



# KVALITETSHÅNDBOK FOR PSYKOLOGISK UNIVERSITETSPOLIKLINIKK VED DET PSYKOLOGISKE FAKULTET

---

UNIVERSITETET I BERGEN



## INTERNKONTROLL OG KVALITETSSYSTEM

### Innhold

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Formål og oppgaver .....                                          | 5  |
| Organisering, ansvarsforhold og fullmaktstruktur .....            | 6  |
| Overordnet myndighets- og ansvarsstruktur .....                   | 6  |
| Organisasjonskart.....                                            | 7  |
| Roller og ansvar ved klinikken: .....                             | 7  |
| Beskrivelse av klinikken .....                                    | 10 |
| Seksjon for barn og ungdom 1 & Seksjon for barn og ungdom 2 ..... | 10 |
| Seksjon for unge og voksne & Seksjon for voksne og eldre .....    | 11 |
| Seksjon for klinisk nevropsykologi .....                          | 11 |
| Personvern, informasjonssikkerhet og .....                        | 11 |
| databehandlingsansvar .....                                       | 11 |
| Ansvar og oppgaver.....                                           | 12 |
| Rapportering .....                                                | 13 |
| Internrevisjon og internkontroll .....                            | 13 |
| Kompetansekrav for ansatte .....                                  | 13 |
| Lover, forskrifter og retningslinjer .....                        | 14 |
| Pasientrettigheter .....                                          | 16 |
| Rett til medvirkning og informasjon .....                         | 16 |
| Samtykke til behandling .....                                     | 17 |
| Innsynsrett i journal.....                                        | 17 |
| Klageadgang og saksgang ved klager .....                          | 17 |
| Risikostyring .....                                               | 18 |
| Brukermedvirkning og kvalitetsforbedring .....                    | 19 |
| Avvikssystem .....                                                | 19 |
| Hva er avvik?.....                                                | 19 |
| Hvordan sikre et aktivt avvikssystem .....                        | 20 |
| Hvordan melde avvik .....                                         | 20 |
| Avviksmelding ved selvmord.....                                   | 20 |
| Journalføring og bruk av Psykbase .....                           | 21 |

|                               |                               |                          |                            |                              |        |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 2 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|

