , *Politics: Who Gets What, When, How?* New York, NY, Whittlesey House, 1936.

Lutnæs-utvalget, *Arbeidsgruppe for gjennomføring av fylkeslegemøtene*, rapport juli 1999.

Lutnæs, Trond og Molven, Olav, *Evaluering av klagesaksprosjektet*, Oslo 10.5.2001.

«Modernising Government». Tony Blairs moderniseringsplan (mars 1999):

<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20131205101137/http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4310/4310.htm>.

Molven, Olav, *Klagesaksprosjektet, Sluttrapport*, Statens helsetilsyn, 8.1.1997.

Molven, Olav, *Klagesaksprosjektet fase 2 – sluttrapport*, Statens helsetilsyn 30.4.1998.

Nilsen, Terje Haugli, *Helsetilsynet – Evaluering av omorganiseringen av Statens helsetilsyn*, Haugli Nilsen – evaluering og rådgivning, Fredrikstad 29.1.1996.

Nordby, Trond, *Karl Evang – en biografi*. Oslo: Aschehoug, 1989.

NOU 1974: 53, *Mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen*.

NOU 1984: 23, *Produktivitetsfremmende reformer i statens budsjettssystem*.

NOU 1989: 5, *En bedre organisert stat*.

NOU 1997: 2, *Pasienten først!*

NOU 2000: 22, *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune.*

Omorganisering av den statlige helseforvaltning. Arbeids- og myndighetsfordeling mellom Sosialdepartementet, Statens helsetilsyn og fylkeslegene, rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Sosialdepartementet, levert den 18. mars 1993.

Omorganisering av Statens helsetilsyn, Rapport fra en partssammensatt gruppe, 18. februar 1994.

Organisering av statlig tilsyn i Norge, Statskonsult, notat 2000:8.

Ottesen, Stig, *Må jeg dø i smerte? Pasientens lidelse – legens valg*, Oslo: Aschehoug 2002.

Power, Michael, *The Audit Society, Rituals of Verification*, Oxford: Oxford University Press, 1997.

Riksrevisjonen, Dokument nr. 3:3 (1999–2000), *Riksrevisjonens undersøkelse av klagesaksbehandlingen i Statens helsetilsyn og ved fylkeslegekontorene*.

Raa, Atle, *Fra instrumentell rasjonalitet til tvetydighet. En analyse av utviklingen av Statskonsults tilnærming til standarden Mål- og resultatstyring (MRS) 1987–2004*, Oslo: Handelshøyskolen BI, doktoravhandling, 2011.

Schumpeter, Joseph A. , *Capitalism, Socialism and Democracy*, London: Routledge, 1942.

Sejersted, Fredrik, *Kontroll og konstitusjon. Statsrettslige studier av Stortingets kontrollvirksomhet*, Oslo: Cappelen, 2002.

Simon, Herbert A. , *Administrative Behavior*, New York, NY: The Macmillan Co., 1947.

Simon, Herbert A., *The Sciences of the Artificial*, Cambridge, MA: The MIT aPress, 1970.

Skogerbø, Eli, «Fra Televerket til Telenor», i Øyvind Østerud og Bent Sofus Tranøy, red., *Den fragmenterte staten. Reform, makt og styring*. Oslo: Gyldendal, 2001, kap. 12.

Sosial- og helsedepartementet, *Videreutvikling av mål- og resultatstyring av Sosial- og helsedepartementets underliggende etater*, januar 1996.

Statens helsetilsyn og fylkeslegene, *Handlingsplan 1999–2001*. IK-2684 (1999).

Statskonsult Rapport 1994: 8, *Tildelingsbrevene som styringsverktøy*.

Stillingsstrukturen ved fylkeslegekontorene, innstilling fra arbeidsgruppen for stillingsstrukturen ved fylkeslegekontorene, november 1994.

St.meld. nr. 41 (1987–88), *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*.

St.meld. nr. 35 (1991–92), *Om statens forvaltnings- og personalpolitikk*.

St.meld. nr. 50 (1993–94), *Samarbeid og styring*.

St.meld. nr. 31 (2000–2001), *Kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling*; Innst. S. nr. 307 (2000–2001) (om stortingsmeldingen).

St.prp. nr. 52 (1984–85), *Om reformer i statens budsjettssystem og endringer i Bevilgningsreglementet*.

Teisberg, Tale, *Omstrukturering av fylkeslegeetaten 1992 – en analyse av en reorganiseringsprosess*. Hovedoppgave i statsvitenskap, Universitetet i Oslo, 1994.

Tranøy, Bent Sofus, «Norges Bank – variasjoner i makt og koordineringsevne», i Øyvind Østerud og Bent Sofus Tranøy, red., *Den fragmenterte staten. Reform, makt og styring*, Oslo: Gyldendal, 2001, kap. 7.

Øgar, Petter, *Saksbehandlingen i Bærumsaken*. Rapport utarbeidet av konstituert helsedirektør Petter Øgar, Statens helsetilsyn, Oslo 27.4.2000.

