

Gjennomgang av Helsetilsynets prosesser for håndtering og oppfølging av utenlandssaker

Statens helsetilsyn



Sammendrag

Høsten 2025 ble det avdekket mangler i håndteringen av varsler fra utlandet mot helsepersonell. Manglene knyttet seg til mottak, registrering, behandling og oppfølging av varslene. Meldinger via EU-systemet IMI og det nordiske samarbeidet ble behandlet med svakheter knyttet til arbeidsdeling, styring, risikovurdering og samhandling på tvers av enheter. Helsetilsynet igangsatte strakstiltak og besluttet å gjennomføre en ekstern, uavhengig gjennomgang med hensikt å vurdere tiltakene. PricewaterhouseCoopers (PwC) ble engasjert med mandat om å ettergå og kvalitetssikre gjennomførte prosesser og tiltak, og identifisere eventuelle mangler. I tillegg skal gjennomgangen foreslå videre tiltak og anbefalinger knyttet til organisering, organisasjonsutvikling og håndtering av komplekse oppgaver.

Gjennomgangen har basert seg på analyser og vurderinger innen fire hovedtemaer: organisering og styring, risikovurdering og -håndtering, tiltak etter svikten og kultur. Formålet har vært å gi et helhetlig og etterprøvbart grunnlag for vurderinger og bidra til varig forbedring i Helsetilsynet.

Målrettede tiltak som treffer årsakene

Gjennomgangen viser at Helsetilsynet raskt etablerte en strukturert og koordinert håndtering gjennom Operativ Gruppe Utland (OGU) etter at svikten ble avdekket. Det ble etablert tydeligere prosesseierskap, klarere arbeidsdeling mellom førstelinje og andrelinje, og nye kontrollpunkter og møteplasser som styrket kvalitet, fremdrift og den helhetlige oversikten innenfor saksfeltet utenlandssaker. Ledelsen og ansatte fulgte opp risiko, fremdrift og tiltak gjennom jevnlig arbeidsmøter og rapportering, noe som ble sentralt for å håndtere situasjonen.

Tiltakene som ble utviklet i OGU, retter seg mot rotårsakene: manglende styring, delt ansvar, svak risikovurdering og ujevn praksis. Prosesskart, opplæringsløp, faglige avklaringer og bedre bruk av teknologistøtte, som IMI-roboten og porteføljeoversikt, har gitt mer konsistent praksis, færre manuelle steg og styrket kvalitet i arbeidet. Ansatte opplever tiltakene som relevante og treffsikre. Flere av grepene er videreført i linjen gjennom faste møteplasser, tydeligere ansvarslinjer og mer systematisk oppfølging.

Videre behov for Helsetilsynet

Likevel viser gjennomgangen at flere tiltak ikke er tilstrekkelig formaliserte eller forankret. Det mangler blant annet en oppdatert ende-til-ende-risikovurdering som gir en samlet oversikt over saksområdet. Systemstøtten er forbedret, men fortsatt fragmentert og med for mange manuelle kontrollpunkter. Kompetansebygging må styrkes for å bidra til mindre personavhengighet i rolleutøvelsen, samt sikre robusthet over tid. For å oppnå varig forbedring kreves også mer helhetlig styringsinformasjon og bedre formalisering av ledelseoppfølgingen i det videre.

Helsetilsynet har gjort betydelige forbedringer siden svikten ble avdekket, og det er viktig at praksis fra OGU konsolideres og at erfaringene overføres til andre deler av virksomheten hvor effekten kan antas å være høy. Det anbefales å videreutvikle de standardiserte prosessene og møteplassene ved å tilpasse disse bedre til utenlandssaker fremover og hente ut læringspunkter til resten av organisasjonen.

Innhold

1	Introduksjon	4
2	Metode	9
3	Beskrivelse av Helsetilsynet	13
4	Beskrivelse av utenlandssaker, herunder IMI og nordisk samarbeid	17
5	Observasjoner	27
6	Vurderinger	40
7	Anbefalinger og veien videre	58

1 Introduksjon

1. Bakgrunn og formål med gjennomgangen

1.1 Bakgrunnen for gjennomgangen

Høsten 2025 ble det oppdaget vesentlig svikt i håndteringen og oppfølgingen av varsler om helsepersonell fra utlandet («utenlandssaker») i Statens helsetilsyn (heretter Helsetilsynet), herunder meldinger mottatt gjennom EUs Internal Market Information System (IMI-systemet) og nordisk samarbeid. Svikten gjaldt blant annet arbeidsdeling, styring, risikohåndtering og samhandling på tvers av enheter. Helsetilsynet iverksatte strakstiltak da svikten ble avdekket. For å sikre et helhetlig og etterprøvbart kunnskapsgrunnlag for vurdering av praksis, tiltak og læringspunkter er det besluttet å gjennomføre en ekstern og uavhengig gjennomgang.

1.2 Formålet med gjennomgangen

PricewaterhouseCoopers (PwC) har fått i oppdrag av Statens helsetilsyn å gjennomføre en uavhengig gjennomgang, som et supplement til Helsetilsynets egne vurderinger. Formålet med gjennomgangen er å gi en uavhengig og helhetlig vurdering av Helsetilsynets håndtering og oppfølging av varsler om helsepersonell fra utlandet. Varslene kommer som meldinger via IMI-systemet og det nordiske samarbeidet. Utredningen skal bidra til læring og varig forbedring, og sikre at det faglige grunnlaget, som Helsetilsynet og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) bygger sine vurderinger og tiltak på, er korrekt, dekkende og forsvarlig. PwC skal ettergå og kvalitetssikre gjennomførte tiltak og prosesser, identifisere mangler og vurdere om det finnes tiltak som burde vært gjennomført. Videre skal PwC foreslå fremoverrettede tiltak, herunder anbefalinger om organisering, organisasjonsutviklingstiltak og styrking av håndtering av komplekse oppgaver.

Gjennomgangen er et supplement til Helsetilsynets egne vurderinger, og er delt i to hoveddeler:

1

Den første delen av oppdraget omfatter en gjennomgang av Helsetilsynets håndtering og oppfølging av meldinger (gjennom IMI og det nordiske samarbeidet) om helsepersonell fra utlandet. Dette inkluderer en ettergang av gjennomførte prosesser og tiltak, med utgangspunkt i funn beskrevet i rapporten av 31.10.25 og arbeid og gjennomførte tiltak igangsatt i ettertid. Vurderinger skjer opp mot fastsatte kriterier innen organisering, risikohåndtering, tiltak og kultur, slik disse er definert i temaguiden. Det overordnede formålet er å kvalitetssikre tiltakene og identifisere eventuelle mangler i håndteringen.

2

Med utgangspunkt i vurderingene i del 1 av oppdraget, skal vi identifisere lærings- og forbedringspunkter med overføringsverdi til øvrige deler av virksomheten. Formålet med del 2 er å styrke Helsetilsynets samlede oppgaveløsning, herunder organisering, styring og håndtering av komplekse og tverrgående oppgaver.

1.3 Gjennomgangens struktur

Gjennomgangen er strukturert etter en temaguide med tilhørende kriterier og operasjonaliseringer, som beskriver hva som skal undersøkes, herunder dokumentasjon, praksis og samsvar mellom formelle beskrivelser og faktisk gjennomføring. Temaguiden angir tydelige kriterier for hva som kjennetegner forsvarlig organisering, klar arbeidsdeling, systematisk risikovurdering, målrettede tiltak og en kultur som understøtter læring og rolleforståelse. Ved å bruke faste kriterier sikres en etterprøvable og konsistent vurdering av praksis på tvers av temaområder. Temaene er valgt ut med utgangspunkt i identifiserte utfordringer, samt kravene i mandatet og konkurransegrunnlaget. De dekker sentrale områder som er viktige for å forstå svikten og for å vurdere Helsetilsynets samlede evne til å forebygge tilsvarende hendelser fremover.

Arbeid knyttet til autorisasjoner for utenlandsk helsepersonell er delt mellom Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet. Helsedirektoratet forvalter og oppdaterer Helsepersonellregisteret (HPR), som er et nasjonalt register over autorisert helsepersonell i Norge og inneholder opplysninger om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, mens Helsetilsynet er tilsynsmyndighet som kan begrense eller tilbakekalle autorisasjon på bakgrunn av helsepersonelloven § 57. Slik fordeles oppgaver og ansvar i verdikjeden, der Helsedirektoratet registrerer og oppdaterer godkjenninger, og Helsetilsynet fattet vedtak som danner grunnlag for oppdateringer i HPR.

I praksis forutsetter dette et tett og gjensidig avhengighetsforhold. Varsler om helsepersonell fra utlandet er ofte mangelfulle eller unøyaktige, og identitets- og autorisasjonsopplysninger må derfor verifiseres mot Helsedirektoratets HPR før videre saksbehandling. Dette resulterer i at direktoratets registerforvaltning og Helsetilsynets tilsynsrolle er gjensidig avhengige i saksflyten. I tillegg gjennomfører Helsedirektoratet en egen gjennomgang av sitt ansvarsområde for autorisasjon og spesialistgodkjenning av helsepersonell utdannet utenfor Norge, noe Helsetilsynet har fremhevet som relevant for helheten i sitt konkurransegrunnlag. Derfor vil dette arbeidet, der det er relevant, ses i sammenheng med Helsedirektoratets pågående arbeid, for å sikre vurdering av hele verdikjeden.

Temaguiden omfatter følgende hovedtemaer



Organisering, arbeidsdeling, styring og kontroll i og mellom avdelinger

Dette temaet belyser ansvar, rolleavklaringer, prosesseierskap, kontrollpunkter og ledelsens oppfølging. Formålet er å undersøke om oppgaveløsningen er tydelig strukturert og tilstrekkelig styrt.



Risikovurdering og -håndtering knyttet til kapasitet, kompetanse og prosedyrer

Temaet omfatter risikovurderinger, kompetansekrav, opplæring og systemstøtte. Dette er relevant for å vurdere om risiko identifiseres og håndteres systematisk.



Tiltak etter svikten – tilstrekkelige, hensiktsmessige, og tilpasset risiko

Dette temaet er med for å vurdere sammenhengen mellom identifiserte årsaker til svikten og iverksatte tiltak, samt om tiltakene er forankret, planlagt og fulgt opp på en tilstrekkelig måte.



Kultur som fremmer kompetansedeling, læring og rolleforståelse

Temaet omfatter bl.a. samhandling, læring, risikostyring og ledelsens rolle med å etablere felles forståelse og retning for virksomheten. Kultur er inkludert på bakgrunn av utfordringer belyst i rapport av 31.10.25 og på bakgrunn av at praksis, holdninger og samhandlingsmønstre påvirker styring og risikohåndtering i praksis.

Organisering, arbeidsdeling, styring og kontroll i og mellom avdelinger

Kriterium	Operasjonalisering
Det finnes én tydelig ende-til-ende prosesseier for utenlandssaker med mandat til å styre på tvers	Mandat, rollebeskrivelse, beslutningslinje, faktisk praksis i prioriteringer/avklaringer
Arbeidsdeling og ansvar mellom avd. 2, avd. 4 og evt. OGU er entydig og konsistent i prosedyrer og veiledere	Samme ansvars plassering i dokumenter og forståelse som fremgår av intervjuer
Kritiske overleveringer har definerte kontrollpunkter, akseptkriterier og sporbarhet	Kontrollpunkter i saksflyten: klar for oversendelse, informasjon komplett, oppdatering gjort, mv.
Det finnes fast samarbeidsstruktur mellom berørte enheter (arena, frekvens, agenda og beslutningslogg)	Møteplan/referater, beslutningslogg, felles statusbilde
Det finnes et samlet statusbilde over hele porteføljen (IMI og ikke-IMI), herunder restanser, venter på info og uåpnede meldinger	Styringsflate/rapportering, logger, rutiner for oppfølging
Ledelsen etterspør regelmessig status, risiko og forbedringsbehov spesifikt for utenlandssaker (ikke bare generelt)	Fast punkt i ledermøter, tertial/årsrapportering, risikoregistre, beslutninger

Risikovurdering og -håndtering knyttet til kapasitet, kompetanse og prosedyrer

Kriterium	Operasjonalisering
Det foreligger en oppdatert og dokumentert risikovurdering for utenlandssaker (ende-til-ende), inkl. volumtopper og eksterne avhengigheter	Risikoanalyse, risikoeier, tiltak og revisjonsfrekvens (rapporten beskriver svak risikovurdering/oppfølging historisk)
Kritiske kompetanser er definert, og opplæring/onboarding sikrer at kompetanse faktisk overføres ved skifte i bemanning	Kompetansekrav per rolle, opplæringsplan, gjennomførte kurs, buddy- eller fadderordning
Systemstøtte reduserer manuelle feil (åpning, søk, logging), og det finnes overvåkning som fanger restanser	Roboter og automatisering, logger, alarmer og manuelle kvalitetssikringsrutiner

Tiltak etter svikten – tilstrekkelige, hensiktsmessige, og tilpasset risiko

Kriterium	Operasjonalisering
Tiltakene treffer rotårsakene innen styring, risiko, kontroll og kompetanse, ikke bare symptomene	Kartlegging av funn -> rotårsak -> tiltak -> forventet reduksjon i risiko
Tiltakene er bærekraftige ressursmessig og organisatorisk, og reduserer sårbarhet ved fravær og turnover	Ressursplan, redundans, forvaltning etter prosjektmodus ved OGU
Tiltakene har tydelig implementeringsplan	Tiltakseier, frist, avhengigheter og gevinst er klart definert i tiltaksplan med oppfølgingsregime

Kultur som fremmer kompetansedeling, læring og rolleforståelse

Kriterium

Operasjonalisering

Det finnes en kultur som systematisk fremmer læring og åpenhet om risiko

Risiko løftes i møter; avvik meldes og følges opp; psykologisk trygghet gjør at faglige bekymringer fremmes tidlig; læringspunkter deles på tvers.

Det finnes en samhandlingskultur som sikrer koordinert arbeid på tvers av avdelinger og prosesser

Faste arenaer for samhandling; felles forståelse av oppgavene; lav terskel for å be om innsikt fra andre enheter; uenighet håndteres og eskaleres på en konstruktiv måte.

Det finnes en kultur som støtter tydelige roller, ansvar og forventninger i gjennomføring av oppgaver

Rolleforståelse samsvarer mellom dokumenter og praksis; ansvarsglidning identifiseres og håndteres; prosesseierskap respekteres og brukes aktivt; avklaringer gjøres raskt og sporbare.

Det finnes en kultur for kompetansedeling og kontinuitet som reduserer sårbarhet ved fravær og turnover

Kritisk kompetanse er definert; opplærings- og overføringsrutiner er standardiserte; praksis er enhetlig på tvers av enheter; vurderinger utføres etter felles kriterier og forståelse.

Det finnes en ledelseskultur som legger grunnlaget for god håndtering av dilemmaet knyttet til styring og læring

Temaet adresseres i ledermøter; det foreligger en omforent forståelse av verdier i organisasjonen; uhensiktsmessige holdninger håndteres

Rapportens struktur

Rapportens kapittel 1 beskriver bakgrunn og formål, og kapittel 2 redegjør for metode og datagrunnlag. Kapittel 3 og 4 gir en generell introduksjon til Statens Helsetilsyn og forklarer nærmere hva «utenlandssakene» omfatter. Deretter presenterer kapittel 5 sentrale observasjoner og funn, og disse blir deretter vurdert i kapittel 6. I kapittel 7 sammenfatter våre overordnede konklusjonene og vi peker på veien videre for Helsetilsynet gjennom konkrete anbefalinger.

2 | **Metode**

2. Metode

Det påfølgende kapittelet redegjør for hvordan gjennomgangen er gjennomført. Formålet med kapittelet er å beskrive hvilke metoder som ble benyttet, hvorfor disse ble valgt, hvilke datakilder som inngikk i analysen og hvilke begrensninger som forelå. Kapittelet skal gi et tydelig og etterprøvbart grunnlag for vurderingene i rapporten.

2.1 Overordnet metodisk grunnlag

Gjennomgangen ble gjennomført med utgangspunkt i PwCs metodikk for evalueringer i statlig sektor. Tilnærmingen bygger på en strukturert femfase-modell basert på DFØs veileder for evalueringer, og har blitt benyttet i flere statlige virksomheter som har hatt behov for uavhengige vurderinger knyttet til praksis, prosesser, styring og organisering.

Modellen omfatter:

Fase 1: Etablering av prosjekt	Fase 2: Undersøkellesdesign	Fase 3: Kartlegging	Fase 4: Analyse og vurdering	Fase 5: Rapportering
Plan for gjennomføring av prosjekt, inkludert organisering, milepæler, bemanning og involvering. Fastsette samarbeidsform.	Definere undersøkelsesdesign Utforme temaer og kriterier Utarbeide plan for informasjonsinnhenting og kartlegging	Dokumentanalyse Intervjuer Sammenstilling av observasjoner	Analysere og vurdere observasjoner Oppfølgende intervjuer Utforme tiltak	Sammenfatte konklusjoner Utarbeide rapport Motta tilbakemeldinger Utarbeide sluttrapport og presentasjon
Prosjektledelse, kvalitetssikring og dialog med Helsetilsynet				

Figur 1: PwCs femfase-modell

Metoden er valgt for å sikre en systematisk og etterprøvbar prosess, tydelig sammenheng mellom kriterier, observasjoner og vurderinger, og et solid grunnlag for konklusjoner og tiltak. Det ble lagt særlig vekt på å skille tydelig mellom observasjoner (hva som er avdekket gjennom dokumentasjon og intervjuer) og vurderinger (analyse opp mot definerte kriterier).

2.2 Undersøkellesdesign og kriterier

For å sikre et bredt informasjonsgrunnlag hadde gjennomgangen en kombinasjon av et kvalitativt og kvantitativt design, med hovedvekt på førstnevnte. Gjennomgangen baseres på både primærdata (intervjuer) og sekundærdata (dokumentasjon og systembeskrivelser). Funn fra de ulike kildene ble systematisk sammenholdt, for å verifisere funn fra flere kilder, identifisere eventuelle motstridende opplysninger, og sikre bred innsikt i både styringsstruktur og faktisk praksis. I undersøkelsesdesignet var det etablert tydelige vurderingskriterier innen hovedområdene:

Organisering, arbeidsdeling, styring og kontroll i og mellom avdelinger

Risikovurdering og -håndtering knyttet til kapasitet, kompetanse og prosedyrer

Tiltak etter svikten – tilstrekkelige, hensiktsmessige, og tilpasset risiko

Kultur som fremmer kompetansedeling, læring og rolleforståelse

Kriteriene utgjorde det normative referansepunktet for gjennomgangen og ble utviklet med utgangspunkt i mandatet, konkurransegrunnlaget og PwCs erfaringer med styrings- og organisasjonsgjennomganger i offentlig sektor.

Temaguiden fungerer som et strukturert rammeverk for å vurdere om praksis er hensiktsmessig organisert, om risiko ble håndtert på en hensiktsmessig måte og om iverksatte tiltak var tilpasset identifiserte utfordringer.

2.3 Dokumentanalyse

For å få et oppdatert kunnskaps- og erfaringsgrunnlag om Helsetilsynets håndtering av utenlandssaker ble det gjennomført en systematisk gjennomgang av sentrale dokumenter som er relevante for oppdraget.

Formålet var å få innsikt i hvordan arbeidet er beskrevet og strukturert i formelle dokumenter, samt å identifisere sentrale hendelser, tiltak og utviklingstrekk i perioden både før og etter at svikten ble avdekket.

Dokumentasjonsgjennomgangen omfatter både overordnede styringsdokumenter og mer operasjonelle beskrivelser av arbeidsprosesser og saksbehandling. Gjennomgangen bygger på et bredt utvalg skriftlige kilder, inkludert interne rapporter, prosessbeskrivelser, samt saksdokumenter, møtereferater, prosesskart og annet saksgrunnlag (se fullstendig liste i referansedelen). Formålet var å få en samlet forståelse av hvordan arbeidet med utenlandssaker hadde vært organisert, hvilke tiltak som var iverksatt etter at svikten ble identifisert, og hvordan disse tiltakene var dokumentert og fulgt opp.

Dokumentanalysen ga også innsikt i etablerte roller, ansvarsforhold og beslutningslinjer knyttet til håndteringen av denne typen saker. Gjennomgangen av prosessbeskrivelser og arbeidsflyt bidro til å kartlegge hvordan saker ble mottatt, vurdert og behandlet, samt hvilke kontrollpunkter og oppfølgingsmekanismer som var etablert.

En viktig del av dokumentstudiene var å identifisere områder der skriftlig dokumentasjon ga begrenset informasjon om praktisk gjennomføring. Slike områder dannet grunnlag for videre utdyping i intervjuene. Intervjuene ble derfor brukt som et supplement til dokumentanalysen for å belyse hvordan etablerte rutiner og strukturer fungerte i praksis, og hvordan de ble opplevd av ansatte og ledere som arbeidet med sakene.

2.4 Intervjuer

For å sikre et helhetlig kunnskapsgrunnlag ble det gjennomført intervjuer i perioden februar til mars 2026. Formålet med intervjuene var å innhente innsikt i faktisk arbeidshverdag og praksis knyttet til håndtering av utenlandssaker, samt å belyse hvordan etablerte rutiner, ansvarsforhold og styringsmekanismer fungerte i praksis. Intervjuene bidro også til å identifisere eventuelle forskjeller mellom formelle beskrivelser av arbeidsprosesser og hvordan arbeidet ble gjennomført i det daglige. Det ble valgt ut 14 informanter, for å sikre bred representasjon fra ulike nivåer og funksjoner i organisasjonen. Følgende roller er representert:

	<i>Ledelse inkludert stab</i>	<i>Avdelingsdirektører</i>	<i>Underdirektør</i>	<i>Saksbehandlere fra første- og andrelinje</i>	<i>Andre</i>
<i>Antall</i>	3	2	3	3	3

Intervjuene ble gjennomført både som individuelle samtaler og som enkelte gruppeintervjuer. Samtalene hadde en varighet på om lag én time. I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide som dekket sentrale tema i gjennomgangen, herunder organisering, risikovurdering, tiltak og kultur. Intervjuguiden sikret en felles inngang og struktur i intervjuene og bidro til at de samme temaene ble belyst på tvers av informanter.

PwC benyttet anerkjente prinsipper for semistrukturert intervjumetodikk (PEACE-modellen)¹ for å sikre pålitelig og relevant informasjon. Intervjuguiden ble benyttet som en ramme for intervjuene, samtidig som informantene fikk anledning til å utdype forhold de vurderte som sentrale for forståelsen av arbeidet med utenlandssaker.

I intervjuene ble informantene orientert om formålet med gjennomgangen og hvordan informasjonen fra intervjuene ville bli brukt. Det ble utarbeidet referater fra intervjuene som inngikk i analysegrunnlaget.

I etterkant av intervjuene ble det gjennomført enkelte supplerende avklaringer for å verifisere faktiske forhold og sikre korrekt forståelse av informasjon som kom frem i samtalene.

