Innhold

[1. HENSIKT 2](#_Toc27748047)

[2. DOKUMENTASJON 2](#_Toc27748048)

[3. endringer i eksterne og interne forhold som har betydning for enheten 2](#_Toc27748049)

[3.1 Endringer i lovverk og eksterne/interne føringer 3](#_Toc27748050)

[3.2 Endringer i tjenestetilbud og behov i befolkningen 3](#_Toc27748051)

[3.3 Endringer hos samarbeidspartnere 3](#_Toc27748052)

[4. Oppfølging etter forrige ledelsens gjennomgang 3](#_Toc27748053)

[4.1 Oversikt over tiltak fra forrige gjennomgang 3](#_Toc27748054)

[4.2 Vurdering om tiltakene bidro til forbedring 3](#_Toc27748055)

[5. oppgaver og mål 3](#_Toc27748056)

[5.1 Vurdering av mål og resultater for \*sett inn årstall 3](#_Toc27748057)

[5.2 Strategiske mål og prioriteringer for \*sett inn årstall 3](#_Toc27748058)

[6. tjenestetilbud 4](#_Toc27748059)

[6.1 Pasientbehandling 4](#_Toc27748060)

[6.2 Forskning, innovasjon, utdanning og kompetanse 5](#_Toc27748061)

[6.3 Pasient og pårørende opplæring 7](#_Toc27748062)

[7. Arbeidsmiljø og ANSATTE 8](#_Toc27748063)

[7.1 Ledelse 8](#_Toc27748064)

[7.2 HMS 8](#_Toc27748065)

[8. Andre faktorer som påvirker ledelsessystemet 9](#_Toc27748066)

[9. grunnleggende verktøy i ledelsessystemet 10](#_Toc27748067)

[9.1 Elektronisk kvalitetssystem- EQS 10](#_Toc27748068)

[9.2 Tilsyn og revisjoner 11](#_Toc27748069)

[9.3 Kontinuerlig forbedring 11](#_Toc27748070)

[10 pRIORITERING OG PLAN FOR FORBEDRING 12](#_Toc27748071)

Helse Møre og Romsdal HF  
**ledelsens gjennomgang**

Dato for gjennomgang, for tidsperioden \*sett inn årstall

# HENSIKT

Ledelsens gjennomgang er en systematisk gjennomgang av aktiviteter og systemer som tas i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere Helse Møre og Romsdal HF slik at dette samsvarer med krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivningen. I hovedsak skal ledelsens gjennomgang besvare:

* Oppnås ønskede mål og resultater?
* Hvilke muligheter for forbedring finnes?
* Overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gjennom dette dokumentet vil du finne slike bokser som inneholder veiledning, støttespørsmål eller eksempler. Boksene kan fjernes når dokumentet er ferdig utfylt. Malen er kun veiledende, og det er mulig å fjerne de områdene som ikke er relevant og eventuelt henvise til andre dokumenter som ivaretar denne informasjonen. Tekst i kursiv er kun hjelpetekst, og kan byttes ut med annen informasjon som er viktig for klinikken. |

# DOKUMENTASJON

|  |  |
| --- | --- |
|  | Her kan det plasseres hyperkobling til dokumentasjon som legger grunnlag for gjennomgangen. Eksempler på dokumentasjon:  **Endring i eksterne føringer som angår klinikken (lovverk, retningslinjer, styringskrav, nasjonale planer o.l.)**  **Endring i interne føringer som angår klinikken (utviklingsplan, driftsavtale, overordnet strategi o.l.)**  **Overordnede mål for klinikken**  **Forrige ledelsens gjennomgang**  Risikovurderinger  Handlingsplaner  Oppsummerte årsresultater og tilgjengelig statistikk på aktivitet, kvalitet, pasientsikkerhet, personal, HMS, ytre miljø, smittevern, økonomi, kompetanse, informasjonssikkerhet, forskning- og undervisningsaktivitet.  Resultater fra interne/eksterne tilsyn og revisjoner  Læringsnotater  Statistikk fra uønskede hendelser  Resultater fra medarbeiderundersøkelser  Dokumentasjon av pasient- og brukertilfredshet og opplevd kvalitet  Oppsummerte resultater og tilgjengelig statistikk fra arbeid innenfor hovedoppgaver og strategiske prioriteringer |

