**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 tilfredsstillelende 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 [Hjem - Handlingsplan 2024](https://vp.helse-midt.no/sites/HNT/h24/_layouts/15/start.aspx#/default.aspx).

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Riktig =** *Det stemmer, ingen merknad* | | | | | |
| **Delvis riktig=** *Tiltak vurderes. Tiltakene som ikke ivaretas i andre handlingsplaner, legges inn i LG handlingsplan* | | | | | |
| **SKAL FØLGES OPP =** *Forhold som krever tiltak. Tiltak, frist og ansvarlig beskrives i relevante handlingsplaner* | | | | | |
| **IKKE AKTUELT =** *Punktet er ikke relevant for enheten* | | | | | |
|  | | **Riktig** | **Delvis riktig** | **Skal følges opp** | **Ikke aktuelt** |
| **1** | **Pasientens helsetjeneste** |  |  |  |  |
| 1.1 | Enheten bruker tilbakemelding fra pasient/brukere som grunnlag for kvalitetsforbedring? |  |  |  |  |
| 1.2 | Gjennomfører opplæring av pasienter og pårørende på relevante fagområder. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2** | **Pasientbehandling** |  |  |  |  |
| 2.1 | Enheten følger prioriteringsveileder innenfor fagområdet/-ene i enheten? |  |  |  |  |
| 2.2 | Enheten følger faglige retningslinjer og nasjonale pakkeforløp? |  |  |  |  |
| 2.3 | Enheten har et system for gjennomgang og evaluering av kvalitetsindikatorer for pasientbehandling? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **3** | **Samhandling** |  |  |  |  |
| 3.1 | Enheten har etablert rutiner som følges jamfør samhandlingsavtale med kommunene? |  |  |  |  |
| 3.2 | Enheten har egnede rutiner/arena for samarbeid og informasjonsutveksling med interne samarbeidspartnere? |  |  |  |  |
| 3.3 | Enheten involverer relevante samarbeidspartnere i tjenesteutøvelse og utvikling? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **4** | **Virksomhetsstyring** |  |  |  |  |
| 4.1 | Enheten har en fungerende virksomhetsplan med mål og handlingsplan for å nå målene |  |  |  |  |
| 4.2 | Enhetens ansatte kjenner virksomhetsplan, mål og handlingsplan |  |  |  |  |
| 4.3 | Enheten har systematisk gjennomgang av styringsdata og bruker disse til kontinuerlig forbedring |  |  |  |  |
| 4.4 | Enheten følger opp styringskrav og rammer innenfor gitte frister |  |  |  |  |
| 4.5 | Enheten har fungerende system for å fange opp og implementere relevante endringer i lov/forskrift? |  |  |  |  |
| 4.6 | Enheten følger opp foretakets krav og rutiner for dokumenthåndtering og arkivering |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **5** | **Kvalitet, utvikling og kontinuerlig forbedring** |  |  |  |  |
|  | Enheten har kjennskap til: |  |  |  |  |
| 5.1 | * regionalt rammeverk for risikostyring |  |  |  |  |
| 5.2 | * rutiner for å melde og følge opp avvik (inklusiv #Råbra) |  |  |  |  |
| 5.3 | * rutiner for oppfølging av klager, tilsyn- og NPE-saker |  |  |  |  |
| 5.4 | * rutiner for oppfølging av samhandlingsavvik |  |  |  |  |
| 5.5 | * rutiner for oppfølging av både interne og eksterne systemtilsyn og revisjoner |  |  |  |  |
| 5.6 | * rutiner for varsling og oppfølging av alvorlige hendelser (§3.3a-meldinger) |  |  |  |  |
| 5.7 | * rutiner for bruk av hendelsesanalyser-/ gjennomganger |  |  |  |  |
| 5.8 | Enheten gjennomfører og benytter resultat (punkt 5.1 -5.7 og andre tilsvarende tilbakemeldinger/ resultater) til forbedring og utvikling |  |  |  |  |
| 5.9 | Enheten har system for **implementering** av kunnskap fra prosjekt, forbedring/innovasjon-, omstilling- og utviklingsarbeid |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **6** | **Organisasjon og ledelse** |  |  |  |  |
| 6.1 | Enheten er organisert på en hensiktsmessig måte for å ivareta sine kjerneoppgaver |  |  |  |  |
| 6.2 | Enhetens arbeidsoppgaver samsvarer med ressurser og mål |  |  |  |  |
| 6.3 | Leders oppgaver samsvarer med enhetens ressurser og mål |  |  |  |  |
| 6.4 | Det er tydelig hvem som har ansvar og myndighet til ulike oppgaver i enhet (jamfør funksjonsbeskrivelse og fullmaktsmatrise) |  |  |  |  |
| 6.5 | Alle funksjoner i enheten har en oppdatert funksjonsbeskrivelse |  |  |  |  |
| 6.7 | Enheten har lagt inn sine avtaler i avtaleregisteret |  |  |  |  |
| 6.8 | Enheten følger opp sine avtaler i avtaleregisteret |  |  |  |  |