2.5 Begrensninger

Gjennomgangen ble gjennomført innenfor en avgrenset tidsperiode fra februar til april 2026, hvorav datainnsamlingen ble avsluttet medio mars. Dette innebærer at analysen bygger på tilgjengelig dokumentasjon og intervjuer gjennomført i denne perioden. Mange av tiltakene fra Operativ Gruppe Utland (OGU), en prosjektgruppe sentral i håndteringen av svikten, er ferdigstilt og ble tilbakeført til linjen medio februar. Tiltakene ble nylig forankret og operasjonaliseringen av disse er i en innledende fase. Enkelte arbeider tilknyttet arbeidsgruppen, herunder saksbehandlings- og oppgaveveiledere var fortsatt under utarbeidelse på tidspunktet datainnsamlingen pågikk.

Deler av praksis kan derfor være i endring. Vurderingene er basert på situasjonen slik den fremstod på tidspunktet for datainnsamlingen. Det er videre lagt til grunn at gjennomgangen bygger på tilgjengelig dokumentasjon og informasjon som fremkom i intervjuer. Gjennomgangen innebærer ikke revisjon av enkeltsaker eller fullstendig kontroll av samtlige mottatte meldinger.

¹ Milne, R., & Bull, R. H. (Eds.). (2025). *Investigative interviewing: Psychology and practice*. John Wiley & Sons.

3 Beskrivelse av Helsetilsynet

3. Beskrivelse av Helsetilsynet

3.1 Statens helsetilsyns rolle og mandat

Statens helsetilsyn er et statlig forvaltningsorgan og nasjonal tilsynsmyndighet for helse- og omsorgstjenestene og barnevernstjenestene.² Virksomheten er administrativt underlagt HOD og mottar årlige føringer gjennom tildelingsbrev og styringsdialog.³

Helsetilsynets overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til trygghet og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Dette gjøres gjennom å ha det faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenester, barnevern, sosiale tjenester, folkehelsearbeid og for omsorgen med enslige mindreårige i asylmottak. Som nasjonal tilsynsmyndighet skal virksomheten bidra til at tilsynsarbeidet i hele landet er enhetlig, forutsigbart og basert på gjeldende regelverk. Statsforvalterne utfører i stor grad det operative tilsynet, mens Helsetilsynet har ansvar for samordning, faglige føringer og kvalitet i den samlede tilsynsvirksomheten.²

Helsetilsynets mandat innebærer å følge med på om tjenestene drives forsvarlig, om lov- og forskriftskrav etterleves, og å sikre at alvorlige hendelser, svikt og klager håndteres på en måte som ivaretar befolkningens tillit og rettssikkerhet.² Gjennom denne rollen bidrar Helsetilsynet til å støtte nasjonale mål om kvalitet, trygghet og læring i tjenestene.

3.2 Kjerneoppgaver

Helsetilsynets har flere sentrale kjerneoppgaver innen tilsyn, myndighetsutøvelse og oppfølging av tjenestene. Helsetilsynet har det overordnede faglige ansvaret for tilsyn med helse- og omsorgstjenestene i Norge.⁴ Statsforvalterne gjennomfører en vesentlig del av det operative tilsynsarbeidet, og vil fra 1. juli 2026 motta varsler om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten i Norge.² Helsetilsynet skal deretter analysere og systematisere varslene, identifisere risikoområder, gi veiledning til statsforvalterne og bidra til overordnet læring og forbedring i tjenestene.⁴ I tillegg skal tilsynsmyndigheten vurdere om arbeidskonflikter i helse- og omsorgssektoren innebærer fare for liv og helse og rapportere dette til departementet.²

Helsetilsynet behandler alvorlige tilsynssaker mot helsepersonell og virksomheter. I slike saker vurderes faktagrunnlag, lovanvendelse og om det er grunnlag for administrative reaksjoner etter helsepersonelloven kapittel 11, herunder begrensning eller tilbakekall av autorisasjon. Saksbehandlingen skal være risikobasert og bidra til å ivareta pasient- og brukersikkerheten.²

Når tilsyn avdekker svikt eller risiko for svikt i tjenestene, følger Helsetilsynet opp gjennom dialog, pålegg eller nytt tilsyn. Oppfølgingen inkluderer vurdering av underliggende systemfeil og organisatoriske forhold.⁴ Læring og forebygging er integrerte elementer i tilsynsarbeidet, og Helsetilsynet skal bidra til at erfaringer fra tilsyn brukes til forbedring av tjenestene.⁵

Selve autorisasjonsforvaltningen ligger til Helsedirektoratet, mens Helsetilsynet vurderer om vilkårene for å inneha autorisasjon fortsatt er oppfylt i saker hvor det er spørsmål om uforsvarlig yrkesutøvelse eller brudd på lovverk. Helsetilsynet treffer vedtak om administrative reaksjoner overfor helsepersonell i tråd med

bestemmelsene i helsepersonelloven kapittel 11 og behandler enkeltsaker som gjelder svikt i helse- og omsorgstjenestene.³

Helsetilsynet mottar og vurderer varsler om alvorlige hendelser gjennom etablerte meldeordninger, som melde.no og helsenorger.no, samt IMI-systemet og den nordiske meldeordningen (samarbeid gjennom Arjeplogavtalen) for varsler som kommer fra utlandet. Varselordningene fungerer som et varslingssystem som kan fange opp alvorlige forhold og danne grunnlag for vurdering av behov for tilsyn og oppfølging.²

3.3 Organisering

Helsetilsynet er organisert i fire avdelinger med ulike fag- og ansvarsområder, samt en stabsordning som sammen understøtter både behandling av enkeltsaker og det mer langsiktige arbeidet med systemtilsyn og utvikling.⁴ I denne gjennomgangen er det særlig to avdelinger som er relevante:

Avdeling

2

Den første er *Avdeling for tilsynssaker (Avdeling 2)*, som har det primære ansvaret for behandling av alvorlige tilsynssaker mot både helsepersonell og virksomheter. Arbeidet omfatter vurdering av faktum, rettsanvendelse og beslutning om eventuelle reaksjoner etter gjeldende regelverk. Avdelingen har en sentral rolle i å sikre enhetlig praksis og rettssikker håndtering av komplekse enkeltsaker.⁴

Avdeling

4

Den andre er *Avdeling for virksomhetsstyring (Avdeling 4)*, som fungerer som en inngangsport til Helsetilsynets saksbehandling. Avdelingen har ansvaret for den innledende håndteringen av mottak og vurdering av henvendelser. De registrerer og prioriterer saker, og sørger for viderefordeling til avdeling 2.⁴

De øvrige avdelingene ivaretar oppgaver knyttet til blant annet systemtilsyn, analyse, fagutvikling og samordning av tilsynsvirksomheten. Disse avdelingene bidrar til utvikling av metodikk, oppfølging av nasjonale tilsynsområder og sammenstilling av erfaringer fra tilsynsarbeidet.⁴

Helsetilsynet har i tillegg en stabsordning som understøtter virksomhetsstyring, juridiske avklaringer, kommunikasjon, HR og administrative funksjoner. Staben bistår ledelsen og avdelingene i planlegging, styring og oppfølging av virksomheten, og har en rolle i å sikre at oppgaver løses i tråd med overordnede føringer og interne rutiner.^{3&4}

Nærmere beskrivelse av organiseringen av arbeidet med utenlandssaker gis i kapittel 4.6.

3.4 Styring og rapportering

Helsetilsynet styres gjennom årlige tildelingsbrev fra HOD, som fastsetter virksomhetens mål, prioriteringer og rapporteringskrav.³ Styringen bygger på prinsippene for mål- og resultatstyring i staten, der måloppnåelse vurderes i lys av fastsatte styringsparametere og risikovurderinger.²

Helsetilsynet rapporterer jevnlig til departementet gjennom tertialrapporter og den løpende styringsdialogen. Årsrapporten gir en samlet og offentlig tilgjengelig fremstilling av måloppnåelse, ressursbruk, sentrale utviklingstrekk og identifiserte risikoområder.

Den interne styringen i Helsetilsynet skjer gjennom ledermøter, virksomhetsplanlegging og risikovurderinger. Helsetilsynet benytter etablerte rutiner for internkontroll og kvalitetssikring av både tilsynsprosesser og saksbehandling, for å sikre enhetlig praksis, transparens og kvalitet i oppgaveløsningen. Dette skal bidra til at virksomheten oppfyller kravene i tildelingsbrevet og gjeldende regelverk, og til at styringsinformasjon brukes aktivt i utviklingen av tilsynsarbeidet.

Avdeling 4 har arbeidet med å utvikle en ny risikomodul i virksomhetsstyringssystemet EK (Kvalitetssystemet), som ledd i arbeidet med å forbedre den systematiske risikovurderingen og oppfølgingen av saker. Arbeidet er pågående og har som formål å styrke oversikt, prioritering og risikobasert oppgaveløsning.

3.5 Forbedringsarbeid og digitalisering

Systemstøtte og digitale verktøy utgjør en viktig del av infrastrukturen for tilsynsarbeidet. Løsningene skal bidra til sporbarhet i saksbehandlingen, oversikt over saksmengde og porteføljer, samt understøtte informasjonsdeling og koordinering mellom ulike deler av organisasjonen.³

Arbeidet med digital utvikling og systemforbedringer er derfor tett knyttet til virksomhetens styring, risikohåndtering og kvalitetsarbeid. For enkelte sakstyper, herunder saker som involverer helsepersonell fra utlandet, kan digital systemstøtte og arbeidsprosesser ha betydning for hvordan informasjon mottas, registreres og følges opp i saksbehandlingen. Utviklingen av digitale løsninger inngår derfor som en del av Helsetilsynets løpende arbeid med å tilpasse organisasjon, arbeidsprosesser og styringsinformasjon til oppgavene virksomheten skal løse.

2 Helse- og omsorgsdepartementet, Instruks for Statens helsetilsyn (hovedinstruks). På <https://www.regjeringen.no/contentassets/b4d5f528ddb44ac891409ae0f9ab09ea/hovedinstruks-statens-helsetilsyn.pdf>.

3 Helse- og omsorgsdepartementet, Tildelingsbrev 2026 – Statens helsetilsyn, 2026. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b4d5f528ddb44ac891409ae0f9ab09ea/2026-htil-tidelingsbrev.pdf>

4 Statens helsetilsyn, Arsrapport 2024. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/arsrapporter/arsrapport-helsetilsynet-2024/>.

5 Statens helsetilsyn og statsforvalterne, Helsetilsynets og statsforvalternes felles strategi for tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene 2025–2035. <https://www.helsetilsynet.no/om-oss/helsetilsynets-og-statsforvalternes-felles-strategi-for-tilsyn-med-barnevern-sosial-og-helsetjenestene-2025-2035/>.

4 Beskrivelse av utenlandssaker, herunder IMI og nordisk samarbeid

4. Beskrivelse av utenlandssaker, herunder IMI og nordisk samarbeid

Utenlandssaker er saker der Statens helsetilsyn mottar og behandler informasjon om helsepersonell som har fått reaksjoner, begrensninger eller tilbakekall av autorisasjon i et annet land. Sakene kommer primært gjennom to kanaler: EUs varslingsmekanisme i IMI-systemet og det etablerte nordiske samarbeidet mellom tilsynsmyndigheter. I tillegg er det et etablert samarbeid med Storbritannia. Disse varslingsmekanismene skal sikre at helsepersonell, som det er identifisert at utgjør en risiko i ett land, ikke fortsetter yrkesutøvelse uten nødvendig oppfølging i et annet.

Utenlandssakene har blitt et komplekst fagområde for Helsetilsynet, med særskilte krav til kontroll, dokumentasjonsinnhenting og bistand fra både utenlandske myndigheter og offentlige virksomheter i Norge. Varslene inneholder ofte lite informasjon om årsaken til reaksjonen, og det kreves rutinemessig at Helsetilsynet innhenter ytterligere dokumentasjon før en norsk reaksjon kan vurderes.

Dette kapitlet beskriver hvorfor ansvaret for IMI er lagt til Helsetilsynet og hvordan IMI-systemet er utformet, hvilke prosesser og arbeidsformer som gjaldt på det tidspunktet svikten oppstod, og hvilke forhold ved organisering, systemstøtte og regelverksforståelse som forklarer hvordan manglene kunne oppstå og utvikle seg over tid. Videre beskrives tiltakene som innført etter at svikten er kjent og avslutningsvis en beskrivelse av grenseflatene mellom Statens Helsetilsyn og Helsedirektoratet i håndteringen av utenlandssaker.

4.1 Bakgrunn: EU-regelverket og innføringen av varslingsmekanismen

Varslingsmekanismen for helsepersonell ble innført i EU/EØS gjennom endringer i yrkeskvalifikasjonsdirektivet, som fra 2016 etablerte et obligatorisk system for gjensidig varslings når helsepersonell mistet eller fikk begrenset sin autorisasjon. Kravene i direktivet forutsatte at hvert land identifiserte en nasjonal myndighet som skulle motta og følge opp slike varsler, og at denne myndigheten hadde ansvar for å vurdere hvilke tiltak som måtte iverksettes i det nasjonale tilsynssporet.

I oppfølgingen av direktivendringen ba Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2016 Helsedirektoratet om å foreslå hvordan varslingsordningen burde organiseres i Norge. Helsedirektoratet anbefalte at Statens helsetilsyn skulle være norsk varslingsmyndighet for IMI-meldinger. Begrunnelsen var at vurderingen av om helsepersonell kunne fortsette yrkesutøvelse etter en reaksjon i utlandet, lå nært opp til Helsetilsynets ansvar for administrative reaksjoner etter helsepersonelloven. Samtidig ble det vurdert som uhensiktsmessig å etablere en ny instans, ettersom Helsetilsynet allerede håndterte varsler gjennom det nordiske samarbeidet. En samlet varslingsfunksjon ble derfor vurdert som mest effektiv og i tråd med det faglige ansvaret som allerede lå i tilsynsrollen.

På bakgrunn av dette besluttet departementet i januar 2017 å legge både mottak og oppfølging av IMI-varsler til Helsetilsynet. Helsetilsynet begynte å motta IMI-meldinger i desember 2019, og ordningen ble formelt etablert 1. januar 2020. Helsedirektoratet skulle samtidig sikre nødvendige systemtilganger, blant annet til IMI-modulene og personopplysningene i HPR. Registeret forvaltes av Helsedirektoratet, som er systemeier, og bidrar med oppdatert og kvalitetssikret informasjon om autorisasjoner, lisenser, spesialistgodkjenninger og andre sentrale opplysninger som brukes blant annet i saksbehandling, tilsyn og forvaltningsoppgaver.

Den endelige ansvarsdelingen etablerte dermed et todelt løp som fortsatt gjelder: Helsetilsynet ivaretar tilsyns- og reaksjonssporet, mens Helsedirektoratet forvalter autorisasjonene og kontrollen av IMI-treff i forbindelse med søknader om norsk autorisasjon.

4.2 Hvordan IMI-systemet fungerer

IMI er EU-kommisjonens digitale plattform for informasjonsutveksling mellom myndigheter i EU/EØS. For helsepersonell brukes IMI til å sende obligatoriske varsler når et lands tilsynsmyndighet gir en reaksjon som påvirker muligheten for videre yrkesutøvelse, som tilbakekall eller begrensning av autorisasjon. Varslingsplikten er forankret i endringsdirektivet til yrkeskvalifikasjonsdirektivet, og innebærer at det landet som fatter reaksjonen skal sende varsel gjennom IMI-systemet til øvrige medlemsland innen en fastsatt frist. Når et varsel sendes gjennom IMI, mottar norsk myndighet en elektronisk melding med grunnleggende identitetsopplysninger om helsepersonellet og den registrerte reaksjonen. IMI-varsler inneholder som regel kun et begrenset sett av opplysninger om helsepersonellet og den registrerte reaksjonen. Selve årsakene til reaksjonen og underliggende dokumentasjon følger normalt ikke med i varselet. Opplysningene varierer mellom avsenderland og omfatter typisk navn, fødselsdato og hvilken type reaksjon som er fattet. Dette innebærer at Helsetilsynet må innhente ytterligere dokumentasjon før det kan gjøres en fullstendig vurdering. Gjennomgangen av Helsetilsynets håndtering av utenlandssaker beskriver at dette informasjonsgrunnlaget ofte er utilstrekkelig for å forstå hendelsesforløpet, og at det kreves kontakt med utenlandske myndigheter for å få tilgang til nødvendige saksdokumenter.

Ved mottak av en IMI-melding gjennomføres det innledende arbeidet med å identifisere personen og undersøke om vedkommende har norsk autorisasjon. IMI-varsler krever flere identitetsavklaringer før de kan inngå i saksbehandling i Norge. Opplysningene som følger varslene kan avvike fra registrene i Norge, og det er derfor behov for både automatiske kontroller og manuelle gjennomganger. Arbeidsflyten som ble dokumentert gjennom OGU viser at dette omfatter oppslag i HPR, arbeidsregistre, brønnøysundsregistre med videre. Dersom identiteten ikke kan bekreftes direkte, foretas det manuelle kontroller, eventuelt kontakt med avsenderlandet for å få avklart personopplysninger før en sak kan opprettes. Robotløsningen som benyttes kan kun utføre de innledende tekniske kontrollene, og identitetsbekreftelse og innhenting av dokumentasjon krever fortsatt manuell oppfølging. Dersom identiteten kan bekreftes og det foreligger norsk autorisasjon, opprettes det sak for videre vurdering.

4.3 Identifiserte årsaker til svikt – Helsetilsynets interne gjennomgang

Som en reaksjon på svikten i håndteringen av utenlandssaker som ble kjent høsten 2025 igangsatte Helsetilsynet en intern gjennomgang for å få oversikt over omfanget og for å kartlegge hvor i prosessen varslene hadde stoppet opp. Gjennomgangen avdekket flere grunnleggende svakheter i både prosesser, kapasitet, styring og systemstøtte, som samlet forklarer bakgrunnen for hvorfor varslene ikke ble fulgt opp. Innføringen av IMI ble ikke fulgt opp med etablering av nødvendige prosesser, noe som førte til fragmentert praksis, manglende styringsinformasjon og fravær av en helhetlig porteføljeoversikt i et område som vokste i både omfang og kompleksitet. Gjennomgangen viste at Helsetilsynet manglet en helhetlig prosess for mottak, registrering, behandling og oppdatering av IMI-varsler.

Disse forholdene førte blant annet til at enkelte meldinger ikke ble åpnet, registrert eller fulgt opp med nødvendig dokumentinnhenting.

I tillegg ble kapasitetspress identifisert som en sentral årsak til svikten. Arbeidsmengden økte gradvis etter innføringen av IMI-varslingsmekanismen, uten tilsvarende økning i bemanning eller kapasitetstilpasning. Disse forholdene førte til at kritiske oppgaver i mottaket lenge ble håndtert av én person, og at juridiske vurderinger av sakene ble nedprioritert i avdeling 2.

Håndteringen av utenlandssakene var over tid preget av begrenset risikoforståelse og manglende risikostyring. Det fantes ikke tilstrekkelige kontrollmekanismer som sikret at varsler ble fulgt opp, og risiko knyttet til manglende behandling av IMI-meldinger var verken løftet eller systematisk vurdert i linjen. Dokumentasjonen viste også at systemstøtten var fragmentert og av varierende kvalitet, og preget av ansattes bruk av lokale skyggesystemer (Excel, Word o.l.).

Bruk av lokale skyggesystemer innebar omfattende manuelle oppslag og registreringer på tvers av systemer og dokumenter, blant annet ved identitetskontroll og opprettelse av saker. Den manglende integrasjonen økte risikoen for feil og svekket oversikten over porteføljen.

Gjennomgangen pekte videre på utfordringer knyttet til selve innholdet i IMI-varslene. IMI-varslene inneholdt ofte bare et begrenset sett identitetsopplysninger og type reaksjon, uten dokumentasjon som forklarte grunnlaget for reaksjonen. Dette gjorde det nødvendig å innhente tilleggsinformasjon fra utenlandske myndigheter før sakene kunne behandles.

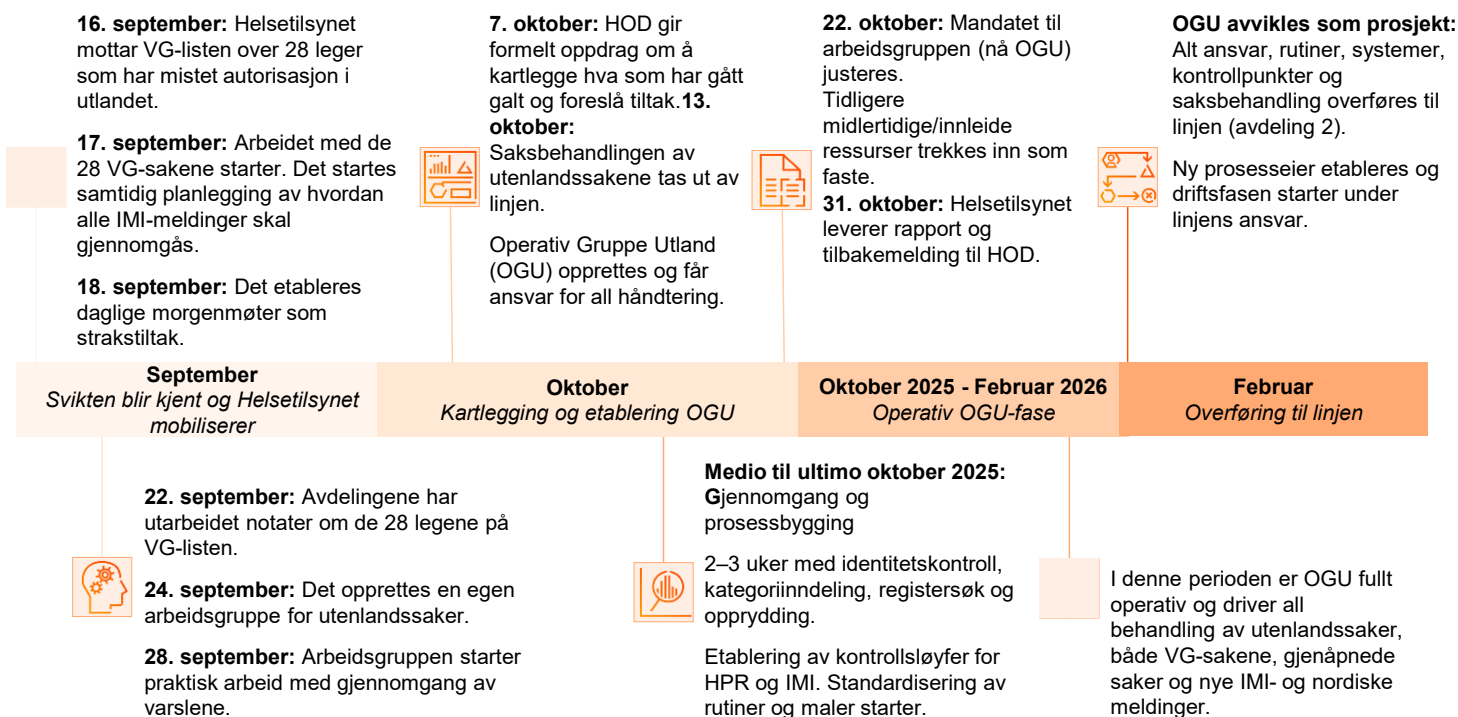
Rapporten viste også til uklarheter og ulik praksis i anvendelsen av regelverket om administrative reaksjoner i saker der grunnlaget for reaksjonen lå i et annet land. Lovverket stilte krav som ikke alltid var tilpasset informasjonsgrunnlaget i IMI-varslene, noe som gjorde vurderingene krevende og uensartede. Det fremgikk av gjennomgangen at det hadde utviklet seg ulik praksis for hvordan slike saker skulle behandles.