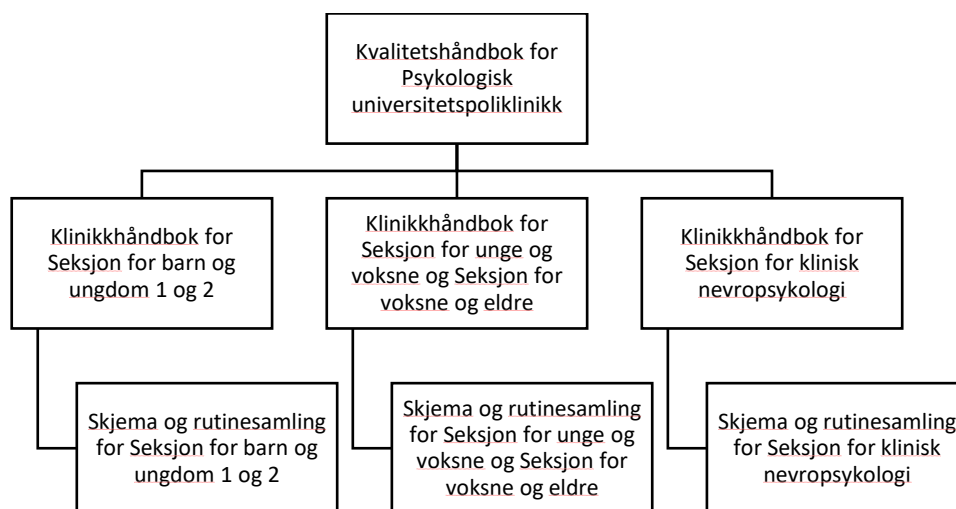
## ÅRSHJUL

| <b>Når</b>       | <b>Hva</b>                                                                                                              | <b>Hvem utfører</b>                          | <b>Ansvarlig mottaker</b> |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------|
| <i>Januar</i>    | Semesterstart:<br>Orienteringsmøter for studenter, ansatte og veiledere                                                 | Klinikkleder/seksjonsledere                  | Instituttledere           |
| <i>Februar</i>   | Utarbeiding av klinikkmelding <ul style="list-style-type: none"> <li>Fagperspektiv</li> <li>Systemperspektiv</li> </ul> | Klinikkleder/instituttledere<br>lager utkast | Dekan                     |
| <i>Mars</i>      | Klinikkmelding behandles i fakultetsstyret.                                                                             | Instituttledere                              | Dekan/fakultetsstyret     |
| <i>April</i>     | Gjennomgang av funn i klinikkmeldingen, utarbeide tiltak.                                                               | Instituttledere                              | Dekan                     |
| <i>Mai</i>       | Oppdatere kvalitetshåndboken                                                                                            | Instituttledere                              | Fakultetsdirektør         |
| <i>Juni</i>      | Oppdatere klinikkhåndbøker og skjema/rutinesamling                                                                      | Klinikkleder                                 | Fakultetsdirektør         |
| <i>Juli</i>      |                                                                                                                         |                                              |                           |
| <i>August</i>    | Semesterstart:<br>orienteringsmøter for studenter, ansatte og veiledere                                                 | Klinikkleder/<br>seksjonsledere              | Instituttledere           |
| <i>September</i> |                                                                                                                         |                                              |                           |
| <i>Oktober</i>   | Opplæring av ansatte – selvmordsforebygging                                                                             | Klinikkleder/seksjonsledere                  | Instituttledere           |
| <i>November</i>  | Stikkprøver journal                                                                                                     | Seksjonsledere                               | Klinikkleder              |
| <i>Desember</i>  | Oppdatere klinikkhåndbøker og skjema/rutinesamling                                                                      | Klinikkleder                                 | Fakultetsdirektør         |

## Beskrivelse av kvalitetssystemet

Denne håndboken er én del av opplæringsklinikkens kvalitets- og styringssystem, og beskriver de overordnede rammene for Psykologisk universitetsspoliklinikk ved Det psykologiske fakultet. Målgruppe for denne håndboken er ledere, ansatte og studenter.

Systemet består av tre deler: (1) **Kvalitetshåndboken**, (2) **Klinikkhåndboken**, som er særskilt for hver enkelt seksjon, og (3) **Skjema og rutinesamling**, som er samling med relevante vedlegg til den enkelte seksjon. På behandlingsseksjonene har seksjonene for barn og ungdom og seksjonene for voksne en felles klinikkhåndbok og skjema og rutinesamling hver.



De enkelte delene av kvalitets- og styringssystemet skal oppdateres i henhold til årshjulet. Klinikkleder, instituttlederne og klinikkens administrasjon involveres i dette arbeidet. Dekan følger opp det faglige innholdet og fakultetsdirektør er systemansvarlig.

Et skriftlig system for internkontroll og kvalitetssikring er pålagt opplæringsklinikken gjennom helsetilsynsloven § 3 samt forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 2. Klinikken må ha et styringssystem som beskriver hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Styringssystemet skal imidlertid tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Internkontrollplikten skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

|                               |                               |                          |                            |                              |        |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 4 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|

## Hvordan kvalitetssystemet formidles og gjøres kjent i organisasjonen

Plan for internopplæring: Kvalitetssystemet skal gjennomgå systematisk som en del av introduksjonsprogrammet i veiledningsgruppene og anvendes fortløpende i pasientarbeidet.

For nytilsatte veiledere og vitenskapelig ansatte blir kvalitetssystemet gjennomgått sammen med seksjonslederne og klinikkleder. I tillegg får nytilsatte og studenter opplæring i bruk av det pasientadministrative systemet og bruk av lyd- og bildeopptak.

Tema som omhandler kompetanseheving, endringer i lovverk og forskrifter som har betydning for kvalitetssystemet blir fortløpende formidlet til ansatte og veiledere i faste møter og seminarer med disse.

Kvalitetshåndboken og klinikkhåndbøkene vil til enhver tid være publisert og offentlig tilgjengelig på klinikkens egne nettsider. Rutiner, skjemaer og maler vil være tilgjengelig for ansatte, studenter og veiledere på egne klinikkservere.

## Formål og oppgaver

Opplæringsklinikken 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 og skal reflekteres både i de metoder, instrumenter og prosedyrer som benyttes. Det aktuelle utrednings- og behandlingstilbudet skal utarbeides i kommunikasjon og samarbeid med pasienten (eventuelt foresatte). Behandlingstilbudet skal involvere brukerne og gi dem reell innflytelse på de valg som foretas.

Opplæringsklinikken er ikke en del av den ordinære helsetjenesten i kommuner og helseforetak, men er en 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 opplæringsklinikk er et hovedformål å gi en praktisk innføring i psykologisk utredning og behandling av psykiske lidelser hos pasienter. Dette er nærmere beskrevet i den spesifikke delen for hver seksjon.

|                               |                               |                          |                            |                              |        |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 5 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|

## Organisering, ansvarsforhold og fullmaktstruktur

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

### Overordnet myndighets- og ansvarsstruktur

Dekan har det overordnede faglige ansvaret for den kliniske virksomheten ved fakultetet. Dekan leder fakultetets klinikkvirksomhet innenfor de rammer som blir satt av Universitetsstyret, instruks fra rektor og universitetsdirektør og gjennom vedtak fattet av Fakultetsstyret.

