Deloitte.

Rapport
Ekstern revisjon av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH)

23. november 2010

Innhold

0 Sammendrag 6
1 Innledning 7
1.1 Bakgrunn 7
1.2 SAFHs arbeidsoppgaver 7
2 Formål og problemstillinger 8
2.1 Formål 8
2.2 Problemstillinger 8
3 Metode 9
3.1 Dokumentanalyse 9
3.2 Intervju – verifisering 9
3.3 Kontradiksjon 9
3.4 Kildekritikk 9
3.5 Stikkprøver 9
4 Etatsstyring - styringsdialog 10
4.1 Revisjonskriterier 10
4.1.1 Økonomiregelverkets krav til etatsstyring 10
4.1.2 Tildelingsbrevet 10
4.1.3 Rapportering 11
4.1.4 Evalueringer 11
4.2 Ansvar og myndighet for styring av SAFH i direktoratet 11
4.2.1 Fokus på etatsstyring i direktoratet 13
4.2.2 Organisering 13
4.3 Tildelingsbrevet fra direktoratet til SAFH 14
4.4 Styringsdialog mellom direktoratet og SAFH 15
4.4.1 Utøvelse av etatsstyringen 15
4.4.2 Forholdet mellom SAFH og direktoratet 19
4.4.3 Ivaretakelse av SAFHs oppgaver i styringsdialogen 19
4.4.4 Helsedirektoratets tilsyn av internkontroll i SAFH 20
4.4.5 Saksbehandling og restanser 20
4.4.6 Balanse mellom mål, virkemidler og ressurser 20
4.5 Rapportering 22
4.6 Evaluering 22

4.7 Vurderinger – etatsstyring 22
4.7.1 Styringsdialog og etatsstyringsmøter 22
4.7.2 Tildelingsbrev 23
4.7.3 Rapportering 23
4.7.4 Evaluering 24
4.7.5 Oppsummering - etterlevelse av økonomiregelverket 24
5 Virksomhetsstyring 26
5.1 Revisjonskriterier 26
5.1.1 Myndighet og ansvar 26
5.1.2 Planlegging 26
5.2 Strategi og mål 27
5.3 Virksomhetsplan 28
5.4 Ledermøter med referater 29
5.5 Interne møter 30
5.6 Vurderinger - virksomhetsstyring 31
5.6.1 Mål og styringsparametre 31
5.6.2 Virksomhetsplan 31
6 Internkontroll og risikostyring 32
6.1 Revisjonskriterier - internkontroll og risikostyring 32
6.2 Kontrollmiljø 33
6.2.1 Organisatorisk kontrollmiljø 33
6.2.2 Helse, miljø og sikkerhet 33
6.2.3 Etikk 35
6.2.4 Ledelse 35
6.2.5 Delegasjon, ansvar og myndighet 36
6.2.6 Organisering 38
6.2.7 Kompetanse 41
6.3 SAFHs mål 43
6.4 Risikokartlegging, vurdering og respons 43
6.5 Behandling av søknader om autorisasjon eller lisens 45
6.5.1 Beskrivelse av saksbehandlingsprosessen 45
6.5.2 Saksbehandlingssystem 46
6.5.3 Rutiner og prosedyrer - behandling av søknader om autorisasjon og lisens 46
6.5.4 Kvalitetssikring i saksbehandling og registreringer 48
6.5.5 Etterlevelse av forvaltningsloven 49
6.5.6 Bruk av skjønn 50

6.5.7 Avvikshåndtering i forbindelse med saksbehandlingsprosessen 51
6.5.8 Verifisering av dokumenter 51
6.6 Klagebehandling og forholdet til klageorganet 54
6.7 Oppfølging og monitorering 61
6.7.1 Produksjonsstatistikk 61
6.7.2 Saksbehandlingstid 62
6.7.3 Restanser 64
6.7.4 Arbeidsbelastning og fordeling av saker til saksbehandler 65
6.7.5 Arkiv 66
6.8 Rutiner ansettelser 68
6.9 Vurderinger – internkontroll og risikostyring 68
6.9.1 Mål 68
6.9.2 Kontrollmiljø 69
6.9.3 HMS 69
6.9.4 Etikk 69
6.9.5 Ledelse 69
6.9.6 Delegasjon, ansvar og myndighet 69
6.9.7 Organisering 69
6.9.8 Kompetanse 69
6.9.9 Risikokartlegging, vurderinger og respons 69
6.9.10 Avvikssystem 70
6.9.11 Etterlevelse av forvaltningsloven 70
6.9.12 Organisering av saksbehandlingen 71
6.9.13 Kvalitetssikring av vedtak 71
6.9.14 Oppsummering - Autorisasjonsprosessen 72
6.9.15 Oppfølging av vedtak i nemnda 72
6.9.16 Oppfølging og monitorering 72
6.9.17 Arkiv 73
7 Økonomistyring 74
7.1 Revisjonskriterier – økonomistyring 74
7.2 Beskrivelse av rammeverket for økonomistyringen 74
7.2.1 Overordnet rammeverk 74
7.2.2 Systemer 75
7.2.3 Personell 75
7.3 Økonomiprosesser 76
7.3.1 Utgifter 76
7.3.2 Lønn 77

7.3.3 Innbetalinger - gebyrer 77
7.3.4 Rutiner og retningslinjer 78
7.4 Budsjettering, rapportering og oppfølging 78
7.5 Vurderinger knyttet til økonomiområdet 79
7.5.1 Mål 79
7.5.2 Regelverket for økonomistyring i staten 79
7.5.3 Økonomistyring 80
7.5.4 Gebyrer 80
8 Tilskuddsforvaltning 81
8.1 Revisjonskriterier - tilskuddsforvaltning 81
8.2 Utbetalinger knyttet til tilskudd 82
8.2.1 Om tilskuddsordningene 82
8.2.2 Kommunehelsetjenesten 82
8.2.3 Reise- og flyttetilskudd 83
8.2.4 Allmennlegeordningen 83
8.2.5 Kiropraktortilskudd 84
8.3 Oppfølging av tilskudd 84
8.4 Vurderinger knyttet til tilskuddsforvaltningen 86
8.4.1 Ekstern informasjon 86
8.4.2 Rundskriv og retningslinjer for tilskuddsforvaltningen 86
8.4.3 Evalueringer og kontroll med tilskuddsmottaker 86
9 Anskaffelser 87
9.1 Revisjonskriterier 87
9.1.1 Grunnprinsipper i lov om offentlige anskaffelser 87
9.2 Rutiner og retningslinjer for anskaffelser 87
9.3 Vurderinger knyttet til anskaffelser 88
10 Vurdering av metodisk tilnærming – rapporten ”Verifikasjon av dokumenter og kvalitetskontroll” 89
11 Konklusjoner 91
12 Forslag til tiltak 92

Vedlegg 1 Referanser 94

0 Sammendrag

Helsedirektoratet startet 20. mai i år en gjennomgang av arbeidet i Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH). I forbindelse med gjennomgangen besluttet Helsedirektoratet også å gjennomføre en ekstern revisjon av SAFH for tidsrommet 2008 - 2010. Deloitte ble valgt til å gjennomføre den eksterne revisjonen.

Formålet med oppdraget var å gjennomføre en uavhengig og ekstern revisjon med fokus på forvaltning og finansielle forhold i SAFH. Dette innebærer en undersøkelse av om arbeidet med å autorisere og tildele lisenser til helsepersonell i Norge foregår på en betryggende måte, i samsvar med regelverk, sektorpolitiske forutsetninger og tildelingsbrev for virksomheten. Også kvaliteten på etatens internkontroll, herunder eventuelle svakheter og mangler skulle undersøkes. Videre innebar oppdraget en kontroll av tilskuddsforvaltningen og økonomområdet. Det er i hovedsak tre forvaltningsområder som har vært gjenstand for revisjon:

- Ressursinnsats, virkemidler og måloppnåelse (Mål- og resultatstyring)
- Rutiner og etterlevelse av regelverk (Intern kontroll)
- Samhandling mellom forvaltningsnivå (Etatsstyring)

Gjennomgangen har omfattet autorisasjonssystemet, økonomiske og administrative rutiner, samt Helsedirektoratets etatsstyring av SAFH.

Når det gjelder Helsedirektoratets etatsstyring, herunder form, innhold og prosess, er denne etter Deloittes mening ikke gjennomført i samsvar med gjeldende Reglement for økonomistyring i staten (Reglementet) og Bestemmelser om økonomistyring i staten (Bestemmelsene) i den tidsperiode som er undersøkt. Heller ikke SAFHs virksomhetsstyring blir etter Deloittes mening gjennomført i samsvar med intensjonen i økonomiregelverket i staten.

Etter Deloittes vurdering har ikke SAFH en tilfredsstillende internkontroll i saksbehandlingen og et overgripende system for internkontroll. SAFH har ikke et system som sikrer pålitelig, relevant og virksomhetskritisk informasjon jf for eksempel restanser og saksbehandlingstid.

Gjennomgangen gir ikke sikkerhet for at arbeidet med å autorisere og tildele linsens til helsepersonell i Norge foregår på en betryggende måte i samsvar med regelverk, sektorpolitiske forutsetninger og tildelingsbrev for virksomheten. Det er også usikkerhet knyttet til om SAFH har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å avdekke forsøk på forfalskning av dokumenter. Det er Deloittes vurdering at direktoratet som etatsstyrer ikke i tilstrekkelig grad har fulgt opp risikovurdering av forhold knyttet til konsekvenser av vedtak i Helsepersonellnemnda, beskrevet i brev og notat fra SAFH av 30. november 2009.

Undersøkelsen viser at det er mangler knyttet til økonomistyringen i SAFH i forhold til økonomiregelverket for staten. Videre viser undersøkelsen at SAFH har et forbedringspotensial når det gjelder forvaltningen av tilskuddsordninger, slik at den blir i samsvar med reglement og bestemmelser i økonomiregelverket for staten.

SAFH etterlever etter Deloittes vurdering ikke regelverket som regulerer offentlige anskaffelser, da det gjennom undersøkelsen er avdekket flere brudd på grunnprinsippene for anskaffelser i SAFH.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Helsedirektoratet startet 20. mai i år en gjennomgang av arbeidet i Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH). I denne gjennomgangen ble det avdekket mangler i administrative rutiner på en rekke felt, og det ble reist spørsmål ved om arbeidet med å autorisere og tildele linsens til helsepersonell i Norge foregår på en betryggende måte. Helsedirektoratet besluttet derfor å gjennomføre en ekstern revisjon av SAFH. Deloitte ble valgt til å gjennomføre den eksterne revisjonen.

1.2 SAFHs arbeidsoppgaver

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) hører inn under Helse- og omsorgsdepartementet og er underlagt Helsedirektoratet som nærmeste overordnede myndighet[1].

Kontorets oppgaver er tildeling av autorisasjon og lisens og administrering av turnustjeneste etter helsepersonelloven[2]. Saksbehandlingen i SAFH følger forvaltningsloven, offentlighetsloven, personopplysningsloven og arkivloven.

SAFH gir profesjonsgodkjenning til helsepersonell. Det er 29 yrkesgrupper i det norske helsevesenet som er lovregulert, jf. helsepersonellovens § 48 første ledd. For å kunne arbeide i et av disse yrkene må man ha en profesjonsgodkjenning (autorisasjon eller lisens). Profesjonsgodkjenning innebærer en forhåndskontroll av skikkethet, at man har nødvendige faglige kunnskaper og ferdigheter. Også egnethet, at man har de personlige egenskaper som kreves for å være helsepersonell, må være innfridd før det gis tillatelse til å arbeide i yrket.

Autorisasjon som helsepersonell gir rett til å benytte vedkommende yrkestittel. Hovedformålene med autorisasjonsordningen er å ivareta pasientenes sikkerhet og bidra til kvalitet i helsetjenesten på en slik måte at befolkningen har tillit til helsevesenet.

Med autorisasjon følger et selvstendig og personlig ansvar for å utføre arbeidsoppgavene på en faglig forsvarlig måte.

Søkere med statsborgerskap fra et EØS-land og utdanning fra et annet EØS-land enn Norge, omfattes av EØS-reglene om gjensidig anerkjennelse av utdanning og autorisasjon. Søkere med utdanning fra Sverige, Finland, Danmark eller Island innen de fleste yrkesgruppene omfattes av overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer (i tillegg til EØS-reglene).

Statens helsetilsyn kan tilbakekalle autorisasjonen når man finner at det foreligger grunner for tilbakekall.

---

[1] I brev fra Statens Helsetilsyn til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) datert 21. mars 2001 *tildelingsbrev,* går det fram at kontoret er etablert i samsvar med Stortingets beslutninger ifm. Behandlingen av innst. S.nr. 220 (1999-2000) og Budsjettinnstillinger nr. 11 (2000-2001).

[2] Den sentrale loven for Autorisasjonskontorets virksomhet er helsepersonelloven. I de andre helselovene finnes også bestemmelser som er relevante for autorisasjon, lisens, spesialisthelsetjeneste og turnustjeneste, og for helsepersonells yrkesutøvelse.

2 Formål og problemstillinger

2.1 Formål

Formålet med oppdraget er å gjennomføre en uavhengig og ekstern revisjon med fokus på forvaltning og finansielle forhold i SAFH. Dette innebærer en undersøkelse av om arbeidet med å autorisere og tildele lisenser til helsepersonell i Norge foregår på en betryggende måte, i samsvar med regelverk, sektorpolitiske forutsetninger og tildelingsbrev for virksomheten. Også kvaliteten på etatens internkontroll, herunder eventuelle svakheter og mangler skal undersøkes.

På bakgrunn av de forhold som eventuelt blir avdekket skal det utarbeides forslag til tiltak som skal danne grunnlag for læring og forbedring. Forbedringstiltakene skal bidra til å øke kvaliteten og bedre effektiviteten i prosesser og oppgaveløsning internt i SAFH.

Det er i hovedsak tre forvaltningsområder som er gjenstand for revisjon:

- Ressursinnsats, virkemidler og måloppnåelse (Mål- og resultatstyring)
- Rutiner og etterlevelse av regelverk (Intern kontroll)
- Samhandling mellom forvaltningsnivå (Etatsstyring)

Gjennomgangen skal omfatte:

- Autorisasjonssystemet
- Økonomiske og administrative rutiner
- Helsedirektoratets etatsstyring av SAFH

2.2 Problemstillinger

Følgende hovedproblemstillinger er undersøkt:

- I hvilken grad samsvarer direktoratets **etatsstyring** herunder form, innhold og prosess med gjeldende økonomiregelverk i staten (Reglementet og Bestemmelsene)?
- I hvilken grad samsvarer SAFHs **virksomhetsstyring** med gjeldende økonomiregelverk i staten?
- I hvilken grad samsvarer SAFHs **internkontroll og krav til styring av risiko** med gjeldende økonomiregelverk i staten?
- Gir saksbehandlingen i SAFH sikkerhet for at arbeidet med å **autorisere og tildele linsens** til helsepersonell i Norge foregår på en betryggende måte i samsvar med regelverk, sektorpolitiske forutsetninger og tildelingsbrev for virksomheten?
- Har SAFH et system som sikrer relevant og **virksomhetskritisk informasjon?**
- Er **økonomistyringen** i SAFH forsvarlig og i samsvar med reglement og bestemmelser i økonomiregelverket for staten?
- Er **tilskuddsforvaltningen** i SAFH forsvarlig og i samsvar med reglement og bestemmelser i økonomiregelverket for staten?
- Etterlever SAFH relevante rettsregler som regulerer **offentlige anskaffelser?**
- Etterlever SAFH sentrale rettsregler i **forvaltningsloven** som har relevans for SAFHs saksbehandling?

3 Metode

3.1 Dokumentanalyse

Det ble utarbeidet en ”request” liste som ble oversendt oppdragsgiver og SAFH for å sikre at dokumenter som skulle analyseres, raskt ble gjort tilgjengelig. Dokumentanalysen omfatter gjennomgang av dokumenter som beskriver rutiner, prosedyrer, generelle retningslinjer, planer, styrende dokumenter, rapportering av finansielle og ikke finansielle data, saksdokumenter og vedtak. Deloitte har også i og etter intervjuer innhentet og gjennomgått relevant dokumentasjon.

Dokumentasjonen er brukt som bakgrunnsinformasjon, revisjonskriterium og faktagrunnlag. Dokumentanalyse er nødvendig for å etablere autoritative og etterprøvbare kriterier for gjennomføring av revisjonen.

Oversikt over dokumenter som inngår i kartleggingen går frem av vedlegg 1.

3.2 Intervju – verifisering

Deloitte har gjennomført til sammen 21 intervju med utvalgte ledere og saksbehandlere i SAFH, samt personer i Helsedirektoratet som samhandler med SAFH. Det er benyttet semistrukturerte intervjuguider. Denne intervjuformen gir mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål i løpet av intervjuet, noe som sikrer gode observasjoner.

Intervjuobjektene har fått anledning til å verifisere intervjureferatene for å sikre at informasjonen som ble gitt under intervjuene er riktig fremstilt. Intervjuobjektene har i verifiseringsarbeidet fått anledning til å endre intervjureferatet slik at det samsvarer med deres subjektive mening og oppfattelse av de temaer som er berørt i de respektive intervju. Samtlige intervjuobjekter har verifisert intervjureferatene.

Intervjuobjektene har fått anledning til å ta med seg en rådgiver etter eget ønske i intervjuene.

3.3 Kontradiksjon

SAFH og Helsedirektoratet har fått relevante revisjonskriterier, data og vurderinger oversendt til samlet verifisering og kontradiksjon.

Deloitte har i gjennomgangen sikret etterlevelse av relevante rettsregler knyttet til personvernlovgivning, og ivaretatt de ansattes rettigheter.

3.4 Kildekritikk

Deloitte har lagt til grunn kildekritiske regler i revisjonen.

3.5 Stikkprøver

Det er gjennomført stikkprøver for å etterprøve om målsettinger, regelverk og interne system og rutiner blir etterlevd. Stikkprøvene har omfattet anskaffelser, regnskapsbilag, tilskudd og saksbehandling. Når det gjelder stikkprøver for anskaffelser gjennomført av SAFH, bygger dette på innhentet dokumentasjon fra direktoratet.

4 Etatsstyring - styringsdialog

4.1 Revisjonskriterier

4.1.1 Økonomiregelverkets krav til etatsstyring

Etatsstyring innebærer å sette mål, gi rammer, veilede og følge opp resultater i underliggende virksomheter, i samsvar med gjeldende lover og regler og politiske prioriteringer for å:

- Sikre at underliggende virksomheter bidrar til å oppnå fastsatte mål og resultatkrav.
- Sikre at tildelte ressurser utnyttes i henhold til fastsatte resultatkrav, herunder at det stilles krav til produktivitet og kvalitet.
- Sikre at underliggende virksomheter opererer innenfor de lover, regler og rammer som er satt for virksomheten.
- Bidra til at underliggende virksomheter utnytter og utvikler sitt potensial.

Kapittel 1 i Bestemmelser om økonomistyring i staten[3] omhandler styring av underliggende virksomheter. Styringsprosessen kan inndeles i klargjøring av myndighet og ansvar, styringsdialog, tildelingsbrev, oppfølging, overordnet kontroll og evalueringer. Hensikten med styringen er å sikre at mål og resultatkrav som blir fastsatt gjennom tildelingsbrev følges opp, og at direktoratet forsikrer seg om at underliggende virksomhet har god risikostyring og internkontroll.

I Bestemmelsene går det fram at etatsstyringen skal være innrettet slik at:

- Det foreligger instrukser som beskriver myndighet og ansvar.
- Direktoratet skal i samråd med virksomheten fastsette styringsdialogens form og innhold.
- Direktoratet skal følge opp Stortingets vedtak og forutsetninger i det årlige tildelingsbrevet til virksomheten.
- Omfanget av rapporteringen skal være i henhold til tildelingsbrevet og ha fokus på måloppnåelse og resultater.
- Direktoratet skal kunne sikre seg at alle virksomheter har tilfredsstillende risikostyring og internkontroll.
- Det skal gjennomføres evalueringer for å få informasjon om effektivitet, måloppnåelse og resultater innenfor direktoratets ansvarsområde og aktiviteter.

4.1.2 Tildelingsbrevet

I Bestemmelsene pkt. 1.4 går det frem at:

> ”Departementet skal følge opp Stortingets vedtak og forutsetninger i det årlige tildelingsbrevet til virksomheten. Tildelingsbrevet skal blant annet inneholde:
>
> a) overordnede mål med angivelse av strategiske utfordringer og satsingsområder

[3] Finansdepartementet: *Reglement for økonomistyring i staten. Bestemmelser om økonomistyring i staten*. Fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 8. juni 2010.

b) styringsparametere for å kunne vurdere måloppnåelse og resultater, som skal være mest mulig stabile over tid
c) tildelt beløp fordelt på kapitler og poster og beløp som forutsettes inntjent
d) administrative fullmakter og budsjettmessige fullmakter i henhold til Stortingets vedtak og forutsetninger
e) krav til rapportering
f) omtale av eventuelle evalueringer som skal igangsettes

(…) Departementet skal sende tildelingsbrev til underliggende virksomheter så snart Stortinget har fattet sitt bevilgningsvedtak.

Departementet skal i samråd med virksomheten vurdere behovet for et foreløpig Tildelingsbrev (…)."

4.1.3 Rapportering

I Bestemmelsene pkt. 1.5 går det fram at:

> "Departementet skal i samråd med virksomheten definere behov og avtale omfang og innhold i rapporteringen. Omfanget av rapporteringen skal være i henhold til tildelingsbrevet og ha fokus på måloppnåelse og resultater.
>
> Rapportering om resultater kan omfatte innsatsfaktorer, aktiviteter, produkter og tjenester samt effekter i forhold til brukere og samfunn, innenfor hele eller deler av virksomhetens ansvarsområde.
>
> Virksomheten skal informere departementet om vesentlige avvik i forhold til vedtatte planer eller tildelingsbrev straks virksomheten får kjennskap til slike avvik.
>
> Virksomheten skal videre fremme forslag om mulige korrigerende tiltak.
>
> Virksomheten skal utarbeide en særskilt årsrapport til departementet som skal være i henhold til krav i tildelingsbrevet og inneholde annen relevant informasjon av betydning for departementets styring".

4.1.4 Evalueringer

I Reglementet pkt. 1.5.3 går det frem at:

> "Departementet skal sørge for at det gjennomføres evalueringer for å få informasjon om effektivitet, måloppnåelse og resultater innenfor hele eller deler av departementets ansvarsområde og aktiviteter. Evalueringer kan ha fokus på innsatsfaktorer, aktiviteter, produkter og tjenester samt effekter i forhold til brukere og samfunn.
>
> Frekvens og omfang av evalueringer skal bestemmes ut fra virksomhetens egenart, risiko og vesentlighet. Behovet må vurderes opp mot kvalitet og omfang av øvrig rapportering.
>
> Organisering og innretning av de ulike evalueringene skal departementet drøfte med den underliggende virksomhet som en del av styringsdialogen".

4.2 Ansvar og myndighet for styring av SAFH i direktoratet

I Helsedirektoratet er ansvar for etatsstyringen av SAFH lagt til Divisjon primærhelsetjenester. Innen divisjonen er ansvaret delegert videre til Avdeling utdanning og personell. I avdelingen er det en ansatt som har hatt hovedansvar for saksbehandling i forbindelse med etatsstyringen, og

som i stor grad har ivaretatt den daglige kontakten. Øvrig kontakt er i hovedsak ivaretatt av avdelingsdirektør. I etatsstyringsmøter har også divisjonsdirektør deltatt som møteleder, samt direktør for Administrasjonsdivisjonen.

SAFH har frem til i år ikke vært nevnt i hovedinstruks for økonomiforvaltningen i Helsedirektoratet. Sommeren 2010 kom en ny versjon av hovedinstruks for økonomiforvaltning i direktoratet, hvor ansvaret for etatsstyringen av SAFH er omtalt. Det står blant annet at direktoratet skal rapportere til departementet om etatsstyringen.

Undersøkelsen viser at ansvar og myndighet for gjennomføring av etatsstyring mellom direktorat og SAFH ikke er tydelig definert eller nedfelt skriftlig. I tildelingsbrevet fra departementet står det omtalt at direktoratet har etatsstyringsansvar. I dekomponert tildelingsbrev fra administrasjonsdivisjonen i direktoratet er etatsstyringsansvaret lagt til Avdeling utdanning og personell. Avdeling utdanning og personell får årlige mål- og disponeringsskriv og budsjettfullmakter, og det blir i intervju pekt på at under pkt 2.7, divisjonsspesifikke oppdrag, er ansvar for turnusordningen nevnt, men SAFH er ikke nevnt.

Det blir gitt uttrykk for at etatsstyringsansvaret burde gått frem av mål- og disponeringsskrivet.

Det blir vist til at det kan se ut som etatsstyringen av SAFH ikke har vært en integrert og høyt prioritert del i disponeringsskrivene hittil. Det fins heller ingen skriftlige instrukser for hvordan etatsstyringen skal utføres utover det som er formulert av forventninger til SAFH i tildelingsbrevet.

I Avdeling utdanning og personell sin virksomhetsplan for 2010 inngår etatsstyring av SAFH som en oppgave, og ansvaret er lagt til ansatt med saksbehandleransvar for etatsstyringen, samt at ansvar for møtevirksomheten er lagt til avdelingsdirektør.

Tidligere forgjenger som avdelingsdirektør og ansvarlig for etatsstyringen hadde ifølge opplysninger gitt i intervju med direktoratet lite oppmerksomhet rettet mot SAFH.

Underdirektør hadde på dette tidspunktet ansvaret for etatsstyringen. Vedkommende hadde stor arbeidskapasitet, og det blir opplyst i intervju at vedkommende jobbet i lukkede rom der andre ikke fikk innsyn. Vedkommendes oppfølging av SAFH fungerte gjennom tett kontakt med direktør for SAFH i de årene vedkommende hadde ansvaret. Direktør for SAFH og ansvarlig i direktoratet hadde telefon eller e-postkontakt nesten hver dag. Nivået på kontakten blir opplyst å ha vært veldig detaljert.

Nåværende avdelingsleder så når han overtok etatsstyringen at styringen foregikk nærmest i et lukket rom. Mye regelverksoppfølging var underkommunisert i dialogen. Dette dreide seg for eksempel om turnusordninger som er administrert av SAFH, og regler for om vilkår for autorisasjon er til stede eller ikke. Det var lite juridisk kompetanse i avdelingen som ble brukt på dette.

I sommer er etatsstyringen i avdelingen reorganisert. Avdelingen har nå en etatsstyringsgruppe som koordineres av en seniorrådgiver med lang erfaring og god kjennskap til utdanningssystemet. Vedkommende har med seg to jurister i avdelingen og en rådgiver som jobber med system for hvordan man skal godkjenne personell med utdanning fra tredjeland, dvs. utenfor EØS-området. Det blir vist til at dette er en betydelig gevinst for avdelingen, og har avlastet ansatte.

4.2.1 Fokus på etatsstyring i direktoratet

I intervju blir det vist til at man i ettertid kan si at det har vært for lite fokus på etatsstyringen av SAFH i Helsedirektoratet. Det blir vist til en viss usikkerhet rundt hvor langt opp i divisjonen og direktoratet man har tatt ansvar for etatsstyringen, og at etatsstyringen av SAFH historisk sett ikke har hatt mye oppmerksomhet i ledelsen. Det blir videre vist til at en mulig forklaring på dette kan være manglende beskrivelser av skriftlige delegasjoner og oppgavebeskrivelser vedrørende ansvaret for etatsstyringen. I forbindelse med det siste halvårets hendelser, har det kommet oppmerksomhet i ledelsen. Det er avgitt ressurser for å styrke SAFH, men det er ikke tilført noe til Avdeling utdanning og personell for å styrke etatsstyringen. I etatsstyrende avdeling har man måttet omprioritere for å styrke arbeidet.

I intervju fremkommer følgende synspunkter på hvordan etatsstyringen er håndtert internt i direktoratet:

- Det har over lang tid vært problemer knyttet til etatsstyringen. Det er meldt fra om problemer i styringsdialogen siden 2006. En intervjuet sier at situasjonen og bekymringene ble jevnlig tatt opp med overordnede både i diskusjoner om SAFH, og i medarbeidersamtaler. Bekymringer er også tatt opp på avdelingsmøter.

- Det blir stilt spørsmål ved om ledelsen i direktoratet ikke har tatt inn over seg signaler som er gitt om at det burde settes inn større ressurser og at oppgaven med etatsstyring av SAFH er særdeles krevende.

- Det hefter usikkerhet om i hvilken grad slik informasjon og meldinger er dokumentert skriftlig.

- Ansvarlige oppgir på den annen side å ikke ha blitt gjort tilstrekkelig oppmerksomme på at de måtte styre SAFH bedre.

4.2.2 Organisering

Det har vært diskusjoner i direktoratet om hva som er en ideell organisering av etatsstyreransvaret, men det har ikke blitt gjort endringer i organiseringen på grunnlag av disse diskusjonene. Drøftingene har blant annet dreid seg om hvorvidt Avdeling utdanning og personell, som er en fagavdeling, har tilstrekkelig styringskompetanse til å ivareta etatsstyringen. Et alternativ som har blitt nevnt, er å legge dette ansvaret til Administrasjonsdivisjonen. Denne divisjonen har fra før etatsstyringsansvar for en annen etat, og ivaretar direktoratets dialog med Helse- og omsorgsdepartementet som er Helsedirektoratets etatsstyrer. Det blir pekt på at det faglige ansvaret uansett bør ligge til Avdeling utdanning og personell.

De siste årene har etatsstyrende avdeling i økende grad søkt støtte fra Administrasjonsdivisjonen, og fått slik støtte. Administrasjonsdivisjonen har dermed hatt ansvar for å fasilitere mange prosesser, og har gjennom dette bistått etatsstyrende avdeling en del. Men det blir vist til at dette dreier seg om en uformell avtale, Administrasjonsdivisjonen har ingen formell rolle i etatsstyringen av SAFH. De gangene direktør for A-divisjonen har vært med i etatsstyringsmøter, blir det opplyst at dette har vært en stor ressurs gjennom å tydeliggjøre forventninger, særlig knyttet til økonomistyring.

4.3 Tildelingsbrevet fra direktoratet til SAFH

Deloitte har gjennomført en analyse av tildelingsbrevene til SAFH for årene 2006, 2008, 2009 og 2010.

I intervju går det fram at det har vært en utvikling i utformingen av direktoratets tildelingsbrev til SAFH. Dette har i stor grad dreid seg om sporbarhet i hele styringslinjen. Direktoratet mener at man de siste årene har klart å få til en klar linje mellom de ulike styrings- og tildelingsbrevene fra departementet og ned til underliggende etat. De siste årene har etatsstyrende avdeling i direktoratet i forbindelse med utarbeidelse av tildelingsbrevet hatt en tettere dialog både med A-divisjonen og SAFH.

I intervju går det fram at direktoratet etter hvert kom i en situasjon der de så at det var lagt alt for lite kraft i arbeidet med tildelingsbrevet. For det første kom det veldig sent. I 2006 kom tildelingsbrevet i overgangen april/mai, noe som blir beskrevet som uakseptabelt. Direktoratet startet derfor en prosess for å styrke arbeidet med tildelingsbrevet. Blant annet med sikte på å få dette som et kraftigere styringsdokument, og få det ut til rett tid. I løpet av et par år styrket de selve prosessen og dokumentet, og fikk justert tidspunktet. Direktoratet mener at de nå har fått tildelingsbrevet opp på det de vurderer som et godt nok nivå.

Prosessen inn mot tildelingsbrev for 2010 blir beskrevet som krevende fra direktoratets side. Prosessen ga viktig erfaring. Det ble satt ned en arbeidsgruppe fra ansvarlig avdeling i direktoratet og fra SAFH for å medvirke i arbeidet med tildelingsbrev. Direktoratet oppfattet i forbindelse med prosessen med tildelingsbrev for 2010 at det var manglende vilje fra SAFHs side til å forstå at rollene er annerledes når man styrer enn når man blir styrt. Det ble oppfattet at det var en motvilje fra SAFHs side mot å bli styrt. Spesielt kunne man etter direktoratets mening se dette ut fra detaljeringsgraden i kommentarene i tilbakemeldingene fra SAFH. SAFH kommenterte alt på detaljnivå, og aksepterte ingen opprinnelige formuleringer. Samtidig ba de om flere føringer på overordnet nivå. Direktoratet viser til at direktøren nok forstod at han kan få overordnede føringer fra direktoratet og deretter fylle det med detaljert innhold selv.

Direktoratet mener at målene i tildelingsbrevet nå bør være relativt dekkende for SAFH, ut fra enhetens oppgaver.

Fra SAFHs side blir dialogen rundt tildelingsbrevet i intervjuer ikke beskrevet som god. Det blir vist til at direktoratet formulerer oppdrag i tildelingsbrevet som de egentlig vet at SAFH ikke kan svare på. Formuleringene burde også vært annerledes, blir det kommentert. For eksempel vet Helsedirektoratet godt at SAFH mangler IT-systemer for overvåking av saksbehandlingstid og restansekontroll. Fra SAFH blir det pekt på at det er helt greit at Helsedirektoratet uansett sier at det er viktig å arbeide med å få dette på plass, men uheldig at de sier at dette skal gjøres i 2010 når de vet at det ikke lar seg gjennomføre.

SAFH mener at enheten gjennom tildelingsbrevet er både målstyrt og tiltaksstyrt. Det blir videre vist til at SAFH bør være målstyrt, gjennom mål som ”å sikre kvalitetsmessig godkjenningsordning” osv. Det bør være tydelige mål på det nivået. På mer operasjonalisert nivå, kan et mål være ”god saksbehandling”, ”forsvarlig saksbehandlingstid”. Slik det er i dag, fylles det deretter på med en del bestillinger på tiltakssiden.

4.4 Styringsdialog mellom direktoratet og SAFH

Undersøkelsen viser at det fra direktoratets side har vært en utvikling i etatsstyringen av SAFH fra uformell etatsstyring til mer formell styring. Det fremgår at det nå er en mer stram og strukturert gjennomføring av den samlede styringsdialogen. Samtidig blir det fra SAFHs side påpekt at de per november 2010 fremdeles ikke har fått endelige referat fra etatsstyringsmøtene i 2010.

Undersøkelsen viser at SAFH har opplevd at styringsdialogen har vært preget av detaljstyring og instruksjon. Fra direktoratets side blir det opplyst at direktoratet først etter mai 2010 fikk innsikt i SAFHs indre liv. Undersøkelsen viser at det kan stilles spørsmål ved gjennomføringen av styringsdialogen, herunder forståelse for hva det innebærer å bli styrt og det å styre.

SAFHs direktør viser i intervju til at han opp gjennom årene har følt det som ganske krevende og konfliktfylt å ha en dialog med direktoratet omkring SAFHs behov for budsjetter av en størrelse som tilsvarer de oppgaver SAFH har hatt. Dette har spesielt vært knyttet til tildelte midler, uten at det i noen særlig grad har resultert i bedre budsjetter for SAFH. Det ble besluttet at det skulle være et eget budsjettkapittel for SAFH, slik at man kunne få redusert konfliktnivået rundt spørsmål om fordeling av tildelt budsjett mellom direktoratet og SAFH, og etter det er prosessene knyttet til budsjettfastsettelse blitt noe bedre.

Tildelingsbrevet fastsetter at det skal være to etatsstyringsmøter per år, ett møte på våren og ett på høsten. I tillegg er det vanligvis fire kontaktmøter i løpet av et år. Direktoratet har prøvd å skille klart mellom ulike typer møter og hva som skal tas opp.

Undersøkelsen viser at struktur og samhandling i etatsstyringen har vært og er nært knyttet til de personene som har gjennomført etatsstyringen.

I direktoratet blir det fortalt at man har vært bekymret for etatsstyringen av SAFH. Undersøkelsen viser at man fra saksbehandlernivå har kommunisert dette oppover i organisasjonen, mens overordnet nivå oppgir ikke å ha mottatt slike bekymringsmeldinger. Det er ikke mulig å dokumentere dette skriftlig.

Det blir i intervju opplyst at det ikke er mulig å erindre om styring av SAFH har vært tema på toppledermøter i direktoratet.

Av ansatte i direktoratet blir det påpekt at etatsstyring av SAFH ikke har blitt håndtert på en god måte.

4.4.1 Utøvelse av etatsstyringen

Direktoratet opplyser at styringen av SAFH har foregått gjennom den formelle styringsdialogen. I tillegg til to etatsstyringsmøter, er det normalt fire kontaktmøter mellom SAFH og direktoratet per år. I disse møtene er det avsatt tid også til faglige spørsmål. Det kan dreie seg om metodespørsmål, spørsmål om hvordan man skal søke råd fra utdanningsmyndighetene, spørsmål knyttet til systemene for å vurdere om vilkårene for autorisasjon foreligger osv. Det kan også være spørsmål knyttet til spesielt krevende vurderinger i forbindelse med søkere fra tredjeland. I tillegg blir en rekke andre uformelle kontakter ivaretatt, og det er løpende kontakt ved behov begge veier. Retningslinjer og instrukser fra direktoratet til SAFH har blitt gitt gjennom årlig tildelingsbrev. De har ett tildelingsbrev per år, og har en samarbeidsprosess med SAFH i forkant av tildelingsbrevet. Rammer og pålegg gis også gjennom årlig tildelingsbrev.

