

**Kapittel 02 - Kvalitet og pasientsikkerhet - policydokument**

Side 1 av 6

Dokumentplassering: <b>I.5.2-1</b>	Godkjent dato: <b>03.09.2025</b>	Revideres innen: <b>03.09.2027</b>	Sist endret: <b>03.09.2025</b>	Versjon: <b>2.02</b>
---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Forlenget gyldighet til 03.09.2027

## 1. HENSIKT

I dette policydokumentet redegjøres det for hvilke overordnede prinsipper som er lagt til grunn for det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i SSHF. Dokumentet beskriver overordnede systemer og strukturer som skal bidra til å oppfylle krav i [forskrift om ledelse og kvalitetssikring i helse- og omsorgstjenesten](#) knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet.

Føringene i dokumentet gjelder for alle retningslinjer i styringssystemets kapittel 2 om kvalitet og pasientsikkerhet, samt for utvalgte retningslinjer i øvrige hovedkapitler i styringssystemet.

## 2. MÅLGRUPPE

Målgruppen for dokumentet er ledere og medarbeidere i SSHF. Dokumentet er også relevant for pasienter, brukere og pårørende, samt for publikum generelt og media.

## 3. INNHOLD I POLICY

Sørlandet sykehus skal ha systemer og strukturer for arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet som bidrar til gode og trygge helsetjenester, i tråd med vårt verdigrunnlag; respekt, faglig dyktighet, tilgjengelighet og engasjement.

Det er linjeledelsen på alle nivå (enhetsleder, seksjonsleder, avdelingssjef, klinikkdirektør og administrerende direktør) som har ansvar for at helsetjenestene som ytes er gode og sikre. Stabsavdelingene har ansvar for å understøtte linjeledelsen. Fagdirektøren har delegert systemansvar i tråd med forskrift for kvalitet og ledelse fra administrerende direktør. Helsepersonell har også et selvstendig ansvar etter lov om helsepersonell § 4 om å yte forsvarlig helsehjelp.


Det viktigste forbedringsarbeidet skjer i den daglige, virksomhetsnære driften. Ledere på alle nivå har ansvar for å legge til rette for at medarbeiderne, sammen med sine kolleger, har mulighet til å reflektere over egen virksomhet og fortløpende videreutvikle og forbedre tjenesten. Strukturene og systemene som inngår i dette kapitlet skal støtte dette viktige daglige arbeidet.

Kvalitet og pasientsikkerhet påvirkes av en hel rekke samspillsfaktorer. Sykehus er komplekse organisasjoner med høy grad av variasjon, der betingelsene endrer seg kontinuerlig. Målet er å ha systemer for både proaktiv og reaktiv tilnærming, som til sammen gir tilstrekkelig robusthet til å håndtere høy risiko i virksomheten, stor kompleksitet og høy grad av variasjon og uforutsigbarhet.

Uansett hvor gode støttesystemer og sterke strukturer som etableres, kan dette ikke erstatte god ledelse. Kompetente ledere, som er tett nok på egen virksomhet og kjenner tjenestens kvalitet, er avgjørende. Gode systemer og strukturer skal imidlertid støtte opp under linjeledernes arbeid med å sikre kvalitet og pasientsikkerhet innenfor sine ansvarsområder.

Gode og trygge helsetjenester forutsetter team der medarbeiderne jobber sammen i et arbeidsmiljø preget av psykologisk trygghet. Ledere på alle nivå har et spesielt ansvar for å utvikle og beholde en kultur med

