



# **Tilsyn og kontroll med kommunale helsetjenester**

*av Elke Bunk Olsen*

*Liten masteroppgave i rettsvitenskap*

*ved Universitetet i Tromsø*

*Det juridiske fakultet*

*Våren 2008*

**Innhold**

1 INNLEDNING .....	4
1.1 PROBLEMSTILLING .....	4
1.2 RETTSKILDER OG METODE.....	5
1.3 AVGRENSNINGER.....	8
2 SENTRALE BEGREPER .....	9
2.1 RETTEN TIL NØDVENDIG HELSEHJELP .....	9
2.2 RETTSSIKKERHET .....	12
2.3 KRAVET OM FORSVARLIGHET .....	13
2.3.1 RETTSLIG GRUNNLAG FOR FORSVARLIGHETSKRAVET .....	13
2.3.2 FORSVARLIGHETSKRAVETS INNHOLD .....	14
2.3.3 HELSEPERSONELLETS FORSVARLIGHETSKRAV .....	16
2.3.4 FORHOLDET MELLOM HELSEPERSONELLETS FORSVARLIGHETSKRAV OG FORSVARLIGHETSKRAVET TIL VIRKSOMHETEN .....	18
3 INTERNKONTROLL.....	19
3.1 RETTSLIG GRUNNLAG FOR INTERNKONTROLL.....	20
3.1. PLIKTSUBJEKTET.....	22
4 INNHOLDET I INTERNKONTROLLEN .....	24
4.1 INTERNKONTROLLFORSKRIFTEN § 4.....	24
4.1.1 PLANLEGGING AV PROSEDYRER.....	25
4.1.2 UTFØRING AV PROSEDYRER.....	27
4.1.3 KONTROLLERER PROSEDYREN.....	27
4.1.4 KORRIGERE PROSEDYREN.....	28
4.2 BRUK AV INTERNKONTROLLEN FOR Å FOREBYGGE SVIKT .....	28
4.2.1 PLIKTEN TIL Å GI PASIENTEN TILSTREKKELIG ERNÆRING.....	29
4.2.2 PLIKTEN TIL NØDVENDIG UNDERSØKELSE OG MEDISINSK BEHANDLING.....	31
4.2.3 PLIKTEN TIL Å GI PASIENTEN SELVSTENDIGHET OG STYRING AV EGET LIV .....	32
4.2.4 RETTEN TIL Å OPPLIVE RESPEKT, FORUTSIGBARHET OG TRYGGHET .....	37
4.2.5 JOURNALFØRINGSPLIKT .....	39
4.2.6 RETTEN TIL JOURNALINNSYN .....	41
5 TILSYN.....	42
5.1 RETTSLIG GRUNNLAG FOR TILSYN.....	42

5.2 HELSETILSYNET I FYLKENE.....	43
5.2.1 SYSTEMREVISJONER .....	43
5.2.2 HENDELSESBASERT TILSYN .....	47
5.3. STATENS HELSETILSYN.....	47
LOVREGISTER.....	50
LITTERATURLISTE .....	50
FORARBEIDER OG ANDRE OFFENTLIGE DOKUMENTER .....	51
RETTSPRAKSIS .....	51
ANNET .....	52

# 1 INNLEDNING

## 1.1 PROBLEMSTILLING

Pasienter i sykehjem har redusert evne til å dra omsorg for seg selv. Det setter pasienten i en sårbar situasjon. Problemstillingen er hvordan man gjennom tilsyn og kontroll kan sikre at de kommunale sykehjemmene drives i samsvar med helselovgivningen. Problemstillingen er todelt. Første spørsmål er hvordan kommunen kan sikre at sykehjemmene driver i samsvar med det til enhver tid gjeldende lovverk. Kommunen har plikt til å føre egenkontroll. Det følger av plikten til å etablere internkontrollsystem, j.fr. helsetilsynsloven § 3.<sup>1</sup> Formålet med internkontrollen er å bidra til faglig forsvarlige helsetjenester og oppfyllelse av helelovgivningen.<sup>2</sup> Interkontrollens nærhet til pasienten medfører at den i større grad sikrer pasienten oppfyllelse av helselovgivningen enn det en periodevis ekstern kontroll vil gjøre. Hovedvekten i oppgaven er derfor lagt på hvordan kommunen kan bruke internkontrollen i den daglige drift ved sykehjemmene.

Det andre spørsmål er hvordan det gjennom tilsyn kan kontrolleres at kommunen ivaretar sin internkontrollplikt. Og hvordan tilsyn kan bidra til at sykehjemmene og helsepersonell opptre forsvarlig og i samsvar med helselovgivningen. Den overordnede tilsynsplikt er pålagt Statens helsetilsyn gjennom helsetilsynsloven § 1. Tilsyn med at kommunen har etablert internkontrollsystem og tilsyn med at sykehjem og helsepersonell driver forsvarlig og i henhold til helselovgivningen følger av helsetilsynsloven §§ 2 og 3 andre ledd. Tilsynsmyndighet etter helsetilsynsloven §§ 2 og 3 andre ledd er helsetilsynet i fylket. Helsetilsynet i fylket er underlagt Statens helsetilsyn.

Både kommunens plikt til å etablere internkontroll og tilsynsplikten er viktige for at sykehjemspasienten skal få oppfylt sine rettigheter.

Kommunen er gjennom kommunehelsetjenesteloven<sup>3</sup> pålagt en rekke oppgaver. Blant dem er drift av sykehjem jfr. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nummer 6. Fri til å utforme tilbudet til pasientene står kommunen likevel ikke. Helselovgivningen pålegger kommunen en rekke plikter til hvordan sykehjemmene skal drives. Mange av pliktene har en korresponderende rettighet for pasientene. Pasientrettighetsloven<sup>4</sup> gir blant annet pasienten rett til medvirkning, informasjon, samtykke og journalinnsyn. Andre ganger er pasientens rett

---

<sup>1</sup> Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (helsetilsynsloven) 30.mars 1984 nr. 15.

<sup>2</sup> Forskrift om internkontroll (internkontrollforskriften) fastsatt ved kgl.res.20.desember 2002 med hjemmel i helsetilsynsloven § 7m.v., § 1

<sup>3</sup> Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) 19. nov. 1982 nr. 66.

<sup>4</sup> Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) 2.juli 1999 nr. 63.

ikke uttrykt i loven. Den kommer bare indirekte til uttrykk gjennom at pasienten kan be tilsynsmyndighetene vurdere forsvarligheten av den helsehjelp de har fått, j.fr. helsepersonelloven<sup>5</sup> § 55. Eller ved at pasienten ved svikt kan kreve erstatning, j.fr. pasientskadeloven<sup>6</sup> § 2. Erstatning etter pasientskadeloven er lite aktuelt for sykehjemspasienten, da han som hovedregel ikke vil kunne vise til noe økonomisk tap, j.fr. pasientskadeloven § 2. Oppgavens hovedfokus er kommunen og tilsynsorganenes plikt til å føre tilsyn og kontroll. Jeg vil derfor konsentrere meg om kommunens plikter. Det er allikevel viktig å ha i tankene at kommunes plikt ofte har en korresponderende rett for pasientene.

Sykehjemsplass tildeles etter kommunehelseloven § 2-1 som pålegger kommunen å yte ”nødvendig helsehjelp”. Jeg vil i oppgaven drøfte hvilken materiell rett som ligger i begrepet. Å fastslå innholdet av den materielle retten er avgjørende for hva internkontroll og tilsyn skal omfatte. Det er også avgjørende for hvilke krav pasienten kan stille til kvaliteten på den helsehjelp han mottar. Et krav som har stor betydning ved fastlegging av kvaliteten er kravet til forsvarlighet. Forsvarlighetskravet er grunnnormen i norsk helserett.<sup>7</sup> Kravet påhviler både helsepersonell og sykehjemmet j.fr. helsepersonelloven §§ 4 og 16. Jeg vil i oppgaven reise spørsmål om hva som ligger i forsvarlighetskravet, og hvordan internkontroll og tilsyn skal sikre at forsvarlighetskravet oppfylles.

## 1.2 RETTSKILDER OG METODE

På lovregulert område vil loven stå som primær rettshjemmel for løsning av rettsspørsmål.<sup>8</sup> Dette er også tilfelle med helselovgivningen. Kjønstad hevder at nyere helselovgivning er systematisk oppbygd, og at ord og uttrykk i loven som regel er bevisste valg.<sup>9</sup>

Når vi i tillegg befinner oss på velferdsrettens område, hvor det i stor grad dreier seg om pasientens rettigheter, har jeg i oppgaven valgt å legge stor vekt på lovens ordlyd. De mest sentrale lovene for løsning av oppgavens problemstillinger er kommunehelsetjenesteloven, helsepersonelloven og helsetilsynsloven.

Helselovgivningen er i stor utstrekning en fullmaktslovgivning. Ved drøfting av problemstillinger oppgaven reiser vil det være flere forskrifter som har betydning. De to mest sentrale er internkontrollforskriften og Forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenester.<sup>10</sup>

---

<sup>5</sup> Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) 2.juli 1999 nr. 64.

<sup>6</sup> Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) 15.juni 2001 nr. 53.

<sup>7</sup> Asbjørn Kjønstad, *Helserett*, Oslo, 2. utgave 2007 side 219.

<sup>8</sup> Nils Nygaard, *Rettsgrunnlag og standpunkt*, Bergen, 2.utgave side 177.

<sup>9</sup> Asbjørn Kjønstad, *Helserett*, Oslo, 2.utgave 2007 side 59.

<sup>10</sup> Forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kvalitetsforskriften).

Internkontrollforskriften retter søkelyset mot sykehjemmets systemer mens kvalitetsforskriften retter søkelyset mot brukerne av sykehjemmene. Forskrifter gitt innenfor lovens rammer har like stor rettskildemessig vekt som loven selv.

Som hjelp til å fastslå det nærmere innhold av lovtekst har jeg utstrakt bruk av forarbeider i oppgaven. Spørsmålet er hvilken vekt forarbeidene skal ha. For at forarbeider skal få vekt som rettskilde sier Nygaard at utsagnene i forarbeidene må regnes å være en begrunnelse for eller avklaring av den autoriserte tekst som lovhjemmelen er.<sup>11</sup>

Helselovgivningen jeg bruker er av ny dato. Fordi helselovene er grundig forberedt mener Kjønstad at forarbeidene ofte vil gi svar eller veiledning på hvordan lovene skal tolkes.<sup>12</sup> Jeg legger derfor relativt stor vekt på forarbeidene.

Det foreligger svært begrenset rettspraksis fra Høyesterett og underrettene som kan ha vekt som rettskilder for oppgaven. Den mest sentrale dom på området er Fusa – dommen.<sup>13</sup> Om hvilken vekt høyesterett sin praksis skal ha sier Kjønstad at dersom Høyesterett har tolket en dom på en bestemt måte så vil tolkningen nesten alltid bli lagt til grunn neste gang et tilsvarende spørsmål kommer opp for domstolene. Høyesterettspraksis er derfor en tungtveiende rettskilde.<sup>14</sup> Jeg vil legge stor vekt på rettspraksis fra Høyesterett.

Det foreligger en rikholdig forvaltningspraksis på området. Den består for en stor del av tilsynsrapporter fra helsetilsynet i fylkene utarbeidet etter systemrevisjoner ved sykehjemmene. Det foreligger også enkelte vedtak om administrative reaksjoner fattet av Statens helsetilsyn. Spørsmålet er hvilken interesse slik praksis har.

Nils Nygaard mener forvaltningspraksis har interesse

”så langt dei tek standpunkt til rettsspørsmål, og dermed produserer rettspraksis på sine område”.<sup>15</sup>

Tilsynsrapportene tar stilling til om sykehjemmene har brutt helselovgivningen. De tar derfor konkret stilling til rettsspørsmål. Spørsmålet blir da om de produserer rettspraksis.

---

<sup>11</sup> Nils Nygaard, *Rettsgrunnlag og standpunkt*, Bergen, 2.utgave 2004 side 196- 197.

<sup>12</sup> Asbjørn Kjønstad, *Helserett*, Oslo, 2.utgave 2007 side 60.

<sup>13</sup> Rt. 1990 side 874

<sup>14</sup> Asbjørn Kjønstad, *Helserett*, Oslo, 2.utgave 2007 side 62.

<sup>15</sup> Nils Nygaard, *Rettsgrunnlag og standpunkt*, Oslo, 2.utgave 2004,2.opplag 2005 side 211 og 212.

Eckhoff mener at det ikke lar seg stille opp faste kriterier på når forvaltningspraksis er rettsskapende og når den ikke er det. Han mener at hvor utbredt, fast og varig vedkommende praksis er, er momenter av betydning. Men at også andre momenter kan ha betydning, for eksempel hvordan praksisen vurderes av politikere og forfatningsjurister.<sup>16</sup>

Systemrevisjoner er ”utbredt” i betydning av at de utføres over hele landet. Jeg finner imidlertid ingen holdepunkter for å si at de er ”fast”. Selv i store fylker, i betydning høyt innbyggertall, kan det gå lang tid mellom hver gang sykehjemmene revideres. Jeg kan derfor vanskelig se at det foreligger tilstrekkelig praksis til å si at den er ”fast”. Den vil da heller ikke være ”varig”. Også det forhold at revisjonene utføres etter faste mønster og for en stor del av ikke – jurister taler mot at den er ”fast”. Revisjonene gir også i liten grad juridiske begrunnelser for de resultater de kommer fram til. For eksempel heter det:

”Det fremkom under intervju at personalet hadde det meget travelt, men at pasientene fikk dekket det mest nødvendige.”<sup>17</sup>

Det foreligger ingen juridisk drøftelse i rapporten av hva ”det mest nødvendige” er. Begrunnelsen bidrar ikke til å produsere en rettsregel. Jeg har ikke funnet noe rettspraksis hvor systemrevisjoner vektlegges. Jeg finner derfor ikke at rapportene fra systemrevisjonene har slik verdi at jeg vil bruke dem som rettslige argumenter i oppgaven min. Jeg har derimot brukt dem for å eksemplifisere rettslige problemstillinger.

Jeg har funnet veldig få avgjørelser fra Statens helsetilsyn. Dersom det hadde foreligget flere avgjørelser kunne disse hatt vekt som rettskilde. Statens helsetilsyn overprøver til en viss grad helsetilsynene i fylkene sine avgjørelser og tildeler administrative reaksjoner. Som forvaltningsorgan ligger de et trinn over helsetilsynene i fylkene. Det taler for at avgjørelsene kan ha vekt. Tildeling av administrative reaksjoner er alvorlig. Det tilsier at saksbehandlingen er grundigere enn saksbehandlingen hos helsetilsynet i fylkene. Men fordi avgjørelsene er så få finner jeg ikke at de er ”fast” og ”varig”. Jeg har derfor valgt ikke å bruke dem som rettskilde.

