



---

Universitetet  
i Stavanger

# ***Tilsynets strategi og praksis for å få til endring og forbedring i helsetjenesten***

*- en komparativ casestudie av to  
fylkesmenn*

**Charlotta Schaefer**

Master i endringsledelse

Samfunnsvitenskapelig fakultet

Universitetet i Stavanger

Høst 2015

**MASTERGRADSSTUDIUM I  
ENDRINGSLEDELSE**

**MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER:**

Høst 2015

---

**FORFATTER:**

Charlotta Schaefer

**VEILEDER:**

Professor Siri Wiig

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

Tilsynets strategi og praksis for å få til endring og forbedring i helsetjenesten – en komparativ casestudie av to fylkesmenn

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

Regulering, tilsynsstrategi, tilsynspraksis, fylkesmannen, helsetjenesten, forbedring, organisatorisk læring.

---

**SIDETALL: 79** (eksklusive litteraturliste og vedlegg)

**STAVANGER .....14. Desember 2015.....**  
**DATO/ÅR**

## SAMMENDRAG

Formålet med studien var å få økt kunnskap om hvordan fylkesmannen som tilsynsmyndighet arbeidet, og hvordan ulike strategier ble brukt for å få til endring og forbedring hos tilsynsobjekt. Problemstillingen var: **Hvordan tilpasser fylkesmannen tilsynsstrategier og praksis for å få til varige endringer og forbedring hos tilsynsobjekt i helsetjenesten?** Studien ble gjennomført som en multippel komparativ casestudie som inkluderte to fylkesmenn. Fylkesmannen, sammen med Statens helsetilsyn, er ansvarlige for å føre tilsyn med offentlige helse-, omsorgs- og sosialtjenester i Norge. Ved tilsyn må tilsynsutøvere balansere samfunnsmessige, helsefaglige og forvaltningsmessige interesser. Lovverket sier at de helsetjenester som tilbys skal være faglig forsvarlige, men tilsynsutøvere ønsker også å bidra til forbedring og varige endringer utover lovens krav. Oppgavens teoretiske rammeverk er basert på to hovedretninger; reguleringsteori og læringsteori. ”*Really responding risk-based regulation*” er den sentrale teori som resultatene i oppgaven er analysert og sammenlignet ut i fra (Black & Baldwin, 2010). Data ble innsamlet gjennom metodetriangulering av dokumenter, forskningslitteratur og intervjuer. To fylkesmenn ble valgt ut som case, da de befant seg i samme helseregion og hadde et omtrentlig likt antall kommuner å forholde seg til. Likhetene i konteksten gjorde casene egnet for sammenligning. Studiens hoved-datakilde var ti kvalitative intervjuer med erfarne tilsynsutøvere ved fylkesmannen, som bedrev tilsyn med spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. De transkriberte intervjuene ble analysert i følge Malteruds metode for innholdsanalyse (Malterud, 2012) og i henhold til teoretisk rammeverk. Fire tema ble identifisert og brukt i dataanalysen: tilsynspraksis, tilsynsrollen, forbedring/ending og måling.

Tilsynsutøveres primære oppgave er å bedrive kontroll gjennom tilsyn. Resultatet viste at tilsynsutøvere tilpasset fremgangsmåten sin etter hva de oppfattet som mest hensiktsmessig med tanke på å bidra til forbedring hos tilsynsobjekt i helsetjenesten. Solid faglig kompetanse og troverdighet i rollen ble beskrevet som viktige premisser for å fremstå som en legitim myndighet. Gode kommunikasjonsferdigheter ble presisert som en avgjørende egenskap for å mobilisere tilsynsobjekt til endring. Videre fremgikk det at fylkesmannens tilsynsstrategi i store trekk foregikk innenfor ”compliance”-strategier, som står for dialogbaserte og overbevisende strategier, i motsetning til straffeforfølgende strategier. Resultatene pekte på at fylkesmannen er forsiktig med å bruke virkemiddelhierarkiet aktivt, da tilsyn i seg selv kan oppfattes som et strengt virkemiddel. Videre viste resultatene at fylkesmannens tilsynspraksis samsvarte med mye av det som beskrives innenfor teorien om virkelig responderende risikobasert regulering. Eksempelvis forholdt fylkesmannen seg til tilsynsobjekts holdninger og kultur, og var samtidig bevisst hvordan egen kulturell kontekst kunne påvirke tilsynspraksisen. Fylkesmannen har videre definert standardsetting og tar høyde for potensielle endringer i prosessen rundt et tilsyn. Når det kommer til måloppnåelse, fravek fylkesmannen teorien, da myndigheten ikke systematisk målte effekter av egen tilsynsvirksomhet. For å utvikle tilsynsmetodikken og forstå mer om virkningsmekanismene ved tilsyn, trenger fylkesmannen evidensbasert kunnskap om effekter av tilsyn. Sett fra et læringsperspektiv vil det også være verdifullt å vite mer om effekt, da det kan bidra til å forstå mer om hvorvidt lukkingen av avvik skjer som enkel-krets- eller dobbelt-krets læring. Av

resultatene fremgikk det at det først og fremst er helsepersonell og jurister som utøver tilsyn. Dette står i noe kontrast til forskningen innen kvalitet og pasientsikkerhet, som fremhever betydningen av en tverrfaglig tilnærming for å kunne vurdere og redusere svikt i tjenestene. Studien avdekket noen forskjeller i tilsynspraksis mellom casene, som relaterte seg til fem tematiske områder; behov for regionalisering, utvikling av tilsynsmetoder, bruk av merknader i tilsynsrapporter, holdninger til tilsynspraksis og filosofi bak sammensetning av tilsynslag. Det er gjennom flere nasjonale dokumenter formidlet at det bør jobbes aktivt for å minimere forskjeller i tilsynspraksis i Norge.

## Forord

Jeg har alltid vært samfunnsengasjert og begynte på masterstudiet i endringsledelse fordi jeg ønsket en samfunnsvitenskapelig utdanning i tillegg til min helsefaglige. Når jeg nå forlater universitetet er det med et vist vemod. Til tross for at det har vært krevende å kombinere studier med arbeid og foreldrepermisjon, så har det å få lov til å studere igjen, først og fremst vært så inspirerende at jeg kommer til å savne det.

Tema for denne oppgaven har bakgrunn fra tidligere yrkeserfaring som fysioterapeut og rådgiver, i kombinasjon med nyvunnen kunnskap fra masterstudiet i endringsledelse. Jeg er opptatt av kvalitet og forbedring av helsetjenester og jeg fikk gjennom denne oppgaven innblikk i hvordan tilsyn kan være med å bidra til nettopp det.

Jeg vil begynne med å rette et stort takk til oppgavens informanter ved fylkesmannen. Jeg er takknemlig for å ha fått et innblikk i deres arbeid og all den informasjon dere har delt med meg. Uten dere hadde ikke denne oppgaven vært mulig å gjennomføre.

Et hjertelig takk vil jeg også rette til min veileder, professor Siri Wiig ved Universitet i Stavanger. Ditt engasjement og tro på oppgaven har gitt meg motivasjon gjennom skriveprosessen og bidratt til at jeg kommet i mål. Tusen takk for god veiledning, raske tilbakemeldinger og verdifulle innspill underveis i prosessen.

Takk til min mann Gunnar for korrekturlesing og språkvask. Jeg gleder meg nå til å ha mer tid sammen med deg og våre sønner Gustav og Aksel.

Charlotta Schaefer

Stavanger  
Desember 2015

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>4</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
1.1 BAKGRUNN OG RELEVANS .....	7
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING .....	8
1.3 BEGREPSAVKLARING .....	9
1.4 FYLKESMANNEN OG STATENS HELSETILSYN – ROLLEN SOM TILSYNSUTØVER.....	10
1.5 PRIMÆRHELSETJENESTEN OG SPESIALISTHELSETJENESTEN.....	11
1.6 OPPGAVENS DISPOSISJON .....	12
<b>2. TEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	<b>13</b>
2.1 REGULERING .....	13
2.1.1 Risikoregulering.....	13
2.1.2 Rollen som tilsynsutøver.....	14
2.1.3 Responderende regulering.....	16
2.1.4 Risikobasert regulering.....	19
2.1.5 Virkelig responderende risikobasert regulering.....	20
2.1.6 Hvordan måle effekt av tilsyn?.....	23
2.2 FORBEDRINGSARBEID OG ORGANISATORISK LÆRING .....	24
2.2.1 Relasjonen mellom tilsyn og lokalt forbedringsarbeid .....	24
2.2.2 Organisatorisk læring.....	26
2.2.3 Enkel-krets og dobbel-krets læring – en modell for organisatorisk læring.....	28
2.3 SAMMENFATNING AV TEORI MED FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	29
<b>3. METODE</b> .....	<b>32</b>
3.1 FORSKNINGSSTRATEGI.....	32
3.2 FORSKNINGSDESIGN .....	33
3.3 VALG AV CASE OG KONTEKST .....	33
3.4 DATAINNSAMLING .....	34
3.4.1 Intervjuer .....	34
3.4.2 Litteratursøk.....	36
3.4.3 Dokumenter .....	36
3.5 DATAANALYSE.....	37
3.6 METODISKE REFLEKSJONER.....	40
<b>4. RESULTAT</b> .....	<b>43</b>
4.1 VURDERING AV RISIKO .....	43
4.2 FUNN FYLKESMANN I .....	44
4.2.1 Organisering .....	44
4.2.2 Samarbeid med andre fylkesmenn.....	45
4.2.3 Forståelsen av tilsynsobjektets atferd, holdninger og kultur.....	46
4.2.4 Forståelsen av rollen som tilsynsutøvere .....	47
4.2.5 Bruken av virkemiddel og tilsynsstrategiers logikk .....	50
4.2.6 Måloppnåelse.....	51
4.2.7 Endrings- og forbedringsarbeid.....	52
4.3 FUNN FYLKESMANN II.....	54
4.3.1 Organisering .....	54
4.3.2 Samarbeid med andre fylkesmenn.....	55
4.3.3 Forståelse av tilsynsobjektets atferd, holdninger og kultur.....	55
4.3.4 Forståelsen av rollen som tilsynsutøvere .....	57
4.3.5 Bruken av virkemiddel og tilsynsstrategiers logikk .....	59
4.3.6 Måloppnåelse.....	60

4.3.7 Endrings- og forbedringsarbeid.....	61
<b>5. DISKUSJON .....</b>	<b>64</b>
5.1 ORGANISERING OG RISIKOVURDERING.....	64
5.1.1 <i>Organisering og samarbeid</i> .....	64
5.1.2 <i>Vurdering av risiko</i> .....	65
5.2 SENTRALE EGENSKAPER HOS TILSYNSUTØVERE OG BETYDNINGEN AV INSTITUSJONELL KONTEKST .....	66
5.2.1 <i>Forståelsen av tilsynsobjektets atferd, holdning og kultur</i> .....	66
5.2.2 <i>Forståelsen av rollen som tilsynsutøver</i> .....	70
5.3 VIRKEMIDDELBRUK OG EFFEKT AV TILSYN .....	72
5.3.1 <i>Virkemiddel og tilsynsstrategiers logikk</i> .....	72
5.3.2 <i>Måloppnåelse</i> .....	74
5.4 ORGANISATORISK LÆRING AV TILSYNSSAKER .....	74
<b>6. KONKLUSJON .....</b>	<b>77</b>
6.1. FYLKESMANNENS TILPASNING AV STRATEGIER OG PRAKSIS .....	77
6.2 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS .....	78
6.3 VIDERE FORSKNING .....	79
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>80</b>
VEDLEGG I .....	84
VEDLEGG II.....	87
VEDLEGG III .....	89

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn og relevans

Tilsyn kan forstås som et av statens viktigste virkemiddel for å kontrollere samfunnsmessig risiko. Det norske tilsynsregimet har vokst og gjennomgått omfattende utvikling i post-moderne tid. Tilsyn føres i dag innen de aller fleste samfunnssektorer, der både private og offentlige sektorer kontrolleres av opp til flere tilsynsmyndigheter. At behov for tilsyn har økt kommer blant annet av liberalisering, New Public Management-reformer, et mer mangfoldig og åpent samfunn og høyere grad av desentraliserte styringsmodeller (St.meld.nr.17, 2003). Til tross for et forsterket tilsynsbyråkrati i vestlige land, så finnes det per i dag lite dokumentert evidens om effekter av tilsyn eller i hvilken grad tilsyn bidrar til varige endringer eller forbedringer (Baldwin, Cave, & Lodge, 2012; Helsetilsynet, 2015c; Shaw et al., 2013; Walshe, 1999).

Fylkesmannen, sammen med Statens helsetilsyn, er ansvarlige for å føre tilsyn med de offentlige helse, omsorgs- og sosialtjenestene i Norge. Hensikten med tilsyn er å kontrollere at den enkelte virksomhet drives i henhold til de kravene som fremmes i barnevern-, sosial-, helse- og omsorgslovgivningen. Tilsyn skal ivareta bruker- og pasienthensynet og bidra til at befolkningen føler trygghet og har tillit overfor de helsetjenester som tilbys (St.meld.nr.17, 2003). Fylkesmannen fører både planlagte og hendelsesbaserte tilsyn, i tillegg til å behandle enkeltsaker og klagesaker.

Ved tilsyn med helsetjenesten vil tilsynsmyndigheten kunne avdekke svikt i tjenestene, men de vil også kunne definere områder for forbedring. Tilsynsutøvere skal sikre samfunnsmessige interesser, men på samme tid vise omtanke og respekt for tilsynsobjekt (Helsetilsynet, 2012). Ved tilsyn må tilsynsutøvere balansere samfunnsmessige, medisinskfaglige og forvaltningsmessige interesser (Reiman & Norros, 2002). Den kunnskap som tilsynsutøver tilegner seg om organisasjonen, i rollen som ekstern aktør, må oppfattes som unik. Den unike kunnskapen og innblikket vil kunne ha stort potensial for å bidra til objektiv og konstruktiv tilbakemelding for forbedringer hos tilsynsobjekt.

Tidligere forskning peker på at tilsyn bidrar til endring og forbedring (Brennan, 1998; Flodgren, Pomey, Taber, & Eccles, 2011; Åsprang, Frich, & Braut, 2015). Men det finnes lite



kunnskap om hvilke strategier og praksis som bidrar til disse endringer. Tilsyn kan være en brekkstang for virksomheter for å gjøre nødvendige forbedringer (Helsetilsynet, 2013). For å sitere nåværende direktør for Statens helsetilsyn, Jan Fredrik Andresen, så er ”tilsynene en gavepakke til organisasjonene” som gir mulighet til å få aktiv tilbakemelding fra en ekstern aktør (Homlong, 2014).

Siden den nye helselovgivningen trådte i kraft i 2001, og helseforetaksreformen kom i 2002, forventes det i høyre grad at offentlige helsetjenester tar lærdom av uønskede hendelser og avvik, og at denne lærdommen brukes i det kontinuerlige kvalitetsarbeidet. Kravet i lovverket sier at de helsetjenester som tilbys skal være faglig forsvarlige (Lovdata, 2011), men tilsynsmyndigheten ønsker også at tilsyn bidrar til forbedring og varige endringer av tjenestene (Arianson, Elvbakken, & Malterud, 2008; Helsetilsynet, 2012). Alle virksomheter som yter offentlige helsetjenester har selv ansvar for å sikre at de oppfyller kravene i gjeldende lovverk og etablere internkontroll (Lovdata, 2002). Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten vil hjelpe virksomheter å kontrollere at de driver i samsvar med helselovgivningen. Internkontroll er et styringsverktøy som ikke bare skal sikre faglig forsvarlige tjenester, men også bidra til å forbedre kvaliteten på tjenestene. Fylkesmannen bruker ofte internkontrollforskriften når de formulerer avvik, noe som retter ansvaret mot ledelsen og styringssystemet.

## **1.2 Formål og problemstilling**

Denne oppgaven tar for seg fylkesmannens tilsynspraksis, med fokus på hvordan fylkesmannen som embete bidrar til forbedring hos tilsynsobjekt, utover minstestandarden i lovkravet. De endringer som gjennomføres i tilsynsobjektets organisasjon på bakgrunn av tilsynssaken, skal være forbedringer (Arianson et al., 2008). Gjennom bidrag til forbedring ønsker fylkesmannen å bidra til sikre og trygge helsetjenester. Hver dag skades pasienter på norske sykehus og flere studier peker på at det ofte skyldes svikt på systemnivå (Arntzen, 2014; Rowley & Waring, 2011). Erfaringer fra tilsyn viser at det er noe tilfeldig hvordan avvik fanges opp, korrigeres og analyseres (Gunbjørud, 2007; Hovlid, Høifødt, Smedbråten, & Braut, 2015; Weick & Sutcliffe, 2003). Det er også påvist at det ikke er en direkte sammenheng mellom tilsyn med helsetjenesten og tilsynsobjektets pågående pasientsikkerhetsarbeid for å redusere uønskede hendelser (Wiig & Lindøe, 2009). En norsk studie har vist at læringen av helsetilsyn til dels begrenses til enkel-krets læring, hvilket

medfører begrenset kunnskap om hvorfor avvik oppstod, med påfølgende risiko for gjentakelse (Argyris, 2003; Åsprang et al., 2015).

Formålet med denne oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan fylkesmannen som tilsynsmyndighet arbeider for å bidra til endring og forbedring hos tilsynsobjekt. Tilsyn er kontroll, men hvordan en tilsynsmyndighet utøver denne kontrollen er avgjørende i et forbedringsperspektiv. Dette vil denne oppgaven belyse og drøfte. Gjennom å utforske tilsynsutøveres egne holdninger og oppfatning av rollen som tilsynsutøver, vil oppgaven kunne bidra til å forstå mer om hva som er virkningsmekanismene i fylkesmannens tilsynsstrategi og praksis, samt forstå mer om hvordan fylkesmannen som tilsynsmyndighet arbeider for å bidra til forbedring.

Studiens problemstilling er:

***Hvordan tilpasser fylkesmannen ulike tilsynsstrategier og praksis for å få til varige endringer og forbedring hos tilsynsobjekt i helsetjenesten?***

### 1.3 Begrepsavklaring

Begrepene *regulering* og *tilsyn* brukes ofte om hverandre, men det er viktig å skille dem da de sikter til ulike nivåer. Regulering som begrep sikter til å beskrive samfunnsstyringen gjennom lover og regler, mens tilsyn som begrep handler om den utøvende kontrollen og myndigheters inspeksjon for å sikre samfunnsverdier (Lindøe, Kringen, & Braut, 2012). En hyppig brukt definisjon av tilsyn, som også passer inn i hvordan denne oppgave oppfatter tilsyn er:

*”Regulation is sustained and focused control exercised by a public agency over activities which are valued by a community”* (Selznick, 1987).

Det norske ordet *tilsyn* kan på engelsk oversettes til blant annet ”regulation”, ”audit”, ”inspection” eller ”supervision”. De engelske begrepene henviser ofte til forskjellige deler av prosessen eller nivåer ved en tilsynssak. Ved begrepet *tilsyn* inkluderes både prosessen før, under og etter en tilsynssak. Denne oppgaven vil se nærmere på fylkesmannens tilsynsstrategier og praksis og hvordan disse kan bidra til forbedring hos tilsynsobjektet, gjennom hele prosessen.

Begrepene *tilsynsmyndighet*, *tilsynsutøver* og *tilsynsobjekt* vil bli hyppig brukt i denne oppgaven. Det vil derfor redegjøres for hvordan denne oppgaven definerer begrepene.

Det er i noen deler av oppgaven valgt å kalle fylkesmannen, i sin rolle som ansvarlig myndighet for tilsyn mot helsetjenesten, for *tilsynsmyndighet*. I annen forskningslitteratur, rapporter og studier om tilsyn, vil tilsynsmyndighet også kunne være navngitt som tilsynsaktør, embete eller tilsynsregime. Denne oppgaven har valgt å bruke begrepet *tilsynsutøver*, når det vises til de medarbeidere hos fylkesmannen som arbeider med å føre tilsyn. Informantene til studien bak denne oppgaven er *tilsynsutøvere*. I andre studier kan tilsynsutøvere også være omtalt som tilsynsaktører, revisorer eller revisjonslag, men betydningen vil være den samme.

For å beskrive virksomheten som det blir ført tilsyn med, har denne oppgaven valgt å navngi dem som *tilsynsobjekt*. Når begrepet *tilsynsobjekt* brukes viser det til en sykehusavdeling, en kommunal helseinstitusjon eller andre virksomheter innenfor norsk helsetjenesten, som er objekt for en tilsynssak. I denne oppgaven brukes begrepet *helsetjenesten* om både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Hvis kun én av dem er tema i teksten, vil det være spesifisert hvilken del av helsetjenesten som beskrives.

#### **1.4 Fylkesmannen og Statens helsetilsyn – rollen som tilsynsutøver**

Datamaterialet til oppgaven er innhentet fra fylkesmannen. Det vil her følge en sammenfattende beskrivelse av fylkesmannens og Statens helsetilsyns delte ansvar og oppgaver innenfor tilsyn. Bakgrunnen til at to fylkesmenn er valgt ut som studieobjekt, er for å kunne se nærmere på eventuelle lokale forskjeller i tilsynspraksisen. Staten har gjennom Stortingsmelding nr. 17 og NOU rapporten ”Med åpne kort” uttrykt et ønske om at tilsyn skal praktiseres mer likt (NOU, 2015; St.meld.nr.17, 2003). Det er innenfor helsesektoren avdekket forskjeller i tilsynspraksis, både nasjonalt og regionalt (Arianson et al., 2008; Helsetilsynet, 2015c).

Fylkesmannen er statens representant i fylket og sørger for at mål, vedtekter og retningslinjer fra Stortinget og regjeringen blir videreført og praktisert i fylket og de tilhørende kommunene. Fylkesmannen har en viktig rolle som bindeledd mellom landets sentrale styring og kommunene. Arbeidsfordelingen mellom Helsetilsynet og fylkesmannen kan noen ganger

være uklar (NOU, 2015). Hvert enkelt departement har faglig instruksjonsmyndighet over fylkesmannen innenfor sitt saksområde. Statens helsetilsyn og Fylkesmannen bør anses som selvstendige forvaltningsorgan med betydelig faglig autonomi innenfor sitt område (Kringen, 2012). Statens helsetilsyn kan kobles inn dersom det oppstår situasjoner som tilsier administrative sanksjoner mot helsepersonell. Statens helsetilsyn har også myndighet til håndhevelse som pålegg, tvangsmulkt og stengning. Fylkesmannen arbeider fortløpende med å føre tilsyn, både planlagte tilsyn, hendelsesbaserte tilsyn og behandling av klagesaker.

Systemrevisjoner eller planlagte tilsyn, kalles de omfattende revisjoner der virksomheter og styringssystem kontrolleres etter de på forhånd bestemte revisjonskriterier, satt ut fra kravene i internkontrollforskriften og/eller lovgivningen. Internkontrollforskriften hjelper virksomheter å organisere og utføre tjenestene slik at de er i henhold til helselovgivningen. Ettersom internkontrollforskriften gir virksomheter et vesentlig rom for selvstendige løsninger og lokale tilpasninger, krever den også et større ansvar for intern styring. Ved en systemrevisjon undersøker tilsynsutøver om tilsynsobjekt har styringssystemer som sikrer at kravene i internkontrollforskriften og/eller lovgivningen etterleves. Systemrevisjoner gjennomføres systematisk gjennom dokumentgjennomganger og intervjuer. Systemrevisjonen av helsetjenester i Norge følger en gitt prosedyre som er utarbeidet av Statens helsetilsyn (Helsetilsynet, 2012). Hendelsesbaserte tilsyn kan rettes både mot virksomheter og individer, men gjelder som regel en eller flere enkelthendelser som tilsynsmyndigheten har fått kjennskap til. Hendelsesbaserte tilsyn konsentrerer seg derfor som regel om et smalt felt av virksomheten, og omfatter ikke en helhetlig vurdering av styringssystemet eller tjenesteproduksjonen (NOU, 2015).

Fylkesmannen og Statens helsetilsyn arbeider etter en type risikobasert tilnærming til tilsyn. Risikobaserte tilsyn bygger på at det må foretas en prioritering av hvor tilsyn vil være mest hensiktsmessig å utøve. Tanken bak dette er at tilsynsmyndigheten har et offentlig ansvar for å bruke tildelte ressurser på en effektiv måte (Kringen, 2012).

### **1.5 Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten**

I Norge er det primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som tilbyr offentlige helsetjenester. Fylkesmannen er ansvarlig for å føre tilsyn både med primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten består av mange forskjellige tjenester der blant

annet fastlegeordningen, kommunale rehabiliteringstjenester og kommunale sykehjem skal ivaretas. Spesialisthelsetjenesten er inndelt i fire regionale helseforetak som har et sørge for ansvar for sine respektive helseforetak og private virksomheter med driftsavtaler. Mange mindre sykehus ble slått sammen til et helseforetak (HF) ved sykehusreformen 2002 og hvert helseforetak er i dag egne juridiske enheter. Det har gjennom årene vært en utfordring å etablere fungerende samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, noe blant annet Samhandlingsreformen er et uttrykk for (St.meld.nr.47, 2008-2009).

## **1.6 Oppgavens disposisjon**

Innledningen til denne oppgaven presenteres i Kapittel 1 og inneholder bakgrunn og formål for oppgaven sammen med problemstilling. Kapittelet inneholder også begrepsavklaringer og en sammenstilling av fylkesmannens tilsynsoppgaver og en kort beskrivelse av helsetjenesten. I Kapittel 2 beskrives oppgavens teoretiske tilnærming og teorier om samfunnsregulering. Kapittel 2 inneholder også en teoretisk redegjørelse for relasjonen mellom tilsyn og forbedringsarbeid, samt teorier om organisatorisk læring. I Kapittel 3 vil oppgavens metode presenteres med forskningsdesign, strategi, utvalg, datainnsamling, dataanalyse og metodisk refleksjon. I kapittel 4 redegjøres det for resultatene, og i kapittel 5 følger en diskusjon av oppgavens resultater, der det også gjøres sammenligninger mellom de to fylkesembetene. Kapittel 6 presenterer oppgavens konklusjon. Deretter følger litteraturliste og vedlegg.

## 2. TEORETISK PERSPEKTIV

Dette kapittelet er oppdelt i to hoveddeler. Den første delen vil gjøre rede for grunnleggende teorier om tilsyn og regulering, som i sin tur har påvirket det norske tilsynsregimet til dagens organisering og praksis. Kapittelet starter med en beskrivelse av risikoregulering og rollen som tilsynsutøver, deretter følger en teoretisk redegjørelse av risikobasert regulering, responderende regulering og såkalt ”virkelig responderende risikobasert regulering”. Det vil videre gis en kort presentasjon av effekt av tilsyn, og utfordringer knyttet til å måle effekt. I den andre delen av dette kapittelet vil det redegjøres for den teoretiske forankringen til forbedringsarbeid (i helsetjenesten) og relasjonen mellom forbedringsarbeid og tilsyn. Deretter presenteres tre ulike teorier om organisatorisk læring. Kapittelet avsluttes med en sammenfatning og presentasjon av oppgavens forskningsspørsmål.