Walton, Mary M., *Deming Management at Work*, New York, NY: G. P. Putnam's Sons, 1990.

16. Navneregister

A

Alvheim, John 320; 330; 336
 Alvik, Anne .6; 8; 25; 28; 29; 31; 32; 48; 65;
 81; 96; 116; 117; 133; 134; 136; 137;
 144; 145; 146; 147; 148; 151; 158; 159;
 160; 163; 166; 167; 168; 169; 170; 177;
 178; 179; 180; 181; 182; 183; 184; 185;
 186; 187; 188; 189; 190; 191; 192; 193;
 194; 209; 247; 265; 285; 286; 287; 305;
 309; 313; 320; 321; 325; 326; 327; 329;
 330; 332; 333; 335; 336; 337; 338; 342;
 343; 344; 345; 348; 349; 352; 393; 395;
 396; 398; 399; 402; 403; 413; 414; 415;
 417; 420
 Alvik, Ivar 178; 180
 Andenæs, Johs. 197
 Andresen, Jan Fredrik. 8; 126; 141; 142; 389
 Andrew, Marit 33
 Anmarkrud, Arne..... 138
 Arianson, Helga..... 116; 402
 Aspås, Jon-Olav..... 367

B

Bachelet, Michelle..... 44
 Ballo, Olav Gunnar..... 321; 322; 352
 Balsvik, Per-Dagfinn 116
 Bastesen, Steinar 366
 Beck, Ulrich..... 42; 403
 Beck-Friis, Barbro 319
 Berentsen, Sigbjørn 322; 323; 325
 Berg, Ole 403
 Bjartveit, Kjell 182
 Bjerkomp, Kaare 129
 Bjørnson, Jon..... 157
 Blair, Tony 41; 44; 404
 Bodd, Egil..... 291
 Bolund, Christina..... 322; 323
 Bondevik, Kjell Magne..... 356
 Brattebø, Guttorm..... 294
 Braut, Geir Sverre..... 6; 115; 148; 260; 393;
 395; 396; 402
 Breivik, Harald 336

Brenden, Oddvar..... 312
 Brofoss, Erik..... 197; 198
 Brundtland, Gro Harlem 13; 15; 186
 Brynestad, Atle 368
 Braaten, Magne..... 6
 Busch, Tor-Aksel..... 348

C

Christensen, Clayton M. 58; 198; 403
 Christensen, Steinar Winther .291; 292; 296;
 297
 Christie, Werner.....26; 27; 28; 64; 74; 183;
 190; 217; 403
 Clinton, Bill 44
 Coile, R.C. 403
 Cordt-Hansen, Kristin..... 287; 314

D

Dahl, Sigurd R. 145; 232
 Dale, Ola..... 291; 294; 296; 301
 Davik, Tone 336
 Deming, Edwards ... 215; 216; 217; 392; 403
 Deming, W. Edwards..... 215
 Devold, Ola..... 6; 203; 403
 Disen, Andreas.81; 167; 184; 185; 327; 331;
 332; 335; 342; 402
 Dommerud, Tine..... 338
 Donabedian, Avedis..... 217
 Due-Tønnessen, Paulina 6
 Dørre, Jarl Borgvin 348

E

Edenbrandt, Carl-Magnus 309; 310; 311;
 312; 313; 314; 316; 318; 321; 322; 326;
 328; 334; 336; 340; 348; 349; 351; 353
 Eggen, Bjørn Magne 298
 Eidem, Bjarne Mørk 39; 40
 Elvik, Asbjørn..... 116
 Enthoven, Alan C..... 403

Erichsen, Eivind 197
 Ersdal, Gerd..... 117
 Eskerud, Jens 80; 81; 82
 Espeli, Harald 40; 403
 Evang, Karl 7; 12; 13; 15; 93; 122; 129; 133;
 134; 135; 136; 148; 154; 157; 158; 186;
 214; 331; 354; 397; 400; 412; 413; 416

F

Falch, Ingvald 304
 Flatø, Lars Erik..... 311
 Fleischer, Carl August 328
 Flo, Yngve 45; 403
 Fürst, Carl Johan..... 322; 323
 Førde, Reidun 336

G

Gerhardsen, Einar 13; 197; 397
 Gerhardsen, Tove Strand 61; 186
 Giddens, Anthony 44; 403
 Gjerde, Robert 318; 327; 328; 329; 330; 349
 Grammeltvedt, Gorm. 6; 262; 287; 297; 298;
 349; 374; 402
 Graver, Hans Petter 225; 230; 231; 403
 Grønlie, Tore 45; 403
 Gunbjørud, Anne Berit 6; 33; 116; 118; 355;
 378; 402
 Guterrez, Antonio 44

