



Styre: Universitetsstyret

Styresak: 38/18

Møtedato: 12.04.2018

Dato: 05.04.2018

Arkivsaksnr: 2017/11804

Internrevisjonsrapport – Klinikkdirft ved Det Psykologiske fakultet

Henvisning til bakgrunnsdokumenter

- Internrevisjonsinstruks: <https://regler.app.uib.no/regler/Del-1-Overordnede-rammer/1.5-Kvalitetssystemer/Internrevisjon>

Saken gjelder:

Internrevisjonen har gjennomført et internrevisjonsprosjekt vedrørende organisering og styring av driften av utdanningsklinikkerne ved Det psykologiske fakultet ved UiB.

I denne saken legges internrevisjonsrapporten fram for universitetsstyret til orientering med en redegjørelse for hvordan rapporten blir fulgt opp.

Internrevisjonen har foretatt en gjennomgang av organisering og styring av klinikkdirften i henhold til gjeldende helselovgivning. Internrevisjonen har hatt særlig fokus på forsvarlig drift og organisering av virksomheten i medhold av helsepersonelloven, internkontroll, jf. helsetilsynsloven, pasientjournaler og om det drives klinikkvirksomhet i privat regi ved UiB. Internrevisjonen har i dette prosjektet ikke sett på forhold knyttet til undervisningen i klinikkerne.

Hovedkonklusjonen i rapporten er at klinikkerne har vesentlige mangler knyttet til å dokumentere etterlevelse av kravene i «forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.» Rapporten klassifiserer internkontrollen som rød, det vil si «ikke tilfredsstillende». Risikovurderingen som reflekterer områdets risiko, er satt til «Medium». På virksomhetsnivå er rutiner og systemer for å innfri kravene i forskriften i liten grad på plass eller dokumentert. Internrevisjonen mener derfor at klinikkerne ikke kan dokumentere at de etterlever kravene i helsepersonelloven § 16 om organisering av virksomheten og helsetilsynslovens § 3 om internkontroll og oppfølging av egen virksomhet. På individnivå har internrevisjonen ikke funnet grunn til å mistenke brudd på helsepersonelloven § 4 om faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Det er heller ikke funnet at det er uønsket sammenblanding av privat virksomhet med UiBs virksomhet.

Universitetsdirektørens kommentarer:

Konklusjonene i rapporten er alvorlige og det er svært viktig for UiB å følge opp rapporten med tiltak for å sikre at driften ved klinikkerne er i samsvar med helselovgivningens bestemmelser om internkontroll.

Bruddene på regelverket ligger på systemnivå og er i stor grad knyttet til at rutiner og systemer for internkontroll ikke er på plass eller mangler dokumentasjon. Internrevisjonen har ikke avdekket brudd på forsvarlig yrkesutøvelse på individnivå.

Arbeidet med å samle og utarbeide den nødvendige dokumentasjonen ble satt i gang umiddelbart etter at rapporten ble mottatt. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som har startet arbeidet med å dokumentere og implementere et helhetlig kvalitetssystem. Det gis i saken en oversikt over tidsplanen for arbeidet som gjenstår.

Forslag til vedtak:

1. Universitetsstyret tar internrevisjonsrapporten: «Klinikkdrift ved Det psykologiske fakultet» til orientering.
2. Styret ber om å få seg forelagt en sak om det videre arbeidet med kvalitetssystemet innen utgangen av 2018.

Kjell Bernstrøm
universitetsdirektør

05.04.2018 Silje Nerheim/Helge Høvik

Vedlegg:

1. Saksframstilling
2. Internrevisjonsrapport: Klinikkdrift ved Det psykologiske fakultet
3. Utkast til Kvalitetshåndbok

Saksframstilling

Styre:
Universitetsstyret

Styresak:

Møtedato:
12.04.2018

Arkivsaksnr:
2017/11804

Internrevisjonsrapport - Klinikkdirft ved Det Psykologiske fakultet

Bakgrunn for internrevisjonsprosjektet

Internrevisjonen er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. PWC ivaretar internrevisjonsfunksjonen for UiB. Universitetsstyret vedtar hvert år en revisjonsplan med planlagte prosjekter for det forestående året. Det følger av internrevisjonsinstruksen at i tillegg til årsplanen, kan ekstra revisjoner gjennomføres når universitetsstyret, rektor og universitetsdirektøren har behov for underlag for å behandle avvik, håndtere et aktuelt problem eller når det anses nødvendig. Universitetsledelsen har tatt initiativ til dette tilleggsprosjektet og bedt internrevisjonen foreta en vurdering av klinikkdirften ved Det psykologiske fakultet.

Det psykologiske fakultet ved UiB driver fire utdanningsklinikker fordelt på to institutter. Institutt for biologisk og medisinsk psykologi (IBMP) har Nevropsykologisk poliklinikk som gjennomfører nevropsykologiske undersøkelser. Institutt for klinisk psykologi har klinikkene Psykologisk poliklinikk for barn og unge, Psykologisk poliklinikk for unge og voksne og Psykologisk poliklinikk for voksne og eldre. Utdanningsklinikkene er ikke en del av den ordinære helsetjenesten i kommuner og helseforetak, men fungerer som et supplement til disse.

Internrevisjonen har foretatt en gjennomgang av om organisering og styring av klinikkdirften ved Det psykologiske fakultet er i henhold til gjeldende helselovgivning. Formålet med revisjonen var å undersøke om klinikkene tilbyr forsvarlige helsetjenester. Internrevisjonen har ikke hatt fokus på undervisning og forskning ved klinikkene.

Internrevisjonen har hatt særlig fokus på:

- Forsvarlig drift og organisering av virksomheten, jf. helsepersonellovens §§ 4 og 16
- Undersøke om internkontrollen er tilfredsstillende, jf. helsetilsynsloven § 3 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Pasientjournaler: organisering og rutiner rundt føring og oppbevaring av pasientjournaler i samsvar med relevante lover og forskrifter
- Undersøke om det drives klinikkvirksomhet i privat regi ved UiB.

Hovedfunn i rapporten og oppfølging av disse:

Hovedkonklusjonen i rapporten er at klinikkene har vesentlige mangler knyttet til å dokumentere etterlevelse av kravene i «forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.» Rapporten klassifiserer internkontrollen som rød, det vil si «ikke tilfredsstillende». Risikovurderingen som reflekterer områdets risiko, er satt til «Medium».

På virksomhetsnivå er rutiner og systemer for å innfri kravene i forskriften i liten grad på plass eller dokumentert. Internrevisjonen mener derfor at klinikkene ikke kan dokumentere at de etterlever kravene i helsepersonelloven § 16 om organisering av virksomheten og helsetilsynslovens § 3 om internkontroll og oppfølging av egen virksomhet. På individnivå har internrevisjonen ikke funnet grunn til å mistenke brudd på helsepersonelloven § 4 om faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Det er heller ikke funnet at det er uønsket sammenblanding av privat virksomhet med UiBs virksomhet.

Fakultetet har i samarbeid med universitetsledelsen, satt i gang arbeidet med å følge opp rapporten og sørge for at klinikkdriften er i samsvar med helselovgivningen. Det er opprettet en arbeidsgruppe som skal sørge for at de anbefalte tiltakene i rapporten vurderes, prioriteres og gjennomføres. Arbeidsgruppen er sammensatt med representasjon fra dekanat, fakultetsledelse, administrasjonen ved fakultetet, instituttledelse, klinikkledelse og sekretariat for universitetsledelsen. Gruppen har rapportert ukentlig til universitetsledelsen.

Anbefalte tiltak i internrevisjonsrapporten

Internrevisjonsrapporten peker på flere tiltak som må gjennomføres for at klinikkdriften skal være i samsvar med regelverket. Manglene rapporten peker på, knytter seg i hovedsak til at det ikke foreligger dokumentasjon på et tilfredsstillende kvalitets- og styringssystem. Arbeidsgruppen har derfor i første omgang, prioritert arbeidet med å utarbeide en helhetlig kvalitetshåndbok for klinikkene. Kvalitetshåndboken har et systemperspektiv. I tillegg til kvalitetshåndboken utarbeides det en rutinesamling for mer detaljerte og praktiske rutiner og skjemaer. Det skal også utarbeides en studenthåndbok som har samlet informasjonen studentene har behov for. Samlet skal dette utgjøre et helhetlig kvalitetssystem for klinikkene som tilfredsstiller kravene i regelverket og som svarer på de avvikene og manglene internrevisjonen har påpekt. Kvalitetssystemet skal oppdateres hvert semester og ansvaret for dette er lagt på fakultetsnivå.

Foreløpig ROS-analyse

Internrevisjonen har anbefalt at det gjennomføres en risiko og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) som inkluderer samhandling, kvalitet på tjenestene, etterlevelse av lovkrav samt pasient- og brukersikkerhet. En slik ROS-analyse er planlagt til høsten 2018.

Fakultetet har utarbeidet en foreløpig ROS-analyse. Analysen går gjennom de ulike fasene i pasientforløpet fra henvisning til avslutning av behandling. Ulike scenarier er klassifisert med konsekvensens alvorlighetsgrad og sannsynlighet for uønskede hendelser. Det er beskrevet eksisterende tiltak og forslag til nye tiltak. Den foreløpige ROS-analysen skal følges opp med en plan for minimering av de avdekte risikofaktorene.

Egne tiltak

Som et supplement til de anbefalte tiltakene i internrevisjonsrapporten har fakultetet besluttet to tiltak som skal medvirke til bedre styring fra fakultetsnivå:

Visedekan for psykologutdanning gis et særskilt ansvar for klinikkene

Fakultetsstyret ved Det psykologiske fakultet er orientert om rapporten og har bedt om jevnlig oppdatering om arbeidet med oppfølging av rapporten. Fakultetet har, uavhengig av internrevisjonen, planlagt å utnevne en egen visedekan for psykologutdanningen høsten 2018. Fakultetsstyret har vedtatt å forankre klinikkene i fakultetets faglige ledelse ved at den

nye visedekanen for psykologutdanningen får et særskilt ansvar som leder for klinikkdriften ved fakultetet.

Årlig rapportering om klinikkdriften til fakultetsstyret i en «Klinikkmelding»

Det er viktig for fakultetsledelsen å ha tilstrekkelig informasjon om klinikkdriften ved de fire klinikkene slik at ledelsen kan ivareta sitt ansvar for driften. For å sørge for systematisk rapportering ønsker fakultetet å innføre at det årlig skal utarbeides en klinikkmelding som skal behandles i fakultetsstyret. Denne skal utarbeides etter samme mal og med samme frister som forskningsmelding, forskerutdanningsmelding og utdanningsmelding som utarbeides hvert år for rapportering til universitetsstyret. Klinikkmeldingen skal inneholde beskrivelse av måloppnåelse, status og prioriteringer. Det skal rapporteres om avvik, uønskede hendelser, evalueringer, klager og brukererfaringer. Meldingen skal også inneholde en oversikt over virksomheten ved klinikkene, inkludert antall pasienter som har vært behandlet, og antall studenter som har vært under opplæring

Status for arbeidet:

Arbeidsgruppen har utarbeidet et utkast til kvalitetshåndbok. Mange av punktene i håndboken er ferdig og mange av internrevisjonens anbefalte forbedringspunkter er nå utført. Det er laget en tidsplan for det arbeidet som gjenstår. Fakultetet vil arbeide videre med ha ansvaret for implementering, internopplæring og det løpende arbeidet med oppdatering og kvalitetsforbedring.

Tidsplan for hovedoppgavene:

| | |
|--|-------------|
| Nettsider oppdatert med pasientinformasjon, klagerett mv. | 11. april |
| Kvalitetshåndbok ferdig | 1. mai |
| Rutine- og skjemasamling ferdig | 1. juni |
| Studenthåndbok ferdig | 1. juni |
| Publisering, implementering og tilgjengeliggjøring av kvalitetssystemet, herunder plan for internopplæring | 1. juni |
| Gjennomført helhetlig ROS-analyse | 1. desember |
| Konseptutredning digitalt avvikssystem | 1. desember |
| Status/rapportering til universitetsstyret | 1. desember |

Tabellen under har hovedoverskrifter som viser hvilket arbeid som er anbefalt, utført og hva som gjenstår, med frist for gjennomføring. For oversiktens skyld er ikke alle underpunktene fra internrevisjonsrapporten tatt inn i tabellen, men alle punktene i rapporten vil bli fulgt opp innenfor den tidsrammen som er gitt.

Tabellen er fargekodet grønt; ferdig og gult; arbeid gjenstår.

| Forbedringspunkt | Punkt i rapporten | Anbefalt tiltak | Utført | Gjenstår/ planlagt arbeid |
|--|-------------------|---|---|---|
| Organisasjonskart og fullmaktsstruktur | 4.1.1 4.2.1 | Utarbeide: - Organisasjonskart - Ansvarslinjer - Delegasjonsreglement | Disse punktene er tatt inn i Kvalitetshåndboken | Ferdig |
| Journalansvarlig | 4.5.1 | Tydligere dokumentasjon av journalansvarlig. | Innarbeidet i Kvalitetshåndboken | Ferdig |
| Journalføring | 4.5.1 | Retningslinjer for struktur og håndtering av journal | | Oppdatere gjeldende rutinebeskrivelse om journalføring og Psykbase (journalssystem) Frist: 11. april |
| Avvikssystem | 4.1.7 4.2.3 | System for avviksmelding, registrering, behandling, oppfølging. Avviksmeldinger brukes systematisk kvalitetsforbedring og arbeid med pasientsikkerhet. | Kvalitetshåndboken beskriver klinikkens avvikssystem på et overordnet nivå. Avvik og oppfølging skal rapporteres i klinikkmeldingen. | Rutine for saksbehandling av avviksmeldinger Frist: 1. juni Konseptutredning vedrørende digitalt avvikssystem Frist: 1. desember |
| Pasientklager | 4.1.7 | System for mottak, registrering, behandling, oppfølging. Bruk i systematisk kvalitetsforbedring og arbeid med pasientsikkerhet | Pasientrettigheter og klagemuligheter er beskrevet i Kvalitetshåndboken | Informasjon til pasienter på nettside. Frist: 11. april Rutine for pasientklager Frist: 1. juni |

| | | | | |
|--------------------------------------|----------------|--|---|--|
| Hovedoppgaver og mål | 4.1.1 | Beskrive kliniske kvalitets- og forbedringsmål. Definere mål for økt pasient- og brukersikkerhet | Beskrevet i Kvalitetshåndboken | Oppdatere mål i lys av preliminær ROS-rapport. Synliggjøre Frist: 1. juni |
| Risiko-kartlegging | 4.1.4 4.1.5 | Skaffe oversikt: Samhandling Kvalitet på tjenestene Etterlevelse lovkrav Pasient- og brukersikkerhet Planlegge minimering av risiko | Satt av eget punkt i Kvalitetshåndboken Gjennomført preliminær ROS-analyse | Frist: 11. april Følge opp med plan for minimering av avdekte risikofaktorer Frist: 15. mai Gjennomføre mer fullstendig ROS-analyse Frist: 1. desember |
| Risiko- og sårbarhets-analyse | | | | |
| Bruker-medvirkning/ brukererfaringer | 4.1.7 4.2.5 | Intern rapportering mtp. kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet | Satt av eget punkt i Kvalitetshåndboken | Plan for bruk av tilbakemeldingene Frist: 1. desember |
| Oversikt over regelverk | 4.1.3 | Lage oversikt, gjøre kjent | Tatt inn i Kvalitetshåndboken | Ferdig |
| Kompetanse hos ansatte | 4.1.6 4.2.2 | Kartlegge og dokumentere behov Kompetanseplaner | | Frist: 1. desember |

Oppfølging

Styret vil få en ny sak med orientering om status innen utgangen av 2018.

Universitetsdirektøren sine kommentarer

Internrevisjonsrapporten viser at internkontrollen samt dokumentasjonen av denne ved klinikkene ved Det psykologiske fakultet ikke har vært god nok.

Arbeidet med styrke internkontrollen er gitt høy prioritet. På kort sikt må nødvendig dokumentasjon samles, utarbeides og gjøres tilgjengelig. Dette arbeidet er godt i gang og det er lagt en plan for fullføring av arbeidet. På lengre sikt skal det løpende arbeidet med oppdatering og kvalitetsforbedring prioriteres. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess, og internrevisjonsrapporten gir nyttige innspill til dette arbeidet. Universitetets planlagte Helseklynge vil gi muligheter og handlingsrom som kan understøtte ytterligere forbedring av klinikkens organisering og internkontroll.

5.4.2018/Silje Nerheim/Helge Høvik

Revisjonsprosjekt

Klinikkdrift ved Det psykologiske fakultet

Nr. 2018/01

Utkast rapport: 05.02.18

Endelig rapport: 20.02.18



Til: Universitetet i Bergen
v/Sekretariat for
universitetsledelsen

Kopi til: Universitetsdirektøren
ved Universitetet i Bergen

Fra: Jan Roger Hånes,
PricewaterhouseCoopers AS

Sign: 

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Innholdsfortegnelse | 2 |
| 1 Introduksjon | 3 |
| Bakgrunn | 3 |
| Formål og omfang | 3 |
| Avgrensning..... | 3 |
| Revisjonsperiode og revisjonsteam | 3 |
| Gjennomført arbeid..... | 3 |
| Oversikt over tilsendte dokumenter..... | 4 |
| 2 Oppsummering..... | 5 |
| 3 Bakgrunn og metode for internrevisjonen | 7 |
| 4 Evaluering, observasjon og anbefalte forbedringspunkter | 8 |
| Vedlegg 1 - Symboler..... | 24 |

1 Introduksjon

Bakgrunn

PricewaterhouseCoopers (PwC) har gjennomført en internrevisjon vedrørende organisering og styring av klinikkdriften ved Det psykologiske fakultet ved UiB. Dette prosjektet er et tilleggsprosjekt initiert av universitetsledelsen, og er følgelig ikke inkludert i årsplanen for internrevisjonen. Mandat for gjennomgangen er forankret i eget planleggingsmemo som er godkjent av UiB i forkant av oppstart av prosjektet.

Formål og omfang

Revisjonen er bedt om å foreta en gjennomgang av om organisering og styring av klinikkdriften ved Det psykologiske fakultet ved UiB er i henhold til gjeldende helselovgivning. Formålet med revisjonen er å undersøke om undervisningsklinikken tilbyr forsvarlige helsetjenester. Prosjektet skal gjennomgå dokumentasjon og teste etterlevelse.

Internrevisjonen har hatt særlig fokus på:

- Forsvarlig drift og organisering av virksomheten, jf. helsepersonellovens §§ 4 og 16
- Internkontroll: undersøke om internkontrollen ved klinikkdriften er tilfredsstillende, herunder kontrollere om klinikkene selv fortløpende fører kontroll med at virksomheten er i tråd med internkontrollkravene, jf. helsetilsynslovens § 3 og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Pasientjournaler: organisering og rutiner rundt føring og oppbevaring av pasientjournaler i samsvar med relevante lover og forskrifter
- Internrevisjonen bes også undersøke om det drives klinikkvirksomhet i privat regi ved UiB.

Revisjonen har dekket følgende enheter ved Det psykologiske fakultet:

- Institutt for klinisk psykologi, inkludert Psykologisk poliklinikk for barn og ungdom, Psykologisk poliklinikk for unge og voksne og Psykologisk poliklinikk for voksne og eldre

- Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, inkludert Nevrologisk poliklinikk

Avgrensning

Revisjonsprosjektet er avgrenset til områder og institutter nevnt foran.

Revisjonsperiode og revisjonsteam

Internrevisjonsprosjektet ble gjennomført i perioden november 2017 – januar 2018. Revisjonsteamet fra PwC har bestått av Jan Roger Hånes, Eystein Hauge, Stine Aase og Eirik Tenfjord.

Gjennomført arbeid

PwC har gjennomgått dokumentasjon og intervjuet ansatte ved UiB.

Internrevisjonen har intervjuet følgende avdelinger og ressurser:

| Stilling/rolle | Navn |
|--|--|
| Klinikkleder, Nevropsykologisk klinikk | Astri Lundervold |
| Instituttleder, Institutt for biologisk og medisinsk psykologi | Robert Murison |
| Fakultetsdirektør ved Det psykologiske fakultet | Ragna Valen |
| Dekan ved Det psykologiske fakultet | Bente Wold |
| Instituttleder, Institutt for klinisk psykologi | Åse Hammer |
| Klinikkledere, klinikkene ved Institutt for klinisk psykologi | Kjersti Arefjord, Marius Veseth, Roar Solholm |
| Administrasjon, Institutt for klinisk psykologi | Siv Lind, Bente Haktorson og Vivien Aamodt |
| Veileder og student, Institutt for klinisk psykologi | Kari Lossius (veileder) Elisabeth Omdal (student) |

Oversikt over tilsendte dokumenter

| Materiale | IKP | IBMP | Andre |
|--|------------|-------------|--------------|
| Studenterklæring for profesjonsstudiet i psykologi | | X | |
| Veileder i klinisk nevropsykologi | | X | |
| Inntaksmelding | | X | |
| Informasjonsbrosjyre til pasienter | | X | |
| Notat: Klinikkdirft Nevropsykologisk poliklinikk | | X | |
| Vedlegg 1. Administrative rutiner klinikkdirft POBU POUV POVE | X | | |
| Styringsdokument: Dokument om personvern og informasjonssikkerhet ved de psykologiske opplæringsklinikkene ved Institutt for klinisk psykologi | X | | |
| POBU Kvalitetshåndbok høst 2017 | X | | |
| POBU lovsamling | X | | |
| POUV Håndbok høst 2017 | X | | |
| POUV lovsamling | X | | |
| POVE Kvalitetshåndbok vår 2017 | X | | |
| Regler for avviksmeldinger ved opplæringsklinikkene for voksne og eldre, unge og voksne og barn og unge | X | | |
| Avviksmelding - forslag | X | | |
| Databehandleravtale_mal UiB | X | | |
| Emnebeskrivelse PROPSY314 Intern klinisk opplæring | X | | |
| Klinikk og IT - teknisk_tegning | X | | |
| Reglement for poliklinikkene 2014 | X | | |
| Serviceerklæring fra IT-avdelingen | X | | |
| Samtykke til og retningslinjer for bruk av lyd- og bildeopptak | X | | |
| Oppbevaring av opptak av psykologistudenters behandlingstimer - juridisk vurdering | | | X |
| Rundskriv om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse for studenter og ansatte ved utdanningsinstitusjoner | | | X |

2 Oppsummering

| | | | |
|---|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Risikovurdering: Medium | Vurdering av internkontroll: |  | Trend: Ikke tidligere vurdert |
| Konklusjon | | | |
| <p>Klinikkene har vesentlige mangler knyttet til å dokumentere etterlevelse av kravene i «forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». På virksomhetsnivå er rutiner og systemer for å innfri kravene i forskriften i liten grad på plass eller dokumentert. Internrevisjonen mener derfor at klinikkene ikke kan dokumentere at de etterlever kravene i helsepersonellovens § 16 om organisering av virksomheten og helsetilsynslovens § 3 om internkontroll og oppfølging av egen virksomhet. På individnivå har internrevisjonen ikke funnet grunn til å mistenke brudd på helsepersonellovens § 4 om faglig forsvarlig yrkesutøvelse.</p> <p>Internrevisjonen har stilt spørsmål om UiBs fasiliteter er benyttet til privat virksomhet, og om det er sendt henvisninger til eller gitt anbefalinger av private klinikker, eller om det finnes noen andre former for uønsket sammenblanding av privat virksomhet med UiBs virksomhet. Personene internrevisjonen har snakket med er tydelige på at dette ikke forekommer ved klinikkene.</p> | | | |
| Oppsummering av tiltak | | | |
| <p>Internrevisjonen anbefaler klinikkene å gjennomgå beskrivelsene av de kliniske hovedmålene og hovedoppgavene, sette klare mål for den kliniske virksomheten, herunder definere tydelige kvalitets- og forbedringsmål, og synliggjøre denne informasjonen godt. Det er også behov for å tegne opp organisasjonskartet. I dette ligger også å tydeliggjøre ansvars- og styringslinjer i detalj, samt utvikle et delegeringsreglement som entydig beskriver ansvarsdelingen mellom veiledere, klinikkledere, instituttleder, administrasjon og fakultetsledelsen. Dette for å synliggjøre at ansvaret for internkontrollen påhviler den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, og at det kan delegeres om ønskelig.</p> <p>Klinikkene bør oppdatere oversiktene over relevante lover, forskrifter, retningslinjer og veiledere, og gjøre denne informasjonen lett tilgjengelig. Det bør også utarbeides rutiner som sikrer at involverte i driften vet hvilke lover og forskrifter som til enhver tid er gjeldene, og får med seg endringer og ny informasjon.</p> <p>Det må gjennomføres en ROS-analyse som inkluderer elementene samhandling, kvalitet på tjenestene, etterlevelse av lovkrav samt pasient- og brukersikkerhet. Deretter bør det utarbeides en plan for hvordan påvist risiko kan reduseres.</p> <p>Det er behov for å kartlegge kompetansen hos den enkelte ansatte, og analysere og dokumentere nåværende og fremtidig kompetansebehov i klinikkene. Dette bør knyttes til individuelle kompetanseplaner for den enkelte medarbeider, samt en plan for rekruttering.</p> <p>Klinikkene må få bedre system og rutiner for melding, registrering, behandling og oppfølging av avvik, uønskede hendelser og klagesaker, slik at forskriftens</p> | | | |

intensjon om at slike data kan benyttes til systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid ivaretas.

