

14. Politikken og dens forvaltning: Kvalitetspolitikken og kvalitetsforvaltningen

Kvalitetsrevolusjonen: en innledning

Vi har sett at kvalitet i løpet av av 1980-årene ble et stadig viktigere hensyn i helsepolitikken. Vi har sagt at der nærmest skjedde en kvalitetsrevolusjon. Vi har også nevnt at den henger sammen med utviklingen innen industriproduksjonen, men også med forbrukerbevisstgjøringen. Mye av grunnlaget for kvalitetsrevolusjonen kom altså ovenfra og nedenfra, og for så vidt utenfra. Men vi har også nevnt at der skjer noe i og rundt helsevesenet som bragte kvalitet frem som et viktig helsepolitisk anliggende og mål. Det skjedde ikke primært i selve klinikken, eller preklinikken, men i deler av forskningen knyttet til dem. Helsetjenesteforskningen og den kliniske epidemiologi – begge basert på den statistikk Ian Bradford Hill og Richard Doll tidlig i 1950-årene banet vei for i medisinen. Vi kan si den kliniske medisin ble «avslørt» som ikke godt dokumentert av den kraft som siden midten av det 19. århundre hadde lagt mer og mer av den kliniske medisin under seg, vitenskapen. Slik bidro denne kraften til å aktualisere kvalitet som tema og mål i preklinisk og klinisk praksis. Ja, man kan si at den gjorde helsevesenet mer mottagelig for den kvalitetsrevolusjon som skjedde i næringslivet og varemarkedene.

Til å begynne med ble kvalitetspolitikken lansert som kvalitetskontrollpolitikk. Utfordringen var å unngå å gjøre feil og begå tabber. Men det betydde også at mye av den medisinske praksis, både den prekliniske og den kliniske, lå utenfor området for kvalitetskontroll. Medisinen hadde ennå et betydelig skjønnsinnslag. Ettersom den nye dokumentasjonsmedisinen utviklet seg, ble imidlertid området for skjønn snevret mer og mer inn. Medisinen fikk et stadig større innslag av retningslinjer og regler, samtidig som praksis i større grad ble løpende registrert – og i prinsippet ble overvåkbar. Slik vokste området for kvalitetskontroll. Men slik ble også kvalitetskontrollen mer og mer en form for rettslig basert tilsyn.

Den ble imidlertid ikke bare det. For mens det juridiske tilsyn skulle forebygge, og evt. gjøre «godt» igjen (for eksempel gjennom erstatninger), det som ble sett på som svikt, var både pasienter og kunder i andre markeder opptatt, og nå i økende grad, av mer enn bare kvalitet som ikkesvikt. Den kvalitetsrevolusjon som spesielt hadde kommersielle markeder som referanse kom derfor til å gjelde høyere kvalitet.

Men der utviklet seg iallfall to typer strategier i så henseende, en mindre og en mer ambisiøs. Den første gikk ut på å sikre en uspesifisert, men forutsetningsvis god kvalitet, ved å kontrollere adgangen til produksjonen og ytelsen av bestemte varer og tjenester. Den annen gikk ut på kontinuerlig å øke kvaliteten på de varer som ble laget og de tjenester som ble ytt. Det siste ble gjort ved «hvileløs» leting etter bedre måter å skaffe til veie goder på. Den første strategien ble gjerne omtalt som en kvalitetssikringsstrategi – en videreføring av kvalitetskontrollstrategien, den annen som en kvalitetsutviklingsstrategi. Begge strategiene inneholdt imidlertid ulike understrategier. Den første bestod spesielt av sertifiserings- og akkrediteringsstrategien og revisjonsstrategien. Den annen spesielt av en teknisk-eksperimentell og en humanistisk-lærende strategi.

Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling

Kvalitetssikringen kan man si hadde noe av tilsynet over seg; den var «binær». Men utgangspunktet for bedømmelsen var ikke (bare) sviktterskelen, men en høyere terskel. Denne terskel ble definert som et sett av standarder; standarder som reflekterte kunnskapens og teknologiens status til enhver tid. Slike standarder, først på det tekniske vareområde, siden også på tjenesteområdet, begynte å komme mot slutten av det 19. århundre – de var en følge av industrialiseringen – og førte i 1947 til etableringen av *International Standards Organisation* (Genève). Denne standardiseringen gjorde det aktuelt å etablere organisasjoner som kunne godkjenne (sertifisere, akkreditere) virksomheter som oppfylte bestemte ISO-standarder, eller andre standarder.¹²⁴⁹ Dette var aktuelt på områder hvor produksjonen og tjenesteytelsen var vanskelig å bedømme for mulige kunder (etterspørrere) eller samarbeidspartnere. Slik godkjennelse kan man si helsevesenet allerede en tid hadde gitt personer gjennom autorisasjonsordningen. Her var det utdannelsens standard(er) som formelt, om ikke alltid reelt, ble vurdert. De vurderende organer var dog knapt kompetente til å gjøre det, og overlot egentlig den reelle vurdering til de organer hvis prosesser (utdanning) skulle vurderes. I noen grad godkjente også departementet (etter hvert) sykehus og lignende institusjoner; dog også i dette tilfelle uten egentlig å ha spesiell kompetanse til å gjøre det. Med utviklingen av et mer presist, teknologi- og regelbasert medisinsk tilbud, ble det enklere å foreta forhåndsgodkjennelse av helsetjenestevirksomheter, og uavhengige, både (uavhengige) offentlige og kommersielle, organisasjoner meldte seg for å gjøre det. Med utgangspunkt i Justervesenet (etablert 1832, for å standardisere mål) ble Norsk Akkreditering etablert, men som uavhengig organ først fra 2004. I første omgang var det særlig tale om å godkjenne (sertifisere, akkreditere) laboratorier og laboratorieavdelinger. Slik godkjennelse ble gjentatt med bestemte tidsintervaller (to–tre år). Revisjonen var en mer løpende standardkontroll. Den var basert på den tradisjonelle finansielle revisjon, men kom til helsevesenet delvis via den offentlige forvaltningsrevisjon og den internasjonale medisinske revisjon («medical audit»)¹²⁵⁰.

De to ledende kvalitetsteoretikere: Deming og Juran

Kvalitetssikringen var altså mer offensiv enn tilsynet, men stadig defensiv: Den gikk ut på å se om helsevesenet holdt seg på den rette siden av et sett av terskler – men altså terskler som befant seg over for eksempel forsvarlighetsnivået. Den var slik fortidsorientert og potensielt avkreftende. Den som ikke passerte de aktuelle terskler kunne miste sertifisering eller akkreditering. Den skapte, som tilsynet, stress og angst, men først og fremst blant institusjonsansvarlige: Godkjennelsene, eller tap av sådanne, gjaldt institusjonene og deres prosesser, ikke personell. Slik bidro den for så vidt også til at det ble skapt inntrykk av at svikt først og fremst var systemsvikt. En av de største kvalitetsledelsestalspersoner, den amerikanske statistikeren W. Edwards Deming (1900-1993), lanserte således også sin 85-15-regel: 85 prosent av svikten skyldes systemet, bare 15 prosent personer eller «ting». Selv om den nye tilsynsfilosofien også primært ble systemorientert, særlig den mest typisk

¹²⁴⁹ Norsk Standard, utarbeidet av Norsk Verkstedsindustri Standardiseringsentral, ble utgitt 1. mars 1988, under betegnelsen NS-ISO 9003; den erstattet NS 5803 fra 1981. Den norske standarden reflekterte den internasjonale standard ISO 9003-1987, fastsatt som europeisk standard EN 29003.

¹²⁵⁰ Det britiske NHS innførte «medical audit» fra 1993.

tilsynspregede, den forebyggende, spilte reaksjoner, inkludert avautorisering, overfor personer en rolle for tilsynsorganene.

Den andre av etterkrigstidens tre store kvalitetsprofeter, den rumensk-ættede amerikaneren Joseph M. Juran (1904–2008), mente kontrollektspertene hadde skapt en statisk ledelse, spesielt i Europa. I et intervju med (det nye) tidsskriftet *European Quality* i 1994, sa han: «There is a serious risk that they [the Europeans] are being led astray by the promulgation by the standards organizations of economic integration».¹²⁵¹ Han vedgår at standardisering og sertifisering var viktig for å bryte ned tekniske barrierer mot handel, men la til at det langt fra var nok. Han sa:

The [ISO] criteria do not include a revolutionary rate of improvement; they do not include participation of people in the lower levels of the organization. Other important ingredients – personal leadership from senior managers and so on – have been left out. The standards organizations strongly imply that if you get certified your quality troubles are over. That is simply not true.

Vi lar oss friste til å legge til at både han og de andre offensive kvalitetsentreprenørene laget regler, altså en slags standarder, for hvordan forbedringen skulle skje, og drev (mer og mer) kursopplæring og konsulentvirksomhet med utgangspunkt i disse standardene. De laget regler for selve utviklingsforløpet, og de laget regler for de ulike trinn i dette forløpet. Juran gjorde det under merkelappen Jurans triade. Først skulle organisasjoner planlegge for kvalitet, så skulle de kontrollere at kvalitetsmålene ble nådd og endelig skulle de forberede (nye) forbedringer. For hvert trinn var der regler for hvordan lederne skulle gå frem. Prosessen hadde slik et lineært preg, men gjennom gjentakelse kom det sirkulært progressive inn i bildet. Deming talte mer eksplisitt om en dynamisk syklus, og kalte den Shewhart-syklusen (etter statistikeren Walter A. Shewhart (1891–1967)); den er siden bare kalt Demings syklus (sirkel). Den omfattet fire trinn, gjerne bydende beskrevet: Planlegg – Utfør – Sjekk – Handl («Plan – Do – Check – Act»). Deming la stor vekt på det sykliske og kritiserte tradisjonell amerikansk ledelselære og ledelsepraksis for å være for lineær og «avsluttende», altså ikke nok dynamisk læringsorientert. Den var, kan vi også si, tilpasset standard- og akkrediteringskulturen. Den tredje, men noe yngre, av de store amerikanske kvalitetsapostlene, Philip Crosby (1926–2006), talte om 14 trinn til kvalitetsforbedring («Fourteen Steps to Quality Improvement»). Også for ham lå det dynamisk lærende under tenkingen: Man kan ikke tale om *kontinuerlig* forbedring uten å tenke dynamisk-sirkulært.

