

## REFERAT FRA BRUKERUTVALGSMØTE VED EVJEKLINIKKEN

**Til stede:** Aina Stensland Leder  
Olav Udjus Hanssen Bruker-representant  
Odd Reidar Carlsen Bruker-representant  
Alf Tore Moen Daglig leder v/ Evjeklinikken  
Toralf Frafjord Avd.leder Drift v/ Evjeklinikken  
Terje Pedersen Adm. / IT-ansvarlig v/ Evjeklinikken

**Ikke møtt** Ingen

**Tidspunkt:** 30.05.2024 kl. 11.30 – 13.30.  
Første del av møtet (kl. 11.30 – 12.30) ble satt av kun til bruker-representantene.  
Klinikkens representanter deltok i møtet fra kl. 12.30.  
Kvalitetsutvalget var invitert til å delta i møtet kl. 12.45 – 13.30, men dette ble utsatt til et fremtidig møte. Ref. pkt. 1.

### Godkjenning av agenda for møtet

1. Kvalitetsutvalgets medlemmer inviteres til dagens møte i Brukerutvalget for å:
  - a. Gi brukerutvalget et innblikk i hva slags vurderinger som blir lagt til grunn for å bestemme hvilke rutinebeskrivelser og prosedyrer som skal registreres i Kvalitetssystemet.
  - b. Drøfte mulighetene for at brukerutvalget kan gis anledning til å delta på Kvalitetsutvalgets møter.
2. Brukerrelatert HMS, oppfølging/tilbakemelding fra forrige møte
3. Følge opp saker fra forrige møte, jfr. referat fra møtet 14.03.24
4. Nytt fra klinikken; innspill fra ledelse og teknisk drift
5. Saker innmeldt av brukere
6. Eventuelt

Ingen kommentarer til møteagenda.

### Godkjenning av referat fra møtet 14.03.2024

Ingen kommentarer til referatet.

## 1. Kvalitetsutvalget

Evjeklinikkens Kvalitetsutvalg var invitert til å delta i møtet for å:

- a. Gi Brukerutvalget et innblikk i hva slags vurderinger som blir lagt til grunn for å bestemme hvilke rutinebeskrivelser og prosedyrer som skal registreres i kvalitetssystemet.
- b. Drøfte mulighetene for at Brukerutvalget kan gis anledning til å delta på Kvalitetsutvalgets møter.

Dette punktet ble utsatt til et fremtidig møte.

## 2. Brukerrelatert HMS

Brukerutvalgs-representantene tok i møtet 14.03.24 opp en sak knyttet til mobbing blant pasientene, og stilte 3 spørsmål til klinikkens ledelse:

- Hvordan er rutinen ved melding av mobbing blant pasienter?
- Har klinikken innført skriftlige rutiner vedr. mobbing?
- Hvor lav er terskelen for varsling av mobbing?

Svaret var at klinikken ikke har innført skriftlige rutiner knyttet til håndtering av mobbing blant pasienter, og at gjeldende praksis består av at gruppeleder håndterer slike saker.

Klinikken skal vurdere behovet for å etablere en skriftlig rutine knyttet til håndtering av mobbing og problematiske psykososiale forhold blant pasienter.

Saken ble behandlet i klinikkens Kvalitetsutvalg den 16.04.24:

Kvalitetsutvalget fikk fremlagt en skriftlig beskrivelse av klinikkens praksis knyttet til håndtering av hendelser/varsler om mobbing blant pasienter (*Vedlegg 2 - Beskrivelse av rutine for hendelse/varsler om mobbing blant pasienter*), og den ble behandlet og vurdert. Kvalitetsutvalget viste til at *Vedlegg 2* utgjør en skriftlig beskrivelse av gjeldende praksis, og kan fremlegges Brukerutvalget. Kvalitetsutvalget så ikke behov for å innføre dette som en skriftlig rutine i klinikkens kvalitetsstyringssystem.

*Vedlegg 2* ble sammen med Kvalitetsutvalgets vurderinger formidlet til Brukerutvalgets leder den 17.04.24.

Svaret fra Kvalitetsutvalget ble behandlet i Brukerutvalget den 30.05.24:

Brukerutvalgs-representantene viste til at de har mottatt flere henvendelser vedr. pasienters opplevelse av mobbing og sosial utestengelse ved klinikkopphold, og foreslo at klinikken rutinemessig registrerer alle slike saker, samt søker å kartlegge mengden av slike saker.