H

Habermas, Jürgen 28; 404
 Hafstad, Anne..... 319; 329
 Haga, Claus 351
 Haga, Per 36
 Hagberg, Lena 126
 Hagestad, Kristian 117
 Halvorsen, Marit..... 300; 404
 Hambro, Christian 35
 Hanssen, Lars E. 6; 8; 59; 122; 140; 144;
 146; 147; 156; 158; 159; 163; 187; 247;
 297; 314; 315; 319; 320; 325; 332; 333;
 351; 353; 365; 367; 370; 374; 376; 377;
 378; 380; 384; 385; 386; 387; 389; 393;

394; 395; 396; 400; 401; 402; 413; 414;
 415
 Harlem, Gudmund 13; 129; 186; 397
 Harris, Sam E..... 296
 Hasle, Anne Kari Lande..... 27; 35; 79; 167;
 185; 331; 332; 342; 343; 354; 355; 358;
 359; 365; 367; 368; 385; 399; 414; 420;
 421
 Hauge, Harald 14; 29; 80
 Haugli Nilsen, Terje..... 118; 119; 160; 161;
 164; 165; 172; 367; 369; 372; 386
 Haugsbø, Asbjørn 29; 116; 262
 Hegbom, Rolf 116
 Helgeland, Ingeborg Marie 6
 Helgesen, Sture Berg 36; 404
 Hellandsvik, Paul 33; 368
 Heløe, Leif Arne 182
 Herder, Odd 114; 117; 376; 377
 Hermansen, Tormod ... 35; 44; 167; 355; 399
 Hildrum, Eva 29
 Hindal, Svein 116
 Hjort, Peter F. 328; 329; 336
 Holmboe, Jørgen.... 142; 287; 297; 313; 314;
 316; 320; 327; 328; 329; 334; 346; 373;
 393
 Holo, Lars 344; 345
 Horn, Anne Marie 31; 126; 127
 Husabø, Erling Johannes..... 319
 Høifødt, Helge6; 53; 54; 111; 112; 118; 126;
 134; 135; 138; 139; 151; 152; 155; 199;
 210; 260; 362; 370; 372; 380; 385; 390;
 402
 Høvik, Finn..... 192
 Høybråten, Dagfinn 319; 320; 322; 328; 356;
 391

J

Jensen, Petter 294
 Jensen, Synnøve..... 121; 404
 Jensen, Terje ... 152; 156; 328; 373; 384; 393
 Jordal, Hilde... 126; 156; 223; 230; 232; 241;
 287; 288; 297; 298; 320; 376; 393
 Jøldal, Bjørn..... 158

K

Kalsnes, Hanna Karine 179
 Kittelsen, Jo 126; 233; 239; 362; 380; 387
 Kjelstrup, Trygve..... 337
 Kleppe, Magnar 174; 193; 223; 225; 226;
 230; 231; 232; 233; 236; 239; 241; 242;
 247; 258; 261; 263; 264; 284; 361; 362;
 365; 402; 418; 419
 Knapskog, Arne-Birger 116
 Knoff, Richard H..... 402
 Knudsen, Grete 26
 Kok, Willem 44
 Kromberg, Marit..... 138; 139; 142; 380
 Kveim, Svein Tore..... 116
 Kvåle, Reidar..... 338
 Kaasa, Stein... 314; 315; 316; 318; 319; 329;
 334; 336; 346

L

Langslet, Asbjørn 297
 Larsen, Bjørn-Inge. 115; 147; 357; 358; 359;
 360; 362; 365; 368; 374; 377; 378; 379;
 381; 384; 395; 399; 414
 Larsen, Øivind 134
 Larssen, Arne Victor 116
 Lasswell, Harold D. 51; 404
 Lien, Bjørn 76
 Lien, Odd H. 291
 Lindboe, Anne Wenche 260
 Linnestad, Paul 297
 Lislrud, Rune 394
 Lundby, Ingrid Hauge 393
 Lutnæs, Trond . 64; 110; 111; 113; 114; 288;
 289; 370; 404
 Lønning, Inge 329; 345; 352
 Løvrvik, Kari 353

M

Martinussen, Leonora 126; 127
 Mauritzen, Thomas 29
 Melsom, Haakon 139; 140; 142; 217
 Minsaas, Børge..... 223

Molven, Olav .254; 255; 256; 268; 269; 270;
 271; 272; 273; 274; 275; 276; 279; 280;
 285; 286; 288; 289; 404
 Mork, Torbjørn 8; 13; 14; 15; 29; 32; 77; 94;
 96; 118; 122; 129; 134; 135; 136; 157;
 158; 163; 166; 167; 169; 177; 178; 182;
 183; 184; 185; 186; 187; 209; 214; 222;
 305; 375; 397; 398; 399; 412; 413; 414;
 416; 417
 Morken, Johannes 344
 Munch-Søegaard, Knut... 129; 156; 158; 186
 Myrvoll, Ole 181
 Mørland, Jørg.. 338; 339; 340; 341; 349; 350