Fra direktoratet blir det kommenterer at de har hatt eksempler på supplerende styringssignaler, for eksempel vedrørende signaler i revidert budsjett.

Ved behov for nye krav eller rammer gjennom året, blir det vist til at dette vil fremgå av referat fra møtene. Faglige spørsmål tas opp i kontaktmøter, og det skrives alltid referat fra kontaktmøtene. Disse følges opp fortløpende, eller de følges opp i neste års tildelingsbrev. Det er ifølge direktoratet en sporbarhet i prosessen.

Etatsstyringsmøtene har klart definert innhold og agenda. Alle viktige beslutninger i etatsstyringsmøtene blir nedfelt i referat.

I brev vedrørende utkast til tildelingsbrev for 2009 skriver SAFH følgende om styringsdialogen:

> ”(…) etatsstyringen [bør] forankres i prinsippene for resultatstyring. Iht departementets retningslinjer for etatsstyring, *skal* etatsstyrer bl.a. ”markere at (den etatsstyrte) virksomheten innenfor delegert myndighet skal ha stor handlefrihet og etatstyrer bør være tilbakeholden med å gripe inn i detaljer” (SAFHs kursiv). Det tilligger etatsstyrer å ha en overordnet langsiktig strategi for hvilken utvikling og hvilke prinsipper som er ønsket for SAFH. *Etter vår oppfatning er forslaget til tildelingsbrevet ikke i tråd med dette*. I styringsdialogen mellom Helsedirektoratet og SAFH er det ønskelig å fokusere på skillet mellom styringssignaler og fagsaker. Dette gjelder både på tildeling og på etatsstyringsmøter. Vi foreslår å ha formøter, slik at fagsaker der det ikke er behov for styringssignaler, kan rapporteres/ avklares i forkant av etatsstyringsmøter.”[4]

4.4.1.1 SAFHs opplevelse av etatsstyringen

- Etatsstyringen er etter SAFHs mening lagt til en fagavdeling i Helsedirektoratet som har begrenset kompetanse og ressurser når det gjelder formell etatsstyring gjennom tildelingsbrev, rapportering og økonomioppfølging. Samtidig er de en overordnet faglig instans i forhold til SAFH.

- SAFH viser til at direktoratet skal være SAFHs foresatte på regelverksiden, men ikke er bemannet til å ivareta denne oppgaven. Direktoratet har én ansatt med spesialkompetanse, mens SAFH har flere ansatte som har spesialkompetanse på dette området. Dette har ført til kompetansestrid.

- Når det gjelder den mer ordinære etatsstyringen, opplever ikke SAFH at ansvarsfordelingen mellom SAFH og Helsedirektoratet er tydelig definert. Det blir vist til at det er mulig ansvarsfordelingen er nedfelt i styrende dokumenter langt tilbake i tid.

- Hele prosessen, og den rådende tonen i møtene, illustrerer et litt anstrengt forhold mellom SAFH og etatsstyrer. I referat fra juni 2009 står det nedfelt at man ber om at SAFH ikke sender kopi av årsrapporten til andre enn direktoratet. Det blir vist til at dette innebærer at direktoratet ønsker at årsrapporten blir unntatt offentlighet. SAFH stiller spørsmål ved etter hvilken hjemmel dette kan gjøres, og bemerker at dette antyder en anstrengt dialog. Det blir vist til at årsaken til direktoratets ønske muligens er at SAFH gjennom årsrapporten har kritisert etatsstyrer.

[4] SAFH: Brev fra SAFH til Helsedirektoratet vedrørende utkast til tildelingsbrev for 2009, 16. februar 2009.

- Et intervjuobjekt beskriver at etatsstyringsmøtene frem til 2006 var uformelle og ustrukturerte, at referat ikke alltid ble skrevet, og at referatene ofte manglet viktige temaer som ble behandlet i møtene. Dette har bedret seg når nåværende divisjonsdirektør fikk ansvar for å lede møtene. Det ble mer struktur, og møtene ble mer rendyrket i forhold til etatsstyringstemaer. Tidligere gikk mye av tiden på møtene til diskusjon rundt detaljer i faglige spørsmål framfor å fokusere på styring.

- Når det gjelder den generelle dialogen med direktoratet, har denne ikke vært god nok. Det har ikke vært en konstruktiv dialog og direktør har følt at SAFHs synspunkter ikke har vært tillagt den betydning de burde.

- SAFHs ledelse er forberedt på hva direktoratet vil spørre om i etatsstyringsmøtene, ved at agenda og emner er klare. Men det sklir ut når det gjelder det å gi en formell tilbakemelding der og da.

- Det blir gitt uttrykk for at SAFH i for liten grad har blitt stilt til ansvar for en del formelle ting, som regnskaps- og budsjettoppfølging. Det blir vist til at SAFH etter mai 2010 holdt på å ende opp helt feil på regnskapssiden. Av en eller annen grunn var ikke dette blitt tydelig registrert av direktoratet, og situasjonen var ikke kommet frem verken i SAFHs rapporteringer eller i direktoratets oppfølging.

- I intervju blir det vist til at etatsstyringsmøtene ivaretar den formelle delen med regnskapsoppfølging og oppfølging av oppdrag fra tildelingsbrev. Møtene har likevel lett for å skli ut til mer faglige diskusjoner. Dette fører til at styringsmøtene får for mye preg av faglige diskusjoner i stedet for mer overordnet oppfølging, rapportering osv.

- SAFH opplever at direktoratet fra mai 2010 har hatt fokus på å vise styrke og kraft som eier og styrer, og iverksette en rekke tiltak. Dette har resultert i en omfattende og topptung prosess de siste månedene. Internrevisjon har pågått i hele sommer, med ukentlige møter og en rekke rapporteringskrav. Det har ifølge SAFH vært en stor utfordring å ivareta dette uten at folk har blir utmattet av å skulle håndtere det.

- SAFH opplevde det som problematisk at de fikk ansvar for tilskuddsforvaltningen uten at det ble synliggjort ressurser til dette arbeidet. Det blir vist til at SAFH allerede før dette var i en ressursmessig presset situasjon. SAFH påpeker også at inntektsposten etter deres mening var feilbudsjettert en periode, og at dette hadde betydelige økonomiske konsekvenser for SAFH.

- SAFH opplever at det har vært mindre aktuelt å overføre nye oppgaver av betydning uten budsjettmidler, etter at SAFH begynte å ”bråke” med direktoratet om slikt. Samtidig har det fortsatt å være betydelige uklarheter, jf at SAFH lurte på om de hadde fått 30 nye oppgaver i tildelingen for 2009.

4.4.1.2 Direktoratets opplevelse av etatsstyringen

- I undersøkelsen går det fram at direktoratet nok har stresset litt før etatsstyringsmøtene, og at det har vært noe utfordrende å få samlet alle relevante personer/ledelse for å få avholdt forberedende møter i direktoratet.

- Tonen i selve etatsstyringsmøtene har tilsynelatende vært åpen, likefrem og høflig. Men en av de som ble intervjuet mener at det var mye som lå under.

- Møtene beskrives som lange og ordrike møter med lite konkret innhold.
- Det blir beskrevet som vanlig at det i etatsstyringsmøtene ble formidlet fra SAFHs direktør at alt var under kontroll.
- I intervju blir det vist til at SAFH, ved spørsmål om rapporteringer, stadig viste til at man ikke hadde saksbehandlingssystemer som muliggjorde slik rapportering, og at SAFH heller ikke hadde økonomi til å gjøre noe med det. Et intervjuobjekt kommenterer at når SAFH fikk økonomi til å gjøre noe med dette, skjedde likevel ingenting.
- Det blir oppfattet at direktoratets forsøk på å styre ikke har vært helt akseptert av ledelsen i SAFH. Rent formelt har det nok vært akseptert, blir det kommentert, men ikke følelsesmessig.
- Ulike saker har gått mye langsommere enn direktoratet har ønsket.
- Direktoratet opplever at det har vært en kunst å stille etatsstyringsspørsmål og å sikre at man får svar på spørsmålene. Det å få det til ikke å flyte ut, har vært en av hovedutfordringene som møteleder.
- Når det gjelder budsjett og regnskap, mener direktoratet at de har etatsstyrt godt hele tiden. Dette er ikke spesielt vanskelig. Når det gjelder å styre vedrørende personell, har det vært en del samhandling og noen avtaler rundt lønnsforhandlinger osv. Det øvrige har vært problematisk.
- Direktoratet viser til at direktør var detaljopptatt og hadde problemer med å akseptere kritikk. Også dette dog i en formelt ryddig og tydelig, men utmattende form. Det kunne oppleves som at direktøren for SAFH brukte sin kompetanse på et område han kjente godt, til å sørge for at direktoratet ikke fikk svar på de spørsmålene som var stilt.
- Direktoratet fikk ikke ordentlig og detaljert innsikt i SAFH før saken ble eksponert i media. På spørsmål om direktoratet satte inn nok ressurser for å få innsikt, mener et intervjuobjekt i direktoratet at de kanskje ikke gjorde det godt nok og tidsnok. Men hvem som kunne greid det, er vedkommende ikke sikker på.
- En av de som er intervjuet i direktoratet mener at de i forvaltningen har en del ting de ønsker å ha lederoppmerksomhet på og får det, andre ting får de ikke oppmerksomhet på før det blir kriser. SAFH er innen sistnevnte kategori.
- Det blir vist til at etatsstyringsmøtene tidligere hadde fungert veldig dårlig. Man fikk ikke gjort det man skulle, og ble sittende og diskutere mange småting.
- Direktoratet erfarer nå at møtene kan gjennomføres etter planen.
- Det blir vist til at den sterkere og klarere styringen var påbegynt før de sakene som har oppstått i 2010. Dette fordi det ble beskrevet at styringen var vanskelig og krevende. SAFH ville ikke rapportere på det de ble bedt om å rapportere, og direktoratet fikk ikke alle detaljer de ba om.
- Det var ikke lett å få SAFH til å informere om og levere det direktoratet mente de trengte for å gjøre analyser og drive etatsstyring.

- Mye av det som SAFH utførte som hovedoppgaver var nok ok, blir det uttrykt. Men i de tilfellene direktoratet forsøkte å få innsikt i problemstillinger, eller ville gjøre noe annerledes, viste dette seg å være veldig vanskelig. Det blir oppfattet at SAFH, av direktøren for SAFH, har blitt styrt på en sterk og lukket måte, og at direktøren for SAFH ikke ønsket innblanding.

4.4.2 Forholdet mellom SAFH og direktoratet

Undersøkelsen viser at det har vært flere møter på direktørnivå som handlet om konflikt mellom direktoratet og SAFH. Direktoratet har blant annet ønsket at SAFH skulle følge opp vedtak i Helsepersonellnemnda, men det blir opplyst at SAFH ikke har villet følge opp enkelte slike vedtak. På den bakgrunn blir det opplyst at det i alle fall har vært ett møte mellom helsedirektøren og direktøren i SAFH, der direktoratet har hatt fokus på det å evne å bli styrt, og å ta signaler fra direktoratet. Det går frem at det har vært møter der direktoratet har måttet irettesette SAFHs direktør for forhold som har vært på grensen til ulydighet.

Fra SAFHs side blir det oppfattet at vedtak i Helsepersonellnemnda har blitt fulgt opp. Det blir vist til at det våren 2010 har forekommet unntak ved at SAFH ikke har fulgt nemndas presedensgivende vedtak, men at det ikke har vært noen intensjon eller målrettet politikk bak denne ”glippen”. Det blir videre vist til at SAFH har følt seg forpliktet til å peke på konsekvenser av nemndas vedtak, jf at SAFHs oppdrag også innebærer å sikre at autorisert helsepersonell har de kvalifikasjoner som kreves for å ivareta pasientenes sikkerhet.

SAFHs oppfølging av vedtak i Helsepersonellnemnda er også omtalt under rapportens pkt. 4.4.3 *Ivaretakelse av SAFHs oppgaver i styringsdialogen*, pkt. 6.4 *Risikokartlegging, vurdering og respons*, samt pkt. 6.6 *Klagebehandling og forholdet til klageorganet*.

4.4.3 Ivaretakelse av SAFHs oppgaver i styringsdialogen

I tildelingsbrevet for 2001 fra Helsetilsynet til SAFH går det fram at:

> ”Helsetilsynet peker særlig på dokumentenes fokusering på regelverksutvikling, og ber om at Autorisasjonskontoret løpende vurderer erfaringen med praktiseringen av regelverket med sikte på å kunne ta initiativ til forenkling og annen forbedring.”[5]

SAFHs direktør nevner i intervju et brev fra SAFH datert 30. november 2009, som er stilet til Helsedirektoratet og omhandler SAFHs syn på noen saker Statens helsepersonellnemnd (HPN) behandlet 1. april 2009. SAFH fant grunn til å orientere overordnet myndighet om disse vedtakene fordi de innebar at systemene med testing av kunnskaper og ferdigheter hos leger og tannleger ikke lenger kan fungere som de har gjort i mange år, og en så omfattende saksforberedelse som HPN la opp til ville sprenge SAFHs budsjettramme.

I brevet fremgår det at det vil kreve dobling av SAFHs kapasitet dersom vedtakene i nemnda skal følges opp. SAFHs ledelse ville ha en juridisk vurdering av brevet før det ble sendt, og fikk dette av en juridisk ekspert som gav muntlig uttrykk for at direktøren i SAFH både hadde rett og plikt til å sende brevet.

Det aktuelle brevet og oppfølgingen av dette er også beskrevet under rapportens pkt. 6.4 *Risikokartlegging, vurdering og respons* og pkt. 6.6 *Klagebehandling og forholdet til klageorganet*.

---

[5] Statens helsetilsyn: *Tildelingsbrev til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell for 2001*.

4.4.4 Helsedirektoratets tilsyn av internkontroll i SAFH

Internkontroll har vært diskutert i etatsstyringsmøtene. Kvalitetssystem og internkontroll har vært blant de tingene som har vært tatt opp, og som det både i etatsstyringsmøter og tildelingsbrev har blitt formidlet at direktoratet ønsker rapportering på. Dette er også et av de forhold det har blitt sagt at SAFH har kontroll på. En av de som er intervjuet i Helsedirektoratet viser til at internkontroll er noe Avdeling utdanning og personell ikke har veldig god kompetanse på.

Se også nærmere under kapittel 6 *Internkontroll og risikostyring*.

4.4.5 Saksbehandling og restanser

Når det gjelder mål knyttet til saksbehandling og restanser, viser en av de som er intervjuet i Helsedirektoratet til at direktoratet har stilt klare resultatkrav i forhold til restanseutviklingen. De har fått som svar fra SAFH at de har et gammeldags system, som ikke gir den etterspurte statistikken. Men samtidig har SAFH gitt uttrykk for at de har kontroll, og antydet hvor lang saksbehandlingstiden er. Dette har angivelig vært basert på utvalgsundersøkelser, blir det opplyst fra direktoratet.

En av de som er intervjuet i direktoratet mener at statistikk i SAFH skapes dels ved å spørre saksbehandlere, dels ved å se på dato og bunker av saker som ikke er under behandling ennå. Man gjør noen opptellinger. Direktoratet har, i påvente av et godt system, pålagt SAFH å utvikle standarder for saksbehandlingstid for de ulike kategorier søknader. Dette er ikke fulgt opp av SAFH. Direktoratet har ikke fått svar på hvilke saker SAFH har spesiell oppmerksomhet på.

I SAFHs årsrapporter blir det vist til at få klager og lav omgjøringsprosent er en indikator på god kvalitet i saksbehandlingen.

En representant for SAFHs ledergruppe kommenterer i intervju at SAFHs strategi om å vise til lav klageprosent og få omgjøringer i klageorganet som tegnet på god kvalitet på vedtak, kan være misvisende. Det blir pekt på at lav klageprosent ikke sier noe om kvaliteten på de tusenvis av vedtak som aldri blir gjenstand for klage, og at det er en risiko for at søkere har fått rettigheter de ikke skulle ha hatt, noe som dermed dreier seg om forsvarlig saksbehandling.

Se også nærmere under kapittel 6 *Internkontroll og risikostyring*.

4.4.6 Balanse mellom mål, virkemidler og ressurser

Direktoratet har ikke detaljoversikt over bruk av ressurser i SAFH, men er kjent med hvordan virksomheten er organisert for å løse oppgavene. SAFH har betydelig kundekontakt, og har omorganisert for å ivareta dette bedre. Direktoratet har ikke kjennskap til hvor mange årsverk som er fordelt på ulike ansvarsområder. Direktoratet har heller ikke etterspurt slik informasjon.

Direktoratet har imidlertid hatt noen refleksjoner rundt hvor mange lederårsverk som trengs i SAFH. De har spurt seg om det kunne vært hensiktsmessig at en av avdelingslederne var stedfortredende direktør, og lurt på om SAFH muligens er overadministrert. Men de har vært varsomme her, fordi SAFH er en selvstendig forvaltningsenhet som skal organisere seg uten for stor innblanding i organiseringen. Direktoratet kommenterer likevel at direktoratet har sett at SAFH kanskje ikke har forløst de ressursene som er der.

Det blir fra SAFHs side opplyst at SAFH siden 1. januar 2002 har hatt en årlig, til dels hard kamp med direktoratet om budsjettet. Til å begynne med delte SAFH budsjettkapittel i statsbudsjettet med Helsedirektoratet. Siden 2005 har SAFH delt statsbudsjettkapittel med klageorganet Statens helsepersonellnemnd. Budsjettprosessen blir fra SAFHs side beskrevet som mindre konfliktfylt etter 2005.

SAFH vurderer i e-post datert 2. november 2010 at forholdet mellom oppgaver og tildelte ressurser er tilpasset en løpende kjernevirksomhet. Det er imidlertid mangel på ressurser når det gjelder metodeutvikling, kvalitetsarbeid og nye oppgaver. Dette er blitt svært synlig gjennom prosessene i 2010. Samtidig nevnes det at det ved opprettelsen av SAFH i 2001 ble anslått et behov for 40 årsverk. I 2010 teller SAFH 36,5 årsverk til tross for betydelig økning i saksomfang gjennom disse 10 årene.

SAFHs direktør mener at SAFH ble gitt en minimumsbemanning på til sammen 26 stillinger ved oppstarten 1. januar 2001, og kanskje burde vært bedre bemannet. De startet også opp med et gammelt og ikke velfungerende arkivsystem (ModuLink – som ble oppgradert til en versjon av ePhorte 1.1.2007) uten et helelektronisk saksbehandlingssystem og med et ”haltende” helsepersonellregister (HPR – et register som Helsedirektoratet fra 2002 har hatt det statlige eierskapet til). Direktøren hadde sett for seg at dette var forhold SAFH skulle få på plass i løpet av 3-4 år, men man har ikke lyktes med å få til dette.

SAFHs direktør forklarer at det er budsjettmessige grunner til at elektroniske systemer ikke har blitt realisert i SAFH. Han viser til at dette er dokumentert skriftlig bl.a. i årsrapportene og har vært tema i en rekke etatsstyringsmøter og andre samtaler med direktoratet gjennom årene. Direktøren viser til at det ikke ble gitt budsjettmessig dekning for å sette i gang et IKT-prosjekt før i 2008 (basert på en samfunnsøkonomisk analyse foretatt av SSØ over spørsmålet om hvilken samfunnsøkonomisk gevinst man ville oppnå ved å innføre et helelektronisk saksbehandlingssystem i SAFH). SAFHs IKT prosjekt ble stanset av Helsedirektoratet våren 2010.

I et brev fra SAFH til Helsedirektoratet vedrørende utkast til tildelingsbrev for 2009, går følgende fram[6]:

> ”Som nevnt i vår årsrapport har SAFH siden høsten 2007 gradvis fått en normalisering av økonomien (i perioden fra 2003 til 2006/07 var SAFHs inntekstpost ikke realistisk budsjettert. I tillegg ble økonomiske og administrative konsekvenser av nye oppgaver ikke fulgt opp. F.eks. i 2007 fikk SAFH økte oppgaver uten kompensasjon i størrelsesorden ca 10 pst av budsjettet. Denne situasjonen skapte betydelig slitasje på våre medarbeidere og spenninger i styringsdialogen).
>
> Det er positivt at SAFHs økonomi nå er normalisert. Som nevnt i vår årsrapport pkt 1-11 kunne SAFH i 2008 derfor ta tilleggsoppgaver som datavask av Helsepersonellregisteret, optikeres rekvireringsrett og CCPS innenfor budsjettrammen, uten prosesser med fastsetting av kostnader og kompensasjon.
>
> Vi forutsetter av SAFHs nåværende rammebetingelser er i samsvar med de overordnede langsiktige strategier.”

[6] SAFH: Brev fra SAFH til Helsedirektoratet vedrørende utkast til tildelingsbrev for 2009, 16. februar 2009.

4.5 Rapportering

SAFH opplyser at de i perioden 2002 til 2006 fikk skryt av direktoratet for fyldige og informative årsrapporter.

SAFH opplyser i intervju at da årsrapporten for 2007 ble behandlet i etatsstyringsmøtet våren 2008, ga Helsedirektoratet helt uventet beskjed om at de ikke var tilfreds med årsrapporteringen fra SAFH for 2007. Dette til tross for at denne var laget i samme form og innhold som de fem foregående årsrapportene. Direktoratet uttalte blant annet at dersom SAFH syntes det var viktig å rapportere statistikk over innvilgede søknader om autorisasjon eller lisens, eller annen statistikk, kunne SAFH legge dette ved som vedlegg til rapporten. SAFH ble bedt om å rapportere etter en ny rapportmal fra direktoratet.

Fra SAFH blir det videre vist til at da direktoratet fikk SAFHs årsrapport for 2008, som var laget etter ny mal, ble de igjen misfornøyde fordi direktoratet mente at rapporten inneholdt for mye kritikk av dem. SAFH ble bedt om å skrive om rapporten, hvilket ble gjort.

SAFHs direktør viser i intervju til at han mener at en årsrapport skal være en redegjørelse for hva organisasjonen har prestert i løpet av året, med statistikk m.v., slik at man se at det oppdraget som er gitt av Stortinget er oppfylt innenfor de budsjettmessige bevilgninger virksomheten er tildelt. Det blir vist til at SAFH i samsvar med tildelingsbrevene har sendt rapportering til direktoratet hvert kvartal fra 2002, og fra ca 2008 hver tertial.

Deloitte har gjennomgått SAFHs årsrapporter for 2008 og 2009 og viser til disse.

4.6 Evaluering

Direktoratet har før august 2010 ikke gjennomført evalueringer av SAFH.

I notat fra Helsedirektoratet går det fram at evaluering ikke er iverksatt som systematisk gjennomgang av Helsedirektoratets etatsstyring eller SAFHs virksomhet i perioden 2008 – 2010. Det vises imidlertid til oppdrag gitt i tildelingsbrevet til SAFH som berører forhold knyttet til arbeidsmiljø, serviceerklæringer og restansekontroll[7].

4.7 Vurderinger – etatsstyring

4.7.1 Styringsdialog og etatsstyringsmøter

Undersøkelsen viser at det har vært en positiv utvikling i styringsdialogens form, innhold og prosess fra det uformelle til en strukturert dialog og strukturerte styringsdokumenter mellom direktoratet og SAFH.

Det er etter Deloittes mening ikke i samsvar med intensjonen i statlig styring/ økonomiregelverket at direktoratet først etter mai 2010 har klart å få tilstrekkelig innsikt i SAFHs virksomhet.

---

[7] Helsedirektoratet: Notat fra Helsedirektoratet vedrørende leveranse av dokumenter til Deloitte, 17. september 2010.

Deloitte mener at direktoratet ut fra de ressurser og den kompetanse som er stilt til rådighet internt i direktoratet, ikke har klart å styre SAFH på en tilfredsstillende måte. Årsaken til dette er etter Deloittes mening også at SAFH ikke i tilstrekkelig grad har forstått sin rolle som underliggende organ, og hva som kreves for å bidra på en god måte i en styringsdialog.

Deloitte kan utifra den informasjon som er samlet inn ikke se at Helsedirektoratet har hatt tilstrekkelig innsikt i eller fått anledning til å vurdere SAFHs internkontrollsystem.

Direktoratet må sørge for at risikovurderinger i større grad blir et integrert tema i styringsdialogen, og at kommunikasjon fra begge sider blir tatt på alvor og gjennomgått/ behandlet innen rimelig tid.

Gjennomføring av styringsdialog mellom direktorat og SAFH krever vilje på begge sider til å ha en konstruktiv og åpen dialog.

4.7.2 Tildelingsbrev

Gjennomgangen viser at det har skjedd en gjennomgående kvalitetsheving av tildelingsbrevene fra direktoratet til SAFH både når det gjelder form, innhold og prosess.

Økonomiregelverket fastsetter i utgangspunktet hva tildelingsbrevet skal innholde, men åpner også opp for at det kan skje tilpasninger i utformingen gjennom innhold tilpasset den enkelte styringsdialog. Tildelingsbrevet fra Helsedirektoratet til SAFH er etter Deloittes mening i hovedsak i samsvar med kravene i økonomiregelverket og prinsippene for mål og resultatstyring.

På den annen side viser kartleggingen at direktoratet har et forbedringspotensial når det gjelder å videreutvikle selve målformuleringene og formulering og eventuelt kvantifisering av styringsparametere. Målformuleringene kan lett ende opp i semantikk/semantiske diskusjoner dersom man ikke er bevisst på formuleringene. Gode målformuleringer kan bidra til å få fastsatt gode kvantitative styringsparametre der dette er mulig.

Deloitte ser at direktoratet på flere områder angir strategiske utfordringer og satsingsområder. Deloitte kan ikke se at direktoratet bryter prinsippene for mål og resultatstyring gjennom å detaljregulere SAFH unødvendig i strid med intensjonen for mål og resultatstyring.

Etter Deloittes mening er mål og ”tiltaksformuleringer” av en overordnet karakter som gir retning og setter fokus på forhold som er viktige for direktoratet for å nå overordnede mål. Deloitte ser at direktoratet styrer i de tilfeller hvor SAFH ikke har gjennomført intensjoner, f.eks nedfelt i tildelingsbrev fra 2001.

Undersøkelsen viser at det de siste årene har vært en dialog mellom SAFH og direktoratet, hvor SAFH får anledning til å komme med sine synspunkter på tildelingsbrevet.

Det er viktig at direktoratet sikrer at det er sammenheng mellom mål/ styringsparametre, virkemidler /tiltak og ressurser slik at SAFH kan gjennomføre en virksomhetsplanlegging som er realistisk.

4.7.3 Rapportering

Deloitte kan vanskelig se at årsrapporteringen fra SAFH på en god og systematisk måte svarer på de mål og styringsparametre som er nedfelt i tildelingsbrevet. Årsrapportene for de tre siste årene er vanskelig tilgjengelige og bærer preg av en ikke optimal systematikk. Direktoratet har

gjennom krav til forbedret årsrapportering prøvd å påvirke SAFH til økt etterlevelse av økonomiregelverket for rapportering.

Deloitte mener at direktoratet og SAFH på nytt må vurdere om rapporteringens form, innhold og prosess er hensiktsmessig, og sammen finne frem til en god rapporteringsmal og omforent forståelse av sporbarhet og presisjon. Deloitte stiller spørsmål ved utsagn i rapporteringen som:

> ”(…) SAFH har ved mange anledninger sjekket saksbehandlingstiden i enkeltsaker, oftest i forbindelse med klager på lang saksbehandlingstid. Men en har ikke elektroniske hjelpemidler til å overvåke dette, en tar sikte på dette i nytt elektronisk saksbehandlingssystem. For SAFH har saksbehandlingstiden som tidligere vært meget kort. I løpet av 2009 er saks-behandlingstiden redusert til mellom 6-8 uker for alle sakstyper, de fleste saker behandles betydelig raskere enn dette.(…)”[8]

4.7.4 Evaluering

Ut fra de opplysninger som fremkommer i revisjonen mener Deloitte at direktoratet burde vurdert å iverksette evaluering av utvalgte områder i SAFH på et tidligere tidspunkt.

4.7.5 Oppsummering - etterlevelse av økonomiregelverket

I Bestemmelsene pkt 1.2 fremgår forhold direktoratet har et overordnet ansvar for. Undersøkelsen viser etter Deloittes mening at direktoratets etatsstyring av SAFH ikke er i samsvar med Bestemmelsene pkt 1.2 c, d, e, f, samt Bestemmelsene pkt 1.2 andre og tredje avsnitt.

Undersøkelsen viser at:

- styringsdialogen mellom direktoratet og virksomheten ikke fungerer på en hensiktsmessig måte
- virksomheten ikke rapporterer pålitelig resultatinformasjon på sentrale områder
- det frem til mai 2010 ikke har blitt ført tilstrekkelig kontroll med at virksomheten har forsvarlig intern kontroll
- det ikke er gjennomført evalueringer i regi av direktoratet

Deloitte kan ikke se at det foreligger instrukser for etatsstyringen som beskriver myndighet og ansvar mellom direktoratet og virksomheten.

Deloitte kan ikke se at direktoratet har avsatt ressurser med tilstrekkelig kompetanse på etatsstyring samt etablert interne systemer og rutiner slik at SAFH har blitt fulgt opp på forsvarlig vis.

Deloitte kan ikke se at direktoratets systemer og rutiner for å etatsstyre SAFH har vært tilpasset risiko og vesentlighet.

---

[8] SAFH: *Årsrapport for SAFH, 2009*. Side 5. 1.2.2010.

Undersøkelsen gir ikke sikkerhet for at direktoratet har sikret at det er god balanse mellom tildelte ressurser og mål, resultatkrav og oppdrag i autorisasjonsprosessen.

Manglende kvantitative måleparametre gir ikke sikkerhet for at direktoratet baserer sin styring og oppfølging av SAFH på informasjon om oppnådde resultater jf restanser og saksbehandlingstid.

SAFH har ikke systemer som gjør det mulig å rapportere i henhold til direktoratets krav. Ut fra årsrapporteringen stiller Deloitte spørsmål ved om måloppnåelse og resultater står i et tilfredsstillende forhold til fastsatte mål og resultatkrav, og om eventuelle vesentlige avvik forebygges eller blir korrigert i nødvendig utstrekning.

Deloitte kan ikke se at SAFH før mai 2010 i tilstrekkelig grad har bidratt til at direktoratet har hatt en mulighet til å etterleve økonomiregelverket på sentrale områder.

5 Virksomhetsstyring

5.1 Revisjonskriterier

Kapittel 2.1 i Bestemmelsene omhandler virksomhetens interne styring, herunder krav til myndighets- og ansvarsstrukturer, styringsprosesser, intern kontroll og kontroll av transaksjoner.

5.1.1 Myndighet og ansvar

Virksomhetens ledelse har ansvaret for å:

a) gjennomføre aktiviteter i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger og fastsatte mål og prioriteringer fra direktoratet

b) fastsette mål og resultatkrav og foreta prioriteringer med ettårig og flerårig perspektiv innenfor eget ansvarsområde

c) sørge for planlegging, gjennomføring og oppfølging, herunder resultat- og regnskapsrapportering

d) definere myndighet og ansvar og fastsette instrukser innenfor eget ansvarsområde for å sikre oppfyllelse av reglementet og bestemmelsene, herunder ansvarsforhold mellom virksomhetslederen og øvrig ledelse, eventuelt styre

e) etablere intern kontroll

Systemer og rutiner skal være tilpasset risiko og vesentlighet.

Virksomhetens ledelse har innenfor rammene som stilles i tildelingsbrevet, andre vedtak og gjeldende lover og regler, myndighet til å iverksette nødvendige tiltak innenfor sitt ansvarsområde.

5.1.2 Planlegging

Alle virksomheter skal innenfor sitt ansvarsområde sikre at fastsatte mål og resultatkrav oppnås på en effektiv måte. For å sikre dette skal virksomhetene:

a) Planlegge med både ettårig og flerårig perspektiv

b) Gjennomføre fastsatte planer

c) Rapportere om måloppnåelse og resultater internt og til overordnet myndighet

Virksomhetens ledelse skal planlegge og utarbeide strategier med ettårig og flerårig perspektiv tilpasset virksomhetens egenart.

Planene skal dokumenteres gjennom interne styringsdokumenter. For å dokumentere virkningen av vesentlige forhold i planene, skal det fastsettes styringsparametere som er mest mulig stabile over tid.

5.2 Strategi og mål

SAFH har utarbeidet virksomhetsidé, visjon og mål jf. bl.a. virksomhetsplanene. Strategien har i liten grad vært endret siden 2001. I virksomhetsplanen for 2010-2011 er SAFHS virksomhetsidé formulert slik:

> ”Statens autorisasjonskontor for helsepersonell har som oppdrag å gi autorisasjon og lisens til de 29 helsepersonellgrupper som er listet opp i helsepersonellovens § 48 i samsvar med de regler om dette som er fastsatt i helsepersonellovens § 53 jfr. §§ 48-52.
>
> Autorisasjonskontoret skal også administrere turnustjenesten for leger i samsvar med forskrift og retningslinjer om dette.
>
> I tillegg er SAFH tillagt flere andre oppgaver relatert til registreringsarbeid, fordeling av diverse statstilskudd mv.”[9]

Videre fremgår det at SAFHs visjon er formulert slik:

> ”Statens autorisasjonskontor for helsepersonell skal behandle søknader for helsepersonell raskt og med sikte på å ivareta den enkelte søkers rettssikkerhet på forsvarlig måte. Det skal etterstrebes så god kvalitet på avgjørelsene at man sikrer at søkere som får autorisasjon har de kvalifikasjoner som kreves for at de kan håndtere pasientene på kyndig vis”[10].

Hovedmål for virksomheten er formulert slik:

- ”Autorisasjonskontorets vedtak skal sikre at helsepersonell som gis autorisasjon eller lisens er kvalifisert til å behandle pasienter på kyndig måte.
- Autorisasjonskontorets saksbehandling og vedtak skal sikre den enkelte søkers rettssikkerhet.
- Autorisasjonskontorets saksbehandling skal være slik at det norske helsevesenet får kvalifisert helsepersonell så hurtig som mulig.
- Autorisasjonskontoret skal ha en faglig forsvarlig administrasjon av turnustjenesten for leger.
- Autorisasjonskontorets saksbehandling skal være faglig forsvarlig, både hva gjelder de prosessuelle og materielle juridiske sider og de helsefaglige sider.
- Autorisasjonskontoret skal ha en faglig forsvarlig intern administrasjon og skal der i gjennom tilfredsstille de krav overordnede myndigheter stiller.
- Autorisasjonskontoret skal ha et godt og utviklende arbeidsmiljø som gjør at medarbeiderne trives og ønsker å bidra med sin kompetanse til beste for å oppnå de mål som er satt. Det skal i 2008 fokuseres særlig på teamutvikling og utvikling av administrative rutiner som støtter opp under den teknisk/faglige produksjonsprosess ved kontoret. Teamutviklingen skal ha som ett av sine hovedmål å utvikle kontorets evne til å gi kundene en behandling som tilfredsstiller deres behov og forventninger, samtidig som andre interesseparters forventninger også oppfylles.”[11]

Følgende områder er i forordet til VP 2010-11 sagt å være SAFHs ”strategiske områder”[12]:

- Søknader om lisens og autorisasjon (”produksjonen”)
- Risikostyring, intern kontroll, ekthetskontroll og tiltak mot falske dokumenter
- Utvikling av elektronisk saksbehandling
- Administrasjon av turnus

---

[9] SAFH: *Virksomhetsplan for SAFH 2010-2011.* Side 8-9.
[10] SAFH: *Virksomhetsplan for SAFH 2010-2011.* Side 9.
[11] SAFH: *Virksomhetsplan for SAFH 2010-2011.* Side 9.
[12] SAFH: *Virksomhetsplan for SAFH 2010-2011.* Side 2.

SAFHs direktør forklarer i intervju at tjenestespekteret til SAFH i veldig liten grad har endret seg siden opprettelsen. Det har derfor ikke vært grunn til å endre strategi gjennom perioden. Strategien inneholder virksomhetsidé, visjon og hovedmål, samt delmål og en oppstilling av operative oppgaver. Strategien inneholder ikke prinsipper for målstyring. Direktøren forteller at SAFH har gått rett på resultatmålene.

SAFHs direktør forklarer videre at det ikke har vært benyttet mye ressurser på strategiarbeid i SAFH etter 2001. Det blir vist til at dette henger sammen med at SAFHs oppgaver har vært de samme år etter år. SAFH har derfor samme virksomhetsidé, visjon, hovedmål og delmål i dag som man hadde i 2001. Da SAFH ble etablert i 2001, hadde organisasjonen etter direktørens utsagn en minimumsbemanning. Han forklarer at strategisk arbeid måtte prioriteres slik at arbeidet var tilpasset virksomhetens art og størrelse. SAFHs direktør mener at arbeidet som er gjort på dette feltet er i samsvar med økonomireglementets krav.

Av en rapport som ble utarbeidet i forbindelse med et risikostyringsprosjekt i SAFH, går det frem at SAFH har en størrelse og organisering som ikke tilsier at det etableres et målhierarki ut over de overordnede målene[13]. I dette dokumentet blir det vist til at SAFHs fire overordnede mål er som følger:

1. SAFHs saksbehandling skal være slik at det norske helsevesenet får kvalifisert personell så hurtig som mulig
2. SAFHs saksbehandling skal være faglig og juridisk forsvarlig
3. SAFH skal ha et godt og utviklende arbeidsmiljø
4. SAFH ønsker å være åpen og tilgjengelig for søkere og samarbeidspartnere.