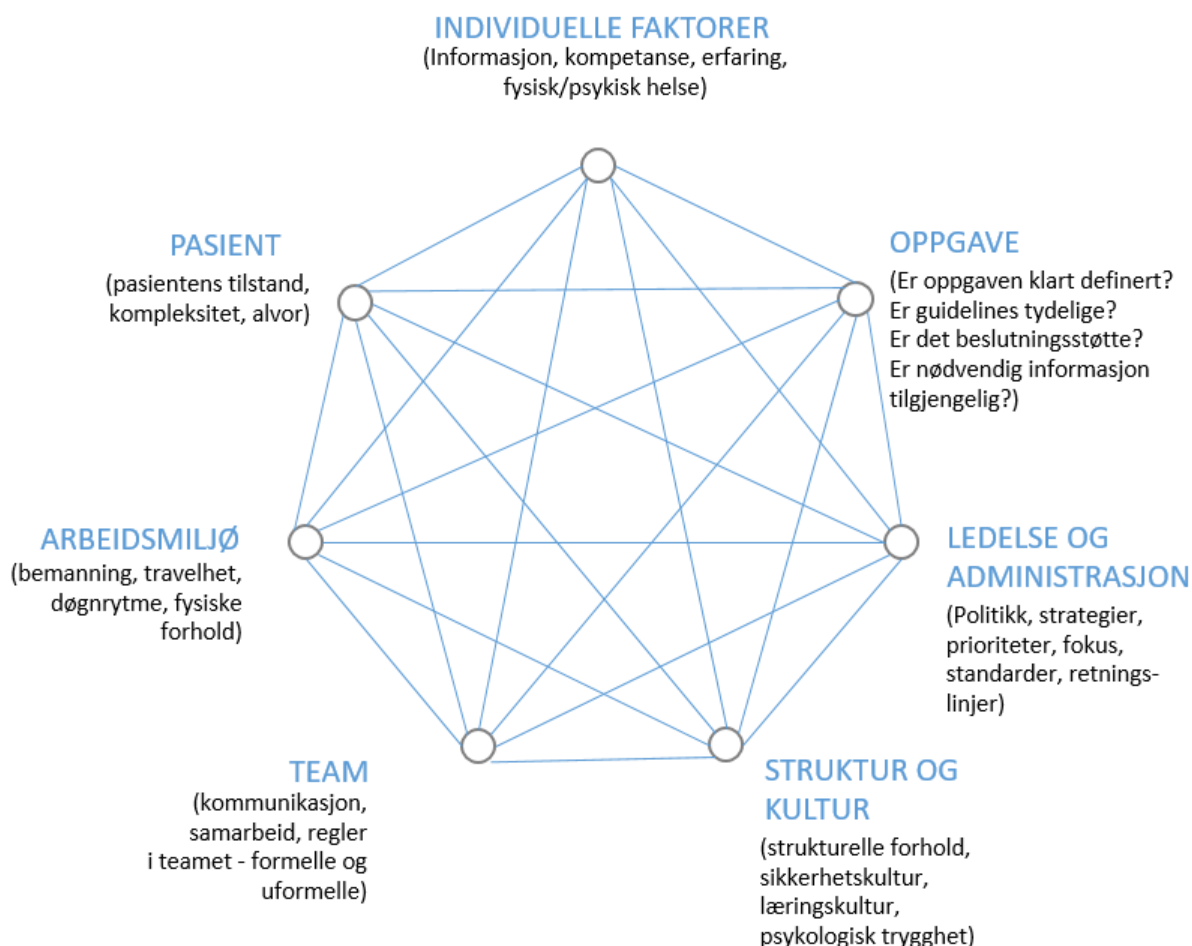
Utarbeidet av: <b>Kvalitetssjef Else Kristin Reitan</b>	Fagansvarlig: <b>Susanne Hernes</b>	Verifisert av: <b>[]</b>	Godkjent av: <b>Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren</b>	Dok.nr: <b>D55707</b>
--	--	-----------------------------	--	--------------------------

		<b>Kapittel 02 - Kvalitet og pasientsikkerhet - policydokument</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 6</b>
Dokument-id: I.5.2-1	Utarbeidet av: Kvalitetssjef Else Kristin Reitan	Fagansvarlig: Susanne Hernes	Godkjent dato: 03.09.2025	Godkjent av: Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren	Revisjon: 2.02

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet

høy grad av psykologisk trygghet for den enkelte medarbeider, på gruppenivå/i teamet, og i organisasjonen.


