

Fra begrensninger til mulighet

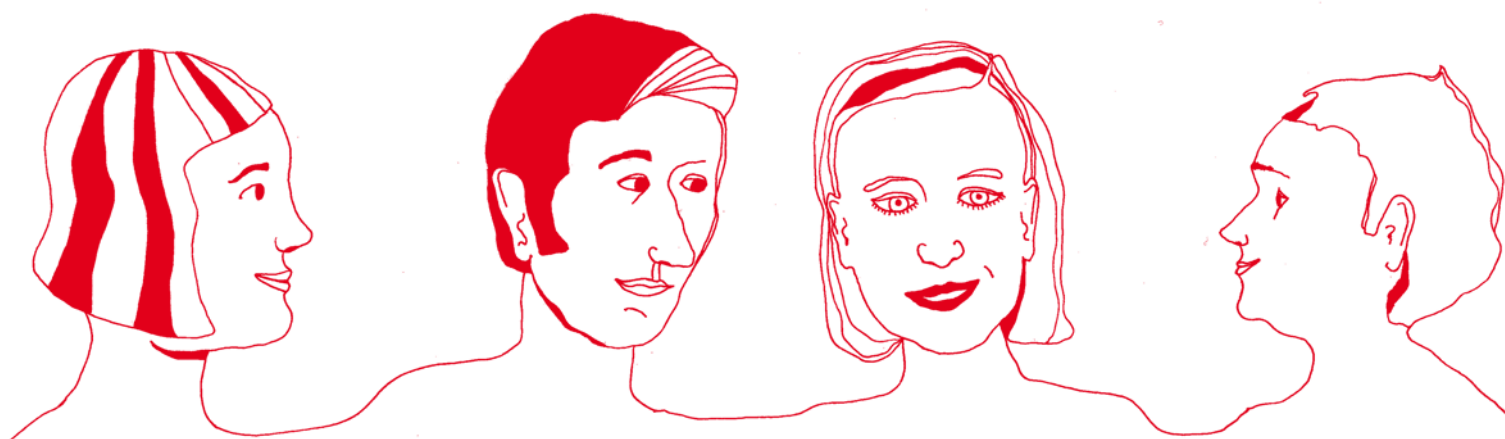
Kan systemrevisjon som tilsynsmetode stimulere
til systematisk forbedringsarbeid i
kommunehelsetjenesten?

Bjørge Botne og Kjell Hjelle

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Master of Public Health

MPH 2005:38



Fra begrensninger til mulighet. Kan systemrevisjon som tilsynsmetode stimulere til systematisk forbedringsarbeid i kommunehelsetjenesten?

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

ISSN 1104-5701

ISBN 91-7997-127-X



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel Fra begrensninger til mulighet. Kan systemrevisjon som tilsynsmetode stimulere til systematisk forbedringsarbeid i kommunehelsetjenesten?				
Författare Bjørge Botne og Kjell Hjelle				
Författarens befattning och adress Kvalitetsrådgiver Seniorrådgiver Fylkesmannen i Rogaland Fylkesmannen i Nordland Postboks 59 Moloveien 10 4001 Stavanger 8002 Bodø NORGE NORGE				
Datum då uppsatsen godkändes 6 december 2005			Handledare NHV/extern Dag Hofoss, seniorforsker/professor II	
Antal sidor 51	Språk – uppsats norsk	Språk – sammanfattning norsk/engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 91-7997-127-X

Sammanfattning

Staten fører tilsyn med at kommunene i Norge oppfyller lovkrav som gjelder for kommunehelsetjenesten. Siden 1995 har tilsynsmetodikken i hovedsak vært systemrevisjon. I tillegg til at Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket kontrollerer at lovbestemmelser blir fulgt, er systemrevisjonene ment å bidra til systematisk forbedringsarbeid i kommunehelsetjenesten. Målsettingen med denne studien har vært å beskrive hvordan systemrevisjoner påvirker forbedringsarbeidet.

Dette er en kvalitativ studie gjennomført som et case-study i to norske fylker. Datainnsamlingen ble gjort høsten 2001 gjennom dokumentgranskning og i fire fokusgrupper – to i hvert fylke. Det ble fokusert på hvilke forventninger 28 ansatte (14 ledere og 14 ”førstelinjepersonell”) i 19 ulike kommuner hadde til systemrevisjonene, hvordan resultatene var håndtert i kommunen og hvilken nytte de ansatte mente tilsynet hadde hatt.

Resultatet viser at systemrevisjonene fikk fart på prosesser i kommunene. Tilsynet forarget noen og gledet andre. Hovedskillet går mellom et ønske om hjelp til faglig forbedring av helsetjenesten og ønsket om et friere kommunalt selvstyre. Det var tre forhold ved gjennomføringen av tilsynet som viste seg å være betydningsfulle med tanke på å bidra til systematisk forbedringsarbeid i kommunehelsetjenesten: språket/kommunikasjonen, individuell tilpasning og at kommunens øverste ledelse ble direkte involvert under tilsynsbesøket.

Nyckelord

Tilsyn, systemrevisjon, case-study, fokusgrupper, forbedringsarbeid

Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay From limitations to opportunity. Does supervision carried out as system audits encourage systematic improvement efforts in municipal health services?				
Author Bjørg Botne and Kjell Hjelle				
Author's position and address Quality adviser Senior adviser County Governor in Rogaland County Governor in Nordland Postboks 59 Moloveien 10 4001 Stavanger 8002 Bodø NORGE NORGE				
Date of approval December 6, 2005			Supervisor NHV/External Dag Hofoss, senior researcher/professor II	
No of pages 51	Language – essay Norwegian	Language – abstract Norwegian/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 91-7997-127-X

Abstract

Norwegian Board of Health controls that the municipal authorities in Norway fulfil their legal obligations as regards the municipal health service. Since 1995 system auditing has been the main method of supervision. In addition to Norwegian Board of Health in the Counties controlling that the legal obligations of the municipalities are upheld, system audits are meant to encourage systematic improvement efforts in the municipal health services. The aim of this essay has been to describe how the system audits affect improvement efforts.

This is a qualitative study conducted as a case study in two Norwegian counties. Data collection was done during the autumn of 2001, by studying documents and in four focus groups – two in each county. The main focus was on what expectations 28 employees (14 leaders and 14 professionals) in 19 different municipalities had to the system audits, how the results were handled in the municipalities, and how useful the employees felt that the auditing had been.

The results show that the system audits lead to greater activity in processes in the municipalities. The audits upset some and pleased others. The main differences were between a wish for more aid regarding professional improvements of the health service and a desire for greater municipal autonomy. Three areas of the audits were shown to be important for encouraging systematic improvement efforts in the municipal service: language/communication, individual adjustments, and that the municipality top management was directly involved during the audits.

Key words

supervision, system audit, case-study, focus groups, improvement efforts

Fra begrensninger til mulighet

Kan systemrevisjon som tilsynsmetode stimulere til systematisk forbedringsarbeid i kommunehelsetjenesten?

Björg Botne
Kjell Hjelle

Alltid når vi ikke vil finner vi ut at vi ikke kan.

Arne Garborg

INNHold

1. INTRODUKSJON.....	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Sentrale begrep	9
1.3 Tilsyn som virkemiddel.....	11
1.4 Spenningen mellom tilsyn som kontroll og rådgivning	13
1.5 Muligheter for læring	14
1.6 Formål	15
1.7 Problemstilling	16
2. METODE	17
2.1 Metodevalg.....	17
2.2 Utvalg og datainnsamling.....	18
2.3 Analyse.....	20
2.4 Metoderefleksjon.....	22
2.5 Ethiske overveielser.....	23
3. RESULTATER.....	24
3.1 Innledning	24
3.2 Forventninger og hva som faktisk skjedde i kommunene	25
3.3 Opplevd nytte av systemrevisjonene	27
3.4 Ønsker fra kommunene til Fylkeslegens systemrevisjoner	29
4. DISKUSJON	33
4.1 Systemrevisjoner virker!	33
4.2 Ulike aktører, motiver og meninger i kommunene.....	34
4.3. Systemrevisjon som pedagogisk virkemiddel	37
4.4 Hvordan kan systemrevisjoner stimulere til systematisk	
forbedringsarbeid?	39
4.5 Konklusjon	44
REFERANSER.....	48

1. INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

I Norge har kommunene ansvar for primærhelsetjenesten (1). Det omfatter både kurative helsetjenester og forebygging. Sammen med øvrig ansvar kommunene har for velferdstjenester og andre oppgaver i lokalsamfunnet betyr det at kommunene er sentrale aktører i folkehelsearbeidet. Gode og trygge helsetjenester er viktig for folkehelsen. Kommunehelsetjenesten er fundamentet i den norske helsetjenesten (2).

Staten fører tilsyn med at kommunene driver helsetjenesten i samsvar med myndighetskrav (lover og forskrifter) (3).

Tidligere har tilsyn med helsetjenesten i Norden mest handlet om at myndighetene har grepet inn når man har fått kunnskap om feil. Nå går utviklingen mer i retning av virksomhetstilsyn. Foreløpig vet vi lite om effekten av tilsyn. Vi vet hvor mye myndighetene gjør, men ikke hvilke forandringer det fører til (4).

I denne studien har vi undersøkt hva som skjer i kommuner som erfarer statlig tilsyn med kommunehelsetjenesten. Det er fokusert på tilsyn som har vært gjennomført etter systemrevisjonsmetoden. Vi har undersøkt om det er forhold ved denne tilsynsmetoden og bruken av den som kan stimulere til systematisk forbedringsarbeid i kommunehelsetjenesten.

Statlig tilsyn med helsetjenesten

I Norge pålegger lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven) enhver som yter helsetjeneste å etablere internkontroll for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. I følge tilsynsloven skal Helsetilsynet i fylket (benevnt Fylkeslegen på tidspunktet denne undersøkelsen ble gjennomført høsten 2001) påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten. Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket og i tilknytning til tilsynet gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket (3).

Fylkeslegen var et eget embete fram til omorganisering i statlig forvaltning fra 1. januar 2003. Da ble Fylkeslegen integrert i fylkesmannsembetet som representerer statlige myndigheter på regionalt nivå. Fylkesmannen har blant annet tilsyn med deler av kommunal virksomhet. Fra dette tidspunktet gikk Fylkeslegen over til benevnelsen Helsetilsynet i fylket, men er fortsatt faglig direkte underlagt Statens helsetilsyn. Statens helsetilsyn har i følge tilsynsloven det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet. I det videre bruker vi betegnelsen Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket om den regionale tilsynsmyndigheten for helsetjenesten. Den gamle betegnelsen Fylkeslegen

brukes i resultatkapitlet blant annet fordi vi der siterer intervjupersoner som brukte denne betegnelsen da undersøkelsen ble gjennomført i 2001.

I rapporten *Quality in Health Care* fra 2002 beskriver Statens helsetilsyn norske myndigheters modell for tilsyn og monitorering for å sikre kvalitet i helsetjenesten. Som en følge av innføring av internkontrollkravet skiftet myndighetene i 1995 tilsynsmetodikk fra inspeksjoner til systemrevisjoner. Det ble erkjent at tradisjonelle inspeksjoner i realiteten ikke bidro til å understøtte kvalitetsforbedring. Ved inspeksjoner fokuserte myndighetene på enkelthendelser hvor det manglet samsvar. Dette oppmuntret virksomheten til å korrigere den identifiserte feilen. Korreksjon av isolerte feil støtter imidlertid ikke virksomheten i forebygging av nye feil. Slik forebygging kan bare oppnås ved først å granske årsakene bak feil i organisasjonenes prosesser og styringssystem. Dette fokuset er nettopp særtrekket ved systemrevisjoner. Systemrevisjoner setter fokus på organisasjonsprosesser for å sikre kvalitet og vedvarende forbedring (5).

Tilsynsmetoden systemrevisjon i den form vi kjenner den i dag er basert på metodikk utviklet for revisjoner av kvalitetsstyring i industrien. Denne utviklingen startet i USA etter andre verdenskrig i militær-, kjernekraft- og romfartsindustrien. Disse industriene har som fellestrekk at de er svært kostnadskrevenne samtidig som de er forbundet med høy sikkerhetsrisiko der feil kan medføre alvorlige konsekvenser. Revisjonene oppstod som resultat av behovet for å sikre at kontrakter ble tilfredsstillende oppfylt (6).

Systemrevisjon er en systematisk og objektiv undersøkelse av virksomheter for å fastslå om det er etablert internkontrollsystem som fungerer etter hensikten. Inntil nå er denne tilsynsmetoden i Norge basert på standarden for revisjon av kvalitetssystemer ISO 10011 (fra 1992) og ISO 19011 (7-11).

Målsettingen med systemrevisjon som tilsynsmetode er todelt (5, 9):

- kontrollere at virksomheter etterlever myndighetskravene (lover og forskrifter)
- stimulere til systematisk forbedringsarbeid

I Statens helsetilsyn oppsummering av et såkalt landsomfattende tilsyn i 2004 er det beskrevet at formålet med tilsynet som ble utført som systemrevisjon er ”å vurdere hvordan virksomhetene ivaretar ulike myndighetskrav gjennom sin internkontroll” (12).

I en rapport fra Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), som har vært blant grunnlagsdokumentene for en norsk offentlig utredning fra 2004 om statlig tilsyn med kommunesektoren (10,11), er det beskrevet at fylkesmannsembetenes tilsyn som gjennomføres som systemrevisjon bygd på NS-ISO-standard har to generelle hovedformål:

- å fastslå om myndighetskrav (lover og forskrifter) blir overholdt
- å bidra til utvikling av internkontroll-/styringssystemer og kvalitetsforbedring

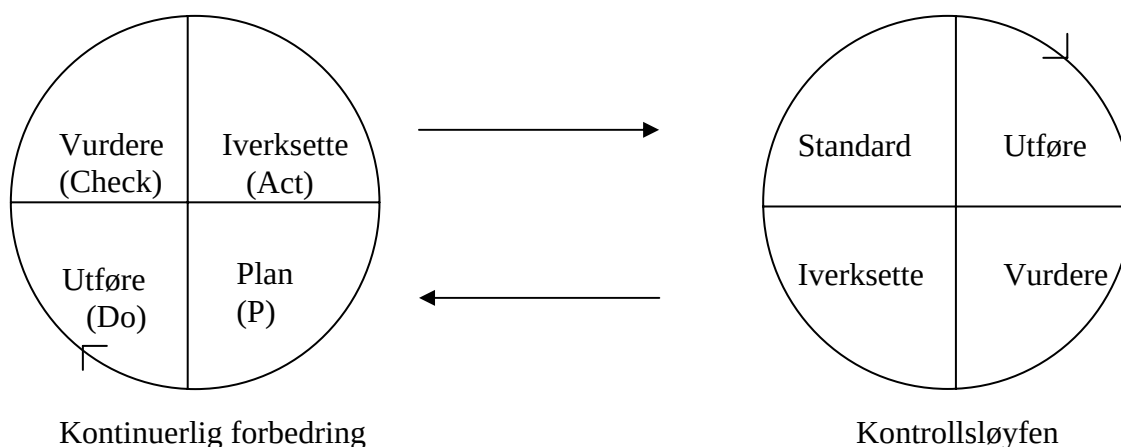
Formålene slik de er beskrevet her er formulert noe ulikt, men har samme innhold. Kommunene skal ha styring på egen virksomhet, og de er pålagt myndighetskrav om systematisk styring av primærhelsetjenesten som de har ansvar for (1). Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten inneholder krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedring (13).

Systematisk forbedringsarbeid i helsetjenesten

I en rapport fra Sosialstyrelsen i 2004 etter et nasjonalt tematisk virksomhetstilsyn i Sverige framgår det at resultatene fra virksomhetstilsyn er tenkt å gi underlag for ulike former for forbedringsarbeid (14).

Med bakgrunn i det som er nevnt om formålene med systemrevisjon, vil vi videre her bruke begrepet *systematisk forbedringsarbeid* om et av formålene som systemrevisjon er tenkt å bidra til. Med systematisk forbedringsarbeid mener vi at virksomheten skal ha systematisk styring og herigjennom kontinuerlig arbeide systematisk med forbedringsarbeid. Det omfatter begreper som forbedring, kontinuerlig forbedring, kvalitetsforbedring og kvalitetsutvikling.

W. E. Deming har fått sitt navn knyttet til styrings- og kontrollsløyfen for kontinuerlig forbedring. I engelsk terminologi brukes for eksempel Plan, Do, Check, Act (PDCA) om Demings sirkel og på norsk Planlegge, Utføre, Vurdere og Iverksette. I litteraturen finner vi denne sirkelen igjen under mange ulike betegnelser. Et eksempel er "kvalitetssirkelen" som ble introdusert i Norge omkring 1970. Man kan videre kople sammen enkeltkretslæring og dobbeltkretslæring ved å bruke én sirkel for å styre etter en fastlagt standard og én annen sirkel for å sette en ny standard og slik sette sammen en kontrollsløyfe og en forbedringssirkel, Figur 1 (15).



Figur 1. Forbedrings- og kontrollsirklene (15)

Batalden og Stoltz (16) har beskrevet fire forutsetninger for endring i en organisasjon i helsetjenesten slik at den evner å få til kontinuerlig forbedring:

- utvikling av ny kunnskap
- utforming av ledelse som skaper felles forståelse av målsetting og fremmer en lærende organisasjon
- mestring av verktøy og metoder som fremmer forbedring
- innføring av systematiske strategier for å bygge opp og bruke kunnskap knyttet til de daglige arbeidsprosessene

Eksternt tilsyn kan sees som et element i evalueringskvadranten ("Check") i Demings sirkel og bidra til virksomhetenes systematiske forbedringsarbeid. Tilsynet er et supplement til og ikke en erstatning for virksomhetens egen internkontroll som virksomheten selv er pålagt og ansvarlig for (5).

