

# HVORDAN HOLDE ORDEN I EGET HUS

Internkontroll i sosial-  
og helsetjenesten

# INNHOLD

KSikkerhet  
Kvalitet

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	6
1.1	Bakgrunn .....	7
1.2	Hva er internkontroll .....	7
1.3	Internkontroll som en del av et kvalitetssystem .....	8
1.4	Om ansvar for å ha internkontroll .....	8
1.5	Medvirkning fra ansatte .....	8
1.6	Leserveiledning .....	9
<b>2</b>	<b>Virkeområde</b> .....	10
2.1	Sosialtjenesten .....	11
2.2	Helsetjenesten .....	13
<b>3</b>	<b>Innholdet i internkontrollen</b> .....	16
3.1	§ 4 - Innholdet i internkontrollen .....	17
3.2	§ 5 - Dokumentasjon .....	24
<b>4</b>	<b>Hvordan arbeide mer systematisk med internkontroll</b> .....	26
4.1	Hvordan komme videre eller komme i gang? .....	27
<b>5</b>	<b>Vedlegg</b> .....	32
	Forskrift om internkontroll .....	33

Heftets tittel: Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten  
 Utgitt: 12/2004

Bestillingsnummer: IS-1183

ISBN-nummer: 82-8081-043-9

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling for retningslinjer, prioritering og kvalitet

Postadresse: Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 24 16 30 00 – Faks: 24 16 30 01 – [www.shdir.no](http://www.shdir.no)

Hftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet v/Trykksakekspedisjonen

e-post: [trykksak@shdir.no](mailto:trykksak@shdir.no) – Tlf.: 24 16 33 68 – Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling oppgi bestillingsnummer: IS-1183

Utgitt i samarbeid med Statens helsetilsyn

Kvalitet

A blue-tinted close-up photograph of a spiral-bound notebook. The word "Kvalitet" is embossed in a serif font on the cover. The notebook is open, showing several pages with faint, illegible text. The lighting creates a soft glow and highlights the texture of the paper and the metal spiral binding.

# FORORD

Tilhører du dem som forbinder internkontroll med masse unødig papirarbeid uten synlig effekt på kvaliteten på tjenestene? Kanskje har du selv sett på slikt arbeid som kontroll for kontrollens skyld og ikke som grunnlag for utvikling og forbedring av tjenestene? I så fall er du ikke alene. Historisk har mange assosiert internkontrollbegrepet med byråkrati i ordets mest negative betydning og arbeidsoppgaver som har kommet i tillegg til de vanlige oppgavene i en ellers travel hverdag. Med denne veilederen vil vi trekke fram de positive verdiene i internkontrollarbeidet og hevde at:

**Når en virksomhet har orden i eget hus, øker sikkerheten for klienter og pasienter!**

Internkontroll handler om å systematisere det som mange vil karakterisere som ordinære lederoppgaver og sikre at virksomheten utvikles og forbedres slik at myndighetskravene i sosial- og helselovgivningen etterleves.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten er uttrykk for myndighetenes klare satsing på systematisk styring og kontinuerlig forbedring.

Denne veilederen, som er utarbeidet i samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn, er ment som et hjelpemiddel for virksomheter som er i ferd med å etablere internkontroll, eller som en sjekkliste for de som allerede har internkontroll eller andre mer omfattende kvalitetssystemer.

Med hilsen

*Bjørn-Inge Larsen*  
Direktør for Sosial- og helsedirektoratet

# 1. INNLEDNING



## 1.1 BAKGRUNN

Helsetjenesten ble i Lov om statlig tilsyn med helse-tjenesten fra og med 01.01.1994 pålagt å etablere system for internkontroll. I Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (1996-2000) ble det med utgangspunkt i denne bestemmelsen, satt som mål at alle som yter helsetjenester skal ha etablert internkontrollsystem/ kvalitetssystem for hele virksomheten innen år 2000. Plikten til å etablere internkontroll er senere utvidet til også å omfatte deler av sosialtjenesten. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (av 2002-12-20 nr 1731), jf vedlegg, trådte i kraft 1. januar 2003. Lovbestemmelsene om internkontroll og hvilke virksomheter de omfatter, er nærmere beskrevet i kapittel 2.

## 1.2 HVA ER INTERNKONTROLL

Internkontroll handler om virksomhetens interne styring og egen kontroll. Det er et ledelsesverktøy – et hjelpemiddel for styring og utvikling av den daglige drift – som har vist seg nyttig i bransjer med virksomhet som innebærer risiko.

Hensikten med internkontroll er å oppnå kvalitetsforbedring. I Norge har denne ledelsesmodellen fått vid utbredelse etter først å ha blitt introdusert i offshore-sektoren og senere på andre samfunnsområder. Internkontroll består av de aktiviteter, jf § 4 i forskriften, som skal sikre at virksomhetens oppgaver planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene i lovgivningen. Lovens viktigste krav er kravet om forsvarlighet.

Alle virksomheter som yter sosial- og helsetjenester har en eller annen form for styringssystem. Disse systemene kan være mer eller mindre fullstendige i forhold til det forskriften krever. Internkontroll har mange felles trekk med tilsvarende systemer for kvalitetsstyring. Det ligger derfor godt til rette for at sosial- og helsetjenesten kan integrere internkontrollen i sine systemer for kvalitetsstyring.

