**VV Ledelsens gjennomgang av ledelses-/styringssystemet (LGG)**

**Mal skjema**

Hensikten med LGG er minst en gang årlig systematisk å 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.

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](https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250)

[Veileder til forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring)

**Innkalling og referat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato for gjennomføring** | 12.12.2022 |
| **Møteleder** | Aase Pay |
| **Referent** | Hege Skogsletten |
| **Deltakere** |  |
| **Ikke møtt** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underlagsdokumentasjon som er grunnlag for vurderingen til LGG (forberedelsene før LGG møtet)** | * *Forrige LGG* * *Oppdrag og bestilling, driftsavtaler (lederavtaler)* * *Styrende dokumentasjon; prosedyrer (eHåndbok), retningslinjer og veiledere* * *Resultatdokumentasjon: DIPS, Public360, økonomirapportering* * *Interne og eksterne revisjoner (revisjonsplaner, gjennomførte revisjoner)* * *Avvik og forbedringsforslag (Synergirapporter)* * *Kontinuerlig forbedring (systematisk forbedringsarbeid)* * *Medarbeiderundersøkelsen* * *Brukerundersøkelser* * *Personalressurser (Kompetanseplaner, fagutvikling)* * *Risikovurderinger* |

***Vurdere 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** | *VV Ledelsens gjennomgang (LGG) - systematisk gjennomgang av styringssystemet*  *ID: 76377* |
| **1.1** | **Vurdering** | Områder som følges videre etter LGG i 2023:   * Måloppnåelse * Ressurser * Status avvik, uønskede hendelser og korrigerende tiltak * Risiko og muligheter * Brukermedvirkning * Dokumentstyring * Kontinuerlig forbedring |
| **1.2** | **Beslutning -**  **oppfølging** | *Hva skal følges opp og medføre tiltak? Tas inn i vurderingen for årets LGG* |

**2. Måloppnåelse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Grunnlag** | **Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring § 6a), 6b), 6c, 7a)** |
| **2.0** | **Styringssystem** | * *Oppdragsdokument* * *Driftsavtalen* * *Personalportalen* * *Rapportsenter (aktivitet/økonomi)* * *Kvalitetspolitikk (For ISO sertifiserte)* * *Overordnet års hjul 2023* |
| **2.1** | **Vurdering** | * *Mål – utarbeides handlingsplaner for aktuelle/utvalgte målområder som følges opp i ledermøter klinikk/avdeling. Avdelingen mangler handlingsplan/kompetanseplan – med et mer langsiktig perspektiv.* * *Utfordringer knyttet til kjerneoppgaver. Forsvarlig transport av nyfødte, Beholde og rekruttere kjernekompetanse, hensiktsmessig bruk av ressurser (i henhold til rammer og oppdragsdokument)* * *Måloppnåelse (måltavle, status måloppnåelse i månedlige driftsoppfølging på alle nivå). Avdelingen har ukentlig driftsmøter med alle seksjoner. Videre oppfølging av LGG månedlig.* * *Samsvar med lover, forskrifter og andre myndighetskrav (forsvarlighet). Ny retningslinje for fødselsomsorg på høring – må implementere etterlevelse av denne (seleksjon til fødeavdeling).* * *Oversikt over regelverk, retningslinjer og veiledere og hvordan de gjøres kjent. Samarbeid mellom yrkesgrupper – etablert fagråd med formål om tverrfaglig samarbeid om prosedyrer som involverer flere yrkesgrupper.* |
| **2.2** | **Beslutnings-**  **oppfølging** | *Hva skal følges opp og medføre tiltak?*  *Tiltak - Utarbeidelse av handlingsplaner/strategi: Avdelingens handlingsplan skal bidra til at VV når sine mål. Handlingsplanen bygger på Utviklingsplan 2035, og VV visjon og verdier (utarbeides på lederseminar 13-14 februar 2023).*  *Utarbeide prosedyre – seleksjonskriterier i tråd med ny retningslinje for fødselsomsorg.* |