Fakultetet har en todelt ledelse, der dekan og fakultetsdirektør har et løpende samarbeid om klinikkdriften samt ansvaret for kvalitets- og styringssystemet som et lederverktøy for dette. Dekan har ansvaret for det faglige innholdet i kvalitetssystemet. Fakultetsdirektør har systemansvar for internkontroll og kvalitetssikring og skal sikre at kvalitetssikringssystemet er funksjonelt og operativt og innenfor lovverket sine krav.

Fakultetsdirektøren har ansvaret for klinikkens administrative støttefunksjoner.

Fakultetsdirektøren skal videre sørge for et administrativt system for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere klinikkdriften i henhold til kvalitetssystemet.

Dekan rapporterer til rektor mens fakultetsdirektør rapporterer til universitetsdirektør.

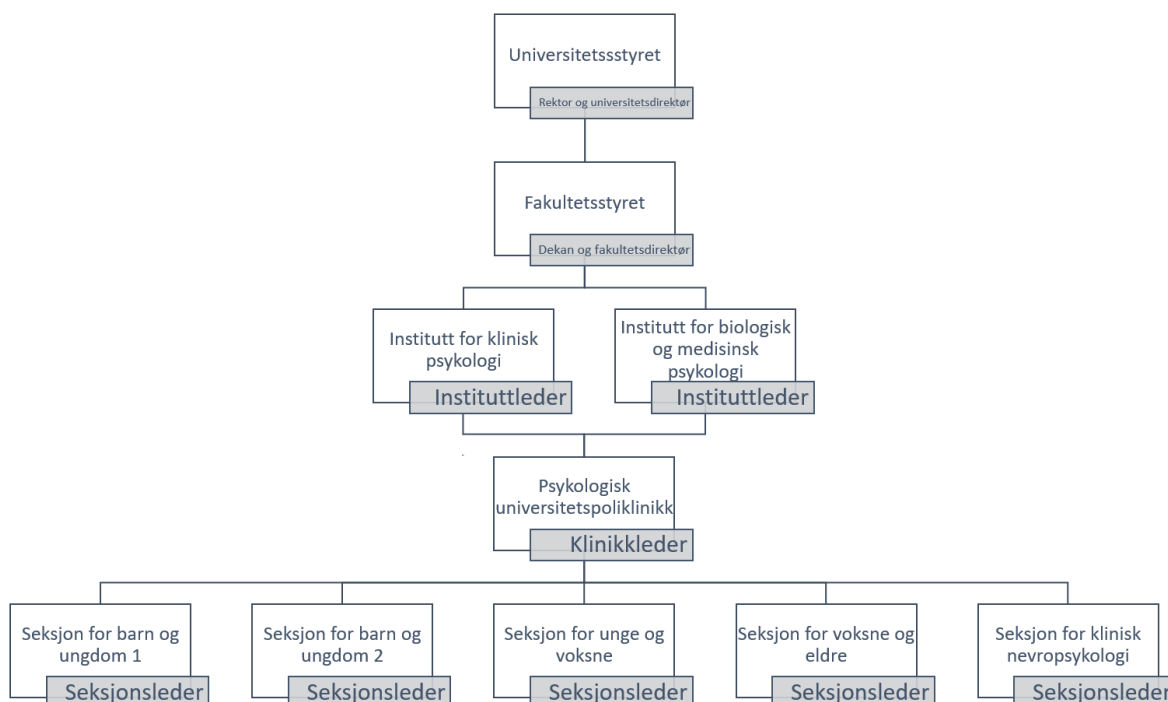
Fakultetsstyret og dekanat har ansvar for de økonomiske og ressursmessige forutsetningene for virksomheten ved klinikken.

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

|                               |                               |                          |                            |                              |        |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 6 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|

## Organisasjonskart

Organisasjonskartet under beskriver både den faglige og den administrative linjen.



## Roller og ansvar ved klinikken:

### Klinikkleder/seksjonslederne

Opplæringsklinikken ledes av klinikkleder som har ansvar for driften av klinikken i samarbeid med seksjonslederne. Klinikkleder og seksjonslederne skal legge til rette for at helsepersonell i klinikken kan utføre sine oppgaver forsvarlig, og at taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og opplysningsplikt overholdes. Klinikkleder rapporterer til instituttlederne.

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

Ledelse av inntaksteamet og påfølgende ansvar er delegert fra klinikkleder til seksjonsledere ved de fire seksjonene ved poliklinikken. Klinikkleder har det overordnede ansvaret.

|                               |                               |                          |                            |                              |        |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 7 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|



## Vitenskapelig ansatte og veiledere

Vitenskapelig ansatte og veiledere ved klinikken 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.

## Veiledningsgruppen og veileder

Veilederne er behandlingsansvarlig for de pasientene de har i sin veiledningsgruppe, kosignerer studentenes journalnotater og godkjenner dokumenter. Veileder skal se til 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 konfliktsituasjoner eller alvorlig uenighet i gruppen har både studenter og veiledere anledning til å ta kontakt med seksjonsleder/klinikkleder for å drøfte situasjonen. Seksjonsleder kan ta saken videre til klinikkleder. Seksjonsleder/klinikkleder har ansvar for å sette i verk og følge opp nødvendige tiltak.

