

Vedlegg: Administrasjonen si oppfølging av internkontroll i TSB-institusjonar, 24. august 2016.

IR si tilråding	AD si vurdering	Tiltak	Tidsfrist	Ansvar
1.Vurdere om ein skal fastsetje konkrete krav til at institusjonane skal gjennomføre og dokumentere risikovurderingar knytt til pasienttryggleik/pasientbehandling	Administrasjonen er samd med IR i at risikovurderingar knytt til pasienttryggleik/pasientbehandling også bør vere eit krav. Dette har ikkje vore eit eige tema i oppfølgingsmøter med avtalepartane. Berre ein institusjon har gjennomført slike risikovurderingar.	Be institusjonane gjennomføre årleg risikoanalyse på eit sjølvvalt område knytt til pasienttryggleik/pasientbehandling.  Administrasjonen følgjer dette opp i oppfølgingsmøta.	Årleg, første analyse innan andre halvår 2017.	RHF administrasjonen
2. Vurdere å krevje årleg rapportering frå institusjonane om arbeidet med internkontroll, med vekt på risikovurdering, pasienttryggleik og avvikshandtering	Administrasjonen har i hovudsak ikkje kravd rapport på arbeidet med internkontroll frå institusjonane, anna enn ein eigen erklæring på at systema er på plass. Administrasjonen har til no henta inn meir informasjon på området i høve der administrasjonen har hatt grunn til å tru at systema er mangelfulle. Dei tre tema som IR trekkjer fram: risikovurdering, pasienttryggleik og avvikshandtering er alle tema som er relevante i forbetningsarbeid i klinisk praksis. Administrasjonen vil følge IR sin tilråding for å ha ein meir offensiv oppfølging av desse områda.	Be institusjonane rapportere årleg på arbeidet med risikovurdering (ref. IR sin tilråding nr 1), pasienttryggleik og aggregerte data for avviksmeldingar og avvikshandtering.  Administrasjonen følgjer dette opp i oppfølgingsmøta.	Årleg, første gang innan andre halvår 2017.	RHF administrasjonen
3. Sikre at pasientane i TSB-institusjonane som har behov for det får utarbeidd ein individuell plan, og at det er dokumentert i pasientjournalen at behovet for ein slik plan er utgreidd.	Sidan lovkrav om individuell plan (IP) kom, har det vore trøbbel med registreringa. Avtalepartar rapporterer allereie tertialvis for « <i>antall utskrevne pasienter med IP ved utskrivelse fra døgntbehandling</i> » og « <i>antall pasienter som ikke ønsker/har behov for IP</i> ». I dialog med avtalepartar kjem det fram særleg to forhold: at planen (eller innhaldet i planen, samhandlinga med andre aktørar) finst, men vert kalla noko anna, og at det pasientadministrative systemet Rusdata ikkje er bra lagt til rette for å registrere IP (eks. IP påbegynt, IP førespurd men ynskjer ikkje osv.). Administrasjonen er i hovudsak	Be avtalepartar om å journalføre at behov for IP er utgreidd.  Dersom det ikkje finst rubrikk for dette i Rusdata, så må det opprettast ein rutine der denne vurderinga vert skriven inn i journal.  Be avtalepartar ta kontakt med Rusdata for å leggje betre til rette for registrering av IP.  Administrasjonen følgjer dette	Haust 2016	RHF administrasjonen

Vedlegg: Administrasjonen si oppfølging av internkontroll i TSB-institusjonar, 24. august 2016.

	trygge på at avtalepartane arbeider godt med pasientar med behov for koordinering av teneste, men er eining med IR i at utgreiing av behov for IP må dokumenterast betre i journal. Dette for å sikre at lovkrav vert følgd.	opp i oppfølgingsmøta.		
4. Sikre at alle TSB-institusjonane har oppretta kvalitets- og pasientsikkerheitsutval.	IR sitt arbeid visar at det er to avtalepartar som ikkje har eit slikt utval. Administrasjonen var ikkje kjent med det. Avtalepartane er gjennom avtalen med Helse vest forplikta til å ha eit slikt utval, ref. kapittel 7:  <i>«Institusjonen plikter å ha kvalitets- og pasientsikkerheitsutvalg, jf. lov om spesialisthelsetjenesten § 3-4.»</i>	Be dei to relevante avtalepartane om å opprette eit slikt utval.  Be alle avtaleinstitusjonar om å rapportere årleg på aktivitet i utvala.  Administrasjonen følgjer dette opp i oppfølgingsmøta.	Haut 2016	RHF administrasjonen
5. Sikre at skriftleg kommunikasjon frå vurderingseiningar til pasientar og institusjonar vert utforma på ein eintydig og klår måte.	Administrasjonen arbeider med å standardisere alle brevmala i det pasientadministrative systemet DIPS som helseføretaka bruker, jf. prosjektet «Alle møter». Det er 15 vurderingseiningar (VE) i Helse Vest der 13 av desse er i helseføretaka og to er hjå private avtaleparter. Det er eit mål at desse breva vert utforma på ein eintydig og klår måte.	Sjå hen til prosjektet «alle møter» og sikre at dei aktuelle brevmala som nyttast i VE er inkludert i prosjektet.  Pålegge private VE å nytte same brevmal som helseføretaka.	Første halvår 2017	RHF administrasjonen