**3. Ressurser**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Grunnlag** | **Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6c), 6f), 7b) 7 d), 9a)** |
| **3.0** | **Styringssystem** | * *VV Introduksjonssystem for nye medarbeidere ID-27729* * *VV Obligatorisk e-læringskurs for nye medarbeidere ID-34308* * *Lokale opplæringsprogram* * *12 prinsipper for medvirkning* |
| **3.1** | **Vurdering** | *Forbedret bruk av Kompetanseportalen er kjent og tatt i bruk*  *Forbedret bruk av Teams*  *Forbedret bruk av 12 prinsipper for medvirkning* |
| **3.2** | **Beslutning -**  **oppfølging** | Hva skal følges opp og medføre tiltak?  Opplæring i Kompetanseportalen  Gjennomgang/implementere Teams  Gjøre «Forbedret bruk av 12 prinsipper for medvirkning» kjent i avdelingen (prosedyre) |

**4. Status avvik, uønskede hendelser og korrigerende tiltak**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Grunnlag** | **Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6d), e), g), 9a), b)** |
| **4.0** | **Styringssystem** | * *VV Håndtering av avvik og uønskede hendelser ID-268,* * *VV Håndtering av uønskede pasienthendelser ved alvorlig/dødelig utfall ID-6 4367* * *VV Håndtering og saksbehandling av pasientrelaterte hendelser/avvik ID-315* * *Lokale retningslinjer for organisering av kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg* * *Mandater for Klinikkens pasientsikkerhetsutvalg* |
| **4.1** | **Vurdering** | Hva skal følges opp og medføre tiltak?  *Nedgang i antall meldte synergi saker. Nedgangen kan skyldes at det har vært pandemi, samt muligens at det var et kunstig høyt antall synergisaker i oppstartfasen av grønt kors /feil bruk av synergi (blant annet Lydia meldinger i systemet).*  *Saksbehandling, - tid og kunnskap, har vært en utfordring og det er arbeidet systematisk med å forbedre dette gjennom året. Også vært sak i AKU med bla. internopplæring. Videre mål om å være i forkant med saksbehandling, og tilpasse tiltak etter behov underveis.*  *Undervisning i Hendelsesanalyse-metodikk - tema på AKU januar 2023 (24.01.23). Gjennomgang av hendelse Hallingdal 🡪 læringssituasjon (BS ikke involvert)* |
| **4.2** | **Beslutning -**  **oppfølging** | *Hva skal følges opp og medføre tiltak?*  Videreføre systematisk gjennomgang og læring etter uønskede pasienthendelser i AKU, på driftsmøter og avdelingsledermøter. |

**5. Risiko og muligheter**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Grunnlag** | **Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 d), e), 8f)** |
| **5.0** | **Styringssystem** | * *VV Risikovurderinger ID-154 VV HMS runde ID-50966* |
| **5.1** | **Vurdering** | *Gjennomførte planlagte risikovurderinger?*   * *Handlingsplaner (HMS-forBedring) og tiltak i Synergi (alle seksjoner har egne handlingsplaner)* * *Kjerneprosess risikoområder - Kjerneprosess pasientbehandling revideres årlig på alle seksjoner* * *Årlig LGG av avdelingens styringssystem* * *Risikovurdering - transport syke nyfødte (rapport 2022 overlevert foretaksledelsen)* |
| **5.2** | **Beslutning -**  **oppfølging** | *Hva skal følges opp og medføre tiltak?*    *Planlegge risikovurdering av samdrift mellom K3/plastikk og seksjon for gynekologi.*  *Innføring av ny risikomodul. Flere vært på kurs - Avklare krav til bruk av risikomodul videre. Fortsette lovpålagt risikovurdering.*  [VV Planlegging og gjennomføring av en risikovurdering](https://ehandbok/document/154) |

