REFEREAT AVDELINGSOVERLEGEMØTE 17.01.18

Sted: St.Olavs Hospital, Trondheim

Tid: 17.01.18, kl 10-15

|  |  |
| --- | --- |
| Deltager | Arbeidssted / tillitsverv |
| Jon Grøtta | Elverum |
| Anne Kirsti Høgåsen | Lillehammer |
| Elisabeth Selvaag | St.Olav / Nestleder, styret |
| Ragnhild Støen | St.Olav |
| Erik Borge Skei | Ahus |
| Thomas Rajka | Ahus |
| Lars Utne Haukland | Bodø |
| Angelique Tiarks | Levanger |
| Anders Morken | Drammen |
| Ann Marit Gilje | Stavanger |
| Kjersti Storhaug | Skien |
| Anders Bjørkhaug | Førde |
| Andreas Andreassen | Haugesund / Spes.komite |
| Karin Tylleskär | Haukeland |
| Harald Dalen | Tønsberg |
| Hans Jacob Bangstad | OUS |
| Terje Rootwelt | OUS |
| Anette Ramm-Pettersen | OUS Nevrofag |
| Kåre Danielsen | Kristiansand |
| Marcus Schmidt | Østfold |
| Per Ivar Kaaresen | Tromsø |
| Catarina Svenne Naumann | Hammerfest |
| Elisabeth Siebke | Ålesund |
| Oliver Scheck | Arendal |
| Ketil Størdal | Leder, Styret |
| Eirin Esaiassen | Økonomiansvarlig, Styret |
| Margrethe Greve-Isdahl | Sosiale medier, Styret |
| Erling Tjora | Web-redaktør, Styret |
| Ida Knapstad | Høringsansvarlig, Styret |
| Jan Magnus Aase | Møtesekretær, Styret |
| Kari Holte | Paidos-redaktør, Styret |
| Ina Hartløff Helland | Sekretær, Styret (referent) |
| Elisabeth Holmboe Eggen | Ahus |
| Ulf Mostad | St.Olav |
| Arne Myhre | St.Olav |

PROGRAM:

1. Velkommen v/leder Ketil Størdal
2. Presentasjon av arbeidet med «Veileder for barneovervåkning (BO)» og påfølgende diskusjon

- Innledning v/Ketil Størdal

- Orientering v/Elisabeth Holmboe Eggen, leder av faggruppen og Ulf Mostad, medlem av faggruppen, barneanestesiolog

- Innlegg v/Catarina Svenne Naumann, Hammerfest sykehus

- Innlegg v/Erik Borge Skei, Ahus

1. "Sosialpediatri og teamarbeid - eksempler fra to avdelinger"

v/Arne Olav Myhre, St. Olav og Marcus Schmidt, Østfold

1. LIS 2/3 – utdanningen v/Terje Rootwelt, OUS
2. Nytt fra styret og diverse

2) PRESENTASJON AV ARBEIDET MED ”VEILEDER FOR BARNEOVERVÅKNING (BO)” OG PÅFØLGENDE DISKUSJON

Innledning v/Ketil Størdal

Viktig at vi som barnelegeforening tar tak i arbeidet med veilederen for å gi best mulig og tryggest mulig behandling.

Med et slikt dokument stiller vi sterkere i prioriteringsdiskusjon på sykehusene.

Utfordringen er at veilederen skal treffe både de store og de små avdelingene.

Det er ingen føringer om eller ønske om sentralisering, men ønske om at man kan ta best mulig vare på pasientene uavhengig av hvor man er i landet.

Orientering v/Elisabeth Holmboe Eggen, leder av faggruppen og barneanestesiolog Ulf Mostad, medlem av faggruppen. Vedlegg x

Alle avdelinger har disse pasientene allerede. Ønsket er å bevisstgjøre alle avdelinger om hva som kreves av ressurser og kompetanse innen hvert foretak. Veilederen er tenkt som en meny/sjekkliste. Det er ikke meningen at barneovervåkningen skal ta over barna som skal på intensiv. Det viktige er at det systemet man har er godt og trygt for barna.

Det har vært et tett samarbeid mellom anestesileger og pediatere i mange år.

Gjennomgang av typiske tilsander: respirasjonsssvikt, infeksjoner, nevrologisk sykdom, metabolsk sykdom.

Grensene for hvor barnet skal ligge vil variere med lokal tradisjon, kompetanse og tverrfaglighet. Sengepost ↔ utvidet overvåkning ↔ intensiv.

Det er tenkt at de til enhver tid sykeste i avdelingen skal ligge på barneovervåkningen. De kan flyttes ut når situasjonen er avklart og de er i bedring.

Innlegg v/Catarina Svenne Naumann, Hammerfest sykehus

Innleder med introduksjon av avdelingen. Det er mye vikarbruk og ikke snakk om kontinuitet. Mange av vikarene kjenner ikke rutinene. Status nå er at det ikke er noen form for overvåkning foruten fast vakt. Ved behov for mer overvåking må de flyttes til voksenintensiv eller til UNN.