### 2.1 Regulering

#### 2.1.1 Risikoregulering

Reguleringsregimer har gjennom tiden blitt bygget opp ut fra samtidens rådende oppfatning av samfunnsrisiko og risikostyring. På samme måte som Ulrich Beck mente at vi lever i et risikosamfunn, så lever vi også på mange måter i en reguleringsstat (Yeung, 2010). I dag kontrolleres de fleste sektorer i vestlige land gjennom ulike reguleringsregimer. Det er stor variasjon i hvordan ulike reguleringsregimer er bygget opp og organisert. Hvordan et regime vurderer risiko ser forskjellig ut og har stor betydning for hvordan tilsynsutøvelsen fungerer i praksis. Hood et. al. definerer tre grunnpremisser som alle reguleringsregimer må ta hensyn til (Hood, Rothstein, & Baldwin, 2001). Et reguleringsregime må være bevisst hvordan det innhenter og deler informasjon, både for å velge ut tilsynsobjekt og for å dele informasjon fra tilsyn. I tillegg må regimet ha systemer for standardsetting som definerer mål eller nivå for tilsynsaktivitetene. Når det gjelder tilsyn med helsetjenesten kan det for eksempel handle om hva som er faglig forsvarlige helsetjenester og hvor listen skal settes for hva som er avvik. Tilsynsmyndigheten må ha en tydelig grense for hva som skal defineres som avvik og ikke. Den tredje premissen er hvordan tilsynsregimet ser på virkemiddel og handlemåter for atferdsendring hos tilsynsobjekt. Hvordan en tilsynsmyndighet kan påvirke atferden til en organisasjon er et vanskelig og omdiskutert tema innenfor regulering (Kagan, Gunningham, & Thornton, 2003; Reiman & Norros, 2002; Shaw et al., 2013), som er av interesse for denne oppgaven.

Majoriteten av vestlige land baserer sitt tilsynsregime på teorier om risikobasert regulering og responderende regulering, til tross for kulturelle forskjeller i tilsynsstrategier og praksis. I Norge finnes rundt førti offentlige organer som arbeider med tilsyn innen mange forskjellige fagområder, og kunnskapsmengden på feltet må antas å være omfattende. Antall myndighetsutøvende tilsyn har vokst seg markant, særlig under innføringen av New Public Management reformer, som stiller høyere krav til interne styringssystemer (Hood et al., 2001; St.meld.nr.17, 2003). Til tross for mange tilsynsmyndigheter i Norge er tilsyn fremdeles et smalt forskningsfelt nasjonalt. Det er derfor behov for å økt empirisk forankring av kunnskapen om tilsyn (Kringen, 2012).

Historisk har forskning om regulering og tilsyn beveget seg mellom motpolene *straff* eller *overtalelse*. Debatt og forskning kretset i 1970-årene først og fremst rundt hvilke av disse virkemiddel som bidro til mest effektive tilsyn. Denne måten å forstå regulering på tegnet et noe skjevt og forenklet bilde av tilsyn og tilsynets virkningsmekanismer. Dagens tilsynsstrategier og tilsynspraksis kan likevel fremdeles delvis deles inn på bakgrunn av de to overordnet kategoriene. Tilsynsmyndigheten kan gi pålegg, sanksjoner og etterfølge tilsynsobjekt som ikke driver i samsvar med loven (deterrence), eller de kan gi råd og veiledning, i tillegg til å forsøke å overbevise tilsynsobjektet til å følge loven (compliance). Disse to prinsipielt forskjellige tilnærmingene til tilsyn kalles i forskningslitteratur *deterrence* og *compliance*. I følge internasjonal forskning er forholdet mellom disse strategier, avskrekking og etterfølgelse eller råd og overbevisning, meget komplekst (Black & Baldwin, 2010; Bukve & Heggdal, 2014). Det å ha mandat til å håndheve anses som en viktig forutsetning for respekt og tillit som tilsynsmyndighet (Baldwin, Cave, & Lodge, 2010).

### 2.1.2 Rollen som tilsynsutøver

Kieran Walshe har laget et rammeverk som er spesifikt for tilsynsutøvelse med helsetjenesten (Walshe, 2003). Der defineres syv grunnleggende elementer som forfatteren mener helsetilsyn bør bygges opp rundt. Knyttet til hvert av disse syv elementene kan det oppstå utfordringer avhengig av tilsynsmyndighetens egenart, ansvarsområde, marked og kontekst. De syv elementene er: 1) tilsynsmyndighetens ansvar og mandat, 2) tilsynsmyndighetens oppgaver og mål med tilsynet, 3) omfanget av tilsynet, 4) hvilken strategi og tilnærming tilsynspraksisen bygger på, 5) hvordan tilsynsmyndigheten kommuniserer og formidler sitt budskap, 6)

hvordan tilsynsmyndigheten måler effekt av egen virksomhet, og til sist, 7) hvilke virkemiddel myndigheten bruker (Walshe, 2003). Særlig de fire siste elementene er viktige deler av selve tilsynsprosessen, som har betydning for forskningsspørsmålene i denne oppgaven. De fire elementene påvirker også hverandre i forskjellig grad. I litteraturen om regulering fremheves at en god dialog er en premis for å påvirke tilsynsobjektet og for å unngå sterkere virkemiddel (Baldwin et al., 2012; Healy, 2011). Hvordan tilsynsutøver kommuniserer med tilsynsobjektet vil kunne påvirke hvilke og på hvilken måte ulike virkemiddel blir brukt.

Diskusjonen om hvilke virkemiddel som vil være mest effektive og handlekraftige ved tilsyn, peker på ett aspekt ved tilsynsutøverens rolle og arbeid. Tilsynsmyndigheter og tilsynsutøver ønsker å bidra til læring av avvik og gi støtte overfor tilsynsobjektet, for å bidra til bedre praksis og for å unngå at feil gjentas (Åsprang et al., 2015). Det å ivareta kontrollfunksjonen som tilsyn faktisk innebærer, og samtidig gi råd om forbedring, kan være svært utfordrende. Tilsynsutøver risikerer å fremstå med en dobbel rolle hvis de ikke balanserer oppgavene mellom kontroll og rådgivning. De er derfor nødt til å være oppmerksomme på eventuell sammenblanding av roller. Gjennom å først prioritere kontrollfunksjonen til eventuelle avvik er definert, kan tilsynsutøver, i den påfølgende prosessen med endringsarbeid og forbedringer, stå mer fritt til å gi råd om forbedring og beste praksis (Gundlach, 2002).

Det har blitt hevdet at tilsynsutøvere må unngå å dele ut skyld for å stimulere til endringsprosesser i helsetjenesten. På same tid diskuteres det hvor lenge det er hensiktsmessig for tilsynsutøver å opprettholde en positiv og støttende holdning, uten at endring skjer hos tilsynsobjektet (Lloyd-Bostock & Hutter, 2008). Sistnevnte poeng er et viktig argument for at tilsynsutøvere må ha myndighet til å ta i bruk forskjellige typer virkemiddel.

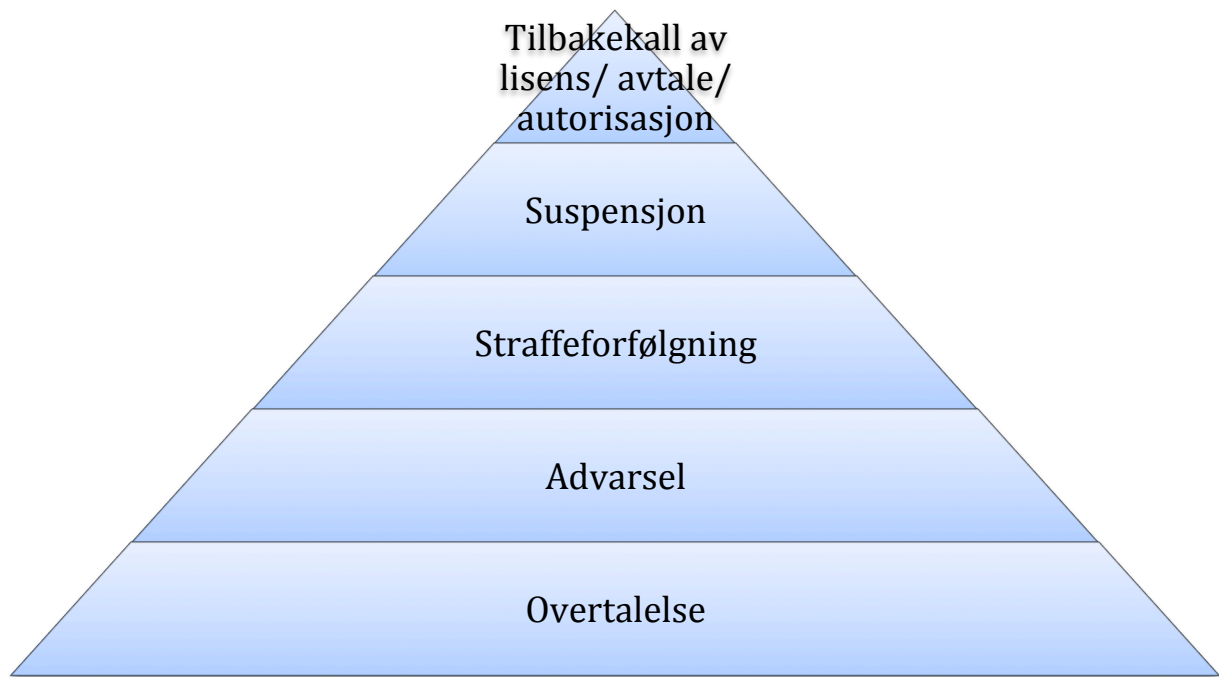
Åpenhet og innsyn er nøkkelbegrep i et demokratisk samfunn. Tilsynsmyndigheter har et samfunnsoppdrag som forplikter dem til å dele informasjon. For en tilsynsutøver har dette praktisk betydning ved at de på den ene siden må verne om integritet og private forhold, men på den andre siden plikter å være ansvarlige ved å informere samfunnet og omgivelsene om feil og mangler ved en virksomhet. Dagens samfunn stiller høyere krav til åpenhet, ikke minst fra et pasient- og brukerperspektiv. Hvor effektiv avsløring, i form av offentliggjøring, er som tilsynsstrategi og virkemiddel er uklart, til tross for at noen forfattere mener at avsløring kan være en viktig premis for å få til endring i en organisasjon (Florini, 2007; Healy, 2011).



### 2.1.3 Responderende regulering

Teorien om responderende regulering har hatt stor innflytelse på tilsynspolitik og praktisk tilsynsutøvelse (Baldwin et al., 2010). Responderende regulering kom som en motsats til 70- og 80-tallets noe forenklete syn på at virksomheter enten var umoralske organisasjoner som bare ville fremme egne økonomiske interesser, eller medgjørlige og godhjertede organisasjoner der svikt først og fremst skyldtes uheldige omstendigheter (Walshe, 2003). I 1992 kom boken *Responsive Regulation* som mente at virksomheter ikke kan kategoriseres som enten gode eller onde, men som mangfoldige og som gjenstand for påvirkning fra sine omgivelser over tid (Ayres & Braithwaite, 1992). *Responsive Regulation* tegner et mer komplekst og mangfoldig bilde av virksomheters etterlevelse av ulike virkemiddel ved tilsyn. Ut fra perspektivet om responderende regulering må tilsynsmyndigheter være adaptive og pragmatiske. Det å skape en god dialog med tilsynsobjekt er noe av kjernen i responderende regulering. Prinsippet er å alltid ta i bruk det svakeste virkemiddelet først, for siden å bruke sterkere virkemiddel dersom det første ikke bidro til ønsket endring (Healy, 2011; Walshe, 2007). Tilsynsmyndigheter bør ha et sett av virkemidler å bruke når det fører tilsyn, og de bør ha myndighet til å etterfølge tilsynsobjekter som bryter loven og samtidig ikke har respondert på svakere virkemiddel. De sterkeste virkemiddel er de som blir minst brukt, derfor er modellen av virkemiddelhierarkiet ofte avbildet som en pyramide (Figur 1).

Teorien om responderende regulering legger også til grunn at en enkelt strategi sannsynligvis ikke vil fungere overfor alle tilsynsobjekt. I følge responderende regulering kan det være misledende å prøve å forstå hvordan en organisasjon responderer på et tilsyn, da det i virkeligheten ofte vil være stor indre variasjon i en organisasjon som blir utpekt som tilsynsobjekt. Responsen kan være sprikende avhengig av hvem du spør og avhengig av i hvilket tidsrom du spør (Walshe, 2003). Det kan finnes indre motsetninger i virksomheter der for eksempel ledelsen kan være mer interessert i etterlevelse av tilsyn enn andre medarbeidergrupper. En god tilsynsmyndighet må derfor kunne ta i bruk forskjellig type tilnærming i forskjellige situasjoner. Tilsynsmyndigheten og tilsynsutøvere må også forstå variasjoner hos tilsynsobjekt, som noen ganger driver godt og andre ganger mindre godt.



**Figur 1. Eksempel på virkemiddelhierarki beskrevet av Gunningham (Gunningham, 2010).**

Ut fra teorien om responderende regulering har nye tilsynsstrategier vokst frem. Et eksempel på dette er ”smart” regulering som blant annet har vært brukt som metode innen regulering av oljenæringen i Norge (Kringen, 2012). Smart regulering tar i bruk en type sosial kontroll gjennom å se hvem og hvilke i tilsynsobjektets omgivelser som kan bidra til å påvirke objektets atferd (Gunningham, 2010). Ideen om smart regulering bygger på at tilsynsmyndigheter kan spille en mer indirekte rolle og heller aktivt utnytte ulike kontrollmekanismer som ligger i tilsynsobjektets omgivelser. Et eksempel på dette kan være å bruke media, der eventuell informasjonsspredning om svikter i en virksomhet raskt kan få store konsekvenser for et tilsynsobjekt. Kieran Walshe (1999) beskriver tilsyn som ikke kun består av to parter; tilsynsmyndighet og tilsynsobjekt, men beskriver tilsyn som en slags treenighet, der også omgivelsene erkjennes å ha stor påvirkningskraft (Walshe, 1999). Eksempel på dette kan være styrende markedskrefter som delvis konkurrer med tilsynsmyndighetens hensyn. En virksomhet som er tilsynsobjekt kan da bli dratt mellom motstridende interesser.

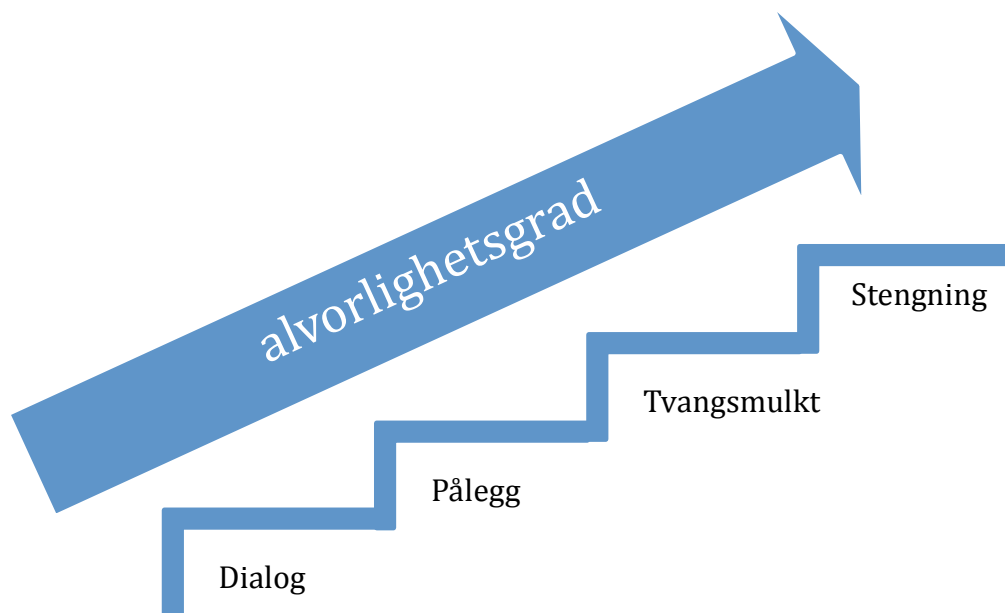
Tilsyn er i de aller fleste tilfeller statlig regulerte virksomheter som finansieres gjennom statsbudsjett og skattemidler. Det ligger derfor et ansvar på tilsynsmyndigheter å holde kostnader nede og ikke bruke opp tilgjengelige ressurser på alt for kostnadskreven prioritertinger. Virkemiddelhierarkiet, i følge responderende regulering, tar derfor ikke bare

utgangspunkt i hva som virker, men også hva som er mest kostnadseffektivt. Ut fra dette perspektivet er de svakeste virkemidlene også de billigste. Tilsynsmyndigheter har et ansvar for å gjøre kost-nytte vurderinger underveis i tilsynsarbeidet og bruke statens midler med fornuft (Walshe, 2003).

Når tilsynsmyndigheten definerer mål og standard for hva som er minstekravene for tilsynet, vil det kunne hjelpe tilsynsobjekt som sliter med sin virksomhet til å forbedre seg. På samme tid som tilsynsobjekt som gjør det dårlig vil få hjelp til å bli bedre, så kan den samme standarden legge unødige begrensninger på andre tilsynsobjekt som gjør det godt. Noen ganger vil altså minstestandarder ved tilsyn virke som en barriere mot forbedring, hos et tilsynsobjekt som allerede presterer over gjennomsnittet. Det er derfor viktig at tilsynsmyndigheter kan bidra og støtte til forbedring for et bredt spekter av virksomheter, ikke kun for dem som presterer dårlig. Dette omtales i litteraturen som at tilsynsmyndigheten skal stimulere til *empowerment* (Walshe, 2003).

Troyen Brennan (1998) har gjennomført en litteraturgjennomgang om sammenhenger mellom reguleringsstrategier og forbedring av helsetjenester. Han mener at filosofien bak responderende regulering i seg selv oppmuntrer tilsynsobjekt til selv-regulering og innovasjon, som i sin tur stimulerer til forbedringsarbeid. Han mener dog at tilsynsmyndighetens mandat til å håndheve er en viktig forutsetning for å få legitimitet (Brennan, 1998).

Teorien og rammeverket til responderende regulering er basert på empirisk forskning, men hvordan teorien fungerer i praksis, og etterlevelsen av den, er lite undersøkt (Nielsen & Parker, 2009). I følge Nielsen sin forskning bidrar en positiv fremtoning hos tilsynsutøver til positive holdninger i tilsynsobjektets organisasjon, men det er høyst usikkert om det bidrar til nødvendige endringer. Det å følge sanksjonstrappen systematisk ser ut til å ha en positiv effekt på tilsynsobjektets etterlevelse av tilsynet (Nielsen & Parker, 2009) (Figur 2). Nielsen sin forskning stiller derfor spørsmål ved hvor lenge det er hensiktsmessig å bruke dialog som virkemiddel hvis tilsynsobjektet ikke responderer på det.



**Figur 2. Statens helsetilsyns sanksjonstrapp. Figuren hentet fra Kringen, 2012.**

#### 2.1.4 Risikobasert regulering

Det norske reguleringsregimet arbeider blant annet etter en risikobasert tilnærming. Det erkjennes at man umulig kan føre tilsyn med alle norske virksomheters sikkerhet og HMS-arbeid. Systemet er derfor i høy grad basert på tillit og selvkontroll i form av internkontrollforskriften som kom 1992 (Lovdata, 2002). På bakgrunn av den informasjon og dokumentasjon tilsynsmyndigheten henter fra virksomheter gjøres det en prioritering av tilsynsinnsatsen, og noen ganger også en vurdering av hvor tilsynsinnsatsen vil kunne ha størst effekt. Lindø et al. formulerer risikobasert regulering slik *”en utpeking av virksomheter og sikkerhetsrelevante forhold for tilsyn på grunnlag av en vurdering av hvor og når helsemessige, sikkerhetsmessige eller miljømessige forhold er høyest”* (Lindø et al., 2012).

Fylkesmannen og Statens helsetilsyn arbeider etter den beskrevne risikobaserte tilnærmingen. Risikobaserte tilsyn bygger på at det må foretas en prioritering av hvor tilsyn vil være mest hensiktsmessig å utøve. Tanken bak denne tilsynsform er at tilsynsmyndigheten har et offentlig ansvar for å bruke tildelte ressurser på en effektiv måte (Kringen, 2012).

Utfordringen ved risikobaserte tilsyn er å avdekke risikofaktorer hos ulike samfunnsgrupper, med mest mulig treffsikkerhet og minst mulig ressursbruk (Baldwin, 2010). Ved risikobaserte tilsyn er det derfor snakk om det som i statistikken kalles type I og type II-feil (OECD,

2012). Type I-feil innebærer å overse virksomheter med høy risiko mens type II-feil betyr å rette søkelyset mot virksomheter med lav risiko. For å finne reelle risikoutsatte grupper og områder kreves en fremgangsmåte som både har høy sensitivitet og spesifisitet. Det vil si sensitivitet til å identifisere, slik at færrest mulig blir oversett, men spesifisitet slik at grupper eller områder der tilsyn ikke er nødvendig ikke inkluderes.

Ved en risikobasert tilnærming vil det alltid finnes en fare for å undervurdere og overse lav-risiko virksomheter (Black & Baldwin, 2012). I følge Black og Baldwin (2012) er også så kalte lav-risiko virksomheter dynamiske og noen få forandringer og tilfeldigheter kan gjøre en lav-risiko virksomhet til en høy-risiko virksomhet uten at tilsynsmyndigheter klarer å fange det opp. Det er derfor fokus på hvordan risikobasert regulering kan finne bedre strategier for å fange opp og vurdere lav-risiko.

En ytterlige utfordring med en risikobasert strategi er å velge ut indikatorer, det vil si hvilke risikofaktorer som skal tillegges vekt. Det skilles mellom iboende risiko og risikofaktorer knyttet til styring og ledelse. Dette betyr i praksis at en virksomhet med høy risiko knyttet til kjernevirksomheten, kan ha god evne til å håndtere risikoen gjennom styringssystemer og god ledelse, og derfor vurderes som lav-risiko virksomhet fra tilsynsmyndighetens perspektiv. En risikobasert tilnærming stille krav til at tilsynsmyndigheten lærer mer om mindre kjente risikofaktorer for at riktige vurderinger skal kunne tas (Baldwin et al., 2012).

#### **2.1.5 Virkelig responderende risikobasert regulering**

Julia Black og Robert Baldwin presenterte i 2010 en ny teori som de kaller ”Really responsive risk-based regulation” der de prøver å fange hovedtrekkene fra både responderende regulering og risikobasert regulering, i tillegg til å forsøke implementere viktige bidrag fra andre teorier, som for eksempel ”smart regulation” (Ayres & Braithwaite, 1992; Black & Baldwin, 2010; Gunningham, 2010). Baldwin og Black (2008) mener at risikobasert tilnærming har blitt utviklet for å håndtere samfunnets ressurser på en nøktern måte, men at de gjennom å utvikle teorien videre ser risikovurderingen i sammenheng med det komplekse bilde som oppstår i praksis ved tilsynsutøvelse (Baldwin & Black, 2008).

Hvis tilsynsmyndigheten skal kunne agere etter metodikken til virkelig responderende risikobasert regulering (Black & Baldwin, 2010), og derigjennom kombinere det å være

virkelig responderende med å samtidig bruke risikobaserte strategier, må de forholde seg til følgende fem punkter:

1. Tilsynsobjektets adferd, holdninger og kultur
2. Tilsynsmyndighetens institusjonelle kontekst
3. De ulike tilsynsstrategienes logikk og interaksjon
4. Tilsynsmyndighetens måloppnåelse over tid
5. Evne til å respondere på endring ved en eller flere av disse momentene

Det vil her gis en dypere redegjørelse for betydningen av disse fem punktene.

*Tilsynsobjektets adferd, holdninger og kultur* er viktig for tilsynsmyndigheten å kjenne til, for å vite noe om hvor medgjørlig en virksomhet er, og i hvor stor grad det er sannsynlig at tilsynsmyndigheten når frem med sine budskap, det vil si har effekt. Atferd og holdning kan endres seg over tid og tilsynsobjekt kan endre tilnærming til tilsynskrav avhengig av ytre og indre påvirkning under prosessen. For å avdekke tilsynsobjektets medgjørlighet bør det gjennomføres ”medgjørlighetsanalyser”. Medgjørlighetsanalyser vil kunne si noe om kultur og væremåter i virksomheten som gjør at tilsynsmyndigheten lettere vil kunne vurdere hvilke tiltak og strategier som kan fungere. Black og Baldwin (2010) viser til to fordeler med å gjennomføre såkalte medgjørlighets- og målgruppeanalyser. Det første er at det vil identifisere de tilsynsobjektene der det vil være enklest og minst kostnadskrevenende å gå inn. Det handler enkelt forklart om hvor tilsynet vil kunne ha effekt. Det andre er at det vil tydeliggjøre hvor det vil være mest fornuftig å mobilisere ressurser i forhold til tilsynsaktivitet. Det i sin tur må tilpasses andre politiske interesser og føringer.

*Tilsynsmyndighetens institusjonelle kontekst* og omgivelsenes institusjonelle kontekst påvirker i høy grad tilsynets interaksjon, prosesser og utfall. Med den institusjonelle konteksten menes ulike samfunnsmessige, organisatoriske, historiske og kulturelle faktorer som legger rammer for hvordan tilsynsmyndigheten praktiserer tilsyn. Tilsynsmyndighetens handlemåter og valg er alltid preget av fordelingen av myndighet og ansvar mellom dem selv og tilsynsobjektet. Dette må tas høyde for innen virkelig responderende risikobasert regulering. Den institusjonelle konteksten vil dermed ha betydning for de krav og prioriteringer tilsynsmyndigheten foretar.

Med *tilsynsstrategiens logikk* menes ikke bare rasjonale bak håndhevingsinstrumentene, men alle de ulike oppgavene som inngår i en tilsynsstrategi. Black og Baldwin (2008) har identifisert fem viktige oppgaver innenfor tilsyn som påvirker logikken, som de kaller for *DREAM* (Baldwin & Black, 2008). *DREAM* er en forkortelse for ”detection, response, enforcement, assessment og modification”. De tre første begrepene beskriver hva tilsyn er og består av; kontroll, reaksjon og avdekke manglende etterlevelse. De to andre begrepene peker på å kunne vurdere virkningen av tilsynet og eventuelt modifisere eller tilpasse seg til endringsprosesser. En virkelig responderende risikobasert tilsynsstrategi trenger å sette seg inn i samspillet mellom disse fem begrepene og utfordringene som ligger der. Hvis et tilsynsobjekt for eksempel holder tilbake relevant informasjon under tilsynet, vil det ha innvirkning på den videre prosessen der effekten av tilsynet kan svekkes og kraftigere reaksjonsmåter bli brukt. Dog må en virkelig responderende risikobasert regulering være pragmatisk og kunne ta i bruk ulike strategier. Derfor bør en tilsynsmyndighet ikke risikere å ødelegge dialogen med tilsynsobjekt ved å bruke avskrekkelsesstrategier (deterrence) eller for kraftige virkemiddel tidlig i prosessen (Baldwin & Black, 2008).

*Tilsynsmyndighetens måloppnåelse* kan påvirkes av flere faktorer i sine omgivelser og det byr derfor på en utfordring å finne valide og reliable metoder for å måle effekt. Det kan være enkelt å måle aktivitetsmål, som for eksempel antall gjennomførte tilsyn, men å si noen om en forbedret kvalitet og sikkerhet lengre ut i verdikjeden er desto vanskeligere. Samtidig er det nettopp forbedret kvalitet og sikkerhet som tilsyn har til hensikt å bidra til.

Den virkelig responderende risikobaserte reguleringen er den første teorien om tilsyn som tar opp viktigheten av at tilsyn kontinuerlig må forholde seg til *endringsprosesser*, når det kommer til de foregående beskrevne punktene. Det kan for eksempel handle om endringer i gjeldende marked, ressurser, prioriteringer, organisering og/eller fleksibilitet. Ingen organisasjon, det vil si tilsynsobjekt, er statisk. Politiske føringer og nasjonale styringsmekanismer vil også endres over tid. I det virkelige livet må tilsynsmyndighetene forholde seg til uforutsette hendelser gjennom hele tilsynsprosessen.