**6. Erfaringer etter gjennomførte interne revisjoner**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Grunnlag** | **Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6g), 7c),** 8), 9) |
| **6.0** | **Styringssystem** | * *VV Internrevisjon-ID 83* |
| **6.1** | **Vurdering** | * *Gjennomførte revisjoner i henhold til plan?* * *Er revisjonsplanen tilstrekkelig (dekker områdene).* * *Er revisjonene gjennomført med riktig kompetanse* * *Merverdi for klinikken, avdelingen, seksjonen? (Har revisjon medført forbedring?)*   *Avdelingen var ikke inkludert i internrevisjon i 2022 (*[*Internrevisjon 2022 NEWS, Tidlig oppdagelse av forverret tilstand*](file:///\\sikt.sykehuspartner.no\data\VVHF\SDS\Felles\Sensitivt\Klinikk\BS_Gyn_og_Fode_Ledelse\Synergi%20og%20public%20360\Synergi%20rapporter\Revisjoner\Internrevisjon)*), men resultatene har likevel læringsverdi for avdelingen.*  *Avdelingen har to ansatte med revisorkompetanse som trenger fornyes/oppdateres.* |
| **6.2** | **Beslutning -**  **oppfølging** | *Hva skal følges opp og medføre tiltak?*  *Læringspunkter fra revisjonsrapport om NEWS (se over) presenteres på AKU våren 2023*  *PROACT instruktører 1 lege og 1 sykepleier* [VV Rask Respons System (RRS) med ProACT og NEWS 2 - SYSTEMSANSVAR](https://ehandbok/document/104042)  *Oppfriskningskurs for ansatte med revisorkompetanse* |

**7. Erfaringer etter gjennomførte eksterne revisjoner / eksterne tilsyn**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Grunnlag** | **Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring § 9a)** |
| **7.0** | **Styringssystem** | * *VV Eksterne tilsyn ID 75471* |
| **7.1** | **Vurdering** | *Gjennomførte revisjoner/tilsyn?* [*KIWA -ISO rapport 2022*](file:///\\sikt.sykehuspartner.no\data\VVHF\SDS\Felles\OrgMapper\230_Gynekologi_og_fdselshjelp_avd_BS\ISO\ISO%202022\Div%20ISO%202022\Rapport%20ISO)   * *Oppfølging av funn?*   *ISO-rapport 2022 (inkludert funn) presentert på AKU høsten 2022* |
| **7.2** | **Beslutning -**  **oppfølging** |  |

**8. Brukermedvirkning**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Grunnlag** | **Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6g, 7e)** |
| **8.0** | **Styringssystem** | * *VV Samvalg prosedyre ID-102032* * *VV Brukerundersøkelser ID-983* * *Elektroniske brukerundersøkelser ID-568* |
| **8.1** | **Vurdering** | * *Hva gjenstår av områder som ikke er fulgt opp?*   *Har ikke nådd ønsket mål?*  [VV Opplæring Samvalg](https://ehandbok/document/102032) |
| **8.2** | **Beslutning - oppfølging** | * *Hva skal følges opp og medføre tiltak?*   *Alltid spørre pasienten «hva er viktig for deg? Gjennomføre kommunikasjonskurs for ansatte/sikre deltakelse*  *Fortsette fokus på Samvalg. (Undervisning i auditoriet høsten 2022.)* |

**9. Dokumentstyring**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Grunnlag** | **Forskrift ledelse og kvalitetsforbedring §§ 5, 6c, 7a, c,** |
| **9.0** | **Styringssystem** | * *VV Utarbeiding, høring, godkjenning og implementering av dokumenter i eHåndbok ID 1087* |
| **9.1** | **Vurdering** | *Flere har fått skrivetilgang i E-håndbok.*  *Avdelingen har implementert seksjonsvis tverrfaglig fagråd hvor ehåndboks dokumenter oppdateres (*[eHåndbok - BS GF Mandat fagråd- avdeling for gynekologi og fødselshjelp](https://ehandbok/document/109315)) |
| **9.2** | **Beslutning - oppfølging** | *Hva skal følges opp og medføre tiltak?*  *Opplæring i e Håndbok ved behov og nyansettelse.*  *Abonnere på oppdateringer. Fortsette å sende ut status prosedyrer 4 ganger i året.* |

**10. Kontinuerlig forbedring**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Grunnlag** | **Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 7c, 8** |
| **10.0** | **Styringssystem** | * *VV Retningslinje for Kontinuerlig forbedring ID*   *VV Risikostyring, rammeverk, prinsipper og politikk ID- 85369*   * *VV Risikovurderinger ID-154* * *VV HMS runde ID-50966* * *VV Håndtering av avvik og uønskede hendelser ID-268* * *VV Håndtering av uønskede pasienthendelser ved alvorlig/dødelig utfall ID-4367* * *VV Håndtering og saksbehandling av pasientrelaterte hendelser/avvik ID-315* * *VV Hendelsesanalyse Id-79285* |
| **10.1** | **Vurdering** | * *Handlingsplaner for kontinuerlig forbedring* * *I Trygge Hender – (Pasientsikkerhetsprogrammet)* * *Strategi kvalitet og pasientsikkerhet – handlingsplaner klinikk/avdeling* * *Resultat av forbedringsarbeid - Områder, prosjekter, prosesser)*   + *Lokalt forbedringsarbeid*   + *Overordnede føringer: Pakkeforløp, pasientsikkerhetsprogrammet,*   *Avdelingen har 8 agenter (4 under opplæring) og 1 (2) veiledere i kontinuerlig forbedring. Avdelingen har flere pågående forbedringsprosjekter (registrert i LifeQI).*  *Det arbeides systematisk med avvikshåndtering i Synergi. Månedlig AKU (oppgaver og sammensetning i henhold til prosedyre id 92 om organisering av kvalitetsutvalg på klinikk og avdelingsnivå). Implementert fagråd (prosedyre id 109315 om mandat for fagråd ved avdeling for gynekologi og fødselshjelp)* |
| **10.2** | **Beslutning -**  **oppfølging** | *Hva skal følges opp og medføre tiltak*  *Avdelingen skal drive kontinuerlig med organisasjons-utvikling for å imøtekomme behov og utfordringer.*  *Vurdere bruk av risikomodul.* |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Grunnlag** | **Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6b, c, d, e,** |
| **11.1** | **Vurdering** | * *Omorganisering og endringsprosesser* * *Endringer i lovverk* * *Endring i infrastruktur* * *Økonomiske forhold*   *Videreutvikle eksisterende tilbud (se under)* |
| **11.2** | **Beslutning - oppfølging** | *Hva skal følges opp og medføre tiltak?*  *Endringer: Utvide fødetilbudet innenfor eksisterende rammer; Flytte aktivitet fra dagkir til gynekologisk poliklinikk (skiftestue); OU-prosess (risikovurdering av samdrift gynekologisk sengepost og k3); Vurdere pasientforløp ped pol (forebyggende).* |

**12. Vurdering- miljøledelsessystemet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Grunnlag** | **Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring § 8** |
| **12.0** | **Miljøledelses**  **-systemet** | *Klinikkenes vurdering av deres bidrag for å etterleve krav i miljøledelsessystemet:*   * *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*  [*KIWA, sammendrag av miljørevisjon*](file:///\\sikt.sykehuspartner.no\data\VVHF\SDS\Felles\Sensitivt\Klinikk\BS_Gyn_og_Fode_Ledelse\Synergi%20og%20public%20360\Synergi%20rapporter\Revisjoner\Miljørevisjon) *- Sammendrag gjennomgått på ledermøte høsten 2022..*  *Avdelingen har tre stoffkartotekansvarlige. Ytterligere to er påmeldt kurs i 2023.* |
| **12.1** | **Beslutning-Oppfølging** | *Hva skal følges opp og medføre tiltak?*  *Stoffkartotek: Sikre opplæring av stoffkartotek ansvarlige. Følge opp deltagelse på E- læringskurs i kompetanseportalen* |

**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** | *Er ledelsessystemet:*   * ***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?*   *Styringssystemet er godt implementert. ISO sertifisering er gjennomført og funn gjennomgått på avdelingen.* |
| **13.2** | **Konklusjon** | *Sett i en helhet, er systemet velegnet, tilstrekkelig og virkningsfullt?*  *Nødvendige tiltak?*  *Implementere bruk av måltavle/kvalitetsindikatorer på seksjon/avdeling. Benchmarking av avdelingens kvalitet i forhold til andre sykehus/foretak (Helseatlas, institusjonsstatistikk MFR)* |