Klinikken skal foreta en generell kartlegging med sikte på å kartlegge mengden / omfanget av slike saker. Varighet på kartleggingen er tenkt ca. 12 måneder. Rent praktisk er det flere måter å gjennomføre en kartlegging på; eksempelvis ved bruk av et spørreskjema (papirskjema) som gjøres tilgjengelig ved klinikken og som pasientene kan fylle ut på eget initiativ, eller ved bruk av et digitalt spørreskjema hvor det sendes ut informasjon og lenke pr. e-post/SMS til hver pasientgruppe ved avreise fra klinikken.

Det påpekes at formuleringen av informasjonen og spørsmålene i spørreskjemaet er av vesentlig betydning. Brukerutvalget ønsker å bidra til vurderingen av spørsmålsformuleringene, samt fungere som høringsinstans før skjemaet blir sendt ut. Daglig leder bifaller dette.

### 3. Følge opp saker fra forrige møte

#### a. Kvalitetssystemet:

Brukerutvalgs-representantene tok i møtet 14.03.24 opp en sak knyttet til klinikkens avvikshåndtering, og foreslo at det bør etableres en skriftlig rutine for å påse at pasienter som har meldt inn forhold som registreres og behandles som avvik (f.eks klager) gis skriftlig tilbakemelding ved behandlet/lukket avvik.

Forslaget ble behandlet i klinikkens Kvalitetsutvalg den 16.04.24:

Kvalitetsutvalgets vurdering var at pasienter som har sendt henvendelser til klinikken skal få svar som inneholder opplysninger om hvordan saken blir håndtert. Kvalitetsutvalget anså det ikke som hensiktsmessig å innføre en skriftlig rutine om at alle konklusjoner i slike saker skal formidles pasienten automatisk.

Svaret fra Kvalitetsutvalget ble behandlet i Brukerutvalget den 30.05.24:

Brukerutvalget tok Kvalitetsutvalgets svar til etterretning.

#### b. Journalføring:

Brukerutvalgs-representantene tok i møtet 14.03.24 opp en sak knyttet til klinikkens føring av pasientjournaler. Dette på bakgrunn av en henvendelse hvor pasienten påpekte at dokumentasjon som var tilsendt Evjeklinikken fra pasientens fastlege manglet i journalen. Brukerutvalgs-representantene ble informert om at klinikkens instruks knyttet til journalføring fremgår av flere ulike rutiner, og foreslo at det bør etableres en komplett skriftlig rutine for journalføring.

Forslaget ble behandlet i klinikkens Kvalitetsutvalg den 16.04.24:

Kvalitetsutvalget viste til at pasientjournalene føres i henhold til [Forskrift om pasientjournal \(pasientjournalforskriften\)](#), og så ikke behov for ytterligere å spesifisere dette da de praktiske konsekvensene av journalforskriften er tatt inn i inneværende delrutiner.

Svaret fra Kvalitetsutvalget ble behandlet i Brukerutvalget den 30.05.24:

Brukerutvalget tok Kvalitetsutvalgets svar til etterretning.

#### 4. Nytt fra klinikken; innspill fra ledelse og teknisk drift

- Helse Sør-Øst  
Utlysning av anbud ble utsatt i påvente av Stortingets behandling av [Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027](#). Status for behandling av samhandlingsplanen fremgår på Stortingets nettsider:  
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=97369>
- Orientering om bygg og infrastruktur:
  - o Bygg 87 ble pusset opp våren 2024; ny belysning, oppgradert kontor, montert rullestolrampe.
  - o Renovering/vedlikehold av pasientbolig 95 planlegges utført sommeren 2024.
- Orientering om personale:
  - o Ny sosionom tiltrådte i mai.
- Orientering om pasientflyt:
  - o Klinikken hadde et relativt lavt antall pasienter inne i begynnelsen av året, men hadde et høyt antall pasienter inne i perioden april – mai.
  - o Klinikken tok i slutten av mai imot en gruppe pasienter fra Helse Nord som gjestepasienter.

#### 5. Saker innmeldt av brukerne

Det hadde pr. 30.05.24 kommet inn 3 henvendelser fra klinikkens brukere til Brukerutvalget, men sakene er fortsatt til behandling av bruker-representantene og er ikke klare for fremlegging og behandling i brukерutvalget.

#### 6. Eventuelt og drøftinger

Ingen drøftinger ble ført i referatet.

Referatet sendes utvalgsleder (AS) for godkjenning. Godkjent referat sendes pr. e-post til samtlige medlemmer i brukерutvalget, samt gjøres tilgjengelig for klinikkens kvalitetsutvalg.

Dato for neste møte: 17.09.24 kl. 11.00 – 14.00.

Lunsj serveres i klinikkens kantine kl. 12.00 – 12.30.

Møtetidspunktet skal publiseres på klinikkens [infoside om brukерutvalget](#).

30.05.2024

Ref. Terje Pedersen