



UNIVERSITETET I BERGEN
Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap

AORG350
Masteroppgave

Etablering av UKOM mot alle odds
Om hvordan politisk styring trumfet faglige råd

Chris Hagen Magnussen

Våren 2020

"How can I go forward when I don't know which way I'm facing"

John Lennon, 1940-1980

FORORD

Denne oppgaven markerer slutten på fem lærerike år som student ved Universitetet i Bergen. Det er mange som fortjener et anerkjennende nikk og en velfortjent takk i den anledning, og en særlig varm takk gis først og fremst til min veileder Per Lægreid (H19/V20), for konstruktive kommentarer og uvurderlige innspill. Muligheten til å få jobbe med en slik innsiktsfull og engasjert mann har vært en stor glede. En spesiell takk gis min medstudent Charlie for hyggelige kaffepauser og gode faglige diskusjoner, og til min gode venn Helge for korrekturlesning helt på tampen.

En takk rettes også til Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, og til alle studenter og øvrige medlemmer av forskergruppen Politisk organisering og flernivåstyring for kommentarer og innspill underveis. En takk til alle respondenter som har stilt opp, og ikke minst takk til Kirsten Been Dahl ved Helse- og omsorgsdepartementet for all hjelp. Store deler av studietiden har jeg også jobbet deltid ved NSD – Norsk senter for forskningsdata, og en takk for bruk av kontorplass og kaffe er nok absolutt på sin plass.

Til slutt vil jeg takke de på hjemmebane, især min kjære Christine, som mer enn noen har muliggjort dette arbeidet.

Eventuelle feil eller mangler er ene og alene mitt ansvar.

Sydneshaugen, 28. mai 2020

Chris Hagen Magnussen

INNHold

1. INNLEDNING	1
1.1. Problemstilling.....	2
1.2. Formål og begrunnelse.....	3
1.3. Studiens tematikk.....	4
1.4. Disposisjon.....	5
2. TEORI	7
2.1. Beskrivende begrep.....	7
2.1.1. <i>Demokrati, legitimitet og ekspertstyre</i>	7
2.1.2. <i>Beslutningsprosess og faser</i>	9
2.2. Beskrivende analytisk tilnærming.....	10
2.2.1. <i>Et generalisert strømningsperspektiv</i>	10
2.3. Forklarende perspektiv	12
2.3.1. <i>Et hierarkisk perspektiv</i>	12
2.3.2. <i>Et forhandlingsperspektiv</i>	15
2.3.3. <i>Et kulturperspektiv</i>	18
2.4. Samspillet mellom det instrumentelle og det kulturelle.....	23
3. METODE	24
3.1. Kasusstudie.....	24
3.2. Datagrunnlag og datatilgang.....	25
3.3. Dokumentanalyse.....	26
3.4. Intervju.....	28
3.5. Datakvalitet.....	31
3.5.1. <i>Validitet</i>	32
3.5.2. <i>Reliabilitet</i>	33
3.6. Avsluttende kommentarer om studiens metodiske valg	34
4. BAKGRUNN OG KONTEKST	35
4.1. Veien til en undersøkelseskommisjon	35
4.1.1. <i>Det viktigste er ikke å skade – pasientsikkerhet før 1999</i>	35
4.1.2. <i>Å feile er menneskelig – fokus fra individ til system</i>	36
4.2. Forholdet mellom departementet og Stortinget	38
4.2.1. <i>Koalisjon og samhandling</i>	38
4.2.2. <i>Storting og statsråd</i>	39
4.3. Forholdet mellom departementet og utredningsutvalg.....	40
4.3.1. <i>Eksperters plass i demokratiet</i>	41
4.3.2. <i>En flytende og pluralisert rådgivning</i>	42
4.4. Forholdet mellom departement og interesseorganisasjoner	43

4.4.1. <i>Partsstyre og fagstyre</i>	43
4.5. Forholdet mellom departement og administrasjon.....	44
4.5.1. <i>Kompleksitet og motsetningsforhold</i>	44
4.5.2. <i>Tillit eller kontroll?</i>	45
4.5.2. <i>Utløsende årsaker – samordning?</i>	46
4.6. Oppsummering av bakgrunn og kontekst.....	47
5. BESLUTNINGSPROSESSEN I FASER.....	48
5.1. Initiativfasen	48
5.1.1. <i>Initiativ til opprettelse av en «havarikommisjon» for helsesektoren</i>	49
5.1.2. <i>En bred offentlig gjennomgang av pasientsikkerhet</i>	53
5.1.3. <i>Nedsettelse av Syse-utvalget og første mandat</i>	56
5.1.4. <i>Utvidet mandat og endring i sammensetning</i>	57
5.1.5. <i>Oppsummering av initiativfasen</i>	59
5.2. Utredningsfasen.....	60
5.2.1. <i>Utvalgets innledende arbeid</i>	61
5.2.2. <i>Helseministeren som garantist</i>	63
5.2.3. <i>Fra Syse til Arianson – videre arbeid</i>	64
5.2.4. <i>Arianson-utvalgets innstilling</i>	67
5.2.5. <i>Oppsummering av utredningsfasen</i>	69
5.3. Høringsfasen	72
5.3.1. <i>Tjenesteytere</i>	72
5.3.2. <i>Tilsynsmyndigheter</i>	74
5.3.3. <i>Øvrige statlige myndigheter</i>	76
5.3.4. <i>Interessegrupper</i>	77
5.3.5. <i>Andre</i>	79
5.3.6. <i>Oppsummering av høringsfasen</i>	81
5.4. Vedtaksfasen	83
5.4.1. <i>Fra høring til lovforslag</i>	83
5.4.2. <i>Undersøkelseskommisjon gjennom lov</i>	84
5.4.3. <i>Komitébehandling</i>	87
5.4.4. <i>Stortingsdebatten og endelig vedtak</i>	89
5.4.5. <i>Etterspill og kommisjon til Stavanger</i>	92
5.4.6. <i>Oppsummering av vedtaksfasen</i>	93
5.5. Oppsummering av beslutningsfasene	94
6. ANALYSE.....	97
6.1. Hovedtrekk ved aktiverings- og defineringsprosessene.....	97
6.1.1. <i>Aktiveringsprosessen</i>	97
6.1.2. <i>Defineringsprosessen</i>	98
6.1.3. <i>Oppsummering av aktivisering og definering gjennom ulike faser</i>	99
6.2. Organisasjonsteoretiske forklaringer	101
6.2.1. <i>Et hierarkisk perspektiv</i>	101

6.2.2. Et forhandlingsperspektiv.....	103
6.2.3. Et kulturperspektiv.....	106
6.2.4. Samlet vurdering av de ulike perspektivene.....	109
7. AVSLUTNING	113
7.1. Hovedfunn.....	113
7.1.1. Hvordan var beslutningsprosessen organisert og hvem var involvert?.....	113
7.1.2. Hvilke problemer og løsninger brakte aktørene med seg?.....	114
7.1.3. Hvordan kan aktørenes atferd forklares i lys av studiens perspektiv?	116
7.1.1. I lys av problemstilling.....	117
7.1.2. Teoretiske implikasjoner.....	118
7.1.3. Praktiske implikasjoner.....	120
7.2. Mulig videre forskning	121
LITTERATURLISTE	123
Bøker, vitenskapelige artikler og masteroppgaver	123
Offentlige dokumenter og nettsider	130
Lover	133
Avisartikler og øvrige nettsider	134
VEDLEGG	136
Vedlegg 1 – Oversikt over artikler ifm. Daniel-saken	136
Vedlegg 2 – Informasjonsskriv til respondenter	137
Vedlegg 3 – Oversikt over respondenter	139
Vedlegg 4 – Eksempel på intervjuguide	140
Vedlegg 5 – Oversikt over møter i Syse/Arianson-utvalget.....	144
Vedlegg 6 – Oversikt over høringsinnspill og -svar.....	145

1. INNLEDNING

Den 21. juni 2013 nedsatte regjeringen Stoltenberg II et utvalg som skulle se nærmere på samfunnets oppfølging av alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget ble ledet av jurist og lege, professor Aslak Syse. Etter regjeringsskiftet høsten 2013 ble utvalgets sammensetning endret og mandatet utvidet. I tillegg til en bred drøftelse om utfordringer med pasientsikkerhet, ønsket regjeringen Solberg også at utvalget spesifikt skulle utrede hvor hensiktsmessig en undersøkelseskommisjon for sektoren kunne være, samt det organisatoriske og juridiske grunnlaget for en slik virksomhet.

I et intervju med Aftenposten 25. juni 2014 slo helse- og omsorgsminister Bent Høie fast at en undersøkelseskommisjon ville komme – helt uavhengig av hvor hensiktsmessig Syse-utvalget skulle vurdere det til å være. Med statsrådets konklusjoner midt under utvalgets arbeid vurderte Syse det som meningsløst å fortsette som leder, og fylkeslege Helga Arianson overtok ledervervet i august samme år. Den 2. november 2015 avgav utvalget sin rapport, NOU 2015:11 *Med åpne kort*. Utvalgets flertall, 10 av 14 medlemmer, tilrådte ikke en undersøkelseskommisjon. Også en overvekt av de inngitte høringsssvarene, 45 mot 8, frarådte en slik ny etablering. Likevel gikk Helse- og omsorgsdepartementet inn for en opprettelse av Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgssektoren (heretter bare UKOM), i strid med både faglige råd og hva som har vært ansett for å være rådende norsk styringspraksis.

Med denne studien er ønsket å undersøke dette observerte avviket. Hvordan kan det ha seg at UKOM ble opprettet når motstanden var så stor fra flere hold? Analyser av selve beslutningsprosessen forventes å frambringe verdifulle svar for å mulig kunne forklare dette avviket. Studiens analyser og drøftelser vil for det første beskrive hva som har skjedd, hvem som har vært involvert og hvilke problemoppfatninger og løsningsdefinisjoner disse har bragt med seg. For det andre handler det også om å avdekke de bakenforliggende hendelser og prosesser som ledet fram til selve resultatet. Disse to tilnærmingene blir ikke behandlet hver for seg, men vil bli brukt side om side for til sammen å kunne belyse og forklare selve beslutningsprosessen.

1.1. Problemstilling

Studiens problemstilling er som følger:

Hvorfor ble UKOM opprettet, når den offentlige utredningen og et flertall av høringsinnspillene til denne ikke tilrådte en slik kommisjon?

På bakgrunn av anvendte teorier og tidligere forskning antar jeg at organiseringen av beslutningsprosessen og aktørenes handlingsatferd, problemforståelse og løsningsdefinisjoner vil kunne kaste lys over hvordan UKOM ble opprettet.

Tre organisasjonsteoretiske perspektiver nyttes for å forklare dette. I et *hierarkisk perspektiv* er oppmerksomheten rettet mot formelle strukturer og formålsrasjonalitet. Kunnskaper om mål-middel sammenhenger vektlegges av ledelsen, og aktørene her vil ha makt til å oppnå sine mål (Christensen mfl., 2015, s. 38-45). *Forhandlingsperspektivet* refererer til hva Christensen mfl. (2015, s. 45-47) omtaler som forhandlingsvarianten av det instrumentelle perspektivet. I et slikt perspektiv handler hver av aktørene formålsrasjonelt ut fra deres respektive organisasjoners interesser. Beslutningene tas av aktører med delvis motstridende mål og interesser. Et *kulturperspektiv* er forankret i en logikk om det passende, hvor det antas at rådende uformelle normer og verdier vil ha faktisk betydning. Mål vokser gradvis fram over tid, gjennom tilpasning til internt og eksternt press (Christensen mfl., 2015, s. 52).

For å operasjonalisere problemstillingen vil jeg videre utforske denne langs tre mer definerte forskningsspørsmål:

1. Hvordan var beslutningsprosessen organisert og hvilke aktører var involvert?
2. Hvilke problemoppfatninger og løsningsdefinisjoner brakte aktørene med seg, og hvordan kan de ulike aktørene sies å ha påvirket prosessen?
3. Hvordan kan aktørenes handlingsatferd forklares i lys av: *a)* et hierarkisk perspektiv, *b)* et forhandlingsperspektiv og *c)* et kulturperspektiv?

I tid vil studien avgrense seg til å studere beslutningsprosessen fra daværende stortingsrepresentanter Høie, Sjøli og Dāvøys forslag om en «havarikommisjon» for helsesektoren i juni 2010, via regjeringen Stoltenberg IIs stortingsmelding om god kvalitet og trygge tjenester i helse- og omsorgstjenesten fra desember 2012 og påfølgende

nedsettelse av Syse-utvalget, til opprettelsen av undersøkelseskommissjonen i 2017. UKOM har kun vært aktiv kort tid, og konkrete resultater å vise til finnes ikke. Samtidig er heller ikke formålet med denne studien å evaluere UKOMs arbeid, verken på selvstendig grunnlag eller i lys av formål med vedtak om opprettelse. En naturlig slutt blir derfor ved Stortingets vedtak om lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgssektoren (2017).

I rom begrenser denne studien seg til å analysere og drøfte de aktører som har vært direkte involvert i enten initiativ-, utrednings-, hørings-, eller vedtaksfasen. Hvilken påvirkningskraft andre kan ha hatt overfor disse igjen blir ikke belyst. Korporatismens tidligere dominans i det offentlige styringssystemet blir i noe grad drøftet som en historisk kontekstuell faktor, men hvorvidt den såkalte av-korporativiseringen er blitt erstattet av en form for *lobbyisme* (se Christensen mfl., 2014, s. 132-133) tas ikke nærmere i betraktning.

1.2. Formål og begrunnelse

Ønsket med denne studien er å gi et bidrag til forståelsen av offentlige beslutningsprosesser. Studien har både et prosessuelt og et substansielt aspekt (se Egeberg, 1989, s. 16). Det prosessuelle aspektet referer til selve organiseringen av prosessen som ledet til opprettelse av undersøkelseskommissjon. Fra et substansielt ståsted er det formålet med det endelige vedtaket om kommisjon som ønskes belyst. Disse to aspektene opererer ikke uavhengig av hverandre, prosessuelle aspekter legger også føringer på det substansielle. Hvilke aktører som deltok i prosessen og hvordan den var organisert vil være av avgjørende betydning for det substansielle utfallet (Christensen mfl., 2015, s. 25). Et enkelt svar på oppgavens problemstilling vil være at UKOM ble til fordi helse- og omsorgsminister Høie ønsket det, og evnet til å få gjennom beslutningen. I så tilfelle vil forklaringskraften til det prosessuelle aspektet vært uvesentlig. Samtidig er det min antakelse at Høies ønske og det endelige vedtaket om en kommisjon ikke alene forklarer *hele* bildet, og at det substansielle utfallet faktisk lar seg farge av forutgående prosessuelle innholdet. Derfor må nødvendigvis også denne resultatforklarende studien spore dens prosesser, hvor observerte utfall må drøftes som mulige årsaker (Bukve, 2016, s. 140).

Hva gjelder problemstilling er det et minimumskrav at denne faktisk må være mulig å svare på. I en vitenskapelig studie som denne, er det også slik at den må være utformet på

en måte som gjør den overkommelig å besvare ved hjelp av vitenskapelige metoder (Bukve, 2016, s. 15). Hvorvidt problemstillingen er *faglig relevant*, av *samfunnsmessig betydning* og faktisk *mulig å besvare* er ifølge Everett og Furuseth (2012) viktige momenter å ta hensyn til ved grunngivelse av studien.

Den *faglige relevansen* for denne studien springer ut fra dens forankring i politisk organisering, et stadig relevant tema innen statsvitenskapelig forskning (Badersten og Gustavsson, 2012, s. 59). Hvordan offentlige organisasjoner skal ivareta delvis motstridende hensyn, eksempelvis representasjon og medbestemmelse, tjenestekvalitet og kostnadseffektivitet (Christensen mfl., 2015, s. 15) vil også være viktig å belyse både for studiens del, og fra et faglig ståsted. Det *praktiske hensynet* viser til tilgang på datamateriale som muliggjør besvarelse av studiens problemstilling. Skriftlige kilder som offentlige dokumenter og arkivmateriale fra Helse- og omsorgsdepartementet utgjør det empiriske grunnlaget for studien, mens intervjuer med sentrale personer i beslutningsprosessens ulike faser er brukt for å fylle ut kunnskapshull. Innsyn i dokumenter fra slike offentlige prosesser er hjemlet i lov (Offentleglova, 2006; Innst. 166 S (2008–2009) [Regler om rett til innsyn i Stortingsdokumenter]), noe som har gitt en tilfredsstillende tilgang på relevant datamateriale.

Det *samfunnsmessige hensynet* kan ses i sammenheng med det faglige. Utøvende politisk makt hevdes å stadig være kjernen i statens løpende styring av samfunnet (Christensen mfl., 2018, s. 15), og politiske beslutninger som fattes på vegne av hele folket må da nødvendigvis også være av samfunnsmessig interesse. For en fungerende stat vil kunnskap om en slik politisk organisering være uvurderlig, gitt offentlige organisasjoners kompleksitet og omfang. Også pasientsikkerhet og uønskede hendelser i helsesektoren kan ses i et samfunnsmessig perspektiv. I perioden 2012 til 2016 mottok Meldeordningen for spesialisthelsetjenesten 52 103 meldinger om uønskede hendelser fra meldepliktige virksomheter. Av disse var 2 267 med døden som følge, mens hendelser med betydelig, moderat eller mild skade utgjorde 64,7% (Helsedirektoratet, 2018, s. 26-27). Den samfunnsmessige relevansen må kunne således kunne hevdes å være betydelig.

1.3. Studiens tematikk

Denne studien har en organisasjonsteoretisk tilnærming, hvor spenningen mellom bevisst styring og etablert forvaltningskultur er av særlig interesse. Denne tilnærmingen forutsetter at en må analysere styringsverkets organisering og virkemåte for å forstå

innholdet i offentlig politikk og offentlige beslutninger (Christensen mfl., 2015, s. 9). En slik politikktutvikling kan eksempelvis ses i lys av en politisk organisering, slik som beslutningsprosessen i dette tilfellet, og denne politiske *beslutningsprosessen* må derfor nødvendigvis utgjøre studiens hovedtema.

Det hevdes samtidig at politikktutvikling stadig går hurtigere. Politiske beslutningstakere må derfor også oftere benytte seg av faglige innspill fra eksperter, eksempelvis formalisert gjennom oppnevnte offentlige utvalg. Om en legger til grunn at denne økende bruken av fagekspertise også kan forklares med antakelsen om at disse bidrar med kunnskap som verken politikerne eller embetsverket selv besitter, må en samtidig kunne anta at slike ekspertråd blir tillagt en viss vekt før endelige politiske vedtak fattes. Hvilken rolle offentlige utvalg spiller og hvordan anbefalinger fra slike utredningsutvalg kan ses i lys av demokratiske oppfatninger og styringstradisjoner antas derfor å ha betydning, og *utredningsutvalg* utgjør således en del av studiens tema.

Hvilken tyngde, troverdighet og gjennomslagskraft aktørene i prosessen har hatt, både aktørene i det nedsatte utvalget og øvrige aktører som eksempelvis de forskjellige høringsinstansene, er viktig å få klargjort. Faglig autoritet kan eksempelvis gi en viss troverdighet, samtidig vil det kunne tenkes at de som skal fatte endelige beslutninger også må veie dette opp mot andre autoriteter som anses vel så legitime. Pårørende grupper og pasientrettighetsforeninger besitter kanskje en moralsk legitimitet, Advokatforeningen en juridisk en og så videre. *Styringskapasitet* og *legitimitet* er slik sett også tema som inngår i studien.

Til slutt er også *pasientsikkerhet* et indirekte, men likevel svært sentralt tema for oppgaven. Indirekte fordi det ikke er direkte relatert til kjernen av hva studien skal drøfte, men sentral fordi den gjennomsyrrer hele datagrunnlaget studien bygger på. Å forklare utfallet av en beslutningsprosess som endte med en undersøkelseskommissjon for pasientsikkerhet, uten å faktisk redegjøre for hva pasientsikkerhet er eller har vært, eller hvordan ulike aktører definerer, problematiserer og best mener det kan håndteres kan tenkes å være ukløkt, ettersom mye av studiens kontekst da vil gå tapt.

1.4. Disposisjon

Denne studien er inndelt i syv kapitler. Kapittel to omhandler studiens teoretiske tilnærming, hvor både generelle begreper, analytisk tilnærming og forklarende perspektiver gjøres rede for, mens studiens metodiske valg skildres i kapittel tre. I

kapittel fire vil jeg redegjøre for bakgrunn og kontekst. I første del er det den historiske utviklingen av pasientsikkerhet som står i fokus. Etersom dette faktisk er hva UKOM skal arbeide med, vil en slik redegjørelse av bakgrunnen for dette kunne bidra til å kaste lys over problemoppfatninger og løsningsdefinisjoner til beslutningsprosessens aktører. Som påpekt i problemstillingen valgte Helse- og omsorgsdepartementet å trosse det offentlige utvalgets faglige tilrådninger, og siste del av kapittel fire er derfor viet forholdet mellom departementet og relevante aktører. Studiens empiriske grunnlag behandles i kapittel fem, strukturert i fire ulike faser: initiativ, utredning, høring og vedtak. Dette beskrives i forhold til aktiverings- og defineringsprosesser. Analyse av det empiriske materialet i lys av studiens teoretiske tilnærming er å finne i kapittel seks. Først oppsummeres aktiviserings- og defineringsprosessene og deretter analyseres prosessen og utfallet ut fra et hierarkisk, et forhandlings- og et kulturperspektiv. Oppgaven avsluttes med kapittel syv, hvor studiens hovedfunn, praktiske og teoretiske implikasjoner belyses. En rekke dokument, så som respondentoversikt, intervjuguide og oversikt over høringsinstanser i de ulike høringsrundene, er lagt ved bakerst.

2. TEORI

En teori kan defineres som en eller flere ideer som på en eller annen måte ilegger et fenomen orden eller mening. En teori vil altså være systematiske forklaringer på - og ideer om, stat, styring og demokrati eller forholdet mellom individ og samfunn (Heywood, 2015, s. 2). Valg av teori vil innebære at noen sider ved fenomenet blir framhevet, mens andre vil bli tatt for gitt.

Roness (1997, s. 89) skildrer fire ulike strategier for å håndtere mangfoldet av teorier. En kan velge ut en av de aktuelle teoriene, såkalt *avskjerming*. Flere teorier kan brukes samtidig gjennom *konkurrering*, hvor forklaringskraften til de ulike teoriene stilles opp mot hverandre. Elementer fra flere teorier kan også *forenes* til en ny syntese, og flere teorier kan brukes samtidig for å *utfylle* hverandre. For denne studiens del vil sistnevnte bli benyttet. For å kategorisere studiens empiriske innhold, og for å synliggjøre hvilke problemoppfatninger og løsningsforslag de ulike aktørene brakte med seg vil et generalisert strømningsperspektiv blir brukt. To instrumentelle og et institusjonelt perspektiv blir brukt i en utfyllende funksjon for å forklare aktørenes beslutningsatferd. Kapittelet innledes med beskrivende forklaringer om demokrati, legitimitet og ekspertstyre, samt beslutningsprosesser og beslutningsfaser.

2.1. Beskrivende begrep

2.1.1. Demokrati, legitimitet og ekspertstyre

Generelt forstås *demokrati* som en styreform hvor innbyggerne aktivt tar del i viktige politiske beslutningsprosesser, og hvor alle voksne borgere har like rettigheter til å delta. Demokrati kan begrunnes ulikt, for eksempel etter graden av inkludering i den politiske prosessen; etter prinsippet om kollektiv beslutningstaking; som et skille mellom demokrati med henvisning til den iboende verdien av politisk likhet; eller på bakgrunn av sannhetssøkende epistemiske prosesser (Christensen og Holst, 2017, s. 824). Grunntanken i en slik demokratisk teori er forestillingen om at innbyggerne faktisk er kompetente til å fatte tilstrekkelig opplyste beslutninger, enten om offentlige spørsmål som angår dem, eller om vilkårene hvor beslutningsmyndighet trygt kan delegeres til andre (Olsen, 1991). *Legitimitet* på sin side danner grunnlaget for bevisst utøvelse av politisk makt fra styrende myndigheter, hvor denne maktutøvelsen anerkjennes som rettferdig og nødvendig av borgerne (Heywood, 2015, s. 130). Hvorvidt bruk av

tilrådninger fra offentlige *ekspertutvalg* kan anses for å være legitime vil avhenge av hvilket demokratisk perspektiv det ses i, eller hvordan demokrati begrunnes.

Demokrati kan hevdes å være en forutsetning for politisk legitimitet. I et proseduralt perspektiv vil eksempelvis demokratiske beslutninger anses som legitime så lenge de er resultat av en passende begrenset demokratisk beslutningstakingsprosess (Arnesen og Peters, 2017; Peter, 2008). Ifølge Habermas er det ikke bare er prosessen i seg selv som gir legitimitet, men det substansielle innholdet som avgjørelsen ilegges. Flertallsavgjørelser kan ikke stå alene, de må begrunnes (se Eriksen og Weigård, 1999, kapittel 6). Med utgangspunkt i en slik diskuretikk, er det folks deltakelse i beslutningsprosessene for det deliberative demokratiet som gir politisk legitimitet. Denne legitimiteten er altså avhengig av både prosedurale verdier og den materielle kvaliteten på utfallet av slike demokratiske beslutningsprosedyrer (Habermas, 1990). For et epistemisk begrunnet demokrati og bruk av tilrådninger fra ekspertutvalg, peker Holst og Molander (2014, s. 18) på tre sentrale utfordringer:

1. *Hvem?* Det vil være utfordring at en ikke alltid vet hvem ekspertene som har bidratt er, eller hvem som kvalifiserer som eksperter.
2. *Moral og moralsk ekspertise?* Politiske avgjørelser har en moralsk dimensjon, men det finnes ikke en moralsk ekspertise. Politikktutforming involverer både fakta og verdier, og det vil ikke alltid være lett å skille disse fra hverandre.
3. *Objektivt eller subjektivt?* Det kan være vanskelig å vite om ekspertens begrunnelser er forankret i empiri eller om det er andre motiver bak, altså om kunnskapen er anvendt på «riktig» måte.

Hva ekspertutvalg og deres rolle angår, peker Christensen og Holst (2017, s. 823) på at fra et nordisk kunnskapssentrert perspektiv, er slike utvalg primært ansett som institusjoner av akademisk kunnskap i politikktutforming. Utvalg samler og analyserer kunnskap, og akademikere innehar en nøkkelrolle i dette arbeidet ved å bidra med oppdatert forskning. Sentreringen rundt akademisk forskning forankrer også utvalgsdrøftelsene i empirisk fakta, i stedet for politisk ideologi eller interesser. Et spørsmål for denne studiens del vil være hvilken legitimitet utvalget har, og videre hvorvidt en økende bruk av akademia og fagekspertise i utredningsarbeid er kulturelt og/eller instrumentelt betinget.

2.1.2. Beslutningsprosess og faser

En beslutning kan ses på som et valg mellom flere alternativ, hvor valget forplikter til handling (Jacobsen og Torsvik, 2013; Brunsson og Brunsson, 2015). En beslutningsprosess vil da være en sekvens av aktivitet som leder fram til en gitt beslutning.

En prosesstilnærming til studier av politikkdannelse ble først introdusert av Harold Lasswell (1956). Lasswell delte beslutningsprosessen inn i syv kategorier, og fokuserte i stor grad på hvordan beslutninger ble tatt innad i organisasjoner (Hill og Hupe, 2014). Det politiske elementet i beslutningsprosessen kan ses i sammenheng med David Easton (1965) sin modell av det politiske system, og her er også forventninger og krav fra omgivelsene tatt med.

Slike modeller er ofte blitt kritisert for å være for skjematisk eller for enkel (se Nakamura, 1987; Kjellberg og Reitan, 1995), men i deres skjematiske natur bidrar de samtidig til å forenkle forståelsen av en slik flerdimensjonal prosess. Kompleksiteten brytes ned i ulike underkategorier, som igjen muliggjør at disse kan studeres hver for seg og i forhold til hverandre. En slik inndeling av beslutningsprosessen kan derfor tenkes å være nyttig for å klassifisere ulike delprosesser.

Det finnes flere varianter av slike fasemodeller som ivaretar dette. Johan P. Olsen (1978) delte en rasjonell beslutningsprosess inn i fem ulike faser: initiativfasen, utredningsfasen, vedtaksfasen, iverksettingsfasen og tilbakeføringsfasen. Andre kategoriseringer av policyprosesser (se Flaa mfl., 1995; Howlett mfl., 2009; Rommetvedt, 2011; Knill og Tosun, 2012) følger lignende inndelinger, og er også mye brukt i masterstudier for øvrig (se Serigstad, 2003; Bjørgum, 2010). For denne studiens del vil beslutningsprosessen bli inndelt i følgende faser:

- *Initiativfasen*, hvor saker settes på den offentlige dagsorden.
- *Utredningsfasen*, hvor problemer avdekkes og mulige løsningsforslag undersøkes.
- *Høringsfasen*, hvor berørte parter får uttale seg.
- *Vedtaksfasen*, hvor en eller flere beslutninger tas.

En fullstendig beslutningsprosess ville også inneholdt en *iverksettingsfase* og en *tilbakeføringsfase*. En iverksettingsfase omhandler overgangen fra politisk vedtak til faktisk igangsettelse, mens en tilbakeføringsfase ser på de samfunnsmessige konsekvensene av organisasjonens virksomhet. Denne studiens problemstilling kretser

rundt hva som kan forklare det endelige politiske vedtaket, ikke sammenhengen mellom vedtak og endelig kommisjon og dens virkninger. Iverksettingsfasen og tilbakeføringsfasen er derfor ikke gjenstand for videre gjennomgang.

2.2. Beskrivende analytisk tilnærming

2.2.1. Et generalisert strømningsperspektiv

En beslutningsprosess kan ses på mange måter. Cohen mfl. (1972) tolket beslutninger som et resultat av sammenhengen mellom fire uavhengige strømmer; *problemer, løsninger, deltakere* og *beslutningsmuligheter*, sammenfattet i deres *Garbage Can-modell*.

Problemer angår individer både innenfor og utenfor en organisasjon, kan omfatte mangt og krever oppmerksomhet. En *løsning* er et svar som aktivt leter etter et spørsmål. Til tross for at en gjerne ikke finner svaret før spørsmålet er godt formulert, vet en ofte ikke hva spørsmålet er før man vet svaret. *Deltakere* kommer og går, en inngang representerer en utgang et annet sted. Variasjon i deltakelse stammer fra øvrige beslag på deltakerens tid. Anledninger hvor det forventes av en organisasjon å fatte et vedtak kalles for en *beslutningsmulighet*. Slike anledninger oppstår regelmessig, og enhver organisasjon har rutiner for å gripe slike valgmuligheter på.

Kingdon (2003 [1984]) argumenterte for at tre strømmer må møtes for at en sak skal komme på den politiske dagsorden: *problem, løsning* og *den politisk vilje*. En gitt sak må oppfattes som et problem som krever handling, løsningsforslag kan komme fra ulike aktører, så som politikere, byråkrater, forskere eller organisasjoner. Saker må nødvendigvis også fange oppmerksomheten til politiske og administrative ledere. Når ulike beslutningsmuligheter, problemer, løsninger og aktører kobles sammen kan det åpne seg et mulighetsvindu, hvor det er mulighet til å fremme og få gjennomslag for bestemte vedtak. En slik strømmingstankegang har vært utgangspunktet for flere (se Howlett mfl., 2015; Herweg mfl., 2015), men felles for disse er at beslutningsprosesser ses i lys av strømmer av beslutningstakere, problemer og løsninger.

Roness (1997 s. 85) tok utgangspunkt i en slik strømmingstankegang da han argumenterte for at utfallet av beslutningsprosesser blir påvirket av om og når andre saker og hendelser inntreffer, og hvordan disse blir koblet til vurderinger av organisasjonsstrukturen. I særlig grad blir organiseringen av beslutningsprosessen vektlagt, og videre hvordan denne legger klare føringer på fordeling av oppmerksomhet.

Atferden påvirkes av formelle deltakelsesrettigheter, mål og interesser, normer om det passende, trekk ved tidspunktet og situasjonen saken kommer opp i.

Det skilles mellom ulike hovedformer. I en *åpen struktur* er det ingen avgrensninger, beslutningstakere har adgang til enhver beslutningsmulighet. En *lukket struktur* vil på sin side representere det motsatte, hvor beslutningsarenaen er strengt regulert. En *spesialisert struktur* kan splittes opp i åpne understrukturer, hvor beslutningstakere og beslutningsmuligheter er inndelt i adskilte undergrupper. Beslutningstakere i en gitt undergruppe har tilgang til hver av beslutningsmulighetene i en avgrenset, men tilsvarende mengde muligheter. I en *hierarkisk struktur* utvides deltakelsesrettigheter i samsvar med en rangordning av beslutningstakere og beslutningsmuligheter. Tilgangsstrukturen kan kategoriseres som spesialisert eller hierarkisk etter hvordan problem og løsninger kan knyttes til beslutningsmuligheter (Rones, 1997, s. 116, 118).

For å synliggjøre hvilke aktører som blitt *aktivisert*, og hvilke problemdefinisjoner og løsningsforslag som er blitt *definert* vil en generalisert versjon av strømningsperspektivet bli brukt i denne studien. En synliggjøring av hvordan problemoppfatninger og løsningsforslag er blitt definert av disse kan illustreres gjennom en *aktiveringsprosess* og en *defineringsprosess* (Olsen, 1978, s. 85-86). Hvilke *aktører* som deltok, hvilke *problemdefinisjoner* og *løsningsforslag* de brakte med seg, og hvilke *beslutningsmuligheter* som åpenbarte seg må synliggjøres:

- *Aktiveringsprosessen*. Beslutninger hevdes å kun unntaksvis få all oppmerksomheten fra en aktør. Tid og oppmerksomhet er for deltakere i offentlige beslutningsprosesser en knapphetsfaktor. Beslutningsprosessen lik den om opprettelsen av UKOM er en slik temporal prosess, hvor aktører, løsninger og problemer kobles i form av deres samtidighet (Cohen mfl., 1972; Olsen, 1978; Rones, 1997). Deltakelsesmønsteret i en beslutning er derfor ikke bare avhengig av trekkene ved den, men også av hvilke andre beslutninger den konkurrerer med. Aktiveringsprosessen kan være mer eller mindre åpen, og med få eller mange deltakere hvis tilstedeværelse er skiftende eller stabil. Dette kan variere mellom ulike faser, og disse dimensjonene blir også gjenstand for videre drøftelser.
- *Defineringsprosessen*. Enhver beslutningsmulighet hevdes å være et tvetydig stimuli (Cohen mfl., 1972). Innad i en organisasjon vil ikke problemer utelukkende søke løsninger, løsninger vil også søke problem. Videre ser følelser og problem etter

beslutninger hvor de kan bli aktivisert, og det kan være vanskelig å forutse hvilke problemer og løsninger, verdier og oppfatninger som blir knyttet til en gitt løsning. Det substansielle meningsinnholdet må derfor blir definert. Defineringsprosessen fastlegger hvilket innhold ulike aktører tillegger en beslutning, og hvor mange og hvor komplekse målsetninger som blir knyttet til prosessen og hvilke problemoppfatninger og løsningsforslag som er til stede i de ulike fasene av beslutningsprosessen

	Initiativfasen	Utredningsfasen	Høringsfasen	Vedtaksfasen
<i>Aktiveringsprosessen</i>				
<i>Defineringsprosessen</i>				

Figur 1. Fasemodell av beslutningsprosessen

En samlet modell av beslutningsprosessens faser og deres aktivering og definering blir brukt for å klassifisere og organisere det empiriske datagrunnlaget og er illustrert over.

2.3. Forklarende perspektiv

2.3.1. Et hierarkisk perspektiv

En måte å tolke beslutningsatferd på bygger på en oppfattelse av organisasjoner som instrumenter for måloppnåelse, i faglitteraturen omtalt som *det instrumentelle perspektiv*. I et slikt perspektiv skjer styring delvis gjennom utforming av organisasjonsstruktur og forhold til omgivelsene, og delvis gjennom *formålsrasjonelle* handlinger innenfor disse rammene, noe som forutsetter at ledelsen evner til politisk og sosial kontroll, og til rasjonell kalkulasjon (Roness, 1997, s. 63; Christensen mfl., 2015, s. 36). Rasjonalitetsbegrepet er hovedsakelig tilknyttet handlinger som på en mest effektiv måte realiserer ønsket mål. En rasjonell handling er således strategisk, kalkulerende og konsekvensrettet, og formelt sett handlinger som ut fra gitte regler drar korrekte slutninger (Offerdal, 1992, s. 38).

En *hierarkisk variant* av det instrumentelle perspektivet har sitt opphav fra Max Weber og forestillinger om det rasjonelle byråkrati (se Weber, 1979). Prinsipper om *spesialisering*, *upersonlige arbeidsforhold* og *formelle roller* vektlegges. Normer for ønsket atferd eksisterer uavhengig av rolleinnhaver, og kan være nedfelt gjennom eksempelvis stillingsinstruks, lover og regler eller organisasjonskart. Organisasjonen er enhetlig,

målstyrt og hierarkisk oppbygd. Over- og underordnede er vertikalt tilordnet, og tilknyttet et karrieresystem som belønner lojale og pliktoppfyllende ansatte. Ledelsen forutsettes å ha kunnskaper om mål-middel sammenhenger, og aktørene har faktisk makt til å få gjennomført disse målene (March og Olsen, 1983; Christensen mfl., 2015, s. 35, 38).

Beslutningsatferd er altså nyttet til formålsrasjonelle handlinger, noe som ifølge Dahl og Lindblom (1953) kommer til uttrykk ved utforming av organisasjonsstruktur på basis av mål-middel-vurderinger, som igjen setter rammer for atferd. Aktører har oversikt over mål, alternativ og tilhørende konsekvenser, og den handlingen som gir en tilfredsstillende løsning velges (Christensen mfl., 2015, s. 34). Handlinger følger en *konsekvenslogikk*, og fire elementer utgjør ifølge Christensen mfl. (2015, s. 36) slik handlingsgjennomføring:

1. Hva identifiseres som *problemet*, eller hva er *ønsket mål*?
2. Hvilke *alternativer* er mulig, med tanke på forventet måloppnåelse?
3. Hva er *konsekvensene* av disse alternativene, og hva er sannsynligheten for at den gitte konsekvensen inntreffer dersom alternativet blir valgt?
4. Hvilke *beslutningsregler* legges til grunn for valget som skal tas?

Samtidig forteller formell organisasjonsstruktur lite om faktisk handlemåte, men den legger føringer for hvordan oppgaver blir utført. Innarbeidede rutiner, eksempelvis deltakelsesrettigheter, legger også føringer. En hierarkisk oppbygging kan dessuten virke disiplinerende på organisasjonsmedlemmers oppførsel, da det vil være i deres egeninteresse å følge de formelle normene vedtatt i organisasjonen, jf. karrieresystemet. (Stinchcombe, 1974; Christensen mfl., 2015, s. 44). Gjennom *spesialisering* og over/underordning vil også strukturen fastlegge ansvarsfordeling og styrkeforhold mellom de ulike gruppene (Roness, 1997, s. 70).

Ledelsens evne til rasjonell kalkulasjon og til politisk og sosial kontroll er også forhold som kan tenkes å legge begrensninger på utfall (Christensen mfl., 2015, s. 36). Organisasjonsstrukturen avgrenser og styrer organisasjonsmedlemmers handlingsmuligheter og oppmerksomhet. Det finnes også kognitive begrensninger på hvor mye informasjon den enkelte klarer å håndtere, slik det kommer til uttrykk i begrepet *begrenset rasjonalitet* (Simon, 1965). Organisasjonens mål er ofte uklare, inkonsistente og ustabile, utfordringer er komplekse. Det er en mangelfull helhetlig kunnskap om alternativ og konsekvenser hos ledelsen, og derav usikre mål-middel sammenhenger. Kapasitetsbegrensninger gjør at informasjon og beslutningspremisser må velges ut, og

beslutninger bygger på en tilfredsstillende grad av måloppnåelse. Rasjonaliteten er derfor begrenset (March og Olsen, 1983, s. 292).

Endelig er det også slik at evne til å oppnå ønskede mål ikke alene står og faller på viljen til å gjennomføre dem. *Handlingskapasitet* og *analysekapasitet* vil også ha noe å si for hva som fullføres. Handlingskapasitet innebærer at ikke alle ansatte kan delta i alle saker hvor de har deltakelsesrett, mens det med analysekapasitet defineres organisasjonsmedlemmenes evne til å ta rasjonelle kalkulasjoner. Begge disse begrepene er nært knyttet til organisasjonsstrukturen, som avgrenser hvilke mål og hensyn som skal vektlegges. Jo sterkere rutinene i utførelsene av arbeidsoppgaver er, desto mindre individuelt preg vil beslutningsadferden ha i en problemløsningsfase (Christensen mfl., 2015 s. 45).

Hierarkisk tankegang og statlig styring

Hvordan kan så en hierarkisk variant ses i lys av et statlig perspektiv, som i dette tilfellet? En kan se det i sammenheng med forklaringer om *den samfunnsstyrende stat* (Olsen, 1988, s. 106). Statens rolle er å styre samfunnsutviklingen etter den politiske ledelsens ønsker og visjoner for det gode samfunn. Politisk ledelse får sin autoritet og makt til å opptre som samfunnsarkitekter gjennom seire i politiske valg, og embetsverket er et nøytralt instrument for iverksettelse av ønsket politikk og gitte mål. Endringer i politikken som føres skjer som en følge av endringer i politisk ledelse, enten gjennom valg, ved at sentrale aktører forsvinner, eller ved at koalisjoner bryter sammen eller at nye dannes.

For organisasjoner med sterke innslag av hierarkisk struktur, slik som Helse- og omsorgsdepartementet, vil et slikt perspektiv være effektivt for å spore beslutningsatferd. Beslutningsmyndigheten er hierarkisk betinget organisasjonsstrukturen, ledelsen har kunnskaper om mål, alternativ og konsekvenser. Organisasjonens mål er klare, og den har makt til å gjennomføre disse. Men dette forutsetter at organisasjoner er enhetlige aktører med omforente mål, noe som underspiller at det innad hos de enkelte organisasjonene kan finnes ulike interesser. Interessehevding og forhandlinger med utgangspunkt i tilgjengelige ressurser kan forklare utfall, noe som dette perspektivet ikke fanger opp.

2.3.1.1. Empiriske implikasjoner fra et hierarkisk perspektiv

For *aktiveringsprosessens* del forutsettes det i et hierarkisk perspektiv en tett kopling mellom beslutningsprosessens ulike faser. Selve beslutningsprosessen er hierarkisk styrt

av Helse- og omsorgsdepartementet, og deltakelse bygger på formelle deltakelsesrettigheter. Deltakelsen er regulert av politisk ledelse, og er basert på formålsrasjonell kalkulasjon og mål-middel vurderinger. Initiativet til utredning blir tatt av ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet, og utvelgelse av utvalgsmedlemmer er basert på faglig kompetanse og ekspertise. Departementet har en klar visjon for en bedre pasientsikkerhet, og forvaltningen er et nøytralt instrument som omsetter visjon til realitet.

For *defineringsprosessen* del forventes den politiske ledelsen å ha et klart definert mål med nedsettelsen av Syse-utvalget. Utvalgsarbeidet blir styrt av klare føringer og utvalgte kriterier gjengitt i et tydelig formulert mandat, som speiler de politiske ønsker. Hvilke problemer og løsninger som skal vurderes er styrt og bestemt av ledelsen. Organiseringen av prosessen er brukt som et politisk verktøy, og bygger på politisk ledelses kunnskaper om alternativ og konsekvenser.

2.3.2. Et forhandlingsperspektiv

I *forhandlingsvarianten* av det instrumentelle perspektivet er ikke organisasjonen å anse som én enhetlig aktør, men som sammensatt av ulike underenheter. Disse aktørene, som kan være koalisjoner av individer, organisasjoner, eller interessegrupper både i og utenfor en organisasjon, søker tilgang, representasjon, kontroll og politiske fordeler (March og Olsen, 1983, s. 283). Organisasjoner oppfattes altså som *koalisjoner*, hvor den enkelte aktør handler formålsrasjonelt ut fra sine organisasjonsenheters interesser. Aktørene kan ha delvis motstridende mål, interesser og kunnskaper, og ingen kan alene få uttelling for sine mål. Beslutningsprosessen preges derfor av maktkamp (Cyert og March, 1963; Christensen mfl., 2015, s. 45), noe som fordrer forhandlinger og kompromisser aktørene mellom (Roness, 1997, s. 71; Christensen mfl., 2015, s. 35). Utfallet er påvirket av de ressursene aktørene har til rådighet, men også til hvordan deres vurderinger av et gitt alternativ kan føres tilbake til deres respektive interesser. De politiske sidene ved beslutningsprosessen anses som klart viktigere enn de analytiske (Roness, 1997, s. 71).

Etablering av vinnende koalisjoner står her sentralt, og organisering og beslutningstaking er først og fremst påvirket av interesser og ressurser hos aktører som inngår i den dominerende koalisjonen. Utfallet bærer mer eller mindre preg av følgende forhold (Cyert og March, 1963; Christensen mfl. (2015, s. 45-47):

1. En *dominerende koalisjon* får *gjennomslag* for sine mål og interesser, og vil så velge blant de relevante alternativer basert på rasjonelle kalkulasjoner.
2. De involverte aktørene kan forhandle seg fram til *kompromisser*, som igjen gir grunnlag for rasjonelle valg knyttet til alternativer og konsekvenser.
3. Motstridende mål og interesser *kan tas opp etter tur*, også omtalt som en «sekvensiell måloppfylling» (Cyert og March, 1963, s. 35), slik at de ikke kommer i konflikt med hverandre. Om et alternativ blir sett på som tilfredsstillende av alle aktørene, trenger de heller ikke å ta stilling til hvordan potensielt motstridende mål skal vurderes mot hverandre. Dette gir en kvasiløsning av konflikt.

Ut fra forhandlingsvarianten av det instrumentelle perspektiv kan den politiske ledelsen på bakgrunn av mål-middel kunnskaper ta kalkulerte rasjonelle beslutninger. Ledelsen har derimot ikke kapasitet til å delta alle steder den har deltakelsesrett, hvilket kan tenkes å gi kontrollproblemer (Christensen mfl., 2015, s. 48). Samtidig kan ledelsen likevel påvirke beslutningene som tas, uten å delta direkte selv. Slike deltakelsesrettigheter kan for eksempel brukes systematisk som et politisk virkemiddel, hvor politisk myndighet kan innby til bred deltakelse for å styrke legitimiteten og kunnskapsgrunnlaget, samtidig som beslutningsprosessen og utfallet av den kontrolleres hierarkisk (Christensen mfl., 2015, s. 50).