Gjennomgangen avdekket uavklarte ansvarlinjer og fravær av en tydelig prosesseier, noe som forsterket de øvrige utfordringene. Oppgaver knyttet til mottak og behandling av utenlandssaker var fordelt mellom to avdelinger, uten enhetlig arbeidsdeling. Ingen enhet hadde det samlede ansvaret for å følge varslene helt fra mottak til ferdigstilling. Over tid førte dette til manglende koordinering, fragmentert praksis og uklarhet rundt hvem som skulle utføre hvilke oppgaver.

Som oppfølging av funnene etablerte Helsetilsynet en egen operativ gruppe for utenlandssaker (OGU). OGU fikk ansvar for å sikre oversikt over alle mottatte IMI- og nordiske varsler og sikre en komplett gjennomgang, behandling og oppfølging av alle saker. Arbeidet i OGU dannet grunnlaget for erfaringene og anbefalingene i neste kapittel.

4.4 Operativ Gruppe Utland: erfaringer og anbefalinger

OGU ble etablert oktober 2025, kort tid etter svikten ble kjent, for å skaffe fullstendig oversikt over utenlandssakene og rette opp mangler i oppfølgingen av mottatte IMI- og nordiske varsler. Mandatet omfattet å kartlegge porteføljen, sikre behandling av alle saker, etablere midlertidige rutiner og identifisere svikt i prosess, systemstøtte og organisering. Se tidslinje for hendelsesforløpet og sentrale beslutninger i oppfølging av utenlandssakene i figur 2.



Figur 2: Tidslinje over sentrale elementer i utenlandssakene

Overordnet oversikt over omfanget av saker

Omfanget av OGU sitt arbeid var betydelig. Ifølge erfaringsrapporten hadde gruppen innen 1. februar 2026 gjennomgått 166 saker, hvorav 113 var ferdig behandlet og 53 fortsatt under arbeid. Av disse stammet 28 saker fra medieomtalen, hvor 25 var ferdigstilt. OGU dokumenterte også at 71 av de avsluttede sakene hadde resultert i en form for administrativ reaksjon eller tiltak.

I den første fasen identifiserte OGU 109 saker som krevde aktiv oppfølging, inkludert opprinnelige mediasaker, tidligere registrerte saker og nyoppdagede treff i HPR. Antallet økte senere til 127 saker, etter at 18 tidligere avsluttede saker ble gjenåpnet for ny vurdering. På dette tidspunktet var 57 av de 127 sakene avsluttet, mens 70 fortsatt var til behandling. Tallene ble løpende oppdatert gjennom høsten og vinteren 2025–2026, og utviklingen i porteføljen gjenspeilte både oppryddingsarbeidet og nytilkomne forhold.

Endringer i organisering, arbeidsflyt, samhandling og juridisk praksis

Organisering og samhandling

OGU arbeidet med å finne løsninger på flere strukturelle forhold som hadde bidratt til svikten før høsten 2025. Dette inkluderte manglende helhetlig prosesseierskap for utenlandssakene, svak forankret arbeidsflyt og arbeidsdeling mellom involverte enheter i avdeling 2 og 4, ulik praksis i realitetsbehandling av saker og betydelig avhengighet av manuelle oppslag og kontroller.

Arbeidet OGU gjennomførte omfattet både opprydding og etablering av midlertidige strukturer. Gruppen utviklet standardiserte arbeidssteg for mottak, registrering, identitetskontroll og opprettelse av saker, noe som ga en mer enhetlig prosess fra mottak av varsel til ferdigstilling av vurderingen. Den operative arbeidsflyten som OGU etablerte, bygger videre på denne mottaksprosessen og beskriver stegvis hvordan sakene håndteres fra varselet er mottatt og identiteten er avklart.

Arbeidsflyten omfatter opprettelse av sak i saksbehandlingssystemet, registrering av varselet og innhenting av nødvendig dokumentasjon fra avsenderlandet. Den beskriver også hvordan kommunikasjon med utenlandske myndigheter skal gjennomføres, inkludert purringer ved manglende svar, samt bruk av eksterne registre (Helsepersonellregisteret, Folkeregisteret, arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret, EIK rekvireringsrett-informasjon) for å sikre tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for den videre behandlingen.

Systemstøtte og verktøy

Etter at svikten ble kjent og innledende arbeider igangsatt for å identifisere og behandle aktuelle varsler, ble eksisterende Excel-oversikter videreutviklet til ett felles porteføljeverktøy for å sikre oversikt over alle sakene som var under gjennomgang. Behovet for en slik løsning oppstod fordi Helsetilsynet ikke hadde et samlet system som kunne vise status, restanser og fremdrift på tvers av både IMI-meldinger og nordiske varsler. Excel-oversikten ble derfor benyttet som et midlertidig, manuelt styringsverktøy for å registrere mottatte varsler, identifisere saker med treff i HPR og følge opp hvilke saker som avventet informasjon, var til behandling eller var ferdigstilt.

Gjennom arbeidet ble bruk av eksisterende støtteverktøy i mottaket av IMI-meldinger gjennomgått. En robotløsning for å bistå i dette arbeidet var allerede utviklet og satt i drift i februar 2025, men inngikk i OGU sin samlede vurdering av arbeidsflyten. Roboten åpner meldinger i IMI-innboksen, henter ut personopplysninger og foretar et automatisk søk i HPR for å avklare om meldingen gjelder en person med norsk autorisasjon. Deretter sorteres e-postene til egne undermapper for meldinger med og uten treff i HPR, som grunnlag for videre manuell behandling. Roboten erstatter ikke saksbehandlernes faglige vurderinger, men reduserer manuelt arbeid og risiko for uåpnede meldinger.

I tillegg til disse verktøyene startet Helsetilsynet våren 2025 arbeidet med å utvikle og teste funksjonalitet for utenlandssaker i NESTOR-v. Proof-of-concept-arbeidet viste at NESTOR-v kan tilby en mer moderne, sikker og integrert løsning enn dagens midlertidige Excel-baserte oversikter, med bedre muligheter for registrering, sporbarhet, porteføljestyring og integrasjoner mot sentrale registre som Elements, Persontjenesten og HPR. Evalueringen av POC-en dokumenterer at plattformen kan gi OGU og linjen en sterkere og mindre personavhengig arbeidsflyt. Den forestående innføringen vurderes av Helsetilsynet å representere et viktig, midlertidig steg mot helhetlig systemløsning for håndteringen av utenlandssaker – i påvente av at nye fagsystemer for saksbehandlere er på plass på sikt.

Juridisk praksis og vurderingsspor

OGU identifiserte betydelig variasjon i tidligere behandling av saker der reaksjonen var fattet i et annet land, og der regelverket ikke alltid ble praktisert konsistent internt. Det innebar blant annet ulik bruk av hjemler (i helsepersonellovens § 57 femte ledd, § 63 andre ledd og de alminnelige bestemmelsene i kapittel 11), forskjeller i hvor langt Helsetilsynet gikk i å bygge på utenlandske myndigheters vurderinger og varierende terskel for når en sak ble realitetsbehandlet i Norge. For å sikre enhetlig praksis tydeliggjorde OGU to hovedspor for vurderinger av om en utenlandsk reaksjon skal føre til norsk reaksjon realitetsbehandling:

- 1. Tilfeller der norsk autorisasjon i sin helhet bygger på en utenlandsk autorisasjon som er falt bort.** Helsetilsynet kan tilbakekalle den norske autorisasjonen uten ny faktavurdering når den utenlandske autorisasjonen som den norske bygger på, har mistet sin gyldighet. I teorien betyr dette en rask og relativt enkel prosess hvor hovedoppgaven er å bekrefte koblingen mellom autorisasjonene og verifisere at bortfallet faktisk har skjedd.
- 2. Tilfeller der det kreves en selvstendig vurdering etter helsepersonelloven kapittel 11 basert på dokumentasjonen fra utlandet.** Dersom den norske autorisasjonen ikke bygger direkte på den autorisasjonen som er falt bort i utlandet, må Helsetilsynet foreta en selvstendig helhetsvurdering etter bestemmelsene i helsepersonelloven kapittel 11. I praksis innebærer dette å vurdere om opplysningene fra utenlandske myndigheter gir tilstrekkelig grunnlag for administrative reaksjoner etter norsk rett, og eventuelt å innhente supplerende dokumentasjon.

Denne avklaringen medførte at vurderingene ble mer standardiserte, og at det ble etablert felles kriterier for hvilke opplysninger som kreves for å ta stilling til om saken skal realitetsbehandles. OGU peker også på at dette krever systematisk innhenting av dokumentasjon fra utlandet, og at dagens regelverk i en del tilfeller gir begrensninger som må håndteres gjennom tydelige rutiner.

Eksterne avhengigheter og systemutfordringer

OGU synliggjorde også en rekke forhold utenfor Helsetilsynets kontroll, som påvirker både fremdrift og kvalitet i behandlingen av utenlandssaker. Gjennomgangen av IMI-varsler viste at norske myndigheter i stor grad er avhengige av tilbakemeldinger og dokumentasjon fra tilsynsmyndigheter i andre land, og at responstid og informasjonskvalitet varierer betydelig. Flere land kan av rettslige grunner ikke dele full underlagsdokumentasjon. Dette kan gjøre det krevende å gjennomføre tilstrekkelige vurderinger etter bestemmelsene i helsepersonelloven kapittel 11.

Det fremholdes videre at regelverket for administrative reaksjoner ikke er utformet med IMI-situasjonen som utgangspunkt, og at dette skaper uklarhet om hvilke opplysninger som må foreligge før det kan treffes vedtak. OGU dokumenterte videre at IMI-systemet i sin nåværende form kun formidler basisinformasjon og ikke er teknisk tilrettelagt for tilsynsformål, noe som medfører omfattende manuelle prosesser for å fremskaffe et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag. Samlet innebærer disse forholdene at deler av saksflyten også i fremtidig drift vil være avhengig av eksterne forhold utenfor Helsetilsynet og ikke kan reduseres til interne prosessforbedringer alene.

Anbefalinger fra OGU ved overføring av prosjektet tilbake til linjen

Erfaringene fra OGU resulterte i en rekke anbefalinger for å styrke behandlingen av utenlandssaker. Blant disse var behovet for en tydelig prosesseier, bedre systemstøtte med færre manuelle steg, mer enhetlige rutiner og oppdaterte interne veiledninger. OGU pekte også på utfordringer knyttet til eksisterende regelverk, som knytter seg til hvordan utenlandske reaksjoner skal forstås og legges til grunn i norske vurderinger. Dette forholdet har Helsetilsynet fulgt opp i brev til HOD primo februar. Flere anbefalinger gjaldt dessuten behovet for mer helhetlig dokumentasjon og standardisert kommunikasjon med utenlandske myndigheter.

Arbeidet i OGU har lagt det operative og organisatoriske grunnlaget som dagens håndtering av utenlandssaker bygger på. I neste underkapittel beskrives hvordan dette ansvaret er videreført og formalisert i linjen.

4.5 Organisering av utenlandssakene i dag

Etter at OGU avsluttet sitt arbeid medio februar 2026, ble ansvaret for utenlandssakene overført tilbake til linjen. Prosesseierskap og fagansvar ligger nå i avdeling 2, i tråd med anbefalingene fra OGU. Avdeling 2 har ansvar for helheten i prosessen og for å legge til rette for en enhetlig praksis i vurderingene som følger av mottatte IMI- og nordiske varsler. Dette omfatter ansvar for metodikk, oppdatering av interne rutiner, koordinering med andre enheter og oppfølging av saker som krever tilsynsmessige vurderinger.

Arbeidsflyten som ble etablert under OGU ble videreført i dagens praksis og beskriver trinnvise aktiviteter i mottak, saksregistrering og innhenting av nødvendig dokumentasjon. Saksflyten er organisert i to trinn, som flyter mellom avdeling 4 (førstelinje) og avdeling 2 (andrelinje):

Førstelinje	Andrelinje
<ul style="list-style-type: none"> • Mottak, triage, identitets- og registerkontroller • Dokumentasjonsinnhenting fra avsenderland • Sendes fra førstelinje til andrelinje når dokumentasjon er tilstrekkelig • Etter vedtak sender andrelinje beslutningen til førstelinje, som gjennomfører avsluttende oppgaver som oppdatering av IMI, HPR og varsling til aktuelle land 	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomfører faglig og juridisk vurdering • Utarbeider forhåndsvarsel og vedtak • Avklarer bruk av relevante hjemler

Denne arbeidsdelingen inkluderer standardiserte arbeidsflyter, etablerte kontrollpunkter for registrering og dokumentasjon, og økt koordinering mellom avdelingene.

I dagens drift benyttes den samme Excel-baserte porteføljeoversikten som ble videreutviklet i OGU-perioden, som et felles arbeidsverktøy for å holde oversikt over mottatte varsler, saker under behandling og restanser. Excel fungerer fortsatt som et praktisk og nødvendig porteføljestyringsverktøy for koordinert oppfølging mellom første- og andrelinje.

Intervjumaterialet viser at enkelte av OGU sine anbefalinger allerede er gjennomført, særlig innføringen av prosesseierrollen, tydeligere ansvarsfordeling og forbedret arbeidsflyt mellom avdelingene. Samtidig gjenstår flere tiltak. Dette gjelder blant annet behovet for helhetlig systemstøtte, der arbeidet fortsatt preges av manuelle oppslag, manglende integrasjon mellom IMI-systemet, Helsepersonellregisteret og interne saksbehandlingssystemer, samt behovet for oppdaterte og tydeliggjorte veiledninger for behandling av

sakene i de ulike involverte leddene.

Selv om OGU foreslo en omfattende revisjon av styrende veiledninger, er flere av forslagene fortsatt under arbeid. Arbeidet med å utarbeide en konkret implementeringsplan for innføring av tiltakene er på nåværende tidspunkt ikke påbegynt.

I neste delkapittel redegjøres det nærmere for grenseflatene mot Helsedirektoratet, som er en sentral aktør i arbeidet med utenlandssakene.

4.6 Grenseflatene mot Helsedirektoratet

Grenseflatene mellom Helsetilsynet og Helsedirektoratet bygger på den ansvarsdelingen som ble fastsatt av HOD da IMI-varslingsmekanismen ble innført. Helsedirektoratet har ansvar for autorisasjonsforvaltningen, inkludert kontroll av IMI-treff ved søknader om norsk autorisasjon. Helsetilsynet har ansvar for å motta og følge opp IMI-varslere som gjelder helsepersonell som allerede har norsk autorisasjon, og for å vurdere om reaksjoner i utlandet skal få konsekvenser i Norge. Dette følger av HODs beslutning om at Helsetilsynet skal være norsk varslingsmyndighet, mens Helsedirektoratet skal sikre tilgangsstyring og drift av autorisasjonsløsningen. I tabellen under er rollene spesifisert for hver av virksomhetene.

	Helsedirektoratet	Helsetilsynet
Oppgaver	Autorisasjonsforvaltningen (utstedelse, fornyelse, profesjonskort)	Mottak og oppfølging av IMI-varslere
	Sjekke IMI for søkere om norsk autorisasjon	Varselutsendelse ved norske tilsynsvedtak
	Drift og registerkvalitet i HPR	Vurdering av om utenlandske reaksjoner tilsier norsk reaksjon

Gjennomgangen fra 31. oktober 2025 viser at virksomhetene har flere nødvendige kontaktpunkter, særlig knyttet til identitetsavklaringer, kontroll i HPR og utveksling av informasjon om autorisasjonsstatus. Samtidig peker gjennomgangen på at manglende strukturert samhandling har bidratt til at enkelte varsler ikke ble fulgt opp som forutsatt.

Rapporten fra høsten 2025, sammen med intervju materialet i vår gjennomgang, beskriver flere forhold som berører grenseflatene og peker på behovet for tydelige avklaringer av roller og forventninger i prosesser som involverer både autorisasjonsforvaltning og tilsyn. Dette gjelder særlig håndtering av tvilstilfeller før autorisasjonsvedtak, der opplysninger i saken kan indikere forhold som potensielt utgjør en tilbakekallsgrunn.

Rapporten beskriver videre utfordringer med informasjonsflyt internt i Helsetilsynet, som følge av manglende systemintegrasjon mellom IMI-systemet, HPR og interne saksbehandlingssystemer. Helsetilsynet har i enkelte saker manglet tilgang til opplysninger om autorisasjonsgrunnlaget, herunder hvilket land autorisasjonen opprinnelig stammer fra.

Dette har medført at Helsetilsynet må forespørre informasjon som ideelt sett burde fremgå av HPR. På sin side har Helsedirektoratet tidligere ikke benyttet IMI aktivt ved autorisasjonssøknader, da de ikke hadde nødvendige IMI-tilganger før høsten 2025.

Intervjumaterialet viser at flere praktiske grenseflater fortsatt er under utvikling. Dette gjelder blant annet hvordan informasjon om utenlandske reaksjoner skal håndteres ved nye autorisasjonssøknader, hvilke datakilder som skal ligge i HPR og hvordan oppdateringer i HPR skal koordineres når Helsetilsynet fatter reaksjoner på grunnlag av utenlandske varsler. Informanter fremhever også behovet for mer regelmessig dialog mellom virksomhetene for å sikre samsvar mellom autorisasjons- og tilsynssporet, særlig i saker som krever rask avklaring og hvor varselsgrunnlaget kan berøre begge parter ansvarsområder.

Slik organisert utgjør grenseflatene mot Helsedirektoratet et sentralt element i dagens håndtering av utenlandssaker, og Helsetilsynets interne gjennomgang fremhever at videre utvikling av samarbeid og tydelige rutiner i grenseflatene er viktig for å sikre en varig og robust løsning.

5 Observasjoner

5. Observasjoner

Dette kapitlet danner grunnlaget for analysene og vurderingene som gjennomføres i gjennomgangen vår. Observasjonene er basert på intervjuene, dokumentstudier og andre datamaterialer tilknyttet utenlandssakene og Statens Helsetilsyn i bredt. Kapitlet er delt inn i fire delkapitler og strukturen er i tråd med rammene som følger av mandatet (se kapittel 1). Temaene er organisering, arbeidsdeling og styring, risikovurdering og -håndtering, tiltak etter svikten og kultur.

5.1 Organisering, arbeidsdeling, styring og kontroll

Temaet omfatter seks kriterier. Samlet omhandler kriteriene ansvar, rolleavklaringer, prosesseierskap, kontrollpunkter og ledelsens oppfølging. Formålet er å undersøke om oppgaveløsningen er tydelig strukturert og tilstrekkelig styrt.

5.1.1 Det finnes en tydelig ende-til-ende prosesseier for utenlandssaker med mandat til å styre på tvers

Den interne gjennomgangen av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker beskriver historisk at oppgaven ble fordelt mellom to avdelinger uten en helhetlig leder for prosessen. Det kommer frem at ledelsen hadde manglende oversikt over hvordan oppgaven ble løst, og at det ikke var etablert en samlet styring eller risikovurdering for utenlandssaker som egen portefølje.

Erfaringsrapporten for OGU anbefaler eksplisitt at håndteringen av utenlandssaker i ordinær drift forutsetter tydelig prosesseierskap, avklarte roller og en standardisert arbeidsflyt fra mottak til avslutning.

Prosesseierrollen løftes frem som nødvendig for å sikre helhetlig styring, prioritering og oppfølging i linjen etter prosjektslutt. OGU presiserer at prosess- og produktansvar legges til én avdeling, med en dedikert prosesseier som leder et tverrfaglig team og har myndighet til å styre oppgaveporteføljen på tvers av enheter.

Etter avvikling av OGU og overføring til linjen beskriver flere ansatte at det nå er innført én prosesseier i avdeling 2 med ansvar for hele løpet fra mottak til avsluttet sak. Prosesseier har prosessansvar for utenlandssaker, som både følger porteføljen tett og fungerer som eskaleringspunkt på tvers av første- og andrelinje. Rollen skal påse at standarder for mottak og behandling følges i første- og andrelinje, sikre et tilstrekkelig kvalitetssystem med stikkprøver, sette frister og etablere fast rapportering. Ansvar inkluderer også å følge opp utviklingen av nytt systemverktøy (utvikling av NESTOR-v) gjennom tett oppfølging av og dialog med teknisk systemeier.

5.1.2 Arbeidsdeling og ansvar mellom avdeling 2 og avdeling 4 er entydig og konsistent i prosedyrer og veiledere

Gjennomgangen av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker beskriver tidligere arbeidsdeling mellom avdelingene, der avdeling 4 håndterte mottak, kontroll og registrering, mens avdeling 2 behandlet sakene og fattet vedtak. Rapporten konkluderer med at denne delingen innebar økt risiko for svikt, ettersom det manglet helhetlig styring og strukturert samarbeid, og fordi retningslinjer og praksis for samhandling ikke var tilstrekkelig tydelig.

Gjennom OGU har organisering blitt samlet i en helhetlig prosess der oppgaver er fordelt mellom første- og andrelinje i prosjektperioden. På tidspunktet OGU ble avvirket og arbeidet med utenlandssaker tilbakeført til drift, foreligger det modell for arbeidsprosesser og organisering av utenlandssaker. Dokumentasjon for modellen inneholder prosessbeskrivelser, prosessillustrasjoner og veiledere. Disse konkretiserer oppgavene mellom førstelinje (mottak, identitetskontroll, innhenting av dokumentasjon) og andrelinje (realitetsbehandling, juridisk vurdering, vedtak og registrering av resultat). I tillegg er rollene knyttet til prosesseier og teknisk systemeier beskrevet.

Flere ansatte bekrefter gjennom intervjuer at arbeidsdelingen knyttet til utenlandssakene oppleves som tydelig. De understreker at fagansvaret for utenlandssakene og realitetsbehandling ble lagt i avdeling 2, mens førstelinje med ansvar for mottak og innledende behandling ble plassert i avdeling 4. I intervjuene fremkommer det videre at arbeidsdelingen fremstår tydelig og at oppgavene på tvers av første- og andrelinje er tydelig definert, både skriftlig og i praksis.

5.1.3 Kritiske overleveringer har definerte kontrollpunkter, akseptkriterier og sporbarhet

Det er godt dokumentert at det ikke var etablerte tilstrekkelige kontrollpunkter, akseptkriterier og sporbarhet før svikten ble kjent. Overleveringen mellom avdelingen var lite standardiserte, med begrenset bruk av felles kontrollpunkter og formalisert sporbarhet. Videre var ansatte i stor grad avhengig av individuelle notater, lokale Excel-lister og manuell oppfølging, noe som økte risikoen for at saker kunne stoppe opp eller falle mellom stoler.