# endringer i eksterne og interne forhold som har betydning for enheten

|  |  |
| --- | --- |
|  | Har det vært endringer i interne eller eksterne forhold som har betydning for hvordan enhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres? Hva betyr endringen for enhetens praksis?  Overholdes gjeldende lover, forskrifter og faglige anbefalinger? Hvilke utfordringer har enheten med å imøtekomme lover, forskrifter og faglige anbefalinger?  EKS: Lovverk, faglige retningslinjer, endret tjenestetilbud, behov hos pasientgruppen, samarbeidspartnere, eller lignende. |

## Endringer i lovverk og eksterne/interne føringer

## Endringer i tjenestetilbud og behov i befolkningen

## Endringer hos samarbeidspartnere

# Oppfølging etter forrige ledelsens gjennomgang

|  |  |
| --- | --- |
|  | Legg inn lenke til forrige ledelsens gjennomgang i grunnlagsdokumentasjonen. Beskriv hvilke forbedringsforslag som ble prioritert og hvorvidt tiltak er utført. Vurder effekt av tiltakene. Behov for videre fokus eller OK? |

## Oversikt over tiltak fra forrige gjennomgang

## Vurdering om tiltakene bidro til forbedring

# oppgaver og mål

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hvilket hovedansvar har enheten innenfor pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasient/pårørendeopplæring? |

## Vurdering av mål og resultater for \*sett inn årstall

|  |  |
| --- | --- |
|  | Til lederen: For å lede og levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet, må du vite hva du skal oppnå. Her kan du skrive ned en kort vurdering av de overordnede strategiske føringer og hovedmål for gjeldende tidsperiode som gjennomgås. Det må settes et klart og tydelig mål for alle hovedoppgaver enheten skal levere på. Målet for hvor stor forbedring man skal oppnå bør tallfestes hvis mulig. Videre bør det komme tydelig frem på hvilket tidspunkt man forventer å ha nådd dette målet og hvem dette målet er relevant for. Om enheten ikke har tydelige prioriteringer og mål forventes det at dette settes i system for å kunne ivareta krav om systematisk gjennomgang av virksomheten. Eksempel på hva som bør besvares er:  Har vi oppnådd de mål og resultater vi planla året i forkant? Hvorfor? Hvorfor ikke? Hvilke områder er vi spesielt stolte av og hvilke områder trenger videre oppfølging i året som kommer? |

## Strategiske mål og prioriteringer for \*sett inn årstall

|  |  |
| --- | --- |
|  | Her kan det beskrives kort hovedmål og satsninger man hadde for gjeldende tidsperiode med oppsummert resultat. |

* <Strategiske mål og prioriteringer for året som var >
* < Strategiske mål og prioriteringer for året som var >
* < Strategiske mål og prioriteringer for året som var >

# tjenestetilbud

|  |  |
| --- | --- |
|  | I de neste kapitlene skal det presenteres et utvalg mål, indikatorer, resultater, rapporter, undersøkelser osv som beskriver enhetens hovedoppgaver. For å prioritere informasjon som legges inn; - hva betyr dette for oss? –er det behov for forbedringer? Forsøk å være kortfattet og konsis. Legg gjerne inn utklipp eller hyperkoplinger med grafer og lignende, men vær obs på å forklare hva grafen viser og hva dette betyr for videre arbeid.  For hvert av områdene som trekkes frem bør det vurderes: 1. hvilke mål har vi knyttet til området. 2. status for måloppnåelse 3. vurdering av resultat 4. beslutning om videre tiltak.  Overordnede føringer kan være lovverk, styringskrav som omhandler klinikken, faglige retningslinjer etc. |
|  | Status for måloppnåelse kan beskrives med fargekode, hvis ønskelig:  God måloppnåelse: Innfrir krav og forventninger  Mindre god måloppnåelse: Innfrir delvis krav/forventninger  Mangelfull måloppnåelse: Innfrir ikke krav/forventninger |