Følgende modell illustrerer faktorer som påvirker kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten:



*Modell: samspillsfaktorer Rexbye og Frappart.*

Figuren viser hvordan ulike komponenter inngår i et komplekst samspill, der resultatet påvirkes av kontinuerlig variasjon og endrede betingelser<sup>1</sup>. Det er etablert følgende systemer og strukturer som skal bidra til at disse komponentene kan samvirke på en god måte:

- Styrende dokumentasjon
- Kvalitetsutvalg
- Fagråd
- Håndtering av uønskede hendelser
- Kontinuerlig forbedring
- Legemiddelhåndtering - foretaksnivå
- Pasient- og pårørendeopplæring
- Smittevern
- Revisjoner

		<b>Kapittel 02 - Kvalitet og pasientsikkerhet - policydokument</b>			Side: 3 Av: 6
Dokument-id: I.5.2-1	Utarbeidet av: Kvalitetssjef Else Kristin Reitan	Fagansvarlig: Susanne Hernes	Godkjent dato: 03.09.2025	Godkjent av: Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren	Revisjon: 2.02

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet

- Tilsyn
- Pasientsikkerhetsvisitter

Disse systemene er nærmere beskrevet i egne underkapitler i kapittel 2. Andre systemer med stor betydning i samspillmodellen inngår i andre hovedkapitler i styringssystemet (risikostyring, ledelsens gjennomgang (LGG), utdanning og opplæring, HMS mm).

Kvalitetsportalen er foretakets overordnede kvalitetssystem. Modulene i Kvalitetsportalen skal brukes av hele virksomheten, på alle nivå. Fagavdelingen, ved Seksjon for kvalitet og pasientsikkerhet, er systemeier for Kvalitetsportalen og har ansvar for utvikling, tilpasning og opplæring i bruk av modulene.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) pålegger virksomheten å ha et styringssystem som beskriver hvordan kravene til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet ivaretas, inklusive plikten til å planlegge og sette mål, plikten til å gjennomføre og plikten å evaluere og korrigere virksomheten:

#### 4. PLANLEGGE

Det følger av [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten](#) § 6 at aktiviteter skal planlegges slik at vi har

- God oversikt over virksomhetens mål, oppgaver og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt, og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.
- Tilstrekkelig informasjon og kunnskap
- Oversikt over kompetanse og behov for opplæring
- Oversikt over avvik og forbedringsarbeid


Ledere på alle nivå i SSHF må planlegge virksomheten slik at dette kravet ivaretas.

#### 5. GJENNOMFØRE

I [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7](#) a, c, og d fremgår følgende plikter som inngår i kap. 2 i styringssystemet:

- Gjøre kjent og gjennomføre virksomhetens oppgaver
- Utvikle og iverksette tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge svikt
- Medvirkning fra medarbeiderne
- Medvirkning fra pasienter og brukere

Ledere på alle nivå i SSHF må påse at kravene ivaretas, gjennom å utarbeide og implementere rutiner og prosedyrer, følge opp uønskede hendelser, understøtte arbeidet i fagråd og andre kvalitetsutvalg og påse at det jobbes systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet.

 SØRLANDET SYKEHUS	<b>Kapittel 02 - Kvalitet og pasientsikkerhet - policydokument</b>				Side: 4 Av: 6
Dokument-id: I.5.2-1	Utarbeidet av: Kvalitetssjef Else Kristin Reitan	Fagansvarlig: Susanne Hernes	Godkjent dato: 03.09.2025	Godkjent av: Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren	Revisjon: 2.02

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet

## 6. EVALUERE

Plikten til å evaluere virksomheten følger av [forskriftens § 8](#). Spesielt relevant for kap. 2 i styringssystemet er:

- Bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende
- Gjennomgang av uønskede hendelser

Ledere på alle nivå i SSHF må påse at disse kravene ivaretas, blant annet ved systematisk gjennomgang av de ulike kildene til læring etter uønskede hendelser innenfor sine ansvarsområder.