N

Nandrup, Edel..... 315
 Nilsen, Terje Hauglie..... 404
 Nilsen, Yngve 40; 403
 Nilsson, Krister 297
 Nissen, Friedrich Georg 197
 Norbom, Jon Ola..... 14; 25; 29; 32; 96; 118;
 119; 121; 127; 128; 166; 167; 177; 184;
 185; 192; 221; 398
 Nordby, Trond 13; 404
 Nordbø, Eldrid .27; 28; 29; 31; 32; 166; 167;
 183; 185
 Nyborg, Marit 192
 Nyborg, Per..... 180; 330
 Nøklebye Heiberg, Astrid 182

O

Obermann, Britt 312
 Ognedal, Magne..... 233
 Olsen, Berit..... 81
 Olsen, Johan P. 35
 Omland, Erik .309; 310; 315; 316; 317; 321;
 325
 Ottesen, Stig... 311; 312; 313; 315; 316; 317;
 318; 319; 321; 322; 325; 327; 336; 337;
 340; 346; 348; 349; 350; 351; 352; 353;
 361; 405
 Oulie, Morten..... 143

P

Persson, Göran..... 44
 Power, Michael..... 42; 49; 55; 88; 229; 405
 Prodi, Romano..... 44

R

Reagan, Ronald 44
 Reinertsen, Jon Petter 191
 Riddervold, Fridtjof 294
 Riisberg, Bodil..... 352
 Rolstad, Øyvind..... 117
 Rudi, Heidi 6; 8; 389; 402
 Rugaas, Bendik..... 122
 Ruud, Øystein..... 259
 Røstadsand, Gunhild..... 126
 Røynesdal, Kjell 138; 139; 217; 232; 259;
 261
 Raa, Atle..... 56; 405

S

Sach, Magna Andreen 319
 Sager, Georg..... 322; 324
 Samuelson, Tom 138
 Sandsdalen, Christian 319
 Sandsmark, Jostein 179; 192
 Sandvand, Ole Johan 6
 Schiøtz, Cato 341
 Schjønby, Hans Petter..... 93; 109; 110; 116
 Schrøder, Gerhard..... 44
 Schumpeter, Joseph A. 58; 405
 Seip, Ellen 359; 360; 362; 367
 Seip, Jens Arup..... 397
 Sejersted, Fredrik..... 40; 49; 405
 Shetelig, Anne Wyller ... 117; 373; 378; 387;
 393
 Shewhart, Walter A. 215; 216
 Simon, Herbert A..... 204; 405
 Sjøgren, Per 322; 323
 Skavang, Knut 348
 Skogerbø, Eli 45; 405
 Slåttebrekk, Olav 368
 Smith, Anders 260; 310; 311; 312; 319; 320;
 327; 328; 334; 335

Solbakk, Jan Helge 328; 329; 352
 Stabell, Harald 315; 316; 328
 Stang, Frederik..... 197
 Steen, Petter Andreas..... 294; 301; 329
 Steine, Vidar Oma35; 36; 46; 354; 355; 365;
 368; 399; 420
 Stene-Larsen, Geir 368; 414
 Stokke, Steinar..... 27; 167
 Stoltenberg, Jens..... 44; 355; 399
 Storås, Egil..... 117
 Storaas, Sylvi 286; 287; 393
 Straume, Eystein..... 115
 Straume, Karin..... 115
 Sundrehagen, Hilde..... 126
 Svindland, Aud Blegen 181
 Syversen, Anne-Sofie 370
 Sæbø, Øyvind 29
 Sæther, Elin 126; 127
 Sønnerland, Kari 129; 156; 157; 230

T

Teisberg, Tale 91; 368; 406
 Thagaard, Wilhelm 198
 Thatcher, Margaret 44
 Tranøy, Bent Sofus 43; 45; 406
 Trovik, Aase 181
 Trump, Donald..... 198
 Tungesvik, Hans Olav..... 321
 Tønne, Tore ... 331; 343; 344; 345; 356; 365;
 399; 420
 Tønsberg, Knut Ihlen 393

U

Utne, Peter H. 319

V

Vandvik, Einar..... 117
 Veierød, Tove 15

W

Walton, Mary M. 216; 406
 Wilberg, Vidar 181
 Willoch, Kåre 13; 34; 397
 Wold, Terje 198

Y

Ytterland, Petrine 178

Ø

Ødegaard, Tor 116

Øgar, Petter 55; 57; 115; 141; 146; 147; 332;
 333; 334; 335; 336; 337; 338; 342; 345;
 346; 350; 360; 361; 362; 369; 378; 406;
 413; 414
 Øie, Kjell Erik 262
 Ørnelund, Leif 170
 Østerud, Øyvind 43; 45
 Øyangen, Gunhild 391

Å

Aamo, Bjørn Skogstad 31
 Aarflot, Øyvind 181
 Aarre, Liv 92; 93; 115
 Aarseth, Hans Petter 307; 345
 Aasheim, Finn 126; 127

