**Referat fra Avdelingsoverlegemøtet i NBF**

**Sted:** Finstuen, Bikuben, Haukeland, Bergen

**Tid:** 17.01.17 klokken 11-16

**Tilstede:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn | Arbeidssted/funksjon |
| Sverre Harbo | Helsedirektoratet |
| Atle Moen | OUS |
| Arild Rønnestad | OUS |
| Randi Stornes | Skien |
| Andreas Andreassen | Haugesund |
| Elisabeth Siebke | Ålesund |
| Kari Risnes | St Olav |
| Florin Vikskjold | Drammen |
| Magne Berget | Stavanger |
| Kåre Edvard Danielsen | Kristiansand |
| Magne Berget | Stavanger |
| Elisabeth Siebke | Ålesund |
| Ole Bjørn Kittang | Kristiansand |
| Terje Rootwelt | OUS |
| Pål Christensen | Lillehammer |
| Ivan Pal Valter | Hammerfest |
| Andreas Andreassen | Haugesund |
| Marcus Schmidt | Østfold |
| Angelique Tiarks | Levanger |
| Per Ivar Kaaresen | Tromsø |
| Britt Skadberg | Haukeland |
| Karin Tylleskâr | Haukeland |
| Erik Borge Skei | Ahus |
| Jon Grøtta | Elverum |
| Ingebjørg Fagerli | Leder, NBF-styret |
| Ketil Størdal | Nestleder, NBF-styret |
| Anders Bjørkhaug | Paidos-redaktør, NBF-styret/Førde |
| Jan Magnus Aase | Møtesekretær, NBF-styret |
| Ida Knapstad | Ansvarlig for sosiale medier, NBF-styret |
| Zanira Ansari | Web-ansvarlig, NBF-styret |
| Synne Sandbu | Høringsansvarlig, NBF-styret |
| Kari Holte | Sekretær, NBF-styret (referent) |

1. **Velkommen**

NBF-leder Ingebjørg Fagerli ønsker velkommen. Presentasjonsrunde.

1. **Innføring av kontaktlege i sykehus**

*a) Innleder: Sverre Harbo, Helsedirektoratet*

Ny lov gyldig fra 15.09.16 gir pasienter med alvorlige tilstander og behov for veldig tett oppfølging eller innleggelse på sykehus rett til å få utpekt en kontaktlege. Intensjonen er å legge til rette for et bedre pasientforløp. Kontaktlegen skal holde oversikt og bidra til bedre informasjonsformidling mellom helsepersonell.

Helsedirektoratet har fått ansvar for å lage implementeringsstrategi og utarbeide veileder til lovteksten. Mange begreper brukes om kontaktpersoner/ansvarlige i sykehus. Følgende er lovpålagt: Koordinator, informasjonsansvarlig, journalansvarlig. I tillegg ny-innført: Kontaktlege. Eksempel på andre begreper som brukes, men som ikke inngår i lovteksten er behandlingsansvarlig lege. Det har vært utfordrende å tilpasse veilederen slik at begrepsforvirring unngås, og for at implementering av ny lov kan foregå på en praktisk måte i sykehusene.

Alvorlig tilstand er et vilkår for å ha krav på kontaktlege, men det er presisert at listen for å tildele kontaktlege skal legges lavere for barn. Kontaktlege skal etableres når man blir klar over at vilkårene er oppfylt, og senest første virkedag etter dette. Hvem som er kontaktlege skal nedtegnes i journal, og pasienten skal informeres. Den som utpekes må være en del av teamet rundt pasienten og være involvert i behandlingsforløpet, men trenger ikke være hovedansvarlig for behandlingen. Kontaktlege skal ikke være en fastlege på sykehus. Veilederen kan lastes ned på Helsedirektoratets nettside. Spørsmål om ordningen kan rettes til: [kontaktlege@helsedir.no](mailto:kontaktlege@helsedir.no).

1. *Diskusjon (ledes av Ingebjørg Fagerli)*

Mange avdelinger har forsøkt å implementere kontaktlegeordningen og støtt på utfordringer og uklarheter underveis. Andre avdelinger har ikke implementert ordningen ennå, bl.a. fordi den ikke er integrert i jourrnalsystemene. Det kommer div. innspill og spørsmål.

Helsedirektoratet v/ Harbo har ikke svar på alt. Han svarer på følgende: Kontaktlege bør forankres på det sykehuset der hoved-oppfølgingen foregår. Mange pasienter følges tett flere steder – det kan da være behov for kontaktlege både på lokalt sykehus og sentralt. Det er ikke anledning til å klage på valget av kontaktlege og be om å få utpekt en annen. Ved komplekse problemstillinger / pasienter med flere tilstander som krever flere behandlingsansvarlige leger, skal det likevel bare utpekes en kontaktlege. Det er usikkert om pasienter med alvorlige, kroniske lidelser har rett på kontaktlege når det går en stund mellom sykehusbesøkene. Rimelig å avvikle ordningen på et tidspunkt, men uklart definert når. Hvis pasientens tilstand forverrer seg, vil det være lett å peke på samme person til å være kontaktlege igjen. Når det gjelder spørsmålet om evt tidsbegrenset ordning, gir Harbo ikke noe entydig svar, men Ahus forteller at de har undersøkt dette med HOD tidligere, og fått beskjed om at det ikke er anledning til å sette faste tidsbegrensninger på ordningen. Kontaktlege trenger ikke være spesialist – oppgaven må fordeles på mange.

Følgende problemstillinger må jobbes videre med nasjonalt og lokalt:

* Det er behov for å definere tydeligere hvilke grupper som skal ha rett til kontaktlege. Lage overordnede retningslinjer.
* Kanskje bør alle barneavdelingene lage en felles prosedyre for praktisering av kontaktlegeordningen i sykehus?
* Avklare hvem som er kontaktlege når behandling skjer på flere nivåer
* Fagmiljø og myndigheter jobbe med grenseoppganger i fellesskap?
* Et godt informasjonsskriv til pasientene om hva kontaktlegeordningen skal være savnes, og bør utarbeides.
* Det må lages et system for hvem som kan tildele kontaktlege innenfor hvert fagfelt, og hvem som skal informere pasienten om tildelingen. Lokale prosedyrer, bruke merkantilt personell.
* System for å videreformidle beskjeder til kontaktlege som ikke er tilstede
* Tilpasning av journalsystem

1. **Nyfødthelseatlaset**

*Innledere: Arild Rønnestad og Atle Moen.*

**Arild Rønnestad***:* Nyfødtregisteret ble opprettet etter Stortingsvedtak ifbm kapasitetsmangel i 2001, fikk status som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister fra 2004. Formål: Samle populasjonsbasert informasjon til bruk for kvalitetsforbedring og forskning. Nasjonal database fra hele landet samlet på OUS, kan registrere alt om barnets fødsel, diagnose og behandling frem til ett års alder. Strenge regler for håndtering og kryptering av dataene. Kan linke data fra nyfødtregisteret opp mot andre data fra andre registre – stort potensiale for forskning. 100% nasjonal dekning på institusjon (21 av 21 nyfødtavdelinger) og individnivå fra 2011. 77 000 pasientopphold i registeret. I gjennomsnitt ca 11 dager liggetid per pasient. Stor interesse og forespørsel etter data fra registeret. Kvalitetsmål: Kompletthet, overlevelse, liggetid, respiratordøgn – viktig å sammenligne LIKE pasientgrupper. Må bruke institusjonsbaserte data. Registeret har vært brukt som datakilde for Nyfødthelseatlaset for å se på enkelte typer behandling.

**Atle Moen***:* Presenterer data fra Nyfødthelseatlaset. 6 års registreringsperiode for å øke n og redusere utslag pga spesielle kasus. Et helseatlas er et populasjonsbasert verktøy for å sammenligne bruk av helsetjenester. Ved å sammenligne geografiske områder ut fra mors bostedsadresse, unngås forskjeller som forklares av sentralisering av tjenester. Alle barn innlagt <5 dagers alder tatt med. Endringer av praksis i løpet av registreringsperioden kan ha forekommet – potensiell feilkilde. Ulike prematuritetsrater i ulike boområder: 11% høyere prematuritetsrate i Fonna enn i Finnmark. Ulikheter i innleggelsespraksis i ulike boområder: Dobbelt så høy i Vestfold som i Bergen. Liggedøgn: 80% høyere i Telemark enn i Bergen. Gulsot: Bergen/Førde overflytter kun 12% av barn som trenger lysbehandling til NFI, Telemark – alle. Oppstart av antibiotika til terminfødte varierer med en faktor på ca 2. Flere behandlingsdøgn med antibiotika på de stedene som oftest setter sepsis-diagnoser. Behandlingsdøgn på respirator: Variasjon med faktor 5 Vestre Viken – Sørlandet (innspill: To trakeostomerte ved ett sykehus vil ha stor betydning). Små tall – 108 til 384 innlagte pasienter totalt per region. Intensive behandlingsdøgn. Variasjon i hvor mange som innlegges, hvordan de behandles og hvor lenge de behandles. Uberettiget variasjon som utfordrer ”sørge-for-ansvaret” og likeverdighetsmål? Unikt i internasjonal sammenheng å ha datagrunnlag for å kunne lage denne typen helseatlas – vekker stor oppmerksomhet.

*Diskusjon (ledes av Ketil Størdal):*

* Problematiseres at tallene blir gamle – reflekterer ikke kvalitetsforbedring i perioden. Eks: Antibiotikabruk 50% redusert i perioden i Stavanger og Østfold. Viser likevel nytten av tilbakemeldinger. Atlaset kan være et nyttig verktøy for å korrigere praksis.
* Ønskelig å gjenta kartleggingen om noen år for å se på endringer og forbedringer som er foretatt.
* Avvikende prosedyrer i ulike deler av landet – gå videre med samarbeid om veiledere og lage retningslinjer også for hvem som skal legges inn, hvem som ikke skal legges inn osv.
* Mange barneleger ”på gølvet” har ikke hørt om helseatlasene. Informasjonen stopper på ledernivå, og kommuniseres ikke godt nok til alle i miljøet.
* Betydningen av ”case-mix” problematiseres. Forskjeller i sykelighet i ulike regioner på bakgrunn av sosial klasse, andeler av minoritetsbefolkning og tilfeldige forskjeller pga små grupper. Likevel sannsynlig at det meste av variasjonen som er dokumentert gjennom Helseatlasene reflekterer ulike behandlingstradisjoner.
* Utfordring å få folk med seg på å endre praksis.
* Helseatlasene er egen-initiert arbeid som barnelegemiljøet får ”kred” for. Øker troverdighet til miljøet i politiske kretser og utover landets grenser.
* Kort diskusjon også om Barnehelseatlaset / prioritering til større barn. Poliklinikk-drift nevnes som den største utfordringen.
* Styret nevner at Dnlf jobber med å innføre ”Choosing Wisely” – en kampanje for å redusere overforbruk av helsetjenester. Det kommer innspill om at manglende tilbud kan også være en stor del av forklaringen på variasjonen - underforbruk i noen regioner?

1. **Saker fra styret (Ved leder Ingebjørg Fagerli)**
2. *Hvem skal ha adgang til avdelingsoverlegemøtene?* Det har kommet spørsmål fra ikke-lege-ledere som ønsker å være med på avdelingsoverlegemøtene.

*Vedtak:* Det besluttes at avdelingsoverlegemøtene beholder i nåværende form – det åpnes ikke for at ledere som ikke er leger kan delta.

1. *Navnebytte?*  Flere av avdelingene heter nå barne- og ungdomsklinikker. Bør ”ungdom” også inn i foreningsnavnet?

*Diskusjon:* Få ønsket navnebytte. Argumenter imot var at Norsk Barnelegeforening er et enkelt og godt innarbeidet navn. Juridisk går grensen mellom barn og voksen ved 18 år. Ungdom er et upresist begrep som også kan omfatte personer over 18 år som ikke hører inn under vårt fag.

*Konklusjon i møtet:* Flertallet var i mot å bytte navn på foreningen nå.

1. *BNF for children:* Prisen er skrudd opp mye slik at Nettverket for legemidler til barn ikke har råd til å finansiere dette lenger, og norske barneavdelinger har ikke lenger tilgang. BNF har høyere standard enn mange andre kilder til legemiddelinformasjon. Nettverket – ved Thomas Halvorsen – har prøvd å lage avtaler om rimeligere tilgang, men ikke lykkes. Vurderer alternative løsninger i form av samarbeid med andre europeiske land om å etablere noe eget. BNF finnes fortsatt i papirform og kan kjøpes inn til avdelingene.
2. *Helsenorge.no:* Styret er i dialog med helsenorge om utarbeidelse av felles informasjonsmateriell. Mye er uklart mtp hvordan felles nettplattform for spesialisthelsetjenesten skal være.
3. *Oppslutning om barnelegeforeningens møter:* Tendens at færre får reise på NBF-møter, spesielt få LIS-er, vanskeligere enn før å rekruttere folk til å gjøre arbeid for interessegruppene. *Konklusjon i møtet:* Viktig at ledere aktivt går inn for å sende folk til NBF-møter, bevisstgjøre at dette ikke bare handler om kurs, men om å opprettholde et felles miljø. Et lederansvar å oppfordre LIS til å delta, og til å presentere abstract (mål at alle LIS deltar på et NBF-møte per 1-2 år). F
4. *Forskningspris (v/Ketil Størdal):* Det skal deles ut forskningspris på Vårmøtet pålydende 10 000,- kr for første gang i år. Alle oppfordres til å nominere artikler der barneleger er første- eller siste-forfatter.