## 7. KORRIGERE

Plikten til å korrigere følger av [forskriftens § 9](#).

- Lukke avvik
- Sørge for korrigerende tiltak
- Forbedre rutiner og prosedyrer


Ledere på alle nivå i SSHF må påse at disse kravene ivaretas.

### Kryssreferanser


<a href="#">I.2.2-9</a>	<a href="#">Legemiddelhåndtering, Ansvarsforhold og oppgaver - SSHF</a>
<a href="#">I.5.2.2-1</a>	<a href="#">Ledelsens gjennomgang (LGG) - foretaksnivå</a>
<a href="#">I.5.2.3-1</a>	<a href="#">Håndtering av planlagte eksterne tilsyn og revisjoner</a>
<a href="#">I.5.2.3-7</a>	<a href="#">Overordnet revisjonsprogram 2024 - 2026</a>
<a href="#">I.5.2.4-12</a>	<a href="#">Uønskede hendelser - policydokument</a>
<a href="#">I.5.2.5-1</a>	<a href="#">Kontinuerlig forbedring - retningslinje</a>
<a href="#">I.5.2.6-1</a>	<a href="#">Policydokument smittevern SSHF</a>
<a href="#">I.5.2.7-3</a>	<a href="#">Overordnet retningslinje for pasient- og pårørendeopplæring (PPO)</a>
<a href="#">I.5.2.9-1</a>	<a href="#">Fagråd - generelt mandat</a>
<a href="#">I.5.2.9-26</a>	<a href="#">Overordnet kvalitetsutvalg (OKU) SSHF - mandat</a>
<a href="#">I.5.2.12-2</a>	<a href="#">Pasientsikkerhetsvisitter</a>
<a href="#">I.5.14.7.1-10</a>	<a href="#">Styrende dokumentasjon i SSHF - dokumenttyper og krav til forvaltning</a>

### Eksterne referanser

- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](#)
- Rexbye H, Frappart H (red.); Patientsikkerhet, UTH og risikostyring, Grundbog til sundhedsprofessionelle. FADL'S FORLAG 2022
- [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)

 <b>SØRLANDET SYKEHUS</b>	<b>Kapittel 02 - Kvalitet og pasientsikkerhet - policydokument</b>				<b>Side: 5</b> <b>Av: 6</b>
<b>Dokument-id:</b> <b>I.5.2-1</b>	<b>Utarbeidet av:</b> <b>Kvalitetssjef Else Kristin Reitan</b>	<b>Fagansvarlig:</b> <b>Susanne Hernes</b>	<b>Godkjent dato:</b> <b>03.09.2025</b>	<b>Godkjent av:</b> <b>Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren</b>	<b>Revisjon:</b> <b>2.02</b>

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet

 <b>SØRLANDET SYKEHUS</b>	<b>Kapittel 02 - Kvalitet og pasientsikkerhet - policydokument</b>				<b>Side: 6</b> <b>Av: 6</b>
<b>Dokument-id:</b> <b>I.5.2-1</b>	<b>Utarbeidet av:</b> <b>Kvalitetssjef Else Kristin Reitan</b>	<b>Fagansvarlig:</b> <b>Susanne Hernes</b>	<b>Godkjent dato:</b> <b>03.09.2025</b>	<b>Godkjent av:</b> <b>Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren</b>	<b>Revisjon:</b> <b>2.02</b>

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet

---

<sup>i</sup> Rexbye H, Frappart H (red.); Patientsikkerhet, UTH og risikostyring, Grundbog til sundhedsprofessionelle, s. 25. FADL'S FORLAG 2022