Kritikken mot virkelig responderende risikobasert regulering går blant annet på at den ikke utgjør en testbar teori eller gir noen klare anvisninger for hvilke virkemiddel som bør brukes (Kringen, 2012). Kringen (2012) mener derimot at virkelig responderende risikobasert regulering kan forstås som en slags systematisering av viktige faktorer som har betydning for

hvordan ulike virkemiddel kan påvirkes gjennom tilsynsprosessen. Teorien vil således kunne hjelpe tilsynsutøver å forstå mer om det komplekse samspillet mellom regler og resultater i tilsyn og bruke teorien som en slags sjekklister.

### 2.1.6 Hvordan måle effekt av tilsyn?

For å kunne si noe om hvordan tilsyn og regulering virker, eller om det bidrar til å gjøre en samfunnsnyttig tjeneste, er det avgjørende å kunne måle effekt av de tilsynsaktiviteter som gjennomføres (Brennan, 1998). Det er vanskelig å evaluere tilsynsstrategier og det fremstår uklart hvilke virkningsmekanismer innenfor tilsyn med helsetjenesten som virker best (Healy, 2011). Det er ekstremt vanskelig å finne egnede metoder for å kunne måle og vurdere effekten av ulike tilsynstiltak (Baldwin & Black, 2008). Det er også lite empirisk kunnskap på sammenhenger mellom tilsyn og tilsynsobjektets forbedringsarbeid og kvalitet (Flodgren et al., 2011; Healy, 2011). Likevel fremheves det å kunne måle effekt av tilsyn som et viktig kriterium for kvalitet i flere teorier om regulering (Kringen, 2012). OECD har utviklet *RIA (Regulatory Impact Assessment)* for å støtte nasjoner og myndigheter i sitt arbeid med å måle effekt av tilsyn (OECD, 2012).

Robert Kagan har sett på tilsynsmyndigheters påvirkningsgrad overfor tilsynsobjektets organisasjonsatferd, og mener at tilsynsmyndigheter har stor innflytelse på virksomheters atferd. Forfatterne finner likevel at sosialt press fra omgivelsene og intern ledelse, er enda viktigere og mer sentrale bidrag til at et tilsynsobjekt presterer ”beyond compliance”, det vil si over minstekravet for tilsynet (Kagan et al., 2003).

For å skape tillit til tilsynsmyndigheter er det viktig å vite at tilsyn faktisk bidrar til bedre og sikrere tjenester. Det er også viktig å forstå tilsyn i sammenheng med dagens høyteknologiske helsetjenester som har en meget kompleks og bredspektret oppbygning. Det vil derfor være rimelig å anta at forbedringsprosesser i helsetjenester påvirkes av en mengde andre faktorer enn tilsyn. Det finnes noe evidens for at tilsyn har en positiv innvirkning på tilsynsobjektets pasientsikkerhetsarbeid, men forskningen er ikke entydig (Healy, 2011; Walshe, 1999).

Studier av effekt av tilsyn i en spesifikk kontekst vil ikke være direkte generaliserbar til en annen kontekst. Virkemiddel som er effektive i oljenæringen, vil ikke nødvendigvis fungere i en annen sektor som for eksempel helse og omsorg. Det gir ytterligere utfordringer at effekter av tilsyn i utgangspunkt er et smalt forskningsfelt.

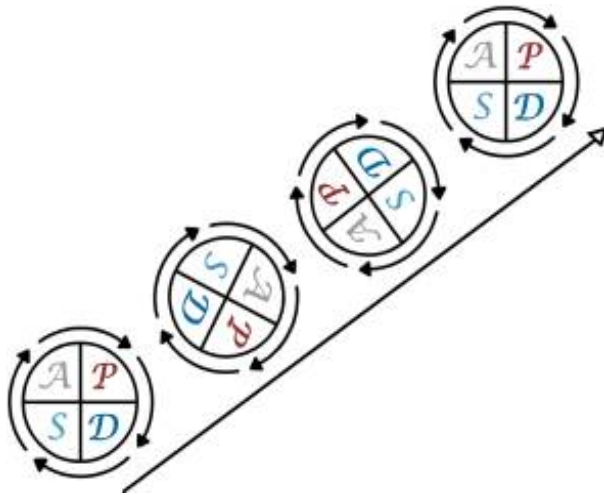


## 2.2 Forbedringsarbeid og organisatorisk læring

### 2.2.1 Relasjonen mellom tilsyn og lokalt forbedringsarbeid

Helsesektoren arbeider hele veien med å oppdatere og søke kunnskap for å forbedre tjenestene sine (Walshe, 2003). Arbeidet med å forbedre tjenestene sikter til å hjelpe flere pasienter, gjør flere friske og skape mer effektive tjenester. Behovet for å arbeide med forbedring kan komme som en konsekvens av politiske krav, lovendringer, oppdaterte faglige retningslinjer, krav fra brukere, ny teknologi eller avviksfunn og uønskede hendelser. Tilsyn kan også bidra til å starte eller fremme forbedringsarbeid hos tilsynsobjekt (Helsetilsynet, 2013; Kongsmo et al., 2015).

Tilsyn kan stimulere til endringsprosesser med forbedring og økt kvalitet av helsetjenester som mål (Flodgren et al., 2011). For å kunne vurdere om de endringer og tiltak som settes i verk for å forbedre helsetjenester faktisk virker, hevder Arntzen at forbedringsarbeidet må systematiseres og løftes til øverste nivå i organisasjonen (Arntzen, 2014). En annen suksessfaktor for å lykkes er at forbedringsarbeidet må forankres i hele organisasjonen, det vil si hos ledelse, fagmiljø og brukere. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten bruker Demings sirkel i forbedringsarbeid og oppfordrer helsetjenesten til å ta i bruk modellen (Deming, 2000; Kongsom & Vege, 2015). Demings sirkel skal hjelpe helsepersonell til å vurdere om iverksatte endringer faktisk leder til forbedring. Modellen bygger på fire prosesser; PLAN, DO, STUDY og ACT. Demings forbedringssirkel finnes i flere reviderte og justerte utgaver (Kongsom et al., 2015). Grunnprinsippene er disse: *Plan* – Når et område med potensiale for forbedring er pekt ut, må det lages planer og rutiner for hvordan målet skal nås. *Do* – Siden må planen og rutinene gjennomføres og følges. Samtidig som dette skjer må data samles inn systematisk for senere å kunne evaluere tiltaket. *Study* – Når tiltaket har pågått en stund må planer og rutiner evalueres. Leder tiltakene til forbedring? Er planen og rutinene til hjelp for å nå målet? I denne fasen kan planer og rutiner justeres for å bli mer treffsikre. *Act* – Når eventuelle endringer er gjort fortsetter prosessen. Hvis det fungerer bra gjøres ingen endringer, hvis det ikke fungerer kan nye endringer gjennomføres. Plan, do, study, act forsetter siden om og om igjen, og leder forhåpentligvis til stadig små forbedringer som gjør at utviklingen beveger seg oppover.



**Figur 3. Modell for Demings forbedrings sirkel basert på "plan-do-study-act" metodikken som brukes av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Konsmo et al., 2015).**

Fylkesmannens tilsynsaktiviteter og lokalt forbedringsarbeid hos tilsynsobjekt er generelt sett to prosesser som ikke er integrert. Det er ikke uvanlig at tilsynsobjekt driver på med flere prosjekter for forbedring, men at fylkesmannen finner avvik innenfor akkurat de områdene. Det finnes ingen motsigelse i at forbedringsarbeid og svikt kan sameksistere hos en virksomhet, men det er ønskelig at tilsyn skal føre til forbedringsarbeid på akkurat de områder der svikt og mangler identifiseres. Brennan (1998) mener at for strenge virkemiddel ved tilsyn kan skape dårlig dialog med tilsynsutøver, og forhindre motivasjon til å arbeide med videre forbedring (Brennan, 1998).

Hvis uønskede hendelser skal virke som en inspirasjonskilde til å forbedre tjenestene og fungere som læring, er det viktig at rammebetingelsene og ledelsen legger til rette for det (Gunbjørud, 2007). En annen utfordring som kan komme til uttrykk ved et tilsyn, er eksempelvis manglende prosedyrer for behandling eller interne ansvarsforhold. I klinisk pasientsikkerhetsarbeid, som en del av forbedringsarbeidet, vil man blant annet prøve å lage standardiserte prosedyrer for pasientbehandling som bygger på beste evidensbaserte praksis. Å finne frem til og skape enighet rundt hva som er den beste praksis kan være en svært utfordrende prosess. Det råder ofte sprikende oppfatninger hos fagfolk om hva som er beste evidensbaserte praksis (Arntzen, 2014). Uoppklarte og sprikende meninger i en avdelingen kan være en mulig årsak til at prosedyrer og retningslinjer ikke finnes tilgjengelig for tilsynsutøver.

### 2.2.2 Organisatorisk læring

Læringsprosesser skjer både på samfunns-, organisasjons-, gruppe- og individnivå. Det vil for denne oppgaven derfor være av interesse å utdype begrepet organisatorisk læring, da tilsynsobjektets organisasjon forventes å foreta endringer og forbedring på bakgrunn av funn og avvik fra tilsynsaktiviteten. Tilsynsmyndigheten sier aldri konkret hvordan det skal gjøres, men kan peke på feil og mangler ved tilsynsobjektets virksomhet som må følges opp. Det finnes studier som peker på at helsetjenesten mangler kompetanse til å analysere hendelser og sette i verk tiltak for å lære av dem (Krogstad & Saunes, 2009).

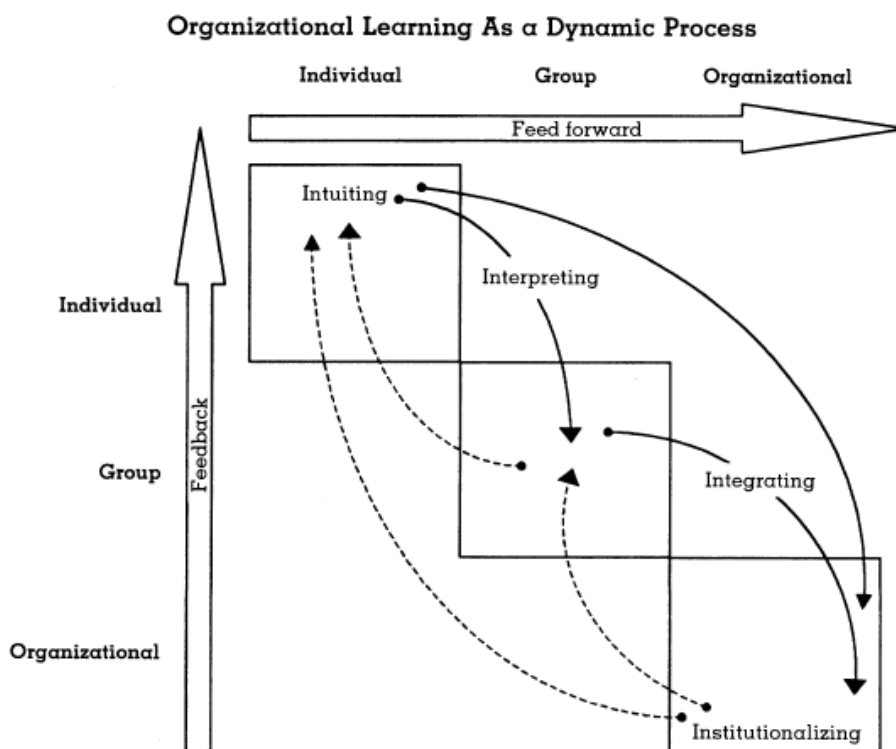
Det hevdes at bakgrunnen for at helsetjenesten fremdeles sliter med å lære av uønskede hendelser til dels skyldes motstand mot dypgående systematiske gjennomganger, i tillegg til utfordringer ved arbeidskulturer som ikke reagerer på feil og svikt (Rowley & Waring, 2011). Modellen trippel Helix kan gi mer kunnskap om læringsmekanismer ved planlagte tilsyn, som ikke baserer tilsyn på enkelthendelser, men heller ser på styringssystem. Organisatorisk læring kan beskrives som en prosess der det legges til rette for kommunikasjon og informasjonsdeling både innad i organisasjonen og på tvers av organisasjoners grenser (Wiig & Lindøe, 2009; Aase & Wiig, 2015). Det er beskrevet tre forutsetninger, som alle må være integrert, for å gjøre organisatorisk læring mulig (figur 4). Læringen må dels baseres på individuell erfaring hentet fra en spesifikk hendelse. Det må siden åpnes opp for dialog der alle kan dele og utveksle erfaring. Basert på dialogen og refleksjonen rundt hendelsen, kan det siden gjøres endringer både for individuell og kollektiv praksis. For at organisatorisk læring skal kunne skje må alle disse tre deler være tilstede og integrert. Denne tredelte modellen kalles trippel helix (Swart & Pye, 2003).



- Hendelse/erfaring
- Kreativ dialog rundt hendelse/erfaring
- Kollektiv praksis

***Figur 4. Organisatorisk læring integrert i tre delprosesser - Trippel Helix-modellen (Swart & Paye, 2003).***

Det forutsettes noen ganger at læring er en analytisk og bevisst prosess. Crossan et al. argumenterer derimot for at læring er en dynamisk prosess som alltid begynner på individnivå og som ofte skjer intuitivt og ubevisst (figur 5) (Crossan, Lane, & White, 1999). Vi har gjerne vansker med å redegjøre for hvordan vi har lært noe som vi senere gjør på autopilot, nettopp fordi læringen har skjedd intuitivt og ubevisst. Gjennom fortolkning, både på individ- og gruppenivå, kan vi forstå kunnskapen eksplisitt og klarer å se sammenhenger. Ved fortolkning kan en gruppe dele forståelser og gi felles mening til fenomener og hendelser. Der integreres og utvikles begrep og felles praksis. Det er først når læringsprosessen institusjonaliseres at læringen skjer på organisasjonsnivå. Den type læring er innebygd i en organisasjons ulike systemer, strategier og rutiner og kan beskrives som organisasjonens ”infrastruktur”. Det tar tid å overføre læring fra individ til gruppe og fra gruppe til organisasjon, hvilket kan medføre at læring som blir institusjonalisert i organisasjonen, noen ganger ikke passer med den aktuelle konteksten den skal anvendes i. Utfordringen for organisasjoner er å fungere i krysningspunktet mellom hva som er institusjonalisert fra tidligere og behovet for ny organisatorisk kunnskap som må vokse frem som en prosess fra individ til organisasjonsnivå (Crossan et al., 1999).



41 Model of an Organisational Learning (Crossan et al., 1999)

*Figur 5. Organisatorisk læring i følge Crossan et al. (1999)*

### 2.2.3 Enkel-krets og dobbel-krets læring – en modell for organisatorisk læring

Chris Argyris har utviklet begrepene enkel-krets og dobbel-krets læring. Begrepene kan hjelpe oss til å forstå hvordan en organisasjon lærer, både generelt og av uønskede hendelser. Begrepene kan særlig hjelpe oss til å forstå mer om hvorfor feil gjentas (Argyris, 2003). Enkel-krets læring oppstår når en feil i et systemet er identifisert og rettet opp i, uten at underliggende mønstre eller rasjonale for atferd er endret, noe som egentlig er hovedårsaken til at svikt oppstår. Dobbelt-krets læring finner sted når identifiserte feil rettes opp gjennom identifikasjon og endring av de de underliggende mønstre eller rasjonale som bidro til feilen. Risikoen for at feilen skal gjentas er dermed redusert. Ved enkel-krets læring er det derimot stor risiko for at feilen vil skje igjen, ettersom man kun har tatt tak i symptomet, og ikke den bakenforliggende årsaken til problemet. For å oppnå dobbel-krets læring er det en forutsetning at det opprettes nye rutiner som bygger på en dypere forståelse av hvorfor svikt oppstod. Ved dobbel-krets læring må for eksempel uønskede hendelser ses i sammenheng og fra flere perspektiv, og dermed avdekke og endre uheldig og ubevisst atferd. Det kan være en utfordrende prosess å gjennomføre dobbel-krets læring, men det er helt avgjørende for å redusere risikoen for uønskede hendelser.

Weick (2003) har skrevet om effekten av manglende dobbel-krets læring gjennom å ta et engelsk sykehus som eksempel. Ved sykehuset var det signifikant høyere risiko for dødsfall ved kirurgi enn ved andre engelske sykehus. I stedet for å undersøke bakenforliggende årsaker til svikt, ble svikten bortforklart og bagatellisert. At sykehuset ikke klarte å endre den negative trenden skyldtes blant annet en ”syndebukk-kultur” og redsel for å gjøre feil. Kulturen hemmet læring og forhindret dypere forståelse av bakenforliggende negative mønstre (Weick & Sutcliffe, 2003).

En norsk studie av organisatoriske effekter av tilsyn, fant at læringen fra tilsyn til dels var begrenset til enkel-kretslæring, til tross for at tilsynsutøver ønsket å stimulere til forbedringstiltak og fremme organisatorisk læring (Åsprang et al., 2015). I følge studien vil enkel-krets læring (Argyris, 2003) forhindre prosesser som bidrar til varige endringer, og de tiltak som gjennomføres vil bære preg av å være ad-hoc løsninger.

Fra ideen om enkel-krets og dobbel-krets læring har det i senere år blitt utviklet en læringsmodell som er spesifikt rettet mot tilsyn, som i tillegg inneholder tredje-krets læring (Healy & Braithwaite, 2006). I følge denne modell oppstår tredje-krets læring når tilsynsutøver (eller andre for eksempel ledere) lærer ved å overvåke et tilsynsobjekts dobbel-krets læring, og siden reviderer revisjonskravene i forhold til det.

Hansen et al. (1999) har studert strategier for læring i ulike sektorer, blant annet helsesektoren. Deres resultat viser at den beste strategien for å lære er når ledelsen legger til rette for at kunnskap formidles både skriftlig og direkte mellom ansatte. Studien påpekte at skriftlig formidling er utilstrekkelig for å integrere ny kunnskap. Verdien av direkte kommunikasjon er avgjørende for å endre på rutiner og mønstre i en organisasjon (Hansen, Nohria, & Tierney, 1999).

### **2.3 Sammenfatning av teori med forskningsspørsmål**

Denne siste del av kapittelet vil gi en kort sammenfatning av beskrevne teorier og hvordan disse er knyttet til oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Utfra de beskrevne teoriene utledes fire forskningsspørsmål som belyser oppgavens hovedproblemstilling:

## **Hvordan tilpasser fylkesmannen ulike tilsynsstrategier og praksis for å få til varige endringer og forbedring hos tilsynsobjekt i helsetjenesten?**

Tilsynsregimer bygger til dels på hverandre og har blitt utviklet over tid, basert på samfunnets oppfatning av risiko (Hood et al., 2001). Tilsynspraksis og tilsynsstrategier bygger blant annet på teorier om risikobasert regulering, responderende regulering og virkelig responderende risikobasert regulering (Black & Baldwin, 2010, 2012; Kringen, 2012). Den nyeste av teoriene er *virkelig responderende risikobasert regulering*. Det er denne teorien som ligger til grunn for analysen og diskusjonen av datagrunnlaget og resultatene i oppgaven.

Tilsynsmyndighetens fremste oppgave er å utøve kontroll, men tilsyn ønsker også å bidra til forbedringer og støtte tilsynsobjekt i endringsprosesser (Flodgren et al., 2011; Healy, 2011; Helsetilsynet, 2015c). Det kan være utfordrende å kombinere de to funksjonene som tilsynsutøver. Tilsynsmyndighetens institusjonelle kontekst vil kunne ha betydning for de krav og prioriteringer tilsynsmyndigheten foretar (Black & Baldwin, 2010). God dialog er en premiss for å påvirke tilsynsobjektet og unngå sterkere virkemiddel (Ayres & Braithwaite, 1992; Healy & Braithwaite, 2006). Samtidig mener flere forfattere at det å ha mandat til å håndheve er en viktig forutsetning for å ha legitimitet som tilsynsmyndighet (Baldwin et al., 2012; Nielsen & Parker, 2009).

Det fremstår uklart hvordan ulike virkningsmekanismer fungerer i praksis innenfor tilsyn med helsetjenesten (Healy, 2011). Det finnes også lite empirisk kunnskap om sammenhenger mellom tilsyn og tilsynsobjektets forbedringsarbeid og kvalitet (Brennan, 1998; Flodgren et al., 2011). På bakgrunn av denne sammenfatning er studiens første forskningsspørsmål: ***Hvordan organiserer fylkesmannen sitt arbeid for å få til forbedring og endring hos tilsynsobjekt i helsetjenesten?***

Tilsynsrapporter bør gjennomgås systematisk av ledelsen og brukes aktivt, også på andre områder enn det som har vært gjenstand for tilsyn (Arntzen, 2014; Gunbjørud, 2007). En norsk studie om effekter av tilsyn, fant at læringen av tilsyn var begrenset til enkel-krets læring (Argyris, 2003; Åsprang et al., 2015). Responderende regulering legger vekt på at tilsynsmyndigheter bør være adaptive og pragmatiske (Ayres & Braithwaite, 1992). Det å skape en god dialog med tilsynsobjekt er noe av kjernen i tilsynsarbeidet. Prinsippet er å alltid ta i bruk det svakeste virkemidlet først for siden å bruke sterkere virkemiddel ved behov

(Healy, 2011; Walshe, 2007). Det blir stilt spørsmål ved hvor lenge tilsynsmyndighet skal bruke støttende virkemiddel, uten at endring skjer hos tilsynsobjektet (Nielsen & Parker, 2009). Ut fra disse teorier er det grunn til å spørre hvilke egenskaper som vektlegges ved tilsyn, for å komme i posisjon til å bidra til endring og forbedring hos tilsynsobjektet.

Oppgavens andre forskningsspørsmål er: ***Hvilke egenskaper vektlegger tilsynsutøvere som sentrale for å bidra til endring og forbedring hos tilsynsobjekt i helsetjenesten?***

For å vurdere om tilsyn virker som planlagt er det avgjørende å kunne måle effekt av de tilsynsaktiviteter som gjennomføres (Brennan, 1998). Både responderende regulering og virkelig responderende risikobasert regulering er opptatt av tilsynsmyndighetens måloppnåelse og tilsynsmyndighetens bevissthet rundt hva som virker ved tilsyn (Black & Baldwin, 2010; Walshe, 2007). Til tross for flere forsøk er det ekstremt vanskelig å finne egnede metoder for å kunne måle og vurdere effekten av ulike tilsynstiltak (Baldwin et al., 2012). Det er også viktig å huske på at effekt av tilsyn i en spesifikk kontekst ikke vil være direkte generaliserbar til en annen kontekst. Oppgavens tredje forskningsspørsmål er:

***Hvordan måler fylkesmannen effekt av egen tilsynsvirksomhet med helsetjenesten?***

Det er stor variasjon i hvordan ulike reguleringsregimer er bygget opp og organisert. Det er også forskjeller i hvordan ulike regimer vurderer risiko, hvilket kan ha betydning for hvordan tilsynsutøvelsen fungerer i praksis (Hood et al., 2001). Statens helsetilsyn er opptatt av å minimere ulikheter ved tilsynspraksis (Helsetilsynet, 2009, 2015c). Derfor er oppgavens fjerde forskningsspørsmål: ***Er det, og i så fall hvordan kommer det til uttrykk, noen lokale forskjeller i tilsynspraksis og strategi mellom to fylkesembeter?***



### 3. METODE

I dette kapitlet presenteres oppgavens metodiske tilnærming. Metodedelens hensikt er å tydelig formidle hva som skal studeres og fremfor alt hvordan det skal studeres. Kvaliteten på en studie avgjøres i stor grad av studiens evne til å gi valide og reliable svar på forskningsspørsmålene. Gjennom å sette seg inn i hvordan studien er oppbygget og hvordan forskningsprosessen har forløpt vil leser kunne vurdere svakheter, validitet og reliabilitet ved studien.

#### 3.1 Forskningsstrategi

For å forstå mer om tilsynsstrategier og praksis i sin kontekst hos fylkesmannen, har denne oppgave valgt casestudie som tilnærming. Casestudier egner seg til å søke dypere kunnskap om et sosialt fenomen og kan i tillegg hjelpe oss å utvikle teorier rundt fenomenet.

Tilnærmingen kjennetegnes av å undersøke et fenomen basert på empiri. Et viktig poeng med casestudier er at fenomenet som skal studeres må forstås i sin rette kontekst. I denne studien er fenomenet som studeres *tilsynsstrategi og praksis* og konteksten er organisasjonen som i dette tilfelle er *fylkesmannen*. Casestudier er en hensiktsmessig strategi for å finne en empirisk link mellom fenomen og kontekst (Yin, 2014).

Ut fra Blaikies (2010) beskrivelse av forskningsstrategier, er en abduktiv strategi valgt for denne oppgaven (Blaikie, 2010). Metaforisk kan en si at ved å velge forskningsstrategi, velger en hvilken type briller en setter på seg for å studere et forskningsobjekt. Noe forenklet kan man si at induktiv forskningsstrategi egner seg for å besvare "hva" spørsmål og abduktiv forskningsstrategi egner seg for å besvare "hvordan" spørsmål. Forskning har som regel generaliserende ambisjoner (Danermark, 2003), men hvordan en velger å studere sosiale fenomener og hvilken konklusjoner en gjør vil kunne variere. For å besvare forskningsspørsmålene i denne oppgave, har det blitt brukt en abduktiv forskningsstrategi der hensikten er å forstå mer om hvordan fylkesmannen tilpasser sin tilsynsstrategi og praksis for å kunne få til forbedring i helsetjenesten. Det teoretiske fundamentet som presenteres i kapittel 2, vil være en premiss for hvordan dataanalysen foregår og behandles. Det å forstå sine resultat i lys av teorier, er typisk for en abduktiv forskningsstrategi. Danermark (2003) mener at for å forstå enkelthendelser i en større sammenheng må vi tilegne oss kunnskap om begrep, teorier og modeller som tilbyr oss rom for fortolkning av disse hendelser. Abduktiv

forskningsstrategi vil kunne gi oss ny innsikt i et allerede kjent fenomen. Danermark beskriver det som ”re-kontekstualisering”, når forskningen utgår fra en på forhånd kjent teori (Danermark, 2003). Denne oppgaven baserer seg *ikke* på noen hypotese, som er kjennetegnet av en deduktiv strategi (Blaikie, 2010).

### 3.2 Forskningsdesign

Casestudier kjennetegnes av at forskeren vil forstå en hendelse eller situasjon som er avgrenset i tid og rom, og at hendelsen kan ha flere variabler som er av interesse. Man kan i casestudier derfor velge å analysere fenomenet på flere nivåer, for eksempel både på individ- og organisasjonsnivå (embedded) eller velge å analysere på ett nivå (holistic) (Yin, 2014). Da casestudien i denne oppgaven vil forstå mer om tilsynsstrategier og praksis på organisasjonsnivå (meso), det vil si ett nivå, velges holistisk tilnærming til case. Videre kan casestudier inneholde et case (enkelt) eller flere case (multippel). Denne studien inneholder to case, da to fylkesmenn deltar, og studien kan derfor klassifiseres som en multippel casestudie. Valget baseres på et ønske om å forstå hvordan fylkesmannen fortolker og praktiserer tilsyn i sin kontekst, for deretter å forstå likheter og forskjeller mellom casene som hver fylkesmann utgjør. Det vil være viktig å gi en helhetlig beskrivelse av den enkeltes tolkninger og forståelse av fenomenet tilsynsstrategier og praksis som studien tar for seg. Det finnes ingen objektiv sosial virkelighet som alle kjenner seg igjen i. Ulike forståelser og opplevelser gir mening i en bestemt sosial kontekst. Styrken ved casestudier er nettopp at de tenderer å få frem relevante og nyanserte data som ikke løsrives fra sin kontekst (Yin, 2014).