Klinikkene bør opprette rutiner for å hente inn tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende etter endt behandling, og bruke informasjonen i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Det må sikres at det årlig gjøres en systematisk gjennomgang av styringssystemet for klinikkene. Styringssystemet bør utvikles mer helhetlig for begge instituttene og de fire klinikkene samlet sett.

Klinikkene bør sikre at det kommer tydeligere frem hvem som er journalansvarlig, både i regler, håndbøker og journalen. Klinikkene bør også utforme interne retningslinjer for struktur og håndtering av journalen og beskrive den journalansvarliges rolle, i henhold til journalforskriftens merknader.

3 Bakgrunn og metode for internrevisjonen

UiB og Det psykologiske fakultet har i dag fire undervisnings- og forskningsklinikker fordelt på to institutter. Institutt for biologisk og medisinsk psykologi (IBMP) har Nevropsykologisk poliklinikk. Klinikken gjennomfører nevropsykologiske undersøkelser. En vanlig undersøkelse varer mellom åtte og ti timer, og utføres oftest i løpet av to dager. Institutt for klinisk psykologi (IKP) har klinikkene

- Psykologisk poliklinikk for barn og ungdom
- Psykologisk poliklinikk for unge og voksne
- Psykologisk poliklinikk for voksne og eldre

De tre klinikkene ved IKP yter behandlingstilbud for mennesker med lettere psykiske vansker. Her gir viderekomne psykologistudenter utredning og behandling under veiledning av erfarne psykologspesialister. Behandlingstidene blir tatt opp på video, og senere slettet. All behandling ved undervisnings- og forskningsklinikkene ved Det psykologiske fakultet er gratis.

Pasientene har ikke rett på helsetjenester ved klinikkene, og oftest har de ikke heller rett på psykologiske helsetjenester i den offentlige helsetjenesten. Pasientene blir rekruttert fra eksempelvis fastleger og helsesøstre som kjenner til tilbudet.

Klinikkene fremhever at de yter helsetjenester og forholder seg til blant annet helsepersonelloven. Helsepersonellovens §§ 4 og 16 omhandler henholdsvis helsepersonellens ansvar for å utføre faglig forsvarlig hjelp og virksomhetens ansvar for å være organisert slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Helsetilsynsloven pålegger enhver virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester å etablere et internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i henhold til lover og forskrifter.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft 01.01.17, erstattet den tidligere internkontrollforskriften for helse- og omsorgstjenesten. Den nye forskriften er hjemlet i blant annet helsetilsynsloven, og utdyper kravene til internkontroll og styringssystem for UiBs klinikkvirksomhet, slik det også fremgår av rundskriv I-6/2017 fra Helse- og omsorgsdepartementet. Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring samt journalforskriften er brukt som grunnlag for internrevisjonen. Intervjuguider, funn og anbefalinger er særlig bygget opp om og strukturert rundt §§ 6-9 i forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring.

Internrevisjonen er gjennomført ved å intervjuer fakultetsledelsen, instituttledelsen, klinikklederne, administrasjonen, en veileder og en student. I tillegg er en mengde dokumenter gjennomgått og vurdert opp mot relevante lovverk, forskrifter og retningslinjer (se dokumentoversikt i del 1 av rapporten).

Internrevisjonen har i hovedsak vurdert hvordan situasjonen ved klinikkene er i dag, og har eksempelvis ikke vurdert hvilke styringssystemer og hvilken dokumentasjon klinikkene hadde for et år siden. Internrevisjonen har ikke kunnet vurdere helheten av eventuelle avvik og uønskede hendelser, da dette ikke er registrert i et sentralt system. Klinikken har imidlertid opplyst at avvik nærmest er ikke-eksisterende, uten at dette har vært mulig å etterprøve. Internrevisjonen har ikke hatt innsyn i pasientjournaler.

