

1. Endringer siden forrige versjon

Hele dokumentet er gjennomarbeidet og endret uten at hovedprinsipper er endret. Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet ble tidligere beskrevet som kvalitetssystemet.

2. Hensikt og omfang

Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet består av en helhet av strukturer og elementer for styring av sykehusets prosesser og aktiviteter. Systemet skal sikre at sykehuset gir den enkelte pasient nødvendige helsetjenester, utfører pålagte oppgaver og når de mål som er satt. Den systematiske styringen skal ta utgangspunkt i:

- Pasienters perspektiv med hensyn til egne behov og forventninger
- Myndighetenes [krav om styringssystem](#) for faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i oppdrag og lovgivningen etterleves.
- Helse Sør-Østs oppdrag og [krav om virksomhetsstyring](#), intern styring og kontroll
- [Sykehusets egne krav](#) for å sikre alle pasienter og oppdragsgivere gode og effektive tjenester innen de rammer og ressurser som er stilt til rådighet.



Denne retningslinjen skal tydeliggjøre de krav som er satt til ledelse og systematisk styring og presentere de verktøy som er tilrettelagt i ledelsessystemet. Siden kvalitet skapes gjennom summen av alle medarbeideres innsats, handler dette ikke bare om lederens tilretteleggelse og oppfølging, men om alles engasjement og medvirkning.

3. Ansvar

- **Administrerende direktør** har ansvar for systematisk styring av sykehusets aktiviteter i tråd med eksterne og interne krav og at medarbeiderne medvirker til dette.
- **Viseadministrerende direktør** for Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling er delegert systemansvar for ledelsessystemet og skal sørge for at lederne får kjennskap og tilgang til nødvendige metoder og verktøy.
- **Stabsdirektørene** har ansvar for å tilrettelegge tilstrekkelig systematisk styring og utvikling av sykehusomfattende aktiviteter.
- **Klinikklederne** har ansvar for å styre tjenestetilbudet og sørge for at linjelederne følges opp og settes i stand til å bruke fastsatte metoder og styringsverktøy.
- **Avdelingsledere og andre linjeledere** har ansvar for systematisk styring og forbedring av tjenester og aktiviteter ved bruk av fastsatte metoder og styringsverktøy.
- **Alle medarbeidere** har ansvar for å medvirke til gjennomføring og forbedring av forsvarlige og gode tjenester og å følge sykehusets systemer og krav.

4. Fremgangsmåte

Arbeidet med kvalitet i våre tjenester bygger på sykehusets [strategi](#) og [kvalitetspolitikk](#) og overordnede føringer for kvalitetsforbedring.

Fokus på sykehusets prosesser og pasientforløp

Kvalitet skapes gjennom alle de aktiviteter som vi utfører for å imøtekomme pasientenes behov og forventninger om nødvendig helsehjelp. Aktiviteter som hører sammen utgjør en prosess, f.eks. et pasientforløp. For å oppnå god styring må vi kjenne prosessene i sykehuset og sikre at alle aktiviteter er tilrettelagt slik at de er under kontroll og gir de resultater som er forventet. I kvalitetssirkelen nedenfor vises skjematisk pasientenes forløp, sykehusets prosesser og ledelsessystemets elementer.

Sykehusets hovedoppgaver eller kjerneprosesser (merket med blått i midten av figuren) er i følge Lov om spesialisthelsetjenesten: **Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende**. Alle prosesser i pasientbehandlingen legges til rette i standardiserte pasientforløp som styres slik at pasienten opplever helhetlig kvalitet i behandling og omsorg. Kjerneprosessene er avhengige av tilpassede kliniske, tekniske, merkantile og andre støtteprosesser. Ledernes styring er en prosess i seg selv (både støtte- og ledelsesprosesser er merket med grått i figuren).

Alle prosesser er en verdikjede hvor en tar utgangspunkt i et behov. Gjennom styrt bruk av ressurser (mennesker, kompetanse, utstyr og penger) skaper vi verdier i form av tjenester og resultater slik at behovet blir dekket. I prinsippet er dette ganske enkelt, men virkeligheten er ofte kompleks og sammensatt. Siden man er avhengig av samarbeid og mange andre forutsetninger, vil det være varierende grad av risiko for at prosessene og aktivitetene ikke blir gjennomført som forventet. Derfor må lederne jobbe systematisk for få oversikt, organisere, planlegge, iverksette og følge opp resultater og erfaringer slik at risiko minimaliseres og at vi når våre mål.