Forhandlingsvarianten og statlig styring

Den hierarkiske varianten av det instrumentelle perspektiv ble sett i sammenheng med Olsens definisjon om *den samfunnsstyrende stat*. En lignende parallell kan også trekkes mellom forhandlingsvarianten av det instrumentelle perspektiv og begrepet *den forhandlende stat* (Olsen, 1988, s. 108). Her utfordres forestillingen om den sentraliserte stat og dens maktmonopol. I stedet for en enhetlig aktør, finnes det flere konkurrerende, legitime autoritets- og maktsentre som forhandler på bakgrunn av maktressurser og egeninteresse. Borgerne anses her først og fremst som medlemmer av interesseorganisasjoner. Å vinne valg gir adgang til forhandlingsbordet, men det er aktørenes tilgjengelige ressurser som er av betydning for retningsvalget som tas. Ulike ønsker fører ikke bare til konflikt mellom staten og interesseorganisasjoner, men også til motsetninger innad i en stat som i seg selv består av ulike interesser. Slike konflikter løses

gjennom forhandlinger mellom representanter for de ulike aktørene. Oppmerksomhet rettes mot endringer i interesser og maktforhold: Hvem aktiviseres, hvordan fordeles ressursene og hvilke allianser er synlige? (Olsen, 1988, s. 114).

I begge disse instrumentelle perspektivene tolkes organisasjonsmedlemmers atferd som resultat av viljestyrte, i stor grad rasjonelle, valg basert på mål-middel vurderinger gjennom formelle prosedyrer. Disse målene kan være enhetlige, som i et hierarkisk perspektiv, eller flerfoldige og motstridende som i forhandlingsvarianten. Det kan derimot tenkes at atferd påvirkes av flere aspekter enn bare de som kommer direkte til uttrykk gjennom vedtatte lover og regler, eller som nedfelt i skriftlige rollebeskrivelser. Det forutsettes her at organisasjonsmedlemmer evner til å handle og tenke rasjonelt, om enn i begrenset grad, hvilket blir et problem dersom beslutninger ikke kan forklares i lys av en slik rasjonalitet.

2.3.2.1. Empiriske implikasjoner fra et forhandlingsperspektiv

For *aktiveringsprosessen* vil generelt aktører som kan tenkes å måtte konkurrere med UKOM om ressurser og interesser ha et særlig ønske om å delta. Initiativfasen vil innledningsvis drives fram av interesseorganisasjoner med pasientsikkerhet som interessefelt. Faktisk tilgang til beslutningsprosessen er preget av interessehevding, og hvilken makt og innflytelse aktørene kan sette bak kravet om inkludering. Utredningsfasen forventes å være preget av konflikt og maktkamp. Utvalgsmedlemmene forventes å handle formålsrasjonelt ut fra sine respektive organisasjoners interesser, og det vil være rom for hestehandel og alliansebygging. Eksisterende aktører på tilsynsfeltet i helsesektoren vil i høringsfasen engasjeres ut fra påvirkningsgrad konklusjonene til utvalget har, og signaler fra politisk ledelse. Regjeringen, gjennom Helse- og omsorgsdepartementet, har ikke alene makt nok til å bestemme utfallet og vil derfor være avhengig av å bygge en allianse med nok ressurser for gjennomslag. Før endelig avstemning i Stortinget er det forventet at regjeringen allerede har et avklart flertall for en bestemt løsning med enkelte aktører, slik som samarbeidspartier på Stortinget.

Sett i lys av en *defineringsprosess* forventes det løsere koplinger mellom problem og løsninger. Ulike aktører vil definere ulike problemer og løsninger på bakgrunn av hva som er formålsrasjonelt for sine organisasjoner, og vil forsvare disse i eksempelvis utvalgsarbeidet, eller i høringsfasen. Motstanden mot opprettelse forventes å være større hos aktører som blir direkte berørt, enn for dem som i mindre grad blir det.

Styrkeforholdet mellom disse bestemmer grad av kompromisser, eventuelle konflikter løses gjennom forhandling. I vedtaksfasen vil etablering av UKOM forventes å kunne forklares på bakgrunn av de ressursene den dominerende koalisjonen har til rådighet, og vil også kunne ses i sammenheng med styrkeforhold og avklarte samarbeid blant partiene på Stortinget. Politisk ledelse har ikke maktmonopol, og forhandlinger innbyrdes i staten, og mellom staten og ulike interessenter vil prege sluttresultatet.

2.3.3. Et kulturperspektiv

Fra et instrumentelt ståsted dreier politikk seg ofte om å finne de beste virkemidlene for å oppnå gitte, stabile mål. En annen måte å se organisatorisk beslutningsatferd på er å fokusere på de uformelle normene og verdiene som rår i og utenfor virksomheten (Christensen mfl., 2015, s. 53).

I et slikt institusjonelt perspektiv dreier det seg vel så mye om å oppdage mål, som at dette er gitt utenfra. Målene kan altså utvikles mer internt. Helt sentralt i en slik oppfatning er forståelsen av organisasjoner som *institusjoner*. Dette skillet ble tolket av Philip Selznick (1957) som *organisasjoner*, det formelle, og *institusjoner*, det uformelle. Organisasjoner er et formelt system av regler med klare målsetninger, og kan betraktes som tekniske instrument for mobilisering av menneskelig innsats mot ønsket måloppnåelse. Institusjoner derimot hevdes å være et produkt av sosiale behov og press (Selznick, 1957, s. 5), hvor beslutningsprosedyrer er rådende praksis for å frembringe og iverksette kollektive valg (Krasner, 1982, s. 186). Institusjoner er derfor å oppfatte som *institusjonaliserte* organisasjoner, gjennomtrengt med verdier (Selznick, 1957, s. 19).

Disse uformelle, institusjonaliserte normene og verdiene fanges inn av begrepet organisasjonskultur. I en økonomisk-rasjonell forståelse av begrepet er organisasjonskultur noe viljestyrt, som kan formes etter ønske og behov (se Pfeffer, 1981). I en statsvitenskapelig tilnærming derimot er det noe mer flyktig, noe som vokser gradvis fram gjennom naturlige utviklingsprosesser. Disse prosessene er uplanlagt og skaper en distinkt identitet. Dette gjør det også vanskelig å endre kultur hurtig.

Framvekst av en organisasjonskultur skjer også gjennom tilpasning til indre og ytre press (Christensen mfl., 2015, s. 59). *Indre press* gjennom innarbeidede rutiner, som basert på hva som anses som *passende* i gitte situasjoner styrer organisasjonsmedlemmers atferd. Løsningsalternativer og handlingsmåter innebygd i eksisterende rutiner blir vektlagt, sammen med hvordan situasjonen blir definert (Meyer og Rowan,

1977), og enkelte handlemåter vil tas for gitt, mens andre utelukkes (Rones, 1997, s. 75-76). Og *ytre press* gjennom trekk i institusjonaliserte omgivelser, som i samband med organisasjonsutforming kan gi opphav til hvilke tenke- og handlemåter som blir tatt for gitt i organisasjonen (Meyer og Rowan, 1977; Rones, 1997, s. 77).

I et institusjonelt perspektiv anses varige institusjonelle strukturer som byggesteiner i det sosiale og politiske liv. Preferanser, evner og grunnleggende selvidentitet hos individer er betinget av disse institusjonelle strukturene. Beslutninger kan være basert på et ønske om å vise omgivelsene hvilke verdier og normer organisasjonen står for (Christensen mfl., 2015, s. 65), eller de kan være tatt på bakgrunn av rådende rasjonaliserte konsepter om organisasjonsarbeid institusjonalisert i samfunnet. Ved å innlemme praksis og prosedyrer utledet fra dette, kan organisasjoner øke sin legitimitet, og på sikt øke overlevelsesmulighetene sine - helt uavhengig av den korte gevinsten av en slik beslutning (Meyer og Rowan, 1977). Etablering av en organisasjon kan eksempelvis være et synlig uttrykk for at særskilte oppgaver blir prioritert, uten at det forteller noe om *faktisk* handling (Rones, 1997, s. 80). I motsetning til de to foregående instrumentelle perspektivene er ikke fokuset her på rasjonell måloppnåelse og interessehevding, men på vurderinger av hva som anses for å være passende atferd gitt rolle og situasjon.

En slik kultur kommer til uttrykk gjennom en *logikk om det passende* (March og Olsen, 1989) Regler følges fordi de blir sett på som naturlige og legitime. Organisasjonsmedlemmers identitet er innebygd i en sosial kollektivitet, og handling er et resultat av hva som anses som passende for organisasjonsmedlemmet i en bestemt type situasjon. Kulturelle normer brukes til å kople situasjon og identitet, hvor aktøren ifølge Christensen mfl. (2015, s. 54) står overfor tre spørsmål:

1. Hvilken situasjon står den offentlige aktøren overfor? Rutine eller krise? Altså et spørsmål om *gjenkjennelse*.
2. Hvilken *identitet* er viktigst for aktøren og for organisasjonen?
3. Hvilke kulturelle normer forbinder situasjon og identitet, hva er *forventet* (passende) atferd?

Denne logikken blir ifølge Rones (1997, s. 79) utviklet innenfor rammene av organisasjonen, hvor gjeldende oppfatninger over tid blir tatt opp av den enkelte aktør, og gjort til sin egen. Beslutningssituasjoner vil bli tolket på bakgrunn av innarbeidede handlemåter, hvor noen løsningsalternativ er aktuelle og andre ikke blir oppfattet som

relevante. Spørsmålet kretser seg rundt hva organisasjonsmedlemmet eller den gitte organisasjonen gjør, i den situasjonen en står ovenfor. Aktører vil søke tilbake til egen organisasjons praksis når nye saker behandles, og nær fortid gis forrang på basis av tidsmessig nærhet (Christensen mfl., 2015, s. 55).

I en logikk om det passende spiller tid en avgjørende rolle. En oppfatning av forventet atferd er ikke noe som oppstår fra intet. Det er noe som må erfares og læres over tid gjennom *sosialisering*. Tid muliggjør slik læring, men samtidig er det også slik at tid kan legge begrensninger på framtidige valg. Dette er hva som i faglitteraturen blir omtalt som *stiavhengighet*. Valgmuligheter som er til rådighet for beslutningstakere på et gitt tidspunkt er en funksjon av institusjonelle valg tatt i en tidligere periode, muligens som svar på svært ulike miljøtrykk. Innledende valg, ofte små og tilsynelatende tilfeldige, kan avgjøre framtidige historiske stier, og når visse valg er tatt begrenser de også videre muligheter (Krasner, 1984; North, 1990; Mahoney og Schensul, 2018). Utforming av rutiner kan derfor være bindende på senere atferd (Roness, 1997, s. 79).

Samtidig er det ikke slik at organisasjonskulturen er helt adskilt og avgrenset fra organisasjonsstrukturen. Roness (1997, s. 75-76) påpeker at eksisterende struktur vil være av betydning dersom den også gir grunnlag for utforming og bruk av rutiner. Som Meyer og Rowan (1977) bemerker kan også institusjonelle regler ha effekt på organisasjonsstrukturer, samtidig som strukturen setter rammer for samhandling og slik sett definerer hvem som er innenfor og hvem som er utenfor (Roness, 1997, s. 78).

Dette perspektivet er heller ikke nødvendigvis avgrenset til å utelukkende gjelde organisasjoner som en helhet, eller ulike subkulturer innenfor grensene til en gitt organisasjon. Scott (2018) tar en institusjonell tilnærming til *profesjoner*¹, hvor profesjonelle ses på som institusjonelle agenter. Dette trenger ikke å stå i motstrid til forståelsen av organisasjoner som institusjoner, men Scotts tilnærming bærer et mer tverrororganisatorisk preg, hvor kultur og en logikk om det passende ikke utelukkende er avgrenset til rammene av en organisasjon. Det kan eksempelvis tenkes at personer med helsefaglig bakgrunn deler ett sett grunnleggende antakelser om passende atferd, eller at folkevalgte har en bestemt delt rolleoppfatning. Profesjonelle normer spiller således inn. Et slikt syn åpner også opp for en mulig konflikt mellom faglig autoritet og hierarkisk

¹ Med profesjon forstås her yrker som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom en spesialisert utdanning. En diskusjon av profesjonsbegrepet går jeg ikke nærmere inn på, men for den spesielt interesserte vises det til Halvorsen (1995) og hans drøftelser av profesjonsaktører og profesjonsteori.

betinget myndighet. Dette kan ifølge Jacobsen (1960, s. 154) knyttes til den rolleklarheten som hefter ved fagmannen som medlem av en hierarkisk organisasjon, og vi kan videre se dette som en spenning mellom den faglige kyndighet og den politiske myndighet. En slik uoverensstemmelse kan interessere og bli utnyttet av den politiske opposisjonen, dersom profesjonens argumenter og legitimitet er tilfredsstillende.

Et kulturperspektiv på en beslutningsatferd kan bidra til å forklare en rekke fenomener av organisatorisk og politisk praksis. Det kan bidra til å forklare individers atferd på bakgrunn av en institusjonell tilnærming og det kan bidra til å forklare beslutningsutfall. Peters (2008) argumenterer for at forskjellene mellom institusjoner synes å være forbundet med forskjeller i individers adferd og viktige forskjeller i beslutningsutfall. Fortolkning av institusjoner bidrar til å redusere variasjonen i enkeltindividers oppførsel, og vil derfor forbedre mulighetene til å forutsi individuell atferd og de politiske valgene som myndighetene har gjort.

Men hva begrenser forklaringskraften til et slikt kulturperspektiv? Det kan tenkes at det vil være vanskelig å forutse hvordan organisasjoner handler kun ut fra langsiktige utviklingstendenser. Peters (2008) viser til at kritikerne av institusjonalisme argumenterer for at selv om institusjonelle teorier kan være et godt sted å begynne en analyse, er de ikke nødvendigvis et godt sted å avslutte forklaringen av slik atferd. Forklaringer utledet fra institusjonsteori kan være for statisk og uegnet til å takle dynamikken og kompleksiteten i den moderne politiske verden. Videre kan fokuset på regelstyrt handling også tenkes å kun delvis forklare bakgrunnen for handlingen. March og Olsen (2011) argumenterer for at det er et stort mangfold i menneskelig motivasjon og handling. Atferd kan være drevet av vane, følelser eller tvang, og fortolkning av kulturelle regler og forventninger kan variere fra aktør til aktør. Dette gjør mulige forklaringer av en slik beslutningsatferd svært komplisert og komplekst.

Kulturperspektivet og statlig styring

I lys av et kulturperspektiv kan staten ses som *et moralsk fellesskap* (Olsen, 1988, s. 107), forankret i tradisjon, som gjennom verdisystemer og institusjoner gir regler for aktverdig og riktig atferd. Videre hevder Olsen at i en forståelse av staten som garantist for den moralske og politiske orden, vil forvaltningsapparatet også inneha en spesiell identitet som bærere og forsvarere av slike kulturelle verdier. Disse vokser gradvis fram gjennom naturlige utviklingsprosesser, og det administrative apparatet vil derfor ikke være

reduisert til nøytrale instrumenter for den politiske ledelsen. Denne utviklingen er ikke nødvendigvis et resultat av den politiske ledelsens langsiktige planer, men heller en gradvis tilpasning til skiftende problemer og mulige løsninger. Valg og bytte av politisk ledelse fører ikke til vesentlige endringer i organiseringen av forvaltningen, og det er usannsynlig at forvaltningsapparatet vil føye seg etter kortsiktig påvirkning utenfra, eksempelvis fra politisk ledelse.

2.3.3.1. Empiriske implikasjoner fra et kulturperspektiv

Tilgang til beslutningsstrukturen er i *aktiveringsprosessen* forventet å være fundert på normer, rutiner og sedvane, vel så mye som formelle rettigheter. Prinsipper om partsstyre og fagstyre vil være bestemmende for hvem som får plass i Syse-utvalget, og utvalgsmedlemmenes atferd og problemforståelse vil være preget av tillærte, institusjonelle verdier og institusjonell tilhørighet. Gitt en kulturell forskjell mellom profesjon og politikk, er det ventet en konflikt mellom helseprofesjonen og den politiske ledelsen. På bakgrunn av rådende forvaltningspraksis, forventer jeg også at administrasjonen i Helse- og omsorgsdepartementet er dem som meisler ut det endelige forslaget om etablering. Gitt Olsen og hans argumenter for det moralske fellesskap, vil det administrative apparatet på selvstendig grunnlag vurdere utvalgets tilrådninger og de innkomne høringsinnspillene opp mot politisk ledelses uttalte ønske. Deres standpunkt forventes å være fundert på kulturelle utviklingsprosesser, og ikke på kortsiktige instruksjoner fra en skiftende politisk ledelse. Drøftelsene i Stortinget forventes å aktivisere partier og aktører som har helse og beredskap som tradisjonelle kjernesaker, eller som har eierskap til prosessen på annet vis.

For *defineringsprosessen* del vil det ut fra kulturperspektivet være forventet en løsere kopling mellom strukturene. Måten prosessen gripes fatt vil være styrt av tradisjonelle og innarbeidede måter å drive utredningsarbeid på i statsforvaltningen, og problemoppfatninger og løsningsforslag kan dukke opp underveis i prosessen, vel så mye som at disse er forhåndsgitte. Innarbeidede institusjonaliserte handlemåter vil aktualisere noen løsningsalternativer, mens andre vil bli forkastet eller møtt med motstand. I den grad etablering av en ny aktør oppfattes å være en radikal forandring, vil etablerte aktører i UKOMs tiltenkte nedslagsfelt være motstander av denne (Brunsson og Olsen, 1993). Om etableringen i mindre grad fører til endring for den enkelte aktør, er det også større sannsynlighet for at forslaget i endringsviljens navn ønskes velkommen.

2.4. Samspillet mellom det instrumentelle og det kulturelle

Beslutningsatferden vil her bli tolket gjennom tre ulike perspektiv, basert på enten en instrumentell tilnærming eller en institusjonell tilnærming. Disse perspektivene er derimot ikke gjensidig utelukkende, og enhver handling består mer eller mindre av elementer fra alle disse. Jeg vil derfor i det følgende gjennomgå hvordan samspillet mellom det instrumentelle og det kulturelle kan ses.

En instrumentell logikk kan påvirke uformelle normer og verdier, betinget at organisasjonskulturen har sitt utgangspunkt innenfor rammene av organisasjonens formelle struktur (Christensen mfl., 2015, s. 207). En sterk organisasjonskultur kan eksempelvis være et ønsket mål fra en hierarkisk betinget myndighet, og aktverdige kulturelle verdier kan være formålsrasjonelt å inkorporere i den formelle organisasjonsstrukturen. Samtidig kan også en sterk organisasjonskultur tenkes å forme organisasjonsstrukturer (Meyer og Rowan, 1977). Vi kan også se dette samspillet i sammenheng med March og Olsens (1998, s. 952-954) tolkning av forholdet mellom passendelogikk og konsekvenslogikk. For det første peker de på at en klar logikk vil dominere en uklar. Om den formelle strukturen og de formelle prosedyrene er svake, vil de kulturelle stå klarere. Og omvendt. For det andre kan disse utfylle hverandre. En konsekvenslogikk kan legges til grunn for de store avgjørelser, en passendelogikk for forbedringer innenfor rammene av disse. For det tredje kan instrumentelle tilnærminger ses som selvbegrensende, mens kulturelle som selvforsterkende. Instrumentelle handlemåter setter rammer for atferd, kulturelle tilnærminger dyrker atferd innen disse rammene. Avslutningsvis pekes det på at en logikk kan ses i forlengelsen av den andre, avhengig av ståsted. Regler basert på normer og verdier kan følge en forutgående valgt konsekvens. Konsekvenslogikk kan igjen være assosiert med spesifikke kulturelle identiteter og situasjoner.

3. METODE

Dette kapittelet er viet studiens metodiske tilnærming. En vitenskapelig metode er en systematisk og planmessig framgangsmåte for å nå et bestemt mål som skal sikre studiens faglige forsvarlighet (Grønmo, 2016, s. 41). Metodene som blir anvendt skal videre angi hvordan kunnskap framskaffes, hvordan teorier utvikles og hvordan disse skal oppfylle vitenskapelig kvalitet og relevans. Som Bukve (2016, s. 14) påpeker er valgt metode et redskap for å finne gode svar på de problemene studien ønsker å utforske, men ikke et ideal i seg selv. Valg av metoder bør altså ideelt sett gjøres på bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål, i motsatt fall vil det være som å «sette vognen framfor hesten».

Jeg vil nå først redegjøre for studiens overordnede forskningsstrategi og datagrunnlag, før jeg går nærmere inn på de ulike metodiske valg som er tatt og deres tilhørende styrker og svakheter. Kapittelet avsluttes med noen betraktninger om studiens gyldighet og pålitelighet.

3.1. Kasusstudie

Denne studien har som formål å undersøke forskjellige aspekter ved beslutningsprosessen som endte med etableringen av UOKOM, hvilket gjør denne studien kasusorientert.

Det finnes ulike, i enkelte tilfeller motstridende, oppfatninger av hva en kasusstudie skal forstås som. Jeg velger her å lene meg på Swanborn (2010, s. 13) og Yins (2018, s. 15) utledninger om kasusstudie som en empirisk metode, hvor et bestemt fenomen undersøkes i dybden og innenfor dets virkelige kontekst, og hvor grensen mellom fenomenet og konteksten ikke alltid er like klar. Av kasusstudier skilles det ofte mellom intensive og ekstensive tilnærminger. En *ekstensiv* studie inneholder informasjon om de aktuelle egenskapene til et stort antall forekomster av et gitt fenomen, mens en *intensiv* tilnærming innebærer fokus på én enkelt eller en håndfull forekomster av et bestemt fenomen, studert innenfor sin spesifikke kontekst. Data samles inn ved hjelp av ulike informasjonskilder, eksempelvis fra intervjuer av nøkkelpersoner eller fra analyse av relevante dokumenter (Swanborn, 2010; Yin, 2018). Dersom problemstillingen omhandler spørreord som «hvem» eller «hvordan» argumenterer Yin (2018) for at kasusstudie som metode bør velges. Videre mener Gerring (2006, s. 38) at kasusstudie bør overveies dersom studien tar sikte på å undersøke i dybden, avdekke årsaksforhold,

og om de empiriske faktorene tilsier at populasjonen av tilfeller er heterogene og kausalstyrken anses for å være sterk.

Denne studiens tar for seg beslutningsprosessen om UKOM. Beslutningsprosessen er relativt kort avgrenset i tid og rom, består av relativt få enheter og studeres innen dens spesifikke kontekst. Dette betyr nødvendigvis at dette fenomenet bør undersøkes i dybden, kontra i bredden, for å avdekke relevante svar til studiens problemstilling (van Thiel, 2014, s. 87). Studien har en intensiv tilnærming, hvor opprettelsen av UKOM er det bestemte fenomenet som undersøkes, og informasjon fra relevante dokumenter og intervjuer utgjør datagrunnlaget.

For å kunne besvare problemstillingen må årsaken til opprettelsen av UKOM avdekkes. Å avdekke årsaksforhold hevdes å være kjernen av vitenskapelige undersøkelser (Kellstedt og Whitten, 2018, s. 3), UKOM ble opprettet til tross for faglige innvendinger, men det som kan hevdes å bety noe er «hvorfor». Denne studiens forskningsspørsmål er avledet fra studiens forklarende perspektiver. Empirisk etterspores forventinger om funn avledet av de teoretiske perspektivene, som kan gi informasjon om sammenhengen mellom aktørenes atferd og det endelige utfallet av denne beslutningsprosessen.

Enkelte hevder det i kasusstudier vil være bortimot umulig å trekke pålitelige kausale konklusjoner (se Widding, 2005, s.13; Campell og Stanley, gjengitt i Swanborn, 2010, s. 88), og denne studiens kasustilnærming med få enheter gir støtte for en slik kritikk. Samtidig er det nødvendigvis slik at en kvalitativt orientert studie som denne aldri vil kunne konkludere med statistisk presisjon hvorvidt det foreligger kausalitet eller ei (van Thiel, 2014, s. 87), og det er heller ikke en eksplisitt ambisjon for denne studiens del. I stedet er målet at en tilfredsstillende innsikt i mulige kausale forhold og årsaksmekanismer kan oppnås ved hjelp av forklaringsbygging, tidsserieanalyser og prosess-sporing (Yin, 2018, s. 175-194; Collier, 2011).

3.2. Datagrunnlag og datatilgang

I likhet med valg av metode, vil også utvelgelse av relevant datamateriale avhenge av studiens problemstilling. Som nevnt innledningsvis har denne studien både et prosessuelt aspekt og et substansielt aspekt, noe som har gjort det nødvendig å bruke ulike typer kilder og metoder. Formålet med opprettelsen av UKOM er nøye beskrevet i forskjellige saksdokumenter, og likeledes den formelle beslutningsprosessen. For å få et innblikk i de uformelle strukturene og prosessene har jeg også gjennomført intervju med hva jeg anser

for å være nøkkelpersoner. En slik *datatriangulering* kan være fruktbar for denne studien ved at ulike og utfyllende kilder som offentlige dokument, intervju, arkivdata og avisartikler kan bidra til et sikrere datagrunnlag (Grønmo, 2016, s. 67). Yin (2018, s. 126) påpeker at et kjennetegn ved kasusstudier er at datamengden og detaljrikdommen potensielt kan bli stor, og dette har også vært tilfellet for denne studien. Langt flere dokumenter er blitt gjennomlest enn de som til slutt er blitt analysert, både for å avdekke hvilke skriftlige kilder og nøkkelpersoner som vil være relevante, men også for å forstå bakgrunnen og konteksten dette tilfellet befinner seg i.

Arbeidet med å innhente datamaterialet tok til tidlig våren 2019, og har pågått kontinuerlig under hele prosjektet. Helse- og omsorgsdepartementet har vært særdeles behjelpelig ved forespørslor om innsyn i arkivmateriale, slik som møtereferater fra utvalgsarbeidet og arbeidsdokumenter fra utvalgsarbeidet. Disse har fra departementets side blitt utlevert uten betingelser om eksempelvis sitatsjekk før publisering. Enkelte dokumenter er også blitt gitt innsyn i via *eInnsyn*², slik som tildelingsbrev og e-post korrespondanse fra og til utvalget. Tilgang til relevante dokumenter har vært god.

For intervjuenes del har prosessen vært langt mer tidkrevende. Særsilt har det til tider vært vanskelig å nå gjennom med intervjuforespørslor, og det har vært brukt mer tid enn ønskelig på å følge opp ubesvarte henvendelser. Dette arbeidet har også blitt vanskeliggjort ved at en del ønskelige respondenter har tilhold i Oslo. Fra dem som til slutt lot seg intervjuer har jeg dog bare blitt vist velvillighet, og informasjonstilgangen oppleves her som god.

3.3. Dokumentanalyse

Systematisk analyse av relevante dokumenter utgjør store deler av datagrunnlaget for denne studien. En fordel med denne metoden er at kildene ikke blir påvirket av selve gjennomføringen av datainnsamlingen, tekstene endres ikke av å bli analysert (Grønmo, 2016, s. 180). De er også spesifikke, og dekker hele tidsperioden studien skal beskrive (Yin, 2018, s. 114). I denne studien har jeg valgt å bruke to tekstanalytiske teknikker, henholdsvis *diskursanalyse* og *idéanalyse*.

Koblingen mellom hva som faktisk blir uttrykt, og rammene for hva som er rimelig å mene innenfor et gitt fellesskap er et sentralt fokus ved *diskursanalyse* (Bratberg, 2018, s.

² *eInnsyn* er en felles publiseringstjeneste for statlige virksomheter, samt Oslo kommune. Se ellers <https://einnsyn.no/informasjon/om-oss> for ytterligere informasjon.

34). Aktørene som har vært involvert i beslutningsprosessen om UKOM og deres faktiske atferd er viet stor plass i både studiens problemstilling og forskningsspørsmål, men det må nødvendigvis være slik at mening kommer før handling. Aktørenes atferd oppstår ikke i et vakuum, men må ses i lys av kontekstuelle faktorer og de forutgående språklige ytringene som kan settes i sammenheng med slik faktisk handling. Videre vil aktørenes ulike og potensielt konkurrerende virkelighetsoppfatninger, og hvordan disse kommer til syne og utfordres gjennom språk, kunne dokumenteres gjennom en slik diskursanalyse. For denne studien har det vært et mål å avdekke hvordan en bestemt representasjon av virkeligheten har fått mer eller mindre gjennomslag i konkurranse med andre aktørers virkelighetsoppfattelser, og hvordan dette igjen kan belyse etableringen av UKOM.

Der hvor diskursanalyse fokuserer på meningsdannelse gjennom kollektive prosesser og fortolkning av mening og intensjon, setter *idéanalyse* aktørers ideer i sentrum for å forstå og forklare handlingsvalg (Bratberg, 2018, s. 69). Hvordan ideen om en undersøkelseskommissjon for helsesektoren er blitt grepet av bestemte aktører; hvordan dette har fått gjennomslag innenfor en gitt kontekst og hvordan det har ført til endelig politisk vedtak om opprettelse har vært særlig fokus. Hvilke ideer som er fremtredende hos de involverte aktørene er derfor forsøkt kartlagt, særlig hvordan problemforståelser og politiske løsningsforslag kan koples til uløste problemer gjennom prosesser som er vanskelig å forutsi, og som ofte framstår som lite rasjonelle.

En vesentlig del av dokumentene som inngår i denne studien er offentlig tilgjengelig, noe som har gjort tilgangen til disse relativt uproblematisk. Ulike dokumenter har vært viktige for studiens forskjellige faser. For initiativfasens del har i særlig grad daværende stortingsrepresentanter Sjøli, Dåvøy og Høies forslag om en havarikommisjon (Dokument 8:146 S (2009–2010)) stått sentralt, sammen med regjeringen Stoltenberg IIs stortingsmelding vedrørende pasientsikkerhet (Meld. St. 10 (2012-2013)) og den tilhørende nedsettelsen av Syse-utvalget med skriftlig mandat (Regjeringen, 2013a). Initiativet til en undersøkelseskommissjon kan også ses i sammenheng med strømninger i, og press fra omgivelsene. Eksempelvis skrev Aftenposten en rekke artikler i tidsrommet 2014 - 2015 om den såkalte «Daniel-saken», hvor konsekvenser av uønskede hendelser i helsesektoren og tilsynsmyndigheters rolle ble kraftig debattert. Dette griper inn i denne studiens tematikk, og alle artiklene er derfor systematisk gjennomgått³.

³ Alle disse artiklene er tilegnet gjennom mediedatabasen Retriever Atekst, og listet opp i vedlegg 1.

For utredningsfasen og høringsfasen har Arianson-utvalgets endelige rapport (NOU 2015:11) vært det mest sentrale dokumentet. Også utredningens tilhørende hørings svar er analysert, sammen med en rekke andre tilgjengelige dokumenter slik som Sundvollen-erklæringen til regjeringen Solberg og årsrapporter for øvrige tilsynsmyndigheter i helsesektoren. Etter henvendelse til Helse- og omsorgsdepartementet fikk jeg også tilgang på Syse/Arianson-utvalgets interne møterefater og utvalgte arbeidsdokumenter, slik som utvalgets argumenter for/mot opprettelse av kommisjon og eksterne redegjørelser presentert i forbindelse med utvalgsarbeidet. Informasjonen fra dette arkivmaterialet har utvilsomt bidratt til en dypere og mer helhetlig forståelse av utvalgsarbeidet, utover det offentlige dokumenter alene ville bidratt med. Det ble søkt om innsyn i dialogen mellom utvalget og departementet, men denne henvendelsen forble ubesvart. De spørsmålene jeg hadde om dette ble likevel belyst delvis gjennom tekstanalysen, og delvis gjennom intervjuer med utvalgsledere og Helse- og omsorgsdepartementet. Jeg anser derfor ikke dette som en vesentlig svakhet.

Når det gjelder vedtaksfasen, er det i særlig grad skriftlige kilder fra Stortingets behandling av saken, slik som forslag til lov om undersøkelseskommisjon (Prop. 68 L (2016-2017)) og innstilling fra Helse- og omsorgskomiteen (Innst. 327 L (2016-2017)) som blitt undersøkt.

Alle dokumentene er gjennomgått systematisk, og relevante dokumenter er blitt analysert og kategorisert. Yin (2018, s. 115) påpeker at informasjon fra slike dokumenter ikke nødvendigvis er å anse som fullstendig upartiske. Møterefaterne fra utvalgsarbeidet er eksempelvis revidert før endelig ferdigstillelse, og muligheten for at ufordelaktig informasjon er utelatt eller forkastet underveis er derfor til stede. Det kan også tenkes at tilgang og informasjon med overlegg blir holdt tilbake, eller at avsender har egen agenda som ikke nødvendigvis kommer lett til syne (Yin, 2018, s. 114). Kildekritiske og kontekstuelle vurderinger (Grønmo, 2016, s. 177) har derfor vært en stadig tilbakevinnende oppgave, sammen med et fokus på å koble det analyserte materialet med andre datakilder, som eksempelvis intervjuer med nøkkelpersoner.

3.4. Intervju

Intervjuer av personer som har vært involvert i beslutningsprosessen på et tidspunkt kan tenkes å utfylle den informasjonen dokumentanalysen gir. I særlig grad vil det være slik at en strategisk utvelgelse av interessante og relevante personer vil kunne bidra til dette

(se Grønmo, 2016, s. 102-106). Andersen (2006) drøfter slike samtalebaserte dybdeintervjuer med nøkkelinformanter - aktører som antas å ha særlig god innsikt og oversikt over de spørsmål som ønskes belyst. Denne metoden er utbredt i samfunnsvitenskapelig forskning, og hevdes å stå sentralt innen studier av politiske eliter og institusjoner. Denne metoden spiller også en vesentlig rolle innen kasusstudier, hvor økt fokus på forklaring gjennom mekanismer og prosessoring har aktualisert slike metoder (George og Bennet, 2005).

For denne studien har behovet vært todelt. På den ene siden har det vært et mål å ha alternative kilder til informasjon som dokumentanalysen gir, i størst mulig grad for alle beslutningsprosessens faser. Aslak Syse og Helga Arianson er begge blitt intervjuet grunnet sine roller som utvalgsledere i utredningsprosessen. Utvalgets sekretariat bestod av fagdirektør i Helse- og omsorgsdepartementet, Kirsten Been Dahl og forsker Janikke Solstad Vedeler, og begge disse er også blitt kontaktet. Sistnevnte oppholdt seg i et lengre tidsrom i utlandet, og hadde derfor ikke anledning til å bidra. Førstnevnte ønsket i forkant å få avklart hvilke spørsmål som eventuelt kunne besvares, men ettersom alle utvalgets referater var tilgjengeliggjort og intervjuer med både utvalgsledere og representant fra Helse- og omsorgsdepartementet var sikret, vurderte jeg det dithen at dette intervjuet i liten grad ville forsterket datagrunnlaget. Saksordfører for behandlingen av Prop. 68 L (2016–2017), Kari Kjønnaas Kjos, var en naturlig aktør å intervjuer for vedtaksfasens del. Hun viste seg også å besitte kunnskap om initiativfasen, da hun som helsepolitisk talsperson for Fremskrittspartiet hadde innledende møter med Pårørendegruppen.

På den andre siden har det vært viktig å ikke utelate informanter som kan tenkes å inneha verdifull informasjon. Ekspedisjonssjef for Primærhelsetjenesteavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet, Petter Øgar, er i så henseende intervjuet. Primærhelsetjenesteavdelingen forvalter etatsstyringsansvaret overfor UKOM, og Øgar bidro i så måte med verdifull informasjon om dette forholdet. Helsepolitisk talsperson for Sosialistisk Venstreparti, Nicholas Wilkinson, er også blitt kontaktet. Ettersom han først ble innvalgt på Stortinget for perioden 2017-2021, var det begrenset hvor mye spesifikk informasjon om UKOM han kunne bidra med, utover et generelt og svært nyttig bilde av den partipolitiske beslutningsprosessen. Øvrige henvendelser til Sosialistisk Venstreparti ble enten avslått eller ubesvart.

Det skilles ofte mellom *respondentintervju* og *informantintervju* (Jacobsen, 2015). De som hittil nevnt tilhører førstnevnte. Til forskjell fra slike intervjuer, hvor informasjon om

selve problemstillingen ønskes belyst, er formålet her mer generelt. Samtaler med personer som antas å ha særlig kunnskap om konteksten dette tilfellet befinner seg i, slik som Øystein Flesland, tidligere leder for Nasjonal enhet for pasientsikkerhet (NAPS), mangeårig rådgiver i Helse Vest og nåværende leder for relasjon og læring hos UKOM, Synnøve Serigstad eller UKOM-direktør Pål Iden er derfor også gjennomført.

Intervju som metode er kjennetegnet av en høy grad av fleksibilitet, og alle intervjuene er blitt gjennomført i form av delvis strukturerte en til en-samtaler med utgangspunkt i forhåndsdefinerte tema. Det er blitt vektlagt at respondentene skal få snakke mest mulig fritt, og at spørsmålene som er blitt stilt ikke er ledende eller lukkede. En viktig del av forberedelsene til datainnsamlingen var å utforme intervjuguider, som har fungert som en rettesnor under selve gjennomføringen. Intervjuguider er utformet til hver av de ulike fasene i beslutningsprosessen, men er blitt noe tilpasset hver enkelt respondent. Ifølge Grønmo (2016, s. 169) må grad av åpenhet vurderes på forhånd. For denne studien er tilstrebet størst mulig åpenhet. Alle forespørsler om intervju er derfor blitt vedlagt informasjon om formål, samt hvilke rettigheter og konsekvenser deltakelse vil ha for den enkelte (se vedlegg 2). Spørsmål er også blitt tilsendt respondenter på forhånd, og i forkant av hvert intervju er det også blitt informert muntlig om studiens tema og problematikk. Dette fleksible opplegget har også muliggjort oppfølgingsspørsmål som ikke var nedfelt i intervjuguiden (Grønmo, 2016, s. 167), noe som i særlig grad var nyttig i intervjuet med Kari Kjønås Kjos.

Alle intervjuene er, med respondentens samtykke, blitt gjort lydopptak av. Dette muliggjorde fullt fokus på selve spørsmålsstillingen der og da i en for meg uvant situasjon, og transkriberingen i ettertid muliggjorde også en nøyaktig gjengivelse til senere analyse. Ingen av respondentene krevde i utgangspunktet sitatsjekk, men alle sitat er likevel godkjent i etterkant. Lengden på intervjuene har vært på om lag en halvtime, og respondentenes svar opplevdes i det hele som åpne og utfyllende i forhold til hverandre. Fra enkelte respondenter har det framkommet opplysninger som ikke har latt seg bekrefte av verken dokumenter eller av øvrige respondenter. Hvorvidt dette beror på en form for bevisst selvrepresentasjon, eller om det er av mer ubevisst karakter er ikke undersøkt i nevneverdig grad, da det ikke antas å ha betydning for studiens problemstilling. Slik informasjonen er av hensyn til validitet blitt utelatt fra analysen.

Grønmo (2016, s. 172) fremhever flere typiske utfordringer ved bruk av intervju som metode, slik som dårlig kommunikasjon mellom respondent og den som intervjuer,

intervjuers påvirkning og respondenters erindringsfeil eller selvrepresentasjon. For det første punktet vil det kunne være slik at bruk av telefonintervju kan representere en svakhet. En god samhandling og kommunikasjon kan tenkes å være lettere å oppnå om intervjuet finner sted ansikt til ansikt. Som det fremgår av oversikten lagt ved bakerst (vedlegg 3) har enkelte av intervjuene til denne studien vært gjennomført via telefon, noe grunnet kapasitetshensyn og noe grunnet respondenters eget ønske. Når det gjelder min potensielle påvirkning som intervjuer, i form av ledende spørsmål eller ønsker om bestemte svar, er dette nøye vurdert i arbeid med intervjuguiden hvor spørsmålene er forsøkt utformet så åpne og nøytrale som mulig (se vedlegg 4). Sistnevnte utfordring er tatt tak i på flere måter. Ved å sende spørsmålene på forhånd har det vært et ønske om at respondentene har fått tid til å reflektere og tenke gjennom sin rolle i prosessen i god tid før intervjuet har blitt gjennomført, og at dette igjen kan ha minsket muligheten for at respondentene simpelthen husker feil. At enkelte respondenter med overlegg forsøker å sette seg selv eller sin organisasjon i et bedre lys er blitt forsøkt motvirket ved at informasjonen er blitt sammenholdt med annen tilgjengelig informasjon, eksempelvis avdekket gjennom analyse av dokumenter. For å avdekke og motvirke både erindringsfeil og selvrepresentasjon er det blitt stilt oppfølgingsspørsmål underveis, som siden er blitt tolket i forhold til hverandre. Dette gir derimot ingen garanti for at datamaterialet ikke kan ha blitt påvirket av slike feilkilder, og disse utfordringene representerer således en svakhet ved intervju som metode for denne studien.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie, og hans forgjenger Jonas Gahr Støre, er blitt forespurt om intervju, men begge takket nei. Det er tenkelig at begge disse, og særskilt Høie, ville kunne bidratt med vesentlig informasjon utover tilgjengelig datamateriell. Utvalgsmedlem Solveig Eek Bistrup fra Pårørendegruppen ble også forespurt, men bekreftelsen kom så sent i prosessen at dette ikke lot seg gjennomføre. Selv om jeg er av den oppfatning at studiens innhentede datamateriale, både dokumenter og gjennomførte intervjuer, er tilfredsstillende nok til for å kunne svare på problemstillingen, utgjør også dette en svakhet.

3.5. Datakvalitet

Det innsamlede datamaterialet må være velegnet til å kunne besvare studiens problemstilling, og kvaliteten til ett og samme datasett kan også variere avhengig av hvilke problemstillinger som skal belyses. Hvor egnet det er avhenger av en rekke forhold

som fanges inn av begrepene *validitet* og *reliabilitet* (Grønmo, 2016, s. 237), og dette kan samlet oppsummeres som *datakvalitet*.

3.5.1. Validitet

Validitet forteller noe om datamaterialets gyldighet (Brinberg og McGrath, 1985; Grønmo, 2016, s. 237; Ringdal, 2018, s. 103), og kan deles inn i *intern* og *ekstern validitet*.

Den interne validiteten handler om hvorvidt datamaterialet tilstrekkelig belyser studiens problemstilling, både om det er tilstrekkelig med data og om datamaterialet er relevant nok. Er eksempelvis nøkkelementer utelatt, eller er elementer som ikke passer inn inkludert? (Adcock og Collier, 2001, s. 538). For å kunne trekke slutninger om årsak og årsaksmekanismer er det også en forutsetning at det foreligger nok relevant data (Collier, 2011). Når det gjelder intervju som metode er det særlig to forhold som en må være oppmerksom på: 1) *Er spørsmålene som stilles godt nok formulert?* og 2) *er respondentens svar troverdig?*

For førstnevnte er som allerede nevnt arbeidet med intervjuguiden viktig. For sistnevntes del har det vært viktig å sammenholde respondentenes svar med øvrige svar og med annen tilgjengelig informasjon. Dette vil kunne styrke den interne validiteten. Det kan dog tenkes at enkelte respondenter har holdt tilbake informasjon, eksempelvis grunnet lojalitet til politisk ledelse eller grunnet en oppfatning av hva som anses for passende opptreden i lys av gitte rolleforventninger. I så tilfelle vil dette ha betydning for svarene som gis, særlig om de kan anses for å være ufordelaktig for andre sentrale aktører. Dette vil være vanskeligere å avdekke, da informasjon som ikke gis heller ikke kan tilbakevises i lys av motstridende data. Dette vil i så fall være en trussel mot denne studiens interne validitet. I datainnsamlingsprosessen har jeg dog ikke møtt på utfordringer av sistnevnte art. Riktignok er det å anta at respondentenes svar til en viss grad vil være farget av lojalitet til partiet eller arbeidsgiver, men fokuset i spørsmålsstillingen har vært rettet mot egen personlig eller egen organisasjons involvering i saken. Dette har i så måte innskrenket rommet for ufordelaktige karakteristikk av andre aktørers gjøren. Hva som skjedde i forkant mellom Syse og Høie, da sistnevnte trakk seg kan muligens gripe inn i sistnevnte utfordring, gitt deres ulike oppfatninger av når avgjørelsen av UKOMs etablering faktisk ble formidlet. Et nøyaktig svar på dette forholdet antas uansett ikke å være vesentlig for konklusjonens del.

Det eksterne validiteten omhandler hvorvidt resultatene fra studien kan generaliseres, og dermed antas å gjelde for mer enn hva studien undersøker. For denne studiens del vil det altså være interessant om helse- og omsorgsministerens håndtering av beslutningsprosessen kan fortelle noe om slike offentlige beslutningsprosesser på et mer generelt grunnlag, eller om dette kun gir tilstrekkelig informasjon til å konkludere om dette særskilte tilfellet. Om denne håndteringen fastslås til å være uvanlig, men samtidig kan forklares av universelle mønstre av handlingsvalg, vil også den eksterne validiteten styrkes. Det kan derimot være en utfordring at det sjelden finnes en omforent forståelse av hva som anses for å være universelt gyldig i samfunnsvitenskapelige studier (se *nomologisk validering* som beskrevet av Adcock og Collier, 2001, s. 542). Dersom en slik gullstandard er vanskelig å enes om, vil også studiens potensiale for å kunne generaliseres være svekket, og konklusjonen vil dermed være kontekstuellet betinget.

3.5.2. Reliabilitet

Reliabilitet handler om pålitelighet og i hvilken grad resultatene er konsistente over gjentatte målinger, og undersøkelsen er pålitelig dersom en ny gjennomføring kommer fram til det samme resultatet (Bukve, 2016, s. 101; Grønmo, 2016, s. 242). Det hevdes at det som regel ikke er mulig å teste reliabiliteten ved hjelp av standardiserte tester i kvalitative studier slik som denne (se Grønmo, 2016, s. 248), men det vil være mulig å etablere et empirisk grunnlag for å vurdere reliabiliteten i form av eksempelvis stabilitet.

Stabilitet forutsetter at undersøkelsesopplegget fungerer likt på ulike tidspunkt i undersøkelsen, og denne formen for reliabilitet kan sies å være spesielt viktig i studier av samfunnsmessige endringsprosesser. Undersøkelsesopplegget her er universelt utformet. Det vil si at dokumentanalysen er gjort på samme måte uavhengig av hvilken fase dokumentene tilhører, og intervjuene er gjennomført på likt med til dels sammenfallende spørsmål for alle studiens respondenter. Forskjeller i data innsamlet på ulike tidspunkt må da skyldes faktiske forandringer i samfunnsforholdene som her studeres, og ikke som et resultat av selve undersøkelsesoppleggets utforming og ustabilitet over tid (Grønmo, 2016, s. 243).