Det komparative elementet ved studien er å gjøre en sammenligning og avdekke eventuelle likheter og forskjeller mellom de to casene som er inkludert i studien. Det å avdekke eventuelle lokale forskjeller i tilsynspraksis vil være av interesse både for fylkesmenn og Statens helsetilsyn som ønsker å redusere ulikheter ved tilsynspraksis i Norge (Helsetilsynet, 2009, 2015c).

### 3.3 Valg av case og kontekst

Fylkesmannen har til sammen 18 embeter rundt om i Norge. To case utgjør er inkludert i denne studien og disse er rekruttert fra helse- og sosialavdelingen ved to av fylkesmannens embeter. Helse- og sosialavdelingen er den avdelingen ved fylkesmannen som er ansvarlige for å føre tilsyn med helse- og sosialtjenestene i fylket, der både primærhelsetjenesten og

spesialisthelsetjenesten er inkludert, i tillegg til sosial- og barneverntjenester. Tilsyn med barnevern- og sosialtjenester er ikke inkludert i studien. Avdelingen har i oppgave å kontrollere kvaliteten på de tjenester som tilbys i fylket og videreføre helsepolitiske nasjonale føringer. Avdelingene har tverrfaglig kompetanse med juridisk-, medisinsk-, helse-, sosial- og samfunnsfaglig kompetanse blant medarbeiderne. Avdelingene ledes av fylkeslegen i fylket. De to avdelingene som er valgt ut som case, er valgt ut fordi de befinner seg innenfor samme helseregion<sup>1</sup> og både har et omtrentlig likt antall kommuner å forholde seg til, i tillegg til et stort universitetssykehus i sitt ansvarsområde (Tabell 1). Likhetene i konteksten til avdelingene gjør at de egner seg for sammenligning.

<b>Kontekst</b>	<b>Fylkesmann I</b>	<b>Fylkesmann II</b>
<b>Antall ansatte i avdelingen</b>	46	37
<b>Antall helseforetak i ansvarsområdet</b>	2	1
<b>Antall kommuner i ansvarsområdet</b>	33	26

*Tabell 1. Kontekstuell beskrivelse av casene.*

### **3.4 Datainnsamling**

Datainnsamlingen baserer seg på metodetriangulering av dokumentanalyse, forskningslitteratur og oppgavens hoved datakilde som er kvalitative intervjuer.

#### **3.4.1 Intervjuer**

Studien ble i april 2015 meldt til og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (Referansenr. 43182) (vedlegg III). Grunnet personvernetiske hensyn vil det ikke fremgå hvilke fylkesembeter som deltar i studien.

Fylkeslegene, fra de deltakende fylkene, ble kontaktet per e-post og telefon og tok deretter stilling til avdelingens deltakelse i studien. Fylkeslegen har sammen med sin avdelingen stått for utvalget av informanter basert på studiens informasjonsskriv (vedlegg 1), der de har tatt hensyn til å rekruttere erfarne tilsynsutøvere som informanter. En antakelse tidlig i studiens forløp var at erfarne tilsynsutøvere ville kunne formidle mer dyptgående kunnskap om tilsynsstrategier og praksis, enn de med mindre erfaring. Alle informanter til studien har levert

<sup>1</sup> Spesialisthelsetjenesten i Norge er organisert og delt inn i fire helseregioner.

skriftlig samtykke til at de lar seg intervjuet og at intervjuet kan tas opp på lydopptaker. Det er presisert i infoskrivet at deltakelse i studien er basert på frivillighet.

Datamaterialet til denne studien ble innsamlet gjennom individuelle kvalitative intervjuer med tilsynsutøvere ved fylkesmannen. Studien har til sammen ti nøkkelinformanter (tabell 2), fem fra fylkesmann I og fem fra fylkesmann II. Intervjuene ble gjennomført i juni og juli 2015 ved fylkesmannens kontorer i de deltagende fylkene. Forfatteren av oppgaven gjennomførte samtlige intervjuer. Alle ti nøkkelinformanter arbeidet med å planlegge og føre tilsyn med helse- og omsorgstjenester i primær- og/eller spesialisthelsetjenesten. Av informantene var syv kvinner og tre menn. Syv av dem som ble intervjuet hadde revisjonslederkompetanse (leder av et tilsyn) og tre hadde status som medarbeidere i tilsynslag (team som fører tilsyn). De aller fleste intervju varte ca 45 minutt, men det lengste intervjuet varte i en time og fem minutt. To av ti intervju varte i over en time.

<b>Fylkesmann I</b>	<b>Stilling</b>	<b>Arbeidsoppgaver innen Spesialisthelsetjeneste/ Primærhelsetjeneste</b>	<b>Revisjonsleder kompetanse</b>
<b>Informant 1</b>	Fylkeslege	S + P	Ja
<b>Informant 2</b>	Seksjonsleder	S + P	Ja
<b>Informant 3</b>	Seniorrådgiver/ jurist	P	Ja
<b>Informant 4</b>	Ass. fylkeslege	P	Nei
<b>Informant 5</b>	Seksjonsleder	S + P	Ja

<b>Fylkesmann II</b>	<b>Stilling</b>	<b>Arbeidsoppgaver innen Spesialisthelsetjeneste/ Primærhelsetjeneste</b>	<b>Revisjonsleder kompetanse</b>
<b>Informant 6</b>	Ass. Avdelingsdirektør	P	Ja
<b>Informant 7</b>	Seniorrådgiver / sykepleier	S + P	Ja
<b>Informant 8</b>	Ass. fylkeslege	S + P	Ja
<b>Informant 9</b>	Fylkeslege	S + P	Nei
<b>Informant 10</b>	Seniorrådgiver/ jurist	S	Nei

*Tabell 2. Oversikt over studiens informanter og oppgaver.*

Det ble utviklet en intervjuguide (vedlegg II) med følgende tema: tilsynsstrategier, endringsprosessen og interaksjon/omdømme. Spørsmålene knyttet til tilsynsstrategier handlet om fylkesmannens tilnærming og praksis ved tilsynssaker. Spørsmålene knyttet til

endringsprosessen handlet om hvordan fylkesmannen arbeidet for å støtte tilsynsobjekt som strever med å ordne opp i avvik og hvordan fylkesmannen håndterer uenigheter og motstand ved tilsynssaker. Tema om interaksjon/omdømme handlet om samarbeid (både internt og eksternt), forhold til media og hvilke egenskaper informantene mente var viktige å arbeide med tilsyn. Intervjueguiden inneholdt til sammen tjuesyv spørsmål (vedlegg 2).

Intervjuene foregikk som en dialog og intervjuguiden ble i hovedsak brukt for å sjekke ut at alle tema var blitt dekket. Spørsmålene i intervjuguiden var i stort grad formulert som hvordan-spørsmål, slik at en unngikk ”ja” og ”nei” spørsmål. Målet med intervjueguiden var å åpne opp for unike og egendefinerte meninger om tilsynsstrategi og praksis fra informantene. Under intervjuene ble det lagt vekt på å være en god lytter, det vil si være adaptiv og åpen for å stille oppfølgingsspørsmål og fange opp ting som blir sagt ”mellom linjene” (Yin, 2014). Ved datainnsamling er det viktig å ikke være for forutinntatt om informanten og kontekst, hvilket innebærer å være åpen for svar som ikke er forventet (Yin, 2014). Alle intervjuer ble tatt opp på bånd og oppvart i et låst skap, utilgjengelig for andre enn forfatteren, i tråd med godkjenningen fra Personvernombudet for forskning (NSD).

### 3.4.2 Litteratursøk

Den forskningslitteratur som oppgaven anvender er i hovedsak søkt opp via universitetsbibliotekets databaser. De databaser som har blitt brukt er: Oria, Google Scholar, PubMed, Academic Search Premier og UiS Brage. Databasene finnes tilgjengelige via Stavanger universitetsbiblioteks hjemmeside. De søkeord som har blitt brukt er *regulation*, *external inspection+health care*, *regulatory assessment*, *risked-based regulation*, *responding regulation*, *regulation+compliance*, *regulation+ health care*, *healt care improvement*, *organizational learning+regulation*. Studiene fra litteratursøket dannet bakgrunn for kunnskapsstatus, teoretisk tilnærming og studiens innretning.

### 3.4.3 Dokumenter

Fylkesmannens oppdrag, strategier og praksis er beskrevet gjennom flere styrende dokumenter. For å få en dypere forståelse for oppdraget til fylkesmannen har flere dokument blitt analysert som en del av metodetrianguleringen i denne oppgaven (tabell 3). Alle dokument i tabell 3 finnes offentlig tilgjengelig på internett, blant annet via hjemmesiden til Statens helsetilsyn ([www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)) og fylkesmannen ([www.fylkesmannen.no](http://www.fylkesmannen.no)). Disse

er anvendt i oppgaven for å forstå kontekst, bakgrunn, krav, forventninger, regelverk og prosedyrer for tilsynsutøvelse og tilsynspraksis.

---

<b>Dokumentinnsamling</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Strategiplan 2010-2012 - Statens helsetilsyn</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon 2012 – Statens helsetilsyn</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tilsynsmelding 2014 – Statens helsetilsyn</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tilsynsmelding 2013 – Statens helsetilsyn</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>En deskriptiv undersøkelse av tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester 2013 – Statens helsetilsyn</b></li><li>• <b>Med tilsynsblikk på alvorlige og uventede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Status og erfaringer 2014 fra Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter – Statens helsetilsyn 2011</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Landsomfattende tilsyn i 2014 – Statens helsetilsyn</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten – Lovdata / Helse- og omsorgsdepartementet – <a href="http://www.lovdata.no">www.lovdata.no</a></b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Helsetilsynsloven – Lovdata / Helse- og omsorgsdepartementet - <a href="http://www.lovdata.no">www.lovdata.no</a></b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>St Meld nr 17. Om Statlige tilsyn (2002-2003) – Regjeringen Bondevik II</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hjemmesiden til Fylkesmannen - <a href="http://www.fylkesmannen.no">www.fylkesmannen.no</a></b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tilsynsrapporter fra planlagte tilsyn 2014, fra fylkene der casene her hentet fra. (Hvilke kan ikke oppgis grunnet krav om anonymitet fra NSD)</b></li></ul>

---

*Tabell 3. Dokumentinnsamling*

### **3.5 Dataanalyse**

Det finnes ulike strategier for å analysere data i kvalitativ forskning. Hensikten med analysen er å få frem essensen av datamaterialet, gjennom å komprimere og strukturere innholdet og prøve å kategorisere det (Malterud, 2012). Forskeren må sikre en høy kvalitet av analysen gjennom å behandle det empiriske datamaterialet nøyaktig og systematisk og være bevisst ulike type fortolkninger (Yin, 2014). Kvalitativ forskning kan bruke ulike tilnærminger for å analysere materialet, men felles for disse er at de er fortolkende (Dalen, 2004; Yin, 2014). Fortolkning bygger på våre antakelser og forventninger, men utvikler seg i dialogen mellom

informant og forsker. Kvalitet på dataanalysen avhenger også i stor grad av kvaliteten på datainnsamlingen (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009).

Analysen av data er basert på bruk av metoden ”systematisk tekstkondensering” av Malterud (Malterud, 2012). Denne innholdsanalysen er en meget strukturert prosess for å få frem tekstens essens, og metoden egner seg godt for nybegynnere innenfor forskning.

Tekstkondenseringen består av fire delprosesser:

1. Få en oversikt over det transkriberte datamaterialet. Identifiser tema.
2. Identifiser og sorter meningsbærende enheter. Gi meningsbærende enhetene koder.
3. Kategorisere de meningsbærende enhetene og se etter mønster. En form for kondensering.
4. Rekontekstualisering av data. Forstå de mønster og kategorier som dataanalysen har gitt i sin rette kontekst.

Etter at de kvalitative intervjuene var gjennomført ble intervjuene transkribert, det vil si, skrevet ut i ren tekst. Da alle intervjuene var transkribert og gjennomlest, ble det definert fire hovedtemaer ut fra tekstens innhold. Gjennom å strukturere datamaterialet ut fra ulike tema, kan man finne grove strukturer i teksten som sammenfaller med en del av problemstillingen eller forskningsspørsmålene. Tema skal handle om et spesifikt område som lar seg identifisere gjennom å lese gjennom teksten uten dypere tolkning (Malterud, 2012). De fire tema som ble identifisert og brukt i dataanalysen i oppgaven var *tilsynspraksis*, *tilsynsrollen*, *forbedring/endring* og *måling*. Etter at teksten var gjennomlest opp til flere ganger ble de meningsbærende enhetene valgt ut. Ved å lese gjennom materialet flere ganger ble det sikret at noe viktig ikke ble utelukket. De meningsbærende enhetene fikk deretter koder som i tabell 4. I tabellen presenteres to eksempler på hvordan innholdsanalysen ble gjennomført, i henhold til de fire trinnene til Malterud (tabell 4). I dataanalysen ble også rammeverket ”Really responding risked-based regulation” av Black & Baldwin (2010) brukt for å forstå og fortolke resultatene (Black & Baldwin, 2010). Dette viser igjen i resultatdelen av oppgaven, der funnene presenteres utfra grunnpilarene i dette rammeverket.

Sitat	Meningsbærende enhet	Kategori	Tema
<b><i>”Vi må være kloke i tilnærmingen til helsetjenesten. Det er en pedagogisk utfordring for oss. At vi ikke blir for byråkratiske, men samtidig holder oss innenfor lovverket”</i></b>	Det er en pedagogisk utfordring å ikke bli for byråkratisk og samtidig følge lovverket.	Utfordringer ved rollen	Tilsynsrollen
<b><i>”Jeg har tilsyn der vi ser at vi må gi virksomheten tid. De synes det vi presenterer er urettferdig og da må vi gjerne gi dem litt tid, så kommer de etter hvert”.</i></b>	Når virksomheter synes det vi presenter er urettferdig må vi gi dem tid, så kommer de.	Tilpasninger i tilsynspraksis	Tilsynspraksis

*Tabell 4. Eksempel fra dataanalysen i følge Malteruds innholdsanalyse (2012).*

Selve kjernen i dataanalysen er de meningsbærende enhetene, det vil si de meningsbærende- og betydningsfulle delene av datamaterialet. Det kan både være ord, meninger eller et helt stykke tekst, men en grunnregel er at de ikke bør være for lange. For lange meningsbærende enheter kan gjøre analysearbeidet tungrodd og vanskelig, mens for korte meningsbærende enheter kan gjøre resultatet fragmentert. Neste skritt er å dele de meningsbærende enhetene inn i underkategorier eller knytte dem til temaer, en form for kondensering. Med kondensering menes en prosess som gjør en tekst kortere og mer letthåndterlig, uten å miste det vesentlige ved innholdet. De meningsbærende enhetene ble delt inn i ulike kategorier som var mulig å definere ut fra datamaterialet, og som samtidig var koplet til noen av de fire temaene. Siste trinn i analyseprosessen var å bestemme hvordan funnene skulle formidles eksplisitt. Det ble en slags re-kontekstualisering av datamaterialet, der teksten må ”sys sammen” igjen. I denne fasen kan nye begrep oppstå, men det er alltid viktig å forstå resultatene ut fra den kontekst de eksisterer i (Malterud, 2012).

I denne oppgave er de to casene som utgjør datamaterialet, både analysert hver for seg og på tvers, for å sammenligne casene. Yin kaller dette for ”within case analysis” og ”cross-case analysis” (Yin, 2014). Det betyr at funnene både forstås ut fra sin egen kontekst, men også



gjennom en sammenligning mellom de to casene. Sammenligningen skjedde på de tematiske områdene som analysene tok utgangspunkt i, og i henhold til Black & Baldwins teori (2010).

### 3.6 Metodiske refleksjoner

Tradisjonelt sett blir ofte casestudier kritisert for å være svake forskningsvitenskapelig. Det argumenteres blant annet for at de er mindre troverdige enn eksperimentelle studier og andre kvantitative metoder. Den fremste kritikken mot casestudier går på at metoden er veldig fleksibel og dermed gir større rom for slurv enn andre metoder. Det finnes en forhøyet risiko for at forskere avviker fra systematiske prosedyrer under gjennomførelse av case metode (Yin, 2014). Det er viktig å være bevisst sine kognitive begrensninger og hvordan de kan påvirke forskningen.

For å ikke gå i de fallgruvene som Yin (2014) beskriver om casestudier har jeg gjennom oppgaveprosessen vært bevisst fire måleegenskaper for å styrke studiens validitet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Måleegenskapene er *troverdighet*, *overførbarhet*, *verifiserbarhet* og *pålitelighet*. Som uerfaren forsker finnes det en forhøyet risiko for å miste fokuset og det vitenskapelige blikket, både gjennom datainnsamling og analyse. For å styrke studiens *troverdighet* kan en for eksempel bruke triangulering ved datainnsamling og sikre vitenskapelig forankring gjennom å diskutere med mer erfarne forskere under prosessen, både i gruppe og individuelt. For å sikre troverdigheten i denne studie har triangulering blitt brukt ved datainnsamlingen, slik at problemstilling har blitt undersøkt fra forskjellige sider. Hele prosessen har dessuten blitt fulgt av en erfaren forsker som veileder, og utfordringer har blitt diskutert underveis. *Overførbarheten* til praksis blir i studien sikret gjennom å sammenligne to fylkesmenn for å se etter likheter og ulikheter ved tilsynspraksis. Det vil være av interesse for tilsynsutøvere å forstå mer om forskjeller i tilsynspraksis (Helsetilsynet, 2015c). Videre beskrives kontekst, noe som gjør det mulig for andre å vurdere resultatets relevans i egen kontekst.

*Verifiserbarhet* av studien sikres gjennom å gi leseren en detaljert og nøyaktig beskrivelse av hvordan forskningsprosessen har forløpt og begrunnelse for de valg som har blitt tatt. Leseren skal kunne følge og forstå prosessen og ha mulighet for å etterprøve den. Gjennom dette metodekapittelet har jeg forsøkt å sikre studiens verifiserbarhet gjennom å gi en detaljert beskrivelse av hvordan jeg har gått frem. Det transkriberte materialet er oppbevart etter

instruksjoner fra NSD slik at materialet kan etterprøves. Intervjueguiden er lagt som vedlegg til oppgaven. En forsker må foreta mange valg som baseres på verdier og interesser, som både kan være bevisste og ubevisste. Ingen forskning vil kunne gi et absolutt sant bilde av virkeligheten og det vil derfor kunne stilles spørsmål om all den informasjon som ikke kommer frem. Det kan derfor være viktig å understreke at denne oppgaven presenterer en del av tilsynsstrategier og praksis som ikke på noen måter vil belyse det totale bildet av norsk tilsynspraksis. En åpenhet rundt forskningsprosessen og tydelige redegjørelser av metoden vil sikre forskningsetiske prinsipper og styrke studiens reliabilitet (Jacobsen, 2005).

Ved all kvalitativ forskning er det viktig å sikre at det er informantenes meninger som presenteres, og ikke forskerens. Det gjør studien *pålitelig*. For å styrke påliteligheten er det også viktig å sikre et stort nok utvalg av informanter. For denne oppgaven kunne kanskje et større utvalg ha bidratt til mer og andre typer data. Ti stykk informanter ble vurdert som tilstrekkelig og metning ble oppnådd, da det ble vurdert som lite sannsynlig at flere intervjuer kunne gi nye relevante data. Fylkesmannen ble kontaktet tidlig i studiens forløp og jeg som forfatter var ikke involvert i utvelgelsen av informanter. Det kan forstås som en svakhet med studien. Nøkkelinformantene var alle erfarne tilsynsutøvere. I ettertid kan man tenke at også mindre erfarne tilsynsutøvere kunne vært viktige informanter, da de som er nyest har lettere å se på ting fra et mer objektivt perspektiv og fra nye innfallsvinkler.

Studien er gjennomført av en person som står helt på utsiden av informantenes (tilsynsutøveres) kultur og arbeidshverdag, hvilket kan styrke den analytiske distansen. Analytisk distanse er en styrke ved vitenskapelig arbeid og fremmes av at forskeren kjenner til faget, men ikke har noen relasjon til dem som blir intervjuet. Nøytralitet er også et viktig begrep ved analytisk distanse og innebærer at forskere har en nøytral holdning til sine informanter gjennom at de er ukjente på forhånd. Det er derfor en styrke at jeg som forfatter til studien står helt på utsiden av fylkesmannens organisasjon.

Problemstillingen i denne oppgave kunne vært studert gjennom andre metoder enn intervju, som for eksempel observasjon eller survey spørreundersøkelse. Gjennom å bruke andre metoder kunne oppgaven mest sannsynlig fått andre typer data. Denne oppgaven hadde også kunnet vært løst gjennom å intervju tilsynsobjekt (sykehus, kommuner, sykehjem) for å forstå mer om etterlevelsen og holdbarheten ved forbedringer etter et tilsyn. For å studere det på en troverdig måte trengs det at tidligere tilsynsobjekt stiller som informanter. Det å

rekruttere informanter fra tilsynsobjekt mislyktes dessverre innledningsvis i oppgaveprosessen. Fokuset ble derfor rettet mot tilsynsutøvers sitt perspektiv på tilsyn og hvordan tilpasninger skjer i praksis for å få til varige endringer og forbedring hos tilsynsobjekt. Det å forstå mer om tilsynsutøveres egen forståelse av sin rolle og virkningsmekanismene ved tilsyn, vil kunne bidra til å styrke kunnskapen om praksis ved tilsyn med helsetjenesten.

## 4. RESULTAT

Dette kapitlet presenterer funnene fra fylkesmann I og II. Kapitlet starter med en beskrivelse av hvordan fylkesmannen vurderer risiko, hvilket er felles for både fylkesmann I og II. Deretter vil funnene presenteres for henholdsvis fylkesmann I og fylkesmann II under hvert sitt delkapittel. Hvert delkapittel begynner med en oversikt over avdelingens organisering og samarbeid med andre fylkesmenn. Deretter presenteres funnene i henhold til Blacks & Baldwin (2010) kriterier for en virkelig responderende risikobasert regulering (Black & Baldwin, 2010). Kriteriene er: 1) forståelsen av tilsynsobjektets holdninger, atferd og kultur, 2) forståelsen av egen rolle 3) tilsynsstrategiens logikk, 4) måloppnåelse og 5) forståelsen av kontinuerlige endringsprosesser, for eksempel endringer i noen av de foregående kriteriene.

### 4.1 Vurdering av risiko

Vurderingen av risiko er basert på en felles tilnærming blant fylkesembetene i Norge. Helse- og sosialavdelingen hos fylkesmannen er underordnet Statens helsetilsyn. Statens helsetilsyn velger tema for landsomfattende tilsyn, basert på informasjon fra fylkesmenn, men også på bakgrunn av politiske krav og føringer. Hver fylkesmann må gjennomføre et eller to landsomfattende tilsyn i sitt fylke hvert år, basert på det tema som Statens helsetilsyn har bestemt (Helsetilsynet, 2015a). I 2015 har det for eksempel vært landsomfattende tilsyn med samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og hvert fylke har ført tilsyn med i hvilken grad kravene til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommune er oppfylt. I tillegg til de landsomfattende tilsynene, har fylkesmannen mulighet for å selv velge ut et antall temaer for planlagte tilsyn, basert på både formell og uformell informasjon som de mottar fra helse- og omsorgstjenestene i sitt fylke (Helsetilsynet, 2012). Statens helsetilsyn legger også tydelige føringer for hvordan fylkesmannen gjennomfører risikovurderingen. Fylkesmannen må ta hensyn til hvor konsekvensene av feil er store, i tillegg til å verne om sårbare og utsatte grupper i samfunnet. Eksempel på sårbare grupper er psykisk utviklingshemmet og demente, det vil si personer som har problemer med å fremme egne behov. Når fylkesmannen velger ut tilsynsobjekt gjøres det altså en risikovurdering; basert på tilgjengelig informasjon velges tilsynsobjekt der en mener at det er stor risiko for svikt, og der eventuell svikt kan medføre stor skade. Også praktiske hensyn tas i betraktning ved valg av

tilsynsobjekt, eksempelvis i form av at de ulike avdelingene hos fylkesmannen koordinerer sin innsats, slik at en virksomhet ikke får to ulike tilsyn direkte etter hverandre.

Tema for planlagte tilsyn kan blant annet velges ut på bakgrunn av gjentatte hendelsesbaserte tilsyn hos en virksomhet. Et hendelsesbasert tilsyn utløses av en feil eller uønsket hendelse som fylkesmannen følger opp til svikten er ordnet opp i. Ved hendelsesbaserte tilsyn fører fylkesmannen tilsyn med det avgrensede felt som de på forhånd har fått informasjon om. Det hender at funnene ved hendelsesbaserte tilsyn er så alvorlige at fylkesmannen velger å starte et nytt planlagt tilsyn med tilsynsobjektet.

Når det gjelder spesialisthelsetjeneste har fylkesmannen faste møter hvert halvår med ledelsen i fylkets helseforetak og med det regionale helseforetaket. Hensikten med møtene er å dele og løfte kunnskap fra tilsyn, samt diskutere oppfølgingen av spesifikke tilsynssaker.

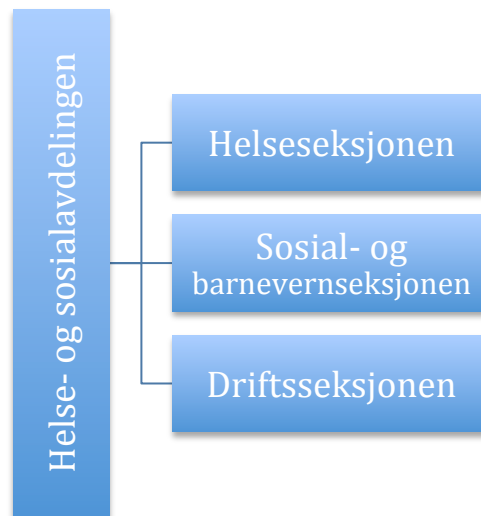
## **4.2 Funn fylkesmann I**

### **4.2.1 Organisering**

Helse- og sosialavdelingen er én av seks avdelinger hos fylkesmann I og avdelingens har 46 ansatte. Avdelingens oppgave er å kontrollere at helse-, sosial-, og barnevernstjenester i fylket holder god kvalitet. Gjennom å føre tilsyn med tjenestene kontrolleres det at befolkningen får dekket behov og at pasientrettighetene blir ivaretatt. Fylkesmannen skal også støtte opp om folkehelsearbeid og gi råd og veiledning til befolkningen, helsepersonell og lokale, regionale og nasjonale myndigheter. Avdelingen behandler klagesaker og kan også føre tilsyn med helsepersonell. For øvrig har avdelingen oppgaver knyttet til blant annet helsekravene for førerkort, helsekrav for petroleumsvirksomhet, barnefattigdom og bostadsløshet.

Helse- og sosialavdelingen hos fylkesmann I ledes av fylkeslegen og har tre underseksjoner; helseseksjonen, sosial- og barnevernseksjonen og driftsseksjonen (figur 6). Det er helseseksjonen som har i oppgave å velge ut og gjennomføre planlagte tilsyn. Medarbeiderne ved helse- og sosialavdelingen arbeider på tvers av kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjeneste, da de oppfatter det som en ressurs å ha kompetanse på tvers av nivåer i tjenestene. For hvert planlagte tilsyn settes det sammen et tilsynslag, der en velger den kompetanse som er nødvendig for å sikre god faglig forståelse for det felt tilsynslaget skal inn

i. Fylkesmann I har alltid en lege med erfaring fra spesialisthelsetjenesten som revisjonsledere (ledere av et tilsyn) når det gjelder tilsyn med sykehus. Bakgrunnen er at de har erfart at dette skaper bedre tillit og respekt i møte med tilsynsobjekt.