### **1.3 INTERNKONTROLL SOM EN DEL AV ET KVALITETSSYSTEM**

Internkontroll skal bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Dette er særlig viktig på områder der svikt kan få alvorlige følger. En godt fungerende internkontroll utgjør kjernen i et kvalitetssystem som utover lovgivers krav og forventninger, kan omhandle hvordan virksomheten skal tilfredsstille andre selvpålagte krav til kvalitet. Dette kan for eksempel være krav til service, ventetider, behandling og saksbehandlingsrutiner som går lenger enn det som kreves i lover og forskrifter. Ved fastsetting av slike krav er det vanlig å ta hensyn til forventninger fra brukere, leverandører eller samarbeidspartnere.

### **1.4 OM ANSVAR FOR Å HA INTERNKONTROLL**

Den som har ansvar for en virksomhet, har også ansvar for internkontrollen. Selv om ansvaret i prinsippet er lagt til øverste leder, for eksempel rådmannen i en kommune eller administrerende direktør ved et helseforetak, vil myndigheten i praksis være delegert til leder av den aktuelle virksomhet når det gjelder den praktiske gjennomføringen av internkontrollen. Beskrivelsen av delegert myndighet i denne sammenheng er i seg selv en del av dokumentasjonen som kreves, jf pkt 3.2.

De fleste ledere vil møte krav om internkontroll gjennom flere ulike regelverk. Som eksempel kan nevnes krav om internkontroll i arbeidsmiljøloven, brann- og elsikkerhetslovgivningen og næringsmiddellovgivningen. Som regel vil det være mer hensiktsmessig å bygge opp et felles system som håndterer internkontrollkravene i de ulike regelverkene under ett – i stedet for å bygge opp atskilte systemer for hvert regelverk. Taushetsplikten må imidlertid ivaretas og kan innebære en begrensning i denne sammenheng.

### **1.5 MEDVIRKNING FRA ANSATTE**

Internkontroll skal bidra til at oppgaver som er nedfelt i sosial- og helselovgivning, blir utført, styrt og forbedret. Ingen tjenester blir bedre enn det de ansatte klarer å yte i møte med brukeren. På samme måte som god tjenesteproduksjon krever medvirkning fra de ansatte, vil god internkontroll forutsette det samme. Internkontrollarbeidet bør være nært knyttet til ordinære daglige gjøremål og søkes integrert i de løpende oppgaver.



## **1.6 LESERVEILEDNING**

Denne veilederen inneholder utfyllende fortolkninger av forskriften. I tillegg er det gitt noen forslag til praktiske løsninger og illustrasjoner på hvordan internkontroll kan etableres og utvikles i de virksomheter forskriften omfatter. I dette inngår også eksempler på tiltak og dokumenter. Vi vil understreke at disse forslagene og eksemplene har til hensikt å illustrere hvordan oppgavene kan løses og er ikke bindende. Opplistingen er heller ikke uttømmende i forhold til hvilke tiltak eller dokumenter det kan være behov for i den enkelte virksomhet.



## 2. VIRKEOMRÅDE

Virkeområdet er et område, hvor virksomheden er aktiv og har indtægt. Virkeområdet er et område, hvor virksomheden er aktiv og har indtægt. Virkeområdet er et område, hvor virksomheden er aktiv og har indtægt.

*Nedenfor redegjøres det for de viktigste hjemlene for internkontroll og hvilke virksomheter innen sosial- og helsetjenesten de gjelder for.*

## **2.1 SOSIALTJENESTEN**

### **2.1.1 Lovhjemmel**

Kommunens plikt til å ha internkontroll i sosialtjenesten er hjemlet i sosialtjenesteloven § 2-1, andre ledd, der det heter:

**Kommunen skal føre internkontroll for å sikre at virksomhet og tjenester etter kapitlene 4, 4A, 6 og 7 er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Kommunen må kunne gjøre rede for hvordan den oppfyller denne plikten.**

Som det framgår av bestemmelsen, er internkontrollplikten avgrenset til tjenester etter kapitlene 4, 4A, 6 og 7, og gjelder all aktivitet i forbindelse med disse tjenestene. Plikten vil derfor også omfatte opplæring av personell, saksbehandling, bruk av forvaltningsloven ved slik saksbehandling og egenbetalingsordninger.

I sosialtjenesten gjelder internkontrollplikt for:

- Opplysning og veiledningstjeneste som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer (jf sostjl. § 4-1).
- Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistent (jf sostjl. § 4-2 a).
- Avlastning (jf sostjl. § 4-2 b).
- Støttekontakt (jf sostjl. 4-2 c).
- Plass i institusjon og bolig med heldøgns omsorgstjeneste (jf sostjl. § 4-2 d).
- Omsorgslønn (jf sostjl. § 4-2 e).
- Skaffe midlertidig husvære (jf sostjl. § 4-5).
- Tiltak som skal begrense og kontrollere tvang og maktbruk i omsorgstjenester rettet mot psykisk utviklingshemmede (jf sostjl. kap 4A).

- Hjelpetiltak i forhold rusmiddelmissbrukere og rusmiddelmissbrukeres familie (jf sostjl. § 6-1 første og andre ledd).
- Midlertidige tiltak når behovet for spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere ikke kan dekkes (jf sostjl. § 6-1 tredje ledd).
- Oppfølging av rusmiddelmissbrukere som er i et behandlingsopplegg (jf sostjl. § 6-1 fjerde ledd).
- Utarbeide tiltaksplan for rusmiddelmissbrukere som er i institusjon etter vedtak etter lovens §§ 6-2 og 6-2a (jf sostjl. § 6-1 femte ledd).
- Vurdering av bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere etter melding fra pårørende (jf sostjl. § 6-1a).
- Bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere (jf sostjl. §§ 6-2 og 6-2a).
- Forhold knyttet til personell som yter eller på annen måte er involvert i virksomhet og tjenester er gitt i sosialtjenestelovens § 2-3 (opplæring), § 8-8 (taushetsplikt) og § 8-8a (meldeplikt til barnevernet).
- Krav til saksbehandlingen ved tildeling av tjenester er gitt i sosialtjenestelovens §§ 8-1 til 8-5a. Sosialtjenestelovens § 8-1 viser til forvaltningsloven. Det innebærer at internkontrollen også skal omfatte kommunens anvendelse av forvaltningsloven ved tildeling av de aktuelle tjenestene.
- Krav til planlegging og drift av boliger med heldøgns omsorgstjenester (jf sostjl. kap 7).
- Egenbetalingsordninger (jf sostjl. § 11-2).