17. English Summary

The History of the Norwegian Board of Health Supervision 1994–2002

Volume 3 of Specialization and professionalization

The History of the Central Norwegian Health Administration, 1809–2002

From 1893 to World War II the central health administration (led by a Medical Director) was divided into a department located in a Ministry (from 1913 the Ministry of Social Affairs), led by a jurist, and a Directorate of Medicine, led by a medical director. In 1940 the two units were (again) merged, under the leadership of the medical director, appointed by the Nazi government. The Norwegian health administration organized by the free Norwegian government in London (Stockholm and Washington) was also organized as an integrated unit, led by a medical director (Karl Evang). Dr. Evang wanted to keep this Nazi-introduced system, though under national leadership. He had his way, but gradually the system came under attack. It was visibly weakened when Evang resigned in 1972. His successor, Torbjørn Mork, also turned out to be a defender of the medically led health administration. In 1983 he suffered a major defeat when his directorate of health was reduced in size and moved out of the Ministry. He and his directorate thus lost much of its old authority. This led to a protracted tug-of-war between the Ministry and the Directorate. The Ministry wanted to “dissolve” the Directorate, but parliament decided that it could continue to exist, though as a supervisory agency.

In this study we show how the old directorate gradually lost its most typical directorate functions, like the policy development and policy implementation functions. Instead, it became a more and more supervisory, or controlling, agency. It was from 1994 called a Board of Health Supervision. The transitional period lasted until 2002, when the agency became an almost purely supervisory agency. Briefly put, a once primarily offensive directorate became a mostly defensive inspectorate.

But as this happened, the need for what the old directorate had been, an offensive agency, became pronounced. Thus, in 2002 (2008) an offensive directorate was again formed or resurrected. That was in a way the final humiliation of Torbjørn Mork, and indirectly Karl Evang. The new directorate did indeed become an offensive agency, but also a politically obedient agency.

But what happened around the turn of the century is indicative of a more pronounced change of the governance structure of the Norwegian political system. In general governance assumed a more goal-oriented nature in Norway, like in many other Western countries, from the 1980s.

Norwegian governance became more New Public Management-oriented. Structurally this meant that governance functions assumed a broader basis. The policy-oriented functions were gathered in a small ministry and a large directorate (the major instrument of the Ministry), the “diagnostic,” knowledge promoting functions were placed in a renewed public health institute, and health practice surveillance in a shrunk supervisory agency. “On the sidelines” a new, enlarged medicines agency was created – more or less as a response to the “privatization” and commercialization of much of the medicines sector, later medical products agency.

But more began to happen now: It was not only in the health sector that supervision became more important, and more professionalized. Many sectors came under the form of control exemplified by the supervisory agencies. Thus, after the great reorganization the health supervision agency also gradually became a supervisory agency for social services, child protection, military health care and health research. The health supervision agency now also gradually expanded its cooperation with other supervisory agencies.

Karl Evang had been an “institutional” director of health. He was appointed for “life” (retirement age). He personalized the Directorate: In health legislation it was referred to the Director, not the Directorate. This situation continued in most respects when Torbjørn Mork became Director General of Health in 1972. But under his reign the legislation became “secularized.” This trend was strengthened under his successors, Anne Alvik (1992/93-2000), Petter Øgar (2000) and Lars E. Hanssen (2000-2012). Under Dr. Hanssen the institutional title was removed. Dr. Hanssen was appointed as Director General of Health, but from 2004 his title was

changed to Director of the Norwegian Board of Health Supervision. The director the new Directorate of (social and) Health Affairs (2002) became Director, not Director General of Health. However, the Ministry of Health (and Care Services) after 2004 did accept that he used the old title, though not as an institutional title.

When Anne Alvik succeeded Dr. Mork as Director General of Health she also actively sought to “secularize” the role. She became less distanced and authoritarian than he had been. She justified her decisions more professionally and less with reference to her title and position. She socialized with her staff, including the Chief County Medical Officers, much more than Dr. Mork had done. She was also less active externally than he had been. She had been the “minister of the interior” under Mork. She continued to some extent to play that role when she became director. Her successor, Lars Hanssen – we disregard here the provisional director, Petter Øgar (2000) – resembled her in important respects, though he became more active externally. He was a clever PR person, but also socialized actively with other administrative directors, especially directors of supervisory agencies. After the reorganization of the health administration system in 2002 Hanssen became an increasingly influential central administration person. He also became influential through his membership of the overarching leader group of the central health administration. The permanent secretary, Anne Kari Lande Hasle, organized this group, consisting of her and the other institutional leaders, Bjørn-Inge Larsen (The Directorate of Health), Geir Stene-Larsen (The Public Health Institute) and Lars E. Hanssen (The Board of Health Supervision) every Friday.