## Pasientbehandling

* + 1. **Aktivitet og effektivitet**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Forløp* |  |  |  |
| *Fristbrudd* |  |  |  |
| *Ventetid* |  |  |  |
| *Produksjonstall* |  |  |  |
| *Risikoområder som er vesentlige* |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

* + 1. **Kvalitet og pasientsikkerhet**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Utvalgte indikatorer fra medisinsk kvalitetsregister* |  |  |  |
| *Epikrisetid* |  |  |  |
| *Korridorpasienter* |  |  |  |
| *Risikoområder som er vesentlige for drift* |  |  |  |
| *Pasientskader* |  |  |  |
| *Status for smittevern* |  |  |  |
| *Status på innsatsområder i Pasientsikkerhetsprogrammet* |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

* + 1. **Samhandling og samarbeid**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Internt samarbeid* |  |  |  |
| *Eksternt samarbeid* |  |  |  |
| *Informasjonsflyt* |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

## Forskning, innovasjon, utdanning og kompetanse

* + 1. **Forskning og innovasjon**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Forskingsaktivitet og fremgang* |  |  |  |
| *Forskingskompetanse* |  |  |  |
| *Innovasjonsaktivitet* |  |  |  |
| *Digitalisering* |  |  |  |
| *Helseplattformen* |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

* + 1. **Utdanning**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Status utdanninger* |  |  |  |
| *Risikoområder som er vesentlige* |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

* + 1. **Kompetanse**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Identifisere behov for opplæring og videreutvikling* |  |  |  |
| *Hva er strategisk viktig kompetanse for klinikken?* |  |  |  |
| *Status rekrutteringsplan* |  |  |  |
| Beholde kompetanse |  |  |  |
| *Risikoområder som er vesentlige* |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

## Pasient og pårørende opplæring

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

* + 1. **Pasientmedvirkning og tilfredshet**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Involvering av pasienter i behandlingsvalg* |  |  |  |
| *Involvering av pasienter i utforming av tjenesten* |  |  |  |
| *Resultat fra pasient og brukerundersøkelser* |  |  |  |
| *Pasientrapporterte data på resultat av behandling i ulike faser (PROMS)* |  |  |  |
| *Pasientens opplevelse og tilfredshet med tjenesten (PREMS)* |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

# Arbeidsmiljø og ANSATTE

|  |  |
| --- | --- |
|  | Medarbeidere er vår viktigste ressurs for å lykkes som virksomhet og et godt arbeidsmiljø bidrar til god pasientbehandling. I de neste kapitlene skal det presenteres mål, indikatorer, resultater, rapporter, undersøkelser osv som beskriver hvordan vi ivaretar arbeidsmiljøet og utnytter ressursene våre best mulig. For å prioritere informasjon som legges inn; - hva betyr dette for oss? –er det behov for forbedringer? Forsøk å være kortfattet og konsis.  For hvert av områdene som trekkes frem bør det vurderes: 1. hvilke mål har vi knyttet til området. 2. status for måloppnåelse 3. vurdering av resultat 4. beslutning om videre tiltak.  Overordnede føringer kan være lovverk, styringskrav som omhandler klinikken, faglige retningslinjer etc. |
|  | Status for måloppnåelse kan beskrives med fargekode, hvis ønskelig:  God måloppnåelse: Innfrir krav og forventninger  Mindre god måloppnåelse: Innfrir delvis krav/forventninger  Mangelfull måloppnåelse: Innfrir ikke krav/forventninger |