Dette har blitt endret ved at det ble innført definerte kontrollpunkter i arbeidsprosessen, både i første- og andrelinje. Både skriftlig dokumentasjon og intervjuer beskriver konkrete overleverings- og kontrollpunkter i saksflyten:

Overleveringspunkter	Kontrollpunkter
<ul style="list-style-type: none"> fra IMI-varsler til registrering og første vurdering i førstelinje, fra førstelinje til andrelinje når dokumentasjon er tilstrekkelig, fra juridisk behandling til oppdatering av HPR, IMI og nordiske samarbeidspartnere, og ved avslutning og arkivering av saken. 	<ul style="list-style-type: none"> krav om manuell kontroll av identitet og autorisasjon ved visse typer treff, bruk av definert kategorisering av IMI-meldinger og tilhørende beslutningsregler, kontroll ved oppretting og utsendelse av IMI-varsler, og krav om å sjekke at både HPR og IMI er korrekt oppdatert før saken markeres som "fullført" i Elements.

Ansatte beskriver at dette sikrer at nødvendige oppslag og innhenting er gjort før saker sendes videre til realitetsbehandling. Det gjennomføres dobbeltsjekk av at vedtak er fulgt opp i både HPR og IMI før saker avsluttes, og det brukes et felles Excel-skjema som gjør det mulig å følge status og ansvar ved hver overlevering. Likevel erkjenner flere at kontrollene fortsatt er delvis manuelle og avhengige av at

enkeltpersoner registrerer korrekt informasjon i Excel og Elements. Samtidig arbeides det med testing og innføring av NESTOR-v som skal gjøre kontroll og sporbarhet mer robust og mindre personavhengig.

Dokumentasjon på erfaringer med å teste bruksområdene for NESTOR-v viser at verktøyet kan støtte bedre registrering av steg og status i saksflyten, og dermed legge til rette for mer strukturert sporbarhet og overvåking av kontrollpunkter enn Excel-løsningen.

5.1.4 Det finnes fast samarbeidsstruktur mellom berørte enheter (arena, frekvens, agenda og beslutningslogg)

Det er kjent at det før svikten ikke var etablert faste og strukturerte samarbeidsarenaer for utenlandssaker på tvers av avdelinger. Temaet ble sjelden løftet i ledermøter, og samarbeid mellom avdeling 2 og avdeling 4 var mer situasjonsbasert enn planlagt.

I OGU-perioden beskrives det som en styrke at det ble innført hyppige koordineringsmøter ukentlig, det ble holdt faste saksmøter for gjennomgang av enkeltsaker, og det var regelmessige statusmøter med direktør og ledelse i berørte avdelinger. Erfaringsrapporten fra OGU peker på at disse arenaene var en suksessfaktor for kvalitet og fremdrift. Dette understøttes av flere ansatte.

Delrapport 1 til erfaringsrapporten om foreslått modell for fremtidig behandling av utenlandssaker anbefaler at det etableres en enkel, men tydelig styrings- og oppfølgingsstruktur også i linjen, med faste møtepunkter, definert agenda og bruk av styringsinformasjon for å følge kvalitet og restanser. Dette er til dels fulgt opp. Etter overføring til linjen beskriver intervjuer at det nå er etablert ukentlige statusmøter mellom prosesseier og førstelinje, faste saksmøter i andrelinje, og månedlige møter der førstelinje, andrelinje og tekniske ressurser deltar for å følge opp porteføljen og videreutvikling av systemstøtteverktøy.

Det pekes likevel på at denne samarbeidsstrukturen fortsatt er relativt ny, og at det fortsatt er behov for å sikre at erfaringer og utfordringer løftes også inn i mer formelle lederfora og ordinær virksomhetsstyring.

5.1.5 Det finnes et samlet statusbilde over hele porteføljen (IMI og ikke-IMI), herunder restanser, venter på info og uåpnede meldinger

Intervjuene beskriver at det før svikten ikke fantes et helhetlig og oppdatert statusbilde over utenlandssakene. Oversikter var fragmenterte, og det var blant annet uåpnede IMI-varslere som ikke var fanget opp. I forbindelse med gjennomgangen etter VG-saken ble eksisterende Excel skjema videreutviklet og det ble etablert mer systematiske porteføljeoversikter, som gjorde det mulig å:

- Registrere alle varsler og saker med treff
- Klassifisere status (pågår, venter på informasjon, avsluttet, restanse)
- Rapportere på volum og fremdrift til ledelse og HOD

Både intervjumaterialet og rapporteringer fra Helsetilsynet til HOD gjennom høsten 2025 dokumenterer at Helsetilsynet etablerte en porteføljeoversikt over utenlandssaker. Porteføljeoversikten i Excel inneholder tall på behandlede saker, restanser og pågående saker. Oversikten operasjonaliserer også rutiner for oppfølging, ved at det systematiserer puringer og oppfølgingsbehov. Som styringsflate har verktøyet bidratt med å gi departementet, ledelsen og prosjektgruppen løpende oversikt over antall saker, status og gjennomløpstid.

Ansatte beskriver at Excel-oversiktene var avgjørende for å sikre kontroll i prosjektperioden, men også at løsningen er arbeidskrevende og lite skalerbar som varig modell. I dagens situasjon fremholder ansatte at Excel-baserte porteføljeoversikter fortsatt brukes som felles statusbilde for både første- og andrelinje. De identifiserte dette som en sårbarhet da det fortsatt er et sterkt behov for å redusere manuelle registreringer og dobbelrapportering.

Dokumentasjon knyttet til utvikling av ny teknisk løsning, NESTOR-v, viser at løsningen kan understøtte registrering, filtrering og rapportering på tvers av utenlandssaker, med integrasjon mot Elements og personregistre, og dermed gi grunnlag for et mer robust og oppdatert statusbilde enn dagens Excel- løsning.

5.1.6 Ledelsen etterspør regelmessig status, risiko og forbedringsbehov spesifikt for utenlandssaker

Gjennomgangen av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker dokumenterer at ledelsen historisk ikke eksplisitt etterspurte resultater fra behandlingen av utenlandssaker i tertial- og årsrapportering, på tross av at området var risikoutsatt og delt mellom to avdelinger. Intervjuene støtter disse funnene, og viser til en tydelig mellom historisk praksis, og perioden etter svikten, der ledelsen hadde høy oppmerksomhet på utenlandssaker gjennom OGU-arbeidet og den etterfølgende overføringen til linjen.

Under OGU beskrives det at direktør hadde regelmessige statusmøter med prosjektet, og at utenlandssaker var et prioritert tema i dialogen med HOD. Etter overføringen til linjen beskriver flere ledere at utenlandssaker fortsatt er gjenstand for tett oppfølging. Prosesseier rapporterer jevnlig status og utfordringer til avdelingsledelse, og det er tenkt at problemstillinger knyttet til kapasitet, systemstøtte og realitetsbehandling skal inngå lederdialogen på tvers av avdelinger og i ledermøter.

Etter at svikten ble avdekket, viser erfaringsrapporten for OGU og delrapportene til HOD at utenlandssaker hadde vært gjenstand for jevnlig rapportering og dialog mellom Helsetilsynet og HOD, det ble levert flere status- og oppfølgingsrapporter (bl.a. 31.10.25, 14.11.25, 15.12.25). Det er også godt dokumentert at ledelsen var tett involvert i å følge opp fremdrift, risiko og forbedringstiltak.

Erfaringsrapporten fremhever også behovet for å etablere minimum styringsinformasjon og faste oppfølgingspunkter i linjen etter prosjektslutt, for å sikre at utenlandssaker forblir tydelig plassert i virksomhetsstyringen. Intervjumaterialet viser videre at ledelsen i perioden etter svikten hadde høy oppmerksomhet på utenlandssaker i overføringsfasen når prosjektet er lagt ned.

Vår datainnsamling har likevel ikke avdekket om det er innført faste møter der status og risiko for utenlandssaker diskuteres mellom prosesseier, avdelingsledelse og direktør/stab. Vi kan heller ikke se om oppfølging av utenlandssaker skal inngå som en del av tertial- og årsrapporteringen. Samtidig uttrykker enkelte at man fortsatt er i en oppryddings- og overgangsfase, og at det gjenstår å se hvordan utenlandssaker vil bli integrert i den ordinære styringsdialogen over tid.

5.2 Risikovurdering og -håndtering knyttet til kapasitet, kompetanse og prosedyrer

Temaet omfatter tre kriterier, og omhandler risikovurderinger, kompetansekrav, opplæring og systemstøtte. Disse er samlet sett relevante for å vurdere om risiko identifiseres og håndteres systematisk.

5.2.1 Det foreligger en oppdatert og dokumentert risikovurdering for utenlandssaker (ende-til-ende), inkl. volumtopper og eksterne avhengigheter

Intervjumaterialet og gjennomgangen av årsakene til svikten høsten 2025 er samstemt om at historisk risikovurdering ved innføringen av IMI-oppgaven var utilstrekkelig, og at oppfølgingen i linjen var svak før svikten ble avdekket.

Organiseringen og behandlingen av utenlandssakene i perioden OGU var aktiv, viser en klar dreining mot mer systematisk risikoforståelse, med porteføljestyling, tett ledelsesoppfølging av restanser og tydelige prioriteringsregler. Delrapportene beskriver at saker ble prioritert ut fra blant annet om helsepersonell jobber i Norge, sakstype og alvorlighetsgrad. OGU anbefalte at denne arbeidsformen bør videreføres når prosjektorganiseringen avvikles, med løpende oppfølging i linjen gjennom kontrollsløyfer, prioritering og overvåking.

Intervjuene bekrefter at denne praksisen i hovedsak er videreført i linjen, ved at prosesseier og ledelse etterspør status og risiko, og at porteføljeoversikter bidrar til å ha oversikt og kontroll på saksflyten. I tillegg er risikoer knyttet til forhold som ligger utenfor Helsetilsynets kontroll, herunder grensesnitt i IMI, manglende dokumentasjonsgrunnlag fra ulike lands myndigheter og ulik reaksjonspraksis i andre land godt identifisert som permanent restrisiko som ikke kan reduseres gjennom interne tiltak alene.

Samtidig fremgår det at risikovurderingene i stor grad er praksis- og møtedrevne. Risiko fanges opp og håndteres gjennom de strukturer og praksiser som er etablert, men ikke gjennom en samlet, dokumentert og regelmessig oppdatert ende-til-ende risikoanalyse for utenlandssakene. Flere ansatte beskriver at de ikke kjenner til egne, formelle risikovurderinger for dette området, utover generell risikorapportering på virksomhetsnivå. I materialet vi har gjennomgått, er det ikke dokumentert en helhetlig risikoanalyse som eksplisitt dekker volumtopper, manglende svar fra enkelte land og avhengighetene mot eksterne systemer som IMI og HPR.

5.2.2 Kritiske kompetanser er definert, og opplæring/onboarding sikrer kompetanseoverføring ved endringer i bemanning

Intervjuer beskriver at OGU ga et betydelig kompetanseløft til involverte ansatte, blant annet gjennom tettere faglig sparring, smidige arenaer og systematikk i saksgjennomgangen. Etter overføring til linjen er kritiske roller definert – med førstelinje i avdeling 4, andrelinje i avdeling 2, en prosesseierfunksjon med helhetlig ansvar for utenlandssakene i avdeling 2 og teknisk systemeier for håndtering av utvikling og implementering av digitale verktøy.

Erfaringsrapporten for OGU anbefaler tydelige opplæringsløp med utgangspunkt i utarbeidede prosesskart, veiledere og rutiner. I tillegg anbefaler de tilstrekkelig kapasitetsdekning i førstelinjen for å redusere sårbarhet (blant annet minst tre personer med overlapp). Intervjuene viser at opplæringen i det videre vil baseres på standardiserte rutiner og dokumentasjon, med bruk av prosesskart, veiledere og felles maler som

utgangspunkt for onboarding – i tråd med anbefaling fra OGU. I tillegg beskriver ansatte at rolle- og oppgavebeskrivelser knyttet til både første- og andrelinje vil fungere som et grunnlag for rollebasert opplæring.

Intervjuene peker samtidig på at personavhengighet fortsatt utgjør en risiko, særlig i mottak av utenlandssakene. Overlapp i førstelinjen er bedre enn tidligere, men sårbarhet ved fravær og eventuelle endringer i bemanning eksisterer fortsatt. I intervjuene beskrives det at ledelsen har arbeidet med å styrke kapasiteten i avdeling 2 og vurdert løsninger der deler av førstelinjefunksjonen på sikt organiseres nærmere prosesseier, for å samle kompetanse og ansvar.

5.2.3 Systemstøtte reduserer manuelle feil (åpning, søk, logging), og det finnes overvåkning som fanger restanser

Intervjuene beskriver en markant forbedring fra tidligere manuelle rutiner til mer støttede prosesser for åpning, søk og logistikk. IMI-roboten, bedre bruk av Elements og en felles porteføljeoversikt (Excel) trekkes frem som sentrale elementer i dagens arbeid. Samtidig er systemlandskapet fortsatt fragmentert og at mye av kontrollen skjer manuelt.

Dokumentasjonen viser at IMI-roboten utfører flere trinn som tidligere ble gjort manuelt, herunder åpning av meldinger, uthenting av personopplysninger og automatisk søk mot HPR før meldingene sendes videre i arbeidsflyten. Dette reduserer risikoen for manuelle feil i mottaket og sikrer at alle meldinger behandles etter samme grunnprosedyre. Roboten håndterer imidlertid ikke identitetsvariasjoner og ufullstendige data, og resultatene av søkene må fortsatt kontrolleres manuelt i førstelinjen.

Arbeidsflyten viser at saksbehandlere gjør manuelle kontroller mot HPR, arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret og folkeregisteret, og at det er etablert kontrollsløyfer og purrerutiner i porteføljeoversikter (Excel) for å følge opp manglende dokumentasjon og henvendelser til utenlandske myndigheter. Det finnes også tekniske logger knyttet til robotens kjøring, men disse brukes primært for teknisk feilhåndtering og ikke som et operativt overvåkingsverktøy for restanser. Oppfølging av saker som står stille gjøres i dag hovedsakelig gjennom manuelle rutiner og porteføljeoversikten i Excel.

Evalueringsrapporten for POC i NESTOR-v viser at løsningen kan gi bedre støtte for registrering, saksflyt og porteføljeoppfølging, men intervjuene understreker at dette ikke er tatt i bruk i linjen, og at oppfølgingen derfor fortsatt er avhengig av manuelle prosesser.

5.3 Tiltak – vurdering av tilstrekkelighet og hvorvidt de treffer identifiserte rotårsaker

Det foreligger tre kriterier til temaet. Samlet vurderer kriteriene sammenhengen mellom identifiserte årsaker til svikten og iverksatte tiltak, samt om tiltakene er forankret, planlagt og fulgt opp på en tilstrekkelig måte.

5.3.1 Tiltakene treffer rotårsakene innen styring, risiko, kontroll og kompetanse, ikke bare symptomene

Den interne gjennomgangen av 31.10.2025 identifiserte rotårsaker knyttet til svak styring, mangelfulle risikovurderinger, delt ansvar og fravær av kontrollsløyfer. Opprettelsen av prosjektet OGU, og de tekniske og prosessuelle grepene som ble etablert, er tiltak som svarer direkte på disse funnene. Erfaringsrapporten dokumenterer at prosjektet etablerte en helhetlig arbeidsflyt, tydelige kontrollsløyfer, oppdatert veiledningsmateriell og faste møtearenaer, og anbefaler at disse elementene videreføres som varige grep i linjen. Rapporten fremhever også behovet for tydelig prosesseierskap og standardisering av prosesser.

En annen sentral del av forbedringsarbeidet har vært å etablere en mer enhetlig juridisk praksis for realitetsbehandling, der OGU gjennom sitt arbeid har definerte hvilke lovspor som skal anvendes i hvilke sakstyper, og hvilke dokumentasjonskrav som må være oppfylt før en norsk vurdering kan foretas. Arbeidet har resultert i en standardisering av juridisk praksis og tydelige spor for realitetsbehandling – innenfor dagens lovverk.

OGU anbefaler også videreføring av en modell med samlet prosess- og produkteierskap i avdeling 2 og et tverrfaglig operativt team, som er et direkte strukturelt svar på tidligere fragmentering mellom avdelingene. IMI-roboten adresserer manuelle feil og risiko for uåpnede meldinger - en sentral rotårsak i logistikkledet. POC-evalueringen av NESTOR-v viser et potensial for mindre Excel-avhengighet og bedre systemstøtte for porteføljestyling og oversikt ved innføring på sikt.

Intervjuene viser at ansatte opplever at tiltakene er rettet mot de identifiserte svakhetene. De peker på at endringene som er overført fra OGU til linjen har gjort den helhetlige styringen av utenlandssakene mer formalisert, det foreligger en tydeligere arbeidsdeling gjennom rolle- og prosessbeskrivelser, styrket porteføljeoversikt med faste statusflater og rapportering, samt redusert manuell risiko gjennom bruk av IMI-robot og kontrollsløyfer.

Samtidig fremheves det i intervjuene at mange av endringene har sårbarheter knyttet til seg gjennom personavhengighet i nøkkelroller og manglende systemstøtteverktøy som kan senke variasjoner i etterlevelse. Gjeldende porteføljeoversikter, som tillater overvåkning og oppdatering av styringsinformasjon, er fortsatt Excel-basert. Flere peker også på eksterne forhold — særlig IMI-funksjonalitet, svar fra enkelte land og HPR/Helsedirektoratet-grensesnitt — er fortsatt fremtredende, da dette er avhengigheter Helsetilsynet må forholde seg til uten reell handlekraft innenfor.

Tiltakene adresserer også kapasitetspresset som OGU identifiserte som en sentral rotårsak, ved at både bemanning i førstelinjen og ressursbruk i andrelinjen nå følges tettere opp og fortløpende vurderes og adresseres i den samlede porteføljestylingen.

Ledelsen understøtter at tiltakene har adressert de bakenforliggende årsakene, særlig knyttet til styring, prioritering og standardisering, og at grepene er ment å være varige. Samtidig erkjenner de at risikoforhold knyttet til personavhengighet, systemstøtte og eksterne forhold fortsatt ikke er fullt løst.

5.3.2 Tiltakene er bærekraftige ressursmessig og organisatorisk, og reduserer sårbarhet ved fravær og turnover

Intervjuene viser at OGU ga et betydelig og raskt kapasitetsløft, med tett koordinering og samlokalisert kompetanse i prosjektperioden. Etter overføring til linjen er det etablert dedikerte førstelinjeressurser, en tydelig prosesseierfunksjon i avdeling 2 og faste møtearenaer som bidrar til å opprettholde en felles arbeidsrytme. Dette reduserer sårbarheten sammenlignet med situasjonen før svikten.

Erfaringsrapporten anbefaler en konkret kapasitets- og overlappsmodell i førstelinjen, med minimum tre personer over tid, og fremhever at underbemanning i mottaksleddet utgjør en vesentlig operasjonell risiko. Den peker også på behov for standardisert opplæring, tydelig ansvarsfordeling og vedvarende møtestruktur for å sikre robusthet.

Intervjuene viser at det i dag finnes dedikerte førstelinjeressurser (to ansatte) og bedre møtestruktur, men også at sårbarheten ved fravær og turnover i nøkkelroller ikke er fullt ut eliminert. Bemanningen oppleves som stram, og flere peker på behov for mer konsistent overlapp i både første- og andrelinje. Som nevnt tidligere arbeider ledelsen med å styrke kapasiteten i avdeling 2 og vurderer løsninger der deler av førstelinjefunksjonen på sikt organiseres nærmere prosesseier, for å samle kompetanse og ansvar. Intervjumaterialet avdekket også at Helsetilsynet vil følge opp kapasitet over tid i takt med saksmengde, variasjon i responstid fra utlandet og prioritering opp mot andre porteføljer.

I tillegg peker ansatte på de samme sårbarhetene knyttet til prosesseierrollen – da den er ressursmessig sårbar og foreløpig knyttet til en konkret person. Flere peker på at mye kompetanse, koordinering og risikovurdering er konsentrert hos denne rollen, og at organisasjonen ikke har bygget opp full overlapp eller varig struktur rundt funksjonen. Det er heller ikke tydeliggjort hvordan ansvar og myndighet skal fordeles dersom denne nøkkelpersonen blir fraværende eller byttes ut.

Vi har ikke avdekket – verken gjennom intervjuer eller tilgjengeliggjorte dokumenter – at det foreligger en ressursplan, men bevisstheten rundt tematikken oppleves å ha vært og fortsatt som høy gjennom intervjuer med Helsetilsynets ansatte.

5.3.3 Tiltakene har tydelig implementeringsplan (tiltakseier, frist, avhengigheter, gevinst) og er forankret i styringslinjen

Erfaringsrapporten inneholder en tydelig beskrivelse av veien videre med hensyn til hva som skal iverksettes i linjen etter overføring fra OGU. Før avvikling har prosjektet tydeliggjort rammene for varig organisering og prosesseierskap, med ansvar plassert i avdeling 2. Videre anbefaler OGU etablering av driftsopplegg for IMI-robot, videreutvikling av styringsflater og minimum styringsinformasjon gjennom innføring av NESTOR-v og faste møtestrukturer. Dokumentet beskriver også hvem som bør ha ansvar for de enkelte tiltakene og gir føringer for eierskap i linjen.

Intervjuene viser at flere tiltak er innført i praksis etter overføring fra OGU til linjen. Det er innført en arbeidsmodell for utenlandssakene med tydelige ansvarslinjer mellom første- og andrelinje, faste møtearenaer, løpende prioriteringsregler og kontrollsløyfer som praktiseres i det daglige. IMI-roboten driftes nå i linjen og arbeid knyttet til innføring av NESTOR-v dokumenterer teknisk modenhet

og beslutningsgrunnlag for videreføring, som del av implementeringen av digital systemstøtte.

For enkelte områder gjenstår det fortsatt å etablere en mer helhetlig implementeringsplan. For kompetanse og kapasitet beskrives rekruttering/omfordeling som igangsatt, men det er foreløpig ikke dokumenterte milepæler (ressursplan) for videreutvikling i regi av linjen. Det mangler også en samlet, tidsatt tiltaksplan som angir tiltakseier, frister, avhengigheter og gevinstmål. Det er planlagt at det skal utarbeides en konkret handlingsplan for operasjonalisering av flere av tiltakene i OGU's rapport som ikke er innført, og at tiltenkt handlingsplan skal innlemmes i virksomhetsstyringen.

5.4 Kultur som fremmer kompetansedeling, læring og rolleforståelse

Temaet omfatter bl.a. samhandling, læring, risikostyring og ledelsens rolle med å etablere felles forståelse og retning for virksomheten. Kultur er inkludert på bakgrunn av utfordringer belyst i rapport av 31.10.25 og på bakgrunn av at praksis, holdninger og samhandlingsmønstre påvirker organisering, styring og risikohåndtering i praksis. Under dette temaet er funnene primært basert på intervjumaterialet.