Dr. Mork had not least based his authority on his personal charisma. Alvik based her influence more on her formal authority. She could be strict, if she thought that that was necessary. She became an ardent, though not uncritical, adherent of the new public management; that is to say, management by objectives (goals). However, that led to tensions with some of the older Chief County Medical Officers who had also based their authority on traditions and personal charisma. When the conflict between Ministry and Directorate was at its most intense (1991-1992), the staff of the Directorate, though not all the Chief County Medical Officers, enthusiastically gathered around their chief, Dr. Mork. When a “complaint

case” (about an alleged “euthanasia”) became a sensitive issue (nationally) in 1998–2000 director Alvik did not receive the same active support from her staff as Mork had done. The Ministry also “used” the case to “oust” her (first through a “recommended” leave of absence, then by making it difficult for her to come back after the leave).

Dr. Hanssen was (is), like Dr. Alvik, loyal upward. When he wanted to challenge the Ministry, like in the reorganization process around 2002, he did so more through wit than “moralization.” Dr. Hanssen was, and is, a sharp and witty person. This gave him authority. As head of the Supervisory agency, he was, however, a “mild” leader, preferring affirmative to disaffirmative ways of managing.

The Board of Health Supervision did what it could to follow up the prescriptions for management by objectives. However, like other agencies, and for that matter ministries, it soon learnt that it was very difficult. The ministers, and politicians in general were both unable and unwilling to define precise goals. Thus, it became even more difficult for administrators (at lower levels) to do so. It was obvious that the “final” goals would have to be based on opinions of health, on the distribution of services aimed at realizing the health goals and on views about the desired outcomes of disease prevention and health promotion measures, but politicians balked at being very precise. Then it also became impossible to set priorities in any concrete way. Since any health policy measures involved setting priorities between health goals and other goals, goal preciseness became an utterly illusive “goal.” In practice health values were used as guiding principles and then concrete measures (tasks) as operational “goals”. Hence, typical goals for the Board of supervision became to increase the number of system supervisions the next year by say 3 to 5 percent or reduce the waiting times for the completion of complaint cases by a set amount the year to come.

The Board was keen to “keep within the budget,” but did not have as a goal to increase its cost effectiveness by this or that much in the coming year. Indeed, it kept very clear of all sorts of effectiveness considerations, that is of questions having to do with what one got back from investing money in various supervisory activities. The question was: did health supervision, like any sort of audit, pay off?

The NPM and, in general, the goal- or task-oriented management, was integrated (from 1988) in a special plan, called the Institutional Plan (“Virksomhetsplan”). The plan was followed up by an annual (results) report. The name of the plan was appropriate: It was a an activity (“virksomhets-“), more than a goal-oriented, plan.

The old Directorate was in the main organized based on institutional criteria or task criteria. After the reorganization of 1983, legally trained personnel began to press for the establishment of a department of health law, that is a department based on a functional/managerial criterion. Legally trained administrators disliked being managed by physicians only. They were heard and from 1989 a new, legal department was established. In 1994 a new department of social medicine (public health) was also established. The latter department came as a response to the changing nature of the Board of Health Supervision: The Board was to become an agency for supervision. But since supervision now, increasingly was based on law, it meant that the new Board became more permeated by legal thinking.

The 1990s also saw the growth of a quality development wave. As a goal-oriented way of managing, this wave posed a challenge to the law-based Board of Health Supervision, but a challenge that did not lead to the transformation of the Board of Health Supervision. It continued as a Board of Supervision. It handed off the (strategic) quality task to the new Directorate of Health and Social Affairs, or rather, it was deprived of the task.

It is no mere coincidence that from 2002 the institutional departments were dissolved, and that also the legal department was made a thing of the past. Out of the radical reorganization process of 2002 two main departments emerged, one for case supervision (treatment of complaints etc.) and one for planned supervision. The administrative department was kept, though. Thus, the Board of Health Supervision became almost a purely supervisory agency. That also meant that the Directorate of Health of Evang and Mork had become a thing of the past, and not least because of the latter. However, later institutionally based departments, e.g. for social services and child welfare services, were introduced. Also, other changes were to take place. Thus, a director of legal affairs was appointed.

In chapter 5 we have given a portrait of Anne Alvik as Director General of Health from 1992/93 to 2000. We have described her as very different from her two dominant predecessors, Karl Evang and Torbjørn Mork. She wanted to manage in a more low-key manner than them and did so. Were they were withdrawn but outspoken, she was more outgoing, but also more “bureaucratic.” She was a rule-follower. This holds both for legal and ethical rules. Her background from the religiously active West coast, played, and continues to play, a role in her life. Though she was in so many respects different from her predecessors, like them she held leftist view on the organization of health care.

As a mother of four she started out as a parttime physician, but then gradually, and almost accidentally, entered administrative medicine. In 1985 she became appointed “medical councillor” (“medisinalråd”) in the Directorate of Health. Thus, she became Dr. Mork’s second in command and later his successor. As such she headed the work to transform the Directorate into a Supervisory Board. When she resigned, she had almost succeeded in doing so.