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

## 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 veileder gir 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 seksjonsleder, eventuelt poliklinikkleder.

I første pasientsamtale ved poliklinikken skal studenten gi og utdype informasjon om klinikken og utrednings- og behandlingstilbudet, samt sørge for signert samtykke til lyd- og billedopptak.

Studentene skal også innhente informert samtykke til observasjon, aidentifisert staffpresentasjon og brukerundersøkelse. Dersom pasienten ikke samtykker til lyd- og billedopptak, vil de ikke få noe videre utrednings- eller behandlingstilbud ved behandlingsseksjonene. Ved seksjon for klinisk nevropsykologi kan enkelte likevel få tilbud om videre utredning og oppfølging av en ansatt.

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

|                               |                               |                          |                            |                              |        |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 8 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|



Studentene er helsepersonell med de plikter som følger av Helsepersonelloven og den kompetanse de har. Studentene er også bundet av Studenterklæringen og av Etske prinsipper for nordiske psykologer i sitt kliniske arbeid.

Studentenes utredning og behandlinger foregår i klinikkens åpningstid. I åpningstiden har klinikken et klinikkvaktssystem, slik at studenten til enhver tid kan ta kontakt dersom det skulle være behov for assistanse.

## Administrasjon

Klinikkadministrasjonen utfører ekspedisjon- og førstelinjetjenester, forbereder saker og henvisninger til seksjonsmøtet, registrerer saker i det elektroniske pasientadministrative systemet Psykbase. Som administrativt systemansvarlige styrer de tilsatte og studentenes tilgang til Psykbase. Administrasjonen står også for utsending av vedtak fra inntaksmøter, informasjonsmateriell, innkalling til første samtale og utsendelser av rapporter og epikriser når saker avsluttes. Administrasjonen har ansvar for registrering/skanning og makulering av mottatt pasientdokumentasjon og henvisninger.

Administrasjonen står for opplæringen av studenter og veiledere i journalsystemet Psykbase og lyd- og billedopptak av pasientbehandling og er deres primære kontaktperson som gir løpende brukerstøtte i klinikkens systemer og har oversikt over den daglige klinikkaktiviteten.

Administrasjonen ved poliklinikken overlapper ved behov slik at nødvendig pasientinformasjon alltid er tilgjengelig og nødvendige ekspedisjonstjenester ivaretas. Det er viktig med tilstedeværelse og tilgjengelighet for både studenter i opplæring og pasienter under utredning og behandling, samt for å besvare innkomne henvendelser. Ved fravær av administrativt personale vil den aktuelle seksjonsleder ha et ansvar for å sikre at nødvendig pasientinformasjon alltid er tilgjengelig og at nødvendige ekspedisjonstjenester ivaretas.

## Testteknikere

Teknikere ved Seksjon for klinisk nevropsykologi 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 teknikere 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 seksjonsleder og internundervisning. Testteknikere deltar gjennom sitt arbeid aktivt i studentundervisningen gjennom praktisk testopplæring og som diskusjonspartner i forbindelse med praktikumundervisningen.

|                               |                               |                          |                            |                              |        |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 9 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|

## Beskrivelse av klinikken

Psykologisk universitetsspoliklinikk er en opplæringsklinikk hvor viderekomne psykologistudenter gir tilbud om utredning og behandling til pasienter i alle aldre under veiledning av spesialist i klinisk psykologi. Behandling ved poliklinikken er frivillig og gratis.

Opplæringsklinikken er organisert under to av instituttene ved Det psykologiske fakultet, Institutt for klinisk psykologi og Institutt for biologisk og medisinsk psykologi. Seksjon for barn og ungdom I, Seksjon for barn og ungdom II, Seksjon for unge og voksne og Seksjon for voksne og eldre hører inn under Institutt for klinisk psykologi. Seksjon for klinisk nevropsykologi hører inn under Institutt for biologisk og medisinsk psykologi.

Rutinene for henvisning varierer noe fra seksjon til seksjon (se under). Behandlingsseksjonene tar i utgangspunktet imot pasienter med lettere psykiske vansker, der pasienten i utgangspunktet ikke har rett til prioritert helsehjelp. I noen tilfeller henvises pasienter parallelt til klinikken og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har da prioritet. Dersom det, i løpet av kontakten, blir vurdert at pasienter kan ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, skal pasienten henvises til behandling der. Virksomheten skal følge opp pasienten inntil det er etablert et nytt tilbud.