Samsvaret mellom datainnsamlinger foretatt på ulike tidspunkt og innsamlede data og andre relevante opplysninger kan også tenkes å si noe om studiens reliabilitet. Grønmo (2016, s. 251) skiller her mellom intern konsistens og ekstern konsistens. Den *interne konsistensen* dreier seg om de forskjellige dataelementene er troverdig sett i forhold til

hverandre og i lys av datamaterialet i sin helhet. Som nevnt framkom det informasjon i intervjuprosessen som ikke samsvarte med øvrig innsamlet data. Denne informasjonen ble derfor utelatt. *Den ytre konsistensen* er god jo større samsvaret mellom det innsamlede datamaterialet og andre tilgjengelige opplysninger om fenomenet som studeres er. I hvilken grad resultatene fra denne studien samsvarer med konklusjoner i andre studier av politiske beslutningsprosesser er i så henseende av betydning.

En høy grad av reliabilitet stiller krav til utvelgelse av dokumenter og respondenter, og ikke minst bruken og fortolkningen av dem (Carmines og Zeller, 1979). For at studien skal bli oppfattet som troverdig og pålitelig er datainnsamlingen gjort systematisk, og i tråd med de forutsetninger og framgangsmåter som var etablert i undersøkelsesopplegget (Grønmo, 2016, s. 249). Videre er alle intervjuer som nevnt gjort opptak av. Dette har muliggjort en nøyaktig transkribering og dataregistrering i ettertid. Tid og sted for de ulike intervjuene, varighet og respondentinformasjon er også oppgitt bakerst. Alle dokumenter som ikke har vært offentlig tilgjengelig, men som er gitt innsyn i, har jeg fått fullstendige kopier av. Dette har gitt en nøyaktig innsikt i utvalgets arbeid, og ikke minst mulighet for en nøyaktig gjengivelse. Graden av tilgjengelighet av datamateriale og åpenhet om hvordan dette er brukt, bør styrke studiens muligheter for en tilfredsstillende etterprøvbarehet.

3.6. Avsluttende kommentarer om studiens metodiske valg

Kasusstudier er brukt i utstrakt grad innen samfunnsvitenskapelig forskning, og siktemålet med dette kapittelet har vært å redegjøre og argumentere for hvorfor dette også er en hensiktsmessig strategi for denne studiens vedkommende. I beslutningsprosessen som omhandler UKOM er enhetene få, mens detaljrikdommen er stor. Videre tar studien seg mål av å gå i dybden på *hvorfor* UKOM ble opprettet, og alle disse forholdene som nå er nevnt taler for at en kasusorientert studie kan gi et godt og tilfredsstillende utgangspunkt for å belyse saken i størst mulig grad.

Ulik data, så som dokumenter, intervjuer og arkivdata, er brukt for å besvare studiens problemstilling. Hver for seg har de ulike datakildene svakheter som også er forsøkt synliggjort, men ved å bruke disse i en utfyllende funksjon kan også datagrunnlaget potensielt gjøres sikrere. Hvilke vurderinger og hvilke hensyn som er tatt for å sikre studiens reliabilitet og validitet er avslutningsvis gjennomgått.

4. BAKGRUNN OG KONTEKST

UKOMs formål er å undersøke uønskede hendelser og alvorlige forhold i den norske helse- og omsorgstjenesten (Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2017, §1). Den historiske interessen for slike uønskede hendelser i helsesektoren er derfor viktig å belyse, i likhet med hvilke idéstrømninger og argument som ligger til grunn for en slik kommisjon. Et begrep som stadig går igjen i så henseende er *pasientsikkerhet*. Pasientsikkerhet kan forstås som «... å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser» (Vincent, 2006, gjengitt i Aase, 2010, s. 26). Første delen av dette kapitlet tar følgelig for seg den kontekstuelle utviklingen av denne fagdisiplinen.

Denne historiske gjennomgangen gir ikke alene det fulle bakgrunnsbildet for å forstå prosessen som ledet fram til vedtaket om UKOM. Hvilken plass utredningsutvalg har i styringssystemet og hvilken type tilrådninger de kommer med vil også kunne tenkes å kaste lys over denne studiens problemstilling. Forholdet innad i sentralforvaltningen, mellom sentralforvaltningen og Stortinget og hvordan representanter fra ulike interessegrupper har fått og får tilgang til slike offentlige beslutningsprosesser er også et viktig aspekt som avslutningsvis gjøres rede for.

4.1. Veien til en undersøkelseskomisjon

4.1.1. Det viktigste er ikke å skade – pasientsikkerhet før 1999

Utviklingen av pasientrettigheter og pasientsikkerhet har en innfløkt historie. Helsetjenestene i Norge har tradisjonelt vært utviklet i et samarbeid mellom offentlige myndigheter, ideelle organisasjoner og private aktører. Av mangel på en overordnet sentral planlegging og et felles nasjonalt lovverk har mye av denne utviklingen tidligere vært overlatt til lokale aktører (Veggeland, 2013, s. 36). Først i 1967 ved innføringen av folketrygden fikk en samlet rettigheter om ytelse ved funksjonshemming, uførhet og sykdom i ett felles lovverk (folketrygdloven, 1966). Til tross for avklaringer vedrørende rettigheter ved sykdom, var fokus på uheldige hendelser fortrinnsvis et fokus på *konsekvenser* av disse. Og der igjen et økonomisk anliggende spørsmål, ikke et spørsmål om forebygging eller forhindring. Forsvarlig utøvelse av legeyrket begrenset eksempelvis

seg fram til 1980⁴ til et erstatningsansvar, dersom pasienten ble påført et økonomisk tap eller varig og betydelig skade av medisinsk art (skadeerstatningsloven, 1969, § 3—2).

Først fra midten av 1980-tallet ser en begynnelsen av et større fokus på pasienters rettigheter og derigjennom helsesystemet som sådan, eksemplifisert gjennom Forbruker- og administrasjonsdepartementets skriftserie om forbrukerspørsmål «Pasientrettigheter - hva nå?» fra 1985, Eilertsen-utvalgets søkelys på følgene av feilbehandling i norske sykehus (NOU 1987:25, s. 57) og aktualisering av pasientrettigheter utover det rent økonomisk anliggende (NOU 1992:8). Økt systemorientering til tross, det kan påstås at denne perioden, fra innføringen av folketrygden i 1967, bygger på en forutsetning at systemet *faktisk* fungerer som det skal. I den grad pasienters rettigheter og sikkerhet må beskyttes, er det mot urettmessige eller utilsiktede overtramp fra enkeltindivid *i* systemet, og ikke *fra* systemet i sin helhet som sådan.

Det kan derfor hevdes å ha vært liten særskilt interesse for uønskede hendelser og pasientsikkerhet i helsesektoren (Hjort, 2007, s. 30). Dette kan dog ikke tilskrives mangler av slike uønskede hendelser. Både nasjonalt (se Hjort, 2011), og i andre sammenlignbare land som Storbritannia⁵, har det gjennom 1990-tallet blitt avdekket alvorlige hendelser i helsesektoren, som i større grad kan tilskrives systemfeil enn utelukkende individuelle.

4.1.2. Å feile er menneskelig – fokus fra individ til system

Alvorlige enkelthendelser og økende systemorientert tenkning tatt i betraktning, det store gjennombruddet for fagdisiplinen *pasientsikkerhet* og fokuset på uønskede hendelser tilskrives av flere publiseringen av *To Err is Human: Building a Safer Health System*, en rapport fra U.S. Institute of Medicine (1999). Rapporten hevdet at det anslagsvis døde mellom 44 000 - 98 000 amerikanere årlig grunnet uønskede hendelser i somatiske sykehus. Foruten en bred kartlegging av feltet, kom rapporten også med konkrete forslag til tiltak, slik som nye og sterkere organisasjoner for kvalitet og sikkerhet.

I kjølvannet av rapporten fulgte det også ett nytt fokus: en dreining fra den gamle syndebukk-kulturen hvor systemet antas å være perfekt så lenge en bare får luket bort ugresset, til en ny systemorientering. Handlinger må ses som et samspill mellom

⁴ Et slikt krav om forsvarlig yrkesutførelse ble først nedfelt i lov av 13. juni 1980 nr. 42 (Legeloven, 1980, § 25).

⁵ Se «The Bristol Heart Scandal», og den medfølgende offentlige granskningsrapporten «The Bristol Royal Infirmary Inquiry» (2001).

organisasjon, kultur og system, og ikke isolert hver for seg. Årsaken til uheldige hendelser er som regel sammensatt og systemrelatert, og derfor må også systemet være fokus for oppmerksomhet, ikke søken etter individuelle syndebukker (Reason, 2001; Hsia, 2003; Hjort, 2007, s. 53).

Også her hjemme ser vi en slik forskyvning fra individ til system. I stortingsmelding 26 (99-00) om verdier for den norske helsetjenesten pekes det både på en manglende systematikk på kvalitetsarbeidet i helsetjenesten, og utfordringer knyttet til systematisk utnyttelse av kunnskap:

Sjølv om den norske helsetenesta jamt over gjev eit forsvarleg tilbod, ser vi at denne tenesta også i vår tid og i vårt land står framfor store utfordringar knytt til fagleg forhold og utvikling, ressurstilgang, system for og innhald i prioriteringane og styring og organisering av tenestene (Meld. St. 26 (99-00), s. 3).

Helseforetaksreformen iverksatt i 2002, hvor en statlig overtakelse av sykehusene fra fylkeskommunene skulle gi større sikkerhet for befolkningens helsetjenester, grunngir også systemvurderinger som en årsak til reform. Antakelsen var at systemsvakheter lettere kunne håndteres med klare og enkle ansvarsforhold (Ot.prp. nr. 66 (2000–2001), s. 8). At ettertiden har vist at denne New Public Management-inspirerte reformen tvert om førte til en svekkelse av overordnet styring og ansvar (Veggeland, 2013, s. 46-47; Christensen mfl., 2014, s. 239) kan være verdt å merke seg. Hvorvidt utviklingen på helsefeltet i overgangen til det nye årtusenet kom fra et ønske av en langsiktig nasjonal utviklingsplan, eller om det var inspirasjon fra globale utviklingstrender som NPM som har vært drivkraften er vanskelig å fastslå.

Om en ser overordnet på uønskede hendelser i helsesektoren og tiltak for å minimere slike, er det i hvert fall tydelig at Norge ikke har hatt samme helhetlige nasjonale tilnærming som andre sammenlignbare land. I Stortingsmelding 12 (2008-09) om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg heter det seg blant annet at en «... må sette et søkelys på pasientforløp, samhandling osv. slik at uheldige hendelser ikke forekommer» (s. 58), men dette søkelyset her belyser kun en del av helsetjenesten, ikke hele. Eksempelvis innførte Sverige allerede i 1936 en lov om uønskede hendelser i helsesektoren, i 2012 endret til å også innebære nasjonal meldeplikt for slike (SFS 2010:659), og Danmark fikk i 2003 sin *lov om patientsikkerhed*⁶ (2014). Det finnes, som

⁶ Opprinnelig vedtatt 4. juni 2003, siden inntatt i *sundhetslovens* kapittel 61.

vi skal se senere, flere enkeltaktører her til lands med tilsynsansvar, men et felles nasjonalt system for forebygging og rapportering av uønskede hendelser har ikke eksistert.

Dreiningen fra individ til system som årsaksforklaring for uønskede hendelser som her er redegjort for kan sies å ha banet vei for et lærende helsevesen (se Aase, 2010), og flere har uttrykt ønske om en norsk organisering modellert etter et slikt prinsipp (Bakke, 2005). Peter Hjort (2007, s. 153, 158) pekte på transportsektoren som forbilde for et lærende helsevesen, og etterlyste et uavhengig nasjonalt senter for analyse og forslag til tiltak på bakgrunn av innsendte rapporter. Ikke ulikt forslag siden fremmet av stortingsrepresentantene Høie, Sjøli og Dåvøy (Dokument 8:146 S (2009–2010)).

4.2. Forholdet mellom departementet og Stortinget

Den endelige beslutningen om en undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgssektoren var ikke Helse- og omsorgsminister Bent Høies eller regjeringen Solbergs alene, det endelige vedtaket ble fattet av Stortinget. Nødvendigvis må dette bety at Stortingets flertall støttet Helse- og omsorgsdepartementets ønsker, og at Arianson-utvalgets tilrådninger også her er ble tilsidesatt. Hvilke begrensninger og muligheter er så forholdet mellom sentralforvaltningen og Stortinget preget av? I dette underkapitlet vil jeg forklare hvordan saksforberedelsen innad i regjeringskollegiet foregår, og videre hvordan forholdet mellom departementene og Stortinget er regulert.

4.2.1. Koalisjon og samhandling

Et viktig skille i forholdet mellom regjeringen og Stortinget går ved mandatfordelingen. Jens Stoltenbergs andre regjering var en koalisjonsregjering med flertall i Stortinget, hvor saker i praksis ble avgjort i forhandlinger i regjeringen eller mellom regjeringspartienes stortingsgrupper. Erna Solbergs regjering var også en koalisjonsregjering, men skiller seg fra Stoltenberg II-regjeringen ved at den var en mindretallsregjering, og derfor avhengig av støtte fra partier utenfor regjering fra sak til sak. Et interessant forhold for denne studien vil være hvorvidt regjeringens foretrukne støttespillere Kristelig Folkeparti og Venstre også støttet regjeringens forslag om undersøkelseskommissjon, eller om den var nødt for å hente støtte annensteds fra.

I spørsmålet om samordning derimot, er det mange de samme mekanismene som rår. Ansvar for dette innad blant regjeringens departement sørger i første rekke Statsministerens kontor for. I tillegg til nødvendig samordning mellom de ulike departementene, må også koalisjonsregjeringer koordinere samhandlingen mellom de ulike partiene som deltar (Rommetvedt, 2011, s. 139).

Generelt kan det være utfordrende for koalisjoner at de er allierte men samtidig konkurrenter, og følgelig må flere virkemidler tas i bruk for å motvirke uheldige konsekvenser knyttet til motstridende interesser, gjensidig mistillit eller rolleutøvelse. Ulike kontrollmekanismer *ex ante* og *ex post* må følgelig iverksettes (Miller og Müller, 2010, s. 336). Førstnevnte handler om hva som gjøres før samarbeidet tar til, slik som koalisjonsavtaler. Sundvollen-erklæringen er en slik avtale, hvor Regjeringen Solbergs politiske plattform er definert (Regjeringen, 2013b). Retningslinjer for hvordan interne stridigheter håndteres, beslutningsutvalg av fremtredende politikere og vurderingskriterier for potensielle kandidater til sentrale posisjoner er andre eksempler. Sistnevnte kontrollmekanismer refererer til tiltak som tas i bruk etter at samarbeidet er formalisert, eksempelvis som å utnevne en statssekretær fra et annet parti enn ministeren selv, eller å la parlamentarisk komité bli ledet av en politiker fra et annet parti enn statsråden med sammenfallende politikkområde (Miller og Müller, 2010, s. 337). Dette bidrar til balanse og likevekt, og gir et stabilt samarbeidsklima.

Regjeringen har som vist ulike kontrollmekanismer til rådighet for å løse opp i eventuelle uenigheter mellom departement eller mellom regjeringspartiene. Når Kongen i statsråd vedtar proposisjoner og meldinger til Stortinget, er sakene allerede gjennomdrøftet og klarert på regjeringskonferanser og i forberedende statsråd.

4.2.2. Storting og statsråd

Tradisjonelt sett har prinsippet om *ministerstyre* og *ministeransvarlighet* vært viktig i norsk statstradisjon (Christensen mfl., 2014, s. 116). Dette prinsippet beskriver forholdet mellom statsråden og Stortinget, men forteller samtidig også noe om statsrådets muligheter og begrensninger for utøvelse av makt. Ministerstyre innebærer at den enkelte statsråd står ansvarlig overfor Stortinget, og er pliktig å holde de folkevalgte oppdatert om hva som skjer i det respektive departement og dets underliggende virksomheter. Det innebærer også at statsråden gjøres ansvarlig for eventuelle problemer

i embetsverket, noe som historisk sett har skapt en følelse av kollektiv ansvarlighet mellom politisk ledelse og forvaltningen i et departement (Christensen mfl., 2014, s. 117).

Hvorvidt det faktisk *er* en kollektiv lagfølelse, eller om politisk ledelse og forvaltningen spiller mot hverandre er forhold som må avklares. Statsministerens kontor har som vist den overordnede tverrsektorale samordningsfunksjonen innad i regjeringen. For departementenes del er det *sektorprinsippet* som gjelder. Sektorprinsippet inndeler sentralforvaltningens saker etter formålsområder, slik som helse og omsorg, i stedet for geografiske skillelinjer, klienttyper eller framgangsmåter (Christensen mfl., 2014, s. 22). Dersom det er slik som ministerstyreprinsippet antyder, at det kun er den enkelte statsråd og ikke sektoren som helhet som har det endelige ansvaret i den enkelte sak, kan en følge være at ministerstyre blir til hinder for samordning (Smith, 2015), gitt at forvaltningen ikke blir ansvarliggjort på lik linje som øverste politiske myndighet. Hvordan offentligheten kan forsikre seg om at departementene under ledelse av statsråden faktisk spiller på lag er i så henseende et viktig spørsmål, gitt at Stortinget kun kjenner statsråden.

4.3. Forholdet mellom departementet og utredningsutvalg

Offentlige utredningsutvalg nedsettes tidlig i politikkkutformingsprosessen, før konkrete forslag er blitt fremmet av regjeringen. Det respektive departement formulerer utvalgets mandat og foreslår dets sammensetning, mens leder og sekretariat formelt oppnevnes av Kongen i statsråd. Utvalgsarbeidet foregår uavhengig og bak lukkede dører, og oppsummeres i en endelig offisiell rapport, eksempelvis i serien Norges offentlige utredninger (NOU). Etter at berørte parter har fått uttale seg om rapporten gjennom en eller flere høringsrunder, kan denne danne grunnlaget for lovforslag, stortingsmeldinger eller andre konkrete forslag til politikkendring (Christensen mfl., 2014, s. 78-79; Hesstvedt, 2018, s. 385-386).

Men hvordan passer slike utredningsutvalg inn i det demokratiske styringssystemet? Er slike utvalgs anbefalinger begrenset til å gi råd om hvilke midler som mest effektivt realiserer politikernes ønskede sluttresultat, eller tar de aktivt stilling til mål- og verdispørsmål?

4.3.1. Eksperters plass i demokratiet

Fagekspertisen og fagkunnskapens plass i demokratiet og offentlig politikkkutforming har vært et spørsmål av interesse i lang tid. Allerede i Max Webers utledninger om «det rasjonelle byråkrati» pekes det på ekspertise og kunnskap som vesentlige elementer i statlig styring, hvor et utdannet og spesialisert byråkratisk styringsapparat er en nødvendighet for politiske maktinnehavere med begrenset tid til å sette seg inn i alle mulige problemstillinger (Weber, 1979, s. 105-153).

Denne relasjonen mellom makt, profesjoner og tillit som beskrevet av Weber er av enkelte utfordret (se eksempelvis Halvorsen, 2007), men arven etter Weber må stadig kunne sies å være relevant. I spørsmålet om pasientsikkerhet er det indirekte folket gjennom sine valgte representanter som avgjør hvordan denne best ivaretas. Samtidig er det altså slik at verken vanlige folk eller politiske representanter nødvendigvis har kapasitet eller kunnskap nok til å sette seg inn i det hele og fulle sakskomplekset. Her finner vi da også forbindelsen mellom fagekspertise, demokratiet og tid. Folkevalgte definerer i kraft av sin *politiske myndighet* overordnede verdier og mål, men gir eksperter med *faglig kyndighet* oppdraget med å gjennomgå relevant forskning, avdekke fakta og synliggjøre hvilke tilgjengelige handlingsalternativ som mest mulig effektivt oppnår de definerte mål, da de ofte har verken tid eller kompetanse til å gjøre det selv (Jacobsen, 1960, s. 155).

En slik samhandling mellom fagekspertise og politiske maktinnehavere har i den norske og nordiske styringsmodellen tradisjonelt blitt organisert gjennom offentlig oppnevnte utvalg, for Norges del fra 1972 i (ofte midlertidige) NOU-utvalg (Hesstvedt, 2018). Innflytelsen slike ad hoc-baserte rådgivningsorgan har hatt på utforming av offentlig politikk hevdes å være så sentral at de er å betrakte som et kjerneelement i den nordiske konsensusorienterte styringstradisjonen (Olsen og Sætren, 1980; Arter, 2008), hvilket også gjør det her anormale utfallet av beslutningsprosessen omkring UKOM særlig interessant å belyse.

Bruken av rådgivende utredningsutvalg kan således settes i sammenheng med forestillinger om et representativt demokrati (Holst, 2011), og forholdet mellom makt, profesjoner og tillit kan vel så gjerne ses på som forholdet mellom politisk myndighet, fagekspertise og folket. Politikerne er av folket gitt tillit til å forvalte dennes beslutningsmyndighet, fagekspertisens plass i demokratiet springer ut fra et behov om faglig rådgivning. I hvilken grad politikerne nyttiggjør seg av fagekspertisens anbefalinger

er varierende, selv om det kan antas at slike anbefalinger kan ha stor innflytelse på politiske beslutninger (Christensen og Egeberg, 1979; Tellmann, 2016). Samtidig muliggjør også dette som nevnt et spenningsforhold mellom politisk myndighet og faglig kyndighet (Jacobsen, 1960, s. 155), dersom ekspertenes tilrådninger kommer i konflikt med de politiske ambisjoner.

4.3.2. En flytende og pluralisert rådgivning

Hvilke råd og anbefalinger som avstedkommer fra nedsatte utredningsutvalg vil avhenge av hvem som inngår i disse utvalgene, hvilke interessegrupper og profesjoner som er representert, og ikke minst hvordan offentlig politikktutforming forstås og praktiseres. Det vil i denne oppgaven være av særlig interesse hvordan slik rådgivning har utviklet seg over tid og hvordan den er blitt vektlagt av politiske beslutningstakere, i hvert fall i den grad det kan belyse Arianson-utvalgets tilrådninger.

Tidligere forskning har sett slike utvalg som en møteplass for forhandlinger mellom staten og interessegrupper, som en del av det korporative styringssystemet. Representanter for interessegrupper ble gitt tilgang til politikktutformingsprosessen, i bytte mot støtte til de politiske vedtakene som ble fattet. Statsforvaltningen fikk således arbeidsro og mulighet til å skape konsensus om vedtakene, noe som økte sannsynligheten for en vellykket implementering. Interessegruppene og byråkratenes rolle har derfor vært særskilt i fokus (Egeberg, 1981; Nordby, 1994; Tellmann, 2016), hvor utvalg har blitt sett på som det fremste institusjonelle uttrykket for en slik deltakelse fra interessegrupper i politikktutformingsprosesser (Christensen og Holst, 2017, s. 822).

Nyere forskning av NOU-utvalgenes sammensetning i perioden 1972 til 2016 viser derimot at *vitenskapliggjøring* eller *ekspertifisering* kan være en stadig mer relevant merkelapp for å forstå offentlig nedsatte utvalg (Hesstvedt, 2018). Der hvor politiske beslutningstakere tidligere lente seg på faglige råd fra embetsverket, det såkalte «kunnskapsregime» (se Slagstad, 1998; Aven, 2018), kommer dagens råd oftere fra fagekspertise, akademikere og forskere (Tellmann, 2016). Noe av grunnen til denne ekspertifiseringen kan skyldes den såkalte av-korporativiseringen av det norske styringssystemet, hvor offentlige utvalg delvis har mistet sin funksjon som en korporativ styringsarena, mens noe kan skyldes en stadig hurtigere politikktutvikling. Grunnet manglende intern kompetanse og tidsbegrensninger, søkes det oftere råd fra konsulenter, eksperter og akademia, noe som gir en mer flytende og pluralisert rådgivning (Craft og

Howlett, 2013). Dersom slike ekspertråd som tidligere nevnt også tar stilling til verdispørsmål og målsetninger, vil et slikt økende innslag av eksperter i politikkkutformings-prosesser kan det i ytterste konsekvens gjøre folkevalgte til dilettanter (Hesstvedt, 2018, s. 397). Denne økningen av ekspertdominerte utvalg fremmer således viktigheten av at øvrige deler av det politiske systemet er reelt demokratisk inkluderende (Holst, 2018, s. 164), og den demokratiske legitimiteten til beslutninger fattet på bakgrunn av slike råd må derfor undersøkes.

4.4. Forholdet mellom departement og interesseorganisasjoner

Hvordan blir de berørte partene tatt hensyn til når det oppstår uønskede hendelser i helse- og omsorgssektoren, og hvordan blir deres rettigheter formelt ivaretatt? Samhandling mellom forvaltningen og interesseorganisasjoner grunnis gjerne ut fra prinsipper om *partsstyre* og *fagstyre* (Egeberg, 1981). Slik samhandling kan som vi har sett være organisert gjennom midlertidige utvalg slik som Arianson-utvalget, eller det kan skje i etterkant av utredningsarbeidet gjennom høringer. Jeg vil i dette avsnittet redegjøre kort for hva som forstås med disse begrepene, og forholdet mellom staten og interesseorganisasjoner er følgelig fokus.

4.4.1. Partsstyre og fagstyre

Prinsippet om *flertallsstyre*, hvor de som kommer seirende ut fra politiske valg også skal ha mulighet til å få iverksatt sin politikk, kan påstås å være det mest tungtveiende i forestillingen om et representativt demokrati (Olsen, 1983). På et slikt generelt grunnlag kan eksempelvis regjeringen Solbergs helsepolitikk forsvares. I et stadig mer pluralisert og komplekst samfunn derimot, hvor flere ulike hensyn og interesser må tas hensyn til, kan det tenkes at det kan være vel så viktig å beskytte mindretallet mot flertallets tyranni. Enkeltindivid eller bestemte grupper kan i enkeltsaker være særskilt berørt, og avgjørelser tatt av et simpelt flertall uten eierskap til situasjonen kan da framstå undertrykkende.

En måte å motvirke slike uheldige konsekvenser av flertallsstyre, kan ses gjennom prinsippet om *partsstyre*. Dette dreier seg om særlig berørte parter rett til medbestemmelse (Christensen mfl., 2014, s. 18-19). Slike særlig berørte parter vil i praksis ofte være synliggjort gjennom interesseorganisasjoner innenfor ulike

samfunnsområder, som eksempelvis helsesektoren. Mer spesifikt for pasientsikkerhet gjennom pårørendegrupper eller ideelle organisasjoner for pasienter med alvorlige sykdommer. Som allerede redegjort for kan verken vanlige folk eller politiske beslutningstakere forventes å ha den nødvendige kompetansen til å lokalisere alle mulige løsninger og konsekvenser i en gitt sak, noe som fremmer behovet for bruk av fagekspertise. Prinsippet om *fagstyre* er fundert på at beslutninger i så stor grad som mulig skal være tuftet på et faglig eller vitenskapelig grunnlag (Christensen mfl., 2014, s. 19). Både prinsippet om partsstyre og fagstyre beskrives som en viktig del av forvaltningens verdigrunnlag, selv om prinsippet om flertallsstyre nødvendigvis må veie tyngst, sett fra et demokratisk ståsted (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2017, s. 9).

4.5. Forholdet mellom departement og administrasjon

Prinsippet om ministerstyre innebærer som nevnt at statsråden også holdes ansvarlig for eventuelle problemer i embetsverket, og at dette historisk sett har skapt en følelse av kollektiv ansvarlighet mellom politisk ledelse og forvaltning. Det er dermed ikke sagt at det ikke kan være utfordringer i dette samspillet. Det kan eksempelvis tenkes at en politisk doktrine ikke alltid er forenelig med en tradisjonell forvaltningsmessig løsningsorientering. Videre er det for denne studiens del av interesse hvordan departementet selv utøver sin disiplinerende myndighet overfor underliggende virksomheter, hvorvidt den eksempelvis er basert på tillit eller kontroll og ikke minst hva som kan være utløsende årsaker til dette ønske om en kommisjon.

Denne forvaltningsmessige konteksten, og mulige konfliktlinje mellom politisk ledelse og embetsverket er følgelig fokus for påfølgende underkapittel.

4.5.1. Kompleksitet og motsetningsforhold

Christensen mfl. (2014, s. 115) argumenterer for at statsrådsrollen stadig blir tyngre og mer kompleks, og som følge av dette er den politiske ledelsen blitt mer åpen for å få utredninger og faglige motforestillinger enn hva som tidligere har vært tilfelle. Samtidig viser informasjon (Regjeringen, 2014) at antall ansatte i departementenes politiske ledelse har økt betydelig i løpet av etterkrigstiden, noe som kan ha ført til en økt motsetning mellom politisk logikk og faglig logikk. Også innad i administrasjonen vil en

kunne finne motsetninger og kryssende forventninger, eksempelvis knyttet til *politisk lojalitet, nøytralitet og faglig uavhengighet*. Knut Dahl Jacobsen (1960) drøftet hvordan disse forventningene kan skape en rollekonflikt for embetsmenn, både i forholdet mellom lojalitet til skiftende politisk ledelse og partipolitisk nøytralitet, og mellom lojalitet og faglig uavhengighet. Hensynet til politisk lojalitet hevdes å være det mest tungtveiende (Christensen mfl., 2014, s. 108). Begrunnelsen for dette er en demokratisk en, hvor folket gjennom valg er representert på Stortinget, hvor regjeringen igjen utgår fra. Det forventes derfor at embetsmenn og forvaltningsansatte opptrer som konstruktive og lojale medspillere for statsråden, selv om de skulle være politisk eller faglig uenig.

Disse kryssende forventningene fører på den ene siden til at ansatte i forvaltningen blir utsatt for kritikk, eller som Knut Dahl Jacobsen (1960, s. 146) sier det: «[r]olleinnehaveren risikerer stadig å komme i teaterlagets situasjon hvor piping er et fast innslag i applausen». På den andre siden åpner det også opp for økt makt og handlingsrom, gitt de forvaltningsansattes spesialiserte ferdigheter og evner (Christensen mfl., 2014, s. 87).

Det kan diskuteres hvordan denne motsetningen materialiserer seg, og om dette er en *faktisk* motsetning mellom to uforenelige ståsteder. Undersøkelser viser eksempelvis at forvaltningsansatte i departementene jevnt over rapporterer at egen avdeling har lyktes nokså godt eller meget godt i å få gjennomslag for sine synspunkt overfor eget departement (Christensen mfl., 2018, s. 115). Vi kan uansett anta at dette kan føre til uoverensstemmelser i saker hvor ønsket politikk kolliderer med faglige syn og tradisjonelle måter embetsverket løser ting på, hvilket sammenholdt med det som hevdes å være en stadig mer kompleks statsrådsrolle også nødvendigvis vil gjøre god styring mer utfordrende (Christensen og Lægneid, 2002).

4.5.2. Tillit eller kontroll?

Tillit er bra, kontroll er bedre? Eller er tillit og kontroll to sider av samme sak? Jeg velger her å se det hele i lys av sistnevnte oppfatning. Statens tilsynsansvar praktiseres i dag etter to prinsipp, hhv. *internkontrollprinsippet* og *systemrevisjonsprinsippet* (se Statens helsetilsyn, 2012). Internkontrollprinsippet kan ses på som en form for egenkontroll, hvor det er virksomhetene selv som har ansvar for å systematisk føre tilsyn med at lovgivnings- og myndighetskrav etterleveres. Systemrevisjon kan på sin side ses på som en ekstern kontroll, hvor virksomheten må dokumentere overfor en utenforstående tilsynsmyndighet at de krav som er stilt faktisk følges opp.

I helse- og omsorgssektoren er begge deler brukt. Gjennom Statens helsetilsyn ivaretar staten systemrevisjonsprinsippet, og ved påviselig brudd på gjeldende lover og regler kan tilsynet ilegge straff, slik som å frata helsepersonell autorisasjon. Som allerede redegjort for har det i nyere tid foregått en forskyvning fra et syndebukkfokus til et systemfokus. Det er ikke dermed sagt at helsepersonell som begår lovbrudd nå ikke kan straffes. Eksempelvis fratok Statens helsetilsyn personell 160 autorisasjoner i 2018 (Statens helsetilsyn, 2019). Forskjellen derimot kan sies å være at offentlige myndigheter og maktinnehavere i større grad har anerkjent at systemet i seg selv kan ha utilsiktede og uheldige konsekvenser, og at varsler som ikke medfører risiko for sanksjon kan ha en verdi.

Meldeordningen for spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, § 3-3) er et eksempel som svarer til både internkontrollprinsippet, og til prinsippet om sanksjonsskjerming ved rapportering av uønskede hendelser. Helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak har siden meldeplikten ble lovregulert i spesialisthelsetjenesteloven i 2011 sendt inn anonyme varsler avdekket gjennom internkontrollen til Helsedirektoratet om hendelser som har, eller kunne ha ført til betydelig skade på pasienter (Helsedirektoratet, 2019). Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 og meldeordningen ble opphevet og avviklet 10. april 2019, men som jeg kommer tilbake til senere ble mye av dette tankegodset videreført i den planlagte undersøkelseskommissjonen.

4.5.2. Utløsende årsaker – samordning?

Utredningsutvalg har spesifikke hensyn å ta, rammet inn av et gitt mandat. Politikerne derimot må ta hensyn til langt flere, og til dels, motstridende forhold. I lys av reformbølgen av NPM-inspirerte tanker og ideer, har en sett en økning av såkalte *gjenstridige problemer* – problemer som spenner over organisatoriske grenser og forvaltningsnivå, og som det ikke finnes en enkel løsning på (Rittel & Webber, 1973; Lægreid og Rykkja, 2018, s. 477). De etterfølgende «joined-up-government» og «whole-of-government»-initiativene (se Christensen og Lægreid, 2007; Askim mfl., 2009) har vært sett på som en motreaksjon til NPM-reformenes negative effekter, hvor en holistisk tilnærming og tverrsektorale enheter har vært framholdt som svaret på slike gjenstridige problem. Et behov for samordning har vært et sentralt argument for en undersøkelseskommissjon (Regjeringen, 2013c), noe som også kan ses i sammenheng med styringskapasitet og -legitimitet.

Enkelte funn tyder på at en økning av styringskapasiteten i samhandlingsstrukturen bidrar til å reparere organisatorisk legitimitet (Lægreid og Rykkja, 2016, s. 351). En slik tverretattlig koordinering for innhenting av informasjon som undersøkelseskommissjonen bedriver er ikke bare avgjørende for å styrke styringskapasitet, men den er også viktig for å bygge tillit i omgivelsene og således styringslegitimitet (Christensen og Lægreid, 2019, s. 240).

Spørsmålet om samordning er ikke bare et teknisk-nøytralt spørsmål, det handler som Christensen mfl. påpeker (2018, s. 116) vel så mye om fordeling og konsentrasjon av makt. Økt koordinering kan oppnås på ulike måter, både gjennom formell organisering og gjennom holdninger og tillit mellom aktører (se Gulick, 1937). Rommetvedts påstand om en allmenngjøring av politikken (2011) peker i retning økt integrering og samordning på tvers av sektorer, selv om resultater fra sentraladministrasjonsundersøkelsene (Christensen mfl., 2018, s. 116-117) viser lite samordning i sentralforvaltningen over tid.

4.6. Oppsummering av bakgrunn og kontekst

Jeg har nå gjennomgått studiens bakteppe, hvor særlig skiftet fra et fokus på syndebukker til et fokus på feil som følge av svakheter eller mangler ved systemet har stått sentralt. Flere alvorlige hendelser har synliggjort behovet for ekstern granskning av alvorlige hendelser i helsesektoren, hvor det store gjennombruddet for feltet av pasientsikkerhet tilskrives en rapport fra U.S. Institute of Medicine (1999).

Videre har det vært nødvendig å redegjøre for de kontekstuelle forholdene som anses som viktige for studiens del. Forholdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Stortinget er av en slik art, hvor departementets argumenter om behovet for en undersøkelseskommissjon nødvendigvis må ha vært hensyntatt i større grad enn Arianson-utvalgets tilrådninger da Stortinget endelig voterte over etableringen av UKOM. Likeså er også forholdet mellom departementet og utredningsutvalget viet oppmerksomhet, både hvordan slike utvalg kan ses i et demokratisk perspektiv og hvordan slike tilrådninger kan forstås. For etableringen av UKOM synes Pårørendegruppens engasjement å ha vært betydningsfullt, hvilket også har nødvendiggjort en nærmere forklaring av forholdet mellom departementet og interesseorganisasjoner. Forholdet mellom administrasjonen og politisk ledelse har vært et klassisk stridstema innen samfunnsvitenskapelig forskning og avslutningsvis er derfor dette forholdet redegjort for.

5. BESLUTNINGSPROSESSEN I FASER

I denne studien har jeg valgt å dele beslutningsprosessen omkring UKOM inn i fire ulike faser, og jeg vil her redegjøre for de empiriske funnene kronologisk i lys av disse. *Initiativfasen* tar utgangspunkt i Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Laila Dāvøys representantforslag om en «havarikommisjon» for helsesektoren (Dokument 8:146 S (2009-2010)), og omfatter også bakgrunnen for dette forslaget samt regjeringen Stoltenberg IIs stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Nedsettelsen av Syse-utvalget med tilhørende mandat sommeren 2013 og tilleggsmandatet fra regjeringen Solberg høsten 2013 inngår også i denne. I *utredningsfasen* er det innspill til Syse/Arianson-utvalgets arbeid, samt utvalgets arbeid med NOU 2015:11 som står sentralt. Høringssvarene til denne utredningen fra tidlig vår 2016 har jeg valgt å presentere i en egen *høringsfase*. Beslutningsprosessen sine siste del er *vedtaksfasen*, og tar for seg regjeringen Solbergs behandling av NOU 2015:11, samt lovforslaget om en undersøkelseskomisjon som ble endelig vedtatt av Stortinget 1. juni 2017. *Iverksettelsesfasen* av UKOM kan hevdes å være den egentlige avsluttende fasen i denne beslutningsprosessen, men som allerede påpekt blir ikke denne gjenstand for utdypende drøftelser. Noe av etterspillet av vedtaket i Stortinget er dog tatt med.

Til tross for denne valgte faseinndelingen, er det ikke slik å forstå at de ulike fasene er klart definert i tid, eller at én fase nødvendigvis slutter der neste begynner. Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan UKOM ble opprettet til tross for motstand fra flere hold, og en slik strukturering av empirien for å synliggjøre hvordan ulike aktører, og deres problemoppfattelser og løsningsforslag utvikler seg og forholder seg til hverandre over tid i de ulike fasene synes derfor å være mest hensiktsmessig. Prosessuelle momenter og det substansielle innholdet blir behandlet side om side. Hver fase oppsummeres avslutningsvis i lys av aktiverings- og et defineringsprosessen.

5.1. Initiativfasen

Initiativet til en undersøkelseskomisjon kan tilskrives flere. Lege og professor Peter Hjort argumenterte for en slik allerede i 2007, Pårørendegruppen argumenterte for en slik i møte med politikere og myndighetsrepresentanter i januar 2010. For denne studiens del anses det første konkrete forsøket på å sette opprettelsen av slik komisjon på den politiske dagsorden som startskuddet. Følgelig starter dette underkapittelet med et

representantforslag i Stortinget om en «havarikommisjon» for helsesektoren fra sommeren 2010. Regjeringen Stoltenberg II publiserte i desember 2012 den første stortingsmeldingen som tok en helhetlig tilnærming til fagområdet pasientsikkerhet og samfunnets oppfølging av uheldige hendelser i helse- og omsorgssektoren, noe som ledet fram til nedsettelsen av Syse-utvalget. Med regjeringen Solbergs tilleggsmandat fra høsten 2013 var også den endelige og konkrete bestillingen til en eventuell undersøkelseskomisjon tatt av politisk ledelse, noe som kan anses som slutten av denne fasen av beslutningsprosessen.

5.1.1. Initiativ til opprettelse av en «havarikommisjon» for helsesektoren

Den 2. juli 2010 fremmet stortingsrepresentantene Bent Høie (H), Sonja Irene Sjøli (H) og Laila Dávøy (Krf) et forslag om en Statens havarikommisjon for helsesektoren (Dokument 8:146 S (2009-2010)). I et helsesystem hvor det er så stor risiko for at menneskelige feil kan føre til alvorlige hendelser og ulykker er det ikke alene nok å fokusere på reduksjon av menneskelige feil. Forhold som antas å ha betydning for pasientsikkerheten må utredes på en systematisk måte ble det hevdet av forslagstillerne.

En slik årsaksforskyvning fra individ til system er som vi har sett ikke nødvendigvis nytt, heller ikke interessen for pasientsikkerhet. Peter Hjort gjennomgikk i sin bok *Uheldige hendelser i helsetjenesten* (2007) hele fagfeltet av pasientsikkerhet. Med bakgrunn i Hjorts bok fremmet daværende stortingsrepresentanter fra Høyre, Erna Solberg, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli, i 2009 et forslag om å bedre kvalitet i norske sykehus (Dokument 8:29 (2008-2009)), siden fulgt opp av Bent Høie og Sonja Irene Sjølis forslag om bedre rettsikkerhet for pasienter (Dokument 8:106 S (2009-2010)). Felles for disse forslagene er at de bærer preg av en *rettsliggjørings*-argumentasjon, hvor økte rettigheter og innføring av måleindikatorer ble lansert som løsningsforslag for å forbedre pasientsikkerheten. En havarikommisjon, som også foreslått av Hjort i nevnte bok, ble her ikke fremmet som en mulig løsning.

I januar 2010 ble «Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i norske sykehus» etablert, med det formål å sette søkelys på unaturlige dødsfall i norske sykehus (Pårørendegruppen - unaturlige dødsfall i norske sykehus [Pårørendegruppen], u.å.). I særlig grad mente gruppen at Statens helsetilsyn som den offentlige tilsynsmyndighet ikke evnet å frambringe alle fakta i saker omhandlende unaturlige dødsfall i helsetjenesten. Påførendegruppen mente derfor at en uhildet helsefaglig

undersøkelseskommissjon ville være den beste løsningen for et lærende helsevesen (Kristoffersen, 2011). Høie, Sjøli og Dávøys forslag er helt i tråd med dette, og etter eget utsagn formulert etter kontakt med Pårørendegruppen (Dokument 8:5 S (2011-2012), s. 2). Intervjuer gjennomført i forbindelse med denne studien underbygger også inntrykket av en tett kontakt mellom Pårørendegruppen og politikere på Stortinget. Fremskrittspartiets helsepolitiske talsperson 2010-2017 og senere leder av Helse- og omsorgskomiteen, Kari Kjønaas Kjos, fortalte følgende:

Det var tre mammaer som ba om et møte med meg, og det de hadde felles var at deres barn døde på sykehus uten at det skulle være noen grunn til det... Og det er jo et unaturlig dødsfall, så de vil jo gjerne ha det etterforsket. Og så fant de ut at hvis de hadde dødd rett utenfor sykehuset så hadde politiet etterforsket, men fordi de døde på innsiden så var det ingen etterforskning. De var heller ikke part i saken, de fikk ikke innsyn i noe... De historiene de fortalte avgjorde ekstremt inntrykk på meg... Og så hadde de tilsvarende møte med de andre partiene, men det eneste andre partiet som på en måte tok den ballen, det var Høyre og Bent Høie. (Kjos, personlig kommunikasjon, 21. november 2019)

Foruten møter med sentrale politikere både fra regjeringspartiene, og fra opposisjonen, møtte også Pårørendegruppen andre myndighetspersoner, deriblant riksadvokat Tor-Aksel Busch (Pårørendegruppen, u.å.). Pårørendegruppens engasjement var stort i initiativfasen, og synes altså å ha hatt betydning. I Hjorts oppfølger fra 2011 til *Uheldige hendelser i helsetjenesten* (2007), begrunnes behovet for en ny bok om pasientsikkerhet på følgende måte: «[j]eg føler at denne boken dessverre ikke har klart å skape et gjennombrudd for dette feltet i vårt land og i vår helsetjeneste» (Hjort, 2011, s. 4). Til tross for oppmerksomheten Hjorts bok fra 2007 tydeligvis har fått, var det først da Pårørendegruppen igangsatte sitt arbeid og skapte blest om dette at lyktes en med å virkelig bevege det politiske miljøet (S.tid (2010-2011), s. 2408).

Innstilling i forslaget ble i februar 2011, etter syv måneders arbeid, avgitt av Stortingets helse- og omsorgskomiteé (Innst. 185 S (2010-2011)). Tidlig i komiteens behandling ble det avholdt en åpen høring, hvor både Den norske legeförening og Pårørendegruppen var invitert til å delta (Stortinget, 2010a). En aktør som det kan hevdes ville vært naturlig å ha med, Statens helsetilsyn, var ikke invitert. Hvorvidt høringen faktisk var åpen kan det derfor stilles spørsmål ved. Høringen ble innledet av tidligere leder for Statens havarikommisjon for transport, Grete Myhre, som redegjorde for forskjellen mellom et tilsyn og en havarikommisjons arbeid. Særlig sistnevntes fokus på læringseffekter ble framholdt som en vesentlig forskjell, og etter Myhres syn ville

helsevesenet «... profittere på å bygge opp en nøytral undersøkelseskommissjon som presenterer sine rapporter med sikkerhetstilrådinger som kan brukes i undervisning og forebygging» (Innst. 250 S (2012–2013), s. 17).

Den norske legeforening på sin side støttet intensjonen bak etablering av en egen havarikommisjon for helsesektoren, og anerkjente at dette kunne bidra til raskere handling ved uheldige hendelser og økt læring. Samtidig ble det påpekt at det var vesentlige forskjeller i å etterforske uønskede hendelser i helsesektoren, kontra i transportsektoren. Der hvor Statens havarikommisjon for transport fokuserer på overordnede system, vil en helsefaglig havarikommisjon i større grad måtte ta hensyn til de individuelle aspektene. Videre er det langt flere ulike instanser som er involvert ved etterforskning av en uønsket hendelse i helsesektoren, noe som i så fall ville bety at enda flere undersøkelsesaktører ville legge unødig beslag på helsearbeidernes tid. Særlig dersom en utrykningsenhet underlagt Statens helsetilsyn skulle operere side om side med en nyetablert havarikommisjon for helsesektoren. Avslutningsvis ble følgene av helseforetaksreformen fra 2002 trukket fram som en mulig forklaring på det høye antall uønskede hendelser, hvor hensyn til økonomi som det førende prinsipp kan overstyre hva som faglig vurderes til å være beste løsning (Stortinget, 2010b).