5.4.1 Det finnes en kultur som systematisk fremmer læring og åpenhet om risiko

Funn fra både intervjuer og dokumenter tyder på at arbeidet med risiko og læring om risiko tidligere var lite systematisert og i stor grad drevet av enkeltpersoners initiativ, til tross for at det fantes etablerte læringsarenaer i deler av organisasjonen. Flere beskriver at risikovurderinger ikke var en integrert praksis i den løpende styringen, men snarere en formell øvelse knyttet til tertialrapportering. Det pekes på at risiko ofte ble håndtert ad hoc, og at sviktområder ikke ble løftet systematisk oppover i organisasjonen før de materialiserte seg.

Intervjuene viser samtidig at OGU-arbeidet bidro til et tydeligere skifte. Arbeidsformen med hyppige møter, åpne drøftinger av usikkerhet, felles vurderinger av prosessuelle risikoer og lav terskel for å løfte bekymringer oppleves å ha styrket både læringskulturen og graden av åpenhet. Flere beskriver at nettopp kombinasjonen av tverrfaglighet, tett oppfølging og kontinuerlig refleksjon gjorde at risiko ble fanget opp tidligere og håndtert raskere enn tidligere.

Etter overføring til linjen er positive erfaringer delvis videreført, blant annet gjennom ukentlige møter mellom førstelinje og prosesseier, samt månedlige fellesmøter for første- og andrelinje, og tydeligere avklaringspunkter mot prosesseier. Flere intervjuer tyder på at det i dag oppleves mer legitimt og åpent for å løfte faglige bekymringer direkte, også når det gjelder systemsvikt, mangler i kontrollpunkter eller sårbarhet knyttet til kapasitet.

Samtidig peker intervjuene på at denne praksisen fortsatt er sårbar. Flere beskriver at høy arbeidsbelastning, siloer og personavhengighet gjør at risikovurderinger ikke alltid gjennomføres systematisk, og at læringsaktiviteter fortsatt må vike for oppgavene. Det fremheves også at kulturen for å dele risiko ikke oppleves som fullt ut institusjonalisert, men at den i betydelig grad er avhengig av enkeltlederens tilgjengelighet og hvor sterkt området til enhver tid er prioritert.

5.4.2 Det finnes en samhandlingskultur som sikrer koordinert arbeid på tvers av avdelinger og prosesser

Materialet viser at tidligere organisering av utenlandssaker var preget av fragmentert arbeidsdeling og uklare ansvars- og grenseflater mellom avdeling 2 og avdeling 4, noe som svekket koordineringen og førte til ulik praksis. Ansatte beskriver svake samhandlingsflater, begrenset innsikt i hverandres arbeid og manglende felles praksis for informasjonsdeling. Dette førte til ulik forståelse av ansvar og var en viktig årsak til at kritiske oppgaver falt mellom enheter.

Etableringen av OGU skapte en mer samlet og koordinert arbeidsform der ansatte jobbet i én felles operativ struktur. Denne arbeidsformen omtales av mange som et viktig vendepunkt. Sakene ble håndtert i ett team, informasjonsflyten ble raskere, og ansatte opplevde at samarbeidet på tvers av fag og avdelinger var bedre enn tidligere.

Etter prosjektperioden er enkelte elementer videreført i linjen, blant annet ukentlige statusmøter mellom prosesseier og førstelinje, månedlige møter med hele utenlandssaksteamet og tettere kontakt mellom avdeling 2 og avdeling 4. Flere beskriver at dette har bidratt til bedre samhandling, mer felles forståelse av prosessen og færre tolkningsrom knyttet til ansvar og grenseflater.

Likevel peker intervjuene på at samhandlingskulturen fortsatt er ujevn. Det fremkommer flere beskrivelser av siloorientering, sterk avdelingsidentitet og barrierer for å be om hjelp på tvers. Enkelte medarbeidere opplever at samarbeidsflater svekkes når trykket øker, og at avdelingene fortsatt i for stor grad prioriterer egne oppgaver fremfor helheten. Andre trekker frem at personavhengighet i kritiske funksjoner gjør at god samhandling ikke alltid er robust når nøkkelpersoner er fraværende.

5.4.3 Det finnes en kultur som støtter tydelige roller, ansvar og forventninger i gjennomføring av oppgaver

Intervjuene viser at arbeidet med utenlandssakene over tid har vært preget av uklar rolle- og ansvarsfordeling mellom avdelingene, særlig mellom avdeling 2 og avdeling 4. Flere beskriver at dette skapte «vi og dere»-strukturer, uklare forventninger og situasjoner der ansatte måtte håndtere oppgaver uten full innsikt i hvem som egentlig hadde ansvar for hva. Det trekkes frem at særlig avdeling 4 lenge stod alene om oppgaver knyttet til mottak og kontroll, og at prosesseierskap manglet på overordnet nivå før OGU-arbeidet startet opp.

Etableringen av OGU bidro til en tydeligere oppgavefordeling, bedre avklarte roller og klarere forventninger til ansvar i de ulike leddene av prosessen. Ansatte beskriver at dette skapte struktur, rytme og mer forutsigbarhet i saksflyten. Etter overføring til linjen oppleves rollefordelingen å være mer formalisert, særlig gjennom tydeligere prosesseierskap i avdeling 2 og etablerte overføringspunkter mellom første- og andrelinje.

Samtidig fremkommer det at forståelsen av roller og ansvar fortsatt varierer mellom avdelingene. Noen beskriver uklarhet rundt stabsfunksjonenes ansvar, variasjoner i hvordan grenser mellom fag og drift forstås, og utfordringer med samhandling på tvers når avdelinger i større grad arbeider ut fra egen portefølje enn felles oppdrag. Det fremheves at prosesseierrollen fungerer godt, men også at den i dag er sårbar og i stor grad personbåret, noe som understreker behovet for videre styrking av struktur og kultur for tydelig rolleforståelse i linjen.

5.4.4 Det finnes en kultur for kompetansedeling og kontinuitet som reduserer sårbarhet ved fravær og turnover

Intervjuene viser at kompetansedeling historisk har vært begrenset og ofte uformell, noe som bidro til høy personavhengighet før OGU-arbeidet. Flere beskriver at opplæringen i praksis skjedde i arbeidssituasjonen, at rutiner var fragmenterte, og at mangel på systematisk opplæring skapte sårbarhet ved både fravær og skifte av medarbeidere. Enkelte beskriver situasjoner der én person satt på nøkkelkompetanse, og at dette kunne få direkte konsekvenser for kvalitet og kontinuitet i saksbehandlingen.

Gjennom OGU ble kompetansedelingen styrket ved at medarbeidere jobbet tett sammen, utviklet felles praksis, og etablerte delte rutiner og løsninger som flere kunne bruke. Dette ga både økt kvalitet og reduserte risikoen for at enkeltpersoners fravær lammet prosessen. Flere medarbeidere fremhever at dette samarbeidet bidro til en opplevelse av bedre støtte i teamet og kontinuerlig kompetanseutvikling gjennom felles arbeid og erfaringsutveksling.

Etter overføring til linjen er forbedringene delvis videreført gjennom etablering av fast personell i førstelinje, bruk av veiledningsartikler, samt mer strukturert støtte fra prosesseier. Samtidig viser intervjuene at praksis for kompetansedeling fortsatt er sårbar, blant annet fordi arbeidsbelastning og siloer gjør det krevende å avsette tid til opplæring og systematisk deling mellom avdelinger. Det trekkes også frem at generell praksis for kompetanseoverføring ved nyansettelser i Helsetilsynet varierer betydelig, og at fadderordninger og veiledning ofte kolliderer med høyt arbeidspress.

På tvers av materialet er det et gjennomgående funn at kultur for læring og deling er i positiv utvikling – men at den fortsatt er mer personavhengig enn institusjonalisert, og at kontinuitet i utenlandssaksfeltet forutsetter at denne kulturen forankres bedre i linjen.

5.4.5 Det finnes en ledelseskultur som legger grunnlaget for god håndtering av dilemmaet mellom styring og læring

Materialet viser at Helsetilsynet står i et tydelig dilemma mellom behovet for styring, struktur, kontroll, kvalitet på den ene siden og behovet for læring, åpenhet, refleksjon og rom for faglig autonomi på den andre siden. Flere beskriver at virksomheten historisk har vært preget av kontrollkultur, dokumentasjonsbehov og en forsiktighet i organisasjonen som i perioder har redusert handlingsrom, åpenhet og læring i linjen.

Et gjennomgående funn i intervjuene er at flere opplever en mer åpen og inkluderende lederstil knyttet til arbeidet med utenlandssakene. Det beskrives at ledelsen i større grad til rette for at ansatte kan løfte bekymringer, diskutere faglige dilemmaer og uttrykke usikkerhet. I håndtering av utenlandssakene, under OGU og i linjen i dag, opplever flere økt trygghet i dialogen med involverte ledere og i arenaer for faglige diskusjoner. De beskriver videre en kultur der ulike perspektiver blir lyttet til og brukt aktivt for å redusere blindsoner og styrke kvaliteten i beslutninger.

Samtidig er det tydelig at balansen mellom styring og læring fortsatt er under utvikling. På et generelt nivå peker enkelte på at høyt arbeidspress og manglende kapasitet gjør at ledere må være mer operative og detaljerte enn ønskelig, noe som kan svekke læring og selvstendighet i organisasjonen. Andre beskriver at forventningene til styring ikke er fullt ut avklart mellom ledelsesnivåene, og at det gjenstår arbeid for å

etablere en tydelig og felles forståelse av hva god styring faktisk innebærer i komplekse tilsynsoppgaver. Det fremgår samtidig at flere ledere har et sterkt ønske om å utvikle organisasjonen mot mer oppgavedrevet arbeid, større selvstendighet, tydeligere risikoforståelse og bedre deling på tvers – alle elementer som forutsetter en ledelseskultur som håndterer styring og læring i balanse, og som støtter både kvalitet og utvikling fremover.

Avsluttende merknader til observasjonskapittelet

Over har vi presentert funnene innenfor de ulike temaene som gjennomgangen har hatt fokus på. Disse viser flere strukturelle forhold som også påvirker Helsetilsynets øvrige kjerneprosesser. Dette behandles videre i kapittel 6 Vurderinger og kapittel 7 Anbefalinger og veien videre.

6 | **Vurderinger**

6. Vurderinger

I dette kapittelet gir vi våre vurderinger knyttet til innføring av tiltak fra Helsetilsynet. Tiltakene er et motsvar til de identifiserte årsakene til hvordan svikten kunne oppstå. Et gjennomgående trekk i datagrunnlaget er at mange av forbedringene etter svikten springer ut av OGU-perioden og tett lederoppfølging i en ekstraordinær situasjon. Flere av tiltakene – som nye arbeidsprosesser, prosesseierskap, møteplasser og IMI-roboten – er satt i drift i linjen, men i varierende grad konsolidert i formelle strukturer, systemstøtte og virksomhetsstyring. I vurderingene i dette kapittelet skiller vi derfor mellom endringer som fremstår som varig forankret og endringer som i større grad er midlertidige eller person- og situasjonsavhengige.

Vi ser særskilt på perioden fra OGU var operativ, til og med overlevering til linjen og praksis i dag. Kapittelet følger samme struktur som observasjonene og vi gir en samlet vurdering av måloppnåelsen innenfor hvert kriterium med utgangspunkt i operasjonaliseringen lagt til grunn.

6.1 Organisering, arbeidsdeling, styring og kontroll

Gjennomgangen viser at Helsetilsynet har gjort betydelige forbedringer i organisering og styring av utenlandssakene etter OGU-perioden. Tiltakene har gitt et tydeligere prosesseierskap, mer robust arbeidsdeling og bedre operative strukturer for koordinering og kontroll. Samtidig viser datagrunnlaget at flere av forbedringene fortsatt er i en overgangsfase, og at enkelte elementer ikke er fullt ut forankret eller teknisk understøttet. Samlet vurderes kriteriene derfor som i ulik grad oppfylt, med tydelige styrker, men også gjenværende sårbarheter som må følges opp i det videre.

Tydelig ende-til-ende prosesseier for utenlandssaker med mandat til å styre på tvers


1	Kriterium Det finnes en tydelig ende-til-ende prosesseier for utenlandssaker med mandat til å styre på tvers	Operasjon alisering
Vår vurdering	<p>Tilstrekkelig oppfylt: Det er etablert én tydelig prosesseier i avdeling 2, med myndighet, tydelig eierskap og praksis som dekker hele prosessen.</p> <p>Rollen har styrket både prioritering, struktur og eskalering betydelig. Samtidig er rollen fortsatt personavhengig, noe som gir sårbarhet i en liten organisasjon der spesialisert kompetanse naturlig samles.</p> <p>Dette bør følges opp gjennom styrket systemstøtte, bedre prosessforankring, dokumentasjon og bredere kompetansedeling.</p>	<p><i>Mandat, rollebeskrivelse, beslutningslinje, faktisk praksis i prioriteringer / avklaringer</i></p>

Tydelig prosesseierskap fremstår som den mest gjennomgripende endringen og den forbedringen som har festet seg tydeligst i linjen. Prosesseierrollen i avdeling 2 fungerer i dag som et reelt styringspunkt, med myndighet til å prioritere, avklare og sikre konsistens i vurderinger på tvers av enhetene. Denne utviklingen samsvarer med både anbefalingene fra OGU og behovet som ble identifisert i den interne gjennomgangen.

Samtidig er det et viktig moment at rollen fortsatt bæres av én nøkkelperson, og intervjuene viser at kapasiteten og robustheten rundt rollen ikke er fullt utviklet. Det gjør at forbedringen er reell, men ikke uten risiko ved fravær eller turnover. Dette kan videre nyanseres, da det kan argumenteres at Helsetilsynet som en liten organisasjon vanskelig kan unngå personavhengighet - særlig der spesialisert kompetanse naturlig samles i fagavdelingene. I tillegg utgjør ikke utenlandssakene den totale porteføljen av tilsynssaker i Helsetilsynet, men derimot en mindre andel. Det er derfor en vanskelig prioritering å dedikere nok ressurser til et mindre saksfelt når Helsetilsynet også har andre tilsynssaker som utgjør risiko for pasientsikkerheten i Norge.

Dette fremheves som en strukturell forutsetning, men også noe som må håndteres bevisst gjennom bedre systemstøtte, tydeligere prosessforankring, styrket dokumentasjon og bredere kompetansedeling.

Arbeidsdeling og ansvar mellom avdeling 2 og avdeling 4 er entydig og konsistent i prosedyrer og veiledere

<p>2</p> 	<p>Kriterium Arbeidsdeling og ansvar mellom avdeling 2 og avdeling 4 er entydig og konsistent i prosedyrer og veiledere</p>	<p>Operasjon alisering</p>
<p>Vår vurdering</p>	<p>Tilstrekkelig oppfylt: Tilstrekkelig oppfylt: Arbeidsdelingen mellom avdeling 2 og 4 er dokumentert, forstått og oppleves som tydelig av ansatte.</p> <p>Prosessbeskrivelser og arbeidsflytskjemaer er etablert og brukes. Samtidig er samhandlingen fortsatt i en fase der rutiner og praksis konsolideres, og det finnes enkelte variasjoner som må jevnes ut for å sikre varig etterlevelse.</p>	<p><i>Arbeidsdeling og ansvar mellom avdeling 2 og avdeling 4 er entydig og konsistent i prosedyrer og veiledere</i></p>

Arbeidsdeling mellom avdeling 2 og avdeling 4 er godt dokumentert, samt forstått og praktisert likt av de ansatte. Dette representerer en tydelig endring fra tidligere praksis, hvor rolle- og ansvarsdeling knyttet til utenlandssakene var mer uklar og fragmentert. Det fremstår som en styrke at dokumenterte prosessbeskrivelser og arbeidsflytskjemaer etterleves i dagens drift.

Samtidig viser intervjuene at arbeidsdelingen, selv om den er tydelig, fortsatt er i en fase der samhandlingsmønstre og gjensidige avklaringsrutiner skal konsolideres. Selv om linjeorganiseringen nå er etablert og OGU har tydeliggjort arbeidsdelingen mellom førstelinje og andrelinje, beskrives det i intervjumaterialet at det fortsatt er behov for koordinering mellom avdelingene for å sikre felles forståelse av prosesser og prioriteringer. Dette knytter seg særlig til samhandling, læring og videreutvikling av praksis på tvers. Flere informanter fremhever betydningen av løpende dialog for å sikre lik praktisering av rutiner og god informasjonsflyt. Det finnes enkelte variasjoner i etterlevelse og kultur for samhandling som må videreutvikles for å sikre en stabil og varig praksis.

Det må også legges til at Helsetilsynet har gjennomført tilsettinger i avdeling 2 som skal ivareta førstelinjeoppgavene. Organiseringen av utenlandssakene er dermed i dag samorganisert i én avdeling. Dette tiltaket kan på sikt redusere både personavhengighet og sårbarhet i ressursleddet. Siden dette skjedde etter gjennomgangens datainnsamling, inngikk det ikke i vurderingsgrunnlaget. Det representerer likevel et positivt grep som styrker forutsetningene for oppfyllelse av kriteriet fremover.

Kritiske overleveringer har definerte kontrollpunkter, akseptkriterier og sporbarhet

3	Kriterium Kritiske overleveringer har definerte kontrollpunkter, akseptkriterier og sporbarhet	Operasjon alisering
Vår vurdering	<p>Delvis oppfylt: Det er identifisert og operasjonalisert tydelige kontrollpunkter og manuelle kontrollsløyfer i arbeidsflyten, og disse bidrar til redusert risiko sammenlignet med tidligere.</p> <p>Kontrollene er imidlertid i stor grad manuelle og personavhengige. Praksisen er sårbar og avhengig av videre teknisk implementering.</p> <p>Langsiktig robusthet forutsetter bedre systemstøtte gjennom NESTOR v (eller tilsvarende). Manglende systemstøtte gjør at sporbarheten ikke er robust nok til å anses fullt oppfylt.</p>	<p><i>Kontrollpunkter i saksflyten: klar for oversendelse, informasjon komplett, oppdatering gjort, mv.</i></p>

Funnene viser at kontrollpunkter og sporbarhet har fått et klart løft gjennom OGU-perioden. Det oppleves mindre risiko for at saker stopper opp eller faller mellom enheter ved at det er introdusert fastlagte kvalitetssikringssteg og manuelle kontrollsløyfer som praktiseres både i første- og andrelinje. Samtidig må det understrekes at disse mekanismene i stor grad baserer seg på manuell registrering, personlig oppfølging og koordinering. Dette fungerer så lenge det er kontinuitet i nøkkelroller og jevn bemanning, men er sårbart ved endringer i kapasitet, høyt arbeidspress eller tekniske avvik. Her står Helsetilsynet i en situasjon hvor man har etablert viktige barrierer, men hvor den langsiktige effekten er betinget av videre systemstøtte gjennom NESTOR-v (eller liknende) og mer helhetlig digitalisering.

Det finnes fast samarbeidsstruktur mellom berørte enheter (arena, frekvens, agenda og beslutningslogg)


4	Kriterium Det finnes fast samarbeidsstruktur mellom berørte enheter (arena, frekvens, agenda og beslutningslogg)	Operasjon alisering
Vår vurdering	<p>Tilstrekkelig oppfylt: Det er etablert operative møteplasser mellom førstelinje, andrelinje og tekniske ressurser, med fast frekvens, tydelig formål og felles referansegrunnlag (Excel), og disse fungerer etter hensikten. Samtidig er strukturen relativt ny og ikke fullt ut formalisert i styringslinjen.</p>	<p><i>Møteplan/referater, beslutningslogg, felles statusbilde</i></p>

Den operative samarbeidsstrukturen fremstår i intervjuene som en klar forbedring sammenlignet med tiden før OGU. Det er etablert operative møteplasser mellom førstelinje, andrelinje og tekniske ressurser, med fast frekvens, tydelig formål og felles referansegrunnlag (Excel), og disse fungerer etter hensikten.

Samtidig er strukturen relativt ny, ikke fullt ut formalisert i styringslinjen, og fortsatt noe avhengig av enkeltpersoners kompetanse og erfaring. Oppfølging skjer hovedsakelig gjennom prosesseier i avdeling 2, og utenlandssaker er ikke forankret som faste styringselementer i den overordnede ledelsesstrukturen. Involverte i utenlandssakene, både i ledelsen og på operativt nivå, er likevel bevisst dette og i dialog for å finne varige løsninger som skal ta ned personavhengigheten. Det er eksempelvis vurdert hvordan prosesseiers rolle kan dubleres og deles mellom flere medarbeidere. Her er utviklingen positiv, men stabilitet og formell forankring mangler.

Samlet vurdert fremstår samarbeidsstrukturen som klart forbedret, men den er fortsatt under utvikling og trenger ytterligere formalisering for å bli fullt ut robust.

Det finnes et samlet statusbilde over hele porteføljen (IMI og ikke-IMI), herunder restanser, venter på info og uåpnede meldinger

5 	Kriterium Det finnes et samlet statusbilde over hele porteføljen (IMI og ikke-IMI), herunder restanser, venter på info og uåpnede meldinger	Operasjon alisering
Vår vurdering	Tilstrekkelig oppfylt og under utvikling: Det finnes et samlet statusbilde basert på Excel-oversikter som brukes aktivt og har vært avgjørende for å sikre kontroll, porteføljestyling og rapportering etter svikten. Løsningen er likevel sårbar som følge av manuelle registreringer og personavhengighet, og egner seg ikke som en varig eller autoritativ styringsflate.	<i>Styringsflate / rapportering, logger, rutiner for oppfølging</i>

Utviklingen av Excel-baserte porteføljeoversikter har vært en nødvendig og virkningsfull forbedring i perioden etter svikten ble kjent. Statusbildet over utenlandssakene er blitt betydelig bedre gjennom utviklingen av porteføljeoversiktene, og det er bred enighet om at disse oversiktene gir god operativ støtte og har vært avgjørende for kontroll, følge opp risiko og gi nødvendig rapportering til departementet og intern ledelse.

Like fullt peker både dokumentasjon og intervjuer på at Excel i seg selv har sårbarheter som påvirker robusthet, sporbarhet og risikoeksponering. Oversikten er avhengig av manuell oppdatering, noe som skaper høy risiko for feilregistreringer, uteglemte oppdateringer og variasjon i etterlevelse. Både ansatte og dokumentasjonen peker på at riktig oppfølging avhenger av den enkelte saksbehandlers nøyaktighet. Excel har også en begrenset sporbarhet over tid, noe som gjør det utfordrende å dokumentere endringer, kontrollpunkter og beslutninger. Videre speiler Excel-oversikten bare deler av informasjonsflyten (manuelle kontroller mot HPR, FREG, Aa-registeret og IMI må gjennomføres manuelt og er ikke integrert i porteføljeoversikten). Disse svakhetene skaper risiko for både feil og for manglende kontinuitet. Excel-oversikten har heller ingen teknisk integrasjon med Elements og øvrige register, noe som begrenser muligheten for å automatisere statusoppdateringer og kontrollpunkter. Dette medfører at oversikten ikke er et autoritativt styringssystem, men et hjelpeverktøy som krever parallell manuell føring.

Excel-baserte oversikter er en løsning som fungerte godt i en overgangsfase og i påvente på et tryggere teknisk system, men som ikke oppfyller kravene til et varig styringssystem for et risikoutsatt saksområde, særlig ved økt volum eller endring i bemanning. Utvikling av NESTOR-v fremstår dermed som nødvendig. POC-evalueringen av NESTOR-v viser at den nye løsningen kan eliminere flere av de sentrale svakhetene som dagens Excel-modell medfører. Gjennom å gi automatisert oppdatering av status, integrert mot Elements, IMI og relevante registre, og sporbarhet med loggføring av endringer, kontrollpunkter og beslutninger. NESTOR-v vil også bidra til å redusere personavhengighet ved at kritiske steg i saksflyten registreres og kontrolleres systemteknisk, og gi en bedre porteføljeovervåking med risikoindikatorer, restanselister og filtreringsmuligheter. Dette vil skape reduksjon i manuelle feil ved å knytte systemet direkte til identitetskontroller og dokumentasjonssteg som i dag ligger i Excel og lokale rutiner.

Funnene viser at dagens arbeidsprosesser inneholder manuelle kontrollsløyfer som per i dag fungerer. Samtidig oppfattes de som sårbare dersom volumene øker, nøkkelpersoner forsvinner, eller arbeidsmengden skifter. NESTOR v adresserer disse forholdene ved å gjøre kontrollpunkter digitale og sporbare.

Ledelsen etterspør regelmessig status, risiko og forbedringsbehov spesifikt for utenlandssaker

6	Kriterium Ledelsen etterspør regelmessig status, risiko og forbedringsbehov spesifikt for utenlandssaker	Operasjon alisering
Vår vurdering	Tilstrekkelig oppfylt og under utvikling: Oppfølgingen fra ledelsen har vært tett i perioden etter svikten. Risiko og status har vært jevnlig etterspurt gjennom OGU-arbeidet, og området har vært et eksplisitt tema ledelsen oppfølging og gjennom dialog med HOD. Samtidig er praksisen i overgang. Det er ikke dokumentert at utenlandssaker er varig innarbeidet som et fast element i ordinær virksomhetsstyring og rapportering.	<i>Fast punkt i ledermøter, tertial / årsrapportering, risikoregistre, beslutninger</i>

Ledelsesoppfølgingen har vært tett og tydelig forbedret under OGU-perioden og i overføringsfasen til linjen. Det rapporteres om at utenlandssakene har hatt ledelsens oppmerksomhet og oppfølging gjennom hyppige oppdateringer. Videre opplever flere medarbeidere at ledelsen har møtt dem med åpenhet knyttet til temaer knyttet til risikodeling, utfordringer og løsninger, og fulgt opp med beslutninger der det har vært nødvendig. Samtidig ser vi at ledelsen av utenlandssakene, utover prosesseiers rolle, mangler tydelige rammer og strukturer for oppfølging etter overføringen tilbake til linjeorganisasjonen. Gjennom høsten og vinteren 2025/2026 har ledelsen oppmerksomhet knyttet til saksfeltet vært naturlig all den tid dette har vært høyt prioritert i både HOD og Helsetilsynet. Når oppmerksomheten fra OGU-perioden og departementets krav avtar, vil det være viktig å sikre tilstrekkelig strukturell forankring, slik at utenlandssakene fortsetter å bli etterspurt og følges opp systematisk. Integrering i tertialrapportering og øvrig virksomhetsstyring fremstår som særlig sentralt for å sikre kontinuitet og redusere sårbarheten knyttet til personavhengighet og ad hoc-orientering.

Samlet vurdering av kapittel 6.1

Samlet sett fremstår organiseringen av utenlandssakene som en konstruksjon som er betydelig styrket siden svikten. Prosesseierskap, arbeidsdeling og operative møteplasser representerer klare framskritt. Samtidig mangler det en full teknisk og organisatorisk forankring. Det gjør at de etablerte løsningene fremstår robuste i dagens situasjon, men ikke nødvendigvis motstandsdyktige mot fremtidige endringer i kapasitet og økning i volum i varsler. Varig måloppnåelse forutsetter videre utvikling av grenseflater, systemstøtte, risikostyring og reduksjon av personavhengighet i nøkkelløser.

6.2 Risikovurdering og -håndtering knyttet til kapasitet, kompetanse og prosedyrer

Gjennomgangen viser at Helsetilsynet har styrket risikohåndteringen for utenlandssaker betydelig siden svikten. Likevel er praksisen fortsatt under utvikling og kriteriene under dette temaet har ulik oppfylleelsesgrad.

Det foreligger en oppdatert og dokumentert risikovurdering for utenlandssaker (ende-til-ende), inkl. volumtopper og eksterne avhengigheter

1	Kriterium Det foreligger en oppdatert og dokumentert risikovurdering for utenlandssaker (ende-til-ende), inkl. volumtopper og eksterne avhengigheter	Operasjon alisering
Vår vurdering	<p>Delvis oppfylt: Det er etablert bedre praksis for løpende risikohåndtering gjennom prioriteringsregler, porteføljestyling og faste møteplasser.</p> <p>Samtidig foreligger det fortsatt ikke en helhetlig, dokumentert og regelmessig oppdatert risikoanalyse som dekker volumtopper, avhengigheter og manglende dokumentgrunnlag fra utlandet. Risiko identifiseres i stor grad gjennom operative arenaer fremfor formelle analyser.</p>	<p><i>Risikoanalyse, risikoeier, tiltak og revisjonsfrekvens</i></p>

Funnene viser at Helsetilsynet i OGU-perioden etablerte en langt mer systematisk praksis for risikoidentifisering og -håndtering, blant annet gjennom prioriteringsregler, porteføljestyling, tettere ledelsesoppfølging og faste møteplasser. Denne praksisen er videreført i linjen og oppleves som bedre og mer konsistent enn tidligere. Samtidig viser observasjonene at det fortsatt mangler en helhetlig, dokumentert og regelmessig oppdatert risikoanalyse som dekker hele prosessen, herunder volumtopper og avhengigheter mot IMI, HPR og eksterne aktører.

Flere ansatte kjenner ikke til formelle risikovurderinger utover generelle virksomhetsdokumenter, og risiko håndteres dermed i hovedsak gjennom den praksisen som er etablert etter overføring fra OGU til linjen fremfor gjennom strukturerte og dokumenterte analyser. Basert på dette vurderes kriteriet som delvis oppfylt.

Funnene viser samtidig at den praksisdrevne strukturen i realiteten har fanget opp flere risikoer raskere enn tidligere, og at risikobildet som nå håndteres i linjen er bedre identifisert og mer oppdatert enn før svikten. Porteføljestylingen gjennom Excel er et godt verktøy for å systematisere risikohåndteringen og –styringen, da den tydeliggjør hvor i saksflyten sakene er, hvilke risiko de enkelte pågående sakene bærer (f.eks. har de autorisasjon i Norge), hva sakene krever for ferdigstillelse og purringer for oppfølging av ytterligere dokumentasjon. Likevel omfatter dette utelukkende varslene som Helsetilsynet jobber med, og som de har åpnet sak på, og ikke mer systemiske risikoforhold som bl.a. bemanning og variasjoner i praksis og etterlevelse, som ligger utenfor varslene.

Fraværet av en formalisert risikoanalyse har ikke ført til at risikostyringen mangler, men til at styringen ikke fullt ut tilfredsstillende til kravene til formalisering og robusthet.

Kritiske kompetanser er definert, og opplæring / onboarding sikrer kompetanseoverføring ved endringer i bemanning

2	Kriterium Kritiske kompetanser er definert, og opplæring/onboarding sikrer kompetanseoverføring ved endringer i bemanning	Operasjon alisering
Vår vurdering	Delvis oppfylt: Kritiske roller og kompetanseområder er identifisert, og opplæring støttes av prosesskart, veiledere (under arbeid) og standardisert materiell. Det gjenstår likevel å etablere fullt ut systematiserte og dokumenterte rutiner for kompetanseoverføring og overlapp i nøkkelroller.	<i>Kompetansekrav per rolle, opplæringsplan, gjennomførte kurs, buddy- eller fadder-ordning</i>

Kritiske roller og kompetansekrav er i dag tydeligere definert enn før svikten, og etablerte prosesskart, arbeidsflyter og skriftlige rutiner som følger av sentral dokumentasjon gir et bedre grunnlag for enhetlig praksis. Dette representerer et klart løft på området da dette ikke har foreligget som en praksis i det tidligere.

Til tross for dette vurderes kompetanseoverføringen fortsatt som ikke konsolidert. Overføringen fra OGU til linjen har skjedd relativt nylig, og mye av den kritiske kompetansen ligger fremdeles hos de samme personene som deltok i OGU-arbeidet. Det innebærer at opplæring, onboarding og praktisk innføring av nye medarbeidere i begrenset grad er utprøvd. Tilgjengelig dokumentasjon og intervjuer viser at virksomheten har påbegynt utviklingen av veiledningsartikler og opplæringsmateriell. Under gjennomgangens datainnsamling var ikke arbeidet ferdigstilt, og derfor foreligger det ikke et systematisert kompetansegrunnlag.

Personavhengighet utgjør derfor fortsatt en sentral risiko, særlig i mottaksleddet og i prosesseierrollen. Selv om overlapp i førstelinjen er bedre enn før, beskriver ansatte at sårbarheten er betydelig ved fravær eller endringer i bemanning, og at dagens kompetansestruktur forutsetter både kontinuitet i nøkkelroller og høy grad av individuell tilgjengelighet.

Slik kompetanserisikoen fremstår i dag, er praksis mer moden enn tidligere, men fremdeles situasjonsavhengig og lite robust. Varig risikoreduksjon forutsetter at opplæringsløpene som er under utvikling ferdigstilles, institusjonaliseres og benyttes systematisk, og at overlapp i kritiske funksjoner styrkes ytterligere. Dette må sees i sammenheng med behovet for mer dokumenterte rutiner for kompetanseoverføring ved turnover og fravær.

Systemstøtte reduserer manuelle feil (åpning, søk, logging), og det finnes overvåkning som fanger restanser

3	Kriterium Systemstøtte reduserer manuelle feil (åpning, søk, logging), og det finnes overvåkning som fanger restanser	Operasjon alisering
Vår vurdering	Delvis oppfylt/i overgang: IMI-roboten og manuelle kontrollsløyfer har redusert risiko for feil i tidlige steg av saksflyten. Overvåkning av restanser er et etablert gjennom Excel-oversikter og manuelle rutiner. Full systemstøtte er ikke konsolidert i linjen, og fraværet av et integrert styringsverktøy gjør at overvåkningen fortsatt er sårbar.	<i>Roboter og automatisering, logger, alarmer, manuelle kvalitetssikringsrutiner</i>

Systemstøtten er betydelig forbedret sammenlignet med situasjonen før svikten. Selv om IMI-roboten var i drift før svikten ble kjent, er denne integrert mer helhetlig inn i arbeidsflyten for utenlandssakene. Roboten bidrar med å redusere risiko for manuelle feil i tidlige steg av saksflyten, og etablerte kontrollsløyfer bidrar til bedre oversikt over saker som står i fare for å bli hengende. Likevel er overvåkingen fortsatt i hovedsak Excel-basert og avhengig av manuelle registreringer. Selv om POC-arbeidet viser at NESTOR-v kan gi bedre sporbarhet og støtte, er løsningen ikke tatt i bruk i linjen.

Observasjonene viser at de etablerte manuelle rutinene fungerer bedre enn tidligere, og at de faktisk har bidratt til å fange opp og følge opp restanser på en systematisk måte.

Dette gir en reell forbedring i praksis, men mangelen på et konsolidert, teknisk understøttet system gjør at risiko fortsatt håndteres med sårbare verktøy og krever stor grad av egnet kompetanse fra medarbeidere for å drifte og holde oversiktene oppdatert. Kriteriet vurderes derfor som delvis oppfylt og under utvikling.

Samlet vurdering av kap. 6.2

Helsetilsynet har styrket risikohåndteringen betydelig gjennom bedre prioritering, tettere ledelsesoppfølging, tydeligere roller og forbedret systemstøtte. Samtidig gjenstår det sentrale strukturelle grep knyttet til formalisert risikovurdering, full standardisering av kompetanseoverføring og teknisk konsolidert overvåking. De praksisbaserte forbedringene gir økt kontroll og bedre risikofangst, men oppfyller ikke alle kriteriene fullt ut. De senere tilsettingene i avdeling 2 kan bidra til å redusere sårbarhet i mottaksleddet. Videre avdekker vi at Helsetilsynet må koble risikohåndteringen på operasjonelt nivå knyttet til utenlandssakene i større grad til sin systemiske risikohåndtering på virksomhetsnivå. Dette forholdet vil utdypes nærmere i neste kapittel – Anbefalinger og veien videre.

6.3 Tiltak – vurdering av tilstrekkelighet og hvorvidt de treffer identifiserte rotårsaker

Tiltakene som er iverksatt etter svikten viser at Helsetilsynet har arbeidet målrettet med å adressere de identifiserte rotårsakene knyttet til styring, roller, kompetanse og systemstøtte. Samtidig avdekker vi at tiltakene i ulik grad er implementert og forankret i linjen, og praksis er fortsatt i en overgangsfase.

1	Kriterium Tiltakene treffer rotårsakene innen styring, risiko, kontroll og kompetanse, ikke bare symptomene	Operasjon alisering
Vår vurdering	Tilstrekkelig oppfylt: Tiltakene adresserer sentrale rotårsaker knyttet til styring, arbeidsdeling, kompetanse og kontroll. Sentral prosesseier, tydeligere roller, standardiserte arbeidsprosesser og logistikkforbedringer er etablert og tatt i bruk i linjen. Det gjenstår at enkelte tiltak knyttet til systemkonsolidering, juridisk praksis og eksterne grenseflater ferdigstilles og forankres varig.	<i>Kartlegging av funn -> rotårsak -> tiltak -> forventet reduksjon i risiko</i>

Tiltakene som er etablert treffer i hovedsak de rotårsakene som ble identifisert gjennom OGU og interne gjennomganger. Helsetilsynet har gjort flere strukturelle grep som er direkte rettet mot svakheter i styring,

arbeidsdeling og kontroll, herunder tydeliggjøring av prosesseierskap, klarere rolle- og ansvarsfordeling mellom avdeling 2 og avdeling 4, etablering av standardiserte arbeidsprosesser og innføring av kontrollpunkter på kritiske steg i saksforløpet.

På systemstøttesiden har IMI-roboten bidratt til bedre logistikk og redusert risiko for manuelle feil i innledende trinn av saksbehandlingen. I tillegg har videreutviklingen av et tydelig porteføljeværktøy i Excel for å overholde status, frister og sporbarhet vært kritisk for å ha en oversikt over saksporteføljen og sikre bedre saksflyt. Observasjonene viser at disse tiltakene samlet har endret praksis i linjen på sentrale områder, blant annet i form av mer enhetlig vurdering av sakstyper, bedre systematikk i innledende identitetskontroll og mer strukturert arbeid med dokumentasjonsinnhenting.

Et særlig sentralt grep, som tidligere praksis manglet, er endringen i juridisk praksis for realitetsbehandling. Funnene viser at OGU etablerte en mer konsistent tilnærming til vurdering av utenlandske reaksjoner, gjennom:

- 1 Tydeliggjøring av hvilke saker som skal behandles etter to ulike hovedspor (tapt utenlandsk autorisasjon vs. selvstendig vurdering etter § 57).
- 2 Klarere kriterier for hva som må dokumenteres fra utlandet før realitetsbehandling kan skje.
- 3 Mer sporbar og systematisk juridisk vurdering på tvers av saker.

Dette var tidligere en av de mest sentrale rotårsakene bak svikten: forskjeller i juridisk forståelse, manglende sporbarhet og ulik oppfatning av kravene til underlagsdokumentasjon. Endringen i juridisk praksis bidrar derfor vesentlig til å redusere risiko for ulik behandling og uønsket variasjon i reaksjonsfastsettelse.



Samtidig gjenstår enkelte forhold som ikke kan løses gjennom interne tiltak alene. Helsetilsynets arbeid med utenlandssaker skjer innenfor rammer som i stor grad er definert utenfor virksomhetens egen styringslinje. IMI-systemet er utformet som et europeisk varslingsystem og er ikke tilpasset behovene i et nasjonalt tilsynsløp. Varslene inneholder normalt kun identitetsopplysninger og type reaksjon, uten underlagsdokumentasjon som forklarer grunnlaget for reaksjonen. Dette krever omfattende manuell innhenting av informasjon fra utenlandske myndigheter, med til dels lang saksbehandlingstid og variabel dokumentasjonskvalitet.

Videre er norsk lovgivning om administrative reaksjoner ikke fullt ut tilpasset situasjoner der grunnlaget for reaksjonen ligger i et annet land, og det er betydelig variasjon i reaksjonspraksis og lovforståelse mellom land. I tillegg er Helsetilsynet avhengig av Helsedirektoratets forvaltning av autorisasjoner og kvaliteten i HPR for å kunne vurdere om norske autorisasjoner bør påvirkes av utenlandske reaksjoner. Disse forholdene utgjør sentrale rammevilkår og en permanent restrisiko som må håndteres gjennom prosess og dialog, og kan ikke fjernes gjennom interne tiltak i Helsetilsynet alene.

Styrkene ved dagens tiltak er at Helsetilsynet står med klarere juridiske rammer, bedre dokumentasjonskrav, mer enhetlig arbeidsdeling, og kontrollpunkter som øker forutsigbarheten og gir en bedre risikoforståelse i prosessen. Utviklingsområdene i dagens praksis knytter seg til personavhengighet og manglende formalisering av oppfølgingen i ledelsen i det videre. Veiledere for opplæring og oppgaveutførelse er fortsatt under arbeid, og det er ikke konkretisert hvordan oppfølgingen av utenlandssakene skal ivaretas i virksomhetsstyring og tertialrapportering. Sistnevnte står også sterkt i sammenheng med behovet for en formalisert risikoanalyse som knytter sammen sannsynlighet og konsekvenser.

På denne bakgrunn vurderes kriteriet som tilstrekkelig oppfylt med klare forbehold knyttet til bredere konsolidering av utenlandssakene i virksomhetsstyringen og oppfølging av risikoer som knytter seg til eksterne rammevilkår.

Tiltakene er bærekraftige ressursmessig og organisatorisk, og reduserer sårbarhet

<p>2</p> 	<p>Kriterium Tiltakene er bærekraftige ressursmessig og organisatorisk, og reduserer sårbarhet ved fravær og turnover</p>	<p>Operasjon alisering</p>
<p>Vår vurdering</p>	<p>Delvis oppfylt: Tiltakene har redusert tidligere sårbarhet og gitt mer robuste strukturer i linjen. Samtidig er flere nøkkelroller fortsatt personavhengige, særlig i førstelinje og knyttet til prosesseier. Kapasitet og overlapp er styrket, men bærekraften er ikke fullt ut sikret og forutsetter videre oppfølging i linjen.</p>	<p> <i>Ressursplan, redundans, forvaltning etter prosjektmodus ved OGU</i></p>

Tiltakene har styrket robustheten i flere ledd av prosessen, særlig gjennom etableringen av mer tydelige roller, felles arbeidsflyter og operasjonelle møteplasser. Likevel viser observasjonene at det fortsatt er sårbarhet i kritiske funksjoner, særlig i førstelinje og i deler av realitetsbehandlingen, hvor personavhengighet, kapasitetspress og begrenset overlapp består. Dette innebærer at tiltakene på vurderingstidspunktet kun delvis sikrer langsiktig bærekraft og evne til å håndtere kapasitetsvariasjoner.

Et viktig nyanserende funn er at ledelsen har hatt høy og konsistent oppmerksomhet på utenlandssakene i perioden etter svikten, både under OGU og i overføringsfasen til linjen. Denne oppfølgingen har bidratt til å drive frem flere av tiltakene, redusere risiko og gi tydelig retning for arbeidet. Samtidig fremgår det av observasjonene at denne oppmerksomheten i stor grad har vært knyttet til prosjektfasen, og at varig forankring i ordinær styringslinje – inkludert faste møtearenaer, systematisk risikorapportering og tydelige etterspørselssykluser – fremdeles er under etablering.

Vi vurderer at den ekstraordinære etableringen og organiseringen av OGU – med høy møtetetthet, tett ledelsesoppfølging og dedikerte ressurser – var effektiv i en situasjon med høye krav til leveranser. Samtidig peker intervjuene på at denne arbeidsformen ikke uten videre er skalerbar til ordinær drift. Tidsbruk, ressursbinding og behovet for å håndtere en bred portefølje av andre oppgaver i linjen gjør at deler av OGU-modellen må tilpasses dersom den skal fungere som langsiktig organisasjonsform. Det understreker behovet for å bevare de mest virksomme prinsippene og rollene fra OGU (klar prioritering, tverrfaglig samhandling og åpen risikodialog) innenfor en mer bærekraftig driftsmodell.

I tillegg, som belyst tidligere, har Helsetilsynet nylig styrket bemanningen i avdeling 2 med medarbeidere som skal ivareta førstelinjeoppgavene. Dette tiltaket kan på sikt redusere både personavhengighet og sårbarhet i ressursleddet, og sikre at kompetansen er overlappende.

På bakgrunn av de observerte forholdene vurderes kriteriet som delvis oppfylt.

Tiltakene har en tydelig implementeringsplan og er forankret i styringslinjen

3	Kriterium Tiltakene har tydelig implementeringsplan (tiltakseier, frist, avhengigheter, gevinst) og er forankret i styringslinjen	Operasjonalisering
Vår vurdering	<p>Under etablering: Tiltakene er iverksatt i linjen med tydelige ansvarspunkter og faste operasjonelle møteplasser. Det foreligger likevel ikke en samlet, tidsatt og helhetlig tiltaksplan med eksplisitte eiere, frister og gevinstmål som dekker organisering, kapasitet og systemstøtte. Videre forankring i styringslinjen gjenstår.</p>	<p><i>Tiltakseier, frist, avhengigheter og gevinst er klart definert i tiltaksplan med oppfølgingsregime</i></p>

Tiltakene som er innført praktiseres i linjen og har tydelige operasjonelle ansvarspunkter, særlig knyttet til prosesseier og samhandling mellom første- og andrelinje. Det er også etablert faste møteplasser som støtter løpende oppfølging av porteføljen og håndtering av kapasitets- og kontrollbehov.

Observasjonene viser imidlertid at det ikke foreligger en samlet, tidsatt og helhetlig tiltaksplan som dekker organisatoriske tiltak, ressursmessige endringer, systemstøtte og juridiske prosesser på tvers. Videre er det ikke fullt ut dokumentert hvordan tiltakene inngår i ordinær virksomhetsstyring og rapportering på overordnet nivå. Uten slik konsolidering vil graden av forankring variere mellom enheter og nivåer.