Den akkrediteringsorienterte kvalitetssikringen var, og er, teknisk nytteorientert. Den er preget av den mekanistiske tradisjonen etter Frederick W. Taylor (1856–1915) og hans vitenskapelige ledelse. De tre fremste amerikanske kvalitetsapostlene bryter alle, om enn kanskje bare delvis, med denne tradisjonen. Vi ser det i det Juran sa om ISO-tradisjonens neglisjering av menneskene, enten de var arbeidstagere eller ledere: menneskene forsvant, og igjen stod alene «systemet». Kontinuerlig forbedring krevde, mente han og hans kolleger (og konkurrenter) at de som stod for og stod i prosessene hele tiden var på utkikk, eller snarere – var systematisk på utkikk etter – måter å forbedre prosessene og dermed varenes og tjenestens kvalitet på. Men det krevde også at disses forbedringsbestrebelse var næret av et aktivt møte med kunder og deres behov. Den Taylor-inspirerte måten å tenke på neglisjerte, mente de,

¹²⁵¹ «Juran's Message for Europe», Quality talk, *European Quality*, bind 1, nr. 1, 1994, s. 18. Sitatet nedenfor er fra samme intervju, s. 18-19.

menneskenes kreative potensial og forsøkte å oppdra lederne til dirigering, overvåkning og kontroll, arbeidstagerne til lydighet og kundene til å tro at de fikk det beste på billigste måte. Ingen ble slik ekte agenter for endring og forbedring. En del ledere kom til å mislike seg selv, arbeidstagerne ble fremmedgjorte, kynisk unnasluntrende og (potensielt) opprørske og endelig, når vi når 1970- og 1980-årene, ble også kundene både mer utro og mer tilbøyelige til å klage.

Kvalitetsapologetene tok derfor til orde også for en slags humanistisk revolusjon. «Oppvåkningen» startet i Japan, hvor både Deming og Juran ved overgangen til 1950-årene dro for å gi råd til et næringsliv som hadde et svært dårlig kvalitetsrykte. De fikk arbeide i fred for hjemlig oppmerksom der. Men da resultatene begynte å vise seg i 1970-årene, til amerikansk industris forskrekkelse, samtidig som forbrukerne, noen av dem tillike som miljøvernaktivister, begynte å bli mer pågående, ble Deming og Juran hørt på også i USA, og snart i Europa med. Juran forteller at etterspørselen etter hans kvalitetsseminarer i USA og Europa først begynte å ta seg opp i 1970-årene. Men så – «During the 1980s, there emerged an explosive growth in the demand for quality-management seminars».¹²⁵² Deming opplevde det samme; deltagelsen på hans fire-dagers seminarer økte fra et dusin eller to i 1970-årene til flere hundre i 1980-årene.¹²⁵³ Og som vi har sett, også i Norge økte interessen for kvalitet raskt nå, men særlig fra slutten av 1980-årene.

Men hva bestod kvalitetsfolkens humanisme i? Vi har antydnet noe. Juran la vekt på å *mobilisere* ledere og ansatte for kvalitet, og understreket samtidig at disse måtte mobiliseres til også å mobilisere kundene. Det var de sistes *behov* som måtte være utgangspunktet for kvalitetsoffensiven. Både Juran og Deming understreket betydningen av kultur, altså av holdninger: En kvalitetskultur måtte gjennomsyre en organisasjon. I Demings «14 punkter», som oppsummerte mye av hans filosofi og strategi,¹²⁵⁴ het det således i det første punktet: «Create constancy of purpose for improvement of product and service». Han fulgte opp med å si at snarere enn å «make money» burde det være en bedrifts oppgave å «stay in business» og «provide jobs». Det siste skulle skje gjennom innovasjon, forskning, konstant forbedring og vedlikehold. Punkt nummer to lød, og her dramatiseres betydningen av kulturbyggingen: «Adopt the new philosophy». Vi må bort fra dårlig «workmanship», forklarte han og la til: «We need a new religion in which mistakes and negativism are unacceptable».

I punkt 7 kommer hans mobiliserende ledelsessyn frem: «Institute leadership». Han forklarer: «The job of a supervisor is not to tell people what to do nor to punish them but to lead». I punkt 8 sier han dette om personalledelsen: «Drive out fear». Ofte tør ikke medarbeidere stille spørsmål eller komme med utfordringer, sier han og legger til at det fører til at de fortsetter å arbeide galt eller ikke i det hele tatt og at bedriften mister en anledning til å komme videre. «The economic losses from fear are appalling», sier han. Han vil fostre en ånd som gjør at alle ser på seg som kolleger og arbeider som godt integrerte lag (p. 9). Han vil ha bort mål («targets») og slagord og han vil fjerne numeriske kvoter (p. 10, 11). I punkt 12 heter det: «Remove barriers to pride of workmanship». Denne stoltheten var, mente han, på mange måter tatt knekken på i det mekanistiske Taylor-systemet. Deming taler også om syv dødelige synder. Én er vekt på kortsiktig profitt (2) og en annen (årlig) ytelseevaluering (-rangering).

¹²⁵² Joseph M. Juran, *Juran on Leadership for Quality*, New York: The Free Press, 1989, s. v.

¹²⁵³ Mary Walton, *Deming Management at Work*, New York: G. P. Putnam's Sons, 1990, s. 13. Deming selv summerte opp mye av sitt budskap på denne tiden i den viktige boken, *Out of the Crisis*, som kom i 1986 (MIT Press).

¹²⁵⁴ Punktene er omtalt og forklart i *Out of the Crisis*, *op.cit.*

Den siste er å «build fear and leave people bitter, despondent, beaten» (3). Ledermobilitet er også en dødssynd (4): “Job-hopping managers never understand the companies they work for.” Det samme er det å lede et selskap bare etter synlige tall (5): “The most important figures are unknown and unknowable”, som ringvirkningene en lykkelig kunde skaper.

Der var imidlertid også noe tvetydig over Deming, Juran og andre kvalitetsfolks, for eksempel legen Avedis Donabedians (1919–2000), ledelsesfilosofi. Både Deming og Juran var opprinnelig ingeniører; Deming var også statistiker (matematiker, fysiker) og Juran (senere) også jurist. Deming hadde kort, Juran i lengre tid, vært innom Western Electric's ledelsesmessig viktige Hawthorne Works i Cicero, Illinois, i slutten av 1920-årene, og der blitt sterkt påvirket av Walter Shewhart. Shewhart hadde arbeidet fra 1918 til 1924 ved Hawthorne-fabrikken og der innført statistisk kvalitetskontroll. Før hadde fabrikken kontrollert produktenes kvalitet ved å inspisere de ferdige produkter og fjerne defekte sådanne. Shewhart påpekte betydningen av å redusere variasjonene i fremstillingsprosessen, og brukte et kontrollskjema til å illustrere sine poenger. Han la spesiell vekt på å skille mellom forskjeller (utslag) som skyldtes «assignable causes» og «chance-causes». Skillet var avgjørende, sa han, fordi de første, som Deming siden kalte spesielle, og de andre, som Deming omdøpte til generelle, krever forskjellige tiltak. I det første tilfelle bør man foreta mindre endringer, og det kan medarbeiderne ofte stå for. I det annet tilfelle må man foreta systemendringer, og slike må ledelsen stå for. Ofte behandles spesielle årsaker som generelle og omvendt, og konsekvensen kan bli nokså negative.

Deming utviklet og raffinerte Shewharts statistiske ideer om variasjon, og gjorde også mer ut av hans bruk av diagrammer og lignende, både for å illustrere ideene og for bedre å identifisere hvor i prosesser det kunne gripes inn. Han utviklet også Shewharts øvrige tanker om hvilken type realvitenskapelig kompetanse som krevdes for å skape kvalitet, nemlig i tillegg til variasjonskunnskap, systemkunnskap, psykologikunnskap (motivasjons- og endringspsykologi) og kunnskapsteori. Gradvis kom han imidlertid slik til å bli mer og mer opptatt av å måle og dokumentere. I forlengelsen av hans virke, kom derfor hans kvalitetsforbedringstenkning til å omfatte også teknikker som fikk utbredelse i annen halvdel av 1990-årene, som LEAN (eliminere sløsing), Six Sigma (reduere feil og variasjon), målestokkskonkurrans («benchmarking») og andre slike kvantitative og komparative teknikker. Shewhart var statistiker og Deming var det. Juran var, som ingeniør, fortrolig med kvantitativ tenkning. De kom slik i stor grad til å stå for statistikk (sammenligninger), diagrammer og (forbedrings)regler, som de mer mekanistisk innstilte ledelsestenkere hadde gjort og gjorde. Slik bidro de, og egentlig mer enn Taylor-inspirerte tenkere og praktikere flest hadde gjort, til å gjøre alt som skjedde i bedrifter mer gjennomsluktig. De fjernet, mer radikalt enn sine mekanistiske kolleger, mystikken fra den produktive virksomhet. Der ble lite «lureri» og unnasluntring igjen, men det ble også stadig mindre «kunst» igjen. Men slik ble også kvalitetsarbeidet igjen drevet i kontrollretning. Deming og Jurans betoning av endring og forbedring og det Clayton Christensen nå i slutten av 1990-årene skulle kalle «disruption»,¹²⁵⁵ oppriving, kom i bakgrunnen; noe for så vidt den lengstlevende av kvalitetsapostlene, Juran, skulle påpeke i et intervju med *Quality Digest* i 2006.¹²⁵⁶

¹²⁵⁵ Clayton M. Christensen, *The Innovator's Dilemma*, op.cit..

¹²⁵⁶ Scott M. Paton, «Juran: A Lifetime of Quality – An Exclusive Interview», *Quality Digest*, 2006: https://www.qualitydigest.com/aug02/articles/01_article.shtml. Juran sier i intervjuet: “There is nothing new there”, nemlig når det gjelder kontroll. Men han legger til: merkelappen er jo ny og elegant.