I intervju fremhever de ansatte at hovedfokus i SAFHs virksomhet har vært produksjon. Andre mål som nevnes er høy kvalitet, kort saksbehandlingstid og at bevilgede tilskuddsmidler blir brukt opp.

Flere ansatte i SAFH viser i intervju til at det ikke har foreligget strategiske mål, virksomhetsplaner eller arbeidsmiljøplaner å styre etter.

5.3 Virksomhetsplan

SAFH har utarbeidet virksomhetsplan hvert år siden 2001. Det fremgår i intervju at virksomhetsplanen fra 2001 mer eller mindre har blitt repetert hvert år. SAFHs direktør viser til at dette skyldes at SAFHs oppdrag har vært stabilt i disse årene.

Virksomhetsplanen for 2010-2011 inneholder en aktivitetsplan der seks av autorisasjonskontorets syv hovedmål er listet opp. Disse er videre operasjonalisert i en tabell. Hvilke aktiviteter som skal gjennomføres fremgår av oversikten. Indikatorer for vurdering av måloppnåelse og tidsfrist for aktivitetene fremkommer i varierende grad av oversikten. De fleste oppgaver er tidsfestet som ”løpende”.

[13] SAFH: *Rapport fra prosjekt "Risikostyring ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) høsten 2008."* Uten dato.

SAFHs direktør forteller at virksomhetsplanene har vært drøftet med tillitsvalgte hvert år og at dette gjøres etter SAFHs tilpasningsavtale til Hovedavtalen i Staten. Når det gjelder virksomhetsplan for 2010 blir det vist til at korte frister fra direktoratet ikke tillot en optimal prosess med forankring i organisasjonen og tilpasning til virksomhetens egenart. Planen bygger derfor i betydelig grad på den tidligere virksomhetsplanen.

Mens ett intervjuobjekt forteller at planene er blitt "sydd sammen" basert på innspill fra forskjelllige team/avdelinger, gir et annet intervjuobjekt utrykk for at SAFHs virksomhetsplan ikke har blitt utarbeidet med involvering fra de ansatte.

Det er ulike oppfatninger i SAFH om hensikten med å utarbeide virksomhetsplaner. Flere ansatte i SAFH, inkludert en ansatt i SAFHs administrasjon, har oppfattet at virksomhetsplanen var laget ikke som et styringsdokument, men fordi Helsedirektoratet stilte krav om det. Direktøren beskriver virksomhetsplanen som SAFHs interne styringsverktøy for å lage handlingsplaner for å nå de strategiske mål som er satt for virksomheten.

I intervju og i dokumenter går det frem at det har vært diskusjon omkring Helsedirektoratets rolle i forhold til SAFHs virksomhetsplaner. I 2008 ba direktoratet om å få oversendt SAFHs virksomhetsplan for godkjenning. Ledelsen i SAFH protesterte på forespørselen, og viste til økonomireglementet der dette ansvaret eksplisitt er lagt til virksomhetens ledelse. I referat fra etatsstyringsmøte 18.4.2008 står det at Helsedirektoratet ser behov for sporbarhet og sammenheng mellom styringsdokumentkjeden også når det gjelder virksomhetsplan for 2008. Krav om at virksomhetsplanen skal godkjennes av direktoratet faller likevel bort[14].

I brev fra SAFHs direktør i forbindelse med utkast til tildelingsbrev for 2009, blir det under overskriften "Virksomhetsplan" gitt uttrykk for at Helsedirektoratet ikke legger opp til kommunikasjon, men detaljstyring[15].

I samme brev går det dessuten frem at SAFHs ledelse mener at virksomhetens egenart tilsier strategier med flerårig perspektiv for SAFH. Fra 2009 har SAFH derfor innført virksomhetsplaner som er gjeldende for to år av gangen. Planene skal innenfor perioden de gjelder for kun justeres for endringer i tildelingen fra direktoratet, samt på de punkter der virksomheten måtte endre karakter sammenlignet med året før.

Nåværende ledelse i SAFH gir uttrykk for at SAFHs virksomhetsplan ikke er god å jobbe etter. Den er ikke tilstrekkelig konkretisert og operasjonalisert. Det blir gitt uttrykk for at virksomhetsplanen heller ikke gjenspeiler tildelingsbrevet på en god måte.

5.4 Ledermøter med referater

SAFH opplyser at ukentlige ledermøter benyttes på kort sikt i den interne styringen. Referat blir sendt til samtlige ansatte[16].

SAFHs direktør forteller at kontoret tidligere var teamorganisert og teamlederne har hatt ansvaret for å koordinere og lede arbeidet i teamet. Aktuelle problemstillinger har vært diskutert i teamledermøtene. SAFH har hele tiden fra 2001-2010 hatt faste teamledermøter hver mandag fra

---

[14] Helsedirektoratet: *Referat fra etatsstyringsmøte med SAFH den 18.4.2008*. 24.4.2008.
[15] SAFH: Brev fra SAFH til Helsedirektoratet vedrørende utkast til tildelingsbrev for 2009, 16. februar 2009.
[16] SAFH: Internt notat, 20.9.2010.

kl. 0915 – 1100. Direktøren forteller at det foreligger referat fra alle disse teamledermøtene (mer enn 400 møter).

SAFHs direktør viser til at disse møtene var hans viktigste styringsredskap, og i møtereferatene vil man se hvordan den interne styringen i SAFH har fungert i praksis. I møtene ble det gitt styringssignaler overfor teamledere, som måtte gi nødvendig informasjon videre og sørge for at beslutninger tatt i teamledermøtene ble iverksatt i teamene. Alle typer spørsmål ble diskutert i teamledermøtene, også faglige, men de strategiske spørsmålene var de viktigste. Direktøren forteller at mellomlederne har vært delegert mye ansvar, og at de selv har hatt anledning til å delegere ansvar videre hvis vedkommende som får slikt ansvar har tilstrekkelig kompetanse.

Det avholdes fremdeles ukentlige ledermøter i SAFH.

5.5 Interne møter

En av de som er intervjuet forteller at det tidligere gjerne ble sendte ut e-post til alle når direktøren ville ha svar på noe, i stedet for å avholde et møte.

Det har vært forsøkt å innføre juristmøter og fagmøter for utveksling av fagkompetanse. Det blir vist til at slike møter ofte har ”løpt ut i sanden”, og etter noen måneder har disse møtene opphørt. Fra ledelsen blir det vist til at dette muligens har å gjøre med at de daglige oppgavene tar så mye krefter, at medarbeiderne ikke har energi til å engasjere seg i disse møtene.

Når det gjelder samarbeidet på tvers av avdelingene, blir det vist til at dette er begrenset til saker som overlapper avdelingene. Men de som har behov for det, har etablert visse kontakter. Dette er likevel ikke formelt. Flere ansatte har i intervju fortalt at de har savnet et forum for faglig utveksling og diskusjon.

Det går samtidig frem av intervju at det har vært forsøkt å innføre flere faste møter for erfaringsutveksling. Blant annet har SAFH hatt kontormøter der saksbehandlerne skulle møtes. I intervju blir det vist til at disse ikke fungerte tilfredsstillende, og at det kom lite konstruktivt ut av disse møtene. Det var opp til teamene å arrangere og forberede slike møter på rundgang.

Etter innføringen av ny organisasjonsstruktur har det blitt avholdt ukentlige avdelingsmøter innen fagavdelingene og arkiv. Administrasjonsavdelingen har møter ved behov, blir det opplyst.

Fra sommeren 2010 har det vært avholdt allmøte hver uke (ca 1 time). Sakslisten har vært preget av den pågående usikkerheten og oppmerksomheten rundt SAFH. Det gis også plass for enkelte faglige tema av felles interesse. Det føres ikke referat fra allmøtene. Ansatte opplyser at allmøter ikke har vært praktisert tidligere, og de ansatte gir uttrykk for at møtene er positive for organisasjonen. Ansatte opplyser at det i alle fall de siste årene i liten grad har vært avholdt fellesmøter, kontormøter, fagmøter eller lignende i SAFH.

5.6 Vurderinger - virksomhetsstyring

5.6.1 Mål og styringsparametre

Undersøkelsen viser at SAFH har utarbeidet virksomhetsidé, visjon og hovedmål.
Når det gjelder styringsparametre viser undersøkelsen at SAFH har et forbedringspotensial når det gjelder å utvikle disse videre.

5.6.2 Virksomhetsplan

Deloitte registrerer at SAFH opplyser at virksomhetsplanen primært har vært laget for å oppfylle formalkrav i tildelingen, i begrenset grad som aktivt planleggingsverktøy[17].

Deloitte vil påpeke at SAFH består av ca 30 årsverk. Dette utgjør over 54 000 timeverk som skal planlegges og styres. Uten en god plan for virksomheten vil det være risiko for at man ikke klarer å ta ut den effektivitet som potensielt ligger i organisasjonen, eller styre ressurser i strategisk retning i samsvar med mål som er satt av overordnet nivå.

Deloitte har gjennomgått virksomhetsplanene og vil bemerke at mål og styringsparametre ikke er harmonisert med tildelingsbrevet. På bakgrunn av innholdet i virksomhetsplanen er det ikke mulig for Deloitte å se om det er sammenheng mellom mål, virkemidler og ressurser i SAFH.

SAFH bør gjennomføre en planprosess som sikrer at den styringsmessige intensjonen i Reglementet § 4 blir etterlevd:

> Alle virksomheter skal:
> a) fastsette mål og resultatkrav innenfor rammen av disponible ressurser og forutsetninger gitt av overordnet myndighet
> b) sikre at fastsatte mål og resultatkrav oppnås,(…)
> c) sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag
> (…)
> Styring, oppfølging, kontroll og forvaltning må tilpasses virksomhetens egenart samt risiko og vesentlighet.

[17] SAFH: *Kort oppsummering av bakgrunnen for SAFHs VP*. Notat, 13. oktober 2010

6 Internkontroll og risikostyring

6.1 Revisjonskriterier - internkontroll og risikostyring

Effektiv styring forutsetter at det er etablert en intern kontroll i virksomheten som kan bidra til å forhindre styringssvikt, feil og mangler. Med intern kontroll menes de prosesser, systemer og rutiner som er igangsatt av ledelsen og de ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at SAFH har en målrettet og effektiv drift, rapporterer pålitelig styringsinformasjon og etterlever lover og regler.

Hovedelementene i anerkjente internkontrollrammeverk (COSO, Turnbull og CoCo) omfatter kontrollmiljø, risikokartlegging og -vurdering, kontrollaktiviteter, informasjon, kommunikasjon og oppfølging. I Økonomiregelverket fremgår de ulike internkontrollelementene stykkevis og delt i Reglementet og Bestemmelsene, jf. blant annet Reglementet § 4 grunnleggende styringsprinsipper og § 14 Intern kontroll, samt Bestemmelser om økonomistyring § 2.4 Intern kontroll. Intern kontroll er et linjeansvar, og skal utføres samtidig med andre styringsprosesser.

I Bestemmelsene § 2.4 andre del går det fram at:

> ”Alle virksomheter skal etablere intern kontroll. Virksomhetens ledelse har ansvaret for å påse at den interne kontrollen er tilpasset risiko og vesentlighet, at den fungerer på en tilfredsstillende måte og at den kan dokumenteres. Intern kontroll skal primært være innebygd i virksomhetens interne styring.
>
> For å kunne utøve nødvendig intern kontroll, skal virksomhetens ledelse etablere systemer, rutiner og tiltak med fokus på blant annet følgende faktorer:
>
> a) ledelsens og tilsattes kompetanse og holdning til resultatoppfølging og kontroll
> b) identifisering av risikofaktorer som kan medvirke til at virksomhetens mål ikke nås, og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse
> c) sikring av kvaliteten i den interne styringen, herunder forsvarlig arbeidsdeling, og produktivitet i arbeidsprosessene
> d) informasjonsrutiner som sikrer at viktig og pålitelig informasjon av betydning for måloppnåelsen kommuniseres på en effektiv måte
> (…)
>
> - Den interne kontrollen skal også ha fokus på å forebygge og avdekke tilsiktede handlinger utført i strid med gjeldende lover og regler, som eksempelvis manipulasjon, forfalskning eller endring av regnskapsdata eller annen resultatinformasjon
> - Ved etablering av kontrolltiltak skal virksomhetens ledelse vurdere hvilke kostnader tiltaket medfører, målt opp mot den nytte og de fordeler som kan oppnås.
> - Alle tiltak skal forankres på overordnet nivå for å sikre relevans og fullstendighet i risikobildet.
> - For spesielt viktige rutiner skal virksomhetens ledelse vurdere om det er behov for tilleggsrapportering og spesielle analyser for å avdekke eventuelle fremtidige avvik.”

Risikostyring/ internkontroll skal være integrert både i etats- og virksomhetsstyringen slik at en forebygger og begrenser hendelser som kan påvirke måloppnåelsen negativt; herunder risiko for manglende etterlevelse av regelverk og mangelfull rapportering. God risikostyring skal gi rimelig

sikkerhet for at virksomheten når sine mål gjennom å identifisere, vurdere, håndtere og følge opp risiko slik at den kommer innenfor akseptert nivå. Oppsummert betyr dette at:

- Etats- og målstyring skal sikre fokus på de til enhver tid viktigste målene.
- Internkontroll skal gi trygghet for at man har god kontroll på de krav som stilles til virksomheten (kvalitet, overholdelse av lover og regler, og rapportering).
- Risikostyring skal sikre at man er bevisst usikkerheter/hendelser som kan påvirke måloppnåelse og regeletterlevelse og evt redusere risiko dersom dette overstiger virksomhetens toleransegrenser.

I SSØs metodedokument om risikostyring blir det påpekt at virksomheten kan velge å bruke andre framgangsmåter for risikostyring som ivaretar økonomiregelverkets krav.

6.2 Kontrollmiljø

6.2.1 Organisatorisk kontrollmiljø

Revisjonen har dannet seg et inntrykk av at man i SAFH har et bevisst forhold til risiko knyttet til manglende mål og regeletterlevelse på enkelte sentrale områder. Et eksempel på dette er autorisasjonsprosessen.

Undersøkelsen viser at SAFH har mange ulike rutiner, men at disse fremgår stykkevis og delt. SAFH har ikke utarbeidet et overgripende internkontroll/ kvalitetssystem. Det ble i tildelingsbrevet for 2001 fra helsetilsynet påpekt at det skulle utarbeides et kvalitetssystem. I tildelingsbrev datert 21. mars 2001 går det fram under pkt 4.1[18]:

> *4.1 Kvalitetssystem*
> Kontoret skal innen 1. april sende Helsetilsynet en skisse til kvalitetssystem. Systemet skal vise hvordan kontoret sikrer lover, forskrifter, konsesjoner, avtaler, departementets og Helsetilsynets policybeslutninger og andre styrende dokumenter og signaler etterleves. Systemet skal omfatte den forvaltningspraksis som etableres. Kvalitetssystemet skal omfatte identifisering og håndtering av feil i saksbehandlingen.

Det blir opplyst at dersom det har oppstått usikkerhet omkring hvorvidt SAFH har fulgt regelverket, har dette blitt tema på første teamledermøte etter at slike forhold har oppstått. Alle klagenemndvedtak blir også tatt opp i teamledermøtene.

6.2.2 Helse, miljø og sikkerhet

SAFH har etablert verneombud. I 2007 ble det etablert en HMS arbeidsgruppe med deltakelse fra ledelsen og de ansatte. Av referat fra møter i arbeidsgruppen går det frem at verneombud, vara verneombud og tillitsvalgte fra tre arbeidstakerorganisasjoner representerte de ansatte. Av mandat for gruppen[19] går det frem at arbeidsgruppen ble opprettet for å:

---

[18] Statens helsetilsyn: *Tildelingsbrev til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell for 2001.* Pkt 4.1.
[19] SAFH: *Mandat arbeidsgruppe HMS*. Uten dato.

a. utarbeide nytt skjema for vernerunde

b. gjennomgå prosessen for HMS-arbeidet i SAFH

c. utvikle et system for varsling

Det ble skrevet referat fra møter i arbeidsgruppen. Av referat fra møte 17. januar 2008 går det frem at man har blitt enige om følgende visjon for HMS-arbeidet i SAFH:

> ”SAFHs medarbeidere skal, når de er på arbeidet, ha et fysisk, psykisk og sosialt arbeidsmiljø som bidrar til god helse og velvære.”[20]

Det går frem av referatene at det også ble arbeidet med mål og delmål for HMS-arbeidet i SAFH, samt med system for avviksmelding, system for oppfølging av sykmeldte, systematisk gjennomføring av vernerunder, samt felles kontormøter i SAFH. Det ble utarbeidet et skjema for melding av HMS-relaterte avvik.

Deloitte har mottatt referat fra møter i HMS arbeidsgruppen for perioden november 2007 til juni 2008.

Våren 2010 ble det utarbeidet en HMS håndbok for SAFH. Det fremgår at:

> ”Målsettingen med HMS-håndboken er å sette i system oppfølging av krav og standarder som er gitt i Arbeidsmiljøloven som er lovgrunnlaget for Internkontrollforskriften.”[21]

Det blir opplyst at HMS håndboken ble underskrevet av ledelsen og organisasjonene i mars 2010.

SAFHs direktør viser i intervju til at han har hatt stort fokus på å utvikle en god bedriftskultur i SAFH og at det er gjennomført seminarer i organisasjonen med dette som formål. Han opplevde en viss motstand på kontoret mot dette, spesielt blant jurister. Han forteller at han likevel har holdt oppe fokuset på å skape en god organisasjonskultur, og ikke bare bli en metodisk bedrift.

6.2.2.1 Medarbeidersamtaler

SAFHs direktør viser i intervju til at SAFH har hatt et HMS-hjul som innebærer gjennomføring av medarbeidersamtaler og vernerunder. Det vises videre til at aggregerte funn fra medarbeidersamtalene og vernerundene ble diskutert i en kollektiv medarbeidersamtale, og at diskusjonene ga innspill til forbedringer i organisasjonen på de områdene dette gjaldt. Det blir vist til at samme HMS-hjul har blitt fulgt i alle år fra 2001 til 2008, da man i regi av verneombudet og en intern arbeidsgruppe reviderte opplegget og utviklet et nytt og forbedret system for HMS-arbeidet i SAFH.

Ansatte i SAFH viser til at det har vært avholdt medarbeidersamtaler, men på uregelmessig basis og av varierende kvalitet. Det blir også vist til manglende oppfølging av ting som ble tatt opp i medarbeidersamtaler. En fra ledergruppen viser til at vedkommende aldri har hatt medarbeidersamtaler med sin sjef i SAFH.

---

[20] SAFH: *Referat fra møte i HMS arbeidsgruppe*. 17.1.2008.
[21] SAFH: *HMS håndbok*. Mars 2010.

Det blir videre vist til at arkiv og avdeling 2 i 2010 er i gang med å gjennomføre medarbeidersamtaler, men det fremstår som uklart i hvilken grad dette har blitt gjennomført i avdeling 1.

6.2.2.2 Varsling

I 2007 hadde SAFH en gjennomgang av nytt regelverk om varsling, og det ble innført varslingssystem i SAFH som har fungert siden 2008. Det blir opplyst at det aldri har vært varslingssaker i dette systemet.

6.2.2.3 IDF forum

Fra september 2010 er det etablert et IDF[22] forum med fast representasjon. Det føres referat som distribueres til alle ansatte[23].

6.2.2.4 Arbeidsmiljøundersøkelser

SAFH har siden opprettelsen i 2001 gjennomført fire arbeidsmiljøundersøkelser: i 2002, 2003, 2007 og 2010. Undersøkelsene for 2007 og 2010 viser at organisasjonen har en utfordring knyttet til å bedre arbeidsmiljøet. Undersøkelsen for 2010 er gjennomført i en ikke-normal situasjon.

I intervju blir det kommentert at ansatte ikke opplever at det har blitt satt inn tiltak på bakgrunn av resultater fra arbeidsmiljøundersøkelser som er gjennomført.

6.2.3 Etikk

SAFH har implementert Etiske retningslinjer for statstjenesten. Undersøkelsen viser at SAFH ikke har hatt regelmessig fokus på det etiske reglementet.

6.2.4 Ledelse

SAFHs direktør forteller at han praktiserer verdibasert ledelse, og at dette er en ledelsesfilosofi der man legger opp til å utvikle medarbeidernes ferdigheter slik at de selv vet hva som skal til for at et vedtak skal bli godt nok. Medarbeiderne har myndighet til å fatte vedtak innenfor denne rammen. Direktøren viser til at han har anvendt teorier om situasjonsbestemt ledelse, der den uerfarne og mindre kyndige medarbeider følges tett opp med instruks og kontroll, mens den erfarne ekspert ledes ved dialog og der man gir råd og veiledning eller er samtalepartner når det er behov for dette.

Flere medarbeidere fremhever at direktøren var en leder som var tett på og sterkt involvert i SAFHs arbeid. Det blir vist til at direktøren hadde oversikt over alt som foregikk i SAFH, enten det dreide seg om faglige teoretiske problemstillinger, eller mer administrative forhold knyttet til for eksempel økonomi eller personalspørsmål. Enkelte ansatte i SAFH viser til at direktøren hadde tillit til de ansatte og at de kunne utføre sitt arbeid. Samtidig blir det gitt uttrykk for at SAFH har hatt en kultur for at ansatte går til leder med spørsmål som de burde ha avgjort selv.

---

[22] Informasjons- drøftings- og forhandlingsforum.
[23] SAFH: Internt notat, 20.9.2010.

SAFHs direktør vurderer selv at han ikke har vært veldig instruerende overfor de ansatte. Han tror oppfatningen vil variere fra person til person. Noen vil oppfatte han som for kontrollerende, mens andre vil si han er for lite kontrollerende. Han forklarer at han som leder på et så lite kontor, med så små strategiske og administrative ressurser, er nødt til å være aktivt tilstede.

Flere ansatte gir i intervju uttrykk for at det ikke alltid har vært tilstrekkelig grad av prosess, og involvering av ansatte, i forbindelse med at det har blitt fattet beslutninger om tiltak. En ansatt gir uttrykk for at det i liten grad har vært faglige diskusjoner i SAFH og at i den grad noe har blitt tatt opp har avgjørelsen blitt fattet av direktøren.

Direktøren forteller at rammene til SAFH har vært knappe og han medgir at medarbeiderne nok kanskje har opplevd at han har presset mye på for å få opp produksjonen. Han peker på at det har vært et hovedproblem å få medarbeiderne med i arbeidsgruppene for å utvikle bestemte områder i organisasjonen, og viser til at medarbeiderne har hatt fokus på å få unna sakene sine.

En fra ledergruppen i SAFH beskriver at det allerede fra opprettelsen i 2001 har vært et til tider høyt konfliktnivå i organisasjonen.

Mange av de ansatte beskriver at det har vært vanskelig i SAFH siden påsketider, men at de er tilfredse med den nye fungerende direktøren og de tiltak han har satt i verk. En avdelingsleder peker bl.a. på at vedkommende nå opplever å bli reelt involvert som leder.

6.2.5 Delegasjon, ansvar og myndighet

Ansvaret for å følge opp produktivitet og kvalitet i sakene har ifølge direktør vært delegert til teamlederne. Mye av ansvaret for internkontrollen har dermed blitt besørget av teamlederne gjennom den fullmakten de er delegert innenfor sitt område. Områder som ikke har fungert skulle tas opp på teamledermøte.

SAFHs direktør viser til at den interne delegeringen i SAFH fremgår av virksomhetsplanen fra 2001 hvor der står et avsnitt om intern delegering. I intervju forklarer han at han gjennom denne oversikten over delegering stilte krav om alle saker av viktighet, som kunne bli kontroversielle, der praksis ble omlagt eller som skulle til overordnet myndighet, alltid skulle forelegges ham selv eller assisterende direktør før brevet ble sendt ut av huset. Det blir vist til at avsnittet fra 2001 fortsatt gjelder.

I SAFHs virksomhetsplan for 2001 står følgende:

> ”Det er direktøren for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell som i kraft av sin stilling har myndighet til å fatte vedtak på vegne av kontoret. Internt ved kontoret er det foretatt delegering slik:
>
> - Saksbehandlerteamene har fullmakt til å gjennomføre alle tiltak av saksforberedende art innenfor de regler forvaltningsloven og intern saksbehandlingsinstruks for etaten stiller. Standardskriv skal godkjennes av direktør.
> - Saksbehandlerteamene peker selv ut annen hånds behandler til enkeltvedtak i de kurante saker der det ikke skal foretas skjønnsmessige vurderinger før vedtak fattes (f. eks. autorisasjon av norskutdannede på bakgrunn av vitnemål)
> - Enkeltvedtak som baseres på skjønnsmessige vurderinger forelegges direktør for godkjenning (f. eks. saker der rettslige standarder som «faglig jevngod med», «nødvendig kyndighet» eller lignende brukes)

- Alle saker av prinsipiell art eller som går på endring av policy skal forelegges for direktør.
- Alle saker som kan være kontroversielle, bli omtalt i media eller lignende, skal forelegges for direktør. Mediekontakt ivaretas av direktør.
- Alle klagesaker skal avgjøres av direktør.
- Alle saker fra overordnet myndighet (Htil og SHD) skal forelegges direktør.
- Alle saker der SAFH's saksbehandlere påklages skal forelegges direktør.
- Personalkonsulent har myndighet til å avgjøre alle alminnelige saker av personaladministrativ art. Andre saker forelegges direktør.
- Økonomikonsulent har myndighet til å avgjøre alle alminnelige saker av økonomisk art. Andre saker forelegges direktør."[24]

SAFHs direktør viser til at det i forbindelse med omorganiseringen av SAFH ble etablert ny fullmaktsstruktur.

Det foreligger en tabell med tittelen "Forslag til fullmaktsstruktur", datert 15.12.2009[25]. I tabellen inngår fullmakter på økonomiområdet, anskaffelsesområdet, personalområdet og saksbehandling. Det foreligger også en fullmaktsmatrise som korresponderer med forslag til fullmaktsstruktur. Fra SAFH blir det opplyst at *"Det er kalt "Fullmaktstruktur", men er vel egentlig mer en oppgavefordeling. Tabellen er aldri formelt vedtatt, men har vært et arbeidsdokument i prosessen med å etablere nye strukturer i SAFH."*[26]

SAFHs direktør viser til at SAFH ikke har hatt stillingsinstrukser med arbeidsbeskrivelser. Han sier at han ikke har ønsket stillingsinstrukser da han oppfatter at dette på en lite hensiktsmessig måte begrenser arbeidsgivers styringsrett og at det dessuten ressurskrevende å utarbeide slike.

Det fremgår av intervju og stillingsannonser at det ble knyttet personalansvar til de nye lederstillingene som ble etablert i forbindelse med omorganiseringsprosessen. Det blir opplyst at de tidligere teamlederne ikke hadde slikt ansvar. SAFHs direktør forteller at det etter ansettelse av nye mellomledere ble gjennomført prosesser for å avklare hvilke ansvar den enkelte avdelingsleder skulle ha, og at dette er dokumentert i referatene fra ledermøtene.

En ansatt som er intervjuet kommenterer at alle i SAFH heldigvis kjenner arbeidsoppgavene sine. Enkelte ansatte gir uttrykk for at de er tilfredse med at arbeidsfordelingen i SAFH ikke er formalisert, og at det er fint for de ansatte å kunne ha innflytelse over hvilke oppgaver de kan bli tildelt. Andre peker på at organisasjonen ikke har gått opp de linjene som bør være på plass for at lederne skal kunne følge opp sine ansatte eller sitt ansvarsområde som leder på en tilstrekkelig måte. En mellomleder forteller at vedkommende benytter utlysningsteksten for stillingen sin som stillingsinstruks.

Assisterende direktør viser til at han aldri hadde noen skriftlig stillingsinstruks de årene han jobbet i SAFH, og at han aldri fikk delegert noen reelle beslutningsfullmakter. Det ble heller aldri gjort noen spesifisering av hvilke oppgaver som skulle ligge under hans ansvarsområde eller en avgrensing av ansvarsområder mot direktøren. Det fremgår at et arbeid med avklaring av

---

[24] SAFH: *Virksomhetsplan 2001*.
[25] SAFH: *Forslag fullmaktsstruktur SAFH, versjon 0.031*.15.12.2009.
[26] E-post fra SAFH ved fungerende direktør til Deloitte, 28.10.2010.

assisterende direktørs rolle ble påbegynt sommeren 2009, ved at direktøren skrev et lengre notat som omtalte assisterende direktørs rolle. Dette arbeidet ble imidlertid ikke fullført, og det ble ikke utarbeidet noen endelig rollebeskrivelse med tilsvarende arbeidsområder.

Også andre ansatte i SAFH viser i intervju til at det kunne fremstå som uklart hvilke ansvarsområder som var lagt til assisterende direktør.

6.2.6 Organisering

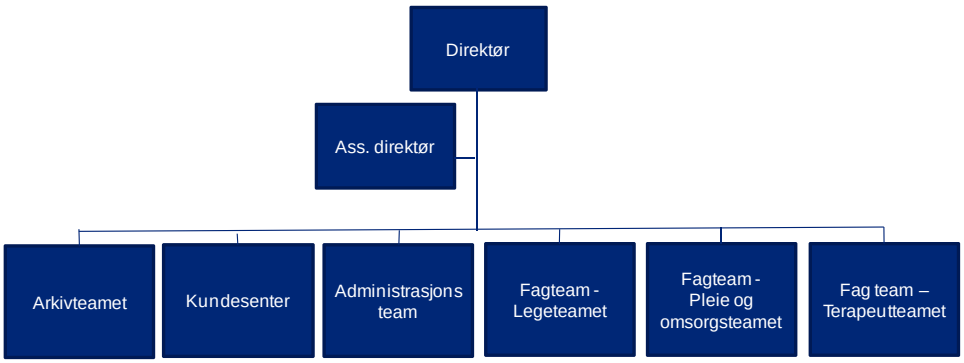
6.2.6.1 SAFHs organisering fra 2001 til 2009

I VP 2001 går det frem følgende om SAFHs organisasjonsplan fra 2001:

> ”Statens autorisasjonskontor for helsepersonell ble etablert 1. januar 2001 som et selvstendig forvaltningsorgan underlagt Statens helsetilsyn.
>
> Ved etableringen overtok kontoret Godkjenningsavdelingen med 15 medarbeidere fra Fylkeslegen i Oslo. Det ble i første kvartal 2001 i tillegg til direktøren ansatt ytterligere 10 nye medarbeidere, slik at kontoret har 26 faste stillinger.
>
> Fra 26. januar 2001 er Autorisasjonskontoret preliminært organisert i 6 team;
>
> - *Team nr. 1*: Arkivteamet, som består av 3 fast ansatte medarbeidere, alle overført fra Fylkeslegen i Oslo. Dette teamet er inntil videre styrket med 2 engasjerte medarbeidere. Det vil bli vurdert om dette teamet skal styrkes med en arkivleder.
> - *Team nr. 2*: Kundesenteret, som består av 3 fast ansatte medarbeidere, hvorav 1 er overført fra Fylkeslegen i Oslo. Teamet er i påvente av tiltredelse av de 2 nyansatte styrket med 2 medarbeidere fra Aetat. De nyansatte tiltrer 2. april og 2. mai 2001.
> - *Team nr. 3*: Administrasjonsteamet, som består av 2 medarbeidere, begge nyansatte. Personalkonsulent er tiltrådt, mens økonomikonsulent tiltrer 1. april 2001. Det er engasjert en konsulent for å ta seg av økonomifunksjonen frem til den nyansatte tiltrer. Det vil senere bli vurdert om dette teamet skal styrkes med en IT-rådgiver. I dag kjøpes IT-tjenester av Helsetilsynet og Fylkeslegen i Oslo.
> - *Team nr. 4*: Legeteamet, som består av 7 saksbehandlere, hvorav 5 er overført fra Fylkeslegen i Oslo.
> - *Team nr. 5*: Pleie- og omsorgsteamet, som består av 6 saksbehandlere, hvorav 4 er overført fra Fylkeslegen i Oslo.
> - *Team nr. 6*: Terapeutteamet, som består av 3 saksbehandlere, hvorav 2 er overført fra Fylkeslegen i Oslo.
>
> I tillegg har kontoret en ledelse bestående av en direktør (ny) og en underdirektør (overført fra Fylkeslegen i Oslo)”.

Figuren under viser SAFHs organisasjonsplan i perioden 2001-2009.

Figur 1 Organisasjonsplan for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell t.o.m. 2009



Det går frem av intervju at direktøren i 2008 så at det var behov for et sterkere mellomledersjikt i SAFH for å videreutvikle organisasjonen, og at han da satte i gang et omorganiseringsprosjekt. Vinteren 2008/2009 ble prosessen med de tillitsvalgte satt i gang. Det blir vist til at det ble gjennomført formelle forhandlinger med de tillitsvalgte og at man kom til enighet om en ny struktur i SAFH i april 2009. Det var da enighet om at SAFH skulle omorganiseres til fire avdelinger, et arkiv, to fagavdelinger og en administrativ avdeling. Fire personer ble høsten 2009 tilsatt av Tilsettingsrådet i SAFH i de fire nye avdelingslederstillingene. En person ble rekruttert internt og tre eksternt. Det var andre interne søkere som ikke nådde opp.

Avdelingslederne i de to nye fagavdelingene satte i gang en prosess innen disse avdelingene, der man endte opp med en fordeling av arbeidsoppgaver og medarbeidere mellom fagavdelingene. Det blir vist til at direktør og assisterende direktør bare i beskjeden grad deltok i denne prosessen.

Direktør viser videre til at den nye organisasjonsmodellen ikke fullt ut er gjennomført ennå, og at den heller ikke er evaluert.

6.2.6.2 SAFHs organisering fra 1.1.2010

Vedtak om ny organisering av SAFH er protokollført. Av protokollen går følgende fram:

> ”**Vedtak**:
>
> SAFH organiseres i to fagteam i h.t. vedtak fattet 22. april 2009. Inndeling av fagteamene organiseres med fokus på inndeling etter demografi og ikke profesjon.
>
> Fagteam 1 vil ha ansvar for autorisering av helsepersonell med bakgrunn fra Norden
>
> Fagteam 2 vil ha ansvar for autorisering av helsepersonell med bakgrunn fra EØS området og 3. land.”[27]

Vedtaket om ny organisering bygger på en saksfremstilling som ble utarbeidet av lederne for de to fagavdelingene. I saksfremstillingen er to ulike alternativer for fremtidig organisering drøftet.

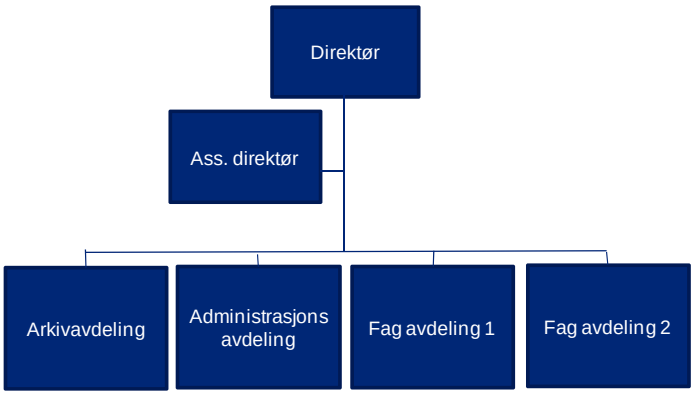
[27] SAFH: *Protokoll i saken om organisering av SAFH*. 18. november 2009.

Følgende går frem av den endelige vurderingen i saksfremstillingen:

> ”Konklusjon
>
> Alternativ 2 framstår som den modellen som best kan sikre prosessforståelse og utvikling av teknologi for å sikre kvantitet og kvalitet og som best kan gi kontroll med ressursbruk. Modellen gir mulighet for godt arbeidsmiljø og bør kunne heve statusen til saksbehandling av søknader fra søkere med bakgrunn fra Norge og Norden. Helsetjenesten i Norge er avhengig av denne gruppen helsepersonell for å opprettholde kontinuerlig drift.
>
> SAFH er en liten organisasjon som bør organiseres enklest mulig. Denne modellen gir mindre behov for møtevirksomhet på tvers mellom avdelingene. Sårbarhet kan reduseres ved å samle oppgaver som har lignende prosesser. Behov for ulik kompetanse vil tre tydeligere fram. Opplæring av nytilsatte vil bli mer oversiktlig i en inndeling etter prosess. Alternativ 2 vil dele avdelingene i omtrent to like store avdelinger”.[28]

I figuren under er SAFHs nye organisasjonsplan fra og med 1. januar 2010 presentert.

Figur 2 Organisasjonsplan Statens autorisasjonskontor for helsepersonell f.o.m 1 januar 2010



6.2.6.3 Synspunkt og erfaringer knyttet til omorganiseringen

I samtaler med de ansatte kommer det frem ulike synspunkt og erfaringer knyttet til bakgrunnen for omorganiseringen og om selve omorganiseringsprosessen.

- Representantene fra to av fagforeningene er ikke tilfredse med prosessen som ble gjennomført i forbindelse med organisasjonsendringen. Det blir vist til at selskapet [navn] ble involvert i prosessen, men at de ansatte ikke ble involvert. En person peker på at det plutselig ble avholdt allmøte med informasjon om hva ledelsen hadde vedtatt, og hvor man ble presentert for møteprotokoll i etterkant. Fagforeningene deltok på møter i forbindelse med omorganiseringen og opplevde at de la ned mye arbeid i å utarbeide forslag til organisasjonsløsning, men at de etterpå fikk informasjon om at noe annet var bestemt. Ikke alle fagorganisasjonene ønsket å signere protokoll som innebar godkjenning av omorganiseringen. En tillitsvalgt opplyser at NTL til slutt gav seg og signerte protokollen.