Pårørendegruppen viste til egne erfaringer som etterlatte i møte med sykehus og tilsynsmyndigheter. Etter sigende virket sykehusene å være mer opptatt av å tildekke alvorlige hendelser, det med ubetinget støtte fra tilsynsmyndighetene. Statens helsetilsyn viste ingen vilje til å avhøre helsepersonell, eller til å innhente ytterligere informasjon utover hva sykehuset selv opplyste om. Arbeidet med å etterforske var derfor uintendert blitt en prosess drevet fram av pårørende i sjokk, og behovet for en uhildet helsefaglig havarikommisjon var derfor høyst påkrevd (Stortinget, 2010b).

Komiteen viste i innstillingen til at helsetjenesten gjennom dens internkontrollsystem allerede var forpliktet til å evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer med henblikk på kontinuerlig forbedring av sin virksomhet. Videre ble det påpekt at det var blitt avdekket flere uheldige hendelser med tragisk utfall, og at disse burde adresseres. I sitt tilsvarende svar til komiteen datert 13. august 2010 vedrørende Høie, Sjøli og Dåvøys forslag, svarer helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen at Statens helsetilsyn allerede ivaretok mye av dennes tenkte virksomhet gjennom sine kjerneoppgaver (Innst. 185 S (2010-2011), s. 9). Men det erkjennes samtidig at systemet *har* mangler. Statens helsetilsyn skulle av den grunn komme med anbefalinger til forbedring av systemet for å forebygge

fremtidige uønskede hendelser. For ytterligere kvalitetsheving var det også blitt opprettet en egen utrykningsenhet⁷ i Statens helsetilsyn. Med disse to tiltakene var en havarikommisjon for helsesektoren etter ministerens syn overflødig, og ville i tillegg kreve betydelige ressurser å opprette og drifte. Komiteens flertall, bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiets representanter, innstilte på å ikke ta forslaget til følge.

Komiteens innstilling ble 9. februar 2011 debattert og votert over i Stortinget (S.tid (2010-2011), s. 2405-2413). Blant representantene på Stortingets talerstol var det på tvers av partigrenser enighet om at pasientsikkerheten i norsk helsetjeneste ikke var god nok. Hva som var årsaken til det, og ikke minst hvilke tiltak som i størst mulig grad kunne oppfylle den uttalte nullvisjonen hersket det dog større uenighet om. For opposisjonen ble systemfokuset holdt fram som et viktig, om ikke det viktigste, punktet til forbedring. Kristelig Folkeparti og Laila Dåvøy påpekte at «[d]et kan ikke være helsetjenesten som skal vurdere seg selv ... Det er behov for at eksterne gransker og analyserer unaturlige dødsfall og uheldige hendelser», en lignende argumentasjon som også går igjen i Bent Høie og Høyres argumentasjon. Høie viste til at:

Helsetilsynet og helsedirektøren påpeker at det er en form for ukultur ... i helsevesenet, at en ikke lærer av egne feil. Men også dagens system, og det er det systemet som regjeringspartiene i dag går inn for å videreføre og ikke supplere, privatiserer i altfor stor grad ansvaret for sikkerhet i helsevesenet til den enkelte helsemedarbeider, og ser ikke i tilstrekkelig grad at mennesker som jobber i helsevesenet, ikke er overmennesker. (S.tid (2010-2011), s. 2408)

For forslaget motstandere virket årsaken å være en annen. Arbeiderpartiets Tore Hagebakken pekte på mangelfull rapportering, som igjen er til hinder for en rask inngripen. Følger vi denne argumentasjonen, må vi altså anta at uønskede hendelser kan forebygges, såfremt helsepersonell tar sitt ansvar og varsler om slike. En ny meldeordning⁸ uavhengig fra tilsynsmyndigheter og uten trussel om sanksjon, samt utrykningsgruppen i Statens helsetilsyn for rask handling, ble fremholdt som insentiver for å fremme dette. Når det gjelder forslaget om havarikommisjon, var

⁷ Etter Meld. St. 10 (2012-2013) kjent som «undersøkelsesenheten» i Statens helsetilsyn. Begge benevnelser bli her brukt, men refererer i alle tilfeller til samme enhet.

⁸ Meldeplikten var lovregulert i spesialisthelsetjenesteloven paragraf 3-3 av 24. juni 2011. Via Meldeordningen har helseinstitusjoner vært pålagt å sende meldinger til Helsedirektoratet om uønskede hendelser som har, eller kunne ha, ført til betydelig skade. Meldeordningen ble av regjeringen Stoltenberg II i 2011 flyttet fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (NAPS), fram til Stortinget vedtok endringer 15. april 2019 (Lovvedtak 50 (2018-2019)).

gjennomgangsmelodien utad fra regjeringspartiene Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet at intensjonen var god, men at en ønsket å avvente med å ta stilling til behovet for en egen undersøkelseskommisjon til erfaringene med utrykningsenheten i Statens helsetilsyn forelå. I synet på behovet for en uavhengig undersøkelseskommisjon synes skillelinjene å gå langs oppfattelsen av Statens helsetilsyn som uavhengig instans. Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen (S.tid (2010-2011), s. 2413) argumenterte for at «Helsetilsynet er ... ikke en del av sykehusene eller en del av foretakene, Helsetilsynet skal jo være en uavhengig tilsynsinstans», noe som av opposisjonen ble oppfattet til å være problemet. Eller med Laila Dávøys ord:

... statsråden ser da bort fra at en av de største anklagene fra pårørende etter disse uventede dødsfallene går mot Statens helsetilsyn – og mangel på oppfølging fra dem. Det er det samme helsetilsynet som nå har fått ansvaret for utrykningsgruppen. Det er jo poenget i at vi ønsker en uavhengig havarikommisjon. (S.tid (2010-2011), s. 2413)

Innstillingen fra Helse- og omsorgskomiteen ble vedtatt mot Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkepartis stemmer (S.tid (2010-2011), s. 2454).

5.1.2. En bred offentlig gjennomgang av pasientsikkerhet

Til tross for en økt interesse for pasientsikkerhet fra folkevalgte politikere, hadde fremdeles ikke fagfeltet vært gjenstand for en større offentlig gjennomgang. I forbindelse med Pårørendegruppens støttemarkering 8. februar 2011, dagen før Stortingets votering over Høie, Sjøli og Dávøys forslag, uttalte representanter for regjeringen at det skulle igangsettes arbeid med en egen stortingsmelding om kvalitet i helsetjenesten.

Anne-Grete Strøm-Erichsen var helse- og omsorgsminister under behandlingen av de tre representantforslagene, deriblant forslaget om en havarikommisjon, men da stortingsmeldingen *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* endelig ble lagt fram 7. desember 2012 (Meld. St. 10 (2012-2013)) var ministerposten overtatt av Jonas Gahr Støre. I stortingsmeldingen ble det påpekt at mange felles utfordringer for helse- og omsorgstjenesten nødvendiggjorde en ny helhetlig tilnærming. En spesialisert helsetjeneste presset fram et behov for samhandling på tvers av fagområder og spesialiteter, og et kvalitetsarbeid innad i de respektive virksomhetene skulle bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Interessant nok ser en at ansvaret for læring av uønskede hendelser legges på virksomheten selv, når det eksempelvis påpekes at: «[s]ystematisk kvalitetsarbeid er en del av den ordinære virksomheten i

helse- og omsorgstjenesten, og skal bidra til å gjøre arbeidet mer effektivt», og videre at: «[k]valitetsmåling må oppleves som meningsfylt for ledere og ansatte, dersom det skal føre til læring og endring av praksis» (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 9).

Selv om det er lagt stor vekt på at læring fra slike uønskede hendelser i stor grad må identifiseres og utvinnes av den enkelte virksomhet, underforstått de som faktisk begår feilen, foreslo regjeringen også tiltak som kan tolkes som en økning eller forsterking av eksternt uavhengig tilsyn. Det ble påpekt i tilsvaret til Dokument 8:146 S (2009-2010) at argumentasjonen for en havarikommisjon i stor grad sammenfalt med argumentasjonen for å opprette forsøksordning med utrykningsenhet i Statens helsetilsyn. Denne utrykningsenheten foreslås her å omdannes til en permanent *undersøkelsesenhet*. Samtidig er ikke ideen om en uavhengig kommisjon lagt død. Spørsmål knyttet til hvordan samfunnet burde følge opp alvorlige og uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten blir foreslått utredet, og i særdeleshet om det ved særlig alvorlige hendelser ville være behov for ytterligere oppfølging utover eksisterende tilsynslovgivning eksempelvis gjennom opprettelsen av en uavhengig «sikkerhetskommisjon» (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 73).

I helse- og omsorgskomiteens behandling av Stortingsmelding 13 (Innst. 250 S (2012-2013)) delte komiteen seg i to grupperinger, hvor skillelinjen gikk mellom et rød-grønt flertall bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, og et mindretall utgått fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti. For flertallets del var ambisjonen «... [å] fortsatt ... videreutvikle helse- og omsorgstjenestene fra å være blant de beste til å bli de beste» (Innst. 250 S (2012-2013), s. 6). Flertallet viste videre til at overforbruk eller overbehandling av helsetjenester var den største trusselen mot kvalitetsheving av helse- og omsorgssektoren, og at god kvalitet i pasientbehandling kan være kostnadseffektivt og derfor et mål i seg selv for å unngå uønskede hendelser (Innst. 250 S (2012-2013), s. 7).

Mindretallet viste til omfanget av feil og uheldige hendelser som rapportert av professor Peter Hjort, og de økte kostnadene tilknyttet pasientskadeerstatning. Vedrørende en havarikommisjon for helsesektoren, gikk fremdeles komiteens mindretall inn for etablering av en slik. Denne skulle ha fokus på utvinning av lærdom fra uønskede hendelser, og skulle ikke ta stilling til sivil- eller strafferettslig skyld. Ønsket ble begrunnet med viktigheten av å sikre pårørende partsrettigheter i saker med uønsket utfall, og videre at en slik kommisjon ville gi pårørende løpende oppdateringer ved etterforskning

eller tilsyn. (Innst. 250 S (2012–2013), s. 10). En direkte uttrykt mistillit til Statens helsetilsyn, lik den fra Pårørendegruppen, er ikke å finne direkte igjen i mindretallets argumentasjon, men det påpekes at en undersøkelseskommisjon også: «...[kan] vurdere Helsetilsynets arbeid og rolle i sikkerhetsarbeidet» (Innst. 250 S (2012–2013), s. 18)

Til tross for motsetningene som forelå, var det likevel en samlet komité som gikk inn for det videre arbeid og overordnede løsninger som var skissert i stortingsmeldingen, deriblant omgjøring av utrykningsgruppen i Statens helsetilsyn til en undersøkelsesenhet for behandling av varsler om alvorlige hendelser og gjennomføring av en bred utredning om samfunnets oppfølging av uønskede hendelser i helse- og omsorgssektoren (Innst. 250 S (2012–2013), s. 14).

Inntrykket av en komité som støttet regjeringens foreslåtte tiltak som overordnet skissert i Stortingsmelding 10 (2012-2013) ble også bekreftet av komiteens leder Bent Høie under Stortingets behandling av saken, hvor det påpekes at mindretallets øvrige forslag var *i tillegg* til dem beskrevet i Stortingsmeldingen. Fremskrittspartiets Per Arne Olsens innlegg i debatten illustrerer på en god måte den enigheten som hersket, på tvers av partigrenser, i ønsket om et økt fokus på en forbedring av pasientsikkerheten:

Jeg tror at alle i denne salen ønsker et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud med økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, en bedre pasientsikkerhet og ikke minst færre uønskede hendelser. Nettopp derfor er det faktisk gledelig at denne stortingsmeldingen omsider har kommet. Derfor skal vi i dag også koste på oss, synes jeg, å understreke at alle partier i denne sal erkjenner at noe må gjøres, og mange forslag fremmes også i denne saken. (S.tid (2012-2013), s. 3046)

Venstre, som ikke tok del i komitéarbeidet, bemerket seg ved representanten Borghild Tenden, at:

... vi må ha større fokus på at helsepersonell skal få tid til å drive pasientbehandling. Vi er bekymret over et økende dokumentasjons- og kontrollregime i mange deler av offentlig sektor, også i helsesektoren. Mye tid og krefter går med til administrasjon og byråkrati. (S.tid (2012-2013), s. 30350)

Hvorvidt dette er en generell betraktning, eller om dette retter seg mot konkrete aspekter i stortingsmeldingen er vanskelig å fastslå. Sett i sammenheng med Venstres ønske om en uavhengig gjennomgang av organisering i helsesektoren i samme sak (S.tid (2012-2013), s. 3050) med sikte på å redusere byråkratiet, kan det dog tenkes at dette var et mer overordnet ønske.

Forslaget fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti om å opprette en «... permanent undersøkelseskommissjon for helsetjenesten, etter modell fra Statens havarikommisjonen for transportsektoren» fikk støtte fra Venstre, men falt med 52 mot 46 stemmer (S.tid (2012-2013), s. 3106).

5.1.3. Nedsettelse av Syse-utvalget og første mandat

I tråd med hva som ble skissert i Stortingsmelding 10 (2012-2013), tok helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre initiativ til å opprette et utvalg for å se nærmere på hvordan samfunnet håndterer pasientsikkerhet. Lege og professor ved det juridiske fakultet ved Universitetet i Oslo, Aslak Syse, fikk våren 2013 en uformell forespørsel om å lede utvalget. Gitt sakens karakter, jf. dens juridiske og helsefaglige orientering, synes dette å være et opplagt valg. Senere samme vår kom det en offisiell henvendelse fra Helse- og omsorgsdepartementet, som Syse takket ja til. Departementet fikk flere innspill til hvem som kunne være nyttig å ha med i utvalget, deriblant fra Syse, men det var departementet selv som stod for den endelige utvelgingen.

Den endelige sammensetningen bestod av 19 personer, alle med erfaring fra offentlig forvaltning, helse og/eller juss. Med helsefaglig kompetanse var Helga Arianson (fylkeslege i Hordaland), Geir Sverre Braut (assisterende direktør, Statens helsetilsyn), Øystein Flesland (seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten), Bjørn Hofmann (professor i medisinsk filosofi, NTNU), Jan-Roger Olsen (direktør ved Sørlandet sykehus), Siri Wiig (postdoktor, Institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger), Wasim Zahid (lege i spesialisering, Oslo universitetssykehus), Ruth Flenning (lege i spesialisering, Oslo universitetssykehus), Ottar Grimstad (kommuneoverlege i Hareid kommune) og Ragnhild Vardehaug (rådgiver, St. Olavs hospital) representert. Solfrid Vaage Haukaas (advokat, KS), Siri Kristiansen (advokat, Regjeringsadvokaten) og Terje Nybø (førstestatsadvokat, Riksadvokatembetet) hadde juridisk utdanning, mens Gudrun Grindaker (Rådmann i Halden kommune) og Kjellfrid Torsteinsen Blakstad (seksjonsleder, Fagforbundet) var som de eneste i utvalget uten sitt daglige virke innen helse- eller jussektoren. Grindaker hadde derimot bakgrunn som sjefssykepleier ved Ullevål universitetssykehus, mens Blakstad (seksjonsleder, Fagforbundet) hadde erfaring fra Hjemmetjenesten. Pårørendegruppen som den antatt største pådriveren for en havarikommisjon var også representert i utvalget gjennom sykepleier Solveig Eek Bistrup. Også representanter med bakgrunn fra andre interessegrupper, herunder Guro

Birkeland (generalsekretær, Norsk pasientforening) og Mette E. Eriksen (Pasient- og brukerombud i Finnmark). Fagdirektør i Helse- og omsorgsdepartementet, Kirsten B. Dahl, og stipendiat ved OsloMet, Janikke Solstad Vedeler, virket som utvalgets sekretærer.

Som en ser av sammensetningen, er utvalget fritt for partipolitiske bindinger. Noe av dette kan tenkes å ha sammenheng med de faglige tunge problemstillingene utvalget ble bedt om å utrede, men det kan også ha sammenheng med den brede politiske interessen i temaet. Riktignok var det representanter for Høyre og Kristelig Folkeparti som endelig foreslo en havarikommisjon, men uavhengig av standpunkt til dette forslaget var det uansett bred politisk enighet om at pasientsikkerheten burde adresseres og utredes. Også i forbindelse med regjeringsskiftet høsten 2013 ser en at endringene i utvalget ikke medfører de store kontroverser, og en kan anta at utvalget også ble oppfattet som legitimt.

I utvalgets første mandat (Regjeringen, 2013a) fra 21. juni 2013 var det henvist til Helse- og omsorgskomiteens innstilling til Høie, Sjøli og Dåvøys forslag om en havarikommisjon for helsesektoren. Utvalget ble også bedt om å vurdere behovet for en uavhengig kommisjon ved særlig alvorlige hendelser, i tråd med det som var skissert i Stortingsmelding 10 (2012-2013) (Regjeringen, 2013a, s. 2). Argumentasjonen for en slik kommisjon og kritikken mot datidens organisering, som fremsatt av opposisjonen og andre interessenter som Pårørendegruppen, er også å finne igjen. Det skrives blant annet at utvalget skal vurdere balansen mellom behov for åpenhet og læring på ene siden, mot sanksjonering av helsepersonell og helseinstanser på andre. Vurdering av formålet med ulike former for sanksjon og forholdet mellom individ og system som også nevnt i mandatet følger mye samme problemstilling, og var også et av argumentene *for* en kommisjon i Høie, Sjøli og Dåvøys forslag. Utvalget ble også bedt om å vurdere ulike aktørers ansvar, oppgaver og uavhengighet ved alvorlige hendelser, noe som på mange måter speilet kritikken fra blant annet Pårørendegruppen vedrørende tilsynsmyndighetenes mangelfulle uavhengighet.

5.1.4. Utvidet mandat og endring i sammensetning

Høsten 2013 fikk Norge ny regjering, utgått av Høyre og Fremskrittspartiet. Regjeringen Solberg avløste dermed Jens Stoltenbergs andre regjering, og inntok også førerretet i det videre arbeidet med samfunnets oppfølging av alvorlige hendelser i helsesektoren. I regjeringen Solbergs politiske plattform, Sundvollen-erklæringen, stod det ettertrykkelig

å lese at regjeringen ville «[e]tablere en permanent uavhengig undersøkelseskommissjon for uønskede hendelser» (Regjeringen, 2013b, s. 43).

14. november 2013, en knapp måned etter regjeringen tiltrådte, ble utvalgets mandat og sammensetning også endret. Endring av sammensetning er først og fremst merkbart med tanke på antall. Ved nedsettelsen talte utvalget 19 personer, ved endringen av regjeringen Solberg var antallet redusert til 15. Ut av utvalget forsvant Guro Birkeland (Norsk pasientforening), Kjellfrid Blakstad (Fagforbundet), Mette Eriksen (Pasient- og brukerombud i Finnmark), Ruth Flenning (Oslo universitetssykehus), Ottar Grimstad (Kommuneoverlege), Gudrun Grindaker (rådmann) og Ragnhild Vardehaug (St. Olavs hospital), og inn kom Torunn Grinnvoll (Pasient- og brukerombud i Vestfold), Kirsten Toft (Kommuneoverlege i Alstahaug kommune) og Grete Myhre (psykolog, tidligere leder av Havarikommisjonen). Med unntak av Myhre, ser en at nye utvalgsmedlemmers kompetanse erstatter den som forsvant ut. Inntrykket av at dette var en relativt uproblematisk utskiftning bekreftes også på langt vei av daværende utvalgsleder Syse:

Ministeren ønsket flere nye inn, blant annet den tidligere lederen i Havarikommisjonen og sånt noe. (Syse, personlig kommunikasjon, 22. november 2019)

Etter omrokkingen hadde utvalget da følgende sammensetning:

- Aslak Syse (leder), *professor ved institutt for offentlig rett, Universitetet i Oslo*
- Helga Arianson, *fylkeslege i Hordaland*
- Kirsten Toft, *kommuneoverlege i Alstahaug kommune*
- Wasim Zahid, *lege i spesialisering ved Oslo universitetssykehus*
- Jan-Roger Olsen, *direktør ved Sørlandet sykehus*
- Geir Sverre Braut, *assisterende direktør i Statens helsetilsyn*
- Øystein Flesland, *seksjonsleder ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*
- Solveig Eek Bistrup, *sykepleier, medlem av Pårørendegruppen*
- Torunn Grinnvoll, *pasient- og brukerombud i Vestfold*
- Terje Nybøe, *førstestatsadvokat, Riksadvokatembetet*
- Solfrid Vaage Haukaas, *Advokat for KS*
- Siri Kristiansen, *advokat for Regjeringsadvokaten*
- Bjørn Hoffmann, *professor i medisinsk filosofi, NTNU*
- Siri Wiig, *postdoktor ved institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger*
- Grete Myhre, *psykolog, tidligere leder for Statens havarikommisjon for transport*

Innlemmelsen av Havarikommisjonens tidligere leder kan ses i sammenheng med regjeringens tilleggsmandat (Regjeringen, 2013c). Her ble utvalget eksplisitt bedt om å vurdere om det kunne være hensiktsmessig med en uavhengig undersøkelseskommissjon,

samtidig som det juridiske og organisatoriske grunnlaget for opprettelse av en slik kommisjon skulle utredes og foreslås. Enkelte av problemstillingene gitt i det opprinnelige mandatet, da særskilt hva bruk av sanksjoner angår, blir i tilleggsmandatet også understreket. Formålet med en slik kommisjonen ble her definert som:

... å undersøke alvorlige hendelser og ulykker hvor utredningen antas å ha betydning for forebyggelse av ulykker i helsesektoren. Kommisjonen skal ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar. Kommisjonen avgjør selv omfanget av de undersøkelser som skal foretas, herunder vurdere undersøkelsens forventede sikkerhetsmessige verdi med hensyn til nødvendige ressurser (Regjeringen, 2013c).

Selv om forslaget om en undersøkelseskommisjon ble lansert av Peter Hjort allerede i 2007, og igjen av Høie, Sjøli og Dåvøy i 2011, er det endelig regjeringen Solberg som formelt muliggjør etablering av denne gjennom en utvidelse av Syse-utvalgets mandat.

5.1.5. Oppsummering av initiativfasen

5.1.5.1. Aktiveringsprosessen

Det offentlige initiativet til en undersøkelseskommisjon kan tilskrives daværende opposisjonspolitikere Bent Høie, Sonja Irene Sjøvold og Laila Dåvøy, selv om ideen ikke ble unnfanget av disse. Den rød-grønne regjeringen ble også aktivert i denne fasen gjennom utforming av den første stortingsmeldingen om pasientsikkerhet, nedsettelse av Syse-utvalget og formuleringen av dets første mandat. Begge disse prosessene kan Pårørendegruppen hevdes å ha initiert gjennom aktiv møtevirksomhet med politikere, øvrige myndigheter som eksempelvis Riksadvokaten og med stadige utspill i media.

Departementets valg av Aslak Syse som utvalgsleder synes indirekte å ha hatt betydning for sammensetning av utvalget. Syse høstet med sin faglige kompetanse og erfaring som utredningsleder stor respekt fra både politikere og andre. Dette ble av enkelte utvalgsmedlemmer, som senere leder Helga Arianson, pekt på som en avgjørende årsak til deltakelse (Arianson, personlig kommunikasjon, 4. november 2019). Valg av medlemmer til utvalget ble gjort av Helse- og omsorgsdepartementet på bakgrunn av faglige kvalifikasjoner, da særskilt helsefaglig og juridisk kompetanse. Pårørendegruppen ble også gitt adgang til beslutningsprosessen gjennom representasjon av Solveig Eek Bistrup i utvalgsarbeidet.

Denne fasen kan sies å delvis følge en *segmentert modell*, hvor kompetanse og ekspertise synes å være av avgjørende betydning for tilgang til beslutningsstrukturen.

Også helse- og omsorgskomiteens høring vedrørende Høie, Sjøli og Dāvøys representantforslag Dokument 8:146 S (2009-2010) var, til tross for å være betegnet som åpen, kun for inviterte aktører. Dette gjør fasen innledningsvis åpen, deretter lukket med åpne innslag. Aktørene har vært få og skiftende.

5.1.5.2. Defineringsprosessen

Overordnet ser det ut til å ha vært en tverrpolitisk enighet om behovet for å adressere samfunnets oppfølging av uønskede hendelser i helse- og omsorgssektoren, hvor problemet ble oppfattet til å være en for svak pasientsikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Hvorvidt regjeringen Stoltenberg IIs midlertidige forsøksordning med en egen undersøkelsesenhet i Statens helsetilsyn var ment til å demme opp for kritikken fra blant annet Pårørendegruppen, eller om denne var etablert i påvente av en større gjennomgang kommer ikke tydelig fram. Behovet for en større gjennomgang av fagområdet synes det derimot å ha vært en bred enighet om, og løsningen med å nedsette et offentlig utvalg til dette formål har således vært uproblematisk. Utvalgets første mandat var klar på overordnet formål, men likevel generelt utformet med tanke på mulige løsninger. Riktignok var Høie, Sjøvold og Dāvøys representantforslag om en undersøkelseskommissjon lagt ved mandatet, men ikke før regjeringen Solberg tiltrådte høsten 2013 ble spørsmålet om en undersøkelseskommissjon og dens organisatoriske og juridiske grunnlag spesifikt innlemmet i utvalgets mandat til utredelse. Først da ble det også spesifisert til å gjelde etablering av en undersøkelseskommissjon etter modell fra transportsektoren, noe som gjenspeiles med innlemmingen av tidligere leder for Havarikommissjonen, Grete Myhre, i utvalget.

5.2. Utredningsfasen

Utredningen av samfunnets oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgssektoren tok til med opprettelsen av Syse-utvalget sommeren 2013. Selve utredningen av en undersøkelseskommissjon kan derimot tilskrives tilleggsmandatet utvalget fikk i forbindelse med regjeringsskiftet høsten samme år. Etter kontroverser som blant annet resulterte i bytte av utvalgsleder, avleverte utvalget sin endelige utredningsrapport til helse- og omsorgsminister Høie 2. november 2015. I følgende underkapittel vil involverte aktører og argumenter redegjøres for.

5.2.1. Utvalgets innledende arbeid

30. august 2013 holdt utvalget sitt første av i alt seks møter med Aslak Syse som leder. Allerede på første møte var en mulig undersøkelseskommisjon et sentralt tema, hvor flere innspill til utvalgets videre arbeid omhandlet nettopp rollen til uavhengige granskningskommisjoner og læring etter ulykker. Gitt tid og ressurser ble det bestemt at utvalget i stor grad var nødt for å basere seg på eksisterende datakilder, selv om det ble planlagt studieturer til Sverige, Finland, Nederland og Storbritannia, samt besøk til undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn.

På tredje utvalgsmøte 26. november 2013 redegjorde Syse for regjeringsbytte og møte med den nye helse- og omsorgsminister Bent Høie, samt endringene i utvalgets sammensetning og mandat. Det ble understreket at en skulle utrede hensiktsmessigheten med en undersøkelseskommisjon for helsetjenesten, og at det uavhengig av dette uansett skulle utredes et juridisk og organisatorisk grunnlag for opprettelse av en eventuell undersøkelseskommisjon. Slik Syse oppfattet det i møte med statsråden var fremdeles ikke spørsmålet om etablering av en undersøkelseskommisjon avgjort, men at:

... det var vår oppgave og vurdere hensiktsmessigheten, og avgi en utredning som da skulle på høring og videre til politisk behandling. (Syse, personlig kommunikasjon, 22. november 2019)

Eller som Syse senere skriver: «Statsråden klargjorde i møte at ingen avgjørelser skulle tas under utvalgsarbeidet for å kunne stille utvalget fritt i dets vurderinger» (Syse, 2014).

Det meste av utvalgets arbeid hittil i det innledende arbeid dreide seg om kunnskapsinnhenting. Erfaringer fra undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn ble gjennomgått, samt tilsvarende erfaringer fra Havarikommisjonen for transports arbeid. Drøftelser langs skille mellom individ/system gjennom et tilsyns- og sanksjonsperspektiv følger også inn i utvalgsarbeidet, til tross for at det i tilleggsmandatet ble avklart at en eventuell undersøkelseskommisjon *ikke* skulle ha en sanksjonerende myndighet. En gjennomgang av utvalgets møtereferater viser heller ikke noe aktiv diskusjon om behovet for en undersøkelseskommisjon spesifikt, utover hva som allerede er blitt påpekt. Ikke før vi er kommet til møte nummer seks, den 14. – 15. mai 2014, ser en at spørsmålet om en undersøkelseskommisjon står oppført på dagsorden.

Under sak 3 «Fortsatt spørsmål om pro et contra vedrørende en egen havarikommisjon for helsesaker... » var både overlege ved Bærum sykehus, Jannicke Mellin-Olsen, og direktør for Statens havarikommisjon, William J. Bertheussen, invitert som innledere.

Jannicke Mellin-Olsen trakk fram flere argumenter til fordel for en opprettelse, i særlig grad hensynet til pasienter og pårørende. Mellin-Olsen pekte videre på at det var samfunnets *moralske* plikt å benytte seg av de metodene som «utvetydig [har] vist å være mest effektive for å hindre andre å bli rammet i fremtiden». Også daværende modell ses på med et kritisk blikk, hvor eksempelvis det manglende læringsutbytte etter tilsynssaker trekkes fram i negativ forstand. Mye av kritikken som er framkommet mot en eventuell etablering av en undersøkelseskommissjon har vært begrunnet med aktørmangfoldet på helsefeltet. Med en rekke aktører i helsesektoren med overlappende og til dels like oppgaver, vil en ny tilsynsaktør bare bidra til enda mer byråkrati og systemtregghet ble det hevdet av enkelte. Også dette argumenterer Mellin-Olsen mot. I hennes redegjørelse er oppgavefordelingen og ansvarsområder allerede tydelig definert: 1) *Politi*: Er noen myrdet? 2) *Statens helsetilsyn*: Er arbeidet forsvarlig? Er regler og retningslinjer fulgt? og 3) *Undersøkelseskommissjon*: Hvordan kan vi hindre at dette skjer igjen? Kan vi trekke annen lærdom av dette? Dekker dagens viten og regler det som skal til for å hindre at det samme skjer igjen?

Bertheussens foredrag støttet også opp under en slik rollefordeling, hvor Havarikommissjonens rolle som aktør med en helhetlig tilnærming ble vektlagt, og brukt som argument for etablering av en tilsvarende instans i helsesektoren. Verdien av en sanksjonsfri instans ble også understreket, hvor «kunnskapsdeling – ikke skyld og straff» burde være siktemålet. Dette med sanksjoner ble også diskutert under utvalgsarbeidet:

Det ble diskutert. Nå er ikke sanksjonering en veldig stor del av tilsynsmyndighetenes aktiviteter for å si det slik ... det virker for meg både underveis og i ettertid at virksomhetene ikke ønsket en undersøkelseskommissjon veldig velkommen ... det er mange som har sagt at de heller vil ha en sterk tilsynsmyndighet (Arianson, personlig kommunikasjon, 19. november 2019)

Aslak Syse avsluttet saken med å presentere et foreløpig utkast til regulering av en eventuell undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. Selv om grunnlaget for en etablering ble fremlagt her, var det ikke slik at det ble tatt en avgjørelse om utvalgets standpunkt i saken. Noen strømninger var likevel å spore:

Vi drev med å skulle finne ut hvordan det fungerte med slike utvalg i andre land, og vurderte ikke stemningen i utvalget. Men det er veldig klart ... noen var direkte positive. Flere fra de som da utgjorde mindretallet til slutt, signaliserte vel det ganske tidlig, at de kunne tenke seg dette. (Syse, personlig kommunikasjon, 22. november 2019)

Som Syse påpekte i tredje møte var dette utkastet til etablering en oppgave angitt i tilleggsmandatet, og som uavhengig av utvalgets standpunkt om etablering av en undersøkelseskommissjon skulle besvares.

5.2.2. Helseministeren som garantist

20. juni 2014 skrev Aftenposten om den såkalte «Daniel-saken» (Gjerde, 2014a). Saken omhandlet to år gamle Daniel Flemmen Ødegård, som døde etter en mandeloperasjon på Molde sykehus i 2009. Undersøkelser gjort av sakkyndige viste at dødsårsaken skyldtes feil begått av behandlende lege under operasjonen, og videre framkom det påstander om at sykehuset i ettertid angivelig hadde presset helsepersonell til å samordne forklaringer i forkant av politiavhør (Gjerde, 2014b). Til tross for en uomtvistet dødsårsak og påfølgende etterforskning fra Statens helsetilsyn og politiet, ble verken sykehuset eller involvert helsepersonell gitt noen form for straffereaksjon.

De påfølgende dagene, i tidsrommet 21. juni til 24. juni, skrev Aftenposten i alt fire artikler om saken. Hendelsene som tidligere var trukket fram av Pårørendegruppen i møte med presse og politikere, ble nok en gang satt på dagsorden. Et likhetstrekk som går igjen i de omtalte sakene var Statens helsetilsyns rolle som uavhengig tilsynsmyndighet, eller mangel på uavhengighet som sådan. Solveig Eek Bistrup, her intervjuet som pårørende mor, viste til at Statens helsetilsyn «[e]tter to år konkluderte ... med grove rutinebrudd og grov uaktsomhet. Men... frarådet likevel etterforskning» (Hurum og Gjerde, 2014). Aftenposten viste også til erfaringene fra flere andre pårørende når de hevdet at «[s]ykehusene er mer opptatt av å tildekke og å ta hensyn til egne ansatte, enn av å komme til bunns i sakene, og lære av feil» (Hurum og Gjerde, 2014). Ekspertene og andre autoriteter kom også på banen i sakens anledning, slik som Jon Helle, visepresident i Legeforeningen, som hevdet at sykehusledere aktivt forhindret varsler om feilbehandling (Gjerde, 2014c). Førsteamanuensis ved Diakonhjemmets høgskolesenter, Olav Molven, pekte på sin side på Riksadvokatens føringer som en av forklaringene på hvorfor så få tilsynssaker endte opp med straffeforfølgelse (Gjerde og Hurum, 2014). Ifølge en undersøkelse gjort av Molven (2010) for perioden 2002 – 2008, begjærte Statens helsetilsyn påtale i kun en sak av i alt 1000 mottatte meldinger om pasientskade med dødelig utgang.

25. juni 2014 publiserte Aftenposten i lys av den aktuelle oppmerksomheten rundt pasientsikkerhet et intervju med helse- og omsorgsminister Bent Høie (Gjerde, 2014d).

Høie, som tidligere hadde avstått fra å kommentere den videre håndteringen av pasientsikkerheten i helsesektoren i påvente av Syse-utvalgets konklusjoner, bekreftet nå uten forbehold at en undersøkelseskommissjon uansett ville komme - helt uavhengig av hva Syse-utvalget skulle komme fram til. Helse- og omsorgsministeren går også langt i å gi kritikerne medhold i sine innsigelser mot Statens helsetilsyn, når det understrekes at kommisjonen «... vil være helt uavhengig av Statens helsetilsyn». Hva den nye «pasientenes helsetjeneste», som Høie omtalte den som, avløste kommer ikke tydelig fram, men inspirasjon og påvirkning fra pårørende er derimot å lese i klartekst når Høie uttaler: «Jeg har lært mye av møter med pårørende. Innflytelsen fra disse har vært viktig for meg». Interessant nok gikk helse- og omsorgsministeren også langt i å forskuttere hvordan den kommende undersøkelseskommissjon skulle organiseres, et spørsmål som Syse-utvalget uansett standpunkt om hensiktsmessighet var bedt om å utrede.

5.2.3. Fra Syse til Arianson – videre arbeid

Grunnet statsrådets garantier for en undersøkelseskommissjon valgte Aslak Syse å trekke seg som leder for utvalget. I en kronikk publisert 11. juni 2014 i Aftenposten (Syse, 2014) viste Syse til at utvalget denne gangen, som vanlig kutyme er, skulle utrede de spørsmål angitt i mandatet, basert på et faglig grunnlag. Eller med Syses ord:

Med et kompetent og bredt sammensatt utvalg skulle vi også denne gang finne frem til de best tenkelige forslag til svar på en komplisert samfunnsutfordring, basert på tilgjengelig kunnskap og erfaringer fra inn- og utland, herunder å sikre ivaretagelsen av et bruker- og pårørendeperspektiv. (Syse, 2014)

Som det også fremkommer av utvalgets møteprotokoll var det organisatoriske grunnlaget for en slik kommisjon allerede utredet og kostnadsspørsmålet også delvis kartlagt. Det spennende etter Syses eget utsagn, var hvorvidt en kommisjon faktisk var hensiktsmessig. Et åpent spørsmål som utvalget ble bedt om å utrede, men som før konklusjonen forelå alt var blitt politisk besvart av helse- og omsorgsministeren. En slik forskuttering av den politiske behandlingen fra statsrådets side gjorde det ifølge Syse «... meningsløst å fortsette å lede dette. Det blir exit Syse-utvalget for min del» (Syse, 2014).

Enkelte (se Gjerde, 2014e) stilte spørsmål ved om Syse i det hele tatt burde være overrasket over helse- og omsorgsminister Høies standpunkt i spørsmålet om en undersøkelseskommissjon, gitt hans engasjement for saken i opposisjon og det faktum at

etableringen av en slik kommisjon allerede var omtalt i Sundvollen-erklæringen. Uavhengig av hvilke signaler Syse mener å ha fått fra Bent Høie, og hvilke signaler Høie mener å ha gitt, finnes det flere forhold som kan forklare hvorfor mange, inkludert Syse, ikke har oppfattet spørsmålet om en undersøkelseskommisjon som endelig avgjort. I Sundvollen-erklæringen ble det også stadfestet at de regionale helseforetakene skulle legges ned, noe som syv år etter fremdeles ikke har skjedd.

Etter Aslak Syses fratreden ble Helga Arianson forespurt av departementet om å lede utvalget videre. I møte med Bent Høie 11. august spurte den ferske lederen for utvalget om det fremdeles var slik at utvalget stod fritt i sine vurderinger, noe som ble bekreftet. Hvorvidt det ville komme en undersøkelseskommisjon uansett hva utvalget måtte komme fram til, var derimot ikke et tema under møtet. Statsrådets forsikringer var uansett tilfredsstillende nok for Arianson:

... det kan godt være at den kommer, men det skal ikke være det som skal være førende for hva dette utvalget mener (Arianson, personlig kommunikasjon, 4. november 2019).

Oktober 2014 holdt det omdøpte utvalget, nå kjent som «Arianson-utvalget», et lenge planlagt høringsmøte⁹. Utvalget mottok også i den forbindelse 33 skriftlige høringsinnspill til dets videre arbeid, i tillegg holdt fire aktører muntlige innlegg på selve høringsmøtet som ikke foreligger skriftlig. Av alle disse var det seks aktører som eksplisitt flagget motstand mot opprettelsen av en undersøkelseskommisjon, kontra fem for (Regjeringen, 2015a). Av de resterende 26 er det flere som omtaler kommisjonen, og langt på vei også argumenterer for og imot en slik, men som likevel ikke uttrykker et klart standpunkt.

Legeforeningen uttalte under høringsmøtet at en vridning fra individ til system ville gi de beste forutsetninger for læring. Videre uttrykte Legeforeningen skepsis til å bruke midler på en ekstern byråkratisk ordning, i stedet for å bruke disse ressursene der hvor pasientene faktisk behandles. Denne byråkratiskepsisen var også grunnen til at Legeforeningen ikke umiddelbart støttet forslaget om å etablere en undersøkelseskommisjon. For regionale brukerutvalget ved Helse Sør-Øst stod saken annerledes. Brukerutvalget viste her til det høye antallet uønskede hendelser, og argumenterte for at en uavhengig undersøkelseskommisjon ville komme dypere inn i de enkelte uønskede hendelsene, og på den måten i større grad kunne avdekke «sannheten».

⁹ En fullstendig liste over aktører i beslutningsprosessens forskjellige høringsrunder er vedlagt bakerst.

Som påpekt var det ikke alle aktørene som hadde tatt et endelig standpunkt. Sverre Levernes fra Statens strålevern påpekte viktigheten av eksterne granskere for å avdekke systemfeil, men bedyrte at en undersøkelseskommisjon ikke nødvendigvis ville være den eneste løsningen. Bent Høies garantier kan også sies å ha påvirket enkelte av innspillene. Eksempelvis uttaler Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten under høringen at deres svar er avgitt på bakgrunn av at en kommisjon uansett kommer, og hopper således bukk over et faktisk standpunkt for eller mot.

I de påfølgende møtene med Arianson som utvalgsleder fortsatte en å drøfte hensiktsmessigheten av en kommisjon. På åttende møte, den 7. oktober, ble argumenter for og mot opprettelse, aktuelle alternativ for organisering for en undersøkelseskommisjon og eventuelle organisatoriske endringer som følge av opprettelse diskutert.

Som utgangspunkt for diskusjonen ble det lagt til grunn at formålet med en kommisjon var å avdekke fakta for å kunne lære av, og forebygge alvorlige uønskede hendelser. Dette skulle gjelde større prosesser og alvorlige enkeltsaker med stort risikopotensiale. Argumentasjonen for viser til *uavhengighet* og *habilitet* som sentrale verdier, hvor det fremheves at en uavhengig instans som denne også vil kunne ha anledning til å etterforske tilsynsmyndighetene som Statens helsetilsyn og andre aktører høyere i hierarkiet også. I motsatt fall vises det til den økte byråkratiseringen og mulige svekkelsen av allerede eksisterende ordninger det vil medføre. Utvalget pekte også på at det ville være vanskelig å finne gode gyldige kriterier for når kommisjonen burde gjennomføre undersøkelse, og at det heller ikke var dokumentert at denne type kommisjon faktisk ville ha en positiv effekt med tanke på forebygging av uønskede hendelser. Pårørendegruppenes tette kontakt til utredningsarbeidet fortsetter også med uforminsket styrke. Foruten Solveig Eek Bistrups dobbeltrolle som både utvalgsmedlem og som framtrедende medlem av Pårørendegruppen, framkommer det også av referatene fra utvalgsarbeidet at Helga Arianson så sent som 6. november hadde et møte med Pårørendegruppen for å gjøre seg kjent med deres synspunkter og erfaringer. Selv om ingen avgjørelse var tatt, virker det blant enkelte av utvalgsmedlemmene til å være klart hvilken vei det går:

... jeg husker at en av de som satt i utvalget ringte til meg og spurte: «det ser ut til at dette får vi ikke til, jeg vil gjerne at vi skal gjennomføre dette, men det ser ikke ut til at jeg får med meg utvalget på det» (Kjos, personlig kommunikasjon, 21. november 2019)

På utvalgets 10. møte, 28. januar 2015, presenterte Siri Kristiansen et førsteutkast til det juridiske og organisatoriske grunnlaget for en mulig kommisjon for hele utvalget. Det

kom også fram at utvalgets innstilling ville bli delt, uten at det var klargjort hvorvidt det betød flertall for eller mot opprettelse. En slik endelig avstemning fant først sted på det 12. møte den 7. mai samme år, hvor 10 av utvalgets medlemmer stemte mot. Mindretallets synspunkter ville bli inntatt som er særmerknad i den endelige NOUen. Et endelig utkast til kapittel om undersøkelseskommissjon ble ført i pennen av utvalgsleder Arianson og utvalgets sekretariat, på bakgrunn av innspill framkommet på møtet. Utvalgets to siste møter, 11. – 12. juni og 25. – 26. august, var viet arbeidet med den endelige teksten. Også utkast til lov om undersøkelseskommissjon, et utkast i hovedsak forfattet av tidligere utvalgsleder Aslak Syse, ble gjennomgått. Siri Kristiansen bearbeidet denne i samråd med utvalgsleder, og med nye merknader fra Aslak Syse.

5.2.4. Arianson-utvalgets innstilling

Den 2. november 2015 overleverte utvalget sin endelige utredning, «Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene» (NOU 2015:11) til helse- og omsorgsminister Bent Høie. I NOUens kapittel 7.9.3. – 7.9.5. behandles spørsmålet om en undersøkelseskommissjon, og det vises til at en eventuell kommisjon burde ha fokus på hendelser som kunne ha betydning for det videre forebyggingsarbeidet. Utvalget pekte videre på at en slik kunnskapsinnhenting undersøkelseskommissjonen var tenkt å bedrive, kunne være av betydning for sikkerhetsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten, og at denne kunnskapen muligens ikke ville kunne tilegnes gjennom tilsynsmyndighetens eller virksomhetenes egne undersøkelser. Det ble lagt til grunn at en eventuell undersøkelseskommissjon burde kunne undersøke forhold i alle deler av helse- og omsorgstjenesten, også på kommunalt nivå og hos private aktører. For at en slik kommisjon skulle kunne utføre sine oppgaver på tilfredsstillende vis, var utvalget av den oppfatning at tjenestetilbyderne i helse- og omsorgssektoren burde pålegges å varsle. Likeså burde pårørende ha rett til å varsle om uønskede hendelser, men at en slik varslingsrett ikke innebar en rett til å få hendelsen undersøkt. Akkurat dette hensynet til pårørende, som er blitt viet stor oppmerksomhet gjennom hele prosessen, trekkes også fram i utredningen:

I forlengelsen av argumentet med bedre opplyste saker, vil utvalget framheve at pårørende ved en slik grundig gjennomgang av en sak vil kunne få mer omfattende, om enn ikke alltid uttømmende, svar på hva som skjedde og hvorfor den alvorlige hendelsen inntraff. En slik grundig undersøkelse kan således ha stor betydning for etterlatte som kan sitte igjen med mange ubesvarte spørsmål etter en alvorlig hendelse. Den vil kunne virke positivt inn i

prosessen med å gjenopprette pårørendes tillit til helse- og omsorgstjenesten. (NOU 2015:11, s. 278)

Når utvalgets flertall, 10 av 14 medlemmer, konkluderte med at det likevel ikke ville være hensiktsmessig å opprette en undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgssektoren, vises det til at det allerede finnes flere aktører på feltet som til dels ville ha overlappende oppgaver med undersøkelseskommissjonens. Når det gjaldt uavhengighet, som var et sentralt argument for opprettelse allerede fra første stund, pekte utvalget på at det i Statens helsetilsyn allerede fantes et uavhengig helsefaglig organ. Den eneste forskjellen i så fall ville være at undersøkelseskommissjonen i tillegg ville være uavhengig av tilsynsmyndighetene, og også ville kunne etterforske disse. Etter utvalgets syn var forventningene som ble skapt, blant annet av helse- og omsorgsminister Bent Høie, urealistiske å klare å innfri. En undersøkelseskommissjon ville med hensyn til tilgjengelig ressursbruk, sannsynligvis ikke makte å kartlegge alle forhold i en gitt sak. Pårørende vil derfor ikke kunne få svar på samtlige, eller de fleste for den del, av sine spørsmål. Et sentralt spørsmål vedrørende hensiktsmessigheten av en slik undersøkelseskommissjon var om den faktisk ville ha en positiv effekt på pasientsikkerhetsarbeidet. Utvalget bemerket at det ikke var etablert tilsvarende undersøkelseskommissjoner i andre sammenlignbare land, og at effekten derfor var ukjent. Hva mer en kommissjon vil kunne bidra med er også et spørsmål:

... er dette riktig bruk av samfunnets ressurser? Og hvilken merverdi gir dette? Det er nok det grunnleggende spørsmålet mitt, både den gang og nå. (Arianson, personlig kommunikasjon, 19. november 2019)

Med dette lagt til grunn mente utvalgets flertall at ressursene tiltenkt en undersøkelseskommissjon heller burde gå til styrking av ledelseskompetanse i forebygging av uønskede hendelser, og at den viktigste læringen kom av at virksomhetene selv forpliktet seg et større ansvar til å gjennomgå alvorlige uønskede hendelser.

