

		SSHF	KIR	MED	KPH	TEK	STAB	Tidsfrist	15.10.2015	01.10.2016
Problemstilling 1	I hvilken grad er det etablert rutiner for samarbeid med kommunene i tråd med gjeldende krav?									
1.1	Det gjennomføres tiltak som sikrer at vurdering av pasientens sannsynlige behov for tjenester fra kommunen etter utskrivelse blir gjennomført ved innleggelse og dokumentert i DIPS.									
	Det dokumenteres i sykepleiers innkomstnotat ved første legevisitt (og senest innen 24-timer etter innleggelse) at lege har vurdert pasientens sannsynlige behov for tjenester fra kommunen etter utskrivelse.	Ledergruppen				IT. Avd (mal og DIPS)		Januar 2016		
	Implementering, opplæring og bruk av rutinene blir gjenstand for jevnlig oppfølging og internkontroll.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå			Februar 2016		
	Internkontrollrutiner inngår som del av evalueringen av ledere på alle nivå.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå		Org. Avd.	Mai 2016		
1.2	Det gjennomføres tiltak som sikres at meldingene sendes innenfor fristen på 24 timer									
	Rutiner for dette finnes (ansvar fagavd. og IT avd.) og følges (ansvar linje) - ingen nye tiltak tiltregnt	Ledergruppen				IT avd.	Fagavd.	Fortløpende		
	Implementering, opplæring og bruk av rutinene blir gjenstand for jevnlig oppfølging og internkontroll.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå			Februar 2016		
	Internkontrollrutiner inngår som del av evalueringen av ledere på alle nivå.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå		Org. Avd.	Mai 2016		
1.3	Det gjennomføres tiltak som sikrer at pasientens samtykke til at informasjon utveksles med kommunen dokumenteres.									
	Implementering, opplæring og bruk av rutinene blir gjenstand for jevnlig oppfølging og internkontroll.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå			Februar 2016		
	Internkontrollrutiner inngår som del av evalueringen av ledere på alle nivå.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå		Org. Avd.	Mai 2016		
1.4	Det gjennomføres tiltak som sikrer at lege vurderer pasienten som utskrivingsklar på bakgrunn av gjeldende krav og at dette dokumenteres i journal									
	Se punkt 2.5	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå			Mai 2016		
1.5	Det gjennomføres tiltak som sikrer at epikrise eller tilsvarende informasjon sendes med pasienten ved utskrivning, og at denne er oppdatert og kvalitetssikret.									
	Den eksisterende sjekklisten for utskrivning implementeres på tvers av alle avdelinger og lokalisasjoner ved SSHF som foretaksovergripende rutine for somatikken	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå		Fagavd. (fortløpende revisjon)	November 2015		
	Alle avdelinger innfører medikamentmodulen i DIPS	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	IT avd.	Fagavd.	Umiddelbart når ny modul foreligger		
	Implementering, opplæring og bruk av rutinene blir gjenstand for jevnlig oppfølging og internkontroll.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå			November 2015		
	Internkontrollrutiner inngår som del av evalueringen av ledere på alle nivå.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå		Org. Avd.	Mai 2016		
1.6	Det gjennomføres tiltak som sikrer at det fremgår av journal i hvilken grad pasienten har fått den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsestilstand og innholdet i den helsehjelp som er gitt.									
	Implementering, opplæring og bruk av rutinene blir gjenstand for jevnlig oppfølging og internkontroll.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå			November 2015		

	Internkontrollrutiner inngår som del av evalueringen av ledere på alle nivå.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå		Org. Avd.	Mai 2016		
1.7	Det gjennomføres tiltak som sikrer at arbeidet med å vurdere behovet for, og eventuelt utnevne, koordinator i enheten er i tråd med overordnede føringer i SSHF									
	Det utarbeides en foretaksovergrepene rutine og sjekklister for vurdering og utnevning av koordinator	Ledergruppen				IT. Avd (PLO)	Koordinerende enhet	Mars 2016		
	Implementering, opplæring og bruk av rutinene blir gjenstand for jevnlig oppfølging og internkontroll.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå			Mai 2016		
	Internkontrollrutiner inngår som del av evalueringen av ledere på alle nivå.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå		Org. Avd.	Mai 2016		
1.8	Det gjennomføres tiltak som sikrer at behovet for IP blir vurdert og at kommunen varsles der det avdekkes behov for IP på tvers av nivåene.									
	Det utarbeides en foretaksovergrepene rutine og sjekklister for varsling om behov for IP	Ledergruppen				IT. Avd (PLO)	Koordinerende enhet	Mars 2016		
	Implementering, opplæring og bruk av rutinene blir gjenstand for jevnlig oppfølging og internkontroll.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå			Mai 2016		
	Internkontrollrutiner inngår som del av evalueringen av ledere på alle nivå.	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå		Org. Avd.	Mai 2016		
Problemstilling 2	I hvilken grad har foretaket intern styring og kontroll med utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten?									
2.1	Det gjennomføres tiltak som sikrer at alle dokumenter oppdateres i forhold til PLO - meldinger og krav i samarbeidsavtaler med kommunene.									
	Ek-ansvarlig får varsel når rutinen / prosedyren må oppdateres / fornyes i forhold til PLO-meldinger og krav i samarbeidsavtaler med kommunene	Ledergruppen				IT avd.	Fagavd.	Fortløpende		
2.2	Det gjennomføres tiltak som sikrer at data fra prosessen anvendes som evalueringsgrunnlag.									
	Det velges ut relevant styringsdata, herunder avviksmeldinger og ROS, som beskriver utskrivningsprosessen på en slik måte at man kan bruke dette som evalueringsgrunnlag	Ledergruppen					Øk. Avd. / Fagavd. / klinkk-stab	Januar 2016		
	Styringsdata, herunder avviksmeldinger og ROS, gjøres tilgjengelig og benyttes som drøftingsgrunnlag mellom fagpersonell og ledelse i klinikk- og avdelingsmøtene som ledd i internkontroll	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå			Januar 2016		
2.3	Det gjennomføres tiltak som sikrer at det meldes avvik i seksjonen på interne feil i utskrivningsprosessen									
	Styringsdata, herunder avviksmeldinger og ROS, gjøres tilgjengelig og benyttes som drøftingsgrunnlag mellom fagpersonell og ledelse i klinikk- og avdelingsmøtene som ledd i internkontroll	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå			Januar 2016		
2.4	Utskrivningsprosessen risikovurderes som helhet									
	Utskrivningsprosessen risikovurderes for å identifisere risikoområder med mer enn akseptabel risiko	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	IT avd.	Fagavd.	Mars 2016		
	Utskrivningsprosessen inkluderes i risikovurderingen som gjennomføres tertialvis	Ledergruppen					Org.avd.	Mars 2016		
	Styringsdata, herunder avviksmeldinger og ROS, gjøres tilgjengelig og benyttes som drøftingsgrunnlag mellom fagpersonell og ledelse i klinikk- og avdelingsmøtene som ledd i internkontroll	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå			Mai 2016		

2.5	Det gjennomføres tiltak som sikrer at legene får tilstrekkelig opplæring i prosessen med utskriving med pasienter til kommunehelsetjenesten									
	Det utarbeides en ny opplæringsmodul for legene som omhandler utskrivingprosessen (som innarbeides i eksisterende opplæringsplan for nytilsatte leger)	Ledergruppen				IT avd.	Fagavd. / Org.avd	Mars 2016		
	Alle ansatte leger gjennomgår opplæringsmodulen om utskrivingprosessen	Ledergruppen	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå	Leder på relevant nivå			Mai 2016		