Samtidig fremgår det av intervjuer og dokumentasjon at ledelsen har en tydelig ambisjon om å styrke dette området videre gjennom å etablere en samlet handlingsplan, og at målet er å integrere denne planen som en del av virksomhetsstyringen. Dette innebærer at ledelsen følger opp tiltakene gjennom midlertidige strukturer, i tillegg til at de har signalisert en klar intensjon om å gjøre oppfølgingen systematisk, forutsigbar og varig. Ambisjonen representerer dermed et viktig premiss for å redusere sårbarhet over tid og etablere en mer robust styringspraksis. Samtidig ligger dette i stor grad fremover i tid, og det er ikke synliggjort hvordan planen vil utformes, forankres og implementeres på tvers av avdelinger.

Sett samlet viser funnene derfor et bilde med klar fremdrift. Kriteriet vurderes som delvis oppfylt, med dokumentert vilje til videre styrking gjennom operasjonalisering av en konsolidert og tidsatt plan.

Samlet vurdering av kap. 6.3

Tiltakene samlet sett viser at Helsetilsynet har tatt tak i sentrale rotårsaker og styrket både praksis og strukturer i linjen. Arbeidsformene fra OGU er videreført, og tiltakene har bidratt til bedre samhandling, mer enhetlig vurderingspraksis og bedre oversikt over sakene.

Likevel fremstår delen av tiltakene som omhandler bærekraft, ressursdekning og langsiktig forankring som delvis oppfylt. Observasjonene indikerer fortsatt personavhengighet, manuelle kontrollstrukturer og manglende samlet implementeringsplan. Tilsettingene i avdeling 2 som kom etter datainnsamlingen peker i riktig retning og styrker fremtidig bærekraft, men inngikk ikke i vår samlede datainnsamlingsgrunnlag.

Helsetilsynet er dermed i en overgangsfase hvor mange tiltak er operative, og hvor varig effekt forutsetter sterkere strukturell forankring, teknisk konsolidering, tydeligere tiltaksplan, og sikring av kapasitet og overlapp i nøkkelrollene.

6.4 Kultur som fremmer kompetansedeling, læring og rolleforståelse

Kultur som systematisk fremmer læring og åpenhet om risiko

1	Kriterium Det finnes en kultur som systematisk fremmer læring og åpenhet om risiko	Operasjon alisering
Vår vurdering	<p>Delvis til tilstrekkelig oppfylt: Lærings- og risikokulturen er styrket gjennom OGU-arbeidets hyppige møter, åpne drøftinger av usikkerhet og lav terskel for å løfte bekymringer.</p> <p>Etter overføring til linjen er deler av denne praksisen videreført i faste arenaer, og ansatte opplever større trygghet for å løfte faglige bekymringer.</p> <p>Samtidig er kulturen fortsatt sårbar og i betydelig grad personavhengig. Risikoløft skjer ikke systematisk i virksomhetens bredere styringsfora (som tertialrapportering), og lærings- og risikotemaer er ikke integrert i enhetlige avviksrutiner eller felles læringsarenaer. Dette medfører at kulturen fremstår som i klar positiv utvikling, men ikke institusjonalisert.</p>	<p><i>Risiko løftes i møter; avvik meldes og følges opp; psykologisk trygghet gjør at faglige bekymringer fremmes tidlig; læringspunkter deles på tvers.</i></p>

Gjennomgangen viser at læringskulturen rundt utenlandssaker er styrket sammenlignet med tidligere praksis. OGU-arbeidet etablerte hyppige arenaer for felles refleksjon, tydeligere drøfting av usikkerhet og lav terskel for å løfte faglige bekymringer. Flere av disse arbeidsformene er videreført i linjen gjennom ukentlige møter og strukturerte avklaringspunkter mellom første- og andrelinje. Dette har bidratt til mer åpenhet og tidligere risikoløft enn historisk praksis indikerer.

Samtidig fremstår lærings- og risikopraksisen fortsatt som delvis personavhengig og situasjonsstyrt. Informanter peker på at kulturen nå er sterkt påvirket av prosesseiers aktive nærvær og bidrag fra enkelte erfarne medarbeidere. Ved fravær eller høy belastning kan systematikk og risikoløfting svekkes. Flere peker også på at dagens praksis i begrenset grad er integrert i virksomhetens bredere læringssystemer, som felles avviksrutiner, enhetlige læringsarenaer på tvers av avdelinger og systematiske mekanismer for å dele læringspunkter ut over porteføljen for utenlandssaker.

Læringskulturen som beskrives er samtidig tett koblet til møtestrukturen som ble etablert under OGU, og som i stor grad bar frem kulturendringen gjennom hyppige møter og tett faglig oppfølging. En struktur som fungerte godt under OGU, men som kan være krevende å videreføre uendret i ordinær drift, gitt utenlandssakenes omfang og den samlede porteføljen av saker som ellers følges opp i de involverte avdelingene.

Ettersom det ikke er dokumentert at risikotemaer knyttet til utenlandssakene løftes systematisk i tertialrapportering eller andre overordnede styringsfora, forblir kulturen sårbar dersom oppmerksomheten rundt utenlandssaker avtar, prioriteringer forskyves eller kapasitet strammes inn. Kultur for læring og åpenhet om risiko er dermed i betydelig grad avhengig av dagens oppmerksomhet og prioritering, og ikke fullt forankret gjennom faste mekanismer i virksomhetsstyringen.

Selv om kulturutviklingen peker i en positiv retning, fremgår det ikke at kultur og risikoforståelse per i dag er integrert i Helsetilsynets formelle risikostyringssystem. Det er for eksempel ikke synlig at risikotemaer fra utenlandssakene er systematisk koblet til virksomhetens internkontroll, avviksoppfølging eller faste styringsparametere. For å gjøre kulturendringen varig og målbar bør disse elementene i større grad knyttes sammen, slik at læringspunkter, risikovurderinger og kulturelle forhold får en tydelig plass i virksomhetsstyringen og internkontrollen.

Samhandlingskultur som sikrer koordinert arbeid på tvers av enheter og prosesser

2	Kriterium Det finnes en samhandlingskultur som sikrer koordinert arbeid på tvers av avdelinger og prosesser	Operasjon alisering
Vår vurdering	<p>Delvis til tilstrekkelig oppfylt: Samhandlingen er betydelig forbedret, og OGU etablerte en effektiv arbeidsform preget av tett dialog, tydelige kontaktflater og felles vurderinger.</p> <p>Arbeidsprosessene inneholder nå klare overleveringspunkter og strukturer som støtter samhandling. Etter overføring til linjen er denne praksisen i hovedsak videreført. Likevel varierer samhandlingspraksis fortsatt mellom enheter.</p> <p>Det er fortsatt siloer og tidligere arbeidsmønstre påvirker informasjonsdeling og koordinering. Ny organisering peker i riktig retning, samtidig som kultur og praksis ikke er fullt homogen eller robust.</p>	<p><i>Faste arenaer for samhandling; felles forståelse av oppgavene; lav terskel for å be om innsikt fra andre enheter; uenighet håndteres og eskaleres på en konstruktiv måte.</i></p>

Samhandlingen knyttet til utenlandssaker er forbedret siden svikten. OGU etablerte en arbeidsform preget av hyppige møter, tydelige kontaktflater, kontinuerlig informasjonsdeling og uformell dialog mellom medarbeidere med ulike kompetansebakgrunner. Dette forholdet løftes av flere informanter som en nøkkelfaktor for den opplevde kvaliteten i arbeidet med å identifisere, behandle og avslutte aktuelle saker i porteføljen. Denne samhandlingsformen er i stort videreført etter overføring til linjeorganisasjonen. Arbeidsprosessene beskriver klare overleveringspunkter og det foreligger ansvarlinjer som legger et strukturert grunnlag for samhandling.

Likevel avdekker vi på et generelt plan at samhandlingspraksis mellom avdelinger varierer. Intervjuene viser at siloer fortsatt eksisterer og at tidligere arbeidsformer fremdeles påvirker informasjonsdeling og samarbeid. Kultur for å søke innsikt og støtte på tvers er ikke homogent innarbeidet i hele organisasjonen. Variasjon i kapasitet og ulik forståelse av gjensidig avhengighet mellom avdeling 2 og 4 påvirker fortsatt smidigheten

i samhandlingen. Det må likevel opplyses om at organiseringen av utenlandssakene nå er tettere integrert i avdeling 2, ved at flere av førstelinjeansatte er blitt tilsatt i avdelingen.

Samlet viser funnene en sterk positiv utvikling, men fortsatt behov for konsolidering, særlig for å redusere personavhengighet og sikre at samhandlingen forankres som en enhetlig praksis på tvers av enheter.

Kultur som støtter tydelige roller, ansvar og forventninger

3	Kriterium Det finnes en kultur som støtter tydelige roller, ansvar og forventninger i gjennomføring av oppgaver	Operasjon alisering
Vår vurdering	<p>Delvis oppfylt: Rolle- og ansvarsforståelsen er styrket og mer konsistent enn før svikten, blant annet gjennom et tydeligere prosesseierskap.</p> <p>Samtidig viser funnene at etterlevelsen varierer på tvers av avdelinger, og flere strukturer – særlig knyttet til grenseflater mellom fag og drift og stabsfunksjoners rolle – er fortsatt under utvikling. Prosesseierrollen fungerer godt, men er foreløpig sårbar og personbåret.</p> <p>Kulturutviklingen går dermed i riktig retning, men mangler den bredere konsolideringen som skal til for at rolleforståelsen blir stabil, felles og mindre avhengig av enkeltpersoner.</p>	<p><i>Rolleforståelse samsvarer mellom dokumenter og praksis; ansvarsglidning identifiseres og håndteres; prosesseierskap respekteres og brukes aktivt; avklaringer gjøres raskt og sporbare.</i></p>

Roller og ansvar er klart tydeligere enn før svikten, og prosesseierskapet har bidratt til en felles forståelse av mandat og beslutningsveier. Dette har hatt stor betydning for struktur og prioritering. Samtidig viser funnene at forståelsen av de nye strukturene og arbeidsdelingen mellom avdelinger involvert i OGU varierer. Dette er ikke uvanlig i en fase der nye linjestrukturer etableres, men innebærer at rolleforståelse ikke alltid praktiseres konsekvent.

På et generelt plan beskriver flere informanter at det forekommer store variasjoner i hvordan grenser mellom fag og drift forstås i Helsetilsynet, og utfordringer når avdelinger arbeider ut fra egen portefølje uten fullt blikk for felles mål. Prosesseierrollen vil utjevne denne svakheten i utenlandssakene, men er samtidig sårbar fordi den fremdeles hviler tungt på én person og ikke på et fullt ut konsolidert system av støttende strukturer.

Kulturen vurderes følgelig å utvikle seg i en positiv retning, men trenger ytterligere konsolidering utover personene involvert i OGU for å sikre at rolleforståelsen er stabil, felles og robust i praksis.

Kultur for kompetansedeling og kontinuitet som reduserer sårbarhet

4	Kriterium Det finnes en kultur for kompetansedeling og kontinuitet som reduserer sårbarhet ved fravær og turnover	Operasjon alisering
Vår vurdering	<p>Delvis oppfylt: Kompetansedeling er forbedret gjennom felles arenaer og erfaringer fra OGU, og ansatte beskriver lavere terskel for å dele innsikt og stille spørsmål. Samtidig er kritisk kompetanse fortsatt i stor grad personbåret, og det finnes ikke fullt standardiserte opplærings- og overlappsløsninger. Manglende praktisk erfaring med onboarding og variasjon i praksis mellom enheter gjør at kontinuitet ikke er tilstrekkelig sikret ved fravær eller turnover.</p>	<p><i>Kritisk kompetanse er definert; opplærings- og overføringsrutiner er standardiserte; praksis er enhetlig på tvers av enheter; vurderinger utføres etter felles kriterier og forståelse.</i></p>

Det formidles en opplevelse av at kompetansedeling er styrket gjennom OGU-arbeidets tverrfaglige samordning og etableringen av felles møtearenaer. De ansatte opplever at det i dag er enklere å stille spørsmål, søke støtte og få avklaringer. Erfaringene fra OGU viser også at samhandling ble styrket gjennom en tydelig «medledelses»-kultur, der ansatte selv tok initiativ til løsninger og forbedringer, og ledelsen aktivt la til rette for større selvautonomi og erfaringsdeling i oppgaveløsningen. Denne dynamikken har hatt positiv effekt på samarbeid, kompetansedeling og felles eierskap.

Ved overføring av utenlandssakene tilbake til linjeorganisasjonen anbefalte OGU etablering av målrettet opplæring for å sikre kontinuitet og kvalitet i saksbehandlingen. OGU understreket også at saksbehandling og oppfølging av saker i minst mulig grad skal være personavhengig. På bakgrunn av dette har prosjektet arbeidet med en veileder som rammer inn sentrale oppgaver for medarbeidere involvert i første- og andrelinje, og som avklarer grensesnitt og samhandlingsflater mellom disse. Arbeidet skal sikre at vurderinger utføres etter felles kriterier og forståelse, og på den måten minimerer variasjoner blant de involverte medarbeiderne. Veilederen var på undersøkelsestidspunktet fortsatt under utarbeidelse og ikke ferdigstilt, men den bygger på ferdigstilte leveranser knyttet til arbeidsdeling og -flyt, strukturer for samhandling og viktige rammer for hvordan realitetsbehandlingen skal gjennomføres.

Ettersom mange av de samme personene som var sentrale i OGU fortsatt sitter i nøkkelroller og det ikke er gjennomført opplæring og kompetanseoverføring utover forberedelse av overføring av arbeidet fra prosjektet til linjeorganisasjonen, har vi et begrenset grunnlag å vurdere om opplæringen er systematisert og bygger på kjerneprinsippene fra OGU. Vi understreker imidlertid viktigheten av at arbeidet med et standardisert opplæring- og veiledningsløp prioriteres høyt fremover. Dette vil sikre at kompetansen som er opparbeidet gjennom OGU blir overført videre til nye medarbeidere som skal jobbe med mottak og/eller behandling av utenlandssaker. Dette vil også bidra til å minimere den operasjonelle risikoen knyttet til personavhengighet og at variasjoner i praksis kan utvikle seg på nytt over tid ved endringer i arbeidsstokken.

På et generelt plan belyser intervjuene forskjeller i hvordan kompetansedeling forekommer mellom avdelingene i virksomheten. Flere av informantene beskriver at den står sterkest i de enkelte avdelingene, og er svakere forankret på tvers. Avdelingene har egne avdelingsmøter og interne fagmøter, inkludert mer uformelle samhandlingsarenaer, for å arbeide med kompetanseutvikling og faglig fordypning innenfor egne ansvarsområder.

Samtidig har Helsetilsynet ordningene tilsynsskolen og faste fagmøter. Tilsynsskolen er Helsetilsynets viktigste og mest sentrale verktøy for systematisk kompetanseutvikling på tvers av tilsynsmyndigheten. Gjennom Tilsynsskolen tilbys opplæring på ulike nivåer innenfor Helsetilsynets kjerneområder. Fagmøter utgjør også et ledd i det systematiske arbeidet med kompetansebygging og erfaringsdeling. Fagmøtene er planlagt og strukturert, og koordineres av en egen arbeidsgruppe. De er åpne for hele virksomheten og har som formål å styrke kompetanse på tvers av avdelinger og fagområder.

Samlet bidrar disse arenaene til både horisontal læring på tvers og vertikal fordypning i avdelingene. For å sikre varighet burde denne typen samhandlingsformer forankres tydeligere i strukturer og forventninger, slik at de ikke blir avhengige av enkeltpersoner eller en midlertidig organisering som OGU.

Ledelseskultur som balanserer styring og læring

5 Kriterium	Det finnes en ledelseskultur som legger grunnlaget for god håndtering av dilemmaet mellom styring og læring	Operasjon alisering
Vår vurdering	<p>Tilstrekkelig oppfylt med videre utviklingsbehov: Ledelsen har hatt høy oppmerksomhet på utenlandssakene etter svikten og har signalisert tydelige forventninger om både styring og læring. I kritiske perioder har lederatferd hatt positiv normgivende effekt og bidratt til økt psykologisk trygghet. Likevel er denne balansen ikke fullt ut systematisert, og praksis varierer mellom enheter. Kulturpåvirkningen fremstår derfor som betydelig, men fortsatt under konsolidering når arbeidet med utenlandssakene nylig er overført tilbake til linjeorganisasjonen.</p>	<p><i>Temaet adresseres i ledermøter; det foreligger en omforent forståelse av verdier i organisasjonen; uhensiktsmessige holdninger håndteres</i></p>

Ledelsen har hatt høy oppmerksomhet på utenlandssakene etter svikten og har bidratt til å etablere en tydelig forventning om både styring og læring. I kritiske situasjoner har lederatferden fungert som en positiv, normskapende kraft og kommenteres som helt nødvendig for å følge opp utenlandssakene og ta ned risikoen for at feil kan forekomme igjen. Lederatferden i Helsetilsynet har skapt bedre rom for å løfte risiko, stille spørsmål og reflektere rundt krevende faglige vurderinger.

Kulturutviklingen i perioden etter at svikten ble kjent beskrives i intervjumaterialet å ha vært nært knyttet til en mer aktiv og synlig lederpraksis. Tilstedeværelse i organisasjonen, tydelige prioriteringer og jevnlig avklaringer har styrket opplevelsen av trygghet og forutsigbarhet. Dette har hatt klar positiv effekt, men fremstår foreløpig som person- og situasjonsavhengig og ikke fullt ut forankret i et enhetlig ledelsessystem. Varig effekt forutsetter at disse prinsippene bygges inn i strukturer og arbeidsformer, og at lederpraksis konsolideres som del av det videre OU-arbeidet.

Samtidig peker observasjonene på at denne balansen fortsatt er under utvikling, og at praksis varierer mellom enheter. Både styringssignaler og læringsinitiativ er i noen grad knyttet til enkeltlederens prioriteringer og mindre til et enhetlig, institusjonalisert system. Det gjenstår derfor arbeid for å sikre stabil og forutsigbar lederpraksis som integrerer begge dimensjoner over tid. Dette forholdet vil belyses nærmere i våre anbefalinger (kapittel 7).

Samlet vurdering av kap. 6.4

Læringskulturen er styrket, samhandlingen er mer strukturert, rolleforståelsen har bedret seg, og kompetansedeling skjer i større grad enn tidligere. Ledelsens tydelige oppfølging etter svikten har vært avgjørende for fremgangen. Funnene viser at kulturutviklingen er i tydelig positiv bevegelse, men vi er likevel usikre på dybden i de kulturelle endringene: i hvor stor grad er atferden ytrestyrt og i hvor stor grad er den integrert, verdibasert og en del av organisasjonsidentiteten?

Basert på vårt datagrunnlag er det tydelig at Helsetilsynet mangler et felles språk for kultur og hva det innebærer som begrep i Helsetilsynet. Ledelsen står sentralt i å gjøre kultur til et mer relevant begrep, og funnene knyttet til endringer i holdninger etter OGU speiler en organisasjon som er mottakelig for dette. Videre er kulturendringene i betydelig grad i en overgangsfase. På flere kriterier er praksisen fortsatt personavhengig, variasjon mellom enheter består, og systematiske mekanismer for læring, risikovurderinger, kompetansedeling og rolleetterlevelse er ikke fullt konsolidert. Ledelsespraksis er positivt utviklet, men fortsatt ikke institusjonalisert slik at den gir lik effekt over tid og på tvers. Bevissthet om kultur gir veiledning om både retningsvalg, hensiktsmessig atferd og også emosjonell kraft til å realisere ønsket atferd.

En viktig overordnet innsikt er at kultur ikke kun er et eget vurderingstema, men også et strukturelt premiss under de tre øvrige temaene (organisering, risiko og tiltak). Kultur er avgjørende for å lykkes med forbedringsarbeid og med en fremtidig OU-prosess. Det betyr at varig effekt av tiltakene forutsetter et målrettet og langsiktig arbeid med kultur – i tillegg til organisatoriske og systemtekniske grep.

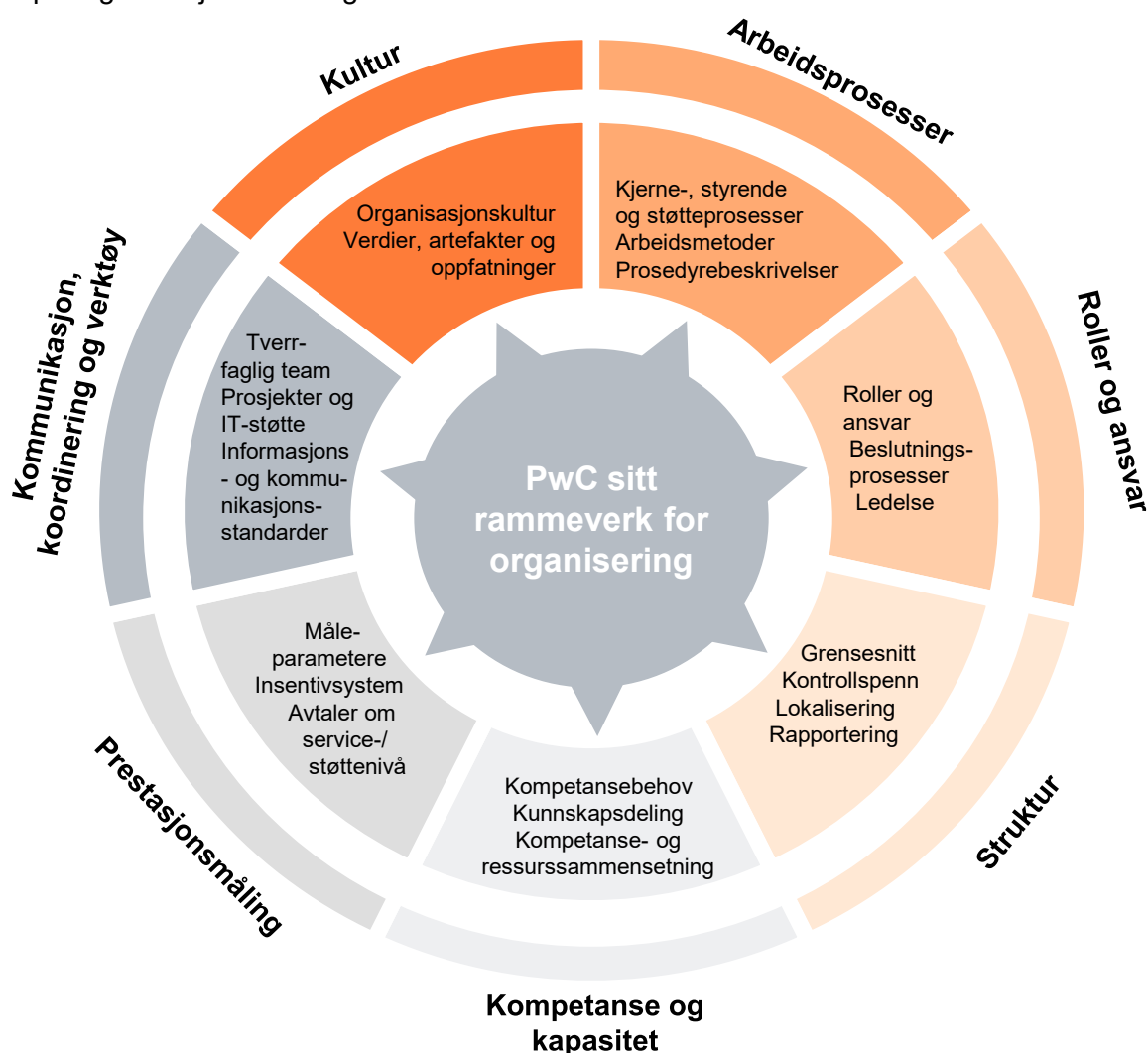
7 | **Anbefalinger og veien videre**

7. Anbefalinger og veien videre

Gjennomgangen viser at Helsetilsynet på kort tid har håndtert en alvorlig og kompleks situasjon på en grundig og målrettet måte. Deres interne gjennomgang fra oktober og arbeidet i OGU bidro til å opprette oversikt, sikre effektiv saksbehandling og etablere tydeligere rutiner og samhandlingsflater i et område som over tid hadde utviklet seg med fragmentert praksis, uklar ansvarsdeling og manglende styringsinformasjon. En gjennomgående observasjon er at Helsetilsynet allerede har iverksatt flere forbedringer innenfor utenlandssakene, men at effekten framover vil avhenge av tydeliggjøring, formalisering og videreutvikling av tiltakene.