**Figur 6. Organisasjonskart helse- og sosialavdelingen hos fylkesmann I.**

#### 4.2.2 Samarbeid med andre fylkesmenn

Ved landsomfattende tilsyn rettet mot spesialisthelsetjenesten er tilsynslagene regionalt sammensatt, det vil si at medarbeidere fra de ulike fylkesembetene i helseregionen deltar i teamet. Når det gjelder tilsyn med primærhelsetjenesten er det ikke noe samarbeid mellom fylkene, utover at tilsynsutøvere kan innhente erfaringer fra andre som gjort lignende type tilsyn i andre fylker. Informantene ved fylkesmann I, er av den oppfatning at tilsyn med spesialisthelsetjenesten bør regionaliseres, dels for å minimere forskjeller i tilsynspraksis, men også av den grunn at planlagte tilsyn med spesialisthelsetjenesten er et komplekst og utfordrende felt som det tar tid å lære. Informantene mener derfor at det å føre planlagte tilsyn med spesialisthelsetjenesten i et større opptaksområde (som helseregioner), vil øke kvaliteten på tilsynene. En informant sier det slik:

*”Jeg tenker at forskjellene i landet er for store til å leve med. Vi ser at tilsyn blir ulikt prioritert i landet og at kravene til tilsyn blir ulike. Vi legger ikke listen likt. Og da havner rettsikkerheten på strekk. Derfor har jeg sagt i lang tid at tilsyn med spesialisthelsetjenesten må regionaliseres. Det er altfor mange at det, i et lite land som Norge, er 18 fylker som jobber med dette.”*

For øvrig foregår samarbeidet mellom fylkesmenn jevnlig gjennom møter mellom fylkeslegene i hver helseregion.

#### 4.2.3 Forståelsen av tilsynsobjektets atferd, holdninger og kultur

Når fylkesmann I fører tilsyn opplever informantene de aller fleste ganger å bli godt tatt imot av tilsynsobjektet. Noen få ganger møter de motstand, men det er ifølge informantene sjelden. De møter både helsepersonell og ledere som er nervøse og undrende til tilsynet, men de opplever som regel å bli tatt imot med høflighet og respekt. Som tilsynsmyndighet opplever de noen ganger sprikende interesser hos tilsynsobjektets organisasjon, der ledelsen ofte oppleves som mer interessert i tilsynet enn fagfolk ellers. Informantene forteller at de til en viss grad opplever noe mindre forståelse for tilsyn fra helsepersonell uten lederposisjon, enn fra ledere. En informant forteller:

*”Det typiske er vel at det er noen sterke fagpersoner som tenker at de vet best selv. De aksepterer ikke at fylkesmannen skal fortelle dem hvordan jobben skal gjøres”.*

Og en annen informant forteller det slik:

*”De som jobber klinisk er opptatt av at tilsyn er noe som ledelsen tar seg av. De har i utgangspunkt en holdning at vi er byråkrater som skal kontrollere og at vi egentlig ikke skjønner faget deres.”*

Resultatene viser at fylkesmann I ikke sjelden avdekker ledelsesutfordringer og/eller utfordringer ved kulturen hos tilsynsobjekt under et tilsyn. Ledelsesutfordringer kommer blant annet til uttrykk gjennom flere eller gjentatte avvik, eller vanskeligheter med å ordne opp i avvikene. Ledelsesutfordringer kan også komme til uttrykk gjennom at ledelsen hos tilsynsobjektet ikke tar inn over seg at de faktisk står ansvarlige for den svikten som tilsynet har avdekket. Det kan noen ganger være utfordrende for tilsynsutøvere å vite hvordan de skal forholde seg til ledelsesutfordringer. En informant forteller:

*”Det finnes virksomheter som har dårlig ledelse. Da kan du ikke gjøre det lett. Du må jobbe systematisk og samle informasjon over tid. Legge det sammen og vise. Bokstavelig talt legge det ut over bordet og si ”hva ser vi her?”. Da blir det tydelig.”*

Utfordringer ved kulturen hos tilsynsobjekt kan vise seg gjennom at fylkesmannen oppfatter interne konflikter som fremkommer under tilsynsintervjuene eller gjennom at medarbeidere hos tilsynsobjektet retter skyld mot kollegaer eller baksnakker hverandre. Informantene forteller at de forholder seg til utfordringer ved kulturen, først og fremst som et internt ledelsesproblem, som tilsynsobjektets ledelse må håndtere. Tilsynsmyndighetens oppgaver er ikke å gå inn i kulturelle utfordringer hos tilsynsobjekt, men heller løfte slike problem opp og hjelpe ledelsen til å se og forstå det. Kulturelle utfordringer hos tilsynsobjekt kan også oppfattes som en risiko, og er derfor nyttig informasjon for tilsynsmyndigheten å kjenne til.

Informantene håndterer de ledelsesutfordringer de støter på ved å støtte opp under ledelsen/lederen, og gjennom dialog å bidra til at ledelsen hos tilsynsobjektet forstår sitt ansvar og sin rolle. Tilsynsmyndigheten peker på avvik, svikt og forbedringsområder, men sier aldri hvordan noe skal løses eller hvilke grep som bør tas. Det er en oppgave for tilsynsobjektets ledelse. En informant forklarer hvordan de jobber med ledelsesutfordringer slik:

*”Ledere som er kloke bruker det vi finner for mer enn det er verdt. Vi må være taktiske og samtidig som vi driver kontroll vise ydmykhet og respekt for lederen. Jeg prøver å gi enkelte ledere litt ekstra og prøver å løfte dem litt, slik at de ikke føler at de mister masken. Det er ikke vi som bestemmer at vedkommende sitter i den posisjonen. Vår eneste jobb i denne sammenhengen er å bygge vedkommende opp, så langt som overhode mulig. Vi skal understøtte den leder som sitter der. Det er vår hovedregel.”*

#### **4.2.4 Forståelsen av rollen som tilsynsutøvere**

Informantene hos fylkesmann I presiserer at hovedoppgaven og samfunnsoppdraget ved tilsyn er kontroll, men at kontrollen kan gjøres på forskjellig måter. Det blir lagt vekt på at det finnes ulike måter å føre kontroll på, og at kontrollen bør utøves på en måte som legger grunnlag for læring og stimulerer til forbedringsarbeid. Når informantene beskriver sin egen rolle trekker de frem viktigheten av å legge til rette for god dialog og det å kunne snakke med folk. En informanter sier:



*”Når vi er på tilsyn så er det kontroll. Men det kan gjøres på måter som legger grunnlag for læring.”*

Og en annen sier:

*”I bunn og grunn er det vi gjør en lovverkskontroll, så vi kan ikke sette terskelen så mye høyere enn hva lovverket sier”.*

Informantene hos fylkesmann I opplever å ha sterk tillit og bli møtt med troverdighet, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Tilsynsutøvere opplever å bli tatt på alvor og hørt på når de er ute på tilsyn. Det blir rapportert at denne tilliten har det tatt mange år å bygge opp, men at avdelingen i dag opplever seg som en høyt respektert myndighet når de kommer ut på tilsyn. En informant peker på at kulturen ved embetet har vært med på å skape den tilliten de opplever:

*”Vi har en kultur her å være veldig ryddig på prosessen. Vi varsler tilsyn i god tid og er tydelige med hva som skal skje. Vi følger alltid den oppskrift vi har og det skaper tillit tror jeg.”*

Det kan i arbeidet med tilsyn være behov for å tilpasse seg når ønsket endring eller forståelse ikke oppstår hos tilsynsobjekt, men det blir presisert at eventuelle tilpasninger må skje innenfor de rammer og prosedyrer som definerer fylkesmannens arbeid (Helsetilsynet, 2012). På samme måte som rammer og prosedyrer gir en tydelighet kan det også oppleves som en utfordring:

*”Det er en pedagogisk utfordring for oss å ikke bli for byråkratiske men samtidig holde oss innenfor lovverket. I helsetjenesten er det faglighet som står i fokus, det er spesielt for helsetjenesten. Derfor kan vi noen ganger bli opplevd som veldig byråkratiske. Det å tilpasse arbeidet vårt, slik at det gir mening for tilsynsobjektet, kan absolutt være ganske krevende.”*

Samtlige informanter ved fylkesmann I oppgir at det å ha gode kommunikasjonsferdigheter er helt avgjørende for å kunne jobbe med tilsyn. Det å møte mennesker på ulike nivåer og i ulike kontekster i en organisasjon, stiller høye krav til tilpasningsevne hos tilsynsutøver for at en skal lykkes med å snakke med folk der de er. Det å formidle avvik på en måte som gjør at

tilsynsobjekt forstår og samtidig blir motivert til å jobbe for å forbedre seg, blir trukket frem som en utfordring men også som noe av essensen rundt arbeidet med tilsyn. Det blir nevnt at åpenhet, struktur, empati og tydelighet er viktige egenskaper for en tilsynsutøver, som må vurderes hos dem som skal begynne å arbeide med tilsyn. Fylkeslegen, sammen med revisjonsleder, velger ut hvilke medarbeidere som deltar ved planlagte tilsyn. De personlige egenskapene vektlegges da like sterkt som formell kompetanse. På spørsmål om hvilke egenskaper som er viktig hos tilsynsutøver svarer en informant:

*”Vi må klare å kommunisere det vi ser på et ordentlig språk. Hvis du ikke har kommunikasjonsferdigheter så kan du ikke jobbe med dette. Du kan være kjempeflink på det faglige, men kan du ikke snakke med folk så hører du ikke hjemme ved et tilsyn.”*

Når det gjelder den formelle kompetansen så må hvert tilsynslag ha nødvendig medisinsk- og juridisk kompetanse for å arbeide med tilsyn. Men fylkesmann I vektlegger også ledelse-, styrings- og organisasjonskunnskap som viktige premisser for å være kompetent nok til å føre tilsyn. Det kommer blant annet til uttrykk slik:

*”Du må forstå hva ledelse er og hvordan styringssystemer fungerer. Du må også forstå organisasjoner og forstå hvordan beslutninger tas i organisasjoner.”*

Informantene mener at det ikke er noen direkte forskjeller i tilsynstiltærning mot spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Ved et planlagt tilsyn er prosedyren og fremgangsmåten mange ganger lik. Informantene fremhever at kompetanse fra flere nivåer er viktig for å bli en god tilsynsutøver. Resultatene viser videre at informantene mener at det kan være ekstra viktig å spisse kompetansen i tilsynslaget ved tilsyn med spesialisthelsetjenesten, der det er særlig viktig å ha med legekompertanse. De opplever ikke at kompetansen i tilsynslaget spiller en like sentral rolle ved tilsyn med kommunehelsetjeneste. En sier litt skøyeraktig:

*”Vi oppfører oss nok annerledes hvis det er små kommuner enn om vi durer inn på universitetssjukehuset. Hvis vi som tilsynsmyndighet møter opp med et tilsynsteam på fire hos en liten kommune så kan det oppleves litt voldsomt. Som å skyte spurv med kanon.”*

Under et tilsyn kan fylkesmannen avdekke områder som har potensiale til å bli bedre, uten at det kan kobles til en spesifikk lovparagraf. Slike forbedringsområder er derfor ikke mulige å ta med i tilsynsrapporten som avvik. Dette løser fylkesmann I som regel gjennom å ta det muntlig opp med tilsynsobjekt, enten direkte med ledelsen eller ved tilsynets sluttmøte. De forbedringsområder som tilsynsutøvere finner ved et tilsyn, tas altså som regel ikke med skriftlig i tilsynsrapporten.

*”På sluttmøtet så sier vi mer enn det vi skriver i tilsynsrapporten. Vi sier noe om ting som kan brukes som råd. Vi gjør en vurdering av ting som vi sier at vi ikke tar med i rapporten, og så sier vi ”sørg for å rydd opp i dette”. Vi sier ikke hvordan, det gjør vi aldri. Men vi peker på en risiko, der de bør rydde opp.”*

#### **4.2.5 Bruken av virkemiddel og tilsynsstrategiers logikk**

Fylkesmannen I bruker primært dialog som tilsynsstrategi og opplever at de fleste tilsynssaker løses på den måten. De få ganger det handler om alvorlig svikt som ikke rettes opp, til tross for flere sjanser, kan embetet koble inn Statens helsetilsyn og har da mandat til å gi pålegg, tvangsmulkt og stenging. Kun to av informantene hos fylkesmann I har erfaring med å ha brukt pålegg, og kun én har erfart å ha gitt tvangsmulkt til et tilsynsobjekt. Det er altså meget sjelden fylkesmannen som statlig embete bruker noe sterkere virkemiddel, utover dialog, ved avvik. Det blir presisert at tilsyn i seg selv er et sterkt virkemiddel og ofte sterkt nok til at tilsynsobjekt skjønner at de må agere. Det blir derfor verken uttrykt tro eller erfaring med at et sterkere virkemiddel vil kunne gi noen bedre effekt. Dessuten er ofte bakgrunnen for de saker som ikke kan lukkes, så komplekse, at det kanskje må løses på helt andre måter enn gjennom tilsyn. Slike saker kan heller påvirkes gjennom politiske beslutninger eller via andre politiske kanaler.

Kontakten mellom tilsynsmyndighet og tilsynsobjekt foregår som regel som en formell prosess med brevveksling før og etter et planlagt tilsyn. Det fleste hendelsesbaserte tilsynssakene løses også først og fremst gjennom brevkorrespondanse. Fylkesmann I underretter tilsynsobjekt om tilsyn gjennom brev, og ber også om svar i brevform i den påfølgende prosessen der tilsynsobjektet arbeider for å lukke et avvik. Når fylkesmann I er ute på et planlagt tilsyn, forteller informantene at de legger stor vekt på å skape en god dialog med tilsynsobjekt. De strekker seg langt før de vurderer å ta i bruk sterkere virkemiddel og

prøver å nå frem med dialog. Hvis tilsynssaker ikke kan avsluttes grunnet feil som ikke er rettet, gir fylkesmannen i første omgang tilsynsobjektet mer tid og nye frister. Informantene hos fylkesmann I kan fortelle at de ønsker en evaluering av de tiltakene som er satt i verk (fra tilsynsobjekt), og trygghet på at iverksatte tiltak fører til varige endringer, før de kan avslutte tilsynssaken. I noen saker forteller informantene om at de inviterer til møter for å kunne samtale direkte om utfordringene knyttet til avvikene. Her er et eksempel på fylkesmann I sin strategi:

*”Vi gir oss ikke før vi er i mål. Før de har rettet opp. Noen ganger tar vi stikkprøver på plass når de sier at de har rettet ting for å selv se at det er i orden. Noen ganger har vi møter med dem. Hvis det går for langt tid så inviterer vi oss selv til møte. De får god tid på å rette opp og god tid på å evaluere at de har rettet opp.”*

Resultatene viser at fylkesmannen også kan gjøre en verifikasjon, når tilsynsobjektet mener at de har lukket et avvik. Tilsynsutøver reiser da ut til tilsynsobjektet for med egne øyne å se hvordan iverksatte endringer fungerer. Hvis et tilsynsobjekt har fått lang tid på seg, rundt 1 1/2 år uten at ting har blitt bedre, har fylkesmannen I løst det gjennom å opprette et nytt tilsyn. Det er dog meget sjelden det er behov for å gå så langt. Det å starte et nytt tilsyn kan derfor forstås som et sterkt virkemiddel fra fylkesmannen sin side.

#### **4.2.6 Måloppnåelse**

Det finnes ingen objektiv måte å måle om tilsyn bidrar til bedre kvalitet blant helse- og omsorgstjenester. Informantene fra fylkesmann I har erfaring med at tilsyn har bidratt til positive endringer og hatt positive ringvirkninger til andre virksomheter, men det finnes ingen form for måling av dette. Som informantene forteller, gjør fylkesmannen som regel ikke etterkontroller av avsluttede tilsynssaker, med mindre det kommer nye bekymringsmeldinger eller nye klagesaker som tilsier at det bør startes et nytt tilsyn mot virksomheten. Det finnes ingen evidensbasert kunnskap om måloppnåelsen ved tilsyn eller effekt av tilsyn. Dette erkjennes som en svakhet ved tilsynspraksisen. Informantene kan fortelle at de gjør en selvevaluering etter hvert tilsyn, der de i teamet tar opp hva som har gått godt og hva som har gått mindre godt. Ved selvevalueringen finnes det rom for å evaluere tilnærming og praksis med tilsynsutøvere i teamet, men erfaringene blir ikke brukt systematisk i det videre arbeidet med tilsyn. Ved spørsmål om metodikken ved tilsyn har avdelingen kontaktpersoner hos

Statens helsetilsyn som de kan få rådgivning hos. Ved spørsmål om hvordan fylkesmannen måler effekt av tilsyn svarer en informant:

*”Vi evaluerer alltid oss selv. Det går på gjennomføring, vi snakker om noe hadde kunne vært gjort annerledes. Men du spurte om noe annet enn det. Du spurte om vi måler effekt av det vi gjør. Og det er ikke så enkelt det. Det er ikke enkelt.”*

Og en annen sier:

*”Nei, vi måler ikke effekt og det er en svakhet. Det er lite målinger som er gjort på effekt av tilsyn. Det er jo litt bekymringsfylt egentlig.”*

#### **4.2.7 Endrings- og forbedringsarbeid**

Informantene gir flere eksempler på at tilsynsrapportene blir brukt til internt forbedringsarbeid og behandles av ledelsen i tilsynsobjektets virksomheter. Samtlige informanter mener at tilsynsobjekt som regel ønsker å strekke seg utover minstekravet i loven, og ofte arbeider hardt for å rydde opp i avvik. Informantene henter eksempler både fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten på forbedringer etter tilsynsaktivitet. De har blant annet erfart at antall avvik på noen spesifikke lovparagrafer har blitt redusert, takket være at flere kommuner har lest tidligere tilsynsrapporter og ryddet i egen organisasjon før de selv får besøk fra tilsynsmyndigheten. Erfaringer fra tilsyn som har bidratt til forbedringer er noe flere informanter fra fylkesmann I kjenner seg igjen i og har eksempler fra.

*”Alle har lyst til å være flinke. De vil ikke legge seg på et minimum. Så de strekker seg lengre og prøver at det skal få betydning utover seg selv. Mitt inntrykk er at de går langt utover det som kreves.”*

Informantene fremhever at avvik som plasserer ansvaret hos ledelsen (internkontrollforskriften), er å foretrekke fremfor forsvarlighetskrav, som i høyere grad plasserer ansvaret hos helsepersonell. Flere informanter presiserer at svikt i tjenester er et ledelsesproblem og det blir derfor mest riktig å rette avviket mot ledelsen. Erfaringene tilsier at avvikene da behandles raskere og løftes i tilsynsobjektets organisasjon, gjennom at de rettes

mot ledelsen eller styringssystemet. To informanter forteller dog at de har støtt på uenighet i denne måte å formulere avvik på. En forteller:

*”Vår opplevelse er at når vi lager avvik etter internkontrollforskriften §4 (styringssystemet), så kommuniserer vi svikten bedre til virksomheten, enn om vi gir forsvarlighetskrav. For da tenderer det mot; hvem står for forsvarligheten? Jo, leger og sykepleiere. Men hvis vi bruker avvik i internkontrollforskriften så føler lederne mer ansvar og klinisk personell får mindre på sine skuldre. Vi mener det er rett, men det er et diskusjonstema. Ikke alle er enig.”*

Avhengig av hvordan ansatte ved fylkesmann I forstår tilsynsobjektets organisasjon, ledelse og struktur, kan de velge å formulere mange små avvik eller ett større. Et eksempel på at flere små avvik gis er når fylkesmannen opplever at tilsynsobjekt trenger tydelighet og helt konkrete ting å forholde seg til. Flere avvik kan også gis hvis tilsynsobjektet virker å ha problemer med å skjønne omfanget av den svikt og de mangler som avdekkes ved tilsyn.

*”Noen ganger gir vi store avvik med få punkter, mens andre ganger gir vi mange mindre avvik. Det er et pedagogisk spørsmål. Det er en vurdering vi gjør hva vi tror vil bidra til deres endring best”.*

Hvis informantene er i det minste tvil om funn fra tilsyn er svikt, mangler eller feil, har de ved fylkesmann I en praksis på å ikke ta det med i tilsynsrapporten. De kan velge å ta det muntlig med ledelsen, men lar aldri en sak de er usikre på, komme med i den skriftlige i rapporten. En informant forteller dette om fylkesmannens tilnærming:

*”Å formulere avvik er ganske vanskelig. En god avvikformulering må folk trene lenge på. Et godt avvik skal være selyforklarende. If not found out – leave it out. Altså vi må være sikre, hvis ikke må vi la være å ta ting med. Og det er veldig viktig. For hvis vi gjør feil vurderinger så mister vi legitimiteten.”*

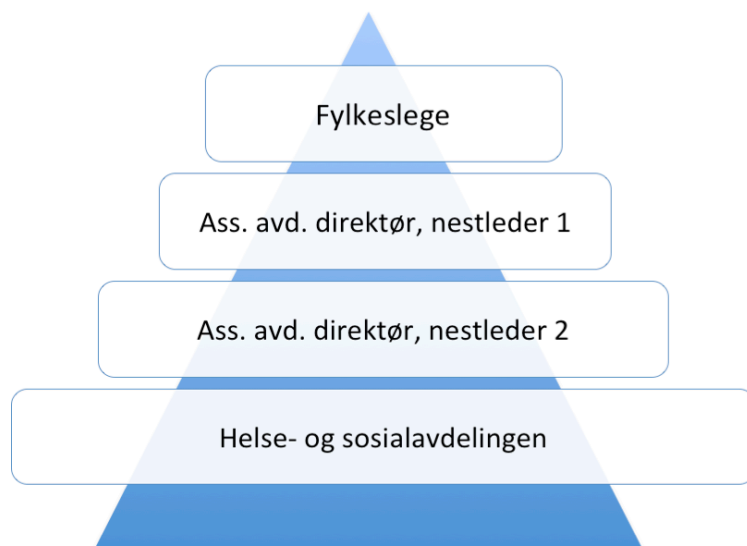
Tilsynssaker er ofte av stor interesse for media og fylkesmannen blir nesten daglig kontaktet av journalister som ønsker mer informasjon om en tilsynssak. Informantene forteller at de har en tydelig strategi til hvordan de forholder seg til media og prøver å besvare henvendelsene med åpenhet, men også med vern for tilsynsobjekt. For å få mest mulig innflytelse og riktig bilde av hvordan saker formidles videre, har fylkesmannen og Statens helsetilsyn valgt å

publisere alle tilsynsrapporter offentlig på Internett under anonymiserte former (slik at ikke enkelt personer blir utlevert). Informantene gir eksempler på at de ved noen tilfeller velger å publisere egne uttalelser på sine nettsider, slik at saken dekkes så nyansert og riktig som mulig. Tilsynsutøver snakker også sammen med tilsynsobjekt under et tilsyn og sier at tilsynsobjektet må være forberedt på henvendelser fra media. At tilsyn blir oppblåst i media kan være til stor belastning for et tilsynsobjekt. Det er fylkesmannens rolle både å verne om samfunnsinteresser, men på samme tid støtte tilsynsobjektet i prosessen, slik at de klarer å rette opp i feil.

## 4.3 Funn fylkesmann II

### 4.3.1 Organisering

Helse- og sosialavdelingen er én av seks avdelinger hos fylkesmann II og avdelingen har 37 ansatte. Avdelingens oppgaver er de samme som for fylkesmann I. Det vil si å kontrollere at helse-, sosial-, og barnevernstjenester i fylket holder god kvalitet. Gjennom å føre tilsyn med tjenestene kontrolleres det at befolkningen får dekket sine behov og at pasientrettighetene blir ivaretatt.



**Figur 7. Organisering helse- og sosialavdelingen hos fylkesmann II.**

Avdelingen ledes av fylkeslegen og under fylkeslegen finnes to assisterende avdelingsdirektører som er nestleder 1 og nestleder 2 (figur 7). For øvrig er avdelingen ikke delt inn i underseksjoner. Tilsynsutøvere er hos fylkesmann II organisert i team, avhengig av hvilket felt innen helsetjenesten de fører tilsyn med; det er et team for spesialisthelsetjenesten

og et for primærhelsetjenesten. Noen medarbeidere deltar kun i ett team mens andre deltar i to team.

#### 4.3.2 Samarbeid med andre fylkesmenn

Informantene ved fylkesmann II ser flere fordeler med å ikke regionalisere tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Noen av argumentene er at hver fylkesmann gjennom årrekker har bygget opp kunnskap om akkurat sitt eller sine sykehus. Det å kjenne sykehuset godt anses å være en styrke som gjør at tilsynsutøvere bedre vet hva de skal se etter, og hvordan de skal forstå tilsynsobjekt. Hver fylkesmann sitter dessuten på mye bakgrunnsinformasjon fra klagesaker og hendelsesbaserte tilsyn, hvilket gir et mer helhetlig og sammensatt bilde, når de skal føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Informantene har også forståelse for at det å etablere regionale tilsynslag kan bidra til en likere tilnærming ved tilsyn, men synes det er viktig å ikke dra en for rask konklusjon om at alle tilsyn derfor bør regionaliseres.

*”Det er jo så i vårt fylke at vi står nærmere vårt sykehus, vi kjenner til det godt og vet hvordan de jobber. Vi kjenner samhandlingen med kommunene, så det er veldig mange fordeler ved å ikke ha det regionalt. For du kjenner dem og vet hvor skoen trykker.”*

For øvrig har fylkeslegen jevnlig møter med de andre fylkeslegene i helseregionen for å diskutere tilsyn.

#### 4.3.3 Forståelse av tilsynsobjektets atferd, holdninger og kultur

Informantene ved fylkesmann II opplever at de blir godt tatt imot når de kommer på tilsyn, men opplever samtidig en alvorlighet og tyngde, som antas å komme av at tilsyn påfører tilsynsobjektets organisasjon mye merarbeid og belastning. Noen av informantene har erfaring med å ha hørt samme standardfraser fra ledelsen ved åpningen av et tilsyn og er litt i tvil om tilsynsobjektet virkelig mener det de sier.

*”Så noen ganger tenker jeg; sier de dette for å ”pleasa” oss, for å si de rette tingene rett og slett. Fordi jeg tror at de fleste synes tilsyn er til stor heft. Det er forbundet med mye merarbeid. De synes oftest vi henger oss opp i detaljer, de synes ikke at vi griper fatt i de viktigste tingene.”*



Informantene mener at det er tilsynsobjektet som sitter med svaret på hvordan ting kan løses, men at det ikke alltid er lett å oppdage svikt i egen organisasjon. Informantene har stor tro på tilsynsobjektets autonomi og pleier derfor i liten grad å være involvert i prosessen for å lukke et avvik. De har ikke mye erfaring med at tilsynsobjekt tar kontakt for rådgivning eller støtte. Hvis tilsynsobjekt tar kontakt er det som regel for å kontrollere at de deler forståelsen av nivå for avviket. Informantene hos fylkesmann II har en opplevelse av at fagfolk og helsepersonell i større grad setter pris på tilsynet, enn de ledere som må påta seg ansvaret for de endringer og den jobben som må gjøres i forbindelse med tilsynssaken. En informant beskriver hvordan dette kommer til uttrykk:

*”Virksomheten kjenner seg som regel igjen i våre funn, men ledere synes nok ofte det vi forteller ved sluttmøtet blir litt voldsomt. Fagfolkene setter jo pris på tilsynene på en annen måte. De har som regel mye de ønsker å gjøre annerledes, men ikke synes de har mulighet til.”*

Informantene hos fylkesmann II opplever at avvik ofte handler om uklare ansvarsforhold i en organisasjon, eller andre utfordringer ved ledelse eller styringssystemet. Tilnærmingen til slike utfordringer er å konkret peke på svikt og gi tilsynsobjektet tid. En informant har erfart at ledere har sagt opp jobben i forbindelse med tilsynet, hvilket de tenker har vært en nødvendig konsekvens av svikten de har funnet hos tilsynsobjektet:

*”Vi får både uformelle og formelle tilbakemeldinger. Vi hørte for eksempel at to ledere hadde sagt opp, to måneder etter vi hadde vært der. Da ser vi at det skjer ting.”*

Informantene er nøye med å ikke gi føring for hvordan et tilsynsobjekt skal arbeide for å rette opp avvik, men kun peke på svikt, gjennom avviksformulering. Tilsynsobjektet må finne sin egen løsning på utfordringene for å lukke avvik/ene.

