Kartleggingsskjema

Ledelsens Gjennomgang 20..

|  |  |
| --- | --- |
| Enhet: |  |
| Dato: |  |
| Leder for enhet: |  |
| Rapporteringsår:  |  |

Leder har ansvar for å fylle ut kartleggingsskjema til ledelsens gjennomgang (LG). Grunnlagsmateriale er eksemplifisert i prosedyren, leder må gjøre en vurdering av hvilke kilder som skal tas med i LG.

Kartleggingsskjema synliggjør status for enheten, sett opp mot krav og mål som denne styres etter og måles på.

For områder uten tilfredsstillelse måloppnåelse skal det vurderes tiltak.

Det skal vurderes om ikke lukkede tiltak fra foregående års LG skal videreføres.

Tiltak etter LG legges inn i elektronisk handlingsplan i Sharepoint.

|  |  |
| --- | --- |
| Beskrivelse av spesifikke kilder til informasjon (registreringer) | - Hva er gjennomført?- Resultater, trender? |
| Er det gjennomført: - ROS-analyser- Eksterne tilsyn/revisjoner- Interne revisjoner- Avviksbehandling, trenderHar enheten hatt: - Tilsynssaker (Helsetilsyn/ Statsforvalter)- NPE-saker- Klagesaker- Samhandlingsavvik |  |
| Vesentlige endringer i drift i enheten i rapporteringsår? |  |