## **2.1.2 Virksomheter som omfattes av bestemmelsen**

### **2.1.2.1 Kommunale virksomheter**

Internkontrollplikten omfatter alle kommunale virksomheter som yter tjenester etter sosialtjenestelovens kapittel 4, 4A, 6 og 7. Det gjelder både den del av kommunen som gir råd og veiledning og som tildeler og utmåler omfanget av tjenestene, fatter vedtak om tvang eller maktbruk regulert i kapittel 4A og kapittel 6 og den del av kommunen som yter tjenestene.

### **2.1.2.2 Private virksomheter**

Kommunens internkontrollplikt omfatter også tjenester etter sosialtjenesteloven kapittel 4 og 4A som ytes av private utførere. I praksis innebærer dette at kommunen gjør plikten til internkontroll kjent for den som utfører oppgaver på kommunens vegne og dernest sikrer seg at den etterleves for eksempel gjennom bestemmelser i driftsavtalen.

### **2.1.2.3 Brukerstyrte virksomheter**

I den grad det følger myndighetskrav med tjenester, er det nødvendig at kommunen sikrer tilsvarende internkontroll som for andre private aktører. Personlig assistentordning er en tjenesteform der bruker helt eller delvis styrer tjenesten med en eller flere assistenter som er ansatt av kommunen. Arbeidsgiverrollen kan også delvis utøves av et brukerstyrt andelslag.

I rundskriv I-20/2000 fastslår departementet under punkt 5 at «kommunen uansett vil ha et ansvar for finansieringen av tiltaket, de forvaltningsmessige sider av vedtaket og for opplæring av assistenter og brukere.»

Kommunen har også et selvstendig ansvar for å sikre at ordningen tildeles de som kan ha nytte av denne type bistand, og oppfyllelsen av kravene bør sikres i kommunens eget styringssystem. Hvilke internkontrollkrav som skal oppfylles av det brukerstyrte andelslaget, bør vurderes og ivaretas i avtaler med kommunen.

Dersom tjenestemottakeren har behov for bistand som krever medisinsk faglig kompetanse (kommunehelsetjenesteloven), uttales det i rundskrivet at disse tjenestene normalt ikke skal inngå i tildelingen av personlig brukerstyrt assistanse. I den grad personlige assistenter likevel utfører denne type helsetjenester vil de omfattes av internkontrollplikten etter Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3, jf pkt. 2,2.

## **2.2 HELSETJENESTEN**

### **2.2.1 Lovhjemmel**

Hjemmelen om internkontroll i helsetjenesten finnes i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 første ledd der det heter:

**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.**

Bestemmelsen gjelder alle helsetjenester og omfatter alle aktiviteter og tiltak som reguleres i helselovgivningen.

### **2.2.2 Virksomheter som omfattes av bestemmelsen**

Enhver som yter helsetjenester skal ha internkontroll (system) uansett om virksomheten er drevet av kommune, fylkeskommune, stat, private eller andre.

### **2.2.2.1 Kommunale helsetjenester**

Kommunens helsetjeneste omfatter helsetjeneste som drives av kommunen eller etter avtale med kommunen. I følge lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3, 3. ledd kan kommunen organisere disse tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet. Kommunen kan inngå avtale med andre kommuner, fylkeskommunen eller private om drift av sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie.

Internkontrollen skal omfatte kommuneadministrasjonens styring og ledelse av helsetjenesten, herunder kommuneadministrasjonens og kommunelegens arbeid med blant annet miljørettet helsevern og smittevern. I tillegg skal det være internkontroll på de områdene der kommunen yter helsetjenester. Som regel vil det gjelde ved helsestasjon, i skolehelsetjenesten, i jordmortjenesten, i hjemme-sykepleien, ved kommunale sykehjem, og kommunale boformer for heldøgns omsorg og pleie og i kommunalt drevne legepraksiser og fysioterapipraksiser.

### **2.2.2.2 Fylkeskommunale helsetjenester**

Etter lov om tannhelsetjenesten har fylkeskommunen ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i § 1-3 enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannlege som har inngått avtale med fylkeskommunen.

Internkontrollen skal omfatte fylkeskommuneadministrasjonens styring og ledelse av tannhelsetjenesten, samt de deler av fylkeskommunen som yter tannhelsetjenester.

### **2.2.2.3 Statlige helsetjenester**

Etter lov om spesialisthelsetjenesten m.m. har staten det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Etter spesialisthelsetjenesteloven skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehustjenester
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester
3. akuttmedisinsk beredskap og
4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og båt

Det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen. Tjenester kan ytes av de regionale helseforetakene eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

Internkontrollen etter forskriften skal omfatte de regionale helseforetakenes og helseforetakenes styring og ledelse av spesialisthelsetjenesten, og de enheter som yter spesialisthelsetjenester.

#### **2.2.2.4 Private helsetjenester og helsetjenester drevet av andre**

Privat helsevirksomhet og lignende kan drives med eller uten avtale med kommune, fylkeskommune eller stat. Den private helsevirksomheten (helsetjenesten) har etter tilsynsloven § 3, 1. ledd plikt til å ha internkontroll uansett om det drives med eller uten avtale med det offentlige.



# 3. INNHOLDET I INTERNKONTROLLEN

*Medvirkning*

*W 69 Λ! ΓΚΥ! ΥΘ*



### 3.1 § 4 - INNHOLDET I INTERNKONTROLLEN

De virksomhetene denne forskriften omfatter, er svært ulike med hensyn til oppgaver, organisering, ledelse og størrelse. Det finnes mange alternative måter å organisere og styre virksomhet og arbeidsprosesser på.

Forskriften fastsetter ikke en detaljert standardmal for hvordan internkontrollen i den enkelte virksomhet skal se ut, men beskriver hvilke funksjoner internkontrollen skal ivareta. Virksomhetene stilles langt på vei fritt til å bestemme hvilke prosedyrer og andre administrative tiltak internkontrollen skal omfatte.

Det er likevel noen grunnleggende elementer som må være på plass for at virksomheten skal ha tilstrekkelig internkontroll. Dette framgår av forskriften § 4 bokstav a) til h), der det heter at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a)** beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b)** sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c)** sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d)** sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e)** gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f)** skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g)** utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h)** foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten

Vektleggingen av de ulike elementene vil variere avhengig av virksomhetens karakter, jf § 4, første ledd. Nedenfor utdypes disse punktene og eksempler på tiltak og dokumentasjon blir gitt.

### **3.1.1 Om virksomhetens oppgaver og mål**

a) Den/de ansvarlige for virksomheten skal beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert.

Virksomhetens hovedoppgaver innen sosial- og/eller helsetjenesten skal avklares. Dersom virksomheten er oppdelt i flere deltjenester, avdelinger eller lignende, bør hovedoppgavene til hver av disse være spesifisert. Målet for tjenestene, eventuelt også for deltjenestene, mv bør fastsettes. Det samme gjelder målene for planlagte forbedringstiltak.

Det skal foreligge en oversikt over hvordan tjenestene og eventuelt deltjenestene er organisert. Denne oversikten bør vise lederstrukturen, og hvordan oppgaver, ansvar og myndighet er fordelt.

#### **Eksempler på aktuelle dokumenter:**

- Organisasjonskart
- Delegasjonsreglement
- Funksjonsbeskrivelser
- Oversikt over ansatte
- Planer
- Budsjett

### **3.1.2 Om tilgang til regelverk**

b) Den/de ansvarlige for virksomheten skal sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten.

Ledere og øvrige medarbeidere skal ha tilgang til de deler av sosial- og helse-lovgivningen som gjelder for virksomheten eller virksomhetens ansatte. Regelverket kan være tilgjengelig elektronisk eller i papirformat. I tillegg til selve lov- og forskriftstekstene, bør aktuelle rundskriv, veiledninger og lignende finnes tilgjengelig. Under dette punktet bør det gjøres en vurdering av hvilke myndighetskrav som er relevante for virksomheten.

**Eksempler på tiltak:**

- Gi medarbeidere tilgang til elektroniske regelverkssamlinger
- Opplæring av medarbeiderne i å bruke tilgjengelige regelverkssamlinger

**Eksempler på dokumenter:**

- Lov- og forskriftssamlinger
- Rundskriv
- Veiledere
- Faglige retningslinjer

Når det gjelder hvilke dokumenter som skal inngå i systemet, står virksomhetene fritt utover minstekravet som er lover og forskrifter. Forarbeider til loven og ulike lærebøker i aktuelle rettsområder kan være eksempler på hva som kan føyes til.

### 3.1.3 Om ansattes kompetanse

c) Den/de ansvarlige for virksomheten skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll.

Virksomheten skal sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre sine oppgaver. Dette forutsetter at virksomheten kartlegger kompetansebehov og rekrutterer personell med nødvendig kompetanse samt sørger for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning. Ressursbehovet kan tydeliggjøres gjennom opplæringsplaner og opplæringsbudsjett.

Kommunehelseloven § 6-2 inneholder bestemmelser om videre- og etterutdanning. Sosialtjenesteloven har i § 2-3 bestemmelser om opplæring av sosialtjenestens personell. Dette gjelder alle personellgrupper, også de som er «ufaglærte» for eksempel støttekontakter, avlastere, assistenter og vikarer. Disse bestemmelsene kan med fordel ses i sammenheng med dette punktet i forskriften.

**Eksempler på tiltak**

- Kurs
- Veiledning
- Etter- og videreutdanning
- Mentorordninger

**Eksempler på dokumenter**

- Funksjonsbeskrivelser
- Ansettelsesavtaler
- Kompetanseoversikter (CV)
- Kartleggings skjema for kompetansebehov
- Opplæringsplaner
- Oversikter over gjennomførte opplæringstiltak og deltakere

### 3.1.4 Om medvirkning

d) Den/de ansvarlige for virksomheten skal sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

Medarbeidernes engasjement og deltakelse i prosesser bør motiveres og belønnes, tilbakemeldinger bør tas på alvor, påpekt svikt bør korrigeres og forslag til forbedringer bør følges opp gjennom konkrete tiltak.

#### Eksempler på tiltak

- Arbeidsgrupper
- Kvalitetssirkler
- Medarbeidersamtaler
- Forslagskasser
- Avviksbehandling
- Forbedringsarbeid

#### Eksempler på dokumenter

- Skriftlig arbeidsgiverpolitikk med angivelse av hva som forventes av arbeidstakere og ledere
- Rutiner for problemanalyser og problemløsning
- Handlingsplaner

### 3.1.5 Om bruk av pasienterfaringer

e) Den/de ansvarlige for virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten.

Virksomheten skal skaffe seg innsikt i hva tjenestemottakere, pasienter og pårørende mener om de tilbud og tjenester som ytes. Dette kan gjøres på flere måter.

#### Eksempler på tiltak:

- Brukerundersøkelser i egen regi ved enkle spørreskjema og «postkasse»
- Brukerundersøkelser i andres regi
- Pårørende og brukerpanel
- Ombudsordninger
- Systematisering av innholdet i klager

#### Eksempler på aktuelle dokumenter:

- Rutiner for innhenting og bruk av brukererfaringer
- Rapporter fra kartlegginger eller undersøkelser om brukererfaringer

Erfaringene fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende bør brukes aktivt til forbedring av de deler av virksomheten som ikke fungerer godt nok. Brukererfaringene bør ses i sammenheng med annen kunnskap virksomheten har om de aktuelle områdene.

### 3.1.6 Om trygge tjenester, pasientsikkerhet og risikoanalyse

f) Den/de ansvarlige for virksomheten skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

Virksomheten må foreta en systematisk gjennomgang av sine tjenester og resultater for å finne fram til de aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Målet for kartleggingen er å:

- finne fram til områder der svikt kan inntre oftere enn akseptabelt
- finne fram til områder der svikt kan få alvorlige eller uheldige følger for klienter, pasienter eller andre
- hindre at svikt skjer.

#### Eksempler på tiltak:

- Risiko- og sårbarhetsanalyser.
- Etablere ordninger for registrering av feil og uønskede hendelser
- Bruk av avviksmeldinger i forbedringsarbeidet
- Systemer for håndtering av tilbakemeldinger fra brukere

#### Eksempler på aktuelle dokumenter:

- Rutine for avdekking av områder i virksomheten hvor det er fare for svikt
- Rutine for risiko- og sårbarhetsanalyse
- Rapporter fra risiko- og sårbarhetsanalyser
- Sjekklistor

### 3.1.7 Om å avdekke, rette opp og forebygge

g) 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.

Dette punktet omfatter faglige og administrative rutiner generelt, samt avviksbehandling spesielt. Tiltakene som hører inn under dette punktet, utgjør den største delen av virksomhetens internkontrollsystem.

I tiltakene inngår en vurdering av om de eksisterende ordninger, rutiner og praksis er tilfredsstillende, og eventuelt utvikle og iverksette nye og forbedrede rutiner, instruksjoner, mv der det er behov for det. De ulike funksjoner og arbeidsprosesser bør gjennomgås og vurderes i et risiko- og sårbarhetsperspektiv.

Videre bør virksomheten sørge for at det iverksettes rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge uønskede hendelser. Slike tiltak som vanligvis kalles avviksbehandling, behøver ikke bare omfatte hendelser som representerer lov- og forskriftsbrudd. Den kan med fordel omfatte andre typer hendelser eller svikt som virksomheten ønsker å bruke til læring og forbedring.

Ansvar for å avdekke svikt er ikke avgrenset til enkeltstående hendelser eller avvik, men er en generell plikt til å registrere og følge opp virksomhetens resultater. Ved mange former for undersøkelse og behandling vil det være en viss risiko for at skader oppstår, eller usikkerhet knyttet til utfallet. Selv om hvert enkelt tilfelle er innenfor det som betraktes som en normal risiko ved tiltaket og synes faglig adekvat håndtert, kan likevel resultatene sett over noe tid indikere behov for forbedringer.

Registrerte uønskede hendelser bør gjennomgås av de involverte i samarbeid med deres nærmeste overordnede. Årsaker til og konsekvenser av hendelsen bør klargjøres. For uønskede hendelser som kan gjenta seg og som er av en viss betydning, skal det iverksettes tiltak for å forhindre gjentakelse. Dersom det foreligger tiltak som kan forhindre gjentakelse og gjennomføringen av disse ikke krever urimelig store ressurser, bør forebyggende tiltak gjennomføres og effekten evalueres (se bokstav h).

Det ligger til lederansvaret å følge med i den daglige driften og påse at tiltak og tjenester fungerer som forutsatt/planlagt. Dette kan gjøres gjennom:

- Rutinemessig rapportering fra medarbeiderne i for eksempel medarbeider-samtaler, personalmøter eller skriftlig rapportering
- Overvåkning av avvik, klager, ventetider (eksternt og internt), ekstern kvalitetskontroll eller lignende
- Gjennomgang av mål- og resultatoppnåelse
- Praksisbesøk

#### **Eksempler på aktuelle dokumenter:**

- Faglige prosedyrer
- Administrative prosedyrer
- Instruksjer
- Møtereferater
- Avviksrapporter
- Klageoversikter
- Resultat av prosess- og resultatmålinger (produktivitet, ventetider, mv)
- Nødprosedyrer ved uhell, svikt, feil, mv

### 3.1.8 Om kontinuerlig forbedring

**h) 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 i virksomheten.**

Foregående punkt omfattet tiltak for å sikre at krav til tjenestene gitt i sosial- og helselovgivningen, blir overholdt. Dette punktet har fokus på ledelsens ansvar og oppgaver når det gjelder oppfølging og kontroll med egen virksomhet. Det innebærer blant annet at den øverste ledelsen må ha tilstrekkelig innsikt i hva som fungerer bra og hva som bør forbedres, og at ledelsen setter i verk nødvendige forbedringstiltak ved behov. Virkemidler for systematisk overvåkning og gjennomgang av drift og resultater kan være intern rapportering, muntlig eller skriftlig, eller mer systematiske gjennomganger som f eks interne revisjoner.

#### **Eksempler på tiltak:**

- Ledermøter
- Inspeksjonsrunder
- Systemrevisjoner

#### **Eksempler på aktuelle dokumenter**

- Rutine for regelmessig gjennomgang av virksomheten og dokumentasjon av resultatene
- Sjekkliste for intern virksomhetsgjennomgang

### 3.2 § 5 - DOKUMENTASJON

Dokumentasjon er et virkemiddel som skal bidra til å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt.

Tiltak iverksatt med hjemmel i forskriftens § 4 bokstav a-h, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig av hensyn til virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Det innebærer at virksomheten selv – den øverste lederen og medarbeiderne – må avgjøre hvilke ordninger, arbeidsprosesser eller resultater som skal foreligge i skriftlig form, og etablere rutiner som sikrer skriftlighet på disse områdene. Hva som skal dokumenteres må avgjøres ut i fra virksomhetens egne interne behov. Her er noen forhold som bør tas hensyn til i vurderingen av hva som bør dokumenteres:

- Virksomheten skal sikre at informasjon om sentrale forhold ved virksomhetens organisasjon og oppgaveløsning er tilgjengelig for de ansatte. Erfaringer viser at ordninger som er spesifikke for virksomheten, slik som organisatoriske forhold, ansvars- og myndighetsforhold, oppgavefordeling, rutiner for opplæring og medvirkning av medarbeiderne og innhenting av brukererfaringer, bør foreligge skriftlig. Det samme gjelder tiltak for risikovurdering, rutiner og resultater av avviksbehandling og for ledelsens gjennomgang av virksomheten. Når det gjelder skriftliggjøring av faglige prosedyrer bør det tas hensyn til medarbeidernes, og spesielt vikarer og nyansattes behov.
- Nyansatte og vikarer må sikres tilstrekkelig informasjon. Det kan være nyttig å bruke erfaringer fra ferier, sykefravær eller permisjoner når behovet for skriftliggjøring vurderes.
- Noen arbeidsoperasjoner utføres så sjelden at de lett kan glemmes.
- Noen oppgaver bør løses eller organiseres på en bestemt måte, enten av hensyn til sikkerhet, likebehandling av brukere, eller for å sikre effektiv samhandling på tvers av vaktskift eller forskjellige enheter.
- For å få til effektive endringsprosesser vil det ofte være hensiktsmessig å dokumentere både prosessen, de tiltak som iverksettes og de resultater som innhentes for å vurdere effekten av endringene.



En måte å systematisere dokumentasjonen på er å dele den i to kategorier; styrende dokumenter og resultatdokumenter:

- **Styrende dokumenter** omfatter organisasjonskart, fullmakter, funksjonsbeskrivelser, instruksjer, planer, prosedyrer, sjekklister mv.
- **Resultatdokumenter** viser hvilke resultater virksomheten oppnår og kan omfatte
  - registreringer
  - kontroll- og måleresultater som oppfølging av iverksatte tiltak
  - registrering 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)

Resultatdokumentasjonen gir grunnlag for kontinuerlig evaluering og forbedring av de tiltakene virksomheten har iverksatt for å sikre at kravene i lovgivningen overholdes.

## **Dokumentstyring**

Dokumentasjonen bør organiseres slik at den er logisk og lett å finne fram i. Dokumentene må være tilgjengelig for de ansatte og det må etableres rutiner for å sikre at de styrende dokumentene til enhver tid er oppdatert i forhold til gjeldende beslutninger, organisatoriske løsninger, rutiner mv. Papirbaserte dokumentasjonssystemer utgjør en særlig utfordring i forhold til å sikre god distribusjon og hindre at ulike versjoner av et dokument er i bruk samtidig.

Det bør foreligge skriftlig rutine for dokumentstyring og maler for de vanligste dokumentene, som for eksempel prosedyrer, avviksrapporter, mv.

## **Eksempler på aktuelle dokumenter:**

- Rutine for utforming, distribusjon og oppdatering av styrende dokumenter og resultatdokumenter
- Maler for skriftlige rutiner, funksjonsbeskrivelser, arbeidsavtaler, osv

# 4. HVORDAN ARBEIDE MER SYSTEMATISK MED INTERNKONTROLL



PLANLEGG

## 4.1 HVORDAN KOMME VIDERE ELLER KOMME I GANG?

Innenfor rammene av en veileder som skal gjelde internkontroll i så mangeartede tjenester som sosial- og helsetjenesten, er det ikke mulig å gi en grundig gjennomgang av hvordan dette arbeidet skal organiseres og gjennomføres. I stedet blir det i det følgende drøftet noen hovedutfordringer.

Å utvikle en godt fungerende internkontroll er en side ved utviklingen av selve organisasjonen. De «tekniske» sidene som prosedyrer, sjekklister, metoder for risikoanalyser mv er viktige elementer i internkontrollen. Den fremste utfordringen består likevel i å skape en kultur som understøtter de ansattes motivasjon, initiativ og entusiasme for å ha orden i eget hus og fokus på kontinuerlig forbedring av tjenestene. Viktige kjennetegn på en slik kultur er:

- En felles interesse for å være oppdatert på ny viten av relevans for tjenesteutøvelsen, både i ledelsen og blant tjenesteutøverne
- En organisatorisk fleksibilitet som sikrer at ny viten om teorier og metoder for kvalitetsforbedring tas i bruk
- En ledelsesform som fremmer en åpen dialog, hvor utvikling, refleksjon og læring er vesentlige elementer herunder:
  - En åpenhet mot feil og tro på at man kan lære av feil
  - En tydelig prioritering av tid og rom for utviklings- og forbedringsarbeid

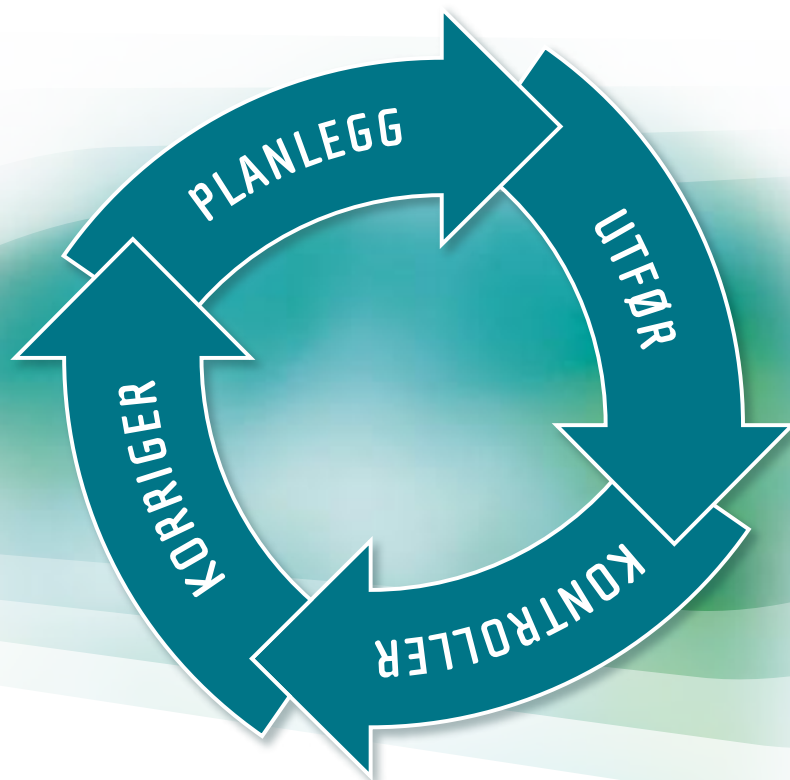
Arbeid med utvikling og gjennomføring av internkontroll forutsettes å være en integrert og tilpasset del av den løpende driften av virksomheten. Dette arbeidet kan derfor ikke settes bort eller kjøpes av andre.

Som det framgår av gjennomgangen i kapittel 3 utgjør internkontrollen en sentral del av de ordinære lederoppgavene. Den øverste ledelsen bør derfor sette seg godt inn i internkontrollkravene og sørge for at dette arbeidet blir strukturert og organisert på en hensiktsmessig måte på alle nivå i organisasjonen.

### Det er et lederansvar å:

- **Ta nødvendig initiativ** og klargjøre ansvarsforholdene for utvikling, vedlikehold og forbedring av internkontrollen.
- **Gi informasjon** til hele organisasjonen om hva som skal skje når arbeidet med internkontroll blir satt i verk. Grundig og god informasjon åpner for samarbeid og gir bedre resultater.
- **Involvere** medarbeiderne fordi det er de som har daglig befatning med problemene og som best kan bidra med forslag til gode løsninger.
- **Beslutte** hvordan arbeidet med å etablere eller videreutvikle virksomhetens internkontroll skal organiseres og dokumenteres slik at systemet blir lett å finne fram i.
- **Legge til rette** gjennom opplæring, etablering av arbeidsgrupper etc.
- **Følge opp** internkontrollen i det daglige. Dersom ikke resultatene fra arbeidet med internkontrollen blir etterspurt fra ledelsen, vil det neppe bli prioritert.

Internkontrollens formål er å sikre etterlevelse av sosial- og helselovgivningen gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedring. Det finnes mange ulike modeller som illustrerer systematisk forbedringsarbeid. En av disse er «*Demings sirkel*» (Dr W. E. Deming). Denne modellen brukes som illustrasjon i teksten nedenfor og viser på en forenklet måte hvordan systematisk styring og forbedringsarbeid inngår i en sammenhengende prosess.



## Planlegge

Første fase består av:

- Å avklare virksomhetens hovedoppgaver.
- Å kartlegge hvilke myndighetskrav som gjelder for virksomheten og hva de innebærer i praksis.
- Gjennom risikokartlegging, registreringer av meldinger om avvik/uønskede hendelser og gjennomgang av resultatdata kan virksomheten finne fram til områder eller aktiviteter der det er fare for svikt.

Til denne første fasen hører også en kartlegging av hvilke rutiner virksomheten allerede har og hvordan disse fungerer i forhold til kravene.

En kartlegging av tjenestens sårbare områder og prosesser kan gjennomføres ved at lederen og medarbeiderne i fellesskap bruker sine kunnskaper og erfaringer til en systematisk gjennomgang. Dette kan gjøres enkelt ved at det f.eks. organiseres som en idédugnad, men om ønskelig finnes det mer avansert analyseverktøy for risikovurdering.

Med risiko menes muligheten for at noe uønsket kan skje og hvilke følger dette kan få. Ett av målene med risikoanalyse er å finne årsaken til den uønskede hendelsen slik at gjentakelse kan forhindres. En enkel risikoanalyse kan bestå av tre enkle spørsmål: Hva kan gå galt? Hva kan vi gjøre for å hindre dette? Hva kan vi gjøre for å redusere konsekvensen dersom noe går galt?

Kartlegginger gir oversikt over hva som bør forbedres. Neste skritt er å planlegge og prioritere tiltak. Dersom svikt kan få uønskede konsekvenser for pasienter eller brukere, bør mulige forebyggende tiltak identifiseres, prioriteres og iverksettes. Tiltak mot svikt som har alvorlige konsekvenser eller som opptrer hyppig bør prioriteres først.

## Utføre

Denne delen av Demings sirkel utgjør driftsfasen. Etter planleggingen er det fastlagt hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres, hvem som skal gjøre det og når. Den største utfordringen i denne fasen er å legge til rette for at tiltakene faktisk blir iverksatt som planlagt og at gjennomføringen skjer i samsvar med de rutiner som er bestemt. Utfordringene med iverksettelse blir ofte undervurdert. Det krever ofte betydelig innsats å sikre at planlagte tiltak faktisk blir iverksatt.

## Kontrollere

Ledelsens overvåkning og gjennomgang av driften må skje delvis fortløpende og delvis til faste tider. Dersom oppfølgingen er mangelfull og intervallene mellom kontrollene blir for lange, er det risiko for å miste styringen slik at utvikling og forbedring stopper opp. Ledelsens gjennomgang innebærer kontroll av at rutine

følges og at de er hensiktsmessige og tilstrekkelige. Interne revisjoner, er ett av virkemidlene som kan brukes til dette formålet. Rapportering av svikt og uønskede hendelser og bruken av disse til læring og forbedring er viktige forutsetninger for at internkontrollen skal fungere.

### **Korrigere/forbedre**

Dersom det ved gjennomgangen av internkontrollen avdekkes mangler, svikt i rutiner eller andre svakheter må arbeidsmåter og løsninger forbedres slik at praksis blir i samsvar med kravene. Det er lederen som beslutter hvilke forandringer som skal gjennomføres, men det er viktig at medarbeiderne involveres i arbeidet med å finne de gode løsningene. Det bør som regel vurderes om forandringer bør prøves ut i mindre skala før de innføres som faste ordninger. På den måten kan det gjøres nødvendige forbedringer før tiltaket standardiseres og innføres i full bredde.

### **Noen fallgruver**

Avslutningsvis skal det kort nevnes noen fallgruver i internkontrollarbeidet som det kan være viktig ikke å falle i ved utviklingen av arbeidet. Eksempler på de viktigste er:

- **At gamle rutiner ikke oppheves:** Når virksomhet og resultater gjennomgås og vurderes (§ 4h), er det viktig å ha fokus på rutiner og ordninger som ikke fungerer som forutsatt og forbedre eller oppheve disse.
- **At forbedrede/nye rutiner utarbeides, men ikke innføres:** Utarbeiding av nye eller forbedrede rutiner og innføring av disse må gå hånd i hånd. Utsettes arbeidet med innføring, øker risikoen for at endringer og nødvendige forbedringer ikke vil skje.
- **At alt skriftliggjøres:** Dersom alle rutiner og gjøremål blir nedtegnet skriftlig, blir systemet unødvendig omfattende, uoversiktlig, og det vil kunne inneholde dokumentasjon om selvfølgeligheter som alle kan og vet. Det bør derfor nøye vurderes hvilke tiltak og ordninger som skal dokumenteres skriftlig, slik at dokumentasjonen blir passe omfattende og inneholder de deler av virksomheten der skriftliggjøring oppleves som nødvendig og meningsfylt.
- **At man ikke fokuserer på forbedringspotensialet i svikt og mangler, men fokuserer på hvem som har gjort feil:** Svikt og mangler i en organisasjon indikerer at systemene ikke fungerer optimalt og er viktige utgangspunkt for nødvendig forbedringsarbeid. Oppfølging av svikt og mangler som består i å lete etter «syndebukker», vil kunne bidra til å tilsøre de faktiske forhold og redusere mulighetene for forbedring.



WITFØR

WITFØR

# 5. VEDLEGG

A close-up, low-angle shot of a metallic control ring, likely from a vehicle's steering wheel. The ring is highly reflective and has the word "KONTROLLER" engraved in a bold, sans-serif font. The lighting creates bright highlights and deep shadows, emphasizing the metallic texture and the three-dimensional quality of the engraving. The background is a soft, out-of-focus teal color.

KONTROLLER



## **Forskrift om internkontroll**

Fastsatt ved kgl.res. 20. desember 2002 med hjemmel i lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- tjenesten § 7, lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 16 andre ledd, lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3a, lov av 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten § 1-3a, lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. § 2-1 tredje ledd og lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a fjerde ledd. Fremmet av Helsedepartementet.

### **§ 1. Formål**

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselov- givningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

### **§ 2. Virkeområde**

Forskriften gjelder de virksomheter som omfattes av helse- lovgivningen og er pålagt internkontrollplikt etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 og de virksomheter som er pålagt slik plikt etter lov om sosiale tjenester kap. 4 og 4A, jf. § 2-1.

### **§ 3. Internkontroll**

I denne forskriften betyr internkontroll systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

#### § 4. Innholdet i internkontrollen

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.

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

#### § 5. Dokumentasjon

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

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

#### § 6. Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft 1. januar 2003.



MORRIGER

MORRIGER



 Sosial- og helsedirektoratet

Sosial - og helsedirektoratet  
Pb 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo  
Tlf.: 24 16 30 00  
Faks: 24 16 30 01  
[www.shdir.no](http://www.shdir.no)