

# En vandring gjennom forskriften ledelse og kvalitetsforbedring

*Hvordan forstå  
den enkelte  
paragraf*

## Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Dato	FOR-2016-10-28-1250
Departement	Helse- og omsorgsdepartementet
Publisert	I 2016 hefte 14
Ikrafttredelse	01.01.2017
Sist endret	FOR-2020-02-04-119 fra 01.03.2020
Endrer	FOR-2002-12-20-1731
Gjelder for	Norge
Hjemmel	LOV-1984-03-30-15-§7, LOV-2017-12-15-107-§14, LOV-1999-07-02-61-§2-1a, LOV-1999-07-02-61-§3-4a, LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§4-2, LOV-1983-06-03-54-§1-3a
Kunngjort	28.10.2016 kl. 14.20

*gjennomgang av  
et pasientforløp*



*Elisabeth Arntzen  
6. mars 2025*

# *Hvordan forstå den enkelte paragraf*

## **Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten**

Dato	FOR-2016-10-28-1250
Departement	Helse- og omsorgsdepartementet
Publisert	I 2016 hefte 14
Ikrafttredelse	01.01.2017
Sist endret	<a href="#">FOR-2020-02-04-119</a> fra 01.03.2020
Endrer	<a href="#">FOR-2002-12-20-1731</a>
Gjelder for	Norge
Hjemmel	<a href="#">LOV-1984-03-30-15-§7</a> , <a href="#">LOV-2017-12-15-107-§14</a> , <a href="#">LOV-1999-07-02-61-§2-1a</a> , <a href="#">LOV-1999-07-02-61-§3-4a</a> , <a href="#">LOV-2011-06-24-30-§3-1</a> , <a href="#">LOV-2011-06-24-30-§4-2</a> , <a href="#">LOV-1983-06-03-54-§1-3a</a>
Kunngjort	28.10.2016 kl. 14.20

# § 1. Formål

Bidra til:

- faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester
  - kvalitetsforbedring
  - pasient- og brukersikkerhet
  - krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

## § 2. Virkeområde

Gjelder de som har plikt til

- internkontroll

## § 3. Ansvar for styringssystem

Den med overordnet ansvar for virksomheten skal

- sørge for **systematisk styring av aktiviteter iht forskriften**, og at medarbeiderne medvirker

## § 4. Definisjon

Styringssystemet:

hvordan **aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres** i samsvar med helse- og omsorgslovgivningen.

## § 5. Omfang og dokumentasjon

Styringsystemet:

- Pliktene i § 6 - § 9, skal **tilpasses** størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.
- Etterlevelse **dokumenteres deretter**.
- Dokumentasjonen oppdatert og tilgjengelig.

## § 6. Plikten til å planlegge

### Planlegge aktiviteter:

- a. mål, oppgaver, aktiviteter, organisering, ansvar, oppgaver og myndighet, kvalitetsforbedring og sikkerhet
- b. informasjon og kunnskap til oppgavene
- c. relevant regelverk, retningslinjer og veiledere og gjøre kjent
- d. risiko for svikt, myndighetskrav og forbedring sikkerhet
- e. risiko minimaliseres, særlig samhandling internt og eksternt
- f. medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- g. avvik (uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon mm), inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.



## § 7. Plikten til å gjennomføre

### Gjennomføre aktiviteter:

- a. oppgaver, organisering og planer
- b. medarbeidere har kunnskap og kompetanse i fag, regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c. prosedyrer, instruksjoner, rutiner o.a., avdekke, rette opp og forebygge lovbrudd (forsvarlig, forbedre og sikkerhet)
- d. medarbeidere medvirker med kunnskap og erfaring
- e. erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende

## § 8. Plikten til å evaluere

### Evaluere aktiviteter:

- a. oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- b. oppgavene, tiltakene og planene er iht lovverk (forsvarlighet, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet)
- c. tiltak ivaretar lovkrav
- d. pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- e. avvik forebygges
- f. LGG statistikk og informasjon

## § 9. Plikten til å korrigere

### Korrigere aktiviteter:

- a. **rette opp** uforsvarlige og lovstridige forhold
- b. **korrigerende** tiltak for etterlevelse av loven, forsvarlige tjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c. **forbedre** prosedyrer, instruksjoner, rutiner (avdekke, rette opp og forebygge lovbrudd, forsvarlighet, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet).

## *Gjennomgang av et pasientforløp*



## Kasustikk – Solgunn 74 år

- Kronisk revmatisk lidelse, Methotrexate x 1 i uka.
- Diabetes, insulinpumpe.
- Angst, sobril.
  
- Falt og fikk ribbensbrudd. Vært på sykehus i 2 døgn.
- Skal skrives ut med hjemmesykepleie.

# Overføring fra sykehus til kommune

- Overføringsnotat:
  - Smertelindring ved behov
  - Mobilisering
  - Engstelig for hjemreise
  - Medikamentoversikt
- Bor alene uten kommunale tjenester.
- Gått til privat fysioterapi i sentrum.

# Sjekklisten «trygg som leder»

Sjekklisten «Trygg som leder»	Status på sjekkpunktene	
Du/dere mottar en oppgave eller et oppdrag	kommentar	ok
1. Er oppgaven helt tydelig definert og forstått?		
2. Er pasientens/brukerens viktigste behov definert og ivaretatt i hele pasientforløpet?		
3. Er kompetansen som trengs for å løse oppgaven, definert og benyttet?		
4. Er roller, ansvar og myndighet definert for alle oppgavene i arbeidsprosessen?		
5. Følges aktuelle lover, forskrifter, retningslinjer og andre normerende dokumenter i hele arbeidsprosessen?		
6. Er målbare mål med oppgaven definert for å følge med på fremdrift og resultater underveis?		
7. Er det tatt hensyn til tidligere erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende?		
8. Er det tatt hensyn til medarbeideres anbefalinger om løsning på oppgaven?		
9. Er behovet for utstyr, teknologi og andre ressurser definert og tatt i bruk?		
10. Er risiko/fare for svikt og avvik definert og forebyggende tiltak utført?		
11. Er samarbeid om tjenester som pasienten/brukeren trenger gjennomført?		
12. Oppgaven er utført. Er de ansatte informert om eventuelle endringer av arbeidsprosessen?		

# Sjekkpunktene + P-G-E-K

Sjekkpunkter fra kortversjonen	1 Planlegg	2 Gjennomfør	3 Evaluer	4 Korrigjer
<b>1. Er oppgaven helt tydelig definert og forstått?</b>	<p>Avklar om oppgaven er avdelingens ansvar.</p> <p>Avklar hastegrad.</p> <p>Avklar om det er nok informasjon om pasientens/brukerens behov til å lage en foreløpig plan.</p>	<p>Lag en foreløpig plan som gjøres kjent for de berørte.</p>	<p>Var oppgaven tydelig nok definert?</p> <p>Hvis ikke, er det i så fall et gjentakende problem med uønskede konsekvenser?</p>	<p>Samarbeid med hen-visende instans eller annen oppdragsgiver ved behov for informasjon eller for-bedringer.</p>
<b>2. Er pasientens/brukerens viktigste behov definert og ivaretatt i hele pasientforløpet?</b>	<p>Avklar hvem som skal spørre pasienten/brukeren: «Hva er viktigst for deg?» før beslutninger eller tiltak.</p> <p>Avklar hvem som skal ivareta samvalg for pasienten/brukeren før beslutninger eller tiltak.</p> <p>Avklar hvordan pasientens/brukerens behov ivaretas ved manglende samtykkekompetanse, bruk av tvang, alvorlige skader etc,</p> <p>Avklar hvem som skal starte arbeidet med individuell plan (IP) for dem som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.</p>	<p>Spør og ivareta pasientens/brukerens behov underveis i hele pasientforløpet.</p> <p>Gjennomfør samvalg.</p> <p>Start og følg opp arbeidet med individuell plan (IP).</p>	<p>Ble pasientens/brukerens viktigste behov avklart og ivaretatt i hele arbeids-prosessen?</p> <p>Ble det gjennomført samvalg?</p> <p>Ble arbeidet med individuell plan (IP) satt i gang?</p>	<p>Ved behov avklares ansvar, roller og oppgaver og hvem som skal identifisere og følge opp pasientens/brukerens viktigste behov, samvalg og IP.</p> <p>Alle berørte gis informasjon om denne praksisen.</p>
<b>3. Er kompetansen som trengs for å løse oppgaven definert og benyttet?</b>	<p>Avklar hvilken kompetanse eller kvalifikasjoner som trengs for å løse oppgaven.</p>	<p>Kvalifisert personell gjennomfører oppgaven.</p> <p>Ved behov legges det til rette for å gi</p>	<p>Ble kvalifisert personell brukt som planlagt?</p> <p>Gjør dagens sammensetning av</p>	<p>Ved behov gjøres straks-tiltak og forebyggende tiltak for å oppnå samsvar mellom de ansattes</p>



# 1. Er oppgaven helt tydelig definert og forstått?

Gi eksempel på en faglig/administrativ oppgave du kan få.

Er den tydelig nok definert?  
Hvis ikke – hva gjør du?

# 1. Er «oppgaven Solgunn» helt tydelig definert og forstått?

## Planlegg:

- Er Solgunn vårt ansvar? **Ja**
- Hastegrad? **Tilrettelegge før ankomst hjemmet**
- Nok informasjon? **Trengs mer helseopplysninger fra sykehuset om brukerens behov og funksjonsnivå før pasienten kommer.**

## Gjennomfør:

- Tildelingsenheten skaffer nok informasjon om brukerens behov og funksjonsnivå før pasienten kommer og tiltak iverksettes.

## Evaluer:

- Var «oppgaven Solgunn» tydelig nok definert? **Nei, ikke nok helseopplysninger om funksjon og behov, og om hun bor alene. Det gis ofte manglende informasjon om dette ved utskrivning fra sykehuset, dette bør forbedres i samarbeid mellom kommune-sykehus.**

## Korriger:

- Samarbeid med henvisende instans om forbedringer. **Strakstiltak:** Tildelingskontoret kontakter sykehuset om helseopplysninger. **Forebyggende tiltak:** Tas opp som sak i samarbeidsmøtet med sykehuset.

**2. Er brukerens/pasientens viktigste behov definert og ivaretatt i hele pasientforløpet?**

**Når i forløpet defineres brukeren/pasientens viktigste behov?**

**Brukes samvalg og individuell plan?**

## 2. Er Solgunns viktigste behov definert og ivaretatt fortløpende?

### Planlegg:

- Tildelingsenheten spør Solgunn hva som er viktig for henne ved oppstart tiltak.
- Hva er viktig på **kort sikt** i det daglige, hva er viktig for henne på **lang sikt**?
- Det avklares om hun trenger koordinerte tjenester på kort eller lang sikt (IP).

### Gjennomfør:

- Solgunn spørres nå og underveis hva som er viktig for henne, og hennes behov. Hun ønsker å klare seg selv mest mulig. Trenger hverdagsrehabilitering og hjemmehjelp i tillegg til medisinsk oppfølging av hjemmesykepleien.
- **Koordinator samordner tjenestene med mål om best mulig funksjon ila 6 uker med tiltak. Evaluerer siste perioden om det er behov og rett til IP.**

### Evaluer:

- Ble Solgunns egne behov avklart som planlagt? **Ja**
- Ble arbeidet med IP satt i gang? **Nei, vurdert som ikke aktuelt første 6 uker, fordi det ikke var klart behov for langvarig koordinering.**

### Korriger:

- Ikke behov for korrigering.

### 3. Er kompetansen som trengs for å løse oppgaven definert og benyttet?

Hvordan vet du/dere hvem som har nok kompetanse til å løse oppgaven til enhver tid?

Er det samsvar mellom kompetansen og oppgavene som skal løses?

### 3. Er kompetansen som trengs definert og benyttet?

#### Planlegg:

- Hvilken kompetanse trengs? Helsefaglig (ribbensbrudd, RA, diab, angst), medisiner, rehab (ergo, fysio), hjemmehjelp og koordinator.
- Hvem har kompetansen? **Fagpersonene, koordinator trenger ikke være helsepersonell.**
- Trengs opplæring? **Det trengs påfyll av kompetanse på insulinkrevende diabetes og oppgavene til koordinator.**

#### Gjennomfør:

- Adm og faglige rutiner følges via kvalitetssystemet, medisineringen følges opp via fastlegen og koordinatoren samordner tjenestene rettet mot Solgunn sitt behov for å klare seg selv. **Det gis opplæring/veiledning om insulinbehandling og koordinator-rollen.**

#### Evaluer:

- Ble kvalifisert personell brukt som planlagt? Er dagens kompetanse i avd nok til å gi forsvarlige tjenester til brukere som Solgunn? **Trenger koordinatorene som behersker og ønsker rollen.**

#### Korriger:

- **Det legges til rette for mer systematisk opplæring av koordinatorene.**

## 4. Er roller, ansvar og myndighet definert for alle oppgavene i arbeidsprosessen?

**Hvilke roller, ansvar og oppgaver er særlig viktig å avklare når oppgaven/tjenesten skal utføres?**

Hvordan vet dere at dere alltid har rett person på rett sted til rett tid?  
(Planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer dere i det daglige?)

## 4. Er roller, ansvar og myndighet definert for alle oppgavene?

### Planlegg:

- Roller, ansvar og oppgaver planlegges og fordeles ut fra behovet for kvalifikasjoner for å løse oppgaven, egnethet, tilgjengelighet og ansattes ønsker.

### Gjennomfør:

- **Leder i tildelingsenheten** skaffer info om Solgunn fra sykehuset, kartlegger hennes behov, gir vedtak og midlertidig koordinator i oppstarten.
- **Leder for ergo og fysio** avklarer ansvar og opplegg for hverdagsrehabiliteringen.
- **Leder for hjemmesykepleien** avklarer roller og ansvar for medisinerings, helsehjelp og pleie og at Solgunn får sin koordinator.
- **Koordinator** samordner tjenestene inn mot Solgunn sitt behov om å klare seg selv, og evaluerer underveis om målet er realistisk eller om langvarige kommunale og andre tjenester blir nødvendig, og dermed IP.

### Evaluer:

- Ble roller, ansvar og oppgaver fordelt og fulgt opp som planlagt? **Ja.**

### Korriger:

- Ikke behov for korrigerings.



**5. Følges aktuelle lover, forskrifter, retningslinjer og andre normerende dokumenter i hele arbeidsprosessen?**

**Hvordan har du lagt til rette for at alle kan følge nasjonale føringer i jobben sin?**

**Evaluerer du at det skjer og korrigerer ved behov?**

## 5. Følges lover, forskrifter, retningslinjer og andre normerende dokument?

### Planlegg:

- Regelverk som gjelder for «oppgaven Solgunn» er kjent for de ansatte gjennom kvalitetssystemet. F.eks. **legemiddelhåndteringsforskriften, personvern, journalføring, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og helse- og omsorgsloven.**
- Det har vært avvik på flere lovkrav i avdelingen – avvikene håndteres i avdelingsmøtene.

### Gjennomfør:

- De ansatte har kompetanse om regelverket, og vet at det ikke alltid følges. De melder avvik for å unngå gjentakelse, men er **usikker på effekten.**

### Evaluer:

- Ble regelverket fulgt under «oppgaven Solgunn»? **Det er meldt avvik på at legemiddellisten ikke var samstemt mellom omsorgsnivåene ( §5 legemiddelforskriften)**

### Korriger:

- **Strakstiltak** er gjort for å samstemme legemiddellisten. **Forebyggende tiltak** gjøres ved ved at avviket meldes til sykehuset.

## 6. Er målbare mål med oppgaven definert for å følge med fremdrift og resultater underveis?

Nevn et målbart mål dere bruker for å følge fremdrift og resultater (tidsfrister, smitte, resultat av behandlingen etc).

Hvordan følges målingene opp?

Det enkle er ofte det beste – eks gule lapper på venterom

## 6. Er målbare mål definert for å følge fremdrift og resultat?

### Planlegg:

- Tidsangivelse på vedtaket er 6 uker. Målet er å innfri brukerens behov for å klare seg selv.

### Gjennomfør:

- Brukerens behov er satt som mål for de koordinerte tjenestene.

### Evaluer:

- Ble målet nådd? **Ja. I perioden fikk hun tilrettelagt med fallalarm, robotstøvsuger, dosett og annen tilrettelegging i bolig.**

### Korriger:

- Ikke behov for korrigeringer.

**7. Er det tatt hensyn til tidligere erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende?**

**Hvordan benytter dere tidligere tilbakemeldinger fra pasienter til forbedring (eks diabetespas)?**

## 7. Er det tatt hensyn til tidligere erfaringer fra brukere og pårørende?

### Planlegg:

- Har noen tidligere gitt innspill om behov for forbedringer? Mange pårørende er redd for at de i slik situasjon ikke kommer til å klare seg alene i huset etter bruddet, og at det vil vise at de trenger mer tilrettelegging og hjelp i det daglige.

### Gjennomfør:

- Innhent tidligere innspill fra andre brukere og pårørende. Ta for eksempel hensyn til bekymringen de ofte har ved å holde Solgunn og pårørende orientert og inkludert i Solgunn sine egne ønsker, og gjerne får delta i møter med de som bidrar med tiltak på kort og lang sikt. Her har gjerne koordinator en viktig rolle.

### Evaluer:

- Erfaringene ble tatt til følge.

### Korriger:

- Ingen tiltak nødvendig.

**8. Er det tatt hensyn til medarbeideres anbefalinger om løsning av oppgaven?**

**Hvordan benyttes samlet kunnskap og erfaring hos dere til å løse oppgaven?**

## 8. Er det tatt hensyn til medarbeideres anbefalinger?

### Planlegg:

- Koordinator sørger for til at medarbeidere får komme med **faglige, relasjonelle, tekniske eller andre anbefalinger** om oppfølging av Solgunn sine behov (rehabteamet, velferdsteknologieksperten, fastlegen osv).

### Gjennomfør:

- Koordinator kontakter alle aktuelle bidragsytere for å høre deres anbefalinger slik at Solgunn kan klare seg selv.

### Evaluer:

- Alle som ble kontaktet ga sine anbefalinger.

### Korriger:

- **Ingen tiltak nødvendig.**



**9. Er behovet for utstyr, teknologi og andre ressurser definert og tatt i bruk?**

## 9. Er behovet for utstyr, teknologi mm definert og benyttet?

### Planlegg:

- Koordinator sørger for at kontaktpersonen for velferdsteknologi, hjelpemiddelsentralen osv bidrar.

### Gjennomfør:

- Koordinator kontakter de aktuelle bidragsyterne for kartlegging og bruk av utstyr mm.

### Evaluer:

- Alle som ble kontaktet bidro.

### Korriger:

- **Ingen tiltak nødvendig.**

**10. Er risiko/fare for svikt og avvik definert og forebyggende tiltak utført?**

**Hvilken svikt er du mest redd kan skje?**

**Hva må du være mest nøye med for å unngå svikten?**

## 10. Er risiko/fare for svikt i arbeidsprosessen avklart og tiltak utført?

### Planlegg:

Avdelingen vurderer at det kan være fare for svikt på disse områdene:

- Ribbensbruddet
- Samhandling internt og eksternt
- Medisinbruk
- Falltendens

### Gjennomfør:

Det forebygges svikt og håndteres eventuelle avvik:

- Ribbensbrudd – smerter – dårlig pust – pneumoni. **Smertekartlegging og lindring hele tiden.**
- Samhandling via **koordinator.**
- Methotrexate x 1 i uka - obs svært høy risiko ved feil bruk - **kompetanse.**
- Insulin (rett dose ifh til mat, aktivitet, sykdom osv) - **kompetanse**
- Sobril (avhengighet, svimmel - falltendens) - **kartlegge behovet fortløpende - fallalarm.**

## 10 forts. Er risiko/fare for svikt i arbeidsprosessen avklart og tiltak utført?

### **Evaluer:**

Er risiko for Solgunn avklart og forebyggende tiltak utført? **Ja, og kvalitetssystemets prosedyrer, sjekklister osv brukes aktivt for å unngå svikt. Avvik er også håndtert.**

### **Korriger:**

Avvik og uforsvarlige forhold er rettet opp som **straks- og forebyggende tiltak. Pasienter/pårørende ble kontaktet umiddelbart** for god og korrekt info, berettiget unnskyldning og at det skulle sørges for at det ikke skjer igjen.