|  |
| --- |
| **OK =** *Alt ok, ingen merknad*  |
| **VURDER =** *Ingen konkrete tiltak, men følg opp saken videre. Oppfølgingen beskrives i rapporteringens siste side* |
| **FØLGE OPP =** *Forhold som krever tiltak. Tiltak, frist og ansvarlig beskrives på rapporteringens siste side* |
| **IKKE AKTUELT =** *Punktet er ikke relevant for enheten* |
|  | **OK** | **Vurder** | **Følge opp** | **Ikke aktuelt** |
| **1** | **Pasientens helsetjeneste** |  |   |   |   |
| 1.1 | Oppfylles lovkrav i forhold til brukermedvirkning(egen pasientbehandling)? |  |   |   |   |
| 1.2 | Gjennomfører enheten brukerundersøkelser som grunnlag for kvalitetsforbedring? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2** | **Pasientbehandling** |  |   |   |   |
| 2.1 | Oppfylles lovkrav i forhold til pasientbehandling? |  |   |   |   |
| 2.2 | Følges prioriteringsveiledere innenfor fagområdet/-ene i enheten? |  |   |   |   |
| 2.3 | Følger enheten interne faglige retningslinjer og beskrevne pasientforløp? |  |   |   |   |
| 2.4 | Har enheten et system for gjennomgang av relevante styringskrav? |  |  |  |  |
| 2.5 | Har enheten et system for gjennomgang av kvalitetsindikatorer for pasientbehandling? |  |  |  |  |
| 2.6 | Arbeider enheten systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet? |  |   |   |   |
| 2.7 | Gjennomføres opplæring av pasienter og pårørende på relevante fagområder? |  |   |   |   |
|   |   |  |   |   |   |
| **3** | **Oppgavedeling og samhandling** |  |   |   |   |
| 3.1 | Er relevante ansatte kjent med samarbeidsavtaler med kommunene? |  |  |  |  |
| 3.2 | Har enheten rutiner for oppfølging av og forbedring knyttet til samhandlingsavvik? |  |   |   |   |
| 3.3 | Har enheten rutiner/arena for informasjonsutveksling med sine interne samarbeidspartnere? |  |   |   |   |
| 3.4 | Har enheten rutiner/arena for informasjonsutveksling med sine eksterne samarbeidspartnere? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **4** | **Organisering, kvalitet og ledelse** |  |   |   |   |
| 4.1 | Har enheten en virksomhetsplan med mål for aktiviteten og handlingsplan for å nå målene? |  |   |   |   |
| 4.2 | Er virksomhetsplan, mål og handlingsplan kjent for ansatte? |  |   |   |   |
| 4.4 | Gjennomgår enheten systematisk relevant statistikk for å vurdere måloppnåelse? |  |  |  |  |
| 4.5 | Er det tydelig hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt i enheten? |  |   |   |   |
| 4.6 | Har enheten nødvendige funksjonsbeskrivelser? |  |   |   |   |
| 4.7 | Er funksjonsbeskrivelsene oppdaterte? |  |  |  |  |
| 4.8 | Har ansatte tilgang til de ressurser de trenger for å utføre den jobben de er satt til å gjøre? |  |   |   |   |
| 4.9 | Følger enheten rutiner for dokumentstyring og arkivering? |  |   |   |   |
| 4.10 | Har enheten system for å gjennomføre nødvendige risiko- og sårbarhetsvurderinger?  |  |  |  |  |
| 4.11 | Har enheten plan for gjennomføring av internrevisjoner? |  |  |  |  |
| 4.12 | Har enheten rutiner for oppfølging av avvik og merknader etter eksterne tilsyn og revisjoner? |  |  |  |  |
| 4.13 | Har enheten system for oppfølging av klager fra pasienter? |  |  |  |  |
| 4.14 | Har enheten rutiner for avviksbehandling – læring i egen enhet og på tvers? |  |  |  |  |
| 4.15 | Fungerer enhetens rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge uønskede hendelser? |  |  |  |  |
| 4.16 | Fungerer enhetens rutiner for varsling og oppfølging av alvorlige hendelser (§3.3a-meldinger)? |  |  |  |  |
| 4.17 | Arbeider enheten systematisk med kontinuerlig forbedring av sine prosesser? |  |  |  |  |
| 4.18 | Har enheten system for å fange opp relevante endringer i lov/forskrift? |  |  |  |  |
| 4.19 | Oppfyller enheten krav som utdanningsinstitusjon for aktuelle faggrupper? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **5** | **Bemanning, kompetanse og HMS** |  |   |   |   |
| 5.1 | Har enheten kompetanseplan der framtidig behov for kompetanse vurderes? |  |  |  |  |
| 5.2 | Har enheten system for å ajourholde kompetanseplaner for ulike faggrupper i Kompetanseportalen? |  |  |  |  |
| 5.3 | Har enheten system for å sikre etterlevelse av individuelle kompetanseplaner? |  |   |   |   |
| 5.4 | Har enheten lokal HMS handlingsplan og er denne fulgt opp? |  |   |   |   |
| 5.5 | Har enheten system for opplæring av nyansatte? |  |   |   |   |
| 5.6 | Har enheten oversikt over og følger opp arbeidstidsavvik? |  |   |   |   |
| 5.7 | Har enheten plan for ufrivillige deltidsstillinger, og er denne i tilfelle fulgt opp? |  |   |   |   |
| 5.8 | ForBedring – har enheten handlingsplan og er denne fulgt opp? |  |   |   |   |
| 5.9 | Har enheten plan for oppfølging seniorpolitikk og er denne fulgt opp? |  |   |   |   |
|   |   |  |   |   |   |
| **6** | **Forskning og innovasjon** |  |   |   |   |
| 6.1 | Har enheten innovasjonskontakt? |  |   |   |   |
| 6.2 | Har enheten rutiner for å ta i bruk ny og/eller oppdatert kunnskap? |  |   |   |   |
|   |   |  |   |   |   |
| **7** | **Økonomi og ressursstyring** |  |   |   |   |
| 7.1 | Har enheten overholdt budsjett for rapporteringsår? |  |   |   |   |
| 7.2 | Har enheten god kontroll over sine inntekter og utgifter? |  |  |  |  |
| 7.3 | Er det samsvar mellom planlagt aktivitet og faktisk aktivitet for rapporteringsår? |  |   |   |   |
| 7.4 | Er det samsvar mellom planlagt bemanning og faktisk forbrukt månedsverk for rapporteringsår? |  |   |   |   |
| 7.5 | Har enheten gode rutiner for riktig DRG-koding? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **8** | **Teknologi og utstyr** |  |   |   |   |
| 8.1 | Har enheten system for kommunikasjon med MTA om status for enhetens medisintekniske utstyr? |  |  |  |  |
| 8.2 | Er enhetens utstyr egnet for dagens virksomhet? |  |   |   |   |
| 8.3 | Har enheten en investeringsplan for innkjøp/utskifting av medisinteknisk utstyr, inventar og annet utstyr det er behov for? |  |  |  |  |
|   |   |  |   |   |   |
| **9** | **Bygg** |  |   |   |   |
| 9.1 | Har enheten arealkapasitet tilpasset kjernevirksomhet? |  |   |   |   |
| 9.2 | Er enhetens areal egnet for dagens virksomhet? |  |   |   |   |
| 9.3 | Er teknisk tilstand god på enhetens areal? |  |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **10** | **Ytre miljø** |  |  |  |  |
| 10.1 | Oppfylles lovkrav i forhold til ytre miljø i enheten? |  |   |   |   |
| 10.2 | Har enheten handlingsplan for ytre miljø og er denne fulgt opp? |  |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11** | **Informasjonssikkerhet** |  |  |  |  |
| 11.1 | Har ansatte nødvendig opplæring i informasjonssikkerhet jfr. EQS-prosedyre 643? |  |  |  |  |
| 11.2 | Har enheten system for jevnlig kontroll av autorisasjoner for å sjekke at ansatte kun har tilgang til det de trenger ut fra tjenstlige behov? |  |   |   |   |
| 11.3 | Er alle meldepliktige prosjekter og registre meldt personvernombudet? |  |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **12** | **Beredskap** |  |  |  |  |
| 12.1 | Er enhetens beredskapsplaner oppdaterte? |  |   |   |   |
| 12.2 | Er enhetens beredskapsplaner kjent for ansatte? |  |   |   |   |
| 12.3 | Er det gjennomført intern brannopplæring? |  |  |  |  |
| 12.4 | Er det gjennomført kurs i HLR/AHLR? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **13** | **Annet som enheten vurderer relevant for LG** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |