



Ledelsens gjennomgåelse			SI/04.02.02-01	
Utgave: 4.01	Utarbeidet av: Avd.sjef Borghild Hammer	Godkjent av Direktør medisin og helsefag Ellen H. Pettersen	Gjelder fra: 18.01.2021	Side 1 av 2

Hensikt og omfang

Ledelsen må regelmessig skaffe seg en totaloversikt over kvaliteten på styringssystemene og tjenestene og om resultatene er som forventet. Ledelsens gjennomgåelse (LGG) skal sikre en strukturert gjennomgang av styringssystemet ved å vurdere kvalitetsarbeidet, virksomhetsstyringen og virksomheten forøvrig for å avdekke risikoområder og forbedringstiltak.

Formålet med ledelsens gjennomgåelse er om styringssystemet er hensiktsmessig, tilstrekkelig og effektivt; herunder å avdekke om virksomheten har satt de rette målene, om målene nås, om resultatene er som forventet, om det har vært alvorlig svikt på noen områder, og om det er risiko for alvorlig svikt i fremtiden (internkontroll og risikostyring). På dette grunnlaget diskuteres og besluttes tiltak for forbedring, og det utarbeides handlingsplaner som beskriver tiltak og angir ressursbruk, tidsfrist og hvem som er ansvarlig for gjennomføring, oppfølging og evaluering.

Ansvar/målgruppe

Adm. direktør, divisjonsdirektører, avdelingssjefer og seksjonsledere er ansvarlige for å gjennomføre ledelsens gjennomgåelse. Nøkkelpersoner innen pasientbehandling, undervisning, opplæring, forskning, ytre miljø og støttefunksjoner bør være til stede under LGG. Tillitsvalgte inviteres med i arbeidet.

Handling

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring stiller krav til;

«minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.»

I Sykehuset Innlandet gjennomføres ledelsens gjennomgang årlig i løpet av april måned. Det lages egen plan med frister for gjennomføring. Ledelsens gjennomgåelse skal gjennomføres i alle divisjoner og på foretaksnivå. Gjennomføring av ledelsens gjennomgåelse skal gjøres ved bruk av egen modul i kvalitetsportalen. Denne modulen er tilgjengelig under valget Risikostyring i kvalitetsportalen.

Som forberedelse og grunnlagsmateriale til LGG bør resultat fra følgende områder gjennomgås:

- Handlingsplan fra forrige LGG
- Risikovurderinger
- Interne revisjoner
- Tilsyn
- Klager
- Uønskede hendelser
- HMS-runder
- ForBedring
- Andre gjennomganger /kartlegginger

I arbeidet med ledelsens gjennomgåelse er det utarbeidet en sjekklister med sjekkpunkter innen seks hovedområder. Disse er:

- Mål og strategi - Oversikt over og beskrive foretakets mål og oppgaver
- Kvalitetsmål – Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Uønskede hendelser, inkludert klage- og erstatningssaker – Håndtering og oppfølging
- Interne revisjoner og eksterne tilsyn – Håndtering og oppfølging
- Organisering, ledelse og kompetanse
- Styringssystem – Helhetlig vurdering

Innen hvert av sjekkpunktene er det laget en rekke spørsmål som besvares med:

JA

NEI

Ikke aktuelt

En kort merknad etter behov for hvert av sjekkpunktene utarbeides slik at en ved gjennomgang av LGG diskuterer status/resultat og hvilke tiltak for forbedring som er nødvendig. Spørsmål som besvares med Nei vurderes, og følges opp med nødvendige tiltak i en handlingsplan. Behov for forbedringer skal primært registreres og håndteres fortløpende i den daglige drift og på lavest mulig nivå.

Når alle sjekkpunkter i et hovedområde er gjennomgått tas det en helhetlig vurdering av området i forhold til behov for overføring til risikokart.

Identifiserte risikoområder (risikohendelser) risikovurderes i risikomodulen i kvalitetsportalen og sannsynlighet og konsekvens vurderes. Til hjelp i denne vurderingen brukes akseptkriterier for sannsynlighet og konsekvens. Dette er et hjelpemiddel for å vurdere alvorligheten av de ulike risikoområdene opp mot hverandre. Definerte konsekvensområder er pasient, tillit/omdømme, tjenesteproduksjon, økonomi, ansatt og ytre miljø. Velg ut og vurder kun de mest aktuelle akseptkriteriene, ideelt et til tre områder. Identifiserte risikoområder oppdateres for hver risikohendelse med sannsynlighet og konsekvens.

LGG skal bidra til at rapporteringsdataene brukes i forbedringsarbeidet, og at tilstanden i virksomheten dokumenteres med hensyn til oppfølging av virksomhetsstyring. Sjekkpunktene skal bidra til oppfyllelse av lovkrav, måloppnåelse og til vurdering og oppfølging av risiko i virksomhetene.

Definerte risikoområder på rødt som avdekkes i ledelsens gjennomgåelse skal følges opp med konkrete tiltaksplaner. Tiltak med frist og ansvar kan legges inn i modulen for LGG i kvalitetsportalen.

Referanser

[SI/02.02.04-02](#)

[Akseptkriterier for vurdering av risiko](#)

[SI/04.02.02-04](#)

[Risikokart](#)

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

[Internkontrollforskriften for HMS](#)

[Internkontrollforskriften for næringsmidler \(IK-Mat\)](#)

[Veileder for bruk av ISO 9001 i helsesektoren \(2002\)](#)