Klikk på stikkordene rundt sirkelen for å gå til aktuell tekst lenger ned i dokumentet. Klikk på sirkelen foran overskriftene for å gå tilbake til figuren.

Klikk her for å vise kvalitetssirkelen i et [stort bilde](#).

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Systematisk styring av prosesser og aktiviteter - kontinuerlig forbedring

Målet for styring er å tilrettelegge for kvalitet i alle prosesser og delaktiviteter og å følge opp slik at pasientene får gode tjenester og at vi sikrer kontinuerlig forbedring og læring. Dette kan vi oppnå når vi er bevisst på hva vi gjør og bruker de styringsverktøy som er tilrettelagt i ledelsessystemet. I figuren ovenfor har vi satt inn kvalitetssirkelen for å vise hvordan vi systematisk må jobbe for å oppnå kvalitet og hvilke verktøy vi kan bruke:

Planlegge ► Utføre ► Kontrollere ► Korrigere

Sirkelen er ikke bare en struktur for arbeid med prosesser og verktøy. Den bør også legges til grunn for vår tenkning slik at alle medarbeidere bidrar til kontinuerlig forbedring, - både på personlig plan og i samarbeid om sykehusets tjenester.

Elementer og styringsverktøy i ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet

Ledelsessystemet består av de verktøy og hjelpemidler som er nødvendige for å sikre kvalitet, styring og etterlevelse av lovkrav, andre eksterne krav (bl.a. fra Helse Sør-Øst) og sykehusets egne krav:

Lov, forskrift og overordnede krav

For å sikre pasienter god helsehjelp setter samfunnet krav til oss gjennom lovverk og føringer fra myndigheter og Helse Sør-Øst. Alle må ha kjennskap til de formelle kravene som er aktuelle for eget ansvars- og arbeidsområde. Lederne må ha god kjennskap til [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). I eHåndboken finner du aktuelt [lov- og regelverk](#) i mappen *Eksternt - nivå 0* eller ved direkte søk i [Lovdata](#). I spesielle situasjoner kan en få hjelp av [Juridiske tjenester](#). Informasjon om nytt regelverk og tolkninger av disse distribueres internt bl.a. via nyheter på intranettet og i eHåndboken.

Sykehusets verdier og [Etiske retningslinjer](#) skal ligge til grunn for våre vurderinger og handlinger.

1. Planlegge

Strategi, mål, budsjett og oppgaver

Sykehusets visjon og strategi gir retning for vårt arbeid. Ledere skal sørge for at mål, hovedoppgaver og prosesser er tydeliggjort, kommunisert og beskrevet i nødvendig omfang. Likeledes skal det fastsettes mål for forbedringsarbeidet. Dette gjøres bl.a. med systematiske driftsavtaler på alle ledernivåer. Her omhandles både aktivitet/økonomi, personal/HR og pasientsikkerhet og kvalitet. Målene må beskrives så konkret at det gir grunnlag for styring og gir mulighet for å vurdere de resultater som oppnås. For å kunne måle resultater er det nødvendig å fastsette tallmessige mål og regelmessig følge opp disse i forhold til måleparametre og indikatorer, se bl.a. [LIS](#). Driftsavtalene for ledere følges opp med egne målekort.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Strategi for OUS](#) og andre dokumenter om [Oppdrag, mål og strategier](#)
- [Handlingsplan for Oslo universitetssykehus](#)
- Beskrivelser av kjerneprosesser, [pasientforløp](#) og andre prosesser
- Retningslinje for [Utarbeidelse og oppfølging av mål- og plandokument](#)
- [Budsjettprosessen](#)
- [Sykehusets årsplan for styrings- og planprosesser](#)
- Prosjektplaner, se bl.a. [Ansvars- og myndighetsforhold i forskning \(Forskningsinstruksen\)](#)