**14. Tiltaksplan – ut fra beslutning – oppfølging 2023**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pkt.i LGG** | **Forbedringsområde – område og oppfølging** | **RisikoPriori-tering** | **Tiltak** | **Frist/**  **Ansvar** | **Status på tiltak ved ½-års-oppfølging** |  |
| **2** | MÅLOPPNÅELSE: |  | Utarbeide handlingsplan/strategi: Avdelingens handlingsplan skal bidra til at VV når sine mål. Handlingsplanen bygger på Utviklingsplan 2035, og VV visjon og verdier (utarbeides på lederseminar 13-14 februar 2023).  Utarbeide prosedyre – seleksjonskriterier i tråd med ny retningslinje for fødselsomsorg. | **Avd. sjef**  **Seksjons-ledere** |  |  |
| **3** | RESSURSER: |  | Sikre opplæring/kunnskap om Kompetanseportalen Implementere Teams  Gjøre «Forbedret bruk av 12 prinsipper for medvirkning» kjent i avdelingen (prosedyre) | **Avd. sjef Råd-giver Fag og kvalitet** |  |  |
| **4** | STATUS AVVIK, UØNSKEDE HENDELSER OG KORRIGERENDE TILTAK: |  | Systematisk gjennomgang og læring etter uønskede pasienthendelser i AKU, på driftsmøter og avdelingsledermøter. | **Avd. sjef Rådgiver**  **Fag og kvalitet** |  |  |
| **5** | RISIKO OG MULIGHETER |  | Planlegge risikovurdering av samdrift mellom K3/plastikk og seksjon for gynekologi.  Innføring av ny risikomodul. Flere vært på kurs - Avklare krav til bruk av risikomodul videre. Fortsette lovpålagt risikovurdering. | **Avd. sjef Råd-giver Fag og kvalitet** |  |  |
| **6** | ERFARINGER ETTER GJENNOMFØRTE INTERNE REVISJONER: |  | Læringspunkter fra revisjonsrapport om NEWS presenteres på AKU våren 2023  PROACT instruktører 1 lege og 1 sykepleier VV Rask Respons System (RRS) med ProACT og NEWS 2 - SYSTEMSANSVAR  Oppfriskningskurs for ansatte med revisorkompetanse | **Avd. sjef Råd-giver Fag og kvalitet** |  |  |
| **8** | BRUKER-MEDVIRKNING: |  | Alltid spørre pasienten «hva er viktig for deg? Kommunikasjonskurs for ansatte/sikre deltakelse.  Sikre pasientens rett til informasjon og medvirkning (samvalg). | **Avd. sjef Råd-giver Fag og kvalitet**  **Seksjons-ledere** |  |  |
| **9** | DOKUMENT-STYRING: |  | Opplæring i eHåndbok ved behov og nyansettelse.  Abonnere på oppdateringer. Fortsette å sende ut status prosedyrer 4 ganger i året. | **Råd-giver Fag og kvalitet**  **Seksjons-ledere** |  |  |
| **10** | KONTINUERLIG FORBEDRING: |  | Kontinuerlig forbedring med langsiktig utviklingsarbeid med fokus på daglige, pasientnære forbedringer.  Vurdere bruk av risikomodul. | **Råd-giver Fag og kvalitet**  **Seksjons-ledere** |  |  |
| **11** | INTERNE OG EKSTERNE ENDRINGER SOM KAN PÅVIRKE LEDELSES-SYSTEMET |  | Avdelingen skal drive kontinuerlig med organisasjons-utvikling for å imøtekomme behov og utfordringer.  (Utvide fødetilbudet innenfor eksisterende rammer; Flytte aktivitet fra dagkir til gynekologisk poliklinikk (skiftestue); OU-prosess (risikovurdering av samdrift gynekologisk sengepost og k3); Vurdere pasientforløp ped pol (forebyggende)). | **Avd. sjef**  **Seksjons-ledere** |  |  |
| **12** | VURDERING MILJØ LELDELSES-SYSTEMET |  | Stoffkartotek: Sikre opplæring av stoffkartotek ansvarlige. Følge opp deltagelse på E- læringskurs i kompetanseportalen | **Råd-giver Fag og kvalitet**  **Seksjons-ledere** |  |  |
| **13** | VURDERING AV LEDELSES-/STYRINGSSYSTEMET SOM HELHET- INKLUDERT MILJØ-LEDELSESSYSTEMET |  | Implementere bruk av måltavle/kvalitetsindikatorer på seksjon/avdeling. Benchmarking av avdelingens kvalitet i forhold til andre sykehus/foretak (Helseatlas, institusjonsstatistikk MFR) | **Alle** |  |  |
| **Ansvarlig for oppfølging av handlingsplan:** | | | | *Aase Devold Pay* | | |
| **Neste LGG (dato):** | | | | 15.06.2023 | | |