[28] SAFH: *Saksfremstilling*. Vedlegg til *Protokoll i saken om organisering av SAFH*. 18. november 2009.

- I intervju blir det pekt på at de ansatte ikke får noe godt forhold til omorganiseringen når man føler seg overkjørt. Flere gir uttrykk for at prosessen har vært krevende og det blir vist til at SAFH har mistet flinke folk på grunn av prosessen.
- Det blir pekt på at det ikke var en diskusjon om hvilken type ledere man ønsket i organisasjonen før de fire mellomlederstillingene ble lyst ut, utover at de nå skulle ha personalansvar.
- I intervju er det mange som gir uttrykk for at det er unødvendig mange ledere i SAFH. Blant de ansatte blir det uttrykt frustrasjon over at lederne ikke bidrar i produksjonen, at de ikke bidrar faglig, men kun er opptatt av å lage statistikker og administrere. Det blir kommentert at saksbehandlerkapasiteten ble redusert i forbindelse med omorganiseringen, da det ble opprettet flere rene lederstillinger uten at personalrammene ble økt. Flere viser til at det har utviklet seg en mistillit til de nye lederne det siste året og at faglig ledelse er et savn.
- Noe annet som blir trukket frem i intervju, er implikasjonene av at den nye organisasjonsmodellen er knyttet opp mot regelverksfortolkning og ikke er profesjonsorientert. Det blir vist til at sårbarheten kanskje reduseres med den nye organiseringen, men at det blir vanskelig når minst tre personer skal være involvert i hvert fagområde og det er mange fagområder å arbeide med. Det blir vist til at det lett blir til at man konsentrerer seg om det man har primæransvar for, og at resten blir overfladisk kunnskap. Det blir pekt på at spisskompetansen forsvinner og at organisasjonen får for mange ”poteter”.
- En tredje utfordring som nevnes av flere er at samarbeid på tvers av avdelingene kunne vært bedre i SAFH.
- I intervju blir det også stilt spørsmål ved om kritikken av ny struktur er konstruktiv. Kritikken kan være knyttet til at tidligere struktur hadde satt seg og at arbeidsfelleskap ble brutt opp med ny struktur. I intervju kommer det frem at organisasjonsløsningen som ble valgt også har blitt oppfattet som god, men at det kan være behov for flere ansatte. Flere nevner at forholdet mellom antall ansatte i de to avdelingene ikke er optimal.

6.2.7 Kompetanse

6.2.7.1 Generelt om kompetanse og kompetansebehov

Blant de som er intervjuet, er det ulike oppfatninger om hvorvidt det er tilstrekkelig kompetanse i SAFH. De fleste mener likevel at den samlede kompetansen er tilstrekkelig for å utføre de oppgaver som SAFH har. Det blir vist til at en del ansatte har høyere utdanning, mens andre ikke har det. Enkelte stiller spørsmål ved at det oppfattes å ikke være noe minstekrav knyttet til utdanning for å jobbe i SAFH.

Mange peker på at SAFH per i dag mangler juridisk kompetanse. Noen av saksbehandlerne mener at juridisk kompetanse i større grad burde vært trukket inn i saksbehandlingen, både ved vurdering av saker og til utvikling av maler etc. Det blir vist til at saksbehandlerne ofte har behov for å drøfte vanskelige saker med en jurist, da det kan være behov for tolkning av lover og regler, blant annet kan EØS-regelverket bli aktuelt. Samtidig viser en av avdelingslederne til at det er uenighet internt om i hvilken grad man trenger jurister.

En av de som er intervjuet savner også kompetanse på det personaladministrative. Det blir vist til at det kan dreie seg om å utvikle personalet, utvikle personalpolitikk, strukturere fremtiden med tanke på rekruttering, hvem de trenger og hva de trenger.

SAFHs direktør viser i intervju til at bemanningen i SAFH har vært stabil. Han forteller videre at det har vært vanskelig å rekruttere jurister til SAFH med god embetseksamen eller mastergrad fordi arbeidet kanskje ikke er spennende nok for denne yrkesgruppen. Lønn har derfor blitt brukt som virkemiddel for å sikret en viss stabilitet også hos juristene i SAFH.

6.2.7.2 Opplæring av nyansatte

SAFH har ikke noen opplæringsplan. Det blir bemerket at det eksisterer en opplæringsplan fra 2005, men at denne er utdatert. Flere av de som er intervjuet viser til at det spesielt i forhold til opplæring av nyansatte er et behov for prosedyrer og rutiner. For eksempel blir det vist til at man savner en opplæringsperm for nyansatte. Samtidig blir det vist til at dette har bedret seg, og at det er innført en fadderordning der en utvalgt person får ansvaret for å følge opp den nyansatte. Opplæring skjer i det praktiske arbeidet (”on the job training”), men det er ingen systematisk og kvalitetssikret veiledning av nye medarbeidere i arbeidet.

SAFHs direktør viser til at det aldri har vært kapasitet til å utarbeide et introduksjonsprogram for nye medarbeidere, derfor har det ikke vært nedfelt skriftlige prosedyrer. Opplæring av nye medarbeidere har vært teamleders ansvar, og han mener at alle skriftlige rutiner da bør være kilder til relevant dokumentasjon for den nyansatte.

6.2.7.3 Kurs og annen opplæring

Det har to ganger blitt arrangert kurs i forvaltningsloven for alle saksbehandlerne. Flere av saksbehandlerne gir likevel uttrykk for at det ikke er noen systematikk knyttet til det å holde relevant regelverk tilgjengelig for ansatte, og å sikre oversikt over eventuelle endringer i krav, regelverk osv.

SAFHs direktør opplyser at han i medarbeidesamtaler har sagt til alle ansatte at han forventer at det brukes to uker på kompetanseutvikling gjennom kurs og lignende i løpet av året. Ansatte har blitt gitt rammer for å ta kurs for opp til kr. 15 000 i året.

Flere av de ansatte viser også til at de som har ønsket det, stort sett har fått delta på ulike kurs. Det er imidlertid opp til den enkelte å ta initiativ og komme med en forespørsel. SAFH har ingen systematisk plan for kompetanseutvikling, og det er heller ikke utarbeidet noen opplæringsplan for avdelingen eller den enkelte. Det blir vist til at man har fått gå på kurs dersom man har bedt om det, men kursaktivitet er ikke tilrettelagt gjennom kursoversikt eller lignende som viser hvilke områder som kan være aktuelle i forhold til kompetanseheving. Flere av de som er intervjuet mener at ledelsen gjerne kunne tatt mer ansvar på dette området, for eksempel gjennom å kartlegge hvilken kompetanse enkeltpersoner og organisasjonen som helhet har behov for.

I intervju blir det vist til at det av og til foretas reiser utenlands blant annet til autoriserende myndigheter og utdanningsinstitusjoner. Videre arrangeres det en del relevante konferanser og seminarer i inn- og utland. Det blir vist til at det i hovedsak har vært direktør eller assisterende direktør som har deltatt på slike reiser, og at det ikke har vært vanlig at informasjon fra slike reiser eller deltakelser ble videreformidlet til personalgruppen. Dette er nå endret og det blir gitt tilbakemelding til avdelingen/SAFH om innhold og erfaringer / læring fra reiser, konferanser osv.

6.2.7.4 Kunnskapsdatabaser og bruk av eksterne rådgivere

SAFH benytter eksterne faglige rådgivere fra utdanningsinstitusjoner i Norge, og det er inngått en del avtaler med dette formål. Faglige rådgivere blir gjerne konsultert i forbindelse med

jevngodhetsvurderinger. Det blir vist til at regelverket er en utfordring også for eksterne rådgivere, og at det arrangeres årlig samling for eksterne rådgivere for å ivareta denne utfordringen.

Det blir i intervju vist til at det har vært situasjoner der flere ansatte har sluttet omtrent samtidig, og det nærmest har oppstått et kunnskapsvakuum på grunn av dette. Det blir vist til at det derfor er behov for at ting dokumenteres og tilgjengeliggjøres i større grad, for eksempel gjennom kunnskapsdatabaser vedrørende land og utdanningssteder. Slike kunnskaps- eller erfaringsdatabaser er så langt ikke bygd opp i SAFH, blir det opplyst.

Man har derfor ikke noe system for å undersøke hvordan saker fra bestemte land eller utdanningsinstitusjoner tidligere har blitt behandlet. I praksis vil saksbehandler etterlyse informasjon fra kolleger, for eksempel ved å sende ut en forespørsel på e-post. Flere av de som er intervjuet viser til at en form for erfaringsdatabase hadde vært svært ønskelig å få på plass. I forbindelse med at ”nøkkelpersonell” slutter i SAFH, har organisasjonen blitt oppmerksom på at mye kunnskap ”sitter i hodene på folk”, og forsvinner fra organisasjonen når ansatte slutter

Noe av behovet for kunnskap om land og utdanningssteder blir ivaretatt gjennom kontakt med NOKUT, og tips om falske dokumenter scannes i SAFH og gjøres søkbare.

Vedtak fra Helsepersonellnemnda på ulike saker er samlet, slik at disse skal være tilgjengelige for saksbehandlerne.

SAFH har oversikter som viser kandidater som har fått autorisasjonen trukket tilbake. Det blir også vist til enkelte forbedringer i samarbeidet med tilsvarende myndigheter i Sverige og Danmark, når det gjelder helsepersonell som er fratatt autorisasjonen. Tidligere måtte oversikter utarbeides manuelt basert på tilsendt informasjon, mens listeinformasjon nå legges inn i en database som alle de ansatte har tilgang til.

Videre blir det vist til at i tillegg til all informasjonen saksbehandlerne ”har i hodet”, er informasjon nedfelt i juridiske betraktninger rundt enkeltområder. Et eksempel på dette er omtale av hvilke tilleggskrav man kan pålegge søkere fra EØS-området.

6.3 SAFHs mål

SAFHs mål er fremstilt ovenfor under kapittel 5, *Virksomhetsstyring*.

6.4 Risikokartlegging, vurdering og respons

SAFH etablerte i 2008 et eget prosjekt i samarbeid med SSØ for å utvikle et risikostyringskonsept tilpasset SAFH. I arbeidet ble det utarbeidet en policy for risikostyring som korresponderer med økonomiregelverket og de anbefalinger som er nedfelt i SSØs metodedokument. SAFH valgte å risikovurdere en sentral målsetting i forbindelse med dette arbeidet.

I 2010 har SAFH benyttet en annen mal for risikostyring enn det konseptet som ble utviklet i 2008. I 2010 har SAFH risikovurdert flere målsettinger enn man gjorde i 2008. Man har valgt å bruke færre indikatorer for konsekvens og sannsynlighet.

Et eksempel på en omfattende risikovurdering av autorisasjonsordningen er brev fra SAFH til direktoratet datert 30.11.2009. Brevet var vedlagt notatet "Helsepersonell utdannet utenfor EØS-området – søknad om autorisasjon i Norge". Her står det at:

> "(…)
>
> Vi skriver dette notatet fordi HPN i en del saker den senere tid har endret sin forvaltningspraksis på vesentlige punkter når det gjelder søknad om autorisasjon fra helsepersonell med utdanning utenfor EØS-området. SAFH mener at dette må problematiseres. Vi vil også avslutningsvis komme med forslag til forenklede vurderingsmåter for denne søkergruppen."[29]

Brevet og oppfølgingen av dette er ytterligere beskrevet i rapportens kapittel 6.6 *Klagebehandling og forholdet til klageorganet.*

Direktoratet uttaler i intervju at de tror det er riktig å si at SAFH har identifisert viktige risikoområder, på konsistent måte over tid. Men at de ikke før i 2010 har klart å fremskaffe gode risikomatriser. Det har vært mye oppmerksomhet på å identifisere risikoområder, men direktoratet har fått utilstrekkelig underlag på denne typen dokumentasjon. Dette gjelder også det å følge risikoutvikling over tid. Direktoratet har tatt opp spørsmål vedrørende saker der det er begrunnet mistanke om dokumentfalsk.

Direktoratet har merket seg hva SAFH rapporterer i egne plandokumenter, der de nettopp snakker om risiko og internkontroll. Men frister SAFH selv har satt for å utvikle systemene, er ikke overholdt. Direktoratet oppfatter at SAFH nok har hatt tenkningen på plass, men ikke har klart å implementere risikovurderinger i et system.

Direktoratet tror det er riktig å si at den kvalitetssvikten som ble avdekket av politirapporten[30], kan være en indikasjon på om internkontrollen virker. Det blir vist til at direktoratet ikke tror dette kom overraskende på SAFH. For eksempel når det gjelder autorisasjon som hjelpepleier for søkere fra land utenfor EØS, så ble dette gjort med viten og vilje, for å gjøre arbeidet mer rasjonelt. Det har også versert en sak om påstått eksamensjuks i nasjonale fag for sykepleiere ved Høyskolen i Vestfold våren 2005. Heller ikke dette kom som en overraskelse nå, dette er noe som har vært kjent gjennom media i lengre tid.

Det er ikke beskrevet toleransegrenser for de respektive målene/ rettsregler som er risikovurdert.

I referat fra Helsedirektoratets oppfølgingsmøte med SAFH, 3.9.2010, går følgende frem:

> "Risikoprosjektet: har fokus på de saker hvor helsefagarbeidere med utdanning fra land utenfor EU/EØS ble innvilget autorisasjon med dispensasjon på 2 år for å ta kurs i nasjonale fag. Er så langt funnet til sammen ca 119 saker (for år 2008), hvor av ca 74 av disse er blitt gjennomgått av SAFH.
>
> SAFH opplyser å ha sendt ut ca 100 brev med varsel om tilbakekall av autorisasjon. Den enkelte brevmottaker er blitt gitt en frist à tre uker med å fremlegge nødvendig dokumentasjon på at kurs i nasjonale fag er gjennomført.

---

[29] SAFH: *Helsepersonell utdannet utenfor EØS-området – søknad om autorisasjon i Norge*. Notat. Vedlegg til *Om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge.* Brev fra SAFH til Helsedirektoratet, 30.11.2009.
[30] Rapport skrevet av to forhenværende politimenn som fra høsten 2009 og frem til mai 2010 var engasjert av SAFH for å gjennomgå en del enkeltsaker og bidra til kompetanseheving innen verifisering av dokumenter.

Den enkelte arbeidsgiver vil bli informert av SAFH når det fattes endelig vedtak om tilbakekall av autorisasjon. SAFH er beredt til å håndtere eventuelle pressehenvendelser som måte komme til disse sakene.

Arbeidet med å "vaske" listene for år 2007 er enda ikke påbegynt, men det er foreløpig registrert ca. 160 saker for dette år i datasystemet. Tallet forventes å bli nedjustert noe ved gjennomgang."[31]

6.5 Behandling av søknader om autorisasjon eller lisens

6.5.1 Beskrivelse av saksbehandlingsprosessen

SAFH behandler en rekke ulike typer søknader, som involverer en stor matrise med ulike typer personell, regelverk og geografi. Den store variasjonen medfører at søknadsbehandlingen vil ha noe ulikt løp avhengig av hvilken type søknad det er snakk om.

Visse faser og handlinger i saksbehandlingsprosessen vil likevel gjelde for de fleste saker. Blant annet består saksbehandlingsprosessen knyttet til søknader om autorisasjon eller lisens av en rekke ulike ledd. Den starter fra SAFHs side når arkivet får inn en søknad. Disse blir sendt inn på manuelt skjema (papir). Videre blir saken registrert i det elektroniske arkivsystemet ePhorte, og deretter i økonomisystemet Agresso for utsending av faktura. For at selve saksbehandlingen skal påbegynnes må gebyr være betalt. Når dette er gjort, registreres innbetalingen og saken blir lagt til den fagavdelingen som skal behandle saken. Sakene blir lagt i gangarkivet der saksbehandlerne går og henter sakene etter datering. Saksbehandler vurderer saken, og henter eventuelt inn tilleggsopplysninger.

Dersom det er behov for å hente inn tilleggsopplysninger, blir det sendt ut en forespørsel om dette til søker, og saken oversendes igjen til arkiv i påvente av etterspurte opplysninger. Når slike opplysninger er mottatt, legges saken igjen til fagavdelingen, for endelig vurdering og vedtak. Ved behov vurderes også saken av ekstern rådgiver. Når vedtak er fattet, skal det foretas registrering i Helsepersonellregisteret (HPR), og saken oversendes igjen arkiv for å merkes som avsluttet.

Det blir vist til at en av utfordringene i saksbehandlingen er at Agresso og ePhorte ikke kommuniserer med hverandre elektronisk, og at det kan være vanskelig å holde oversikt over status på sakene når en er avhengig av begge systemer. Det blir videre kommentert at SAFH har forsøkt å få på plass et merknadsfelt i ePhorte hvor det framgår om gebyr er betalt. Omtrent 1500 saker blir avskrevet i løpet av året som følge av manglende gebyrinnbetaling innen fire måneder.

I forslag til fullmaktsstruktur, og korresponderende fullmaktsmatrise, inngår noen oppgaver knyttet til saksbehandling[32]. To oppgaver som er nevnt, er "Saksbehandling, fatte vedtak" og "Enkeltvedtak". Det går ikke frem hva som er forskjellen mellom de to oppgavene. Det fremgår at saksbehandler og avdelingsleder har ansvar for førstnevnte oppgave, mens avdelingsleder og direktør har ansvar for sistnevnte.

---

[31] Helsedirektoratet: Referat fra oppfølgingsmøte med SAFH, 3.9.2010.
[32] SAFH: *Forslag fullmaktsstruktur SAFH, versjon 0.031*.15.12.2009.

6.5.2 Saksbehandlingssystem

Fra SAFHs opprettelse i 2001 har det blitt vist til at SAFH har hatt behov for nytt, elektronisk saksbehandlingssystem. Dette temaet er behandlet blant annet gjennom virksomhetsplaner, årsrapporter og styringsdialogen med Helsedirektoratet.

I intervju blir det vist til at det vil være store fordeler knyttet til det å kunne dokumentere hele saksbehandlingsprosessen elektronisk. Da vil søkere selv kunne gå inn og se status på sin sak, og det vil vært mye enklere å besvare henvendelser når saksbehandler til enhver tid sitter med oppdatert saksstatus i systemet. Både Agresso og ePhorte blir sagt å ha så uoversiktlige søkesystemer, at det er vanskelig for arkiv og saksbehandlere å følge opp informasjon om saksstatus i disse systemene. En av de som er intervjuet gir uttrykk for at ePhorte, på grunn av manglende ressurser, ikke ble implementert på en god nok måte. Dette har ført til at man fremdeles ikke utnytter alle mulighetene i systemet så effektivt som man burde.

I SAFHs årsrapport for 2008 blir det vist til at finansiering for modernisering av systemene har manglet til og med 2007. Fra og med 2008 har SAFHs budsjett blitt økt med 3 millioner kroner per år som skal brukes til å styrke arbeidet knyttet til jevngodhetsvurderinger, samt til investeringer i nytt elektronisk saksbehandlingssystem. Dette går frem av tildelingsbrev for 2008, 2009 og 2010. I tildelingsbrev for 2009 blir det sagt at SAFH innen utgangen av 2010 skal ha implementert et integrert elektronisk saksbehandlingssystem. I tildelingsbrev for 2010 blir det sagt at nytt elektronisk saksbehandlingssystem skal være utviklet og testet ut innen 1. februar 2012.

I 2008 fikk SAFH i samarbeid med SSØ utført en samfunnsøkonomisk analyse for endring av rutiner for behandling av søknader om autorisasjon og lisens. På bakgrunn av denne analysen ble arbeidet med nytt saksbehandlingssystem videreført, og det ble inngått avtale om konsulentbistand for utarbeiding av kravspesifikasjon og konkurransegrunnlag.

Tidsplanen som etter hvert ble lagt frem, innebar gjennomføring av anbudsprosess i 2009 og utvikling / etablering av nytt system i 2010. En oppdatert versjon av kravspesifikasjonen ble ferdigstilt i november 2009, og i referater fra ledermøtene i SAFH fra desember 2009 og januar/februar 2010 er det regelmessig omtalt at det er gitt orientering om IKT-prosjektet. 6.4.2010 ble konkurransegrunnlaget sendt til tre aktuelle tilbydere med anbudsfrist 12.5.2010. 22.6.2010 ble det informert om at konkurransen ble avlyst på grunn av styringssignaler fra Helsedirektoratet og manglende finansiering.

I rapport fra Helsedirektoratets interne gjennomgang av SAFH, går det frem at *"IKT-prosjektet til SAFH skal utvikles til et organisasjonsutviklingsprosjekt som Helsedirektoratet skal bidra i. Det skal i løpet av kort tid lages en plan for prosjektet, der et viktig fokus skal være hvordan man kan utløse tilstrekkelig ressurser til prosjektet"*[33].

6.5.3 Rutiner og prosedyrer knyttet til behandling av søknader om autorisasjon og lisens

Flere av de som er intervjuet opplyser at SAFH ikke har noen saksbehandlingsveileder som sier noe om hvordan man skal behandle søknader fra A til Å. Både ansatte og ledere i SAFH gir i intervju uttrykk for at det langt på vei bør være mulig å utforme noe slikt, og viser til at dette kunne vært nyttig.

---

[33] Helsedirektoratet: *Rapport fra intern prosjektgjennomgang av SAFH*. Oktober 2010.

SAFHs direktør gir i intervju uttrykk for at det i flere år har eksistert rutiner i SAFH, og viser til at det flere ganger er utarbeidet detaljerte beskrivelser av arbeidsprosessen fra A til Å. Beskrivelsene har vært lagt inn i arkivet og teamlederne skal ha hatt disse tilgjengelige for sine team. Videre blir det vist til at SAFH har hatt rutiner gjennom det å følge forvaltningsloven. Denne loven er det krav om at alle ansatte skal sette seg inn i, og loven gir en prosessuell beskrivelse av krav i saksbehandlingsprosessen. Samtidig blir det vist til at hovedfokuset i SAFH har vært på produktivitet, ikke på å utarbeide en perm som det står "saksbehandlingssystem" på. Det blir videre vist til at når det gjelder system for å sikre ledelsens og ansattes kompetanse og holdninger til resultatoppfølging og kontroll, har teamlederne hatt en nøkkelrolle.

Saksbehandlere i SAFH viser i intervju til at det i liten grad har vært utarbeidet rutiner og prosedyrer som beskriver saksbehandlingen som skal utføres. Det blir vist til at enkelte av de tidligere teamene utarbeidet rutiner og beskrivelser knyttet til behandling av søknader innen sine yrkesgrupper. I 2003 ble det også utformet en beskrivelse av saksbehandlingsprosessen, men denne er ikke oppdatert og i aktivt bruk. Det samme blir opplyst om enkelte hjelpenotater og sjekklister som er utformet noen år tilbake i tid. Videre kommer det frem at de rutinene og prosedyrene som ble utformet ca i perioden 2003 til 2006, ble utformet på initiativ fra de ulike fagteamene, ikke som del av en overordnet prosess eller et overordnet kvalitetssystem.

Det blir vist til at det også ble utarbeidet noen generiske maler for vedtak for noen år siden. Det blir opplyst at disse malene i liten grad er i bruk, og at de enkelte saksbehandlerne i stor grad har utviklet egne, individuelle systemer med vedtaksmaler, basert på tidligere vedtak. Disse systemene består i at man klipper og limer fra tidligere vedtak, og det blir kommentert at dette har ført til enkelte feil ved at gammel tekst ikke har blitt fullt ut erstattet.

De fleste av de som er intervjuet, gir uttrykk for at de mener det er viktig at det kommer flere skriftlige prosedyrer/retningslinjer på plass. Det blir pekt på at dette er spesielt viktig i forhold til at ansatte slutter, og at det skal kunne komme inn etterfølgere som lett skal kunne sette seg inn i kunnskapsbasen og arbeidsprosessene. Det blir vist til at mye av kunnskapen blir formidlet muntlig.

I forbindelse med omorganiseringen som ble iverksatt fra 1.1.2010, ble ifølge en av de som er intervjuet også spørsmålet om utvikling av et kvalitetssystem tatt opp. Dette ønsket ikke SAFHs daværende direktør, men utforming av prosedyrer ble akseptert. I begynnelsen av 2010 ble det dermed satt i gang et arbeid med utarbeiding av prosedyrer i SAFH. I februar 2010 ble det laget maler for hvordan prosedyrene for saksbehandling kunne se ut.

Av intervju går det frem at ansatte i SAFH de siste månedene har arbeidet en del med å få på plass prosedyrer og retningslinjer, men at det likevel oppleves at man er helt i startfasen av dette arbeidet. Det blir vist til at organisasjonen er helt avhengig av at saksbehandlerne bidrar aktivt i utarbeidingen av rutiner og prosedyrer, fordi det er de som kjenner arbeidsprosessene. Samtidig blir det vist til høyt arbeidspress, og at dette fører til at strategisk arbeid lett blir en salderingspost.

Av referat fra ledermøte i SAFH i mars 2010, går det frem at "*det skal foretas en årlig sjekk av maler og prosedyrer som blir utarbeidet. Dette skal gjøres på vårparten, og skal inngå i årshjulet.*"[34]

[34] SAFH: Ledergruppemøtereferat nr 09/10, tirsdag 9. mars 2010.

Det blir i intervju vist til konkrete prosedyrer som nå er på plass innen ulike områder, for eksempel tre prosedyrer for leger i avdeling 2:

- Prosedyre for leger § 23 versjon 02 (omhandler søkere med utdanning fra 3.land som har oppnådd godkjenning i et annet EØS/EU medlemsland)
- Fagområdelisens for legespesialister (Omhandler søkere med legespesialistutdanning fra 3.land som kan få lisens innen et spesifikt fagområde)
- OSCE test 2010-2011 prosedyre (Omhandler opptak til den medisinske fagprøven for leger fra 3.land)

Avdeling 2 og arkiv har også laget en generell prosedyre for saksbehandling, kalt verdikjeden. Dette blir beskrevet som et flytdiagram over arbeidet i forbindelse med saksbehandlingen. Arbeidet med dette stoppet opp i mai, og er fremdeles ikke ferdigstilt på alle områder. Det blir likevel gitt uttrykk for at flytdiagrammet gir god oversikt over enkelte områder, og vil bli benyttet i forbindelse med ansettelse av nye saksbehandlere.

I tillegg foreligger det utkast til en rekke ulike prosedyrer.

Nytteverdien av de nye prosedyrene oppleves ulikt av de som er intervjuet, og enkelte opplever at det er for mye som skal på plass på for kort tid. Det blir også stilt spørsmål ved om det er mulig å beskrive rutiner og prosedyrer for standard saksforløp for alle typer saker. Andre gir uttrykk for at prosedyrene passer til arbeidsoppgavene, og at de ansatte ser verdien av dem.

6.5.4 Kvalitetssikring i saksbehandling og registreringer

I alt ca 14% av sakene SAFH behandler er fra EØS-området eller utenfor EU. Det blir i intervju vist til at det er disse sakene som er mest kompliserte å behandle, og at andelen øker. Det blir opplyst at når det gjelder søkere fra land utenfor EØS, er det viktig at SAFHs vurdering av søkerne stemmer overens med for eksempel tysk vurdering, engelsk vurdering osv. Ellers kan man risikere bruk av transittland for å få godkjenning og arbeidstillatelse.

Det blir opplyst at det som et ledd i kvalitetssikringen av vedtak, blir utført sidemannskontroll. Denne består i at alle vedtak skal være signert både av saksbehandler og en paraferer. Det er ikke utarbeidet rutiner for hva den som paraferer skal sjekke, og det er derfor ikke alle som oppfatter denne ordningen som en reell kvalitetskontroll av vedtakene. Flere av de som er intervjuet viser til at det kan være stor variasjon når det gjelder hvorvidt sakene blir gjennomgått i forbindelse med sidemannskontrollen. Det blir vist til at enkelte saksbehandlere alltid går gjennom saken. Enkelte gjør en stikkprøvemessig kontroll der noen saker blir gjennomgått, enkelte baserer grundigheten i gjennomgangen på hvem som er saksbehandler osv. En av saksbehandlerne gir uttrykk for at nivået på kontrollen som gjøres, som et minimum bør innebære at man gjør en formaliakontroll av saken.

Det er ulike oppfatninger om hvilke krav som er stilt til hvem som kan være paraferer. Noen viser til at en ansatt på minst samme nivå som saksbehandler skal kvalitetssikre saken, noen viser til at mer erfarne saksbehandlere kontrollerer sakene, mens andre viser til at saksbehandleren selv fritt kan velge hvem som skal parafere. Det blir også vist til at det er naturlig at saksbehandler henvender seg til en kollega som har kjennskap til samme type saker. Enkelte viser også til at det er relativt vanlig at saksbehandlere ber kolleger som de samarbeider godt med om å være paraferer. Det blir vist til at det tidligere var avdelingsleder som skulle signere vedtakene, men at denne ordningen ble avviklet fordi det var en del tilfeller der saker ble liggende lenge i påvente av

avdelingsleders kontroll og signatur. En av de som er intervjuet, mener at det at to på samme nivå kan signere, ikke innebærer tilstrekkelig kvalitetssikring av arbeidet.

Av forslag til fullmaktsstruktur går det frem at signering av vedtak og parafering skal gjøres av saksbehandler og avdelingsleder.[35]

Noen av saksbehandlerne som er intervjuet viser til at de i forbindelse med denne sidemannskontrollen har stoppet saker som de har ment ikke har vært korrekt behandlet. I denne forbindelse blir det vist til at saksbehandlere kan oppleve det som vanskelig å ta opp slik uenighet med den som har behandlet saken og kommet med innstilling.

Videre blir det vist til at det er tilfeller der en saksbehandler blir bedt om å parafere, men har vurdert sin egen kjennskap til fagområdet som for dårlig til å kunne gjøre denne oppgaven. I slike tilfeller blir det vist til at saken må opp på et høyere nivå, til avdelingsleder eller direktør.

En av de som er intervjuet viser til at det fra ledelsens side burde vært mer fokus på at saksbehandlere må dokumentere sine vurderinger. For eksempel ved at det skrives notater der begrunnelser for avgjørelser beskrives, i de tilfeller der det kan være rom for skjønn som kunne ført til andre beslutninger. Videre bør det dokumenteres dersom man har samtale med en ekstern part i en sak, dersom man er i tvil eller dersom man ringer noen for å kvalitetssikre dokumentasjon. Det blir vist til at dette i for stor grad er opp til den enkelte, og at det medfører risiko knyttet til etterprøvbarheten.

I intervju blir det også vist til at det har utviklet seg en praksis der ansatte ved arkiv har en viss kontrollfunksjon. Det blir vist til at det hender at ansatte ved arkiv reagerer på noe ved saken eller selve vedtaket, og gir beskjed om det. Dette kan for eksempel dreie seg om feil i vedtakstekst, feil begrunnelse, feil dato eller lignende. Det blir vist til at arkivet har tatt denne rutinen veldig seriøst, og at det tidvis har blitt en konfliktsituasjon mellom arkiv og saksbehandlere rundt dette kontrollarbeidet. En av de som er intervjuet gir uttrykk for at vedkommende av og til kommer over saker som det er mye rot i, og det forekommer at det er feil for eksempel ved at registreringen i HPR mangler eller ikke stemmer overens med autorisasjonsdokumentet.

6.5.5 Etterlevelse av forvaltningsloven

I forbindelse med den eksterne revisjonen er det gjort et utvalg av saker knyttet til søknad om autorisasjon eller lisens, som er gjennomgått med tanke på etterlevelse av forvaltningsloven.

Det fremkommer av gjennomgangen at det er god fremdrift i saksbehandlingen og at søknadene blir raskt ferdigbehandlet. Dette innebærer at det stort sett ikke er behov for å gi et slikt foreløpig svar som fvl. § 11 a foreskriver. Det foreligger imidlertid tre saker hvor slikt brev skulle vært sendt, uten at det er gjort. Fristoverskridelsen på den ene saken er svært liten. På forespørsel er det fra SAFH opplyst at foreløpig svar er et brev man ikke pleier å sende.

Det er i samtlige avslagssaker gitt en utfyllende begrunnelse for avslaget, hjemmel med videre, og det er gitt veiledning i forhold til hva som skal til for å oppnå autorisasjon der hvor dette er naturlig. I samtlige avslagssaker er det gitt veiledning om klageadgang på eget skjema, som er statens standardblankett x-0073B.

---

[35] SAFH: *Forslag fullmaktsstruktur SAFH, versjon 0.031*.15.12.2009.

I ett tilfelle har søker ikke brukt SAHFs standardskjema. I ett tilfelle er saksmappe bortkommet, uten at det fremkommer av ny mappe hva som er opprinnelig søknadsdato. Det har således ikke vært mulig å kontrollere saksbehandlingstiden.

I ett tilfelle har det gått over et halvt år fra brev med krav om utfyllende opplysninger er sendt til svar mottas fra søker. Ifølge intervju har SAFH rutiner for at saken i slike tilfeller skal avgjøres på grunnlag av det materiale som foreligger (dvs. normalt avslag). Dette er ikke gjort i den aktuelle saken som er gjennomgått. Årsak til at saken har blitt liggende er det ikke gjort rede for.

Ingen av de kontrollerte sakene har blitt avvist på grunn av manglende gebyrinnbetaling. Dette skyldes at SAHF ikke anser saken som innkommet før gebyr er betalt. Det foreligger en standardinformasjon til søkerne som informerer søkerne om dette. Informasjonsskrivet opplyser videre om at søknader hvor gebyr ikke er innbetalt innen fire måneder blir avskrevet som ikke innkommet og dokumenter makulert.

6.5.6 Bruk av skjønn

I intervju med saksbehandlere i SAFH blir det vist til at regelverket gir rom for enkelte skjønnsmessige vurderinger. Som eksempel nevnes jevngodhetsvurderinger og vurderinger av hva som er nødvendig kyndighet, samt vurderinger knyttet til helsepersonell som har vært lenge borte fra yrket. Flere av saksbehandlerne gir uttrykk for at det skulle vært klarere kriterier å forholde seg til når slike vurderinger skal gjøres, og at det i organisasjonen ikke har vært fokus på ensartet saksbehandling. Det blir vist til at det blant saksbehandlerne til dels er ulik oppfatning om hva som skal ligge til grunn for vurderingene, og at det dermed kan ha utviklet seg ulik praksis for å behandle saker. En av saksbehandlerne mener at det blir gjort for mange feil på dette området. En annen av de som er intervjuet viser til at det på dette området har vært en positiv utvikling det siste halvannet år, og at det oppleves å være små forskjeller gjennom dagens praksis.

Flere av de som er intervjuet viser til at enkeltsaker ofte drøftes med kolleger, og at saksbehandlere innen ulike grupper (grupper knyttet til ulike kategorier helsepersonell) har en løpende dialog og diskusjon rundt kriterier. Noen viser til at slike drøftinger kun er knyttet til enkeltsaker, ikke til det å etablere en fast praksis. Det er ikke etablert ordninger for hvordan saker hvor det er faglig grunnlag for ulike vurderinger skal behandles, slik at man blant annet kan få etablert en mest mulig enhetlig praksis over tid. En av saksbehandlerne viser til at vedkommende ved flere tilfeller har bedt om at noe blir gjort for å etablere en mer ensartet praksis, men at dette ikke har blitt fulgt opp av ledelsen.

Flere av saksbehandlerne kommenterer at ledelsen i større grad burde bidratt til å fastsette praksis som skal følges i behandlingen av ulike typer søknader, og sørge for at alle ansatte er innenfor den samme faglige plattformen. Per i dag blir dette ifølge de som er intervjuet i stor grad ivaretatt av de ulike saksbehandlerne og av de som har fått et hovedansvar knyttet til ulike yrkesgrupper.

SAFHs direktør gir i intervju uttrykk for at likebehandling i sakene i liten grad har vært en utfordring å få til innad i teamene. Manglende kommunikasjon mellom teamene kan likevel føre til at likebehandling kan være en utfordring på tvers av teamene. Det blir videre vist til at sikring av lik behandling på tvers av grupper var en av årsakene til ønsket om omorganisering av SAFH.

6.5.7 Avvikshåndtering i forbindelse med saksbehandlingsprosessen

I intervju blir det vist til at SAFH ikke har hatt et avvikssystem for å varsle om uheldige hendelser i saksbehandling eller innen andre områder. I forbindelse med den pågående prosessen med etablering av prosedyrer, har det per oktober 2010 ikke kommet på plass rutiner for avvik fra prosedyrene, og det er så langt ikke etablert sjekklister knyttet til arbeidsoppgavene.

Det er utarbeidet en mal for avviksmelding, men det fremgår ikke av malen om den er godkjent. En avdelingsleder har i forbindelse med en bortkommen saksmappe tatt i bruk skjemaet for å melde avvik til ledergruppen, men det blir opplyst at skjemaet utover dette ikke er tatt i bruk i eller gjort kjent i organisasjonen.

Avvik har vært et tema i de ukentlige teamledermøtene, og det har da blitt dekket gjennom at det på hvert eneste teamledermøte har vært en runde med alle teamlederne og deres områder. Det er også gjennom teamledermøtene organisasjonen har foretatt evalueringer av rutinene og hvordan andre ting fungerer, og det eventuelt kunne tas opp tiltak til forbedringsaktiviteter.

