

Ledelsens gjennomgang (LGG) - systematisk gjennomgang av styringssystemet

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Prosedyre
Sist endret: 12.10.2023

1. HENSIKT

Hensikten er å beskrive prosessen med LGG på SiV. Formålet med ledelsens gjennomgang er minst en gang årlig å 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 som har overordnet ansvar for LGG på SiV.
- Klinikksjefer og divisjonsdirektør er ansvarlig for å innhente relevant grunnlag og gjennomføre LGG i egen klinikk/divisjon
- Avdelingssjefer er ansvarlig for å innhente relevant grunnlag og gjennomføre LGG i egen avdeling
- Seksjonsledere er ansvarlig for å innhente relevant grunnlag og gjennomføre LGG i egen seksjon
- Administrasjonssjef for virksomhetsstyring er ansvarlig for å koordinere arbeidet og sammenfatte informasjon til LGG på foretaksnivå

3. FREMGANGSMÅTE

3.1 Forberedelse

- [LGG – skjema til bruk for rapportering](#)
- [LGG – sjekkliste](#) kan brukes til forberedelsen
- Gjennomgang av underlagsdokumentasjon

3.2 Gjennomføring

- Nivå 2, 3 og 4 skal innen 15.oktober gjennomføre LGG i eget ansvarsområde, basert på drift første og andre tertial. Resultatet etter gjennomgangen skal dokumenteres skriftlig i rapportskjema, [LGG – skjema til bruk for rapportering](#).
- Klinikksjefer og divisjonsdirektør sender rapport til avdelingssjef for virksomhetsstyring i forkant av møte med foretaksledelsen, senest 15.november.
- I dette møtet gjennomgås det fremlagte underlaget, for å vurdere om elementene i styringssystemet er i tråd med strategiske føringer og understøtter pasientbehandlingen. Det treffes beslutninger og legges en plan for hva som skal forbedres.

I arbeidet med ledelsens gjennomgang er det utarbeidet en sjekkliste med sjekkpunkter innen 13 hovedområder, [LGG – sjekkliste](#).

Disse er:

- Oppfølging etter forrige LGG og tiltaksplan
- Måloppnåelse
- Ressurser
- Status avvik, uønskede hendelser og korrigerende tiltak (inkl. klager)
- Risiko og muligheter
- Erfaringer etter gjennomførte interne revisjoner
- Erfaringer etter gjennomførte eksterne revisjoner/eksterne tilsyn
- Brukermedvirkning
- Dokumentstyring
- Kontinuerlig forbedring
- Interne og eksterne endringer som kan påvirke styringssystemet
- Vurdering av miljøledelsessystemet
- Vurdering av styringssystemet som helhet – inkludert miljøledelsessystemet

Definerte risikoområder på rødt som avdekkes i ledelsens gjennomgang skal følges opp med konkrete tiltaksplaner. Handlingsplan i EK kan benyttes til oppfølgingsarbeidet.

4. GENERELT

5. INTERNE REFERANSER

- [1.1.5.3](#) [Instruks for adm.direktør Sykehuset i Vestfold HF](#)
- [1.1.5.4](#) [Intern delegering av fullmakter ved SiV HF](#)
- [1.1.8.1.1](#) [System for styring og ledelse](#)
- [1.1.8.7.2](#) [LGG - skjema til bruk for rapportering](#)
- [1.1.8.7.3](#) [LGG sjekkliste](#)
- [1.4.11.2](#) [Klima og miljø - ledelsessystemet](#)

6. EKSTERNE REFERANSER

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

7. VEDLEGG