 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	<h2 style="margin: 0;">Ledelsens gjennomgang av intern styring og kontroll (LGG)</h2>
Kategori: Ledelse og styringssystem/Kvalitet og pasientsikkerhet	Gyldig fra/til: 12.06.2026/12.06.2027
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Ledelse og styringssystem	Versjon: 3.00
Godkjenner: Hatletvedt, Lasse	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Arbeidsgruppe LGG	Dok.id: D38797

1. Hensikt

Ledelsens gjennomgang, heretter kalt LGG, skal sikre at sykehusets system for intern styring og kontroll blir gjennomgått. Hensikten er å få en status på risikonivået for ulike tema innen kvalitetsstyring og identifisere områder med behov for forbedring, slik at styringssystemet er tilstrekkelig, hensiktsmessig og effektivt.

2. Ansvar

Ledelsen på nivå 1 og nivå 2 har ansvar for at rutinen blir fulgt.

LGG på nivå 1:

- Foretakssekretariatet koordinerer arbeidet på nivå 1.
- Foretakssekretariatet ser til at resultat på nivå 2 blir sammenstilt.
- Stabsenheter bidrar med informasjon og vurdering av enkeltelement i LGG på nivå 1.
- Leder for foretakssekretariatet presenterer arbeidsgruppens rapport for foretaksledelsen.

LGG på nivå 2:

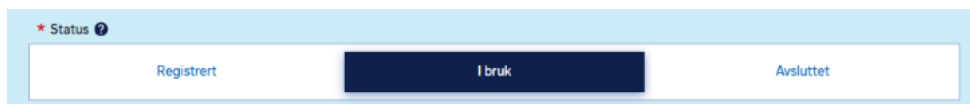
- Nivå 2-ledelsen skal minst én gang i året, og innen satt frist fylle ut sjekklister for LGG i Synergi.
- Tillitsvalgte og verneombud involveres i det lokale arbeidet med LGG
- Resultatene blir presentert og gjennomgått i de lokale Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalgene.

3. Regional sjekklister i Synergi

Det er utarbeidet en regional sjekklister i Synergi innenfor de viktigste internkontrollområdene. Sjekklister er utarbeidet av regionalt risikostyringsnettverk i 2025. Sjekkpunktene har i stor grad samme innhold som tidligere sjekklister i Helse Bergen. Det er mulig å gi tilbakemeldinger/forbedringsforslag på regionale sjekklister på [«Endringsønske for sjekklister for Ledelsens gjennomgang»](#)

4. Prosess for gjennomføring av LGG i Helse Bergen

- Foretakssekretariatet bestiller sentral tildeling av sjekklister til nivå 2 i andre kvartal.
- Sjekklister blir opprettet sentralt og tildelt til hver enkel nivå 2 enhet. Sjekklister er påført en frist for utfylling.
- Nivå2-ledere fyller ut tildelt sjekklister i Synergi (se utfylling av sjekklister) i tredje kvartal (innen fristen) og registrerer tiltak som er besluttet gjennomført til det enkelte sjekkpunktet. Når sjekklister og øvrige felt i saken er fylt ut, settes saken i status «I bruk» og er godkjent.



- Samtidig samler arbeidsgruppen på nivå 1 informasjon om overordnet arbeid innen temaene og sammenstiller dette med resultater fra nivå 2 i en felles rapport. Hvert kapittel/område i rapporten presenterer nye mål for det kommende året.
- Leder for foretakssekretariatet presenterer arbeidsgruppens rapport for foretaksledelsen i 4. kvartal som beslutter om nye eller videreførte tiltak kan godkjennes.
- Administrerende direktør presenterer godkjent rapport for Styret, oppgaven kan delegeres.

5. Utfylling av sjekkliste

- Nivå 2-leder fyller ut sjekklisten sammen med vernetjenesten, nivå 3-ledere og andre aktuelle medarbeidere.
- Sjekklisten består av 11 sjekkpunkter som skal evalueres på en skala fra A: Helt enig til E: Helt uenig. Gjennomgå hvert enkelt sjekkpunkt og velg svaralternativet som passer best.

The screenshot shows a web interface for 'Ledelsens gjennomgang'. It includes a title bar, a legend for evaluation levels (A-E), and a specific evaluation card for 'Oppfølging etter forrige LGG'. The card features a progress bar with a white circle indicating the current evaluation level (A), a comment field with text about following up on actions, an evaluation date field set to 'tor. 1. okt. 2026', and a button to 'Koble til nytt tiltak'.

Figur 1. Eksempel på utfylt evaluering av kontrollområde i sjekklisten.

- Bruk kommentarfeltet til å utdype evalueringen av sjekklisterpunktet.
- For de områdene som prioriteres for forbedring legges det til tiltak. Registrerte tiltak legger seg etter/under sjekklisten, i fanen "Tiltak".
- Last opp aktuelle rapporter som vedlegg.

Den enkelte divisjon/klinikk/avdeling avgjør om sjekklisten også skal brukes på nivå 3 (aktuell løsning for større nivå 2-enheter). I så fall må disse enhetene selv hente opp sjekklisten. Alle sjekklistemaler for Helse Bergen er tilgjengelig på produktområdet HMS, kvalitet og forbedring (sharepoint) [Sjekklistemaler i Helse Bergen](#).

5.1. Kontrollområder/sjekklisterpunkt for LGG

Sjekklisten består av 11 kontrollområder som i stor grad er basert på krav i [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#):

1) Oppfølging etter forrige LGG

- Vi har fulgt opp tiltak etter forrige LGG

2) Kontinuerlig forbedring

- Vi har en hensiktsmessig organisering og ressurser er avsatt for forbedringsarbeidet.
- Alle våre medarbeidere har kompetanse i systematisk forbedringsarbeid.
- Vi bruker målinger, data, feil og uønskede hendelser som grunnlag for og oppfølging av forbedringsarbeidet.
- Ledelsen støtter opp om og etterspør resultater fra forbedringsarbeid.

3) Organisering og ansvarsdeling

- Enhetens organisering er oppdatert og hensiktsmessig.
- Oppgaver og ansvar er tydelig fordelt og kjent blant medarbeiderne.

- Ansvarsdelingen og samhandling mellom vår enhet og andre deler av virksomheten er tydelig.

4) Kompetanse og opplæring

- Vi har kartlagt vårt kompetansebehov og laget en strategisk plan for bemanning og opplæring.
- Vi har gode planer for opplæring av nyansatte i alle yrkesgrupper.
- Kompetanseportalen brukes aktivt til planlegging, gjennomføring og oppfølging.
- Vi bidrar til opplæring av studenter og elever/lærlinger.
- Vi bidrar til opplæring av pasienter/brukere og pårørende.

5) Risikostyring

- Arbeid med risikostyring er organisert, ansvar er fordelt og medarbeidere blir involvert.
- Risikovurderinger benyttes som grunnlag for utvikling av planer og målsettinger for virksomheten.
- Risikoreduserende tiltak er iverksatt og følges opp.
- Vi har oversikt over oppgaver som nedprioriteres som følge av ressursmangel, og vi har valgt strategier for å håndtere risikoen.

6) Medarbeidermedvirkning

- Vi har faste regelmessige samarbeidsmøter med tillitsvalgte og verneombud
- Tillitsvalgte og verneombud får tilstrekkelig tid til å utøve sine verv.
- Vi har gode kommunikasjonsarenaer som sikrer informasjonsflyt.
- Medarbeidere får medvirke i beslutninger og utviklingsprosesser.

7) Brukermedvirkning

- Vi innhenter systematisk erfaringer og tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende.
- Erfaringer fra brukermedvirkning brukes aktivt i forbedringsarbeidet.

8) Uønskede hendelser og avvik

- Uønskede hendelser meldes og saksbehandles uten unødig opphold.
- Vi bruker rapporter over uønskede hendelser aktivt til læring og forbedring.
- Vi varsler relevante myndigheter om hendelser.
- Vi deler erfaring og læring av uønskede hendelser internt og på tvers.

9) Styrende dokumentasjon

- Styrende dokumentasjon er oppdatert, og blir forbedret ved ny kunnskap eller andre endringer.
- Dokumentasjonen er tilgjengelig og blir brukt av alle medarbeidere.
- Relevant styrende dokumentasjon blir tildelt medarbeidere i kompetanseplaner.
- Vi sjekker alltid om foretaket har felles dokumentasjon, før vi lager egne dokumenter.

10) Lover og forskrifter

- Vi har oversikt over hvilke lover og forskrifter som gjelder for vår enhet og lovendringer blir implementert uten unødig opphold.
- Medarbeidere har tilgang til og følger relevante regler.

11) Oppfølging av leverandører – interne og eksterne

- Vi har vurdert risiko av samhandling med leverandør.
- Avtaler med våre leverandører er kjent for de som bestiller.
- Vi har regelmessig gjennomgang av leverandøravtaler og manglende avtaleforhold.
- Vi kontrollerer at vi betaler korrekt for varer og tjenester som er levert.

5.2. Kilder til innsikt i gjennomgangen

Følgende kilder kan være relevante:

- Funn og rapportar frå tilsyn og interne revisjonar
- Resultater fra ForBedringsundersøkelsen
- Evaluering av styrende dokumentasjon inkl. beredskap
- Kartlegging av forbedringstiltak
- Rapporter fra Synergi
- Rapporter fra Læringsportalen og Kompetanseportalen
- Tilbakemeldinger i møter fra tillitsvalgte og verneombud
- Årsmelding og/eller tilbakemelding fra brukerutvalget/brukerrepresentanter
- Resultat fra brukerundersøkelser
- Klagesaker

5.3. Oppfølging

Den enkelte nivå 2-enhet følger opp registrerte tiltak.

Når neste LGG skal gjennomføres settes den forrige sjekklisten i status «Avsluttet».

Interne referanser

[1.1.8-01](#)

[Internkontroll](#)

Eksterne referanser

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

[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](#)

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

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