6.5.8 Verifisering av dokumenter

Per oktober 2010 blir alle saker der det er mistanke om falske dokumenter overført til SAFHs verifiseringsgruppe for videre vurdering.

I notat fra SAFH til Deloitte opplyses om følgende rutiner ved mistanke om falske dokumenter[36]:

1. Saken blir undergitt en fornyet gjennomgang med særlig fokus på om alle relevante dokumenter forefinnes og beskaffenheten av disse
2. I noen av sakene kontakter vi norsk utenriksstasjon med anmodning om bistand for å få verifisert dokumentene
3. i andre saker kontakter vi utdanningsinstitusjonene direkte
4. I noen saker tilskrives vedkommende og bes om å redegjøre for det vi er i tvil om
5. I andre saker kan vedkommende innkalles til en samtale for å avklare sakens faktum
6. I saker hvor vi etter å ha iverksatt en eller flere av de ovennevnte punkter, konkluderes med at det er sannsynlighetsovervekt for at dokumentene er uekte anmeldes søker til politiet.

Ansatte i SAFH gir uttrykk for at det har vært en del fokus på faren for falske dokumenter. Dette gjelder spesielt søkere fra tredjeland. Samtidig blir det kommentert at verifisering ikke har vært et prioritert område i SAFH før på senhøsten 2009. En av de som er intervjuet sier at det har vært usikkerhet knyttet til hvor stor risikoen for falske dokumenter egentlig er. Det blir vist til at risikoen er åpenbar, men at kontoret ikke har hatt faktisk kunnskap eller erfaring til å vurdere hvor stor eller liten risikoen er. Det blir vist til at et viktig oppfølgingsmoment i forhold til falske dokumenter, er jevnlig kontakt med UDI, NOKUT og politiet. SAFH har avtale om å politianmelde mistenkte falske dokumenter til en bestemt kontaktperson i politiet i Oslo politidistrikt. Det blir pekt på at SAFH har vært sårbare når man bare har hatt dokumenter å forholde seg til i autoriseringsprosessen.

I årsrapport for 2008 går det frem at SAFH har innført en rekke tiltak og systemer, men at man i hovedsak er avhengig av årvåkenhet hos saksbehandlerne samt tips utenfra. Videre står det at *"SAFH har per utgangen av 2008 ikke innført særskilte aktive tiltak mot falske dokumenter (…)"*.[37]

---

[36] SAFH: *Ad mistanke om forfalskning, anmeldelse, oppfølging m.m*. Notat, 7.9.2010.
[37] SAFH: *Årsrapport for SAFH, 2008*

I årsrapport for 2009 blir det vist til at risikostyring, ekthetskontroll og tiltak mot falske dokumenter var definert som et av SAFHs fire strategiske satsningsområder i 2009. Som en del av satsningen ble det satt i gang et prosjekt for metodeutvikling, der to forhenværende politimenn ble engasjert for å gjennomgå en del saker og bidra til kompetanseheving på området. Som et resultat av dette prosjektet kom i mai 2010 den såkalte ”Politirapporten.” I tillegg hadde SAFH i 2009 kontakt med amerikanske helsemyndigheter, og SAFH besluttet å benytte seg av tjenestene til et uavhengig kontor i Philadelphia, Education Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG), som over 20 år har bygget opp en stor database for verifisering av dokumentasjon knyttet til leger. Det blir i intervju vist til at SAFH etter å ha koblet seg på dette systemet i 2009 har fått mye bedre kontroll i saksbehandlingsprosessen for tredjelandsleger, forutsatt at dette faktisk følges opp i den løpende saksbehandlingen.

Det har ifølge flere av de som er intervjuet ikke vært skriftlige retningslinjer knyttet til hvilken dokumentasjon som kan aksepteres, eller for hvordan mistanke om falske dokumenter skal håndteres. En saksbehandler viser til at vedkommende selv ikke har godtatt fakskopier. Den senere tid har det likevel blitt gitt instrukser om at slike kopier skal godkjennes på grunn av korte tidsfrister. For øvrig blir det vist til at SAFH har valgt å legge seg på en verifiseringslinje som innebærer at et dokument skal være attestert for å godkjennes. En av de som er intervjuet mener at det kan stilles spørsmål ved om dette gir tilstrekkelig sikkerhet, da det ikke er alle institusjoner som har samme strenge godkjenningspraksis som politiet, og en kan risikere å motta kopi av kopier. Ved usikkerhet om ekthet på dokumenter kan saksbehandler be søker om å møte personlig med originaldokumentet. For helsepersonell fra Filippinene og til dels India har SAFH mulighet til å undersøke dokumentasjonen opp mot offentlige registre som er tilgjengelig på internett.

I intervju blir det vist til at saksbehandlere som får en sak som oppleves som vanskelig, drøfter denne med kolleger. Videre kan man søke på nettet for eksempel for å finne ut om utdanningsstedet eksisterer, og det er mulig å ta kontakt med NOKUT eller med aktuell ambassade. Det blir videre vist til at slike prosesser og muligheter for å gjøre avklaringer ikke er beskrevet i noen systembeskrivelse eller prosedyre, og det blir gitt uttrykk for at SAFH burde hatt et bedre system for å sjekke ut ting vedrørende dokumenter fra utdanningssteder.

I intervju blir det kommentert at det i nytt søknadsskjema vil bli et felt der søker skal fylle inn hvordan SAFH kan komme i kontakt med utdanningsstedet.

En av saksbehandlerne viser til at SAFH har en del kontakt med tilsvarende myndighet i Danmark og Sverige, for eksempel i forbindelse med mistanke om falske dokumenter. Det er likevel ikke sagt spesifikt hvordan og i hvilken grad de skal samarbeide. Det blir kommentert at det er et nettverk på saksbehandlernivå, men at dette ikke er satt i system.

Det blir vist til at det blant saksbehandlerne kan være varierende kompetanse knyttet til verifisering av dokumenter. Å høyne de ansattes kompetanse på dette arbeidet, kan være en fremtidig oppgave for verifiseringsgruppen, dersom de får rammer som tillater det.

Flere av de som er intervjuet mener at SAFH, i likhet med andre offentlige instanser, av og til blir lurt av søkere. Det blir videre vist til at det som er av forfalskninger ofte er så godt forfalsket at det kan være vanskelig å se at dokumentasjonen er forfalsket. Samtidig oppfatter man at omfanget av falske dokumenter er lavt i forhold til saksmengde. SAFH får en del anonyme tips, men det blir vist til at det ofte viser seg at det ikke er hold i de påstandene som er fremsatt gjennom tipsene. Det blir vist til at alle tips uansett følges opp frem til man kan fastslå om det er hold i tipsene eller ikke.

6.5.8.1 Verifiseringsgruppen

Sommeren 2009 ble det etablert en egen verifiseringsgruppe i SAFH. Tre ansatte ble spurt om å delta i gruppen, og takket ja til det. Noe arbeid ble påbegynt, men da de to forhenværende politimennene høsten 2009 ble leid inn for å gjøre et arbeid som endte med den såkalte "politirapporten", ble verifiseringsgruppens arbeid stanset i påvente av dette andre prosjektet.

Det blir vist til at verifiseringsgruppen den senere tid har kommet i gang med sitt arbeid igjen, og at de nå har ukentlige møter og behandler saker. Verifiseringsgruppen har fra sommeren 2010 blitt utvidet til fem personer, hvorav to fra hver av fagavdelingene og en fra arkiv. Verifiseringsgruppen har også ansvar for å utarbeide prosedyrer knyttet til verifisering av dokumenter, og har påbegynt dette arbeidet. Det blir pekt på at det er en utfordring å klare å prioritere oppgavene knyttet til verifiseringsgruppen, da sakene gjerne er tidkrevende. Samtidig skal deltakerne i verifiseringsgruppen håndtere sine vanlige arbeidsoppgaver.

Verifiseringsgruppen får oversendt saker der det har kommet inn tips utenfra om mulige uregelmessigheter, samt saker der saksbehandler i SAFH er usikker vedrørende dokumentasjonen.

Noe av det verifiseringsgruppen har kommet med forslag om, er at SAFH på lik linje med NOKUT skal utøve en særskilt praksis for saksbehandling på noen type saker/land. Blant annet innebærer det at det skal stilles spesifikke krav til dokumentasjon i noen saker – hvis ikke vil de avslås. Det blir vist til at en slik praksis vil måtte baseres på en konkret risikovurdering. Forslaget om en slik prosedyre er løftet opp til ledergruppen som i sin tur trolig trenger forankring i direktoratet for et slikt forslag til strengere praksis.

Alle saker og tips som blir oversendt til verifiseringsgruppen, blir drøftet i gruppens ukentlige møter. I møtet blir også sakene fordelt på saksbehandlerne, og det føres oversikt over hvem som har ansvar for å vurdere hver enkelt sak samt status i sakene. Alt arbeid som gjøres i gruppen blir skriftlig dokumentert og lagt ut på et eget område på intranettet som er tilgjengelig for alle ansatte. Det blir også formidlet informasjon til alle ansatte på e-post og gjennom møter.

6.5.8.2 Politianmeldelser

SAFH anmelder saker til politiet når det avsløres bruk av falske dokumenter. Dette registreres i ePhorte. Alle saker skal meldes og alle saker skal gå igjennom verifikasjonsgruppen. I intervju blir det imidlertid gitt uttrykk for usikkerhet rundt hvorvidt dette er nedfelt i skriftlige rutiner/prosedyrer.

Når verifiseringsgruppen vurderer at det er stor sannsynlighet for forfalskning, anmeldes saken til politiet. Det blir i intervju vist til at SAFH er opptatt av at det ikke blir anmeldt uten tilstrekkelig substans, da man er opptatt av å bli etablert som en seriøs aktør. Når tipsene omhandler helsepersonell som allerede har fått godkjenning, og tipsene går på jobbutførelsen, er det Helsetilsynet som er rett instans og verifiseringsgruppa sender saken til Helsetilsynet.

I notat fra SAFH datert 7.9.2010, går det frem at fire saker har blitt anmeldt til politiet i perioden desember 2008 til september 2010. Det går videre frem at det er stor usikkerhet rundt omfanget av politianmeldelser i tiden før 1.12.2008, da ingen av de som nå er ansvarlige for dette var ansatt i SAFH før desember 2008, og andre sentrale ansatte har sluttet i SAFH.[38] I perioden 2008 – september 2010 har SAFH også hatt kontakt med politiet i tre forespørselssaker og tre bekymringsmeldinger[39].

---

[38] SAFH: *Ad mistanke om forfalskning, anmeldelse, oppfølging m.m*. Notat, 7.9.2010.
[39] SAFH: *Anmeldte saker, forespørsler, oppfølging og tilbakemelding*. Oversikt gjeldende for tidsrommet 2008 - 6.9.2010.

6.6 Klagebehandling og forholdet til klageorganet

I intervju blir det vist til at rundt 450 klager i perioden 2001 – 2010 har blitt oversendt til Statens Helsepersonellnemnd, som er klageorgan for vedtak fattet av SAFH. Av disse klagesakene er det under 70 som har fått medhold i klageorganet. Det blir kommentert at SAFH i samme periode har fattet rundt 10.000 avslagsvedtak.

I Statens helsepersonellnemnds årsrapport for 2009, går det frem at *"tallene viser som for 2008 at klager over vedtak fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell utgjør størstedelen av nemndas portefølje."*[40] Videre går følgende frem:

> "Ved nemndas behandling i 2009 ble 40 av vedtakene fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell stadfestet, ti vedtak helt eller delvis omgjort og fire ble opphevet og hjemsendt for ny behandling. Tilsvarende tall for 2008 var henholdsvis 41 saker stadfestet og tre saker omgjort."[41]

I SAFHs årsrapporter for 2008 og 2009 er det vist til følgende statistikk vedrørende klager på vedtak om autorisasjon eller lisens:

År	2005	2006	2007	2008	2009
Klage – vedtak stadfestet i HPN	29	22	27	46	48
Klage – vedtak omgjort i HPN	5	3	1	2	6

I et notat fra SAFH fra september 2010 blir det opplyst at det i løpet av det siste året har vært gjort noen flere omgjøringsvedtak eller tilbakesendinger til SAFH enn foregående år[42]. I rapport fra Helsedirektoratets interne gjennomgang av SAFH, blir det vist til at Helsepersonellnemnda i perioden mars 2009 til juni 2010 har omgjort 15 vedtak[43].

I referat fra Helsedirektoratets oppfølgingsmøte med SAFH 3. september 2010 står det at *"Det opplyses å være en økning i antall klage saker som oversendes til Statens helsepersonellnemnd for behandling."*[44]

SAFH opplyser at de sakene som omgjøres av Helsepersonellnemnda gjerne dreier seg om vurderinger knyttet til hvorvidt en utdanning er "faglig jevngod med norsk utdanning". Ved overprøving blir det gjerne sagt at SAFH ikke har synliggjort hva de legger vekt på når de sier at en utdanning ikke er jevngod med den norske.

Av intervju går det videre frem at det de siste årene har vært noen saker der SAFH har vært uenig i de avgjørelsene som Helsepersonellnemnda har fattet. Det blir vist til at det spesielt har vært to prinsipielle saker som har vært kime til konflikt med nemnda. Det ene gjaldt 14 polske sykepleiere som Statens helsepersonellnemnd etter klage ga autorisasjon i 2003, til tross for at de ikke hadde gjennomført kurs i nasjonale fag for sykepleiere. SAFH mente at det måtte stilles krav om at kurs i nasjonale fag skulle dokumenteres gjennomført og bestått før autorisasjon kunne gis. Nemnda var uenig i dette, og mente at man ikke kunne stille slike krav. SAFH vurderte denne praksisen som uforsvarlig og gjorde direktoratet og departementet oppmerksom på dette. Av intervju går det frem at dette resulterte i at departementet utarbeidet en tilleggskravsforskrift

---

[40] Statens helsepersonellnemnd: *Årsrapport for 2009*.
[41] Statens helsepersonellnemnd: *Årsrapport for 2009*.
[42] SAFH: *Saksbehandlingstid i SAFH. Aktivitet, saksbehandlingstid, restanser.* Notat, 21.9.2010.
[43] Helsedirektoratet: *Rapport fra intern prosjektgjennomgang av SAFH*. Oktober 2010.
[44] Helsedirektoratet: Referat fra oppfølgingsmøte med SAFH, 3.9.2010.

der det ble klargjort at bl.a. sykepleiere med utdanning fra land utenfor EØS skal gjennomføre og bestå kurs i nasjonale fag før de kan autoriseres som sykepleiere i Norge.

Det blir vist til at den andre sakstypen gjelder utenlandske leger og tannleger der SAFH har ment at det ikke var tilstrekkelig med kun dokumentasjonskontroll, og der SAFH har vurdert at også test av faglige kunnskaper og ferdigheter måtte gjennomføres før det var forsvarlig å gi autorisasjon i Norge. I intervju blir det kommentert at krav om slike tester har vært praksis langt tilbake i tid. Videre blir det vist til at Helsepersonellnemnda 1. april 2009 fattet noen vedtak, der SAFHs avslag ble omgjort. Dette gjaldt 3-4 saker, blant annet en tyrkisk tannlege og en lege fra Arkhangelsk i Russland. Ifølge informasjon fra intervju hadde disse ikke bestått fagprøve eller gjennomført turnustjeneste. Den tyrkiske tannlegen som nemnda ga autorisasjon hadde også strøket på fagprøven på Odontologisk fakultet ved Universitetet i Bergen.

Det blir vist til at ledelsen i SAFH valgte å skrive et brev til direktoratet om det som ble oppfattet som en uheldig praksis. Før brevet ble sendt, ble problemstillingen tatt opp med en professor ved Det juridisk fakultet ved Universitetet i Oslo. I intervju vises det videre til at den aktuelle professoren ved Det juridiske fakultet ikke bare gikk god for innholdet i brevet, men også mente at SAFHs direktør både hadde rett og plikt til å orientere overordnet myndighet om forholdet. Brevet ble sendt til Helsedirektoratet 30. november 2009.

Det blir videre vist til at det lå to klare motiver bak brevet. Det ene var at klagenemnda hadde fattet vedtak det var vanskelige for SAFH å forholde seg til. Det andre var å få belyst den urimelighet det innebar at nemnda, som selv behandler langt færre saker enn SAFH, mente at SAFH skulle ”gå ut i verden” og undersøke saker mer grundig på generell basis. I intervju blir det påpekt at SAFH behandler omtrent 25 000 saker i året, og en premiss for å kunne holde oppe et slikt produksjonsnivå er at en kan bygge på kravet til at søkere selv har plikten til å dokumentere det faktagrunnlag vedtaket skal bygge på. En omfattende undersøkelse av faktaopplysninger i så mange saker vil gå langt utover SAFHs kapasitet, blir det kommentert.

I brevet fra SAFH vises det til at SAFH *”har foretatt en gjennomgang av reglene for autorisasjon som helsepersonell i Norge fra søkere med utdanning fra land utenfor EØS-området. Årsaken til dette er at vårt klageorgan Statens helsepersonellnemnd (HPN) og SAFH forstår regelverket i helsepersonelloven 9 og 10 forskjellig på viktige punkter.”*[45]

Videre går følgende frem av brevet:

> ”(…). HPN legger opp til et krav til grundighet i SAFH vurderinger av autorisasjonssøknader som vil kunne medføre en vesentlig lengre saksbehandlingstid. Vi vil anslå at det er behov for dobling av antall saksbehandlere.
>
> SAFH må også gjøre oppmerksom på at HPN i den senere tid har endret sin forvaltningspraksis når det gjelder testprogrammet for leger og tannleger. Dersom HPNs vedtak skal legges til grunn må disse programmene avvikles, og Norge vil ikke lenger ha noen god måte å vurdere disse kandidatenes kunnskaper og ferdigheter på.
>
> SAFH har forslag til forbedringer av dagens vurderingsmåter. Enkelhet, forutsigbarhet og kvalitet i vurderingene er viktige hensyn som bør vektlegges. SAFH mener at dette vil være en

[45] SAFH: *Om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge.* Brev fra SAFH til Helsedirektoratet, 30.11.2009.

fordel for søkerne, utdanningsinstitusjonene, arbeidsgiverne, helsemyndighetene og pasientene."[46]

Brevet ble sendt med kopi til Helsedepartementet, Statens helsepersonellnemnd og Statens helsetilsyn.

Et notat fulgte som vedlegg til brevet. På grunn av at Deloitte er bedt om å uttale seg om autorisasjonsprosessen, ser vi det som nødvendig å påpeke følgende forhold som går fram av notatet[47]:

- "Helsepersonell utdannet i Norge har vært gjenstand for en individuell og løpende skikkethetsvurdering under utdanningen. Vi har ikke kunnskap om helsepersonell utdannet i utlandet har vært gjenstand for det samme. Dette innebærer en forskjellsbehandling i forhold til norske søkere. Videre er det en betydelig risiko at utenlandskutdannet helsepersonell som ikke er skikket eller egnet til yrkesutøvelse som helsepersonell blir autorisert i Norge. Dette mener vi er uforsvarlig."
- "Det er lovkrav at det ikke foreligger tilbakekallsgrunner på autorisasjonstidspunktet. Vi har ikke faktisk kunnskap om helsepersonell med utdanning fra land utenfor EØS-området har hatt alvorlige tilsynssaker på seg eller ikke. Det være seg i hjemlandet eller i senere oppholdsland."
- "Dersom lovgiver hadde ønsket en endring i rettstilstanden mener vi at dette burde ha fremkommet i forarbeidene. At dette ikke var lovgivers hensikt er enda klarere når vi sammenholder dette med uttalelsene i forarbeidene til legeloven. Her er krav til tilleggsprøver omtalt som nødvendig. Legeloven ble opphevet med helsepersonelloven. Vi omtaler dette fordi Statens helsepersonellnemnd i sakene omtalt nedenfor i Del V uttaler at det ikke er hjemmel for testprosedyrer av leger og tannleger utdannet i land utenfor EØS-området. Dette standpunktet er SAFH uenig i."
- "(…) Utfordringene med sikker verifikasjon av utenlandske dokumenter er store. Det er i tillegg meget krevende å vurdere utenlandske utdanninger ut fra lesning av dokumentene. Vi har flere eksempler på at våre faglige rådgivere i enkeltsaker ikke har kunnet se at utdanninger ikke er gjennomført og bestått før etter flere timers arbeid med saken. Risikoen for at den utenlandske kandidaten ikke har den faglige kompetanse som den fremlagte dokumentasjonen tilsynelatende viser anser vi som stor."
- "Det kan være meget vanskelig å vurdere innholdet i en utenlandsk fagplan. Fagplaner kan være meget generelle. De kan ha en kort oversikt over timeantall i enkelte fag. Det fremkommer ofte ikke om omfanget gjelder ett semester eller hele studiet. Det fremgår ofte ikke normert lengde for studiet. Det fremgår nesten aldri læringsmål i utdanningene. Norsk utdanning har som regel læringsmål. Innholdet i et fag kan være svært annerledes enn innholdet i tilsvarende norsk fag. (…) SAFH mener at lesing av fagplaner alene ikke er et tilstrekkelig godt nok virkemiddel for å vurdere en kandidats faglige kompetanse. (…)"
- "Sosial- og helsedepartementet skriver i sitt brev 15. september 2009 at bortfall av språkkrav har *"begrenset realitet i praksis"* for leger og sykepleiere. Årsaken til det er at de må gjennomføre kvalifiserende tiltak ved norske universiteter eller høgskoler for å bli autorisert. Dette er etter vår oppfatning et meget viktig moment når man skal vurdere hvilke språkkrav som bør gjelde for helsepersonell utdannet utenfor EØS-området. Årsaken til bortfallet av formelle språkkrav er at denne søkergruppen må gjennomføre norskundervisning for å bli kvalifisert uansett. Det bærer

[46] SAFH: *Om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge.* Brev fra SAFH til Helsedirektoratet, 30.11.2009.
[47] SAFH: *Helsepersonell utdannet utenfor EØS-området – søknad om autorisasjon i Norge*. Notat. Vedlegg til *Om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge.* Brev fra SAFH til Helsedirektoratet, 30.11.2009.

derfor galt av sted når HPN i sine vedtak skriver at det ikke kan stilles språkkrav til helsepersonell utdannet utenfor EØS-området, og at det ikke kan kreves at de skal gjennomføre tiltak. (…)"

- ""Nødvendig kyndighet"-bestemmelsen må nødvendigvis i høy grad være preget av skjønnsmessige vurderinger. Dette kan lett lede til at vurderingene oppfattes av søkere som vilkårlige og med innslag av forskjellsbehandling. Dette tilsier at man bør finne enklere og klarere vurderingsmåter for å slå fast om kandidaten har den kyndighet som er nødvendig for forsvarlig profesjonsutøvelse i Norge."
- "Norske medisinske fakulteter er svært klare på at det ikke er forsvarlig å vurdere en kandidats utdanning fra land utenfor EØS-området ut fra lesing av dokumenter alene. Videre er bruk av falske dokumenter et økende samfunnsproblem. Testprosedyrer kan dokumentere faglige kunnskaper og ferdigheter på en vesentlig mer troverdig måte enn lesing av fagplaner og annen dokumentasjon på utdanningens innhold. Ved å la kandidatene gjennomføre testprosedyrer vil risikoen for godkjenning av falske leger reduseres betydelig."

Av notatets oppsummering (del VI) går det blant annet fram at:

> "Dersom HPNs lovforståelse i disse to sakene blir stående som forvaltningspraksis har ikke Norge lenger noen faglig forsvarlig måte å vurdere kvalifikasjoner og ferdigheter for leger og tannleger fra land utenfor EØS-området. (…).
>
> Dersom HPNs lovforståelse skal legges til grunn som gjeldende rett har SAFH ikke lenger faglige holdepunkter for hvordan søknad om autorisasjon for helsepersonell utdannet i land utenfor EØS-området skal vurderes og avgjøres.(…) Dette vil åpne for vilkårlige vedtak. Hensynet til likebehandling av søkere vil kunne bli vanskeligere å oppfylle. SAFH anmoder Helsedirektoratet å vurdere konsekvensene av dette.
>
> Dersom HPNs lovforståelse blir stående vil det medføre at SAFH trenger en vesentlig styrking av saksbehandlingskapasiteten, anslagsvis en dobling. Uten økte ressurser vil saksbehandlingstiden kunne bli vesentlig lengre. Vi anmoder Helsedirektoratet om å vurdere konsekvensene av dette.
>
> Dersom HPNs lovforståelse skal legges til grunn som gjeldende rett, vil SAFH ikke være i stand til å fatte vedtak som er egnet til å sikre at helsepersonell med utdanning utenfor EØS-området er i stand til å fylle sin rettslige plikt til forsvarlig yrkesutøvelse i Norge. Dette mener vi er alvorlig. (…)"[48]

SAFH viser til at Helsedirektoratet lot saken ligge lenge, og brevet ble ikke besvart. Saken ble drøftet i kontaktmøte mellom direktoratet og SAFH 10.5.2010, uten at det ble fattet noen beslutning. Fra SAFHs side blir det vist til at direktoratet uttrykte at de syntes saken burde vært tatt opp i en mer hensiktsmessig form. I referat fra kontaktmøtet går det frem at dette var en orienteringssak fra Helsedirektoratets side, og følgende er nedtegnet i referatet:

> "Hdir presiserte rollen til klageinstans som faglig selvstendig/uavhengig og at førsteinstansens plikt til å forholde seg lojalt til klageinstansens vedtak. Dette er ikke det samme som at det ikke kan være uenighet, men får konsekvenser for på hvilken måte diskusjoner bør tas. Utgangspunkt: henvendelse fra SHPN, mediesak og kritisk rapport fra SAFH."[49]

Den 7.7.2010 ble det sendt et nytt brev fra SAFH til Helsedirektoratet vedrørende samme sak. Det blir i brevet vist til brev av 30.11.2009, og det går videre fram at *"på bakgrunn av den senere*

---

[48] SAFH: *Helsepersonell utdannet utenfor EØS-området – søknad om autorisasjon i Norge*. Notat. Vedlegg til *Om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge.* Brev fra SAFH til Helsedirektoratet, 30.11.2009.
[49] Helsedirektoratet: Referat fra kontaktmøte mellom Hdir og SAFH, 10.5.2010.

tids utvikling, bl.a. med oppmerksomhet rundt mulige falske dokumenter samt flere nye avgjørelser fra Statens Helsepersonellnemnd (HPN), ønsker SAFH med dette brevet å ta saken opp på nytt."[50]

I brevet blir det vist til bruken av standardiserte prosedyrer for å teste faglige kunnskaper og ferdigheter, og til en viss grad egnethet for yrkesutøvelse, for leger og tannleger. Videre står følgende i brevet:

> "SAFH har ved flere anledninger tidligere påpekt behovet for og nytteverdien av standardiserte prosedyrer. Blant annet er det gått detaljert inn på dette i brevet og notatet av 30. november 2009. Det skal derfor her bare kort nevnes noen argumenter for slike prosedyrer:
>
> - Standardiserte prosedyrer ivaretar på en bedre og mer forsvarlig måte behovet for forsikre seg om at søkerne har de nødvendige faglige kunnskaper og ferdigheter for å utøve yrket forsvarlig i Norge.
> - For noen yrkesgruppers vedkommende, for eks leger og tannleger, er det klart uttalt fra de medisinske og odontologiske fakultetene i Norge og fra godkjenningsmyndigheter i andre land at å vurdere slike søkere kun ut fra lesing av dokumenter ikke er mulig eller forsvarlig. Disse synspunktene er det gjort grundig rede for i vårt notat.
> - Standardiserte prosedyrer der alle søkere blir testet vil, uansett hvor gode systemer for verifisering av dokumenter man har, utgjøre et viktig tillegg for å sikre seg best mulig mot falske dokumenter.
> - Standardiserte prosedyrer sikrer likebehandling, forutberegnelighet og klarhet for alle parter, og bidrar til dermed til å sikre søkernes rettssikkerhet.
> - Vel etablerte og strukturerte standardiserte prosedyrer vil sannsynligvis bidra til en raskere og mer effektiv saksbehandling.
>
> Kjernebudskapet er altså at slike prosedyrer er et nødvendig virkemiddel for å kunne vurdere visse grupper søkere på en forsvarlig måte. I tillegg vil den vurderingsmåten som HPN gjennom sine vedtak legger opp til, være svært ressurskrevende å gjennomføre og langt på vei umulig å få til, da ingen norsk faginstans ser seg i stand til å gi tilstrekkelige detaljerte faglige råd kun basert på lesing av dokumenter."[51]

Videre går det fram av brevet at SAFH i løpet av sist uke hadde mottatt fire klagesaker som var behandlet av HPN. De to første sakene ble hjemvist til ny behandling i SAFH på samme måte og med samme begrunnelse som noen av de saker som det ble gjort rede for i brevet av 30. november 2009 med vedlegg.

I to øvrige saker som også ble hjemvist til fornyet behandling, blir det vist til at den problematikken som SAFH peker på i brev av 30. november 2009 forsterkes ytterligere. SAFH viser til at HPN i disse to sakene går langt i å bryte med tidligere etablert praksis på to områder, og at HPNs vedtak i disse to sakene kan sies å representere en "liberalisering".

Avslutningsvis i brevet av 7.7.2010 kommer SAFH med konkrete forslag til endringer:

> "Det er av stor viktighet å sikre og videreutvikle de eksisterende prosedyrene for leger og tannleger. I tillegg vil SAFH anbefale at det arbeides for en større bruk av slike prosedyrer også for andre sentrale helsepersonellgrupper, som for eksempel sykepleiere. For å få dette til må det som en konsekvens av Helsepersonellnemndas vedtak sikres et tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag for prosedyrene. Rent praktisk kan dette antakelig gjøres på en av tre måter:

---

[50] SAFH: *Om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge - oppfølging av brev av 30.11.2009*. Brev fra SAFH til Helsedirektoratet, 7.7.2010.

[51] SAFH: *Om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge - oppfølging av brev av 30.11.2009*. Brev fra SAFH til Helsedirektoratet, 7.7.2010.

- Ved å endre ordlyden i dagens helsepersonellov § 48
- Ved å utarbeide en ny forskrift med hjemmel i hpl § 48 femte ledd
- Ved at det forfattes en nytt brev som utdyper/presiserer Helse- og omsorgsdepartementets brev av 25. februar 2008

SAFH bidrar mer enn gjerne og på kort varsel med innspill til endringer i/suppleringer til regelverket, og til hvordan slike standardiserte prosedyrer for den enkelte yrkesgruppe bør organiseres."[52]

Også dette brevet ble sendt med kopi til Helse- og omsorgsdepartementet, Statens helsepersonellnemnd og Statens helsetilsyn. Ifølge SAFH ble ikke brevet av 7.7.2010 besvart fra Helsedirektoratets side. Det blir videre vist til at SAFH etter 7 uker purret angående saken til direktoratets ledelse. Da ble det tatt initiativ overfor HOD med spørsmål om å innkalle direktoratet, SAFH og HPN til et møte.

I august 2010 kommenterte Helsepersonellnemnda SAFHs brev av 7.7.2010 i et brev til Helsedirektoratet. Her blir det vist til at *"nemnda har vurdert det slik at det ikke foreligger en hjemmel i helsepersonelloven § 48 tredje ledd for å stille krav om at søkere med utdanning som lege fra land utenfor EØS, skal bestå medisinsk fagprøve i Norge for å kunne dokumentere faglig jevngodhet og at dette er i strid med lovens system"*.[53]

Videre blir det i brevet vist til at etter nemndas hjemvising av en sak til SAFH 24. mars 2009, sendte SAFH inn fire nye saker uten at praksis ble justert i forhold til nemndas avgjørelse. Disse sakene besluttet nemnda å oppheve 22. juni 2010, og de ble hjemvist til ny behandling. Videre går det frem at *"også etter at SAFH mottok disse fire har de oversendt nye saker til nemnda i strid med de føringer som ble lagt i nemndas avgjørelser. Vi legger til grunn at SAFH heretter retter seg etter de avgjørelser nemnda som et overordnet klageorgan, har fattet."*[54] Avslutningsvis i brevet blir det vist til at det er opp til Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere om det er ønskelig å gjøre endringer i helsepersonelloven. Brevet er sendt med kopi til SAFH og Helsedepartementet.

Helsedirektoratet viser til at direktoratet har fulgt opp saken på ulike måter:

1 "Har hatt spørsmålet oppe i planlagt kontaktmøte mellom Hdir og SAFH våren 2010

2 Innkalt SAFH til et møte om saken 1. september 2010

3 Har bedt HOD innkalle Hdir, Helsepersonellnemnda og SAFH til et møte for å drøfte de prinsipielle spørsmålene som her tas opp (har enda ikke fått noe tidspunkt – Hdir har purret)

4 Igangsatt utredningsarbeid våren 2010 om ny godkjenningsordning for helsepersonell med utdanning fra 3. land, leveranse til HOD 31.12.2010. Del av dette oppdraget løst ved nedsetting av arbeidsgruppe med eksterne (UiB, Tannlegeforening, FK) for å se spesifikt på systemene for godkjenning av tannleger. Frist leveranse til Hdir 22.10.10"[55]

---

[52] SAFH: *Om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge - oppfølging av brev av 30.11.2009*. Brev fra SAFH til Helsedirektoratet, 7.7.2010.
[53] Statens helsepersonellnemnd: *Helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge*. Brev fra Statens helsepersonellnemnd til Helsedirektoratet, 26.8.2010.
[54] Statens helsepersonellnemnd: *Helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge*. Brev fra Statens helsepersonellnemnd til Helsedirektoratet, 26.8.2010.
[55] Helsedirektoratet: E-post vedrørende oppfølging av brev fra SAFH (til Deloitte, 2. november 2010).

Det er i november 2010 kalt inn til møte med departementet. Dato var satt til 18. november, men er senere endret til 24. november. Følgende agenda er satt opp for møtet:

> ”SAFH og HPN redegjør/presenterer utfordringene i dagens forvaltningspraksis
>
> Prosedurale forhold og avslagsbegrunnelser
>
> Materielle vilkår for autorisasjon
>
> Forhold mellom førsteinstans og klageinstans
>
> b) Hdir gir sin vurdering inkl. forslag til omlegging av system for godkjenning
>
> c) Prosess/fremdrift for videre håndtering.”[56]

I virksomhetsplan for 2010 for Avdeling utdanning og personell i Helsedirektoratet, går det frem at en oppgave dreier seg om å gjennomgå og foreslå endringer i godkjenningsprosedyrer og kvalifiseringstiltak for helsepersonell med utdanning utenfor EØS. Oppgaven er definert som høyt prioritert.

10.9.2010 hadde Helsedirektoratet og SAFH et møte om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området. Følgende går frem av referatet:

> ”Møtet kom i stand på bakgrunn av brev fra SAFH av 30.11.2009, samt 7.7.2010 fra SAFH til Helsedirektoratet. Fra Helsedirektoratets side ble det beklaget at SAFH ikke hadde fått tydelige tilbakemelding på de to brevene, og at dette møtet er å betrakte som et svar til SAFH.
>
> SAFHs direktør redegjorde for bakgrunnen for de to brevene sendt til Helsedirektoratet og pekte på brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 28.02.2008, samt vedtak i Helsepersonellnemnda (HPN) som SAFH oppfatter har gjort endringer i sine vedtak siden 2008. SAFH kan ikke se at det er hjemmelsgrunnlag for de endringer HoD har signalisert i brevet av 28.02.2008.
>
> Kjernen i utfordringen for SAFH er at de må gjøre autorisasjonsvurderinger av leger og tannleger utelukkende på bakgrunn av dokumenter, og at det trengs ytterligere kontrollmekanismer for å sjekke ut ferdighet og skikkethet. Selv om dette er forhold som berøres i Gjennomgangsprosjektet, mener SAFH det er for lenge å vente til resultatene av Gjennomgangsprosjektet foreligger og påpeker at det haster med autorisasjonssakene som særlig berører leger og tannleger da det stadig kommer nye saker, samt klagesaker.
>
> Fra Helsedirektoratets side er det forståelse for at dagens ordninger ikke er gode nok. [navn] orienterte om flere møter som hadde funnet sted mellom HoD, daværende ledelse i SAFH, Helsedirektoratet og Universitetet i Oslo som følge av brevet fra HoD av 28.2.2008. I møtet var det enighet om at flere av de utfordringene SAFH peker på skyldes at den felles Helsepersonelloven ikke lenger er anledning til å teste autorisasjonssøkere med utenlandsk utdanning, noe det var åpning for i den tidligere Legeloven og Tannlegeloven, men som ikke har blitt videreført i Helsepersonelloven.”[57]

SAFHs direktør viser i intervju til at SAFH alltid har tatt nemndas konklusjon i klagevedtakene til etterretning og har iverksatt disse lojalt, uansett om man har vært enige i nemndas premisser i klagevedtaket eller ikke. Han viser samtidig til at Helsepersonellnemnda i noen saker kun har

---

[56] Helse- og omsorgsdepartementet: E-post med møteinnkalling, 1. november 2010.
[57] Helsedirektoratet: Referat fra møte mellom Helsedirektoratet og SAFH om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området, 10.9.2010.

kommet med bemerkninger til de begrunnelser som er gitt i vedtaksbrevene fra SAFH. Som eksempel nevnes sykepleiere fra land utenfor EØS, der SAFH generelt har erfart at søkerne mangler erfaring innenfor noen sentrale fagområder som sykepleiere i Norge må beherske, for eksempel innen eldreomsorg og psykiatriområdet. Nemnda har ikke overprøvd vedtakene som gjelder avslag til disse søkerne, men har kommet med bemerkninger til de begrunnelser som er gitt i vedtaksbrevene. SAFH har ikke alltid da i senere vedtak lagt til grunn innspillene fra nemnda.

