

		Foretaksnivå			Retningslinje
Ledelsens gjennomgang (LGG) - foretaksnivå					Side 1 av 2
Dokumentplassering: I.5.2.2-1	Godkjent dato: 03.09.2025	Gyldig til: 03.09.2027	Sist endret: 03.09.2025	Revisjon: 3.03	

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Ledelsens gjennomgang
 ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Forlenget gyldighet til 03.09.2027

LGG er hjemlet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8 f, som pålegger foretaksledelsen å minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten, for å sikre at styringssystemet fungerer som forutsatt og at det bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Med styringssystem mener vi hvordan vi planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer virksomheten for å oppfylle kravene i eller i medhold av helselovgivningen.

HENSIKT

Ledelsens gjennomgang skal besvare:

- Håndterer styringssystemet SSHFs strategier og mål?
- Overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger?
- Fungerer styringssystemet som forutsatt og bidrar det til kontinuerlig forbedring av virksomheten, eller viser resultatene svakheter ved systemet?

Ledelsens gjennomgang skal resultere i en tiltaksplan.

FREM GANGSMÅTE

Ledelsens gjennomgang består av følgende:

- fremskaffe og sammenfatte informasjon og resultater for virksomheten
- gjennomføre et møte hvor ledelsen gjennomgår og drøfter det fremlagte underlaget, treffer beslutninger og legger en plan for hva som skal endres eller forbedres
- teste og implementere endringene, og sikre at disse har ønsket effekt

Fremskaffe og sammenfatte beslutningsgrunnlag

Kvalitetssjef skal på vegne av AD sikre at relevant informasjon og resultater for virksomheten fremskaffes, sammenfattes og sendes møtedeltagerne 14 dager før møtet.

Gjennomføring av møtet

AD legger til rette for at deltagerne i møtet vurderer og diskuterer det som fremkommer i underlaget. Resultatfremstillingen bør vise om nivået, trender og variasjon i dataene er som ønsket.

Gjennomgangen skal vise om det er behov for å foreta endringer av styringssystemet, det vil si måten organisasjonen planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer virksomheten på.

Arbeid i etterkant av ledelsens gjennomgang

Systemeier (aktuell stabsavdeling/ev. klinikk) påser at

- det utarbeides en oppfølgingsplan for de områder som ikke er tilfredsstillende
- endringene implementeres, og har den ønskede effekten
- modul for handlingsplaner i Kvalitetsportalen brukes som verktøy for oppfølging av tiltaksplan

Utarbeidet av: Kvalitetssjefen	Fagansvarlig: Kvalitetssjefen	Verifisert av: □	Godkjent av: Nina Mevold	Dok.nr: D39981
--	---	----------------------------	------------------------------------	--------------------------

 SØRLANDET SYKEHU	Ledelsens gjennomgang (LGG) - foretaksnivå				Side: 2 Av: 2
Dokument-id: I.5.2.2-1	Utarbeidet av: Kvalitetssjefen	Fagansvarlig: Kvalitetssjefen	Godkjent dato: 03.09.2025	Godkjent av: Nina Mevold	Revisjon: 3.03

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Ledelsens gjennomgang

Rapportering

AD sørger for at rapport fra ledelsens gjennomgang sendes til styret som en del av tertialrapporteringen.

Arkivering

Rapport fra ledelsens gjennomgang arkiveres i public360.

Kryssreferanser

[I.5.2.2-2](#)

[Ledelsens gjennomgang \(LGG\) - gjennomføring og dagsorden](#)

Eksterne referanser

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