*”Det er systemene vi tilser. Selv om i bruker de faglige tingene, så henger det ofte sammen med internkontrollforskriften. Men vi sier aldri hvordan de skal løse avvikene, det gjør vi ikke.”*

#### 4.3.4 Forståelsen av rollen som tilsynsutøvere

Informantene formidler at de har en sterk tro på at tilsyn leder til forbedring gjennom bedre kvalitet i helsetjenester. Informantene har erfart at gjennom å formidle tilsynet som en mulighet for å bli bedre, når de bedre frem til tilsynsobjektet. At tilsyn er kontroll er underforstått og de fleste tilsynsobjekt er nervøse før et tilsyn, derfor opplever informantene at det er deres oppdrag er å formidle hvordan tilsynet kan brukes til forbedring og hvorfor det er viktig å sette søkelys på ting som ikke er i orden. En informanter beskriver det slik:

*”Hvis jeg ikke hadde erfart at våre tilsyn leder til forbedringer ute hos virksomheter så hadde jeg ikke fortsatt med denne jobben. Det er jo det som gir mening. At vi ser at ting blir bedre”.*

Og en annen sier:

*”Det som jeg synes er veldig viktig å si eksplisitt, er at hensikten med tilsynet er forbedring av kvaliteten. Det er ikke kontrollen i si selv som er viktig. Når vi leter etter de svake punktene og løfter dem frem så er det for å forbedre dem. Og jeg synes at vi må bruke litt tid til å snakke om de tingene og gjør det på en troverdig måte, så vil de ta tak i det. De skjønner poenget. Vi må ikke bare være tydelig, men klare å overbevise virksomheten at vi faktisk mener det.”*

Som tilsynsmyndighet er informantene nøye med at det er systemet de fører tilsyn med og ikke enkeltpersoner. De prøver å formidle på hvert tilsyn at de ikke er ute etter å ta noen, men at de ønsker å bidra til bedre tjenester. Ved fylkesmann II er informantene tydelige på at de skiller på rollen sin under selve tilsynet og i etterkant av tilsynet, det vil si når rapporten er ferdigskrevet. Når rapporten er ferdig og avvikene er formulert, synes tilsynsutøvere at det er viktig at gå ut av kontrollrollen, da de heller vil fungere som rådgivere og så langt det er mulig bidra med støtte i prosessen der avvikene skal rettes. En informant forklarer det metaforisk gjennom å si:

*”Jeg pleier å si at vi må skille på den røde og den grønne hatten. Når vi fører tilsyn har vi den røde hatten på og når vi går igjen og legger ifra oss rapporten så kan vi ta på oss den grønne ”rådgivende” hatten.”*

Informantene forteller at de i avdelingen sørger for at hvert tilsynsteam skal ha juridisk og helsefaglig/medisinsk kompetanse. Det å ha med tilsynsutøvere med erfaring fra helse- og

omsorgstjenester, det vil si leger og helsepersonell, anses som veldig viktig for å få troverdighet og tillit som tilsynsteam. Så lenge den formelle kompetansen i teamet er sikret, blir tilsynslaget deretter satt sammen ut fra interesse, kompetanse og kapasitet. Ledelsen i avdelingen hos fylkesmann II er ansvarlige for å sette sammen tilsynslag, men presiserer at det er en åpen prosess der medarbeidere kan komme med egne ønsker. Utover formell faglig kompetanse, vektlegges også åpenhet og respekt som viktige egenskaper for å føre tilsyn. Informantene mener at det å vise respekt for de som arbeider med helse- og omsorgstjenester, er meget viktig og de prøver å ha en fleksibel holdning for å underbygge dialogen og relasjonen med tilsynsobjektet. Det kan resultere i at fylkesmannen må være fleksibel og gjøre endringer i sine egne planer:

*”Vi må tilpasse oss. Noen ganger har vi utsatt tilsyn fordi det har vært så mye omstillingsprosesser hos virksomheter og de må få en sjanse å komme på plass.”*

Informantene vektlegger tydelighet og ærlighet i møte med tilsynsobjekt og mener at det er viktig å ikke gjøre forskjell på om du snakker med en sykehusdirektør eller en assistent i en avdeling. De opplever det som sin oppgave å skape en god stemning, slik at folk de møter ved tilsyn våger å være åpne og si hva de egentlig mener. Alle må behandles med respekt, men avhengig av hvor ukomfortabel eller selvsikker, den som tilsynsutøverne samtaler med er, kan det være behov for å opptre litt forskjellig:

*”Vi må være åpne og ha omsorg for dem vi skal møte. For det er spennende for dem, noen må du nesten klappe litt på for å få i gang, mens noen må du stagge litt og kanskje si ”her er det jeg som styrer”. Men jeg tror vi må slå an tonen allerede i brevet vi sender på forhånd og måten vi opptrer på når vi kommer.”*

Informantene ser sin rolle som å være den som skal sette søkelys på svikt, men som også peker på saker som ikke er ulovlig, men som har potensiale til å bli bedre. Slike forbedringsområder uttrykkes gjennom å gi merknader i tilsynsrapporten. Noen informanter hos fylkesmann II undrer seg over at andre fylkesembeter ikke bruker merknader i tilsynsrapporter og mener at gjennom å påpeke forbedringsområder skriftlig så vil de kommunisere feil eller mangler bedre, hvilket forenkler for tilsynsobjekt som må ordne opp i forholdene. En informanter forteller:

*”Det er en intern diskusjon om vi skal bruke dette med merknader. For det er noe negativt, men det er ikke så negativt at det er et lovbrudd. Så jeg vet ikke hva begrunnelsen er for at enkelte embeter ikke bruker merknader. Men jeg bruker det og har tro på det. For det tvinger oss til å være konkrete. Min erfaring er at det å formulere det skriftlig hjelper virksomheten fordi både de og vi tvinges til å være konkrete. Mange virksomheter kan fortelle at de har brukt det til forbedringsarbeid.”*

Det blir også beskrevet at avvik fra lovverket ikke alltid har så mye betydning for kvaliteten i tjenestene, hvilket stiller krav til tilsynsmyndigheten i å være pragmatisk. Det å ”henge seg opp i prinsipper for prinsippenes skyld” ses som en fare med tilsynsarbeidet, og er noe tilsynsmyndigheter generelt må å lære av og være bevisste på. Slik blir det uttrykt fra en informant:

*”Vi kan godt henge oss opp i lovverk uten at det påvirker kvaliteten. Så vi må se hva som er vesentlig og uvesentlig. Det får ikke bare bli prinsipper for prinsippenes skyld. Der har hele forvaltningen noe å lære.”*

#### **4.3.5 Bruken av virkemiddel og tilsynsstrategiers logikk**

Informantene kan fortelle at fylkesmannen primært bruker dialog som tilsynsstrategi og presiserer at tilsyn i stor grad er en skriftlig øvelse der tilsynsutøver og tilsynsobjekt primært kommuniserer via brev. I de aller fleste tilsynssaker holder dette for at tilsynsobjektet skal rydde opp i svikten. Kun én av informantene ved fylkesmann II har vært med på å bruke pålegg som virkemiddel ved et tilsyn. Det er altså meget sjelden fylkesmannen som statlig embete bruker sterkere virkemiddel, utover dialog. Informantene formidler tro på at dialog som virkemiddel er det som skal til for å kunne lukke et avvik:

*”Du får bedre til endring ved å være i dialog, heller enn å gi pålegg.”*

En annen informant sier:

*”Vi må sikre at vi belyser saken godt nok. Alle må bli hørt, alle sider må komme frem. Vi som tilsynsutøvere må kjenne god faglig praksis. Hvis vi havner i situasjoner hvor folk går for mye i forsvar så har det ingen hensikt. Det blir bare feil.”*

Informantene hos fylkesmann II har erfart at det å sende ut melding om kommende tilsyn kan være nok for at endringsprosesser starter hos tilsynsobjekt. Det beskrives at flere prosedyrer og tiltak har blitt opprettet etter at tilsynsobjekt har mottatt varsel om tilsyn. Informantene oppfatter dette som positivt og tenker at det viser pågangsmot hos tilsynsobjekt og vilje til å bli bedre.

*”Det å sende ut varsel om tilsyn kan ha stor effekt. Det setter en problemstilling på dagsorden. Så også når vi ikke finner noen avvik så kan det bidra positivt til forbedring hos tilsynsobjektet. De får sjanse til å se over rutinene sine.”*

De aller fleste tilsynssaker kan lukkes etter at tilsynsmyndigheten har fått tilbakemelding om endringer, tiltak og hvordan tiltakene fungerer. I de saker som ikke kan lukkes grunnet manglende tiltak, kan fylkesmann II invitere til møter med tilsynsobjekt for å få mer informasjon og støtte dem, i tillegg til at de prøver å gi dem mer tid. I de saker som ikke får en løsning, kan fylkesmannen velge å starte et nytt tilsyn, hvilket kan forstås som et av de kraftigste virkemidlene, fra fylkesmann II sin side:

*”Jeg har også eksempler på saker som blir så langvarige at jeg tror nesten det er snakk om en utmattelsessteknikk. Ofte prøver vi jo å gi råd. Noen ganger setter vi kortere og kortere frister. Men jeg vet en sak som pågikk i over to år og da valgte vi til slutt å reise på et helt nytt tilsyn.”*

#### **4.3.6 Måloppnåelse**

Resultatene viser at ved fylkesmann II gjennomføres det ikke noen måling av effekt av tilsyn. Informantene kan gi eksempler på tilfredsstillende etterlevelse av tiltak som er opprettet etter et tilsyn, men det finnes ingen systematisk måling av dette. Det har også blitt erfart at de ett år etter et tilsyn mottar nye bekymringsmeldinger fra en virksomhet som tidligere har hatt tilsyn, og at de på den måten forstår at de endringer som ble foretatt den gangen ikke var nok for å ordne opp i svikten. Informantene uttrykker et ønske om å vite mer om effekter av tilsyn, men konstaterer at de per i dag ikke har slik kunnskap.

*”Nei, vi måler ikke effekt av tilsynene, men vi evaluerer oss selv. Det gjør vi etter hvert tilsyn. Men vi måler ikke effekt, dessverre, det gjør vi ikke.”*

Informantene formidler at de, til tross for manglende objektive mål, er nokså sikre på at tilsyn har effekt. Men det stilles derimot spørsmål til ressursbruken av et tilsyn. Planlagte tilsyn er både tidskrevende og ressurskrevende, både for tilsynsmyndighet og tilsynsobjekt. Informantene er derfor interessert i om de med samme ressurser kunne ha oppnådd mer enn hva det gjør med et planlagt tilsyn. En informant sier slik om planlagte tilsyn:

*”Effekt er det nok. Men det spørs om ressursbruken. Kunne vi oppnådd mer med andre metoder? Det er for kort tidshorisont å sjekke igjen ett år etter tilsynet. Skal tilsyn bidra til langvarige endringer så må vi arbeide mer langsiktig. Vi vet ingenting om varighet av tiltakene når vi sitter og evaluerer oss selv direkte etterpå.”*

#### **4.3.7 Endrings- og forbedringsarbeid**

Informantene ved fylkesmann II kan fortelle at de har startet noe som de kaller for Spredningsprosjektet, med hensikt at flere enn akkurat den virksomhet som er tilsynsobjekt, skal kunne forbedre seg på det tema som tilsynet gjelder. Det gis flere eksempler fra kommunehelsetjenesten der budskapet fra et tilsyns spres og andre kommuner kontrollerer seg selv mot tilsynskriteriene, uten at de er tilsynsobjekt. På en slik måte kan flere lignende virksomheter forbedre seg uten at de har vært gjenstand for tilsyn. Spredningsprosjektet er særlig rettet mot kommunehelsetjenesten, og fungerer i praksis slik at flere kommuner inviteres til åpningsmøtet og sluttmøtet for et tilsyn. På den måten kan nabokommuner følge tilsynet og samtidig føre tilsyn med sin egen virksomhet. Informantene har så langt mye god erfaring med dette prosjekt, der de ser at flere klarer å justere og ordne opp i feil, uten at fylkesmannen en gang har vært innom. En forteller:

*”Parallelt med at vi gjennomførte tilsyn så gikk de andre kommunene hjem for å undersøke seg på det samme tema. Vi satte ingen krav til hvordan de skulle gjøre det så det viste seg at de gjorde det på litt forskjellige måter. Men erfaringen vår er at de har gått veldig samvittighetsfullt inn når de har sett på seg selv. Så vi kommer over flere og får spredd budskapet fra tilsynet. Lærdommene kan bli vel så store.”*

Informantene viser interesse for å utvikle tilsynsmetodikken og de har blant annet søkt om midler for å ha med brukerkompetanse i risikovurderingen for å velge ut tilsynsobjekt. Tanken bak å ha med brukere, er å få kunnskap om hva pasienter/bruker er opptatt av og savner i møte med de helse- og omsorgstjenester som de mottar. På den måte tror informantene at det vil bli lettere å spisse tilsynet, samt å sette tilsynskriterier som er bedre i tråd med pasienters og brukeres behov. En forteller:

*”Vi er inne i en retning der vi i mye større grad må ta brukenes rolle og ta dem inn i forberedelsesfasen. Hva er viktig for brukerne? Hvor opplevde du svikt? Hva bør vi se nærmere på? Det er gode spørsmål som ingen annen en brukere og pasienter kan svare på.”*

Fylkesmann II har i avdelingen, også testet ut en metodikk som innebærer å be tilsynsobjekt om å utføre en risiko- og sårbarhetsanalyse av sin egen virksomhet i forkant av et tilsyn. Gjennom å gjøre dette kan tilsynsobjektet spille en mer aktiv rolle og selv melde tilbake til fylkesmannen hvor i sin egen virksomhet de mener at det er mest risiko for svikt. En informant forteller om verdien av å gjøre det på en slik måte:

*”Det å gjøre en intern granskning av seg selv setter i gang prosesser på kvalitet og pasientsikkerhet. Alle har det travelt. Hvis tilsynsmyndigheten kommer så legger man noe arbeid til side en viss periode, men havner siden raskt tilbake i det samme spor igjen. Men hvis en får beskjed at en skal gjøre en egen vurdering og selv skal gjøre jobben så lærer en mye mer.”*

I arbeidet med et tilsyn er informantene nøye med at det er systemet de fører tilsyn med, og ikke enkeltpersoner. De prøver også å formidle dette budskapet muntlig når de er ute på tilsyn. De mener at de gjennom å rette avvikene mot styringssystemet, i tråd med internkontrollforskriften, bedre formidler svikt og mangler til ledelsen, som da raskere tar tak i utfordringene.

Informantene ved fylkesmann II beskriver at fylkeslegen behandler alle henvendelser fra media som gjelder helse- og sosialtjenester. Hvis fylkeslegen ikke selv har spesifikk kunnskap om saken, kan fylkeslegen be en ass. fylkeslege med bedre detaljinnsikt, å besvare saken. For å få mest mulig innflytelse og riktig bilde av hvordan saker formidles videre, har fylkesmannen og Statens helsetilsyn valgt å publisere alle tilsynsrapporter offentlig på

internett i anonymisert form (slik at ikke enkelt personer blir utlevert). Informantene er forsiktige med å formidle for mye meninger om en tilsynssak, da en fort ”kan møte seg selv i døren”, ettersom det kan være utfordrende å kommentere saker som man selv har jobbet tett med.



## 5. DISKUSJON

Dette kapittel vil drøfte funnene fra fylkesmann I og fylkesmann II. Det vil gjøres sammenligninger mellom casene fortløpende under hvert delkapittel.

Resultatene vil i dette kapittel drøftes i fire deler; organisering og risikovurdering, sentrale egenskaper hos tilsynsutøvere og institusjonell kontekst, virkemiddelbruk og effekt av tilsyn og organisatorisk læring av tilsynssaker.

Tabell 5 viser en oppsummering av de forskjeller som oppgaven fant mellom fylkesmann I og II. Hovedforskjellene relaterer seg til følgende fem tematiske områder; synet på behov for regionalisering, utvikling av tilsynsmetoder, bruk av merknader i tilsynsrapporter, holdninger til tilsynspraksis og strategier og filosofi bak sammensetning av tilsynslag.

TEMA	Fylkesmann I	Fylkesmann II
<b>Tilsyn med spesialisthelsetjenesten</b>	Foretrekker regionalisering	Foretrekker dagens organisering fylkesvis
<b>Utvikling av tilsynsmetodikk</b>	Tro mot gjeldende prosedyrer	Åpenhet for å utvikle tilsynsmetodikken
<b>Merknader i tilsynsrapport</b>	Formidles muntlig	Formidles skriftlig
<b>Holdning til tilsynsutøvelse</b>	Opplever mest støtte fra ledelse	Opplever mest støtte fra fagfolk/helsepersonell
<b>Sammensetting av tilsynslag</b>	Satt sammen ut fra personlig egnethet og formell kompetanse	Satt sammen ut fra interesse og formell kompetanse

Tabell 5. Oppsummering av forskjeller mellom casene.

### 5.1 Organisering og risikovurdering

#### 5.1.1 Organisering og samarbeid

Fylkesmann I og II sine helse-, omsorgs- og sosialavdelinger har valgt å organisere avdelingen noe forskjellig. Det er ikke holdepunkter i oppgaven for at den forskjellige interne organiseringen er relevant for å forstå de forskjeller som kommer frem når det gjelder syn på organisering av tilsynsvirksomheten.

Når det gjelder organiseringen av planlagte tilsyn med spesialisthelsetjenesten, er fylkesmann I av den oppfatning at det først og fremst vil være fordeler med å regionalisere dette tilsynet. Hovedargumentet er at det vil redusere forskjeller i tilsynspraksis, der de mener at Norge er lite tjent med at hver fylkesmann fører tilsyn med "sitt" sykehus. Informantene fra fylkesmann II uttrykker ikke samme overbevisningen om dette, men hevder derimot at den spesifikke kjennskapen og kompetansen fra fylkets egne sykehus er viktig når det føres tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Disse to ulike innstillingene til organisering av tilsyn med spesialisthelsetjenesten er én av de sentrale forskjellene oppgaven finner mellom de to casene. Argumentet for å regionalisere tilsyn med spesialisthelsetjenesten støttes opp av en fersk NOU-rapport (Norges offentlige utredninger), der utvalget mener at en regionalisering av tilsynsarbeidet, med færre tilsynsenheter med større sakstilfang, vil kunne bidra til forbedret kompetanse til dem som fører tilsyn (NOU, 2015). En regionalisering vil mest sannsynlig gi økt spisskompetanse til de tilsynsutøvere som fører tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Dessuten vil regionalisering kunne bidra til å redusere forskjeller i tilsynspraksis med helse- og omsorgstjenester i Norge. Viktigheten av solid faglig kompetanse hos tilsynsutøvere for å bidra til kvalitet og sikrere tjenester, er et tema som belyses av flere studier (Reiman & Norros, 2002; Walshe & Boaden, 2006).

### 5.1.2 Vurdering av risiko

Både fylkesmann I og II vurderer risiko på en måte som har flere likhetstrekk med det som beskrives innenfor litteraturen om risikobasert regulering (Black & Baldwin, 2012; Kringen, 2012). Det vil si at fylkesmannen prøver å velge ut tilsynsobjekt ut fra prinsippene om høy spesifisitet og sensitivitet. Spesifisitet nok til å finne tilsynsobjekt med høy risiko, og sensitivitet nok til å ekskludere de med lav risiko. Det at fylkesmannen har god oversikt over klagesaker og hendelsesbaserte tilsyn gjør at de også kan reagere raskt på endringer i risikobildet, for eksempel når en lav-risiko virksomhet endrer status til høy risiko virksomhet (Black & Baldwin, 2012). Når det gjelder planlagte tilsyn tar fylkesmannens også praktiske hensyn. Det er derfor ikke kun risikovurderingen som teller, og dermed påvirker hvilke virksomheter som blir valgt ut som tilsynsobjekt. Slike praktiske hensyn handler blant annet om hva som er praktisk gjennomførbart i tid, og hva som passer inn i forhold til andre avdelingers og myndigheters planlagte tilsyn.

Risikobasert regulering vil først og fremst ta hensyn til hvor svikt vil kunne medføre størst skade, og hvor det vil være mest kostnadseffektivt å motvirke svikt (Baldwin et al., 2012). Også fylkesmannen arbeider etter disse prinsippene, men tar i tillegg hensyn til særlig utsatte og svake grupper i risikovurderingen. Slike kriterier er ikke beskrevet i litteraturen om risikobasert regulering. Denne studien avdekker dermed at fylkesmannen sin tilnærming til risikovurdering kan oppfattes som mer bredspektret og mangfoldig, enn hva som er beskrevet i litteraturen om risikobasert regulering per i dag (Black & Baldwin, 2012; Kringen, 2012).

Fylkesmannen bruker flere informasjonskanaler (tidligere planlagte tilsyn, klagesaker, hendelsesbaserte tilsyn, media og uformelle kanaler), som til sammen skaper et bilde av et tiltenkt tilsynsobjekt (Arntzen, 2014). Også informantene i denne oppgaven bekrefter at de aktivt bruker slike informasjonskanaler ved planlegging av tilsyn. Lloyd-Bostock og Hutter (2008) mener at risikobasert regulering til dels er en illusjon, fordi tilsynsmyndigheten allerede er farget av den informasjon tilsynsutøvere på forhånd kjenner til, og derfor ikke kan stille seg helt nøytrale ved tilsynet (Lloyd-Bostock & Hutter, 2008). Funnene i denne oppgaven støtter til dels dette utsagnet, da resultatene viser at tilsynsutøvere i stor grad er farget av tidligere kunnskap og kjennskap til de tjenester som de fører tilsyn med. Flere tilsynsutøvere har etter mange års arbeid med tilsyn god kjennskap til offentlige helsetjenester, og en tydelig formening om hvor eventuell svikt vil kunne oppstå (Lloyd-Bostock & Hutter, 2008). Dette er også et argument som taler i retning for en regionalisering av tilsyn med spesialisthelsetjenesten, der det vil være relativt få tilsynsutøvere som arbeider på tvers av fylker.

For øvrig viser oppgavens resultater at tilsynsutøvere ved fylkesmannen i stor grad forholder seg til de føringer Statens helsetilsyn formidler når det gjelder utvelgelse av tilsynsobjekt (Helsetilsynet, 2009).

## **5.2 Sentrale egenskaper hos tilsynsutøvere og betydningen av institusjonell kontekst**

### **5.2.1 Forståelsen av tilsynsobjektets atferd, holdning og kultur**

Når fylkesmannen gjennomfører planlagte tilsyn, kommer tilsynsutøvere i kontakt med mange ulike organisasjoner og organisasjonskulturer. De aller fleste tilsynsobjekt stiller seg

positive til tilsyn, men noen ganger møter fylkesmannen motstand fra tilsynsobjekt. Kagan (2003) mener at tilsynsutøvere har stor innflytelse på tilsynsobjektets organisasjonsatferd (Kagan et al., 2003). Resultatene i denne oppgaven viser at tilsynsutøvere ved fylkesmannen er bevisste at de har en maktposisjon. Resultatene viser videre at både fylkesmann I og II opplever at de aller fleste tilsynsobjekt strekker seg langt for å ordne opp i svikt og avvik etter et tilsyn. Et interessant funn er at tilsynsutøvere ofte oppfattet at tilsynsobjekt stiller strengere krav til seg selv, enn hva tilsynsmyndigheten gjør. Dette kom særlig til uttrykk hos fylkesmann I. I følge Kagan et al. (2003) vil tilsynsobjekt som regel prestere ”beyond compliance”, det vil si utover lovkravet, hvilket også stemmer overens med hvordan tilsynsutøvere i denne oppgaven oftest oppfattet tilsynsobjektet (Kagan et al., 2003).

Det hevdes at bakgrunnen for at helsetjenesten fremdeles sliter med å lære av uønskede hendelser, til dels skyldes motstand mot dypgående systematiske gjennomganger, i tillegg til utfordringer ved arbeidskulturer som ikke reagerer på feil og svikt (Rowley & Waring, 2011). Resultatene viser at fylkesmannen noen ganger møter utfordringer ved organisasjonskulturen hos tilsynsobjekt, men mener at deres viktigste arbeid ved tilsyn er å gjøre tilsynsobjektets ledelse bevisst eventuelle kulturproblemer. Fylkesmannen forholder seg på den måten ikke aktivt til utfordringer ved organisasjonskulturen. En slik tilnærming til kulturutfordringer er i tråd med Grote og Weichbrodt (2013), som mener at tilsynsutøvere ikke kan løse kulturutfordringer fordi de ikke er en del av eller har spesifikk kjennskap til organisasjonskulturen hos tilsynsobjekt (Grote & Weichbrodt, 2013). Informasjon om organisasjonskultur kan samtidig være viktig for å forstå utfordringer med å ordne opp i avvik. Le Coze og Wiig (2013) beskriver derfor viktigheten av å forholde seg til kulturen hos tilsynsobjekt, da kulturelle faktorer kan være avgjørende for å forstå hvorfor svikt oppstår (Le Coze & Wiig, 2013). Walshe beskriver at det i responderende regulering er viktig å ta høyde for at responsen etter tilsyn ofte kan være sprikende innad i en organisasjon (Walshe, 2007). Resultatene i denne oppgave viser at fylkesmannen opplever at responsen fra tilsynsobjekter ofte er sprikende, med ulike interesser som avdekkes på ulike nivåer i tilsynsobjektets organisasjon. Videre viser resultatene én forskjell i hvordan fylkesmann I og II oppfattet tilsynsobjektet. Mens tilsynsutøvere hos fylkesmann I i stor grad oppfattet ledelsen hos tilsynsobjekt som positive, oppfattet de helsepersonell og fagfolk som mer skeptiske til tilsyn. Hos fylkesmann II oppfattet tilsynsutøvere det i stor grad motsatt. Tilsynsutøvere hos fylkesmann II opplevde mange ganger at tilsyn ivaretok helsepersonells meninger og interesser, mens de oppfattet at ledelsen opptrådte korrekt, men var tynget over den byrden

tilsynet medførte. Denne forskjellen kan si noe om forskjellige holdninger til tilsynspraksis og utøvelse mellom fylkesmann I og II. Forskjellige holdninger kan ha implikasjoner for hvordan tilsynsmyndigheter møter tilsynsobjekt (Reiman & Norros, 2002). Forskning om hva som fremmer kvalitet i helsetjenesten peker på at både kvalitet og sikkerhetsarbeid må forankres på alle nivå i en organisasjon, både vertikalt og horisontalt (Wiig & Lindøe, 2009). Dette er noe tilsynsutøvere bør være bevisst, og det bør tilstrebes å påvirke ansatte på alle nivåer hos tilsynsobjekt når de fører tilsyn.