Organisere ansvar og myndighet

En forutsetning for at prosesser og aktiviteter skal blir tilrettelagt og fulgt opp, er at alle tydelig kan se hvem som har ansvar og myndighet for hva. Derfor skal medarbeiderne ha tilgang til organisasjonskart og mulighet til å lese stillingsbeskrivelser for egen og andres stillinger i eHåndboken.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet	Utskriftsdato: 03.04.2020
Dokumentansvarlig: Thomas Jørgensen Riiser	Godkjent av: Bjørn Erikstein
	Dokument-Id: 4 - Versjon: 2
	Side 3 av 8

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- Organisasjonskart ([eHåndboken/intranettet](#))
- [Fullmaktstruktur](#), [Lederansvaret i sykehus](#)
- Stillings-/funksjonsbeskrivelser, se [Omstilling - Bemanningstilpasninger - Innplassering](#) (egen mal i eHåndboken)
- Oversikt over ansatte i [Personalportalen](#) og [GAT](#)
- Oversikt over [Råd og utvalg](#) og [Prinsipper for tverrgående organer i OUS \(råd, utvalg, nettverk o.l.\)](#)

Sikre fagkunnskaper og ferdigheter

Ledere må planlegge, gjennomføre og evaluere kompetansearbeidet slik at sykehuset, enheter og den enkelte medarbeider har de nødvendige kunnskaper og ferdigheter i forhold til dagens og fremtidens mål og oppgaver. Dersom leder mener at det er enkelte prosedyrer eller andre dokumenter i eHåndboken som medarbeiderne må lese, kan disse settes opp i en [leseliste](#). Medarbeiderne må i tillegg aktivt søke kunnskap og ta delansvar for egen læring.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Ledelse - overordnede føringer for utvikling og planlegging av kompetanse](#)
- [Utviklingssamtalen: Samtale med medarbeider](#)
- Stillings-/funksjonsbeskrivelser, se [Omstilling - Bemanningstilpasninger - Innplassering](#) (egen mal i eHåndboken)
- [Læringsportalen - Kurskatalog](#)
- [Utdanning, kurs- og kompetanseutvikling \(intranettet\)](#), [Leankurs](#)
- [MTU - opplæring og sertifisering av personell](#)
- [Forskning](#), se også [Forskningsavdelingen](#)
- Skjema for [Opplæringsregister - generelt](#)
- Dossier kompetansestyringsverktøy (under innføring i enkelte enheter)

Tilrettelegge tjenester og pasientforløp

Tjenestene må bygge på den beste kunnskapen og være tilrettelagt slik at medarbeiderne kan arbeide effektivt med oppgavene. Derfor må lederne utvikle og iverksette nødvendige rutiner eller tiltak for å sikre faglig forsvarlighet og systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette kan oppnås gjennom målrettet samarbeid slik at man skaper engasjement og involvering av medarbeiderne. Det må sikres helhetlige pasientforløp og god samhandling mellom alle aktuelle funksjoner og enheter.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Pakkeforløp \(intranettet\)](#)
- [Veilederhefte for pasientforløp](#), se også intranettsiden for [pasientforløp](#)
- [Brukerveiledning - Hvordan beskrive pasientforløp og andre prosesser i eHåndboken?](#)
- [Handlingsplan for pasientsikkerhet i OUS 2017-2018](#)
- [Kontinuerlig forbedringsarbeid - LEAN, metoder og verktøy \(intranettet\)](#)
- [Systematisk HMS-arbeid](#) og [HMS-handlingsplan](#)

Prosedyrer og dokumenter

Når tjenestene tilrettelegges, må de beskrives i nødvendig omfang i prosedyrer, retningslinjer, instruksjoner og andre dokumenter. Alle slike styrende dokumenter skal være samordnet og tilgjengelige i eHåndboken. Dokumentene kan leses på PC, mobilapp eller nettbrett. Lederne er ansvarlige for at dokumenter utarbeides, godkjennes og revideres. Med støtte fra utpekte [eHåndboksadministratorer](#) må de sørge for at oppgaver fordeles og at arbeidet følges opp og styres. Alle medarbeidere er forpliktet til å holde seg kjent med aktuelle prosedyrer og dokumenter og å følge de kravene som er gitt.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Utarbeidelse, bruk og styring av dokumentasjon](#)
- [Prosedyre - Faglige prosedyrer og retningslinjer - utarbeidelse og koordinering](#)
- [Veiledninger](#) og annen informasjon på [eHåndbokens startside](#).
- [Styring av eHåndboksdokumenter på internett og app](#)
- [eHåndboken - oversikt over aktivitet og oppfølging av dokumenter](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Risikovurderinger

For å sikre at risiko for svikt og mangler avdekkes, skal leder sørge for å gjøre risikovurderinger når det er nødvendig. Avdekket risiko for uønskede hendelser skal reduseres med konkrete tiltak som gjennomføres og følges opp.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Retningslinje - Risikovurdering og -styring](#) og [Risikovurderingsskjema](#)
- [HMS-runde](#)
- Rapporter over registrerte [avvikshendelser](#)
- Sjekkliste for spesielle områder, f.eks. [Sjekkliste for ledelse og internkontroll](#)
- [Oversikt over klagesaker](#)

2. Utføre

Iverksette planer - Gi behandling og omsorg

Leder skal sørge for gjennomføring av daglig drift og at praksis er i tråd med planer og fastsatte rutiner. Leder må følge opp, observere og være kjent med hvordan aktiviteter utføres i praksis (daglig tilstedeværelse eller regelmessig kontakt). Det må gis tilstrekkelig veiledning, støtte og oppfølging i det daglige praktiske arbeidet, - særlig i forhold til nye og uerfarne medarbeidere.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Tavlemøter for daglig styring \(puls møter\)](#)
- Utføre arbeidet i tråd med fastsatte rutiner, overordnede og lokale prosedyrer og retningslinjer i [eHåndboken](#).
- [Opplæring av pasienter og pårørende](#), se også [Pasient- og pårørendeopplæring](#)
- [Nyansattprogrammet ved OUS Ny@ous](#)
- [Systematisk HMS-arbeid](#) og [Gjennomføring av gode endringsprosesser](#)

Samordne aktiviteter - Medarbeidernes medvirkning

Siden sykehus tjenestene er avhengige av et tett samspill mellom medarbeidere i mange faggrupper og enheter, må ledere kjenne prosessene, ha fokus på helhet og sikre samordning og nødvendig kommunikasjon. Medarbeiderne skal stimuleres til engasjement og en tilstrekkelig balanse mellom selvstendighet og samarbeid med andre. Alle må gis mulighet til medvirkning slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Utviklingssamtalen](#)
- [12 prinsipper for medvirkning i omstilling - Helse Sør-Øst](#)
- [Individuell tilrettelegging av arbeidet](#)

Dokumenter resultater

Resultater og gjennomføring av arbeidet skal nedtegnes skriftlig i nødvendig omgang. Dette er hensiktsmessig for å sikre at pasientbehandling og andre tjenester videreføres med bakgrunn i konkrete data om tidligere hendelsesforløp og målinger. Nåværende og fremtidige samarbeidspartnere vil også være avhengig av nedtegnelser om hva som er gjort. På noen områder har myndighetene satt formelle dokumentasjonskrav som må overholdes. For å sikre systematisk ledelse og kvalitetsforbedring er det også nødvendig med dokumentasjon og registreringer slik at man kan kontrollere og sammenholde planer og faktiske resultater.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- Dokumentere helsehjelp og registreringer i DIPS og andre fagsystemer, se [Pasientjournal - EPJ](#).

3. Kontrollere

Gjennomføring av oppgaver etter plan og budsjett

Ledere er ansvarlig for oppfølging og tilstrekkelig kontroll innen eget ansvarsområde. Det fins en rekke registreringer og data som kan benyttes ved oppfølgingen. De som er ansvarlige for prosesser må vurdere om det må iverksettes egne

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet	Godkjent av: Bjørn Erikstein	Dokument-Id: 4 - Versjon: 2	Utskriftsdato: 03.04.2020
Dokumentansvarlig: Thomas Jørgensen Riiser			Side 5 av 8

systematiske kontrollhandlinger for å ivareta oversikt og nødvendig styring. Gjennom en regelmessig dialog med leder på underliggende nivå skal overordnet leder kontrollere og evt. støtte slik at systemer følges opp og lovpålagt styring ivaretas. Her brukes målekort som viser hvor man er i forhold til måloppnåelse i lederavtaler.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- Kontrollere registreringer som er gjort i ulike systemer f.eks. [LIS](#) og DIPS; ventetider, aktivitet, belegg, produktivitet, epikrisetid, m.m.
- [Ajourhold av venteliste i OUS](#)
- [Kontrollhandlinger i økonomiforvaltningen](#)
- [Roller og ansvar i forbindelse med periodeslutt og rapportering](#)
- [Sjekkliste for ledelse og internkontroll](#) benyttes for å sjekke egen etterlevelse av krav om systematisk styring og internkontroll
- Kontroll av handlingsplaner mot årsrapporter fra klinikker og avdelinger eller aktuelle råd og utvalg

Måle kvalitet med indikatorer og registre

En forutsetning for systematisk kvalitetsarbeid er at det fastsettes målbare mål og at resultatene følges opp. Når man ikke måle noe direkte, må det fastsette indikatorer som indirekte kan gi et forenklet og målbart uttrykk. I retningslinjen [Utarbeidelse og oppfølging av mål- og plandokument](#) er det satt krav om at alle mål skal følges opp med indikatorer. [Handlingsplan for Oslo universitetssykehus 2017](#) setter krav om at "Sykehuset utnytter kvalitetsregistre og indikatorer i forbedring av tjenester".

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Nasjonale kvalitetsindikatorer - helsenorge.no](#)
- [Budsjettering av bemanning - indikatorbruk](#)
- [Forskningsstrategi 2016-2020](#) skal styrke forskning basert på bruk av medisinske kvalitetsregistre
- [Oversikt over kvalitetsregistre - Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#)

Pasienters og pårørendes erfaringer

Vi skal ta utgangspunkt i pasientens perspektiv, og derfor må vi lytte til pasienter, pårørende og andre brukere og bl.a. gjøre bruk av deres erfaringer i forbedringsarbeidet. Dette kan både gjøres i den daglige dialogen og i den tilrettelagte brukerundersøkelsen.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- Dialog med pasienter og brukere i det daglige arbeidet, [Pasientmedvirkning på individnivå](#)
- Tilbakemeldinger og klager, [Klagesaksbehandling](#)
- Brukermedvirkning i diverse grupper m.m., [Mandat Brukerutvalget](#) og [Klinikkvise brukerråd](#) og [Barn som pårørende](#)
- [Brukerundersøkelser \(intranettet\)](#), [Sykehusets brukerundersøkelse i Achilles](#), se også [nasjonale undersøkelser \(PasOpp\)](#)
- [Pasientsikkerhetsråd i klinikkene](#) og [Sentralt kvalitetsutvalg](#)
- Lærings- og mestringsaktiviteter, se [Forum for pasient- og pårørendeopplæring, mandat](#)

Uønskede hendelser - forbedringer

Alle medarbeidere har ansvar for å registrere uønskede hendelser uansett om dette gjelder pasienter, ansatte eller andre forhold i tilknytning til arbeidet. Lederne skal følge opp de enkelte avviksmeldinger med konkrete forbedringstiltak. Et særlig ansvar har vi for å ivareta pasientsikkerheten dvs. vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag i Achilles](#)
- [Achilles](#)
- [Meldeplakaten](#)
- [Det grønne korset - pasientsikkerhet hver dag](#)
- [Pasientsikkerhetsråd i klinikkene](#)
- [Pasientsikkerhetsprogrammet \(intranettet\)](#) og [Handlingsplan for pasientsikkerhet i OUS 2017-2018](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet	Utskriftsdato: 03.04.2020
Dokumentansvarlig: Thomas Jørgensen Riiser	Side 6 av 8
Godkjent av: Bjørn Erikstein	Dokument-Id: 4 - Versjon: 2

Medarbeideres erfaringer

Det er medarbeiderne som kjenner hverdagens problemer og utfordringer best. Ofte er det de som kan gi de beste innspill og forslag til forbedringer. Derfor bør lederne legge forholdene til rette og sørge for at medarbeiderne motiveres for å medvirke og ta del i forbedringsarbeidet. Dette kan gjøre på ulike måter f.eks. ved etablering av forbedringsgrupper, medarbeidersamtaler, tavlemøter, forslagskasser, samt gjennom arbeid med uønskede hendelser og oppfølgingen av disse. Tilstrekkelig kunnskap i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet er en forutsetning for medarbeidernes medvirkning og engasjement.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Tavlemøter for kontinuerlig forbedring \(forbedringstavler\)](#)
- [ForBedring - samordnet pasientsikkerhetskultur- og medarbeiderundersøkelse](#)
- [Utviklingssamtalen: Samtale med medarbeider og ... med leder](#)
- [Seniorpolitikk](#)
- [Pasientsikkerhetsvisitt i OUS](#)

Interne revisjoner

For å vurdere om praksis er i overensstemmelse med fastsatte krav kan en gjennomføre en intern revisjon på klinikknivå eller sykehusnivå (eller konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst). Evt. avvik kan brukes til forbedring av praksis eller justering av krav og system.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Prosedyre - Interne revisjoner](#), se også siden om [interne revisjoner](#).
- [Oppfølging av konsernrevisjoner ved Oslo universitetssykehus](#)

4. Korrigere

Ledelsens gjennomgang

Alle ledere skal regelmessig gjennomgå egne systematiske tiltak og gjøre forbedringer slik at en gir tjenester og oppnår resultater i samsvar med krav og forventninger. Det er tilrettelagt et eget opplegg for tertialvis ledelsens gjennomgang av klinikkene. I henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal ledelsen *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.*

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- [Ledelsens gjennomgang](#), gjennomgang av de systematiske tiltakene som er etablert.

Rette opp svikt og mangler - Revidere, oppdatere - Forbedre planer og systemer - Kontinuerlig forbedring

I tillegg til sykehusets egne systemer for kontroll og revisjon, vil også *tilsynsmyndigheter* gjennomføre eksterne tilsyn og gi innspill og pålegg om forbedringer. Slike pålegg skal gjennomføres innen fastsatt frist.

Når vi gjennom erfaring, tilbakemeldinger og kontrollsystemer ser at vi har noe å lære og at vi kan gjøre praksis enda bedre, må vi sikre at de nødvendige forbedringstiltak faktisk blir satt ut i livet. Kanskje bør utførelse av arbeidet bli bedre, eller kanskje er det planer og systemer som må forbedres. Lederne må sørge for at tiltak blir formulert som konkrete oppgaver, at ansvar blir fordelt til personer og at frister blir satt. Mange små skritt kan ofte være bedre enn store skippertak. Når læring og fortløpende korrigerende blir en vane har vi innarbeidet kontinuerlig forbedring.

Aktuelle dokumenter og hjelpemidler:

- Systematisk oppfølging av forbedringsoppgaver
- [Handlingsplan - oppfølging](#)
- [Kontinuerlig forbedringsarbeid - LEAN, metoder og verktøy \(intranettet\)](#)
- Revidering av prosedyrer og andre eHåndboksdokumenter (se [Utarbeidelse, bruk og styring av dokumentasjon](#))
- [Prosedyre for eksterne tilsyn](#), følge opp [eksterne tilsyn](#) og rette avvik eller andre brudd på lov- og regelverk. Se også [oversikt over tilsyn i Achilles](#).

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

5. Definisjoner

Se dokumentet [Begreper - definisjoner innen ledelse og kvalitetsstyring](#)

Andre eHåndboksdokumenter

-  [Sjekkliste for ledelse og internkontroll](#)
-  [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
-  [Internkontroll - oversikt over lover og forskrifter](#)
-  [Strategi 2019 - 2022 - Oslo universitetssykehus HF](#)
-  [Kvalitetspolitikk](#)
-  [Ledelse - overordnede føringer for utvikling og planlegging av kompetanse](#)
-  [Spesialisthelsetjenesteloven](#)
-  [Helsepersonelloven med kommentarer - IS-8/2012](#)
-  [Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. \(helsetilsynsloven\)](#)
-  [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
-  [Ledelsessystemer for kvalitet - Krav \(ISO 9001:2015\)](#)
-  [Ledelsessystemer for miljø - Spesifikasjon med veiledning \(ISO 14001:2015\)](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet	Godkjent av: Bjørn Erikstein	Dokument-Id: 4 - Versjon: 2	Utskriftsdato: 03.04.2020
Dokumentansvarlig: Thomas Jørgensen Riiser			Side 8 av 8