## Ledelse

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Status lederopplæring* |  |  |  |
| *Status lederutvikling* |  |  |  |
| *Status fremtidige lederbehov* |  |  |  |
| *Risikoområder som er vesentlige* |  |  |  |
| *Kultur* |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

## HMS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Resultat og oppfølging sykefravær* |  |  |  |
| *Status samarbeidsplan med BHT* |  |  |  |
| *Status hovedfunn etter vernerunde* |  |  |  |
| *Status og tiltak ForBedring* |  |  |  |
| *Risikoområder som er vesentlige* |  |  |  |
| *Status oppfølging registrerte skader* |  |  |  |
| *Oppfølging av brudd på arbeidstidsbestemmelsene* |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

# Andre faktorer som påvirker ledelsessystemet

* 1. **Økonomi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Budsjettresultat* |  |  |  |
| *Svinn og uønsket ressursbruk* |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

* 1. **Utstyr**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Ikke medisinsk utstyr* |  |  |  |
| *Medisinsk teknisk utstyr* |  |  |  |
| *Vurdering av gjennomførte investeringer og fremtidige behov* |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

* 1. **Bygg og beredskap**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: Lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-2 | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Endring i behov* |  |  |  |
| *Praktisk logistikk* |  |  |  |
| *Status beredskapsplan* |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

* 1. **Ytre miljø**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Vesentlige miljøaspekt* |  |  |  |
| *Miljømål og tiltak* |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

* 1. **Informasjonssikkerhet**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| *Status for etablering av rammeverk for informasjonssikkerhet og personvern* |  |  |  |
| *Områder med høy risiko eller særlig interesse* |  |  |  |
| *Uønskede hendelser knyttet til informasjonssikkerhet* |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

# grunnleggende verktøy i ledelsessystemet

## Elektronisk kvalitetssystem- EQS

* + 1. **Prosedyrer og dokumentasjon**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| Status dokumentrydding |  |  |  |
| Status forenkling, standardisering, forbedring |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

* + 1. **Melding om uønskede hendelser og meldekultur**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Overordnede føringer: | | | |
| **Mål:** | | | |
| **Delmål:** | | | |
| **Informasjon som gir merverdi for fremtidige beslutninger i vår klinikk** | **Status** | **Begrunnelse** | **Behov for oppfølging?** |
| Områder med stor risiko |  |  |  |
| Status meldekultur og åpenhet |  |  |  |
| **Beslutning:** | | | |

* + 1. **Resultat fra risiko og sårbarhetsanalyser (ROS)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hva er de største utfordringer for enheten? Hvilke tiltak er satt i gang for å redusere risiko? Hvilke beslutninger og tiltak er gjennomført på bakgrunn av ROS? |

## Tilsyn og revisjoner

|  |  |
| --- | --- |
|  | Viktige læringspunkter fra tilsyn og revisjoner. Hvordan sikrer vi at systemet forebygger at vi gjentar de samme avvikene? |

* + 1. **Eksterne**
    2. **Interne**

## Kontinuerlig forbedring

* + 1. Fungerer ledelsessystemet som forutsatt?
    2. Gjennomføres det systematiske forbedringer etter forbedringsmodellen?
    3. Evaluering av praktisk gjennomføring av ledelsens gjennomgang

# pRIORITERING OG PLAN FOR FORBEDRING

* + 1. Klinikksjefens helhetlige vurdering

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kort oppsummering av helhetlig vurdering. Hva prioriteres og hva prioriteres bort? Hvorfor? På bakgrunn av denne informasjonen, hva er viktig for enheten nå? |

* + 1. Prioriterte forbedringsområder med ansvarsplassering og tidsplan for kommende år

|  |  |
| --- | --- |
|  | Det er her jobben starter, å faktisk gjennomføre endringer basert på informasjonen i ledelsens gjennomgang |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Utfordring | Hvilke endringer kan vi gjøre som vil føre til forbedringer? | Hvem har ansvar for gjennomføringen? | Frist |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |