

## 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:** 14.03.2024 kl. 11.30 – 14.30.  
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.

### Godkjenning av agenda for møtet

1. Brukerrelatert HMS
2. Kvalitetssystemet
  - Hva er terskelen for hva som registreres?
  - Hvordan blir avvik fulgt opp?
3. Journalføring
4. Status HSØ - ny anbudsrunde
5. Følge opp saker fra forrige møte, jfr. referat fra møtet 07.12.23
6. Nytt fra klinikken; innspill fra ledelse og teknisk drift
7. Saker innmeldt av brukere
8. Eventuelt

Ingen kommentarer til møteagenda.

### Godkjenning av referat fra møtet 07.12.2023

Ingen kommentarer til referatet.

## 1. Brukerrelatert HMS

Brukerutvalget hadde mottatt en forespørsel fra en pasient om å ta tak i forhold knyttet til problematiske psykososiale forhold og mobbing blant pasientene. Dette gjelder både pasienter som opplever mobbing, og pasienter som opplever at andre blir mobbet. Pasienten opplevde å bli mobbet av en medpasient, og hadde derfor sendt en forespørsel til Evjeklinikken om å få bytte gruppe, men denne forespørselen ble ikke godkjent. Pasienten valgte derfor å unngå treningsøkter hvor medpasienten som utøvet mobbing var til stede, og opplevde dermed å få redusert utbytte av klinikkoppholdet.

Brukerutvalget la frem saken for klinikken og viste til at pasienter bør kunne føle seg trygge for ikke å bli utsatt for mobbing under klinikkopphold.

Brukerutvalget 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?

Klinikken har p.t. ikke skriftlige rutiner knyttet til mobbing blant pasienter. Den praktiske rutinen består i 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.

Brukerutvalget følger opp saken i neste møte.

## 2. Kvalitetssystemet

- Hva er terskelen for hva som registreres?
- Hvordan blir avvik fulgt opp?

Klinikkens avvikshåndteringsrutine ble fremvist Brukerutvalget.

Brukerutvalget foreslår 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.

### **3. Journalføring**

Brukerutvalget hadde mottatt en henvendelse fra en pasient om at pasientens journal ikke var komplett. Pasienten påpekte bla. at dokumentasjon som var tilsendt Evjeklinikken fra pasientens fastlege manglet i journalen.

Dersom en pasient mistenker mangler eller feil i sin journal, så må pasienten sende en skriftlig henvendelse om dette til Evjeklinikken.

Klinikken har p.t. ikke en komplett instruks knyttet til journalføring samlet i én skriftlig rutine; informasjon om og instruks for journalføring fremgår av flere ulike rutiner.

Brukerutvalget foreslår at det bør etableres en komplett skriftlig rutine for journalføring.

### **4. Status HSØ - ny anbudsrunde**

Brukerutvalgets leder (Aina Stensland) og Daglig leder ved Evjeklinikken (Alf Tore Moen) deltok i møte den 22.04.24 med Agder-benken, Virke og Sørlandets rehabiliteringssenter vedr. Helse Sør-Østs oppsigelse av rammeavtale og kommende utlysning av nytt tilbud.

Daglig leder orienterte Brukerutvalget, og henviste til stortingsmelding nr. 9:  
[Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027](#)

### **5. Følge opp saker fra forrige møte**

Se neste side.

- a. Internkontroll/sikkerhet apparater i gymsal  
(ref. pkt. 3.a i referatet fra 07.12.23)

Klinikkens *Rutine for kontroll og vedlikehold av treningsapparater og treningsutstyr* er revidert siden forrige møte i Brukerutvalget.

Revidert 08.12.23 (versjonsnummer 1.3 ble ikke endret)

- Sjekkliste styrkeapparater og tredemøller ble føyet til den 08.12.23.

Revidert 05.02.24, og tildelt versjonsnummer 1.4:

- Angitt at service skal utføres av fagkyndig iht. produsentenes service-instruksjer.
- Angitt at både ferdigstilte sjekklister og service-rapporter skal arkiveres i klinikkens kvalitetsstyringssystem (på klinikkens filserver).
- Lagt til 2 vedlegg:
  - o Service-instruksjer - treningsapparater og sykler
  - o Mal til service-rapport

Beskrivelse av rutinen:

- Service skal utføres av fagkyndig iht. produsentenes service-instruksjer.  
Service-instruksjer mottatt fra produsenter fremgår av dokumenter tilknyttet rutinen:
  - o *Service-instruksjer - treningsapparater og sykler*
  - o *Mal til service-rapport.*
- Fagkyndig skal registrere gjennomført service ved bruk av *Mal til service-rapport*.  
Utfylt service-rapport skal arkiveres i klinikkens kvalitetsstyringssystem.
- Fagkyndig skal i tillegg registrere gjennomført kontroll/service i en egen sjekkliste for hver type apparat. Sjekklister skal henges opp ved apparatene, slik at pasientene har oversikt over tidspunktet for når forrige kontroll/service ble utført for hvert av apparatene.

Info om fagkyndig serviceperson som utfører service på klinikkens treningsapparater og utstyr:

- Han driver eget firma knyttet til denne type serviceoppdrag, og er å anse som fagkyndig (har 15 års erfaring).
- Han utfører tilsvarende service-oppdrag for flere treningssentre.

Brukerutvalget vurderte rutinen som adekvat.

- b. Møbler fellesareal på brakkene  
(ref. pkt. 3. underpunkt c. i referatet fra 07.12.23):

Nye møbler er på plass i bygg 43 og 95.

Det er planlagt renovering av bygg 95.

- c. Medaljekort/motivasjon for egenaktivitet utenom obligatorisk opplegg  
(pkt. 3. underpunkt d. i referatet fra 07.12.23):

Dette opplegget er gjeninnført.

- d. Ekstraopphold (pkt. 3. underpunkt e. i referatet fra 07.12.23):  
Pasienter etterspør mulighet til å kunne booke ekstraopphold på et tidligere tidspunkt enn pr. i dag, hvor man må vente helt til desember 2023 for bestilling av ekstraopphold i 2024.

Daglig leder henviser til helsesekretæren, og ber Brukerutvalget om å ta direkte kontakt med helsesekretæren.

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

- Orientering om personal:
  - o Fysikalsk medisiner er ansatt.
  - o Ny fysioterapeut tiltrådte i januar.
  - o Ny sosionom skal ansettes.
- Orientering om bygg og infrastruktur:
  - o Vedlikehold av bygg 87 (avd. Aktivitet) vil utføres i uke 12.
  - o Planlagt renovering/vedlikehold av pasientbolig 95.

## 7. Saker innmeldt av brukerne

Det hadde pr. 14.03.24 kommet inn 3 henvendelser fra klinikkens brukere til brukerutvalget.

- Sak 1 dreiet seg om brukerrelatert HMS.  
Ref. pkt. 1. i dette referatet.
- Sak 2 dreiet seg om journalføring.  
Ref. pkt. 3. i dette referatet.
- Sak 3: dreiet seg om pasientbolig (møblering).  
Ref. pkt. 5. b. i dette referatet.

## 8. Eventuelt og drøftinger

Forslag fra Brukerutvalget om at utvalget gis anledning til å kunne delta på Kvalitetsutvalgets møter, for på en mer direkte måte å kunne bidra inn i klinikkens kvalitetsarbeid.

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

Dato for neste møte: 30.05.24 kl. 11.30 – 14.00.

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

14.03.2024

Ref. Terje Pedersen

30.05.24:

Aina Stensland  
J. S. S. S. S.  
M. J. J. J. J.

M. C. C. C. C.

Olav Ulfvåg Huse

Terje Pedersen