



Styre: Universitetsstyret

Styresak: 119/18

Møtedato: 29.11.2018

Dato: 06.11.2018

Arkivsaknr: 2017/11804

Oppfølging av internrevisjonsrapport, Klinikkdirft ved Det psykologiske fakultet

Henvisning til bakgrunnsdokumenter

- Styresak 38/18, Internrevisjonsrapport – Klinikkdirft ved Det psykologiske fakultet
https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/s_38_18_internrevisjon_klinikk_.pdf
- Nettside for klinikkene: <https://www.uib.no/oppl%C3%A6ringsklinikker>
- Kvalitetshåndbok: <https://www.uib.no/oppl%C3%A6ringsklinikker/115879/kvalitetsh%C3%A5ndbok>
- Klinikkhåndbøker: <https://www.uib.no/oppl%C3%A6ringsklinikker/119221/klinikkh%C3%A5ndb%C3%B8ker>

Saken gjelder:

Internrevisjonsrapporten om klinikkdirften ved Det psykologiske fakultet ble lagt fram for universitetsstyret i april 2018. Rapporten viste vesentlige mangler knyttet til å dokumentere etterlevelse av kravene i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.» Arbeidet med å dokumentere og implementere et helhetlig kvalitetssystem for klinikkdirften, ble satt i gang umiddelbart etter at rapporten ble mottatt. I sak 38/18 fikk universitetsstyret beskrevet status for arbeidet og styret ba om å få seg forelagt en sak om det videre arbeidet med kvalitetssystemet innen utgangen av 2018. I denne saken beskrives arbeidet som er gjort siden styresaken i april og planene for videre arbeid.

Det har vært gjort et omfattende arbeid og det er etablert et kvalitetssystem som tilfredsstillende oppfyller kravene i regelverket. Avvikene i internrevisjonsrapporten anses nå for å være lukket. Kvalitetsforbedring er imidlertid en kontinuerlig prosess. Arbeidet med å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere klinikkvirksomheten i samsvar med kravene i helse- og omsorgslovgivningen, fortsetter. Kvalitetssystemet som er etablert, skal brukes i den daglige driften. Systemet skal forbedres, vedlikeholdes og oppdateres jevnlig og etter behov.

Forslag til vedtak:

Universitetsstyret tar saken til orientering.

Kjell Bernstrøm
universitetsdirektør

20.11.2018/Silje Nerheim/Helge Gismarvik Høvik

Vedlegg:
1. Saksframstilling

Saksframstilling

Styre:
Universitetsstyret

Styresak:
119/18

Møtedato:
29.11.2018

Arkivsaksnr:
2017/11804

Oppfølging av internrevisjonsrapport, Klinikkdirift ved Det psykologiske fakultet

Bakgrunn

Universitetsstyret fikk seg forelagt en internrevisjonsrapport om klinikkdiriften ved Det psykologiske fakultet i styresak 38/18. Rapporten beskriver internrevisjonens gjennomgang av organisering og styring av klinikkdiriften ved Det psykologiske fakultet. Det er fire klinikker ved Det psykologiske fakultet: Psykologisk poliklinikk for barn og ungdom, Psykologisk poliklinikk for unge og voksne, Psykologisk poliklinikk for voksne og eldre og Nevropsykologisk poliklinikk. Internrevisjonen hadde særlig fokus på forsvarlig drift og organisering av virksomheten, internkontroll, pasientjournaler og om det drives klinikkvirksomhet i privat regi ved UiB.

Hovedkonklusjonene i rapporten var at klinikkene hadde vesentlige mangler knyttet til å dokumentere etterlevelse av kravene i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. På virksomhetsnivå var rutiner og systemer for å innfri kravene i forskriften i liten grad på plass eller dokumentert. Internrevisjonen mente derfor at klinikkene ikke kunne dokumentere at de etterlevde kravene i helsepersonelloven § 16 om organisering av virksomheten og helsetilsynslovens § 3 om internkontroll og oppfølging av egen virksomhet. På individnivå fant ikke internrevisjonen grunnlag for å mistenke brudd på helsepersonellovens § 4 om faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Internrevisjonen fant heller ikke at UiBs fasiliteter er benyttet til privat virksomhet.

Arbeidet med å samle og utarbeide den nødvendige dokumentasjonen ble satt i gang umiddelbart etter at rapporten ble mottatt. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe som startet arbeidet med å dokumentere og implementere et helhetlig kvalitetssystem. I sak 38/18 ble det gitt en beskrivelse av status for arbeidet med å følge opp internrevisjonsrapporten. Universitetsstyret ba om å bli orientert om det videre arbeidet med kvalitetssystemet innen utgangen av 2018. I denne saken beskrives arbeidet som er gjort siden styresaken i april og planene for videre arbeid.

Arbeidet etter styresak 38/18

Det psykologiske fakultet har gjort et omfattende arbeid med oppfølging av internrevisjonsrapporten. Arbeidet har foregått som et samarbeid mellom fakultetsnivå og klinikkene.

Det har vært en hovedmålsetning for arbeidet å bringe praksis og dokumentasjon i samsvar med regelverket og lukke avvikene internrevisjonen har påpekt. Internrevisjonsrapporten har en rekke anbefalte forbedringspunkter. Observasjonene som forbedringspunktene bygger på, har ulik alvorlighetsgrad og forbedringspunktene har ulik prioritet. Fakultetet har gått gjennom alle punktene og vurdert på hvilken måte disse skal følges opp.

Tabellen under er en oppdatert versjon av tabellen som ble lagt fram i styresak 38/18. Tabellen har hovedoverskrifter som viser hvilket arbeid som er anbefalt, utført og hva som 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	Beskrevet i Kvalitetshåndboken og klinikkhåndbøkene	Ferdig
Avvikssystem	4.1.7 4.2.3	System for avviksmelding, registrering, behandling, oppfølging.	Kvalitetshåndboken beskriver klinikkenes avvikssystem på et overordnet nivå. Tekst og skjema tatt inn i klinikkhåndbøkene.	Ferdig
		Avviksmeldinger brukes systematisk kvalitetsforbedring og arbeid med pasientsikkerhet.	Avvik og oppfølging skal rapporteres i klinikkmeldingen.	Ferdig
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	Ferdig
Hovedoppgaver og mål	4.1.1	Beskrive kliniske kvalitets- og forbedringsmål.	Beskrevet i Kvalitetshåndboken	Ferdig

		Definere mål for økt pasient- og brukersikkerhet		
Risiko-kartlegging Risiko- og sårbarhets-analyse	4.1.4 4.1.5	Skaffe oversikt: Samhandling Kvalitet på tjenestene Etterlevelse lovkrav Pasient- og brukersikkerhet	Beskrevet i Kvalitetshåndboken. Gjennomført ROS-analyse.	Ferdig
Bruker-medvirkning/ brukererfaringer	4.1.7 4.2.5	Intern rapportering mtp. kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	Beskrevet i Kvalitetshåndboken	Ferdig
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	Kompetansekrav er beskrevet i Kvalitetshåndboken. Instituttleders og klinikkleders ansvar for oversikt over de ansattes kompetanse er beskrevet.	Ferdig

Kvalitets- og styringssystem

Helsetilsynsloven §3 pålegger enhver som yter helse- og omsorgstjenester å etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Det følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §5 at styringssystemet skal være tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

I styresak 38/18 var det lagt ved et utkast til en kvalitetshåndbok med en samling av nødvendig dokumentasjon. Arbeidet med håndboken er videreutviklet etter styresaken og fakultetet har lagt dokumentasjonen i en dokumentstruktur som samlet utgjør kvalitetssystemet for klinikkene. Kvalitetssystemet består av tre deler:

- 1) Kvalitetshåndboken, som er felles for alle de fire opplæringsklinikkene. Håndboken beskriver de overordnede rammene for de fire poliklinikkene. Målgruppen for håndboken er ledere, ansatte og studenter. Håndboken er lett tilgjengelig publisert på hjemmesiden til klinikkene (se lenke under Bakgrunnsdokumenter).

- 2) Klinikkhåndboken, som er særskilt utarbeidet for hver enkelt klinikk. Klinikkhåndboken omhandler administrative rutiner og gangen i pasientarbeid, for eksempel informasjon om henvisning, tildeling av saker, innkalling til samtale, journalføring mm. Klinikkhåndbøkene er publisert på hjemmesiden til klinikkene (se lenke under Bakgrunnsdokumenter).
- 3) Skjema- og rutinesamling, som er særskilt utarbeidet for hver enkelt klinikk. Skjema- og rutinesamlingen inneholder alle dokumentmal og skjema til bruk i pasientarbeid, prosedyre- og rutinebeskrivelser mm. Disse samlingene er lett tilgjengelige under pasientbehandling ved at de ligger på klinikkservere på behandlingsrommene.

System for oppdatering og vedlikehold

Dokumentasjonen i styringssystemet skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig, jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren § 5. Det er utarbeidet et årshjul for å sikre oppdatert informasjon i kvalitetssystemet, at informasjonen når ut til studenter, ansatte og veiledere og at fakultetsstyret holdes orientert. Årshjulet beskriver hva som skal gjøres, hvem som utfører og hvem som er ansvarlig mottaker. Årshjulet er tatt inn i kvalitetshåndboken.

Pasientinformasjon på nettsiden.

Nettsiden til de psykologiske opplæringsklinikker er oppdatert med informasjon til pasienter. Informasjon om pasienters rett til å klage etter pasient- og brukerrettighetsloven er tilgjengelig med nærmere beskrivelse av hvordan man skal gå fram for å klage.

ROS-analyse

I styresak 38/18 ble det beskrevet at det var gjennomført en preliminær risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse). Det var satt som frist at det skulle gjennomføres en mer fullstendig ROS-analyse innen 1. desember. En slik ROS-analyse ble gjennomført av opplæringsklinikker ved Det psykologiske fakultet i september og oktober 2018. Analysen er gjort i UiBs støtteverktøy for risiko, sikkerhet og beredskap: CIM.

Risiko- og sårbarhetsanalysen har fokusert på samhandling, kvalitet på tjenestene, etterlevelse av lovkrav, samt pasient- og brukersikkerhet. I analysen er det definert tre risikoområder:

1. Brudd på lover, regler og prosedyrer
2. Feil/uforsvarlig behandling
3. Personskade

Klinikkene er opplæringsklinikker, det vil si at det er studenter under opplæring som behandler/gjennomfører undersøkelser av pasienter. Dette kan sies å utgjøre en iboende risiko ved klinikkdriften. Det er også en iboende risiko forbundet med det å levere helsetjenester, da brukerne av tjenestene i utgangspunktet henvises dit grunnet ulike lidelser/diagnoser.

Klinikkene har alltid hatt tiltak for å redusere risiko for at uønskede hendelser skal inntreffe. Slike tiltak er for eksempel rutiner for seleksjonsprosess av pasienter og oppfølging av studentene i behandlingsforløpet. I kjølvannet av revisjonen har dokumentasjon av rutiner og prosedyrer blitt systematisert i et helhetlig kvalitetssikringssystem, som blant annet skal sikre opplæring av studenter og ansatte. Det er foretatt en systematisk gjennomgang av dokumentasjon, og denne er gjort tilgjengelig for allmennheten på nettsidene. Kvalitetssikringssystemet anses derfor som det viktigste enkelttiltaket for å forebygge uønskede hendelser, og griper inn i flere områder ved klinikkdriften.

Videre oppfølging:

På bakgrunn av erfaringene i arbeidet med kvalitetssystemet og den gjennomførte ROS-analysen, vil fakultetet fokusere på følgende områder framover for å redusere risiko:

- **Kvalitetssikring:** Fakultetet vil løpende fortsatt ha fokus på oppdatering og revisjon av kvalitetssikringssystemet. Herunder hører vedlikehold og oppdatering av klinikkens nettsider. Det er særlig viktig å sikre ansvarsforhold i kvalitetssikringssystemet, samt opplæring av studenter og ansatte.
- **Avvikssystem:** Klinikken har et system for rapportering av avvik som tilfredsstillende kravene i regelverket. Fakultetet ønsker imidlertid å se på muligheten for å digitalisere avvikssystemet. Brukergrensesnittet på et nytt system må være slik at det skal være lett å melde avvik. Samtidig må et slikt system gi mulighet til å systematisere de innrapporterte avvikene, slik at statistikk over avvik kan brukes i det videre kvalitetsarbeidet.
- **Brukermedvirkning:** Internrevisjonsrapporten anbefaler å legge til rette for mer brukermedvirkning. Som et svar på dette vil fakultetet undersøke mulighetene for å lage et elektronisk system for tilbakemelding om pasienttilfredshet.

Universitetsdirektøren sine kommentarer

Internrevisjonsrapporten påviste at klinikkene hadde vesentlige mangler knyttet til å dokumentere etterlevelse av kravene i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Rutiner og systemer for å innfri kravene i forskriften var i liten grad på plass eller dokumentert. Internrevisjonen mente derfor at klinikkene ikke kunne dokumentere etterlevelse av helsepersonelloven § 16 om organisering av virksomheten og helsetilsynsloven § 3 om internkontroll og oppfølging av egen virksomhet.

Konklusjonene i rapporten var alvorlige og det har vært en høyt prioritert oppgave å følge opp rapporten med tiltak for å sikre at driften ved klinikkene er i samsvar med regelverket.

Arbeidet med oppfølging av rapporten har resultert i et kvalitetssystem med nødvendig og relevant dokumentasjon tilpasset klinikkdriftens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Kvalitetssystemet inneholder dokumentasjon av oversikter og rutiner knyttet til plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere klinikkdriftens aktiviteter i samsvar med kravene i helse- og omsorgslovgivningen. Kvalitetssystemet slik det nå foreligger, tilfredsstillende kravene som stilles i regelverket. Avvikene internrevisjonen fant anses nå for lukket. Klinikkleidelsen og fakultetsledelsen har nå trygghet for at klinikkene drives i tråd med lov og forskrift.

Kvalitetssystemet sikrer at det er gjennomtenkt og dokumentert ansvars- og oppgavefordeling for klinikkdriften. Kvalitetssystemet gjør det enkelt for ansatte, studenter og pasienter å finne fram til den informasjonen man har behov for. Strukturen på systemet gjør det også enkelt å oppdatere dokumentasjonen og holde oversikt over hvilken dokumentasjon som er gjeldende.

Prosessen, fra oppstart av internrevisjonsprosjektet til oppfølgingen av rapporten, har medført en økt bevisstgjøring og kompetanse om regelverket for internkontroll i klinikkdriften. Klinikken har samarbeidet seg imellom og med fakultetsledelsen og universitetsledelsen om utarbeidelse av dokumentasjonen og bevisstgjøringen omfatter derfor flere nivåer i organisasjonen.

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess. Arbeidet med å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere klinikkvirksomheten i samsvar med kravene i helse- og omsorgslovgivningen, fortsetter. Kvalitetssystemet som er etablert skal brukes i den daglige driften. Systemet skal forbedres, vedlikeholdes og oppdateres jevnlig og etter behov.

Klinikkene skal etter planen flyttes til Alrek Helseklynge i 2020. Det vil da være nødvendig å gjennomgå kvalitetssystemet og tilpasse det. Allerede i 2019 vil planarbeidet starte med å se på organiseringen av klinikkene. Det kan være aktuelt å be internrevisjonen om å gjennomføre et oppfølgingsprosjekt når kvalitetssystemet har fungert over noe tid. Et slikt prosjekt kan være aktuelt for årsplanen til internrevisjonen for 2020.

20.11.2018/Silje Nerheim/Helge Gismarvik Høvik