Total kvalitetsledelse

Kvalitetsfolkene modifiserte på ett vis mekanistenes strategier ved å føye til humanistiske elementer, men ved å utvide rommet for ledelsens oversikt og innsyn, og rom for intervensjon, bidro de til å utnytte disse elementene til å gjøre ledelse enda mer inngrepene, enda mer total. Det er ikke tilfeldig at kvalitetsledelsen fra slutten av 1980-årene ofte ble omtalt som total kvalitetsledelse – «Total Quality Management». Den skulle omfatte alt, også folks tanker og følelser. Ordet ble sannsynligvis lansert av den amerikanske flygeneralen Bill (Wilbur L.) Creech (1927–2003). Creech snudde opp ned på luftforsvarets «Tactical Air Command» (1978–1984), noe som skulle gi suksess i den første gulfkrigen. Men ordet, og begrepet, TQM, lanserte han først gjennom en tale til forretningsfolk i USA i januar 1985: «I dubbed what I had done to transform organizations «TQM,» and used the Five Pillars as one means of emphasizing the «Total» part of the title».¹²⁵⁷ Pillarene han henviste til var “product”, “process”, “leadership”, “commitment” og “organization”. Alle pillarer måtte være til stede hvis en bedrift skulle ha suksess, fremholdt han. Det var heri det totale bestod. Men denne totale ledelsen hadde, som allerede antydte, slik noe potensielt totalitært over seg. Det er ikke tilfeldig at særlig Juran brukte religiøst pregede ord om (sider ved) sin ledelsesform.

Dette elementet var tydelig i den opprinnelige japanske kvalitetsforståelsen, spesielt gjennom ideen om kvalitetssirkler, hvor arbeiderne skulle mobiliseres til å forbedre de prosesser de selv var en del av, men hvor forbedringen bestod i at de fant måter å utforme prosessene på som gjorde dem enda mer til «roboter», for organisasjonens (og eiernes og til sist samfunnets) formål. Det hjalp imidlertid japanerne at de kunne bruke den kollektivistiske pliktkultur som preget samfunnet. Amerikanerne hadde ikke et slikt kulturelt utgangspunkt, og for så vidt heller ikke europeerne. Japanske firmaer som etablerte seg i USA klarte dog i noen grad å få amerikanske arbeidere med seg. Det skulle imidlertid snart vise seg at spesielt den amerikanske individualistiske kultur begrenset hva amerikanske bedrifter kunne få til, spesielt i lengden og når arbeidstagerne var akademikere. Det er ikke tilfeldig at kontrolldelen av kvalitetsledelsen fikk størst oppmerksomhet og at ledelsen mer kom ovenfra enn nedenfra, ja, at kvalitetsbølgen mer styrket enn svekket lederne og eierne. Vi kan nesten si at kvalitetsbølgen mer bidro til å forsterke enn svekke den avkastningsorienterte innstillingen i amerikansk næringsliv. De humanistiske formål, som ble så sterkt betonet av Deming og Juran, ble gradvis gjort til midler; de fikk en forførerisk rolle. Det er kanskje ikke tilfeldig at i kjølvannet av kvalitetsbølgen fikk vi først «dot-com» boblen (1995–2000) – som brast, og finanskrisen (2008), begge drevet ikke minst av kortsiktig avkastningsmotivasjon.

Medisinen og kvalitetsbølgen

Kvalitetsbølgen slo altså også innover medisinen og helsevesenet. Som vi har sett, gjorde den det, som i industrien, først som kvalitetssikring og kvalitetskontroll, og først ved overgangen til 1990-årene som kvalitetsutvikling. Også for medisinen, som i hovedsak naturvitenskapelig orientert, kom kontrollen til å dominere i starten. Ja, den kom egentlig til å fortsette å

¹²⁵⁷ Bill Creech, *The Five Pillars of TQM*, New York: Truman Talley Books/Dutton, 1994. Sitatet er fra s.7. Det skal legges til at “I am not staking a claim here as father of the term “TQM.” Who cares? I am, however staking a claim to describing it as I have seen it in its most successful form» (s. 7). Mary Walton bekrefter indirekte Creechs opplysning ved å si at betegnelsen oppstod i det amerikanske forsvarsdepartement mitt i 1980-årene; kfr. Walton, *op.cit.*, s. 15.

dominere. At medisinen nå, som vi har sett, ble mer og mer preget av epidemiologisk tenkning og statistikk, bidro til det. Med den evidensbaserte medisin kom medisinen som praksis til å bli mer og mer regelbasert og dermed også kontrollinnstilt. Men medisinen var ikke ensidig slik orientert. På den ene siden bidro «bench science» hele tiden til forbedringer, endog såkalte «gjennombrudd», og på den annen side spilte hele tiden systemiske og humanistisk-kunstneriske ideer en rolle. De systemiske og humanistiske ideer spilte også en viktig kulturell rolle. De hadde skapt, og holdt stadig ved like, en individualistisk og autonomibevist kultur blant legene. Denne gjorde at leger flest ikke uten videre underkastet seg den regelbaserte medisin, og den nye ledelse som grep denne medisin, nesten med begjærighet. Men det som skjedde i klinikken, med ekstrem spesialisering, voksende koordineringsproblemer og stadig større effektivitetstrykk, gjorde at stadig flere leger så at klinikkens suksess ikke bare avhang av deres teknisk-faglige dyktighet, men stadig mer også av de betingelser den faglige utfoldelse skjedde gjennom. Leger likte bedre å tale om kvalitet enn effektivitet. Der var derfor en hel del i kvalitetsledelsesoffensiven som appellerte til en del, etter hvert flere og flere, leger.

Norge fikk ingen medisinske kvalitetsideologer av Donabedian, Paul B. Batalden¹²⁵⁸ (f. 1941) og Donald M. Berwicks (f. 1946)¹²⁵⁹ kapasitet, men noen fattet interesse for kvalitet. Spesielt fikk kvalitetstenkningen feste i Lægeforeningen, som fra 1992 og utover fikk opprettet tre kvalitetssikringsfond; det første for primærhelsevesenet, det annet for spesialisthelsevesenet og det tredje for lokal laboratorievirksomhet (1997).¹²⁶⁰ Visegeneralsekretær Hans Asbjørn Holm ble en sentral kvalitetsperson i foreningen, men også pedagoger, som Bjørn Oscar Hoftvedt og Kirsten Hofgaard Lycke, var viktige og bidro til å gi Lægeforeningens økende satsing humanistiske innslag. Pedagogene la vekt på at organisasjoner skulle bli lærende. Foreningens kvalitetssatsing startet ut som kvalitetssikring, men innslaget av kvalitetsutvikling ble slik gradvis mer tydelig. Det ble understreket at kvalitetsutvikling også var en måte å *tenke* på. Foreningens innsats førte slik også etter hvert til at kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring (KLoK) ble et innslag i medisinerutdannelsen.¹²⁶¹ Vi skal legge til at Legeforeningens kvalitetsinnsats også var sterkt

¹²⁵⁸ Paul B. Batalden er medisiner (pediater) og professor emeritus ved Dartmouth Medical School. Han er født i Minneapolis og er av norsk avstamning. Siden begynnelsen av 1990-årene har han vært en av de ledende kvalitetstenkere og –praktikere i det amerikanske helsevesen. Fra 1986 til 1994 var han visepresident i Hospital Corporation of America (Nashville, TE). Det var her han for alvor utviklet sin kvalitetsfilosofi. Siden 1990 og til «pensjoneringen» har han (de første årene i tillegg) vært professor og leder for Center for Healthcare Improvement Leadership Development ved Dartmouth Medical School. Han er «Founding chairman» av Institute for Healthcare Improvement (stiftet 1991). Denne artikkelen gir et godt inntrykk av Bataldens kvalitetsfilosofi midt i 1990-årene: P. B. Batalden og Julie J. Mohr, «Building Knowledge of Health Care as a System», *Quality Management in Health Care*, b. 5, nr. 3, 1997, s. 1-12.

¹²⁵⁹ Donald M. Berwick ble utdannet ved Harvard Medical School og ble siden, som Batalden, spesialist i pediatri. Han arbeidet ved Harvard Community Health Plan frem til 1989 da han var med på å etablere Institute for Healthcare Improvement. Han er professor i pediatri ved Harvard Medical School og i Health Policy and Management ved Harvard School of Public Health. Han ble i 2010 utnevnt til leder for Centers for Medicare and Medicaid Services, men gikk av etter et år på grunn av motstand fra det republikanske flertall i Senatet. I 2013 forsøkte han å bli nominert som demokratisk guvernørkandidat i Massachusetts, men lyktes ikke. Denne boken gir et inntrykk av hans kvalitetsfilosofi fra midt i 1990-årene: T. A. Brennan og D. M. Berwick, (1996) *New Rules: Regulation, Markets, and the Quality of American Health Care*, San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1996.

¹²⁶⁰ Forbedringsarbeidet på laboratorieområdet skjedde gjennom Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS), et samarbeidstiltak mellom foreningen, staten og KS.

¹²⁶¹ Fondene var basert på en avtale mellom foreningen, staten og KS. Avsetningene var betydelige og i en artikkel i 2006 opplyser foreningen at beløpet for fondene I og II var kommet opp i 298 millioner kroner. Se Audun Fredriksen (f. 1950), Bjørn Oscar Hoftvedt, Hans Asbjørn Holm og Einar Skoglund, «Legeforeningens rolle i medisinsk utdanning og kompetanseutvikling», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, bind 126, nr. 1, 2006, s. 78-81 (beløpet nevnt på s. 80). Denne artikkelen gir en bred oversikt over foreningens kvalitetsinnsats,

påvirket av Donabedians, men særlig Demings, filosofi. Etter hvert ble også Batalden og siden Berwick viktige inspiratorer. Men noen bred og gjennomgripende virkning på den medisinske kultur hadde ikke Lægeforeningens kvalitetsinnsats. I en kommentar til en leder i det norske legetidsskriftet om forbedringsarbeid, skriver Holm i 2014, altså mer enn to tiår etter at han og foreningen lanserte sin kvalitetsoffensiv: «Det er et tankekors at system- og prosessforbedring – basert på Demings Plan-Do-Study-Act (PDSA-sirkelen) – ikke har fått større plass enn det har i norsk helsevesen, selv om den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen er et viktig unntak».¹²⁶²