Fra Helsedirektoratet side blir det i intervju vist til at det er ulike måter et vedtaksorgan kan forholde seg til klageorganet på. Enten gjennom å se på det som positivt å ha et klageorgan som bidrar til å justere og klargjøre regelverksforståelse og praksis, eller ved å se på klageorganets omgjøringer og presiseringer som en utidig innblanding. Det blir videre vist til at det kan synes som SAFH har hatt elementer av den siste tilnærmingen, noe som blir opplevd som bekymringsfullt.

Det blir også uttalt at Helsedirektoratet oppfatter at det fra SAFHs side har vært tendenser til å sabotere oppfølging av vedtak i Helsepersonellnemnda.

6.7 Oppfølging og monitorering

6.7.1 Produksjonsstatistikk

I notat fra SAFH til Helsedirektoratet går det frem at SAFH ikke har systemer som gir automatisk oversikt over innkomne saker, status for den enkelte sak i saksbehandlingen, saksbehandlingstid eller restanser. SAFHs aktivitetsstatistikk er i stor grad avhengig av sammenstilling av tall fra arkivsystemet (ePhorte), Helsepersonellregisteret (HPR) og til dels manuelle tellinger av papirkopier[58].

I SAFHs årsrapport for 2009 går det frem at:

> ""Produksjonen" har i hovedsak vært som tidligere år, men med en gradvis økning. I 2009 ble det behandlet i alt 22 085 søknader om autorisasjon, hvorav 1050 fikk avslag og 1 770 var søknad om lisens. Søknader om autorisasjon fra Norden, utenom Norge har fra 2001 til 2009 økt med 1 800 til 4 476, fra EØS-land utenom Norden er det en økning på ca.800 til 1 311 i samme periode."

Det er utarbeidet statistikker per år som viser antall autorisasjoner fordelt på utdanningsland og helsepersonellkategori. For leger og sykepleiere er det også statistikker som viser antall leger gitt autorisasjon fordelt på utdanningsland og statsborgerskap. Oversikter viser også blant annet antall lisenser, antall studentlisenser og antall lisenser til personer over 75 år per år.

I intervju blir det vist til at SAFH, til tross for uro i organisasjonen, per oktober 2010 har produsert det samme når det gjelder antall behandlede søknader i 2010 som på samme tid i 2009.

I SAFHs virksomhetsplan for 2010-2011 går det om resultatoppfølging frem at måleresultater knyttet til produktivitet og effektivitet skal følges opp av SAFHs ledelse i forhold til hver enkelt avdeling, i forhold til enkeltmedarbeidere og ved rapportering til overordnet myndighet innen

[58] SAFH: *Saksbehandlingstid i SAFH. Aktivitet, saksbehandlingstid, restanser.* Notat, 21.9.2010.

fastsatte frister. Som ledd i vurderinger av kvaliteten på de tjenester som utføres ved kontoret, skal også antall omgjøringer av vedtak registreres.

Det fremgår av intervju at ledelsen i SAFH aktivt har fulgt opp vedtaksproduksjonen og tatt ut oversikter som har blitt presentert på de ukentlige teamledermøtene. Data tas ut fra HPR og legges inn i regneark for bearbeiding og presentasjon. I analysene sammenlignes produksjonen med foregående måned, og tilsvarende måned fra året før.

SAFHs direktør viser til at arbeidet med å få oversikt over avslagsvedtak er tyngre. Det er ikke noe register å hente ut fra på dette området, og disse vedtakene har måttet telles opp manuelt. For å få riktige tall, har en vært avhengig av å ha et ajourført arkiv. Videre har arkivet hvert år utarbeidet oversikt over antall innkomne søknader, og økonomimedarbeider har utarbeidet oversikt over søknader der gebyr er betalt/ikke betalt. Det blir opplyst at disse tallene ikke har vært helt pålitelige, og derfor har ledet til manuelle tellinger og utregninger.

6.7.2 Saksbehandlingstid

SAFH har per i dag ikke et saksbehandlingssystem som gjør det mulig å ta ut statistikk eller andre oversikter over saksbehandlingstid. Det går frem at dette har vært et tema både internt og i styringsdialogen. I intervju blir det vist til at SAFH har måttet lage statistikker basert på manuelle tellinger. Det blir videre vist til at Helsedirektoratet har akseptert dette gjennom alle år og at det også er omtalt i tildelingsbrevene og rapportene fra SAFH.

IT-basert saksbehandlingssystem er omtalt allerede i tildelingsbrev for 2001. Innen 1. april 2001 skulle Helsetilsynet ha en oversikt over saksbehandlingstid for de ulike kategoriene søknader, og forslag til normer for saksbehandlingstid[59]. Også i tildelingsbrev for 2010 får SAFH i oppdrag å utarbeide forslag til saksbehandlingstid for de ulike søknadskategoriene: autorisasjon, lisens og turnustjeneste, med underkategorier for personellgruppe og utdanningssted der dette er hensiktsmessig. Frist er satt til 1. februar 2011. I SAFHs tertialrapport for første tertial 2010, blir det vist til at det i kontaktmøte 10.5.2010 har blitt enighet om at SAFH først skal komme med tall for noen grupper, som et ledd i en forberedelse til innsamling av data til nytt elektronisk saksbehandlingssystem.

Når det gjelder beregningen av saksbehandlingstid, går det i årsrapport for 2009 frem at SAFH beregner saksbehandlingstiden fra gebyr er betalt. I mange tilfeller blir gebyr aldri betalt, og saken avskrives da etter 4 måneder. Beregning av saksbehandlingstid stopper opp ved eventuelle oppfølgingsspørsmål fra SAFHs side, og starter på nytt når søker har besvart spørsmålet. I et notat fra SAFH til helsedirektoratet blir det imidlertid vist til at det er uklart for SAFH fra hvilket tidspunkt de skal beregne saksbehandlingstiden, men at det for praktiske formål antagelig bør beregnes fra tidspunktet for innbetalt gebyr[60]. Det blir videre vist til at det er stor variasjon med hensyn til saksbehandlingstid og at dette varierer med utdanningssted og profesjonsgruppe.

I intervju blir det vist til at det per i dag ikke er mulig å måle saksbehandlingstid på en sikker måte. Den blir i praksis målt ved å se på dato på den eldste saken i gangarkivet, eller gjennomsnitt for de eldste ti sakene. Det er med slike metoder vanskelig å dokumentere om saksbehandlingstiden

---

[59] Statens helsetilsyn: *Tildelingsbrev til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell for 2001*.
[60] SAFH: *Saksbehandlingstid i SAFH. Aktivitet, saksbehandlingstid, restanser.* Notat, 21.9.2010.

har økt eller blitt forkortet. Det blir videre vist til at man vet at saksbehandlingstiden i en del tilfeller er for lang, selv om man ikke har noe IT-verktøy for å måle nøyaktig saksbehandlingstid.

I referat fra etatsstyringsmøte 15. mai 2009, går det fram at SAFHs direktør sa følgende om beregning av saksbehandlingstid: *"(…) Tiden hos saksbehandler regnes med i saksbehandlingstiden, men ikke den tid som går fra søknad sendes inn til gebyr betales. SAFH sin saksbehandlingstid ligger i hovedsak klart innenfor 8-ukersfristen, som er det tidspunkt restansene regnes fra."*[61]

En representant for SAFHs ledergruppe bemerker i intervju at vedkommende spør seg hvilken 8-ukersfrist det er snakk om. Videre spør vedkommende seg hvordan direktøren kunne vite at SAFH ligger innenfor denne tiden. Det blir vist til at dette ikke er dokumentert, og vedkommende antar at dette er en påstand tatt ut av luften og som godt kan være uriktig. Det vises til at SAFH ikke har hatt mulighet til å beregne dette uten å gå gjennom alle saker fysisk, og at en slik gjennomgang aldri har blitt gjort.

I SAFHs årsrapport for 2009 går det frem at SAFH ved mange anledninger har sjekket saksbehandlingstiden i enkeltsaker, oftest i forbindelse med klager på lang saksbehandlingstid. Det blir vist til at SAFH ikke har elektroniske systemer for å overvåke saksbehandlingstiden, men at dette er noe man tar sikte på å få på plass gjennom nytt saksbehandlingssystem. I intervju blir det vist til at det har vært noen klagesaker gjennom årene, der det har blitt hevdet at saksbehandlingstiden har vært svært lang. Det har i de fleste tilfeller vist seg at det har tatt lang tid fordi saken har ligget hos søker selv, mens SAFH har avventet etterspurt dokumentasjon.

I SAFHs årsrapport for 2009 blir det også vist til at *"for SAFH har saksbehandlingstiden som tidligere vært meget kort. I løpet av 2009 er saksbehandlingstiden redusert til mellom 6-8 uker for alle sakstyper, de fleste saker behandles betydelig raskere enn dette."*[62] SAFHs direktør viser i intervju til at for de aller fleste yrkesgrupper (27 av 29) og for søkere fra alle landområder har saksbehandlingstiden stort sett vært tilfredsstillende og bare sjelden over 6-8 uker. Når det gjelder søknader fra sykepleiere og hjelpepleiere med utdanning fra land utenfor EØS har SAFH imidlertid fra tid til annen hatt lengre saksbehandlingstid enn 6-8 uker. Det blir vist til at direktøren har fulgt opp disse sakene spesielt, og at det et par ganger i året, hvert år, har blitt satt i verk konkrete tiltak for å bygge ned saksbehandlingstiden til et akseptabelt nivå. Direktøren har vurdert behovet for slike tiltak blant annet ved å gå rundt på kontoret og se på hvor mange saker som har ligget i kø, og hvor gamle de har vært.

Høsten 2010 er det utarbeidet en oversikt over saksbehandlingstid i SAFH for ulike personellgrupper. Det fremgår at oversikten *"(…) er utarbeidet ved en manuell gjennomgang av de sakene som per dato venter på vurdering. Dette er gjort ved å notere dato for innbetalt gebyr for de 3-5 eldste sakene i hver profesjonsgruppe."*[63]

Oversikten viser stor variasjon i saksbehandlingstid. Eksempelvis fremgår det at leger med utdanning fra Norge får behandlet sin søknad på under en måned, og at mange andre personellgrupper med utdanning fra Norge får autorisasjon ved eksamen. Når det gjelder utdanninger fra Norden, går det frem at flere personellgrupper får "rask behandling", men at det for hjelpepleiere innen Norden er tre måneders saksbehandlingstid. For helsepersonell med utdanning fra EØS-området oppgis blant annet 2-3 måneders saksbehandlingstid for leger, 3-4 måneder for sykepleiere og 3-4 måneder for psykologer. Når det gjelder tredjeland, fremgår det at

---

[61] Helsedirektoratet: Referat fra etatsstyringsmøte 14. mai 2009.
[62] SAFH: Årsrapport 2009.
[63] SAFH: *Saksbehandlingstid i SAFH for ulike personellgrupper, 15.9.2010*.

det er vanskelig å beskrive en generell saksbehandlingstid for leger, da de går gjennom et langvarig kvalifiseringsløp der det underveis blir gitt flere typer godkjenninger. Videre går det frem at det er 4 måneders saksbehandlingstid for sykepleiere, 2-3 måneder for helsefagarbeidere, 2 måneder for tannteknikere/tannpleiere og 3-6 måneder for psykologer. Når det gjelder sistnevnte kategori, er det kommentert at psykologutdanningen varierer meget mellom landene, og at det er vanskelige jevngodhetsvurderinger.

I intervju blir det vist til at når det gjelder turnusordningen for leger, er dette et område der SAFH må være à jour hele tiden, og det har SAFH lyktes med. Turnusleger har fått sine saker behandlet og har fått sin turnuslisens før turnusstart.

Når det gjelder øvrige prioriteringer, viser flere saksbehandlere i intervju til at tre månedersfristen for EØS-saker legger føringer på de prioriteringer som gjøres. Oversitting av denne fristen kan potensielt resultere i søksmål mot SAFH, og de klarer stort sett å overholde denne fristen blir det kommentert. Det blir vist til at behandling av saker fra tredjeland ikke har tilsvarende frist som regulerer saksbehandlingstiden, og dette medfører at behandlingstiden for disse sakene kan være veldig varierende. En av saksbehandlerne viser til at SAFH for halvannet år siden var oppe i 6-7 måneders saksbehandlingstid for saker fra tredjeland, men at dette har blitt bedre. Nå ligger man ifølge saksbehandleren i snitt på 2-3 måneders saksbehandlingstid, men det kan fremdeles være tilfeller der SAFH ligger tett opp mot det som er forsvarlig saksbehandlingstid.

6.7.3 Restanser

SAFH har ikke et saksbehandlingssystem som gjør det mulig å ta ut statistikk eller andre oversikter over restanser. Også dette har vært et tema både internt og i styringsdialogen.

I intervju blir det vist til at SAFH har et restanseproblem, men strever med å tallfeste det og måle fra kvartal til kvartal. Den enkelte saksbehandler registrerer at sakene i bunken begynner å bli gamle, og at bunken blir høyere, slik vet de at de har restanser. Saker prioriteres ved at de eldste sakene, basert på dato som er stemplet på saksomslag, velges først. Det blir videre vist til at arkiv kan ta ut såkalte ”OBS-lister” på manuelt innlagte forfallsdatoer som er overskredet. Dette blir gjort for å følge opp brev som man ikke har fått svar på.

I årsrapport for 2008 er det vist til en økning i restansene, jf tabellen under. Det går ikke frem av årsrapporten hvordan restansene er beregnet.

År	2005	2006	2007	2008
Restanser	1182	1360	2370	3586

I et notat fra SAFH går det frem at restansene i SAFH beskriver hvor mange saker som er i omløp uansett status i prosessen[64]. Dette innebærer at tallene også vil omfatte søknader som venter på innbetaling, samt saker som venter på å bli avskrevet i arkiv til dels mange uker etter at vedtak er fattet.

I intervju nevnes en rekke opplevde årsaker til at det i perioder bygger seg opp restanser:

- Per oktober 2010 er SAFH nesten uten jurister. Dermed blir det restanser for eksempel på saker som skal til Helsepersonellnemnda, fordi juristene skal involveres i disse sakene.

[64] SAFH: *Saksbehandlingstid i SAFH. Aktivitet, saksbehandlingstid, restanser.* Notat, 21.9.2010.

- Stort sykefravær kan føre til restanser. Når avdelinger har mye fravær, kan det bli store opphopninger av saker. Spesielt når personell som betjener samme profesjon er fraværende samtidig. Det blir vist til at slike situasjoner krever aktiv involvering fra ledelsen for å sørge for at sakene blir tatt unna, men at dette ikke alltid skjer.
- Flere saksbehandlere viser til at en utfordring i arbeidshverdagen er telefoner som forstyrrer arbeidsprosessene, samt en rekke e-poster som må besvares. Dette fører til lite tid til selve saksbehandlingen, og det kan medføre en opphopning av saker. Det blir også vist til en ond sirkel, ved at jo lengre saksbehandlingstiden er, jo flere henvendelser får SAFH fra søkerne.
- Saksmappene fordeles manuelt, og det hender at noe forsvinner. Det kan ta tid før det blir avdekket at en sak er forsvunnet.
- Det har hendt at saker er blitt liggende etter at gebyr er betalt, selv om saksbehandlingen fra dette tidspunktet skal begynne.
- Restanser oppstår også når gebyrsaker blir hengende på grunn av manglende betaling.
- For få ressurser på saksbehandlersiden fører til oppbygging av restanser.

Flere av saksbehandlerne viser til at det per oktober 2010 ligger mange saker og venter på behandling. En saksbehandler viser til at SAFH på enkelte grupper har restanser på minst tre måneder, og at dette fører til mange henvendelser på telefon og e-post. Saksbehandleren peker på at en slik situasjon kan medføre mye ”brannslukking” i stedet for ordentlig behandling av sakene. En annen saksbehandler viser til at man for å få ned restanser har laget et system for standardisert behandling av enkelte grupper av personell som skal godkjennes. Risiko ved denne tilnærmingen er etter saksbehandlerens mening at en ikke i tilstrekkelig grad klarer å fange opp individuelle variasjoner.

SAFHs direktør viser i intervju til at SAFH har hatt spesielt fokus på to typer saker:

- ”Frem fra glemselen saker”, dvs. saker der SAFH har etterspurt mer dokumentasjon fra søker. Her har det blitt vektlagt at brevene fra SAFH skal inneholde frister, og at når fristen er ute skal saken hentes frem fra ventearkivet og behandles på det faktagrunnlaget som foreligger, slik at saker ikke blir liggende i arkivet ubehandlet når søker ikke sender inn etterspurt dokumentasjon.
- ”Frem fra krokene saker”, dvs. de sakene som saksbehandler kan oppleve at det er vanskelig å behandle. Det blir vist til at det har forekommet at man, når ansatte har sluttet, har funnet saker som har blitt liggende lenge ubehandlet på vedkommendes kontor. Slike hendelser førte til at SAFH fra 2004 innførte såkalt ”siloarkiv” (gangarkiv med saker som ligger i kø for behandling), for å unngå at saker skulle bli liggende på kontorene.

6.7.4 Arbeidsbelastning og fordeling av saker til saksbehandler

I intervju blir det vist til at SAFH har et manuelt gangarkiv til hver avdeling for å holde oversikt over sakene. Sakene er sortert etter dato og etter yrkesgruppe. Saksbehandlerne som har ansvar for de ulike yrkesgruppene henter selv saker i gangarkivet etter hvert som de har ledig kapasitet, og de skal da velge de eldste sakene først. Alle saker som blir lagt i gangarkivet, er registrert på avdelingsleder for den respektive avdeling saken tilhører.

Flere av saksbehandlerne peker på at det er svakheter knyttet til dagens system for fordeling av saker. Det blir vist til at dersom sakene hadde vært registrert på hver enkelt saksbehandler, i stedet for på avdelingsleder, ville det gitt et bedre grunnlag for oppfølging. For eksempel er det flere som kommenterer at det kan være stor variasjon i den enkeltes arbeidsbelastning, basert på blant annet individuell variasjon i arbeidsmoral. Det finnes ifølge intervju ingen oversikt over hvor

mange saker den enkelte saksbehandler arbeider med og hva som er arbeidsbelastningen per saksbehandler. Avdelingslederne har heller ikke oversikt over hvilke saksbehandlere som arbeider med hvilke saker, med mindre de etterspør bestemte saker. Samtidig blir det vist til at sakene kan spores på de enkelte saksbehandlerne ved at initialene til saksbehandler kommer opp i ePhorte, og at det skal være mulig å ta ut oversikter over dette. Dette gjelder likevel bare dersom et utgående brev er registrert i ePhorte, og saken ikke senere er fordelt til annen saksbehandler.

Saksbehandlerne viser til at det ikke er noen på ledernivå som registrerer om en saksbehandler tar fem eller tjue saker, og oppfølgingen i forhold til produksjon og restanser blir dermed lite differensiert. Det blir kommentert at flere kunne kommet unna med å gjøre mye mindre enn det de per i dag gjør, og at organisasjonens leveringsevne dermed blir svært avhengig av hva den enkelte tar på seg av oppgaver. Videre blir det vist til at denne ordningen kan virke demotiverende for de som tar på seg mye arbeid, da det ikke er noen incentiver knyttet til arbeidsinnsats. Det blir kommentert at det ikke er noen regelmessig oppfølging av arbeidsbelastning eller restanser på person- eller gruppenivå.

Måten saker blir fordelt på, innebærer at flere saksbehandlere kan være innom samme sak i ulike faser av saksbehandlingen. Videre blir det i intervju vist til at det forekommer at vanskelige saker blir liggende i lang tid i gangarkivet. Problemstillingen med saker som blir hengende i arkivet lenge fordi de er vanskelige, har i liten grad vært tema i møter eller lignende.

6.7.5 Arkiv

SAFH bruker ePhorte som elektronisk arkivsystem. Dette erstattet i januar 2007 det gamle elektroniske arkivsystemet Modulink[65].

I intervju blir det vist til at SAFH ved overgangen fra tidligere arkivsystem til ePhorte ikke hadde ressurser til å innføre dette slik at det kunne sikre de oversikter, restanselister osv som man muligens kunne fått ut av dette systemet. Det blir vist til at SAFH nå arbeider med en endring vedrørende fordeling av saker. De skal ha møte med Ergogroup for å se om ePhorte kan brukes i større grad. SAFH og Helsedirektoratet samarbeider om å finne midler i 2010 til å utvikle bruken av ePhorte. Målet er at SAFH skal få fordelt saker på saksbehandler i systemet. Hver saksbehandler vil da få en saksportefølje, noe som vil gi større kontroll på effektiviteten og medføre at lederne får større kontroll. Det blir vist til at tidshorisonten på arbeidet med Ergogroup innebærer at SAFH burde ha et system oppe å gå i løpet av året. Det er også et mål å få på plass web basert søknadsskjema. I intervju blir det videre vist til at scanningen av dokumenter aldri har kommet helt på plass i SAFH.

I notat fra SAFH vedrørende oppfølgingspunkter i risikostyringen går følgende frem om arkivordningen:

> ”Vårt arkivsystem og saksbehandlingssystem er ikke velegnet for den type arbeidsoppgaver vi er satt til å utføre. Vi har foreløpig ikke lykkes med å få en ordning der ephorte kan brukes til den overvåkning vi er avhengig av. Dette er noe av bakgrunnen for det påbegynte IKT-prosjektet.”[66]

SAFHs arkiv består i stor grad av et papirarkiv. Saker som er klare til behandling, plasserer arkivet i gangarkivet, der saker ligger i kø for behandling. Ferdig behandlede saker blir registrert

[65] SAFH: Brev fra SAFH til Helsedirektoratet vedrørende statsbudsjett for 2009, 10. april 2008.
[66] SAFH: Internt notat vedrørende oppfølgingspunkter i risikostyringen (til Helsedirektoratet), 1.7.2010.

som avsluttet i arkivet, og arkivert. En saksbehandler viser i intervju til at hun oppfatter SAFHs arkiv som noe uoversiktlig. Det blir vist til at en del leger for eksempel har mange adskilte saksmapper: en for lisens, en for turnus, en for testing, en for en ny lisens osv. Disse er plassert på ulike steder, og dette oppfattes som uoversiktlig. Saksbehandleren mener det hadde vært mer hensiktsmessig med én saksmappe per lege. Samtidig har det hjulpet med innføring av ePhorte, blir det påpekt, fordi saksbehandlere gjennom ePhorte i hovedsak kan se alle saker som er knyttet til en person, og få oversikt over hvor mange saksmapper som foreligger for den aktuelle personen. Andre saksbehandlere mener at dagens ordning er hensiktsmessig, da den bidrar til å skille sakene knyttet til turnus fra sakene knyttet til autorisasjon.

I intervju blir det vist til at det for arkivet er en utfordring at de er papirbasert. Det er veldig mange saker som skal håndteres av få personer, ca. 22000 saker per år. Arkivet bruker tid både på å finne sakene og på å finne ut hvem som har sakene. De har ikke elektronisk kontroll på hvor sakene er før en saksbehandler har skrevet et brev. Saksflyten oppleves heller ikke som effektiv fordi sakene stadig er i bevegelse. De må hele tiden finne saken manuelt i stedet for å få alt opp elektronisk. Det blir også vist til at arkivet til tider får saker til omregistrering, noe som tar tid. I intervju vises det til at det tidligere var vanlig at saksbehandlerne stod i kø utenfor arkivet og ville ha hjelp, og det var forstyrrende for arkivmedarbeiderne og tidkrevende å finne saker når noen hadde behov for det. Arkivet har derfor innført e-postmottak slik at saksbehandlerne nå kan sende forespørsel per e-post i stedet for å stå i kø på gangen. Dette blir vurdert å fungerer bra.

I intervju går det frem at det er en risiko for feilplassering av saker i gangarkivet, og flere av de som er intervjuet viser til at det hender at saksmapper forsvinner. Dette bekreftes blant annet av den stikkprøvekontrollen av saker som er gjort i forbindelse med den eksterne revisjonen, samt av et avviksskjema en av avdelingslederne har levert vedrørende en forsvunnet saksmappe, datert 17.3.2010. Videre går følgende frem av referat fra ledermøte i SAFH 27. april 2010: *”Funnet 3 saker i gangarkivet til fag avdl. 2, men tilhører avdl 1. Ikke klart å finne ut hvordan disse har havnet der. Sakene var fra august 09.”*[67]

Det blir i intervju vist til at en utfordring for organisasjonen har vært utflytende ansvar mellom saksbehandlerne og arkivet. Tidligere kontrollerte arkivet mer enn de skulle, også innholdet i saksbehandlingen. Dette gjør de ikke lenger. Det blir vist til at innholdet i vedtakene ikke er arkivets ansvar. Arkivets ansvar er at vedtaket er dokumentert. Det fins fremdeles et avviksskjema der arkivet kan krysse av for hvilke dokumenter og andre opplysninger som manglet før saken kan sendes ut, som skal leveres til saksbehandler.

Arkivet tar ikke ut oversikter over restanser, utover at de sender ut ”obs. lister” til fagavdelingene. Disse tas ut på bakgrunn av manuelt registrerte datoer i forbindelse med for eksempel innhenting av supplerende dokumentasjon vedrørende en søknad.

I intervju blir det vist til at det er stort arbeidspress på arkiv, og at det lett kan oppstå restanser i forbindelse med enkelte oppgaver. SAFH får inn en betydelig mengde saker, som blir stemplet og registrert inn av arkivet. Det blir videre vist til at det for arkivfunksjonen er viktigst å få prioritert søknadene som kommer inn, og få registrert disse. Dette for at SAFH kan få fakturert det som skal faktureres. Saksbehandlere viser i intervju til at de er veldig avhengige av arkivet for å få sakene registrert og klare til behandling, samt for å få lagt inn sakene i arkivet etter ferdig saksbehandling. En av saksbehandlerne som er intervjuet viser til at SAFH har et godt system for registrering av inn- og utgående dokumenter, og at det er lett elektronisk tilgang til brev etc.

---

[67] SAFH*: Ledermøte referat nr 15/10*, tirsdag 27. april 2010.

De siste månedene har arkivet arbeidet mye med utarbeiding av prosedyrer for arkivet, det har spesielt fra sommeren 2010 vært fokus på utarbeiding av rutiner og prosedyrer. De som er intervjuet ser på det som positivt at det blir utarbeidet prosedyrer, men det har også vært mye motstand mot utvikling av prosedyrer i arkivet, blir det kommentert. De ansatte på arkiv må involveres i dette arbeidet siden det er de som i detalj kjenner arbeidsprosessene, og det blir pekt på at det for de ansatte kan være problematisk å skulle bruke mye tid på utarbeiding av prosedyrer samtidig som de har svært mye praktisk arkivarbeid som skal gjøres. Arkivet har regelmessige prosedyremøter i forbindelse med det pågående arbeidet.

I intervju blir det vist til at noe som er nytt ved arkivet, er at de ansatte nå får delta i ulike grupper i SAFH, for eksempel verifiseringsgruppen. Det blir også uttrykt et ønske om at arkivpersonalet skal bli invitert inn når en avdeling diskuterer en rutine, for å få tilpasning til arkivet.

Arkivet har en gammel arkivplan, men denne brukes ikke aktivt. I intervju blir det vist til at arbeidet med arkivplan ble påbegynt i 2003 og det ble engasjert en med spesielt ansvar for å produsere denne planen. Nåværende arkivplan er oppgitt å være fra 2006, men samtidig opplyses det at dette ikke er reelt da det i praksis ikke har vært gjort særlig med endringer siden 2003. Manglede ressurser pekes på som forklaring på manglende oppdatering av arkivplan.

Det blir vist til at arkivplanen skal oppdateres når SAFH har utviklet ePhorte til et elektronisk saksbehandlingssystem og er blitt fullelektroniske. Dette forventes å skje i løpet av få måneder. Det blir vist til at det er behov for å oppdatere den.

Når det gjelder informasjonssikkerhet blir det pekt på at det i utgangspunktet ikke er noe av SAFHs saksbehandling som er unntatt offentlighet, med unntak av tilfeller der det er legeuttalelser. Arkivet gir ut journal ved forespørsler fra presse. I den forbindelse vurderes det fra forespørsel til forespørsel om det er dokumenter som skal unntas offentlighet.

6.8 Rutiner ansettelser

Helsedirektoratet har i sin interne gjennomgang av SAFH gjennomgått og vurdert de fire siste ledertilsettingene i SAFH, samt prosessen rundt inngåelse av midlertidige tilsettingsforhold som er inngått siste halvår av den avgåtte administrasjonssjefen.

På bakgrunn av direktoratets gjennomgang av dette temaet, blir ikke dette nærmere gjort rede for eller vurdert i denne rapporten.

6.9 Vurderinger – internkontroll og risikostyring

6.9.1 Mål

SAFH har utarbeidet visjon og mål, herunder både strategiske og mål som fungerer i et korttidsperspektiv. Deloitte ser at det hersker usikkerhet knyttet til måloppnåelse på grunn av manglende systemer for å følge opp målene. Det er derfor vanskelig å etterprøve målene.

6.9.2 Kontrollmiljø

Undersøkelsen viser at SAFH ikke har etablert et overgripende kvalitetssystem/ internkontrollsystem, men fokusert på utarbeidelse av enkeltstående rutiner og prosesser.

Revisjonen viser at manglende overbyggende internkontroll- og kvalitetssystem ikke gir rimelig grad av sikkerhet for at virksomheten er under tilfredsstillende kontroll eller at de ansatte faktisk vet hvor de finner rutiner for de respektive arbeidsoppgaver. SAFH har per i dag heller ikke et fungerende avviksrapporteringssystem. Dagens rutiner gir ikke sikkerhet for at alle avvik blir meldt og behandlet verken i forhold til regeletterlevelse knyttet til mål og oppgaveløsing eller arbeidsmiljø.

Det er positivt at man nå er i ferd med å etablere et kvalitetssystem.

6.9.3 HMS

Organisasjonen må ha fokus på HMS arbeid og iverksette nødvendige tiltak og vedlikehold av internkontrollsystemet innen HMS. SAFH bør gå gjennom kravene i internkontrollforskriften og sikre at reglene etterleves.

6.9.4 Etikk

SAFH bør gjennomføre regelmessig informasjon om det etiske reglementet og sørge for organisatorisk vedlikehold av reglementet i organisasjonen.

6.9.5 Ledelse

SAFH bør sørge for at den enkelte leders ansvar er tydeliggjort både for lederen selv og for den ansatte i organisasjonen. Det bør gjøres en avklaring knyttet til behovet for faglig ledelse. SAFH bør også vurdere ledelsesstruktur og oppgaver.

6.9.6 Delegasjon, ansvar og myndighet

Retningslinjer om delegasjon, ansvar og myndighet må oppdateres og skriftliggjøres i tilstrekkelig grad.

6.9.7 Organisering

SAFH bør gjennomføre en evaluering av dagens organisering av fagteam med hensyn til oppgavefordeling, ressursbehov og sårbarhet i avdelingene.

6.9.8 Kompetanse

Det bør utarbeides en overordnet kompetanseplan for SAFH, hvor kompetansesammensetningen vurderes, og SAFHs samlede kompetansebehov blir vurdert

6.9.9 Risikokartlegging, vurderinger og respons

Undersøkelsen viser at SAFH i utgangspunktet har utarbeidet et risikostyringskonsept i samsvar med de krav som fremgår av økonomiregelverket i staten. Deloitte mener at SAFH har et forhold

til risiko når det gjelder å etterleve regelverk og de målsettinger som er nedfelt i overordnede styringsdokumenter på sentrale og viktige områder.

På den annen side har SAFH et potensial for ytterligere forbedring. Deloitte savner en bredere risikovurdering bl. a. knyttet til rapportering og etterlevelse av rutiner. SAFH bør vurdere å utarbeide toleransegrenser for viktige mål og rettsregler slik at organisasjonen vet hva de skal vurdere risiko i forhold til innen de respektive områdene og hva som forventes. Dette kan sikre en fastere styring og klare signaler til organisasjonen med hensyn til hva man aksepterer fra ledelsens side.

SAFH bør når man har innarbeidet en policy for risikostyring forsøke å holde seg til ett konsept, slik at man sikrer kontinuitet i metodikk og forståelse av risikovurderingene, samt utvikling over tid.

Deloitte ser også at SAFH har et forbedringspotensial når det gjelder å integrere risikostyring i enhetens ordinære virksomhetsstyring. Dette gjelder saksbehandlingstid, restanser samt rapportering av finansielle og ikke finansielle data.

SAFH har kommunisert risiko for manglende måloppnåelse til overordnet nivå gjennom notat av 30. november 2009. Gjennomgang av notatet viser et det er svært relevante problemstillinger som blir tatt opp sett i et risikoperspektiv når det gjelder regeletterlevelse på SAFHs område, jf økonomiregelverkets bestemmelse om bestemmelsene 2.4 b)

> ”identifisering av risikofaktorer som kan medvirke til at virksomhetens mål ikke nås, og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse”.

6.9.10 Avvikssystem

SAFH må videreutvikle og iverksette et avvikssystem både knyttet til organisatoriske forhold, herunder saksbehandling, og HMS.

6.9.11 Etterlevelse av forvaltningsloven

SAFH følger ikke forvaltningsloven § 11a sin bestemmelse om å sende foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt. Deloitte registrerer likevel at dette er tatt inn som et punkt i utkast til ”verdikjeden i SAFH”.

SAFH følger ikke alltid sine egne rutiner som sier at saker der det går mange måneder uten svar på forespørsel om utfyllende opplysninger, skal avgjøres på grunnlag av det materiale som foreligger.

Det er usikkert om det er juridisk grunnlag for SAHFs fortolkning vedrørende at søknader der gebyr ikke er innbetalt innen 4 måneder blir avskrevet. Gebyret er hjemlet i helsepersonelloven § 53. I det gebyr er en prosessforutsetning, kan det stilles spørsmål ved om ikke søknaden i stedet for formløst bortfall, skulle vært avslått/avvist ved vedtak, jf parallell i rettsgebyrlovens § 3 6. ledd, hvor det fremmer regler om frist til retting og avvisning.

6.9.12 Organisering av saksbehandlingen

Det blir i intervju vist til at de vanskelige sakene dreier seg om søknader for tredjeland. Disse søknadene blir alle behandlet i avdeling 2. Ved denne organiseringen vil det etter Deloittes vurdering kunne være en fare for at det etableres et ”A team” og et ”B team”, ved at én avdeling utfører rutinemessige saker, mens den andre avdelingen har saker med større rom for vurderinger og bruk av skjønn. Dette er en risiko SAFH bør være bevisst på. Organisasjonen bør organiseres slik at den gir mulighet for kompetanseutvikling for alle.

Undersøkelsen viser at mange ansatte etterlyser faglig ledelse i SAFH, for eksempel for å sette en standard ved saker der det er rom for å bruke skjønn.

Deloittes vurdering er at det å ha en leder som forventes å ta avgjørelse i vanskelige saker, i seg selv kan utgjøre en risiko. Både med tanke på sårbarhet, og med tanke på at det da i stor grad legges opp til at denne ene personen har ansvar for å sette forvaltningspraksis. Vår vurdering er på dette grunnlag at ledelsen i større grad bør ha ansvar for at det er systemer på plass for å håndtere vanskelige faglige vurderinger, og for at det etableres en gjennomgående forvaltningspraksis som blir fulgt av alle. Dette kan dreie seg om faglige drøftinger internt, kontakt med faglige rådgivere og direktoratet, oppfølging av vedtak i Helsepersonellnemnda, samt sørge for at informasjon og prinsipielle avklaringer ikke bare blir knyttet til en enkeltsak, men bidrar til å sette en forvaltningspraksis.

Den misnøye som ansatte i SAFH opplever knyttet til det å ikke ha en leder som kan ta faglige avgjørelser, er likevel reell. Dette tyder på at det ikke har blitt gjort tilstrekkelige avklaringer rundt hva som ligger i faglig ledelse, samt hvilken rolle de ulike lederne skal ha. Videre kan dette være en konsekvens av at man i SAFH har vært vant til at vanskelige saker drøftes med, og avgjøres av en leder og at alternative systemer for håndtering av disse sakene ikke er på plass. Det kan da oppstå et ”vakuum” der den enkelte ansatte opplever å ikke få tilstrekkelig støtte og veiledning i forhold til disse sakene.

6.9.13 Kvalitetssikring av vedtak

Det går frem av intervju at det er varierende i hvilken grad den som skal signere et vedtak gjennomgår saken og de vurderinger som er gjort. Dette innebærer at det i stor grad blir opp til den enkelte saksbehandler å utøve skjønn. Når det samtidig vises til at ulike saksbehandlere gjør ulike vurderinger, og at det ikke er en klar, felles forvaltningspraksis, er dette bekymringsverdig. En måte å sikre denne kontrollen på, vil være at det blir satt begrensninger for hvem som kan kontrollere andre saksbehandleres saker. Dette kan være knyttet til stilling, fagbakgrunn, senioritet osv, SAFH bør vurdere hva som er mest hensiktsmessig og som samtidig sikrer en tilstrekkelig kontroll av sakene.