Derimot har jeg valgt å bruke en dom fra Helsepersonellnemnda. Helsepersonellnemnda er klageorgan for avgjørelser blant annet etter helsepersonelloven §§ 56-59, se helsepersonelloven § 68. Som øverste klageorgan, for saker hvor avgjørelsen har meget stor betydning for de involverte parter, er sakene grundig juridisk behandlet. Nemndas

---

<sup>16</sup> Torstein Eckhoff, *Rettskildelære*, Oslo, 5. utgave 2001 side 217.

<sup>17</sup> [http://www.helsetilsynet.no/templates/Page\\_\\_\\_\\_\\_4521.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/Page_____4521.aspx)

medlemmer skal også ha ” høy helsefaglig og juridisk ekspertise”, j.fr. helsepersonelloven § 69. Som rettskilde vil jeg likevel tillegge den mindre vekt enn rettspraksis fra domstolene.

Sentrale helsemyndigheter avgir ofte uttalelser om hvordan loven bør tolkes.

I oppgaven har jeg brukt to veiledere utgitt av Sosial – og helsedirektoratet. Den ene er veiledning til internkontrollforskriften.<sup>18</sup> Den andre er veileder til kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene.<sup>19</sup>

Når uttalelser i rundskriv er i tråd med lovgivningen og kommer fra et overordnet organ har de en viss vekt som tolkningsfaktor av forskriftene. Det overordnede organ vil ha kunnskap om hvordan loven er ment å skulle forstås. Og det vil ha fagkunnskap, i dette tilfelle helsefaglig kunnskap, for hvordan loven best kan praktiseres. Det kan medvirke til en likeartet tolkning av forskriftene uansett hvor i landet helsehjelpen blir gitt. Det er med å sikre likebehandling av pasientene. Sett i et slikt lys kan rundskriv være en rettskilde.

Utgangspunktet for mitt valg av tema var medieoppslag om forholdene i eldreomsorgen. De fleste oppslagene tok opp helsepersonellet sine arbeidsvilkår eller kommunes stramme økonomi. Jeg fant ingen oppslag som tok for seg kommunens plikter overfor pasientene sett ut fra pasientens perspektiv. Pliktene sykehjemmet har overfor pasientene er i stor grad skjønnsmessig. Også det nærmere innhold av internkontroll og tilsyn bygger på skjønn. Målet med oppgaven har derfor vært å gjøre rede for gjeldende rett i forhold til hva kommunens plikter, internkontroll og tilsyn skal omfatte. Oppgaven vil derfor i første rekke fremstå som en rettsdogmatisk oppgave.

### **1.3 AVGRENSNINGER**

Kommunehelsetjenestelovens bestemmelser gjelder også for private sykehjem drevet etter avtale med kommunen, kommunehelsetjenesteloven § 1-1 andre ledd j.fr.

kommunehelsetjenesteloven § 4-1. Private sykehjem drevet etter avtale med kommunen er således også pliktig til å etablere internkontroll. Fordi det kommer inn et avtalerettslig moment mellom sykehjemmene og kommunen avgrenser jeg oppgaven mot disse.

Jeg avgrenser også mot barn/unge i sykehjem. Det foreligger spesielle forskrifter for disse gruppene. Og det vil være forskjellige hensyn som gjør seg gjeldene for barn/unge og eldre. Blant annet har barn foreldre som ivaretar foreldreansvaret overfor dem. Eller foreldreansvaret er overdratt j.fr. pasientrettighetsloven § 4-4.

---

<sup>18</sup> Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial – og helsetjenesten. Utgitt: 12/2004

<sup>19</sup> Kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Utgitt: 11/2004



Det vil også være forskjellige hensyn som gjør seg gjeldene for pasienter innlagt på sykehjem til avlastning/rehabilitering og pasienter som har sykehjemmet som sitt permanente bosted. Jeg avgrenser derfor oppgaven mot pasienter inne til avlastning/rehabilitering.

Det vil ikke i oppgaven være rom for å behandle alle pliktene som påligger et sykehjem. Eller hvordan internkontrollen praktisk skal legges opp for å ivareta alle pliktene. Det vesentlige har vært å vise hvordan kommunen kan bruke internkontrollen. Inngående beskrivelser av rutiner for den enkelte plikt leder lett over i pleiefaglige betraktninger. Beskrivelsene av internkontrollen for de enkelte plikter er derfor ikke uttømmende.

## **2 SENTRALE BEGREPER**

### **2.1 RETTEN TIL NØDVENDIG HELSEHJELP**

Oppgaven tar utgangspunkt i at pasienten har fått oppfylt sin rett til sykehjemsplass j.fr. kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Spørsmålet er hvilken kvalitet det skal være på den helsehjelp pasienten mottar. Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 hjemler en rett til ”nødvendig helsehjelp”. Ordlyden trekker i retning av at det er pasientens nødvendige behov som bestemmer kvaliteten på helsehjelpen. I forarbeidene heter det at kommunen plikter å holde helsetjeneste av ”medisinsk forsvarlig standard”.<sup>20</sup> Når forarbeidene bruker ordet ”medisinsk” forsvarlig forstår jeg at det må være forsvarlig i forhold til pasientens medisinske behov. Det heter videre at fastlegging av standarden må overlates til praksis.<sup>21</sup> Når praksis skal fastlegge standarden må den fastlegges som en rettslig standard. Det sentrale med rettslige standarder er at loven selv ikke er noen kilde for hvordan den skal tolkes. Man må bruke normer og målestokker utenfor loven for å tolke den. I dette tilfelle helsefaglige målestokker. Det vil si at innholdet av hva som er ”medisinsk forsvarlig” vil endre seg i takt med den medisinske utviklingen. Det vil derfor være pasientens behov sett i forhold til hva som er medisinsk forsvarlig som vil avgjøre hva som er ”nødvendig helsehjelp”.

Et forsvarlighetskravet som minstestandard blir også fastslått i forarbeidene til helsepersonelloven:

”Forsvarlighetskravet er en minstestandard. Det er ikke et krav om at man skal gjøre alt som er mulig å gjøre for den enkelte pasient, f. eks ved å ta alle tilgjengelige

---

<sup>20</sup> Ot.prp. nr. 66(1981-1982) side 31

<sup>21</sup> *Op.cit.* side 31

ressurser i bruk. Et slikt krav ville bl.a. lett gå på bekostning av andre pasienter, og under enhver omstendighet representere en ressursløsning.”<sup>22</sup>

Ordlyden ”nødvendig helsehjelp” gir heller ikke pasienten et rettskrav på at alt som er mulig skal gjøres for den enkelte pasient. Jeg tolker forarbeidene dit hen at de setter en grense ved behandling som det ikke på forhånd er dokumentert effekt av. Men den vil heller ikke være ”nødvendig”.

Fusa – dommen gjaldt spørsmål om rett til hjemmesykepleie og hjemmehjelp til en sterkt funksjonshemmet kvinne. Herredsretten hadde lagt stor vekt på sakkyndige uttalelser om hvor stort hjelpebehov pasienten hadde. For Høyesterett ble et vedtak om hjelp på ca. 20 timer hjemmesykepleie og hjemmehjelp per uke kjent ugyldig fordi det åpenbart ikke tilfredsstilte pasientens helt livsviktige behov for stell og pleie.<sup>23</sup> Dommen fastslår at det er pasientens behov som er avgjørende for hvor minstestandarden skal ligge. Helsepersonell er sentral ved fastlegging av behov.

For somatiske pasienter vil det med utgangspunkt i pasientens behov og medisinske utvikling til en viss grad være målbart hvor minstestandarden skal ligge. For sykehjemspasienten vil mye av den ”nødvendige helsehjelp” bestå av pleie og omsorg. Pleie og omsorg er for en stor del immaterielle rettigheter, det vil si at de er mer sanselige rettigheter som er lite målbar. Hvor minstestandarden skal ligge for immaterielle rettigheter vil i tillegg til fagkyndige vurderinger avhenge av politiske målsettinger og generelle og etiske betraktninger i samfunnet. Fusa – dommen tar bare utgangspunkt i pasientens helt livsviktige behov for stell og pleie. Den fastslår ikke hvor minstestandarden skal ligge i forhold til immaterielle rettigheter. Ved etablering av internkontroll og tilsyn stiller det krav om at en minstestandard er fastlagt også for immaterielle rettigheter.

Juridisk teori bidrar i liten grad til en nærmere fastlegging av standarden. Kjønstad hevder at standarden kan variere over tid og avhenger av målestokker som ligger utenfor selve standarden. Dette vil være helsefaglige målestokker, og sakkyndige vurderinger vil være viktig i saker etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1.<sup>24</sup> Kjønstad og Syse uttaler at det må legges avgjørende vekt på den hjelpetrengendes behov etter en helsefaglig vurdering. Og det må være en adgang til å legge en viss vekt på hvor nyttig det er for pasienten å få

---

<sup>22</sup> Ot.prp. nr.13 (1998-1999) side 37

<sup>23</sup> Rt. 1990 side 874 (side 888).

<sup>24</sup> Asbjørn Kjønstad, *Helserett*, Oslo 2007 side 162.

helsehjelp”.<sup>25</sup> Hvis helsehjelpen ikke er nyttig er den vel heller ikke nødvendig. Slik jeg tolker det har derfor pasienten rett til å få så mye helsehjelp som pasienten har behov for.

Et spørsmål vil være om det ved fastlegging av minstestandarden kan tas hensyn til kommunes økonomi. Et ressursforbehold vil kunne svekke kvaliteten på helsehjelpen pasienten har krav på.

I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven heter det:

”fastlegging av standarden må overlates til praksis, og sees på bakgrunn av den økonomiske situasjonen i helsesektoren generelt, og i den enkelte kommune spesielt, slik den til enhver tid fortøner seg”.<sup>26</sup>

Ut fra forarbeidene kan det se ut som om kommunen kan ta ressursforbehold når innholdet av ”nødvendig helsehjelp” skal fastlegges.

Det heter i Fusa – dommen om vedtaket om å gi pasienten hjelp på ca. 20 timer pr. uke:

”Et slikt vedtak kan etter min mening ikke forsvares ut fra hensynet til kommunens økonomi.”<sup>27</sup>

Jeg finner her en motstrid mellom forarbeidene og rettspraksis. Rettspraksis avviser at det kan tas ressursforbehold når minstestandarden skal fastlegges. Avgjørelsen fra Høyesterett tar konkret stilling til hvordan lovhjemmelen skal tolkes i forhold til foreliggende rettsspørsmål. Høyesterett fastslår dermed gjeldende rett for rettsspørsmålet. Avgjørelsen fra Høyesterett har større rettskildemessig vekt enn forarbeidene. Kommunen kan ikke ta ressursforbehold når minstestandarden skal fastlegges.

Reelle hensyn tilsier også at det må være slik. Dersom kommunen kan ta ressursforbehold vil helsehjelpen avhenge av kommunens økonomi og prioriteringer. Innholdet av retten til ”nødvendig helsehjelp” vil da avhenge av hvor i landet man ber om helsehjelp. Sett fra pasientens ståsted vil det da ikke være en rettighet med et materielt innhold. Sett fra kommunens ståsted vil det være vanskelig å fastlegge hva internkontrollen skal inneholde. Og sett fra tilsynsmyndighetenes side vil det ved tilsyn av om

---

<sup>25</sup> Asbjørn Kjørstad og Aslak Syse, *Velferdsrett I*, Oslo, 4.utgave 2008 side 214.

<sup>26</sup> Ot.prp. nr. 66 (1981 – 1982) side 31.

<sup>27</sup> Rt.1990 side 874 (side 888).

helselovgivningen er overholdt måtte tas hensyn til kommunens økonomi. Det ville undergrave hensynet bak tilsynet.

## 2.2 RETTSSIKKERHET

Sykehjemspasienten er varig ute av stand til å dra full omsorg for seg selv. Det nødvendiggjør garantier for at han får den helsehjelp han har krav på. I forvaltningsretten har begrepet ”rettssikkerhet” et kjerneområde. Eckhoff definerer det til å være beskyttelse mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side samt mulighet til å forutberegne sin rettsstilling og til å forsvare sine rettslige interesser. Også likhet og rettferdighet vil ofte bli omfattet av begrepet.<sup>28</sup> Et hovedskille går mellom prosessuell og materiell rettssikkerhet. Den prosessuelle rettssikkerhet angir de krav vi stiller til hvordan forvaltningsvedtak blir truffet. Den materielle rettssikkerhet er de overordnede krav vi stiller til forvaltningsvedtakets innhold.<sup>29</sup>

Rettssikkerhet er viktig innefor helseretten fordi styrkeforholdet mellom pasient og helsearbeider ofte er skjevt. Kjønstad begrunner dette i at helsearbeideren som regel har generelle kunnskaper og innsikt som er større og dypere enn det pasienten har. Pasienten kommer dermed lett i en avmaktsposisjon.<sup>30</sup> For sykehjemspasienten blir dette særlig tydelig. Han har både redusert omsorgsevne og er i varig institusjonsplassering. Beskyttelse mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side vil derfor være viktige rettssikkerhetsgarantier.

Spørsmålet er hvordan pasientens rettssikkerhet kan sikres i sykehjem. En effektiv internkontroll og tilsyn vil være sterke rettssikkerhetsgarantier for pasienten. Både internkontroll og tilsyn er garantier som i liten eller ingen grad krever pasientens medvirkning. Dette er viktig for en pasient med varig svekket omsorgsevne. Samtidig omfatter det garantier som kommer alle pasienter til gode uavhengig av hvilke personlige ressurser de har til rådighet. Andre rettsikkerhetsgarantier er helselovgivningen. Klare rettigheter gir større grad av forutberegnelighet og derigjennom en styrking av rettssikkerheten. Også forsvarlighetskravet som minstestandard er en viktig garanti for helsehjelpens kvalitet. Gode klageordninger samt mulighet for domsstolprøving bidrar til prosessuell rettssikkerhet.

---

<sup>28</sup> Torstein Eckhoff, *Forvaltningsrett* Oslo 7.utgave 2003 side 50

<sup>29</sup> J. F Bernt og Ø. Rasmussen, *Frihagens forvaltningsrett*, Bergen Bind 1 2003 side 42-43

<sup>30</sup> Asbjørn Kjønstad, *Helserett*, Oslo, 2.utgave 2007 side 278.

## 2.3 KRAVET OM FORSVARLIGHET

### 2.3.1 RETTSLIG GRUNNLAG FOR FORSVARLIGHETSKRAVET

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3a) inneholder ikke noe klart uttrykt krav til at sykehjemmene skal drives forsvarlig. Spørsmålet er om det kan utledes et slikt krav av bestemmelsen eller av øvrige rettskilder.