Poliklinikken har funksjon som både utdannings- og forskningsklinikk. Resultater fra undersøkelser kan med pasientenes informerte samtykke bli brukt i undervisning og forskning. Pasientene blir på forhånd alltid informert om forskningens formål og form. Deltagelse i forskning forutsetter at det foreligger frivillig og informert samtykke. Forskingen er gjennomgående av en slik art at den ikke stiller ekstra krav til pasienten eller griper forstyrrende inn i behandlingen.

Som del av kvalitetssikringssystemet for klinikken har hver seksjon sin egen **klinikkhåndbok**, som omtaler de særskilte forhold ved hver seksjon. I tillegg har hver seksjon sin egen **skjema- og rutinesamling**.

Psykologisk universitetsspoliklinikk anvender et elektronisk pasientadministrativt system (Psykbase) som er en del av UiBs SAFE-løsning for lagring av sensitive personopplysninger. I tillegg har klinikken to eldre papirarkiver.

### Seksjon for barn og ungdom 1 & Seksjon for barn og ungdom 2

Seksjon for barn og ungdom 1 og 2 (SBU1 og SBU2) gir tilbud om utredning og behandling til personer (0-18 år) som har lettere psykiske vansker/ problemer. Vanskene kan være angst, depresjon, sosiale og relasjonelle vansker, eller familiekonflikter. I enkelte saker kan klinikken levere avgrensede utredninger og behandlinger etter avtale med den instansen som har hovedkontakten med pasienten.

Seksjonene tar imot henvisning fra fastlege, skolehelsetjenesten, Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barnevern, kommunepsykologer og psykisk helsevern for barn og unge. Pasienten eller familien kan ikke henvise seg selv.

|                               |                               |                          |                            |                              |         |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 10 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|

## Seksjon for unge og voksne & Seksjon for voksne og eldre

Seksjon for unge og voksne (SUV) og Seksjon for voksne og eldre (SVE) gir tilbud om behandling til voksne (over 18 år) med lettere psykiske vansker. Vanskene kan være angst, depresjon, sosiale og relasjonelle vansker, eller familiekonflikter. Det kan også være aktuelt med avgrenset utredning av mer alvorlige vansker.

Seksjonene tar imot pasienter etter henvisning fra fastlege, distriktpsikiatriske sentre (DPS), skolehelsetjenesten, studentenes psykiske helsetjeneste og psykisk helsevern for barn og unge. Pasienter kan også henvise seg selv.

## Seksjon for klinisk nevropsykologi

Seksjon for klinisk nevropsykologi (SKN) yter helsehjelp i form av nevropsykologisk utredning av barn, unge, voksne og eldre. Psykologistudenter har under veiledning ansvar for deler av utredningsarbeidet ved klinikken.

Pasienter henvises både fra spesialist- og primærhelsetjenesten, men tar også imot pasienter som selv tar kontakt. Henvisningene vurderes regelmessig på inntaksmøter. Undersøkelsen gjennomføres vanligvis over to dager, etterfulgt av tilbakemeldingsmøter og andre oppfølgingsmøter ved behov. Arbeidet gjennomføres i henhold til de nasjonale anbefalinger til innhold i og rapportering som er gitt [av Norsk Psykologforening](#).

Klinikken benyttes til enhver tid også til gjennomføring av forskningsprosjekter, og ansatte har pasientansvar både i og utenom studentenes praksisperiode.

# Personvern, informasjonssikkerhet og databehandlingsansvar

Fakultetsdirektør er ansvarlig for personvern, informasjonssikkerhet og databehandling ved klinikken, og har det overordnede ansvaret på dette området. Fakultet samarbeider med IT-avdelingen ved UiB om sikker behandling av pasientenes helse- og personopplysninger. Klinikkleder har ansvar for den daglige oppfølgingen av prosedyrer og opplæring.

[Bransjenorm for informasjonssikkerhet og personvern - Direktoratet for e-helse](#) legges til grunn som et utgangspunkt for arbeidet med personvern, informasjonssikkerhet og databehandlingsansvar.

UiB har en [personvernerklæring](#) for pasienter, som gjelder for vår opplæringsklinikk. UiB har et eget personvernombud (epost: [personvernombud@uib.no](mailto:personvernombud@uib.no) nettside <https://www.uib.no/personvern>) Personvernombudets hovedoppgave er å informere og gi råd om de forpliktelsene UiB har etter personvernlovgivningen til behandlingsansvarlige, samt til de ansatte som utfører behandlingen av personopplysninger.

|                               |                               |                          |                            |                              |         |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 11 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|

Fakultetet fører en samlet og oppdatert oversikt over alle behandlinger av helse- og personopplysninger i virksomheten i UiBs [GDPR-oversikt](#).