For å systematisere kvalitetssikringen av sakene, samt dokumentere at saken er gjennomgått, kan det for eksempel utformes sjekklister som benyttes i forbindelse med kontrollen. Dette fordi det kan være en risiko for at enkelte saksbehandlere velger å vurdere også de mer kompliserte sakene alene, uten å løfte dem opp til f.eks felles drøfting.

Samtidig bør man i denne sammenheng være oppmerksom på den store saksmengden SAFH håndterer per år, og at det bør være ulike former for rutiner og system rundt ulike typer saker, basert på en risikovurdering.

I et slikt system bør det også sikres at man har fora for å drøfte vanskelige saker. Dette både som et ledd i vurderingen av den enkelte sak, sikringen av forvaltningspraksisen samt kompetanseutviklingen til den enkelte medarbeider.

6.9.14 Oppsummering - Autorisasjonsprosessen

SAFH må fortsette arbeidet med utarbeidelse av rutiner / prosedyrer som sikrer forsvarlig kvalitet i saksbehandlingen.

- SAFH må sørge for tilstrekkelig kvalitetssikring av vedtak.
- SAFH må ha et system for å sikre likebehandling og motvirke forskjellsbehandling i saksbehandlingen.
- SAFH bør etablere fora for faglige drøftinger og avklaringer.
- SAFH bør etablere og vedlikeholde databaser/ systemer hvor relevant informasjon blir oppbevart og gjort søkbar.
- SAFH bør fortsette arbeidet med verifisering og øke kompetansen og sikre tilstrekkelige ressurser til dette arbeidet.
- Direktoratet/ SAFH må sørge for at det er sammenheng mellom mål, tiltak og ressurser.

6.9.15 Oppfølging av vedtak i nemnda

Deloitte vil innledningsvis presisere at vi ikke tar stilling til eller har synspunkter på nemndas avgjørelser men forholder oss til de opplysninger som er blitt fremlagt. Deloitte registrerer at man i forhold til håndtering av konsekvenser av vedtak fra klagenemnda har kommet inn i en ikke konstruktiv sirkel. Dette innebærer at SAFH på bakgrunn av klagenemndas avgjørelse har sendt en risikoanalyse i form av brev og notat av 30. november 2009 til direktoratet. Direktoratet påpeker at nemndas avgjørelser skal respekteres. Ved gjennomlesing av notat fra november 2009 fremkommer det etter Deloittes mening risikovurderinger og konsekvenser som burde vært tatt opp og behandlet umiddelbart internt i direktoratet og løftet til ansvarlig nivå på et vesentlig tidligere tidspunkt.

Etter Deloittes mening bør det sikres åpenhet og diskusjon rundt konsekvenser for SAFH av nemndas vedtak. Det kan også være en fordel at man vurderer et fast forum hvor SAFH, direktoratet, departementet og nemnda kan diskutere forståelse av rettsregler som gjelder på SAFHs område og hvor synspunkter kan ventileres til lovgiver. Det er viktig at man får belyst konsekvenser av regelendringer slik at det blir sammenheng og balanse mellom mål/ regeletterlevelse, tiltak som må iverksettes, og ressurser og kompetanse i SAFH.

Det bør etter Deloittes mening gjennomføres en konsekvensutredning av gjeldende regelverk i forhold til de problemstillinger SAFH har presentert i notat av 30. november 2009. I konsekvensutredningen bør det vurderes om gjeldende praksis for autorisasjoner samsvarer med intensjonen i helsepersonellovens og spesialisthelsetjenestelovens (§ 1-1 (2)) formålsbestemmelser.

6.9.16 Oppfølging og monitorering

Deloitte registrerer at SAFH i alle år har manglet et saksbehandlingssystem som gir mulighet til å ta ut oversikter over saksbehandlingstid og restanser. Oversikter har blitt utformet på bakgrunn av visuelle kontroller og manuell opptellinger. Dette gir etter Deloittes vurdering dårlig styringsinformasjon. På bakgrunn av den informasjon som har kommet frem, stiller Deloitte også

spørsmål ved de tall som gjennom årene har blitt rapportert når det gjelder saksbehandlingstid og restanser.

Styring vanskeliggjøres også av det faktum at det ikke finnes oversikter over saksfordeling og arbeidsbelastning per saksbehandler. Deloitte registrerer at man nå har intensjoner om å få et system der man registrerer saker per saksbehandler, noe som etter Deloittes mening vil være en forbedring. Det er samtidig viktig å bemerke at de sakene SAFH arbeider med er svært ulike, slik at en ren opptelling av antall saker per medarbeider ikke gir god nok informasjon om den enkeltes arbeidsbelastning. Bedre oversikt vil imidlertid kunne være et godt utgangspunkt for bedre styring av ressursene i SAFH.

Deloitte vil også bemerke at en situasjon der lederne ikke har oversikt over medarbeidernes arbeidsbelastning, og der medarbeidere rapporterer om varierende arbeidsinnsats, vil kunne virke negativt inn på arbeidsmiljøet.

Det at alle saker til fagteamene registreres i systemet på avdelingsleder og ikke den enkelte saksbehandler, innebærer en risiko for at saker kan ”glippe”.

6.9.17 Arkiv

Dagens arkivordning i SAFH gir ikke tilstrekkelig mulighet til oversikter og statistikk. Dette er også noe SAFH selv har vist til over tid. Videre går det frem at arkivordningen, som i stor grad er papirbasert, medfører en risiko for at saker kan bli feilplassert eller komme bort. Dette har konsekvenser for den enkelte søker, samt at det potensielt kan bli brukt mye tid brukt på å lete etter saker. Dagenes ordning legger også opp til at saksbehandlerne selv skal ”plukke saker”. Dette medfører etter Deloittes vurdering en risiko for at saksbehandlere selv velger hvilke saker de vil saksbehandle, og at enkelte vanskelige saker kan bli liggende.

SAFH bør, i samarbeid med Helsedirektoratet, fortsette arbeidet med så snart som mulig å få på plass en mer hensiktsmessig arkivordning.

7 Økonomistyring

7.1 Revisjonskriterier – økonomistyring

Reglement for økonomstyring i staten og Bestemmelser for økonomistyring i staten stiller krav til økonomistyringen i virksomheten.

Departementene skal i følge økonomireglementet § 3 fastsette instrukser innenfor rammen av reglementet både for departementet og underliggende virksomheter. Gjenpart av instruksene skal sendes Riksrevisjonen. Underliggende virksomheter skal fastsette instrukser for egne aktiviteter innenfor rammen av instruksen fra overordnet departement.

I følge økonomireglementets § 4 skal styring, oppfølging, kontroll og forvaltning på økonomiområdet tilpasses til virksomhetens egenart samt risiko og vesentlighet.

I henhold til bestemmelser om økonomistyring i staten § 2.5.2.1, skal alle disposisjoner som medfører økonomiske forpliktelser for virksomheten bekreftes av en som har budsjett-disponeringsmyndighet. Virksomhetslederen har budsjettdisponeringsmyndighet og kan delegere denne helt eller delvis til tilsatte på lavere nivåer. Delegert budsjettdisponeringsmyndighet kan delegeres videre. Delegering av budsjettdisponeringsmyndighet skal være skriftlig. Virksomheten skal ha rutiner for tilfredsstillende oppfølging av delegert budsjettdisponeringsmyndighet.

Finansdepartementet har utarbeidet et rundskriv (Rundskriv R-112) som gjelder for alle forslag om nye gebyrer og sektoravgifter som skal inntektsføres på statsbudsjettet og som skal inngå i finansieringen av statlige myndighetshandlinger. Det fremgår av formålet i rundskrivets retningslinjer at gebyrene har et begrenset statsfinansielt formål. Begrensningen ligger i at de ikke kan overstige kostnadene ved å utføre bestemte offentlige myndighetshandlinger som betales av dem som mottar handlingene.

Videre fremgår det av pkt 3.1.2 *Prinsipper for fastsettelse av gebyrer* at:

> ”5. Enhver virksomhet som omfattes av retningslinjene, skal ved forespørsel kunne redegjøre for beregningene som ligger til grunn for gebyrets størrelse.
> 6. Gebyret bør oppdateres i tilknytning til budsjettprosessen. Den gebyrbelagte aktiviteten bør evalueres med jevne mellomrom for å sikre kostnadseffektiv drift.”

7.2 Beskrivelse av rammeverket for økonomistyringen

7.2.1 Overordnet rammeverk

SAFH får tildelt sine rammer gjennom statsbudsjettet. SAFH inngår i statsbudsjettet/statsregnskapet på kapittel 724 (utgifter) og 3724 (inntekter), mens tilskuddsmidler fra 2010 er budsjettert på kapittel 783.

SAFH sender sine årlige budsjettforslag til Helsedirektoratet. Direktoratet sender budsjettforslag for SAFH til Helse- og omsorgsdepartementet.

Rammene som fastsettes gjennom statsbudsjettet, følges opp gjennom årlige tildelingsbrev fra direktoratet til SAFH. Disse gir nærmere føringer for SAFHs prioriteringer innenfor de midler som er bevilget.

SAFH fører et driftsregnskap etter kontantprinsippet, men fører ikke løpende balanse.

SAFH disponerer fem bankkonti – to for utbetalinger og to for innbetalinger (utlandet og innlandet) samt en konto for refusjon av sykepenger. SAFH trekker midler via mellomregningskonto i staten, og får ikke fysisk overført midler til egne bankkonti.

SSØ i Stavanger er regnskapsfører for SAFH. Oppdraget er forankret i *Tjenesteavtale for budsjett og regnskapsområdet*, som er bilag 1 til hovedavtale mellom SAFH og SSØ for utføring av økonomitjenester. I tillegg har SAFH avtaler med SSØ knyttet til blant annet tjeneste- og driftsavtale på Lønns- og personaltjenester og avtale knyttet til elektronisk fakturabehandling i Contempus (SSØ Hamar).

Økonomiansvarlig i SAFH forklarer at kontoret ikke har fastsatt og dokumentert målsetninger på økonomiområdet, og at det heller ikke er kommunisert mål fra Helsedirektoratet til SAFH.

SAFH mangler instruks for økonomiforvaltningen. I en mail fra en medarbeider i administrasjonsavdelingen til fungerende direktør i slutten av juni 2010, oppgis det at ansvaret for denne manglende instruksen ligger i direktoratet eller kanskje departementet.

7.2.2 Systemer

SAFH benytter Agresso som regnskapssystem. Til håndtering av utbetalinger benyttes fakturabehandlingssystemet Contempus. Leverandørregisteret ligger i Agresso og opprettelse/vedlikehold av leverandørdata skjer i dette systemet, med overføring av ny informasjon til Contempus hver natt. Til lønnsregistreringer og kjøring av lønnsfiler benyttes SAP programvare. Systemet administreres av SSØ Stavanger.

Tilganger i de ulike systemene skal være avgrenset i forhold til hva slags arbeidsoppgaver og tilgangsbehov de ansatte har. Det blir i intervju opplyst at det foreligger en fullmaktsmatrise som beskriver den enkelte medarbeiders tilganger i systemet.

7.2.3 Personell

På økonomiområdet er SAFH bemannet med to fast ansatte, inkludert økonomiansvarlig, samt en vikar/ekstra ressurs som bistår med faktureringsoppgaver. I tillegg fungerer en ansatt i en back-up rolle for å dekke oppgaver ved fravær hos det faste personellet. Håndtering av oppgaver knyttet til lønnsutbetalinger ligger i personalavdelingen. Etter økonomiansvarliges vurdering er økonomifunksjonen tilfredsstillende bemannet i forhold til de oppgavene som skal utføres.

Det foreligger ikke stillingsbeskrivelser i SAFH, men ansatte er tildelt konkrete oppgaver og økonomiansvarlig gir uttrykk for at det er god oversikt over hvem som skal gjøre hva. Arbeidsdelingen på økonomiområdet er ikke nedfelt skriftlig.

Den ene økonomimedarbeideren har primæroppgaver knyttet til utbetaling av tilskudd, og administrerer tilskuddsmidler som er budsjettert på kapittel 783. I tillegg har vedkommende oppgaver knyttet til driftsrelaterte innkjøp og registrering av disse. Fra 2009 ble en annen ansatt tildelt funksjoner i forhold til oppfølging av tilskuddsforvaltningen, og vedkommende fikk også ansvaret for tilskuddene til kiropraktortjenesten.

Det er økonomiansvarlig som håndterer og følger opp gebyrinnbetalinger (og gebyrrefusjoner), og som er involvert i regnskapsrapporteringsprosessene til SSØ i Stavanger.

Det er primært ledelsen som har hatt ansvar for oppfølging av budsjett og som har ivaretatt SAFHs eksterne rapportering.

7.3 Økonomiprosesser

SAFH har enkle regnskapsprosesser, med ensartede transaksjonstyper, men med store transaksjonsmengder. SAFH har ikke gjennomført egne risikovurderinger på økonomiområdet, og prosessene er ikke tilpasset mulig risiko innenfor de ulike prosessene.

SAFH opplyser at økonomiområdet var et av de områdene som ble vurdert i forbindelse med at virksomheten i samarbeid med SSØ foretok risiko- og sårbarhetsanalysen i 2008. I denne analysen kom det frem at økonomiområdet var sårbart på grunn av at det er få personer som arbeider med de enkelte områdene.

7.3.1 Utgifter

SAFHs interne regnskap er oppdelt i hovedposter fordelt på underliggende utgiftsarter: Lønn, maskiner og inventar, forbruksmateriell, reiseutgifter, kontortjenester, konsulenttjenester, vedlikeholdstjenester og bygningers drift.

Det opplyses i intervju at SAFH har et forholdsvis lite omfang av driftsrelaterte innkjøp og andre anskaffelser. Det foretas noe innkjøp av inventar og kontorutstyr, datautstyr og telefoni, kontorrekvisita, annet forbruksmateriell samt noen andre vare-/tjenestetyper.

Ved bestilling legges bestillingsdokumentasjon inn i Contempus. Ved mottak av varen/tjenesten legges mottaksdokumentasjonen inn i Contempus. Når fakturaen kommer, avstemmes denne mot bestillings- og mottaksdokumentasjonen, før fakturaen oversendes til SSØ Hamar for innleggelse i Contempus og prosessering for utbetaling. Faktura attesteres elektronisk i Contempus etter at faktura er kontrollert mot underlagsdokumentasjon. Før utbetaling må faktura godkjennes av en med budsjettdisponeringsmyndighet. Etter utbetaling, som skjer via overføring av remitteringsfil fra Contempus til nettbank, overføres betalingstransaksjonene til regnskapssystemet Agresso.

Når fakturaen legges inn i Contempus, gjennomføres det en del elektroniske kontroller som kan medføre at fakturaen blir stoppet. En med fullmakt i SAFH gjennomgår stoppede fakturaer for å vurdere disse og korrigere eventuelle feil. Videre er det lagt inn sperringer i Contempus knyttet til å kunne foreta utbetalinger, som innebærer at personer ikke kan godkjenne betaling av fakturaer de selv har attestert. Det er kun de som er delegert fullmakt som er lagt inn med elektroniske fullmakter i Contempus. En liten del av fakturaene behandles ikke i Contempus, men håndteres direkte i Agresso av økonomiansvarlig. Dette inkluderer blant annet tilbakebetaling av gebyrer. Det stilles samme krav til dokumentasjon av disse utbetalingene som til utbetalingene som går gjennom Contempus.

En ansatt er tildelt primæransvar for oppfølging av Contempus. Dette ansvaret innebærer blant annet å registrere leverandører, kontere, og kontrollere fakturaer. Vedkommende fører en leverandøroversikt som ligger på fellesområdet i SAFH slik at alle har tilgang til denne informasjonen. Her legges blant annet kopi av avtaler, bestillinger, pakksedler og fakturaer. Alle

bilag (ordre/pakksedler og småkvitteringer) blir scannet inn på den enkelte leverandør i leverandøroversikten. Når samlefakturaen kommer i Contempus, blir alle ordrer/pakksedler som hører til fakturaen lagt bak som tilleggsbilag. Det blir opplyst at det ikke er alle i fagavdelingene som har forståelse for at kvitteringer for småbeløp skal overleveres, og at det derfor blir et ekstraarbeid i forhold til å få inn nødvendig dokumentasjon. Et eksempel er taxikvitteringer, som legges inn og avstemmes mot periodiske samlefakturaer fra taxiselskapet.

På Portalen har ansatte tilgang til elektroniske reiseregninger som skal benyttes til registrering av denne type utgifter. Alle ugifter knyttet til reiser skal medtas på reiseregning og behandles i lønnssystemet. Reiseregningene må godkjennes elektronisk før utbetaling.

Administrasjonssjef er delegert fullmakt til å godkjenne remitteringsfiler i bank, med en avdelingsleder som stedfortreder. Alle personene har fullmakter i bank. I tillegg har flere medarbeidere i administrasjonsavdelingen tilgang til å godkjenne beløp i nettbanken på begrenset område. SAFH har ikke opprettet selvbetjening i nettbank og alle fullmaktsendringer sendes banken for registrering.

7.3.2 Lønn

SAFHs avtale med SSØ Stavanger inkluderer kjøring av lønn og andre oppgaver. Dette omfatter også produksjon og utarbeidelse av lønnsoppgaver og obligatoriske statistikker på lønns- og personalområdet. Ansvar og oppgaver mellom SSØ og SAFH er klart regulert i avtalen. SAFH er fullservicekunde hos SSØ og SAFH gir uttrykk for at de får god service og støtte. Alle rutiner knyttet til SAP er beskrevet av SSØ. En av de ansatte på personalavdelingen i SAFH har spisskompetanse på modulen som benyttes innen personal og lønn.

Personalavdelingen utarbeider beregninger og grunnlag for lønnsutbetalingene. Lønnsberegningen beskrives som forholdsvis enkel, og er i hovedsak basert på faste månedlige utbetalinger. I tillegg gjøres det beregninger knyttet til vikarer, fravær/sykefravær og overtidsbetalinger. Personalavdelingen utarbeider lønnsgrunnlaget i SAP, mens lønnsutbetalingsfilen produseres av SSØ Stavanger. Økonomiansvarlig kontrollerer lønnsfilen sammen med leder for personalavdelingen, før økonomiansvarlig godkjenner filen elektronisk i nettbanken. Ved månedsavslutning avstemmer økonomiansvarlig summene i lønnsfilene mot det som er ført i Agresso. SAFH har ansvaret for den årlige lønnsinnberetningen til myndighetene, men de får grunnlaget fra SSØ Stavanger.

7.3.3 Innbetalinger - gebyrer

Innbetalingene som SAFH administrerer er knyttet til søknadsgebyrer. Alle søkere registreres med et eget nummer i reskontroen. Økonomiansvarlig opplyser at den store transaksjonsmengden gjør at det er et omfattende arbeid å registrere innbetalingene. Alle innbetalinger går direkte inn på bankkonto i SAFH. Økonomiansvarlig avstemmer bankkontiene månedlig og innbetalingsoversikten mot søknadene som er registrert i e-phorte. I forbindelse med utsendelse av faktura blir søkerne informert om at søknaden ikke vil bli behandlet dersom ikke gebyret blir betalt innen fire måneder, og at innsendt dokumentasjon da vil bli makulert. Det opplyses at ubetalte krav i praksis ikke avskrives etter disse fire månedene, men at en ofte venter på innbetalinger et halvt år.

I rapporten *Intern prosjektgjennomgang av SAFH 2010* kommenterer Helsedirektoratet at størrelsen på de gebyrene som SAFH krever inn for autorisasjon og lisens ikke følger

Finansdepartementets rundskriv R-112 av 16.6.2006, men har utspring i vurderinger gjort i 2002/2003.

I intervju blir det opplyst at det ikke har vært naturlig for SAFH å gjennomføre slik vurdering av gebyrene. Det pekes på at rundskrivet er stilet til departementene og statsministerens kontor, og at SAFH eventuelt må oppfordres/pålegges slik gebyrvurdering fra departement eller direktoratet. Det trekkes også fram at ressurssituasjonen i SAFH ikke har gjort det naturlig å være proaktive i forhold til potensielle oppgaver.

Når det gjelder fastsetting av opprinnelig gebyr, blir det forklart at dette ble gjort med bakgrunn i inntektskravet i statsbudsjettet. Deretter har gebyrnivået blitt videreført i påfølgende år med en årlig *nøytral* prisvekst. Unntaket er 2008 der det ble gjennomført en forholdsvis markant økning i gebyrkravet, som et bidrag til å sikre finansiering av nytt IT-system i SAFH.

7.3.4 Rutiner og retningslinjer

Økonomiansvarlig opplyser at SAFH ikke har utarbeidet rutiner og retningslinjer på økonomiområdet, men at de baserer seg på regelverket i statens økonomireglement. Vedkommende vurderer at det foreløpig ikke har vært behov for skriftlige rutiner, på grunn av at ansatte med oppgaver på økonomiområdet kjenner prosessene, og at det ikke har vært behov for å involvere andre i prosessene. Vedkommende mener samtidig at det kunne vært greit å ha skriftlige rutiner hvis begge ansatte med ansvar på dette området skulle være fraværende samtidig. Økonomiansvarlig understreker at selv om det ikke er nedfelt i skriftlige rutiner, så utføres en del kontroller for å fange opp eventuelle feil.

Økonomiansvarlig viser også til at SSØ Stavanger gjennomfører selvstendige kontrollerer av regnskapet, og at SAFH straks får beskjed dersom noe ikke stemmer. Kontrollene innebærer blant annet sjekk av dobbeltbetalinger, betalinger på feil konto og kontroll av forskuddsbetalinger.

Fullmakter på økonomiområdet er beskrevet i et notat fra SAFH og i dokument ”forslag – fullmaktsstruktur SAFH”, datert 15.12.2009.

Av fullmaktsstrukturen framkommer det blant annet at avdelingsledere har myndighet til å disponere sine budsjetter. I *rundskriv nr.: 2010 – 5* (gyldig fra 20.4.2010) med beskrivelse av prosessen for bestilling av varer og tjenester, er det referert til fullmaktsmatrisen i forhold til hvem som har myndighet til å bestille.

Revisjonen har ikke fått forelagt en vedtatt og implementert fullmaktsstruktur, og i intervju blir det opplyst at fullmakter ikke har vært kommunisert skriftlig til de ansatte.

7.4 Budsjettering, rapportering og oppfølging

Økonomiansvarlig benytter en Excelmodell i forbindelse med budsjettering, periodisering og rapportering. Budsjettmodulen i Agresso er ikke tatt i bruk fordi budsjettprosessene er enkle og oversiktlige. Budsjettet er i hovedsak fordelt på artskontogrupper. Økonomiansvarlig opplyser at det ikke blir foretatt systematiske undersøkelser av enkeltposter, men at det ved overskridelser blir gjennomført mer detaljerte undersøkelser. Budsjettet er ikke fordelt på avdelinger eller andre organisatoriske enheter, men er fremstilt samlet for SAFH. Det har vært en intensjon om å dele opp på avdelingsnivå, men dette er foreløpig ikke blitt gjort. Økonomiansvarlig kommenterer at

det uansett bare er noen av postene som det ville vært aktuelt å fordele på avdelinger, mens de fleste postene er felles for SAFH.

Økonomiansvarlig rapporterer økonomidata månedlig. Vedkommende foretar avstemninger, inkludert avstemninger av bank, og signerer for utførte avstemninger og andre oppgaver i forbindelse med denne rapporteringen. Økonomiansvarlig gjør tilsvarende kontrolloppgaver i forbindelse med årsrapporteringen.

SAFH rapporterer økonomisk informasjon tertialvis til direktoratet. Denne rapporteringen skjer på postnivå i henhold til grupperingen i statsbudsjettet. Økonomiansvarlig deltar på etatsstyringsmøte tre ganger i året. Vedkommende har ifølge egen beskrivelse normalt ikke hatt en aktiv rolle på disse møtene, men deltar for å kunne svare på eventuelle spørsmål. Økonomi har ikke vært et sentralt tema på etatsstyringsmøtene, men i det siste har det vært mye fokus på økonomi, på grunn av underskuddsprognosene.

SAFH har i følge økonomiansvarlig tidligere år ikke hatt noen problemer knyttet til underskudd på utgiftsbudsjettet. I 2010 er underskuddsprognosen i følge økonomiansvarlig knyttet til kjøp av konsulenttjenester ut over budsjett. Økonomiansvarlig forklarer at det, etter søknad om tilleggsbevilgning, ser ut som det vil bli gitt en tilleggsbevilgning og at situasjonen slik sett er under kontroll.

I intervju kommer det fram at det på grunn av manglende framdrift i IKT -prosjektet ble klart at SAFH ikke ville bruke de midlene som var avsatt til prosjektet for 2008, og det ble forsøkt overført budsjettmidler til 2009. Dette fikk SAFH aksept for fra direktoratet, slik at en i 2009 skulle ha 1,2 millioner ekstra å bruke på prosjektet. I omgrupperingsproposisjonen i desember 2009 inndro likevel Finansdepartementet alle overførbare innsparte midler fra 2008. Det blir opplyst at fordi beskjeden kom så sent på året, ble det vanskelig for SAFH å omstille seg og å få regnskapet til å gå i balanse. Det endte med et lite overforbruk, i tillegg til at noen utgiftsposter ble flyttet over til 2010.

7.5 Vurderinger knyttet til økonomiområdet

7.5.1 Mål

SAFH har ikke fastsatt og dokumentert mål på økonomiområdet, og har heller ikke fått kommunisert mål på dette området fra Helsedirektoratet. Dette reduserer kontorets muligheter for å styre og prioritere ressurser, og kan føre til inneffektiv ressursbruk og risiko for manglende samlet måloppnåelsen for kontoret.

7.5.2 Regelverket for økonomistyring i staten

7.5.2.1 Instrukser

Verken departement eller underliggende virksomheter (SAFH) har utarbeidet instrukser i henhold til § 3 i økonomireglementet.

Spørsmål om instruks kom senest opp i begynnelsen av 2010. Etter henvendelser til Helsedirektoratet og departementet, meldte direktoratet tilbake til SAFH i april 2010 at instruksen

til SAFH måtte ses i sammenheng med direktoratets instruks fra HOD og at det kunne ta noe tid før instruks ville foreligge.

7.5.2.2 Budsjettdisponeringsmyndighet

Direktør i SAFH har delegert fullmakter på økonomiområdet, men delegasjonen har ikke skjedd skriftlig. Virksomheten har heller ikke hatt rutiner for oppfølging av delegert budsjettdisponeringsmyndighet som har gjort det mulig å kontrollere om oppfølgingen har vært tilfredsstillende. Disse forholdene representerer etter vår vurdering brudd på økonomireglementet § 2.5.2.1.

7.5.2.3 Tilpasning av rutiner og retningslinjer

SAFH har ikke dokumentert de rutiner og retningslinjer som gjelder på økonomiområdet, men kontoret visert til at bestemmelsene i økonomiregelverket i Staten legges til grunn.

Bestemmelsene i regelverket er generelle og forutsetter at den enkelte virksomhet tilpasser sine rutiner til enhetens risiko og egenart. Etter vår vurdering fremstår kontorets interne kontroll på flere områder som tilfredsstillende, men det er avdekket mangler og avvik som viser at kontoret samlet sett ikke har etablert tilstrekkelige kontroller på økonomiområdet. SAFH har ikke tilpasset styring, oppfølging, kontroll og forvaltning på økonomiområdet til virksomhetens egenart samt risiko og vesentlighet i henhold til økonomireglementets § 4.

7.5.3 Økonomistyring

Gjennomgangen viser at SAFH i 2009 hadde et merforbruk, og at dette i hovedsak skyldtes at de opererte med uriktige budsjettforutsetninger. Videre har SAFH den senere tid operert med relativt store underskuddsprognoser for 2010, hovedsakelig knyttet til overforbruk av konsulenter på IKT-prosjektet og ”Politirapporten” i forhold til avsatte budsjettmidler. SAFH bør sørge for at prosjekter og tilhørende anskaffelser planlegges slik at innkjøp som foretas gjøres innenfor innvilgede budsjettrammer.

Videre bør SAFH og direktoratet sørge for at budsjett- og rapporteringsoppfølging innrettes på en måte som gjør at begge parter har tilfredsstillende sikkerhet for at SAFH opererer innenfor de rammer de er tildelt.

7.5.4 Gebyrer

Når det gjelder fastsetting av opprinnelig gebyr, blir det av SAFH forklart at dette ble gjort med bakgrunn i inntektskravet i statsbudsjettet. Deretter har gebyrnivået blitt videreført i påfølgende år med en årlig *nøytral* prisvekst. Unntaket er 2008 der det ble gjennomført en forholdsvis markant økning i gebyrkravet, som et bidrag til å sikre finansiering av nytt IT-system i SAFH.

Justering av gebyrene er ikke blitt gjort med utgangspunkt i retningslinjene i R-112. I forbindelse med Helsedirektoratets interne prosjektgjennomgang, har SAFH fått frist til 1. mars 2011 med å levere en anbefaling om gebyrenes størrelse med utgangspunkt i R-112. Deloitte mener at Helsedirektoratet i forbindelse med den årlige budsjettbehandlingen burde avdekket at SAFH ikke fulgte bestemmelsene i R-112 ved fastsettelse av gebyrer.

8 Tilskuddsforvaltning

8.1 Revisjonskriterier - tilskuddsforvaltning

Reglement for økonomstyring i staten og Bestemmelser for økonomistyring i staten stiller krav til tilskuddsforvaltningen og oppfølgingen av denne.

I pkt. 6.3.3 i økonomireglementet er det angitt nærmere regler for utforming av tilskuddsbrev og kontroller knyttet til utbetaling av tilskudd.

Av pkt 6.3.6 framgår krav til tilskuddsforvalter om innhenting av informasjon fra tilskuddsmottakere om måloppnåelse:

> ”Tilskuddsforvalter skal innhente rapporter fra tilskuddsmottakere som gjør det mulig å vurdere graden av måloppnåelse. Kriteriene for måloppnåelse skal være i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger. Kriteriene skal være så konkret og presist utformet at det kan foretas oppfølging uten uforholdsmessig store kostnader. Tilskuddsmottakere må pålegges å sende inn rapport i henhold til disse kriteriene.
>
> Kravene til rapportering skal ikke gis større omfang enn det som er rimelig i forhold til den nytten tilskuddsmottaker har av tilskuddet. Det skal også tas hensyn til de praktiske mulighetene som hver enkelt mottaker har for å fremskaffe informasjon. Rapportering fra tilskuddsmottaker kan erstattes eller suppleres med informasjon fra andre kilder hvis disse gir relevant og tilfredsstillende informasjon.”

I pkt 6.3.8.1 om internkontroll er det beskrevet tilskuddsforvalters ansvar for å etablere systemer, rutiner og tiltak som blant annet har til oppgave å forebygge, avdekke og korrigere feil og mangler. Videre står det i pkt 6.3.8.2 om kontroll av informasjon fra tilskuddsmottaker:

> ” Tilskuddsforvalter skal kontrollere informasjonen mottakeren sender inn som har betydning for tilskuddsforvalters beregning av tilskuddsbeløp og tildeling. Gjennomførte kontrolltiltak skal dokumenteres på en tilfredsstillende måte. Tilskuddsforvalter skal videre kontrollere rapporter som tilskuddsmottakeren senere sender inn om måloppnåelsen, jf. pkt. 6.3.6.
>
> Kontrollen skal tilpasses den enkelte tilskuddsordning og skal vurderes i forhold til målet med ordningen. Kontrollen skal ha et rimelig omfang i forhold til nytten og kostnadene ved kontrollen.
>
> Tilskuddsforvalter skal kartlegge henholdsvis risiko for at det oppstår feil på grunn av problemer med fortolkning av tilskuddsvilkårene og risiko for uregelmessigheter. Ut fra en vurdering av det samlede risikonivå og hva som er de vesentligste risikomomentene, skal det fastsettes hvilke kontrollpunkter som er mest aktuelle, og hvem som skal foreta kontrollen.”

Om krav til evaluering og oppfølging fremgår det blant annet av økonomireglementet pkt 6.5 at:

> ”Departementet og tilskuddsforvalter skal sørge for at det gjennomføres evalueringer for å få informasjon om tilskuddsordninger er effektive i forhold til ressursbruk, organisering og fastsatte mål. Frekvens og omfang av evalueringer skal ta utgangspunkt i en vurdering av risiko og vesentlighet for den enkelte tilskuddsordning, herunder hvor omfattende og viktig tilskuddsordningen er, kvalitet og omfang av øvrig rapportering og i hvilken grad det er mulig å beskrive de årlige resultatene.

Evalueringer må vurderes i sammenheng med kravene som stilles til rapportering, jf. pkt. 6.3.6. Ressursene som benyttes på evalueringer skal ha et rimelig omfang i forhold til den nytten man vil ha av informasjonen som fremkommer. Departementet skal ved utgangen av hvert år sende Riksrevisjonen en oversikt over tilskuddsordninger som er blitt evaluert.

Tilskuddsforvalter skal kartlegge henholdsvis risiko for at det oppstår feil på grunn av problemer med fortolkning av tilskuddsvilkårene og risiko for uregelmessigheter. Ut fra en vurdering av det samlede risikonivå og hva som er de vesentligste risikomomentene, skal det fastsettes hvilke kontrollpunkter som er mest aktuelle, og hvem som skal foreta kontrollen."

8.2 Utbetalinger knyttet til tilskudd

8.2.1 Om tilskuddsordningene

Tilskuddsordningene i SAFH inkluderer:

- Kommunehelsetjenesten
- Reise- og flyttetilskudd
- Allmennlegeordningen
- Kiropraktortjenesten

Totalt er det for 2010 budsjettert med kr 122,75 millioner på kapittel 783 post 61 Turnustjeneste. Den klart største delen av budsjettposten (108 mill.) ligger innenfor tilskudd til kommunehelsetjenesten, mens tilskudd til kiropraktortjenesten er den minste posten og utgjør mindre enn en million kroner.

Det blir opplyst at man ved administreringen av tilskuddene forholder seg til krav i rundskriv fra Helsedirektoratet. Forvaltere av tilskuddsordningene paraferer på tilskuddsbrevene som så signeres av en med budsjettdisponeringsmyndighet ved utsendelse fra SAFH.

SAFH foretar ikke oppfølging av at tilskuddene blir brukt i henhold til formålet, og dette blir forklart med at de ikke har ressurser til å gjennomføre slike kontroller.

8.2.2 Kommunehelsetjenesten

Tidligere var det utbetalinger til kommunene to ganger i året. Kommunene sendte søknader til fylkesmannen, som etter godkjennelse av søknadene, videresendte informasjon til SAFH med spesifisering av beløp for utbetaling. Beløpet er basert på antall leger det blir søkt om støtte til.

Nå er det lagt om til det som beskrives som en mindre arbeidskrevende prosedyre med etterskuddsutbetaling en gang i året. Prosedyren innebærer at ansvarlig medarbeider lager et excelark med oversikt over alle kommunene. Excelarket blir oversendt fylkesmannen, som fyller ut antall turnusleger for perioden, som grunnlag for etterskuddsvis utbetaling. Fylkesmannen trenger kun å fylle inn tallene på antall turnusleger for 2. halvår og 1. halvår. Disse flettes inn i et worddokument (kommunetilskuddsbrev) som blir sendt ut til kommunene. Disse brevene blir i tillegg scannet eller sendt til SSØ Hamar for å bli lagt inn i Contempus. Alle brevene til kommunene blir levert til den som skal attestere i SAFH for ny kontroll før den endelige godkjenningen og utbetaling til kommunen. I denne kontrollen kan man oppdage feil

kontonummer eller feil beløp til utbetaling. Ansvarlig medarbeider vurderer at det er liten risiko knyttet til tilskuddsutbetalingene. Tilskuddene baseres på satser som fremgår i budsjettproposisjonen til Stortinget. I den grad det kan oppstå feil, vurderer medarbeideren at dette vil være knyttet til at fylkesmennene eventuelt oppgir for mange leger i grunnlaget for tilskuddene.

I praksis har SAFH i liten grad kontrollert grunnlaget for kommunetilskuddene. Hvis en turnuslege går ut i fødselspermisjon før turnusperioden er over, har kommunen krav på hele tilskuddet. Det samme kravet har kommunen hvis ikke turnuskandidat møter opp til turnusstart.

En problemstilling knyttet til kommunetilskuddene er *resttjeneste* som oppstår hvis en turnuslege skal ta resttjenesten i en annen kommune for å få fullført turnustjenesten. I teorien skal tilskuddet da deles mellom kommunene basert på hvor lang periode legen har vært i de respektive kommunene i turnusperioden. Praksis fram til nå har vært at de kommunene hvor turnusen starter, har fått fullt tilskudd uavhengig av tjenestetid i kommunen. Det har forekommet at tilskudd for samme turnus er gitt to ganger på grunn av ulik rapporteringspraksis fra fylkesmennene. På dette området vil det skje en endring fra 2011. Det er ikke gitt instruks til fylkesmennene om at resttjenestekommunen ikke vil få utbetalt noe fra SAFH. Dette er et punkt som SAFH av kapasitetsgrunner ikke har fått fulgt opp.