4 Evaluering, observasjon og anbefalte forbedringspunkter

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|-------|-------------|--|--|---|
| 4.1 | | § 6. Plikten til å planlegge | | |
| 4.1.1 | Prioritet 1 | Virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering | <ul style="list-style-type: none"> Klinikkenes utdanningsrelaterte formål og hovedoppgaver er beskrevet i reglementet til klinikkene ved IKP, samt i emnebeskrivelsene og på hjemmesidene til begge instituttene. De kliniske formålene og hovedoppgavene i et pasient- og behandlingsperspektiv er imidlertid i liten grad beskrevet. Det er ikke definert noen klare kliniske kvalitets- og forbedringsmål som klinikkene skal jobbe mot. Klinikkene har ikke definert egne mål med tanke på å øke pasient- og brukersikkerheten. Det finnes ikke noe organisasjonskart for klinikkene. Det finnes heller ikke en tydelig beskrivelse av ansvarslinjene fra klinikkene og videre til instituttledelsen og fakultetsledelsen med tilhørende delegasjonsreglement. IBMP har beskrevet rutiner, roller og ansvar for instituttleder og ansatte ved klinikken i dokumentet «Klinikkdrift Nevropsykologisk poliklinikk». Beskrivelsene er imidlertid så kortfattede at de ikke gir tilstrekkelige ansvarsavklaringer eller beskriver oppgavene | <ul style="list-style-type: none"> Klinikkene bør utarbeide tydeligere beskrivelser av de kliniske formålene og hovedoppgavene. De bør samtidig definere klare mål for det kliniske kvalitets- og forbedringsarbeidet og for arbeidet med pasient- og brukersikkerheten. Denne informasjonen bør gjøres godt synlig og lett tilgjengelig, eksempelvis på nettsidene til klinikkene. Det psykologiske fakultetet bør tegne opp et organisasjonskart som viser linjene helt fra klinikknivået og opp til fakultetsnivået. Fakultetet bør også utarbeide et tydelig delegasjonsreglement, der roller og ansvar deles og tydeliggjøres mellom klinikkleder, instituttleder og fakultetsledelsen. IBMP bør utforme en tydeligere og mer detaljert beskrivelse av ansvaret og oppgavene for de involverte i driften av klinikkene, som instituttleder, klinikkleder, veiledere, ansatte psykologer, teknikere og administrasjonen. IKP bør gjennomgå og utdype eksisterende rolle- og ansvarsbeskrivelser, ta med alle rollene som er involverte i driften av klinikkene, og forankre dette hos de det gjelder. |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|---|------------|-----------|--|---|
| | | | <p>for de ulike rollene i tilstrekkelig grad. Eksempelvis er instituttleders rolle og ansvar beskrevet med én setning: «<i>Instituttleder har det administrative ansvar og ansvar for å overvåke at internkontroll gjennomføres</i>».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinikklernes ansvarsområder ved IKP er skissert i dokumentet «Reglement for poliklinikkene 2014». Dokumentet inneholder reglementet for klinikkene ved IKP samt instruksene for klinikkledere. Flere av de internrevisjonen har snakket med opplever likevel usikkerhet rundt oppgaver som eksempelvis journalansvarlig, ansvarlig for internkontrollsystem og gjennomføring av risikovurderinger. Dette indikerer at rutinen for opplæring av nyansatte ikke er gode nok. • Rolle og ansvar for instituttleder og veileder er i liten grad beskrevet i reglementet hos IKP, selv om mange av oppgavene er beskrevet i håndbøkene. Det kan bidra til at ansvarsdelingen mellom klinikkleder og instituttleder, og klinikkleder og veileder kan virke uklar. Det foreligger ikke føringer om når det er viktig å samhandle mellom stillingene, og hvordan det skal gjøres. Tilsvarende gjelder for samhandling mot andre utenfor klinikken. | <ul style="list-style-type: none"> • Alle klinikkene bør utarbeide bedre rutiner og praksis for opplæring av nyansatte på alle nivåer, for å sikre kjennskap til og forståelse for rutiner, ansvar og roller. • Fakultetsledelsen, instituttene og klinikkene bør i større grad koordinere arbeidet med dokumentasjon og beskrivelser av oppgaver, mål, ansvar og organisering. Dette for å sikre at alle klinikkene dekker nødvendige krav til og behov for ovennevnte, og sikre bedre overordnet samhandling og styring med virksomheten. |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|-------|-------------|---|--|---|
| 4.1.2 | | Informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene | <ul style="list-style-type: none"> Ingen aktuelle observasjoner. | <ul style="list-style-type: none"> Ingen aktuelle anbefalinger |
| 4.1.3 | Prioritet 3 | Oversikt over regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan disse skal gjøres kjent i virksomheten | <ul style="list-style-type: none"> Håndbøkene til klinikkene ved IKP inneholder en oversikt over relevante lover og forskrifter. Oversiktene er imidlertid ulike og ikke komplette. Eksempelvis er helsetilsynsloven og arkivloven ikke nevnt i oversikten til Psykologisk poliklinikk for unge og voksne (POUV) og Psykologisk poliklinikk for voksne og eldre (POVE). I oversikten til Poliklinikk for barn og ungdom (POBU) er ikke personopplysningsloven, personopplysningsforskriften eller helseregisterloven nevnt. Mens POUV og POVE har valgt å vise til psykisk helsevernloven og spesialisthelsetjenesteloven, har ikke POBU gjort det samme. Ingen av oversiktene viser til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (den tidligere internkontrollforskriften for helse- og omsorgstjenesten). I tillegg til oversikten i håndbøkene, har POUV og POBU laget en separat oversikt over relevante lover og forskrifter. Selv om helsetilsynsloven er nevnt i håndboken til POUV, er ikke loven nevnt i den separate oversikten. Det er samtidig lagt inn en lenke til «Ethiske prinsipper for nordiske psykologer», | <ul style="list-style-type: none"> Klinikkene bør utarbeide en egen og fullstendig oversikt over relevante lover, forskrifter, retningslinjer og veiledere. Denne informasjonen bør gjøres lett tilgjengelig, eksempelvis på nettsidene til instituttene. Alle involverte i driften bør signere på eller gi tilbakemelding om at de kjenner til og har satt seg inn i relevante lover, forskrifter, retningslinjer og veiledere. Dette bør gjøres med jevne mellomrom, eksempelvis årlig, for å sikre at alle får med seg ny informasjon. Fakultetsledelsen bør etablere et system for oppfølging og rapportering knyttet til etterlevelse av internkontroll og lover og regler. |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|---|------------|-----------|--|------------------------------|
| | | | <p>men lenken virker ikke. De etiske prinsippene er ikke tatt med i oversikten til POBU. I POBU's oversikt vises det til de oppdaterte lovene om pasient- og brukerrettigheter samt tilsyn med helse- og omsorgstjenesten, mens oversikten i håndboken viser til utgåtte versjoner av lovverket.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selv om håndbøkene til klinikkene ved IKP er tilgjengelige, opplyser likevel flertallet av de internrevisjonen har snakket med at det ikke finnes en lett tilgjengelig oversikt over relevante lover og forskrifter. • Internrevisjonen har ikke fått tilsendt eller sett håndboken til Nevropsykologisk poliklinikk. IBMP opplyser at håndboken ved Nevropsykologisk poliklinikk ikke er oppdatert siden 2012. • IBMP viser til at deres arbeid skal være i tråd med veilederen fra Norsk psykologforening. Oversikten over lover og forskrifter i veilederen er imidlertid mangelfull, og lister blant annet ikke opp pasient- og brukerrettighetsloven, journalforskriften og forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring. Lenken til relevant lovverk virker heller ikke. Veilederen ble sist oppdatert av Psykologforeningen i april 2015. • Det er ikke fastsatt rutiner for distribusjon av ny og viktig informasjon, ut over møter ved semesterstart. Det opplyses likevel at vesentlige | |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|-------|-------------|---|---|---|
| | | | <p>endringer i lover og forskrifter blir diskutert i jevnlig møter mellom veiledere og klinikkledere. Ny og viktig informasjon blir også sendt ut på e-post. Ledelsen får imidlertid ikke noen form for lesebekreftelse. Det finnes heller ikke noen dokumentasjon på at informasjon om eksempelvis lover og regler er gjennomgått og forstått. Det kan derfor være vanskelig å si sikkert om ansatte er tilstrekkelig kjent med disse.</p> <ul style="list-style-type: none"> Slik internrevisjonen forstår det, er det ikke lagt til rette for noen sentral oppfølging av at internkontroll og lover og regler følges og etterleves, fra ansvarlig part hos fakultetsledelsen. Det opplyses at det forventes at ansvaret for disse forholdene ivaretas av klinikkledere. | |
| 4.1.4 | Prioritet 1 | Oversikt over områder med risiko for svikt eller manglende oppfyllelse av krav, og områder med behov for vesentlig forbedring av kvaliteten | <ul style="list-style-type: none"> De involverte ved klinikkene jobber med og snakker om risiko og behov for kvalitetsforbedring, eksempelvis ved samlinger hvert semester. Denne formen for risikokartlegging er imidlertid i liten grad formalisert og dokumentert. Det foreligger følgelig heller ingen kartlegging av samhandlingsrisiko eller risikoer ved kjernevirksomheten. Det gjennomføres likevel risikovurderinger av den enkelte pasient ved inntak og senere oppfølginger. I IKPs styringsdokument av 22.11.17 | <ul style="list-style-type: none"> Klinikkene bør gjennomføre systematiske risikokartlegginger av kjernevirksomheten, av intern og ekstern samhandling og av eventuell risiko knyttet til etterlevelse av myndighetskrav og pasient- og brukersikkerhet. Klinikkene bør raskest mulig kartlegge, vurdere og sette i verk tiltak knyttet til risikoområdene som IKP selv har løftet frem i sitt eget styringsdokument. Klinikkene bør tydeliggjøre den praktiske ansvarsdelingen mellom klinikkleder og |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|-------|-------------|--|---|---|
| | | | <p>fremkommer det i del 6 at klinikkene skal gjennomføre en sikkerhetsrevisjon knyttet til informasjonssikkerhetssystemet minst én gang i året. I punkt 6.3 listes det opp flere områder som er aktuelle for risikovurdering, som instituttet sier de skal gjennomføre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internrevisjonen får opplyst at det er klinikklederne som har ansvaret for å følge opp risiko knyttet til klinikkvirksomheten. Samtidig har instituttleder ansvar for å legge til rette for at klinikklederne kan gjøre dette. Hvordan oppgaver og ansvar deles mellom klinikkleder og instituttleder fremstår ikke helt tydelig. • Det er gjennomført en ROS-analyse knyttet til nytt journalsystem, Psykbase, i 2015. I tillegg er det gjennomført mer ad-hoc-orienterte risikogjennomganger som har medført tiltak, hovedsakelig knyttet til HMS. | <p>instituttleder knyttet til å følge opp påvist risiko i virksomheten.</p> |
| 4.1.5 | Prioritet 1 | Planlegge hvordan risiko kan minimeres og legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt | <ul style="list-style-type: none"> • Det er ikke gjennomført risikovurderinger eller inngått avtaler om ansvarsfordeling knyttet til samhandling. • Da det ikke foreligger en risikokartlegging finnes det heller ingen plan for hvordan klinikkene skal jobbe med å redusere risikoen. • Det gjennomføres møter mellom klinikkledere og veiledere for å gjennomgå sentrale forhold i pasientbehandlingen og undervisningen | <ul style="list-style-type: none"> • Etter at risikokartleggingene er gjennomførte, inkludert kartleggingen av risiko forbundet med intern og eksternt samhandling, bør klinikkene lage og formalisere en plan for hvordan avdekte risikofaktorer kan minimeres. |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|-------|-------------|---|---|--|
| | | | <p>generelt, i tillegg til mer varierende og spesifikke forhold som ønskes diskutert. Disse møteplassene kan gjerne hevdes å være en kompenserende aktivitet for manglende formell risikovurdering og planlegging knyttet til reduksjon av risiko forbundet med samhandling.</p> | |
| 4.1.6 | Prioritet 2 | Oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring | <ul style="list-style-type: none"> Klinikkene har ikke en oppdatert oversikt over hvilken kompetanse de ansatte har. Dokumentasjonen i personaldatabasen er knyttet til kompetansen de ansatte hadde på ansettelsestidspunktet. Nyervervet kompetanse kan likevel fremkomme under lønnsamtaler med fast ansatte, samt jevnlig diskusjoner. Klinikkene har ikke noen kompetanseplan, og har heller ikke dokumentert kompetansebehovet i virksomheten. Internrevisjonen får imidlertid opplyst at klinikklederne har god oversikt over de ansatte, at de vet hvem de trenger, og at psykologspesialistene selv har ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Stillingene som veileder blir som oftest ikke lyst ut. | <ul style="list-style-type: none"> Klinikkene bør utarbeide en samlet oversikt over kompetansen til de involverte i driften, og lage rutiner for hvordan oversikten skal oppdateres. Ny kompetanse bør enten meldes inn av den enkelte eller føres opp av den enkelte direkte i kompetanseoversikten (ref. § 6 f). På bakgrunn av vedtatte strategier, mål og annen styringsinformasjon, bør klinikkene planlegge og dokumentere nåværende og fremtidig kompetansebehov. Stillingene som veileder bør lyses ut sammen med en beskrivelse av oppgaver, ansvar og kompetansekrav. |
| 4.1.7 | Prioritet 1 | Oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, | <ul style="list-style-type: none"> Klinikkene opplyser at de ikke har et system for å rapportere inn eller vise en oversikt over uønskede hendelser og avvik. Det finnes imidlertid et sentralt HMS-system for UiB, uten | <ul style="list-style-type: none"> Klinikkene bør etablere bedre rutiner og systemer for melding, registrering, behandling og oppfølging av avvik, uønskede hendelser, medisinske komplikasjoner og klagesaker slik at |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|-------|-------------|---|--|--|
| | | brukererfaringer, statistikk og informasjon som sier noe om virksomheten overholder lover og forskrifter, og om tjenestene er faglig forsvarlige. Det inkluderer om informasjonen brukes systematisk i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. | <p>at dette nevnes av instituttene og klinikkene. De internrevisjonen har snakket med mener samtidig at det har oppstått svært få avvik og uønskede hendelser.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det gjennomføres ikke brukerundersøkelser etter endt behandling, sett bort fra enkelte forskningsprosjekter. Inntrykket som videreformidles er likevel at pasientene er fornøyde og har nytte av behandlingen. • Pasientene blir ikke opplyst om klagemuligheter. Det finnes heller ingen oversikt over eventuelle pasientklager. • Siden det ikke gjennomføres brukerundersøkelser, og pasientklager ikke registreres ut over notater i den enkelte journalen, kan ikke arbeidet med kvalitetsforbedring knyttes direkte opp mot denne typen oversikter. | <p>forskriftens intensjon om at slike data kan benyttes til systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid ivaretas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinikkene bør opplyse om klagemuligheter, utarbeide rutiner for håndtering av pasientklager, og gjøre det enkelt å hente ut en samlet oversikt over klagen. Informasjonen bør videre benyttes i arbeidet med å forbedre tjenestekvaliteten og pasient- og brukersikkerhet. Samtidig bør klinikkene vurdere å gjennomføre brukerundersøkelser ved endt behandling, og benytte denne informasjonen på samme måte som klagen. |
| 4.2 | | § 7. Plikten til å gjennomføre | | |
| 4.2.1 | Prioritet 2 | Kjennskap til gjennomføring av virksomhetens oppgaver, organisering og planer | <ul style="list-style-type: none"> • I de fleste tilfeller fremstår det som entydig hvem som har ansvaret med å gjøre organisering, mål, rutiner og planer kjent. Samtidig er det flere ledelsesnivåer (klinikk, institutt, fakultet, UiB sentralt), og skillelinjene mellom dem er ikke alltid tydelige. I de fleste tilfeller er det likevel klart hvem de ansatte skal | <ul style="list-style-type: none"> • Organisasjonskart, styringslinjer, delegasjonsreglement og rolle- og ansvarsbeskrivelser bør utarbeides og forbedres. • Se også anbefalinger i punkt 4.1.1. |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|-------|-------------|--|---|---|
| | | | <p>henvende seg til.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansvar for gjennomføringen og implementeringen av planer og rutiner er også for det meste entydig, men det kan eksempelvis være uklarheter rundt ansvaret for internkontroll. Rapporteringen oppover i linjen er i mange tilfeller «uformell» og muntlig. | |
| 4.2.2 | Prioritet 2 | Sørge for at medarbeiderne har nødvendig kunnskap og kompetanse om fagfelt, regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystem | <ul style="list-style-type: none"> • Klinikkerne krever som oftest dobbelkompetanse for fast ansatte, med doktorgrad som minimumskrav. Veilederne må ha spesialistkompetanse. Internrevisjonen har likevel ikke blitt forelagt noen kravspesifikasjon for de enkelte stillingene. • Internrevisjonen er ikke gjort kjent med rutiner eller planer for å rekrutterer ansatte med tilstrekkelig kompetanse. Klinikklederne opplyser at de kjenner behovet og rekrutterer fortløpende. • Det foreligger ikke en individuell kompetanse- og videreutdanningsplan for den enkelte ansatte per i dag. IBMP opplyser at budsjettene ikke har rom for kompetanseheving. Det avholdes likevel jevnlig interne møter der problemstillinger diskuteres og erfaringer deles. • Det foreligger ikke en fullverdig kompetansebank med oppdatert oversikt over | <ul style="list-style-type: none"> • Klinikkerne bør analysere og planlegge kompetansebehovet, og utarbeide individuelle kompetanse- og utviklingsplaner. • Det bør utarbeides stillingsbeskrivelser med kravspesifikasjon for alle nye stillinger, i de tilfellene dette ikke allerede eksisterer. • Det bør etableres et system for å sikre at viktig informasjon og oppdateringer av rutiner, veiledere og lovverk blir mottatt og lest. • Se også anbefalinger i punkt 4.1.6. |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|-------|-------------|---|---|--|
| | | | <p>kompetansen til den enkelte medarbeider.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signering på kjennskap til faglige rutiner og viktig informasjon om virksomheten gjøres ikke av ansatte utover lesebekreftelse på e-post og eventuelle muntlige bekreftelser. | |
| 4.2.3 | Prioritet 1 | Utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer og rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse på helse- og omsorgs lovgivningen | <ul style="list-style-type: none"> • Selv om det er utarbeidet et reglement for avvikshåndtering for klinikkene ved IKP som tydelig sier at avvik skal meldes til klinikkleder, er enkelte usikre på hvor avvik skal meldes. Det kan også skyldes usikkerhet rundt definisjonen på avvik, og skille mellom eksempelvis HMS-avvik, klager og feil på IT-verktøy. • Linken i malen for avviksmeldinger ved IKP, som skal vise til de sentrale retningslinjene for HMS og avvik, er utdatert. • Internrevisjonen har ikke mottatt dokumentasjon på hvordan klager håndteres ved IBMP. Vi blir opplyst om at de fleste skal vite hvor et avvik skal rapporteres, men at det samtidig kan finnes uformelle linjer og forskjellige måter å gjøre det på. • Ingen av klinikken har et system som sikrer at det blir gitt tilbakemelding til den som melder inn et avvik. Ansvaret for å gi informasjon om avviket er imidlertid plassert på klinikkleder. Klinikkerne har ikke noe formelt kvalitetsutvalg annet enn undervisningsutvalget, men aktuelle | <ul style="list-style-type: none"> • IKP bør ferdigstille malen for melding av avvik og uønskede hendelser, og forbedre og tydeliggjøre reglementet og rutinene for avvikshåndtering. Det gjelder særlig beskrivelsen av hva som er avvik, hvem som behandler avvik, prosessen og saksgangen for de ulike avvikene, og hvordan det skal gis tilbakemelding til den som melder inn avvik. Dette må ses opp mot det sentrale reglementet og systemet for HMS og avvik. • IBMP bør få på plass beskrivelser, rutiner og maler for melding og håndtering av avvik og uønskede hendelser. Arbeidet bør gjøres i samarbeid med IKP og fakultetsledelsen, for å sikre et enhetlig system. • Alle meldinger, avvik og uønskede hendelser bør registreres i et enhetlig system, slik at det enkelt kan hentes ut en samlet oversikt. • Det bør gjennomføres en undersøkelse av de kliniske resultatene etter endt behandling. Samtykkeerklæringen bør være utformet slik at de åpner opp for denne typen undersøkelser. |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|-------|-------------|---|---|---|
| | | | <p>saker diskuteres i ulike forum.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det gjøres ikke en systematisk registrering av uønskede hendelser, medisinske komplikasjoner, NPE-saker eller lignende. • Det gjøres ikke en systematisk gjennomgang av virksomhetens kliniske resultater etter endt behandling. Ved IKP brukes imidlertid ulike kartleggingsverktøy gjennom det enkelte behandlingsforløpet, som igjen bidrar til arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, slik forskriften krever. Disse dataene finnes likevel ikke på et aggregert nivå, men er knyttet til den enkelte pasientjournal. | |
| 4.2.4 | Prioritet 3 | Medarbeidere i virksomheten medvirker til at samlet kunnskap og erfaring utnyttes | <ul style="list-style-type: none"> • Klinikkene har ikke noe formelt fagråd. Det avholdes likevel jevnlig interne møter og samlinger der problemstillinger diskuteres og erfaringer deles. | <ul style="list-style-type: none"> • Klinikkene <i>kan vurdere</i> å etablere et kvalitetsutvalg med særlig fokus på å drøfte uønskede hendelser ut fra et læringsperspektiv, etter modell fra eksisterende undervisningsutvalg. |
| 4.2.5 | Prioritet 1 | Sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende | <ul style="list-style-type: none"> • Erfaringene fra den enkelte pasienten kartlegges og brukes fortløpende gjennom behandlingsforløpet. Kartleggingen og innhenting av erfaring avsluttes ved siste behandling. Ut over enkelte forskningsprosjekter, hentes det derfor ikke inn data fra pasienter og pårørende. | <ul style="list-style-type: none"> • Klinikkene bør vurdere å hente inn tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende etter endt behandling, og bruke informasjonen i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. • Se også anbefalinger i punkt 4.1.7. |
| 4.3 | | § 8. Plikten til å evaluere | | |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|-------|-------------|---|---|---|
| 4.3.1 | Prioritet 3 | Kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak og planer gjennomføres | <ul style="list-style-type: none"> Per i dag rapporteres det ikke på styringsdata, ut over årsrapporteringen, studentevalueringer av undervisningen og det som fremkommer i formelle og uformelle møter. Det er likevel mulig å hente ut data på økonomi og HMS, og finne tall på utførte behandlinger via pasientjournalssystemet. Kvalitative data fra klinikkene etterspørres i liten grad fra ledelsen over instituttnivået. Eventuelle problemer løftes imidlertid opp, dersom de oppstår. | <ul style="list-style-type: none"> Klinikkene bør forbedre rutinene for rapportering av sentrale styringsdata, og vurdere å innføre et «dashbord» for systematisk overvåkning av virksomhetens styringsdata. |
| 4.3.2 | Prioritet 3 | Vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i lovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring | <ul style="list-style-type: none"> Denne delen av forskriften vurderes på bakgrunn av nasjonale kvalitetsregistre, avgjørelser i Norsk pasientskadeerstatning og resultater fra eksterne tilsyn. Internrevisjonen er ikke gjort kjent med at det finnes relevante kvalitetsregistre, eller at saker om pasienterstatning eller eksternt tilsyn har funnet sted hos klinikkene. | - |
| 4.3.3 | Prioritet 2 | Evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen | <ul style="list-style-type: none"> Det foretas i liten grad systematisk evaluering av iverksatte tiltak knyttet til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette kan være evaluering av tiltak som er knyttet direkte opp til konkrete risikovurderinger, eller tiltak som er gjort i forbindelse med ønskede forbedringer eller meldinger om avvik. Endringer og tiltak diskuteres likevel uformelt og på årlige og halvårlige møter. | <ul style="list-style-type: none"> Effekten av iverksatte tiltak bør evalueres og dokumenteres. |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|-------|-------------|--|---|---|
| 4.3.4 | Prioritet 1 | Vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer | <ul style="list-style-type: none"> Det gjøres ikke noen form for jevnlig og systematisk pasienttilfredshetsundersøkelse etter endt behandling, slik som eksempelvis en PasOpp-undersøkelse. Data fra pasientbehandlingen aggregeres heller ikke til en samlet oversikt. | <ul style="list-style-type: none"> Klinikkene bør gjennomføre jevnlig pasienttilfredshetsundersøkelser, og bruke resultatene i kvalitetsforbedringsarbeidet. Undersøkelsene bør samtidig ses opp mot kartleggingene som allerede gjøres i behandlingen, for å vurdere en mest mulig hensiktsmessig og ressurseffektiv måte å gjøre undersøkelsene på. Vurdere om anonymiserte og aggregerte data fra kartlegginger i behandlingsforløpet kan hentes ut og benyttes i kvalitetsarbeidet. |
| 4.3.5 | Prioritet 2 | Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold forebygges | <ul style="list-style-type: none"> Virksomheten foretar ikke systematiske gjennomganger av avvik og uønskede hendelser. Internrevisjonen blir samtidig opplyst om at det forekommer svært få avvik og uønskede hendelser. Det finnes imidlertid ingen oversikt som viser antall og omfang. | <ul style="list-style-type: none"> Det anbefales å ha systematiske gjennomganger årlig for å forebygge avvik og uønskede hendelser. Dette er også beskrevet i UiBs sentrale HMS-retningslinjer. Vi anbefaler i den forbindelse at det etableres et egnet system for å registrere og følge opp avvik og uønskede hendelser. |
| 4.3.6 | Prioritet 1 | Årlig gjennomgang og vurdering av styringssystemet opp mot tilgjengelig data for å sikre kontinuerlig forbedring | <ul style="list-style-type: none"> Selv om styringssystemene for klinikkene ved IKP nylig er gjennomgått, er ikke dette noe som har blitt gjort årlig. Enkelte av dokumentene knyttet til styringssystemet er også lagt frem i første versjon, og bør bearbeides ytterligere. Dette gjelder blant annet databehandleravtalene på side 19-28 i styringsdokumentet av 06.11.17, der overskrifter og annen tekst går over i hverandre og formuleringer som «Henvis til Roars tabell» bør tas ut eller endres. Side 35 om regler for bruk av mobiltelefon er tom, utenom | <ul style="list-style-type: none"> Det må etableres en årlig systematisk internrevisjon av styringssystemet som inkluderer klinikkene. Deler av styringsdokumentene til IKP bør snarlig bearbeides ytterligere (se beskrivelse under observasjon). Dersom det ikke er utarbeidet dokumentasjon på styringssystemene ved IBMP, bør dette gjøres snarlig. Det bør komme tydeligere frem hvem som har ansvaret for internkontrollsystemet, og samtidig unngå at arbeidet blir fragmentert mellom de ulike |






| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|------------|-------------|---|---|---|
| | | | <p>overskriften.</p> <ul style="list-style-type: none"> Reglementet for klinikkene ved IKP beskriver at fakultetet har det «overordnede ansvaret for å se til at virksomheten skjer i samsvar med bestemmelsene». Instituttleder har samtidig fått ansvar for å se til at internkontrollsystemer og kvalitetshåndbøker blir utarbeidet og oppdatert jevnlig. I tillegg skal klinikklederne «utarbeide og følge opp internkontroll- og kvalitetssystemer». Ansvaret for internkontrollsystemet kan dermed fremstå som uklart og til dels fragmentert. Klinikken ved IBMP har i liten grad lagt frem eventuell dokumentasjon på styringssystem og metodebøker. Det gjennomføres ikke eksterne revisjoner av virksomhetenes styringssystemer. | <p>klinikkene og lederne.</p> <ul style="list-style-type: none"> En kan vurdere å gjennomføre ekstern kvalitetsrevisjon av styringssystemet. |
| 4.4 | | § 9. Plikten til å korrigere | | |
| 4.4.1 | | Rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold | <ul style="list-style-type: none"> Det er ikke gjennomført eksternt tilsyn ved klinikkene. Dersom et tilsyn skulle finne sted, og det ble funnet avvik, er det rimelig entydig for ansatte og studenter at klinikkleder er ansvarlig for å rette opp avvikene. | - |
| 4.4.2 | Prioritet 3 | Sørge for at korrigerende tiltak | <ul style="list-style-type: none"> Det er ikke fremlagt data og statistikk som underbygger effekt av korreksjoner | <ul style="list-style-type: none"> Klinikkene bør gjennomfør systematiske evalueringer av korrigerende tiltak når dette |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|------------|-------------|--|---|--|
| | | gjennomføres | virksomheten eventuelt har iverksatt knyttet til kvalitative forbedringer av klinikkene. | iverksettes |
| 4.4.3 | Prioritet 2 | Forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner og andre tiltak | <ul style="list-style-type: none"> • Oppdatering av metodebøkene ved IKP skal skje hvert semester. Oversikten over relevante lover og forskrifter er likevel ikke helt oppdatert. • Ved IBMP benyttes veilederen fra Norsk psykologforbund. Veilederen ble sist oppdatert april 2015. IBMP har også en egen håndbok, men denne er ikke oppdatert siden 2012, og benyttes ikke i det daglige arbeidet. Internrevisjonen har ikke mottatt håndboken. Ut over et kortfattet notat som beskriver virksomheten, samt en studenterklæring, inntaksmelding og informasjonsbrosjyre for pasienter, har ikke internrevisjonen mottatt fra ytterligere dokumenter om rutiner og prosedyrer. | <ul style="list-style-type: none"> • Klinikkerne ved IKP bør oppdatere oversikten over relevante lover og forskrifter. • Klinikken ved IBMP bør oppdatere håndboken, etablere rutiner for å holde håndboken oppdatert, og gjøre den mer tilgjengelig. Ulike rutiner og prosedyrer bør i langt større grad enn i dag dokumenteres og gjøres kjent for ledere og medarbeidere. • Klinikkerne bør jevnlig vurdere bruk og implementering av sentrale veiledere og initiativer (som eksempelvis pasientsikkerhetskampanjer), og eventuelt gjøre egne oppdateringer av veiledere som ikke oppdateres sentralt. |
| 4.5 | | Journalforskriften | | |
| 4.5.1 | Prioritet 2 | Utpeke journalansvarlig og utarbeide retningslinjer | <ul style="list-style-type: none"> • I de administrative rutinene for klinikkene ved IKP fremkommer det klart at klinikkleder er journalansvarlig. Det virker likevel som det er usikkerhet eller uenighet om dette blant de internrevisjonen har snakket med, da flere mener at veilederne er journalansvarlige. • Internrevisjonen har ikke mottatt | <ul style="list-style-type: none"> • Klinikkerne bør sikre at det kommer tydeligere frem hvem som er journalansvarlig både i regler, håndbøker og journalen. • Klinikkerne bør utforme interne retningslinjer for struktur og håndtering av journalen og beskrive den journalansvarliges rolle, i henhold til |

| # | Evaluering | Aktivitet | Observasjon | Anbefalte forbedringspunkter |
|---|------------|-----------|--|---------------------------------------|
| | | | <p>dokumentasjon fra IBMP som beskriver direkte hvem som er journalansvarlig. Blant de internrevisjonen har snakket med er det ulik oppfatning av hvem som er journalansvarlig.</p> <ul style="list-style-type: none"> I merknadene til journalforskriften pekes det på at «i virksomheter hvor flere gjør nedtegnelser i journaler, bør det utarbeides interne retningslinjer for struktur og håndtering av journal. Det er viktig å ha klare retningslinjer for journalansvarliges rolle.» Slike retningslinjer, eller ansvaret som journalansvarlig, er ikke beskrevet i reglementet for klinikklederne. I håndbøkene finnes det likevel en manual for Psykbase som beskriver bruken av journalen, men uten å peke konkret på den journalansvarliges oppgaver og ansvar. | <p>journalforskriftens merknader.</p> |

Vedlegg 1 - Symboler

Evaluering av internkontroll

| Grad | Forklaring |
|---|--|
|  | Tilfredsstillende. Internkontrollen møter generelt akseptable standarder. |
|  | Tilfredsstillende – Internkontrollen møter generelt akseptable standarder, men det er identifisert noen forbedringsområder. |
|  | Behov for forbedringer - Internkontrollen møter generelt akseptable standarder, men bør forbedres. |
|  | Behov for forbedringer – Internkontrollen møter under tvil akseptable standarder og det er identifisert flere forbedringsområder. |
|  | Ikke tilfredsstillende – Internkontrollen møter generelt ikke minimum akseptable standarder. Kritiske kontroller er ikke på plass for systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. |

Risikovurdering

| Risiko | Forklaring |
|--------|---|
| Høy | Risikoen er klassifisert som lav, medium eller høy, og reflekterer områdets risiko. |
| Medium | |
| Lav | |

Utvikling

| Utvikling | Forklaring |
|-----------|---|
| ↗ | Positiv trend siden forrige gjennomgang |
| → | Uendret trend siden forrige gjennomgang |
| ↘ | Negativ trend siden forrige gjennomgang |

Prioritet

| Prioritet | Forklaring |
|--------------------|---|
| ❶ Høy prioritet | Anbefalinger som bør gjennomføres umiddelbart. Anbefalingen har kritisk betydning for risikoen i revidert enhet. |
| ❷ Medium prioritet | Anbefalinger som bør gjennomføres så snart som mulig. Anbefalingen har moderat betydning for risikoen i revidert enhet. |
| ❸ Lav prioritet | Anbefalinger som bør gjennomføres, men det er ikke tidskritisk. Anbefalingen har i mindre grad betydning for risikoen i revidert enhet. |

Kvalitetshåndbok for klinikkene ved Det psykologiske fakultet

Internkontroll og kvalitetssystem

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Formål og oppgaver..... | 4 |
| 2 | Organisering, ansvarsforhold og fullmaksstruktur..... | 4 |
| 2.1 | Overordnet myndighets- og ansvarsstruktur | 4 |
| 2.2 | Organisasjonskart..... | 5 |
| 2.3 | Roller og ansvar ved klinikkene | 5 |
| 2.3.1 | Poliklinikkleder | 5 |
| 2.3.2 | Vitenskapelig ansatte og veiledere | 6 |
| 2.3.3 | Veiledningsgruppen og veileder | 6 |
| 2.3.4 | Studenter..... | 6 |
| 2.3.5 | Administrasjon..... | 7 |
| 2.3.6 | Testteknikere..... | 7 |
| 3 | Beskrivelse av klinikkene | 7 |
| 3.1 | Psykologisk poliklinikk for barn og unge | 8 |
| 3.2 | Psykologisk poliklinikk for unge og voksne..... | 8 |
| 3.3 | Psykologisk poliklinikk for voksne og eldre | 9 |
| 3.4 | Nevropsykologisk poliklinikk | 9 |
| 4 | Databehandlingsansvar | 10 |
| 5 | Rapportering..... | 10 |
| 6 | Internrevisjon | 10 |
| 7 | Kompetansekrav for ansatte | 10 |
| 8 | Lover, forskrifter og retningslinjer | 11 |
| 9 | Pasientrettigheter | 13 |

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 1 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|

| | | |
|-----|---|----|
| 9.1 | Rett til medvirkning og informasjon..... | 13 |
| 9.2 | Samtykke til behandling | 13 |
| 9.3 | Innsynsrett i journal | 13 |
| 9.4 | Klageadgang og saksgang ved klager | 14 |
| 10 | Risikokartlegging | 14 |
| 11 | Brukermedvirkning – kvalitetsforbedring | 14 |
| 12 | Avvikssystem | 15 |
| 13 | Journalføring og bruk av PsykBase | 15 |

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 2 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|

Beskrivelse av kvalitetssystemet

Denne håndboken er én del av opplæringsklinikkenes kvalitets- og styringssystem.

Håndboken beskriver de overordnede rammene for de fire poliklinikkene ved Det psykologiske fakultet. Målgruppe for denne håndboken er ledere, ansatte og studenter.

Håndboken oppdateres hvert semester av visedekan for psykologutdanning. Klinikklederne og instituttlederne involveres i dette arbeidet, men den endelige godkjenningen ligger hos visedekan.

I tillegg består kvalitetssystemet av studenthåndbok, rutine- og skjemasamling samt system for kvalitetsforbedring.

Hvordan innholdet i kvalitetshåndboken formidles og gjøres kjent i organisasjonen

Kvalitetshåndboken gjennomgås systematisk som en del av introduksjonsprogrammet i veiledningsgruppene og anvendes fortløpende i pasientarbeidet. For nytilsatte veiledere og vitenskapelig ansatte blir kvalitetshåndboken gjennomgått sammen med poliklinikkleder. I tillegg får nytilsatte og studenter opplæring i bruk av det pasientadministrative systemet og bruk av lyd- og bildeopptak. Endringer i lovverk og forskrifter som har betydning for innholdet i kvalitetshåndboken blir fortløpende formidlet til ansatte og veiledere i faste møter og seminarer med disse.

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 3 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|

1 Formål og oppgaver

Utdanningsklinikken har en overordnet strategi om å gi pasienter et tilbud av høy faglig kvalitet. Utrednings- og behandlingstilbudet skal være evidensbasert, adekvat, forsvarlig og i samsvar med god faglig og fagetisk praksis. Dette innebærer at tilbudet skal bygge på aktuell kunnskapsstatus i faget og være i tråd med nasjonale retningslinjer. Dette skal reflekteres både i de metoder, instrumenter og prosedyrer som benyttes. Det aktuelle utrednings- og behandlingstilbudet skal utarbeides i respektfull kommunikasjon og samarbeid med pasienten (ev. foresatte). Behandlingstilbudet skal være virkningsfullt, trygt og sikkert, involvere brukerne og gi dem reell innflytelse på de valg som foretas.

Utdanningsklinikken er ikke en del av den ordinære helsetjenesten i kommuner og helseforetak, men er virksomhet som yter helsetjenester. Poliklinikken kan derfor ikke defineres som en del av den ordinære offentlige helsetjenesten, men fungerer i praksis som et supplement til denne.

Dersom pasientens behov krever dette, skal behandlingen skje i samarbeid og samhandling med annet kvalifisert (helse-)personell. All behandling skal evalueres på individuelt nivå. I tillegg vil klinikken utvikle prosedyrer og legge til rette for mer generell tilbakemelding. All klinisk virksomhet ved klinikken skal være i tråd med lovverket. Alle ansatte skal kjenne til lovverk som er beskrevet i kvalitetshåndboken.

Vitenskapelig ansatte som er knyttet til poliklinikken kan ha egne pasienter for å kunne vedlikeholde og utvikle egen terapeutisk kompetanse.

Som utdanningsklinik er et hovedformål å gi en praktisk innføring i psykologisk utredning og behandling av psykiske lidelser hos pasienter. Dette er nærmere beskrevet i studenthåndboken.

2 Organisering, ansvarsforhold og fullmaktsstruktur

I følge helsepersonelloven §16 skal virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskrives hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

Den følgende beskrivelsen er redegjør for hvordan klinikkdriften er organisert, og videre hvordan systemansvaret er bygget opp.

2.1 Overordnet myndighets- og ansvarsstruktur

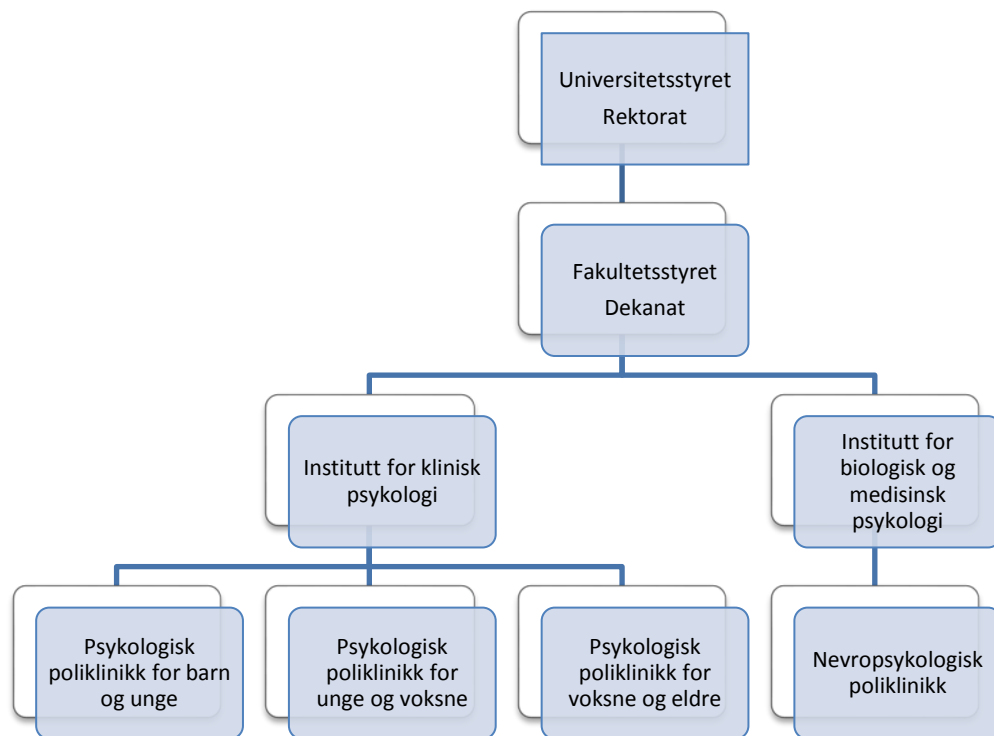
Dekan er ansvarlig for den samlede kliniske virksomheten ved fakultetet, og rapporterer til universitetsledelsen. Dekan har delegert denne oppgaven til visedekan for psykologutdanning. Det psykologiske fakultet har et administrativt ansvar for alle klinikkene ved fakultetet.

Fakultetet har i denne rammen en todelt ledelse, der dekanat og fakultetsdirektør sammen ivaretar systemansvaret for klinikkdriften. Dekanatet har det faglige ansvaret for klinikkene, og fakultetsdirektøren det administrative. Fakultetsstyret og dekanat har ansvar for de økonomiske og ressursmessige forutsetninger for virksomheten ved klinikkene.

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 4 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|

Instituttlederne har ansvar for all virksomhet ved instituttet, og har personalansvar for de ansatte i klinikken. Instituttleder svarer til fakultetsdirektør og universitetsdirektør vedrørende administrative forhold, og til dekanat vedrørende faglige forhold. Instituttleder har delegert ansvaret for den daglige driften til klinikkleder. Klinikkleder har journalansvaret ved klinikken. Den enkelte psykolog har behandlingsansvar for den enkelte pasient.

2.2 Organisasjonskart



2.3 Roller og ansvar ved klinikkene

2.3.1 Poliklinikkleder

Opplæringsklinikkenes ledes av poliklinikkledere som har ansvar for driften av klinikkene. De skal legge til rette for at helsepersonell i klinikkene kan utføre sine oppgaver forsvarlig, og at taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og opplysningsplikt overholdes. Poliklinikklederne rapporterer til instituttlederne.

Det er poliklinikkleder som har journalansvaret ved klinikken. Dette innebærer bl.a. at poliklinikkleder håndterer og svarer på henvendelser om innsyn i journal, signerer brev om avslag o.l. Poliklinikkleder skal også gjennom stikkprøver og rutiner se til at journalforskriftene følges og for øvrig følge opp lovpålagte internkontrollsystemer. Det er kun poliklinikkleder som har innsyn i alle klinikkens saker. Deltakerne i den enkelte veiledningsgruppe har kun tilgang på sine saker. Vitenskapelig tilsatte med egne pasienter har kun tilgang på disse.

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 5 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|

Poliklinikkleder er leder av inntaksteamet og er ansvarlig for de beslutninger som tas her. Vedkommende bør ha dobbeltkompetanse, dvs. være spesialist i klinisk psykologi i det aktuelle fordypningsområdet og ha doktorgrad.

2.3.2 Vitenskapelig ansatte og veiledere

Vitenskapelig ansatte og veiledere ved klinikkene har, som psykologer, et selvstendig behandlingsansvar. De er ansvarlig for at det opprettes og føres journal for pasienter de utreder og behandler ved poliklinikken. Dette inkluderer vurdering av behov for videre oppfølging og tiltak når det oppstår behov for opplysnings- eller meldeplikt.

2.3.3 Veiledningsgruppen og veileder

Veilederne er behandlingsansvarlig for de pasientene de har i sin veiledningsgruppe, kosignerer studentenes journalnotater og godkjenner dokumenter. Veileder sørger for at studentene, til enhver tid, har de nødvendige ferdigheter og kunnskaper til å møte og følge opp den aktuelle pasienten.

Veilederne har plikt til å vurdere studentenes forutsetninger for aktuelle oppgaver og føre kontroll og tilsyn med studentenes arbeid, både i forhold til utredning, behandling og pasientadministrasjon. Veiledere har ansvaret for studentenes kliniske virksomhet så sant studentene har fulgt de pålegg som er gitt og de regler som gjelder for virksomheten. Ved tvil skal poliklinikkleder kontaktes slik at en kan iverksette nødvendige tiltak. Dersom det oppstår en konfliktsituasjoner eller alvorlig uenighet i gruppen har både studenter og veiledere anledning til å ta kontakt med poliklinikkleder for å drøfte situasjonen. Det er også poliklinikkleders ansvar å sette i verk og følge opp nødvendige tiltak.

Den enkelte veileder har behandlingsansvar for den enkelte sak. Klinikleder har imidlertid det overordnede ansvaret på klinikken, herunder ansvar for det pasientadministrative arbeidet og det overordnede ansvaret for veiledningen av studentenes kliniske arbeid.

2.3.4 Studenter

Psykologistudenter under veiledning er definert som psykologens medhjelper og har ikke selvstendig behandlingsansvar. De skal, under hele utrednings- og behandlingsforløpet, følge de anvisninger og råd en har kommet fram til i veiledningsgruppen. Dersom studenten er i tvil, skal hun/han kontakte veileder for ytterligere veiledning. Dersom veileder ikke er tilgjengelig skal studenten ta kontakt med poliklinikkleder.

I første pasientsamtale skal studenten gi og utdype informasjon om klinikken og behandlingstilbudet samt sørge for signert samtykke til lyd- og billedopptak. Dersom pasienten ikke samtykker til lyd- og billedopptak vil de ikke få noe videre behandlingstilbud her. Studentene skal også, om mulig, innhente informert samtykke til aidentifisert staffpresentasjon og brukerundersøkelse.

Studentene skal sørge for at det blir tatt lyd- og billedopptak av alle pasientkontakter i poliklinikkens lokaler. De skal videre føre løpende journal og utarbeide nødvendige dokumenter. Alt arbeidet skjer under veiledning og skal godkjennes av veileder.

Studentene er helsepersonell med de plikter som følger av helsepersonelloven og den kompetanse de har. Studentene er også bundet av *Studenterk læringen* og av Ethiske prinsipper for nordiske psykologer i sitt kliniske arbeid.