Helseforvaltningen ble altså gjennom vår periode mer og mer opptatt av kvalitet. Først var den det som tilsyn og kvalitetssikring, men fra overgangen til 1990-årene kom den offensive kvalitetsutviklingen gradvis mer inn i bildet. Utviklingen kulminerte på et vis med lansering i februar 1995 av *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*.¹²⁶³ Tilsynsutviklingen hadde jusen som forvaltningsmessig basis. Kvalitetssikringen hadde teknisk-økonomisk rasjonalitet som basis. Den siste var slik, som vi har påpekt, mer eksplisitt knyttet til mål- og resultatstyringen (NPM) enn den første. Begge strategiene ble gradvis viktigere i løpet av vår periode og bidro slik til at styringen av helsevesenet både ble mer rettsliggjort og mer målsøkende. På kvalitetsområdet kom disse strategier til å bli, og forbli, overlappende. Rettsliggjøringens lavterskelstyring (forsvarlighet som terskel) ble, som vi har nevnt, kombinert med målstyringens mer offensive terskelhevingsstyring. Utviklingen av kontrollvirksomheten knyttet til utstyr, laboratorier, medikamenter og næringsmidler er viktige uttrykk for den mer kvalitetskontrollpregede strategi. Det samme er feil-, uhells- og avviksregistreringen. Men som Deming og Juran forstod kvalitetsledelse, skulle der kommet inn et nytt element, en løpende opptatthet av forbedring. Det var en forbedring som ikke bare bestod i å heve terskelene gjennom nye, forskningsdokumenterte regler (man fulgte med i), men som tillike bestod i å skape en forbedringsinnstilling hos alle som var overbevisningsbasert og som manifesterte seg også gjennom erfarings- og skjønnsbasert forbedring («gjennombrudd»). Vi ser spor av slik tenkning i forvaltningens planer, for eksempel ved at den nasjonale planen er en plan for *kvalitetsutvikling*, men også i mange av de synspunkter som kommer frem i planen og dens forarbeider og i andre notater og utredninger som kom i første halvdel av 1990-årene. Sporene er imidlertid ikke tydelige. Alle dokumenter har i overveiende grad et nokså kaldt og prosaisk preg. De er regel- og terskelorientert, ikke pedagogisk mobiliserende, som Jurons og Demings bøker og artikler, og enda mer, intervjuer og taler, er. Ei heller er de endringsdramatiske. Dog er der innslag også av det mobiliserende.

Før vi går videre skal vi ta et skritt tilbake og se på hvordan kvalitetspolitikken ble til.

men som en del av en oversikt over foreningens historiske innsats som utdannelsesaktør. Om starten av virksomheten, se Den norske lægeforening, *Kvalitetssikring. Temahefte*, Oslo: Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1993.

¹²⁶² Hans Asbjørn Holm, «Re: Om kvalitetsarbeid», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, bind 134, nr. 16, 2014, s. 1549.

¹²⁶³ Planen ble publisert i brosjyreform. Den hadde betegnelsen IK-2482. Som ansvarlig stod både Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn.

Kvalitetspolitikkenes fremvekst i Norge

Ingen av de viktige utredninger (NOUer) og meldinger som kom i 1980-årene er preget av den kommende kvalitetsbølgen. Tiltak som blir ingredienser i kvalitetspolitikken kom dog, som vi har sett, i dette tiåret. Det gjaldt særlig kvalitetskontrollen (sviktkontrollen) med (bruk av) utstyr og varer, laboratorier og medikamenter, men også den tradisjonelle hygieniske kontroll. Det gjaldt også den økende oppfatning av den såkalte brukerorientering, ikke minst som den kom til uttrykk gjennom tale om pasientrettigheter og økning i klageantallet. Indirekte var også det «nye» helsetilsynet – med egenkontrollen, en del av den økte oppfatning av brukerorientering. Man kan si at disse tiltak forberedte kvalitetsoffensiven, men vi må føye til at de også ble en del av den, ja, den viktigste del. I sentrale henseender ble derfor kvalitetsoffensiven en del av tilsynsoffensiven.

Det første viktige nye «kvalitetsdrypp» kom med offentliggjøringen av den norske Helse for alle-planen fra 1987. Her het det i delmål 31 at «Innen 1990 skal vi ha utviklet **effektive** tiltak som overvåker og garanterer kvaliteten i helsevesenet».¹²⁶⁴ Det neste, men lille, drypp kom med Tove Strand Gerhardsens nasjonale helseplan fra 1988. Her ble det ført opp som ett av ni hovedmål at «Helsetjenesten må være av *rimelig kvalitet* og gi tilbud av jevnt høy standard uavhengig av hvor en blir behandlet».¹²⁶⁵ WHO-tilpasningen fikk imidlertid ingen bred virkning og 1988-planens mål var mer et fordelingsmål enn et egentlig kvalitetsrettet mål. 1988-planen var jo for øvrig gjennomsyret av fordelingspremisser. Men med fremleggelsen av Werner Christies helsemelding (1994) var det åpenbart at kvalitet i mer offensiv forstand var blitt en del av helsepolitikken. Kapittel 4 i meldingen er kalt «Mål- og resultatstyring, forskning og strategi for kvalitetsutvikling». Det var jo også Werner Christie som vinteren 1995 kunne legge frem den nasjonale strategi for kvalitetsutvikling.

Den nye kvalitetspolitikken kom utenfra, fra næringslivsledere og næringslivstenkere i USA og Japan, fra International Standards Organization (ISO), fra noen konsulentfirmaer (særlig KPMG) og fra mange av disse praktisk-teoretiske inspiratorer, som Deming, Juran, Ishikawa (1915–1989)¹²⁶⁶ og Crosby. Politikerne mer reagerte enn agerte. Formidlerne i Norge ble, som vi har sett, særlig Det Norske Veritas, men også i noen grad Statskonsult, KS og Norsk Forening for Kvalitet (opprettet i 1992, med Hroar Piene som første leder). Departementet ville bruke Veritas som premissgivere, og avtalte i 1989 med Veritas at selskapet skulle bistå helsevesenet med etter hvert ca. ti årsverk; i 1991 ble det syv–åtte årsverk. Men ekspansjonen kom ikke; istedenfor ble det rask nedbygging. Forvaltningen, sykehusene og til dels fagmiljøene tok over, og tok kvalitetsarbeidet «hjem». De oppfattet alle Veritas' bistand som fremmedgjørende. SI-vurderingen fra 1991, som vi har omtalt ovenfor,¹²⁶⁷ kritiserte Veritas for å være for teknologiorientert og for lite opptatt av den kliniske praksis og de kliniske prosessers organisering. Også denne vurderingen, laget i et ingeniørpreget miljø, men av

¹²⁶⁴ Den norske rapporten ble publisert av Helsedirektoratet i 1987 som *Helse for alle i Norge?* (Oslo: Kommunalforlaget).

¹²⁶⁵ St.meld. nr. 41 (1987-88), s. 58.

¹²⁶⁶ Kaoru Ishikawa var kanskje Japans viktigste kvalitetstenker. Han bidro til å legge forholdene til rette for at Demings og Jurons ideer skulle få innflytelse i Japan. Han er spesielt kjent for innføringen av kvalitetssirkler og fiskebensdiagrammet (et årsaks-virkningsdiagram) for total kvalitetsutvikling. Ishikawa ble utdannet som kjemiker, men ble altså etter hvert kjent mest som kvalitetsutvikler. Kfr. hans *What is Total Quality Control?*, Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, NJ, 1985.

¹²⁶⁷ Falkum, Larsen og Hem, 1991, *op.cit.*

helsefagtilpassede samfunnsvitere, bidro til å dytte ut «ingeniørene». Det er imidlertid interessant at Veritas, som fusjonerte med tyske *Germanische Lloyd* i 2013, gjennom sitt forretningsområde *DNV GL - Business Assurance*, i dag spiller en betydningsfull rolle for akkreditering av sykehus og for å foreta «clinical excellence certifications» for amerikanske sykehus. Veritas' utvikling er tidstypisk for nytteologikkens utfoldelse: Det generelle blir viktigere, det spesielle, her det medisinske, blir mindre viktig. At Veritas i begynnelsen av 1990-årene ble dyttet ut av helsevesenet i sitt (opprinnelige) hjemland er uttrykk for at fortiden fortsatt satt godt i. Men når vi kommer utover vår periode blir stadig mer av kontrollvirksomheten skritt for skritt mer «abstrakt». Blant annet blir tilsynsvirksomheten etter hvert mer «generisk» og Helsetilsynet selv blir til et helse-, omsorgs- og sosialtilsyn, og får stadig hyppigere kontakt med andre tilsynsorganer.

Men den kvalitetsoffensiven som nå kom, var altså delvis en følge av det som skjedde på næringslivssiden. Det bidro til at kvalitetshensynene presset seg på kulturelt. Men som nevnt, gjorde også medisinen mer selvkritiske innstilling og forbrukerpasientenes større pågåenhet at helsevesenet ble mer åpent for presset fra næringslivssiden. I løpet av 1990-årene kom slik kvalitet til å få betydelig innflytelse også i helsevesenet. Helsevesenet lot seg dog ikke virkelig fange av kvalitetsbølgen; det tok ikke «bølgen». Ved overgangen til det 21. århundre forsvant mye av entusiasmen for kvalitet som den samlende styrings- og ledelsesfilosofi, og ble til ett av flere, mer prosaisk forståtte, mål. Det bidro til at kvalitetsbølgen ikke ble gjennomgripende at initiativet til kvalitetssatsningen ble spredt og at der ikke stod frem «kvalitetsevangelister» på toppen, det vil si i departementet og direktoratet. Arbeidet ble drevet på nokså vanlig byråkratiske premisser, med flere medarbeidere. Ingen stod frem som bærer av kvalitetsflagget, men en tid kom sivilingeniøren og legen Hroar Piene (f. 1938) til å spille en advokatpreget rolle, først som koordinator i helsetjenesteforskningsprogrammet (NAVF/NORAS) og fra 1992 til 1995 som spesiallege i Helsedirektoratet. Og på toppen, både i departementet og i direktoratet, var det andre hensyn som fanget interessen – sykehus, penger og effektivitet i departementet, og nyetablering (som tilsyn), tilsyn og klagesaksbehandling (blant annet noen enkeltsaker) i direktoratet/Helsetilsynet. Kvalitet spilte ingen sterk rolle i departementets sjefsmøter og i direktoratets direksjons/ledelsesmøter (fra høsten 1994). Hverken departementsråden (Norbom, siden Nordbø), helseavdelingsekspedisjonssjefen (Hauge, siden Sæbø (1995)), (den nye) sykehusavdelingssjefen (Melsom, 1996) eller Helsedirektøren (Mork, siden Alvik) eller assisterende helsedirektør (Alvik, siden Lars E. Hanssen) eller noen av avdelingsdirektørene i direktoratet ble hengivne kvalitetsledelsesfolk i Demings betydning av kvalitetsbegrepet og kvalitetsfilosofien.