Innlegg v/Erik Borge Skei, Ahus

NBF har har hatt størst gjennomslagskraft når vi er tydelige. Vi skal ikke være redde for å konkludere tydelig i veilederen. Konkrete forslag:

* Alle barneavd bør ha senger med forsterket overvåkning, svarende til 10% av innleggelsene (en eller annen gang ila oppholdet)
* Alle universitetssykehus bør ha senger svarende til avansert BO eller høyere omsorgsnivå

Diskusjon:

- Setter en type standard for disse pasientene som er viktig å heve på systematisk nivå

- Styrke at anestesi og barnesykepleiere har vært deltakende i arbeidet med veilederen.

- Viktig at det gjøres forpliktende

- Positivt at veilederen legger opp til individuelle løsninger.

- Mange av barna dette gjelder er barn man allerede har på barneavdelingene i dag, men som man kan behandle bedre.

- En del voksenintensivavdelinger vil ikke ha de sykeste barna slik at det blir et press på å sende disse til høyere nivå på et annet sykehus

- Der man fortsetter å bruke voksenintensiv til barneovervåkningspasienter, kan det være viktig å lage forpliktende samarbeid med anestesi

- Det er risikabelt å flytte barn til et annet sykehus, man bør derfor ha en kompetanseheving også for at noen av avdelingene kan beholde flere av barna som i dag sendes.

- Forslag om obligatoriske kurs, gjerne tverrfaglig med pediater, sykepleier, anestesi.

- Forslag om opprettelse av noen kurs alle pediatere må ha, i tillegg til kurs som kan bygges ut, eks første dag for LIS/overlege/spl. og videre kun for overlege.

- Det kan ha en styrke om en har utbygde bakvaktskurs, særlig mtp at det er lite som kreves av utdanning etter man har blitt spesialist.

- Det er også forslag om en ambulant kursgruppe som reiser rundt for å tilby kurspakke hvor en ser på organisering. Dette bør tilbys etter initiativ fra barneavdelingene selv.

- Sideutdanning i anestesi har ofte ikke implementert ferdigheter/kompetanse innen overvåkning/intermediærpasienter. Ønskelig med egne kurs da det er opplevd at man ikke får tilstrekkelig kompetanse for denne pasientgruppen ved sideutdanning.

- Ved sideutdanning innen anestesi lærer man et annet tenkesett og en annen systematikk enn hva mange er vant til på vanlig sengepost.

- Bra om noe som forplikter på kompetanse. Begrenset med hvor mye ressurser en kan få.

- Dersom man gjennomgående er flinke til å ha barneovervåkning som en del av utviklingsplanen så kan dette hjelpe for å få løftet det opp i systemet

- Man må bygge på det man har, et eget vaktlag er for kostbart

- Flere undres på om det er tenkt det skal være egne vaktlag, noe som avkreftes.

- Innspill om av forslagene til redskap og kurs fremstår litt for spesifikke til å gjelde alle barneavdelinger. Eks ferdigheter som kreves for vaktlag til enhver tid. Kan være vanskelig å oppfylle alle konkrete kompetansekrav.

- Det vil være avgjørende å sette ned en faggruppe inkludert anestesi på hver avdeling for å se på hva som forventes og hvilken kompetanse som det er forventet de enkelte faggruppene skal besitte.

- Man skal med barneovervåknig ikke bli barneintensivleger, men barneovervåkningsleger. Kan man få dette inn i spesialistutdanningen?

- Å si noe om pleiefaktor vil være viktig for å synliggjøre hva som kreves av spl., men også viktig i økonomi/budsjett-debatten.

- Det er større sjanse for å få penger i budsjettforhandlinger om man spesifiserer at man ikke har de samme overvåkningsmulighetene for barn som for voksne.

Navn:

- Intermediær er innarbeidet begrep.

- Intermediær brukes for de som skal tilbake til kommunen på en del avdelinger.

- Kompilserende om en brukerforsterket overvåkning og vanlig overvåkning.

- Dersom en lander på overvåkning bør en si barneovervåkning.

Ketil Størdal avrundende kommentarer:

Viktig å legge lista litt høyere og sørge for å gi et tilbud som er godt nok. Noen ønsker seg et skarpere dokument med klarere mål. Har meldt tilbake at *bør* bør brukes videre. Tror NBF vinner bedre frem med tydelige mål.

Tar med innspill fra i dag. Neste møte i Bodø er det satt av felles tid for presentasjon av veileder.

TILLEGG: Lars, Bodø: hjelp med master i helseledelse. Ønsker å se på benchmarking, barnehelseatlas og se hvordan det er benyttet i alle avdelinger. Håper å kunne sende spørreskjema til alle avdelinger.