## Ansvar og oppgaver

**Fakultetsdirektørs** oppgaver:

- å beskrive ansvar- og myndighetsforhold
- ha oversikt hvilke behandlinger av helse- og personopplysninger som utføres i virksomheten, og på hvilket grunnlag disse behandles
- påse at avvikshåndtering innen informasjonssikkerhet følges opp
- planlegge og gjennomføre en årlig sikkerhetsrevisjon
- overordnet ansvar for drift av Psykbase og sikringen av eldre papirarkiver
- følge opp leverandør av IT-systemer og IT-avdelingen
- revidere personvernerklæringen ved behov
- ansvar for dialog med UiBs personvernombud
- ansvar for at behandling av personopplysninger blir ført inn i UiBs GDPR-protokoll

**Klinikkleder i samarbeid med seksjonslederne** har ansvar for:

- å påse at virksomhetens medarbeidere får opplæring i informasjonssikkerhet og det elektroniske pasientjournalsystemet (Psykbase).
- den daglige oppfølgingen av gjeldende prosedyrer i kvalitetssikringssystemet, herunder de underliggende prosedyresamlinger.
- å påse at tilgangsstyringen skjer i henhold til prosedyre for elektronisk pasientjournal og papirarkiv.

**Medarbeidere** (dvs. fast og midlertidig ansatte) har ansvar for:

- å etterleve de til enhver tid gjeldende prosedyrer i kvalitetssikringssystemet, herunder de underliggende prosedyresamlinger.
- å bidra til at studentene får nødvendig opplæring i gjeldende prosedyrer for informasjonssikkerhet

**Studenter** har ansvaret for:

- å etterleve de til enhver tid gjeldende prosedyrer i kvalitetssikringssystemet, herunder de underliggende prosedyresamlingene.

UiB ved IT-avdelingen drifter det elektroniske pasientjournalsystemet. Samarbeidet mellom klinikken og IT-avdelingen følger av fastlagt samarbeidsprosedyre.

|                               |                               |                          |                            |                              |         |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 12 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|

## Rapportering

For å sørge for systematisk rapportering årlig skal det utarbeides en klinikkmelding som skal behandles i fakultetsstyret. 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 klinikkleder i samarbeid med instituttlederne.

## Internrevisjon og internkontroll

Universitetsstyret eller universitetsledelsen kan initiere internrevisjon ved behov. Universitetsdirektøren har delegert ansvar for internkontroll til fakultetsdirektøren.

## Kompetansekrav for ansatte

Klinikkleder og seksjonsledere 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 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 spesialist i klinisk psykologi med relevant fordypningsområde og ha utrednings og behandlingsoppgaver i sin hovedstilling. I tillegg kreves veiledererfaring. Det er en fordel om de har videreutdanning i veiledning, men dette er ikke et krav.

Søkere tilsettes etter dokumenterte kvalifikasjoner og intervju. De engasjeres for 4 semestre (2 år) om gangen. Som tilsatte har veiledere tilgang på alle universitets tjenester og ressurser. I tillegg blir særskilte temaer innen veiledningspedagogikk formidlet og drøftet i jevnlige møter og på seminarer.

Administrativt ansatte skal normalt ha utdanning på bachelorgradsnivå eller spesialutdanning tilpasset oppgavene stillingen skal dekke. Lang, relevant praksis kombinert med relevant etter- og videreutdanning kan kompensere for manglende formell utdanning.

Testteknikere bør ha høyskoleutdannelse med et helsefaglig fokus.

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. Instituttleder har ansvar for sikre at klinikkleder har den nødvendige kompetanse.

|                               |                               |                          |                            |                              |         |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 13 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|

Ansattes opplæring og vedlikehold av kompetanse innen selvmordsforebygging er sikret ved å ha årlige opplærings- og vedlikeholdsseminarer (se årshjul). Opplæringen følger anbefalinger fra helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinje om selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

## 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 en del av UiBs SAFE-løsning for sikring av sensitive personopplysninger.

De oppgitte elektroniske lenkene i dette dokumentet kan nås ved å benytte 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 \(pasientjournalforskriften\)](#)

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

|                               |                               |                          |                            |                              |         |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 14 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|

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

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. Statsforvalteren 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 etterleves. 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 underholdsplikt. Loven inneholder videre regler om foreldremekling og saksbehandlingen av foreldretvister i domstolene.

Lov om vegtrafikk ([vegtrafikkloven](#)) Forskrift om førerkort m.m. (førerkortforskriften)

Lege, psykolog eller optiker som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy, ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet. Dersom pasientens helsetilstand antas ikke å være

|                               |                               |                          |                            |                              |         |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 15 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|



kortvarig, skal helsepersonell som nevnt gi melding til offentlige myndigheter etter nærmere regler fastsatt av departementet i forskrift.

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

[Forskrift om offentlege arkiv](#)

## 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 iblant 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.

[Selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\)](#)

Psykologisk universitetsspoliklinikk følger retningslinjene for selvmordsforebygging i psykisk helsevern, utarbeidet av helsedirektoratet. Retningslinjen ble publisert i april 2024, og er implementert i virksomhetens rutiner.

## 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

## 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

|                               |                               |                          |                            |                              |         |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 16 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|

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.