Departementet hadde en viss styring med prosessen frem til 1994, men det var i praksis Helsedirektoratet som satt med initiativet og fra 1994 den praktiske ledelse. Fra den første virksomhetsplan, altså fra 1989, var kvalitetssikring tatt med som formål i Helsedirektoratets virksomhetsplan, men kvalitetssikringen ble de første årene sett på som nokså tilsynspreget og feilforebyggende. Disse elementene fortsatte å spille en rolle, men fra 1993–94 kom også utviklingsideer mer frem. I det nye Helsetilsynets første strategiske plan (1994) var kvalitetsutvikling nevnt som det første av fire strategiske områder: Helsetilsynet så nå på kvalitetspolitikken som treleddet: først kommer kvalitetskontroll, så kvalitetssikring og endelig kvalitetsutvikling. Helsetilsynet brukte fra «nyetableringen» av også oftere betegnelsen «total kvalitetsledelse». Kvalitet begynte å få en mer identitetsskapende funksjon for Helsetilsynet.

I 1990 presenterte direktoratet sine første, litt mer offensive, planer for å «gjennomføre et prosjekt som definerer og beskriver kvalitetssikring i videste forstand».¹²⁶⁸ For formålet hadde altså direktoratet engasjert professor i medisinsk teknologi (Trondheim), og lege, Hroar Piene, en mann som «i lengere tid [har] arbeidet med kvalitetssikring som begrep både i norsk og internasjonal sammenheng». Rapporten, *Sikring av kvalitet i helsetjenesten*, kom året etter.¹²⁶⁹ Samme år gjennomførte direktoratet en spørreskjemaundersøkelse blant norske sykehus om kvalitetsarbeidet. Den viste at det var betydelig variasjon i omfanget av planlagte og systematiske kvalitetssikringstiltak. Mange sykehus gjorde lite. Skadeutvalg var dog iferd med å komme. I forlengelsen av spørreskjemaundersøkelsen tok direktoratet initiativ til en nasjonal konferanse om sikkerhet i somatiske sykehus; konferansen ble arrangert i regi av NAVF høsten 1991.

Pienes rapport er delvis preget av Donabedians filosofi. Donabedian talte jo hele livet om «Quality Assurance» – ikke kvalitetsutvikling.¹²⁷⁰ Det passet direktoratet nå. Passet gjorde det også at Donabedian var lege; det ble understreket at uten klinikkens og klinikernes medvirkning fikk man ikke så mye til. Men rapporten var nokså eklektisk, og fulgte ikke Donabedian på noen underdanig måte. Den la således vekt på tilsyn, og særlig egenkontroll, som viktige kvalitetssikringstiltak. Den omtalte også i bekreftende vendinger den terskelkontrollerende akkrediteringspolitikken i andre land. Man kunne imidlertid også finne elementer av de offensive utviklingstankene i rapporten.

En nasjonal kvalitetsstrategi

I forlengelsen av 1991-rapporten nedsatte departementet en arbeidsgruppe med den oppgave å «utarbeide forslag til en nasjonal strategi for kvalitetssikring i helsetjenesten».¹²⁷¹ Vi merker oss at departementet her brukte betegnelsen «sikring», ikke «utvikling». Gruppen, som ble oppnevnt den 18. februar 1992, fikk avdelingsdirektør og leder for spesialisthelsetjenesten i Helsedirektoratet, Haakon Melsom, som leder.¹²⁷² Ingen av medlemmene av gruppen kan man si tilhørte de «hengivne» kvalitetsfolkene, men fagsjef (og tannlege) Kjell Røynesdal skulle i en del år bli en av Helsedirektoratets/Helsetilsynets mest kyndige kvalitetsmedarbeidere. Det er, sammensetningen gitt, ikke så overraskende at gruppens rapport i første del er nokså sikkerhetsorientert. I målpresentasjonen (s. 4) tales det bare om kvalitetssikring. Det heter også at gruppens utgangspunkt er NS-ISO 8402 og WHO's anbefalinger. Gruppen skulle levere sin rapport innen sommeren 1992, men rapporten kom nesten et år senere, i mai 1993. Dette skyldes ikke minst at det var en turbulent tid i helseforvaltningen og at flere av gruppens medlemmer deltok i annet utredningsarbeid.

¹²⁶⁸ Kfr. *Annus Medicus, Norge, 1989-90*, Oslo: Helsedirektoratet, 1990, s. 15.

¹²⁶⁹ Helsedirektoratets utredningsserie 4-91.

¹²⁷⁰ Kfr. Avedis Donabedians siste bok, hvor han oppsummerer sin lære på en godt poengtert måte: *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford: Oxford University Press, 2003.

¹²⁷¹ *Forslag til nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*, bakgrunnsnotat til Sosialdepartementet, mai 1993, s. 3.

¹²⁷² Gruppen bestod ellers av fagsjef Kjell Røynesdal (tannlege) og kontorsjef Sigmund Eliassen (jurist), Helsedirektoratet, og underdirektør Kari Holst (jurist) – snart erstattet av konsulent Elisabeth Grannes (jurist), underdirektør Gerd Vandeskog (lege) – snart erstattet av byråsjef Jan Tvedt (statsviter), rådgiver Kari Ringstad (f. 1952) (s.pl.) og førstekonsulent Hilde Marie Rognlie (f. 1956) (c.mag.) fra Sosialdepartementet. Gruppen ble preget av Helsedirektoratets folk. Vi ser at departementet erstattet sine to fremste representanter med to med lavere stilling.

Departementet brukte altså bare ordet kvalitetssikring. Gruppen gjorde også det i første del av sin rapport. Men gruppen brukte i tillegg tiden til å gå litt i dybden også med de mer grunnleggende spørsmål og skriver på s. 6: «Gruppen har .. valgt å bytte ordet kvalitetssikring med kvalitetsutvikling». Den sier at der bør skje «et kontinuerlig forbedringsarbeid» og at det bør reflekteres i ordene som brukes. Men gruppen klarer ikke å være konsekvent og allerede i kap. 2 tales det i overskriften om en strategi for «kvalitetssikringsarbeid». Og i slutten av kap. 3, når gruppen skal fremheve kvalitetsarbeidets *oppside*, skriver den at det er viktig å legge vekt på «det positive i kvalitetssikringsarbeidet, det som skal bidra til å redusere eller forhindre feil eller avvikshendelser» (s. 19). I kapittel 4 omtales en rekke begreper. Om «standard (norm)» står det: «En standard betegner det nivået vi vil kreve at kvaliteten skal ha» (s. 26). Igjen fremheves altså at kvalitetsledelse er terskelorientert kontroll, og slik en videreutvikling av tilsyn.

I kapittel 5 omtaler gruppen *kvalitetsledelse* og kommer her inn på «total kvalitetsledelse», som Juran forstår den. Den sonder således mellom kvalitetsvedlikehold (kvalitetssikring), kvalitetsforbedring (inkrementell forbedring) og kvalitetsfornyelse («kvalitativ» kvalitetsforbedring, for eksempel gjennom såkalte «gjennombruddsaktiviteter»). Allerede i det påfølgende kapittel går imidlertid gruppen tilbake til bare å tale om *kvalitetssikring*. Her omtales selvregulering (selvledelse), kollektiv og individuell, altså fagpersonenes ansvar for selv å forbedre kvaliteten av de tjenester de yter. Det er allikevel uklart om dette ansvaret gjelder å følge etablerte prosedyrer (standarder, normer), bidra til å utvikle nye eller bruke erfaringsbasert skjønn for å *utvikle* tjenesten(e) i kvalitativ forstand. Argumentasjonen peker i den første retning: Fornyende skjønn skal utøves så lenge den aktuelle kunnskap ennå er intuitivt basert.

Leser vi videre i rapporten, ser vi at det målstyrte kvalitetssikringsarbeidet preger den. Myndighetene er mest vant til, og best egnet til, å styre etter standarder. Jo mer fagligheten utvikles og der kommer flere standarder, jo mer kan styringen sentraliseres. Denne styringsholdningen kommer tydelig frem i de følgende tre (7–9) kapitler. Det øverste ansvar ligger hos departementet – som utformer *kvalitetssikringspolitikken*. Denne settes så ut i livet av Helsedirektoratet og andre sentrale forvaltningsorganer, av fylkeslegeetaten (og fylkestannlegene) og til sist av institusjonene (og deres eiere) og personellet. Personellens organisasjoner «skal» være, og omtales som, konstruktive medspillere. Det henvises således til at de større yrkesorganisasjoner, blant annet Lægeforeningen og Sykepleierforbundet, har vedtatt egne kvalitetssikringsstrategier.¹²⁷³ Vi har også sett at Lægeforeningen fikk en spesielt kvalitetsopptatt gruppe i sekretariatet. I rapporten pekes det også på (kap. 11) hvordan utdannelsen gradvis trekkes inn i den sentraliserte kvalitetsstyringen: Sosialdepartementet styrer eller forhandler med Kirke- og undervisningsdepartementet om kvalitetspolitikken overfor utdannelseinstitusjonene.