Utvalgets mindretall, bestående av Bistrup (Pårørendegruppen), Flesland (Helsedirektoratet), Myhre (tidl. Havarikommissjonen) og Wiig (Universitet i Stavanger), pekte på sin side til at en undersøkelseskommissjon ville kunne avdekke negative systemmønstre over tid, og at en kommissjon uten myndighet til å sanksjonere i større grad enn eksisterende instanser ville kunne bidra til økt læring og systemkorrigering. Til forskjell fra Statens helsetilsyn, ville også en undersøkelseskommissjon kunne gå bredere til verks, og ikke bare begrense seg til å undersøke om tjenesten er forsvarlig utøvd, eller

om det har forekommet regelbrudd. En slik tilnærming ville også kunne frambringe andre typer svar, eksempelvis av kontekstuell art, om beslutningstaking på ulike systemnivå eller vedrørende sikkerhetskultur, som sammen ville få fram systematiske årsaksforhold utover hva som konkret har funnet sted i en bestemt sak. En gjennomgang av alvorlige og uønskede hendelser i helsesektoren var også etter disses syn et samfunnsansvar overfor berørte pasienter og deres pårørende. Til tross for at en kommisjon ikke ville evne å gi uttømmende svar på hva som har skjedd i en gitt sak, vil den kunne gi noen svar til de involverte. En undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten ville derfor være hensiktsmessig.

I tilleggsmandatet ble utvalget bedt om å utrede det juridiske grunnlaget for en kommisjon, uavhengig av standpunkt om hensiktsmessighet, og det ble i utredningsarbeidet jobbet fram utkast til en lov om undersøkelseskommisjon. Hvorfor ikke regler som omhandlet en kommisjon ble tatt inn i eksisterende lovverk kommer ikke klart fram av møtereferatene i utvalget, men i NOUen gis det en begrunnelse for valget som ble tatt:

Utvalget har vurdert om det vil være hensiktsmessig å ta inn regler om en eventuell undersøkelseskommisjon i en av de eksisterende lovene på helserettens område, men er kommet til at det er mer ryddig med en egen lov. Det er ikke naturlig å ta bestemmelsene inn i helsetilsynsloven. Det vil være ønskelig å markere skillet mellom kommisjonen og tilsynsmyndighetene, som har til oppgave å kontrollere oppfyllelse av lovpålagte plikter og har myndighet til å ilegge administrative reaksjoner. Lovgrunnlaget for en mulig kommisjon passer heller ikke i spesialisthelsetjenesteloven dersom kommisjonens arbeidsfelt også skal omfatte andre deler av helse- og omsorgstjenesten, slik utvalget mener det bør legges opp til. (NOU 2015:11, s. 274)

Et samlet utvalg mente at varslingsplikten til tilsynsmyndighetene burde bestå uavhengig av om det ble opprettet en undersøkelseskommisjon, og at effekten av en eventuell undersøkelseskommisjons burde måles gjennom følgeforskning.

5.2.5. Oppsummering av utredningsfasen

5.2.5.1. Aktiveringsprosessen

Til tross for at utvalgets sammensetning og utvalgsleder ble byttet underveis, kan en si at utredningsfasen i stor grad var preget av et stabilt deltakelsesmønster, og at deltakelse i utvalgsarbeidet var formalisert. De utvalgsmedlemmer som ble byttet ut ved regjeringen Solbergs tiltredelse ble erstattet av personer med lik kompetanse og bakgrunn, og ny utvalgsleder ble hentet fra utvalget selv. Utskifting av utvalgsmedlemmer sammenfalt

også med nytt utvidet mandat om etablering av undersøkelseskommissjon, hvilket betyr at utvalgsdeltakerne som utredet og til slutt konkluderte i spørsmålet var de samme. Denne utskiftningen var også først og fremst forankret i administrative hensyn, og ikke partipolitiske. Utvalget var derfor også fritt for medlemmer med partipolitiske bindinger, selv om det ifølge Kari Kjønaas Kjos skal ha vært noe kontakt mellom enkelte utvalgsmedlemmer og folkevalgte representanter underveis. Det ble tidlig presisert av Aslak Syse at selv om enkelte var valgt på bakgrunn av organisasjonsmessig tilhørighet og/eller faglig kompetanse, var alle personlig oppnevnt, og således uten bindinger.

Underveis i utredningsarbeidet benyttet utvalget seg av flere eksterne ressurser i spørsmålet for/mot etablering av en kommisjon, slik som overlege ved Bærum sykehus Jannicke Mellin-Olsen og direktør for Statens havarikommisjon for transport, William J. Bertheussen. Begge disse synliggjorde fordeler og ulemper, dog uten å komme med konkrete forslag til organiseringen av en eventuell kommisjon. Prosessen kan av den grunn hevdes å ha vært relativt *lukket og hierarkisk betinget*, selv om utvalgets høring var en prosess åpen for alle aktører som vurderte seg som berørt. Til tross for at utvalget ikke hadde konkludert i spørsmålet om hensiktsmessighet på daværende tidspunkt, var arbeidet likevel relativt klarlagt. Denne høringsrunden med innspill til utvalgets arbeid kan således tenkes å ha hatt mindre betydning for de store spørsmålene som skulle tas stilling til.

Medias omtale av saken, først og fremst Robert Gjerde og Aftenpostens dekning, presset fram en garanti fra Bent Høie om etablering, noe som førte til at Aslak Syse trakk seg fra utvalgsarbeidet. De av utvalgsmedlemmene som er intervjuet hevder at denne ytre påvirkningen ikke direkte påvirket utvalgets konklusjoner om hensiktsmessighet i noen bestemt retning. Selve utredningsarbeidet er preget av få og stabile deltakere. For fasen som helhet derimot er aktørene flere, og deltakelsesmønstret mer skiftende.

5.2.5.2. Defineringsprosessen

Det var som vist stor enighet, både blant de folkevalgte, helseprofesjonene, pårørende og ikke minst utvalget selv, om at samfunnets oppfølging av uønskede hendelser i helse- og omsorgssektoren burde gjennomgås. Enkelte problemforståelser var også lik på tvers av endelig standpunkt til undersøkelseskommissjon, slik som at lærdom av uheldige hendelser i for liten grad ble hentet ut og delt med øvrige tjenesteutøvere i et forebyggingsperspektiv. Organiseringen av varslingstjenesten virker det også til å være

samstemthet blant de involverte aktørene til å revurdere. Hva løsningen på disse utfordringene skulle være var det derimot uenighet om.

Pårørendegruppen lanserte på et tidlig tidspunkt ideen en uavhengig undersøkelseskommisjon. I deres situasjonsbilde var det største hinderet for et lærende helsevesen dets motstand mot å bli kikket i kortene av eksterne aktører, og dennes for tette bånd til tilsynsmyndighetene. Helsepersonells frykt for represalier ble også trukket fram som en utfordring, og en ny uavhengig instans uten sanksjonerende myndighet derfor som løsningen. Som vist i initiativfasen, mente regjeringen Stoltenberg II på sin side at disse behovene, slik som uavhengighet og kunnskapsinnhenting og deling, allerede kunne ivaretas gjennom de eksisterende ordningene. Løsningen var derfor å finne i den allerede opprettede undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn.

Når Syse-utvalget begynte sitt utredningsarbeid var ikke en undersøkelseskommisjon definert som eneste svar, og hvilke løsninger utvalget så for seg kunne bøte på de foreliggende utfordringer stod derfor ganske åpent. Etter Bent Høie tiltrådte som helse- og omsorgsminister og utvalget fikk et tilleggsmandat, ble derimot dette definert som løsningen på de problemer utvalget måtte finne. Dette er hva Cyert og March (1963) omtaler som en løsning på jakt etter et problem. Ettersom utvalget nå uansett skulle utrede og foreslå en undersøkelseskommisjons organisatoriske og juridiske grunnlag, var det *hensiktsmessigheten* til en kommisjon var den sentrale problemstillingen som skulle besvares. Utvalgets arbeid dreier seg derfor om argumenter for og mot etablering. Uavhengighet, habilitet og en helhetlig tilnærming trekkes fram som argumenter for denne løsningen, mens økt byråkratisering og begrenset undersøkelseskapasitet taler mot. Forslag til undersøkelseskommisjonens organisatoriske og juridiske oppbygging slik det ble stående i NOU 2015:11 var det utvalget selv som stod for, og til tross for helse- og omsorgsministerens lovnader om en undersøkelseskommisjon *før* utvalget hadde rukket å konkludere i spørsmålet, ble det *før* og etter stadfestet fra øverste politiske myndighet at utvalget stod fritt til å vurdere hensiktsmessighet.

Når utvalget til slutt ble delt i spørsmålet om hensiktsmessighet, syntes skillelinjen å gå mellom dem som var av den oppfatning at merverdien til en slik kommisjon var liten og at ressursene tiltenkt opprettelse heller burde gå til en styrking av eksisterende ordninger, og blant dem som mente at helsevesenets manglende evne og vilje til å klare dette selv gjorde en uavhengig instans som det mest hensiktsmessige for å få bukt med de problemer som forelå.

5.3. Høringsfasen

Helse- og omsorgsdepartementet sendte utredningen på høring 11. november 2015. Om det blant enkelte aktører fremdeles hersket usikkerhet vedrørende departementets standpunkt i spørsmålet om etablering av en undersøkelseskommissjon, må en anta at denne usikkerheten langt på vei ble feid til side om en iligger høringsbrevets innledning noen tyngde:

Regjeringen sier i plattformen; "Regjeringen vil etablere en permanent uavhengig undersøkelseskommissjon for uønskede hendelser." Utvalget har utredet en modell for dette som et mindretall av utvalgets medlemmer støtter. Helse- og omsorgsdepartementet ber høringsinstansene spesielt om å vurdere den foreslåtte modellen og lovforslaget knyttet til dette (Regjeringen, 2015b).

Fristen for å avgi høringsuttalelse ble satt til 1. mars 2016, selv om uttalelser datert så sent som 15. mars også ble tatt med. Av de 83 innsendte høringsuttalelsene var ni helt uten merknader, og 24 uten særskilte merknader om en undersøkelseskommissjon. De 53 gjenværende uttalelsene viste at 45 støttet flertallet i utvalgets synspunkt, mot åtte for mindretallets (Regjeringen, 2015b¹⁰). Jeg vil i det følgende gjennomgå disse høringsuttalelsene, gruppert etter type aktør, før jeg avslutningsvis undersøker hvorvidt det kan antas å være en sammenheng mellom organisasjonstype og standpunkt for eller mot en undersøkelseskommissjon.

5.3.1. Tjenesteytere

Med «tjenesteytere» har jeg her valgt å gruppere alle virksomheter som utfører helse- og omsorgstjenester, samt aktører som ivaretar deres interesser. Overordnet vil det si alle helseforetak, regionale helseforetak og fagforeninger som ivaretar ulike helseprofesjoners interesser. Av de innkomne høringsuttalelsene er det totalt 19 som tilhører denne kategorien, og videre var det av disse 14 som støttet utvalgets flertall i å *ikke* etablere en undersøkelseskommissjon, mens ingen støttet mindretallets forslag. Fem leverte uttalelser uten merknader for eller mot etablering.

Argumentene i motstand til etablering av en kommissjon følger i stor grad linjene til Arianson-utvalgets flertall. Akershus universitetssykehus bemerker eksempelvis at: «Det

¹⁰ Regjeringens nettside vedrørende høring i forbindelse med NOU 2015:11 er i bylinen datert 11. november 2015, selv om korrespondanse i saken datert i 2016, slik som høringssvar, også er tilgjengelig her. Jeg har valgt å forholde meg til regjeringens datering i løpende tekst og i litteraturlisten, selv om denne nødvendigvis må være feil. En fullstendig oversikt over høringssvar er forøvrig vedlagt bakerst.

er ... viktig ikke å undervurdere den effekt som kan oppnås ved å styrke strukturer i tilsynet», et lignende poeng som også trekkes fram av St. Olavs Hospital når det påpekes at «[e]n bedre koordinering både med hensyn på gjennomføring og oppfølging av tilsyn, vil nok føre til en større helhetlig gevinst av tilsynene i det systematiske forbedringsarbeidet». Også de regionale helseforetakene trekker fram aspektet med styrking av eksisterende ordninger. Helse Nord stiller eksempelvis spørsmål ved de økonomiske ressursene en slik kommisjon vil måtte kreve, og mener at disse «... heller bør gå til styrking av ledelseskompetanse i forebygging, kulturendring og oppfølging av uønskede hendelser». Den norske legeförening og Den norske jordmorforening trekker begge fram en styrking av undersøkelsesenheten til Statens helsetilsyn som et alternativ til en etablering av en undersøkelseskommisjon, hvorpå Jordmorforeningen skriver at «Statens helsetilsyns «utrykningsenhet» bør videreutvikles og styrkes gjennom tilføring av betydelig større ressurser».

Det vises i Arianson-utvalgets utredning til at mangel på tillit til helsetjenesten, og bare delvis til tilsynsmyndighetene, synes å være en del av utfordringen:

Flertallet oppfatter det dithen at ønsket om en undersøkelseskommisjon delvis er basert på manglende tillit til at tjenesteyterne selv er åpne om feil, forsømmelser, uforsvarlige forhold og andre omstendigheter som kan ha forårsaket eller bidratt til alvorlige hendelser. Mistilliten synes i noen grad også å omfatte tilsynsmyndighetene. Flertallet mener det må arbeides for større åpenhet om og bedre oppfølging av uønskede hendelser i virksomhetene i stedet for å opprette en ny ekstern instans. (NOU 2015:11, s. 279)

En erkjennelse av manglende åpenhet og rettskaffenhet er i liten grad å finne igjen i høringssvarene fra tjenesteyterne selv. I stedet utpekes manglende tillit til Statens helsetilsyn som det tilsynelatende største problemet, og som Helse Sør-øst bemerker at de tiltak foreslått av Arianson-utvalget evner til å «... styrke tilliten til Helsetilsynet som et uavhengig og reelt korrektiv når alvorlige hendelser inntreer i helsetjenesten» og som i likhet med Akershus universitetssykehus bemerker, ikke må «... undervurdere hvor mye som kan oppnås ved å styrke de strukturene vi har i tilsynet i dag».

Til tross for at et overveldende flertall av de helsefaglige aktørene støttet utvalgets flertall, gikk ikke utvalgets arbeid helt klar for kritikk. Især etterlyses det konkrete forslag til tiltak som kan forebygge alvorlige uønskede hendelser, noe både Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus bemerker. Sistnevnte skriver: «Ariansonutvalget går likevel etter OUS sitt syn overraskende lite inn på hvordan helsevirksomheter kan eller bør organisere sitt interne arbeid med alvorlige hendelser».

Det er likevel slik at utvalgets tilrådninger i all hovedsak følges, og argumentene som fremkommer her er i stor grad heftet på argumentene fra utredningens flertall, snarere enn nye selvstendige argumenter mot en opprettelse.

Tabell 1. Oversikt over aktører og standpunkt for «tjenesteytere».

Høringsaktører i kategorien «tjenesteytere»	For kommisjon	Mot kommisjon	Ingen merknad
<i>Akershus universitetssykehus</i>		•	
<i>Den norske jordmorforening</i>		•	
<i>Den norske legeforening</i>		•	
<i>Den norske tannlegeforening</i>			•
<i>Finnmarkssykehuset HF</i>		•	
<i>Helse Midt-Norge</i>		•	
<i>Helse Nord</i>		•	
<i>Helse Nord-Trøndelag</i>		•	
<i>Helse Sør-Øst</i>		•	
<i>Helse Vest</i>		•	
<i>Norges Farmaceutiske Forening</i>			•
<i>Norges Optikerforbund</i>		•	
<i>Norsk psykologforening</i>		•	
<i>Oslo universitetssykehus</i>			•
<i>St. Olavs Hospital</i>			•
<i>Statens helsepersonellnemnd</i>			•
<i>Sykehuset i Vestfold</i>		•	
<i>Sørlandet sykehus</i>		•	
<i>Universitetssykehuset Nord-Norge</i>		•	

Kilde: Regjeringen, 2015b.

5.3.2. Tilsynsmyndigheter

Det finnes flere instanser som har tilsyn i sin oppgaveportefølje. Jeg har her valgt å kun ta med de aktører som fører direkte tilsyn med utøvelsen av helsetjenester, og som har en sanksjonerende myndighet. Instanser som Datatilsynet og Helseklage¹¹ er følgelig ikke klassifisert her. Fra aktører som her betraktes som tilsynsmyndigheter mottok Helse- og omsorgsdepartementet totalt 15 uttalelser. Blant de 12 aktørene som ikke ønsket en etablering av kommisjon pekes det av samtlige på sammenhengen mellom ressurser og antall saker som potensielt kan undersøkes. Fylkesmannen i Vestfold påpeker at «... en slik kommisjon vil kreve uforholdsmessig store økonomiske ressurser brukt på et lite antall saker og at disse ressursene ville være bedre anvendt på andre områder ...», mens

¹¹ Helseklage (Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten) er en statlig etat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og behandler klager på vedtak fra ni offentlige etater. Etaten fører derimot ikke direkte tilsyn med aktører som utøver helsetjenester, men vurderer utelukkende klagesakens juridiske karakter (Helseklage, u.å.).

Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder uttaler at «[e]n kommisjon vil ikke kunne ta mer enn et fåtall saker, og seleksjonskriteriene må være så stramme at et stort flertall av saker der befolkning eller tjeneste kunne ønske å få saken undersøkt, vil falle utenfor.». I argumentasjonen som fremkommer virker det også til å være en oppfatning av at både læringsaspektet og hensynet til læring av uønskede hendelser best kan ivaretas ved å styrke det eksisterende systemet. Fylkesmannen i Østfold bemerker i så måte at «... hensynet til uavhengighet, grundighet og læring kan ivaretas på en god måte uten å bruke ressurser på å etablere og drifte en slik kommisjon».

Statens helsetilsyn, aktøren som i størst grad hadde arbeidsoppgaver som korrelerte med den tiltenkte undersøkelseskommisjonens, bemerket at dersom det ble opprettet en kommisjon måtte denne ikke komme til erstatning for, men heller «... supplere virksomhetenes eget ansvar og tilsynsmyndighetens arbeid når det gjelder å sikre kvalitet og pasientsikkerhet.» Kripos bemerker at læringseffekten av en slik kommisjon synes å være usikker, og at det vil være uheldig med for mange aktører som alle skal innhente de samme vitneforklaringene og vurdere de samme beviser. Blant tilsynsinstansene er det en stor overvekt av motstand mot etablering av en undersøkelseskommisjon, og også her argumenteres det i tråd med flertallet i Arianson-utvalget.

Tabell 2. Oversikt over aktører og standpunkt for «tilsynsmyndigheter».

Høringsaktører i kategorien «tilsynsmyndigheter»	For kommisjon	Mot kommisjon	Ingen merknad
<i>Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder</i>		•	
<i>Fylkesmannen i Buskerud</i>		•	
<i>Fylkesmannen i Hordaland</i>		•	
<i>Fylkesmannen i Oslo og Akershus</i>		•	
<i>Fylkesmannen i Rogaland</i>		•	
<i>Fylkesmannen i Sogn og Fjordane</i>		•	
<i>Fylkesmannen i Sør-Trøndelag</i>		•	
<i>Fylkesmannen i Telemark</i>		•	
<i>Fylkesmannen i Vestfold</i>		•	
<i>Fylkesmannen i Østfold</i>		•	
<i>Helfo</i>			•
<i>Kripos</i>		•	
<i>Oslo politidistrikt</i>			•
<i>Statens helsetilsyn</i>		•	
<i>Statens legemiddelverk</i>			•

Kilde: Regjeringen, 2015b.

5.3.3. Øvrige statlige myndigheter

Blant øvrige statlige aktører, myndigheter enten på kommunalt eller nasjonalt nivå, var det 12 som ikke flagget et spesifikt standpunkt vedrørende undersøkelseskommissjon, blant disse samtlige departement som avga hørings svar. Ti aktører støttet utvalgets flertall, mens én enkelt aktør støttet mindretallets ønske om en ny uavhengig tilsynsinns tans.

I sin høringsuttalelse uttaler Bergen kommune følgende: «Byrådet kan ikke se hva en slik kommissjon skal kunne bidra med i undersøkelser av alvorlige hendelser som tilsynsmyndighetene og eventuelt politi ikke kan bidra med», en lignende argumentasjon som Oslo kommune også legger til grunn når det påpekes at oppgavene tiltenkt en undersøkelseskommissjon «... mest hensiktsmessig, også økonomisk, kan legges til tilsynsmyndighetene» og at det er mye som taler for at den helsefaglige kompetansen «... allerede er tilgjengelig hos tilsynsmyndighetene». Det økonomiske aspektet som Oslo kommune så vidt nevner, synes også blant denne kategorien av aktører til å være et sterkt argument mot opprettelse. Hå kommune stiller seg bak utvalgets flertall mot opprettelse, enn så lenge en slik undersøkelseskommissjon «... ikke tilføres nye ressurser».

For Stavanger kommune er utgangspunktet det samme, men her forutsettes det at ressursene til opprettelse bevilges utenom helse- og omsorgsbudsjettet. For øvrig stiller kommunen seg bak utvalgets mindretall, med særlig fokus på hensynet til de pårørende:

Stavanger kommune er bekymret for saker hvor varslere ikke når frem eller alvorlige forhold ikke blir fulgt opp. Stavanger kommune ønsker derfor at en ekstern, frittstående undersøkelseskommissjon innføres i en pilotperiode over fire år, under forutsetning av at arbeidet i kommissjonen utredes og at kommissjonens arbeid skal evalueres med tanke på brukerperspektiv, konsekvensanalyse og hvor mange saker kommissjonen kan jobbe med. Kommissjonens oppgave er å bidra til læring og forbedring og ikke å ta stilling til skyld eller ansvar når hendelser skjer. Det er derfor viktig at undersøkelseskommissjonen er uavhengig av de ulike tilsynsorganene innen helse- og omsorgstjenesten.

Riksadvokaten peker på at det vil være uheldig at flere aktører skal kartlegge og undersøke de samme sakene, mye likt kritikken framsatt av Kripos. Også Helsedirektoratet adresserer argumenter om uavhengighet, tverrfaglighet og kompetanse som begrunnelse for ny kommissjon, og bemerker at «[d]en eksisterende undersøkelses enheten i Statens helsetilsyn er en egen avdeling, den er tverrfaglig sammensatt og har tilgang til den samlede kompetansen i Statens helsetilsyn». Hvorvidt en slik undersøkelseskommissjon faktisk vil være mer uavhengig enn eksisterende

instanser stilles også spørsmål ved, dersom forslag til lov for undersøkelseskomisjon vedtas:

Det fremgår av § 2 fjerde ledd at «Departementet kan etter samråd med kommisjonen gi kommisjonen spesielle oppgaver som har betydning for pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten.» Denne bestemmelsen henger etter Helsedirektoratets vurdering dårlig sammen med at undersøkelseskomisjonen skal være uavhengig etter §1.

Asker, Kristiansand og Trondheim kommuner stiller seg forøvrig alle bak utvalgets flertall, uten å utdype eller grunngi standpunktet utover det.

Tabell 3. Oversikt over aktører og standpunkt for «øvrige statlige myndigheter».

Høringsaktører i kategorien «øvrige statlige myndigheter»	For komisjon	Mot komisjon	Ingen merknad
<i>Arbeids- og sosialdepartementet</i>			•
<i>Asker kommune</i>		•	
<i>Bergen kommune</i>		•	
<i>Datatilsynet</i>			•
<i>Drammen kommune</i>		•	
<i>Fredrikstad kommune</i>			•
<i>Helsedirektoratet</i>		•	
<i>Helseklage</i>			•
<i>Hå kommune</i>		•	
<i>Justis- og beredskapsdepartementet</i>			•
<i>Klima- og miljødepartementet</i>			•
<i>Kommunal- og moderniseringsdepartementet</i>			•
<i>Kristiansand kommune</i>		•	
<i>Landbruks- og matdepartementet</i>			•
<i>Oslo kommune</i>		•	
<i>Politidirektoratet</i>			•
<i>Riksadvokaten</i>		•	
<i>Samferdselsdepartementet</i>			•
<i>Stavanger kommune</i>	•		
<i>Tromsø kommune</i>		•	
<i>Trondheim kommune</i>		•	
<i>Utenriksdepartementet</i>			•
<i>Ål, Flå, Nes, Gol, Hol og Hemsedal kommune</i>			•

Kilde: Regjeringen, 2015b.

5.3.4. Interessegrupper

Interessegrupper omfatter her aktører, offentlige så vel som frivillige, hvis hovedoppgave er å ivareta mottakere av helsetjenesters rettigheter. Blant interesseorganisasjonene er det en overvekt av aktører som ikke har uttrykt et spesifikt standpunkt om opprettelse av en undersøkelseskomisjon, og betraktningene her kretser i større grad rundt Arianson-

utvalgets forslag om et lovpålagt møte med pasienter og/eller pårørende de første 24 timene etter en alvorlig hendelse har inntruffet (se NOU 2015:11, s. 210).

Blant tilhengerne for opprettelse av en kommisjon argumenterer Pårørendegruppen for at læring må være det fremste målet med opprettelse av en undersøkelseskommisjon, og en uavhengig granskning vil bidra til å gi pårørende svar på hva som er årsaken til den alvorlige hendelsen. For interessegruppen «Etterlatte etter selvmord i psykisk helsevern» er hensynet til de pårørende det førende argumentet. Etablering av en undersøkelseskommisjon vil kunne styrke den enkeltes rettsikkerhet, samt avlaste etterlattes ansvar og belastning med å selv måtte avdekke hva som har skjedd. En kommisjons arbeid burde derfor ha som formål å «... innhente alle vesentlige opplysninger i en sak for å finne frem til "sannheten"». Argumenter om at en slik undersøkelseskommisjon vil kreve store økonomiske ressurser samtidig som antall saker som det er kapasitet til å undersøke er forsvinnende liten, en kritikk framført av både pasient- og brukerombudene og av Pensjonistforbundet hvor sistnevnte mener det er «virksomhetene selv som har ansvar», blir også delvis imøtegått av Pårørendegruppen:

Det argumenteres fra flere hold mot en undersøkelseskommisjon grunnet høye kostnader. Vi ønsker å holde fram viktigheten av å skape læring for å unngå tusenvis av skader og hundrevis av dødsfall årlig. Hva koster ikke dette samfunnet, både av menneskelige lidelser, men også i kroner og øre?

Tillit til tjenesteyterne har som nevnt vært gjenstand for diskusjon, både i forkant, underveis og i utvalgets avsluttende utredning. Mye av merknadene fra helseforetakene og tilsynsmyndighetene peker på en styrking av eksisterende systemer, blant annet for å bidra til en gjenreisning av tilliten til helsetjenesten, som et bedre alternativ enn en undersøkelseskommisjon. Pårørendegruppen deler heller ikke denne oppfatningen, og spør «[h]va får oss til å tro at det vil være åpenhet og ærlighet omkring de svært alvorlige hendelsene, når det ikke er tillit til samme åpenhet om mindre alvorlige hendelser?», og videre at «[d]agens system har i årevis hatt sjansen til å vise at man kan lære av virksomhetenes "egne granskninger"».

Pårørendegruppen skriver også vedrørende Arianson-utvalgets mindretall at «[d]et er vel verdt å merke seg at disse ikke representerer verken helsetilsyn, fylkesmann, helsepersonell, jurister eller pasientombud», og antyder i så måte at det muligvis kan være en sammenheng mellom motvilje mot en undersøkelseskommisjon og profesjonstilhørighet. Utvalgets mindretall bestod av Bistrup (Pårørendegruppen),

Flesland (Helsedirektoratet), Myhre (tidl. Havarikommisjonen) og Wiig (Universitet i Stavanger), og det er i så måte riktig som Pårørendegruppen skriver. Fra utvalgets første møte leser vi derimot følgende:

Syse pekte på utvalgets sammensetning og understreket at alle utvalgsmedlemmene er personlig oppnevnt. Ingen er oppnevnt som representanter for en organisasjon eller institusjon selv om noen instanser av departementet ble bedt om forslag til mulige utvalgsmedlemmer.

Organisasjonstilhørighet eller profesjonsbakgrunn kan selvsagt ha hatt betydning for det standpunkt den enkelte utvalgsmedlem inntok, men det kan samtidig også argumenteres for at høringssvarene fra disse organisasjonene heller må anses for å være deres offisielle standpunkt.

Tabell 4. Oversikt over aktører og standpunkt for «interessegrupper».

Høringsaktører i kategorien «interessegrupper»	For kommisjon	Mot kommisjon	Ingen merknad
<i>Akershus universitetssykehus, brukerutvalget</i>			•
<i>Etterlatte etter selvmord i psykisk helsevern</i>	•		
<i>Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon</i>			•
<i>Kreftforeningen</i>			•
<i>Landsforeningen for hjerte- og lungesyke</i>	•		
<i>Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse</i>			•
<i>Nasjonalforeningen for folkehelsen</i>			•
<i>Norsk forbund for utviklingshemmede</i>			•
<i>Norsk Pasientforening</i>			•
<i>Oslo universitetssykehus, brukerutvalget</i>		•	
<i>Pasient- og brukerombudene</i>		•	
<i>Pensjonistforbundet</i>		•	
<i>Pårørendegruppen</i>	•		
<i>Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør</i>			•

Kilde: Regjeringen, 2015b.

5.3.5. Andre

Som presisert i høringsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet var det anledning for hvem som helst til å gi tilsvar til utredningens høring, og i anledning Arianson-utvalgets NOU var det flere private aktører som avga hørings svar. Disse er tatt med her, i tillegg til offentlige aktører som ikke direkte representerer utøvende myndighet og interesseorganisasjoner som ikke direkte eller eksklusivt ivaretar helseprofesjoners interesser.

Som nevnt skrev Pårørendegruppen i sitt hørings svar at det var verdt å merke seg at verken helsetilsyn, fylkesmann, helsepersonell, jurister eller pasientombud var representert blant Arianson-utvalgets mindretall for etablering av undersøkelseskommissjon. I så måte er det interessant at advokatenes interesseorganisasjon, Advokatforeningen, ikke deler juristene og flertallet i utvalgets tilrådning:

Advokatforeningen støtter forslaget om en uavhengig undersøkelseskommissjon. For pasienter og pårørende er en grundig gjennomgang av hendelsen av stor betydning. Det er dessuten meget viktig at denne gjennomgangen foretas av et uavhengig organ, ikke minst for pasienter og pårørende som har opplevd at helsepersonellet er tilbakeholdne og tildekkende med hensyn til den informasjon gis, jf. også kommentarene til forslaget om lovfesting av møter.

Som en her ser legger også Advokatforeningen her et pårørendeperspektiv til grunn. Institutt for helsefag ved Universitetet i Stavanger oppgir en faglig begrunnelse som årsak til støtte for en undersøkelseskommissjon:

Fra et sikkerhetsfaglig ståsted anbefaler vi opprettelse av en uavhengig undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenestene. Vi støtter utvalgets mindretall og deres faglige argumenter for å opprette en slik kommissjon. En kommissjon som skal frembringe informasjon fra aktører som har vært involvert i alvorlige hendelser, må være fratatt muligheter for å iverksette administrative sanksjoner eller straffe helsepersonell som har vært involvert i hendelsen. Dette støttes av våre internasjonale forskningspartnere i blant annet USA, England og Nederland. I England jobbes det med opprettelse av en uavhengig undersøkelseskommissjon. Norge har som mål å bli verdensledende innen pasientsikkerhet og bør dermed lede an i dette arbeidet.

Senter for medisinsk etikk ved det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, høringsfasens andre og siste utdanningsinstitusjon, legger også en faglig vurdering til grunn men lander på et annet standpunkt enn sine kolleger i Stavanger. Etter Universitetet i Oslos syn finnes det ikke forskning som «... fremme[r] utredning eller forebygging i nevneverdig grad». I tillegg påpekes det at en etablering vil kreve ytterligere ressurser.

KS, Fagforbundet og arbeidsgiverforeningen Spekter støttet alle utvalgets flertall, og grunn gir dette blant annet ut fra et merverdiperspektiv. Fagforbundet konkluderer med at «... meirverdien av ein slik kommissjon ikkje er stor nok til å forsvare ressursbruken» og at en heller vil få «... eit større utbytte av å bruke desse ressursane til å styrkje tenestene, særleg det førebyggjande arbeidet og oppfølging av uønskte hendingar», mens Spekter uttaler at: «... en økning i det som kan oppfattes som økt unødig byråkrati og tjenester som tar ressurser vekk fra pasientnære aktiviteter uten at det kommer klart nok fram hvilken merverdi det har eller hvor kostnadene skal dekkes inn eller, skal unngås».

Anders Baalsrud, Knut Nordstedt og Monica Eng innga også hørings svar. Felles for disse er at de kommer fra et ståsted som pårørende, noe som også kan sies å prege deres hørings svar. Nordstedt uttaler eksempelvis at «[k]onklusjonen er korrekt i et samfunnsetisk perspektiv, og den er også eneste tilfredsstillende svar på hvordan man gjenoppretter tilfredsstillende rettssikkerhet for de etterlatte».

Tabell 5. Oversikt over aktører og standpunkt for «andre».

Høringsaktører i kategorien «andre»	For kommisjon	Mot kommisjon	Ingen merknad
<i>Advokatforeningen</i>	•		
<i>Anders Baalsrud</i>			•
<i>Arbeidsgiverforeningen Spekter</i>		•	
<i>Det medisinske fakultet, UiO</i>		•	
<i>Fagforbundet</i>		•	
<i>Fellesorganisasjonen KS</i>		•	•
<i>Institutt for helsefag, UiS</i>	•		
<i>Knut Nordstedt</i>	•		
<i>Landsorganisasjonen i Norge</i>			•
<i>Norges forskningsråd</i>			•
<i>Underskriftskampanje, Monica Eng</i>	•		

Kilde: Regjeringen, 2015b.

5.3.6. Oppsummering av høringsfasen

5.3.6.1. Aktiveringsprosessen

NOU 2105:11 ble sendt på høring 11. november 2015, med en høringsfrist på nesten fire måneder. Enkelte aktører ble av Helse- og omsorgsdepartementet bedt om å avgi uttalelse, slik som departement, fagforeninger og enkelte interesseorganisasjoner. I tillegg var det en rekke andre aktører som også sendte inn høringsinnspill, eksempelvis Pårørendegruppen, Universitetet i Stavanger og Universitetet i Oslo. Dette karakteriserer denne fasen som en *åpen prosess*, hvor de aktørene som anser seg for å være berørt selv velger *om* og *hvor mye* de eventuelt ønsker å engasjere seg. 83 aktører avga hørings svar, men som påpekt var det langt fra alle disse som tok stilling til utvalgets tilrådning om en undersøkelseskommisjon, og av de som faktisk tilkjennega et synspunkt var det mange som ikke utdypet dette i nevneverdig grad. Fasen kjennetegnes uansett av mange og skiftende deltakere.

5.3.6.2. Defineringsprosessen

Av de innsendte høringsuttalelsene som tok stilling til etablering av en undersøkelseskommisjon, støttet 45 instanser Arianson-utvalgets argumenter *mot* opprettelse. Blant disse aktørene pekes det særlig på en økte byråkratisering og en uklar rollefordeling i et organisatorisk landskap hvor det finnes flere aktører med sammenfallende oppgaver som en eventuell kommisjons. Etter disses syn var også merverdien en til slik undersøkelseskommisjon liten, noe som kan ses i sammenheng med argumenter for styrking av eksisterende instanser og ordninger.

For de åtte aktørene som var for etablering var det derimot hensynet til de pårørende som trumfet eventuelle innsigelser. Det er ikke slik å forstå at argumentene framsatt av motstanderne av en kommisjon nødvendigvis ble tatt til følge. Det ble hevdet av motstanderne, i særskilt grad de offentlige instansene, at de økonomiske ressursene var bedre anvendt på å styrke det som allerede er etablert. Den økonomiske kostnaden blir forsvart ved at utgiftene samfunnet fikk i forbindelse med uønskede hendelser uansett var langt høyere, og reduksjonen i slike hendelser som en undersøkelseskommisjon kan bidra med, langt på vei ville gjøre dette til en fornuftig investering. De to utdanningsinstitusjonene som avga høringssvar landet som vi har sett på ulike standpunkt, interessant nok med samme begrunnelse. Mens forskning tilsa at Universitetet i Stavanger gikk inn for en undersøkelseskommisjon, gjorde *mangel* på forskning at Universitetet i Oslo frarådet det.

Det er verdt å merke seg at ingen av høringsinstansene, verken dem som var for eller de som mot, uttrykte uenighet eller misnøye vedrørende Arianson-utvalgets situasjonsforståelse av pasientsikkerhetshåndtering i Norge, selv om enkelte av helseforetakene etterlyste konkrete tiltak for organisering mot uønskede hendelser. Som påpekt i avsnittet om høringens aktiveringsfase kjennetegnes høringsrunden som en åpen prosess. Til tross for at Helse- og omsorgsdepartementet spesifiserte i høringsbrevet at en særskilt ønsket uttalelser om en undersøkelseskommisjon, var det helt opp til hver enkelt aktør hvorvidt dette ønske ble innfridd, og i hvilken grad en eventuelt ønsket å utdype sitt standpunkt. Dette viser også de innsendte høringssvarene, hvor en stor andel ikke har omtalt en kommisjon, og en god del ikke har utdypet standpunktet nærmere, annet enn å støtte flertallet i Arianson-utvalgets konklusjoner.

5.4. Vedtaksfasen

Dette delkapittelet er viet vedtaksfasen, som starter ved departementets arbeid med lovproposisjon og avsluttes med Stortingets votering over denne.

Arianson-utvalgets tilrådninger, både flertallet og mindretallets argumenter vedrørende undersøkelseskommisjonen, ble sammen med alle høringsuttalelsene i sakens anledning bearbeidet og sammenfattet med de politiske ønsker til en lovproposisjon (Prop. 68 L (2016-2017)). Denne proposisjonen ble deretter tatt til behandling i Stortingets helse- og omsorgskomiteé, og innstillingen herfra (Innst. 327 L (2016-2017)) ble endelig votert over i Stortinget (Lovvedtak 92 (2016–2017)).

Foruten offentlige dokumenter utgjør høringsvideo, avisartikler, samt intervjuer med ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet, Petter Øgar, og daværende leder i helse- og omsorgskomiteen, Kari Kjønås Kjos fra Fremskrittspartiet, datagrunnlaget for denne delen. Avslutningsvis vil jeg oppsummere hvilke aktører som har vært fremtredende i denne fasen av beslutningsprosessen, og hvilke problemoppfatninger og løsningsforslag disse har brakt med seg.

5.4.1. Fra høring til lovforslag

Høringssvarenes klare overvekt av motstand mot Regjeringens ønske om å etablere en undersøkelseskommisjon gikk ikke upåaktet hen. Helse- og omsorgsdepartementets fagetat, Helsedirektoratet, var en av disse. I et intervju med NRK 14. mars 2016 (Lauritzen, 2016) spør divisjonsdirektør Johan Torgersen om det er fornuftig ressursbruk å opprette nok en instans for oppfølging av feil og uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsminister Bent Høie viste på sin side til at en undersøkelseskommisjon var etterlyst av ulike interessegrupper, og at: «Dette er en god idé nettopp fordi vi har behov for å få mer kunnskap om de sammensatte årsakene til at folk blir skadet og dør som følge av feil i helsetjenesten».

Østlands-Posten (2016) kom på lederplass med kritikk av Høies uttalelser vedrørende behovet for en undersøkelseskommisjon, og mente at til tross for den åpenbare nytteverdien av gode systemer for å forhindre unødvendige feil og for å sikre læring, var det også åpenbart opplagt at en «havarikommisjon» *ikke* ville være løsningen. I tillegg ble det argumentert for at det offentlige byråkratiet allerede var for stort, og at linjene i regjeringens avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (Prop 1 S (2015-2016), s. 39)

heller burde følges. Avslutningsvis pekes det på det noe som kan sies å være et gjentakende argument mot kommisjon, som sett i Helsedirektoratets kritikk:

Flere kokker betyr ofte mer søl i form av uklare ansvarsforhold. Det vil være dumt dersom helseministeren lar det gå prestisje i saken. Ideen til Bent Høie synes i hvert fall å ha havarert. Nå gjelder det å komme seg inn på tørt land. (Østlands-Posten, 2016)

Samtidig var det ikke bare udelt støtte i media til utvalgets flertall. Dagbladet (2016) inntar motsatt standpunkt, og vektlegger tillit til helsetjenesten som den avgjørende faktor:

Det handler om tilliten til helsetjenesten. Dersom det brer seg oppfatninger om at sykehusinnleggelse og inngrep like gjerne kan føre til alvorlige skader som til helbredelse er både folk flest og det offentlige helsevesenet ille ute. Derfor er det riktig av Høie å stå ved løftet i regjeringserklæringen og foreslå en havarikommisjon overfor Stortinget. Det understreker alvorret som systemsvikt og manglende rutiner bør møtes med. Trolig vil særlig grundige undersøkelser resultere i en åpenhetskultur etter hvert som det avdekkes hvor «vanlig» det er at feil oppstår. (Dagbladet, 2016)

Også Pårørendegruppen, en aktiv pådriver gjennom hele prosessen, tilkjenner sitt standpunkt i media. Under tittelen «Gi oss en helsefaglig undersøkelseskomisjon» gjentas kritikken mot tilsynsmyndighetene og helseforetakenes ønske om å selv granske egne feil (Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall, 2016). Pårørendegruppen stiller seg også undrende til Arianson-utvalgets argumentasjon mot etablering, især argumenter om kostnader tilknyttet opprettelse og det overlappende aktørmangfoldet på området. Denne kritikken utdypes ikke nærmere, i stedet vises det til Statens helsetilsyns lave utrykningsprosent og gevinsten av en sanksjonsfri granskningsinstans som gode argumenter for etablering. Avslutningsvis spilles ballen over til de folkevalgte: «Norge er et foregangsland. Vi ønsker derfor å utfordre våre politikere. Vi ber helseministeren vurdere en kommisjon i en samorganisering med andre sanksjonsfrie pasientsikkerhets-tiltak».

5.4.2. Undersøkelseskomisjon gjennom lov

Høringssvarene til NOU 2015:11 ble av embetsverket i departementet samlet og bearbeidet, og totaliteten brukt til å formulere en proposisjonstekst. Avgjørelse i saken om etablering var allerede langt på vei tatt av politisk ledelse, og embetsverkets rolle var derfor avgrenset til faglige vurderinger på bakgrunn av ønsket retning som initiert av politisk ledelse. En selvstendig faglig vurdering av enkeltmomentene i Arianson-utvalgets

tilrådninger ble således ikke gjort, som ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet, Petter Øgar, redegjør for:

Her var den politiske bestillingen klar. Det skal etableres en undersøkelseskommissjon. Så da ble det egentlig bare å vurdere om det lovforslaget som ligger i NOUen, er det adekvat, bør det justeres? Sånn at her var det en tydelig bestilling knyttet til undersøkelseskommissjon. Så er det andre ting her som følges opp i andre baner og på mer vanlig måte, men akkurat det å få på plass en slik kommissjon, det var en bestilling. Det var bare å starte arbeidet med å få etablert. (Øgar, personlig kommunikasjon, 22. november 2019)

Etter departementets syn er det likevel ikke slik at utredningsarbeidet er uten verdi:

Det kan være at de overhodet ikke har bestemt seg, eller det kan være som her at de har bestemt seg for hva de ville. Uansett vil de ofte være en verdi i et slikt NOU-arbeid, for en får en bred gjennomgang, og så får en hørt det offentlig. (Øgar, personlig kommunikasjon, 22. november 2019)

Den 24. februar 2017, et drøyt år etter at NOU 2015:11 ble sendt ut på høring, fremmet Helse- og omsorgsdepartementet det varslede lovforslaget om en undersøkelseskommissjon for helsesektoren (Prop. 68 L (2016-2017)). Lovforslaget grunnis med et behov for systematisk forebygging av uønskede hendelser, et arbeid som etter departementets vurdering best ivaretas av en uavhengig instans. Aktørene fra høringsrunden som støttet utvalgets flertall i å ikke opprette en undersøkelseskommissjon la særlig to forhold til grunn. For det første ble det argumentert for at det allerede eksisterte flere aktører hvis oppgaver overlappet en tenkt undersøkelseskommissjons. For det andre ble det pekt på de økonomiske ressursene en nyetablering ville krevd, bedre ville vært anvendt på å styrke allerede eksisterende aktører, slik som foretakenes interne forebyggingsarbeid. Til førstnevnte forhold bemerker departementet seg følgende:

Undersøkelseskommissjonen skal ikke ta sivilrettslig eller strafferettslig stilling til skyld og ansvar, og den skal heller ikke vurdere administrative reaksjoner overfor helsepersonell og virksomhet. Den vil dermed ikke komme til erstatning for tilsynsmyndighetene eller politiet, men må som utvalget uttaler «finne sin plass ved siden av blant annet tilsynsmyndighetene og politiet». Dette vil nødvendigvis innebære at det i enkelte saker vil kunne være flere aktører som foretar undersøkelser av samme hendelse. Formålet med undersøkelsene vil imidlertid være noe ulik for tilsynsmyndighetene, politiet og en undersøkelseskommissjon. Tilsynsmyndighetenes undersøkelser vil avdekke om det foreligger avvik fra kravene som stilles til helsepersonellet og virksomheten i lov og forskrifter. Dersom det foreligger avvik følger tilsynsmyndighetene opp til forholdene er brakt i orden/i henhold til regelverkets krav, eventuelt ved bruk av pålegg mot virksomheten eller administrative reaksjoner mot helsepersonell. Politiet vil foreta sine undersøkelser for å avdekke om det har skjedd straffbare forhold. (Prop. 68 L (2016-2017), s. 23-24)

Videre viser departementet til at en undersøkelseskommissjon også vil kunne gå dypere og bredere inn i de enkelte saker, eksempelvis ved å belyse «... rammebetingelser, beslutningstaking på ulike systemnivå, arbeidsmiljø og sikkerhetskultur», et argument forankret i det tidligere uttalte ønske om en tverrfaglig tilnærming (Regjeringen, 2013a). Mangelen på tillit til helsetjenesten er trukket fram av flere som et argument til støtte for opprettelse, og dette blir også omtalt av departementet. Antakelsen om at en undersøkelseskommissjon vil kunne gå dypere og grundigere inn i enkeltsaker vil etter departementets syn:

... kunne være av stor betydning for pasienter, pårørende og etterlatte som sitter igjen med mange ubesvarte spørsmål etter en alvorlig hendelse. Dette vil kunne virke positivt inn i prosessen med å gjenopprette pasienters og pårørendes tillit til helse- og omsorgstjenesten. (Prop. 68 L (2016-2017), s. 24)

Til tross for at å gjenopprette tillit til helsetjenesten blir trukket fram som et argument, er det ikke nødvendigvis slik at departementet er av den oppfatning at dette skyldes en manglende uavhengighet i eksisterende tilsynsinstanser:

... vi mener vel i utgangspunktet ... i mitt hode er Statens helsetilsyn like faglig uavhengig som en undersøkelseskommissjon. (Øgar, personlig kommunikasjon, 22. november 2019)

Gitt at regjeringen gjennom departementet ivrer etter å opprette en undersøkelseskommissjon blir også det økonomiske argumentet indirekte imøtegått. Dersom en kommissjon opprettes, kan ikke disse ressursene som er brukt til opprettelse *også* brukes til å styrke eksisterende instanser. Utover det som nå påpekt, argumenterer ikke departementet i nevneverdig grad mot denne innvendingen. Tvert om uttaler departementet følgende:

Departementet er enig med utvalget i at det først og fremst er viktig at ledere og helsepersonell arbeider systematisk med å sikre kvalitet på tjenestene og redusere risiko for slike hendelser. En sentral del av dette er å utvikle gode undersøkelses- og oppfølgingsmetoder som kan sikre at erfaringer fra slike hendelser blir lagt til grunn for det løpende utviklingsarbeidet i virksomheten. Det vises i denne forbindelse til forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som slår tydelig fast at øverste leder av virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Ansvarer innebærer at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Den nye forskriften trådte i kraft 1. januar 2017 og erstatter tidligere internkontrollforskrift. Forskriften er tydeligere på hvilke oppgaver plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere omfatter og

utdypet også kravet om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. (Prop. 68 L (2016-2017), s. 23)

Departementet sier seg altså enig i at eksisterende instansers forebyggingsarbeid burde styrkes, men i stedet for å legge et økt ressursbehov til grunn, vises det til instansenes lovpålagte plikt til styrking av forebyggingsarbeidet gjennom god styring og et forbedret regelverk som årsaker til at dette blir gjort.

I lovforslaget (Prop. 68 L (2016-2017), s. 36) foreslås undersøkelseskommissjonen organisert som en uavhengige frittstående instans, bredt sammensatt og bemannet med personell med helsefaglig bakgrunn fra forskjellige yrkesgrupper og med kompetanse på granskningsmetodikk. Enkelte har bemerket at en slik undersøkelseskommissjon uansett bare vil ha mulighet til å granske en liten andel av innmeldte saker, noe som også bekreftes av departementet:

Som omtalt ... vil undersøkelseskommissjonen ut i fra nærmere angitte rammebetingelser kunne undersøke omtrent 20 saker i året. Undersøkelseskommissjonen vil dermed kun ha ressurser til å undersøke et utvalg av saker og undersøkelsene må derfor etter departementets vurdering rettes mot de hendelsene eller forholdene som har fått alvorlige følger eller kunne ha fått det. Departementet mener derfor at undersøkelseskommissjonen skal undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold for å bedre pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten. (Prop. 68 L (2016-2017), s. 36)

Arianson-utvalgets tilrådning og ønske om å gi departementet adgang til å pålegge undersøkelseskommissjonen oppgaver, i samråd med kommissjonen selv vel og merke, ble ikke videreført i departementets forslag til lov.

5.4.3. Komitébehandling

Behandling av proposisjonen ble tildelt Stortingets helse- og omsorgskomite 28. mars 2017, og komiteens leder Kari Kjønås Kjos fungerte også som saksordfører. Den 18. april holdt komiteen en åpen høring om lovforslaget. Universitetet i Stavanger ved Siri Wiig og Olav Røise, Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i norske sykehus ved Unni Tobiassen Lie, samt Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord, representert ved Lena-Maria Haugerud og Monika Eng utgjorde høringens tre instanser. Som en ser her av deltakerlisten har samtlige organisasjoner allerede avgitt hørings svar i forbindelse med NOU 2015:11, og samtlige var også for opprettelse av en kommisjon.

Det framkom under komiteens høring få nye argumenter, selv om enkelte momenter som kultur, tillit og uavhengighet ble utdypet. Olav Røise, lege, professor ved Universitetet

i Oslo og ivrig forkjemper for pasienters rettigheter (se Spafo, 2018), uttalte seg her på vegne av Universitetet i Stavanger og bemerket at det var særlig komplekse tverrgående utfordringer som var et problem vedrørende pasientsikkerhet, og at dette sammen med en manglende åpenhetskultur hemmet organisatorisk læring. Videre var Røise av den oppfatning at fokus på effektivitet og økonomi gjorde at forebyggingsarbeidet havnet i bakevjen, og en undersøkelseskommissjon derfor ville være løsningen for å kunne bryte opp dette. Siri Wiig, medlem av Ariansson-utvalget og professor ved Universitetet i Stavanger, gjentok som Pårørendegruppen, at opprettelsen av en undersøkelseskommissjon vil gjøre Norge til et foregangsland i arbeidet med pasientsikkerhet.

På spørsmål fra Arbeiderpartiets Tove Karoline Knutsen om Statens helsetilsyns faglige uavhengighet, svarer Wiig at Statens helsetilsyn etter deres syn «ikke er uavhengig i den forstand som vi mener ... i form av å ikke skulle sanksjonere involvert helsepersonell eller straffe de». Røise viser i samme anledning til at Statens helsetilsyn «er oppdratt i samme kultur» som utgjør en del av problemet. Også i Pårørendegruppens innlegg stilles det spørsmål ved Statens helsetilsyns uavhengighet. Etter deres syn var det særlig problematisk at politiets behovsvurderinger vedrørende etterforskning grunnet manglende helsefaglig kompetanse i stor grad baserte seg på Statens helsetilsyns vurderinger, noe som igjen var problematisk da Statens helsetilsyn i 98% av tilfellene (Lies påstand) ikke anbefalte etterforskning. En beskyttende og lite offensiv tilsynsmyndighet, som i tillegg hadde myndighet til å straffe dem som måtte forklare seg, bidro derved ikke til at uønskede hendelser ble grundig nok gjennomgått og til at bakenforliggende årsaksforhold ble avdekket.

Komiteen avga innstilling i saken 23. mai 2017 (Innst. 327 L (2016-2017)). Komiteens flertall, bestående av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, tilrådte Stortinget til å vedta lovforslaget. Flertallet mente at en undersøkelseskommissjon i større grad ville ivareta hensynet til pårørende enn eksisterende ordning. Flertallet viste også til komiteens egen høring «hvor høringsinstansene ga bred støtte til den foreslåtte loven», selv om alle disse instansene i forbindelse med høringen til Ariansson-utvalgets utredning *allerede* hadde uttrykt støtte til opprettelse av en kommissjon. Det erkjennes at en undersøkelseskommissjon til dels vil ha like oppgaver som flere andre aktører på feltet, først og fremst Statens helsetilsyn, men det presiseres at til forskjell fra Statens helsetilsyn vil en undersøkelseskommissjon kunne undersøke både den private og den offentlige

helsetjenesten samt tilsynsmyndighetene selv, ikke bare spesialisthelsetjenesten. Videre bemerket flertallet at:

... undersøkelseskommisjonen ikke skal ta sivilrettslig eller strafferettslig stilling til skyld og ansvar, og den skal heller ikke vurdere administrative reaksjoner overfor helsepersonell og virksomhet. Den vil dermed ikke komme til erstatning for tilsynsmyndighetene eller politiet. På komiteens høring ble det påpekt at fordi en undersøkelseskommisjon ikke har som formål å vurdere skyld og ansvar, vil det være grunn. (Innst. 327 L (2016-2017), s. 7)

Når det gjaldt den faglige motstanden mot en slik etablering, bemerket Kari Kjønaas Kjos følgende:

De står jo i det når de skal fortelle pårørende at ting skjer, vi har behov for høy tillit i befolkningen, og jeg klarte rett og slett ikke å forstå hvorfor de var imot det. Og jeg var så sikker på at dette var riktig å gjøre, at jeg brydde meg rette og slett ikke om det. (Kjos, personlig kommunikasjon, 21. november 2019)

Komiteens mindretall, representantene fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet, sa seg enig i behovet for å adressere uønskede hendelser i helse- og omsorgssektoren, og viste til at initiativet til dette ble tatt av regjeringen Stoltenberg II. Mindretallet uttrykte også skepsis til å etablere nok et byråkratitungt organ i helsesektoren, og argumenterte for å i stedet videreutvikle undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn i tråd med Arianson-utvalgets formulering til mandat. Det ble også hevdet at en undersøkelseskommisjon sannsynligvis ikke ville klare å innfri forventningene som var skapt, og at helsetjenesten best lærer av egne feil. På bakgrunn av dette fremmet mindretallet følgende forslag:

Stortinget ber regjeringen videreutvikle og styrke den eksisterende undersøkelsesenheten i Helsetilsynet, og justere mandatet for enheten med utgangspunkt i Arianson-utvalgets forslag. (Innst. 327 L (2016-2017), s. 10)

5.4.4. Stortingsdebatten og endelig vedtak

Helse- og omsorgskomiteens innstilling ble behandlet av Stortinget 1. juni samme år. Et skille i spørsmålet om innstillingen skal tas til følge eller ikke synes å gå langs følgende to linjer: 1) blant dem som ser på en undersøkelseskommisjon som eneste løsning for å faktisk klare å undersøke uønskede hendelser grundig nok til å frembringe relevante læringsmomenter, og 2) blant dem som var av den oppfatning at det samme kunne oppnås ved å styrke eksisterende instanser, slik som Statens helsetilsyns undersøkelsesenheter.

I debatten hadde statsråd Høyie og åtte representanter, fordelt på seks partier, ordet. Av disse var tre innvalgt fra Rogaland, alle tilhørende flertallet. Flertallet, bestående av Fremskrittspartiet, Høyre, Venstre og Kristelig Folkeparti, viste til at motstanden fra

aktører i helsesektoren ikke var overraskende fra «representanter for dagens system eller tjenesteytere», (S.tid. (2016-2017), s. 3631) og at i motsetning til mindretallets systemperspektiv satte flertallets politikk ifølge Høyres Tone Wilhelmsen Trøen «mennesket og ikke systemet i sentrum». Dette argumentet ble under replikkskiftet sterkt imøtegått av Arbeiderpartiets Tove Karoline Knutsen:

... jeg tenker at det er litt merkelig å høre at i denne saken går uenigheten mellom dem som er opptatt av pasientene, og dem som er opptatt av å forsvare et system eller er opptatt av systemet ... Jeg må innrømme at jeg er veldig opptatt av systemet, for jeg tror at hvis vi ikke har gode systemer i en så kompleks og sammensatt sektor som helsesektoren, klarer vi ikke å ivareta pasientene. (S.tid. (2016-2017), s. 3635)

Det har blitt påpekt tidligere, blant annet i NOU 2015:11 og tilhørende hørings svar, at effekten av en undersøkelseskommissjon ikke er tilstrekkelig dokumentert og at dens bidrag til forbedring av pasientsikkerheten derfor var høyst usikkert. Til dette argumenterer Tone Wilhelmsen Trøen at en instans uten myndighet til å sanksjonere: «[t]rolig vil føre til mer og bedre informasjon fra helsepersonell og andre aktører. Dermed vil sakene bli bedre belyst og bedre opplyst og gi bedre grunnlag for læring og forbedring i helse- og omsorgstjenesten», og videre at:

Jeg tror at vi som stemmer for denne undersøkelseskommissjonen i dag, kanskje gjør det for at Norge skal bli verdensledende innen pasientsikkerhet, for det er et utrolig bra og helt riktig mål, men jeg tror vi spesielt gjør det fordi vi har lyttet til pårørende og etterlatte, som helt tydelig mener at en slik kommissjon vil bidra til å styrke de pårørendes rettssikkerhet, og at det kan ha stor betydning for å forebygge fremtidige alvorlige hendelser og ulykker. (S.tid. (2016-2017), s. 3631)

Hennes partifelle Sveinung Stensland, viste til det sterke fagmiljøet ved Universitetet i Stavanger, blant annet deres spisskompetanse innen kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Dette er relevant ettersom både Stavanger kommune og Universitetet i Stavanger i sine hørings svar var for opprettelse av en undersøkelseskommissjon, og ikke minst i lys av den manglende dokumenterte effekten av en slik kommissjon.

Arbeiderpartiet ved Tove Karoline Knutsen viste til at arbeidsoppgavene til en undersøkelseskommissjon langt på vei kunne oppnås ved å endre mandatet for undersøkelsenheten til Statens helsetilsyn. Senterpartiet ved Kjersti Toppe stemmer i:

Det som vert sagt, er at opprettinga av ein undersøkingskommissjon inneber ein ny nasjonal instans som skal verka innan helsetenesta vår, og at han må finna sin plass mellom andre tilsynsmyndigheiter og politi. Det vil verta slik at både pasient, brukar, pårørande og helsepersonell no i fleire tilfelle vil kunna verta bedt om å gi opplysningar til både politi,

tilsynsmyndigheter og ein ny undersøkingskommisjon ... Senterpartiet kjem til å støtta forslaget som er fremja av Arbeidarpartiet om at ein i staden for ei eiga, ny eining vidareutviklar og styrkjer den eksisterande undersøkingseininga i Helsetilsynet og justerer mandatet for eininga med utgangspunkt i det Arianson-utvalet har føreslått. (S.tid. (2016-2017), s. 3632)

For enkelte av partiene synes standpunktet å ha vært klart lenge, for andre hersket det mer tvil. Fremskrittspartiets Kari Kjønaas Kjos kommenterte at det for Arbeiderpartiets del var gått prestisje i saken, men at «[Senterpartiet] kunne ha snudd, men hvorfor de ikke gjorde det vet jeg ikke» (Kjos, personlig kommunikasjon, 21. november 2019). Venstres Ketil Kjenseth sa under behandlingen i Stortinget at Venstre i utgangspunktet hadde vært i tvil om en undersøkelseskommissjon var rett vei å gå, men at de pårørendes historier gjorde at partiet mente «det er riktig ressursbruk å være med på å støtte en sånn undersøkelseskommissjon» (S.tid. (2016-2017), s. 3632).

Pårørendegruppen berømmes også av samtlige parti, ikke minst av helse- og omsorgsminister Bent Høie: «Jeg mener dette er en historisk dag, og at dette forslaget aldri hadde kommet fram og blitt vedtatt uten det engasjementet som Pårørendegruppen har lagt ned, ikke minst med familiene Lie og Bistrup i spissen» (S.tid. (2016-2017), s. 3633), og viste samtidig til at undersøkelseskommissjonen ville være uavhengig fra helsetjenesten, tilsynsmyndighetene, direktoratet eller andre deler av helseforvaltningen. Denne påståtte uavhengigheten er dog omtvistet, som Arbeiderpartiets Tove Karoline Knutsen påpeker er ikke kommissjonen uavhengig, «... den skal være et forvaltningsorgan under Helse- og omsorgsdepartementet, altså departementet som eier de sykehusene hvor veldig mange av disse hendelsene skjer» (S.tid. (2016-2017), s. 3634).

Høyres Sveinung Stensland avsluttet debatten med å påpeke at Arbeiderpartiet syntes å ville ha en kommissjon, bare ikke regjeringens kommissjon, og at en endring av Statens

Tabell 6. Votering fordelt på parti.

Parti	For	Mot
<i>Arbeiderpartiet</i>	0	30
<i>Høyre</i>	28	1
<i>Fremskrittspartiet</i>	17	0
<i>Senterpartiet</i>	0	5
<i>Sosialistisk Venstreparti</i>	3	0
<i>Kristelig Folkeparti</i>	5	0
<i>Venstre</i>	4	0
<i>Miljøpartiet De Grønne</i>	1	0
Totalt	58	36

Kilde: Stortinget, 2016.

helsetilsyns mandat som foreslått av Arbeiderpartiet og Senterpartiet ikke endret på forutsetning for at undersøkelseskommissjonen skulle fungere; nemlig at den ved å være sanksjonsfri vil ha større mulighet til å få opplysninger som kan avdekke hva som har skjedd i alvorlige saker i helsevesenet. Den endelige voteringen

over Lov om Statens undersøkelses-kommisjon for helse- og omsorgstjenesten er oppsummert i tabell 6, og ble vedtatt med 58 mot 36 stemmer (Lovvedtak 92 (2016–2017)).

5.4.5. Etterspill og kommisjon til Stavanger

Som en ser av voteringen i tabell 6 var stemte representantene innad i de respektive partier stort samlet, med ett unntak i tidligere sosialminister Ingjerd Schou for regjeringspartiet Høyre. Interessant nok stemte også opposisjonspartiet Sosialistisk Venstreparti for loven om en undersøkelseskommissjon. Sosialistisk Venstreparti hadde tidligere, som en del av Jens Stoltenbergs andre regjering, gått mot etablering av en undersøkelseskommissjon for helsesektoren. Etter at regjeringen Solberg avløste regjeringen Stoltenberg II, har deres standpunkt i spørsmålet derimot vært mer uklart. Ikke deltok partiet i helse- og omsorgskomiteens behandling av forslaget om opprettelse, og ikke tilkjennega de standpunkt under Stortingets debatt om den, utover deres stemmegivning over lovforslaget. Fravær i komitébehandlingen kan forklares som et resultat av prioriteringer innad i partiet, gitt antall representanter. Endret standpunkt er vanskeligere å si noe om, da ingen direkte involvert i prosessen har villet uttale seg.

Etter at lov om undersøkelseskommissjon ble endelig vedtatt av Stortinget, ble UKOM i en overgangsfase organisert som et prosjekt i Helse- og omsorgsdepartementet. Lokalisering av UKOM var ikke gjenstand for debatt, verken før eller etter lovproposisjonen ble oversendt Helse- og omsorgskomiteen. Etter påtrykk fra blant andre ordfører i Stavanger, Christine Sagen Helgø (Høyre), stortingsrepresentant Sveinung Stensland fra Høyre og rektor Marit Boyesen ved Universitetet i Stavanger (Østbø, 2017), kunngjorde derimot regjeringen i desember 2017 å legge denne til Stavanger. Interessant sett i lys av sakens øvrige Stavangerkoblinger. I *midlertidig instruks for Ukom* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) presiseres det at UKOMs rolle og oppgaver følger av vedtatt lov. Når det gjaldt kontakten mellom UKOM og departementet ble det angitt at denne skulle foregå skriftlig gjennom ansvarlig fagavdeling. Resultatmål for antall tilsyn og særskilte oppdrag skulle defineres i det årlige tildelingsbrevet, mens styringsdialogen ble ivaretatt gjennom etatsstyringsmøter. I tråd med regjeringens intensjoner, ble UKOM fra 1. januar 2019 organisert som et eget, uavhengig forvaltningsorgan. Kommisjonen talte da 20 årsverk, og hadde et budsjett på i overkant kroner 40 000 000,- (Prop. 1 S (2018-2019)). En videre forklaring og gjennomgang av eksempelvis sammenhengen

mellom intensjonen i forslaget om en havarikommisjon, Arianson-utvalgets skisserte organisering og UKOMs faktiske gjøren og vesen tilhører en iverksettelsesfase. Som nevnt i kapittel 2 faller dette utenfor hva denne studien tar sikte på å gjennomgå.

5.4.6. Oppsummering av vedtaksfasen

5.4.6.1. Aktiveringsprosessen

Fra høringen og fram til Helse- og omsorgsdepartementets proposisjon forelå ble spørsmålet ivrig debattert, da først og fremst *i og av* media. Pårørendegruppen som først hadde foreslått løsning med kommisjon, indirekte deltatt i utvalgsarbeidet og i etterkant uttalt seg i høringsrunden, er også en aktiv part i dette.

Selve arbeidet med å utforme forslag til etablering av en undersøkelseskommisjon gjennom lov ble gjort av helserettsavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet. Dette arbeidet preges av formaliserte retningslinjer, og som fortalt av Petter Øgar, ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet, var spørsmålet vedrørende kommisjon en politisk bestilling og således allerede avklart. Embetsverket utarbeidet da forslag som gjennom departementsrådets møter med statsråden, og gjennom miniseminarer med administrasjonen og politisk ledelse ble justert og spisset. Deltakelsesmønsteret må her kunne sies å være stabilt, og prosessen lukket. Aktørene få og stabile.

På Stortinget ble forslaget behandlet av Helse- og omsorgskomiteen. Av komiteens 15 medlemmer representerte syv regjeringspartiene Høyre og Fremskrittspartiet, deriblant lederen Kari Kjønaas Kjos. To kom fra regjeringens støtteparti Venstre og Kristelig Folkeparti, mens seks medlemmer tilhørte opposisjonspartiene Arbeiderpartiet og Senterpartiet. Sosialistisk Venstreparti var etter valget høsten 2013 ikke representert i komiteen da forslaget ble behandlet. Komiteen holdt en åpen høring tidlig i saksgangen, og selv om de tre instansene som uttalte seg her alle tidligere hadde argumentert *for* en kommisjon, kjennetegner dette likevel en åpen prosess. Selve innstillingen ble dog besluttet og ført i pennen av et avgrenset fellesskap med klarlagte roller. Denne delen må derfor i likhet med forrige sees på som en relativt lukket prosess, med få aktører og et stabilt deltakelsesmønster.

Når det gjelder selve stortingsdebatten var debattantene her avgrenset til helse- og omsorgskomiteens medlemmer og til statsråd Bent Høie. Interessant nok ser vi at hele tre av de ni som hadde ordet under debatten, var innvalgt for Rogaland. Representanter fra

Arbeiderpartiets tidligere regjeringspartner Sosialistisk Venstreparti inntok ikke talerstolen i sakens anledning.

5.4.6.2. Defineringsprosessen

Defineringsprosessen i vedtaksrunden kan sies å ha vært relativt entydig. De involverte aktørene virker til å være samstemte om utfordringer, men uenig om virkemiddel. Helse- og omsorgsdepartementets forslag til innretning av undersøkelseskommissjonen er med få unntak helt i tråd med Arianson-utvalgets forslag til organisering, som igjen var bestilt av regjeringen gjennom utvalgets tilleggsmandat. I Helse- og omsorgskomiteens innstilling ble det av flertallet særlig vektlagt hensynet til de pårørende, hvor antakelsen var at en undersøkelseskommissjon i større grad ville løse dette på en bedre måte enn de eksisterende ordningene. Også tidligere argumentasjon om viktigheten av en etterforskningsinstans uten myndighet til å sanksjonere trekkes fram som en løsning for å bedre forebyggingsarbeidet i sektoren. For mindretallets del var det fremdeles slik at en styrking av eksisterende ordning var å foretrekke, da først og fremst en styrking av undersøkelsenheten i Statens helsetilsyn. Etter disses syn ville dette være vel så egnet til å håndtere de utfordringer som forelå, som det en ny kommisjon kunne bidra med.

Under debatten på Stortinget kom der fram få nye argumenter for eller mot. Det blir antydnet fra partiene som var for en etablering at kritikken og motstanden mot undersøkelseskommissjonen fra helseforetakene selv skyldtes en manglende vilje til å slippe til eksterne uavhengige aktører, noe som tydeliggjorde behovet for uavhengig instans. Høyres Tone Wilhelmsen Trøen framhevet at deres løsningsforslag satte «mennesket» i sentrum, en markant forskjell fra Arbeiderpartiet og Senterpartiets systemfokus. Det tydeliggjøres også fra Høyres side at en styrking av de etterlattes rettsikkerhet vil være en del av løsningen for å forebygge framtidige alvorlige hendelser og ulykker, og at en kommisjon vil bidra til dette.

5.5. Oppsummering av beslutningsfasene

I initiativfasen ble det fokusert på dokument 8-forslaget fra Høie, Sjølie og Dåvøy vedrørende etablering av en havarikommisjon for helsesektoren. Som allerede redegjort finnes det flere andre aktører som har tatt til orde for en slik enhet tidligere, men representantforslaget er første gang det er blitt satt på Stortingets politiske dagsorden. Forslaget ble nedstemt av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti,

blant annet fordi de nyetablerte utrykningsenheten til Statens helsetilsyn allerede ivaretok oppgaver som var tiltenkt den foreslåtte havarikommisjonen. Engasjementet som førte fram til dette forslaget om en kommisjon var likevel ikke fånyttet. På bakgrunn av denne fornyede oppmerksomheten utarbeidet regjeringen Stoltenberg II den første helhetlige stortingsmeldingen om pasientsikkerhet og samfunnets oppfølging av den. Dette førte igjen til nedsettelsen av Syse-utvalget. Med regjeringen Solbergs tiltredelse høsten 2013 fikk utvalget endret mandat, og det første skrittet mot etablering av en undersøkelseskommisjon fra utøvende myndighet var da tatt.

I utredningsfasen har fokuset først og fremst vært på Syse-, senere Arianson-utvalgets arbeid. Utvalgets innledende beskjeftigelser knyttet seg til kunnskapsinnhenting, ikke utelukkende til spørsmålet om en eventuell undersøkelseskommisjon, men for hele feltet av pasientsikkerhet og forebygging. Med nytt presisert mandat fra regjeringen Solberg ble et organisatorisk og juridisk grunnlag for en undersøkelseskommisjon utarbeidet. Til tross for forsikringer fra politisk ledelse om at ingen konklusjoner skulle gjøres før utvalgets arbeid var ferdigstilt, garanterte helse- og omsorgsminister Bent Høie i et intervju med Aftenposten for etablering av en undersøkelseskommisjon. Statsrådets uttalelser førte til at Aslak Syse trakk seg, og fylkeslege Helga Ariansson rykket opp i hans sted. Det omdøpte Arianson-utvalget la fram sin endelige utredning i slutten av 2015. I spørsmålet om etablering av en undersøkelseskommisjon, konkluderte et flertall av utvalget i at det ikke var tilrådelig.

I høringsfasen er aktørene sortert etter funksjon og vesen, og høringsuttalelsene systematisk gjennomgått deretter. En stor andel av høringsinstansene støttet Arianson-utvalgets flertall, og argumentene fulgte i stor grad utvalgets. Særsilt trekkes det fram styrking av eksisterende strukturer og en styrking av Statens helsetilsyn som bedre alternativer enn etablering av en ny kommisjon. Det stilles også spørsmål med hvorvidt en undersøkelseskommisjon ville make å innfri de forventninger som var skapt, hvilket ville gjøre ressurser for opprettelse bedre anvendt på eksisterende aktører. For mindretallet står hensynet til de etterlatte sterkt, sammen med potensielt læringsutbytte fra undersøkelser en slik kommisjon vil gjennomføre.

Den siste fasen som er gjennomgått, vedtaksfasen, følger først Helse- og omsorgsdepartementets utarbeidelse av lovforslag om undersøkelseskommisjon, før helse- og omsorgskomiteens arbeid blir gjennomgått. I andre studier (se eksempelvis Nielsen, 2007) er disse to prosessene skilt ut i en «andre utredningsfase» eller lignende. Ettersom

Helse- og omsorgsdepartementet og helse- og omsorgskomiteen som vist stort sett har lent seg på Arianson-utvalgets utredningsarbeid, og ikke på egen selvstendig utredning, er ikke det gjort her. Ønsket om en undersøkelseskomisjon var som sett i Syse-utvalgets presiserte utvalg, og som påpekt av ekspedisjonssjef Petter Øgar i Helse- og omsorgsdepartementet, en politisk bestilling. I komitébehandlingen gikk skillet mellom Arbeiderpartiet og Senterpartiet som var mot lovforslaget, og Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti som var for. Sosialistisk Venstreparti var ikke en del av komiteen da proposisjonen ble behandlet, men stemte for flertallets standpunkt i Stortinget. Med Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre, Kristelig Folkeparti og Sosialistisk Venstreparti stemmer ble lovforslaget vedtatt, og undersøkelseskomisjonen etablert.

6. ANALYSE

I forrige kapittel ble studiens empiriske funn beskrevet i detalj. I dette kapittelet vil jeg først gjennomgå og analysere beslutningsprosessens hovedtrekk. Både organiseringen av den i studiens fire ulike faser, samt dens aktiviserings- og defineringsprosess i lys av et generalisert strømningsperspektiv. Videre vil jeg analysere de empiriske funnene i lys av studiens tre forklarende perspektiv, før jeg avslutningsvis gir en samlet vurdering av disse.

6.1. Hovedtrekk ved aktiverings- og defineringsprosessene

6.1.1. Aktiveringsprosessen

Initiativet til en undersøkelseskommissjon kom fra daværende opposisjonspolitikere Bent Høie, Sonja Sjøli og Laila Dåvøy. Det som er særlig interessant å merke seg er at dette initiativet kom etter påtrykk fra Pårørendegruppen, i likhet med regjeringen Stoltenberg IIs initiativ til utredning av myndighetenes arbeid med pasientsikkerhet. Aktiveringsprosessen i initiativfasen må således innledningsvis kunne karakteriseres som åpen, selv om den etter Høie, Sjøli og Dåvøys forslag har vært mer lukket.

Utredningsarbeidet ble delegert til det fagdominerte Syse-utvalget. Foruten eksperter på helse og juss, ble også Pårørendegruppen innlemmet i det formelle utredningsarbeidet gjennom medlemskap her. Utvalget var fritt for partipolitiske representanter, noe det også forble etter regjeringen Solbergs endringer i sammensetning. Arbeidet med undersøkelseskommissjonens juridiske grunnlag og dens organisatoriske grunnlag var en lukket prosess. I begge tilfeller ble arbeidet gjort av utvalget selv, tidvis med spesifikk faglig bistand fra eksterne aktører. Utvalget arrangerte forholdsvis tidlig en åpen høringsrunde for innspill til utvalgets arbeid, noe som viser at aktiveringsprosessen ikke utelukkende var lukket.

Høringsfasen bar preg av bred deltakelse fra berørte parter, både offentlige interesseorganisasjoner og andre private aktører. Et stort flertall av høringsaktørene støttet derimot utvalgets flertall om å ikke opprette en kommisjon, mens kun et lite fåtall støttet seg til utvalgets mindretall. Aktiviseringsprosessen i denne fasen må betegnes som svært åpen.

For *vedtaksfasens* del ble det innledende arbeidet gjort internt i Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidet her resulterte i en proposisjon, som siden ble behandlet

av Stortingets helse- og omsorgskomiteé. Ettersom Høyre hadde statsråden på helsefeltet, kan avgjørelsen om å la Fremskrittspartiet lede komiteen ses på som et grep for å sikre balanse og likevekt. I lys av hva som er drøftet i kontekstkapitlet, kan dette ha medvirket til et stabilt samarbeidsklima og ikke minst lettere enighet om etablering. I motsetning til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid, var ikke komiteens prosess helt lukket, da alle berørte parter ble invitert til et åpent høringsmøte i komiteen. Sosialistisk Venstrepartis fravær, både i komitéarbeidet og i den påfølgende stortingsdebatten, er også et interessant trekk for denne fasens vedkommende. Som en del av regjeringen Stoltenberg II var partiet utad motstander av en undersøkelseskomisjon. Under den endelige avstemningen om etablering derimot, stemte partiet mot sitt tidligere standpunkt og sine tidligere regjeringspartnere Arbeiderpartiet og Senterpartiet.

6.1.2. Defineringsprosessen

Initiativfasen er preget av en felles problemforståelse og situasjonsbeskrivelse. Problemet var oppfattet til å være et uholdbart antall uønskede hendelser og dødsfall i helsevesenet og derigjennom en for dårlig pasientsikkerhet. Løsningen som presentert av Høie, Sjøli og Dåvøy, etter påtrykk fra Pårørendegruppen, var en ny, uavhengig havarikommisjon. For den rød-grønne regjeringen derimot, var svaret å styrke de eksisterende instanser på feltet. Dette gir en enighet om problem, men en uenighet om løsning. Denne uenigheten er derimot ikke så gjennomgripende som det kan virke som. I motsetning til hva som ble sagt i den offentlige debatten av representanter fra den rød-grønne regjeringen, er ønsket om å utrede en uavhengig enhet nedfelt i både Stortingsmelding 10 (2012-2013) og i Syse-utvalgets første mandat. Den største forskjellen ser derfor ut til å være i spørsmålet om Statens helsetilsyns grad av uavhengighet. Etablering av en ny instans på feltet med fokus på samordning, kan som tidligere påpekt reparere organisatorisk legitimitet, en legitimitet Helsetilsynet ikke så ut til å ha. Det er derimot lite som tyder på en reell samordning, noe som stemmer overens med tidligere undersøkelser (se Christensen mfl., 2018). Defineringsprosessen i initiativfasen må likevel kunne betegnes som nokså entydig og samstemt.

Utredningsfasen kjennetegnes i stor grad av forhåndsgitte politiske problemoppfattelser, og til dels avklarte løsninger. I utvidet mandat ble det slått fast at utvalget skulle utrede det organisatoriske og juridiske grunnlaget for en uavhengig undersøkelseskomisjon, og at denne ikke skulle ha sanksjonerende myndighet. Den

sentrale problemstillingen for utvalgets del ble da hvor hensiktsmessig en slik opprettelse ville være. I synet på dette var utvalget som vist delt, hvor mindretallet framholdt en undersøkelseskommissjon som eneste mulighet for å komme til bunns i uønskede hendelser. Flertallets løsningsforslag kan ses på som noe mer tvetydig, hvor den største innsigelsen mot etablering virker til å være forbundet med en manglende dokumentert effekt. Problemoppfattelsen i utredningsfasen kan derfor karakteriseres som samstemt, mens løsningsforslagene varierte etter hvilket aspekt ved problemet som ble mest vektlagt.

Høringsfasen kan betegnes som ganske entydig, med tanke på problemoppfatning. Nær sagt samtlige syntes å mene at håndteringen av pasientsikkerheten var en samfunnsutfordring som måtte adresseres, og støttet således opp om utvalgets situasjonsbeskrivelse. Et fåtall av høringsaktørene gav støtte til utvalgets mindretall, men et overveldende flertall sa seg enig med majoriteten i utvalget.

Hva gjelder *vedtaksfasen*, kjennetegnes denne av partipolitiske skillelinjer i synet på løsning, både i komitéarbeid og i den etterfølgende stortingsdebatten. Unntaket er som nevnt Sosialistisk Venstreparti. Den endelige beslutningen må sies å være tvetydig. Det var tidlig et ønske om en kommisjon som kunne gå i dybden i enkeltsaker av betydning, et ønske som langt på vei også ble forskuttet av politisk ledelse underveis. Endelig løsning ga derimot en undersøkelseskommissjon som kun ville ha kapasitet til å gå inn i et fåtall av aktuelle saker, hvor muligheten for å få uttømmende informasjon må sies å være høyst usikker.

6.1.3. Oppsummering av aktivisering og definerings gjennom ulike faser

Aktiverings- og defineringsprosessene er oppsummert i tabellen som avslutter dette delkapitlet. Denne viser at *aktiveringsprosessen* har vært relativt lukket med få aktører, men at det var flere innslag av en mer åpen tilgang, da først og fremst gjennom de uregulerte høringene. I *høringsfasen* var prosessen utelukkende åpen og preget av mange aktører. Beslutningsprosessen i sin helhet strakk seg over et langt tidsrom, noe som gjør at deltakelsesmønsteret har vært varierende etter fase og tid. Enkelte aktører har vært stabile i hele tidsrommet, slik som Pårørendegruppen og Bent Høie. Andre har hatt en mer flyktig og ustabil tilstedeværelse, særskilt for aktører i *høringsfasens* del.

Problemoppfatninger og løsningsdefinisjoner i *defineringsprosessen* har vært ganske stabile. Situasjonsbeskrivelse og nødvendighet av en større offentlig gjennomgang av

ivaretagelse av pasientsikkerhet har det vært enighet om fra første stund. Enkelte sider ved problemforståelsen, da først og fremst i synet på Statens helsetilsyns grad av uavhengighet, har vært gjenstand for en større uenighet. Det underliggende premisset derimot, at en tilsynsaktør må være uavhengig fra dem som det føres tilsyn med, var aktørene samstemt om. Også foretrukne løsninger har vært stabile prosessen gjennom, og løsningsforslaget i initiativfasen er ikke mye ulik den endelige løsningen i vedtaksfasen. Avstanden i argumentasjonen mellom tilhengere og motstandere av undersøkelseskommissjonen er heller ikke så stor som en kunne tro. Spesielt kommer dette til uttrykk i Helse- og omsorgskomiteens første behandling av forslaget om en «havarikommisjon», hvor daværende helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsens mest sentrale argument var at intensjonen bak forslaget allerede var ivare tatt gjennom eksisterende ordninger – også hensynet til uavhengighet.

Tabell 7. Beslutningsfasene oppsummert i tid.

	Initiativfasen	Utredningsfasen	Høringsfasen	Vedtaksfasen
<i>Aktiveringsprosessen</i>	Fram til første offentlig forslag åpent, deretter lukket. Deltakelsesmønstrer preges av få og skiftende aktører.	En lukket prosess, men med innslag av en mer åpen deltakelse, eksempelvis gjennom bruk av åpne høringer. Deltakelsesmønstrer stabil, få aktører.	Utelukkende åpen hvor alle aktører som anser seg som berørt har kommet med innspill. Deltakelsesmønstrer skiftende, aktørene mange.	Lukket og begrenset av formelle rettigheter. Unntak ved Helse- og omsorgskomiteens åpne høring. Få aktører, stabilt deltakelsesmønstrer
<i>Defineringsprosessen</i>	Enighet om bakenforliggende problem, tilsynelatende uenighet om beste løsning. Argumentasjonen viser dog mindre forskjeller.	Enighet om situasjon og problem. Løsninger delvis gitt i mandat fra politisk ledelse. Uenighet i spørsmålet om hensiktsmessighet.	Enighet om problemforståelse, stort sett enighet om utvalget sin flertallskonklusjon.	Igjen enighet om behovet for tiltak og endring, men uenighet om beste løsning.

6.2. Organisasjonsteoretiske forklaringer

I forrige delkapittel ble de empiriske funnene analysert i lys av studiens analytiske perspektiv. Hvilke aktører som ble aktivert, og hvilke problemer og løsninger som ble lansert ble synliggjort. I det følgende vil jeg kople de empiriske funnene med de forklarende perspektivene, hvor forhold ved prosessen tolkes i lys av hierarki, forhandling og kultur. Hvorvidt de teoretiske forventningene stemmer overens med de faktiske observasjonene blir gjennomgått og eventuelle avvik vil bli drøftet.

6.2.1. Et hierarkisk perspektiv

I dette perspektivet var det forventet at beslutningsprosessen ble hierarkisk styrt, og at den bygde på formelle deltakelsesrettigheter. Videre var det forventet at prosessen var målstyrt, og at politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet hadde kunnskap om tilhørende alternativ og konsekvenser for de bestemte målene. Politisk ledelse evnet til rasjonell kalkulasjon og politisk kontroll, og var også forventet å ha makt til å få gjennomført det som ble bestemt, på bakgrunn av ønsker og visjoner for det gode samfunn. Koplingen mellom fasene forventes å være tett, med en sammenhengende kjede fra initiativ til vedtak.

Initiativet til etablering av en undersøkelseskommissjon kom ikke som forventet ut fra dette perspektivet fra politisk ledelse, men via et representantforslag fremmet etter påtrykk fra etterlatte og pårørende. Bakgrunnen for det offentlige ønske om gjennomgang av håndteringen av pasientsikkerhet kan derimot forklares i lys av et hierarkisk perspektiv. Det var bred enighet om at uønskede hendelser i helse- og omsorgssektoren måtte adresseres, og at en dreining fra et syndebukkfokus til et systemfokus var et nødvendig grep. Regjeringen Stoltenbergs initiativ til å nedsette et offentlig utvalg for å se på dette kan således tolkes i lys av en mål-middel forståelse, og i lys av deres rolle som samfunnsarkitekt. Problemet oppfattes å være en for dårlig pasientsikkerhet, og målet et lærende system som eliminerer de hinder som står i veien for forbedring. Hvilke løsningsalternativer og konsekvenser som var mulig ble overlatt til det nedsatte utvalget til å identifisere, i henhold til mål formulert gjennom utvalgets mandat. Disse målene vil i ut fra dette perspektivet være klare og tydelige, noe det i utvalgets første mandatet ikke var. Utfordringen som undersøkelseskommissjonen senere ble et svar på, var riktignok definert, men utover det var mandatet generelt og lite presist. Dette endret seg ved tiltredelsen av regjeringen Solberg og helse- og omsorgsminister

Bent Høie. Utvalgets presiserte mandat var klart og tydelig på hva utvalget skulle utrede; en undersøkelseskommisjons organisatoriske og juridiske grunnlag. Dette må nødvendigvis ses på som en bevisst handling fra politisk ledelse, helt i tråd med Bent Høies forhåndsgitte løsning. Videre er utvalgets sammensetning er preget av en rasjonell tilnærming. Utvalget skulle utrede tunge faglige problemstillinger, og sammensetningen viser at faglige kriterier utvilsomt har veid tyngst. Innlemmelsen av Pårørendegruppen kan ses på som en kalkulert handling for å gi utredningsarbeidet ønsket legitimitet.

Utredningsarbeidet forventes fra dette perspektivet å være styrt ut fra klare forhåndsgitte mål fra politisk ledelse, noe som også hovedsakelig stemmer sett i lys av utvalgets tilleggsmandat. I den grad tilleggsmandatet ga rom for tolkning, var det knyttet til hvorvidt en undersøkelseskommisjon var hensiktsmessig eller ikke. Bent Høies garantier om en kommisjon midt under utvalgets arbeid, som førte til at Aslak Syse trakk seg i protest, er også en klar indikasjon på at hierarkisk myndighet her trumfet fagkyndighet og prinsipper om fagstyre. Videre har formelle deltakelsesrettigheter preget alle fasene i beslutningsprosessen, og for utredningsfasens del var den formelle beslutningsstrukturen også avgjørende for det faktiske deltakelsesmønstret. Utvalgsleder Arianson hadde egne møter med eksterne aktører slik som Pårørendegruppen, noe som kan peke i retning av mer uformell deltakelse. Pårørendegruppen var derimot også innlemmet i den formelle beslutningsprosessen gjennom sete i utvalget, og således allerede gitt en formell deltakelsesrettighet. Innlemmelsen av Grete Myhre med sin erfaring fra Statens havarikommisjon for transport kan ses som et grep fra politisk ledelse for å kontrollere utvalgsarbeidet i en bestemt retning.

Utvalget benyttet seg også i noen grad av eksterne aktører i utredningsarbeidet, enten gjennom høringsinnspill til utvalgets arbeid eller til foredragsholdere på utvalgets møter. Til tross for dette viser likevel de empiriske funnene at det faktiske deltakelsesmønstret i all hovedsak har vært preget av den formelle beslutningsstrukturen. Hva gjelder utvalgets arbeid er dette klart preget av en analytisk og formålsrasjonell tilnærming. Utvalget tok ganske sent i prosessen stilling til spørsmålet om hensiktsmessighet, noe som også må bety at standpunktet her må ha vært resultat av en forutgående analytisk prosess. Politisk ledelse hadde ikke tett direktekontakt med utvalget underveis i utredningsprosessen, men Høies uttalelser i media om at en slik kommisjon uansett ville bli opprettet peker i retning av en hierarkisk styrt prosess og en politisk ledelse med makt til å få gjennomført sine foretrukne løsninger. Ytre påvirkning har også spilt en rolle underveis i

utredningsarbeidet. I hvilken grad Aftenpostens dekning av uheldige hendelser har direkte påvirket utredningsarbeidet er vanskelig å fastslå, men det var utvilsomt Aftenpostens pågåenhet overfor helse- og omsorgsminister Høie som presset fram en garanti om undersøkelseskommissjon, og som direkte resulterte i et bytte av utvalgsleder.

For *høringsfasen* var det som forventet berørte aktører som ble invitert til å uttale seg. Gitt *høringsfasens* åpne organisering, kom også andre aktører som anså seg som påvirket med innspill til utvalgets utredning, uavhengig om politisk ledelse faktisk anså dem som det. Dette begrenser politisk ledelses evne til å kontrollere utfallet av denne fasen. Høringsaktørenes innspill forventes å være fundert i selvstendige analytiske vurderinger av utvalgets vurdering av problem og løsninger, men empiriske funn tyder på at Høies forskuttering delvis kan ha ødelagt for dette. Flere aktører opplyser å ha unnlat å ta stilling til spørsmålet om kommissjon ettersom denne uansett ville bli etablert.

Det hierarkiske perspektivet har god forklaringskraft for *vedtaksfasens* del. Formelle deltakelsesrettigheter er gitt gjennom embetsverkets utarbeidelse av proposisjon, og gjennom Helse- og omsorgskomiteens behandling av den. Fasen var også preget av en klar målsetning fra politisk ledelse, selv om deres evne til å omsette denne målsetningen i et faktisk vedtak virker til å være fundert på evne til sosial kontroll og makt til gjennomførelse, vel så mye som av en ren mål-middel tilnærming for en bedre pasientsikkerhet. Vedtaket stod i klar motstrid til ekspertenes faglige råd og til flertallet av de berørte parters foretrukne løsning. Sett i lys av et prinsipp om fagstyre er det forventet at en slik anbefaling ville blitt vektlagt for endelig vedtak, særlig da utvalgets arbeid unisont er vurdert som legitimt og grundig. Fra et hierarkisk ståsted er det derimot forventet at regjeringen har makt til å gjennomføre ønsket mål, noe som viste seg å stemme. Utarbeidelsen av proposisjonen kjennetegnes også av et lojalt embetsverk og en hierarkisk beslutningsstruktur, men utfallet av komitébehandlingen og avstemningen i Stortinget kan samtidig også forklares av koalisjoner og mulige forhandlinger. Koplingen mellom de ulike fasene var som ventet tett, selv om dette synes å være prisgitt regjeringsskiftet høsten 2013.