3) "SOSIALPEDIATRI OG TEAMARBEID – EKSEMPLER FRA TO AVDELINGER”

 v/Arne Olav Myhre, St. Olav

Grefsenerklæring mot barnevold 24.04.17. Høynivåmøte hvor man måtte forplikte seg til tre punkter:

- Arbeide for at det etableres tverrfaglige sosialpediatriske team på alle sykehus med barneavdeling.

- Bidra til at alle barn som har gjennomgått tilrettelagt avhør på barnehus også skal få et tilbud om en kvalifisert sosialpediatrisk undersøkelse av barnelege

- Gjøre sosialpediatriske problemstillinger som inkluderer vold og overgrep til en obligatorisk del av utdanningen for alle barneleger.

26.04.18 nytt høynivåmøte hvor tema er om man har gjennomført forpliktelsene.

Tre perspektiver: helsemessig, rettsmedisinsk og bistå barnevernstjeneste med helsemessig og rettsmedisinske opplysninger.

Det har vært økte henvendelser fra politi.

Tid fra henvisning til undersøkelse: ca 14 dager.

Akuttsaker domineres av seksuelle overgrep. Utstrakt samarbeid med gynekolog om tenåringsjenter.

Flere barnehus har tilknyttet tannlege.

Barnehus sentralt som arena for tverrfaglig samarbeid.

På St.Olav har man laget standardskriv til fastlege om at det er gjort undersøkelse av barn på bakgrunn av sosialpediatrisk problemstilling, at det er laget dokument i skjermet journal og at de får beskjed at dersom det er noe som skal følges opp av fastlege. Fått positive tilbakemeldinger på dette.

Innspill mtp finansieringsdebatt: fornuftig at erklæringer belønnes

Får ofte opplysninger om tredjepart, mener derfor det er riktig at det er i skjermet journal.

Marcus Schmidt, Østfold

Tverrfaglig utvalg fra -13.

Erfaringer og utfordringer: stort engasjement på tvers av instanser, stor endring i bevissthet og handlekraft. Tverrfaglig samarbeid er avgjørende for resultat. Fortsatt avhengig av enkeltpersoners engasjement. Det er varierende forståelse/prioritering hos avdelingsledere.

4) LIS 2/3 – UTDANNINGEN V/TERJE ROOTWELT, OUS, med innspill

Vi bør se på hvordan man skal kunne gjennomføre alle læringsmål – ha en arena for hvor man skal kunne gjennomføre dette. Skal man ha egne læringsvisitter f.eks.? Supervisert poliklinikk?

Det er nye krav til hvordan veiledningen skal gjennomføres. Kan være lurt å fordele oppgavene til forskjellige leger på avdelingen – en slags sjekkliste som noen har ansvar for.

Kommer det til å føles at det er mangel på gruppe 1 tjeneste?

- Skal det diskuteres på RHF-nivå? (Er det et problem at rotasjonsstillinger tar for stor plass på OUS?)

- Skal ikke ha egen spesialistutdanning i hver region.

- Viktig at man får en felles nasjonal utdannelse. Samtidig er det RHF og de enkelte sykehus som er tildelt ansvar for å få gjennomført utdanningen.

- Dersom man ikke får gjennomført læringsmålene må man ha avtaler med andre sykehus for å få gjennomført dette.

- Læringsmål skal vedtas 15.02. Læringsmål innen pediatri er ferdig. Det ble ikke helt slik som spesialistkomiteen ønsket.

- Innspill om at det kan være lurt at spesialistkomiteen definerer hva som skal gjøres og at det går videre til RHF. Fordel om at det er overordnede avklaringer.

Svar fra Andreassen: spesialistkomiteen har lagt inn oppslag for læringsaktiviteter. Disse er veldig overordnet og det er sykehusene som må implementere disse.

Oppsummert, Ketil Størdal:

Det vil være aktuelt å ha en del kontakt for hvordan dette skal gjennomføres og ha en bolk også på avdelingsoverlegemøtet i Bodø.

5) NYTT FRA STYRET OG DIVERSE

- Felles nettløsning/helsenorge.no.

Kort orientering om forløp siden sist: Avklaring med KU. NBF ønsker å ta dette arbeidet videre.

Arbeidsgruppa har møte i dag og starter arbeidet med å utarbeide lista med tilstander og prosedyrer. Ansvar for oppgavene blir fordelt i mars, etter planen skal de tilbake til arbeidsgruppen 15.05 og videre på høring til IG og KU. Tar sikte på å gjøre ferdig dette arbeidet ila året.

- Pleiepenger.

Endring av pleiepengeordningen i oktober-17. Informasjon om møtet på stortinget samt stortingshøring.

Status nå: fjernet 66%-regel og 18-års grense. 5 års regel står. Saken om 5-års regel er sendt tilbake til regjeringen.