Et viktig kriterium for å utøve velfungerende tilsyn er å ha tydelige føringer for standardsetting (Hood et al., 2001). Standardsetting handler blant annet om å fastsette nivå for avvik, eller *normering* som fylkesmannen kaller det. Det finnes ulike måter å formulere avvik på (Hovlid et al., 2015; Walshe, 2003). Funnene viser at både fylkesmann I og II i stor grad bruker internkontrollforskriften ved avviksformulering i planlagte tilsyn, denne tilnærming retter ansvar mot ledelse og styringssystemer. Dette er et diskusjonstema, der resultatene i oppgaven viser at noen foretrekker forsvarlighetskrav som retter avvikene mot lovparagrafer (Lovdata). Resultatene i denne oppgaven viser at tilsynsutøverne krever god dokumentasjon og høy grad av sikkerhet for å inkludere et avvik i tilsynsrapporten. Tilsynsutøver baserer avvikene både på intervjuer, dokumenter og observasjoner som avdekkes ved tilsynet. Hovlids og kollegaers studie (2015) peker på at avvik bør forankres i bevis for hvordan svikt i styringssystemet påvirker det klinisk arbeidet hos tilsynsobjekt (Hovlid et al., 2015). Resultatene i denne oppgaven er i tråd med Hovlids argumentasjon for hvordan avviksformulering bør formuleres, da tilsynsutøverne krever tydelig bevis for å underbygge et avvik. Det at det er uenigheter om standardsetting innad og mellom tilsynsmyndigheter kan oppfattes som en utydelighet sett fra befolkningens perspektiv. Hvis fylkesmannen sammen med Statens helsetilsyn ønsker å fremstå som en samlet myndighet utad, bør standardsettingen være tydelig definert og praktiseres likt (Hood et al., 2001). Resultatene i denne oppgaven underbygger argumentene til NOU rapporten *Med åpne kort*, som mener at forskjellene i tilsynspraksisen i Norge er for store til å leve med (NOU, 2015).

Ledelse som fag har blitt viktigere i dagens samfunn, ikke minst grunnet New public management-reformer (Baldwin et al., 2012). Dette berører også helsetjenesten, der synet på ledelse også påvirker tilsynspraksis, særlig med tanke på planlagte tilsyn og systemrevisjoner. Det at fylkesmannen, slik det kommer til uttrykk i denne oppgaven, mener at det er riktig å rette avvik mot ledelse og styringssystem, kan oppfattes som en naturlig strategi som er

tilpasset organiseringen og oppbygningen av dagens helsevesen. Dette er også i tråd med nasjonale føringer og dokumenter som peker på den sentrale rollen ledelsen har for kvalitet og sikkerhet (NOU, 2015; Wiig & Lindøe, 2009). Samtidig viser tall fra Helsetilsynet at antall reaksjoner mot helsepersonell nesten har blitt doblet i en tiårsperiode (2004-2014) (Helsetilsynet, 2015b). Om denne utvikling kan skyldes en mer effektiv tilsynsmyndighet kan ikke denne oppgaven besvare, men det viser uansett at fylkesmannens ledelsesperspektiv ved gjennomføringen av systemrevisjoner, ikke ser ut til å vokse på bekostning av det tilsynsarbeid som retter søkelyset mot helsepersonell som enkeltindivider.

En ytterligere forskjell som fremkom i resultatene var hvordan fylkesmannen forholder seg til forbedringsområder i tilsynsobjektets organisasjon. Et forbedringsområde er noe som ikke er forenlig med god praksis, men so samtidig ikke er et lovbrudd, og dermed ikke kan karakteriseres som avvik. Dette kaller fylkesmannen *merknader*, og prosedyren sier at fylkesmannen må vurdere hvordan det skal behandles, men at det ikke bør tas med i tilsynsrapporten (Helsetilsynet, 2012). Resultatene viste at fylkesmann I først og fremst formidlet merknader muntlig og holdt dem utenfor tilsynsrapporten. Tilsynsutøvere mente at det kun var avvik basert på kriteriene for tilsynet som skulle stå i rapporten, men at annen informasjon kunde formidles muntlig i sluttmøtet eller direkte til tilsynsobjektets ledelse. Denne strategien støttes opp av forskningen til Hansen et al. (1999) som bekrefter at direkte dialog der begge parter er fysisk tilstede, forbedrer læringseffekten, sammenlignet med kommunikasjon som kun foregår skriftlig (Hansen et al., 1999). Hos fylkesmann II mente flere derimot at det var viktig å presisere merknader skriftlig, da det etter deres oppfatning økte sjansen for at tilsynsobjektet faktisk jobbet med problemstillingen og forbedret seg basert på merknaden. Ut fra resultatene baserer fylkesmann II sitt valg om å formulere merknader skriftlig, på en oppfatningen om at det vil fremme tilsynsobjektets læringsprosess, til tross for at det ikke er i tråd med prosedyren (Helsetilsynet, 2012). Crossan et al. (1999) mener at ny kunnskap må institusjonaliseres i en organisasjon for at en reell endring av praksis eller atferd skal kunne skje på organisasjonsnivå. Det er uheldig dersom ny kunnskap om svikt og sikkerhet kun bli diskutert på individ- og gruppenivå. Fylkesmannen ønsker at de endringer som skjer på bakgrunn av avvik og merknader skal bli institusjonalisert kunnskap i tilsynsobjektets organisasjon. Det at fylkesmann II formulerer merknader skriftlig, kan derfor forstås som en strategi for å bidra til høyere grad av institusjonaliserte læringsprosesser (Crossan et al., 1999).

### 5.2.2 Forståelsen av rollen som tilsynsutøver

Tilsynsmyndighetens institusjonelle kontekst og forståelse av rolle og oppdrag vil kunne ha betydning for de krav og prioriteringer tilsynsmyndigheten foretar (Black & Baldwin, 2010). Denne oppgaven avdekker noen forskjeller i holdninger til tilsynsutøvelse og praktisering av tilsyn mellom fylkesmann I og II. De forskjeller som oppgaven viser til, kan dels forstås ut fra ulik institusjonell kontekst hos de to fylkesembeter som deltar i studien.

Én av forskjellene mellom fylkesmann I og II handler om hvordan tilsynslag blir satt sammen (teamet som skal utføre tilsyn sammen), og hvilke egenskaper som vektlegges i rollen som tilsynsutøver. Ved fylkesmann I skal alle tilsynslag ha juridisk og medisinsk/helsefaglig kompetanse med i tilsynslaget, men de legger også stor vekt på personlig egnethet for å delta på tilsyn. Tilsynsutøvere må vise at de har de rette personlige egenskapene (for eksempel gode kommunikasjonsferdigheter), og gjennom hardt arbeid fortjene en plass i tilsynslaget. Personen må gjentatte ganger vise at de er egnet for rollen som tilsynsutøver. I tillegg viser resultatet at fylkesmann I vektlegger kunnskap om ledelse, styring- og organisasjonsteori, som viktige premisser for å praktisere som tilsynsutøver. Viktigheten av slik kunnskap blir ikke eksplisitt nevnt fra fylkesmann II. Hos fylkesmann II synes prinsippet om at ”alle må få prøve seg” og et slags rettferdighetsprinsipp i større grad å være gjeldende. Det vil si at hvis den formelle kompetansen er på plass, får tilsynsutøver være med på tilsyn etter kapasitet og interesse. Med formell kompetanse menes juridisk og medisinsk/helsefaglig kompetanse. Det blir rapportert om brede diskusjoner i forkant av tilsyn og at utvelgelsen av tilsynsutøver baseres på interesse og kompetanse. Det blir hos fylkesmann II eksplisitt lagt vekt på riktig medisinskfaglig kompetanse i tilsynslaget, som en viktig forutsetning for å få legitimitet hos tilsynsobjekt. Det blir også stilt spørsmål ved om noen tilsynslag som har blitt satt sammen i avdelingen har hatt nok kunnskap og erfaring fra helsetjenesten. Hos fylkesmann I virker premissene for å være med på tilsyn så strenge at problemstillingen med ”nok kompetanse i tilsynslaget” ikke i samme grad er aktuell. Både fylkesmann I og II redegjør dog for at nødvendig faglig kompetanse innhentes eksternt om det er behov. En ny pasientsikkerhetsrapport fra World Innovation Summit for Health, peker på at sikre systemer og høy kvalitet i stor grad avhenger av en tverrfaglig tilnærming til helsetjenesten (Pronovost, Ravitz, Kennedy, & Stoll, 2015). Dette berører også tilsyn, der tverrfaglighet hos tilsynsmyndigheten antas å kunne bidra til vurderinger av sikkerhet og kvalitet på et bredere grunnlag. Vektleggingen av alltid å ha lege og jurist med i tilsynslaget, står noe i kontrast til forskning på kvalitet og sikkerhet og hvordan den kan forbedres (Walshe & Boaden, 2006).

Tidligere forskning indikerer at kun helsefaglig/medisinsk kompetanse ikke er nok for å oppnå god kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten (Carayon et al., 2013). Større tverrfaglighet vil kunne bidra til en bredere forståelse og tilnærming til de problemstillinger som tilsynsutøvere møter. Carayon beskriver ”human factors” -tilnærmingen som peker på at for å kunne forstå kompleksiteten i helsetjenesten, og for å forstå pasientsikkerhet ut fra et helhetlig perspektiv, så er det i tillegg til å forstå det helsefaglige, behov for å forstå teknologiske-, organisatoriske- og menneskelige faktorer (Carayon et al., 2013; Walshe & Boaden, 2006). Fylkesmannen bør derfor vurdere hvilke konsekvenser det har for tilsynspraksisen i hovedsak å ha et medisinsk og juridisk perspektiv blant tilsynsutøvere. For eksempel hadde kanskje et tilsynslag med en annerledes fag-sammensetting, som for eksempel samfunns- og naturfag, hatt muligheter for å bidra til en mer helhetlige vurdering av kvalitet og sikkerhet. Fylkesmannen bør se nærmere på hvordan de kan innhente denne viktige kompetansen, som kan bidra til en mer helhetlig tilnærming til tilsynsarbeidet (Pronovost et al., 2015).

En holdning som synes å være felles for fylkesmann I og II, er at tilstrekkelig faglig kompetanse ved tilsyn først og fremst er nødvendig for å få legitimitet og for å være troverdige som tilsynslag og tilsynsmyndighet. Da systemrevisjoner i grunnen er en kontroll av tilsynsobjektets styringssystem og avvik ofte rettes mot ledelsen, er det flere av tilsynsutøverne (både hos fylkesmann I og II) som mener at spesialisert kunnskap om et medisinsk felt, strengt tatt ikke alltid er nødvendig for å gjennomføre planlagte tilsyn. Men, fra tilsynsobjektets side har både fylkesmann I og II erfart at de oppnår mer tillit og troverdighet ved å ha spesialiserte fagfolk med på tilsynslaget (Reiman & Norros, 2002). Det handler heller ikke kun om spesialisering, men også yrke. Informanter fra begge fylkesembeter nevner for eksempel at det ikke er holdbart å føre tilsyn i spesialisthelsetjenesten uten å ha med leger i tilsynslaget. Tilsynsutøver når rett og slett ikke frem med sitt budskap eller meninger hvis de ikke har adekvat yrkesbakgrunn. Disse funn stemmer overens med litteraturen som fremhever at tilsynsutøvers kompetanse er avgjørende for å oppnå legitimitet og respekt fra tilsynsobjekt (Reiman & Norros, 2002). ”*Regulation will only be as effective as the competence of its staff and resource*” – Reiman & Norros, 2002.

Tilsynsutøvere fra begge fylkesembeter presiserer at de som tilsynsutøvere aldri må komme med noen løsninger eller oppskrifter, men kun prøve å støtte tilsynsobjekt i sitt endrings- og forbedringsarbeid gjennom å tydeliggjøre tilsynskravene. Tilsynsutøver må i sitt arbeid klare å balansere myndighetens krav om effektivitet, offentlighetens krav om åpenhet og



tilsynsobjektets forventning til at den som fører tilsyn er høyt kompetente for jobben som gjøres. Reiman og Norros (2002) beskriver hvor viktig det er for tilsynsutøvere ikke å blande roller i tilsynsarbeidet (Reiman & Norros, 2002). Sammenblanding av roller kan være tilfelle hvis tilsynsutøvere strekker seg for langt ved å hjelpe tilsynsobjekt som må rette opp i avvik og svikt i tjenestene. Resultatene i denne oppgaven viser at fylkesmannen I og II primært utøver kontroll når de fører tilsyn, og vektlegger å holde en tydelig distanse for å ikke havne oppi situasjoner med sammenblanding av roller.

## 5.3 Virkemiddelbruk og effekt av tilsyn

### 5.3.1 Virkemiddel og tilsynsstrategiers logikk

Både fylkesmann I og fylkesmann II bruker i svært lite grad de fryktbaserte tilsynsstrategiene som i litteraturen kategoriseres som ”deterrence”. Resultatene viser derimot at fylkesmannen strekker seg langt innenfor etterlevelses-strategier, såkalte ”compliance”-strategier (Baldwin et al., 2012; Healy, 2011). Det betyr at fylkesmannens viktigste virkemiddel ved tilsyn er å bygge en god relasjon med tilsynsobjekt, og legge til rette for god dialog. I litteraturen fremheves tilsynsmyndighetens mandat til å håndheve gjennom maktbruk, som en viktig premis for å oppnå legitimitet som tilsynsmyndighet (Ayres & Braithwaite, 1992; Nielsen & Parker, 2009). Denne oppgaven peker på at tilsynsutøvere er av en oppfatning at strenge virkemiddel, innenfor ”deterrence”, lett kan ødelegge for læring og forbedring, og derfor så langt det er mulig bør unngås. Fra forskningen finnes støtte for fylkesmannens tilsynspraksis med å strekke seg langt innenfor ”compliance”-strategier. Flere forfattere mener at for strenge virkemiddel ved tilsyn kan skape dårlig dialog med tilsynsobjekt, og forhindre motivasjon til å arbeide med forbedring videre (Black & Baldwin, 2010; Brennan, 1998; Walshe, 1999). Den tilnærming til virkemiddel som avdekkes i denne oppgaven skiller seg fra flere andre norske tilsynsmyndigheters strategi ved bruk av virkemiddel. Eksempelvis er det forholdsvis vanlig praksis å gi pålegg ved avviksfunn i andre sektorer. En slik bruk av virkemiddel praktiseres både av Arbeidstilsynet og Petroleumstilsynet (Kringen, 2012). Resultatene peker på at fylkesmannen har delvis annerledes forståelse for hvordan de skal oppnå legitimitet, enn hva litteraturen presenterer (Ayres & Braithwaite, 1992; Nielsen & Parker, 2009). Gunningham (2009) mener at regulering både bør være bygget opp gjennom formelle systemer (tilsyn, avvik, rapporter) og ikke-formelle systemer (tillit, motivasjon, engasjement) for å oppnå sitt fulle potensiale (Gunningham & Sinclair, 2009). Det ikke-formelle systemet

kan i denne oppgaven forklare det resultat som beskriver at fylkesmannens legitimitet har blitt bygget opp gjennom årrekker.

Fylkesmannens tilsynsstrategi og praksis har et tydelig element av logikken innenfor responderende regulering, der prinsippet er å alltid begynne med de svakeste virkemidlene, samt legge til rette for god dialog (Ayres & Braithwaite, 1992). Fylkesmannen utmerker seg som en tålmodig tilsynsmyndighet. Responderende regulering fremhever viktigheten av å følge virkemiddelhierarkiet aktivt ved tilsyn (Ayres & Braithwaite, 1992). Resultatene i denne oppgaven gir ikke et klart svar på hva som utløser håndhevelse av virkemiddelhierarkiet hos fylkesmannen, men viser derimot at fylkesmannens oppfatning er at de som tilsynsmyndighet er avventende før de vurderer eventuell håndhevelse mot et tilsynsobjekt. Et spørsmål som reiser seg er om fylkesmannen i større grad hadde fått til endring og forbedring hvis det i større utstrekning ble praktisert håndhevelse høyere opp i virkemiddelhierarkiet (Nielsen & Parker, 2009) (se side 15).

Resultatene i denne oppgaven viser videre at tilsyn i stor grad er en skriftlig øvelse, og at kommunikasjonen mellom tilsynsmyndighet og tilsynsobjekt stort sett foregår skriftlig. Fylkesmennene kan invitere til møte hvis tilsynsobjekt strever med å rette feil og svikt, men inntrykket er at fylkesmannen drøyer dette til man ser at brev ikke fører til endring. En studie om hva som fremmer læring viser at mennesker vil ha bedre forutsetninger for å lære hvis kommunikasjonen også foregår direkte mellom individer, sammenlignet med om kommunikasjonen kun foregår skriftlig (Hansen et al., 1999). For tilsynsmyndigheter kan det bety at de i høyere grad bør legge til rette for fysiske møter med tilsynsobjekt, hvis de ønsker å oppnå institusjonalisert læring og bedre forståelse for endringsbehovet hos tilsynsobjektet (Crossan et al., 1999). Det er i tidligere forskning vist at informasjon bør spres både vertikalt og horisontalt i en organisasjon for å legge til rette for læring av svikt, og at tilsynsutøvere må holde et helhetlig blikk på systemet hos tilsynsobjektet (Wiig & Lindøe, 2009). Denne oppgaven har vist at fylkesmannen til en viss grad legger til rette for informasjonsutveksling med ledelsen i helseforetak, og at tilsynsmyndigheten ved kompliserte saker kan invitere til møte med tilsynsobjekt. Men tilsyn foregår i stor grad skriftlig og fylkesmannen har derfor stort potensiale til å foreta endringer rundt egen tilsynspraksis, ved å bedre legge til rette for læringsprosesser for å forstå bakenforliggende årsaker til svikt (Rowley & Waring, 2011).

### 5.3.2 Måloppnåelse

Det finnes lite empirisk kunnskap om effekter av tilsyn (Healy, 2011; Walshe, 2007). Det reises også flere metodologiske utfordringer ved det å måle tilsynseffekt (Baldwin & Black, 2008). Flere studier peker på viktigheten av å kunne måle effekt av tilsyn (Black & Baldwin, 2010; Brennan, 1998; Walshe, 1999). Et tilsyn som har effekt kan defineres som et tilsyn som bidrar til de nødvendige endringer som kreves for at tilsynsobjektet skal forbedre seg og utøve tjenester med høy sikkerhet og kvalitet. Resultatene i denne oppgaven peker på flere holdepunkter for at tilsyn har effekt og bidrar til forbedringsarbeid hos tilsynsobjekt (Arianson et al., 2008; Healy, 2011; Helsetilsynet, 2013).

Funnene i denne oppgave viser at fylkesmannen per i dag ikke måler effekt av egen tilsynsvirksomhet. Da tidligere forskning tydelig presiserer at måling av effekt er en viktig komponent av tilsyn, kan funnet forstås som en svakhet med fylkesmannens tilsynspraksis. Det er særlig en svakhet sett ut fra et samfunnsperspektiv, da vi risikerer å etablere et stort tilsynsbyråkrati uten egentlig å vite hvor effektiv dette er eller hvilke virkemidler som fungerer best (St. Meld. 17).

Til tross for at denne oppgaven viser at fylkesmannen ikke gjennomfører noen systematisk måling av effekt av tilsyn med helsetjenesten, viser resultatene at tilsynsutøvere ikke er i tvil om at tilsyn har effekt. For å utvikle og forbedre tilsynsmetodikken, trenger fylkesmannen bedre og mer kunnskap om sin egen måloppnåelse. Resultatene peker på flere eksempler på forbedringsarbeid hos tilsynsobjekt eller hos virksomheter i tilsynsobjektets omgivelser, som har startet på bakgrunn av et tilsyn. Et eksempel er at tilsynsutøvere over tid har sett at avvik mot en spesifikk lovparagraf er blitt redusert, da tidligere tilsynssaker har gjort flere virksomheter bevisste på problemet, og bidratt til arbeid med forbedring på det aktuelle området. Dette taler for at tilsyn har effekt, til tross for at effekten per i dag ikke er målbar.

### 5.4 Organisatorisk læring av tilsynssaker

For å gjøre nødvendige endringer for å rette opp i avvik, trengs refleksjoner for å forstå bakenforliggende årsaker til svikten (Weick & Sutcliffe, 2003; Aase & Wiig, 2015). Tidligere forskning tyder på at læringen av tilsyn har store begrensninger, og at det er utfordrende å avdekke og endre bakenforliggende årsaker til svikt (Wiig & Lindøe, 2009; Åsprang et al., 2015). Funnene i denne oppgaven tyder på at fylkesmannen opplever at tilsynsobjekt over tid

har blitt flinkere til å bruke tilsyn og tilsynsrapporter aktivt i sin egen virksomhet. Arbeidet med å systematisk ta opp tilsynserfaringer og rapporter på ledernivå, samt jevnlige møter mellom fylkesmannen og helseforetak, tyder på at tilsynsobjekt i høy grad prøver å ordne opp i svikt og bakenforliggende årsaker (Weick & Sutcliffe, 2003; Aase & Wiig, 2015).

En viktig forskjell mellom fylkesmann I og II handler om holdning til tilsynsmetodikken. Fylkesmann I virker i større grad å vektlegge det å være tro mot tilsynsmetodikken og de prosedyrer som finnes for hvordan tilsyn skal utøves, mens fylkesmann II er mer opptatt av hvordan de kan utvikle tilsynsmetodikken og gjøre tilsyn bedre og mer effektive. To eksempler fra fylkesmann II er spredningsprosjektet og planene om å bruke brukerkompetanse ved vurdering av risiko. Denne forskjellen handler om ulike holdninger til tilsynspraksis, der fylkesmann II sine argumenter for å utvikle tilsynsmetodikken handler om å nå ut til flere og spre kunnskaper fra tilsyn. I et læringsperspektiv kan det bety at de virksomheter som deltar og gjør en selvevaluering i forhold til revisjonskriteriet, kan få en læringsprosess gjennom å re-vurdere sin egen praksis, uten å selv være tilsynsobjekt. Erfaringer og tiltak som kommer etter selvevalueringen kan da bidra til institusjonalisert kunnskap og en reell endring av praksis (Crossan et al., 1999; Swart & Pye, 2003). Dette uten å være utsatt for den kontrollen som tilsynsobjektet må forholde seg til.

Spredningsprosjektet har likhetstrekk med "smart regulation" (Gunningham, 2010). Tilsynsmyndigheten lar innflytelse fra omgivelsene spille en viktig rolle ved å invitere andre aktører enn kun tilsynsobjektet til åpningsmøtet for et tilsyn. Dette legger et ytre press på tilsynsobjektet, og bidrar til at tilsynsmyndigheten kan ha en mer tilbakelemt rolle. På samme tid kan flere enn tilsynsobjektet dra nytte og lærdommer av tilsynet. Flere virksomheter vil da kunne reflektere rundt vurderingene som også er en viktig forutsetning for at kunnskap skal omsettes i praksis og bidra til forbedring (Swart & Pye, 2003).

I følge tidligere forskning kan media som virkemiddel være viktig for å få til endring (Healy, 2011). Dette virker fylkesmannen i høy grad å være bevisst. Fylkesmannen prøver derfor å ta kontroll over den informasjon som blir offentliggjort, gjennom å selv velge hvordan denne formidles på nettsidene. Gjennom internett offentliggjøres store mengder informasjon om tilsyn og tilsynsrapporter. Fylkesmannen praktiserer på denne måten en høy grad av åpenhet. Det finnes støtte for fylkesmannens strategi for å dele informasjon, da forskning om tilsyn viser at media kan være en viktig kanal for å få til endring (Gunningham & Sinclair, 2009;

Healy & Braithwaite, 2006). Hood et al. (2001) mener at tilsynsstrategiers effektivitet i stor grad avhenger av tilsynsmyndighetens måte å formidle informasjon på (Hood et al., 2001).

Demings forbedringssirkel (Deming, 2000) er en mye brukt metodikk ved forbedringsarbeid i helsetjenesten (Arntzen, 2014). Demings forbedringssirkel passer også inn for å forstå hvordan fylkesmannen følger opp planlagte tilsynssaker og evaluerer om en tilsynssak kan avsluttes. Tilsynsmyndigheten vil se at de tiltak som er satt inn for å lukke avvik fungerer, og nøyer seg ikke med kun en plan for tiltakene. Resultatene i denne oppgaven viser at de fleste tilsynsutøvere hadde erfaring med noen tilsynssaker som ble stående åpne lenge, fordi svikten hos tilsynsobjektet ikke kunne ordnes opp i. Dette handlet både om planlagte og hendelsesbaserte tilsyn. For å avslutte en sak ønsker fylkesmannen å se at de tiltak som er satt inn for å rette et avvik fungerer i praksis, både her og nå og over tid. Fylkesmannen ønsker ikke kun endringer for å tilfredsstille tilsynsmyndigheten, men vil se at de tiltak som blir satt i verk fører til varige endringer som bidrar til å gjøre tjenesten bedre. Varig endring kan i denne oppgaven defineres som det Crossan et al. (1999) kaller institusjonaliserte læringsprosesser. Ved institusjonaliserte læringsprosesser blir ny kunnskap en integrert del i hele organisasjonen, både hos individer og i strukturene i og rundt organisasjonen (Crossan et al., 1999). Resultatene i denne oppgave viser at fylkesmannen gjør en skjønnsmessig vurdering for å bestemme om en tilsynssak kan avsluttes. Ideelt sett avsluttes en sak først når tiltakene har blitt evaluert i forhold til de fire trinnene i Demings forbedringssirkel, men ut fra resultatene fremgår det at noen saker avsluttes etter de to første trinnene (plan-do). Særlig hendelsesbaserte tilsynssaker ser ut til å avsluttes etter at fylkesmannen har oppfattet en enkel-kretslæring hos tilsynsobjekt (Argyris, 2003; Healy & Braithwaite, 2006). Det er derfor usikkert om læringen etter hendelsesbaserte tilsynssaker fører til dobbelt-kretslæring (Weick & Sutcliffe, 2003). Det kan oppfattes som et paradoks at fylkesmannen stiller høye krav til evaluering av tiltak fra tilsynsobjekt, når myndigheten selv ikke systematisk måler effekt av sin egen tilsynsvirksomhet. Det kan ut fra resultatene virke som at fylkesmannen krever bedre dokumentert evaluering av tiltak, etter systemrevisjoner enn etter hendelsesbaserte tilsynssaker. Det å vurdere når en tilsynssak kan avsluttes avhenger også av tilsynsmyndighetens ressurser og kapasitet.

## 6. KONKLUSJON

Dette kapittelet vil besvare oppgavens problemstilling og redegjøre for implikasjoner for praksis og videre forskning.