I kapittel 10 kommer det andre styringsperspektivet inn, nedenfraperspektivet. Gruppen skriver at medisinen tradisjonelt har tatt hele pasientansvaret, men at den praksisen nå utfordres: «Pasienten bør og kan være med å definere, bestemme og bedømme kvaliteten av tjenesten» (s. 69). Men det er gjennom styring (lovgivning), altså statlig paternalisme, pasienten skal få denne medvirkningsrollen. Gruppen er nok usikker på om mange pasienter i særlig grad selv vil ta initiativet, forbrukerrevolusjonen til tross. Men ved at behandleren blir

¹²⁷³ *Handlingsprogram for Den norske lægeforening, og Kvalitetshåndbok for medisinsk virksomhet* (DNLF, 1992); *Kvalitetssikring i sykepleietjenesten* (NSF, 1992).

en «rådgiver [mer] enn en allviter» (s. 70) må pasientene selv ta større ansvar. «I enkelte sammenhenger kan det være aktuelt å inngå en eller annen form for «kontrakt»». Men gruppen foreslår også at pasienter kan influere gjennom organisasjoner og plasser i styrende organer, men peker på at det kan føre til at det er «de sterkeste brukergruppene som kommer til orde» (s. 72). Som vi har sett, kom der bestemmelser i for eksempel legeloven om pasientmedvirkning, men mer utførlige bestemmelser om pasientmedvirkning kom først i pasientrettighetsloven av 1999. Disse bestemmelser er imidlertid mer (adgangs)rettighets- enn egentlig (utfalls)kvalitetsmotiverte. Man kan imidlertid si, som vi har vært inne på tidligere, at det gruppen foreslår, er i tråd med den nye målstyringen (NPM), for så vidt som denne kombinerer ovenfrastyring og nedenfrastyring, men der den første dominerer. Vi har også omtalt styringen som knipetangsmanøverpreget overfor de gamle «makthavere», legene. Vi skal legge til at mens den nytteorienterte målstyringen i prinsippet er utviklingsorientert, er den kvalitetspolitikk gruppen foreslår primært sikrings- og dermed prosessorientert. Vi ser imidlertid i mange sammenhenger at den generelle målstyringen også ofte blir til prosesstyring; slik styring passer best i et hierarkibasert system.

Gruppens rapport ble, etter en remissrunde, fulgt opp med *Nasjonale strategier for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*.¹²⁷⁴ (Kfr. faksimilen av strateginotatets forside.) Strategirapporten kom i februar 1995 og skulle gjelde for fem år, altså til årtusenskiftet, men varte litt lenger. Den ble utgitt av Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn, med forord skrevet av helseminister Werner Christie. Den er på 14 luftige sider (pluss forord etc. og vedlegg). Den har elementer som er konkrete og prosaiske, men også elementer som er appellerende og nesten «evangeliserende». Elementene inngår ikke i et stringent og godt oppbygget resonnement. Den gir derfor, som offentlig dokument, et litt uvanlig inntrykk. Men den reflekterer også kvalitetsforetagendets dobbelthet: De konkrete elementer i rapporten reflekterer kvalitetssikringsdelen, de luftigere elementer kvalitetsutviklingsdelen. Men mens den siste delen spilte en nokså underordnet rolle i Melsom-gruppens utredning, spiller den en viss rolle i den nasjonale strategien. Dette kommer til uttrykk allerede på strategirapportens første side. Her heter det (s. 4):

¹²⁷⁴ Strateginotatet har dokumentreferansen IK-2482.

*Hensikten med denne nasjonale strategien er å beskrive **overordnede mål, verdier, ansvar og oppgaver**. Strategien er ikke en oppskrift i arbeidet med kvalitetsutvikling. Målet er at den skal klargjøre oppgavene og motivere alle aktørene til å delta etter en samlet plan.*

«Alle ansatte må bli delaktige i satsingen på kvalitet», heter det videre. Det legges pådyttende til: «Lederne må også oppmuntre og legge til rette for egenutvikling og personlig kvalitet» (s. 5). Strategien har dog ikke noe av det engasjerende «trykk» som Deming og Jurans filosofi har. Men strategien har altså også elementer av kvalitetssikring, ja, av planen, over seg. Det er i praksis også disse elementene som dominerer. Strateginotatet inneholder således en rekke tidfestede prosessmål, eller prosessmilepæler, noen av dem nokså konkrete, andre mer åpne. Det heter således at (det overordnede) «Målet er at alle virksomheter innen norsk helsetjeneste skal ha etablert effektive og helhetlige kvalitetssystemer for sin virksomhet innen år 2000» (s. 10). For å nå dette målet, heter det videre, «er følgende plan formulert»:



- *I løpet av 1995 skal de statlige helsemyndigheter gjennom informasjonsvirksomhet overfor de utøvende helsetjenester gjøre kjent plikten til internkontroll i helsetjenesten og Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling.*
- *Innen utgangen av 1996 skal alle virksomheter innen helsetjenesten ha ferdig planer for etablering av kvalitetssystemer (internkontrollsystem).*
- *Innen år 2000 skal alle som yter helsetjenester ha etablert internkontrollsystem/kvalitetssystem for hele virksomheten.*

Planen er så konkretisert for de ulike styringsnivåer og tjenesteytende nivåer. Men vi merker oss at «planen» i stor grad er knyttet til det tilsyns- og terskelstyringsbaserte virkemidlet internkontroll. Planen fremstår slik i praksis mer som kvalitetssikrings- enn kvalitetsutviklingsorientert. Det er interessant å se at også «den enkelte medarbeider» trekkes med i dette hierarkiske (kvalitets)styringsregime. Det heter således som første «pliktpunkt» at det er den enkeltes ansvar å «sørge for kunnskap om hvilke krav som stilles til de tjenester den enkelte er involvert i». Kravene det henvises til kommer særlig ovenfra, i noen grad nedenfra, men også fra profesjonen medarbeideren tilhører. I det neste punkt forpliktet medarbeideren til å holde seg oppdatert hva gjelder «kunnskaper og ferdigheter». I punkt tre pålegges medarbeideren å sørge for 360 graders «tilbakemelding på egen virksomhet» og å «endre praksis på bakgrunn av slike tilbakemeldinger». I de to siste punktene gies medarbeideren ansvar for å «dokumentere kvalitetsnivå og avvikshendelser» – altså gjøre seg selv kontrollerbar, og å «delta i kvalitetsutviklingsprosessen og følge de systemer som etableres». Ansvarspåleggene gjør at styringen utenfra virkelig får et «totalt» preg, men et preg som er kontrolltotalt. Utviklingsdelen, som forutsetter at medarbeideren ikke bare styres, men mobiliseres til å styre, lede og utvikle seg selv og bidra til at det miljø hun eller han er en del av også mobiliseres til å fungere som subjekt, mangler i stor grad.

Kvalitetsutvalg

Siden internkontroll var en del av kvalitetsstrategien, kan man si planen i et viktig henseende fikk påleggspreget. Pålegget om internkontroll kom jo i 1984. Men som vi har sett var ikke pålegget tydelig. Det manglet konkretiserende forskrifter; ja, direktoratets forsøk på å utforme slike i 1990–91 ble stanset av departementet. KADs forskrift om internkontroll kom i 1991, men den var myntet på helse- miljø- og sikkerhetsarbeidet (særlig for medarbeidere), ikke organisasjoners utadrettede tjenesteytelse. Denne forskriften ble, som nevnt, revidert i 1997, og i noen grad tilpasset tjenesteytelse, men en reell helsetjenesteorientert forskrift kom altså først i 2003, *etter* at kvalitetsstrategiens virketid var ute. Slik sett kan man si at kvalitetsstrategien mer fikk et pedagogisk og mykt enn et rettslig og hardt preg. Det bidro jo også til det myke preget at de normer som skulle gjelde for tjenesteytelsen også skulle reflektere profesjonenes egne, ofte mer kvalitativt pregede, normer. Men kvalitetspolitikk hadde også et annet innslag, som for så vidt fra 1994 ble formelt pålagt, nemlig opprettelse av kvalitetsutvalg i sykehus.¹²⁷⁵

Slike utvalg var, som skadeutvalg, allerede kommet tidligere ved mange sykehus, særlig de store. Klagene, som nå kom i økende grad, hadde begynt å gi virkning. Sykehusene måtte forebygge bedre. Påbudet om opprettelse av kvalitetsutvalg ble ikke fulgt opp med forskrift, men med retningslinjer, altså en mykere styringsform. Av de sistnevnte fremgikk det at de nye utvalgene, som de gamle, primært skulle fungere som kvalitetssikringsorganer. De skulle særlig drive med internkontroll, risikoanalyser og avviksrapportering – med oppfølging, men de skulle gjøre det mer systematisk og offensivt enn de gamle utvalg. De skulle ha en aktiv forebyggende profil og ellers være med på å skape en kvalitetskultur i sykehusene. De skulle således fungere rådgivende overfor de kliniske avdelinger. Som en veiledende anbefaling, foreslo Helsetilsynet at kvalitetsutvalget fikk følgende faste medlemmer: én representant fra ledelsen, én representant fra de medisinsk-tekniske tjenester, verneombudet og en brukerrepresentant. Det het også i veiledningen at sykehus, hvis de hadde en kvalitetsrådgiver, burde vurdere å la vedkommende få sete i kvalitetsutvalget. De sykehus som hadde en hygienekomité burde vurdere om en representant fra den burde få sete i kvalitetsutvalget.¹²⁷⁶

Ved de største sykehus kom det gjerne en egen kvalitetsleder, plassert i stabsforhold til direktøren. Avdelinger og og poster fikk ofte en kvalitetsansvarlig. Ved en del sykehus ble det etablert prosjektgrupper knyttet til utviklingsprosjekter av ulike slag.

Da forslaget kom opp i 1992 om å etablere kvalitetsutvalg var det meningen at også kommunehelsevesenet skulle få slike.¹²⁷⁷ Det fikk de ikke med én gang, enda slike også ble

¹²⁷⁵ I den nye § 18b i Sykehusloven kom det til å hete: "Helseinstitusjon som omfattes av denne lov skal opprette kvalitetsutvalg som ledd i den internkontroll institusjonene er pliktige til å føre i henhold til § 3 i lov av 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helsetjenesten. Utvalget kan uten hinder av lovbestemt taushetsplikt kreve enhver opplysning som er nødvendig for utførelsen av dets arbeid. Departementet kan gi forskrift om kvalitetsutvalgets arbeid, herunder informasjon til pasienter og habilitet for utvalgets medlemmer".

¹²⁷⁶ Kfr. Retningslinjer for kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning. Vedlegg til statens helsetilsyns rundskriv av 4. februar 1994 (IK-7/94), s. 9-10.