| 6.9 | Enheten oppfyller krav som utdanningsinstitusjon |  |  |  |  |
| 6.10 | Det foreligger en oppdatert strategisk kompetanseplan |  |  |  |  |
| 6.11 | Enheten har oppdaterte kompetanseplaner i Kompetanseportalen? |  |  |  |  |
| 6.12 | Enheten har system for å sikre gjennomføring av individuelle kompetanseplaner |  |  |  |  |
| 6.13 | Enheten gjennomfører medarbeidersamtaler i kompetanseportalen |  |  |  |  |
| 6.14 | Enheten har systematisk opplæring av nyansatte |  |  |  |  |
| 6.15 | Enheten er kjent med HNTs seniorpolitikk og følger opp denne |  |  |  |  |
| 6.16 | Enheten har oversikt over og følger opp arbeidstidsavvik |  |  |  |  |
| 6.17 | Enheten har riktig bemanning i h.h.t behov (rekruttering) |  |  |  |  |
| 6.18 | Enheten har oversikt over, og plan for oppfølging av ufrivillige deltidsstillinger |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **7** | **HMS** |  |  |  |  |
| 7.1 | Enheten har og følger opp lokal HMS handlingsplan |  |  |  |  |
| 7.2 | Enheten har verneombud |  |  |  |  |
| 7.3 | Enheten har gjennomført vernerunde(r) |  |  |  |  |
| 7.4 | Enhet følger opp ForBedring |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **8** | **Forskning** |  |  |  |  |
| 8.1 | Enheten legger til rette for relevant forskning. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **9** | **Økonomi og ressursstyring** |  |  |  |  |
| 9.1 | Det har vært bred involvering av alle nivå og dokumentasjon av budsjettprosessen |  |  |  |  |
| 9.2 | Det har vært samsvar mellom planlagt aktivitet og faktisk aktivitet for rapporteringsår |  |  |  |  |
| 9.3 | Det har vært samsvar mellom planlagt bemanning og faktisk forbrukt månedsverk for rapporteringsår |  |  |  |  |
| 9.4 | Det har vært samsvar mellom planlagt aktivitet og ressurstilgang (bemanning/utstyr/lokaler) |  |  |  |  |
| 9.5 | Enheten har hatt god kontroll over sine inntekter og utgifter |  |  |  |  |
| 9.6 | Enheten har hatt gode rutiner for riktig DRG-koding |  |  |  |  |
| 9.7 | Enheten har overholdt budsjett for rapporteringsår |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **10** | **Teknologi og utstyr** |  |  |  |  |
| 10.1 | Enheten har utstyr egnet for dagens virksomhet? |  |  |  |  |
| 10.2 | Enheten har en investeringsplan for innkjøp/utskifting av medisinskteknisk utstyr, annet teknisk utstyr, inventar og annet utstyr det er behov for? |  |  |  |  |
| 10.3 | Enheten har en plan for kvalitetskontroll og vedlikehold av utstyr/inventar, og denne følges opp. |  |  |  |  |
| 10.4 | Enheten kjenner og forholder seg til serviceavtaler for relevant utstyr. |  |  |  |  |
| 10.5 | Enheten har avklart ansvarsforhold med MTA/eiendomsavdeling angående utstyr. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **11** | **Bygg** |  |  |  |  |
| 11.1 | Enheten har areal som samsvarer med aktiviteten. |  |  |  |  |
| 11.2 | Enheten har areal egnet for dagens virksomhet. |  |  |  |  |
| 11.3 | Teknisk tilstand er tilfredsstillende på enhetens areal |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **12** | **Samfunnsansvar** |  |  |  |  |
| 12.1 | Enheten er kjent med “Spesialisthelsetjenestens rammeverk for samfunnsansvar” |  |  |  |  |
| 12.2 | Enheten har operasjonalisert rammeverk inn i daglig drift (bl.a. med tanke på anskaffelse, handlingsplaner og budsjett). |  |  |  |  |
| 12.3 | Enheten har handlingsplan for ytre miljø og denne er fulgt opp. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **13** | **Informasjonssikkerhet og personvern** |  |  |  |  |
| 13.1 | Enheten har nødvendige rutiner for, og gjennomfører opplæring i informasjonssikkerhet og personvern |  |  |  |  |
| 13.2 | Enheten har systematisk gjennomgang av tilganger og autorisasjoner for å sjekke at ansatte kun har tilgang til det de trenger ut fra tjenstlige behov |  |  |  |  |
| 13.3 | Alle meldepliktige prosjekter og registre er meldt personvernombudet |  |  |  |  |
| 13.4 | Personopplysningsprotokollen er oppdatert |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 14 | **Beredskap** |  |  |  |  |
| 14.1 | Enheten har oppdaterte beredskapsplaner |  |  |  |  |
| 14.2 | Beredskapsplanen er tilgjengelig og kjent for ansatte |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 15 | **Annet som enheten vurderer relevant for LG** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |