

LGG - skjema til bruk for rapportering

Gjelder for: Hele SiV
 Dokumenttype: Skjema
 Sist endret: 30.08.2023

Hensikten med LGG er minst en gang årlig systematisk å gjennomgå og vurdere hele styringssystemet som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen

§ 3 Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Ledelsens gjennomgang skal i hovedsak besvare følgende:

- Oppnås ønskede mål og resultater?
- Overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger?
- Fungerer styringssystemet som forutsatt?
- Bidrar systemet til kontinuerlig forbedring?

[Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
[Veileder til forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring](#)

Innkalling og referat

Dato for gjennomføring	
Møteleder	
Referent	
Deltakere	
Ikke møtt	

Underlagsdokumentasjon som er grunnlag for vurderingen til LGG (forberedelsene før LGG møtet)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Forrige LGG og handlingsplan</i> • <i>Lederavtaler</i> • <i>Fullmaktoversikt og styrende dokument for delegering av fullmakt</i> • <i>Oppdrag og bestilling, driftsavtaler</i> • <i>Styrende dokumentasjon; prosedyrer, (Kvalitetshåndbok)</i> • <i>Resultatdokumentasjon: DIPS, Public360, økonomirapportering</i> • <i>Interne revisjoner</i> • <i>Eksterne revisjoner og tilsyn</i> • <i>Klagesaker, avvik og uønskede hendelser</i> • <i>Kontinuerlig forbedring (systematisk forbedringsarbeid)</i> • <i>HMS rapporter/runder</i> • <i>Medarbeiderundersøkelsen</i> • <i>Tillitsvalgte og verneombud</i> • <i>Kompetanseportalen og læringsportalen</i> • <i>Beredskapsplaner- og øvelser</i> • <i>Risikovurderinger</i> • <i>Lovkrav, eierkrav og egne krav, samt nye og endrede</i> • <i>Kliniske studier</i> • <i>Forskningsutvalget</i> • <i>Brukerutvalget og brukerundersøkelser</i> • <i>Kvalitetsregistre og –indikatorer</i>
--	---

	<ul style="list-style-type: none">• <i>Helseatlas</i>• <i>Andre gjennomganger og kartlegginger</i>
--	---

Vurder hvordan områdene i ledelsessystemet har fungert: (Tekst i kursiv er hjelpemiddel, fjernes i rapporten)

1. Oppfølging etter forrige LGG og tiltaksplan

	Grunnlag	Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 3, 8b) 8f)
1.0	Styringssystem	<i>Ledelsens gjennomgang (LGG) - systematisk gjennomgang av styringssystemet</i>
1.1	Vurdering	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hva gjenstår av områder som ikke er fulgt opp?</i> • <i>Har ikke nådd ønsket mål?</i>
1.2	Beslutning - oppfølging	<i>Hva skal følges opp og medføre tiltak?</i>

2. Måloppnåelse

	Grunnlag	Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring § 6a), 6b), 6c, 7a)
2.0	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Oppdragsdokument</i> • <i>Personalportalen</i> • <i>Rapportalen</i> • <i>Kvalitetspolitikk</i>
2.1	Vurdering	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mål – utarbeides handlingsplaner for aktuelle/utvalgte målområder som følges i ledermøter klinikk/avdeling</i> • <i>Utfordringer knyttet til kjerneoppgaver</i> • <i>Måloppnåelse (status måloppnåelse i driftsoppfølging på alle nivå)</i> • <i>Samsvar med lover, forskrifter og andre myndighetskrav (forsvarlighet)</i> • <i>Oversikt over regelverk, retningslinjer og veiledere og hvordan de gjøres kjent</i>
2.2	Beslutning - oppfølging	<i>Hva skal følges opp og medføre tiltak</i>

3. Ressurser

	Grunnlag	Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6c), 6f), 7b) 7 d), 9a)
3.0	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Obligatorisk e-læringskurs for nye medarbeidere</i> • <i>Lokale opplæringskrav - kompetanseportalen</i>
3.1	Vurdering	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Utnyttelse av ressurser (tilstrekkelige, fremtidige behov)</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>bemannings, kompetanse, opplæring</i> ○ <i>Medarbeidersamtaler årlig</i> ○ <i>Oppfølging ForBedring</i> ○ <i>Utstyr, IKT, MTU</i> ○ <i>Handlingsplaner IA avtalen</i> ○ <i>Dialogmøter med tillitsvalgte og verneombud</i> • <i>HMS oppfølging – trender arbeidsmiljø</i>
3.2	Beslutning - oppfølging	<i>Hva skal følges opp og medføre tiltak</i>

4. Status avvik, uønskede hendelser og korrigerende tiltak

	Grunnlag	Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6d), e), g), 9a), b)
4.0	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> Håndtering av avvik og uønskede hendelser Håndtering av uønskede pasienthendelser ved alvorlig/dødelig utfall Håndtering og saksbehandling av pasientrelaterte hendelser/avvik Lokale retningslinjer for organisering av kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg Mandater for Klinikkenes kvalitetsutvalg
4.1	Vurdering	<ul style="list-style-type: none"> Har enheten god meldekultur? Er avviksregistreringer fulgt opp og har korrigerende tiltak medført forbedringer? Oversikt over trender og alvorlige avvik?
4.2	Beslutning - oppfølging	Hva skal følges opp og medføre tiltak?

5. Risiko og muligheter

	Grunnlag	Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 d), e), 8f)
5.0	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> Risikovurderinger HMS runde
5.1	Vurdering	<ul style="list-style-type: none"> Gjennomførte planlagte risikovurderinger? Oversikt over enhetens områder av mulige hendelser (farer, trusler og muligheter) Handlingsplaner og tiltak fulgt opp?
5.2	Beslutning - oppfølging	Hva skal følges opp og medføre tiltak?

6. Erfaringer etter gjennomførte interne revisjoner

	Grunnlag	Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6g), 7c), 8), 9)
6.0	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> Internrevisjon
6.1	Vurdering	<ul style="list-style-type: none"> Gjennomførte revisjoner i henhold til plan? Merverdi for klinikken, avdelingen, seksjonen? (Har revisjon medført forbedring?)
6.2	Beslutning - oppfølging	Hva skal følges opp og medføre tiltak?

7. Erfaringer etter gjennomførte eksterne revisjoner / eksterne tilsyn

	Grunnlag	Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring § 9a)
7.0	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> Eksterne tilsyn
7.1	Vurdering	<ul style="list-style-type: none"> Gjennomførte revisjoner/tilsyn? Oppfølging av funn?
7.2	Beslutning - oppfølging	Hva skal følges opp og medføre tiltak?

8. Brukermedvirkning

	Grunnlag	Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6g, 7e)
8.0	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> Samvalg Brukerundersøkelser
8.1	Vurdering	<ul style="list-style-type: none"> Hva gjenstår av områder som ikke er fulgt opp? Har ikke nådd ønsket mål?
8.2	Beslutning - oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> Hva skal følges opp og medføre tiltak?

9. Dokumentstyring

	Grunnlag	Forskrift ledelse og kvalitetsforbedring §§ 5, 6c, 7a, c,
9.0	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> Utarbeiding, høring, godkjenning og implementering av dokumenter Kvalitetshåndbok
9.1	Vurdering	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitetshåndbok Public 360
9.2	Beslutning - oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> Hva skal følges opp og medføre tiltak?

10. Kontinuerlig forbedring

	Grunnlag	Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 7c, 8
10.0	Styringssystem	<ul style="list-style-type: none"> System for styring og ledelse Organisering av kvalitetsarbeid ved SiV Risikovurderinger HMS runde Håndtering av avvik og uønskede hendelser Håndtering av uønskede pasienthendelser ved alvorlig/dødelig utfall Håndtering og saksbehandling av pasientrelaterte hendelser/avvik
10.1	Vurdering	<ul style="list-style-type: none"> Handlingsplaner for kontinuerlig forbedring I Trygge Hender – (Pasientsikkerhetsprogrammet) Strategi kvalitet og pasientsikkerhet – handlingsplaner klinikk/avdeling Resultat av forbedringsarbeid – (Områder, prosjekter, prosesser) <ul style="list-style-type: none"> Lokalt forbedringsarbeid Overordnede føringer: Pakkeforløp, pasientsikkerhetsprogrammet
10.2	Beslutning - oppfølging	Hva skal følges opp og medføre tiltak

11. Interne og eksterne endringer som kan påvirke ledelses-/styringssystemet

	Grunnlag	Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6b, c, d, e,
11.1	Vurdering	<ul style="list-style-type: none"> Omorganisering og endringsprosesser Endringer i lovverk Endring i infrastruktur Økonomiske forhold
11.2	Beslutning - oppfølging	Hva skal følges opp og medføre tiltak?

12. Vurdering- miljøledelsessystemet



	Grunnlag	Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring § 8
12.0	Miljøledelses-systemet	<p>Klinikkenes vurdering av deres bidrag for å etterleve krav i miljøledelsessystemet:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gjennomført interne revisjoner hvor ytre miljø tas med? Avvik og forbedringsforslag - miljøavvikstrender Miljømål og handlingsplaner- har klinikkene og stabenes tiltak vært tilstrekkelige slik at foretaket når sine miljømål
12.1	Beslutning- Oppfølging	Hva skal følges opp og medføre tiltak?

13. Vurdering av ledelses-/styringssystemet som helhet - inkludert miljøledelsessystemet

	Grunnlag	Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §8f)
13.1	Vurdering av ledelses-systemet i sin helhet	<p>Er ledelsessystemet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velegnet - er styringssystemet tilpasset virksomheten og i stand til å ivareta endringer? • Tilstrekkelig - har vi nødvendig styring og kontroll, og dekker systemet relevante lovkrav, eierkrav, interne – egne krav? • Virkningsfullt - bidrar systemet til at vi når målet?
13.2	Konklusjon	<p>Sett i en helhet, er systemet velegnet, tilstrekkelig og virkningsfullt? Nødvendige tiltak?</p>

14. Tiltaksplan – ut fra beslutning – oppfølging

Prioriter områdene med markering av fargekoder, grønn, gul, rød.

Pkt.i LGG	Forbedringsområde – område og oppfølging	Risiko Prioritering 	Tiltak	Frist/ Ansvar	Status på tiltak ved halvårs-oppfølging	
Ansvarlig for oppfølging av handlingsplan:						
Neste LGG (dato):						