Bakgrunnen for at systemrevisjon ble valgt som tilsynsmetode for helsetjenesten i Norge i 1994 var delvis kravet om internkontrollsystem i tilsynsloven, men delvis også at metoden ble brukt av andre tilsynsmyndigheter. Potensialet i og erfaringene med denne metoden er foreløpig ikke vitenskapelig undersøkt (9). Omfattende litteratursøk har vist det samme. Bruken av systemrevisjon som tilsynsmetode synes å bre seg til flere samfunnssektorer. En undersøkelse fra NIBR viser relativt klar tendens til en utbredt og tiltagende bruk av systemrevisjon (11).

Metoden synes å være nyttig for å avdekke avvik fra myndighetenes krav til helsetjenesten. Mange vil imidlertid hevde at den ikke er så god med tanke på å bygge en plattform for videre systematisk forbedringsarbeid. Systemrevisjoner fokuserer på kontroll av om lovbestemmelser følges. Metoden ser ut til å være et kraftfullt verktøy for tilsynsmyndighetene. På grunn av dette må metoden benyttes med varsomhet (9). Systemrevisjoner avdekker sviktområder og kan forårsake ressursforskyvninger i virksomheter uten at organisasjonens totale ressursrammer endres og dermed påvirke prioritering. De forhold og områder som får oppmerksomhet gjennom systemrevisjonen vil bli løftet fram.

Gjennomføring av systemrevisjoner krever mye ressurser, og effektene bør også av den grunn undersøkes nærmere. Myndighetene bør forvisse seg om at offentlige ressurser blir anvendt så effektivt som mulig og har en etisk forpliktelse til å vurdere eget arbeid (17). Det er behov for mer kunnskap om hva som hender i organisasjoner i forbindelse med og etter systemrevisjoner og om systemrevisjonen bidrar til systematisk forbedringsarbeid som er en av målsettingene.

Denne studien tar sikte på å undersøke noen effekter av systemrevisjon som metode for tilsyn med helsetjenesten og kan være et bidrag til Fylkeslegens/Helsetilsynet i fylkets evaluering av egen virksomhet og tilsynsmetode. Vi to som har foretatt undersøkelsen har lang erfaring fra tidligere arbeid i helsetjenesten og med gjennomføring av statlig tilsyn. Vi vurderer undersøkelsen som nyttig i kvalitetsforbedringsarbeidet i egen organisasjon. På samme måte som det forventes at kommunene skal drive systematisk forbedringsarbeid bør Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylkene nyttiggjøre seg de samme prinsippene i eget kvalitetsforbedringsarbeid med henblikk på tilsynsvirksomheten.

Kvalitet i helsetjenesten

Kvalitet ble i NS-ISO 8402 definert som *”en helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har som vedrører dets evne til å til å tilfredsstillende fastsatte krav eller behov som er antydning”* (18). I senere utgave av Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000) er definisjonen forandret til *”Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav. Merknad: Termen kvalitet kan brukes sammen med adjektiver som dårlig, god eller utmerket”* (8, 19).

Kvaliteten på en tjeneste består av ulike elementer. Verdens helseorganisasjon (WHO) presenterte i 1995 et kvalitetsbegrep med følgende dimensjoner: faglig kvalitet, risiko for skader, ressursutnyttelse, brukertilfredshet, tilgjengelighet (kapasitet og nærhet) og kontinuitet (19).

Øvretveit har beskrevet en kvalitetsdefinisjon utviklet spesielt for helsetjenesten. Kvalitet i helsetjenesten er her *”fully meeting the needs of those who need the service most, at the lowest cost to the organization, within limits and directives set by higher authorities and purchasers”* (20). Denne definisjonen vektlegger tre kvalitetsdimensjoner: client quality, professional quality og management quality (21).

Det har vært fokusert mye på kvalitet i helsetjenesten, og oppmerksomheten rundt dette temaet har økt. Generelt er det et ønske om best mulig kvalitet på tjenestene, og det letes etter gode metoder for å oppnå dette. Systematisk forbedringsarbeid kan være et sentralt element. I Norge har det vært fokus på kvalitetsutvikling som ledelsesverktøy, styringssystemer og internkontroll som *”lovpålagt styringssystem”* i helsetjenesten. Kvalitetsutvikling er en ledelsesfilosofi som gjennom strategi og metode sikrer kontinuerlige forbedringer av alle de prosesser som skaper verdiøkning i en organisasjons virksomhet. Filosofien bygger på kontinuerlig og systematisk forbedring gjennom brukerfokus, prosessorientering og aktiv medvirkning fra de ansatte. Elementer fra kvalitetsutvikling med systematisk forbedringsarbeid er tatt inn i forskriften om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (13).

Internkontrollplikten i tilsynsloven fra 1994 var en av årsakene til at Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn i 1995 etablerte Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Øvrige årsaker var tilslutning til WHO's Helse for Alle 2000 – strategi, tro på at kvalitetsutvikling er et tjenlig virkemiddel for å imøtekomme utfordringer i norsk helsetjeneste og behov for en samlet overordnet strategi for arbeidet med å bedre kvaliteten i helsetjenesten. Målsettingen i Nasjonal strategi var *”effektive og helhetlige kvalitetssystemer”* i virksomhetene innen år 2000 (22). Internkontroll er en del av og et grunnleggende element i et slikt kvalitetssystem.

WHO's strategidokument Health 21 (23), som de nordiske land har sluttet seg til, fokuserer også på kvalitet i helsetjenesten og primærhelsetjenestens grunnleggende betydning for et godt helsevesen. Velfungerende helsetjenester er viktig for folkehelsen.

1.2 Sentrale begrep

Internkontroll

I den første norske kvalitetsstrategien for helsetjenesten fra 1995 henvises det til at internkontroll er definert som: *”å påse at krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift overholdes”*. Internkontrollsystem er definert som: *”systematiske tiltak som skal sikre og dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. De systematiske tiltakene skal være beskrevet i administrative prosedyrer”* (22).

Da vår undersøkelse ble gjennomført i 2001, var det ikke kommet noen forskrift om internkontroll i helsetjenesten med nærmere spesifikasjoner til innholdet i internkontrollkravet i tilsynsloven. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten trådte i kraft 1. januar 2003. Her er internkontroll definert som *”systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen”* (13). Innholdet i denne gjeldende definisjonen kan også relateres til Demings sirkel.

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene (13). Internkontroll er et lovpålagt styringssystem i helsetjenesten.

Systemrevisjon

Med systemrevisjon menes en systematisk kvalitativ undersøkelse for å fastslå om aktiviteter og tilhørende resultater er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov. Vanligvis vil en systemrevisjon konsentreres om ett eller flere på forhånd angitte områder. Fokuset rettes inn i ansvarskjeden med spørsmål om hvordan virksomheten arbeider for å sikre at nærmere angitte myndighetskrav overholdes. Det er samtidig et formål at systemrevisjonen skal bidra til utvikling av internkontroll-/styringssystemer og kvalitet i virksomheten (10,11).

Systemrevisjon retter kontrollen mot at virksomheten kan dokumentere at de har bygd opp internkontrollsystem og at dette er hensiktsmessig og fungerer i praksis. Ideen er å finne fram til svakheter i systemet i stedet for å fokusere på enkeltstående feilgrep. Systemrevisjon kan gjennomføres både overfor institusjoner eller resultatenheter og overfor hele sektorer i en kommune (9,10).

Det er utviklet standardiserte krav for gjennomføring av systemrevisjon (NS-ISO-standarder) som det meste av fylkesmannsembetenes systemrevisjon utføres i henhold til (11). Noen sektorer har utarbeidet skriftlige prosedyrer for hvordan tilsyn gjennomført som systemrevisjon skal planlegges, utføres og følges opp. For eksempel har Statens helsetilsyn laget et såkalt styrende dokument *Tilsyn utført som*

systemrevisjon som etablerer en prosedyre som tilsynsmyndigheten for helsetjenesten skal anvende ved gjennomføring av systemrevisjoner hjemlet i helselovgivningen (24). Verifikasjon og observasjon er sentrale elementer i en systemrevisjon. I nevnte prosedyre er verifikasjon definert som undersøkelse, kontroll, stikkprøve eller lignende av at internkontrollen fungerer i praksis og av at aktivitetene er i samsvar med myndighetenes krav. Med observasjon menes konstatering av fakta i løpet av en revisjon. Fakta bygger på dokumentgjennomgang, intervju og/eller verifikasjon. For at en observasjon skal kunne benyttes som begrunnelse for avvik, bør observasjonen bygge på minst to kilder. Helsetilsynet kan i tillegg til å avdekke svikt på tilsynstidspunktet avdekke uheldige forhold som på sikt kan medføre et problem for rettssikkerheten eller forsvarligheten i tjenesten og dermed forebygge brudd på lover og forskrifter.

Avvik

Regelbrudd som avdekkes gjennom systemrevisjonen påpekes som avvik fra aktuelt regelverk. Avvik defineres i denne sammenheng som mangel på oppfyllelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Merknad

Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket kan videre gi merknader. Merknad gis når det gjennom revisjonen er avdekket et forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der det etter tilsynsmyndighetens oppfatning er et forbedringspotensial.

Oppfølging av avvik og merknader

Eventuelle avvik og merknader beskrives i revisjonsrapporten. Foreløpig versjon av rapporten sendes den reviderte virksomheten for korreksjon av evt. faktiske feil. Deretter blir endelig tilsynsrapport sendt ut. Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket vil da be om en plan for hvordan og når den reviderte vil rette opp påviste avvik og må vurdere og følge opp om forholdene rettes. Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket har ikke hjemmel til å kreve at den reviderte på samme måte skal følge opp merknader (24). Det hender sjelden at avvik som påpekes ved systemrevisjoner ikke rettes opp. Dersom dette ikke blir gjort, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette opp forholdene. Det gis da i første omgang et varsel om pålegg. Erfaring tilsier at i nesten alle tilfeller blir avvik rettet opp når det kommer varsel om pålegg.

Oversikt over systemrevisjon

Før tilsynsbesøket:

- varsel om tilsyn blir sendt virksomheten to-tre måneder før tilsynsbesøket

- dokumentasjon om virksomheten blir innhentet
- program for tilsynsbesøket blir sendt ut to-tre uker før tilsynsbesøket

Under tilsynsbesøket:

- tilsynet blir åpnet med et møte der ledelsen og alle som skal intervjues deltar – revisjonsteam og tilsynstema presenteres
- representanter for ledelse og ansatte blir intervjuet i det antall som trengs for å få belyst og bekreftet forholdene
- det blir tatt stikkprøver for å sjekke at internkontrollen fungerer
- tilsynsbesøket blir avsluttet med å presentere funn fra tilsynet

Etter tilsynet:

- revisjonsrapporten blir utarbeidet og sendt i foreløpig versjon til den reviderte virksomheten for kommentarer
- rapporten blir sendt ut i endelig versjon

1.3 Tilsyn som virkemiddel

Både i Danmark, Norge og Sverige er lokale myndigheter gitt et omfattende ansvar for utforming og gjennomføring av offentlig politikk og nasjonale målsettinger. Ansvaret for å yte viktige velferdstjenester som bl.a. helseoppgaver er i stor grad lagt til folkevalgte organer på lokalt og regionalt nivå. Den utstrakte desentraliseringen som kjennetegner de skandinaviske landene, medfører imidlertid et behov for staten til å følge opp og i ulik grad styre kommunene for å sikre at nasjonale mål og hensyn blir ivaretatt. En norsk offentlig utredning om statlig tilsyn med kommunesektoren beskriver tilsyn med kommunene som ett av flere virkemidler som statlige myndigheter i de respektive landene benytter for å ivareta dette formålet (10).

I en svensk offentlig utredning fra 2004 om tilsyn omtales EUs nye ”opplegg” for lovgivningen fra og med 1980-tallet. Det går ut på at kontrollfunksjonen i forhold til at produkter skal oppfylle spesifikke krav i større grad tillegges produsentene selv som ansvarliggjøres gjennom krav til egenkontroll – dette kalles ”the new approach” (25). Denne utviklingen må på tilsvarende måte antas å være medvirkende til at det i Norge er lovkrav om internkontroll i helsetjenesten.

En rekke lovbestemmelser gir statlige myndigheter plikt og rett til å føre tilsyn med den kommunale forvaltningen. Det gjelder særlig områder som er regulert av særlovgivning som regulerer innholdet i kommunenes aktiviteter. Særlovgivningen har vært det sterkeste instrumentet i standardisering av kommunene og et viktig instrument for staten når det gjelder å bruke kommunene som redskap for iverksetting av nasjonal politikk (10). Dette gjelder blant annet helsetjenesten i kommunene. Det eksisterer ingen direkte kommando- og kontroll-linje fra sentrale myndigheter til kommunene som har ansvar for primærhelsetjenesten (5).

Det er altså ikke tvil om at staten skal føre tilsyn med kommunene, men det råder forskjellige oppfatninger og forståelse av hva tilsyn er.

Tilsyn er i en norsk stortingsmelding fra 2003 om statlig tilsyn definert i vid forstand som all aktivitet eller virkemiddelbruk som iverksettes for å følge opp et lovverks intensjoner. Kjernen i tilsynsrollen blir ansett å være den konkrete kontrollen av pliktsubjektenes etterlevelse av en norm fastsatt i lov og reaksjoner ved avvik. Det vil normalt være nødvendig med lovhjemmel for å kunne føre tilsyn med rettssubjekter utenfor staten (26).

Forskjellige definisjoner av tilsyn har følgende fellestrekk: formålet med tilsynet er å påse at tilsynsobjektene oppfyller de forpliktelser de er gitt i lov, forskrift og annet regelverk. Kjerneelementene er kontroll, vurdering og reaksjon, og tilsynet må være hjemlet i lov (10).

En gjennomgang i 2004 av tilsynsrelaterte begreper viser at begrepene tilsyn og kontroll ikke er entydige og at det knytter seg en betydelig begrepsuklarhet til dem. Begrepsuklarheten gjelder både det enkelte begrep i seg selv – som vil si at begrepene både oppfattes og brukes ulikt – og at det ikke er en klar avgrensning mellom tilsyn og kontroll som aktivitet. Tilsyn blir beskrevet som en egen styringsaktivitet med muligheter for forskjellige uttrykk og former med forskjellige effekter og muligheter for læring. Gjennom dette er det vist at tilsyn som styringsform er lite tydelig definert og kan være svært varierende fra sektor til sektor. Notatet fra gjennomgangen framhever også den gjennomgående spenningen mellom tilsyn som kontroll og veiledning. Videre fremheves betydningen av kontekstuelle forhold for tilsyn og kontrollfunksjonen og diskrepansen mellom det eksisterende legale rammeverket for kontroll og tilsyn og de levende organisasjonene og tilsynsrelasjonene slik de faktisk framstår (27).

En mulig generell definisjon av hensikten med tilsyn er at tilsynet skal fremme samsvaret mellom kommunenes virksomhet og de bestemmelser som ligger i lover og forskrifter. I dette ligger det at tilsynet skal være en kontrollmekanisme som skal kunne avdekke konkrete tilfeller der bestemmelsene ikke er ivaretatt. Men ved siden av det å identifisere og korrigere avvik fra nasjonale standarder, kan tilsynet ha forebyggende virkning (11).

Forebyggende virkninger kan delvis være av disiplinerende art, på den måten at tilsynet gjør kommunene mer påpasselige i forhold til oppfyllelsen av bestemmelsene som gjelder. Begrepet ”disiplinering” er antagelig for snevert for å dekke inn alle de forebyggende virkningene. Det å bli disiplinert innebærer enten at man tilskyndes til å opprettholde standarder man allerede er kjent med, for å se til at avvik ikke forekommer, eller at man selv sørger for å identifisere og korrigere avvik fortløpende. Disiplinering dreier seg slikt sett mer om vilje enn om evne. Men i mange tilfeller vil kommunene være usikre på myndighetskrav og tolkninger. I tillegg endres regelverket. Avvik kan oppstå uten at det er kommunenes vilje det står på. Forebyggende tilsyn bør dermed også ha lærende og veiledende virkninger, direkte eller indirekte (11).

Det kan skilles mellom reaktivt og proaktivt tilsyn. Det som kjennetegner reaktivt tilsyn er først og fremst at det utløses på bakgrunn av enkelthendelser hvor det er stor sannsynlighet for at det har forekommet avvik fra lover og forskrifter. Denne form for

tilsyn har et visst preg av ”brannslukking” og har hittil i stor grad vært konsentrert om å avdekke svikt hos enkeltpersonell i helsetjenesten. Tilsynsmyndighetens gransking av slike uønskede hendelser vil kunne virke forebyggende med tanke på lignende situasjoner i fremtiden, men den forebyggende effekten er i langt større grad knyttet til systemrettede tilsyn eksempelvis ved bruk av systemrevisjonsmetoden. Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket benytter i hovedsak denne tilsynsmetoden proaktivt, det vil si uten foranledning av konkrete uønskede hendelser ved den virksomheten som blir revidert. Systemrevisjon oppfattes av mange kommuner som en bistand til å få til en velfungerende internkontroll (11).

1.4 Spenningen mellom tilsyn som kontroll og rådgivning

En måte å føre kontroll på er gjennom tilsyn. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten fastslår at kontrollfunksjonen er en del av tilsynet med helsetjenesten (3). Spørsmålet er om kontrollen kan utføres på en slik måte at den også stimulerer til systematisk forbedringsarbeid.

Drøftingen av tilsynsbegrepet viser at begrepet er mangetydig og til dels uklart. Det samme gjelder for begrepene kontroll, veiledning og dialog (10). Denne begrepsuklarheten kan i noen tilfeller tenkes å være fordelaktig, da det kan medføre at tilsyn blir et fleksibelt instrument med store muligheter for tilpasning til de enkelte situasjoner. Samtidig er det grunn til å anta at mangetydigheten gjør at instrumentet blir utydelig. Et svensk offentlig utvalg har gjort rede for mulige risikoer som begrepsmessig uklarhet kan medføre og legger særlig vekt på tre områder: demokrati, rettssikkerhet og effektivitet (28).

Begrepsgjennomgangen viser at tilsyn ofte også inkluderer veiledning. Tilsynsbasert veiledning er avgrenset til å gjelde rådgivning knyttet til selve tilsynet og til erfaringer fra tilsynet. Tilsyn vil altså ofte inkludere både kontrollaktiviteter og veiledningsaktiviteter. I NOU 2004:17 vises det til at veiledning i utgangspunktet er et pedagogisk virkemiddel, ikke et juridisk. Tilsyn er i utgangspunktet et juridisk, kontrollbasert virkemiddel. Vektlegging av begreper som dialog og veiledning gir kontrollen et mildere ansikt, men er likevel en fordekt form for kontroll. Forskjellen mellom kontroll og veiledning blir i realiteten ikke så veldig stor. Man får i stedet en netto økning i kontroll (10).

Det kan skilles mellom tilsyn som utelukkende tar sikte på å avdekke avvik i forhold til regelverk og tilsyn som også i varierende omfang omfatter råd eller veiledning om hvordan avvik skal rettes opp. Tilsynsorganer har som forvaltningsorgan en veiledningsplikt etter forvaltningsloven (29).

Spenningen mellom tilsyn som kontroll og rådgivning eller veiledning er gjenstand for diskusjon og utredningsarbeid som pågår blant annet i Norge og Sverige (27). SOU 2002:14 er del av større utredningsarbeid om tilsyn, bestemt av myndighetene i 2000 (28).

Av flere stortingsdokumenter som er lagt fram i løpet av de senere år fremgår det at tilsynet skal ha et utviklingsmål, at det skal være dialogbasert og at det skal understøttes av råd og veiledning (11).

I statens tilsyn med kommunesektoren er det lagt til grunn at Fylkesmannen som tilsynsorgan også skal ha en veilederrolle i sin tilsynsvirksomhet overfor kommunene (10). Tilsvarende bestemmelser om veiledning ("råd og veiledning") finnes også vedr. tilsyn med helsetjenesten gjennom lovkrav (3).

En undersøkelse fra NIBR (11) viste at representanter både fra tilsynsmyndighet og kommuner i overveiende grad er positive til systemrevisjon som tilsynsmetode. Samtidig viser undersøkelsen at en del av kommunerepresentantene synes at systemrevisjon gjør tilsynet mer formalistisk, mindre tilrettelagt for dialog og veiledning og med en snevrere innretning og sterkere fokus på avvik og mangler. Det generelle inntrykket er at intervjupersoner fra statlig tilsynsmyndighet (fylkesmannsembetene) vurderer systemrevisjon som en god og hensiktsmessig tilsynsmetodikk. Også i kommunene møter systemrevisjon velvilje, særlig etter at denne metodikken har blitt mer innarbeidet. Undersøkelsen har vist at utøvelse av tilsyn har flere sider ved seg enn den rene kontrollfunksjonen. Den kontrollerende funksjonen har også forebyggende funksjoner. Disse kan knyttes til den disiplinerende effekt som kan ligge i det å vite at man kan bli kontrollert samt læringseffekter som tilsynet utløser i kommunene. I alle kommunene var man av den oppfatning at tilsyn hadde en større eller mindre grad av læringseffekt. De forebyggende hensikter er særlig spesifikke når systemrevisjon velges som metode for tilsynet (11).

1.5 Muligheter for læring

En viktig effekt av tilsyn er muligheter for læring. I moderne stater er læringsaspirasjonene svært høye, og man har store forventninger om å lære av feil og legge grunnlaget for såkalte lærende organisasjoner gjennom mekanismer som for eksempel tilsyn og evalueringer (27, 30). Både tilsyn som kontroll og tilsyn som veiledning og dialog gir muligheter for læring. I notat fra Rokkansenteret drøftes skillet mellom former for læring relatert til de to tilsynsformene. I forhold til de to tilsynsformene kan man skille mellom to grove former for læring som bygger på bidrag fra læringsteoretikere som Bateson og Argyris og Schön. Læring kan for det første skje på bakgrunn av informasjon om forholdet mellom praksis og regler der man ikke stiller spørsmål ved regelverket eller selve målet. Hvis innsamlet informasjon viser at praksis avviker fra reglene, korrigerer man kurs ved å rette praksis i overensstemmelse med reglene og har oppnådd såkalt enkeltkretslæring. Enkeltkretslæring kan være effektivt hvis man klarer å løse problemet. Men hvis problemet vedvarer, kan det være nødvendig å stille spørsmål ved forutsetningene for at man praktiserer slik man gjør, og vurdere om man gjør de riktige tingene. Da er man over på en annen form for læring på et høyere nivå, som kalles for dobbeltkretslæring. Den viktigste forskjellen mellom enkeltkrets- og dobbeltkretslæring er viljen til konstant å vurdere og evaluere de valg man tar, gjerne gjennom åpen diskusjon med andre. Man vurderer da om mål og oppfatninger på en effektiv måte omsettes til goder og tjenester. Hvis kunnskapen tilsier

at den etablerte praksisen, som er kodifisert i et regelverk, er lite hensiktsmessig for å oppnå erklærte målsettinger, kan praksis justeres. Her lærer man ikke bare om adferd i forhold til et gitt regelverk, men også om hva som er mer eller mindre effektive midler for å nå målet.

Et kontrollbasert tilsyn med fokus på ettersyn og oppsyn i forhold til et gitt lov- og regelverk, gir først og fremst mulighet for enkeltkretslæring på bakgrunn av informasjon om forholdet mellom praksis og regler og kan altså innebære en form for læring der man korrigerer kurs ved å rette praksis i overensstemmelse med reglene. Denne kontrollbaserte tilsynsformen legger ikke forholdene til rette for mer erfaringsbasert læring der man ikke bare justerer adferd, men også får ny kunnskap om midlenes egnethet til å nå et mål. For å få slik kunnskap må man åpne opp for erfaringsutveksling og toveiskommunikasjon, noe som et dialog- og veiledningsbasert tilsyn i større grad kan tenkes å legge til rette for. Dette må imidlertid ikke tolkes dit hen at kontroll, som tross alt fremdeles er den mest fremtredende tilsynsmetoden, ikke har betydning for læring. En kontrollhandling vil være meningsløs om den ikke på en eller annen måte har konsekvenser for dem som blir kontrollert. Bare gjennom læring kan kontrollhandlingene påvirke hvordan kommunene forholder seg til tidligere handlinger. I tillegg vil påvisning av avvik være en viktig rettssikkerhetsfunksjon (27).

I denne studien har vi ønsket å undersøke hva som skjer i virksomheter som får tilsyn ved bruk av systemrevisjonsmetoden. Undersøkelsen stiller spørsmål ved om det er forhold knyttet til systemrevisjonen og gjennomføringen av den som har betydning for om revisjonen bidrar til systematisk forbedringsarbeid i virksomheten som får tilsyn.

Systematisk forbedringsarbeid forutsetter kontinuerlige prosesser og dobbeltkretslæring. Ved bruk av systemrevisjoner som tilsynsmetode kan en effekt være at virksomheter som får tilsyn bare gjennomfører en kort prosess med å rette opp avvik. En årsak til dette kan være at tilsynsmyndigheten har hjemmel kun for å pålegge kommunen å rette opp avvik etter tilsynet. Kommunen kan slå seg til ro med at de påviste avvik er lukket. I så fall har man ikke oppnådd målet om at systemrevisjonen også skal bidra til systematisk forbedringsarbeid i virksomheten. Myndighetenes krav gjennom lover og forskrifter for helsetjenesten handler i stor grad om å sikre faglig forsvarlige helsetjenester og befolkningens/pasienters rettigheter.

1.6 Formål

Formålet med undersøkelsen er å beskrive hva som skjer i kommuner når Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket gjennomfører systemrevisjoner og å finne ut hvordan denne form for tilsyn kan utføres på en måte som kan stimulere til systematisk forbedringsarbeid.

1.7 Problemstilling

Hvordan kan Fylkeslegens/Helsetilsynet i fylkets bruk av systemrevisjon som tilsynsmetode medvirke til at denne form for tilsyn stimulerer til systematisk forbedringsarbeid i kommunehelsetjenesten?

2. METODE

2.1 Metodevalg

Formålet med studien er å beskrive og analysere egenskaper ved Fylkeslegens/Helsetilsynet i fylkets systemrevisjoner som påvirker det systematiske forbedringsarbeidet i kommunehelsetjenesten. Målet har vært å vise noe av variasjonsbredden i det som skjer i kommuner i forbindelse med slike tilsyn i stedet for å gjøre statistiske tester av antagelser om hvordan Fylkeslegens/Helsetilsynet i fylkets systemrevisjoner påvirker forbedringsarbeidet i kommunehelsetjenesten ut ifra et tilfeldighetsbasert utvalg. Vi har ønsket å få fram mønstre i sosiale sammenhenger og har derfor valgt et deskriptivt forskningsdesign med en strukturert kvalitativ tilnærming. Undersøkelsen ble gjennomført som et case-study. Det spesielle kjennetegn ved case-study er at det forsøker å undersøke et fenomen i den kontekstuelle sammenheng det befinner seg. Case-study gir med andre ord forskeren mulighet til å få innsikt i kontekstuelle forhold som kan være høyst relevante for å få kunnskap om fenomenet som studeres. Denne tilnærmingen er velegnet når forskere ønsker kunnskap om kontekstuelle forhold, fordi de har tro på at dette kan være svært viktig angående fenomenet som skal studeres (31):

“A case study is an emperical inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the bounderies between phenomenon and context are not clearly evident. In other words, you would use the case-study method because you deliberately wanted to cover contextual condititons – believing that they might be highly pertinent to your phenomenon of study”.

Vårt ”case” består av 19 gjennomførte systemrevisjoner i kommunehelsetjenester i de norske fylkene Nordland og Rogaland.

Vi var to personer som gjennomførte hver vår selvstendige del av undersøkelsen i hverandres hjemstedsfylke. På den måten unngikk vi å gjøre undersøkelser i kommuner som var en del av tilsynsområdet i våre ordinære funksjoner ved fylkeslegekontorene i henholdsvis Nordland og Rogaland. For å unngå et for løst design initialt fulgte vi Miles og Hubermans anbefaling om å utvikle felles begrepsmessig rammeverk og felles metoder for datainnsamling og analyse av data. De fremhever betydningen av dette for å sikre at to forskere studerer det samme fenomen på en måte som vil tillate en analyse på tvers av enhetene som blir studert (32).

Intervjuer gir forskere mulighet til å oppdage hvordan mennesker forstår eller responderer på en intervensjon. Dette er viktige data for å forstå hvordan og hvorfor en intervensjon virker. Hvordan mennesker tolker forandring er viktig for å forstå effekten, og intervjuer er den vanligste måten å samle data om hvordan de fortolker og forstår intervensjoner (33). I hovedsak er datainnsamlingen i denne undersøkelsen gjort i fire fokusgrupper - to i hvert fylke.

Fokusgrupper er en datainnsamlingsmetode som er spesielt godt egnet når man skal lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (34). Metoden blir særlig anbefalt når det er maktforskjeller mellom informantene og beslutningstakere på det området som blir undersøkt (35). Det er en form for gruppeintervju hvor intervjueren fungerer som en moderator ("facilitator-interviewer") som leder samtalen omkring utvalgte tema. Gruppeprosessen bidrar til at deltakerne får klargjort sine oppfatninger gjennom å spørre og utfordre hverandre (36). Moderator har en klar agenda og skal stimulere fokusgruppen til å diskutere spesielle spørsmål uten å være direkte styrende. Moderator skal sørge for at deltakerne kommer til orde, følge med angående gruppedynamiske prosesser som kan medvirke til å styre kunnskapsutvekslingen og bidra til at samtalen får en mest mulig konkret forankring om det temaet som skal belyses. Moderator er instrumentet i fokusgrupper og må, i tillegg til å ha ferdigheter i å arbeide med grupper, ha detaljert kjennskap om målet med undersøkelsen og om deltakernes ståsted (35).

Begge moderatorer hadde hjelp av en assisterende moderator. Dette var samme person ved alle de fire fokusgruppeintervjuene. Hun hadde ikke tilknytning til noen kommunehelsetjeneste eller Fylkeslegen/Helsetilsynet i noen av fylkene, men hadde solid erfaring fra andre deler av helsetjenesten og med bruk av fokusgrupper som datainnsamlingsmetode ved forskning. Hennes rolle var å observere gruppeprosessen og følge med på at hovedpoengene i gruppediskusjonen ble godt nok belyst. Hun hadde også ansvaret for lydbåndopptak av intervjuene og praktiske forhold som blant annet forfriskninger og tilgang på skrivesaker under selve intervjuet. Dessuten hadde hun en nøkkelfunksjon i refleksjonssamtalen med moderator umiddelbart etter gruppeintervjuet (37).

2.2 Utvalg og datainnsamling

I hver av de fire fokusgruppene deltok mellom seks og åtte intervjupersoner. Det var til sammen 28 deltakere hvorav 16 kvinner og 12 menn. Utvalget av informanter ble gjort strategisk fra 32 kommuner som hadde hatt tilsyn fra Fylkeslegen/Helsetilsynet i Nordland eller Fylkeslegen/Helsetilsynet i Rogaland i perioden 1999-2000 (38). Totalt gjaldt dette 39 systemrevisjoner. Utvalget var basert på en gjennomgang av arkivmaterialet ved de to fylkeslegekontorene. Materialet omfattet all dokumentasjon som var arkivert fra systemrevisjoner gjennomført i kommunehelsetjenesten i denne perioden. Intervjupersonene ble valgt fra 19 av de kommunene som hadde hatt systemrevisjon senest mulig i perioden 1999-2000 i håp om at disse fortsatt husket det meste av hva som skjedde i kommunen i forbindelse med systemrevisjonen. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført høsten 2001. Alle informantene hadde deltatt under systemrevisjonen i kommunen.

Gruppene ble satt sammen med tanke på at deltakerne skulle være villige til å uttrykke seg. Vi forsøkte derfor å danne homogene grupper med hensyn til forskningsspørsmålene vi ville belyse. Selv i relativt homogene grupper kan det frie uttrykket bli knust ved å kreve at gruppen kommer fram til en konsensus. I følge Morgan er det essensielt for vellykkede fokusgrupper at det er sammenfall mellom

forskernes fokus og deltakernes forutsetninger for diskutere spørsmålene. Han foreslår at forskeren før utvelgelse tenker gjennom hvor det vil gå greit å få til en frittflytende og produktiv samtale om det aktuelle temaet (35).

I hvert av fylkene ble det sammensatt to fokusgrupper, en av *ledere* med plan-, budsjett- og personalansvar innen kommunehelsetjenesten og en gruppe med *førstelinjepersonell*, jf. tabell 1. Førstelinjepersonell betyr i denne sammenheng personell som yter helsetjenester direkte til brukere. Dette ble gjort for å sikre størst mulig homogenitet i gruppen ut fra en grunnforståelse om at mennesker som har felles erfaringer og interesseområder er villige til å dele sitt syn med hverandre. Heterogene grupper hvor deltakerne har forskjellig posisjoner eller har svært ulike perspektiv på tema som skal fokuseres, kan lett føre til at deltakerne føler seg hindret i å komme med sine synspunkter i en slik gruppe. Det er likevel viktig å sikre at utvalget representerer størst mulig bredde og dybde med tanke på å kunne belyse det som skal studeres best mulig gjennom varierte synspunkter (36). Mangfoldet blant deltakerne innen hver av gruppene ble sikret gjennom representasjon av begge kjønn, ulik faglig bakgrunn (sykepleier, lege, ingeniør, sosionom, økonom), aldersvariasjon, at deltakerne representerte ulike virksomheter innen helsetjenesten og at de kom fra kommuner av ulik størrelse fra to forskjellige fylker. Kommunene varierte seg i mellom fra 600 til 50 000 i antall innbyggere. Flere av de aktuelle tilsynene var ikke formelt avsluttet da intervjuene ble gjort i oktober 2001, og det pågikk ennå oppfølgingsarbeid både i kommunene og fra Fylkeslegen/Helsetilsynet i de to fylkene sin side. Tilsynsperioden, det vil si tiden fra Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket varsler kommunen om systemrevisjonen og til tilsynet formelt blir avsluttet, kan vare fra fire-fem måneder til flere år.

Tabell 1. Deltakernes hjemstedsfylke, funksjon innen kommunehelsetjenesten og kjønn.

	ROGALAND FYLKE:		NORDLAND FYLKE:	
	Ledere	Førstelinjepersonell	Ledere	Førstelinjepersonell
Totalt				
Kvinne 16	5	4	2	5
Mann 12	3	3	4	2
Sum 28	8	7	6	7

Valg av tema for intervjuene ble gjort på bakgrunn av en systematisk gjennomgang av arkivmateriale ved fylkeslegekontorene (i Nordland og Rogaland) og på bakgrunn av de

forskningsspørsmålene vi formulerte underveis. Deretter laget vi i fellesskap en intervjuguide med åpne spørsmål. Guiden tok utgangspunkt i fire hovedspørsmål:

1. Hensikten med systemrevisjonen
2. Hvordan kommunen i ettertid håndterte avvikene Fylkeslegen hadde påpekt
3. Hvordan kommunen i ettertid håndterte merknadene Fylkeslegen hadde påpekt
4. Nytteverdien av systemrevisjonen for kommunehelsetjenesten

Under hvert hovedtema i guiden var det samlet en rekke stikkord med tanke på å sikre relevante oppfølgingsspørsmål i løpet av gruppediskusjonen. Samme intervjuguide ble benyttet ved alle fire intervjuer.

Vi to som gjennomførte undersøkelsen hadde deltatt ved noen av systemrevisjonene som danner grunnlag for denne studien. For å styrke validiteten i studien var vi derfor moderator i fokusgruppene i hverandres hjemfylke og unngikk dermed å intervju personer som vi kjente eller tidligere hadde vært i en tilsynsrolle overfor. Dermed oppnådde vi likevel den kunnskapsmessige fordelene det er å kunne utnytte egne erfaringer med denne tilsynsmetoden ved datainnsamlingen (39). Samtidig prøvde vi å være bevisst vår egen forforståelse og unngå at våre fordommer ble styrende under intervjuene. Forskere vil alltid være preget av sin etablerte forståelseshorisont, men det er mulig å gå bevisst inn for å ”bearbeide” denne horisonten og forholde seg kritisk til egne forestillinger, antakelser og fordommer (32).

Assisterende moderator observerte gruppeprosessene og gjorde notater underveis. Umiddelbart etter hvert av intervjuene hadde hun og moderator en refleksjonssamtale. Samtalene ble tatt opp på lydbånd. Assisterende moderator laget også fyldige notater med sine refleksjoner etter at hver fokusgruppe var avsluttet. Disse ble overlevert til moderator og benyttet i analysearbeidet.

Begge moderatorer er velkjente med innhold i og organisering av kommunehelsetjenesten og har betydelig erfaring med bruk av systemrevisjon som tilsynsmetode. Fokusgruppemetoden gjorde det derfor mulig for oss å følge opp og tydeliggjøre intervjupersonene sine synspunkter (37). Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i nøytrale og hensiktsmessige lokaler ved høyskolene i henholdsvis Bodø og Stavanger. Hvert intervju varte omkring en og en halv time. Det lyktes å skape en trygg og engasjert stemning i gruppene.

2.3 Analyse

Gruppeintervjuene ble tatt opp på lydbånd og skrevet ut i fulltekst av én sekretær i hvert av fylkene. Til sammen utgjorde det 191 sider tekst som ble kontrollert mot lydbåndene av den som hadde vært moderator. Dette ble gjort for å være sikker på at deltakerne var anonymisert, men at utsagn likevel var korrekt knyttet opp til rett deltaker ved hjelp av nummerering av den enkelte og at deres utsagn var riktig gjengitt. Transskriptene ble i første omgang gransket av den som hadde vært moderator i de respektive gruppene. Treffsikkerheten i tolkningen forsterkes når den som analyserer også er direkte involvert

i datainnsamlingen, fordi det reduserer avstanden mellom den som foretar analysen og det som er gjenstand for studien (35). Morgan anbefaler også at en annen person gransker transskriptene og gjør en lignende foreløpig analyse for å finstille kategoriene eller eventuelt å skape nye (40). I denne studien ga denne framgangsmåten oss et godt diskusjonsgrunnlag i det videre tolkningsarbeidet. Lydopptakene fra refleksjonssamtalene etter intervjuene og notatene fra fokusgruppediskusjonene ga verdifull tilleggsinformasjon i analysearbeidet. Der hadde vi detaljrike beskrivelser av den nonverbale kommunikasjonen og atmosfæren i gruppene som ellers ville vært vanskelig å ta vare på og trekke inn i analysen. Ikke alle utsagn kan tas bokstavelig, men krever en tolkning basert på konteksten de ble gitt i (35). Vi fulgte begge samme analysestrategi. Dette gjorde at det etter hvert lå godt til rette for diskusjon og sammenligning oss to imellom (32). Samarbeid om analysen reduserer faren for at den subjektive entusiasmen leder til ugyldige konklusjoner. Flere forskere sammen om analysen styrker reliabiliteten, fordi hvert steg kan gjøres uavhengig av hver av dem og deretter sammenlignes (35).

Intervjuene ble analysert ved kvalitativ metode anbefalt av Miles og Huberman (32). Metoden innebærer en innholdsanalyse som består i å skape kategorier fra datamaterialet. Dette ble gjort med utgangspunkt i de fire teoretiske hovedspørsmålene som lå til grunn for undersøkelsen (31).

Meningsbærende utsagn fra fokusgruppene ble hver for seg kategorisert under de fire hovedtemaene, og det ble dannet en rekke underkategorier. Ved å sammenligne synspunktene som kom fram ble det mulig å vurdere reliabiliteten i dataene, ikke bare innen hver gruppe, men også på tvers av de fire fokusgruppene (35). For å kontrollere at det var belegg for kategoriene ble disse kontrollert gjentatte ganger mot det samme datamaterialet. Resultatene vi kom fram til, hver for oss, var tilnærmet like. Materialet ble satt sammen i en felles matrise hvor informasjonen ble kategorisert under våre fire hovedspørsmål. Datamatriksen oppsummerte systematisk hva hver gruppe hadde svart til hvert hovedspørsmål. Dette var viktig med tanke på reliabilitet tidlig i tolkningsprosessen, særlig fordi intervjupersonene var gruppert på bakgrunn av at de hadde ulike posisjoner i kommunehelsetjenesten (35). Studien ble validert gjennom hele prosessen ved kontinuerlig å sjekke transskriptene og teoretisk tolke resultatene (41).

Vi utarbeidet i fellesskap et sammendrag av innholdet under hvert hovedspørsmål fra gruppediskusjonene. Med utgangspunkt i matrisen trakk vi konklusjoner ved å lete etter forskjeller, danne mønstre og tydeliggjøre forbindelser og ved å få fram vår forståelse av sammenhenger under hvert hovedspørsmål (32). I denne fasen samarbeidet vi om analysen for å redusere faren for uberettiget vektlegging av data eller at vi skulle trekke ugyldige konklusjoner. Uenigheter ble diskutert og kunne avgjøres ved sammen å gå tilbake til transskriptene. Dermed kunne vi sammenligne utsagn både innen én fokusgruppe og på tvers av de fire gruppene. Denne muligheten utgjør en viktig forskjell fra andre kvalitative forskningsmetoder med tanke på å vurdere reliabiliteten i metoden (35).

2.4 Metoderefleksjon

Gjennomgangen av arkivmaterialet ved de aktuelle fylkeslegekontorene la grunnlaget for en systematisk oversikt over hvor langt oppfølgingsprosessene fra systemrevisjonene var kommet i hver kommune. Dette ble en viktig kilde i utarbeidelsen av intervjuguiden og ga mange stikkord som viste seg å fungere nærmest som en sjekkliste for moderator i alle de fire fokusgruppene. Deltakerne brakte på eget initiativ de fleste temaene på banen. Dette tolker vi som uttrykk for at både intervjupersonene og moderatorene var fortrolige med diskusjonstemaene. Det er rimelig å se dette i lys av den kunnskapen moderatorene hadde til det feltet som skulle undersøkes, men også som et uttrykk for at den skriftlige informasjonen fokusgruppedeltakerne hadde fått i forkant var relevant og dekkende.

En av fordelene med gruppeintervju er at det gir mulighet til å samle mange synspunkter hurtigere og med mindre ressurser enn en serie enkeltintervjuer. Morgan hevder at fire fokusgrupper med åtte personer i hver vil kunne produsere like mange synspunkter som 20 individuelle intervjuer (40).

Fokusgruppene ga rik tilgang på deltakernes oppfatninger, erfaringer, følelser og deres teoretiske forklaringer på hvordan systemrevisjonene hadde virket i den kommune de enkelte gruppedeltakerne kom fra. Flere av dem ga uttrykk for at diskusjonen i fokusgruppen gjorde dem mer oppmerksomme og mer bevisst på forhold de ikke hadde tenkt på før. Det viser at interaksjonen i fokusgrupper har potensiale til å ekstrahere mer informasjon enn andre metoder, for eksempel surveys hvor forskeren advares mot å spørre om noe informantene ikke har en forhåndsmening om (35). Dette illustrerer hvordan kvalitative forskningsintervju kan være som et produksjonssted for kunnskap (41).

I grupper med mennesker hvor de deltar på lik linje er deltakerne vanligvis mindre engstelige for intervjueren enn ved individuelle intervjuer. De snakker kanskje mer åpent og kan stimulere hverandre til å huske forskjellige hendelser og uttrykke synspunkter. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at noen i en gruppe vil ha lettere for å sondere og følge opp andres synspunkter enn å ta opp egne saker. Vi var også forberedt på at det kunne bli et press til å uttrykke syn som en person trodde var akseptabelt i gruppen. Begge moderatorene mener å ha lykket med å håndtere tendenser til konformitet og polarisering i gruppene. Moderator må også være klar over at han/hun selv kan skape data på den måten at intervjupersonene ofte ikke har tenkt gjennom spørsmålene som kommer opp. Deltakerne i fokusgruppene rapporterer ikke uten videre sine egne erfaringer, men de sier i løpet av intervjuet eksplisitt hva de tenker og har erfart. Utfordringen for moderator er å sette gruppedeltakerne i stand til å reflektere og utvikle sine idéer uten å påvirke i noen bestemt retning (33).

Gruppedeltakerne var gjort kjent med at moderator til daglig deltok i tilsynsarbeidet ved fylkeslegekontoret i et annet fylke. Dette så ikke ut til å legge noen demper på gruppediskusjonen, kanskje snarere tvert imot. Det utviklet seg en åpen og trygg atmosfære i alle fire fokusgruppene som ga rom for både ros og ris til Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket. Moderatorene og assisterende moderator oppfattet

gruppedeltakerne som meget frittalende. All forskning handler om en balansegang mellom nærhet og distanse. Har man distanse, for eksempel ingen egen erfaring på området, må man etterstreve nærhet, og vice versa (42). Vi var bevisst på at vi var nært opp til området vi undersøkte og prøvde derfor å utforske hvilke forestillinger vi hadde med oss inn i fokusgruppene. Begge moderatorene opplevde å lykkes i å stimulere gruppediskusjonene uten å introdusere egne synspunkter eller være direkte styrende. Notatene som assisterende moderator gjorde i løpet av intervjuene og lydbåndopptakene av refleksjonssamtalen med henne umiddelbart etter hvert fokusgruppeintervju understøttet disse inntrykkene.

2.5 Ethiske overveielser

Studien bygger på frivillig deltakelse. Fylkeslegen i Nordland og Fylkeslegen i Rogaland sendte likelydende informasjonsbrev om studien til ledelsen i alle de kommunene det kunne være aktuelt å hente informanter fra. Aktuelle intervjupersoner fikk to til tre uker senere direkte tilsendt skriftlig informasjon om undersøkelsen og forespørsel om å delta. Noen hadde spørsmål som ble avklart i de telefonsamtaler som moderator gjennomførte med alle deltakerne i sine fokusgrupper som oppfølging etter den skriftlige informasjonen og invitasjonen. Det var i den forbindelse bare praktiske spørsmål som trengte avklaring. Flere av de personene som ble invitert til å delta understreket imidlertid at undersøkelsen var viktig og at de gjerne ville bidra med sine synspunkter.

Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra alle intervjupersoner, og på den måten ble det også sikret konfidensialitet utenfor gruppen. Vi er likevel klar over at man ikke kan sikre seg fullstendig mot at opplysninger som fremkom under intervjuene kunne bli spredd av noen av deltakerne i fokusgruppene. Lydbåndene fra intervjuene har vært forsvarlig nedlåst og slettes når undersøkelsen er avsluttet. I transskriptene er deltakerne anonymisert. Materialet innbefatter ikke pasientopplysninger, og arkivmaterialet som er benyttet er dokumenter som er offentlig tilgjengelig hos Fylkeslegen/Helsetilsynet i Nordland og Rogaland. Før diskusjonene i fokusgruppene startet informerte moderator om hvordan man ville måtte håndtere eventuelle opplysninger som kunne tyde på fare for pasienter og derfor er av betydning for tilsynsmyndigheten. Det ble presisert at helsepersonell i visse tilfeller har en lovfestet plikt til selv å melde slike tilfeller til tilsynsmyndigheten, og at moderatorene ikke ville videreformidle den slags opplysninger til de respektive Fylkeslegene/Helsetilsynet i fylkene. Deltakerne i fokusgruppene ble også avslutningsvis bedt om å si fra hvis de ønsket at noe av det de hadde sagt ikke skulle brukes i studien. Det fremkom ingen slike opplysninger i noen av de fire gruppene.

3. RESULTATER

3.1 Innledning

Undersøkelsen er gjennomført som et case study der til sammen 19 kommuner i to forskjellige fylker utgjør det studerte case. Resultatene presenteres derfor samlet for begge fylkene. Vi minner om at embetet Fylkeslegen fra 1. januar 2003 ble omorganisert og fikk navnet Helsetilsynet i fylket. Siden intervjuene våre ble gjort før omorganiseringen, har vi i denne presentasjonen av resultatene valgt å beholde betegnelsen Fylkeslegen der vi fant det mest tjenlig.

Resultatet presenteres med utgangspunkt i analysekategoriene som danner rammen for matrisen med de innsamlede data fra fokusgruppene. Datamatriksen som oppsummerte analysen av intervjuene viste to tilbakevendende tema i alle de fire fokusgruppene. Det ene handlet om Fylkeslegens utforming av tilsynsrollen overfor den enkelte kommune. Dette gjelder hvordan teamet som gjennomførte systemrevisjonen kommuniserte med kommunen både før, under og etter selve tilsynsbesøket, hvilken informasjon de ga om det aktuelle tilsynet og systemrevisjonsmetodikken, og måten revisjonsteamet opptrådte på overfor kommunens representanter. Det andre temaet som gikk igjen var betydningen av å involvere kommunens øverste ledelse ved gjennomføringen av systemrevisjonen. Når tilsynet avdekket forhold som var i strid med helselovgivningen, ble spørsmål om interne prioriteringer i kommunen raskt et tema. Førstelinjepersonellet og lederne la ulik vekt på tilsynsmyndighetens rolle i den forbindelse. Førstelinjepersonellet uttrykte tilfredshet med at Fylkeslegen stilte faglige krav til kommunehelsetjenesten, mens lederne i større grad problematiserte statens innblanding i det flere av dem oppfattet som kommunens indre anliggende. Begge disse tema fremgår av presentasjonen av resultatene.

Undersøkelsen viser stort samsvar mellom synspunktene som fremkom fra de 19 kommunene som var representert. Disse likhetene gjelder både Nordland og Rogaland fylke og også mellom de to fylkene. Likhetene dreier seg om hvilke forventninger varselet om tilsyn hadde skapt, måten kommunene hadde fulgt opp resultatene av systemrevisjonene på og nytteverdien av slike tilsyn i kommunene. Det kom imidlertid fram interessante forskjeller mellom de fokusgruppene som besto av henholdsvis ledere og førstelinjepersonell. Forskjellene gjaldt først og fremst intervjupersonenes meninger om og ønsker til Fylkeslegen som tilsynsmyndighet. Førstelinjepersonellet la vekt på den faglige støtten Fylkeslegen ga i forbindelse med systemrevisjonen, mens lederne til dels oppfattet dette som utidig statlig innblanding i kommunens prioriteringer og det kommunale selvstyret.

Resultatet av undersøkelsen viser at statlig tilsyn gjennomført som systemrevisjon kan stimulere forbedringsarbeidet i kommunehelsetjenesten og at det er visse forhold knyttet til selve gjennomføringen av revisjonen som ser ut til å kunne fremme dette forbedringsarbeidet.

3.2 Forventninger og hva som faktisk skjedde i kommunene

Kontroll og hjelp

Det var en gjennomgående oppfatning at Fylkeslegens systemrevisjoner hadde satt i sving eller påskyndet prosesser i de aktuelle kommunene. Generelt ble tilsyn oppfattet som en av Fylkeslegens hovedoppgaver og som en legitim og nødvendig kontroll av om lovkrav overholdes i helsetjenesten. Knappt noen av intervjupersonene ga uttrykk for negative forventninger. Kun få av dem forventet at revisjonen bare skulle være en kontroll av om lover og forskrifter blir fulgt. Flere av intervjupersonene ser imidlertid slik kontroll også som positivt med tanke på å få hjelp til å avdekke ulovlige og uheldige forhold, slik at disse kan bli rettet på. Andre gir uttrykk for forventning om at revisjonen skal vurdere kvaliteten på helsetjenesten i kommunen og at det skal føre til at helsetjenesten i kommunen blir synliggjort på en slik måte at helsetjenestens behov blir formidlet til og støttet opp overfor kommunens administrative ledelse. Slik blir tilsynet også oppfattet som en positiv oppmerksomhet fra tilsynsmyndighetens side, og Fylkeslegen beskrives som medspiller av de fleste intervjupersonene.

I en av kommunene hadde imidlertid Fylkeslegen gjennomført flere systemrevisjoner i løpet av kort tid. En av informantene derfra syntes dette minnet mer om ”rein politivirksomhet” enn et ønske om å bistå kommunen i å etablere et hensiktsmessig internkontrollsystem. Informanten mente åpenbart at det var uheldig med flere påfølgende systemrevisjoner selv om kommunen hadde lært litt av det. Folk i kommunen ble lei av slike tilsyn og oppfattet det ikke som positiv veiledning fra tilsynsmyndighetens side. Etter vedkommende sin mening burde Fylkeslegen etter å ha avdekket svikt i kommunens internkontroll fulgt dette opp gjennom rådgivning i stedet for flere systemrevisjoner. De øvrige deltakerne i fokusgruppa støttet dette synet. De mente Fylkeslegen kunne motivere kommunens medarbeidere enda bedre ved å tilpasse tilsynsmetodikken ut fra mer pedagogiske hensyn i hver enkelt situasjon.

Fra gruppediskusjonene framkom altså to motsetningsfylte oppfatninger når det gjelder hva som er hensikten med Fylkeslegens systemrevisjoner og hvilke forventninger som finnes til disse revisjonene: ensidig kontroll eller kontroll og rådgivning. Reaksjonen på Fylkeslegens varsel om tilsyn ble beskrevet som en blanding av frykt og glede.

- *Det var spenningsfylt – frykt og glede.....men med en liksom ekkel fornemmelse av at: Du skal se de trekker ned underbuksene på oss! (førstelinjepersonell)*
- *Hensikten var også en kvalitetsutviklingssak – de ga oss et puff i den retning. (leder)*

Deltakerne i fokusgruppene med førstelinjepersonell ga uttrykk for positive forventninger til Fylkeslegens fokusering på helsefaglige spørsmål framfor økonomi. Dette viser at de venter at Fylkeslegen skal sette faglige forpliktelser foran budsjettansvar. De fleste sa de satte pris på at Fylkeslegen viste interesse for hvordan de ”hadde det”. De hadde et ønske om at tilsynet skulle medføre at ”noe skulle skje” med hensyn til kvalitetsforbedring av tjenestene. Førstelinjepersonell ga eksempler som mer

enn antydde at kommunens administrative ledelse ikke tok internkontrollarbeidet nok på alvor og at påtrykk fra Fylkeslegen hadde disiplinerende effekt. Dette ble, om ikke så direkte formulert, også bekreftet i fokusgruppene med ledere.

Kommunene retter opp de forhold Fylkeslegen har påpekt

Av gruppediskusjonene framgikk det at både avvik og merknader tas alvorlig og blir fulgt opp i kommunene. De fleste ga uttrykk for at kommunen ikke kunne leve med avvik/egne lovbrudd. Enkelte ledere forsvarte likevel at kommunen i noen situasjoner kunne utsette å rette opp slike forhold. Det hender også at kommuner retter opp forhold Fylkeslegen har påpekt uten å være enig i at det faktisk foreligger et avvik. En informant fra en kommune som hadde gjort det forklarte at det var fordi de ”ga seg for overmakta.” Merknader tas alvorlig i de aller fleste av kommunene, selv om bare avvik innebærer et lovbrudd som må rettes opp for at virksomheten skal kunne drives lovlig. Et par av lederne sa tydelig at merknadene veier like tungt som avvikene i deres kommune.

- *Kommunen tok tilsynet på alvor. Både rådmann og ordfører var til stede. Det ble tatt ”søkke alvorlig”. (leder)*

Alle erkjenner at det er kommunen som har ansvar for å ta hånd om forholdene som ble påpekt. Det generelle inntrykk fra gruppediskusjonen er at deltagerne gir uttrykk for at det skilles tydelig mellom avvik som er enkle å rette opp, dvs. mer formelle forhold som for eksempel mangel på internkontrollsystem som er nedfelt skriftlig (rutiner, prosedyrer etc.) og avvik som krever økonomiske ressurser for å bli rettet opp. Flere i den ene ledergruppa sa at de kan leve med avvik og ”ha is i magen”, fordi de vil trenge tid for å rette det opp. En deltager fra en stor kommune hadde erfaring for at man bevisst hadde valgt å vente med å rette opp avvik for på sikt, i løpet av 2-3 år, ”å være oppe og gå på skikkelig vis”, det vil si å ha etablert kvalitetssystem for helsetjenesten. Det passet angivelig ikke å rette opp avviket på det aktuelle tidspunkt i forhold til en større prosess med kvalitetsutvikling i kommunen. Samme deltaker presiserte at forutsetningen for å kunne leve med avvik er at politikerne er informert og aksepterer det. Flere i ledergruppa støttet dette. Noen politikere blir forarget av Fylkeslegens påpekninger, fordi det griper inn i kommunens egne prioriteringer. Andre forhold kan bli vurdert som viktigere å gjøre noe med.

Noen av lederne var av den oppfatning at det er kommunen selv og ikke Fylkeslegen som skal og må prioritere hvilke forhold det skal gjøres noe med. Misnøyen rettet seg mot selve tilsynsmyndigheten og i mindre grad mot innholdet i den aktuelle systemrevisjonen.

- *Det er ikke Fylkeslegen som bestemmer, det er kommunens eget ansvar... det er viktig at en holder kommunens egne prioriteringer uansett hva Fylkeslegen måtte mene. (leder)*

Det er forskjell på om avviket blir rettet opp gjennom en kort prosess eller om det blir et ledd i en generell prosess med systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Dette kan være avhengig av lederne holdninger og trolig av innholdet i avviket. Flere intervjupersoner fremhever at dette er personavhengig. Det er nødvendig at lederne tar tak i tilsynsrapporten og gjør innholdet kjent i organisasjonen. Det presiseres også at arbeidet med å lukke avviket må organiseres på en måte som sikrer at alle medarbeidere blir involvert i prosessene og at det blir avsatt tid til dette systemforbedringsarbeidet. Ledelsesforankring av arbeidet med utvikling av internkontroll innen kommunehelsetjenesten ser ut til å være en nøkkelfaktor for å få til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid.

- *Vi savnet at rådmannsdelen og administrasjonsbiten var mer med... tror det hadde gitt større forståelse hvis de hadde gått inn i og vært med på dette her. (leder)*
- *Vi visste vi hadde "ting" vi måtte jobbe med, men som var bevisst nedprioritert innen de ressursene vi hadde. Da vi fikk avvik kunne vi ikke prioritere det vekk lenger. (leder)*

Sistnevnte tilføyde for øvrig:

- *Fylkeslegen ønsker å få Rådmannen i tale - artig for meg! (leder)*

En av lederne som mente kommunen hadde lyktes i sitt forbedringsarbeid forklarte dette med at de hadde gjort en skikkelig jobb med å forankre det både politisk og administrativt. Det ble også understreket hvor viktig det er at alle som har et ansvar innenfor området blir trukket med i det systematiske forbedringsarbeidet.

3.3 Opplevd nytte av systemrevisjonene

I alle gruppene ble det gjennomgående gitt uttrykk for at det er nyttig og nødvendig for kommunen å bli "kikkert i kortene" av noen utenfra. Det kan hjelpe dem til å finne praktiske løsninger på vanskelige problem. Både førstlinjepersonell og ledere av virksomheten er opptatt av å sikre brukerne kvalitativt gode tjenester. Det kom likevel fram at det i det daglige arbeidet var avsatt lite tid til evaluering og videreutvikling av internkontrollsystemet for helsetjenesten. Fylkeslegens systemrevisjon hadde skjerpet dem på dette området i alle fall i de første månedene etter tilsynsbesøket. Brevet som varslet tilsynet motiverte dem til å forbedre internkontrollsystemet. De ønsket å kunne vise at de hadde orden i eget hus. Den forestående systemrevisjonen fremskyndet dette arbeidet. Det ble gjentatt flere ganger i alle fokusgruppene at systemrevisjonene ble oppfattet som en positiv interesse fra tilsynsmyndighetens side. Flere omtaler samarbeidet med Fylkeslegen i den forbindelse som en positiv dialog.

- *De folkene som hadde ansvar for dette ble trukket med. Det er det aller viktigste, at alle som hadde ansvar ble trukket med. (leder)*

- *Vi jobbet godt før Fylkeslegen kom for å se til at det ikke skulle være så mange hull. Vi skjerpet oss veldig... og var, tror jeg, egentlig ganske engstelig for om de skulle finne noe som ikke var helt bra. (førstelinjepersonell)*

Både lederne og førstelinjepersonell fremhevet at Fylkeslegens totale engasjement bidrar til at forbedringsarbeidet trekkes fram og blir viktigere i kommunen. De var ikke i tvil om at systemrevisjonene medvirket til dette. Fylkeslegen ble omtalt som en katalysator for forbedringsarbeidet.

- *Bare Fylkeslegen gir beskjed at de kommer, så skjer det noe. (frontlinjepersonell)*

Dette utsagnet illustrerer oppfatningen i alle de fire fokusgruppene. Det ble sagt med ettertrykk og utløste latter i gruppa, og samtlige ga uttrykk for gjenkjennelse. De fortalte om hvordan brevet fra Fylkeslegen med melding om at systemrevisjonen ville bli gjennomført to-tre måneder fram i tid førte til en gjennomgang og ”opprøsking” av internkontrollsystemet før selve tilsynsbesøket. Varselet fikk fortgang på dem, og flere uheldige omstendigheter og ”feil” ble oppdaget og forbedret før Fylkeslegens besøk. En av informantene med lang erfaring fra kommunehelsetjenesten oppsummerte gruppediskusjonen med å si litt muntert:

- *Hvis vi skal passe på oss selv – ”bukken og havresekken” – så sovner vi hen, og så har vi det greit.” (leder)*

Selv om forventningene til tilsynet for de fleste innebar en viss spenning, og noen beskriver det som et korrektiv, ga nærmest alle uttrykk for at revisjonen hjalp kommunen til å gripe fatt i viktige og gjerne forsømte områder av tjenesten. En engasjert optimist med tro på positiv smitteeffekt sa:

- *Kanskje tenker andre avdelinger i kommunen at de også kan få tilsyn og våkner lite grann? (førstelinjepersonell)*

De fleste mente at når Fylkeslegen retter fokus mot utvalgte områder av helsetjenesten fremfor mot enkeltstående feil som har skjedd, blir det lettere å få organisasjonen med i forbedringsarbeidet. Mange sa det ga kommunen et nødvendig påtrykk til å se seg selv nærmere i kortene, og en av lederne innrømmet overfor gruppa at ”resultatet ble skuffende dårlig”. Samme person beskrev imidlertid hvordan kommunen før tilsynsbesøket arbeidet systematisk med å rette opp forholdene. Det er altså mange bekreftelser på at bare det kommer varsel om systemrevisjon, kan de bli iverksatt mange prosesser i kommunene hvor formålet er systemforbedring i forhold til tjenestene.

Tilsynet oppleves både av ledere og førstelinjepersonell som støtte til virksomheten i forhold til høyere administrativt og politisk nivå i kommunen. Mange av gruppedeltakerne med helsefaglig bakgrunn opplever at kommunens øverste ledelse ikke tror helt på dem. De mener Fylkeslegen har en helt annen tyngde overfor kommuneadministrasjonen. En representant blant førstelinjepersonellet som kom fra en stor kommune der tilsynet hadde avdekket mange lovbrudd og gitt et par merknader, fortalte at systemrevisjonen medførte mye etterarbeid i kommunen. Dette hadde tvunget

kommunens øverste administrative ledelse på banen. Intervjupersonen mente at tilsynet hadde rørt ved et vepsebol og at det førte til positive ringvirkninger. Systemrevisjonen resulterte i at kommunen var nødt til å rette opp forholdene.

De øvrige deltakerne i denne fokusgruppen var enig i vedkommendes utsagn:

- *Fylkeslegen må gjøre flere besøk, flere besøk! (førstelinjepersonell)*

De fleste deltakerne mente at systemrevisjonen hadde virket motiverende for dem. Svake områder hadde kommet tydelig fram og gjort det lettere for helsetjenesten å få sin egen kommune til å rette opp forholdene. Fylkeslegen hadde gjennom tilsynet gitt dem støtte og mer kunnskap og økt deres bevissthet om forbedringsarbeidet i helsetjenesten. Denne læringseffekten kom tydelig fram i alle fokusgruppene.

3.4 Ønsker fra kommunene til Fylkeslegens systemrevisjoner

Diskusjonene i alle fokusgruppene viser sammenfallende ønsker med hensyn til hvordan Fylkeslegens systemrevisjoner bør gjennomføres. Noe handler om savn som deltakerne hadde opplevd i forbindelse med selve tilsynsbesøket i kommunen, men også om oppfølgingsarbeidet etter at tilsynsrapporten forelå. Intervjupersonene mener Fylkeslegen i større grad kunne ha bidratt til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i kommunene ved å komme disse ønskene i møte. Naturlig nok nevnes personlige egenskaper hos revisorene, men det er andre faktorer som fremheves sterkere i gruppediskusjonene.

Ros for det som er positivt

Fylkeslegens revisorer gjorde under tilsynsbesøkene rede for at systemrevisjonen innebar å lete etter svikt eller mangler i kommunens internkontrollsystem for helsetjenesten. Det ble understreket at det var svikt eller mangler som ville bli omtalt i tilsynsrapporten. Likevel var reaksjonene i kommunene jevnt over negative hvis Fylkeslegen ikke i samme forbindelse ga velfortjent ros. Det var særlig lederne som savnet noen anerkjennende ord om det kommunene faktisk hadde fått til. En av dem følte at revisorene fra tilsynsmyndigheten burde finne noe bra å omtale uansett hvor galt det var. Det ble også trukket fram eksempler fra tilsynsrapporter som hadde virket demotiverende i kommunen, fordi Fylkeslegen ikke hadde brukt mer positive formuleringer. Noen opplevde Fylkeslegens påpekninger som en reprimande og fortalte om hvor lite hyggelig det er gang på gang å få beskjed om det som ikke er som det bør være.

- *Alle piggene kom ut. Det ble en lite konstruktiv affære, fordi revisor sa at det ikke er vår oppgave å si noe til det som er bra. (leder)*

Særlig lederne var kritiske til mangelen på ros. Flere mente tilsynet ikke bidro til økt forståelse for internkontroll nettopp på grunn av den negative fokuseringen. I tillegg til

at tilsynsmyndigheten oppleves å være for snau med ros, var det sterke røster blant informantene om hvordan media noen ganger forsterket det negative bildet tilsynsrapporten ofte tegnet av kommunehelsetjenesten. Her var det store lokale forskjeller. Informanter fra flere av kommunene som hadde vært utsatt for negativ mediaomtale syntes det hadde vært belastende, selv om de i utgangspunktet ønsket stor grad av offentlighet rundt egen virksomhet.

Råd og veiledning

Uten unntak var alle intervjupersonene innforstått med at systemrevisjon fra Fylkeslegen innebærer en kontroll av om kommunen etterlever bestemte krav i helselover og forskrifter. Deres vurdering av nytten ved dette fremgår ovenfor, men trenger å bli supplert med noen nyanserende utsagn.

- *”Fylkeslegen bruker alt for mye tid på tilsyn i stedet for rådgivning. Jeg synes rådgivningsbiten burde vært mye mer fremhevet i disse besøkene - hvordan man skal håndtere (manglene) både praktisk og økonomisk.”* (leder)
- *”Tilsynsfunksjonen kan tjene mye på å tørre å gi noen konkrete råd”.* (førstelinjepersonell)

Selv om det bare var disse to som sa dette så tydelig, formidlet mange andre fokusgruppedeltakere det samme. Gjentatte ganger dreide diskusjonene i fokusgruppene seg om at kommunene trenger hjelp til å etablere et hensiktsmessig internkontrollsystem for helsetjenesten. Flere synes dette arbeidet er vanskelig å få godt grep om og sa tydelig at de savnet råd fra Fylkeslegen om dette i forbindelse med systemrevisjonen.

Det var særlig lederne som pekte på kommunenes behov for hjelp til å utvikle internkontrollsystem. Flere var kritiske til at Fylkeslegen gjennomfører systemrevisjoner i kommuner som ennå bare har etablert deler av et fullstendig internkontrollsystem. De hadde liten tro på at slike tilsyn er en hensiktsmessig framgangsmåte for å stimulere til systematisk kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten. Flere hadde strevd i flere år med å få organisasjonen sin med på systematisk forbedringsarbeid og mente nøkkelen lå i at tilsynsmyndigheten involverte kommunens øverste ledelse i arbeidet.

- *Først da vi fikk Rådmannen ”face to face” med (Fylkeslegens) kvalitetsrådgiver, fikk vi fortgang i kvalitetsarbeidet. Da ble det satt på dagsorden i kommunen.* (leder)

Også blant førstlinjepersonellet kom det fram en viss misnøye når Fylkeslegen ensidig kontrollerte om helsetjenesten ble drevet i samsvar med myndighetskrav. De etterlyste konkrete råd i forhold til avvik som ble avdekket og bebreidet Fylkeslegen når det i den forbindelse kun ble henvist til paragrafer i lover og forskrifter. Det ble uttrykkelig sagt at de hadde hatt forhåpninger om at det kom noe mer i etterkant. Dette står i kontrast til erfaringene mange av informantene hadde når det gjaldt Fylkeslegens bruk av merknader til kommunen.

Faglig støtte

Samlet sett viste diskusjonene i alle de fire fokusgruppene at Fylkeslegen nyter tillit i kommunene. Særlig førstelinjepersonell, men også informanter i ledergruppene som hadde helsefaglig bakgrunn, omtalte verdien av den faglige støtte Fylkeslegen kan representere i kommunene. Flere fortalte at de hadde opplevd det vanskelig å nå langt nok opp i kommuneorganisasjonen med sine faglige vurderinger av behov som ikke ble godt nok dekket av kommunehelsetjenesten. Ofte var ressursmangel den begrunnelsen de fikk fra ledelsen når andre tiltak ikke ble vurdert. Det ble gitt eksempler på at når Fylkeslegen gjennom systemrevisjoner påpekte de samme forholdene, ble disse prioritert og rettet opp.

- *Fylkeslegens tilsyn gir fagfolkene drahjelp overfor administrasjonen og politikerne. (førstelinjepersonell)*

Det som denne informanten her oppfattet som positiv faglig støtte, ble av Rådmannen betraktet som en utidig statlig innblanding i kommunens egne prioriteringer. Flere informanter var enige om at reaksjoner blant kommunens representanter er forskjellige avhengig av hvilken posisjon vedkommende har i kommunen. Ledere og kommunepolitikere var kritiske til det de gjerne kalte Fylkeslegens undergraving av det lokale selvstyret.

I alle fokusgruppene ble det også gitt eksempler fra systemrevisjoner der helsepersonell i kommunen mente Fylkeslegen hadde gitt for lite faglig støtte. Det gjaldt både med hensyn til å velge ut hvilke områder revisjonen skulle fokusere på, de konklusjoner Fylkeslegen trakk etter å ha innhentet informasjon om disse områdene og måten Fylkeslegen fulgte opp kommunen når forholdene skulle rettes opp. Førstelinjepersonellet mente de burde blitt spurt om hvilke områder av helsetjenesten det var størst risiko for svikt i sin kommune, og at systemrevisjonen ble fokusert mot disse områdene.