## 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.

## Innsynsrett i journal

Pasientrettighetsloven og Helsepersonelloven 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. Pasienter har rett til å be om kopi av journalen og til bistand med å tolke opplysningene.

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).

## 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, per telefon eller e-post.

Pasienter som ønsker å klage kan sende klage per brev til 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).

|                               |                               |                          |                            |                              |         |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 17 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|

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 klinikken 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 Statsforvalteren i Hordaland for veiledning i spørsmål om klager eller pasientrettigheter.

Informasjon til pasienter om klageadgang finnes på følgende nettside:

<http://www.uib.no/oppl%C3%A6ringsklinikker/116441/klageadgang-pasienter>

## Risikostyring

I henhold til [Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#), § 6 plikter man å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerhet.

I [veileder til forskriften](#) presiseres det at det i kravet ligger en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Målet med kartlegging er å identifisere områder der svikt kan inntre ofte, identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre, samt forebygge svikt og uønskede hendelser.

Klinikkleder har ansvaret for å sørge for at risikonivået defineres og risikoer identifiseres i virksomheten. Gjennom systematiske risikokartlegginger skal ledelsen identifisere aktiviteter og prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikofaktorer forbundet med samhandling og overganger internt og eksternt skal særlig vektlegges. I tillegg til å ha oversikt over områder med risiko for svikt, skal man planlegge hvordan risiko kan minimeres. Oppfølging av risiko skjer som en kontinuerlig prosess der virksomheten jobber systematisk med å planlegge, gjennomføre, evaluere og følge opp med risikoreduserende tiltak. Pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere vil kunne bidra med verdifull innsikt om risiko. Deres erfaringer og innspill bør systematisk etterspørres og brukes.

Ved klinikken vil følgende inngå i kartlegging av områder med risiko for svikt, samt planlegging av risikominimerende tiltak:

- Registrerte avvik registreres og følges opp løpende i møter på klinikken
- Det skal årlig utarbeides en klinikkmelding der også statistikk over antall og type avvik blir presentert

|                               |                               |                          |                            |                              |         |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 18 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|

- Klinikkmeldingen følges opp i møter der tiltak og tiltaksnivå besluttes og det utpekes ansvarlig for tiltakene
- Det sikres regelmessig tilbakemelding fra brukere (pasienter, studenter og ansatte)
- Resultater fra HMS-kartlegging med spesielt fokus på trivsel, kommunikasjon og opplevd tidspress.

I gjennomføringen av risikokartlegging ved klinikken benyttes CIM, som er UiBs web-baserte støtteverktøy for risiko, sikkerhet og beredskap. Systemet er modulbasert og dekker alle deler av beredskaps- og krisehåndteringen, herunder risiko- og sårbarhetsanalyser, beredskapsplanlegging (planverk og tiltakskort), krisehåndtering (varsling og loggføring), mediehåndtering, pårørendehåndtering, rapporter, samt opplæring og trening.

## Brukermedvirkning og kvalitetsforbedring

For å sikre tilstrekkelig brukermedvirkning og kvalitetsforbedring i henhold til lowerket, er det fra april 2025 etablert et kvalitetsregister ved klinikken - Kvalitetsregister for utredning og behandling ved Psykologisk universitetsspoliklinikk, Universitetet i Bergen (KUBE). Som tilbyder av helsetjenester er Psykologisk universitetsspoliklinikk juridisk pliktige til å ha et systematisk fokus på kvalitetsforbedring og kvalitetskontroll. Kvalitetsregisteret vil gjøre dette arbeidet mer systematisk og grundig, og sikre at klinikkens drift tilfredsstiller forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250), og andre sentrale lover og forskrifter nevnt over.

Klinikkleder vil hvert år samle inn data fra kvalitetsregisteret omkring helsetjenestene ved klinikken. På et individuelt nivå vil deres opplevelser knyttet til utredning og behandling bli tematisert av den ansvarlige psykolog eller student som en integrert del av helsetjenesten som tilbys, både muntlig og gjennom strukturerte tilbakemeldingsverktøy. På systemnivå vil deres erfaringer med tjenestene bli samlet inn gjennom brukerundersøkelser som blir gitt ut som ledd i kvalitetsregisteret. Her spør vi blant annet om hvordan de har opplevd å bli møtt, opplevd nytte av behandling, og totalinntrykk av tjenestene de har mottatt.

Kvalitetsregisteret skal samle inn og systematisere informasjon om pasientkarakteristika, behandlingsforløp og pasientrapporterte erfaringer. Dette gir klinikken og fakultetet tilgang til strukturert informasjon for kvalitetsforbedring. Det danner også et viktig beslutningsgrunnlag i spørsmål om studentopplæring.

