

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	Ledelsens gjennomgang av intern styring og kontroll	
Kategori: Ledelse og styringssystem/Kvalitet og pasientsikkerhet	Gyldig fra/til: 27.06.2025/27.12.2025	
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Ledelse og styringssystem	Versjon: 2.03	
Godkjenner: Hatletvedt, Lasse	Retningslinje	
Dok. ansvarlig: Arbeidsgruppe LGG	Dok.id: D38797	

1. Hensikt

Ledelsens gjennomgang skal sikre at organisasjonens system for av intern styring og kontroll blir gjennomgått, for å kontrollere at styringssystemet fortsatt er tilstrekkelig, hensiktsmessig og at det fungerer effektivt. Ledelsens gjennomgang skal bidra til at systemet systematisk blir gjennomgått og at hele styringssystemet blir vurdert opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at systemet bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

2. Ansvar

- Ledelsen på nivå 1 og nivå 2 har ansvar for at rutinen blir fulgt
- Foretakssekretariatet har ansvar for å sammenstille resultat på nivå 2 og koordinere arbeidet på nivå 1
- Stabsenheter har ansvar for å bidra med informasjon om enkeltelement i styringssystemet og skal bidra i vurderingene

3. Gjennomføring

3.1. Organisering

Ledelsen i foretaket (nivå 1) gjennomgår organisasjonens system for av intern styring og kontroll årlig i 4. kvartal. Nivå 1 skal benytte data fra nivå 2 som grunnlag for gjennomgangen. Resultatet blir presentert for styret.

Nivå 2-ledelsen skal minst én gang i året, og innen 30.06 (for 2021 innen 1.10). Resultatet fra ledelsens gjennomgang skal dokumenteres skriftlig som et dokument i EK. [Sjekkliste- ledelsens gjennomgang av intern styring og kontroll](#) skal benyttes. Gjennomgangen skal omfatte de vurderinger som er foretatt, beslutninger og tiltak vedrørende endringer og forbedringer, og ressursbehovet knyttet til disse. Prioriterte tiltak dokumenteres i handlingsplan. Tillitsvalgte og verneombud involveres i det lokale arbeidet med ledelsens gjennomgang. Resultatene blir presentert og gjennomgått i de lokale Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalgene.

Det er opp til den enkelte klinikk/avdeling å avgjøre om sjekklisten også skal brukes på nivå 3 (aktuell løsning for større nivå 2-enheter).

3.2. Sjekkliste

Til hjelp i evalueringen er det utarbeidet en sjekkliste med noen sentrale spørsmål innenfor de viktigste internkontrollområdene. Skjemaet foreligger som et Excel-ark.

Man skårer enhetens modenhet på en skala fra 1 til 5 på de ni områdene. Det gjøres så en vurdering av hva som må prioriteres for å forbedre det enkelte området. Utfylte sjekklister lastes opp i EK.

3.3. Områder som skal vurderes

Grunnlaget for ledelsens gjennomgang skal omfatte informasjon om følgende områder:

a) Systematisk forbedringsarbeid

Ledelsen skal sikre at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring.

b) Kompetanse og opplæring

Ledelsen skal ha oversikt over medarbeiderne sin kompetanse og behov for opplæring. Videre skal en sørge for at de har nødvendig kunnskap og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk og i selve styringssystemet. Sykehuset skal også drive kompetanseutviklingsarbeid

c) Organisering og ansvar

Ledelsen skal sikre at det er en tilgjengelig og oppdatert oversikt over hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt i virksomheten. Ledelsen skal videre sikre at dette går klart frem av styringssystemet.

d) Risikostyring

Ledelsen skal analysere risikobildet for virksomheten og påse at det er gjennomført risikovurderinger innenfor utsatte virksomhetsområder. Det skal vurderes om barrierer eller tiltak som er iverksatt for å redusere risikoen, fungerer tilfredsstillende.

e) Medvirkning fra medarbeidere

Ledelsen skal sikre at medarbeidere får medvirke, slik at en bruker samlet kunnskap og erfaring i virksomheten. Det er særskilte krav i arbeidsmiljøloven og tilhørende forskrifter som sikrer at medarbeiderne sine representanter skal medvirke.