En meget reflektert gruppedeltaker som ivret for internkontrollarbeid ville at Fylkeslegen som faglig tilsynsmyndighet skulle lagt mer vekt på å undersøke om kommunens internkontrollsystem for helsetjenesten fungerte hensiktsmessig. Vedkommende mente Fylkeslegen skulle vært mindre opptatt av formkrav til systemet. Som eksempel ble det nevnt detaljerte krav til skriftlige arbeidsprosedyrer som kunne inneholde mange ord, men som kunne være vanskelig å gjennomføre i praksis.

En deltaker i ledergruppa syntes det var problematisk at de skriftlige rutinene i kommunen hadde lett for bare å bli et skrivebordsarbeid. Han sa de skrev en rutine for å tilfredsstille Fylkeslegen, men det ble ikke noen konstruktive prosesser rundt det å skulle etterleve rutinene i framtida. En av de andre i fokusgruppa så annerledes på dette og fulgte opp med å si:

- *Man ønsker jo å framstå som om alt er velordnet...så en del prosedyrer blir nok fikset i siste øyeblikk...Noen ting som har vært muntlig, tar du og skriftliggjør fordi du synes det gjør seg bedre. (leder)*

Vedkommende presiserte:

- *(Når)... staten kommer på en sånn inspeksjon til kommunen, oppfatter jeg meg utpreget som kommunens mann. Det er klart at man vil veldig gjerne at alt skal være bra når de kommer fra Fylkeslegen for å se hos oss. Jeg har for så vidt ikke til hensikt å legge alt mulig åpent for de. Det foregår et spill; de kommer og prøver å se på det, og jeg spiller tilbake. Når jeg og helse- og sosialsjefen går ut av møtet sier vi "der tok vi rotta på dem." Vi greier altså å prate oss bort fra alt. Det er nesten faretruende hvor vi prater oss bort i fra ting. (leder)*

Dette utsagnet vakte gjenkjennelse og latter i ledergruppa og viser betydningen av at tilsynsmyndigheten følger opp resultatet av systemrevisjoner i kommunene.

4. DISKUSJON

4.1 Systemrevisjoner virker!

Studien der representanter fra 19 kommuner deltok gir et bilde av hva som skjedde i disse kommunene i forbindelse med at Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket gjennomførte systemrevisjoner. Resultatene viser at statlig tilsyn kan påskynde kommunenes systematiske forbedringsarbeid innen kommunehelsetjenesten. Som ventet varierer det hvor stor aktivitet systemrevisjonen medførte i kommunene og hvor lenge iveren varte, men generelt kan vi konkludere med at systemrevisjonen fikk fart på arbeidet, ikke bare med å rette opp avvikene, men også med å etablere internkontroll i kommunene. Tilsvarende viser en undersøkelse fra 2004 at statlig tilsyn gjennom systemrevisjon av mange kommuner blir oppfattet som en bistand til å få til en velfungerende internkontroll (11). Vår undersøkelse ble gjennomført ett til to år etter at de aktuelle revisjonene var gjennomført og gir ikke grunnlag for å si noe om hvor lenge effekten varte. Vi skal også være varsomme med å peke på enkeltårsaker, men vil løfte fram noen forhold, som hver for seg eller i samspill med hverandre, viser seg å ha betydning for hvordan Fylkeslegens/ Helsetilsynet i fylkets systemrevisjoner virker i kommunene.

Målsetting med denne form for tilsyn er både å kontrollere at kommunene etterlever krav i helselovgivningen og å stimulere dem til å drive systematisk forbedringsarbeid innen kommunehelsetjenesten. Denne studien viser at begge målene kan oppnås. Tilsynsrapportene og det øvrige arkivmaterialet vi gransket, sammen med informasjonen fra fokusgruppeintervjuene, viser at systemrevisjonene ga Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket grunnlag til å fastslå om lovbestemmelsene ble fulgt. Metoden er velegnet for å kunne fastslå om lovkrav blir fulgt (9). Dette blir også bekreftet i vår undersøkelse og vil ikke bli diskutert videre. I diskusjonen her ser vi nærmere på prosessene som systemrevisjonene til dels påskyndet og til dels ble en del av i de undersøkte kommunene. Forhold som hadde påvirket det systematiske forbedringsarbeidet i løpet av og etter tilsynsperioden drøftes også.

Studien bekrefter at bruk av systemrevisjon som tilsynsmetode kan stimulere kommunene til å drive systematisk forbedringsarbeid. Funnene er interessante, fordi det foreløpig er lite systematisert kunnskap om effektene av systemrevisjoner (9). De er også interessante med tanke på at stadig flere tilsynsmyndigheter tar metoden i bruk (27) og at personer som utfører statlig tilsyn vurderer systemrevisjon som en god og hensiktsmessig tilsynsmetodikk. Det er også verdt å merke seg at kommunene, særlig etter at metodikken har blitt mer innarbeidet, møter slike systemrevisjoner med velvilje (11).

Studien viser også at tilsynet med kommunehelsetjenesten bør ses i sammenheng med den generelle relasjonen mellom staten og kommunene. Norge har gått lenger enn de fleste andre europeiske land i å utforme en aktiv distriktpolitikk. Det kommunale selvstyret har tradisjonelt hatt en sterk posisjon, og balansen mellom et lokalt og nasjonalt ansvar er et tilbakevendende dilemma (43).

I de fleste vestlige land ser man en utstrakt og stadig økende vektlegging av ekstern kontroll. Økningen i tilsyns- og kontrollvirksomheten ser ut til å henge sammen med framveksten av "New Public Management"-inspirerte reformer for offentlig forvaltning. New Public Management er et samlebegrep for politiske doktriner av forvaltningsreformer som har gjort seg gjeldende i de fleste land fra 1980-tallet av. Desentralisering står sentralt i denne typen reformer, samtidig som de ofte virker sentraliserende gjennom et økt behov for regulering, kontroll og tilsyn (27). Det statlige tilsynssystemet skal ivareta rettssikkerheten til den enkelte og kontrollere at de kommunale tjenestene holder tilstrekkelig nivå. Denne undersøkelsen bekrefter at dette kan komme i konflikt med ønsket om stor lokal handlefrihet og kommunehelsetjenestens økonomiske rammer.

I den videre drøftingen rettes oppmerksomheten mot hvordan Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket kan støtte opp under kommunenes internkontroll ved å bruke systemrevisjoner ikke bare som et juridisk, men også som et pedagogisk virkemiddel overfor kommunene (5, 27). I den drøftingen har vi hentet kunnskap fra pedagogikk, organisasjonsteori og annen samfunnsvitenskap. Videre vil vi belyse hvordan Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket i forbindelse med systemrevisjoner kan bli forsøkt dratt inn i maktkamper som i én forstand er intern i kommunen, men i en annen forstand kan være et forsøk fra fagpersonellens side på å bruke staten mot kommuneadministrasjonen og kommunepolitikere.

4.2 Ulike aktører, motiver og meninger i kommunene

Analysen av intervjuene viste slående forskjeller i perspektiv mellom gruppene når det gjaldt synet på Fylkeslegens/Helsetilsynet i fylkets tilsyn. Perspektivet varierte ikke først og fremst mellom forskjellige kommuner, men mellom fokusgruppene med ledere og fokusgruppene med førstelinjepersonell. Vi fant med andre ord ulike mønstre i synspunktene fra gruppene avhengig av hvilke posisjoner gruppe medlemmene hadde i kommunene. Dette mønsteret gjenspeilte seg i gruppene fra begge fylkene.

Ved sammensetning av fokusgruppene hadde vi forsøkt å oppnå størst mulig homogenitet samtidig som vi ville sikre mangfoldet og få fram variasjoner blant deltakerne innen hver av gruppene. Kriteriet for å inngå i en av gruppene med ledere var at vedkommende skulle ha plan-, budsjett- og personalansvar. Det ble ikke tatt hensyn til om vedkommende hadde helsefaglig utdanning og eventuelt i tillegg utførte helsetjenester direkte overfor brukere. Det viste seg at flere av lederne også utførte helsehjelp direkte til brukere i en del av sin stilling i kommunen. Dermed kunne de også vært definert som førstelinjepersonell i denne undersøkelsen. Kanskje ville disse informantene ha vektlagt sitt syn annerledes hvis de hadde deltatt i en av fokusgruppene med førstelinjepersonell.

Vi fulgte tommelfingerregelen om å gjennomføre tre-fire fokusgruppeintervjuer og ville deretter avgjøre om det var nødvendig med flere grupper (37). Alle de fire fokusgruppeintervjuene ble gjennomført før vi begynte tolkningsarbeidet med transskriptene. Etter analysen av de fire gruppeintervjuene vurderte vi det slik at vi

hadde fått fram klare mønstre og at datainnsamlingen var robust nok for drøfting i relasjon til formålet med studien. Det er mulig at vi i den fasen av analysearbeidet ikke så hvor påfallende ulike perspektiver lederne og førstelinjepersonellet hadde. Litteraturstudier og aktuell politisk debatt om statlig tilsyn i tiden etter at det meste av analysearbeidet ble gjort, har gjort denne forskjellen mye tydeligere. Dette har gitt nyttige innspill til diskusjonen av resultatene fra denne undersøkelsen (10, 25, 27). Vi kan heller ikke se bort fra at flere fokusgrupper, eller mer veksling mellom datainnsamling i gruppene og analysearbeidet, kunne gitt enda mer nyanserte synspunkter fra ulike aktører i kommunene og fått fram mer detaljerte og tydeligere mønstre i dataanalysen. Vi erfarte at dataanalyse er en innvevd prosess som foregår før, under og etter datainnsamlingen. Dette foregår parallelt og utgjør en interaktiv syklisk prosess (32).

Flere informanter i fokusgruppene, både førstelinjepersonell og ledere, fortalte om reaksjoner blant kommunepolitikere og rådmannen i kommunen når det gjaldt tilsyn fra Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket. Det var få rådmenn i fokusgruppene, og vi hadde ingen oversikt over om noen av de i alt 28 gruppe medlemmene var aktive kommunepolitikere. Dette er forhold som vi i ettertid ser at vi burde hatt mer kontroll med i vår strategiske utvelgelse av informanter og sammensetningen av fokusgruppene. Undersøkelsen har økt vår bevissthet om at aktører som er ulikt posisjonert bærer med seg ulike interesser, verdier og synspunkter i kraft av sin posisjon (44).

Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet er egenskaper knyttet til koblingen mellom den aktuelle problemstilling og metodevalget. Krav til validitet og reliabilitet er til stede i all forskning og er viktige i alle deler av en forskningsprosess.

Begrepet validitet viser til undersøkelsens gyldighet eller relevans, det vil si om vi måler det vi har tenkt å undersøke. Data må være gyldige for problemstillingen man ønsker å besvare. I følge Kvale (41) finnes det ingen enhetlig metode for å validere intervjustudier, men resultatene må sees og bli validert i den konkrete situasjonen. Det som er viktig er *hvorfor* undersøkelsen ble iverksatt, *hva* den undersøkte og *hvordan* resultatet kom til. Validitet i den kvalitative forskningsprosessen er å oppfatte som den "den håndverksmessige kvaliteten". For å validere sine undersøkelser må man teoretisere, det vil si ha en teoretisk oppfatning av det man undersøker. Man må stille spørsmål til den tekst man har, det vil si kunne redegjøre for undersøkelsens innhold og formål før man tar stilling til metodens gyldighet og man må kontrollere, det vil si ha et kritisk syn på sine tolkninger (41).

Begrepet reliabilitet viser til en metodes pålitelighet. Reliabilitetskravet innen kvalitativ forskning dreier seg om å synliggjøre de skritt man har tatt. Reliabilitet handler om tillit til metode, om instrumentet er troverdig. Det er en form for prøving som skjer parallelt med at studien pågår. Denne prøvingen finnes innebygget i hele undersøkelsesprosessen. Resultatene tolkes ut fra tillits- og troverdighetsaspektene (41). En studie med god reliabilitet, i henhold til den kvantitative tradisjonen hvor begrepet

har sitt opphav, innebærer at man ved gjentatte målinger av et konstant objekt får samme resultat (32). Reliabilitetsspørsmålet er problematisk i kvalitativ forskning, fordi objektet ikke er konstant. Malterud sier at repeterbarhet sjelden er et kriterium for pålitelighet i den kvalitative forskningsprosess. Målet er å vise *hva* man har gjort (34).

Framgangsmåten for denne undersøkelsen er nøye beskrevet, og metodevalget anses adekvat for spørsmålet som skal belyses, jfr. begrunnelsen for metodevalget.

All informasjon fra dokumentgjennomgang og fokusgruppeintervjuer er brukt i analysen. Med hensyn til fokusgruppeintervjuene gjelder det både den verbale og non-verbale kommunikasjonen i gruppene i det vi hadde assisterende moderator som fulgte spesielt med i og noterte fra non-verbal kommunikasjon og gruppeprosessene. Det var samme person som var assisterende moderator i alle de fire gruppene, og hun hadde straks etter hvert enkelt gruppeintervju refleksjonssamtale med moderator.

I analysearbeidet er også observasjoner fra den non-verbale kommunikasjonen tatt med i vurderingen av utsagn. Videre i arbeidet med analysen av intervjuene prøvde vi å legge bort vår egen forforståelse av emner som ble behandlet. Samtidig som det er viktig at moderator har godt kjennskap til og innblikk i temaet som behandles i fokusgruppeintervjuer, vil moderator alltid kunne ha egne motiver og perspektiv som vil kunne påvirke både gjennomføringen av intervjuene og tolkningen.

Selv om vi har prøvd å ta alle synspunkter og nyanser i betraktning, kan det være muligheter for at vi ikke har oppfattet riktig det som folk sier i fokusgruppene og hva som er deres egen mening med det. Vi mener likevel at dette er kompensert i stor grad av bruk av felles assisterende moderator i de fire gruppene samt at utsagn som ble oppfattet som uklare ble fulgt opp med tilleggsspørsmål fra moderators side. Det bidrar ytterligere til å styrke analysen at vi var to personer som deltok i analysearbeidet og kunne diskutere med hverandre (35).

Både moderatorer og de som deltok i intervjuene kan gjennom engasjement i temaet for undersøkelsen ha hatt spesielle motiver og interesser som kan være forsøkt ivaretatt under gruppeintervjuene. Dette kan bevisst eller ubevisst ha vært styrende både for de utsagn som framkom under intervjuene og for gruppeintervjuene som helhet. Det var imidlertid lagt vekt på at gruppesammensetningen skulle representere forskjellige ståsted, interesser og synspunkter blant deltakerne i de enkelte gruppene og dermed også de forskjellige motiver som intervjupersonene eventuelt måtte ha for å delta i fokusgruppene. Intervjupersonene representerte også erfaring fra systemrevisjoner med forskjellig tematisk innhold.

Politisk ledelse var i liten grad involvert og representert blant intervjupersonene og kunne ha gitt ytterligere synspunkter på bakgrunn av rolle som i siste instans ansvarlig for offentlige tjenester. Det reflekterer imidlertid at politikere i liten grad blir direkte involvert som intervjupersoner under systemrevisjoner, fordi det er de administrative styringssystemer det fokuseres på. De synspunkter som eventuelt ville ha kommet fra politisk hold i slike fokusgruppeintervju må antas å ville dreie seg hovedsaklig om

konflikten mellom statlige krav og lokalt selvstyre. Dette perspektivet synes imidlertid å ha kommet godt fram også gjennom de intervjupersoner som var med i gruppene.

Det la ingen demper på gruppediskusjonen at moderator hadde erfaringer fra tilsvarende tilsyn i annet fylke. Tvert imot syntes dette å føre til en meget aktiv diskusjon og framføring av synspunkter i gruppene, fordi de her fritt her kunne framføre sine synspunkter på egen tilsynsmyndighet til en som hadde førstehånds kjennskap til problematikken fra annet fylke. Det var tydelig at det var mange klare meninger blant intervjupersonene om hva de syntes om Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylkets systemrevisjoner og at alle følte at dette var en god anledning til å få framført hva de hadde på hjertet av synspunkter i denne sammenheng. Det lyktes altså å få til en god og åpen samtale i gruppene der deltakerne fritt fikk gitt uttrykk for sine meninger.

I alle de fire fokusgruppene kom deltakerne naturlig inn på alle de fire hovedtema som moderatorne hadde satt for intervjuene uten at moderator måtte styre dette. Sammen med sammensetningen av gruppene styrker dette vår oppfattelse av at forskjellige relevante synspunkter har vært representert og kommet fram i gruppeintervjuene.

Dette er et case study basert på erfaringer fra kun to fylker, og det kan ikke generaliseres ut fra de funn som er gjort. Resultatet fra de fire fokusgruppeintervjuene med til sammen 28 deltakere burde likevel kunne gi et godt bilde av spekteret av erfaringer med Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylkets systemrevisjoner i kommunene i disse to fylkene basert på erfaringer fra de som har opplevd slikt tilsyn. Dette styrkes ytterligere av at hele 19 kommuner var representert blant fokusgruppedeltakerne.

4.3 Systemrevisjon som pedagogisk virkemiddel

Statlig tilsyn med kommunene er et hett tema i tiden. Både i Norge og Sverige har debatten om tilsynets rolle gått livlig de siste årene. Det er ulike oppfatninger av hva som ligger i begrepet tilsyn og en gjennomgående spenning mellom tilsyn som kontroll eller veiledning. Det er også ulike syn på betydningen av kontekstuelle forhold og på hvordan tilsynsrelasjonene bør være. Denne begrepsklarheten kan være et problem for effektivitet, i den forstand at tilsynsorganer blir usikre i forhold til oppdrag, metode og reaksjonsmidler. Men uklarheten kan også være fordelaktig, da den kan bidra til at tilsyn blir et fleksibelt instrument med store muligheter for tilpasning i de enkelte situasjoner (28).

Tilsyn generelt kan ha delvis disiplinerende effekt på den måten at kommunene blir mer påpasselige i forhold til å oppfylle de bestemmelsene som gjelder. At de blir disiplinert innebærer enten at de tilskyndes til å etterleve lovkrav, eller at de selv sørger for å identifisere og rette opp avvik fortløpende. Disiplinering dreier seg slik sett mer om vilje enn evne. Forebyggende tilsyn bør dermed også ha lærende og veiledende virkninger, direkte eller indirekte (11).

Kontroll og hjelp

Både i kommuneloven av 1992 og i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 1984 er det en intensjon om å redusere det statlige tilsynet for å fjerne unødige kontroll og dempe fjernstyringen til fordel for kommunens egenkontroll. Samtidig ligger det en intensjon i lovene om å tone ned styringsmekanismer knyttet til hierarkisk kontroll og finansielle ordninger til fordel for såkalte integrasjonsmekanismer som samspill, veiledning og dialog (27). Da er det interessant at våre informanter la så stor vekt på at de hadde opplevd systemrevisjonene som støtte og hjelp i sitt arbeide. Hva var det som gjorde at disse tilsynene kunne oppfattes så konstruktivt og støttende?

Førstelinjepersonellet vektla generelt betydningen av den faglige støtten og drahjelpen tilsynet ga dem overfor kommunens administrasjon og politikere med tanke på å forbedre tjenestene. De satte pris på at tilsynsmyndigheten påpekte forhold i kommunen som måtte rettes opp og ga flere eksempler på at de selv ikke hadde klart å nå fram overfor kommunens ledelse når det gjaldt å forbedre de samme forholdene. Lederne på sin side savnet generelt mer ros, råd og veiledning og var i større grad opptatt av at det statlige tilsynet grep inn i kommunens interne prioriteringer. Dette føyer seg inn i det velkjente spenningsforholdet mellom statlig styring og kommunalt selvstyre. Helt siden formannskapslovene av 1837 har denne dobbeltheten i offentlig forvaltning vært en balansegang som har preget utviklingen (27).

Men også fokusgruppene med ledere omtalte Fylkeslegens/Helsetilsynet i fylkets systemrevisjoner som ”katalysator” i kommunens forbedringsarbeid. Hadde de behov for en kontrollinstans utenfra for å bli motivert til å komme videre med forbedringsarbeidet? Eller var det statlige påtrykket nødvendig for å få kommunens øverste ledelse til å prioritere noen av oppgavene? I fokusgruppeintervjuene kom det fram at noen informanter forgjeves hadde påpekt forhold som måtte forbedres i kommunehelsetjenesten, uten at kommuneledelsen hadde sørget for at dette ble rettet opp før Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket gjennom systemrevisjonen fastslo at det var et avvik.

I alle fokusgruppene ble det et tema at økonomiske begrunnelser kunne ligge bak når kommunene ikke på eget initiativ forbedret tjenestene. Forskjellen mellom fokusgruppene var i hovedsak at førstelinjepersonellet ikke ville akseptere at tjenestene skulle avvike fra krav i helselovgivningen. Lederne viste tilbøyelighet til å legitimere slike lovbrudd med dårlig kommuneøkonomi. Denne faren er neppe blitt mindre i tiden etter 2001 da denne undersøkelsen ble gjennomført. Landets øverste politiske myndighet øver nå massivt påtrykk overfor kommunene for at de skal effektivisere helsetjenesten. Selv om det ikke uttales direkte, er utgangspunktet at offentligheten skal ha ”mer for pengene” (45). I den situasjonen er det en nærliggende tanke at de som har budsjettansvar og ikke er i direkte kontakt med brukere, lettere får seg til å fire på faglige krav til tjenestene.

Førstelinjepersonellet er mest opptatt av å gjøre det beste for brukerne og kan lett komme i rollen som støtdempere når det gjelder mulige negative effekter overfor dem som mottar tjenestene (45). NIBR viser i en rapport til eksempler der ansatte i

kommunen hadde ”brukt” eller gått i allianse med tilsynsmyndigheten som et ledd i en interessekonflikt eller uenighet om praksis innen et område (11). I diskusjonen om bruk av tilsyn som pressmiddel, blir det også vist til at tilsynsmyndigheten kan gripe inn i forholdet mellom kommunens fagfolk og kommuneledelsen. Like viktig er det gjerne at Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket er klar over at de ufrivillig kan bli dratt inn i et spill der forskjellige aktører i kommunen tillegger tilsynsmyndigheten roller som ikke er forenlig med et selvstendig og faglig uavhengig tilsyn og rammene for kommunens selvstyre.

NIBR fant for øvrig at rådmenn og kommunale ledere verken var overstrømmende entusiastiske for den faglige nytten eller særlig frustrert over at tilsynet er unødig overprøvende (11). Når det gjelder de faglige vurderinger som ligger i tilsynet, påpekte en rådmann interessant nok at han satte pris på statlig tilsyn, fordi han kunne bruke disse vurderingene for å balansere og vurdere innspill fra fagfolkene i hans egen kommuneadministrasjon. Dette understreker at tilsynet nok kan vurderes temmelig forskjellig i ulike deler av kommunen og at vi skal vokte oss for å trekke bastante konklusjoner her.

Pollitt har identifisert fire ulike tilsynsroller: dommer, revisor, forsker og konsulent. Han hevder at det sjelden finnes rene tilsynsroller, men at man ikke kan inneha alle tilsynsrollene samtidig. Bevegelse i retning av en av rollene begrenser muligheten til å møte kravene fra de andre rollene (27). Styringsfilosofien hos Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket er at man skal både være kontrollør og veileder (46), men de interne styringssignalene har inntil nå vært rimelig klar på at systemrevisjoner ikke skal kombineres direkte med rådgivning overfor virksomheten som blir revidert. Systemrevisjon er åpenbart et virkemiddel for kontroll om helselovgivningen etterleves, og helsedirektøren skriver i sin *Tilsynsmelding 2001* at kommunene som oftest retter opp lovbrudd som blir avdekket (47). Det er likevel grunn til å spørre om Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket kan utnytte potensialet denne form for tilsyn gir til enda bedre å stimulere kommunene i det systematiske forbedringsarbeidet innen helsetjenesten. Vår undersøkelse kan tyde på det. Vi har ikke eksplisitt undersøkt om metodekravene ble fulgt slavisk ved de systemrevisjonene som inngår i denne studien. Gjennomgangen av arkivmaterialet ga imidlertid ingen indikasjon på at det er slurvet med systemrevisjonsmetodikken.

4.4 Hvordan kan systemrevisjoner stimulere til systematisk forbedringsarbeid?

Budskapet fra intervjupersonene var nokså tydelig på to forhold som hadde påvirket forbedringsarbeidet i kommunene under og etter tilsynsperioden:

- relasjonen mellom kommunene og Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket
- direkte involvering av kommunens øverste ledelse ved gjennomføringen av systemrevisjonen

Disse to funnene fra undersøkelsen vil bli drøftet hver for seg.

Relasjonen mellom kommunene og Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket

Kommunene har realistiske positive forventninger om at tilsynet innebærer kontroll og støtte. Det skjer da også mye i kommunene i forbindelse med tilsyn (48). I lys av systemteori bør ikke dette bli sett som isolerte fenomen, men heller som ulike sammenvevde komponenter som påvirker hverandre i en kompleks enhet. Essensen i systemtenkningen ligger i å se sammenhenger mellom parter framfor lineære årsak-virkningskjeder og i å se forandringsprosesser heller enn enkeltstående øyeblikksbilder (49).

Vi tar utgangspunkt i kommunene som åpne system, det vil si organisasjoner som utveksler materiale, energi og informasjon med omgivelsene (49). Noen deler av omgivelsene er av direkte betydning for organisasjonens virksomhet og utgjør organisasjonens spesielle handlingsmiljø. Først og fremst vil dette være aktører som organisasjonen er nødt å forholde seg til, og som organisasjonen er nødt til å samhandle med. Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket er en slik aktør i kraft av å være et statlig tilsynsorgan som har myndighet til å kontrollere og fastslå om kommunen må gjøre endringer for å innfri helsemyndighetens krav (50).

Både systemteori (49), læringsteorier (30) og organisasjonsteori (50) vektlegger betydningen av feed-back når det dreier seg om hvordan organisasjoner fungerer og endrer seg. Feed-back kan være positiv, negativ eller balanserende. Hovedpoenget i tilsynssammenheng er at Fylkeslegens/Helsetilsynet i fylkets feed-back til kommunene alltid vil være til stede og ha innflytelse på kommunene på en eller annen måte. Dette faktum gir Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket et glimrende utgangspunkt for å påvirke kommunene og burde bli utnyttet til positiv stimulering ved enhver anledning. Kommunehelsetjenesten jobber i dag under trange rammevilkår og kan nok være sulteforet på oppbyggelig feed-back. Oppmuntring fra tilsynsmyndigheten hadde hatt stor verdi for våre informanter.

Myndighetskravet om at kommunene skal drive systematisk forbedringsarbeid (13) innebærer langt på vei at kommunehelsetjenesten må fungere som lærende organisasjoner. Slike organisasjoner er karakterisert av at de får til å gjøre nødvendige endringer i organisasjonen gjennom ulike læringsprosesser (49). Dette gjelder så vel enkeltkrets- som dobbeltkretslæring (27, 50). I tilsynssammenheng vil det si at når Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket kontroller og finner at bestemmelser i helselovgivningen ikke overholdes, vil kommunen oppnå enkeltkretslæring ved å korrigere kursen når de retter opp sin praksis, slik at den blir i overensstemmelse med reglene. Internkontroll med systematisk forbedringsarbeid forutsetter imidlertid læring på ett nivå høyere. Det innebærer at kommunen ikke bare justerer atferd i det konkrete tilfellet, men også reflekterer over hvordan avviket kan brukes til å forbedre praksis også på andre områder og faktisk iverksetter tiltak for å forebygge andre avvik fra krav i helselovgivningen. Dette vil være dobbeltkretslæring og helt i tråd med formålet med internkontrollkravet (27):

”Læringsaspirasjoner i det offentlige går imidlertid ut over det å justere praksis i forhold til et regelverk, og for å oppnå mer erfaringsbasert læring må man følge

læringsteorier et skritt videre fra enkel kontroll og åpne for flerveis kommunikasjon og erfaringsutveksling” .

Flerveiskommunikasjon og erfaringsutveksling trenger ikke å komme i konflikt med metodekravene til systemrevisjoner. Revisjonsteamet bør derfor tenke gjennom hvordan teamet skal opptre overfor kommunen både før, under og etter selve tilsynsbesøket.

Informantene i denne undersøkelsen ga eksempler på at avvik som ble avdekket ved systemrevisjonene var blitt fulgt opp i kommunen både gjennom enkeltkretslærings- og dobbeltkretslæringsprosesser. Noen sa direkte at kommunen skulle ha arbeidet mye mer intenst i etterkant av tilsynet. Andre fortalte om positive ringvirkninger i andre tjenesteområder fordi systemrevisjonen hadde ”rørt ved et vepsebol” i kommunen. Det samme gjaldt merknader som Fylkeslegen/Helsetilsynet hadde gitt kommunene. Gjennomgangstonen var at påpekningene ble tatt alvorlig, og at merknader ble behandlet på samme måte som avvik. Det er nærliggende å tenke at variasjon i læringsnivået er personavhengig. Alle lærer på metaplanet, men noen lærer mer enn andre og drar derfor mer nytte av det. Likevel er det verdt å merke seg at feed-back og grad av påtrykk fra tilsynsmyndigheten etter systemrevisjonene hadde påvirket læringsprosessene i kommunene. Positiv feed-back stimulerte forbedringsarbeidet. Det motsatte skjedde når positiv feed-back uteble. Det var ikke innholdet i tilbakemeldingen som var avgjørende, men intensjonen bak og måten den ble gitt på. Ingen av fokusgruppeintervjuene inneholdt utsagn om at Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket burde ha unnlatt å påpeke lovbrudd (avvik) eller latt være å gi kommunene merknader.

Strukturelle faktorer såvel som læringsevnen i kommunene har avgjørende betydning for læringsresultatet (30). Forskning viser at voksne lærer fordi de ønsker forandring. Det handler med andre ord om motivasjon. Kontekst og sosial integrasjon er kritiske komponenter når det gjelder voksnes læring. Både individer og organisasjoner lærer fordi de ønsker forandring. Voksne trenger å vite hvorfor de trenger å lære noe, og de lærer best når temaet har umiddelbar verdi og relevans (51). Dette betyr at Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket bør gripe ”gyldne øyeblikk” for å kunne påvirke kommunene i forbindelse med gjennomføring av systemrevisjoner. Revisjonsperioden kan vare fra fire-fem måneder opp til flere år. Det betyr at det kan være en lang serie av ”gyldne øyeblikk” for å stimulere til læring. Dette ble også understreket i fokusgruppeintervjuene i denne undersøkelsen. Synspunktene varierte når det gjaldt hvordan denne påvirkningen burde foregå. Analysen viser ikke systematiske forskjeller mellom det synet lederene hadde i forhold til førstelinjepersonellet. Heller ikke fant vi slike forskjeller mellom fylkene. Vi støtter oss derfor til argumentasjonen bak å tilby kommunene en ”a la carte” meny framfor ”table d’hôte”. Med dette menes en meny tilpasset komplekse, individuelle selvstyrte, lærende organisasjoner (51). Det vil innebære at Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket gjennomfører systemrevisjoner i samsvar med de metodekrav som blir gitt i interne styringsdokumenter, men underveis sørger for å opptre på en måte som gir kommunene opplevelse av at Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket er en fasilitator (51). Denne undersøkelsen viser at det nettopp er dette som ofte blir gjort og hilst velkommen av kommunene, men det blir også gitt eksempler på at samhandlingsklimaet burde vært enda bedre. Det må Fylkeslegen/Helsetilsynet i de to fylkene ta sin del av ansvaret for.

Direkte involvering av kommunens øverste ledelse

Kunnskapen om ”lærende organisasjoner” er knyttet til nyere teori om hva som fremmer eller hemmer læring og kompetanseutvikling i organisasjoner. Jacobsen og Thorsvik drøfter endring i organisasjoner i lys av ulike teorier og presenterer ulike strategier for slik endring. De oppsummerer med (50):

”Å si at endring er ledelsens viktigste oppgave, vil være en sterk forenkling av lederoppgavene. Å hevde at det er en av de viktigste, er derimot (...) ikke en overdrivelse.”

Nesten like tydelig formulerte våre intervjupersoner seg når de fremhevet betydningen av at øverste ledelse i kommunen ble involvert i gjennomføringen av Fylkeslegens/Helsetilsynet i fylkets systemrevisjoner. For dem handlet det om å konfrontere ledelsen med ansvaret for internkontrollen og få dem engasjert i tilsynet som et ledd i å sikre pasientene/brukerne faglig forsvarlig helsetjeneste. Det handlet også om at lederne kunne ha behov for kunnskap om hva internkontrollkravet faktisk innebærer og at medarbeiderne ville ha klar aksept fra dem for å bruke ressurser til forbedringsarbeid. Kvalitetsutvikling er først og fremst et ledelsesspørsmål, og ledelsen må vise et forpliktende engasjement og delaktighet blant medarbeiderne for å lykkes (18).

Ledelsens betydning for oppfølgingsarbeidet etter tilsyn er også erfart innen andre sektorer. For eksempel konstaterer Det Norske Veritas Industry A/S etter en undersøkelse av European Space Agency at revisjoner benyttes som et redskap for ledelse og forbedring. I hvilken grad revisjoner blir akseptert i organisasjonen blir påvirket av holdningen og oppmerksomheten den får fra ledelsen (52).

Endring er blitt normen både i privat og offentlig virksomhet. Utfordringen for mange ledere i dag er blitt å designe organisasjoner for innovasjon og omstilling og gjøre strategisk tenkning til en kontinuerlig repeterende prosess integrert i den daglige virksomhet. Det forutsetter blant annet at ledere klarer å definere lederrollen og utvikler en lederstil som skaper engasjement, motivasjon og oppslutning omkring organisasjonsmessige mål (50). Våre informanter, især førstelinjepersonellet, verdsatte ledere som forsto betydningen av forbedringsarbeidet og som tilrettela for dette arbeidet. Det innebærer at lederne også må sørge for at de ansatte får nødvendig opplæring i systematisk forbedringsarbeid. I tillegg må ledere være ”fortolkere og håpefulle budbærere” for sine medarbeidere (53). Lederaktiviteter som å gi anerkjennelse og stimulere til engasjement i arbeidsoppgavene er av stor betydning for medarbeidernes motivasjon i arbeidet (50).

Det er ikke automatisk sammenheng mellom individuell atferd og organisasjonsatferd. Selv om enkeltpersoner lærer og endrer sin atferd, kan organisasjonen hindre at denne nye atferd blir en organisatorisk handling. Ledelsen kontrollerer hva de ansatte gjør og kan hindre at ny atferd blir organisasjonens praksis (50). Organisasjonslæring avhenger sterkt av effektivt lederskap. Lederen skaper åpenhet og refleksjon som er nødvendig

for læring og kommuniserer organisasjonens visjon, sørger for den empati, støtte og personlig oppfølging som trengs for å lede andre henimot den (49).

Selv om kommunene de senere årene har utviklet seg fra hierarkiske mot såkalte flate organisasjoner, finnes det fremdeles mange ledere på ulike nivå i kommunehelsetjenesten. Rådmannen representerer det øverste, institusjonelle nivå som blant annet har ansvar for å formulere overordnede mål, langsiktig planlegging og strategisk tilpasning til eksterne aktører som er av vesentlig betydning for virksomheten. Toppledelsen skal også allokere ressurser i overensstemmelse med prioriteringer (50). Våre informanter la vekt på at medarbeidere trenger aksept og rammer fra ledelsen som gjør det mulig å drive systematisk forbedringsarbeid.