6.2.2. Et forhandlingsperspektiv

I et forhandlingsperspektiv er det forventet at beslutningsprosessen er preget av maktkamp, hvor utfallet tilskrives en vinnende koalisjon. Styrke- og maktforholdet mellom aktørene avgjør hvorvidt det er en dominerende koalisjon får gjennomslag eller

om beslutningen er et resultat av kompromisser. I denne beslutningsprosessen er det forventet at aktørene handler på bakgrunn av organisatorisk tilknytning og deres formålsrasjonelle interesser, og at etableringen av UKOM kan forklares av hvilke ressurser den dominerende alliansen har til rådighet. Beslutningsstrukturen vil være mer åpen, og et resultat av interessehevding og styrkeforhold mellom partiene på Stortinget. Koplingen mellom fasene utydelig. Politikere i posisjon har kanskje vunnet adgang til forhandlingsbordet, men må forholde seg til flere andre legitime aktører med mulige motstridende ønsker, både innad i staten og ellers i samfunnet.

Initiativet til en undersøkelseskommissjon kom etter påtrykk fra Pårørendegruppen. I forhandlingsperspektivet er det forventet at denne ressursvake gruppen vil forsøke å knytte seg til en annen aktør med potensielt større ressurstilgang og påvirkningskraft, noe de da etterhvert fant hos opposisjonspartiene. Forslaget om en undersøkelseskommissjon ble møtt med motstand fra regjerende politisk ledelse. Utarbeidelsen av stortingsmelding 10 (2012-2013) og den påfølgende nedsettelsen av Syse-utvalget kan dog tolkes som et forsøk på kompromiss fra regjeringen Stoltenberg IIs side. Ved å åpent støtte etablering av en undersøkelseskommissjon ville regjeringen samtidig indirekte innrømmet at deres svar, en undersøkelsesenhet lagt under Statens helsetilsyn, ikke var en tilfredsstillende løsning. Ved å likevel sette fokus på samfunnets oppfølging av uønskede hendelser i helse- og omsorgssektoren, kommer regjeringen Stoltenberg II både kritikere som Pårørendegruppen og opposisjonen halvveis i møte. Utvalgets første mandat speiler også dette, som gjennom sin generelle utforming gir mindre rom for konflikt og motstand. Hvorvidt dette var et bevisst strategisk grep fra regjeringen Stoltenberg IIs er derimot vanskelig å fastslå med sikkerhet.

Forklaringskraften til forhandlingsperspektivet i *utredningsfasen* er god, med unntak for deltakelsesmønsteret. Dette gjenspeiler i stor grad den hierarkiske beslutningsstrukturen, og ikke en åpen struktur basert hvor interesser og makt avgjør deltakelse, som ventet i dette perspektivet. Ettersom utvalget var fritt for partipolitiske representanter, var det heller ikke tradisjonelle partiinteresser førende for utvalgets arbeid. Videre var det forventet at utredningsfasen ville være preget av konflikt, noe som viste seg å stemme. For det første var det en konflikt mellom politisk ledelse og utvalgsleder Syse, på bakgrunn av Høies uttalelser om etablering av kommissjon. Vi så også en konflikt innad i utvalget, hvor utvalget var delt i synet på hensiktsmessighet om opprettelse. Flertallets konklusjon kom således også i konflikt med regjeringen Solbergs

uttalte ønske om en undersøkelseskommissjon. I den grad «konflikt» tolkes som åpen kamp og motstand, var ikke utvalgsarbeidet preget av dette. Noe av dette kan forklares med en felles problemforståelse blant aktørene, mens noe kan forklares med tilleggsmandatets klare føringer for utvalgsarbeidet. At utvalget nokså sent i prosessen konkluderte i spørsmålet om hensiktsmessighet kan også ha motvirket en slik type konflikt, da potensielt kontroversielle løsningsalternativ har blitt utsatt i det lengste. Gitt forhandlingsperspektivet vil utfallet av denne prosessen kunne speiles av interessekamp og maktforhold, noe som stort sett viste seg å stemme.

Et annet aspekt ved forhandlingsperspektivet er interessehevding. Instansene i *høringsfasen* kan ses i lys av dette, til tross for at enkelte aktører unnlot å tilkjennegi standpunkt for eller mot en undersøkelseskommissjon, ettersom Høie allerede hadde garantert for denne. Det er likevel å anta at dem som konkluderte gjorde dette på bakgrunn av sine respektive formålsrasjonelle interesser, og slik sett ikke overraskende at øvrige tilsynsmyndigheter og helseaktører motsatte seg slik endring. Det kan også tenkes at det blant aktørene som ville bli særlig berørt av en slik etablering, vil være en kamp om ressurser. Interessant nok ønsket både Universitetet i Stavanger og Stavanger kommune en undersøkelseskommissjon velkommen, i motsetning til Universitetet i Oslo og resten av landets kommuner. Sett i sammenheng med at helse- og omsorgsminister Bent Høie kom fra Stavanger, og at UKOM til slutt også ble lagt til Stavanger etter påtrykk fra blant andre Høyre-ordfører Christine Sagen Helgø og stortingsrepresentanter fra Rogaland, er det til å undres over hvorvidt det her kan være snakk om en Stavanger-koalisjon. I Arianson-utvalgets mindretall kom også Siri Wiig fra Stavanger. At denne Stavanger-sammenhengen er noe mer enn bare det, en sammenheng, er dog vanskelig å fastslå med sikkerhet.

Vedtaksfasens innledende arbeid i Helse- og omsorgsdepartementet kan i liten grad forklares ut fra forhandlinger og interessehevding. Som påpekt av ekspedisjonssjef Petter Øgar for Primærhelsetjenesteavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet var dette en politisk bestilling som embetsverket forholdt seg lojalt til, noe som i større grad forklares av en hierarkisk beslutningsstruktur enn forhandlinger og interessehevding. For resten av fasen har forhandlingsperspektivet derimot en større forklaringskraft. Helse- og omsorgskomiteens endelige innstilling kan eksempelvis ses i lys av den dominerende koalisjonen bestående av regjeringspartiene og deres støttespillere i Kristelig Folkeparti og Venstre, på samme måte som komiteens konkludering av representantforslaget til

Høie, Sjøli og Dávøy fra 2010 kan ses i lys av det daværende styrkeforholdet i komiteen og på Stortinget. De politiske sidene ved beslutningsprosessen anses som påpekt klart viktigere enn de analytiske, noe som i aller høyeste grad gjelder for vedtaksprosessen i Stortinget. Vedtaksfasen var her preget av tradisjonelle partiskillelinjer, hvor Arbeiderpartiet og deres støttespiller Senterpartiet stod mot regjeringspartiene Høyre og Fremskrittspartiet, samt samarbeidspartiene Venstre og Kristelig Folkeparti. Det er å anta at når regjeringen Solberg først bestemte seg for å etablere en undersøkelseskommisjon, var dette også allerede forhandlet fram med støttepartiene Venstre og Kristelig Folkeparti, ettersom en slik forhåndsdrøfting var nedfelt i samarbeidsavtalen dem imellom (Fossan, 2013). Dette stemmer også overens med hva Miller og Müller (2010) argumenterte for, som vist i punkt 4.2.1. Sammenholdt med støtte fra Pårørendegruppen, Stavanger kommune og Universitetet i Stavanger, peker dette også i retning av en forhandlende stat, hvor det er dannet en koalisjon som spenner over partier på Stortinget, lokaldemokrati og interessegrupper. Sosialistisk Venstreparti stemte for etablering, selv om partiet i utgangspunktet stemte ned forslaget fra Høie, Sjøli og Dávøy om en havarikommisjon i 2010. Hvorfor Sosialistisk Venstreparti inngikk i koalisjon med regjeringen Solberg og dens støttespillere er uklart, all den tid dette ikke ble utdypet i verken komitéarbeid eller i Stortingsdebatten. Det kan dog ses i lys av et kulturelt perspektiv, som jeg kommer tilbake til senere. Koplingen mellom fasene var her ikke utydlig som forventet, noe som skyldes relativt klare målsetninger og stabile styrke- og maktforhold.

6.2.3. Et kulturperspektiv

Sett i lys av et kulturperspektiv forventes det at beslutningsprosessen styres av rutiner og løsningsforslag som anses som kulturelt passende for den bestemte situasjonen. Innarbeidede institusjonaliserte handlemåter vil aktualisere noen løsningsalternativer, mens andre vil bli møtt med motstand eller blir forkastet. Tid vil forventes å spille en rolle, både gjennom erfart læring og stivhengighet, og gjennom behandlede saker i tidsmessig nærhet. I denne studien står helseprofesjonene sentralt, og det er å anta at det vil være en konflikt mellom profesjon og politisk ledelse. Til slutt vil det være slik at forvaltningsapparatet ikke bare er å anse som nøytrale instrumenter for hierarkisk myndighet, men at disse er bærere av kulturelle utviklingsprosesser som har vokst fram over tid. Påvirkning, eksempelvis fra politisk ledelse, vil lite trolig være vellykket.

Feltet av pasientsikkerhet har som nevnt ikke vært gjenstand for en større offentlig gjennomgang før regjeringen Stoltenberg IIs stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, og noen etablert kultur for hvordan dette burde gripes fatt fantes derfor ikke. Utarbeidelse av stortingsmeldinger og nedsettelse av offentlige utvalg er derimot en svært vanlig måte å utrede saksfelt av offentlig interesse på, og i så måte kan en se disse forholdene i *initiativfasen* i et slikt perspektiv. Det som skapte mulighetsrommet til å etablere en undersøkelseskommisjon var regjeringsskiftet høsten 2013. Bent Høie hadde i opposisjon foreslått en kommisjon, og regjeringen hadde også nedfelt etablering av denne i Sundvolden-plattformen. Dette, sammenholdt med en tverrpolitisk enighet om behovet for å gjøre noe og de forventningene det har skapt i omgivelsene, gjør at det eneste passende alternativet for regjeringen Solberg var å forankre dette i et presisert mandat til utvalget. Sammensetningen av Syse-utvalget hadde en tung faglig slagside, noe som kan ses i lys av prinsippet om fagstyre. Innlemmelsen av representanten med bakgrunn fra Pårørendegruppen følger en veletablert tradisjon om at berørte parter skal tas med på råd i saker som angår dem, formelt nedfelt gjennom prinsippet om partsstyre. Dette kan også tenkes at dette ble gjort for å gi prosessen nødvendig legitimitet, i lys av en passende logikk.

I *utredningsfasen* vil det være forventet at utvalgsmedlemmenes atferd bærer preg av deres institusjonelle tilhørighet, og vurderinger av hva som anses som kulturelt passende gitt institusjonens foretrukne handlemåte. Dette stemmer i hvert fall delvis. Sett i lys av et kulturperspektiv vil det for eksempel være forventet av tidligere leder for Statens havarikommisjon for transport, utvalgsmedlem Grete Myhre, å søke tilbake til tillærte arbeidsmetoder, erfaringer og passende prosedyrer for sikkerhetshåndtering. På samme måte som Siri Wiigs løsningsforståelse kan tenkes å speile Universitetet i Stavanger sine institusjonaliserte normer og verdier som landets ledende kunnskapsformidler om kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Bruken av dette utvalget kan også ses i sammenheng med den såkalte *ekspertifiseringen* av offentlige utvalg (Hesstvedt, 2018; Christensen og Hesstvedt, 2019). Spørsmålet som skulle utredes var faglig komplekst og tidkrevende, og politisk ledelse delegerte derfor til fagekspertisen å utrede mulige løsninger, helt i tråd med hva som anses for å være en passende måte å gripe fatt problemstillingen på. Fraværet av partipolitiske representanter underbygger også dette, og embetsverkets mangel av en selvstendig utredning likeså.

Helseprofesjoner som kom med innspill i *høringsfasen* var som forventet motstander av en ny tilsynsaktør i helsesektoren, selv om de støttet oppunder politiske myndigheters situasjonsbeskrivelse og problemforståelse. For helseforetakene var ønsket som i likhet med utvalgets flertall å fortsette som tidligere, hvor løsningen var å heller styrke Statens helsetilsyn. I et kulturperspektiv vil en forvente at løsningsforslag som innebærer en radikal endring, kontra enn forsiktig en vil bli møtt med motstand (Brunsson og Olsen, 1993). Hvorvidt dette er en frikobling av teori og praksis, hvor endring ønskes velkomment så lenge det ikke får konsekvenser for dem selv er vanskelig å si. Det kan tenkes at det vel så gjerne beror på en motstand mot økt byråkratisering, og potensielt økt merarbeid ved å måtte forholde seg til nok en tilsynsaktør. Det kan også peke i retning av en mulig konflikt mellom profesjonskultur og politisk ledelses foretrukne løsning.

Arbeidet i *vedtaksfasens* første del kan tolkes i et kulturperspektiv. Vel så mye som at forholdet innad i departementet er hierarkisk styrt, er det også slik at det er rådende kultur å jobbe for politiske ønsker. Knut Dahl Jacobsen (1960) hevdet at av politisk lojalitet, nøytralitet og faglig uavhengighet i sentraladministrasjonen, var det prinsippet om politisk lojalitet det som burde veie tyngst. I dette tilfellet er det også slik i praksis, og forventningen om at forvaltningsapparatet ikke utelukkende er å anse som et nøytralt redskap for politisk ledelse å bruke stemmer ikke. Om prinsippet for ministerstyre ble det i punkt 4.2.2. argumentert for at forholdet mellom politisk ledelse og embetsverket, og mellom statsråden og Stortinget historisk har skapt en følelse av kollektiv ansvarlighet. Samtidig kan det også være slik at politisk myndighet her har trumfet faglig kyndighet.

For det øvrige arbeidet i vedtaksfasen har ikke dette perspektivet like stor forklaringskraft. I komitéarbeidet kan en peke på at de tradisjonelle styringspartiene Høyre og Arbeiderpartiet ofte står på hver sin side i de store politiske spørsmålene, men det er lite her som kan ses i lys av tradisjonelle partipolitiske standpunkt, eller partikultur. I den grad en etablering av undersøkelseskommissjon bidrar til økt byråkratisering, er det mer nærliggende å tro at Høyre og Fremskrittspartiet ville vært en motstander av opprettelse, ikke tilhenger. Også for Venstres del ville en kanskje forventet at en slik økning av byråkratiske kontrollsystemer ville blitt møtt med motstand. Når Høyre og Fremskrittspartiet likevel gikk inn for en undersøkelseskommissjon, kan eventuelle partipolitiske motsetninger mellom regjeringspartiene og samarbeidspartiene som påpekt ha blitt nedtonet og forhandlet bort gjennom samarbeidsavtalen. Dette i seg selv kan sies å bryte med tradisjonell parlamentarisk tradisjon og kultur. At en

mindretallsregjering har et avklart parlamentarisk grunnlag å styre på er ikke uvanlig. At dette er formalisert gjennom skriftlige avtaler med utvalgte opposisjonspartier, bidrar derimot til at Stortingets rolle som arena for meningsutveksling og reelle drøftelser blir underspilt.

Sosialistisk Venstrepartis bytte av standpunkt om kommisjon og deres fravær i debatten kan som nevnt ses i et kulturperspektiv. At de var tilhengere av en kommisjon som frittstående opposisjonsparti i 2017, men motstandere som en del av den rød-grønne regjeringen i 2010, kan tolkes i lys av en teori om det passende. Som en del av et kollegium, er det slik at partiet ikke nødvendigvis behøver å ha vært enig med sine regjeringskolleger i Arbeiderpartiet og Senterpartiet. Utad derimot, er det vanlig kutyme at regjeringen stemmer samlet. Deres standpunkt da kan altså forstås som en passende oppførsel, gitt flertallet i regjeringens ønsker. Som et ubundet opposisjonsparti har de derimot stått helt fritt i sine konklusjoner, noe som derfor kan ha gitt et annet resultat. Uttalelser fra enkelte representanter under debatten, slik som Høyres Tone Wilhelmsen Trøen, kan peke i retning av partiloyalitet og passendelogikk. Når Trøen hevder denne etableringen bryter med det gamle systemperspektivet, har hun enten ikke satt seg grundig inn i saken, eller så følger hun partiets standpunkt blindt. Tid forventes som påpekt i innledningen å spille en rolle. Etter valget høsten 2013 gikk Sosialistisk Venstreparti fra syv til fire representanter i Stortinget, noe som også medførte at de ikke var representert i helse- og omsorgskomiteen. Tid er en knapphetsressurs, og uten aktiv tilstedeværelse i komitéarbeidet kan det tenkes at partiets representanter ikke har hatt anledning eller tid til å sette seg inn i alle sakens detaljer, og derav heller ikke ha hatt noe å bidra med i debatten.

6.2.4. Samlet vurdering av de ulike perspektivene

Jeg har nå gjennomgått studiens empiriske funn i lys av de tre valgte forklarende teoriene. Dette har identifisert aspekter ved beslutningsatferden som kan tolkes på bakgrunn av kultur, hierarki eller forhandlinger og interessehevding. Denne beslutningsprosessen har strukket seg over flere år, og disse perspektivene har derfor også varierende forklaringskraft. Forklaringskraften til, og samspillet mellom de ulike perspektivene vil derfor nå bli redegjort for.

6.2.4.1. Perspektivenes forklaringskraft

En samlet vurdering av den relative forklaringskraften til de ulike perspektivene er oppsummert i tabell 8, og vil i det følgende bli drøftet.

Tabell 8. Relativ forklaringskraft for de ulike perspektivene.

	Initiativfasen	Utredningsfasen	Høringsfasen	Vedtaksfasen
<i>Hierarkisk perspektiv</i>	Middels forklaringskraft	Høy forklaringskraft	Lav forklaringskraft	Middels til høy forklaringskraft
<i>Forhandlingsperspektivet</i>	Middels forklaringskraft	Middels forklaringskraft	Høy forklaringskraft	Middels forklaringskraft
<i>Kulturperspektivet</i>	Middels forklaringskraft	Middels forklaringskraft	Middels forklaringskraft	Lav forklaringskraft

I *initiativfasen* ser en at alle tre perspektivene har en middels forklaringskraft, noe som kan tilskrives fasens tvetydighet. For dens innledende del har det hierarkiske perspektivet dårlig forklaringskraft. Initiativet ble ikke initiert av politisk ledelse, men kom etter påtrykk fra en ekstern aktør, Pårørendegruppen. Heller ikke fasens andre del, regjeringen Stoltenberg IIs svar på samfunnets pasientsikkerhetsutfordringer, kan forklares utelukkende fra et hierarkisk ståsted. Daværende helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre nedsatte et partinøytralt utvalg, og ga dem et åpent mandat med vide føringer. Dette endret seg med fasens siste del, ved tiltredelsen av regjeringen Solberg. Utvalget ble da instruert til å utrede utforming av en undersøkelseskommissjon, uavhengig av om den ville være hensiktsmessig å etablere.

For *utredningsfasen* er det særlig det hierarkiske perspektivet som har forklaringskraft. Utvalgets sammensetning har en tung faglig slagside, og fikk etter hvert et klart og tydelig mandat å jobbe etter. Dette tyder på en klar mål-middel tilnærming fra politisk ledelse, hvor prosessen er klart hierarkisk styrt på bakgrunn av ønsket måloppnåelse. Utvalgets klare føringer og formelle deltakelsesrettigheter gir samtidig lite rom for forhandlinger, makt eller interessehevding, men som forventet i et forhandlingsperspektiv bar fasen preg av interessekamp og konflikt. Politisk ledelse var ikke aktive pådrivere for en bestemt konklusjon gjennom tett kontakt med utvalgsleder underveis, men gav samtidig klart inntrykk for hvilken løsning som var ønsket og som ville bli realisert. Forhandlingsperspektivet har derfor en middels forklaringskraft. Kulturperspektivet vurderer jeg også til å ha en middels forklaringskraft. I konklusjonen om hensiktsmessighet ser vi at enkelte av utvalgsmedlemmene svarer i tråd med en

forventet passende logikk, slik som representantene fra Pårørendegruppen, Havarikommisjonen og Universitetet i Stavanger, noe som helt klart kan ses i et kulturperspektiv. Dette perspektivet evner derimot ikke til å forklare hvorfor eksempelvis juristene i utvalget konkluderte med at en kommisjon ikke var hensiktsmessig, eller hvorfor Helsedirektoratets representant konkluderte med at den var det.

Det hierarkiske perspektivet har ikke like stor relevans for *høringsfasen*. Riktignok ble instanser som politisk ledelse anså som relevant bedt om å komme med uttalelse, men høringen var samtidig åpen, hvor de aktørene som ville kunne uttale seg. Høringsinstansenes overveldende støtte til utvalgets flertall gjør det vanskelig å fastslå at det er snakk om en «dominerende koalisjon», slik som eksempelvis Pårørendegruppen påstår. Noe som med større hell kan ses fra et slikt ståsted er forholdet mellom aktørene som gav støtte til mindretallet, og da særlig forholdet mellom Pårørendegruppen, Stavanger kommune og Universitetet i Stavanger. Om en også tar med i beregningen helse- og omsorgsminister Høies tette kontakt med Pårørendegruppen underveis i prosessen og regjeringens støtte fra utvalgte samarbeidsparti, aner en konturene av en koalisjon med tilstrekkelig styrke og makt til å få gjennomslag for ønsket mål. Et kulturperspektiv kan på sin side forklare hvorfor samtlige regionale helseforetak og landets fylkesmenn konkluderte med det samme, men ikke hvorfor interessegrupper som Nasjonalforeningen for folkehelsen og Norsk Pasientforening unnlot å ta stilling til spørsmålet om etablering.

Første del av *vedtaksfasen* kan ses i lys av et kulturperspektiv, særlig embetsverkets lojalitet til politisk ledelse. Sammenlignet med de øvrige delene av denne fasen er det likevel vurdert til å være lav. Rett nok kan avstemningen til en viss grad ses i lys av tradisjonelle skillelinjer langs høyre/venstre-aksen i norsk politikk, men som vist stemte Sosialistisk Venstreparti mot sine tidligere regjeringskolleger i Arbeiderpartiet og Senterpartiet. Fasens prosessuelle innhold kan derimot forklares ved hjelp av et hierarkisk perspektiv, og det tydeligste eksempelet på en slik hierarkisk styring gjennom politisk styring ser vi i hvordan instruks fra statsråden trumfer fagstyre og ekspertstyre. Men det evner ikke til å forklare hele det substansielle innholdet. Her har også forhandlingsperspektivet en viss forklaringskraft, da spesielt sett i regjeringens avtalefestede drøftelser med Venstre og Kristelig Folkeparti.

6.2.4.2. Perspektivenes samspill

Roness skilte som tidligere nevnt mellom fire strategier for håndtering av teorimangfold, hvor utfylling var denne studiens foretrukne strategi. Denne strategien evner også godt til å forklare samspillet mellom perspektivene, da målet er å forklare mest mulig av det som skjer uten å måtte velge mellom de ulike teoriene (Roness, 1997, s. 100). Christensen mfl. (2015, s. 206) argumenterer for at aktører sjelden er endimensjonale, de må som medlemmer av en offentlig organisasjon ta flere ulike hensyn. Deres atferd er derfor et resultat av samspill mellom flere handlingslogikker, hvor handlingslogikkene påvirker hverandre mer eller mindre gjensidig.

Følgelig vil det være slik at instrumentelle prosesser kan påvirke kulturelle tradisjoner, uformelle normer og verdier kan påvirke instrumentell handling, eller så kan disse utfylle hverandre og virke sammen. Det tydeligste eksempelet for førstnevntes del er hvordan politisk ledelses hierarkiske styring kan sies å ha brutt med norsk styringstradisjon. At beslutningstakere lander på et annet standpunkt enn hva eksempelvis en offentlig utredning anbefaler er ikke unikt (se Serigstad, 2003), men at avgjørelsen faller mens utredningen fremdeles pågår er mer uvanlig. Hvorfor utvalget skulle ta stilling til en eventuell kommisjons hensiktsmessighet dersom dette uansett var totalt uten betydning er til å undres over.

Hvordan disse handlingslogikkene har utfylt hverandre finnes det flere eksempler på. I særlig grad finner vi dette igjen i hvordan organisering forankret i en instrumentell logikk har satt rammer for både for utredning og komitébehandling, mens en kulturell logikk har fått virke innenfor disse rammene. For utredningsutvalgets arbeid kan ulike institusjonelle normer og verdier ha virket selvforsterkende på de ulike aktørenes oppfatninger i synet om hensiktsmessighet. For komitébehandlingen, både i initiativfasen og i vedtaksfasen, kan komiteens drøftelser og standpunkt ses i lys av tradisjonelle skillelinjer mellom venstre og høyre i det norske politiske landskapet.

En handlingslogikk kan endelig også ses i forlengelsen av den andre (March og Olsen, 1998). Motstanden mot UKOM fra helseprofesjonene og helseforetakene kan bygge på kulturelle forklaringer, som stivhengighet. Om dette oppfattes til å være en ukultur, kan Høies utøvelse av hierarkisk styring være et bevisst valg for å bryte med slike tradisjonelle normer, for slik å begynne på en ny kulturell vei (Christensen mfl., 2015, s. 207).

7. AVSLUTNING

I denne studien har jeg undersøkt beslutningsprosessen som ledet fram til etableringen av UKOM. Beslutningsprosessen er analysert ved hjelp av et generalisert strømningsperspektiv, og drøftet i lys av tre forklarende organisasjonsteoretiske perspektiver. Kjennetegn ved selve organiseringen og deltakelsesmønstre er gjort rede for, i likhet med hvilke problemoppfatninger og løsningsdefinisjoner de ulike aktørene har bragt med seg inn i prosessen.

Jeg vil i dette avslutningskapitlet først oppsummere studiens hovedtrekk og empiriske funn med utgangspunkt i oppgavens forskningsspørsmål, før jeg tolker det i medhold av innledende problemstilling. Deretter vil jeg gjøre rede for teoretiske og praktiske implikasjoner, før jeg avslutningsvis peker på noen momenter jeg mener bør være aktuell for videre forskning.

7.1. Hovedfunn

7.1.1. Hvordan var beslutningsprosessen organisert og hvem var involvert?

Organiseringen av denne beslutningsprosessen har i store trekk fulgt en tradisjonell tilnæringsmåte for å løse store samfunnsutfordringer på. Koplingen mellom fasene har vært relativt tett, noe som må tilskrives den hierarkiske innflytelsen. Den formelle tilgangsstrukturen har i stor grad gitt en lukket prosess, slik som i utvalgsarbeidet, komitébehandlinger og drøftelser i Stortinget. Samtidig har ikke organiseringen vært helt lukket. Et interessant trekk ved denne prosessen er dens utstrakt bruk av høringer. I initiativfasen holdt Helse- og omsorgskomiteen en høring i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:146 S (2009–2010); i utredningsfasen arrangerte Arianson-utvalget en åpen høring om komiteens innledende arbeid; i høringsfasen uttalte de som måtte ønske det seg om NOU 2015:11; og i vedtaksfasen holdt Helse- og omsorgskomiteen høring om lovforslaget for etablering av en undersøkelseskommissjon (Prop. 68 L (2016-2017)). For begge høringene i Helse- og omsorgskomiteen var det derimot kun inviterte aktører som kom til ordet, for siste høring også aktører en allerede kjente standpunkt til. Dette viser at beslutningsprosessen kan sies å ha vært relativt lukket, men med flere innslag av en mer åpen tilgang.

Ønsket om en undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgskomiteen har engasjert flere. I første omgang var det særlig lege og professor Peter Hjort som satt søkelys på

uønskede hendelser i helsetjenesten. Siden kom også etterlatte og pårørende av sykehuspasienter på banen, da først og fremst gjennom Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i norske sykehus. Pårørendegruppens innsats aktiviserte igjen både den rødgrønne regjeringen og opposisjonspartiene på Stortinget, noe som også gav Pårørendegruppen en plass i utvalget som skulle utrede denne problemstillingen. Utvalget var klart ekspertsentrert, hvor profesjoner innen jus og helse dominerte. Norges ledende utdanningsinstitusjon innen studier av samfunnsikkerhet og risikostyring, Universitetet i Stavanger, ble også aktivisert gjennom utredningsarbeidet. Utvalgets endelige rapport, NOU 2015:11, brakte offentlige aktører, så vel som interesseorganisasjoner og frivillige på banen. Størsteparten av disse, inkludert fylkesmenn, politi og kommuner, var motstandere av en etablering. I prosessens siste fase ble embetsverket i Helse- og omsorgsdepartementet aktivert. For komitébehandling og stortingsdrøftelser var det som ventet regjeringspartiene Høyre og Fremskrittspartiet, deres støttespillere i Venstre og Kristelig Folkeparti, samt opposisjonspartiene og uttalte motstandere av kommisjon, Arbeiderpartiet og Senterpartiet, som ble aktivisert. Interessant nok var Sosialistisk Venstreparti fraværende i siste delen av prosessen, selv om noe av dette nødvendigvis må tilskrives oppslutningen deres etter valget i 2013. Etter UKOM ble vedtatt opprettet ser vi at aktører med Stavanger som fellesnevner, herunder Universitetet i Stavanger, Stavanger kommune og stortingsrepresentanter fra Høyres rogalandsliste, blir aktivisert.

7.1.2. Hvilke problemoppfatninger og løsningsdefinisjoner brakte aktørene med seg, og hvordan kan de ulike aktørene sies å ha påvirket prosessen?

Problemoppfatningen var innledende todelt. *For det første* ble systemet sett på som en utfordring. Dette følger en historisk utviklingslinje hvor en ser en dreining fra et syndebukkfokus til et lære- og systemfokus. Læreaspektet her kommer av helsevesenets og systemets manglende vilje til å lære av egne feil. I det videre omtaler jeg dette bare som «systemutfordringen». *For det andre* ble det oppfattet å eksistere en ukultur hos Statens helsetilsyn, synliggjort gjennom tilsynets manglende evne og vilje til å gjennomføre nødvendige undersøkelser i forbindelse med uønskede hendelser i helsesektoren. Grunnet politiets manglende helsefaglige kompetanse, hadde Helsetilsynet nærmest fått diktere når videre straffeforfølgning var aktuelt. Tilsynets manglende uavhengighet til

helsesektoren medførte at det skjedde i de færreste tilfeller. Dette blir heretter bare omtalt som «uavhengighetsutfordringen».

Om systemutfordringen hersket det enighet på tvers av partigrenser. I synet på løsning derimot, går det et skille mellom dem som ser uavhengighetsutfordringen som et stort problem, og dem som mener dette i verste fall er noe en kan løse gjennom strukturene som allerede eksisterer. For sistnevnte ble en ny meldeordning uten trussel om sanksjon for varslere, samt en ny utrykningsenhet underlagt Helsetilsynet, lansert som løsninger på systemutfordringen. For dem som oppfattet uavhengighetsutfordringen til å være vesentlig, ble en ny uavhengig havarikommisjon, uten myndighet til å sanksjonere og med fokus på læring, lansert som det beste alternativet.

Problemer og løsninger i det videre arbeid skiller seg ikke vesentlig fra de innledende. Fremdeles er uavhengighets- og/eller systemutfordringer ansett for å være den største trusselen mot en bedre pasientsikkerhet, og fremdeles er en styrking av eksisterende strukturer eller etablering av en ny kommisjon foretrukne løsninger. For utvalgets flertall var forhold som liten merverdi, høy etablerings- og driftskostnad og økt byråkratisering forhold som talte mot løsningsforslaget om opprettelse av en undersøkelseskommisjon. For utvalgets mindretall var hensyn til pårørende, uavhengighet – også fra tilsynsmyndighetene selv, tverrfaglighet og muligheter for en bred tilnærming forhold som talte for. Høringsinstansene fulgte stort sett utvalgets argumenter, hvor særlig en styrking av undersøkelsenheten i Statens helsetilsyn trekkes fram som løsning. Det økonomiske argumentet imøtegås i høringsinnspillet av Pårørendegruppen, hvor det argumenteres for at det koster samfunnet langt mer å ikke opprette en kommisjon med fokus på læring. Dette vil i så fall forutsette at en annen anvendelse av disse midlene ikke gir noen effekt.

Aktørenes påvirkning har naturligvis variert med deltakelse. Bent Høies påvirkning, både som opposisjonspolitiker og senere som statsråd, har vært gjennomgripende. Pårørendegruppen har også hatt en overraskende stor påvirkning hele prosessen gjennom. Det var disse som gjennom møter med offentlige myndigheter og partier på Stortinget lyktes i å sette fokus på pasientsikkerhet, og som uoffisielt initierte forslaget om en undersøkelseskommisjon. Videre tok de aktivt del i utredningen, både gjennom utvalgsdeltakelse, og gjennom egne møter med både utvalgsleder og politikere underveis. Dette til tross for at deres ressurser antas å være mindre, sammenlignet med de fleste andre aktører i prosessen. Universitetet i Stavanger må også kunne hevdes å ha hatt en viss påvirkning, i kraft av deres rolle som ledende samfunnssikkerhetsekspert, og som

deltakere i både utredning og høringsrunder. Peter Hjort er flere ganger blitt trukket fram som et sannhetsvitne for etablering av en kommisjon, grunnet sin ekspertise og erfaring, og således må han kunne sies å ha påvirket den innledende prosessen.

7.1.3. Hvordan kan aktørenes atferd forklares i lys av studiens perspektiv?

Beslutningsprosessen om UKOM har vært sammensatt prosess, og tre organisasjonsteoretiske perspektiv er brukt i en utfyllende strategi for å oppnå en helhetlig forståelse av denne beslutningsprosessen. Disse perspektivene har ulik og til dels overlappende forklaringskraft, noe som gjør det tidvis vanskelig å konkludere i en bestemt retning, men som samtidig gir indikatorer på enkelte utviklingstrekk.

Med unntak av for høringsfasen, står det hierarkiske perspektivet sterkt i dette tilfellet. Helse- og omsorgsdepartementets organisering av, og utøvelse av makt i utredningsfasen kan ses i et slikt perspektiv. Utvalgets presiserte mandat har klart definerte mål for utvalget å utrede, og utvalgets sammensetning virker til å være tuftet på disse målsetningene. Innlemmelsen av Grete Myhre med sin erfaring fra Statens havarikommisjon for transport må ses som et grep for å styre utvalgsarbeidet i en bestemt retning. Også regjeringen Stoltenberg IIs utarbeidelse av stortingsmelding 10 (2012-2013) og videre nedsettelse av Syse-utvalget kan forklares i lys av en mål-middel forståelse. Bent Høies utøvelse av makt, hvor hans politiske myndighet som statsråd har feid både ekspertråd og faglig kyndighet til side for politiske ønsker, er også et tydelig eksempel på slik hierarkisk styring. Innholdsmessig er det få, om noen vesentlige endringer mellom det opprinnelige forslaget og det endelige resultatet. Dette betyr at det i liten grad har vært inngått kompromisser, noe som peker mer i retning av hierarki, enn av forhandlinger.

Forhandlingsperspektivet har likevel god forklaringskraft for denne beslutningsprosessen. Pårørendegruppen hadde ikke makt til å få vedtatt en kommisjon, og regjeringen Solberg hadde heller ikke flertall i Stortinget til å alene banke gjennom etablering av denne. Dette gjør nødvendigvis at utfallet må kunne tilskrives en vinnende koalisjon. For det første er det gjennom denne analysen avdekket en koalisjon mellom Pårørendegruppen og regjeringspartiene. Dernest ser vi en koalisjon mellom regjeringspartiene, og Kristelig Folkeparti og Venstre. For lokaliseringen av UKOM ser en også konturene av en Stavanger-koalisjon.

For kulturperspektivet har forklaringskraften vært middels, med unntak av vedtaksfasen, hvor den har vært lav. De etablerte aktørenes motstand mot en nyetablering og motstanden fra helsefaglige profesjoner mot politisk ledelses ønsker er de tydeligste utslagene av en slik kulturell atferd. Sosialistisk Venstrepartis fravær i debatten og stemmegivning for en undersøkelseskommissjon er vanskelig å fastslå årsaken til grunnet utilstrekkelig informasjon, men må sannsynligvis kunne tilskrives en logikk om det passende og hvilke tidsressurser partiet har hatt tilgjengelig.

7.1.1. I lys av problemstilling

I problemstillingen ble det spurt om hvorfor ble UKOM opprettet, når den offentlige utredningen og et flertall av høringsinnspillene til denne ikke tilrådte en slik kommisjon. Svaret på dette kan oppsummeres i seks punkter:

For det første må Pårørendegruppens engasjement i saken tilskrives en god del av æren for at undersøkelseskommissjonen har blitt etablert. Deres pågåenhet overfor stortingspolitikere i den tidlige fasen, presset fram en offentlig gjennomgang av samfunnets oppfølging av pasientsikkerhetshåndtering. Både i form av en stortingsmelding og nedsettelse av et offentlig utvalg. Pårørendegruppens videre engasjement bidro også til å opprettholde fokuset på en mulig undersøkelseskommissjon før den ble endelig vedtatt etablert.

For det andre skapte regjeringsskifte høsten 2013 et mulighetsvindu som ble en utslagsgivende grunn til vedtak om etablering i 2017. Riktignok foreslo den senere helse- og omsorgsminister Bent Høie en undersøkelseskommissjon allerede i 2010, men dette forslaget ble som vist nedstemt av de daværende regjeringspartiene. Hadde den rød-grønne regjeringen fått fornyet tillit ved valget i 2013, er det lite som tyder på at en undersøkelseskommissjon ville sett dagens lys. Så sent som i fjor argumenterte Arbeiderpartiet for nedleggelse (Søndeland, 2019).

For det tredje må Bent Høies garanti om etablering før utvalgsarbeidet var ferdigstilt, ha påvirket sluttresultatet. Hvilken effekt det hadde for utvalgets konklusjoner at Aslak Syse trakk seg som utvalgsleder vet vi ikke, han hadde ikke tilkjennegjort noe standpunkt. Flertallet i utvalget landet uansett som kjent på å ikke etablere en kommisjon. I visshet om at undersøkelseskommissjonen uansett ville bli etablert, må vi også anta at flere av de berørte aktørene unnlot å komme med utdypende argumenter.

For det fjerde er det slik at der hvor utvalget kan konkludere innen et relativt avgrenset område, må regjeringen og Stortinget ta hensyn langt flere forhold. Andre forhold enn de undersøkt av Syse/Arianson-utvalget, eller ulik vekting av det som ble undersøkt, hensyn til pårørende for eksempel, kan derfor forklare hvorfor folkevalgte politikere har vurdert det annerledes.

For det femte kan lokaliseringsspørsmålet ha spilt en rolle. Riktignok ble ikke spørsmålet satt på dagsorden før etter vedtak om opprettelse ble fattet, men som vist kan enkelte funn peke i retning av en Stavangerkoalisjon, allerede fra starten av. Hvorvidt denne koalisjonen aktivt har bedrevet lobbyvirksomhet, eller om lokalisering og Stavanger-koplingene bare er et resultat av tilfeldigheter, er ikke mulig å fastslå med sikkerhet.

For det sjette må det som her er omtalt som «uavhengighetsutfordringen» sies å ha spilt en rolle. Utvalgets sammensetning og flertallets tilrådninger har vært ansett som faglig legitime, noe også de inngitte hørings svarene underbygger. Påstanden om Statens helsetilsyns manglende uavhengighet og helsetjenestens uvilje til endring ser derimot ut til å ha stemplet både utvalgets flertall og andre motstandere av en kommisjon som representanter for denne gamle (u)kulturen. Dette har utvilsomt gjort det enklere å avfeie de faglige innspillene mot en kommisjon, og ønske UKOM velkommen som den nye løsningen.

7.1.2. Teoretiske implikasjoner

De teoretiske perspektivene er her brukt for å forklare beslutningsatferd, prosesser og faktisk innhold, og gir noen teoretiske implikasjoner. Også andre teoretiske perspektiv kan tenkes å gi fruktbare bidrag for å forstå denne prosessen og dens utfall, slik som samspillet mellom interesseorganisasjoner og det offentlige, eller ytre påvirkning i offentlig politikktutforming.

Det er i denne studien avdekket eksempler på løsninger som søker problem, noe som peker i retning av et *myteperspektiv* (se Christensen mfl., 2015, s. 75-98). I søken etter legitimitet fra omgivelsene, adopterer offentlige ledere rasjonaliserte myter for hvordan de bør handle og for hvordan visse samfunnsutfordringer bør håndteres. Håndtering av pasientsikkerhet kan være ett slikt eksempel, hvor UKOM svarer til en institusjonalisert oppfatning i omgivelsene for hvordan dette arbeidet bør organiseres. Som jeg kommer tilbake til avslutningsvis, har Storbritannia siden etablert en lignende kommisjon, fundert

på mange av de samme prinsippene som sin norske motpart. Dette underbygger et visst universelt preg, noe som også kan tas til inntekt for denne innfallsvinkelen.

Det kan samtidig tenkes at dette ikke egentlig representerer en fullstendig adopleing, dette kan også være *symbolsk* betinget. Utvalgsarbeidet og høringen kan her ses som et ritual for å gi arbeidet tilstrekkelig troverdighet, uten at dette har særlig innvirkning på vedtaket. Dersom mistillit til tilsynsmyndigheter og helseprofesjoner ble oppfattet å være et stort nok problem, vil heller ikke en styrking av disse på bekostning av en ny uavhengig og sanksjoneringsfri undersøkelseskommissjon evne til å gi regjeringens håndtering legitimitet. Helt uavhengig av om de faglige rådene tilsier at det ville vært en bedre løsning. Etablering av en slik kommisjonen kan da som påpekt av Roness (1997, s. 80) være et synlig uttrykk for at særskilte oppgaver blir prioritert, men det behøver ikke å fortelle noe om faktisk handling.

Det ble også nevnt innledningsvis at *korporatisme* og *lobbyisme* ikke ville bli brukt mer enn som en kontekstuell faktor. Gitt resultatene av studien, kan det dog tenkes at begge disse kunne bidratt til å forklare aspekter ved utfallet her. Korporatisme omhandler interesseorganisasjonenes deltakelse i utforming og iverksetting av politikk gjennom formalisert kontakt med sentraladministrasjonen (Christensen mfl., 2015, s. 132). Pårørendegruppes innflytelse på politikktutforming har her vært formidabel, og kan ses i lys av en slik teori. Videre hadde Pårørendegruppen både før og under utredningsarbeidet uformell kontakt med de folkevalgte på Stortinget, noe som fanges inn av begrepet lobbyisme (se Christensen mfl., 2015, s.132). En slik lobbyvirksomhet knytter seg ofte til enkeltsaker, og kan også rettes mot departementer og direktorater. Gitt at Stavanger-koplingen i lokaliseringsspørsmålet ikke er tilfeldig, må nødvendigvis denne også kunne ses i lys av en slik teori.

Det er blitt påpekt at de politiske beslutningstakerne må hensynta langt flere forhold enn hva som gjelder for interesseorganisasjoner, profesjoner eller enkeltindivider. Politisk lederskap blir påvirket av, og må tilpasses strukturelle bindinger, institusjonelle trekk, ytre relasjoner og kontekstuelle forhold. Aktører kan enten tolke og omforme roller, alternativt kan ulike forhold påvirke og transformere rolleutøvelsen (Christensen og Lægreid, 2002, s. 28-29). Denne kompleksiteten gjør det som nevnt vanskelig å trekke slutninger basert på ett enkelt perspektiv, og en *transformativ* tilnærming som kombinerer ulike forklaringsfaktorer på ulike nivå, kan tenkes å gi gode forklaringer.

Forskning (se Holst, 2011; Christensen og Holst, 2017; Christensen, 2018; Hesstvedt, 2018; Christensen og Hesstvedt, 2018) peker i retning av en «ekspertifisering» av offentlige utvalg, hvor akademikere i økende grad blir konsultert av politiske beslutningstakere. Det kan hevdes å stemme for denne studiens del også. Arianson-utvalgets forslag til organisatorisk og juridisk innretning av en eventuell undersøkelseskommissjon var det som lå til grunn for departementets lovforslag, og som endelig ble vedtatt av Stortinget. Samtidig var dette en politisk bestilling. Tilrådingen fra utvalgets flertall og en stor andel av høringsaktørene var å *ikke* etablere en kommisjon, noe de politiske beslutningstakerne valgte å se vekk fra. Andelen akademikere i offentlige utvalg har kanskje økt, men spørsmålet er da om innflytelsen deres på offentlig politikkkutforming har det. Denne studien viser at deres rolle i stor grad har vært begrenset til å levere på politiske definerte mål. Dette funnet føyer seg inn i rekken av andre studier som også har avdekket hvordan politisk myndighet trumfer faglig kyndighet (se eksempelvis Suleiman, 2003).

Denne studien viser at prosessen rundt etablering av nye forvaltningsorgan ikke nødvendigvis er utelukkende fundert på ekspertråd, men at politiske beslutningstakere ikke går av veien for å trumfe slike faglige råd med sin tildelte myndighet. Den viser også at aktører med tilsynelatende knappe ressurser og liten makt, likevel kan få gjennomført sine mål gitt at visse betingelser oppfylles. Et tilbakevendende spørsmål for en slik fortolkende kasusstudie er det av generalisering. Dette kan i kasusstudier som denne være en krevende øvelse, og det har som nevnt heller ikke vært en definert ambisjon for denne studiens del. Noen strømninger er likevel å spre. Vi ser at forestillinger om politisk lojalitet gjennom hierarkisk organisering bekreftes i andre studier (se Askim mfl., 2009; Hjellum, 2018), og det må kunne legges til grunn at dette prinsippet om flertallsstyre er førende for slike politiske beslutningsprosesser (se Jacobsen, 1960).

7.1.3. Praktiske implikasjoner

Hvilke praktiske implikasjoner kan vi så se, i lys av dette tilfellet? Det kan først og fremst stilles spørsmål ved om endelig løsning egentlig er en tilfredsstillende løsning. Tilhengerne som Pårørendegruppen, fikk sin undersøkelseskommissjon, tmen denne kan i praksis kun undersøke en liten andel av innmeldte uønskede hendelser. Et argument for etablering har vært muligheten til å gi pårørende uttømmende svar, noe kommisjonen med sine ressurser, både økonomiske og menneskelige, neppe er i stand til.

Denne etableringen skulle videre gjennom kunnskapsutvinning bidra til en bedre risikostyring og krisehåndtering i helsesektoren. Dersom tilhengerne har rett i at en står overfor en helsetjeneste som er mer opptatt av å dekke over feil, kontra å lære av dem, er det lite som tyder på at denne etableringen vil kunne endre på det. De læringsmomenter kommisjonen avdekker vil være opp til den enkelte helseinstans å faktisk implementere. Et argument for opprettelse har vært muligheten til å også kunne undersøke tilsynsmyndighetene, men også her vil det i utgangspunktet være opp til tilsynsmyndighetene hvilken tyngde de legger kommisjonens eventuelle funn. Viktigheten av en instans uten myndighet til å sanksjonere er kanskje et riktig grep for å få tilgang på relevant informasjon, men mangelen på ris bak speilet kan også være hemmende for den endring som ønskes. Dersom denne ukulturen i helsesektoren er et så gjennomgripende problem som enkelte hevder, vil også institusjonaliserte oppfatninger og forestillinger om stiavhengighet stå i veien for en frivillig endring.

UKOMs innvirkning på helseforetakenes risikostyring må derfor av overnevnte grunner forventes å være lav, noe som for så vidt erkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet (Prop. 68 L (2016-2017), s. 23). Her vises det i stedet til forskrift om kvalitetsforbedring i helsesektoren som lovpålagt verktøy for å identifisere, estimere og kontrollere forhold knyttet til risiko. UKOMs arbeid vil så fall kun være supplerende, selv om beredskapsarbeidet vil kunne forbedres dersom helseforetakene og UKOM lever opp til det som er den uttalte intensjonen.

Det kan avslutningsvis stilles spørsmål ved om politisk ledelses håndtering av denne beslutningsprosessen allerede kan ha beseglet UKOMs skjebne i praksis, uavhengig av kvaliteten på arbeidet de leverer. Christensen mfl. (2015, s. 222-223) viser til at kunnskap fra slikt reformarbeid tilsier at grundige analyser og bred samhandling mellom berørte parter, brukergrupper og politisk ledelse er en forutsetning for å lykkes. Om de berørte aktørene ikke tar eierskap til endringen, eller stiller seg bak denne nyvinningen, vil arbeidet sannsynligvis også mislykkes. Høies utøvelse av politisk myndighet og den overveldende motstanden fra sektoren selv mot etablering, tilsier i så fall at UKOM ikke vil få ønsket effekt.

7.2. Mulig videre forskning

Denne studien har tatt for seg prosessen som ledet fram til etablering av UKOM, en prosess som må kunne sies å være avsluttet i det vedtak om opprettelse er gjort. Det

nødvendigjør også etter hvert behovet for studier av hvordan UKOM fungerer i praksis, og hvordan den bidrar til å innfri de forventningene og målsetningene som er skapt. Både fra pårørende og fra de politiske beslutningstakerne. I hvilken grad UKOM leverer på forebyggingsarbeidet slik reformagentene har forventet, bør også være av interesse for ytterligere undersøkelser. Hvordan UKOM har funnet seg til rette i det organisatoriske landskapet, og hvilken merverdi denne etableringen har gitt likeså.

En komparativ undersøkelse av den norske organiseringen av dette arbeidet, sammenholdt med andre sammenlignbare land er et annet interessant forhold. Da Syse-utvalget startet sitt utredningsarbeid fantes det ingen tilsvarende ordninger å sammenligne med. I ettertid har Storbritannia etablert en lignende kommisjon, «The Healthcare Safety Investigation Branch» (HSIB)¹². UKOM og HSIB har mange likhetstrekk, deriblant fokus på system og læring, hensyn til pårørende og sanksjonsfrihet for varslere. Samtidig finnes det ulikheter. Eksempelvis er UKOMs oppdrag hjemlet i lov, mens HSIBs oppdrag gis av overordnet forvaltningsorgan. Videre har HSIB 200 ansatte mot UKOMs 20. Som nevnt har enkelte av våre naboland valgt å legge undersøkelser av slike uønskede hendelser i helsesektoren til den «ordinære» havarikommisjonen. Et slikt eksempel er svenske «Statens haverikommisjon (SHK)», og hvordan hensyn til læring og helsesektorens egenart blir ivaretatt her er nødvendigvis av interesse, særskilt da dette ble sett på som utfordrende for en tilsvarende norsk løsning.

Et sentralt argument for nødvendigheten av en egen undersøkelseskommisjon har vært behovet for en tillitsbasert instans, i motsats til Statens helsetilsyns kontrollbaserte. Dette har vi blant annet sett gjennom argumenter om sanksjonsvern for helsepersonell som uttaler seg om uønskede hendelser. Hvorvidt det er trusselen om straff som hindrer helsepersonell i å bidra med tilstrekkelig informasjon, eller om det kan tenkes å være andre grunner som hindrer saker i å bli tilstrekkelig opplyst, eksempelvis en for sterk organisasjonskultur, må undersøkes. En sammenligning av tillit mot kontroll som politisk virkemiddel for reduksjon av uønskede hendelser kan endelig tenkes å øke forståelsen av dette.

¹² For ytterligere informasjon, se www.hsib.org.uk.

LITTERATURLISTE

Bøker, vitenskapelige artikler og masteroppgaver

- Aase, K. (2010) Pasientsikkerhet – hendelser, begreper og omfang, i Aase, K. (red.) *Pasientsikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 17-29.
- Adcock, R. og Collier, D. (2001) Measurement Validity: A Shared Standard for Qualitative and Quantitative Research. *American Political Science Review*, 95(3), s. 529-546.
- Andersen, S. S. (2006) Aktiv informantintervjuing. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 22 (3) s. 278–298.
- Arnesen, S. og Peters, Y. (2017) The Legitimacy of Representation: How Descriptive, Formal, and Responsiveness Representation Affect the Acceptability of Political Decisions, *Comparative Political Studies*, 51(7), s. 868-899. doi: 10.1177/0010414017720702.
- Arter, D. (2008) *Scandinavian Politics Today*. 2. utg. Manchester: Manchester University Press.
- Askim, J., Christensen, T., Fimreite, A. L. og Lægreid, P. (2009) How to Carry Out Joined-Up Government Reforms: Lessons from the 2001 – 2006 Norwegian Welfare Reform, *International Journal of Public Administration*, 32(12), s. 1006-1025. doi: 10.1080/01900690903223888.
- Aven, H. B. (2018) Kunnskap, regime og kunnskapsregime: Om bruken av omgrepet kunnskapsregime, *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(5), s. 363-380.
- Badersten, B. og Gustavsson, J. (2012) *Introduksjon til statsvitenskap*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bakke, H.K. (2005) Pasientsikkerhet: Veien til bedre sikkerhet for pasientene skapes av trygge systemer for å lære av feil, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125(11), s. 1545.
- Bjørgum, L. (2010) *Samordning og samvirke for samfunnssikkerhet: En studie av prosessen rundt St.meld. nr. 22 (2007-2008) Samfunnssikkerhet, Samvirke og Samordning*. Masteroppgave. Universitetet i Bergen.
- Bratberg, Ø. (2018) *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Brinberg, D. og McGrath, J. E. (1985) *Validity and the Research Process*. Beverly Hills, CA: SAGE Publications, Inc.
- Brunsson, K. og Brunsson, N. (2015) *Beslutninger*. Oslo: Cappelen Damm.

- Brunsson, N. og Olsen, J. P. (1993) *The Reforming Organization*. London: Routledge.
- Bukve, O. (2016) *Forstå, forklare, forandre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Carmines, E. G. og Zeller, R. A. (1979) *Reliability and Validity Assessment*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Christensen, J. (2018) Economic Knowledge and the Scientization of Policy Advice. *Policy Sciences*, 51(4), s. 291-311. doi: 10.1007/s11077-018-9316-6.
- Christensen, J. og Hesstvedt, S. (2018) Expertisation or Greater Representation? Evidence from Norwegian advisory Commissions. *European Politics and Society*, 20(1), s. 83-100. doi: 10.1080/23745118.2018.1515861.
- Christensen, J. og Holst, C. (2017) Advisory Commissions, Academic Expertise and Democratic Legitimacy: The Case of Norway, *Science and Public Policy*, 44(6), s. 821-833. doi: 10.1093/scipol/scx016.
- Christensen, T. og Egeberg, M. (1979) Organized Group-Government Relations in Norway: On the Structured Selection of Participants, Problems and Solutions, and Choice Opportunities, *Scandinavian Political Studies*, 2(3), s. 239-259. doi: 10.1111/j.1467-9477.1979.tb00221.x.
- Christensen, T. og Lægreid, P. (2002) *Reformer og lederskap. Omstilling i den utøvende makt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T. og Lægreid, P. (2007) The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. *Public Administration Review*, 67(6), s. 1059-1066. doi: 10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x.
- Christensen, T. og Lægreid, P. (2019) Crisis Management Capacity in Central Government: The Perceptions of Civil Servants in Norway, i Lægreid, P. og Rykkja, L. (red.) *Societal Security and Crisis Management*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, s. 225-243.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P. og Aars, J. (2014) *Forvaltning og politikk*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P. og Trondal, J. (2018) *Sentralforvaltningen: Stabilitet og endring gjennom 40 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P. G. og Røvik, K. A. (2015) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cohen, M. D., March, J. G. og Olsen, J. P. (1972) A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, 17(1), s.1-25.

- Collier, D. (2011) Understanding Process Tracing. *PS: Political Science and Politics*, 44(4), s. 823-830.
- Craft, J. og Howlett, M. (2013) The Dual Dynamics of Policy Advisory Systems: The Impact of Externalization and Politicization on Policy Advice, *Policy and Society*, 32(3), s. 187-197.
- Cyert, R. M. og March, J. G. (1963) *A Behavioral Theory of the Firm*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.
- Dahl, R. A. og Lindblom, C. E. (1953) *Politics, Economics, and Welfare*. New York: Harper & Row.
- Easton, D. (1965) *A Framework for Political Analysis*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Egeberg, M. (1981) *Stat og organisasjoner: flertallsstyre, partsstyre og byråkrati i norsk politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Egeberg, M. (1989) Mot instrumentelle modeller i statsvitenskapen, i Egeberg, M. (red.) *Institusjonspolitikk og forvaltningsutvikling. Bidrag til anvendt statsvitenskap*. Oslo: TANO, s. 15-28.
- Eriksen, E.O. og Weigård, J. (1999) *Kommunikativ handling og deliberativt demokrati*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Everett, E. L. og Furueth, I. (2012) *Masteroppgaven: Hvordan begynne - og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Flaa, P. (1995) *Innføring i organisasjonsteori*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- George, A.L. og Bennett, A. (2005) *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge: MIT Press.
- Gerring, J. (2006) *Case Study Research: Principles and Practices*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grønmo, S. (2016) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Gulick, L. (1937) Notes on the Theory of Organizations: A Research Approach, i Gulick, L. og Urwin, L. (red.) *Papers on the Science of Administration*. New York: A.M. Kelley.
- Habermas, J. (1990) *Moral Consciousness and Communicative Action*. Cambridge: MIT Press.
- Halvorsen, T. (1995) *Sektorinteresser eller profesjonssystem?* TMV skriftserie nr. 10. Universitetet i Oslo.

- Halvorsen, T. (2007) Profesjonar, makt og tillit, i Hjellebrekke, J., Olsen, O. J. og Sakslind, R. (red.) *Arbeid, kunnskap og sosial ulikhet*. Oslo: Unipub, s. 169-196.
- Herweg, N., Huß, C. og Zohlnhöfer, R. (2015) Straightening the Three Streams: Theorising Extensions of the Multiple Streams Framework. *European Journal of Political Research*, 54(3), s. 435-449. doi: 10.1111/1475-6765.12089.
- Hesstvedt, S. (2018) Ekspertisering» av offentlige utvalg? En studie av akademikerens deltakelse i NOU-utvalg fra 1972 og til i dag, *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(5), s. 381-400.
- Heywood, A. (2015) *Political Theory. An Introduction*. 4. utg. London: Palgrave.
- Hill, M. og Hupe, P. (2014) *Implementing Public Policy*. Thousand Oaks: SAGE publications, Inc.
- Hjellum, M. S. (2018) *Forsvarets bistand til politiet: Endringer i bistandsinstruksen etter 22. Juli 2011*. Masteroppgave. Universitetet I Bergen.
- Hjort, P. F. (2007) *Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendahl Norsk Forlag.
- Hjort, P. F. (2011) *Uheldige hendelser i helsetjenesten – Pasientfortellinger*. Oslo: Den norske legeforening.
- Holst, C. (2011) Ekspertisens verdimakt, *Nytt norsk tidsskrift*, 28(2), s. 111-112.
- Holst, C. og Molander, A. (2014) Epistemic Democracy and the Accountability of Experts, i Holst, C. (red.) *Expertise and Democracy*. Oslo: ARENA, s. 13-35.
- Howlett, M., McConell, A. og Perl, A. (2015) Streams and Stages: Reconciling Kingdon and Policy Process Theory. *European Journal of Political Research*, 54(3), s. 419-434. doi: 10.1111/1475-6765.12064.
- Howlett, M., Ramesh, M. og Perl, A. (2009) *Studying Public Policy: Policy Cycles & Policy Subsystems*. 3. utg. Ontario: Oxford University Press.
- Hsia, D. C. (2003) Medicare Quality Improvement: Bad Apples or Bad Systems?, *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 289(3), s.354-356.
doi:10.1001/jama.289.3.354
- Jacobsen, D. I. (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. og Torsvik, J. (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

- Jacobsen, K. D. (1960) Lojalitet, nøytralitet og faglig uavhengighet i sentraladministrasjonen, *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 1(1), s. 231- 248.
- Kellstedt, P. M. og Whitten, G. D. (2018) *The Fundamentals of Political Science Research*. 3. utg. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kingdon, J. W. (2003) *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2. utg. New York: Longmann.
- Kjellberg, F. og Reitan, M. (1995) *Studiet av offentlig politikk. En innføring*. Oslo: Tano.
- Knill, C. og Tosun, J. (2012) *Public Policy: A New Introduction*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Krasner, S. D. (1982) Structural Causes and Regime Consequences: Regimes as Intervening Variables. *International Organization*, 36(2), s. 185-205.
- Krasner, S. D. (1984) Approaches to the State: Alternative Conceptions and Historical Dynamics, *Comparative Politics*, 16(2), s. 223-246. doi: 10.2307/421608.
- Lasswell, H. (1956) *The Decision Process: Seven Categories of Functional Analysis*. Maryland: University of Maryland Press.
- Lægreid, P. og Rykkja, L. H. (2015) Organizing for “Wicked Problems” - Analyzing Coordination Arrangements in Two Policy Areas, *International Journal of Public Sector Management*, 28(6), s. 475 – 493. doi: 10.1108/IJPSM-01-2015-0009.
- Lægreid, P. og Rykkja, L. H. (2018) Governance Capacity and Legitimacy Revisited, i Lægreid, P. og Rykkja, L. H. (red.) *Societal Security and Crisis Management*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, s. 343-360.
- Mahoney, J. og Schensul, D. (2018) Historical Context and Path Dependence, i Goodin, R. E. og Tilly, C. (red.) *The Oxford Handbook of Contextual Political Analysis*. Oxford: Oxford University Press, doi: 10.1093/oxfordhb/9780199270439.001.0001.
- March, J. og Olsen, J. P. (1983) Organizing Political Life. What Administrative Reorganization Tells Us About Government? *American Political Science Review*, 77, s. 28-297.
- March, J. og Olsen, J. P. (1989) *Rediscovering Institutions*. New York: Free Press.
- March, J. og Olsen, J. P. (1998) The Institutional Dynamics of International Political Orders, *International Organization*, 52(4), s. 943-969.
- March, J. og Olsen, J. P. (2011) The Logic of Appropriateness, i Goodin, R. E. (red.) *The Oxford Handbook of Contextual Political Analysis*. Oxford: Oxford University Press, doi: 10.1093/oxfordhb/9780199604456.013.0024.

- Meyer, J. W. og Rowan, B. (1977) Institutional Organizations. Formal Structures as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83, s. 340-363.
- Miller, B. og Müller, W. C. (2010) Managing Grand Coalitions: Germany 2005–09, *German Politics*, 19(3-4), s. 332-352. doi: 10.1080/09644008.2010.515776.
- Molven, O. (2010) Tilsynsmyndighetens bruk av sanksjoner ved melding om pasientskader, *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 130(3), s.266 -269. doi: 10.4045/tidsskr.09.0694.
- Nakamura, R. T. (1987) The Textbook Policy Process and Implementation Research. *Policy Studies Review*, 7(1), s. 142 - 154.
- Nielsen, U. F. (2007) *NAV-reformen: En organisasjonsteoretisk analyse av prosessen vedrørende organiseringen av det nye Arbeids- og velferdsdirektoratet*. Masteroppgave. Universitetet i Oslo.
- Nordby, T. (1994) *Korporatisme på norsk 1920-1990*. Oslo: Universitetsforlaget.
- North, D. C. (1990) *Institutions, Institutional Change and Economic Performance: Political Economy of Institutions and Decisions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Offerdal, A. (1992) *Den politiske kommunen*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Olsen, J. P. (1978) *Politisk organisering: organisasjonsteoretiske synspunkt på folkestyre og politisk ulikhet*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Olsen, J. P. (1983) The Dilemmas of Organizational Integration in Government, i Olsen, J. P. Olsen (red.) *Organized Democracy. Political Institutions in a Welfare State – the Case of Norway*. Bergen: Universitetsforlaget, s. 148–187.
- Olsen, J. P. (1988) *Statsstyre og institusjonsutforming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olsen, J. P. (1991) Political Science and Organization Theory, i Czada, R. M. og Windhoff-Héritier, A. (red.) *Political Choice: Institutions, Rules, and the Limits of Rationality*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Olsen, J. P. og Sætren, H. (1980) *Aksjoner og demokrati*. Bergen: AS John Grieg.
- Peter, F. (2008) *Democratic Legitimacy*. New York: Routledge.
- Peters, B. G. (2008) Institutional Theory: Problems and Prospects, i Pierre, J., Peters, B. G. og Stoker, G. (red.) *Debating Institutionalism*. Manchester: Manchester University Press, s. 1-21.
- Pfeffer, J. (1981) *Power in Organizations*. London: Pitman Publishing.
- Reason, J. (2001) The Human Factor, i Vincent, C. (red.) *Clinical Risk Management*. London: BMJ Books, s.9-30.

- Ringdal, K. (2018) *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rittel, H. W. J., og Webber, M. M. (1973) Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 4, s. 155-169. doi: 10.1007/BF01405730
- Rommetvedt, H. (2011) *Politikkens allmenngjøring og den nypluralistiske parlamentarismen*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Roness, P. (1997) *Organisasjonsendringar*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Scott, W. R. (2018) Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents. *Organization Studies*, 29(02), s. 219–238. doi: 10.1177/0170840607088151.
- Selznick, T. (1957) *Leadership in Administration*. New York: Harper and Row.
- Serigstad, S. (2003) *Samordning og samfunnstryggleik: Ein studie av omorganiseringa av den sentrale tryggleiks- og beredskapsforvaltninga i Noreg i perioden 1999- 2002*. Masteroppgave. Universitetet i Bergen.
- Simon, H. (1965) *Administrative Behavior: A Study of Decision-making Processes in Administrative Organization*. 2. utg. New York: Free Press.
- Slagstad, R. (1998) *De nasjonale strateger*. Oslo: Pax.
- Smith, E. (2015) «Ministerstyre» – et hinder for samordning? *Nytt norsk tidsskrift*, 32(3), s. 258-266.
- Stinchombe, A. L. (1974) *Creating Efficient Industrial Administration*. New York: Academic Press.
- Suleiman, E. (2003) *Dismantling Democratic States*. New Jersey: Princeton University Press.
- Swanborn, P. (2010) *Case Study Research: What, Why and How?* London: SAGE Publications Ltd.
- Tellmann, S. M. (2016) *Experts in Public Policymaking: Influential, Yet Constrained*. Doktoravhandling. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- The Bristol Royal Infirmary Inquiry (2001) *The Report of the Public Inquiry into Children's Heart Surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984–1995: Learning from Bristol*. Cm 5207 (II). London: The Stationery Office.
- U.S. Institute of Medicine (2000) *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press.
- van Thiel, S. (2014) *Research Methods in Public Administration and Public Management: An Introduction*. London: Routledge.

- Veggeland, N. (2013) *Reformer i norsk helsevesen: Veier videre*. Trondheim: Akademika forlag.
- Weber, M. (1979) *Makt og byråkrati: Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Widding, Ø. (2005) *Case som metode. Hovedutfordringer knyttet til ulike forskningsdesign når hensikten er å generalisere*. NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet: Trondheim. Arbeidsdokument.
- Yin, R. K. (2018) *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. 6. utg. London: SAGE Publications, Ltd.

Offentlige dokumenter og nettsider

- Dokument 8:106 S (2009-2010). *Representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie og Sonja Irene Sjøli om bedre rettsikkerhet for pasienter*.
- Dokument 8:146 S (2009–2010). *Representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Laila Dåvøy om opprettelse av en «havarikommisjon» for helsesektoren*.
- Dokument 8:29 (2008-2009). *Representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli om bedre kvalitet i sykehus*.
- Dokument 8:5 S (2011-2012). *Representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Bent Høie og Sonja Irene Sjøli om bedre kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten*.
- Forbrukerrådet (1985) *Pasientrettigheter - hva nå? Forbruker- og administrasjonsdepartementets skriftserie om forbrukerspørsmål*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Midlertidig instruks for økonomiforvaltningen Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten*.
- Helsedirektoratet (2018) *Årsrapport 2017 - Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*, IS-2729. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2019) *Meldeordningen etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven avvikles*. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/meldeordningen-etter-3-3-i-spesialisthelsetjenesteloven-avvikles#fortsatt-melde-avgjort-hendelser-til-statens-helsetilsyn-og-statens-undersokelseskomisjon> (Hentet: 8. oktober 2019).

Helseklage (u.å.) *Informasjon om oss*. Tilgjengelig fra: <https://helseklage.no/forside/om-nasjonalt-klageorgan-for-helsetjenesten/informasjon-om-oss> (Hentet: 11. februar 2020)

Innst. 166 S (2008–2009) *Innstilling fra Stortingets presidentskap om regler om rett til innsyn i Stortingets dokumenter*.

Innst. 185 S (2010-2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Laila Dåvøy om opprettelse av en «havarikommisjon» for helsesektoren*.

Innst. 250 S (2012-2013) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om god kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*.

Innst. 327 L (2016-17) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten*.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2017) *Etiske retningslinjer for statstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/etiske-retningslinjer-for-statstjenesten/id88164/> (Hentet: 27. oktober 2019).

Lovvedtak 50 (2018-2019). *Vedtak til lov om endringer i spesialisthelsetenestelova m.m. (avvikling av meldeordninga m.m.)*.

Lovvedtak 92 (2016-2017). *Vedtak til lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten*.

Meld. St. 10 (2012-2013) *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*.

Meld. St. 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet — Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*.

Meld. St. 26 (99-00). *Om verdier for den norske helsetenesta*.

NOU 1987:25 *Sykehustjenester i Norge: Organisering og finansiering*.

NOU 1992:8 *Lov om pasientrettigheter*.

NOU 2015:11 *Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*.

Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*.

Prop. 1 S (2015-2016) *Gul bok*.

Prop. 68 L (2016–2017) *Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten*.

- Regjeringen (2013a) *Mandat for utvalg: oppfølging av alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/89da5980793c4880a835ca8ae472337c/mandat_for_utvalg_210613.pdf (Hentet 18. mars 2019).
- Regjeringen (2013b) *Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a93b067d9b604c5a82bd3b5590096f74/plattform.pdf> (Hentet 18. mars 2019).
- Regjeringen (2013c) *Presisering og utvidelse av mandat: oppfølging av alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/89da5980793c4880a835ca8ae472337c/nytt_mandat_syse-utvalget_221113.pdf (Hentet 18. mars 2019).
- Regjeringen (2014) *Statssekretærer i norske departementer*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/tidligere-regjeringer-og-historie/ks/statssekretarer-1945-/id410094/> (Hentet 26. april 2020).
- Regjeringen (2015a) *Arbeidet i Arianson-utvalget*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/tidligere-styrer-rad-og-utvalg/arianson-utvalget-om-oppfolging-av-alvorlige/arbeidet-i-arianson-utvalget/id2458357/> (Hentet 10. januar 2020).
- Regjeringen (2015b) *Høring – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing--forebygging-og-oppfolgning-av-alvorlige-hendelser-i-helse--og-omsorgstjenestene/id2460917/> (Hentet 10. januar 2020).
- S.tid (2010-2011). *Stortingsforhandlinger*.
- S.tid (2012-2013). *Stortingsforhandlinger*.
- S.tid (2016-2017). *Stortingsforhandlinger*.
- Statens helsetilsyn (2012) *Systemrevisjoner. Om systemrevisjon som tilsynsmetode*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/om-tilsyn/systemrevisjon/> (Hentet 25. mai 2020).
- Statens helsetilsyn (2019) *Reaksjoner mot helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten i 2018*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2019/reaksjoner-mot->

helsepersonell-og-virksomheter-i-helse--og-omsorgstjenesten-i-2018/ (Hentet: 8. oktober 2019).

Stortinget (2010a) *Program for: Åpen høring i Stortingets helse- og omsorgskomiteé mandag 25. oktober 2010*. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Hva-skjer-pa-Stortinget/Horing/Horningsprogram/?dateid=10003273> (Hentet: 5. april 2020).

Stortinget (2010b) *Videoarkiv: Åpen høring i Stortingets helse- og omsorgskomiteé mandag 25. oktober 2010 kl. 15.00*. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Hva-skjer-pa-Stortinget/Videoarkiv/Arkiv-TV-sendinger/?mbid=/2010/H264-full/Hoeringssal1/10/25/hoeringssal1-20101025-115514.mp4&msid=11086&dateid=10003273> (Hentet: 5. april 2020).

Stortinget (2016) *Voteringsoversikt for sak: Lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/Voteringsoversikt/?p=68239&dnid=1> (Hentet: 29. januar 2020).

Stortinget (2017) *Høring om Lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten: Prop. 68 L (2016-2017)*. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Hva-skjer-pa-Stortinget/Horing/horing/?h=10003820> (Hentet: 29. januar 2020).

Lover

Folketrygdloven. *Lov 17.juni 1966 nr. 12 om folketrygd*.

Legeloven. *Lov 13. juni 1980 nr. 42 om leger*.

Lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. *Lov 16. juni 2017 nr. 56 om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten*.

Offentleglova. *Lov 19. mai 2006 nr. 16 om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd*.

SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslag* Stockholm: Socialdepartementet.

Skadeerstatningsloven. *Lov 13. juni 1969 nr. 26 om skadeerstatning*.

Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov 15. desember 2001 nr. 107 om spesialisthelsetjenesten m.m.*

Sundhedsloven 2018. (LBK nr 191). [Internett]. København: Sundheds- og ældreministeriet. [Lest 5. Oktober 2019]. Tilgjengelig fra:

<<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=199871#id2c8e9824-20d1-4b7a-9e53-2abca9430e51>>.

Avisartikler og øvrige nettsider

Dagbladet (2016) Ja til havarikommisjon, *Dagbladet*, 22. juni, s. 2.

Fossan, E. W. (2013) Her er samarbeidsavtalen for Høyre, FrP, KrF og Venstre,

Aftenposten, 30. september. Tilgjengelig fra:

<https://www.aftenposten.no/norge/i/G1z bq/her-er-samarbeidsavtalen-for-hoeyre-frp-krf-og-venstre> (Hentet: 11. mars 2020).

Gjerde, R. (2014a) Etter Daniel, *Aftenposten*, 20. juni, A-magasinet, s. 14-22.

Gjerde, R. (2014b) Helsetilsynet skal granske sykehuset, *Aftenposten*, 21. juni, del 1, s. 8-9.

Gjerde, R. (2014c) Sykehusledere hindrer varsling om feilbehandling, *Aftenposten*, 22. juni, del 1, s. 5.

Gjerde, R. (2014d) «Det skjer feil som dekkes over. Det er alvorlig.», *Aftenposten*, 25. juni, del 1, s. 4-5.

Gjerde, R. (2014e) Meningsløst å fortsette, *Aftenposten*, 11. juli, del 1, s. 8.

Gjerde, R. og Hurum, E. (2014) Få straffes for tabber på sykehus, *Aftenposten*, 24. juni, del 1, s. 10-11.

Hurum, E. og Gjerde, R. (2014) Følte vi møtte en helsemafia, *Aftenposten*, 22. juni, del 1, s. 4-5.

Kristoffersen, R. (2011) Kjemper videre for sin døde sønn. Vil at politiet skal etterforske alle, *Fredrikstad Blad*, 29. januar, del 1, s. 6-7.

Lauritzen, F. (2016) Vil ikke ha Høies havarikommisjon, *NRK*, 14. mars. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/norge/vil-ikke-ha-hoies-havarikommisjon-1.12846696> (Hentet: 16. januar 2020).

Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i norske sykehus (2016) Gi oss en helsefaglig undersøkelseskommissjon, *Aftenposten*, 18. juni. Tilgjengelig fra:

<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/yE9Mr/gi-oss-en-helsefaglig-undersokelseskommissjon> (Hentet: 23. januar 2020).

Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i norske sykehus (u.å.) *Vårt arbeid*. Tilgjengelig fra: <http://sykehustabber.blogspot.com/p/vart-arbeid.html> (Hentet: 10. januar 2020).

Spafo (2018) Olav Røise er legen på pasientenes side, *Spafo Norge*, 17. desember.

Tilgjengelig fra: <https://www.spondylitten.no/olav-roise-er-legen-pa-pasientenes-side/> (Hentet 1. februar 2020).

Syse, A. (2014) Exit Syse-utvalget, *Aftenposten*, 11. juli, del 2, s. 8-9.

Søndeland, G. (2019) Arbeiderpartiet vil legge ned kommisjon i Stavanger, *Stavanger Aftenblad*, 12. november, del 1, s. 25.

Østbø, H. M. (2017) Kjemper for å få helsekommisjon til Stavanger, *Stavanger Aftenblad*, 27. mars 2017. Tilgjengelig fra:

<https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/M0ly5/kjemper-for-a-fa-helsekommisjon-til-stavanger> (Hentet 26. april 2020).

Østlands-posten (2016) Havari for kommisjon? *Østlands-posten*, 31. mars, s.13.

VEDLEGG

Vedlegg 1 – Oversikt over artikler ifm. Daniel-saken

Publisert	Tittel	Forfatter
20.06.2014	<i>Dette er ikke historien om da Daniel døde. Men om det som skjedde etterpå.</i>	Robert Gjerde
21.06.2014	<i>Helsetilsynet skal granske sykehuset</i>	Robert Gjerde
22.06.2014	<i>- Følte vi møtte en helsemafia</i>	Robert Gjerde og Eirin Hurum
22.06.2014	<i>- Sykehusledere hindrer varsling om feilbehandling</i>	Robert Gjerde
23.06.2014	<i>- En skamplott at sykehusansatte ikke tør varsle om feil</i>	Robert Gjerde, Hilde Lundgaard og Mathias Vedeler
24.06.2014	<i>Få straffes for tabber på sykehus</i>	Robert Gjerde og Eirin Hurum
25.06.2014	<i>«Det skjer feil det dekkes over. Det er alvorlig.»</i>	Robert Gjerde
05.12.2014	<i>Gransker legetabber, men ikke påstander om press</i>	Robert Gjerde
05.06.2015	<i>Sterk kritikk mot Molde sjukehus i Daniel-saken</i>	Robert Gjerde
06.06.2015	<i>- Helsetilsynet beskytter legene</i>	Robert Gjerde
18.06.2015	<i>Helsetilsynet får sterk kritikk for å slå ned på press i Daniel-saken</i>	Robert Gjerde
21.06.2015	<i>- Hårreisende av Helsetilsynet ikke å ta fatt i press og utskjelling</i>	Robert Gjerde
07.07.2015	<i>- Mye å lære av Daniel-saken for norske sykehus</i>	Robert Gjerde
04.09.2015	<i>Helsetopp må gå etter å ha fremsatt trusler</i>	Robert Gjerde
11.11.2015	<i>Sluttet ved Molde sykehus etter trusler</i>	Robert Gjerde
20.11.2015	<i>Helsetilsynet har snudd i synet på Molde sykehus</i>	Robert Gjerde og Tine Dommerud
23.11.2015	<i>«Det største alvorret i saken er at Aftenposten har vært den egentlige tilsynsmyndighet»</i>	Robert Gjerde

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv til respondenter

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Kommissjonen få ville ha – en studie om opprettelsen av Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgssektoren»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse hvordan Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgssektoren (UKOM) ble opprettet. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvordan og hvorfor UKOM ble opprettet, på tross av stor motstand fra fagmiljøer, høringsinstanser og det regjeringsoppnevnte Arianson-utvalget. Hvordan beslutningsprosessen var organisert, hvilke aktører som var involvert og hvilke problemoppfatninger og løsningsdefinisjoner disse brakte med seg er underliggende spørsmål det ønskes svar på. Tidsrommet studien er ment for å dekke strekker seg fra regjeringen Stoltenberg IIs stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten og til beskikkelsen av UKOMs første direktør i mai 2018.

Prosjektet er en masteroppgave i tilknytning til forskergruppen «Politisk organisering og flernivåstyring», ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du mottar denne henvendelsen fordi du på et tidspunkt har vært involvert i beslutningsprosessen som ledet fram til endelig vedtak om opprettelse av undersøkelseskommissjon, enten i en initiativ-, utrednings- eller vedtaksfase.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir kontaktet på et senere tidspunkt for avtale om intervju. Intervjuet vil vare i rundt 60 minutter. Jeg tar lydopptak og/eller notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Masterstudent vil alene ha tilgang på de lagrede opplysningene så lenge prosjektet er aktivt.

Du som respondent vil kunne være direkte gjenkjennbar i den avsluttende masteroppgaven. Opplysninger du gir som kan brukes til å besvare prosjektets problemstilling vil kunne bli koblet med navn, profesjon, interessegruppe og/eller gruppetilhørighet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1. juni 2020. Det innsamlede datamaterialet, slik som intervjuopptak av respondenter, vil da bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan du finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Bergen ved veileder prof. Per Lægred, [REDACTED], tlf.: [REDACTED], eller masterstudent Chris Hagen Magnussen, [REDACTED], tlf. [REDACTED].
- Vårt personvernombud: Janecke Helene Veim, [REDACTED], tlf. [REDACTED].
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost [REDACTED], eller telefon: [REDACTED].

Med vennlig hilsen

Per Lægred
Professor, veileder

Chris Hagen Magnussen (s.)
Masterstudent

Vedlegg 3 – Oversikt over respondenter

Navn	Rolle og bakgrunn	Intervjuform	Sted og dato	Varighet
Helga Arianson	Utvalgsleder, fylkeslege i Hordaland	Telefon	Bergen, 4. november 2019	28:47
Kari Kjønås Kjos	Leder av Helse- og omsorgskomiteen 2013-2017, helsepolitisk talsperson Frp	Personlig	Oslo, 21. november 2019	32:41
Petter Øgar	Ekspedisjonssjef HOD, ansvar for styringsdialog	Personlig	Oslo, 22. november 2019	35:57
Aslak Syse	Avgått utvalgsleder, lege og jusprofessor ved UiO	Personlig	Oslo, 22. november 2019	29:38
Øystein Flesland	Seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	E-post	16. september 2019	
Nicholas Wilkinson	Helsepolitisk talsperson, SV 17-20	E-post	6. april 2020	
Jannicke Mellin-Olsen	Overlege ved Bærum sykehus, foredragsholder for Syse-utvalget	E-post	21. mai 2020	

Vedlegg 4 – Eksempel på intervjuguide

Som nevnt i kapittel 3.4. ble intervjuguider utformet til hver av de ulike fasene i beslutningsprosessen, men er blitt noe tilpasset hver enkelt respondent. Under følger et eksempel på intervjuguide brukt til politiske partier i vedtaksfasen.

* * *

Vedtaksfasen - partier

Innledning

1. Hva var din og ditt partis innstilling til arbeidet som hadde blitt gjort med pasientsikkerhet og forebygging av uønskede hendelser i helse- og omsorgssektoren til nå?
2. Hvilke utfordringer mener du samfunnet stod overfor vedr. pasientsikkerhet og uønskede hendelser? (Hva var utgangspunktet for St.Meld. 10 (2012-2013)?)
3. Hva synes du om det å nedsette et utvalg for å se på pasientsikkerhet?
4. Hva synes du om sammensetningen av utvalget?

Om NOU 2015:11

5. Hva var ditt partis holdning til NOU 2015:11 (og deres tilrådninger om undersøkelseskommisjon)?
6. Hva mener du om det empiriske grunnlaget Arianson-utvalget baserte sine konklusjoner på?
7. Har Statens havarikommisjon for transport og deres virksomhet hatt betydning for deres ønske en undersøkelseskommisjon for helsetjenesten?
 - a. Hvis ja, hvordan så?
8. Aftenposten skrev en serie artikler sommeren 2014 om den såkalte «Daniel-saken», hvor Helsetilsynet langt på vei ble beskyldt for å ha for tette bånd til dem de skulle granske. Har slike saker som dette påvirket deres standpunkt på noe vis?
 - a. Hvis ja; hvordan?
 - b. Hvis nei; Har argumentet om uavhengighet hatt betydning for deres standpunkt, og ev. hvordan?

9. I hvilken grad har hensynet til de pårørende vært et tungtveiende argument for en kommisjon?
10. I hvilken grad har den økonomiske kostnaden med en slik kommisjon vært et tungtveiende argument for en slik kommisjon?
11. Har såkalte tverrsektorielle utfordringer («gjenstridige problem») hatt betydning for ønsket om en undersøkelseskommisjon?
12. Fra før av bedriver en rekke andre aktører, slik som eksempelvis Statens helsetilsyn, etterforskning og undersøkelser av uønskede hendelser i helsesektoren. Hva tenker du om UKOMs plass i dette?
13. UKOM skal i motsetning til Helsetilsynet ikke kunne sanksjonere mot helsepersonell. Har dette hatt betydning for deres standpunkt i forhold til opprettelse av en kommisjon?
14. Har UKOMs uavhengighet fra Helsetilsynet hatt betydning?
 - a. Hvorfor/hvorfor ikke?
15. Har Arianson-utvalgets vurdering av hensiktsmessighet hatt påvirkning på ditt standpunkt?
16. I hvilken grad deltok helse- og omsorgskomiteen/Stortinget i utredningsprosessen? (reell deltakelse, briefing)
17. Ble NOUen diskutert i komiteen før regjeringen la frem sin proposisjon?
18. Forsøkte man fra Stortinget å påvirke utredningen i departementet? (evt. utvalget)

Om Prop. 68 L (2016-2017)

19. I Sverige, Finland og Nederland undersøker hva som tilsvarer den norske Havarikommisjonen også uønskede hendelser i helsesektoren. Storbritannia har etablert en egen undersøkelsesenhet for ivaretagelse av pasientsikkerhet. I hvilken grad har deres vurdering av en norsk undersøkelseskommisjon vært påvirket av dette?
 - a. I hvilken grad har den svenske modellen med integrert løsning vært vurdert?
 - b. I hvilken grad har den britiske fristilte modellen vært vurdert?
 - c. I hvilken grad har disse vært sammenholdt og vurdert opp mot hverandre?
20. Har erfaringene fra undersøkelsesenheten (tidl. Utrykningsenheten) i Statens helsetilsyn styrket eller svekket behovet for en egen uavhengig undersøkelseskommisjon? Eller har det ikke hatt noen betydning?
 - a. Hvis styrket eller svekket;
 - i. I hvilken grad har uavhengighet vært et tungtveiende argument?

- ii. I hvilken grad har interessegrupperes hensyn vært et tungtveiende argument?
- iii. I hvilken grad har faglige hensyn vært et tungtveiende argument?

21. I hvilken grad mener du det er viktig at tilsynsmyndighetene selv blir ført tilsyn med?

22. I hvilken grad mener du vern mot sanksjoner for helsepersonell kan bidra til større åpenhet omkring uønskede hendelser?

23. Plikt til å varsle, ikke plikt til å etterfølge undersøkelseskommisjonens ev. avdekkede læringsmoment. Hva tenker du om dette?

Om Innst. 327 L (2016-2017)

24. «Departementet mener at det etter etableringen av undersøkelseskommisjonen ikke vil være det samme behovet for å pålegge Statens helsetilsyn å ha en permanent undersøkelsesenhet. Departementet mener derfor at dette pålegget bør trekkes tilbake ved etableringen av en undersøkelseskommisjon.» Hva tenker du om dette?

25. Flertallet i Helse- og omsorgskomiteen viser til bred støtte til lovutkast. Hva tenker dere om utvalgets tilrådninger om å ikke etablere en undersøkelseskommisjon, og høringsinnspillenes brede støtte til dette?

26. I hvilken grad har påtrykk fra interesseorganisasjoner, slik som Pårørendegruppen, bidratt til forslaget om en egen undersøkelsesenhet for helse- og omsorgssektoren?
a. Ved middels eller betydelig grad: Hvordan?

27. Forutsatt at en slik undersøkelsesenhet blir tilstrekkelig finansiert- ville det endret deres standpunkt (gitt at en var imot opprettelse)?
a. Hvis nei: Hvilke argumenter tilsier at det uansett ikke er hensiktsmessig?

28. Hvilken grad påvirket Regjeringens manglende kostnadsberegning av en slik undersøkelseskommisjon deres standpunkt?

29. Hvordan opplevde du samarbeidet med øvrige partier i komiteen i arbeidet med Prop. 68 L (2016-2017)?

30. Det ble det gjennomført en høringsrunde til NOU 2015:11 før innstillingen ble avgitt. Hva vil du si om disse eksterne aktørenes påvirkning på de konklusjoner dere gjorde?

31. Ble innspillene fra høringsrunden vektlagt videre i forhandlingene?

32. Kan du si noe om det generelle konfliktnivået i Helse- og omsorgskomiteen under arbeidet med innstillingen? Var arbeidet preget av forhandlinger eller var det tidlig klart hvor de ulike partiene stod i saken?

Vedtak

33. Er ditt parti fornøyd med hvordan utfallet til slutt ble?

34. Mener du at regjeringen gjorde det Stortinget ba dem om (ref. St Meld. 10 (2012-2013))?

35. Ble begrunnelsen for å opprette en undersøkelseskommissjon akseptert som en god begrunnelse?

36. Vil du karakterisere organisasjonsmodellen som en fullverdig/fullkommen modell?

37. Vil du karakterisere det endelige vedtaket som et kompromiss mellom regjering og deler av opposisjonen?

Vedlegg 5 – Oversikt over møter i Syse/Arianson-utvalget

#	Dato	Ordstyrer
1	30. august 2013	Aslak Syse
2	4. oktober 2013	Aslak Syse
3	26. – 27. november 2013	Aslak Syse
4	5. februar 2014	Aslak Syse
5	7. mars 2014	Aslak Syse
6	14. – 15. mai 2014	Aslak Syse
7	19. august 2014	Helga Arianson
8	6. – 7. oktober 2014	Helga Arianson
9	18. november 2014	Helga Arianson
10	28. januar 2015	Helga Arianson
11	2. – 3. mars 2015	Helga Arianson
12	6. – 8. mai 2015	Helga Arianson
13	11. – 12. juni 2015	Helga Arianson
14	25. – 26. august 2015	Helga Arianson

Vedlegg 6 – Oversikt over høringsinnspill og -svar

Høringsinnlegg til Helse- og omsorgskomiteens behandling av

Dokument 8:146 S (2009-2010)

Den norske legeforening

Pårørendegruppen – Unaturlige dødsfall i norske sykehus

2 innlegg totalt

Åpen høring ifm. Arianson-utvalgets arbeid

Advokatforeningen

Arbeidstilsynet

Den norske jordmorforening

Den norske legeforening

Den norske psykologforening

Drammen kommune

Fagrådet for psykisk helse i Helse Sørøst

Fellesorganisasjonen

Forbrukerrådet

Gatejuristen

Helse Bergen

Helse Fonna (kun muntlig)

Helse Sør-Øst RHF

IKT-Norge

Innvandrernes landsorganisasjon (kun muntlig)

Jan Rudolph

KS

Likestillings- og diskrimineringsombudet

Martin Øhrstrøm

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo

Nordlandssykehuset - Seksjon for pasientsikkerhet

Norges Fibromyalgi Forbund

Norges forbund for utviklingshemmede

Norsk pasientskadeerstatning

Norsk radiografforbund

Norsk sykepleierforbund

Oslo Kommune

Oslo universitetssykehus

Pårørendegruppen - unaturlige dødsfall i norske sykehus

Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner

Seniorsaken

Spekter

Statens helsepersonellnemd (kun muntlig)

Statens strålevern (kun muntlig)

Sten Nymoen

Sykehuset i Vestfold

37 innspill totalt, hvorav 4 kun er muntlig avgitt

Åpen høring ifm. NOU 2015:11

Advokatforeningen
Akershus Universitetssykehus
Akershus universitetssykehus, Brukerutvalget
Anders Baalsrud
Arbeids- og sosialdepartementet
Arbeidsgiverforeningen Spekter
Asker kommune
Bergen kommune
Datatilsynet
Den norske jordmorforening
Den norske legeförening
Den norske tannlegeforening
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
Drammen kommune
Etterlatte etter selvmord i psykisk helsevern
Fagforbundet
Fellesorganisasjon
Finnmarkssykehuset HF
Fredrikstad kommune
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder
Fylkesmannen i Buskerud
Fylkesmannen i Hordaland
Fylkesmannen i Oslo o Akershus
Fylkesmannen i Rogaland
Fylkesmannen i Sogn og Fjordane
Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
Fylkesmannen i Telemark
Fylkesmannen i Vestfold
Fylkesmannen i Østfold
Helfo
Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord RHF
Helse Nord-Trøndelag HF
Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF
Helsedirektoratet
Helseklage
Hå kommune
Justis- og beredskapsdepartementet
KS
Klima- og miljødepartementet
Knut Nordstedt

Kommunal- og moderniseringsdepartementet
Kreftforeningen
Kripos
Kristiansand kommune
Landbruks- og matdepartementet
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
Landsorganisasjonen i Norge
Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse
Nasjonalforeningen for folkehelsen
Norges Farmaceutiske Forening
Norges Optikerforbund
Norges forskningsråd
Norsk Forbund for utviklingshemmede
Norsk Pasientforening
Norsk psykologforening
Oslo kommune
Oslo politidistrikt
Oslo universitetssykehus HF
Oslo universitetssykehus HF, Brukerutvalget
Pasient- og brukerombudene
Pensjonistforbundet
Politidirektoratet
Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i norske sykehus
Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Ø og S
Riksadvokaten
Samferdsdepartementet
St. Olavs Hospital HF
Statens helsepersonellnemnd
Statens helsetilsyn
Statens legemiddelverk
Stavanger kommune
Sykehus i Vestfold HF
Sørlandet sykehus HF
Tromsø Kommune, Byrådsavdelingen for Helse og omsorg
Trondheim kommune
Underskriftskampanje, Monika Eng
Universitetet i Stavanger, Institutt for Helsefag
Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Utenriksdepartementet
Ål,Flå,Nes,Gol,Hol og Hemsedal kommune

83 innspill totalt

Høringsinnlegg til Helse- og omsorgskomiteens behandling av

Prop. 68 L (2016-2017)

Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord

Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i norske sykehus

Universitetet i Stavanger

3 innlegg totalt