f) Medvirkning fra brukere

Ledelsen skal sikre at brukermedvirkning og bruk av erfaringer fra pasientene og pårørende skal være en del av hvordan vi planlegger, gjennomfører og evaluerer virksomheten vår.

g) Håndtering av uønskede hendelser

Ledelsen skal vurdere om uønskede hendelser blir meldt og om meldefrekvensen er tilfredsstillende. Ledelsen skal ha oversikt over uønskede hendelser og sikre at hendelsene blir godt saksbehandlet. Det skal vurderes om det er iverksatt tiltak, om tiltakene har hatt en tilsiktet effekt og har bidratt til læring og forbedring, slik at lignende hendelser forebygges.

h) Styrende dokumentasjon

Ledelsen skal vurdere om det foreligger tilstrekkelig og hensiktsmessig dokumentasjon for styring av virksomheten ut fra dens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Ledelsen skal vurdere om nødvendige oppdateringer er ivaretatt og om dokumentasjonen er tilgjengelig for medarbeidere.

i) Kjennskap til lover, forskrifter og andre krav

Ledelsen skal ha oversikt over relevant regelverk og sikre at regelverk, retningslinjer og rettleidere ligger til grunn for virksomheten sitt planarbeid. Regelverket skal være kjent og lett tilgjengelig for medarbeiderne.

3.4. Kilder til innsikt i gjennomgangen

Følgende kilder kan være relevante:

- Organisasjonskart
- Styrende dokument for fullmaktsfordeling
- Fullmaktsoversikt
- Instruks for styret og AD
- Oversikt over ledernivå under AD i Helse Bergen
- Skjema for arbeidsavtale for ledere
- Helse Bergen sine vedtekter
- Funn og rapportar frå tilsyn og interne revisjonar
- ForBedringsundersøkelsen
- Evaluering av pandemihåndtering
- Kartlegging av formalkompetanse innen forbedring
- Kartlegging av forbedringstiltak
- Tall frå Synergi: risikovurderte hendelser
- Tilsynssaker

- Rapporter fra Kompetanseportalen
- Rapporter fra Læringsportalen
- Tertialvise rapporter til Helse Vest om risikovurdering av utvalgte styringsmål
- Tilbakemeldinger i møter fra tillitsvalgte og verneombud
- Årsmelding fra brukerutvalget
- Resultat fra nasjonale brukerundersøkelser
- Saker fra Lytteposten
- Klagesaker
- Rapport fra handlingsplan til prosjekt styrende dokumentasjon

3.5. Oppfølging

Den enkelte nivå 2-enhet vurderer om tiltak og forbedringsarbeid enten skal nedfelles i en egen handlingsplan (mal vedlagt i rammeverket) eller integreres i eksisterende handlingsplaner.

Anbefalt løsning er å anvende handlingsplan for ForBedringsundersøkelsen og integrere oppfølging og tiltak fra LGG i denne.

Interne referanser

[1.1.8-01](#)

[1.1.8.7-02](#)

[13.6.3.6.1-01](#)

[Internkontroll](#)

[Sjekkliste- ledelsens gjennomgang av intern styring og kontroll](#)

[System for risikostyring, MIA](#)

Eksterne referanser

[1.16.4 Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning](#)

[1.2.1 Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. \(arbeidsmiljøloven - AML\)](#)

[3.1.3.1.1 Hovedavtalen](#)

[2.17.4.7 Utviklingsplan 2035 Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen HF](#)

[2.21.10.1 REGIONAL UTVIKLINGSPLAN 2019-2035](#)

[1.10.1 Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter \(Internkontrollforskriften\)](#)

[1.13.9 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

[1.13.12 Lederansvaret i sykehus - Rundskriv I-2013-2 frå Helse- og omsorgsdepartementet](#)

[1.17.1 Pasient- og brukerrettighetsloven - Lov om pasient- og brukerrettigheter](#)

[1.19.5 Spesialisthelsetjenesteloven - Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.](#)

[1.9.1 Helsepersonelloven - Lov om helsepersonell m.v.](#)

[1.9.8 Helseforetaksloven - Lov om helseforetak m.m.](#)

[1.9.14 Helseberedskapsloven - Lov om helsemessig og sosial beredskap](#)