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 6 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|

2.3.5 Administrasjon

Administrasjonen ved poliklinikkene utfører resepsjonstjenester, forbereder saker til inntaksmøtet, registrerer saker i det elektroniske pasientadministrative systemet PsykBase, og, som administrativt systemansvarlig, styrer de tilsatte og studentenes tilgang til PsykBase. Administrasjonen står også for utsending av vedtak fra inntaksmøte, informasjonsmateriell og innkalling til første samtale. Det er også administrasjonen som sørger for skanning av dokumenter, både henvisning og ytterligere dokumenter som mottas. Administrasjonen sender ut brev og sluttrapport/epikrise til henvisende instans og sletter originaldokumenter etter at de er skannet til PsykBase.

Administrasjonen står også for opplæringen av nye studenter og veiledere (PsykBase og lyd- og billedopptak) og er deres primære administrative kontaktperson. Administrativt ansatte har kontakt med studenter som er på klinikken i praksisperioden, studentadministrative oppgaver og oppgaver knyttet til forefallende arbeid for å sikre gode arbeidsforhold ved klinikken for studenter, ansatte og pasienter.

Administrasjonen ved de tre poliklinikkene ved Institutt for klinisk psykologi overlapper ved behov slik at nødvendig pasientinformasjon alltid er tilgjengelig og nødvendige resepsjonstjenester ivaretas. Det er viktig med tilstedeværelse for å være tilgjengelig for pasienter mens de er under utredning og for å besvare innkomne telefonsamtaler. Ved fravær av administrativt personale vil den aktuelle klinikkleder ha et ansvar for å sikre at nødvendig pasientinformasjon alltid er tilgjengelig og at nødvendige resepsjonstjenester ivaretas.

2.3.6 Testteknikere

Ved Nevropsykologisk poliklinikk arbeider det også testteknikerne, som er psykologens medhjelpere.

Teknikere ved Nevropsykologisk poliklinikk inngår i team som psykologens medhjelper. Psykologen er ansvarlig for inntak av pasienter og anamneseopptak før tekniker gjennomfører det meste av testingen. Testingen foregår stort sett over to dager, med samme tekniker ansvarlig begge dager. Tekniker har ansvar for pasienten under testingen, men ansvarlig psykolog er tilgjengelig og følger med mens undersøkelsen foregår (samtale i pauser og ved observasjon bak speil). Arbeidet stiller krav til at alle har tilsvarende opplæring.

Testteknikernes arbeidsoppgaver er knyttet til administrasjon og skåring av tester, og tilbakemelding av informasjon av kvalitativ art til ansvarlig psykolog. Deres arbeid kvalitetssikres gjennom direkte kontakt med psykolog som er ansvarlig for pasientundersøkelsen, regelmessige møter med klinikkleder og internundervisning. Testteknikere deltar gjennom sitt arbeid aktivt i studentundervisningen gjennom praktisk testopplæring og som diskusjonspartner i forbindelse med praktikumundervisningen.

3 Beskrivelse av klinikkene

Opplæringsklinikkene er organisert under to av instituttene. Tre av klinikkene, Psykologisk poliklinikk for barn og unge, Psykologisk poliklinikk for unge og voksne og Psykologisk poliklinikk for voksne og eldre, hører inn under Institutt for klinisk psykologi, mens Nevropsykologisk poliklinikk hører inn under Institutt for biologisk og medisinsk psykologi.

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 7 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|

3.1 Psykologisk poliklinikk for barn og unge

Psykologisk poliklinikk for barn og unge (PPBU) ved det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen er en opplæringsklinikk hvor viderekomne psykologstudenter gir utredning og behandling til barn, ungdom og deres familier under veiledning av spesialist i klinisk psykologi. Klinikken gir tilbud om utredning og behandling til personer (0-18 år) som har lettere psykiske vansker/ problemer. Dette er personer som, i utgangspunktet, ikke har rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og som heller ikke nødvendigvis vil ha rett til nødvendig helsehjelp fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I enkelte saker kan klinikken levere avgrensede utredninger og behandlinger etter avtales med den instansen som har hovedkontakten med pasienten.

Pasientene kan ikke henvise seg selv, men må få henvisning fra f.eks. fastlege, skolehelsetjenesten, Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barnevern, kommunepsykologer. Tilbudet er frivillig.

Vurdering av henvisninger skjer i et eget inntaksteam, og avgjørende for vurderingen er om henvisningen faller inn under målgruppen og om problemet er egnet som studentsak. Dette innebærer bl.a. begrensninger mht. alvorlighetsgrad, omfang og varighet av problemene som presenteres og antatt omfang av utrednings og behandlingskontakt. Klinikken operer ikke med en formell venteliste, men alle som har fått et tilbud får også informasjon om antatt tidspunkt for første samtale. De kan selv velge om de vil vente på et tilbud eller søke et alternativt tilbud.

I noen tilfeller henvises pasienter parallelt til klinikken og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har da prioritet. Dersom det, i løpet av kontakten, blir oppdaget at pasienter har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal pasienten henvises til behandling der. Virksomheten skal følge opp pasienten inntil det er etablert et nytt tilbud.

I løpet av behandlingskontakten vil klinikken, med pasientens (foresattes) samtykke, samarbeide med relevante kommunale tjenester (skole, PPT, skolehelsetjeneste, helsestasjoner og barnevern) og spesialisthelsetjenesten der dette er naturlig. Klinikken skal bidra til at pasienten får de ressurser og den hjelp de har krav på i de kommunale tjenestene og skal rutinemessig henvise pasienter til mer spesialiserte utredninger der dette er nødvendig. Ved behandlingsavslutning skal klinikken bidra til at det etableres et alternativ oppfølgingstilbud utenom klinikken dersom dette anses som nødvendig.

3.2 Psykologisk poliklinikk for unge og voksne

Psykologisk poliklinikk for unge og voksne (PPUV) ved det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen er en opplæringsklinikk hvor viderekomne psykologstudenter gir utredning og behandling til unge og voksne under veiledning av spesialist i klinisk psykologi.

PPBU er et tilbud der unge og voksne med lettere psykiske vansker kan få behandling. Dette kan for eksempel være angst, depresjon, sosiale og relasjonelle vansker, eller familiekonflikter. Det kan også være aktuelt med avgrenset utredning av mer alvorlige vansker.

For å sikre kvalitet på behandlingen, blir det gjort lyd/bilde-opptak av timene og vist i forbindelse med gruppens ukentlige veiledning. Opptak blir slettet fortløpende etter fullført veiledning.

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 8 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|

Psykologisk poliklinikk for unge og voksne tar imot pasienter (18 – ca 40 år) etter henvisning fra fastlege, skolehelsetjenesten, studentenes psykiske helsetjeneste og psykisk helsevern for barn og unge. Pasienter kan også henvise seg selv.

Henvisninger blir vurdert på ukentlige inntaksmøter. Etter en orienterende samtale med psykologspesialist/veileder foretas en vurdering om vårt tilbud er egnet i forhold til behandlingsbehov.

3.3 Psykologisk poliklinikk for voksne og eldre

Poliklinikken er en av tre klinikkenheter under Institutt for klinisk psykologi ved Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen. Den har funksjon som både utdannings- og forskningsklinikk. Klinikken tar imot pasienter i alderen 30-80 år, og behandling er gratis.

Poliklinikken gir, så langt det er kapasitet, tilbud om psykologisk undersøkelse og behandling til voksne og eldre. Pasienter over 60 år gis prioritet.

Som hovedregel tar klinikken imot pasienter etter henvisning fra lege. Vanlige henvisningsgrunner er angst, depresjon, somatoforme plager, taps- og sorgreaksjoner, relasjonsvansker og livskriser.

Før behandling kan begynne blir alle pasienter kalt inn til forsamtale. Forsamtalen har som mål å få et tydeligere bilde av pasientens problemer enn det som fremgår av henvisningsbeskrivelsen alene, samt å gjøre det mulig å vurdere om poliklinikken kan tilby en passende behandling.

Pasienten betaler ingen egenandel for undersøkelse og behandling.

Behandlingen forestås av studenter i siste del av psykologstudiet. Den vanligste behandlingsformen er individuell psykoterapi (samtaletterapi). Vi mottar også pasienter for diagnostiske utredninger og funksjonsvurderinger. Behandlingstidene tas opp på video, for å benyttes i veiledning av studentenes pasientarbeid.

Behandlingen foregår under tett tilsyn og faglig veiledning fra poliklinikkens stab av psykologer, alle med omfattende klinisk erfaring og spesialistgodkjenning. Veiledningen foregår i grupper med inntil fire studenter og har et dobbelt siktemål: Dels skal den sikre kvaliteten på behandlingen, og dels skal den tilgodese studentenes faglige utvikling og kliniske opplæringsbehov.

Forskning

Ved poliklinikken blir det kontinuerlig utført forskning, som pasientene *kan* bli forespurt å delta i. Pasientene blir på forhånd alltid informert om forskningens formål og form. Deltagelse i forskning forutsetter at det foreligger frivillig og informert samtykke. Forskningen er gjennomgående av en slik art at den ikke stiller ekstra krav til pasienten eller griper forstyrrende inn i behandlingen,

3.4 Nevropsykologisk poliklinikk

Nevropsykologisk poliklinikk ved Institutt for biologisk og medisinsk psykologi er et lavterskeltilbud som yter helsehjelp i form av nevropsykologisk utredning. Målgruppen for tilbudet er barn og voksne. Klinikken er en undervisnings- og forskningsklinikk. Enkelte pasienter vil derfor møte

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 9 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|--------|

psykologistudenter under opplæring under oppholdet på klinikken. Poliklinikken gir et tilbud som tilfredsstillende nasjonale krav til innhold i og rapportering som er gitt av [Norsk Psykologforening](#).

Resultater fra undersøkelser kan med pasientenes samtykke bli brukt i undervisning og forskning. Klinikken deltar til enhver tid i aktive forskningsprosjekter/eksterne samarbeidsprosjekter. Ved Nevropsykologisk poliklinikk skiller det mellom praktikumpasienter og klinikkpasienter.

Praktikumpasientene kommer til utredning i praktikumperiodene. Veileder har ansvar for pasienten under studentenes praksisperiode, men studentene får ansvar knyttet til anamnesen, rapportering av resultater på en evneprøve og gjennomføring av en av testene. For øvrig utføres testingen av en erfaren testtekniker mens studenter og veileder observerer testsituasjonen bak et enveisspeil. Klinikkpasientene kommer både i og utenfor praktikumperiodene, men psykologen gjennomfører arbeidet uten å involvere studenter.

Henvisninger til nevropsykologisk undersøkelse gjennomgås månedlig av spesialist/spesialister i klinisk nevropsykologi ved poliklinikken. Førstekonsulenten er til stede og noterer seg hvilke pasienter som er aktuelle. Svar på om pasienten er aktuell eller ikke og eventuelt i hvilken tidsperiode pasienten kan forvente å bli kalt inn, sendes pasient og henvisende instans innen to uker. Dette er det førstekonsulenten som har ansvar for å gjøre dette.

Detaljert informasjon om retningslinjer for utsendelse av brev til pasienter, journalføring, rapportutforming, og praktiske rutiner (nøkkelkorttilgang, rombooking etc.) finnes i rutinesamlingen.

4 Databehandlingsansvar

(Tekst ikke utarbeidet)

5 Rapportering

For å sørge for systematisk rapportering årlig skal det utarbeides en klinikkmelding som skal behandles i fakultetsstyret. Denne skal utarbeides etter samme mal og med samme frister som forskningsmelding o.l. Klinikkmeldingen skal inneholde beskrivelse av måloppnåelse, status og prioriteringer. Det skal blant annet rapporteres om avvik, uønskede hendelser, evalueringer, klager og brukererfaringer. Klinikkmeldingen utarbeides av instituttene i samarbeid med visedekan for psykologutdanning.

6 Internrevisjon

Universitetsstyret eller universitetsledelsen kan initiere internrevisjon ved behov.

7 Kompetansekrav for ansatte

Instituttleder er nærmeste leder med personalansvar for de ansatte i klinikken, og plikter å sørge for at de ansatte i klinikken har kompetanse om regelverk, fagfelt, retningslinjer og styringssystem. Klinikkleder har delegert ansvar for implementering av dette.

Poliklinikleder bør ha dobbeltkompetanse med relevant fordypningsområde i sin spesialitet. Vitenskapelig ansatte som har veilederfunksjon skal ha fullført profesjonsstudiet i psykologi, doktorgrad i psykologi eller tilsvarende annen doktorgrad, spesialistkompetanse i klinisk psykologi

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 10 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|

eller vil oppnå dette innen rimelig tid, pedagogisk basisutdanning, snakke norsk/skandinavisk, og kunne undervise på alle nivå i psykologstudiet, inkludert doktorgrad.

Veiledere tilsatt i 20 % universitetslektorstilling skal være spesialister i klinisk psykologi med relevant ferdypningsområde og ha utrednings og behandlingsoppgaver i sin hovedstilling. I tillegg kreves veiledererfaring. Det er en fordel om de har videreutdanning i veiledning, men ikke noe krav.

Søkere tilsettes etter dokumenterte kvalifikasjoner og intervju. De engasjeres for 3 semestre om gangen. Som tilsatte har veiledere tilgang på alle universitets tjenester og ressurser. I tillegg blir særskilte temaer innen veiledningspedagogikk formidlet og drøftet i jevnlig møter og på seminarer.

Testteknikere og administrativt ansatte: *(Tekst ikke utarbeidet)*

8 Lover, forskrifter og retningslinjer

Under finnes samling med sentrale lover, forskrifter og retningslinjer med betydning for klinikkvirksomheten.

Ledere, ansatte og studenter gjøres kjent med relevante lover og forskrifter gjennom kvalitetshåndbok, veiledning og internseminarer.

Klinikkserveren og tilknyttet datamaskiner (PsykBase) er et lukket nettverk uten tilgang til internett. Man kan imidlertid bruke de oppgitte elektroniske lenkene dersom en benytter bærbar datamaskin eller en ordinær UiB-PC med nett-tilgang. Klinikkleder har derfor ansvar for at alle ansatte og studenter har tilgjengelig en PC med nett-tilgang.

Lover og forskrifter

[Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\)](#)

Helsepersonelloven regulerer yrkesutøvelsen til helsepersonell, herunder helsepersonells plikter og ansvar. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helsetjenesten.

[Forskrift om pasientjournal med merknader](#)

Forskriften gir på en del områder mer detaljerte regler enn loven, og den fyller ut loven også på noen felter hvor loven ikke har egne regler, men kun en hjemmel for departementet til å gi forskrift. Noen bestemmelser i forskriften har liten selvstendig betydning, men viser til annet relevant regelverk og er tatt med for oversiktens skyld.

[Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\)](#)

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet, både ved å gi pasienter/brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten og ved at disse sikres prosessuelt. Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten samt ivareta respekten for den enkelte pasient/brukers liv, integritet og menneskeverd. Rettighetene som følger av pasient- og brukerrettighetsloven må ses i sammenheng med motsvarende plikter for

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 11 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|

helsepersonellet i helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

[Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. \(helsetilsynsloven\)](#)

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Fylkesmannen er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterlevs. Forskriften regulerer plikten til å ha et fungerende internkontrollsystem. Helsedirektoratet har utgitt en [veileder \(IS-2620\)](#) til forskriften.

[Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern \(psykisk helsevernloven\)](#)

Det psykiske helsevernet i Norge reguleres av psykisk helsevernloven og lovens forskrifter.

[Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger \(helseregisterloven\)](#)

Formålet med loven er å legge til rette for innsamling og annen behandling av helseopplysninger, for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Loven skal sikre at behandlingen foretas på en etisk forsvarlig måte, ivaretar den enkeltes personvern og brukes til individets og samfunnets beste.

[Lov om behandling av personopplysninger \(personopplysningsloven\)](#)

Formålet med denne loven er å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger. Loven skal bidra til at personopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på personopplysninger.

[Lov om barneverntjenester \(barnevernloven\)](#)

Formålet med loven er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.

[Lov om barn og foreldre \(barnelova\)](#)

Barneloven gir regler om foreldreskap (farskap og morskap), foreldreansvar, samvær og underholdningsplikt. Loven inneholder videre regler om foreldremekling og saksbehandlingen av foreldretvister i domstolene.

[Lov om arkiv \(arkivlova\)](#)

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 12 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|

Veiledere og retningslinjer

[Etiske prinsipper for nordiske psykologer](#)

Fagetiske prinsipper utgjør en presisering av den allmenne etikken som gjelder for psykologer såvel som for alle andre mennesker. Gjennom sitt arbeid kommer psykologer i blant opp i spesielle situasjoner som krever vanskelige etiske vurderinger, hvor den allmenne etikken ikke gir tilstrekkelig veiledning. Arbeidsområdet er ofte i et spenningsfelt mellom avhengighet og autonomi, mellom berøringen av det enkelte menneskes integritet og grenser og ivaretagelsen av individets autonomi. Psykologer har derfor i fellesskap formulert fagetiske prinsipper hvis formål er å gi veiledning og støtte for etisk refleksjon.

9 Pasientrettigheter

Pasientrettighetsloven omhandler blant annet pasienters rett til:

- Medvirkning i utforming av tiltak
- Å samtykke til behandling
- Informasjon om egne vansker og den faglige vurderingen av dem
- Innsyn i egen journal
- At vi bevarer taushet om personopplysninger
- Å klage over de tjenestene de blir gitt

9.1 Rett til medvirkning og informasjon

Etter pasientrettighetsloven har pasienter eller nærmeste pårørende rett til å medvirke ved gjennomføringen av hjelpen som tilbys. Pasienten har rett til å medvirke ved valg og utforming av tiltak. Medvirkningen skal legges til rette for den enkelte ut fra hans eller hennes forutsetninger for å gi og motta informasjon. Disse rettighetene ivaretas ved at det fra time til time avtales hvilke undersøkelser som skal gjøres og hvilke tiltak som iverksettes. Valgene begrunnes ut fra de vurderinger av tilstand og behov som gjøres og de faglige grunner en har for valg av arbeidsmodell. Eventuelle testresultater gjennomgås og forklares. Det samme gjøres med diagnostiske funn. Innholdet gjennomgås i den grad det er påkrevd for at pasienten skal forstå innholdet. All informasjon gis på en hensynsfull måte ut fra pasientens forutsetninger.

9.2 Samtykke til behandling

Alle tiltak krever samtykke. Gyldig samtykke forutsetter at nødvendig informasjon er gitt og forstått av pasienten. Samtykke kan gis i form av at en avtaler hva som skal skje. Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har krav på en individuelt utformet plan for tjenestene.

9.3 Innsynsrett i journal

Pasientrettighetsloven og helsepersonell loven regulerer pasienters rett til innsyn i journal. Pasienter har, som hovedregel, rett til innsyn i hele journalen med vedlegg. Inntil overføring/makulering har funnet sted, gjelder innsynsretten derfor også for grunnlagsmaterialet (se kapittel om journalføring). Pasienter har rett til å be om kopi av journalen og til bistand med å tolke opplysningene.

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 13 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|

Innsynsrett kan avslås dersom innsynet kan være til skade for liv eller helse, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær. Pasienten kan da oppnevne en representant for seg som gis innsyn. Dette følger [av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 andre ledd](#).

Pasienter har heller ikke rett til informasjon om andre personer som inngår i journalen (informasjon om tredje person).

9.4 Klageadgang og saksgang ved klager

Pasienter og mindreårige pasienters foresatte har etter pasient- og brukerrettighetsloven rett til å klage. Dette gjelder i noen tilfeller også pårørende.

I og med at opplæringsklinikken ikke er en del av det lovpålagte helsevesenet, omfatter imidlertid ikke klageadgangen rett til helse- og omsorgstjenester og transport (pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2). Dersom pasienten har spørsmål om muligheten og retten til å klage, kan han/hun ta kontakt med klinikkresepsjonen enten ved oppmøte eller per telefon eller e-post.

Pasienter som ønsker å klage kan sende klage per brev til den aktuelle klinikken, levere klage personlig i resepsjonen eller per epost. Dersom klager benytter epost, må svar sendes med ordinær post av hensyn til taushetsplikten (klinikken ikke kan sende personsensitive opplysninger på epost). Foruten en beskrivelse av forholdet det klages på, bør klagen også inneholde opplysninger om pasientens (og foresattes) navn, fødselsnummer og kontaktinformasjon (postadresse og telefonnummer).

Pasienter/pårørende skal få hjelp med å formulere og levere inn en klage dersom de ønsker dette.

Den som klager står helt fritt til å formulere hva det klages på, det kan for eksempel dreie seg om å klage på selve utredningen eller behandlingen, type behandling, kommunikasjonen og kontakten med student/veileder, studentens/veileders oppførsel eller andre forhold.

Når en klinikk mottar en klage skal denne behandles så raskt som mulig, og om den opprinnelige vurderingen opprettholdes, skal klagen sendes videre til Fylkesmannen i Hordaland. Klagen skal vurderes og saksbehandles av klinikkleder og utgående svar skal godkjennes av instituttleder.

Ansatte og studenter kan kontakte Fylkesmannen i Hordaland for veiledning i spørsmål om klager eller pasientrettigheter.

Informasjon til pasienter om klageadgang finnes på følgende nettside: *(lenke til uib.no kommer når det er klart.)*

10 Risikokartlegging

(Tekst ikke ferdig utarbeidet.)

11 Brukermedvirkning – kvalitetsforbedring

(Tekst ikke ferdig utarbeidet.)

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 14 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|

12 Avvikssystem

Avvik er brudd på klinikkens regler og rutiner. Det er en overordnet målsetning for klinikken å forebygge og unngå avvik. På samme tid er det et mål at alle avvik som oppstår skal meldes og behandles for å ivareta de involverte og forhindre gjentakelse. Hensikten med rutinene for avvikshåndtering er å fremme god profesjonell oppførsel, trygge pasientbehandlingen og sikre at den psykologfaglige praksisen ved klinikken til enhver tid er i tråd med gjeldende rutiner og regelverk.

Studenter og ansatte har ansvar for å melde fra om avvik, klinikkleder har ansvar for å behandle disse, lukke dem, og begrense eventuelle konsekvenser.

Leder har også ansvar for å føre statistikk og sikre nødvendig rapportering slik at klinikken kan ta lærdom av avviket. Anonymisert statistikk brukes i en årlig gjennomgang på tvers av de ulike klinikkene, og inngår i årlig klinikkmelding til fakultetsstyret.

Alvorlige avvik skal meldes til Fylkesmannen av klinikkleder eller instituttleder.

Melder har krav på tilbakemelding fra klinikkleder eller instituttleder om at avviksmeldingen er mottatt, og dersom taushetsplikten ikke er til hinder skal melder orienteres om hvordan avviket ble behandlet. Manglende oppfølging av meldte avvik kan meldes til Fylkesmannen.

Merk at det kan være naturlig å melde fra i flere systemer samtidig. HMS-systemet brukes ved HMS-relaterte avvik (eksempelvis at det er glatt utenfor klinikkinngangen). Tvilmelding etter skikkethetssystemet brukes der det er tvil om en students skikkethet (eksempelvis dersom en medstudent er ruset i en studiesituasjon).

Rutine for melding av avvik og oppfølging av dette, samt skjema for å melde avvik finnes i rutinesamlingen.

13 Journalføring og bruk av PsykBase

Klinikkene anvender det elektroniske pasientadministrative systemet PsykBase. Systemet inneholder en egen elektronisk pasientjournal (EJ). Systemet er plassert i et lukket system på en server hos IT-avdelingen ved UiB og det er kun tilgang til dette systemet via dedikerte datamaskiner. IT-avdelingen vedlikeholder og betjener server, mens IKT-seksjonen ved Det psykologiske fakultet foretar oppdatering av programvaren og installasjon på maskiner til ansatte og studenter.

Den enkelte klinikk har et visst antall lisenser tilsvarende brukere av PsykBase. Ansatte i klinikk og veiledere har hver sin lisens i tillegg til klinikkadministrativ. En lisens kan ikke brukes på tvers av klinikker/databaser. Når en ansatt slutter, overføres lisens til annen/ny bruker

Tilgangen til PsykBase styres av systemadministrativ ansatt (klinikkadministrasjonen) og tilgangen gis på tre nivåer. Poliklinikkleder har tilgang på alle saker. Veileder og deltakere i veiledningsgruppen har kun tilgang på gruppens saker. Veileder registreres som behandlingsansvarlig og student som koterapeut. Faste ansatte som har egne pasienter gis kun tilgang til disse.

Student og veileder må ha brukerkonto fra UiB for å få tilgang til klinikkserver. Tilgang til server gis av IKT-seksjonen på grunnlag av navnelister med bruker-id levert av klinikkadministrasjonen hvert

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 15 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|

semester. Tilgangskatalogen ajourføres hvert semester og tilgangperiode begrenses til ansattperiode for veileder og klinikkpraksisperiode for student.

Studentene fører journal og utarbeider dokumenter i henhold til forskriftene, men det er veileder som godkjenner og kosignerer notater og dokumenter. Det er utarbeidet en rekke formaterte dokumentmaler i PsykBase til bruk i pasientarbeidet.

Det er kun administrasjonen som skanner dokumenter (henvisningsskriv, innhentede rapporter osv.) til PsykBase.

Brukermanual for bruk av PsykBase finnes i rutinesamlingen.

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|
| Dato oppdatert: | Opprettet: 14.03.2018 | Skrevet av: | Gjelder fra: | Godkjent av: | Side 16 |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------|--------------|---------|