

## 1. Hensikt og omfang

Hensikten med ledelsens gjennomgang er å følge opp og vedlikeholde de systematiske aktivitetene for styring og kontroll av en virksomhet. Aktiviteten bør gjennomføres to ganger årlig av toppledelsen i virksomheten, samt minst en gang årlig på andre ledernivåer. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskriver krav til aktiviteten i § 8. *Plikten til å evaluere*:

f) 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

## 2. Ansvar

- **Administrerende direktør** har overordnet ansvar for ledelsens gjennomgang på sykehusnivå.
- **Klinikkledere og avdelingsledere** har ansvar for ledelsens gjennomgang innen eget ansvarsområde.
- **Kvalitetsledere/ -rådgivere** har ansvar for å planlegge gjennomføring og bistå klinikk- og avdelingsledelse i ledelsens gjennomgang.
- **Direktør for Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling** har ansvar for lede og koordinere gjennomgangen på vegne av administrerende direktør.

## 3. Fremgangsmåte

### Gjennomføring

#### I klinikk

- Etter 3. tertial: ledelsens gjennomgang gjennomføres i ledermøter, og munner ut i en skriftlig oppsummering som f.eks. årsrapport.
  - utfordringer som adresseres på tvers av klinikker meldes og blir fulgt opp på sykehusnivå

#### På sykehusnivå

- Etter 1. tertial: oppfølging av klinikkens "ledelsens gjennomgang" fra foregående år med tillegg av utvalgte områder fra Oppdragsdokumentet.
- Etter 2. tertial: oppfølging av klinikkens resultater med tillegg av utvalgte områder fra Oppdragsdokumentet.
- Etter 3. tertial: klinikkene rapporterer til sykehusledelsen gjennom "Årlig melding".





Gjennomgangen gjennomføres i sykehus- og klinikkledelsen med innspill fra øvrig lederlinje. Ledelsens gjennomgang omfatter:

- oppfølging av status på tiltak fra tidligere gjennomganger
- gjennomgå resultatoppnåelse opp mot oppdrag og målsetninger innen sykehusets fire hovedoppgaver: pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende
- gjennomgå ledelsessystemet for kvalitet og pasientsikkerhet inkl. HMS og miljøstyring for å påse at det er hensiktsmessig og effektivt






Gjennomgangen skal resultere i beslutninger om forbedringstiltak som referatføres og kommuniseres gjennom satsingsområder i sykehusets handlingsplan, klinikkens driftsavtaler, Achilles e.l.

### Temaområder

#### Kjerneprosesser

			
<b>Pasientbehandling</b>	<b>Forskning</b>	<b>Utdanning av helsepersonell</b>	<b>Pasientopplæring</b>




#### Støtteprosesser

				
<b>Medisinske/helsefaglige støttefunksjoner</b>	<b>Samhandling</b>	<b>Økonomi</b> Prognose for året Regnskap, budsjett Oppfølging av budsjetttiltak Innkjøp (Etterlevelse av retningslinjer)	<b>HR og personal</b> Bemanning, sykefravær, AML-brudd, rekruttering	<b>Infrastruktur og andre støttefunksjoner</b>

### Systemelementer

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

				
<b>Mål og handlingsplaner</b> Status handlingsplaner	<b>Organisering</b> Ansvar, myndighet, daglig drift, daglig risikostyring/tavler	<b>Kompetansestyring</b>	<b>Dokumentstyring</b>	<b>Risikostyring</b> Risikoområder, pågående og utførte tiltak

				
<b>Brukermedvirkning</b> Brukerundersøkelsen, brukermedvirkning, klager	<b>Uønskede hendelser og forbedringsforslag</b> Forbedringstiltak, meldekultur, restanser	<b>Revisjoner og tilsyn</b> Åpne avvik/pålegg, tiltak	<b>HMS og arbeidsmiljø</b> HMS-runder Forbedring Miljø	<b>Beredskap</b>




#### Dokumentasjon

Det utarbeides et skriftlig grunnlag som ledelsens gjennomgang baseres på. Dokumentasjon fra møtet / ledelsens gjennomgang inkl. besluttede tiltak skal gjøres tilgjengelig for møtedeltakerne og andre relevante ledere.

## 4. Referanser

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

#### Andre eHåndboksdokumenter

-  [Risikovurdering og -styring](#)
-  [Strategi 2019 - 2022 - Oslo universitetssykehus HF](#)
-  [Ledelsessystem for kvalitet og pasientsikkerhet](#)
-  [Kvalitetspolitikk](#)
-  [Miljøpolicy](#)
-  [God virksomhetsstyring - intern styring og kontroll - Helse Sør-Øst](#)
-  [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.

Instruks Ledelsens gjennomgang	Godkjent av: Sølvi Andersen	Dokument-Id: 19 - Versjon: 7	Utskriftsdato: 03.04.2020
Dokumentansvarlig: Thomas Jørgensen Riiser			Side 2 av 2