### 6.1. Fylkesmannens tilpasning av strategier og praksis

Denne oppgaven har studert hvordan fylkesmannens tilpasning av tilsynsstrategier og praksis kan bidra til varig endring og forbedring i helsetjenesten (Arianson et al., 2008; Brennan, 1998; Walshe, 1999). Tilsynsutøveres primære oppgave er å utøve kontroll gjennom tilsyn. Resultatet viser at tilsynsutøvere tilpasser fremgangsmåten sin etter hva de tror vil være mest hensiktsmessig med tanke på å bidra til forbedring hos tilsynsobjekt i helsetjenesten. Videre peker resultatet på at tilsynsutøvere er forsiktige med rådgiving i prosessen med å lukke avvik, av hensyn til eventuell sammenblanding av roller og interessekonflikter (Reiman & Norros, 2002). For å bidra til tilsynsobjektets endring- og forbedringsprosess, arbeider fylkesmannen for å etablere en god dialog med tilsynsobjekt i startfasen av et tilsyn (Baldwin & Black, 2008). Tilsynsutøverne mener at gode kommunikasjonsferdigheter og relasjonskompetanse er avgjørende egenskaper for å få til endring og forbedring hos tilsynsobjekt. Oppgaven viser videre at tilsynsutøveres oppfatning av hvordan de kan bidra til endring, handler om å være faglig kompetent og troverdig i rollen, som bygger legitimitet som myndighet. Fylkesmannen tilpasser måten avvik formuleres på, ut fra hva som anses å best kunne bidra til endring hos tilsynsobjektet (Walshe, 2003). Tilsynspraksisen ved planlagte tilsyn hos fylkesmann I og fylkesmann II er å rette avvik mot ledelse og styringssystemet, gjennom å bruke internkontrollforskriften (Hovlid et al., 2015). Tilsynsutøvere mener at majoriteten av tilsynsobjekt ønsker å prestere utover minstekravene i lovverk og forskrift, det vil si "beyond compliance" (Kagan et al., 2003).

Fylkesmannen arbeider utfra en tilsynsstrategi som i litteraturen omtales som "compliance"-strategier (Healy, 2011). Tilsynsstrategier og praksis som avdekkes i denne oppgaven peker på at fylkesmannen er forsiktige med å bruke virkemiddelhierarkiet, som for eksempel å gi pålegg. Her skiller fylkesmannens tilsynsstrategi innenfor helsetjenesten seg fra andre sektorer. Det finnes forskning som mener at tilsynsmyndigheter i større grad bør bruke virkemiddelhierarkiet mer aktivt når ønsket endring ikke skjer (Nielsen & Parker, 2009). Det

fremgår at begge fylkesmenn mener at tilsyn i seg selv er et sterkt virkemiddel og at ”deterrence”-strategier ikke anses som en reell løsning i tilsynspraksisen.

En virkelig responderende risikobasert regulering (Black & Baldwin, 2010) forutsetter at tilsynsmyndigheten har et bevisst forhold, både til sin egen og tilsynsobjektets kultur, atferd og holdninger. Det forutsettes videre at tilsynsmyndigheten kan evaluere sin egen måloppnåelse og har en tydelig strategi for hvordan ulike virkemiddel blir brukt. Denne oppgaven har vist at fylkesmannen i stor grad arbeider i tråd med beskrivelsen av en virkelig responderende risikobasert regulering, men at én svakhet peker seg ut i form av manglende kunnskap om egen måloppnåelse. Per i dag har fylkesmannen ingen evidensbasert kunnskap om effekten av sine egne tilsyn. Fylkesmannen trenger å utarbeide metoder for å måle effekt av sin egen tilsynsvirksomhet. Myndigheten vil da kunne få bedre innsikt i hvilke virkemiddel og tilsynspraksis som fungerer og medfører endring og forbedring hos tilsynsobjekt innenfor helse- og omsorgstjenesten (Black & Baldwin, 2010).

Det er en utfordring for helsetjenesten å lære av svikt og uønskede hendelser, og å endre bakenforliggende årsaker slik at svikten ikke gjentas. Gjennom å legge til rette for fysiske møter og flere arenaer for å diskutere årsaker til svikt med tilsynsobjekt, vil fylkesmannen bedre kunne bidra til læringsprosesser som kan skape en dypere forståelse for bakenforliggende årsaker til svikt i helsetjenesten (Healy & Braithwaite, 2006; Rowley & Waring, 2011).

## **6.2 Implikasjoner for praksis**

Denne oppgaven gir en beskrivelse av tilsynsutøveres egen rolleforståelse og kultur, som kan være viktig kunnskap for å utvikle tilsynsmetodikk, samt for at tilsyn skal kunne praktiseres mer likt (Black & Baldwin, 2010).

Resultatene fra denne oppgaven viser at tilsynsutøvere oppfatter tilsyn som et sterkt virkemiddel som oftest mobiliserer tilsynsobjekt i helsetjenesten til å foreta nødvendige endringer. Det fremgår av resultatet at tilsynslag som regel er satt sammen av lege og jurist. Forskning indikerer at tverrfaglighet er viktig for å oppnå god sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten (Carayon et al., 2013; Pronovost et al., 2015). Fylkesmannen bør derfor

vurdere om større tverrfaglighet i tilsynslag ville kunne bidra til et bedre helhetsperspektiv av risiko og svikt ved tilsyn.

Resultatene i denne oppgaven peker videre på noen forskjeller i tilsynspraksis mellom de to casene i oppgaven. Forskjellene vil være viktige å ta fatt i for å bidra til at tilsyn med helsetjenesten skal praktiseres mest mulig likt. Denne oppgaven indikerer at forskjellene mellom casene gjelder både holdninger til tilsyn og selve praksisen av tilsyn. Forskjellene kommer blant annet til uttrykk ved standardsetting og institusjonell forståelse av tilsyn (Black & Baldwin, 2010; Hood et al., 2001). Det bør jobbes aktivt for å minimere forskjeller i tilsynspraksis i Norge (Helsetilsynet, 2009; NOU, 2015; St.meld.nr.17, 2003).

### **6.3 Videre forskning**

For å forstå mer om samspillet mellom tilsynsmyndighet og tilsynsobjekt og hva som bidrar til endring innenfor tilsyn, trengs det mer forskning om effekter av tilsyn (Black & Baldwin, 2010; Shaw et al., 2013). En oppfølgende studie skulle kunne undersøke tilsynsobjektets forståelse av en spesifikk tilsynssak, og hva som bidro til endring og forbedring. For en dypere forståelse av hvordan endring oppstår, hadde det vært en styrke å inkludere både tilsynsutøver og tilsynsobjekt som informanter i samme studie. Det vil kunne være interessant å belyse tilsynsobjektets oppfatning av tilsynsmyndighetens bidrag til endringsprosessen, eller fravær av det samme.

Ut fra et læringsperspektiv vil det videre være interessant å forstå hvor dypt endringer etter en tilsynssak trenger inn i organisasjonsstrukturen til tilsynsobjekt. Tidligere forskning indikerer at avvik ofte lukkes som en enkel-krets-læringsprosess, hvilket forhindrer endring av den bakenforliggende årsaken til svikt (Aase & Wiig, 2015; Åsprang et al., 2015). Gjennom å studere tilsyn fra et læringsperspektiv (Crossan et al., 1999; Weick & Sutcliffe, 2003), vil det kunne utvikles ny kunnskap om hva som virker ved tilsyn, og hva som bidrar til varige endringer.



## LITTERATURLISTE

- Argyris, C. (2003). A life full of learning. *Organization Studies*, 24(7), 1178-1192.
- Arianson, H., Elvbakken, K. T., & Malterud, K. (2008). Hvordan opplevde helsepersonell tilsynet med fødeinstitusjoner? *How did health personnel perceive supervision of obstetric institutions?*, 128(10), 1179-1181.
- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten : arbeidsglede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ayres, I., & Braithwaite, J. (1992). *Responsive regulation: Transcending the deregulation debate*: Oxford University Press.
- Baldwin, R., & Black, J. (2008). Really Responsive Regulation. *Modern Law Review*, 71(1), 59-94. doi:10.1111/j.1468-2230.2008.00681.x
- Baldwin, R., Cave, M., & Lodge, M. (2010). Introduction: Regulation - the field and developing agenda. In R. Baldwin, M. Cave, & M. Lodge (Eds.), *The Oxford handbook of regulation* (pp. 3-16). Oxford: Oxford University Press.
- Baldwin, R., Cave, M., & Lodge, M. (2012). *Understanding regulation : theory, strategy, and practice* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Black, J., & Baldwin, R. (2010). Really responsive risk-based regulation. *Law & Policy*, 32(2), 181-213.
- Black, J., & Baldwin, R. (2012). When risk-based regulation aims low: Approaches and challenges. *Regul. Gov.*, 6(1), 2-22. doi:10.1111/j.1748-5991.2011.01124.x
- Blaikie, N. (2010). *Designing Social Research* (Second ed.). Cambridge UK: Polity Press.
- Brennan, T. A. (1998). The role of regulation in quality improvement. *Milbank Quarterly*, 76(4), 709. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=1442617&scope=site>
- [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751097/pdf/milq\\_111.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751097/pdf/milq_111.pdf)
- Bukve, O., & Heggdal, H. M. (2014). Reguleringsstrategier og kvalitetsarbeid. In O. Bukve & G. Kvåle (Eds.), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R., & Gurses, A. P. (2013). Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Applied Ergonomics*, 45(1), 14-25. doi:10.1016/j.apergo.2013.04.023
- Crossan, M. M., Lane, H. W., & White, R. E. (1999). An organizational learning framework: From intuition to institution. *Academy of management review*, 24(3), 522-537.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode : en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforl.
- Danermark, B. (2003). Generalisering, vetenskapliga slutledningar og modeller för förklarande samhällsvetenskap. In B. Danermark (Ed.), *Att förklara samhället* (2nd ed., pp. 123-172). Lund: Studentlitteratur.
- Deming, W. E. (2000). *Out of the crisis*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Flodgren, G., Pomey, M. P., Taber, S. A., & Eccles, M. P. (2011). Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes. *The Cochrane Library*.
- Florini, A. (2007). *The right to know: transparency for an open world*: Columbia University Press.

- Grote, G., & Weichbrodt, J. (2013). Why regulators should stay away from safety culture and stick to rules instead. In M. Bourrier & C. Bieder (Eds.), *Trapping safety into rules : how desirable or avoidable is proceduralization?* Farnham: Ashgate.
- Gunbjørud, A. B. (2007). Klagesaker–pest, plage eller inspirasjonskilde? *Michael*, 4, 116-123.
- Gundlach, H. (2002). Certification, a tool for safety regulation. *Changing regulation. Controlling risks in society. ed. Hale et. al.*, 233-252.
- Gunningham, N. (2010). Enforcement and Compliance Strategies. In R. C. Baldwin, M.; Lodge, M. (Ed.), *The Oxford Handbook of Regulation*. London: Oxford University Press.
- Gunningham, N., & Sinclair, D. (2009). Organizational Trust and the Limits of Management - Based Regulation. *Law & Society Review*, 43(4), 865-900. doi:10.1111/j.1540-5893.2009.00391.x
- Hansen, M. T., Nohria, N., & Tierney, T. (1999). What's your strategy for managing knowledge? *Harvard Business Review*, 77(2), 106.
- Healy, J. (2011). Improving health care safety and quality : reluctant regulators Law, ethics and governance. Farnham, Surrey: Ashgate.
- Healy, J., & Braithwaite, J. (2006). Designing safer health care through responsive regulation. *The Medical Journal of Australia*, 184(8), S56-S59.
- Helsetilsynet. (2009). *Strategiplan 2012-2013*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Helsetilsynet. (2012). *Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon [Hentet 3. august 2015]*. Oslo: Statens helsetilsyn <http://www.helsetilsynet.no>.
- Helsetilsynet. (2013). *En deskriptiv undersøkelse av tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Helsetilsynet. (2015a, 19. feb. 2015). Landsomfattende tilsyn 2015 [Hentet den 18. august 2015]. Retrieved from <https://helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Presse/Nyhetsarkiv/Landsomfattende-tilsyn-2015/>
- Helsetilsynet. (2015b, 17. februar ). Statistikk - reaksjoner mot helsepersonell 2000-2014 [Hentet den 2. november 2015]. Retrieved from <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Statistikk-reaksjoner-mot-helsepersonell/>
- Helsetilsynet. (2015c). *Tilsynsmelding 2014*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Homlong, L. (2014). En pasjonert byråkrat. *Tidsskr Nor Legeforen*, 134, 404-406. doi:10.4045/tidsskr.14.0110
- Hood, C., Rothstein, H., & Baldwin, R. (2001). *The government of risk : understanding risk regulation regimes*. Oxford: Oxford University Press.
- Hovlid, E., Høifødt, H., Smedbråten, B., & Braut, G. S. (2015). A retrospective review of how nonconformities are expressed and finalized in external inspections of health-care facilities. *BMC Health Services Research*. doi:10.1186/s12913-015-1068-9
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Kagan, R. A., Gunningham, N., & Thornton, D. (2003). Explaining Corporate Environmental Performance: How Does Regulation Matter? *Law & Society Review*, 37(1), 51-90. doi:10.1111/1540-5893.3701002
- Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., S, E., Norheim, G., . . . Vege, A. (2015, 11.04). Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. [Hentet 20. september 2015] Retrieved from

- <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid>
- Konsom, T., & Vege, A. (2015). Modell for kvalitetsforbedring [Hentet den 15. oktober 2015]. Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Kringen, J. (2012). Regulering og tilsyn som kunnskapsområde og forskningstema. In P. H. Lindøe, Kringen, J., Braut, G S. (Ed.), *Risiko og tilsyn* (pp. 101-122). Oslo: Universitetsforlaget.
- Krogstad, U., & Saunes, I. S. (2009). Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus Rapport fra Kunnskapscenteret (Vol. nr. 28-2009). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Le Coze, J.-C., & Wiig, S. (2013). Beyond Procedures: Can "safety culture" be regulated? In M. Bourrier & C. Bieder (Eds.), *Trapping safety into rules : how desirable or avoidable is proceduralization?* Farnham: Ashgate.
- Lindøe, P., Kringen, J., & Braut, G. S. (2012). *Risiko og tilsyn : risikostyring og rettslig regulering*. Oslo: Universitetsforl.
- Lloyd-Bostock, S. M., & Hutter, B. M. (2008). Reforming regulation of the medical profession: The risks of risk-based approaches. *Health Risk Soc.*, 10(1), 69-83. doi:10.1080/13698570701782460
- Lovdata. (2002). Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten [Hentet 3. august 2015]. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>
- Lovdata. (2011). Helse- og omsorgstjenesteloven [Hentet den 18. august 2015]. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse>
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. In M. Granskär (Ed.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health*, 40(8), 795-805. Retrieved from <http://sjp.sagepub.com/content/40/8/795.long>
- Nielsen, V. L., & Parker, C. (2009). Testing responsive regulation in regulatory enforcement. *Regulation & Governance*, 3(4), 376-399. doi:10.1111/j.1748-5991.2009.01064.x
- NOU. (2015). *Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- OECD. (2012). *Measuring Regulatory Performance : A Practitioner's Guide to Perception Surveys*. (9789264167179). Paris: OECD Publishing.
- Pronovost, P. J., Ravitz, A., Kennedy, S., & Stoll, R. (2015). *WISH report. Transforming Patient Safety. A sector-wide systems approach*. Retrieved from Qatar <http://wish-qatar.org/summit/2015-summit/forumsandpanels/patient-safety>
- Reiman, T., & Norros, L. (2002). Regulatory culture: balancing the different demands of regulatory practice in the nuclear industry. In B. Kirwan (Ed.), *Changing Regulation—Controlling Hazards in Society, ed. AR Hale et al* (pp. 175-192). Oxford: Pergamon.
- Rowley, E., & Waring, J. (2011). *A socio-cultural perspective on patient safety*: Ashgate Publishing, Ltd.

- Selznick, P. (1987). The Idea of a Communitarian Morality. *California Law Review*, 75(1), 445-463. doi:10.2307/3480588
- Shaw, C. D., Braithwaite, J., Moldovan, M., Nicklin, W., Grgic, I., Fortune, T., & Whittaker, S. (2013). Profiling health-care accreditation organizations: an international survey. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 222-231. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=87988989&scope=site>  
<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/25/3/222.full.pdf>
- St.meld.nr.17. (2003). *Om statlige tilsyn*. Oslo: Regjeringen Bondevik II.
- St.meld.nr.47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Swart, J., & Pye, A. (2003). *Collective tacit knowledge: integrating categories in the process of organizational learning*. Paper presented at the 5th International conference on Organizational learning and knowledge, Lancaster University.
- Walshe, K. (1999). Improvement through inspection? The development of the new Commission for Health Improvement in England and Wales. *Qual. Health Care*, 8(3), 191-196. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2483652/pdf/v008p00191.pdf>
- Walshe, K. (2003). *Regulating Healthcare : A Prescription for Improvement?* Berkshire: Berkshire, GBR: McGrawHill Education.
- Walshe, K. (2007). Understanding what works - and why - in quality improvement: the need for theory-driven evaluation. *Int. J. Qual. Health Care*, 19(2), 57-59. doi:10.1093/intqhc/mzm004
- Walshe, K., & Boaden, R. J. (2006). Introduction to patient safety. In K. B. Walshe, R. J. (Ed.), *Patient safety : research into practice*. Maidenhead: Open University Press.
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2003). Hospitals as cultures of entrapment: a re-analysis of the Bristol Royal Infirmary.(Bristol, England). *California Management Review*, 45(2), 73-84.
- Wiig, S., & Lindøe, P. H. (2009). Patient safety in the interface between hospital and risk regulator. *Journal of Risk Research*, 12(3-4), 411-426. doi:10.1080/13669870902952879
- Yeung, K. (2010). The Regulatory State. In R. Baldwin, M. Cave, & M. Lodge (Eds.), *The Oxford handbook of Regulation*. Oxford: University Press.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5th ed.). Los Angeles, California: SAGE.
- Aase, K., & Wiig, S. (2015). Læring og uønskede hendelser. In K. Aase (Ed.), *Pasientsikkerhet Teori og praksis* (2 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Åsprang, A. F., Frich, J. C., & Braut, G. S. (2015). Organizational impact of governmental audit of blood transfusion services in Norway: A qualitative study. *Transfusion and Apheresis Science*. doi:10.1016/j.transci.2015.04.015

### INFORMASJONSSKRIV OM PLANLAGT STUDIE OM TILSYN:

## *Hvordan bruker Fylkesmannen ulike tilsynsstrategier for å få til endring hos tilsynsobjekt?*

Den planlagte studien er en masteroppgave tilhørende Masterprogrammet i endringsledelse ved Universitet i Stavanger. I dette informasjonsskriv vil det redegjøres for hva som er hensikten med den planlagte studien og hva deltakelse i studien vil innebære.

### **Hva er hensikten med studien?**

Forskningstema for studien er tilsyn og hvordan fylkesmannen bruker ulike tilsynsstrategier og praksis for å bidra til endring og kvalitets- og sikkerhetsforbedring hos tilsynsobjektene. Prosjektet ønsker å utvikle kunnskap om effekter av tilsyn innenfor helsesektoren. Mer spesifikt vil prosjektet studere hvordan Fylkesmannen går til verk ved ulike tilsynsaktiviteter og hvilke strategier som anses som virkningsfulle for å få i gang endrings- og forbedringsprosesser hos tilsynsobjektene. Videre vil det være interessant å finne ut mer om hvilke interaksjonsformer Fylkesmannen bruker i forhold til tilsynsobjekt.

Studiens problemstilling er:

*Hvordan bidrar Fylkesmannens tilsynsstrategier og praksis til organisatoriske endringer og kvalitets- og sikkerhetsforbedring hos tilsynsobjekt i helsesektoren?*

Følgende forskningsspørsmål ønsker studien å besvare:

1. *Hvilke tilsynsstrategier og praksis bruker Fylkesmannen for å få til endring hos tilsynsobjekt?*
2. *Hvordan må Fylkesmannen gjøre tilpasninger i tilsynsstrategier og praksis for å få til endringer og forbedring hos ulike typer tilsynsobjektets?*
3. *Hvordan foregår interaksjonen mellom tilsynsutøver og tilsynsobjekt under og i etterkant av tilsyn, og hvilken betydning kan interaksjonen ha for endringsprosessene?*
4. *Hvordan måler Fylkesmannen effekt av egen tilsynsvirksomhet?*

Studien vil være en kvalitativ studie, der informanter fra Fylkesmannen fungerer som hoveddatakilde. Dokumentanalyse av tilsynsrapporter vil også fungere som data til studien.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

For å besvare forskningsspørsmålene vil jeg gjennomføre enkelte semi-strukturerte intervjuer med utvalgte medarbeidere fra Fylkesmannen i to fylker. Intervjuene vil

omhandle tilsynsstrategier og hvordan disse bidrar til endring hos tilsynsobjekt innenfor helsesektoren.

Jeg kommer til å invitere et antall ansatte fra Fylkesmannen til intervju. Intervjuet antas å ta om lag 45 minutter. Jeg vil gjerne ta opp intervjuet på bånd, slik at vi får en nøyaktig oversikt over det som blir sagt. Opptakene blir transkribert og anonymisert senest ved prosjektslutt, mai 2016. Opptakene blir slettet etter at de er transkribert. Anonymiserte data vil arkiveres i tre år, med deres tillatelse. Nederst i dette infoskriv bes dere om å signere samtykkeskjema hvor dere aksepterer deltakelse i intervjuet.

Datainnsamling for studien er planlagt til juni og september 2015 og ferdigstilling av studien beregnes til januar 2016.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

### **Vil deltakelse i studien holdes konfidensiell?**

Deltakelse i denne forskningsstudien er helt frivillig, og svarene dine er konfidensielle. Alle data blir gitt kode for å sikre konfidensialitet og lagres i et låst arkivskap eller på en passord beskyttet datamaskin som er sikret mot uautorisert tilgang. Lydopptak slettes ved prosjektslutt, senest 31.04.2016.

### **Har denne studien blitt kontrollert av en etisk komité?**

Studien er meldt til og tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (Referansenr. 43182).

### **Hva skjer med resultatene av forskningsstudien?**

Resultatene fra studien vil presenteres i masteroppgaven, uten at det vil være mulig å identifisere informantene. Det vil i masteroppgaven ikke fremgå hvilket fylkeskontor informasjonen er hentet fra.

Eventuelle rapporter eller artikler basert på studien vil ikke identifisere noen av informantene. De anonymiserte intervjuetranskripsjonene kan, med deres tillatelse, gjøres tilgjengelige for andre forskere og studenter til undervisning eller videre forskning.

Opplysninger som har blitt innsamlet til studien vil ikke bli utlevert fra Universitet i Stavanger.

### **Mer informasjon?**

Hvis du vil ha mer informasjon om denne studien, kan du ringe eller sende e-post til Charlotta Schaefer, [charlotta.schaefer@student.uis.no](mailto:charlotta.schaefer@student.uis.no), 47360939 eller veileder Siri Wiig, [siri.wiig@uis.no](mailto:siri.wiig@uis.no), 51834288.

Takk for at du leste denne informasjonen.

Masterstudent  
Charlotta Schaefer, februar 2015.

Intervjunummer:.....

**Samtykke til deltakelse i studien:**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

*Jeg samtykker til å delta i intervju og at intervjuet blir tatt opp på bånd.*

*Jeg samtykker til at dataene fra intervjuet oppbevares i anonymisert form i tre år før de slettes.*

## *Hvordan bruker Fylkesmannen ulike tilsynsstrategier og praksis for å få til endring og forbedring hos tilsynsobjekt?*

### **Spørsmål til tilsynsutøvere/medarbeidere hos Fylkesmannen**

- Kan du kort beskrive din stilling i dag og tidligere erfaring?

#### **Tema *Tilsynsstrategier***

- Kan du begynne med å fortelle hvordan den vanlige saksgangen ser ut når dere har valgt ut et tilsynsobjekt?
- Kan du gi eksempler på hvilke tilsynsstrategier Fylkesmannen bruker ved utøvelse av tilsyn med helsetjenesten?
- Kan du fortelle hva du legger i en godt gjennomført tilsynsaktivitet?
- Hvilke vurderinger gjør dere når dere velger hvilken tilsynsstrategi/tilnærming som skal brukes overfor hvert enkelt tilsynsobjekt? –er det forskjeller mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- Hvordan må dere tilpasse strategi og praksis overfor ulike tilsynsobjekt (kommuner vs sykehus)?
- Hvilke faktorer spiller inn når dere velger tilnærming? (kompetanse, vilje til etterlevelse, omdømme, kultur, kapasitet hos tilsynsobjekt)
- Hvordan opplever Fylkesmannen at tilsynsobjektene svarer på tilsynsstrategien – kan dere gi noen eksempler?
- Hvordan samarbeider dere med andre fylkeskontor i forhold til hvordan dere praktiserer tilsynsstrategier?

#### **Tema *Endringsprosessen***

- Hvordan oppfatter du Fylkesmannens egen rolle ved gjennomføringen av tilsyn – i forhold til å være veiledende kontra kontrollerende?
- Hvilken innflytelse har Fylkesmannens på tilsynsobjektets endringsprosesser?
- Hvordan ser Fylkesmannen på/oppfatter dere- de endringer som tilsynsobjektene har foretatt etter tilsynssak – kan dere gi eksempler på suksessfulle/mindre suksessfulle saker?
- Hvilken "rolle" må man inngå i for å få til endring hos tilsynsobjektet? Hvilke tilpasninger må dere gjøre? (Eksempler?)
- (På hvilken måte bidro Fylkesmannen til disse endringer hos tilsynsobjektet?)
- Kjenner dere til om tilsynsobjektet har brukt tilsynssaker til kvalitets- og sikkerhetsarbeid, utover det som var pålagt for å møte tilsynskravene?
- Hvordan kan lærdommer fra krevende tilsynssaker bli lærdom for flere enn de direkte berørte (tilsynsutøver og tilsynsobjekt)? – har dere noen strategi for å lære av tidligere tilsynsaktiviteter?



- Hva er din oppfatning om hva som er med på å motvirke endringsprosessen i de saker som blir stående åpne fordi tilsynsobjektet ikke klarer å ordne opp i avvikene fra tilsynssaken?
- Kjenner du til noe om hvorfor det ikke har skjedd endringer før tilsynsaktiviteten ble gjennomført? (Kjente man til avvik, erkjente man behov for endringer?) Hva pleier tilsynsobjektene å svare?
- Hvordan ser prosessen ut når dere avslutter en tilsynssak? Hvordan tas avgjørelsen om at saken kan lukkes?
- Hvordan vurderer dere effekten av egne tilsynsaktiviteter? (Sikkerhetsforbedring, organisasjonsendringer, forsvarlighet)
- Hvordan vurderer dere om tilsynsobjektene har gjort nødvendige endringer? Når er det godt nok?

**Tema *Interaksjon/omdømme/media***

- Hvordan foregår kontakten med tilsynsobjekt under oppfølgingen av tilsynet? (etter at avvik er identifisert men før saken er lukket)
- Opplever dere iblant uenighet med tilsynsobjekt om avvikene, og i så fall på hvilke måter kommer det frem?
- Hvilke egenskaper hos tilsynsutøver/ tilsynslag er sentrale for å få til det dere vurderer som gode tilsynsaktiviteter?
- Hvordan er medieoppmerksomheten i forbindelse med ulike tilsynsaktiviteter? Og hvilken betydning har det for utfallet/oppfølgingen av tilsyn?
- Hvordan bruker dere media for å få til endringer hos tilsynsobjekt? (Strategisk, bevisst, ikke brukt – eksempler?)
- Avslutningsvis, hva mener du er de viktigste faktorene som må til for å være en god tilsynsmyndighet?
- Er det noe annet du ønsker å ta opp i denne forbindelse som jeg ikke har spurt om?

Charlotta Schaefer den 20. April 2015

## VEDLEGG III

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Siri Wiig  
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger  
Ullandhaug  
4036 STAVANGER

Harald Hårfagres gate  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr. 985 321 884

Vår dato: 23.04.2015

Vår ref: 43182 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.04.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43182	<i>Hvordan bruker Fylkesmannen ulike tilsynsstrategier for å få til endring hos tilsynsobjekt?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Siri Wiig
Student	Charlotta Schaefer

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO:* NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

*TRONDHEIM:* NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

*TRONÅS:* NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmas@svt.uib.no](mailto:nsdmas@svt.uib.no)