¹²⁷⁷ Kfr. *Kvalitetssikring basert på meldinger om skader, uhell og klager i helsetjenesten. En utredning med forslag til oppfølging ved kvalitetsutvalg i institusjoner og kommuner*, Helsedirektoratets utredningsserie 4-92 (IK-2377).

varslet i Christies helsemelding. Det var mer komplisert å få etablert slike i kommunene, små som de fleste var. Det viste seg imidlertid vanskelig å få utvalgene godt i gang også i sykehusene, særlig de små, og det gjorde at de nasjonale helsemyndigheter ventet litt før de krevde slike innført også i kommunene. Først fra 1998 skjedde det noe lokalt, men på en halvt sentralisert måte. Der kom kvalitetsrådgivere, plassert hos fylkeslegene, som skulle arbeide overfor kommunene. Disse, plassert som de ble i et miljø som nå var blitt nokså tilsynsorientert, ble imidlertid enda mer kvalitetssikrings- og tilsynsorientert enn sykehusenes rådgivere. Noen kommuner tok imidlertid på egen hånd opp kvalitetsarbeidet, til dels gjennom innføring av en eller annen variant av «total kvalitetsledelse».¹²⁷⁸ Under den nasjonale strategi ble det ellers satt i gang flere kvalitetsprosjekter i kommunene.

Helsetilsynet understreket i sine retningslinjer for kvalitetsutvalgene at de burde ha en «tverrfaglig sammensetning der bl.a. både de medisinske og sykepleiefaglige tjenester er representert» (s. 9). Det «kvalitetsbyråkratiet» som nå kom, kom imidlertid særlig til å bestå av sykepleiere. Sykepleierne så på kvalitetspolitikken, som de så på annen ny ledelsespolitikk, nemlig som en anledning til å markere seg i styringen av sykehus. Men dette forhold, og det at kvalitetsbyråkratiet særlig ble bygget opp sentralt, gjorde at det ofte fikk en litt abstrakt rolle. Mange leger ønsket ikke å bli kvalitetskontrollert av sykepleiere og kvalitetsrådgiverne og bidro slik til at kvalitetspolitikken ved mange sykehus fikk nokså begrenset betydning. Men enkelte steder ble kvalitetsbyråkratiet på sykehusene så aktivt at det kunne oppstå spenninger mellom det og linjeledelsen.

Kvalitetsutvalgene var ett uttrykk for den nye kvalitetspolitikken ute i klinikkene. Det hadde forvaltningen og spesielt Helsedirektoratet som utgangspunkt. Det var nokså tydelig kvalitetssikringsorientert, særlig i første fase. Men den nye politikken ble også ført frem gjennom en annen linje. Den sprang ut av det opplæringsarbeid Det Norske Veritas hadde ledet i helseregion IV (Midt-Norge). Kvalitetsarbeidets innhold ble spredt i regionen med utgangspunkt i den kompetanse som, ved Veritas «fødselshjelp», ble bygget opp ved regionsykehuset. Dette arbeidet ble en mal for det arbeidet som i begynnelsen av 1990-årene ble gjort nasjonalt. Veritas foreslo at den opplæring av kvalitetsrådgivere selskapet hadde drevet i Midt-Norge skulle utvides til et nasjonalt program. Også det departementale Bjeldeutvalget (1991) gikk inn for det. Under Helsetilsynets ledelse gjennomførte så Veritas et kvalitetsrådgiverprogram i sykehus i tidsrommet 1994–1996. Dette programmet ble fra 1995 inkludert i Nasjonal strategi. Programmet hadde en styringsgruppe bestående av direktørene ved regionsykehusene, enkelte kvalitetssjefer ved regionsykehusene, direktøren ved Vest-Agder sentralsykehus (VAS) og Helsetilsynet. Første ledd i programmet var å utdanne ressurspersoner i sykehussektoren til kvalitetsrådgivere. Tanken var så at disse skulle veilede dem som ønsket det i å drive kvalitetsarbeid nedover i sykehus og deres avdelinger. Slik skulle et kvalitetsnettverk gradvis oppstå og på lengre sikt skulle sykehusenes kultur bli preget av kvalitetstenkningen. Den første opplæringsdelen av programmet ble gjennomført i 1994, med til sammen 28 personer. Helsetilsynet fulgte siden opp dette arbeidet med årlige nettverkssamlinger, men mye av oppfølgingen skjedde også gjennom ulike regionale og lokale nettverk. I noen grad kom også kommuner med i disse nettverkene, eller laget selv slike nettverk.¹²⁷⁹

¹²⁷⁸ Kfr. *Hallandvik op.cit.*, kap. 7.

¹²⁷⁹ Utviklingen er nærmere omtalt i *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*, Rapport fra Helsetilsynet 5/2002, s. 13-14.

Direktørene ved regionsykehusene og VAS fortsatte, sammen med sine kvalitetssjefer eller kvalitetsrådgivere, sitt samarbeid om kvalitet. De gjorde det under merkelappen «Kvalitetsutvikling i helseregionene». Dette arbeidet, som nettverksarbeidet generelt, fikk en betydelig plass, og førte blant annet til utarbeidelsen av flere viktige veiledere, som en om utvikling av kvalitetsindikatorer i sykehus, og to andre kalt *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som leder* og *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som medarbeider*.¹²⁸⁰

Helsetilsynet, regionsykehusene og nettverkene (deres), arbeidet under den samme merkelapp, den nasjonale strategien, men samvirket var ofte litt løst. Til dels trakk aktørene i litt ulike retninger. I nettverkene, som i yrkesforeningene (særlig Lægeforeningen) spilte kvalitetsutvikling en større rolle enn i Helsetilsynet, hvor kontrollhensynene (internkontroll) ble mere betonet. En viss sjalusi overfor nettverksfolkene kunne undertiden skimtes i Helsetilsynet, men det siste gav jo også ut veilederne, utarbeidet av de første.¹²⁸¹

Helsedirektoratet, Helsetilsynet og kvalitetsbølgen: en oppsummering

Hvis vi går tilbake, ser vi at Helsedirektoratet ikke virkelig tok kvalitetsbølgen innover seg. Direktoratet ble dyttet i en mer aktiv retning etter hvert, men for alvor først etter 1992; det vil si, etter at Norbom-dramatikken var over. Men det er delvis også tilfellet med tilsynet. Direktoratets ledelse var så opptatt av dragkampen med departementet at endog tilsynet kom litt i bakgrunnen, annet enn som middel i kampen. Men etter den dramatiske juninatten i '92 hadde tilsynsoppgavet virkelig nådd «hjem». Det hadde nådd hjem i den grad at andre oppgaver kom i bakgrunnen. Slik fortsatte det å være gjennom resten av tiåret og vel så det, altså i resten av det nye Helsetilsynets «hybridtilværelse» – som både direktorat og tilsyn. Først og fremst var det tilsyn generelt – med tilsynsprosjektet og reetableringen av forholdet til fylkeslegene – som stod i sentrum for ledelsens oppmerksomhet. Et par kinkige kasuistiske tilsynssaker – Diprivan-saken i begynnelsen, men egentlig mye, av perioden og Bærums-saken i slutten av perioden – kom dog til å distrahere ledelsen; ja, den siste førte endog til den første helsetilsynsdirektørens avgang (i 2000).

Kvalitetsbølgen, om den enn hadde meget til felles med tilsynsbølgen, kom aldri til å fange Helsetilsynets interesse på samme måte som tilsynet. Ingen i ledelsen ble egentlig grepet av den. Ei heller fant den noen hengiven forkjemper innad i direktoratet og siden Helsetilsynet. Hroar Piene kunne kanskje blitt en slik, men han gikk «trett»; der var for liten grobunn for de interesser han representerte. Helsetilsynet gjorde allikevel en hel del frem til 1998–99, om det enn skjedde litt som et eget prosjekt. Helsetilsynet fikk også en del penger til kvalitetssatsingen, til sammen 72 millioner kroner, men det var ikke nok til at satsingen ble en stor sak for Helsetilsynet. Det er typisk, som vi har påpekt, at Helsetilsynet i hovedsak kom til å behandle kvalitetspolitikken som kvalitetssikringspolitikk. Internkontrollen ble det viktigste virkemiddel. Det var utenfor, i kvalitetsmiljøene, særlig ved sykehusene og i noen grad i lægeforening og sykepleierforbund at den mer ildsjelsbaserte kvalitetsutviklingen fikk fotfeste. Da den nasjonale strategiens tid var omme, rundt årtusenskiftet og til dels litt etter

¹²⁸⁰ De to siste inngår i Statens helsetilsyn, utredningsserie, 2-98, og 3-98.

¹²⁸¹ Kfr. Hallandvik, *op.cit.*, s. 91.

det, hadde det som var av entusiasme rundt kvalitetsbølgen fortatt seg, spesielt i departementet, men delvis også i Helsetilsynet. Helsetilsynet skrev i sin egenvurdering av strategien i 2002: «Vi har ... ikke lyktes i å gjøre Nasjonal strategi tilstrekkelig kjent i Sosial- og helsedepartementet» (s. 13). Dette forhold gjør det interessant at departementets, og daværende prosjektdirektør i NAVO, Vidar Steines, «Pasienten først!»-utvalg om ledelse i sykehus ikke nevner kvalitetsledelsestenkningen og den nasjonale strategien. Utvalget omtaler bare kvalitet, snevert forstått, som en av de viktige egenskapene ved helsetjenester. Ellers omtaler og støtter det kort det syn at klinisk volum og kvalitet, medisinsk forstått, henger sammen. Det vakte oppmerksomhet i kvalitetsnettverkene at utvalget ikke omtalte kvalitetsledelsessatsningen.¹²⁸²

Men heller ikke innad i Helsetilsynet og i fylkeslegeetaten nådde kvalitetspolitikken ansvarlige helt frem. Helsetilsynet bemerket selvkritisk i 2002: «Det har vært en betydelig, og ikke helt vellykket, utfordring å hindre at Nasjonal strategi skulle fremstå som et prosjekt uten integrert forankring i etatens øvrige arbeidsoppgaver» (s. 13). Helsetilsynet konstaterer også at kvalitetsforetagendet heller ikke ble varmt omfavnet ute i klinikken: «Det har tidvis vært vanskelig å “selge” et budskap som innebærer at ansatte og ledere med stor arbeidsbelastning skal påta seg nye krevende oppgaver for å etablere kvalitetssystemer og forbedringsprosjekter» (s. 12).