A complaint case (opened in 1998), mentioned above, became the reason for her resignation. The case started in the summer of 1998 when a physician at a local hospital in Bærum outside Oslo reported his colleague to the director of the hospital for having performed euthanasia on an elderly, severely ill patient. The case was reported to the health supervision board, later also the police. Newspapers, and not least the country’s largest (Aftenposten), followed, and almost controlled the development of the case. The Board of Health Supervision was heavily criticized for its handling of the case. The Ministry also became critical and that led to the director’s downfall.

That a strict rule-follower, like Anne Alvik, should end her career in this way came as more than a surprise for all who knew her, and had observed her work as director. The Justice Ministry’s department of law, and later (fall 2001) the Attorney General, concluded that the Board of Health had treated the case in a satisfactory way. Eventually, then, Anne Alvik got her reparation. However, in many ways it was too late.

The main externally directed task the Board of Health Supervision was faced with after 1994 was of course to find out what it should mean by

supervision and how it should develop itself as a supervisory agency. This task was challenging for there were few such agencies in other countries. In most other countries supervision was a side task for a directorate-like agency. However, there were some other supervisory agencies in Norway, like in the area of occupational health, environment and security, and the Board of Health supervision could look to that for inspiration. It did so too. Yet, it had to do much of the work itself. Thus in 1995 it appointed a supervision project, under the direction of a public health physician, Magnar Kleppe. The project was of course based in the public health (social medicine) department.

In the old days supervision was a combination of control and, often relatively informal, collegial advice. After 1983, and still more after 1994, the inspection and control became dominant. In practice this meant that the formal supervisors (or rather, inspectors) checked if health personnel and health institutions behaved as they should. Thus, supervision largely became a legally based activity. Supervisors, like Chief County Medical Officers, could still exercise some, but not much, judgment.

Supervision could either be proactive or reactive. In the old days it was mainly reactive. Supervisors, in the end the supervising institution, the Board of Health Supervision, could punish those they had found had broken the law. It was difficult to punish institutions, often owned, directly or indirectly, by the state or "its" local arm, municipalities or counties. With the enactment of the law on health supervision (1984) the powers of the Board of supervision were (gradually) extended. Now the Board could, in the most serious cases, both close institutions and fine them. Individual care providers had always risked strict punishments. In the final analysis they risked having their license to practice revoked. Individual practitioners could of course also be criminally prosecuted. That individual practitioners could be sued by their patients for damages is not a part of the supervisory system.

Even if a punishment is reactive, it is a reaction to an illegal practice (malpractice), it also has a proactive function. It scares institutions and individual practitioners from transgressing the law and not adhere to what is considered to be good medical practice.

However, the ambition of the new health practice supervisors was primarily to prevent malpractice without having to resort to scaring. The “new” supervisors found that that could be done through organizational measures. They were inspired by what had happened in the work life area. Here employers are legally obligated to have a system of so-called “internal control” in place. In other words: Supervisory authorities make the institutions they are to control into their “own” agents. In this way they not only reduce the risk of organizational failure but also individual failure – since most of the practitioners are employees of institutions, not independent practitioners.

Thus, in the course of the period we are now discussing control with the internal control became an important part of what the health supervisors now did. It was often referred to as system audit. To learn as much as possible from the internal control activities carried out, the Board of Health Supervision each year decided that one or two parts of the health care system should be subjected to partly standardized internal control audits.

Magnar Kleppe and some of his colleagues were eager promoters of the IC-based type of audit. However, he and some others began to harbor some doubts about the IC-based supervision system. IC-based control is oriented toward preventing negative events from occurring. It did little to increase the volume of positive results. Elsewhere, also in the public administration, others worked to improve the output, and its quality. Dr. Kleppe, as a physician (and not a lawyer) showed quite a bit of interest in the quality work (movement), but little happened about that in the period we write about here. That is not surprising. The Board of Supervision, dominated by lawyers and IC-oriented physicians, could not change their ways that much, that is, become a directorate again. Responsibility for quality policy was transferred to the new Directorate of Health.

The individual supervision remained a reactive activity, indeed a very reactive activity. The Board of Health Supervision needed too much time, often more than a year, to conclude in the various cases. Starting in 1997, three projects, one after the other, were organized to reduce the backlog of cases. The projects succeeded, at least to some extent. Through two chapters we show how difficult complaint cases can be, and why they can take such a long time. In the first chapter we use a case (two cases) where

a girl and a boy died in a hospital after having been sedated with the medicine Diprivan. It took almost the entire decade (1990s) to handle this case. The other case is the so-called Bærum-case (1998-2000), mentioned above. It received much public attention. Indeed, the news media almost orchestrated the handling of the case. As we have said, it led to the resignation of the Director general of Health, Anne Alvik (2000).

The last form of supervision was what we may call the systemic supervision (“overordnet faglig tilsyn”). It has as its object the entire health system. It comprised a diagnostic (evaluative) task: How well does the system function, given its more or less precise objectives? Given the “diagnosis,” the next systemic task was to recommend reforms. Thus, the systemic task was partly political. The Board of Health supervision did not define the policy goals itself, though. It took as its point of departure the goals one might say were explicitly or implicitly defined in the legislation and official policy plans. That means it was equality or quality oriented, especially the former, but more in an indicative than a precise way. It was not particularly cost-effectiveness oriented. In general, then, the systemic supervision was expenditure-driving, as was supervision in general.