## Avvikssystem

### Hva er avvik?

Avvik er brudd på klinikkens regler og rutiner. Avvik er også en viktig kilde for å fange opp og overvåke faglig og driftsmessige utviklings- og læringsområder/tiltak. Systemet er således både et sikkerhetssystem for å sikre forsvarlig og god drift, at driftsmessige feil og mangler blir korrigert, et ledelsesverktøy for læring og utvikling og et grunnlag for evaluering av

|                               |                               |                          |                            |                              |         |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 19 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|

kvalitetssystemet. 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.

## Hvordan sikre et aktivt avvikssystem

Det er en overordnet målsetning for klinikken å forebygge og unngå avvik. Forebygging skjer i stor grad ved aktivt bruk av risiko- og sårbarhetsanalyser (se eget kapittel). På samme tid er det et mål at alle avvik som oppstår skal meldes og behandles for å ivareta de involverte og forhindre gjentakelse. Studenter og ansatte skal melde fra om avvik, klinikkleder har ansvar for å behandle disse, lukke dem, og begrense eventuelle konsekvenser. Det er et poeng å sikre at avvik blir registrert. Dette gjøres ved å etablere et praktisk system som er lett å håndtere, samt å ha en aktiv ledelse som oppfordrer til, og legger til rette for melding av avvik.

Klinikkleder har 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 seksjonene, og inngår i årlig klinikkmelding til fakultetsstyret.

## Hvordan melde avvik

Fakultetet har et elektronisk avvikssystem under utarbeiding. Frem til det er etablert er vi avhengig av manuelle løsninger. Avvik føres på egne skjema som skal ligge lett tilgjengelig og som blir gjennomgått på opplæring før oppstart av praksis.

Melder har krav på tilbakemelding fra klinikkleder om at avviksmeldingen er mottatt, og dersom taushetsplikten ikke er til hinder skal melder orienteres om hvordan avviket ble behandlet. Dersom melder er uenig i eller oppfatter at avviksmeldingen ikke blir tatt på tilstrekkelig alvor blir melder invitert til å melde videre til instituttleder.

Klinikkleder har et selvstendig ansvar for å konferere med instituttleder. Vurderingene skal knyttes til avvikets alvorlighetsgrad, fare for gjentakelser og omfang av tiltak for å lukke avviket. Normalt skal klinikkleder konferere med instituttleder før melding om avvik blir oversendt Fylkesmannen.

Instituttleder vurderer behov for videre melding til dekan (faglig svikt) eller fakultetsdirektør (systemsvikt).

## Avviksmelding ved selvmord

Hvis en pasient har begått selvmord mens pasienten har hatt oppfølging ved klinikken, skal dette registreres i avvikssystemet. Videre sender klinikkleder varsel via nasjonal meldeportal (melde.no).

Klinikkleder igangsetter, sammen med instituttledere og seksjonsleder en risiko- og hendelsesanalyse for å forebygge gjentakelse, samt identifisere behov for kvalitetsforbedring. Dette gjøres i tråd med [Håndbok for helsetjenesten](#). Identifiserte endringsbehov skal følges opp

|                               |                               |                          |                            |                              |         |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|
| Dato opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 20 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|

av klinikkleder, samt vurdering av behov for endring i rutiner for opplæring og veiledning. Resultatene fra kartleggingen skal også tas opp med Dekan og Fakultetsdirektør for å identifisere forbedringspunkter og endringsområder på systemnivå.

Poliklinikken har egne rutiner som er utarbeidet etter gjeldende retningslinjer, og finnes beskrevet i skjema- og rutinesamlingene til hver seksjon.

## Journalføring og bruk av Psykbase

Klinikken anvender det elektroniske pasientadministrative systemet, Psykbase. Systemet inneholder en egen elektronisk pasientjournal (EJ). Psykbase ligger på en egen klinikkserver i Universitetets SAFE-løsning for sikring av sensitive personopplysninger (<https://www.uib.no/safe>). Studenter har kun tilgang til dette systemet via dedikerte datamaskiner. Ansatte og veiledere har fjerntilgang til Psykbase gjennom SAFE-løsningen. IT-avdelingen vedlikeholder, betjener server og foretar oppdatering av programvaren og installasjon på maskiner til ansatte og studenter.

Den enkelte seksjon har et visst antall lisenser tilsvarende brukere av Psykbase. Ansatte og veiledere har hver sin lisens i tillegg til klinikkadministrativ. Når en ansatt slutter, overføres lisens til annen/ny bruker.

Tilgangen til Psykbase styres av systemadministrativ ansatt (klinikkadministrasjonen) og tilgangen gis på tre nivåer. Klinikkleder 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 semester. Tilgangskatalogen ajourføres hvert semester og tilgangsperiode 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 koserigner 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 opprettet:<br>14.03.2018 | Dato oppdatert:<br>01.05.2025 | Godkjenner:<br>Ove Borge | Gjelder fra:<br>01.06.2025 | Dato godkjent:<br>02.05.2025 | Side 21 |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|