## **11. Er samarbeid om tjenester pasienten/ brukeren trenger gjennomført?**

**Hva trengs at du gjør for å oppnå forsvarlig  
samarbeid og koordinering internt? Eksternt?**

# 11. Er samarbeid om tjenester Solgunn trenger gjennomført?

## Planlegg:

- Det ble tidlig avklart at **koordinator** vil ha en viktig rolle for samarbeidet internt og eksternt og ved eventuell videre oppfølging etter de 6 ukene.

## Gjennomfør:

- Koordinator ser til at alle involverte avdelinger gjør sin del av jobben og samarbeider om Solgunn sitt mål.

## Evaluer:

- Samarbeidet fungerer som planlagt.

## Korriger:

- **Ingen tiltak nødvendig.**

**12. Oppgaven er utført. Er de ansatte informert om eventuelle endringer av arbeidsprosessen?**



## 12. «Oppgaven Solgunn» er utført. Er de ansatte informert om ev endringer i arbeidsprosessen?

### Planlegg:

- Er det gjort eller bør forbedringer gjøres i utførelsen av oppgaven (pkt. 1 -11)? **Ja. Det er håndtert. Kompetanseheving og tiltak for bedre samarbeid med sykehuset om info er igangsatt.**

### Gjennomfør:

- Det er orientert i avdelingsmøtet om forbedringsarbeidet. Endringer legges inn i kvalitetssystemet.

### Evaluer:

- De ansatte er informert.

### Korriger:

- Ingen tiltak nødvendig.

# Avviksbehandling i det daglige



OOPS!

Elisabeth Arntzen

# Avvik (tilsynsmelding)

**Risiko: Gis Methotrexate daglig, kan det ila få dager føre til nedsatt benmargsfunksjon, alvorlige infeksjoner og død.**

Fra Solgunn sin medisinliste ved innleggelse sykehus:

Methotrexate 7,5 mg morgen og kveld, én dag i uken på grunn av leddgikt.

Sykehuset skrev:

Methotrexate 15 mg daglig.

Ble oppdaget etter 5 dager på sykehuset og sett på som skrivefeil, legen trodde ikke det var gitt daglig. Ingen tiltak. Solgunn ble skrevet ut med dosering 1 dag i uken.

Etter 3 døgn i kommunen:

Solgunn ble innlagt på sykehus med alvorlig benmargssvikt, nyresvikt og blodforgiftning. Døde etter en måned.

### **Statens helsetilsyn:**

- Uforsvarlig helsehjelp
- Flere enkeltpersoner sviktet
- Sykehusets rutiner for kontroll av medisinlisten ved innleggelse og signering for medisinordinasjoner ble ikke fulgt.
- De involverte sykepleierne og legene hadde mangelfull kompetanse om Methotrexate.
- Det var ingen legespesialist som tilså pasienten under innleggelsen.
- Sykehusets ledelse har det overordnede ansvaret
  - gode rutiner og at rutiner er kjent og følges i praksis
  - tilstrekkelig kompetanse blant helsepersonellet.

# Referanser

- **Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (01.01.17)**

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	
Dato:	FOR-2016-10-28-1250
Departement:	Helse- og omsorgsdepartementet
Publisert:	12.01.2017 kl. 14
Revidert:	01.01.2017
Sist endret:	FOR-2020-03-04-118 fra 01.03.2020
Endre:	FOR-2020-12-20-1731
Gjelder for:	Norge
Hjemmel:	LOV-1984-03-30-15-§7, LOV-2017-12-15-107-§14, LOV-1999-07-02-61-§5-1a, LOV-1999-07-02-61-§3-4a, LOV-2011-06-24-35-§3-1, LOV-2011-06-24-35-§4-2, LOV-1985-06-03-54-§1-3a
Kunngjort:	28.10.2016 kl. 14.20

- **Arntzen, Elisabeth (2021):**

Ledelse og kvalitet i helsetjenesten –  
Arbeidsglede og orden i eget hus.  
Gyldendal.



- **Arntzen, Elisabeth (2024):**  
Trygg som leder. Gyldendal.