As we have seen, from 2001 to 2002 the health governance structure was fundamentally reorganized, mostly based on NPM-ideas. The reorganization was developed and driven by some NPM-inspired chief administrators, like the permanent secretary of the Ministry of Health, Anne Kari Lande Hasle and the head of a division in the Ministry, Vidar Oma Steine. However, they succeeded because they had the enthusiastic support of the incoming minister (of health) (Spring 2002), Tore Tønne. Some important catchwords for characterizing the reorganization is clearer lines of authority, clearer definition of the roles managers at each hierarchic level have and functional specialization and centralization. However, the organization of the medical commodity sector continued to be different.

Anne Kari Lande Hasle and her reform people saw to it that also parts of the clinical sectors were adapted to the reforms at the top. They were made operationally more independent of their owners (and governing agents). This was especially the case for the hospitals, which were taken over by the state and organized as regional health enterprises (2002). To some extent it was also the case for the primary care physicians who now (2001)

became partly private practitioners (contractors). In some respects also the municipalities now began to organize their activities based on the principle of distinguishing between owners/managers and providers.

Later changes in the structure of health administration governance and the relationship between this structure and the (pre)clinical structure have mostly been minor. They have not fundamentally challenged the principles of the Hasle reforms of 2001 and 2002.

Se også:

Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809–2009. **Del 1: 1809–1983 – Den gamle helseforvaltning.** Av Ole Berg, Rapport fra Helsetilsynet 8/2009 (503 sider)

Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809–2009. **Del 2: 1983–1994 – Den nye helseforvaltning vokser frem, akkompagnert av dragkampen mellom departement og direktorat.** Av Ole Berg, Rapport fra Helsetilsynet 7/2020 (928 sider)

Begge publikasjonene finner du i elektronisk versjon på Helsetilsynets nettsted helsetilsynet.no under fanen Publikasjoner i publikasjonsserien Rapport fra Helsetilsynet.

I **Rapport fra Helsetilsynet** formidles funn og erfaringer fra klagebehandling og tilsyn med sosiale tjenester, barnevern- og helse- og omsorgstjenestene.

Spesialisering og profesjonalisering

En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2002

Del 3: 1994–2002 – Helsetilsynets historie

I første bind av helseforvaltningens historie ble tiden fra 1809 til 1983 behandlet. I bind 2 ble tiden fra 1983 til 1994 dekket. I dette bind dekkes perioden fra 1994 til 2002, men bare for Helsetilsynet, ikke hele helseforvaltningen.

I bind to redegjorde forfatteren for overgangen fra et delvis legestyrt til et mer politiker- og administratorstyrt helsevesen. I dette bind redegjør han for hvordan denne utviklingen befestes. Han viser også hvordan denne utviklingen gjør at det som var et legepreget helsedirektorat blir til et helsetilsyn. Han viser videre hvordan Helsedirektoratets motstand mot endringene som skjedde fra 1983 var en viktig grunn til at det gamle direktorat ble historie og et nytt, smalt helsetilsyn vokste frem. Ettersom det gamle direktorat ble et helsetilsyn mistet det gradvis de tradisjonelle direktoratsoppgaver og ble et renere og renere tilsyn. Det førte, viser han, til at et nytt organ ble etablert i 2002 for å ta seg av de egentlige direktoratsoppgaver. Det nye organ ble først kalt Sosial- og helsedirektoratet, siden bare Helsedirektoratet.

Forfatteren viser at overgangen til tilsyn var krevende. Det var ikke åpenbart hvordan tilsyn nå skulle forstås. Det ble i økende grad forstått på juridisk premisser. Også det bidro til bruddet med den medisinsk pregede fortiden. Forfatteren viser også hvordan forståelsen av tilsynssaker skapte vanskeligheter for Helsetilsynet og i årene 1998 til 2000, endog bidro til at helsedirektøren, Anne Alvik i 2000 gikk av.



Ole Berg (f. 1944) er professor emeritus i helseadministrasjon og statsvitenskap ved Universitetet i Oslo. Han ledet i 1986 etableringen av Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo og var i mange år senterets leder. Han var med på å opprette det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon i 1986 og bachelor- og masterstudiene i helseledelse og helseøkonomi i 2002 og 2005. I 2002 ble han tildelt St. Olavs orden for sitt arbeid med norsk helseledelse. Han har hatt studieopphold ved Yale University og vært gjesteprofessor ved University of Minnesota og Sechenow medisinske akademi i Moskva. Siden 2023 har han vært adjungert professor ved Indiana University, School of Public Health.

(Foto: Helsetilsynet)



Helsetilsynet

TILSYN MED BARNEVERN,
SOSIAL- OG HELSETJENESTENE