Anbefalingene nedenfor tar utgangspunkt i Burke–Litwin-modellen, som belyser sammenhenger mellom struktur, prosesser, kultur, ledelse og eksterne rammer.⁶ Modellen er anvendelig da den kan benyttes som utgangspunkt for prioritering av ulike initiativ innen organisasjonsutvikling, uavhengig av om det er behov for endringer i selve organisasjonsstrukturen.

I denne sammenheng, hvor Helsetilsynet har gjennomført flere endringer i arbeidsprosesser, roller og ansvar, kompetanse og kultur, besitter virksomheten mange erfaringer som kan overføres fra utenlandssakene til andre deler av virksomheten. Etter vår erfaring i denne type utviklingsløp er det viktig med et helhetlig perspektiv på organisasjonsutvikling.



Figur 3: Burke-Litwin Change Model⁶

⁶ Burke, W. W., & Litwin, G. H. (1992). A causal model of organizational performance and change.

Dette fordi alle komponentene (jfr. figur 3) må være avstemt og virke sammen for å få en velfungerende organisasjon – noe utenlandssakene illustrerer. Overføring av erfaringer fra OGU til øvrige deler av organisasjonen kan være med å styrke virksomhetens samlede evne til å håndtere komplekse og tverrgående oppgaver.

I denne sammenheng, hvor Helsetilsynet har gjennomført flere endringer i arbeidsprosesser, roller og ansvar, kompetanse og kultur, besitter virksomheten mange erfaringer som kan overføres fra utenlandssakene til andre deler av virksomheten. Etter vår erfaring i denne type utviklingsløp er det viktig med et helhetlig perspektiv på utviklingsutvikling. Dette fordi alle komponentene (jfr. figur 3) må være avstemt og virke sammen for å få en velfungerende organisasjon, som også utenlandssakene illustrerer. Overføring av erfaringer fra OGU til øvrige deler av organisasjonen kan være med å styrke virksomhetens samlede evne til å håndtere komplekse og tverrgående oppgaver.

7.1 Et mer samlet og tydelig strategisk blikk på tverrgående oppgaver

En av de mest tydelige læringene fra utenlandssakene er hvor viktig det er at virksomheten tidlig fanger opp når et område utvikler seg i retning av økt kompleksitet, nye krav eller større risiko. I kapittel 4 ser vi at svikten delvis oppstod fordi arbeidsområdet vokste uten at det ble definert som en portefølje med særskilte styringsbehov.

Intervjuene viser at Helsetilsynet i dag har en mer skjerpet forståelse av slike risikoer — flere ledere og saksbehandlere beskriver en mer åpen dialog om kapasitet, vanskelige prioriteringer og behov for avklaringer. Dette er en utvikling som bør videreføres og generaliseres.

For organisasjonen innebærer dette å etablere et felles «varselspråk» for oppgaver som viser tegn til å bli mer komplekse. Dette kan være gjeldende når samarbeid bryter ned, når regelverket er uklart, når arbeidsmengden øker raskere enn kapasiteten eller når avhengigheter mot andre aktører intensiveres. Et slikt språk kan bli et strukturelt verktøy som gjør at Helsetilsynet fanger opp risiko før den får utvikle seg.

Dette er ikke et nytt system, men en praksis som allerede er styrket i utenlandssakene, og som kan bli en del av virksomhetens strategiske styring i det videre.

7.2 Formelt prosesseierskap som arbeidsform, ikke bare organisatorisk løsning

Fravær av prosesseierskap var en av de tydeligste bakenforliggende faktorene før svikten, men også et av områdene hvor utviklingen det siste halvåret har vært størst. Intervjuene viser at det er bedre ansvarsforståelse, at flere oppgaver håndteres fastere i et tydelig arbeidsløp, og at ledelsesmessige avklaringer skjer tidligere og hyppigere enn før.

Læringen for resten av virksomheten er at prosesseierskap ikke primært handler om organisatorisk struktur, men om arbeidsform. Det handler om at én funksjon har ansvar for helheten, for å sikre at andre kan utføre sine deler, og for å følge risiko og kvalitet over tid.

For at denne rollen kan fungere best mulig er det viktig at de rette arbeidsverktøyene og støttesystemene er på plass. Bruk av porteføljeværktøy i utenlandssakene, viser hvordan et systemverktøy kan sikre at prosesseier hele tiden har en oppdatert oversikt og kan følge opp saker tettere dersom disse er identifisert som krevende.

Forbedrede arbeidsverktøy kan overføres til områder hvor oppgavene spenner bredt, der regelverket er komplekst, eller hvor flere enheter og kompetansemiljøer må jobbe mot samme mål. Erfaringen fra utenlandssakene viser at tydelig prosesseierskap reduserer avhengighet av enkeltpersoner, skaper forutsigbarhet i samhandlingen og gjør det enklere for ledelsen å følge med på utviklingen.

7.3 Enhetlige arbeidsprosesser skaper trygghet i komplekse oppgaver

I vurderingene av dagens praksis ser vi at Helsetilsynet allerede har betydelig mer enhetlig arbeidsform i utenlandssakene, hvor identitetsavklaringer, kvalitetskontroller, dokumentinnhenting og vurderingsgrunnlag nå håndteres mer likt. Intervjuene viser at dette reduserer usikkerhet og løfter kvaliteten, både i førstelinje og i vurderingene som gjøres i andrelinje.

Læringen for resten av virksomheten er tydelig og kraftfull. Enhetlige arbeidsprosesser skaper trygghet i fagmiljøene og reduserer behovet for å «finne ut av ting på nytt» når sakene er krevende. Standardisering sikrer flyt i oppgavegjennomføringen og trygghet i at oppgaveløpets mest essensielle steg er ivarettatt.

Andre deler av virksomheten har tilsvarende kompleksitet med saker som består av ufullstendig informasjon, parallelle spor, krevende kommunikasjon eksternt, eller avhengigheter på tvers av fag. Erfaringen fra utenlandssakene viser at slike områder blir sterkere når prosessene ikke bare finnes som dokumenter, men er etterlevd i praksis gjennom faste møteplasser, i systemstøtte og i samarbeidsformene.

7.4 Teknologi som faktisk avlaster og ikke bare digitaliserer

Systemstøtte var en sentral årsak til svikten, og systemstøtte er også en av hovedgrunnene til at situasjonen nå er forbedret. IMI-roboten og bedre integrasjon mellom porteføljeverktøy og saksbehandlingssystemer, har bidratt til mer effektiv saksgang og mer pålitelig datagrunnlag som kan benyttes i styringen. Medarbeidere beskriver at videreutviklingen av porteføljeverktøy har bidratt til å frigjøre oppmerksomhet til vurderingsarbeidet.

Det denne erfaringen viser, er at teknologi må bygges slik at den avlaster de delene av prosessen som skaper risiko, ikke bare effektiviserer rutiner. Dette er overførbart til flere områder i virksomheten. I flere typer tilsyns- og klagesaker brukes betydelige ressurser på informasjonsinnhenting, kvalitetssikring og koordinering. Erfaringen fra utenlandssakene viser at riktige automasjoner og gode datakilder gjør at fagmiljøene kan bruke tiden på vurderinger og mindre på avvikslukking.

7.5 En læringskultur som bygger på åpenhet om risiko

Kapittel 6 beskriver at kultur var en av årsakene bak svikten — ikke i form av manglende vilje, men manglende felles retning for hva som skal løftes, når og til hvem.

Intervjuene viser nå til en endring i kultur for involverte i utenlandssakene. Det beskrives mer åpenhet mellom avdelingene, lavere terskel for å be om hjelp, mer fremoverlent ledelsesoppfølging og større trygghet for å diskutere vanskelige saker. For de involverte i utenlandssakene har det også blitt en forståelse av at vi alle tilhører vi-et, og derfor har en mulighet til å fange opp sårbarheter også utenfor eget ansvarsområde. Kulturen har bidratt med å gi retning til hvordan oppgavene skal løses og det har gitt energi til å løse arbeidet for de involverte i OGU og utenlandssakene.

For å sikre at denne utviklingen blir varig, og ikke situasjonsavhengig, må ledelsen ta en mer eksplisitt rolle i å forankre læringskulturen i ordinær drift. Ledelse er, som vist i Burke–Litwin-modellen, en av de sentrale faktorene som former både kultur, struktur og adferd over tid. Dette samsvarer med funnene i rapporten, der mer fremoverlent ledelsesoppfølging allerede beskrives som en viktig del av forbedringene.

Dette er en av de viktigste læringene virksomheten kan ta med seg videre. En læringskultur betyr å gjøre det normalt å snakke om risiko, uenighet og avvik under normal drift, og ikke bare i ekstraordinære perioder. Det betyr å normalisere deling av usikkerhet og bruke den aktivt, slik man nå gjør i utenlandssakene.

7.6 Systematisert kompetansebygging for å unngå fremtidig personavhengighet

For en mindre virksomhet som Helsetilsynet er den operasjonelle driften i stor grad avhengig av enkeltpersoner med spisskompetanse innen både fag og drift. Dette er rammebetingelser virksomheten må forholde seg til, slik vi tidligere har belyst.

Gjennom arbeidet med utenlandssakene har Helsetilsynet opparbeidet unike erfaringer med å håndtere komplekse oppgaver. I erfaringsrapporten fra OGU anbefales det at denne kunnskapen systematiseres i et helhetlig kompetanseløp for medarbeidere som tilsettes eller involveres i arbeidet. Vi vurderer dette som helt sentralt å prioritere videre – ikke bare som en forlengelse av arbeidet med utenlandssakene, men som en del av et mer overordnet og konsistent kompetansebyggingsløp i Helsetilsynet. Slik kan virksomheten i større grad sikre at kritisk kompetanse ikke forsvinner når enkeltpersoner slutter eller er fraværende over lengre perioder.

De samme prinsippene og dokumentgrunnlaget som ligger til grunn for kompetansebyggingen i utenlandssakene bør etter vår vurdering også gjelde på andre saksfelt. Flere av Helsetilsynets fagmiljøer arbeider med oppgaver som krever spesialiserte vurderinger, og disse miljøene blir sårbare dersom kompetanse ikke er dokumentert, dersom det mangler systematiske trenings- og opplæringsløp, eller dersom kunnskapsoverføring skjer tilfeldig.

Erfaringene fra utenlandssakene viser tydelig at kompetanse ikke kun handler om opplæring, men må forvaltes på samme måte som risiko: synlig, systematisk og som et tydelig lederansvar. Dette innebærer å se kompetansebygging i sammenheng med virksomhetens struktur, kultur og ledelsespraksis, slik at læring og kunnskapsoverføring bæres av faste mekanismer og ikke av enkeltpersoner. Når man knytter kompetansebygging tettere til virksomhetens struktur, ledelsespraksis og arbeidsformer, blir læring og kunnskapsoverføring en integrert del av hvordan organisasjonen fungerer til daglig.

Dette innebærer at ledere må bidra mer aktivt i å synliggjøre hvilke kompetanser som er kritiske, sikre at de inngår i faste mekanismer og følge opp at læring faktisk brukes i praksis. Når kompetanse, arbeidsprosesser og lederoppfølging utvikles i sammenheng, styrkes både kultur, samhandling og kvalitet. Dette reduserer personavhengighet og sikrer at kunnskap forblir i organisasjonen, uavhengig av enkeltpersoners tilstedeværelse.

7.7 Oppsummering og veien videre

Interne forhold i Helsetilsynet

Arbeidet med utenlandssakene det siste året har gitt Helsetilsynet et tydelig innblikk i hvordan organisasjonen fungerer når den settes under press og hvordan den faktisk evner å endre seg når det er nødvendig.

Vurderingene i kapittel 6 viser at svikten ikke oppstod én plass, men vokste frem i møtepunktene mellom struktur, kultur, styring, kapasitet og teknologi. Intervjuene viser samtidig at mange av disse svakhetene nå er håndtert i praksis: samarbeidsformene er styrket, ansvar er tydeligere, risiko løftes tidligere, og systemstøtten er langt bedre enn før.

Dette kapitlet har derfor ikke bare handlet om å anbefale forbedringer for utenlandssakene, men om å vise hvordan erfaringene fra dette området kan bli drivkraften for en bredere organisasjonsutvikling i Helsetilsynet. I møtet mellom komplekst, tverrgående og delvis uforutsigbart arbeidsområde – der regelverk, systemstøtte og intern samhandling måtte jobbe samtidig – har Helsetilsynet utviklet arbeidsformer som har verdi langt utover dette ene fagområdet.

Erfaringene viser at Helsetilsynet lykkes best når prosesseierskap, risikostyring, teknologi, kultur og kompetanse utvikles i sammenheng. Da blir også helheten mer enn summen av enkeltforbedringer. Den transformasjonen som har begynt i utenlandssakene, kan benyttes videre i utviklingen av styring og samhandling i hele virksomheten.

Felles for de anbefalingene som er gitt, er at de peker på en organisasjon som allerede har tatt flere viktige skritt i riktig retning, men som trenger å gjøre disse skrittene varige. Det betyr å formalisere ansvar der praksis nå fungerer godt, sikre at lærings- og risikokulturen som har vokst frem ikke forsvinner når trykket avtar, og å fortsette å utvikle digitale løsninger som faktisk avlastar fagmiljøene. Det betyr også å bygge videre på den tilliten som nå preger samhandlingen mellom avdelingene og gjøre den til en naturlig del av hvordan Helsetilsynet løser andre tverrgående oppgaver. Arbeidet vil kreve grundige kartlegginger og bred involvering av ansatte for å avdekke de faktiske smertepunktene og ønskede mål for organisasjonsutviklingsprosessen.

Med dette som utgangspunkt står Helsetilsynet bedre rustet, ikke bare til å håndtere utenlandssaker fremover, men til å møte andre områder med tilsvarende kompleksitet. Oppgaven videre er derfor ikke primært å gjøre mer, men å gjøre det som allerede fungerer mer gjennomgripende, mer systematisk og mer på tvers av virksomheten. Slik kan erfaringene fra et krevende år bli fundamentet for en sterkere, mer samordnet og mer lærende organisasjon i årene som kommer.

Videre samarbeid med Helsedirektoratet

Grenseflatene mot Helsedirektoratet fremstår som et av de mest sentrale strukturelle risikoområdene i arbeidet med utenlandssaker. Selv om ansvarsdelingen mellom virksomhetene er formelt avklart gjennom HODs beslutninger, viser gjennomgangen at praksis for samhandling ikke er tilstrekkelig konsolidert.

Helsetilsynets arbeid er i betydelig grad avhengig av registerkvalitet, autorisasjonsgrunnlag og informasjon som forvaltes av Helsedirektoratet. Variasjoner i datakvalitet i HPR og manglende operasjonelle arenaer for løpende avklaringer bidrar til fragmenterte prosesser, særlig i saker hvor identitet eller autorisasjonsstatus må

avklares raskt. Dette er en flaskehals og bidrar til mye medgått saksbehandlingstid, når det i realiteten kunne vært løst ved at HPR ble utvidet med nødvendig informasjon (som hvilket land autorisasjonen bygger på) som gjør vurderingen av varselet mer effektivt for Helsetilsynets førstelinje.

Samlet sett vurderes grenseflatene som utilstrekkelig formaliserte og som en gjenværende strukturell risiko som kan påvirke både fremdrift, kvalitet og likebehandling. For å sikre en helhetlig og robust verdikjede bør samarbeidet mellom virksomhetene formaliseres og forankres bedre enn i dag.

Det anbefales at Helsetilsynet og Helsedirektoratet etablerer en tydeligere og mer systematisert samarbeidsstruktur for håndtering av utenlandssaker. Dette bør omfatte både strategiske og operative nivåer, for å sikre en helhetlig verdikjede mellom autorisasjons- og tilsynssporet. Under har vi utbrodert våre anbefalinger nærmere.

1

Faste samarbeidsstrukturer:

Det foreslås å etablere faste møtefora på operasjonelt nivå (f.eks. tertialvis), i tillegg til å bygge videre på møtepunktene på ledernivå. Dette vil bidra til at gjensidige avhengigheter håndteres systematisk snarere enn ad hoc.



2

Operasjonelle avklaringspunkter og gjensidig veiledning:

Det anbefales å etablere en struktur som gjør det mulig for Helsedirektoratet å innhente veiledning fra Helsetilsynet i konkrete tvilstilfeller før eller etter autorisasjonsvedtak, særlig der forhold som kan utgjøre en tilbakekallsgrunn fremkommer etter at autorisasjon ble gitt. Dette vil bidra til likebehandling og redusere risiko for divergerende praksis mellom virksomhetene.



3

Systematisert informasjonsdeling:

Det bør etableres formaliserte rutiner for informasjonsutveksling om forhold som kan være relevante for den andre virksomheten, herunder utenlandske reaksjoner, uavklarte identitetsopplysninger og oppdateringer i HPR. Dette må bygge på gjeldende lovverk, men utnytte mulighetene som allerede ligger i regelverket for informasjonsdeling mellom myndigheter.



4

Helhetlig verdikjedeperspektiv:

For å redusere fragmentering anbefales det at virksomhetene sammen utvikler en verdikjedeanalyse for autorisasjon og tilsyn i utenlandssaker. Formålet bør være å identifisere avhengigheter, flaskehals og risikoer som krever koordinert oppfølging.



Anbefalingene har blitt løftet i dialog med Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig som har gjennomført en juridisk gjennomgang av Helsedirektoratets arbeid med autorisasjon og spesialistgodkjenning av og lisens til helsepersonell utdannet utenfor Norge. Gjennomgangene har vært utført parallelt og begge parter anser anbefalingene som hensiktsmessige i veien videre.

© 2026 PwC. Med enerett. I denne sammenheng refererer «PwC» seg til PricewaterhouseCoopers AS, Advokatfirmaet PricewaterhouseCoopers og PwC TaxServices AS som alle er separate juridiske enheter og uavhengige medlemsfirmaer i PricewaterhouseCoopersInternational Limited.

Denne rapporten er utarbeidet for Helsetilsynets bruk i forbindelse med oppdrag i samsvar med engasjementsbrevet datert 16. januar 2026. Formålet har vært å gi en uavhengig og helhetlig vurdering av Statens helsetilsyns håndtering og oppfølging av varsler om helsepersonell fra utlandet (meldinger via EU-systemet IMI og nordisk samarbeid). Utredningen skal bidra til læring og varig forbedring, og sikre at det faglige grunnlaget som Helsetilsynet bygger sine vurderinger og tiltak på, er korrekt, dekkende og forsvarlig. I tråd med mandatet for gjennomgangen skal arbeidet bygge på kravene og forventningene slik de er beskrevet i konkurransegrunnlaget.

Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet i intervjuer med Helsetilsynets ansatte og med relevante aktører, offentlig tilgjengelig statistikk, dokumentasjon og forskningslitteratur, samt dokumentasjon som Helsetilsynet har gjort tilgjengelig for oss. PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi innestår ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller kontrollhandlinger av Statens helsetilsyns virksomhet. Rapporten inneholder materiale som er konfidensiell for Helsetilsynet og PwC.

Helsetilsynet har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med forretningsvilkårene som er vedlagt vårt engasjementsbrev. Rapporten og/eller informasjon fra rapporten skal ikke benyttes for andre formål eller distribueres til andre uten skriftlig samtykke fra PwC. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av Helsetilsynet eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller engasjementsbrevet.

PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til rapporten samt ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid. Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.

Vedlegg 1

Helsedirektoratet. (2016, 16. desember). *Utgående brev: Svar på oppdrag fra HOD om varslingsmekanismer i IMI – gjennomføring av endringer i yrkeskvalifikasjonsdirektivet* [Brev].
Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016, 24. oktober). *Forberedelse og gjennomføring av endringsdirektivet* [Brev]. HOD.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, 31. januar). *Vedrørende implementering av varslingsmekanisme for helsepersonell* [Brev]. HOD.

Helsetilsynet. (2025, 31. oktober). *Gjennomgang av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker* [Rapport].
Helsetilsynet.

Helsetilsynet. (2025, 18. november). *Policy for risikostyring* (Dok.ID D00041, versjon 1.01). Helsetilsynet.

Helsetilsynet. (2026). *Arbeidsprosesser for utenlandssaker i OGU* [Presentasjon]. Helsetilsynet.

Helsetilsynet. (2026). *Behov for gjennomgang av lovgivningen om administrative reaksjoner basert på varsler fra andre lands myndigheter* [Delrapport 3]. Helsetilsynet.

Helsetilsynet. (2026). *Delrapport til erfaringsrapport om OGU: Logistikk og IMI-roboten* [Delrapport 5].
Helsetilsynet.

Helsetilsynet. (2026, 1. februar). *Delrapport til erfaringsrapport OGU: Tall og fakta* [Delrapport 6].
Helsetilsynet.

Helsetilsynet. (2026). *Evalueringsrapport for utvikling av OGU-funksjonalitet i NESTOR-v (test/POC)* [Delrapport 4]. Helsetilsynet.

Helsetilsynet. (2026). *Erfaringsrapport Operativ Gruppe Utland (OGU): Evaluering av arbeid med utenlandssaker, oktober 2025 – februar 2026*. Helsetilsynet.

Helsetilsynet. (2026). *Foreslått modell for arbeidsprosesser og organisering for utenlandssaker (IMI m.m.) i Helsetilsynet* [Delrapport 1]. Helsetilsynet.

Helsetilsynet. (2026, 15. desember). *Oppfølging: Rapportering 15. desember* [Delrapport 6.2]. Helsetilsynet.

Helsetilsynet. (2026, 11. februar). *Realitetsbehandling av sakene: Veiledningsartikkel* [Delrapport 2].
Helsetilsynet.

Helsetilsynet. (2026, 14. november). *Svar på spørsmål fra HOD* [Delrapport 6.1]. Helsetilsynet.