Det er også viktige symbolfunksjoner knyttet til rådmannsnivået. Enhver leder er et symbol på grunn av den formelle autoritet som er knyttet til posisjonen. Som toppleder kan det være nødvendig å delta i spesielle sammenhenger for å gi arrangementet et preg av viktighet. Toppledelsen må gi organisasjonen et verdigrunnlag, slik at den fremstår som noe de ansatte kan identifisere seg med, og den må sette og formidle de normer som man ønsker skal være retningsgivende for virksomheten (50).

Blant de dominerende retningene innen ledelsesteori siden 1960-tallet står teoriene om lederstil. Den grunnleggende antakelsen i såkalt situasjonsbetinget ledelsesteori er at ulike situasjoner krever forskjellige lederstiler for at resultatet skal være effektivt. Teoriene tar sikte på å presisere under hvilke betingelser de ulike lederstilene vil være mest hensiktsmessige. Det sentrale i teoriene er at det er et samspill mellom lederstil og den kontekst som lederne virker innenfor. Sagt med andre ord må ledere til enhver tid være oppmerksomme på situasjonsfaktorer som er relevante med hensyn til å påvirke underordnede og tilpasse sin atferd etter dette (50).

Hersey og Blanchard tar utgangspunkt i at det er store variasjoner i hvor beredt medarbeidere er til å løse arbeidsoppgavene (54). Beredtheten består av to komponenter: kompetanse og vilje. I denne sammenheng vil det si at medarbeiderne i mer eller mindre grad trenger opplæring og motivasjon til systematisk forbedringsarbeid. Hersey og Blanchard skiller mellom støttende og styrende lederstil. Hovedpoenget i denne situasjonsbetingede ledelsesteorien er at det ikke finnes noen "beste lederstil" og at ledere må tilpasse atferden til de underordnedes beredhet.

Felles for alle teorier om ledelse som faller inn under kategorien situasjonsbetinget ledelsesteori, er at de argumenterer for at effekten av en lederstil vil avhenge av situasjonen, blant annet av hvilke forutsetninger ansatte har for å kunne mestre arbeidsoppgavene (50).

For at virksomheter som får systemrevisjon fra Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket skal få fart i forbedringsarbeidet synes det som helt nødvendig at øverste ledelse går god for og prioriterer dette arbeidet. Lederne må sørge for at medarbeiderne har nødvendig kompetanse i systematisk forbedringsarbeid og ha innsikt i deres evne og vilje til å bruke resultatet av tilsynsmyndighetens systemrevisjon som et ledd i kommunens forbedringsarbeid. Da vil ledelsen ha mulighet til å drive bevisst motivering til

dobbeltkretslæring i egen organisasjon. Alle organisatoriske enheter innen kommunehelsetjenesten vil være ulike med hensyn til kompetanse og vilje til å løse arbeidsoppgaver. Ledelsen må derfor tilpasse sin tilnærming til den enkelte situasjon for å oppnå ønsket utvikling.

Bred deltakelse vil øke muligheten for at mange synspunkter kommer fram slik at man får god kvalitet på de beslutninger som tas. I tillegg oppnår man gjennom deltakelse et "eierforhold" til endringsforslagene. Et slikt eierforhold vil øke muligheten for å gjennomføre endringen når den først er besluttet. Det er treghet i alle system, også organisasjoner, og noe av det viktigste blir å skape et klima for endring (50). Ledelsen må gi arbeidet med å etablere internkontroll status.

4.5 Konklusjon

Denne undersøkelsen viser at Fylkeslegens/Helsetilsynet i fylkets systemrevisjoner i kommunehelsetjenesten kan stimulere forbedringsarbeidet i kommunen. Det tegner seg et bilde av noen faktorer som særlig bidrar til dette. Undersøkelsen omfattet kommuner i to av landets 19 fylker. Resultatet ble presentert i et nasjonalt revisjonslederforum hvor erfarne revisjonsledere fra Fylkeslegen/Helsetilsynet i de øvrige 17 fylkene deltok. Reaksjonen fra flere av disse revisjonslederne handlet om gjenkjennelse av informasjonen vi hadde fått fra de ulike aktørene i kommunene og uttalelser om at de ville forvente samme resultat dersom tilsvarende undersøkelse ble gjennomført i deres fylker. Dette understøtter troverdigheten i vår undersøkelse.

Språk og kommunikasjon

Språket er Fylkeslegens/Helsetilsynet i fylkets sentrale arbeidsredskap ved gjennomføring av systemrevisjoner. Hva som blir sagt, intensjonen bak og hvordan budskapet blir formidlet gjør noe med mottakerne. Systemrevisjonen skal stimulere kommunen til systematisk forbedringsarbeid innen helsetjenesten og ikke fungere kun som en kontroll på om øvrige myndighetskrav blir innfridd innen de områder som er tema for revisjon. Revisjonsteamet må selv være bevisst på denne doble målsettingen og i praksis kommunisere begge målene til kommunens representanter. Kommunikasjonen med kommunene bør derfor, skriftlig som muntlig, gjennomsyses av at hensikten med tilsynet er mer enn kontroll. Både ved varslingen av tilsynet, selve gjennomføringen og i det videre oppfølgingsarbeidet bør det tas hensyn til dette.

Måten revisjonsteamet opptrer på og formen på den feed-back kommunen får fra Fylkeslegen/Helsetilsynet ser ut til å være en nøkkelfaktor for å utnytte det potensialet systemrevisjonsmetoden har som pedagogisk virkemiddel. Våre informanter understreket sterkt behov for velfortjent ros. Bare å påpeke mangler strider mot alle pedagogiske evalueringsprinsipper og er demotiverende for de fleste mennesker (55).

Individuell tilpasning av systemrevisjoner

Systemrevisjonsmetoden er en hardt kontrollerende tilsynsmetode (27). Selv om prosedyren for gjennomføring er relativt stram, gir den godt rom for også myke tilnærminger overfor kommunene. Myndighetenes krav til kommunehelsetjenesten skal håndheves likt i alle kommuner, men revisjonsteamet må ta hensyn til kontekstuelle forhold når de kommuniserer med kommunens representanter for å utnytte systemrevisjonen til læring i kommunene.

Fleksibel bruk av systemrevisjonsmetoden og samtidig sikring av at metodekravene blir ivaretatt krever en rekke ulike former for kunnskap og kompetanse i revisjonsteamet. I tillegg til helsefaglig og juridisk kompetanse, kunnskap om helsesektoren og organisasjons- og systemkompetanse, er det nødvendig at revisjonsteamet har nødvendig tilsynskompetanse. Tilsynskompetanse er knyttet til tilsynsmetodikk og dreier seg i denne sammenheng om systemrevisjonsmetoden, revisjonsledelse og hvordan revisorene utøver tilsynsrollen (29). Behovet for pedagogisk kompetanse i revisjonsteamet skal neppe undervurderes med tanke på å fange opp gyldne øyeblikk og bevisst legge til rette for læring i kommunene.

Involvering av kommunens øverste ledelse under tilsynsbesøket

Kanskje kan tilsynsmyndigheten ha nytte av Hersey og Blanchards teori om situasjonsbetinget ledelse ved gjennomføring av systemrevisjoner. Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket har ingen lederfunksjon i forhold til kommunene, men tilsynet kan også betraktes som et statlig styringsmiddel, og i så måte er tilsynsmyndigheten i en maktposisjon i forhold til kommunehelsetjenesten (27). Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket må forvalte denne kontrollposisjonen bevisst. Revisjonsteamet bør prøve å skaffe seg et bilde av kommuneledelsens beredthet, det vil si evne og vilje til systematisk forbedringsarbeid. Dette kan være et nødvendig utgangspunkt for å klare å gjennomføre systemrevisjonen på en pedagogisk god måte.

Tilsynet må balansere mellom respekt for det lokale selvstyre og statlig kontroll (56). Revisjonsteamet må være klar over at de kan bli forsøkt dratt inn i et maktspill og må derfor ha forvaltningskunnskap og innsikt i tilsynets rolle i det demokratiske system. I denne rolleforståelsen inngår også en tydelig bevissthet om at man arbeider i et kontrollsystem og en aksept av at kontroll og pådrivningsarbeid er viktige støttefunksjoner for ivaretagelsen av sentrale samfunnsmessige og politiske hensyn og verdier (29).

Kommunens øverste ledelse, det vil si rådmannsnivået, bør delta under selve tilsynsbesøket både for at tilsynsmyndigheten da kan tydeliggjøre for ledelsen hvilket handlingsrom helselovgivningen gir kommunen, men også med tanke på å motivere øverste ledelse til å gi drahjelp og oppslutning til personellet som til daglig skal sikre brukerne faglig forsvarlig helsetjeneste.

Forslag til videre forskning

Informantene fra kommunene i denne undersøkelsen ga mange eksempler på at oppmerksomheten kommunen hadde fått fra Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket i forbindelse med systemrevisjonene hadde hatt positive ringvirkninger. Hvilke erfaringer har revisorer hos Helsetilsynet i fylkene? Dette burde undersøkes nærmere nå, ti år etter at denne tilsynsmetodikken ble tatt i bruk. Hvilken betydningen har språket og kommunikasjonen mellom revisjonsteamet og kommunen? Hvilke konsekvenser kan individuell tilpasning av systemrevisjoner få? Hva er fordeler og ulemper med å involvere øverste leder i kommunen direkte under tilsynsbesøket?

Denne undersøkelsen bekrefter at kommunene retter opp avvik som blir avdekket av Fylkeslegen/Helsetilsynet i fylket. Det går med andre ord greit å få til en forbedring der og da. Det større og viktigere spørsmålet er hvordan tilsynsmyndigheten kan legge til rette for dobbeltekretslæring i kommunehelsetjenesten eller med andre ord: hvordan kommunene kontinuerlig kan opprettholde en faglig forsvarlig standard i helsetjenesten i tiden framover. Videre forskning burde undersøke hvilke omstendigheter som gjør dette lettere eller vanskeligere.

Denne studien gir kunnskap om noen effekter i kommunene etter systemrevisjoner fra tilsynsmyndigheten. Grunnlagsmaterialet inneholder ikke detaljerte opplysninger om revisjonene ble gjennomført helt i samsvar med gjeldende prosedyre for denne form for tilsyn. Kunnskap om dette kunne fått fram nye forskningsspørsmål omkring prosedyren og kanskje gitt svar på om målsettingen med systemrevisjoner blir nådd på grunn av eller kanskje på tross av detaljerte krav i prosedyren.

TAKK

Takk til alle som har bidratt til at dette arbeidet har latt seg gjennomføre. Takk til Statens helsetilsyn og Fylkeslegen/Helsetilsynet i Nordland og Rogaland for å ha lagt forholdene til rette, slik at studien kunne realiseres. En særlig stor og varm takk til vår veileder – seniorforsker ved Akershus Universitetssykehus og professor II ved Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø Dag Hofoss for gode råd, utvist interesse og velvilje og – ikke minst – stor tålmodighet og utholdenhet med oss byråkrater og fine diskusjoner om forholdet mellom byråkrati og akademi.

REFERANSER

1. Lov om helsetjenesten i kommunene. <http://www.lovdatab.no/all/nl-19821119-066.html> [24.november 2004].
2. Fra stykkevis til hel. En sammenhengende helsetjeneste. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet, Norges offentlige utredninger, 2005. NOU 2005:3.
3. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. <http://www.lovdatab.no/all/hl-19840330-015.html> [24. november 2004].
4. Nordiska erfarenheter ger impulser till tillsynen. Stockholm: Nytt från Socialstyrelsen nr 22 extra från Nordisk tillsynskonferens 28. juni 2001.
5. Quality in health care – the role of government in supervision and monitoring in Norway. Oslo: The Norwegian Board of Health, 2002. Report for NORAD (Norwegian Agency for Development Cooperation).
6. Sayle AJ. Management Audits. Brighton, Michigan: Allan Sayle Associates, 1997.
7. Guidelines for quality and/or environmental management systems auditing. ISO 19011:2002. <http://www.iso.ch/iso/en/CatalogueDetailPage.CatalogueDetail?CSNUMBER=31169&ICS1=13&ICS2=20&ICS3=10> [25. januar 2005]. Norsk versjon: Retningslinjer for revisjon av systemer for kvalitets- og/eller miljøstyring. NS-EN ISO 19011. Oslo: Norsk Standard, 2002. Statens helsetilsyn lisensdato 2003-05-16.
8. Standarder for kvalitetsstyring. Standard Norge. <http://www.standard.no/imaker.exe?id=1164&visdybde=1&aktiv=1164> [25. januar 2005].
9. Braut GS. Public legislation and professional self-regulation: Quality and safety efforts in Norwegian health care. In Hatlie M, Younberg BJ, editors. The patient safety handbook. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2004:507-20.
10. Statlig tilsyn med kommunesektoren. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet, Norges offentlige utredninger, 2004. NOU 2004:17.
11. Hanssen GS, Heløe LA, Klausen JE. Statlig tilsyn med kommunesektoren. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 2004. NIBR-rapport 2004:4.
12. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004. Statens helsetilsyn. http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2004/oppsummering_tilsyn_2004_foedeinstitusjoner_rapport_112004.pdf [7. mars 2005].

13. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html> [24. november 2004].
14. Läkemedelsbehandling inom äldreården. Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen, 2004. Tillsynsåterføring 2004-109-16.
15. Lindøe PH. Kvalitetssikring og internkontroll. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.
16. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. The Joint Commission Journal on Quality Improvement 1993;19:424-47.
17. Øvretveit J. Evaluating health interventions. Buckingham: Open University Press, 1998.
18. Kyrkjebø, JM. Kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Bergen: Fagbokforlaget, 1998.
19. Hovland T, Øgar P. Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
20. Øvretveit J. Health service quality. Oxford: Blackwell Scientific Press, 1992.
21. Øvretveit J. A comparison of approaches to health service quality in the UK, USA & Sweden and of the use of organizational audit frameworks. European Journal of Public Health 1994;4:46-54.
22. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn, 1995. IK-2482.
23. Health 21 – health for all in the 21st century. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1998. European Health for All Series No.5.
24. Tilsyn utført som systemrevisjon. Statens helsetilsyn, 2003. <http://www.helsetilsynet.no/fleger/prosedyrer/systrev.pdf> [27. november 2004].
25. Tillsyn. Förslag om en tydligare och effektivare tillsyn. Stockholm: Finansdepartementet, Statens offentliga utredningar, 2004. SOU 2004:100.
26. Om statlige tilsyn. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Stortingsmelding, 2003. St.meld. nr. 17 (2002-2003).
27. Helgøy I, Serigstad S. Tilsyn som styringsform i forholdet mellom staten og kommunene. Bergen: Universitetsforskning - Rokkan Senter for flerfaglige

- samfunnsstudier, 2004. Notat 9-2004.
28. Statlig tillsyn. Granskning på medborgarnas uppdrag. Stockholm: Justitiedepartementet, Statens offentliga utredningar, 2002. SOU 2002:14.
 29. "Grep om tilsyn". Oslo: Statskonsult, 2002. Rapport 2002:12.
 30. Olsen JP, Peters GP. Lessons from experience. Experiential learning in administrative reforms in eight democracies. Oslo: Scandinavian University Press, 1996.
 31. Yin RK. Case Study Research. Design and Methods. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1994.
 32. Miles MB, Huberman AM. Qualitative Data Analysis. An expanded sourcebook. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1994.
 33. Øvretveit J. Comparative and cross-cultural health research. Abingdon, Oxon, UK: Radcliffe Medical Press, 1998.
 34. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Tano-Aschehoug, 1996.
 35. Morgan DL. Successful focus groups - Advancing the State of the Art. Newbury Park, CA: SAGE Publications, 1993.
 36. Kitzinger J. Introducing focus groups. BMJ 1995; 311:299-302.
 37. Krueger RA, Casey MA. Focus groups. A practical guide for applied research. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2000.
 38. Robson C. Real World Research. A resource for social scientists and practitioner-researchers. Oxford: Blackwell, 1993.
 39. Vedung E. Utvärdering i politik och förvaltning. Lund: Studentlitteratur, 2000.
 40. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1997.
 41. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
 42. Widerberg K. Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt. Oslo: Universitetsforlaget, 2001.
 43. Thorsen K, red. Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.

44. Vabø M. Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), 2002. Rapport 18/02.
45. Rønning R. Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2004.
46. Styrt selvstyre. Om samhandling og virkemiddelbruk i forholdet mellom regional statsforvaltning og kommunesektoren. Oslo: Statskonsult, 1999. Rapport 1999:21.
47. Tilsynsmelding 2001 fra Statens helsetilsyn.
<http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2001> [24. november 2004].
48. Hjelle H. Risiko- og tryggleiksteoretisk perspektiv på feil i helsetenesta. Farmasøytisk tilsynsarbeid i kommunehelsetenesta sett med risiko- og tryggleiksteoretiske ”briller”. (Hovudfagsoppgåve i helsefag hovudfag). Bergen: Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet, Senter for etter- og videreutdanning, Universitetet i Bergen, 2002.
49. Iles V, Sutherland K. Organisational Change. A review for health care managers, professionals and researchers. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D, 2001.
50. Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisasjoner fungerer. Bergen: Fagbokforlaget, 2002.
51. Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 2001;323:799-803.
52. Eek Ø, Wright JF. Audit performance effectiveness. Executive Summary Report. Høvik, Norway: Det norske Veritas, 1991. Report for European Space Agency (ESA). Report No. DNVID-51-230.
53. Strand T. Ledelse, organisasjon og kultur. Bergen: Fagbokforlaget, 2001.
54. Hersey P, Blanchard KH. Management of organizational behavior. Utilizing human resources. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1988.
55. Almås R. Evaluering på norsk. Oslo: Universitetsforlaget, 1990.
56. Fimreite AL, Flo Y, Tranvik T, Aars J. Tillit mellom forvaltningsnivåene. Sentrale oppfatninger av holdninger til kommunene. Bergen: Universitetsforskning – Rokkan Senter for flerfaglige samfunnsstudier, 2004. Rapport 2-2004.