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3a) ble tatt inn i loven ved vedtakelsen av helsepersonelloven § 16. Den regulerer en plikt til virksomheter om å organisere seg slik at helsepersonell kan overholde sine lovpålagte plikter. I forarbeidene til helsepersonelloven heter det om lovreguleringen av forsvarlighet og ansvar for virksomheter som produserer helsetjenester:

”Forsvarlighetskravet vil være en rammebetingelse for virksomhetseier og virksomhetsledelse. Alle som er i ansvarsposisjoner må etablere organisasjons – og ansvarsstrukturer og de systemer og forutsetninger som for øvrig er nødvendig for at forsvarlighetskravet skal kunne oppfylles”.<sup>31</sup>

Jeg forstår forarbeidene slik at all virksomhet, også etablering av internkontroll, skal tilrettelegges slik at kravet om forsvarlighet oppfylles. Forarbeidene bruker ordet ”virksomhetseier og virksomhetsledelse”. Jeg kan ikke finne noen momenter for at kravet til forsvarlighet etter kommunehelsetjenesteloven skulle være et annet enn kravet til ”virksomhetseier og virksomhetsledelse” etter helsepersonelloven. Det heter videre i forarbeidene at forsvarlighetskravet som er rettet mot den enkelte helsepersonell er tatt med i lov om helsepersonell. Kravet til forsvarlighet som er rettet mot virksomheten er tatt med i de respektive tjenestelovene.<sup>32</sup> Det vil si kommunehelsetjenesteloven § 1-3a). Forarbeidene trekker derfor klart i retning av at det påhviler kommunen et forsvarlighetskrav etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3a).

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3a) må ses i sammenheng med kommunehelsetjenesteloven § 6-3. Det heter i bestemmelsen at Statens helsetilsyn fører tilsyn med at kommunene fremmer helsetjenestens formål på ”forsvarlig og hensiktsmessig måte”.

---

<sup>31</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999), side 33

<sup>32</sup> *Op.cit.* side 33

Når tilsynet skal kontrollere at kravet om forsvarlighet er oppfylt, må det indirekte foreligge et forsvarlighetskrav i kommunehelsetjenesteloven § 1-3a).

Sammenhengen med den øvrige helselovgivning tilsier også at det må være slik. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 pålegger et forsvarlighetskrav til helsetjenester i henhold til loven.<sup>33</sup> Det ville være urimelig om pasienter etter spesialisthelsetjenesten skulle ha et bedre rettsvern enn pasienter i sykehjem. Det er også hjemlet et individuelt krav til forsvarlighet i helsepersonelloven § 4. Det ville være en skjevhet i helselovgivningen dersom helsepersonell var pliktig til å opptre forsvarlig uten at det samtidig forelå et forsvarlighetskrav for virksomheten.

### **2.3.2 FORSVARLIGHETSKRAVETS INNHOLD**

Med forsvarlighetskravet som rammebetingelse når sykehjemmet skal planlegge sin drift må et nærmere innhold av kravet fastlegges. Fastlegging av innhold er også viktig hvis det skal være en rettssikkerhetsgaranti for pasientene. For det første ved at det vil påvirke kvaliteten på de plikter sykehjemmet har overfor pasientene. For det andre ved at det vil framtre klarere for når lovgivningen er brutt.

Det generelle kravet til at virksomhetene skal drive forsvarlig er en rettslig standard. Ved fastlegging av innhold i forsvarlighetskravet viser forarbeidene til helsepersonelloven § 16 til spesialisthelsetjenesteloven sine forarbeider. Spesialisthelsetjenestelovens forarbeider vil derfor være en tolkningsfaktor ved fastlegging av forsvarlighetskravet i kommunehelsetjenesteloven. Flere hensyn taler for en slik løsning. Hensynet til likebehandling av pasientene tilsier at innholdet av forsvarlighetskravet skal være uavhengig av om du mottar helsehjelpen av spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Når forsvarlighetskravet er en rammebetingelse medfører det at det skal fastlegges i forhold til den enkelte virksomhet. Det betyr at det er virksomhetens struktur som er avgjørende for hva som må ligge i forsvarlighetskravet. Og ikke om virksomheten er en del av den kommunale helsetjeneste eller spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten sine virksomheter varierer like mye som kommunehelsetjenesten sine virksomheter i størrelse og hvilket tilbud de tilbyr pasientene.

Om forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 heter det:

---

<sup>33</sup> Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 2. juli 1999 nr.61(spesialisthelsetjenesteloven).

”Med det innhold bestemmelsen er gitt, finner departementet det ikke nødvendig med et direkte pålegg om at planlegging, utbygging, organisering, drift og vedlikehold skal være forsvarlig slik som foreslått i høringsnotatet. Den foreslåtte generelle forsvarlighetsbestemmelsen vil innebære et krav om at slike funksjoner må innrettes på måter som gjør at forsvarlighetsnormen etterleves”.<sup>34</sup>

Uttalelsen styrker bruken av spesialisthelsetjenestens forarbeidene som tolkingsfaktor ved fastlegging av innholdet av forsvarlighetskravet. ”Vedlikehold” kan forstås på flere måter. Det ene er i forhold til den bygningsmessige standard på sykehjemmene. Manglende vedlikehold blir kritisert i media. Det andre forståelsen retter seg mot faglig kunnskap hos det enkelte helsepersonell. En plikt til undervisning og etter- og videreutdanning er også fastslått i kommunehelsetjenesteloven §§ 6-1 og 6-2. Det er vanskelig å fastslå noe nærmere innhold av kravet etter disse uttalelsene. Men jeg forstår det slik at forsvarlighetskravet alltid må fastlegges etter en konkret vurdering av det enkelte sykehjem. Og at alle deler av sykehjemmet må innrettes på en slik måte at de hver for seg oppfyller kravene til forsvarlighet.

Forarbeidene angir noen flere komponenter som skal inngå i forsvarlighetskravet. For eksempel skal utstyr være i orden, personalet tilstrekkelig kompetent, ansvarsforhold være avklart og forsvarlige vaktordninger skal være etablert.<sup>35</sup> Klare ansvarsforhold er et viktig moment for å sikre forsvarlighet. Dersom ansvarsforholdene er klare, vil andre plikter enklere falle på plass. Ved store enheter vil uklare ansvarsforhold lettere føre til ansvarsfraskrivelse. Ansvarsfraskrivelse utgjør en risiko og bidrar til å svekke rettssikkerheten til pasientene.

Molven karakteriserer forsvarlighetskravet i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 j.fr. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 på følgende måte:

”Bestemmelsene betyr at de som driver virksomheter, må organisere og drifte disse på forsvarlig vis, herunder sørge for at enkeltpasientene får forsvarlig hjelp. Kort sagt innebærer det at det stilles kvalitative krav til å organisere virksomheten, og kvalitative og kvantitative krav til bemanningen og utstyret som brukes”.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Ot.prp. nr. 10 (1998-1999) side 35

<sup>35</sup> *Op.cit.* side 36

<sup>36</sup> Olav Molven. Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet – Statens helsetilsyns tilnærming. *Lov og rett Nr. 01 2009* side 3 – 26 (på side 3-4).

Forsvarlighetskravet omfatter altså all helsehjelp som blir gitt til den enkelte pasient og alle driftsmessige forhold ved sykehjemmet.

For et sykehjem vil normen for forsvarlighet i første rekke være uttalelser fra profesjonsgrupper innenfor helsevesenet. Sykepleierfaglige uttalelser vil være sentral fordi sykepleiere innehar mange ledende posisjoner. Normen for pleie og omsorg vil fastlegges av etiske retningslinjer fra forskjellige profesjoner innenfor helsevesenet. Også her vil sykepleiefaglige normer være sentral. Men også generelle etiske betraktninger fra samfunnet må vektlegges. Generelle holdninger i samfunnet vil på sikt kunne danne grunnlaget for de etiske normer profesjonsgruppene inntar. Generelle holdninger i samfunnet kan på sikt også danne grunnlag for en lovbestemmelse. Vi stiller stadig strengere etiske krav til hvordan mennesker skal behandles. De etiske kravene må gjenspeiles i forsvarlighetskravet.

Kjønstad definerer forsvarlighetskravet til å være en minstestandard for det nivå som kan aksepteres på helsehjelpen. Dersom nivået på helsehjelpen går under minstestandarden er ikke helsehjelpen lenger forsvarlig.<sup>37</sup>

### **2.3.3 HELSEPERSONELLETS FORSVARLIGHETSKRAV**

Helsepersonelloven § 4 lyder:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasientene videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og med samhandling med annet kvalifisert personell”.

Den helsehjelp pasienten mottar er i stor grad avhengig av hvordan den enkelte helsearbeider utøver helsehjelpen. Det vil derfor være nødvendig å fastlegge et nærmere innhold av forsvarlighetskravet.

Ordlyden tilsier at kravet til ”faglig forsvarlighet” skal tolkes i forhold til helsepersonellets kvalifikasjoner sett i forhold til det arbeid han skal utføre. Om innholdet i forsvarlighetskravet heter det i forarbeidene at det i hovedsak må utledes av helsepersonellets utdanning, praksis og forventet kompetanse. Yrkesetiske regler og regler for god skikk og

---

<sup>37</sup> Asbjørn Kjønstad, *Helserett*, Oslo, 2.utgave 2007 side 230



bruk for de forskjellige profesjoner skal også være retningsgivende.<sup>38</sup> Det heter videre at kravet om forsvarlighet er en rettslig standard som er differensiert ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner og situasjonen for øvrig. Med ”kvalifikasjoner” skal man forstå helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring.<sup>39</sup> Kjønstad sier at standarden endrer seg med nyvinninger i legevitenenskapen og andre forandringer innenfor helsefagene. Fordi standarden er dynamisk innebærer den en plikt for helsearbeideren til å holde seg faglig à jour innenfor sitt område.<sup>40</sup>

Bestemmelsen hjemler også et krav om ”omsorgsfull hjelp”. Det er vanskelig, men viktig, å tolke hva som ligger i begrepet. Mange av sykehjemmets plikter er immaterielle plikter hvor det skal gis omsorgsfull hjelp. Innholdet av begrepet må derfor fastslås. I forarbeidene heter det at plikten til omsorgsfull hjelp må knyttes til det som kan forventes ut fra kvalifikasjoner og situasjonen for øvrig.<sup>41</sup> Med ”kvalifikasjoner” forstår jeg den profesjon helsepersonell innehar. Det må ligge noen yrkesetiske retningslinjer for ”omsorgsfull hjelp” i selve profesjonen. Med ”situasjonen for øvrig” forstår jeg at det forventes at man er villig til å yte mye omsorg når man arbeider i et sykehjem. En stor del av arbeidsdagen vil nettopp være å yte omsorg. Det er noe helsepersonell må ta stilling til ved ansettelse. Kjønstad mener at vanskeligheter med å fastlegge et innhold av ”omsorgsfull hjelp” får betydning i to henseender. For det første er det klart at pleie og omsorg skal utføres forsvarlig. For det andre at det ligger en etisk og humanistisk dimensjon i kravet om at det skal gis omsorg. Han mener det er vanskeligere å finne normer for hva som er ”omsorgsfull hjelp” utenfor jussen en hva som er ”faglig forsvarlig”. Det kan igjen påvirke den rettslige vurderingen fra Statens Helsetilsyn, Helsepersonellnemnda og domstolene.<sup>42</sup>

Dersom forsvarlighetskravet skal være en rettssikkerhetsgaranti for pasienten må innholdet av ”omsorgsfull hjelp” fastlegges. Når Statens helsetilsyn vurderer om omsorgen har vært forsvarlig uttaler Molven at vanlige normer for opptreden og samhandling mellom mennesker danner utgangspunktet for vurderingen. I tillegg forventes det at helsepersonell opptrer i samsvar med særlige normer for helsepersonell/pasient – relasjonen når det gjelder å utvise empati, respekt mv. j.fr. etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer.<sup>43</sup> Med

---

<sup>38</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998 – 1999) side 35.

<sup>39</sup> *Op.cit.* side 216.

<sup>40</sup> Asbjørn Kjønstad, *Helserett*, Oslo, 2.utgave 2007 side 227.

<sup>41</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) side 216.

<sup>42</sup> Asbjørn Kjønstad, *Helserett*, Oslo, 2.utgave 2007 side 228.

<sup>43</sup> Olav Molven, ”Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet – Statens helsetilsyns tilnærming”, *Lov og rett 2009 nr. 01* side 3 – 26 (på side 19).

utgangspunkt i profesjonsnormer og vanlige etiske retningslinjer vil det være mulig å fastlegge et innhold i ”omsorgsfull hjelp”.

### **2.3.4 FORHOLDET MELLOM HELSEPERSONELLETS FORSVARLIGHETSKRAV OG FORSVARLIGHETSKRAVET TIL VIRKSOMHETEN**

Helsepersonelloven § 16 pålegger virksomheten en plikt til å tilrettelegge slik at den enkelte helsearbeider kan utøve sin profesjon forsvarlig. Det heter i forarbeidene til helsepersonelloven at den enkelte helsearbeider har et selvstendig ansvar for ivaretagelse av plikter i forbindelse med yrkesutøvelsen. Helsepersonell kan ilegges et selvstendig rettslig ansvar ved tilsidesettelse av profesjonsplikten uten at arbeidsgiver samtidig ansvarliggjøres.<sup>44</sup> At helsearbeideren kan pålegges et rettslig ansvar ved brudd på forsvarlighetsnormen viser at dersom virksomheten har tilrettelagt for forsvarlig yrkesutøvelse og helsearbeideren allikevel ikke opptrer forsvarlig, så kan ikke virksomheten lastes.

Det selvstendige ansvar for helsearbeideren blir understreket i Helsepersonellnemnda sin avgjørelse HPN-2007-81 hvor en jordmor ble gitt en advarsel etter helsepersonelloven § 56 for brudd på forsvarlig yrkesutøvelse i forbindelse med fødsel. Hun påberopte stort arbeidspress og uklare ansvarsforhold som årsak til at fødselen ikke gikk som den burde. Nemnda uttaler til dette at forholdene på arbeidsgivers side ikke får avgjørende betydning for nemndas vurdering av klagerens pliktbrudd i denne saken. Nemnda viser til at det

”påligger det enkelte helsepersonell et selvstendig ansvar for å påse at forsvarlig helsehjelp blir gitt, j.fr. helsepersonelloven § 4. Dette vil gjelde selv ved stor arbeidsbelastning. Klageren har videre som profesjonsutøver et selvstendig ansvar for forsvarlig yrkesutøvelse”.

Avgjørelsen er i tråd med ordlyden i helsepersonelloven § 16 og uttalelsene i forarbeidene til denne. Jeg forstår nemndas avgjørelse slik at det påhviler helsepersonell et forsvarlighetskrav uavhengig av helsepersonelloven § 4. Når virksomheten har tilrettelagt for forsvarlig yrkesutøvelse kan ikke helsepersonellet bruke forhold ved virksomheten som unnskyldning for ikke å opptre forsvarlig.

---

<sup>44</sup> Ot.prp. nr. 13(1998-1999) side 37

Reelle hensyn tilsier at det må være slik. Virksomheten kan ikke til enhver tid gå inn og kontrollere arbeidet til den enkelte helsearbeider. Det ville være en umulig oppgave. Det må derfor trekkes en grense for virksomhetens ansvar. Samtidig må det etableres et selvstendig ansvar for helsearbeideren. Det er helsearbeideren som i sitt daglige virke er nærmest pasienten. Det ville svekke rettssikkerheten til pasienten dersom helsearbeideren alltid kunne gjemme seg bak et virksomhetsansvar. Og derigjennom selv gå fri for ansvar.