8.2.3 Reise- og flyttetilskudd

Søknader som kommer inn skal ha vedlagt påkrevd dokumentasjon og opplysninger om bankkontonummer som søker ønsker tilskuddet overført til. Denne informasjonen blir benyttet ved registrering av søker i leverandørreskontroen. Etter saksbehandling, og hvis nødvendig dokumentasjon er på plass, utformes et tilsagnsbrev (etter fast mal) som sendes søker. Tilskuddet blir overført søker når denne dokumenterer de faktiske kostnadene som det er søkt tilskudd om. Utbetalingen gjøres med referanse til faktura, med tilhørende utbetalingsvedtak, som ansvarlig medarbeider skanner og oversender SSØ Hamar for overføring til Contempus. Søker får refundert de kostnader som er dokumentert, selv om disse skulle overstige søknadsbeløpet. Bilagene som dokumenterer utgiftene arkiveres hos SAFH, og oversendes ikke til Hamar.

Ansvarlig medarbeider tar stikkprøvekontroller av enkelte tilskudd. Dette inkluderer av sjekk av at søkeren faktisk skal i turnustjeneste og således er berettiget til tilskudd. Stikkprøvene blir enten gjort ved sjekk mot HPR (helsepersonellregisteret) eller ved kontakt med turnusavdelingen i SAFH. Videre gjøres det av og til kontroll i forhold til oppgitte kilometerberegninger. Kontrollene som foretas blir ikke dokumentert.

Etter oversendelse av utbetalingsvedtak/faktura til Hamar, samles søknad, tilsagnsbrev og utbetalingsbrev i samme mappe for arkivering. Ansvarlig medarbeider har utarbeidet en manuell oversikt over alle som er berettiget til utbetaling, med nøkkelinformasjon og en kolonne for om utbetaling er foretatt. Dette for å kunne kontrollere at vedtakene om (utbetaling av) tilskudd er fulgt opp i form av utbetaling til søkerne.

8.2.4 Allmennlegeordningen

Leger som skal ha godkjenning som allmennleger må gjennomføre en 3. års veiledet tjeneste i kommunen, innenfor maksimal grense på 80 timer over 40 uker. Kommunen kan kreve tilskudd fra SAFH for veiledningen. SAFH har utarbeidet et skjema der kommunen må registrere kommunens navn, navnet på legen som blir veiledet og legens HPR-nr. Dette er underlagsinformasjon for tilskuddsvedtaket som er grunnlag for utbetaling. Det skal også skrives

en avtale mellom veileder, kommune og lege som sendes til SAFH som grunnlag for godkjenning av tilskudd. Utbetalingsprosessen går gjennom Contempus med bistand fra SSØ Hamar som for andre utbetalinger.

I saksbehandlingen forholder SAFH seg til rundskriv fra Helsedirektoratet IS-18/2005 og forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 19. desember 2005.

Ansvarlig medarbeider forklarer at det for en tid tilbake ble gjort en feil knyttet til tilskudd til allmennleger. Feilen bestod i at tilskuddsvedtaket, som utbetalingene bygger på, ikke var justert for at en kommune allerede hadde fått tilskudd for 30 timer veiledning ved en tidligere anledning. Kommunen sa selv fra om feilen før utbetaling skjedde, og vedtak om utbetaling av tilskudd til vedkommende kommune ble stoppet i Contempus. Det ble laget et nytt vedtak om utbetaling av tilskudd som igjen ble sendt til SSØ for utbetaling. Ansvarlig medarbeider kommenterer at selv med et skyggeregnskap kan det skje feil når det jobbes i høyt tempo.

På generelt nivå, vurderes det at det er en potensiell feilkilde knyttet til at det er en del svenske og danske leger som flytter fra kommune til kommune. For disse legene får kommunene veiledningsmidler, og det kan være vanskelig å holde oversikt over hvor mye veiledning som er gitt i de respektive kommunene. Dermed blir det også vanskelig å holde oversikt over hvor mye som skal utbetales til de respektive kommunene.

8.2.5 Kiropraktortilskudd

Turnusveileder for kiropraktorer har krav på tilskudd og tilskuddene betales ut etterskuddsvis når veiledning er gjennomført.

Ansvarlig medarbeider for denne delen av tilskuddsordningen har utarbeidet et utkast til prosedyre, datert 24.11.2009. Prosedyren inneholder blant annet en beskrivelse av krav til dokumentasjon i søknadsprosessen, sjekkliste og en kortfattet risikovurdering. Risikoen i ordningen vurderes som liten på grunn av blant annet at transaksjonene enkeltvis utgjør små beløp, og liten risiko for misbruk av ordningen. I den grad det er risiko, vil denne være knyttet til at det eventuelt foretas dobbeltutbetalinger, eller at SAFH betaler tilskudd for turnusveiledning som ikke er gitt.

Vedkommende som i dag håndterer disse tilskuddene sier at han har rasjonalisert denne ordningen etter at han fikk ansvaret for styringen. Vedkommende beskriver at det tidligere var et stort antall dokumenter med flere skjemaer som søkerne måtte forholde seg til, mens det nå bare er ett skjema. Vedkommende opplyser at direktoratets rundskriv ikke er justert i samsvar med de forenklingene som er foretatt.

8.3 Oppfølging av tilskudd

Det var avsatt 0,75 millioner på statsbudsjettet under kapittel 724 – 61 Tilskudd til turnustjenesten i Sosial- og helsedirektoratet til dekning av forvaltning av tilskuddsordningen. Beløpet ble i Stprp nr 66 (2005-2006) foreslått overført til Sosial- og helsedirektoratets driftskapittel. SAFH opplyser at de ikke fikk godskrevet de midlene som var avsatt til tilskuddsforvaltning da oppgaven med tilskuddsforvaltning ble overført til SAFH. I intervju opplyser SAFH at de gjentatte ganger prøvde å ta opp dette uten å få respons. I 2009 benyttet SAFH 0,4 millioner av tilskuddmidlene til å dekke

kostnader knyttet til forvaltningen av disse midlene. Dette ble gjort for å synliggjøre kostnadene ved tilskuddsforvaltningen.

I intervju blir det opplyst at SAFH i liten grad gjennomfører kontrollaktiviteter knyttet til tilskuddsforvaltningen. Dette blir forklart med manglende overføring av midler til tilskuddsforvaltning og at SAFH ikke har hatt kapasitet til å prioritere slike aktiviteter.

Det har heller ikke vært gjennomført systematiske risikokartlegginger eller evalueringer av de ulike tilskuddsordningene. Det blir gitt uttrykk for at det har vært en form for indirekte kontroll knyttet til tilskuddsforvaltningen ved at en har gjennomgått og effektivisert enkelte tilskuddsordninger. I dette arbeidet har en til en viss grad identifisert hvorvidt det er risiko i de forskjellige ordningene. Det ble konkludert med at det i liten grad foreligger risiko, men at en burde se nærmere på tilskuddsordningen for allmennleger (tredje års veiledning).

Det blir sagt at behovet for evaluering av allmennlegeordningen er løftet til direktoratet flere ganger, uten at en har fått respons. I brev fra SAFH til direktoratet, datert 4.2.2009, knyttet til utarbeiding av nytt rundskriv for ordningen står det blant annet: *"SAFH er meget usikre på innholdet i den veiledning som gis, og SAFH hadde før denne saken kom opp identifisert dette som den av SAFHs tilskuddsordninger som er mest aktuell for evaluering, jf økonomireglementet § 16."* SAFH opplyser at det ikke er registrert svar på saken i deres arkiv. I budsjettforslaget for 2011 skriver SAFH: "*Vi minner om at det har ikke vært ressurser til å følge opp regelverk for tilskuddsordninger og evalueringer i samsvar med regelverket. SAFH foreslår å følge opp dette ved å øke SAFHs driftsbevilgning post 0724-01 med 0,7 mill kroner mot tilsvarende reduksjon i tilskuddsposten (0783-61)".* I intervju blir det opplyst at en i SAFH ikke ser for seg at det blir gjennomført evalueringer av tilskuddsordninger i nærmeste framtid. En forventer ikke å få tilført midler til slike evalueringer, og heller ikke å kunne gjøre interne omprioriteringer i favør av slike evalueringer.

I brev av 4.2.2009 skriver SAFH også om tilskuddsordningen for allmennleger at: *"Det er behov for å gjøre informasjonsflyten enklere. Vi frykter at et rundskriv i praksis ikke blir oppdatert tilstrekkelig ofte til å holde følge med nye spørsmål som dukker opp i denne ordningen (…)Vi foreslår derfor at SAFH får ansvaret for informasjonen om ordningen og at rundskrivet på Helsedirektoratets nettside erstattes med en link til SAFHs nettside".* Dette gjaldt både tiiskuddsordningen og fagordningen.

I intervju blir det fremhevet at rundskriv trenger jevnlige oppdateringer for å reflektere den til enhver tid gjeldende forvaltningspraksis og ulike rettskilder (for eksempel EØS-direktiv), men at slike oppdateringer ikke gjøres med tilstrekkelig hyppighet. De viser til at flere av rundskrivene på direktoratets hjemmesider ikke er oppdaterte, og at SAFH måtte fjerne linken, på sine sider, til direktoratets rundskriv for kiropraktorordningen. Rundskrivet inneholder flere faktafeil, blant annet når det gjelder tilskuddsbeløp. Videre blir det opplyst at det generelt har vært vanskelig for SAFH å få presiseringer når det er elementer i rundskrivene ansatte er usikre på. Når det gjelder informasjon om tilskuddsordningene på SAFHs egne hjemmesider, blir det opplyst at det ikke har vært kapasitet til å foreta systematiske gjennomganger av disse sidene. Informasjonen avstemmes ikke jevnlig mot gjeldende regelverk og forvaltningspraksis, og det er derfor en risiko for at ikke all informasjon er korrekt. Det har vært en flaskehals i forhold til oppdateringer at det for tiden benyttes en ekstern tjenesteleverandør for (den tekniske) utførelsen av redigeringer, noe som gjør prosessen tungvint. De norske internettsidene vurderes å være rimelig oppdaterte, fordi ansatte er flinke til å si i fra når de oppdager informasjon som er feil. Når det gjelder de engelske sidene, opplyses det at disse på langt nær er à jour.

SAFH forvalter regelverk på en ordning det aldri er utbetalt penger på, og som SAFH heller ikke har fått tildelt midler til. Dette gjelder obligatoriske kurs for leger som skal bli allmennlege. Det blir i intervju opplyst at SAFH har rapportert dette til direktoratet flere ganger, blant annet i SAFHs årsrapport for 2009. I intervju blir det opplyst at det ikke er kommet søknader om midler på denne ordningen og det blir antatt at en forklaring kan være dårlig informasjon om ordningen, men det vurderes som mer sannsynlig at legene går på andre kurs som dekker formålet (kurs for leger som er i ferd med å bli spesialister).

8.4 Vurderinger knyttet til tilskuddsforvaltningen

8.4.1 Ekstern informasjon

Gjennomgangen viser at SAFH ikke har rutiner/prosedyrer for å sikre at informasjon om tilskuddsordningene er oppdaterte. Dette er avgjørende for å sikre at det formidles korrekt og oppdatert informasjon om tilskuddsordningene til søkerne og for at SAFH skal kunne forvalte tilskuddene på en forsvarlig måte.

8.4.2 Rundskriv og retningslinjer for tilskuddsforvaltningen

Ved revisjonen ble det registrert avvik mellom SAFHs forvaltningspraksis og rundskriv fra Helsedirektoratet når det gjelder tilskudd. SAFH peker på at rundskriv ikke er oppdatert, blant annet når det gjelder tilskuddsordningen til kiropraktorer, og at de har måttet fjerne henvisning til rundskriv på SAFHs hjemmeside. Det er viktig at det etableres rutiner som sikrer at rundskriv og retningslinjer blir oppdatert og gir uttrykk for det som er gjeldende god forvaltningspraksis. SAFH og direktoratet må også avklare hvordan de skal sørge for at det gis entydig og oppdatert informasjon til søkere.

8.4.3 Evalueringer og kontroll med tilskuddsmottaker

Gjennomgangen viser at SAFH ikke har gjennomført systematiske risikokartlegginger, gjort evalueringer eller gjennomført kontrollaktiviteter knyttet til tilskuddsordningen. Dette representerer etter vår vurdering brudd på pkt. 6.3.8.2, 6.5 og 6.3.6 i bestemmelsene i økonomireglementet.

SAFH peker på ressursbegrensninger som en viktig årsak til manglende forvaltningsoppfølging av tilskuddsordninger. Videre trekker SAFH fram at de ikke har fått overført midler til tilskuddsforvaltning, og at det er kommunisert til direktoratet ved flere anledninger at det er behov for å gjennomføre evaluering. Det påligger etter vår vurdering et ansvar både hos SAFH og i Helsedirektoratet for å stille til disposisjon ressurser og å prioritere aktiviteter slik at oppgaver knyttet til tilskuddsforvaltningen blir utført i henhold til kravene i økonomireglementet.

9 Anskaffelser

9.1 Revisjonskriterier

9.1.1 Grunnprinsipper i lov om offentlige anskaffelser

Lov om offentlige anskaffelser (LOA) og forskrift om offentlige anskaffelser (FOA) får anvendelse på varekontrakter og tjenestekontrakter. I lov om offentlige anskaffelser § 1 går det frem at:

> ”Loven og tilhørende forskrifter skal bidra til økt verdiskapning i samfunnet ved å sikre mest mulig effektiv ressursbruk ved offentlige anskaffelser basert på forretningsmessighet og likebehandling. Regelverket skal også bidra til at det offentlige opptrer med stor integritet, slik at allmennheten har tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte.”

I begrepet forretningsmessighet ligger det at oppdragsgiver til enhver tid skal vurdere hvordan han kan oppnå en mest mulig fordelaktig anskaffelse. Videre inneholder begrepet en standard om at man ikke skal kunne ta utenforliggende hensyn i prosessen. Kravet til forretningsmessighet gjelder gjennom hele anskaffelsesprosessen, fra beslutningen om å starte en anskaffelsesprosedyre til tildeling av kontrakt. Sentralt er kravene til konkurranse og likebehandling.

Formålsbestemmelsen angir overordnede prinsipper som ligger til grunn for utformingen av detaljreglene i forskriftene. Prinsippene som fremgår av bestemmelsen er viktige for å sikre at alle potensielle leverandører har de samme muligheter til å oppnå kontrakter med det offentlige, samtidig som de skal bidra til at det offentlige foretar effektive anskaffelser og anvender offentlige midler på en økonomisk fornuftig måte. Bestemmelsen må ses i sammenheng med de grunnleggende prinsippene i lovens § 5. I følge lov om offentlige anskaffelser § 5 skal:

> ”Oppdragsgiver opptre i samsvar med god forretningsskikk, sikre høy forretningsetisk standard i den interne saksbehandling og sikre at det ikke finner sted forskjellsbehandling mellom leverandører.
>
> En anskaffelse skal så langt det er mulig være basert på konkurranse.
>
> Oppdragsgiver skal sikre at hensynet til forutberegnelighet, gjennomsiktighet og etterprøvbarhet ivaretas gjennom anskaffelsesprosessen.
>
> Utvelgelse av kvalifiserte anbydere og tildeling av kontrakter skal skje på grunnlag av objektive og ikke-diskriminerende kriterier. ”

9.2 Rutiner og retningslinjer for anskaffelser

SAFH har ikke utarbeidet rutiner og retningslinjer for anskaffelsesprosesser. SAFH har heller ikke personell med spesialkompetanse og som bistår i kontorets innkjøpsprosesser. Ledere sier de har kjennskap til regelverket og at det skal følges, men det blir også sagt at det har glippet ved et par anledninger. I denne forbindelse blir det vist til at SAFHs bemanning og ressurser har medført et behov for å gjøre strenge prioriteringer knyttet til tidsbruken i SAFH.

Ansatte som foretar mindre innkjøp/bestillinger, sier disse innkjøpene oftest skjer gjennom direkte kontakt med leverandører som SAFH har benyttet over lang tid. Innkjøp blir også foretatt med utgangspunkt i det som omtales å være leverandøravtaler som i sin tid ble inngått av Statens

helsetilsyn. Det blir opplyst at selv om man kjenner til at SAFH har avtaler på noen områder, blir ikke disse alltid brukt.

Helsedirektoratet har i sin interne prosjektgjennomgang gjennomgått anskaffelsesområdet. Gjennomgangen og direktoratets vurderinger av anskaffelsene er gjort på bakgrunn av en overordnet kontroll av alle kjøp over kr 50 000 i 2009 og 2010, samt en mer detaljert gjennomgang av noen utvalgte anskaffelser. Konklusjonen i rapporten er at det er gjennomgående feil og mangler i anskaffelsene som er undersøkt. Dette inkluderer blant annet manglende dokumentasjon av behov og budsjettdisponering, manglende kvalitet og skriftlighet knyttet til publisering og gjennomføring av konkurranse, mangler i forhold til krav om skriftlige tilbud og manglende protokollføring av anskaffelsen. Generelt er anskaffelsene lite etterprøvbare, og det kan i liten grad dokumenteres at de har vært konkurranseutsatt. Fra SAFH blir det vist til at alle innkjøp er basert på diskusjoner i ledergruppen, og etter nøye vurderinger av behov og budsjett.

Vi har i forbindelse med vår gjennomgang hatt samtale med representant for direktoratet, og gjennomgått direktoratets saksframstillinger knyttet til de utvalgte anskaffelsene samt kontrollmatrise knyttet til kjøpene over kr 50 000.

Vedkommende i direktoratet som hadde hovedansvaret for undersøkelsene på anskaffelsesområdet i SAFH, opplyser at det var store mangler i den dokumentasjonen som ble oversendt fra SAFH. Vedkommende var selv i SAFHs kontorlokaler for å få plukket fram det som kunne være av relevant dokumentasjon for å få belyst anskaffelsene. For samtlige av de utvalgte anskaffelsene konkluderes det i direktoratets saksframstilling med at *"Gjennomgangen av saken viser gjennomgående avvik fra regelverkets grunnleggende krav til forretningsmessighet, konkurranse, forutberegnlighet, gjennomsiktighet og etterprøvbarhet"*.

9.3 Vurderinger knyttet til anskaffelser

Gjennomgangen viser at SAFH har foretatt flere anskaffelser i strid med regelverket herunder grunnprinsippene i lov om offentlige anskaffelser § 5. Det er gjennomgående manglende dokumentering av anskaffelsesprosessene. Bruddene er i offentlig anskaffelsessammenheng etter Deloittes mening alvorlige.

Videre viser gjennomgangen at det er begrenset kjennskap til SAFHs avtaler blant de som foretar mindre regelmessige innkjøp. Dette representerer en risiko for at anskaffelser ikke blir gjennomført i henhold til regelverk og interne rutiner.

Undersøkelsen viser at ansatte som foretar innkjøp ikke har tilstrekkelig kompetanse eller bevissthet rundt regelverket for offentlige anskaffelser. Det er heller ikke utarbeidet rutiner for å sikre en ensartet tilnærming til innkjøpsprosesser.

SAFH må bedre kompetansen i forhold til offentlige anskaffelser, samt etablere rutiner på anskaffelsesområdet som alle som foretar innkjøp er kjent med. SAFH bør vurdere å ha en ressurs med dedikert ansvar for bistand og oppfølging i innkjøpsprosesser, eller ordne seg på andre måter som sikrer at anskaffelsesprosesser er gjenstand for tilstrekkelig kvalitetssikring.

SAFH må sørge for at alle som foretar innkjøp er kjent med SAFHs gjeldende avtaler.

10 Vurdering av metodisk tilnærming – rapporten ”Verifikasjon av dokumenter og kvalitetskontroll”

Deloitte er bedt av direktoratet om å gjøre en vurdering av metodisk tilnærming i rapporten ”Verifikasjon av dokumenter og kvalitetskontroll”[68]. Deloitte har ikke vurdert om rapportens konklusjoner er holdbare.

Metodene som er benyttet i rapporten ”Verifikasjon av dokumenter og kvalitetskontroll” listes opp i 13 punkt som referer til ”de mest aktuelle metodene som ble benyttet” i undersøkelsen. Dersom også andre metoder faktisk ble benyttet burde dette ha fremgått av metodekapitlet.

Det fremgår at noe av datamaterialet til rapporten baserer seg på samtaler med saksbehandlere og ledelse i SAFH. Det fremgår ikke

- Hvor mange ansatte og hvor mange fra ledelsen det er gjennomført samtaler med
- Hvor mange samtaler som er blitt gjennomført
- Om det dreier seg om enkeltvise samtaler eller gruppesamtaler
- Om det er skrevet referat fra samtalene
- Om eventuelle referat er godkjent.

Det fremgår videre at det i forbindelse med rapporten er etablert et ”kildenett” både internt i SAFH og eksternt for innhenting av informasjon og vurdering av informasjon. Hva som menes med ”kilde” er ikke nærmere definert. Det blir ikke redegjort nærmere for hvordan kildenettet er etablert eller hvordan det er blitt benyttet som for eksempel:

- Hvor mange personer inngikk i kildenettverket henholdsvis internt og eksternt av SAFH
- Hvem representerte kildene? Ledelse, ansatte, hvilke eksterne organisasjoner?
- Ble det avholdt felles møter, eller ble informasjonsoverføringen og vurderingen av informasjon gjort enkeltvis med personene i kildenettet.
- Er kildene klar over at de er kilder til rapporten?

I metodekapitlet blir det opplyst at forskjellige typer dokumenter er blitt gjennomgått i forbindelse med rapporten. Rapporten mangler imidlertid litteratur/dokumentoversikt slik at leseren kan gjøre seg opp en mening om dokumentgrunnlaget er tilstrekkelig. Det står videre at

> ”Problemstillinger som er avdekket underveis er blitt kommunisert og presentert for ledelsen i SAFH formelt og uformelt på løpende basis. Det har vært en åpen kommunikasjon til de valg som er gjort”.

Rapporten gir imidlertid ikke oversikt over når formelle møter om rapporten har vært avholdt og i hvilken anledning.

At det ikke er redegjort nærmere for det metodiske grunnlaget rapporten baserer seg på, gjør at det er vanskelig for leseren å ha en mening om hvorvidt de konklusjoner som trekkes baserer seg

[68] O. Resaland og O. Reinsnos: *Verifikasjon av dokumenter og kvalitetskontroll. Gjennomgang av et begrenset antall forhold ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell i perioden september 2009 til april 2010*. Endelig versjon 21. mai 2010. Rapporten er også omtalt som ”Politirapporten”.

på et tilstrekkelig datagrunnlag. Etter Deloittes mening tar rapporten opp en rekke forhold i SAFH der det er usikkert om dette er undersøkt systematisk eller om funnene baserer seg på enkeltutsagn. Rapporten konkluderer for eksempel med at det ikke finnes et godt system for opplæring mv. Det står ikke noe i rapporten som understøtter denne konklusjonen. Dette gjelder også andre forhold som er omtalt i rapporten.

Det er ikke presisert hvilke vurderingskriterier som legges til grunn for rapportens vurderinger.

En del av forholdene som nevnes under pkt *7.0 oppsummering av funn*, er i liten grad utdypet. Igjen er det uklart hvilket datagrunnlag funnene baserer seg på. Det er heller ikke alltid klart hva funnene viser til, som for eksempel avsnittet nedenfor som står som et selvstendig underkapittel i rapporten:

> ”**7.23 Alt som ikke er gjort over tid**
>
> Problem: Mye er sagt og skrevet over år, men det er ikke og det blir ikke gjennomført.”

Internkontroll er viet to underkapitler, henholdsvis 7.6 og 7.24. Ingen av dem beskriver nærmere situasjonen i SAFH, det er uklart hva det vises til og hvorfor internkontroll ikke omtales samlet.

11 Konklusjoner

- Direktoratets etatsstyring, herunder form, innhold og prosess, er etter Deloittes mening ikke gjennomført i samsvar med gjeldende økonomiregleverk i staten (Reglementet og Bestemmelsene) i den tidsperiode som er undersøkt.
- SAFHs virksomhetsstyring blir ikke gjennomført i samsvar med intensjonen i gjeldende økonomiregelverk i staten.
- Deloitte kan ikke se at SAFH har en tilfredsstillende internkontroll i saksbehandlingen og et overgripende system for internkontroll.
- Gjennomgangen gir etter Deloittes mening ikke sikkerhet for at arbeidet med å autorisere og tildele linsens til helsepersonell i Norge foregår på en betryggende måte i samsvar med regelverk, sektorpolitiske forutsetninger og tildelingsbrev for virksomheten. Dette gjelder spesielt for personell utenfor EØS området. Det er også usikkerhet knyttet til om SAFH har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å avdekke forsøk på forfalskning av dokumenter. Det er Deloittes vurdering at Helsedirektoratet som etatsstyrer ikke i tilstrekkelig grad har fulgt opp risikovurdering av forhold knyttet til konsekvenser av vedtak i Helsepersonellnemnda, beskrevet i brev og notat fra SAFH av 30. november 2009.
- Deloitte kan ikke se at SAFH har et system som sikrer pålitelig, relevant og virksomhetskritisk informasjon jf for eksempel mangler knyttet til restanser og saksbehandlingstid.
- Undersøkelsen viser at det er mangler knyttet til økonomistyringen i SAFH i forhold til økonomiregelverket for staten.
- Undersøkelsen viser at SAFH har et forbedringspotensial når det gjelder forvaltningen av tilskuddsordninger, slik at den blir i samsvar med reglement og bestemmelser i økonomiregelverket for staten.
- Deloitte kan ikke se at SAFH etterlever regelverket som regulerer offentlige anskaffelser. Det er avdekket flere brudd på grunnprinsippene for anskaffelser i SAFH.
- Undersøkelsen viser at SAFH har et forbedringspotensial når det gjelder etterlevelse av rettsregler i forvaltningsloven som har relevans for SAFHs saksbehandling. På den annen side må det påpekes at stikkprøvekontroll gir indikasjoner på at forvaltningsloven blir etterlevd i det store flertallet av saker.

12 Forslag til tiltak

1. Helsedirektoratet må sørge for at risikovurderinger blir et reelt tema i styringsdialogen, og at forhold som blir tatt opp fra begge sider blir tatt på alvor og gjennomgått/ behandlet innen rimelig tid.
2. Helsedirektoratet bør sørge for og kvalitetssikre at styringssignaler blir gitt i samsvar med prinsippene for mål og resultatsyring, herunder intensjonen for utforming av resultatmål og styringsparametere.
3. Helsedirektoratet må sikre at det er sammenheng mellom mål/ styringsparametre, virkemidler /tiltak og ressurser slik at SAFH kan gjennomføre en virksomhetsplanlegging som er realistisk.
4. Helsedirektoratet og SAFH bør på nytt vurdere om form, innhold og prosess i forbindelse med SAFHs rapportering er hensiktsmessig, og sammen finne frem til en god rapporteringsmal og omforent forståelse av sporbarhet og presisjon.
5. Det bør vurderes om det er hensiktsmessig å gjennomføre en konsekvensutredning av gjeldende regelverk i forhold til de problemstillinger SAFH har presentert i notat av 30. november 2009. I konsekvensutredningen kan det vurderes om gjeldende praksis for autorisasjoner samsvarer med intensjonen i helsepersonellovens og spesialisthelsetjenestelovens (§ 1-1 (2)) formålsbestemmelser.
6. SAFH bør gjennomføre en planprosess som sikrer at den styringsmessige intensjonen i Reglementet § 4 blir etterlevd.
7. SAFH må ha fokus på HMS arbeid og iverksette nødvendige tiltak og vedlikehold av internkontrollsystemet innen HMS. SAFH bør gå gjennom kravene i internkontrollforskriften og sikre at reglene etterleves.
8. SAFH bør gjennomføre regelmessig informasjon om det etiske reglementet og sørge for organisatorisk vedlikehold av reglementet i organisasjonen.
9. SAFH bør sørge for at den enkelte leders ansvar er tydeliggjort både for lederen selv og for de ansatte i organisasjonen.
10. SAFH bør gjøre en avklaring knyttet til behovet for faglig ledelse. SAFH bør også vurdere ledelsesstruktur og oppgaver.
11. SAFH må sørge for at delegasjon, fullmakter, ansvar og myndighet blir skriftliggjort.
12. SAFH bør gjennomføre en evaluering av dagens organisering av fagteam med hensyn til oppgavefordeling, ressursbehov og sårbarhet i avdelingene.
13. Det bør utarbeides en overordnet kompetanseplan for SAFH, hvor kompetansesammensetningen vurderes, og SAFHs samlede kompetansebehov blir vurdert.
14. SAFH bør vurdere å utarbeide toleransegrenser for viktige mål og rettsregler slik at organisasjonen vet hva de skal vurdere risiko i forhold til innen de respektive områdene og hva som forventes.

15. SAFH bør når man har innarbeidet en policy for risikostyring forsøke å holde seg til ett konsept slik at man sikrer kontinuitet i metodikk og forståelse av risikovurderingene, samt utvikling over tid.
16. SAFH må videreutvikle og iverksette et avvikssystem både knyttet til organisatoriske forhold, herunder saksbehandling, og HMS.
17. SAFH må fortsette arbeidet med utarbeidelse av rutiner / prosedyrer som sikrer forsvarlig kvalitet i saksbehandlingen, herunder kvalitetssikring.
18. SAFH må sørge for at det blir sendt ut foreløpig svar i samsvar med forvaltningsloven § 11a.
19. SAFH og Helsedirektoratet må jobbe videre for så snart som mulig å få implementert et mer hensiktsmessig arkivsystem, og et saksbehandlingssystem som gir mulighet til oversikt over restanser og saksbehandlingstid.
20. SAFH bør gjennomgå og vurdere sine systemer med fordeling av saker til saksbehandler, og vurdere om dagens ordning er hensiktsmessig.
21. SAFH bør fastsette mål for økonomiområdet.
22. SAFH må tilpasse og dokumentere rutiner på økonomiområdet i henhold til instrukser og økonomireglementet § 4.
23. SAFH bør etablere rutiner som sikrer at ekstern informasjon om tilskuddsordningene er oppdatert.
24. SAFH bør gjennomføre risikovurderinger, evalueringer og kontrollaktiviteter knyttet til tilskuddsordningen, i tråd med økonomireglementets bestemmelser.
25. SAFH må sørge for at ansatte som foretar innkjøp har tilstrekkelig kompetanse og kjennskap til SAFHs avtaler.
26. SAFH må etablere rutiner som sikrer at innkjøp gjennomføres i samsvar med regelverket for offentlige anskaffelser.

Vedlegg 1 Referanser

Finansdepartementet (2003/2010): *Reglement for økonomistyring i staten. Bestemmelser om økonomistyring i staten*. Fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 8. juni 2010.

Finansdepartementet (2006): *Retningslinjer for gebyr- og avgiftsfinansiering av statlige myndighetshandlinger.* Rundskriv R-112.

Fornyings- og administrasjonsdepartementet (2005): *Etiske retningslinjer for statstenesta*, 7. september 2005.

Helse- og omsorgsdepartementet (2010): *E-post med møteinnkalling*, 1. november 2010.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009): *Prop. 1 S (2009–2010). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2010*. Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790. Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 25. september 2009, godkjent i statsråd samme dag.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008): *St.prp. nr. 1(2008-2009) For budsjettåret 2009.* Utgiftskapitler: 700–761 og 2711–2790, Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 12. september 2008, godkjent i statsråd samme dag.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): *St.prp. nr. 1 (2007-2008) for budsjettåret 2008.* Utgiftskapitler: 700–761 og 2711–2790. Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 14. september 2007, godkjent i statsråd samme dag.

Helsedirektoratet (2010): E-post vedrørende oppfølging av brev fra SAFH (til Deloitte, 2. november 2010).

Helsedirektoratet (2010): Notat fra Helsedirektoratet vedrørende leveranse av dokumenter til Deloitte, 17. september 2010.

Helsedirektoratet (2010): Referat fra kontaktmøte mellom Hdir og SAFH, 10.5.2010.

Helsedirektoratet (2010): Referat fra møte mellom Helsedirektoratet og SAFH om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området, 10.9.2010.

Helsedirektoratet (2010): Referat fra oppfølgingsmøte med SAFH, 3.9.2010.

Helsedirektoratet (2010): *Rapport fra intern prosjektgjennomgang av SAFH*. Oktober 2010

Helsedirektoratet (2010): *Tildelingsbrev til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH), 2010.*

Helsedirektoratet (2009): Referat fra etatsstyringsmøte 14. mai 2009.

Helsedirektoratet (2009): *Tildelingsbrev til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH), 2009.*

Helsedirektoratet (2008): *Tildelingsbrev til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH), 2008.*

Helsedirektoratet (2008): Referat fra etatsstyringsmøte med SAFH den 18.4.2008.

Helsedirektoratet (2006): *Tildelingsbrev til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH), 2006.*

Resaland, O. og O. Reinsnos (2010): *Verifikasjon av dokumenter og kvalitetskontroll. Gjennomgang av et begrenset antall forhold ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell i perioden september 2009 til april 2010*. Endelig versjon 21. mai 2010.

SAFH: *Antall gitt autorisasjon i tidsrommet fra og med 01.01.2008 til og med 31.12.2008 fordelt på utdanningsland og kategori*. Uten dato.

SAFH (2010): *Årsrapport for SAFH, 2009*.

SAFH (2010): *Kort oppsummering av bakgrunnen for SAFHs VP.* Notat, 13. oktober 2010.

SAFH (2010): *Saksbehandlingstid i SAFH. Aktivitet, saksbehandlingstid, restanser.* Notat, 21.9.2010.

SAFH (2010): *HMS håndbok*. Mars 2010.

SAFH (2010): *Tertialrapport fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell SAFH) 2010. Periode: 1. tertial.*

SAFH (2010): *Tertialrapport fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell SAFH) 2010. Periode: 2. tertial.*

SAFH (2010): Internt notat vedørende oppfølgingspunkter i risikostyringen (til Helsedirektoratet, 1.7.2010).

SAFH (2010): *Mål- og styringsparametre*. Internt notat, 20. september 2010.

SAFH (2010): Ledergruppemøtereferat nr 09/10, tirsdag 9. mars 2010.

SAFH (2010): Ledermøte referat nr 15/10, tirsdag 27. april 2010.

SAFH (2010): E-post fra SAFH ved fungerende direktør til Deloitte, 28.10.2010.

SAFH (2010): *Saksbehandlingstid i SAFH for ulike personellgrupper, 15.9.2010*. Notat.

SAFH (2010): *Virksomhetsplan for SAFH 2010-2011*.

SAFH (2010): *Ad mistanke om forfalskning, anmeldelse, oppfølging m.m.* Notat, 7.9.2010.

SAFH (2010): *Anmeldte saker, forespørsler, oppfølging og tilbakemelding*. Oversikt gjeldende for tidsrommet 2008 - 6.9.2010.

SAFH (2010): *Om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge - oppfølging av brev av 30.11.2009*. Brev fra SAFH til Helsedirektoratet, 7.7.2010.

SAFH (2009): Brev fra SAFH til Helsedirektoratet vedrørende utkast til tildelingsbrev for 2009, 16.2.2009.

SAFH (2009): *Tredje års veiledning*. Brev fra SAFH til Helsedirektoratet, 4.2.2009.

SAFH (2009): *Om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge.* Brev fra SAFH til Helsedirektoratet, 30.11.2009.

SAFH (2009): *Helsepersonell utdannet utenfor EØS-området – søknad om autorisasjon i Norge*. Notat. Vedlegg til *Om helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge.* Brev fra SAFH til Helsedirektoratet, 30.11.2009.

SAFH (2009): *Forslag fullmaktsstruktur SAFH, versjon 0.031*.15.12.2009.

SAFH (2009): *Protokoll i saken om organisering av SAFH*. 18. november 2009.

SAFH (2009): *Saksfremstilling*. Vedlegg til *Protokoll i saken om organisering av SAFH*. 18. november 2009.

SAFH (2009): *Årsrapport for SAFH, 2008 (*utdrag fra versjon som ble trukket tilbake).

SAFH (2009): *Årsrapport for SAFH, 2008.*

SAFH (2008): *Rapport fra prosjekt "Risikostyring ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) høsten 2008."*

SAFH (2008): Referat fra møte i HMS arbeidsgruppe, 17.1.2008.

SAFH (2008): Brev fra SAFH til Helsedirektoratet vedrørende statsbudsjett for 2009, 10. april 2008.

SAFH (2007): *Mandat arbeidsgruppe HMS*. Uten dato.

SAFH (2004): Brev fra SAFH vedrørende Statsbudsjettet 2004, kapittel 0720 - tildeling til statens autorisasjonskontor for helsepersonell (til Helsedirektoratet, 26.2.2004).

SAFH (2002): *Årsrapport for SAFH 2001.*

SAFH (2001): *Virksomhetsplan for SAFH 2001*.

Statens helsepersonellnemnd (2010): *Helsepersonell utdannet utenfor EØS-området som søker autorisasjon i Norge*. Brev fra Statens helsepersonellnemnd til Helsedirektoratet, 26.8.2010.

Statens helsepersonellnemnd (2010): *Årsrapport for 2009.*

Statens Helsetilsyn (2001): *Tildelingsbrev til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell for 2001.*

Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see www.deloitte.com/no/omoss for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte provides audit, tax, consulting, and financial advisory services to public and private clients spanning multiple industries. With a globally connected network of member firms in more than 140 countries, Deloitte brings world-class capabilities and deep local expertise to help clients succeed wherever they operate. Deloitte's approximately 170,000 professionals are committed to becoming the standard of excellence.

© 2010 Deloitte AS