Kvalitet, et vanskelig begrep

Vi har så langt ikke sagt noe eksplisitt om hvordan «kvalitet» forstås av kvalitetsbølgens viktigste skapere og bærere. Ordet kommer av latin, *qualis*, som betyr «hvordan [noe er] konstitutert eller sammensatt», «av hvilket slag, sort eller natur» [det er laget] og lignende.¹²⁸³ Når vi bruker ordet kvalitet kan vi da si at det henviser til et produkts, en tjenestes eller et forholds karakteristika. Det er ikke langt derfra til å tale om produkters (både naturens og menneskelagede sådanne), tjenesters og forholds egenskaper, som «våre» kvalitetsfolk gjør. I Norsk Standard, NS-ISO 8402 (feb. 1989), heter det således (s. 2) at kvalitet er:

Helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dets [dens] evne til å tilfredsstille krav eller behov som er antydnet.

Men her gjøres altså ordet normativt. ISO-folkene trekker frem de egenskaper «noen», spesielt kunder eller brukere, men også fagfolk og myndigheter, ser på som viktige for dem. Det som er viktig for dem, følger av behov, og konkretiseres som krav (forventninger). I definisjonen er brukt det vagere ordet «antydnet», men i anmerkningene til definisjonen heter det at i kontraktssammenheng blir behovene spesifisert og at behov som bare er antydnet bør «identifiseres og fastsettes». I praksis brukes imidlertid, også av mange kvalitetsfolk, ordet kvalitet dobbelt normativt: Man kan si at et produkt eller en tjeneste hva gjelder én egenskap har en høy score, men sier da gjerne høy kvalitet (høy score på en egenskap/kvalitet). Men denne dobbelte normativitet blir i vanlig tale ofte løsrevet fra sin opprinnelse og forstått som høy score på én eller noen få, nøye forbundne, egenskaper. Ofte heter det derfor at en kirurgisk tjeneste holdt høy kvalitet fordi den gjorde pasienten helt frisk. Vår referanse til

¹²⁸² Kfr. Hallandvik, *op.cit.*, s. 127.

¹²⁸³ Kfr. Charlton T. Lewis og Charles Short, *A Latin Dictionary*, Oxford: Clarendon Press, 1879; også: <http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus:text:1999.04.0059:entry=qualis>.

Steine-utvalgets diskusjon av forholdet volum/kvalitet viser at utvalget forstod kvalitet slik, altså nokså teknisk og snevert. Men kvalitetsfolkene forstod og forstår kvalitet som en samlebetegnelse på alle behovsrelevante egenskaper (kvaliteter), og, i forlengelsen av det, på scorer på disse egenskapene. I anmerkningene (nr. 3) til sin kvalitetsdefinisjon skriver således ISO at «Behov kan omfatte forhold [egenskaper] som anvendelighet, sikkerhet, tilgjengelighet, pålitelighet, vedlikeholdsvennlighet, økonomi og miljø». Slik var det også vanlig for kvalitetsfolkene å forstå kvalitet. Den medisinsk orienterte Avedis Donabedian talte om «Efficacy, Effectiveness, Efficiency, Optimality, Acceptability, Legitimacy, Equity» som “the components of quality in health care”.¹²⁸⁴ Det norsk-ættede briten, John Øvretveit (f. 1954), som ble en ivrig talsmann for kvalitetsledelse i 1990-årene, og som også var med på å «selge» kvalitetsbudskapet til norske sykehus, definerte kvalitet som

*Fully meeting the needs of those who need the service most, at the lowest cost to the organization, within limits and directives set by higher authorities and purchasers.*¹²⁸⁵

Øvretveit gjør sin definisjon ekstra normativ, man kan nesten si personlig normativ, men her er poenget at også han, som kvalitetsfolk flest på denne tiden, lar kvalitetsbegrepet omfatte “alt”. Det blir slik et annet ord for det Harvard-professor Michael Porter i dag taler om som *verdier*; kfr. hans begrep om «value-based health care»,¹²⁸⁶ skjønt Porter, som konkurranseorientert amerikaner, ikke tydelig tar med fordelingsdimensjonene. Man kan nok si at kvalitetsfolkene med sin betoning av kvalitet var med på å gi kvalitet i mer avgrenset forstand større oppmerksomhet enn den hadde hatt før, altså under det litt kvalitetsnaive medikratiet. Men strengt tatt ble kvalitetsbølgen i helsevesenet egentlig mer en generell ledelsesbølge, altså en del av helsevesenets styrings- og ledelsesrevolusjon, enn den ble en kvalitetsbølge. Den gav ekstra trykk til styrings- og ledelsesrevolusjonen. Men det trykket som kom fra de humanistiske innslagene ble svekket ved overgangen til det nye årtuseten. Igjen ble slik værende den mer tekniske siden av bølgen. Kvalitet ble altså etter hvert forstått mer snevert og bølgen ble etter hvert en del av den mer generelle, nytteorienterte mål- og resultatstyringen. Litt tid tar det dog. I kvalitetsveilederen fra det nye Sosial- og helsedirektoratet i 2003, ...og *bedre skal det bli!* er fortsatt tilgjengelighets- og effektivitetsmålene med, men de praktiske anbefalingene er nå oftere preget av at kvalitet forstås på en mer avgrenset måte.¹²⁸⁷

Kvalitet, departementet og Helsetilsynet: noen avsluttende betraktninger

Helsedirektoratet ble altså, etter dragkampen med departementet, til helsetilsyn. Som sådant fortsatte det å være også et tradisjonelt forvaltningsorgan, med utredningsoppgaver på oppstrømssiden og regelanvendelsesoppgaver på nedstrømssiden. Den nasjonale kvalitetetsstrategien er et uttrykk for dette. Men oppgavene som gikk utover det tilsynsmessige kunne jo lett gjøre at Helsetilsynet og fylkeslegene fikk habilitetsproblemer. Ja, i den grad tilsynet ble gjort innholdsmessig (helsefaglig) veiledende, kunne også

¹²⁸⁴ Donabedian, 2003, *op.cit.*, s. 5.

¹²⁸⁵ John Øvretveit, *Health Service Quality*, Oxford: Blackwell Special Projects, 1992, s. 2.

¹²⁸⁶ Kfr. Porter og Teisberg, 2006, *op.cit.* Kfr. uttrykket “Value-Based”.

¹²⁸⁷ Den oppfordrende veilederen har undertittelen *Nasjonale strategier for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsesektoren Til deg som leder og utøver*, IS-1162. Veilederen bygger, som det heter, både på den nasjonale helsestrategien og på sosialsektorens *Kunnskap og brubygging 1997-2001*.

habilitetsproblemer oppstå. Ettersom Helsetilsynet gikk tyngre inn i tilsynsvirksomhetens nye, stadig mer jusbaserte, logikk, ble dette tydeligere for Helsetilsynet, men også for departementet.

Helsetilsynet gikk, som vi har sett, offensivt inn i kvalitetsarbeidet, men arbeidet med å finne ut hva tilsynet innebar, og med å få kontroll over veksten i antallet klagesaker, gjorde at kvalitetsarbeidet ikke fikk den eksistensielle betydning for Helsetilsynet som det kunne ha fått, hvis det hadde hatt ambisjoner om også å fortsette som direktorat. Det hjalp ikke Helsetilsynet at det lot seg «friste» til å definere kvalitet så vidt, om enn ofte mer i teorien enn i praksis. Departementet så også at en vid definisjon av kvalitet kunne bidra til å «repolitiser» Helsetilsynet. Det «advarte» derfor Helsetilsynet mot å gå for langt. I et brev av 24. mai 1995, undertegnet av den, nye, dynamiske ekspedisjonssjefen i administrasjonsavdelingen, Steinar Stokke, og avdelingsdirektør Thomas Mauritzen, altså to av Norboms viktigste «allierte» i den siste Norbom-prosessen, heter det således at «Faglige normer og kvalitetskrav, dvs. slike som er sterkt knyttet til medisinske prosedyrer, og som ikke har større økonomiske eller administrative konsekvenser, antas som hovedregel å burde fastsettes av Helsetilsynet og innarbeides i faglige veiledere». Hvis normene kunne antas å ha videre implikasjoner, skulle de godkjennes av departementet før fastsettelse. Departementet skriver også at hvis det er tvil om de økonomiske konsekvenser skal departementet konsulteres. Brevskriverne skjerper departementets kontroll ytterligere ved å føye til at «dersom det er spørsmål om krav som kan ha betydelige konsekvenser for tjenestens innhold, bør det .. tas opp til avklaring med departementet».¹²⁸⁸ Som vi har sett ble kvalitetsstrategien i prinsippet utformet i fellesskap av departement og direktorat, men departementets labre interesse, men også mistenksomhet, og Helsetilsynets tilsynsopptatthet, gjorde at strategien ingen stor plass fikk.

Reformene etter 1992 innebar at departementet ble bygget opp; det tok over stadig mer av det gamle direktoratets oppgaver. Det, og det forhold at Helsetilsynet ble mer tilsynsopptatt, gjorde at spørsmålet etter hvert meldte seg om å lage et nytt helsedirektorat (eller helse- og sosialdirektorat). Det skulle altså skje, fra 2002. Som vi har nevnt, ble da også kvalitetsarbeidet lagt til dette direktoratet. Slik ble det gamle helsedirektorat, altså Helsetilsynet, ytterligere spesialisert. Det som skjedde i 1992 var tilsynelatende et nederlag for departementet og dets byråkrati. Departementet tok imidlertid et godt grep om omorganiseringene etter 1992. Det skulle oppdage at tilsynsspesialiseringen, med iver drevet av Helsetilsynet selv, gav grunnlag for å begrense det gamle direktorats rolle ytterligere. Departementet kunne altså fortsette å ta igjen for ydmykelsen i 1992, med Helsetilsynets egen bistand. Torbjørn Morks «seier» i juni 1992 ble slik virkelig en Pyrrhos-seier. De valg han tok i 1983 ble skjebnesvangre for hans direktorat. De fikk til sist også konsekvenser for hans nærmeste medarbeider fra 1985, og siden etterfølger, Anne Alvik.



¹²⁸⁸ Brevet har overskriften «Fastsetting av kvalitetskrav og faglige normer m.v. – kommunikasjon og arbeidsdeling mellom Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn», og departementsreferansen 94/0993. Det er datert 24.5. 1995. Helsetilsynets arkivreferanse er 94/01995-013.