For helsepersonell ligger det en trussel i at han kan ilegges et rettslig ansvar. Hvis virksomheten ikke tilrettelegger for forsvarlig yrkesutøvelse vil helsepersonell med stor sannsynlighet gjøre virksomheten oppmerksom på forholdet. Dermed kan trusselen om rettslig ansvar for helsearbeideren bidra til at virksomheten overholder sitt forsvarlighetskrav. Forsvarlighetskravet til helsepersonell blir en ekstra kontroll for at virksomheten driver forsvarlig.

### **3 INTERNKONTROLL**

Formålet med internkontroll er

”å bidra til faglig forsvarlige sosial – og helsetjenester og at sosial – og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene”.<sup>45</sup>

I denne sammenheng skal den bidra til at sykehjemmene oppfyller krav fastsatt i helselovgivningen. En nærmere definisjon av innholdet er:

”Internkontrollen går ut på å kartlegge hvilke lov – og forskriftskrav som gjelder, hvilke aktiviteter disse har betydning for, innføre rutiner som gjør at kravene oppfylles, og kontrollere at de rutiner som etableres etterleves og er hensiktsmessige”.<sup>46</sup>

For et sykehjem kan det være å fastlegge hvilke lovverk som gjelder i forhold til pasientens rett til ernæring, lage gode rutiner for at pasientene får en ernæring som er i samsvar med lovgivningen og kontrollere at rutinene overholdes. Det skal også kontrolleres at rutinene er hensiktsmessig. I det ligger det et element av å kontrollere om rutinene kan forbedres.

---

<sup>45</sup> Internkontrollforskriften § 1

<sup>46</sup> Norsk sykepleierforbund, Hva du bør vite om faglig forsvarlighet Oslo 2008 side 13

I Norge ble internkontroll først innført i oljesektoren på begynnelsen av 80 – tallet. Den er særlig viktig i virksomheter hvor det foreligger stor risiko. Det foreligger generelt stor risiko i helsetjenesten. Liv og helse er verdier vi setter høyt. Feil eller mangelfull behandling har stor innvirkning på pasientens livskvalitet. Internkontroll er derfor et viktig redskap for å forebygge svikt i helsesektoren.

### **3.1 RETTSLIG GRUNNLAG FOR INTERNKONTROLL**

Det rettslige grunnlag for plikt til å etablere internkontrollsystem finner vi i helsetilsynsloven § 3.

”Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.”

Ordlyden fastslår en plikt for virksomheten til å drive internkontroll. I forarbeidene heter det at det var nødvendig å gi en klar hjemmel for å pålegge helseinstitusjonene å drive internkontroll. Dette for å gi pasientene den nødvendige garanti for rettssikkerhet i forhold til tilsynsmyndighetenes håndtering av saker som skriver seg fra svikt.<sup>47</sup> Et krav til virksomheten om å etablere internkontroll er ikke bare viktig som grunnlag for et effektivt tilsyn. For pasienten er kravet en viktig rettssikkerhetsgaranti for at sykehjemmet oppfyller pliktene etter helselovgivningen.

Helsetilsynsloven § 3 sier lite konkret om det nærmere innhold og omfang av internkontrollen. Forarbeidene gir noen retningslinjer:

”Som ledd i egenkontrollen må det for de enkelte helseinstitusjoner og for kommunens helsetjeneste utarbeides et reglement og et sett av instruksjoner for de viktigste stillinger som klarest mulig definerer institusjonens og virksomhetens alminnelige målsetting, og de enkelte stillingsinnehavers rettigheter og plikter.”<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Ot.prp. nr. 43 (1991-1992). Om lov om endringer i lov av 30.mars 1984 nr.15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover. side 53.

<sup>48</sup> Ot.prp.nr.33 (1983 – 1984). Om lov om statlig tilsyn med helsetjenesten side 7

Klare ansvarsforhold er en viktig faktor i internkontrollen på samme måte som etter forsvarlighetskravet. Uten klare ansvarlinjer og mål vil det ikke foreligge noen internkontroll.

Ved en endring i helsetilsynsloven ble innholdet av plikten noe mer konkretisert. Det heter i forarbeidene:

”Internkontrollsystem er systematiske tiltak som skal sikre og dokumentere at tjenestene utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. De systematiske tiltakene skal være beskrevet i administrative prosedyrer”.<sup>49</sup>

Dokumentasjonskravet er senere fastslått i internkontrollforskriften § 5. Dokumentasjonen skal foreligge

”i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse”.

I tillegg skal den være oppdatert og tilgjengelig. I veiledningen til internkontrollforskriften har de delt dokumentasjonen i to kategorier.

- Styrende dokumenter som omfatter organisasjonskart, fullmakter, funksjonsbeskrivelser, instruksjoner, planer, prosedyrer, sjekklister mv.
- Resultatdokumenter som viser hvilke resultater virksomheten oppnår. Dette kan være registreringer, kontroll – og måleresultater som oppfølging av iverksatte tiltak, registreringer av svikt og uønskede hendelser(avvik), resultatdokumentasjon som følger av annet regelverk, f. eks skriftlige vedtak om tildeling av tjenester (forvaltningsloven) eller journalopplysninger (forskrift om pasientjournal).<sup>50</sup>

Styrende dokumenter skal først og fremst være arbeidsverktøy for å forebygge svikt. Det medfører et mindre behov for dokumenter i oversiktlige enheter hvor alle er innforstått med sine arbeidsoppgaver. Dette i motsetning til enheter med mange ansatte, hyppig bruk av vikarer eller stort gjennomtrekk av personale. Her vil skriftlige prosedyrer for

---

<sup>49</sup> Ot.prp. nr. 43 (1991-1992) side 52

<sup>50</sup> Sosial - og helsedirektoratet, Hvordan holde orden i eget hus, Internkontroll i sosial – og helsetjenesten, 12/2004 side 25.

arbeidsoppgaver og ansvarsforhold bidra til å sikre pasienten mot feilbehandling. For prosedyrer som utføres sjelden foreligger en risiko for at de utføres feil fordi helsepersonellet vil mangle erfaring ved utførelsen av prosedyren. For eksempel prosedyrer for håndtering av legionellautbrudd. Skriftlige prosedyrer kan forebygge at utbruddet håndteres feil.

Resultatdokumenter er viktig for overordnet kontroll. Enten den blir utført av sykehjemmet, kommunen eller helsetilsynet. Vaktplaner dokumenterer at det til enhver tid har vært tilstrekkelig og kvalifisert helsepersonell på arbeid. Avviksmeldinger dokumenter at avvik blir registrert.

Mangelfull dokumentasjon svekker rettssikkerheten til pasientene. Risiko for feil øker. Og kontroll av om pasienten har fått forsvarlig helsehjelp svekkes. I motsatt retning vil for omfattende dokumentasjon kunne anses som en feildisponering av forvaltningens ressurser. Ressursene kunne for eksempel i stedet vært brukt på å tilby høyere kvalitet på helsehjelpen.

### **3.1. PLIKTSUBJEKTET**

Helsetilsynsloven § 3 bruker ordlyden ”enhver som yter helsetjeneste” skal etablere internkontroll. Spørsmålet er om ordlyden ”enhver” henspiller på kommunen eller på det enkelte sykehjem. Forarbeidene til loven pålegger kommunen å tilrettelegge sin virksomhet slik at lover og forskrifter som regulerer helsetjenesten i landet blir oppfylt.<sup>51</sup>

Dette trekker i retning av at det er kommunen som har ansvaret for å etablere internkontroll.

I kommunehelsetjenesteloven § 1-3a) heter det:

”Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.”

Ordlyden taler også for at det er kommunen som er ansvarlig for at det etableres internkontroll.

I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven heter det om innholdet i det kommunale ansvaret:

”Kommunene vil etter dette ha planleggingsansvar for de aktuelle tjenestene som innebærer at de må utarbeide, vedta og iverksette planer. De vil videre ha et

---

<sup>51</sup> Ot.prp. nr. 33 (1983 – 1984) side 7

driftsansvar for bl.a. å påse at den daglige drift av tjenestene skjer i samsvar med planene og med de lover og forskrifter som er gitt”.<sup>52</sup>

Forarbeidene trekker i retning av at kommunen har et ansvar for å etablere internkontroll og et ansvar for å følge opp at internkontrollen blir gjennomført. Kommunehelsetjenesteloven § 1-3a) ble tilføyd senere enn disse forarbeidene. Jeg velger likevel å bruke dem fordi de pålegger et klart ansvar, herunder driftsansvar, på kommunen. Ansvaret ble tydeliggjort ved vedtakelsen av kommunehelsetjenesteloven § 1-3a).

I helsepersonelloven § 16 heter det:

”Virksomhet som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”.

Helsepersonelloven bruker ordet ”virksomhet”. Det kan henvise både til kommunen og til det enkelte sykehjem. Jeg kan ikke i forarbeidene til helsepersonelloven finne støtte verken for den ene eller andre løsning.

Gode grunner taler for at det er sykehjemmet som er pliktsubjekt. Sykehjemmet er nærmest til å kjenne sin egen drift. Det vil derfor være best rustet til å kartlegge behovet for internkontroll. For pasienten vil det ligge en sikkerhet i at den som yter helsehjelpen også er ansvarlig ved brudd på den. På den annen side er plikten til å drive sykehjem pålagt kommunen etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Internkontrollplikten må derfor påligge kommunen.

Et spørsmål man kan reise er om kommunen kan delegere bort ansvaret for internkontrollen og derigjennom selv gå fri for ansvar. Nettopp fordi sykehjemmet både er nærmest pasienten og nærmest til å kjenne sin egen drift ville det være naturlig å delegere bort ansvaret for internkontrollen til sykehjemmet. På den annen side er både det økonomiske og det rettslige ansvar for å drive sykehjem pålagt kommunen. Hvis kommunen kunne delegere bort ansvaret og samtidig begrense midlene til sykehjemmet ville det sette sykehjemmet og pasientene i en vanskelig situasjon.

Eckhoff uttaler:

---

<sup>52</sup> Ot.prp. nr. 66 (1981-1982) side 7

”Det er viktig å huske på at den som tildeler kompetanse, verken gir fra seg sin egen kompetanse eller ansvaret for utøvelsen av den delegerte kompetansen”.<sup>53</sup>

I praksis vil ansvaret for internkontroll være delegert til ledelsen ved det enkelte sykehjem. I følge Eckhoff vil ikke delegasjon av internkontrollen medføre at kommunen går fri for ansvar. Kommunen må etablere kontrollsystemer som kontrollerer at sykehjemmene overholder internkontrollplikten.

## 4 INNHOLDET I INTERNKONTROLLEN

### 4.1 INTERNKONTROLLFORSKRIFTEN § 4

Innledningsvis i internkontrollforskriftens § 4 heter det at

”Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial – og helselovgivningen.”

Ved fastlegging av innholdet skal det tas hensyn til virksomhetens ”størrelse”. Forskriften gjelder alle virksomheter innefor sosial – og helselovgivningen. Disse vil være svært ulik i størrelse og struktur. En liten og oversiktlig enhet krever et mindre omfattende internkontrollsystem enn en større enhet med mange ansvarsledd.

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens ”egenart”. Med ”egenart” forstår jeg hvilken funksjon virksomheten har. Et sykehjem krever andre rutiner for internkontroll enn en dagåpen institusjon for rusmisbrukere.

Det skal også tas hensyn til virksomhetens ”aktiviteter”. Hvis virksomheten tilbyr mange aktiviteter krever det en omfattende internkontroll. Et sykehjem som har avdelinger for demente, somatisk syke og pleietrengende eldre krever mer omfattende kontroll enn et sykehjem bare bestående av demente.

Til sist skal det ved utformingen tas hensyn til ”risikoforhold”. En hovedoppgave for internkontrollen er å avdekke risiko og forebygge risiko. En virksomhet med stor risiko for svikt krever en omfattende internkontroll.

Ved å gi forskriften en generell ordlyd sikrer lovgiver at kommunen må tilpasse internkontrollen til det enkelt sykehjem. Når internkontrollen er tilpasset særegenhetene ved

---

<sup>53</sup> Torstein Eckhoff, *Forvaltningsrett*, Oslo 7. utgave 2003 side 139.



det enkelte sykehjem blir den mer effektiv. Lovgiver har likevel satt noen krav til hva internkontrollen skal omfatte. Disse fremkommer av internkontrollforskriften § 4 bokstav a) til h).

Et viktig verktøy for systematisk gjennomføring av internkontrollen er ”Demings sirkel”.<sup>54</sup> Demings sirkel er en skjematisk modell som beskriver internkontrollen som en kontinuerlig prosess. Prosessen består av å planlegge prosedyrer, gjennomføre dem, kontrollerer resultatet og til slutt eventuelt korrigerer det. Det korrigerte resultatet vil være første ledd i en ny prosedyre osv. Ved å bruke Demings sirkel, eller tilsvarende, som et lederverktøy vil sykehjemmet aktivt arbeide med internkontrollen. Jeg vil plassere internkontrollforskriften § 4 bokstav a) til h) inn i Demings sirkel for å vise hvordan den kan brukes. Mange av momentene flyter over i hverandre. Og noen av momentene kan plasseres i flere faser. De gir likevel et bilde av hvordan momentene skal brukes i internkontrollen.

#### **4.1.1 PLANLEGGING AV PROSEDYRER**

Internkontrollforskriften § 4 bokstav a) pålegger sykehjemmet å

”beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeid samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt”.

Et sykehjem som ikke kjenner sine hovedoppgaver og sine mål vil vanskelig nå formålet om ”kontinuerlig forbedringsarbeid” i tjenestene, jfr. forskriftens § 1. Hovedoppgaver og mål må defineres ut fra pasientgrunnlag. Uklare ansvars – og myndighetsforhold medfører en risiko for ansvarsfraskrivelse som igjen svekker rettssikkerheten til pasientene.

Sykehjemmet må også

”sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten”,

j.fr. forskriftens § 4 bokstav b). Det er lovverket som trekker rammen rundt den helsehjelp som ytes, og som sammen med pasientgrunnlaget legger grunnlaget for hva internkontrollen skal omfatte. Da lovverket er i kontinuerlig endring må dette rutinemessig gjennomgås.

---

<sup>54</sup> Demings sirkel etter amerikaneren Edward Deming. Modellen er brukt i kvalitetsutvikling i sosial – og helsetjenesten.

Hvilke lovverk som er aktuell må ses i sammenheng med virksomhetens hovedoppgaver, j.fr. bokstav a).

Det videre grunnlag for planlegging av internkontrollen er forskriftens § 4 bokstav f).

Det påligger ledelsen å

”skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav”.

For å kartlegge områdene hvor det er fare for svikt er det ikke tilstrekkelig at bare ledelsen ved sykehjemmet er involvert. Ledelsen utfører for en stor del administrative oppgaver. De har ikke pasientkontakt i samme grad som arbeidstakerne. Det betyr at de også har begrenset erfaring med hvordan prosedyrer som iverksettes fungerer i hverdagen. Forskriftens § 4 bokstav d) pålegger derfor sykehjemmet å:

”sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes”.

Ledelsen er pliktig til å la arbeidstakerne medvirke ved gjennomføringen av internkontrollen. Arbeidstakerne er gjennom sitt daglige virke nærmest til å kjenne hvor faren for svikt er størst. Svikt skal som hovedregel dokumenteres gjennom avviksmeldinger. Det er ledelsen sitt ansvar å lage gode prosedyrer og rutiner for at avvik blir registrert. Men det er arbeidstakerne som i størst grad er ansvarlig for registreringen. Det er også arbeidstakerne som har erfaring med å finne praktiske løsninger for hvordan internkontrollen best kan gjennomføres.

Pasienten er brukeren av sykehjemmet. Han er aller nærmest til å registrere svikt i den helsehjelp han mottar. Han vil derfor være en ressurs når prosedyrer planlegges. Av den grunn er ledelsen pålagt å:

”gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten”

j.fr. forskriften § 4 bokstav e). Erfaringer fra pasienter/pårørende vil både være en kilde til kunnskap om forbedringer og en kilde til kunnskap om risiko. Flere av de plikter som er pålagt sykehjemmet er av immateriell art. Det beste instrument for å fastlegge om disse er forsvarlige vil være medvirkning fra pasienter og pårørende.

Planlegging av prosedyrer omfatter de fleste elementene i internkontrollforskriften. Pasientgrunnlag, lovverk og organisering av helsetjenesten er hele tiden i endring. Planlegging av prosedyrer vil derfor være en kontinuerlig prosess.

#### **4.1.2 UTFØRING AV PROSEDYRER**

Forskriftens § 4 bokstav c) skal

”sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfelt samt om virksomhetens internkontroll”.

Planleggingen av internkontrollen fastsetter hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres hvem som har ansvaret for å gjøre det og til hvilken tid det skal gjøres. Det er arbeidstakerne som skal utføre de fleste tiltakene. Det krever at arbeidstakerne er kvalifisert til den jobb de skal gjøre. I tillegg til eventuell grunnutdanning stiller det krav til intern opplæring og videreutdanning. Ansvarsforhold må framkomme gjennom organisasjonskart og stillingsinstruksjoner. Ledelsen må bevisstgjøre arbeidstakerne på at de er en del av internkontrollen. I veiledningen til internkontrollforskriften heter det:

”Utfordringene med iverksettelse blir ofte undervurdert. Det krever ofte betydelig innsats å sikre at planlagte tiltak faktisk blir iverksatt”.<sup>55</sup>

Innsatsen kan bestå i fysisk tilrettelegging og at nye prosedyrer blir gjort kjent for arbeidstakerne. Innsatsen kan også bestå i at ledelsen skaper en god kultur for internkontroll hvor det synliggjøres at den er en del av hverdagen.

#### **4.1.3 KONTROLLERER PROSEDYREN**

I forhold til å avdekke, rette opp og forebygge heter det i internkontrollforskriften § 4 bokstav g) at

”Den/de ansvarlige for virksomheten skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial – og helselovgivningen”.

---

<sup>55</sup> Sosial – og helsedirektoratet, Hvordan holde orden i eget hus, Internkontroll i sosial – og helsetjenesten 12/2004 side 29

Dette punktet vil være det mest omfattende i internkontrollen. Både faglige og administrative prosedyrer skal kontrolleres. Noen prosedyrer skal kontrolleres fortløpende. Andre kan kontrolleres med lengre intervaller. Hvor hyppig kontrollen skal utføres må ses i sammenheng med hvilke rutiner som skal kontrolleres. Områder hvor det er stor risiko for svikt skal kontrolleres hyppigere enn områder hvor risiko for svikt er mindre. Kartlegging av risikoområder krever at grensene for forsvarlig helsehjelp er tydelig trukket.

Det er viktig å se på kontrollen som en kontinuerlig prosess hvor man i tillegg til å avdekke risiko må ha kravet til forbedring i tankene. Dersom intervallene for kontroll blir for lang, kan uheldige rutiner feste seg. På et tidspunkt vil de uheldige rutinene fremstå som forsvarlige. Det vil i de aller fleste tilfellene ramme pasienten.

En viktig del av internkontrollen er derfor å skape gode prosedyrer for å kontrollere at rutinene blir gjennomført. Kommunen, som øverste ansvarlige, må etablere systemer hvor de kontrollerer at sykehjemmene har et tilfredsstillende internkontrollsystem.

#### **4.1.4 KORRIGERE PROSEDYREN**

I internkontrollforskriften § 4 bokstav h) heter det at

”Den/de ansvarlige for virksomheten skal foreta systematisk overvåkning og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten”.

Avvik som avdekkes ved kontroll av internkontrollen eller som en del av internkontrollen skal korrigeres. Det må lages nye prosedyrer for hvordan avviket skal rettes. Hvem som er ansvarlig for at det blir rettet. Og en tidsfrist for når det skal være gjort. Etter tidsfristens utløp må det kontrolleres at avviket er rettet. Hvis det for eksempel blir registrert avvik i pasientens rett til ernæring må det etableres rutiner for hvordan avviket skal rettes. Når tidsfristen for å rette avviket er utløpt må det foreligge prosedyrer for å kontrollere at avviket er rettet.

#### **4.2 BRUK AV INTERNKONTROLLEN FOR Å FOREBYGGE SVIKT**

De plikter som sykehjemmet har overfor pasientene er av svært forskjellig karakter. Jeg har under dette punktet forsøkt å definere de mest sentrale pliktene sykehjemmet har overfor pasientene. Når jeg har definert hva som er sentrale plikter, har jeg forsøkt å se det ut

fra pasientens ståsted. Jeg har ut fra egne verdier og erfaringer, samtaler med pårørende og media prøvd å finne de pliktene hvor brudd har størst betydning for pasientene.

Jeg har først drøftet det nærmere innhold av pliktene. Det materielle innhold av pliktene er bestemmende for hva internkontrollen skal omfatte. Når det materielle innhold er fastslått fremstår det klarere hvilke prosedyrer internkontrollen må omfatte for å sikre oppfyllelse av pliktene. Det fremstår også klarere hvor risikoen for svikt er størst. Områder med stor risiko for svikt må prioriteres foran områder med mindre risiko for svikt. For eksempel vil ”ernæring” være et område hvor svikt kan ha store fysiske og psykiske konsekvenser for pasienten, i verste fall død. Området ”ernæring” må derfor prioriteres. På andre områder vil svikt i internkontrollen innebære mindre risiko for pasienten. For eksempel pasientens rett til journalinnsyn, j.fr. pasientrettighetsloven § 5-1. Det betyr ikke at sykehjemmet kan la vær å lage prosedyrer for retten til journalinnsyn. Det betyr bare at prosedyrer for ”ernæring” må prioriteres foran prosedyrer for journalinnsyn.

Ved å fastlegge det materielle innhold av pliktene blir også minstestandarden fastlagt. Å fastlegge minstestandarden trykker rettssikkerheten til pasientene. Det sikrer forutberegnelighet for hvilke ytelser pasienten har krav på samt anledning til å klage når minstestandarden er brutt. Det bidrar til likebehandling av pasientene i betydningen at det er pasientens behov, og ikke hvor helsehjelpen blir gitt, som er avgjørende for innholdet i helsehjelpen.

Jeg har deretter gjennom eksempler vist hvordan kommunen kan bruke internkontrollen for å kontrollere at de oppfyller pliktene i samsvar med lovgivningen.

I framstillingen bruker jeg ”sykehjemmet” som pliktsubjekt fordi prosedyrene i stor grad blir til som et samspill mellom ledelse, ansatte og pasienter på sykehjemmet.

#### **4.2.1 PLIKTEN TIL Å GI PASIENTEN TILSTREKKELIG ERNÆRING**

Kvalitetsforskriften § 3 pålegger kommunen å utarbeide skriftlig nedfelt prosedyre for at pasientene skal få sine grunnleggende behov dekket. Med dette menes blant annet:

”Fysiologiske behov som tilstrekkelig ernæring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat”.

Ordlyden dekker tre forskjellige områder i forhold til ernæring. For det første skal pasientene ha tilstrekkelig ernæring. Dette forstår jeg som at fysiologisk behov skal dekkes. Ordet ”tilstrekkelig” gir anvisning på en streng norm. Pasienten har krav på hva kroppen trenger.

Jeg ser kravet om ”tilstrekkelig” i sammenheng med formålsparagrafen til forskriften som skal sikre at pasienten får ivaretatt sine ”grunnleggende behov”. Tilstrekkelig ernæring må være så mye ernæring at pasienten får sine grunnleggende behov dekket. Hvor mye ernæring pasienten trenger, er målbart. Plikten til å gi pasienten ”tilstrekkelig ernæring” bærer derfor mindre preg av å være en rettslig standard enn mange av de andre pliktene. Hvor mye ernæring pasienten trenger er også individuelt. Det stiller krav om at hver enkelt pasient blir fulgt tett opp med hensyn til behov.

Tall fra norske, nordiske og europeiske undersøkelser viser at så stor andel som 20 – 50 % av pasientene i helseinstitusjoner er underernært. Hvor stor prosentandelen er, varierer med hvilke sykdoms – og aldersgrupper som er undersøkt. Det heter:

”Undersøkelser tyder imidlertid på at helseforetakene i liten grad har rutiner for rapportering av underernæring”.<sup>56</sup>

I helsetilsynet sitt tilsyn med Karasjok helsesenter i 2008 ble det avdekket at det kunne gå opptil 15-17 timer mellom kveldsmåltid og frokost neste morgen, spesielt i perioder med lite bemanning.<sup>57</sup> Slike forhold gjør det vanskelig å overholde plikten til å gi tilstrekkelig ernæring.

Dersom pasienten får for lite ernæring vil kravet til forsvarlig helsehjelp være brutt. En naturlig forståelse blir da at forsvarlighetskravet setter en nedre grense for hva som er ”tilstrekkelig ernæring”

Å sikre pasienten ”tilstrekkelig ernæring” krever prosedyrer rettet mot pasienten, prosedyrer rettet mot personale og prosedyrer for eksternt samarbeid. Prosedyrer rettet mot pasienten kan være fastlegging av pasientens almenntilstand ved innleggelse. Herunder vektmåling. Underernæring kan skyldes forhold ved pasienten, for eksempel sykdom. Pasienten kan også være underernært allerede ved innleggelse. Under oppholdet kreves prosedyrer for regelmessig vektkontroll og prosedyrer for registrering av mat/væsketilførsel samt avviksbehandling. Prosedyrer rettet mot personale kan være organisasjonskart for definisjon av ansvarsforhold, stillingsinstruksjer, gjennomføring av utdanning og kompetanseheving, interne diskusjonsgrupper. Prosedyrer for eksternt samarbeid kan være

---

<sup>56</sup>Sosial – og helsedirektoratet, *Ernæring i helsetjenesten* februar 2007 side 14

<sup>57</sup>[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Rapport fra tilsyn med Karasjok helsesenter – sykehjemsavdelingen 26.juli – 07.nov. 2008.

rutiner for når ekstern helsehjelp, for eksempel lege, skal tilkalles og rutiner ved overføring til/fra sykehus.

For det andre har pasienten krav på et ”varierte og helsefremmende kosthold”. Ordlyden ”varierte og helsefremmende” henger som regel sammen. Når ordlyden er ”varierte” forstår jeg det slik at sykehjemmet skal servere pasientene sine en allsidig diett. Ordlyden ”helsefremmende” forstår jeg som helsefremmende i forhold til den enkelte pasient. Det krever prosedyrer for utarbeidelse av matplaner og prosedyrer for å kartlegge ernæringsbehov for den enkelte pasient. Prosedyrer for matplaner kan utarbeides som dagplaner, ukeplaner, månedsplaner eller sesongplaner. Dersom sykehjemmet ikke selv innehar ernæringsmessig kompetanse må det etableres prosedyrer for innhenting av kompetanse. For eksempel gjennom bruk av eksterne ernæringsfysiologer. Prosedyrer i forhold til pasienten vil være å tilrettelegge matplaner i forhold til pasientens behov. Pasientens behov vil fremkomme blant annet gjennom regelmessige vektmålinger og fastlegging av pasientens generelle helse.

For det tredje skal pasienten gis ”rimelig valgfrihet i forhold til mat”. Ordet ”valgfrihet” tilsier at pasienten selv skal få bestemme hva han skal spise. Det må derfor lages prosedyrer for kartlegging av pasientens ønsker i forhold til mat. Ordet ”rimelig” tolker jeg som en snever begrensning av retten til valgfrihet. Begrensningen vil være nødvendig både av økonomiske og praktiske årsaker. Samtidig skal valgfriheten være reell. Den må ses i sammenheng med pasientens rett til selvbestemmelse og livsførsel j.fr. kvalitetsforskriftens formålsparagraf.

Sykehjemsforskriften<sup>58</sup> § 4-6 gir beboerne en rett til fritt å leve i samsvar med sitt livssyn. Ernæring er også religion og kultur. Det betyr at for eksempel samiske pasienter skal ha en viss valgfrihet i forhold til samisk mat og at muslimske pasienter ikke skal gis svinekjøtt. Jeg mener sykehjemsforskriftens § 4-6 kan brukes som en presisering av pasientens rett til selvbestemmelse av mat. Og bidra til en fastlegging av hva selvbestemmelsen som et minimum må inneholde.

## **4.2.2 PLIKTEN TIL NØDVENDIG UNDERSØKELSE OG MEDISINSK BEHANDLING**

Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 sikrer pasientene rett til ”nødvendig helsehjelp”. I retten ligger også en rett til medisinsk behandling j.fr kommunehelsetjenesteloven § 1-3. For pasientene i sykehjem kommer retten ytterligere til uttrykk i kvalitetsforskriften § 3.

---

<sup>58</sup> Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 j.fr. § 6-9.

Kommunen skal utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som søker å sikre at pasientene får tilfredsstilt sine grunnleggende behov for

”nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand”.

Når ordlyden gir rett til ”nødvendig” medisinsk undersøkelse og behandling forstår jeg at denne retten skal tolkes snevert. Ordlyden gir likevel ikke pasienten en snevrere rett enn den rett pasienten har etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 j.fr. kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Pasienten må derfor ha samme rett til undersøkelse og medisinsk behandling som det andre borgere har. Når forskriften i tillegg hjemler en rett til ”rehabilitering” mener jeg ordlyden trekker i retning av det ikke er tilstrekkelig at pasienten får medisinsk behandling. Pasienten har også krav på rehabilitering for å komme tilbake til et akseptabelt funksjonsnivå. For eksempel rett til logoped for å styrke språk etter slag. Dersom pasienten ikke hadde hatt en rett til rehabilitering ville det svekke pasientens rett til egenverd, j.fr. kvalitetsforskriftens formålsparagraf.

I forhold til etablering av internkontroll krever det at sykehjemmet etablerer prosedyrer som ivaretar pasientens behov, prosedyrer som regulerer forholdet mellom ansatte og prosedyrer for eksternt samarbeid. Prosedyrer i forhold til pasienten vil være regelmessig helsesjekk og etablerte prosedyrer for behandling. For eksempel prosedyre for sårstell. Prosedyrer i forhold til ansatte vil være klare ansvarsforhold, stillingsinstruksjoner og avvikshåndtering. Prosedyrer for eksternt samarbeid vil være rutiner for tilkallelse av eksternt hjelp. For eksempel lege, fysioterapeut, ergoterapeut eller logoped.

#### **4.2.3 PLIKTEN TIL Å GI PASIENTEN SELVSTENDIGHET OG STYRING AV EGET LIV**

Pasientrettighetsloven § 3-1 gir pasienten rett til medvirkning ved gjennomføringen av helsehjelpen. Forarbeidene fastslår at vi står overfor en rettighet. Rettigheten forutsetter et samspill mellom pasient og helsepersonell. Det medfører at det ligger et element av egeninnsats fra pasientens side for å virkeliggjøre medvirkning.<sup>59</sup>

Retten til medvirkning er også fastslått i kvalitetsforskriften § 3. Kvalitetsforskriften

---

<sup>59</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998 – 1999) side 129.



pålegger kommunen å utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukerne får tilfredsstilt sine grunnleggende behov for

”selvstendighet og styring av eget liv”

Jeg forstår ordlyden slik at ”selvstendighet og styring av eget liv” henger nøye sammen. Og at det ene ordet bare er en presisering av det andre. Det ligger ingen begrensning i retten, for eksempel om at den skal gjelde bare i forhold til medisinsk behandling. Det må derfor legges til grunn at den gjelder alle deler av pasientens liv. Dette samsvarer med formålsparagrafen i kvalitetsforskriften som vektlegger det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett.

Brukermedvirkning er et sentralt prisnipp i helse retten. Det innebærer at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utarbeides i samarbeid med pasienten. Det skal legges stor vekt på hva pasienten ønsker. I den praktiske utføringen av tjenesten innebærer det at pasienten kan være med å bestemme hvordan tjenestetilbudet skal utformes.<sup>60</sup>

Bestemmelsen må derfor forstås slik at selv om pasienten på noen områder har redusert mulighet for medvirkning, skal han fortsatt ha rett til det på andre områder. For eksempel vil en pasient uten samtykkekompetanse, j.fr. pasientrettighetsloven kapittel 4A fortsatt kunne medvirke til hva han ønsker å spise.

Det nærmere innhold av bestemmelsen er mer uklart. I stortingsmelding nr. 31 heter det:

”Brukeren skal lyttes til og ha mulighet for å fatte avgjørelser om sitt eget liv. Kravet til selvbestemmelse understreker respekten for menneskeverd og integritet. Godt tilpasset og tilstrekkelig informasjon og kravet til brukermedvirkning, er en grunnforutsetning for et kvalitativt godt tjenestetilbud. Brukermedvirkning må komme til uttrykk ved at den tjenestene rettes mot blir tatt på alvor og selv får anledning til å ta hverdagslige små og store beslutninger. Nye generasjoner som blir pleietrengende vil ha sterkere krav til medvirkning og personlig tilpassing av tilbud enn det som har vært vanlig til nå”.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> Sosial – og helsedirektoratet, Kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene Oslo 11/2004 side 13

<sup>61</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20012002/Stmeld-nr-31-2002-.html?id=196216>  
Stortingsmelding nr. 31 (2001 – 2002) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen.

Stortingsmeldingen viser en klar politisk vilje til at plikten til å gi pasienten selvstendighet og styring av eget liv skal være en reell plikt. Meldingen viser også at plikten skal ha et materielt innhold. Slik jeg tolker meldingen, og slik jeg selv forstår bestemmelsen, vil retten til medvirkning utgjøre forskjellen mellom sykehjemmet som oppbevaringsplass og sykehjemmet som hjem.

I forhold til internkontrollen betyr det å kartlegge i hvilken grad pasienten har mulighet til å styre sitt eget liv. Og på hvilke områder pasienten ønsker å styre sitt eget liv. Dette kan enklest gjøres med brukerundersøkelser.

Plikten til å gi pasienten selvstendighet og eget liv må balanseres. Hvis en gir pasienten for mye hjelp vil det grense som paternalisme. Hvis en gir pasienten for lite hjelp vil det grense mot omsorgssvikt.<sup>62</sup>Balansen mellom disse to ytterligheter er et typisk område i internkontrollen hvor ledelsen sammen med ansatte må trekke noen grenser. Det kan gjøres gjennom arbeidsgrupper og studiesirkler samt tilbakemeldinger fra pasienten.

Et annet område hvor viktige grenser må trekkes er forholdet mellom forsvarlig sikring av pasienten og uforsvarlig, og ikke tillat tvangsbruk. Hovedregelen for all helsehjelp er at pasienten samtykker, j.fr. pasientrettighetsloven § 4-1. Samtidig har sykehjemmet som en del av internkontrollen plikt til å sikre pasienten mot risiko. For eksempel fall. Og sykehjemmet skal dra omsorg for pasienten. For eksempel sørge for at pasientene får ivaretatt hygieniske behov. Sykehjemmet har bare i begrenset grad anledning til bruk av tvang, j.fr. pasientrettighetsloven § 4A. For pasienter som mangler samtykkekompetanse oppstiller pasientrettighetsloven § 4A en snever mulighet for bruk av tvang. Utgangspunktet for tvangsbruk er at sykehjemmet først har brukt minste inngreps prinsipp. Det vil si at det først skal være prøvd tillitskapende tiltak, j.fr. pasientrettighetsloven § 4A-3. Også EMK<sup>63</sup> har viktige bestemmelser som har betydning for pasienter i sykehjem. De tre viktigste bestemmelsene er EMK artikkel 3 som setter forbud mot tortur, umenneskelig og nedverdiggende behandling, artikkel 5 om enhvers rett til personlig frihet og sikkerhet og artikkel 8 om retten til privatliv. Utfordringen i forhold til internkontrollen er å ta hensyn til pasientens selvbestemmelsesrett og egenverd og samtidig verne pasienten mot risiko samt yte omsorg. For å unngå unødvendig og urettmessig bruk av tvang stiller det krav til tilstrekkelig bemanning.

---

<sup>62</sup> Kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven side 22.

<sup>63</sup> Den europeiske menneskerettskonvensjon av 1950.

Kvalitetsforskriften inneholder flere tilgrensende bestemmelser som jeg mener trekker en ytre ramme for hva plikten til selvstendighet og styring av eget liv skal inneholde.

I kvalitetsforskriften § 3 heter det at kommunen skal utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som skal sikre pasientene

”mulighet til selv å ivareta egenomsorg”.

Når lovgiver har valgt å bruke ordet ”mulighet” tolker jeg det dit hen at det skal tilrettelegges for at pasienten så langt han er i stand til det og ønsker det, selv skal ivareta egenomsorgen. Med ”egenomsorg” forstår jeg først og fremst muligheten til å ta vare på seg selv i forhold til personlige behov. Å påtvinge pasienten omsorg, for eksempel i forhold til personlig hygiene, kan av pasienten oppleves som et overgrep.

Internkontrollen må derfor inneholde prosedyrer for forholdet til pasienten og administrative prosedyrer. Prosedyrer i forhold til pasienten vil være rutiner for kartlegging av pasientens funksjonsnivå og ønsker. Administrative prosedyrer vil være å sikre at det til enhver tid er tilstrekkelige bemanningsplaner til å gi pasientene nødvendig hjelp samt nødvendig fysisk tilrettelegging av lokalene. En rapport fra Norsafety fastslår at 27 prosent av registrerte lårhalsbrudd på eldre over 67 år skjer på sykehjem. De fleste bruddene skjer mellom kl. 06.00-08.00 om morgenen og ca. kl. 16.00 om ettermiddagen.<sup>64</sup> Dette er tidspunkter hvor det er naturlig at pasienten driver egenomsorg i forbindelse med toalettbesøk og morgenstell. Kartlegging av risikoområder, tilstrekkelig bemanning samt rutiner for avvikshåndtering vil derfor utgjøre en vesentlig del av de administrative prosedyrene.

Kommunen skal også utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som skal søke å sikre at pasienten får

”tilpasset hjelp ved av – og påkledning”,

j.fr. kvalitetsforskriften § 3. Når ordlyden er ”tilpasset” hjelp forstår jeg det slik at pasienten skal få hjelp slik at han i størst mulig grad kan klare av – og påkledning selv. Også ved av – og påkledning kommer man innenfor pasientens intimsone. Hensynet til pasientens tilsier derfor at sykehjemmet må ha tilstrekkelig bemanning slik at der finnes tid nok til å gi

---

<sup>64</sup> Harstad Tidende lørdag 17.januar side 6

pasienten mulighet til å klare seg selv. I forhold til pasienten må internkontrollen inneholde prosedyrer for å kartlegge pasientens fysiske forutsetninger og ønsker.

I følge kvalitetsforskriften § 3 skal det også utarbeides skriftlig nedfelte prosedyrer som skal sikre pasientene

”tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise”.

Jeg forstår ordet ”tilpasset” slik at pasienten så langt som mulig skal få anledning til å klare seg selv. Når forskriften presiserer at pasienten må få ”nok tid” til å spise, ser jeg det i sammenheng med plikten til å dekke pasientens grunnleggende behov for ernæring. Svekkede mennesker trenger ofte lengre tid til å spise. Dersom effektivitetshensyn setter stramme rammer for den tid pasienten får til rådighet vil det bidra til at sykehjemmet bryter plikten til å gi pasienten tilstrekkelig ernæring.

I Internkontrollen må de derfor gjøres en risikovurdering av pasientens mulighet for underernæring sett i forhold til nødvendig bemanning. Det må foreligge systemer som sikrer tilstrekkelig bemanning rundt måltider.

Bestemmelsen gir også pasienten rett til ”ro” til å spise. Jeg forstår ordlyden slik at pasienten har rett til omgivelser å spise i som gir han ro rundt måltidet. ”Ro” kan være matglede. ”Ro” kan også være omgivelser man trives i. I en institusjon hvor funksjonsdyktigheten er såpass forskjellig som på et sykehjem kan det være vanskelig å skape tilstrekkelig ro rundt måltidet. Særlig hvis pasientene blir pålagt å spise i felles spisesal. Jeg ser derfor bestemmelsen i sammenheng med sykehjemforskriftens § 4-1 som pålegger kommunen en plikt til å søke å gi pasientene tilbud om eget rom ved langtidsopphold. Det gir pasienten en valgmulighet i forhold til hvordan han vil innta måltidene.

Internkontrollen i forhold til pasienten vil bestå av kartlegging av pasientens behov. Hvor vil han spise? Med hvem vil han spise? Internkontrollen i forhold til administrasjon vil bestå av fysisk tilrettelegging og tilstrekkelig bemanning.

#### 4.2.4 RETTEN TIL Å OPPLIVE RESPEKT, FORUTSIGBARHET OG TRYGGHET

Kvalitetsforskriften § 3 pålegger kommunen å utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre pasientene får tilfredsstilt grunnleggende behov for å

”oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet”

Med ”respekt” forstår jeg at pasienten blir betraktet som en likeverdig part i forhold til sykehjemmet. I veiledningen til kvalitetsforskriften heter det at gjensidig respekt bare kan oppnås dersom pasienten gis anledning til å være en likeverdig part i relasjon til tjenesteutøveren.<sup>65</sup> Forsvarlighetskravet gjelder også i forhold til å oppleve respekt. Det vil si at det må foreligge normer av etisk, juridisk og pleiefaglig kvalitet for hva ordet skal inneholde. I forhold til spørsmålet om omsorgen har vært forsvarlig uttaler Molven:

”Dessuten vil det forventes at helsepersonellet opptrer i samsvar med særlige normer for helsepersonell/pasient – relasjonen når det gjelder å utvise empati, respekt mv, jf etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer”.<sup>66</sup>

Det stiller krav til internkontrollen om også å inneholde rom for diskusjoner av etisk, yrkesetisk og juridisk karakter. Og et krav til at ledelsen i samarbeid med de ansatte må trekke noen rammer og lage noen prosedyrer for hva plikten til ”respekt” skal omfatte. Det kan være så enkelt som å banke på pasientens dør før man går inn på pasientens rom.

De forskjellige bestemmelser om pasientens rett til medbestemmelse bidrar til å styrke pasientens rett til å oppleve respekt. For eksempel pasientrettighetsloven § 3-1 om retten til medvirkning og kvalitetsforskriften § 3 om selvstendighet og styring av eget liv. Også pasientens rett etter kvalitetsforskriften § 3 til selv å ivareta egenomsorg, retten til å følge en normal livs – og døgnrytme og retten til å få ivaretatt sine sosiale behov m.m. styrker pasientens mulighet til å oppleve respekt.

En tilgrensende rettighet er sykehjemsforskriftens § 4-6 som fastslår at beboerne skal ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn. I et stadig mer flerkulturelt samfunn mener jeg

---

<sup>65</sup> Kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven side 22.

<sup>66</sup> Olav Molven, ” Kravet til helsetjenester og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet – Statens helsetilsyns tilnærming ”, *Lov og rett 2009 Nr.01 side 3 – 26* (på side19).

det blir en viktig bestemmelse i forhold til pasientens opplevelse av respekt. I forhold til internkontroll betyr det at sykehjemmet må ha rutiner for å kartlegge pasientenes livssyn og ønsker i forhold til livssyn. I forhold til de ansatte må det etableres rutiner for livssynsopplæring.

Sykehjemmet skal også utarbeide skriftlige prosedyrer for at pasienten skal oppleve ”forutsigbarhet”. Med ”forutsigbarhet” forstår jeg at kjernen i ordet må være at pasienten skal føle trygghet for at han får dekket sine grunnleggende behov. Det ligger også en prosessuell side i ordet ”forutsigbarhet”. Helselovene har flere bestemmelser som ivaretar forutsigbarhet for pasientene. Det ene er medbestemmelsesretten etter pasientrettighetsloven § 3-1 og kvalitetsforskriften § 3. En annen rett som styrker ”forutsigbarhet” er sykehjemsforskriftens § 4-9 hvor beboerne på forhånd skal varsles om forslag til endringer av betydning for deres liv og trivsel i boformen, og gis anledning til å uttale seg. Bestemmelsen tilsvare forvaltningslovens<sup>67</sup> § 16. Som et eksempel forstår jeg at bestemmelsen kommer til anvendelse dersom kommunen vil legge om omsorgsstrukturen sin. Harstad kommune ønsker å flytte pasientene ut av sykehjemmene og over i ny boform, Omsorg +. Det har skapt stor usikkerhet hos pasienter og pårørende.<sup>68</sup> En plikt for kommunen om forhåndsvarsel gir pasientene tid til å sette seg inn i det nye tilbudet.

Internkontrollen må derfor inneholde prosedyrer for hvordan beboerne på best mulig måte skal kunne varsles. Varsling vil kunne kreve individuell tilpassing i forhold til hva pasienten er i stand til å kunne forstå. Det må også lages prosedyrer for hvordan eventuelle endringer skal gjennomføres. Og prosedyrer for håndtering av pasientens reaksjon på varslingen.

Forutsigbarhet har også en side som vender mot rettsikkerhet. Molven uttrykker blant annet at:

”En viktig side av rettsikkerhetskravet er at borgerne må kunne forutberegne avgjørelser som blir truffet. ... Forutberegning skaper trygghet og gjør at folk kan planlegge sine handlinger og innstille seg praktisk og psykisk på hva som vil skje. Avgjørelser bør ikke komme som lyn fra klar himmel. En beslutning som går en imot, vil være lettere å akseptere når det har vært mulig å forutse den”.<sup>69</sup>

---

<sup>67</sup> Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) 10.feb.1967

<sup>68</sup> Harstad Tidende fredag 13.mars side 12-13

<sup>69</sup> Kristian Andenæs mfl., *Sosialrett*, Oslo 6.utgave 2003 side 85.

Jeg mener også at det kan være lettere å akseptere beslutninger som går pasienten imot når saksgangen har vært ryddig og saklig og pasienten har fått anledning til å komme med innspill. For pasienten vil det være viktig å bli hørt.

Kravet om forutberegnelighet tilsier også at det materielle innhold i rettsreglene best mulig må fastlegges for at pasientene skal kunne forutse sin rettsstilling.

Med ”trygghet” forstår jeg trygghet i forhold til tilstrekkelige og riktige tjenester. Trygghet må derfor omfatte visshet for at sykehjemmet oppfyller sine materielle forpliktelser overfor pasientene. For eksempel at de får dekket sitt grunnleggende behov for ernæring. Men trygghet må også gå på den prosessuelle side. Slik at pasientene vet at det finnes regler for å klage når det foreligger mangler ved helsehjelpen til pasientene. En måte internkontrollen kan ivareta kravet om ”trygghet” kan være å informere pasientene og pårørende om hvilke materielle og prosessuelle rettigheter pasientene har.

#### **4.2.5 JOURNALFØRINGSPLIKT**

Helsepersonelloven § 39 j.fr. helsepersonelloven § 16 pålegger sykehjemmet å føre journal. Journalen skal være et arbeidsverktøy som skal sikre at pasientene får kontinuitet og kvalitet på helsehjelpen. Dermed bidrar journalen til å opprettholde pasientens rett til forsvarlig helsehjelp.

Helsepersonelloven § 40 regulerer journalens innhold. Journalen skal føres

”i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen”.

Når ordlyden sier at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen må dette forstås som opplysninger som er nødvendige for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Forarbeidene definerer pasientjournalen nærmere som

”all informasjon om pasienten som lagres som grunnlag for undersøkelser, diagnostisering, behandling eller annen oppfølging av pasienten”.<sup>70</sup>

---

<sup>70</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998 – 1999) side 237

Jeg forstår dette som at all informasjon som er relevant for oppfølging av pasienten skal inn i journalen. For eksempel vil det for pasienter som står i fare for å bli underernært være viktig å journalføre hva og hvor mye de har spist. Det vil ikke være tilstrekkelig å si at pasienten har spist ”mye” eller ”lite”. Når forarbeidene også sier at journalen skal inneholde ”annen oppfølging” forstår jeg det til å være relevante opplysninger om pasienten også av ikke – medisinsk art. For eksempel opplysninger om trivsel eller spesielle ønsker. På den måten blir journalen en kontinuerlig oppfølging av alle sider av pasientens behov.

Den nærmere beskrivelse om hva journalen skal inneholde fremkommer av journalforskriften.<sup>71</sup> Journalen skal blant annet inneholde bakgrunnen for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, opplysninger om pågående behandling og beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskrivingj.fr. journalforskriften § 8. Jeg forstår det slik at journalens innhold må vurderes i forhold til en konkret vurdering av pasientens behov.

Ved klage og tilsynssaker vil journalen være et viktig bevismiddel for hvilken behandling pasienten har mottatt. Det foreligger flere rettsavgjørelser fra Høyesterett om krav til journalføringen.<sup>72</sup> Rettsutviklingen har gått fra at tvil om journalføring har gått i favør av helseinstitusjonen til at tvil om journalføring går i favør av pasienten.<sup>73</sup>

I Rt. 1989 side 674 som gjaldt en mann som hadde fått stemmebåndnervene skadet i forbindelse med en strumaoperasjon heter det på side 682

”Den bevistvil som dermed foreligger om operasjonen har vært gjennomført på en fullt forsvarlig og aktsom måte må, mener jeg, løses i disfavør av ankemotparten (sykehuset).”

Høyesterett begrunner avgjørelsen sin med at når den sikreste kilden til hva som skjedde og hva som er gjort er taus på dette punkt, anses kravet til bevis for uaktsomhet for oppfylt. Etter min forståelse legger dermed Høyesterett til grunn en omvendt bevisbyrde. Til vanlig vil den som påstår av forholdet er uaktsomt ha bevisbyrden. I dette tilfelle foreligger det presumsjon for at manglende journalføring viser at uaktsomhet foreligger. Reelle hensyn taler for at det må være slik. For pasienten vil det i mange tilfeller være umulig å bevise hvilken helsehjelp som er gitt.

---

<sup>71</sup> Forskrift 2000-12-21-1385 med hjemmel i lov-1999-07-02-64 §40,lov-1982-11-19-66 § 1-3a

<sup>72</sup> Rt. 1980 side 1299, Rt. 1981 side 728, Rt. 1988 side 244 og Rt. 1989 side 674

<sup>73</sup> Asbjørn Kjønstad, *Helserett*, Oslo, 2.utgave 2007 side 100-101.



Journalføringsplikten følger ikke direkte av internkontrollforskriften. Men den kan henføres som en viktig etterprøving av om kravet til forsvarlighet er oppfylt, j.fr. internkontrollforskriften § 4 bokstav g). Internkontrollen må derfor inneholde prosedyrer for kontroll av at journaler er ført i henhold til lovgivningen.

#### 4.2.6 RETTEN TIL JOURNALINNSYN

Pasientrettighetsloven § 5-1 gir pasienter, med svært begrensede unntak, rett til innsyn i journalen sin med bilag. Loven gir også nærmeste pårørende rett til innsyn i journal etter pasientens død hvis ikke særlige grunner taler mot dette.

Rett til å nekte innsyn gjelder bare hvis ”særlige” grunner taler mot det. Ordet ”særlig” tolker jeg til at det må foreligge omstendigheter utenom det vanlige for å nekte innsyn. Jeg tolker derfor ”særlig” til å være et strengt vilkår.

Når det gjelder hva som skal til for å nekte pasienten innsyn i journalen sier forarbeidene at det må være enten

”a) for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller b) når det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær. Vilkårene er uttømmende Når det gjelder hva som skal til av hensyn til pasienten selv vil avgjørelsen om å nekte innsyn i journal hvile på nødrettsbetraktninger.”<sup>74</sup>

I følge forarbeidene er det ikke tilstrekkelig for å hindre innsyn i journal at det foreligger omstendigheter utenom det vanlige. Bare hvis innsyn i journal kan forårsake alvorlig skade eller død hos pasient eller pårørende skal innsyn nektes.

Dersom pasienten er i en situasjon hvor han ikke kan ivareta sine egne behov kommer reglene om rett til medvirkning og informasjon etter pasientrettighetsloven § 3-3 og 3-4 til anvendelse.

Etter pasientrettighetsloven § 5-2 har pårørende rett til innsyn i journal etter pasientens død hvis ikke særlige grunner taler mot det. Også her vil ”særlige grunner” måtte forstås som et strengt krav. Forarbeidene viser til at ”særlige” grunner kan være opplysninger pasienten har gitt uttrykk for at ikke skal gis innsyn i for pårørende, eller opplysninger det er grunn til å anta at pasienten hadde motsatt seg at nærmeste pårørende får kjennskap til.”<sup>75</sup> Hovedregelen

---

<sup>74</sup> Ot.prp.nr. 12 (1998-1999) side 136

<sup>75</sup> *Op.cit.* side 136.

må etter dette være at nærmeste pårørende har innsynsrett etter pasientens død. Det er unntaket som må begrunnes.

Det er flere grunner til at retten til journalinnsyn er viktig. Det styrker tillitsforholdet mellom pasient/pårørende og sykehjemmet. Ofte oppfatter både pasienter og pårørende at pasienten ikke får den helsehjelp han bør ha. Noen ganger hevder de det med rette, andre ganger er det ingen reell grunn til misnøye. Innsyn i journal kan bidra til å rydde uklarheter av veien. Også et i utgangspunktet skjevt styrkeforhold mellom pasienten og helsepersonell kan utjevnes ved at pasienten får rett til å se sin egen journal.

Helsepersonelloven § 39 andre ledd pålegger sykehjemmet en plikt til å utpeke en journalansvarlig person. Internkontrollen må klarlegge hvem som er journalansvarlig person, rutiner for utlevering av journal, hvordan vurdering om avslag på innsyn skal gjøres og rutiner for klagebehandling ved avslag.

## 5 TILSYN

Tilsyn blir i forarbeidene definert som myndighetenes utadrettede virksomhet for å påse at myndighetskrav etterleves.<sup>76</sup>

### 5.1 RETTSLIG GRUNNLAG FOR TILSYN

Det rettslige grunnlag for tilsyn av helsetjenester er hjemlet i helsetilsynsloven § 1.

”Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter”.

Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med at helselovgivningen overholdes. Forarbeidene viser til at en vesentlig oppgave for Helsedirektoratet er å føre tilsyn med helsetjenesten på de forskjellige trinn, og se til at den oppfyller de plikter som er pålagt den i lov og forskrift.

”Tilsynet må omfatte faglig råd og veiledning, og nødvendig inspeksjon og kontroll, og eventuelt pålegg – i de alvorligste tilfeller anmeldelse til påtalemyndighet”.<sup>77</sup>

---

<sup>76</sup> Ot.prp. nr. 105 (2002-2003) side 2.

<sup>77</sup> Ot.prp.nr.33(1983 – 1984) side 4-5.

Disse oppgavene er i dag tillagt Statens helsetilsyn. Forarbeidene åpner for inspeksjoner og gir anledning til å pålegge forskjellige sanksjoner. Bakgrunnen må være en erkjennelse av at internkontroll ikke er tilstrekkelig til å forhindre overtredelse av helselovgivningen.

Det påhviler også tilsynsmyndighetene et forsvarlighetskrav. I forarbeidene heter det at tilsynsmyndigheten ikke bare innebærer en rett til å utføre tilsyn. Men også en plikt til å sikre at tilsynet er forsvarlig.

”Generelt gjelder at tilsynsmyndigheten må velge en tilnærming til bruk av kilder og metoder for tilsynet, som gjør at kontrollen med at helselovgivningen etterleves og utføres best mulig med de ressurser som står til rådighet”.<sup>78</sup>

Forsvarlighetskravet strekker seg til å utnytte tildelte ressurser på en best mulig måte uansett hvor små ressursene er. Det vil derfor ha et annet innhold enn det forsvarlighetskrav som påhviler sykehjemmet og helsepersonell. Effektiviteten av tilsynet vil være avhengig av den til enhver tid politiske vilje til å bevilge penger til tilsyn. Noe optimalt tilsyn, hvor for eksempel alle sykehjem kontrolleres jevnlig, legges det ikke opp til. Det kan ha sin bakgrunn i effektivitetshensyn i forvaltningen. Eller i det kommunale selvstyre. Sett ut fra pasientens ståsted er det likevel ikke en god løsning.

Spørsmålet er hvordan helsetilsynet mest mulig effektivt kan føre tilsyn med at kommunen har etablert en tilstrekkelig internkontroll. Og hvordan de kan føre tilsyn med at kommunen og helsepersonell overholder helselovgivningen, herunder forsvarlighetskravet.

## **5.2 HELSETILSYNET I FYLKENE**

### **5.2.1 SYSTEMREVISJONER**

I helsetilsynsloven § 3 andre ledd heter det

”Helsetilsynet i fylket skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten”.

Tilsynet gjennomføres som systemrevisjoner.<sup>79</sup>

---

<sup>78</sup> Ot.prp. nr. 105 (2002 – 2003) side 3.

<sup>79</sup> [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Om bakgrunnen for behovet for mer systematisk kontroll med helsetjenestene heter det i forarbeidene at

”økt lokal frihet stiller økte krav til tilsyn og kontroll for å ivareta rettssikkerheten til den enkelte og sikre at tjenestene holder høy nok kvalitet”.<sup>80</sup>

Etter vanlige prinsipper bør tilsynet utføres av andre enn de organer og det helsepersonell som yter helsetjenester til befolkningen. Det gjør tilsynet mest effektivt.<sup>81</sup> Jeg mener at effektivitet kan begrunnes i flere forhold. Når det foreligger en trussel om tilsyn vil trusselen i seg selv medføre økt fokus på overholdelse av lovgivningen. For eksempel gjennom aktiv bruk av internkontroll. Tilsynets veiledningsrolle, jfr. helsetilsynsloven § 2, kan også stimulere til at tjenestene holder høy kvalitet.

Som argument for at tilsyn bør foretas av noen utenfor virksomheten sier forarbeidene

”Erfaringene har vist at slik tilsynsfunksjon er påkrevd. Bygningsmessige forfall og faglige uvaner kan utvikles som følge av at de som har det nærmeste tilsyn ikke merker utviklingen fordi den skjer så langsomt. En som kommer utenfra og som har utdanning og erfaring i å bedømme helsevesenets virksomhet vil lettere kunne oppdage hva som er i ferd med å skje”.<sup>82</sup>

I forhold til forsvarlighetskravet som påhviler helsearbeideren uttrykker Molven det som ”holdningsslitasje”.<sup>83</sup> Andre hensyn som jeg mener gjør seg gjeldende er folks generelle tillit til forvaltningen. Vanlige habilitetshensyn i forvaltningen bør også gjelde ved tilsyn.

Helsetilsynet i fylket sin overordnede tilsynsfunksjon flytter allikevel ikke ansvaret fra kommunen og over på helsetilsynet. Dette blir understreket i lovforarbeidene hvor det heter at

”Det er av vesentlig betydning at lovverket som regulerer helsetjenestene blir gjort kjent og fulgt. Fylkeslegen skal medvirke til dette, men hans tilsynsoppgaver etter utkastet medfører ingen begrensning i fylkeskommunens og kommunens ansvar for at

---

<sup>80</sup> Ot.prp. nr. 105 (2001 – 2002) side 2.

<sup>81</sup> Ot.prp. nr. 33 (1983 – 1984) side 2.

<sup>82</sup> *Op.cit.* side 6

<sup>83</sup> Olav Molven, ”Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet – Statens helsetilsyns tilnærming”, *Lov og rett nr. 01 2009* side 3 – 26 (på side 20).

deres virksomheter som yter helsetjenester, etterlever lover og forskrifter og handler i samsvar med gitte retningslinjer".<sup>84</sup>

Det foreligger derfor en klar ansvarsfordeling mellom den utøvende helsetjeneste og tilsynsmyndighetene.

Om bakgrunnen for hvilke områder som er gjenstand for den årlige revisjon sier forarbeidene at det for det første vil være områder med stor risiko for svikt og tjenester for særlig utsatte eller sårbare grupper.<sup>85</sup> Sykehjemspasienten er alderssvakket. Ofte med et tillegg av demens eller somatiske sykdommer. Generelt svakket helse medfører at helsetilstanden kan endres raskt. Svakket helse medfører også at pasienten er mer utsatt for å lide fysisk eller psykisk overlast som følge av mangelfull eller feil pleie. Drift av sykehjem er derfor forbundet med stor risiko. Det tilsier hyppige tilsyn på sykehjemmene.

For det andre vil det være områder med mange klager.<sup>86</sup> Svakket helse kan vanskeliggjøre pasientens klageadgang. Pasientens avhengighet av den pleie han mottar kan medføre frykt for represalier fra helsepersonell. For eksempel gjennom redusert omsorg. Pasienten kan også identifisere seg med helsepersonellet. Han ser at de gjør så godt de kan innenfor de ressurser de har til rådighet. Og han lar av den grunn vær å klage. Antall klager trenger derfor ikke være symptomatisk med kvaliteten på den helsehjelp pasienten mottar.

For det tredje vil det være områder der det er mange lovpålagte meldinger om feil eller uhell. Og områder der annen informasjon kan innebære at virksomheten driver i strid med helselovgivningen og har høy politisk oppmerksomhet.<sup>87</sup> Noen av disse kriteriene vil være målbare. For eksempel lovpålagte meldinger om feil eller uhell. For meg blir det imidlertid ikke riktig om iverksetting av tilsyn skal være avhengig av politisk oppmerksomhet eller annen informasjon. Hvis hensynet bak tilsynet er å styrke pasientens rettssikkerhet må tilsynet være så regelmessig at det forhindrer tilstander på sykehjemmet som skaper politisk oppmerksomhet og medieomtale.

Revisjonene gjennomføres ved at skriftlig dokumentasjon fra internkontrollen gjennomgås og ledere og ansatte intervjues. Det blir også tatt stikkprøver for å avklare om prosedyrer og rutiner er kjent og blir etterlevd i praksis. Og om de er effektiv i forhold til oppgaven eller problemet som skal løses. Tilsynet avdekker svikt på tilsynstidspunktet. Det

---

<sup>84</sup> Ot.prp. nr. 33 (1983-1984) side 2

<sup>85</sup> Ot.prp. nr. 105 (2001 – 2002) side 4.

<sup>86</sup> *Op.cit.* side 4.

<sup>87</sup> *Op.cit.* side 4.

kan også avdekke uheldige forhold som på sikt kan medføre et problem for rettssikkerheten eller forsvarligheten i tjenesten, og dermed forebygge brudd på lover og forskrifter.<sup>88</sup>

I praksis vil det si at tilsynet velger ut noen områder på sykehjemmene og kontrollerer om området drives i samsvar med helselovgivningen. For eksempel om pasienten fritt kan motta besøk, j.fr. sykehjemsforskriftens § 4-5. Hvis systemrevisjonen avslører mange avvik vil det være naturlig at også områder utenfor revisjonen blir kontrollert. Mange avvik tilsier at internkontrollen ikke er på plass. Det vil ramme all drift. Jeg kan ikke finne noe belegg for at tilsynet gjør dette. Men det vil være naturlig at sykehjem med mange avvik blir kontrollert av helsetilsynet på annet grunnlag enn systemrevisjonen.

Helsetilsynet intervjuer ikke pasienter eller pårørende som del av systemrevisjonen. Selv om internkontrollen skal fange opp klager og avvik, ser jeg det som en svakhet at pasientundersøkelser ikke er en del av grunnlagsmaterialet ved en systemrevisjon. For de immaterielle pliktene vil pasienten være den nærmeste til å bedømme om sykehjemmet overholder pliktene sine eller ikke. Tilsynsrapportene som blir utarbeidet etter en systemrevisjon viser mange mangler ved internkontrollen. Det kan medføre at sykehjemmet ikke har fanget opp klager eller registrert avvik fra pasienten. Også av den grunn bør pasienten intervjues.

Jeg har funnet at det i 2008 ble gjennomført totalt 46 systemrevisjoner på sykehjem i Norge. I syv fylker ble det ikke foretatt revisjoner. Ved ni sykehjem ble det ikke registrert avvik eller gitt merknad.

”Avvik” defineres som mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. ”Merknad” er forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der tilsynsmyndighetene mener det er et forbedringspotensiale.<sup>89</sup> Det vil si at på ca. 4/5 av sykehjemmene ble det begått brudd på helselovgivningen eller det var rom for forbedringer. Ved de fleste av disse sykehjemmene ble det registrert flere avvik. Det vil si at det ble begått flere brudd på de pliktene som sykehjemmet hadde overfor pasientene. Flere av avvikene var av alvorlig art.

Med tanke på antall brudd som blir registrert er det bekymringsfullt at det kan gå flere år mellom hver gang det er tilsyn. Dette oppveies til dels ved at tilsynsmyndigheten ikke avslutter tilsynet før sykehjemmet kan fremlegge tilstrekkelig dokumentasjon på at avviket er rettet. Tilsynsmyndigheten kan også foreta stikkprøver for å kontrollere at forholdet er rettet.

---

<sup>88</sup> [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

<sup>89</sup> [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

## 5.2.2 HENDELSBASERT TILSYN

Det hendelsesbaserte tilsyn er hjemlet i helsetilsynsloven § 2. Det baserer seg på informasjon om enkelthendelser enten i forhold til helsepersonell eller virksomheter. Forarbeidene uttrykker det slik

”Andre former for meldinger og informasjon som kommer til tilsynsmyndighetenes kunnskap som indikerer at det er uønskede forhold i tjenesten, vil etter omstendighetene utløse en plikt for tilsynsmyndighetene til å undersøke forholdene og eventuelt påse at de ansvarlige sørger for at feil blir rettet opp”.<sup>90</sup>

Informasjonen om enkelthendelser kan enten komme i form av klager fra pasienter/pårørende, oppslag om kritikkverdige forhold i media eller fra andre kanaler. Det sentrale er at det foreligger en undersøkelsesplikt også utenfor klagesaker fra pasienter/pårørende.

Helsepersonelloven § 55 hjemler en rett for pasienten til å anmode helsetilsynet i fylket om å vurdere om det er begått pliktbrudd etter bestemmelse gitt i eller i medhold av helsepersonelloven. Det kan vurderes pliktbrudd både i forhold til helsepersonell og sykehjem. Dersom helsetilsynet finner at det foreligger brudd på bestemmelser i helselovgivningen, for eksempel brudd på forsvarlighetskravet, kan de med hjemmel i tilsynsplikten påpeke dette.

En anmodning etter helsepersonelloven § 55 er ikke en klage i forvaltningsrettslig forstand. Pasienten er ikke part i saken, og det foreligger ingen omgjøringsadgang for det aktuelle forhold. Dersom det foreligger forhold som tilsier at det bør pålegges en administrativ reaksjon skal saken oversendes Statens helsetilsyn. En eventuell administrativ reaksjon vil ha innvirkning på den framtidige helsehjelp pasienten mottar. Og trusselen om at det kan ilegges administrative reaksjoner kan ha en preventiv effekt på helsehjelpen pasienten mottar i dag.

## 5.3. STATENS HELSETILSYN

Hovedoppgave til Stanes helsetilsyn er å ha det overordnede faglige tilsyn med helsetjenestene j.fr. helsetilsynsloven § 1. Statens helsetilsyn vil på eget initiativ eller etter påtrykk fra andre kunne overprøve avgjørelser truffet av helsetilsynet i fylket. Det foreligger

---

<sup>90</sup> Ot.prp. nr. 105 (2001 – 2002) side 4.

derfor en snever klagemulighet for pasienter dersom de mener helsetilsynet i fylket ikke har foretatt en tilstrekkelig vurdering etter helsepersonelloven § 55.

Helsepersonelloven § 2 hjemler en rett for statens helsetilsyn til å gi administrative reaksjoner til helsepersonell etter helsepersonelloven kapittel 11. Reaksjonen kan komme etter en anmodning om vurdering av mulige pliktbrudd j.fr. helsepersonelloven § 55, etter systemrevisjoner eller etter andre forhold. Reaksjonen kan komme i form av advarsel j.fr. helsepersonelloven § 56. En advarsel vil i første rekke være en mulighet for helsearbeideren til å innrette yrkesutøvelsen sin i henhold til lovgivningen. Når helsearbeideren innretter seg etter lovgivningen trygger det rettssikkerheten til pasienten. Dersom helsepersonell ikke retter seg etter advarselen kan autorisasjon tilbakekalles, j.fr. helsepersonelloven § 57 andre ledd. Tilbakekall av autorisasjon kan også skje uten at advarsel er gitt j.fr. helsetilsynsloven § 57. Vilkårene for tap av autorisasjon er streng. Helsepersonellet mister retten til å utøve yrket sitt. Tap av autorisasjon medfører derfor store sosiale og økonomiske konsekvenser for helsepersonell. Av den grunn mener jeg at også den trussel som ligger i mulig tap av autorisasjon bidrar til at helsepersonell overholder helselovgivningen.

Helsetilsynsloven § 5 hjemler en rett for Statens helsetilsyn til å gi pålegg om å rette på forholdene til virksomheter som ikke overholder helselovgivningen. Men det foreligger ikke et strengere reaksjonssystem for virksomheter som ikke retter seg etter pålegget. Etter spesialisthelsetjenesteloven §§ 7-1 og 7-2 kan Statens helsetilsyn stenge virksomheten eller ilegge virksomheten tvangsmulkt. Bakgrunnen for denne forskjell vites ikke. En mulighet kan være at de fleste virksomheter retter seg etter påleggene de har fått. Og at veiledning er en bedre måte å sikre helsetjenestene på enn trussel om tvangsmulkt. En annen mulighet kan være at trussel om stengning og tvangsmulkt allikevel ikke bedrer forholdene. Molven viser til at Statens helsetilsyn ikke har gjennomført noen policy for i etterkant av saker å kreve at det uforsvarlige er blitt utbedret, men at det er i ferd med å endre seg. Som eksempel bruker han Sandviken sykehus. Manglende etterlevelse av pålegg endte opp med at Statens helsetilsyn ila Helse Vest RHF en løpende tvangsbót på kr. 600 000 pr. måned inntil de kunne dokumentere god praksis ved Sandviken sykehus.<sup>91</sup>

For pasientenes rettsikkerhet kan det være en svakhet at ikke reaksjonssystemene er strengere. Tilsynsrapportene viser at mange sykehjem ikke hadde etablert, eller hadde mangelfullt, internkontrollsystem. På den annen side forutsetter reaksjonssystemet at det allerede har blitt begått brudd på helselovgivningen. Noe som kan ha medført at pasienten har

---

<sup>91</sup> Olav Molven "Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet – Statens helsetilsyns tilnærming", *Lov og rett 2009 nr. 01* side 3 – 26 (på side 24-25).



lidd overlast. Prevensjon i form av politisk vilje til en god eldreomsorg, økt kunnskap og en virksomhetskultur som setter fokus på forsvarlighet og kvalitet kan i mange tilfeller i like stor grad sikre pasientene oppfyllelse av helselovgivningen.

## LOVREGISTER

Forvaltningsloven

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker 10 feb.1967

Kommunehelsetjenesteloven

Lov om helsetjenesten i kommunene 19 nov. Nr.66. 1982

Helsetilsynsloven

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten 30 mars. Nr.15. 1984

Menneskerettsloven

Den europeiske menneskerettskonvensjon av 1950

Spesialisthelsetjenesteloven

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 2 juli. Nr. 61. 1999

Pasientrettighetsloven

Lov om pasientrettigheter 2 juli. Nr. 63. 1999

Helsepersonelloven

Lov om helsepersonell m.v. 2 juli. Nr. 64. 1999

Pasientskadeloven

Lov om pasientskader 15 juni. Nr. 53. 2001

Internkontrollforskriften

FOR -1996-12-06-1127

Kvalitetsforskriften

FOR- 2003-06-27-792

Journalforskriften

FOR -2000-12-21 nr 1385

Sykehjemsforskriften

FOR -1988-11-14-932

## LITTERATURLISTE

Andenæs Kristian mfl., *Sosialrett* (Oslo 2003)

Bernt, Jan Fridthjof og Ørnulf Rasmussen, *Frihagens forvaltningsrett* (Bergen 2003)

Eckhoff, Torstein, *Rettskildelære* (Oslo 2001)

Eckhoff, Torstein og Eivind Smith, *Forvaltningsrett* (Oslo 2003)

Kjønstad, Asbjørn, *Helserett* (Oslo 2007)

Kjønstad, Asbjørn og Aslak Syse, *Velferdsrett* (Oslo 2008)

Molven, Olav, Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forvarlighet - Statens helsetilsyns tilnærming, *Lov og rett nr.01-2009* side 3 - 26

Nygaard, Nils, *Rettsgrunnlag og standpunkt* (Bergen 2004)

## **FORARBEIDER OG ANDRE OFFENTLIGE DOKUMENTER**

Ot.prp. nr. 66 (1981 – 1982)

Om lov om helsetjenestene i kommunene

Ot.prp. nr. 13 (1998 – 1999)

Om lov om helsepersonell m.v.

Ot.prp. nr. 10 (1998 – 1999)

Om lov om spesialisthelsetjenesten

Ot.prp. nr. 12 (1998 – 1999)

Lov om pasientrettigheter

Ot.prp. nr. 33 (1983 – 1984)

Om lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Ot.prp. nr. 43 (1991 – 1992)

Om lov om endringer i lov av 30.mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover

Ot.prp. nr. 105 (2002 – 2003)

Om lov om endringer i lov av 30.mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover

Stortingsmelding nr. 31 (2001 – 2002) [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen

Sosial – og helsedirektoratet, Ernæring i helsetjenesten, februar 2007

Sosial – og helsedirektoratet, Kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene, 11/2004

Sosial – og helsedirektoratet, Hvordan holde orden i eget hus, 12/2004

[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

## **RETTSPRAKSIS**

Rt.1990 s. 874 Fusa – dommen

Rt.1980 s. 1299

Rt. 1981 s. 728

Rt. 1988 s. 244

Rt. 1989 s. 674

HPN-2007-81

## **ANNET**

Norsk sykepleierforbund, Hva du bør vite om faglig forsvarlighet, Oslo 2008

Harstad Tidende lørdag 17. januar 2009

Harstad Tidende fredag 13. mars 2009

Oppgaven inneholder 15034 ord.