

REFERAT AVDELINGSOVERLEGEMØTE 16.01.2019

Sted: Rikshospitalet

Deltager	Arbeidssted / tillitsvern
Ane Kokkvoll	Hammerfest
Per Ivar Kaaresen	Tromsø
Marianne Nordhov	Tromsø
Ingebjørg Fagerli	Bodø
Angelique Tiarks - ikke møtt?	Levanger
Elisabeth Siebke	Ålesund
Hege Kristiansen	Førde
Britt Skadberg	Haukeland
Karin Tylleskär	Haukeland
Andreas Andreassen	Haugesund
Inge Jøran Hagen	Stavanger
Kåre Danielsen	Kristiansand
Jon Gunnar Gausel	Skien
Randi Stornes	Skien
Morten Falke	Tønsberg
Anders Morken	Drammen
Pål Christensen	Lillehammer
Jon Grøtta	Elverum
Terje Rootwelt	OUS
Ingvild Sørensen	OUS
Marius Skram	OUS
Ellen Ruud	OUS
Betty van Roy	Ahus
Thomas Rajka	Ahus
Harald Hurum	Østfold
Ketil Størdal	Leder, Styret
Elisabeth Selvaag	St. Olav og Nestleder, Styret

Eirin Esaiassen	Økonomiansvarlig, Styret
Margrethe Greve-Isdahl	Sosiale medier, Styret
Erling Tjora	Web-redaktør, Styret
Nicolay Mortensen	Høringsansvarlig, Styret
Jan Magnus Aase	Møtesekretær, Styret
Kari Holte	Paidos-redaktør, Styret
Ina Hartløff Helland	Sekretær, Styret (referent)
Adélie Dorseuil	Hdir
Kristin Hodnekvam	Overgangsprosjektet
Karianne Tøsse	IG ungdomsmedisin (Ahus)
Ida Jansrud Hammer	IG ungdomsmedisin (Haukeland)

For presentasjoner, se vedlegg i mail xxx?

PROGRAM:

- 1) Velkommen og presentasjon v/ Ketil Størdal
- 2) Ungdomsmedisin og overføring til voksenmedisinsk omsorg
 - Karianne Tøsse, leder for Interessegruppen for ungdomsmedisin
 - Karianne Tøsse, Mestring.no
 - Betty van Roy, Ahus, Erfaringer fra egen avdeling og overgangsordningen
 - Elisabeth Selvaag, St. Olav, Erfaringer fra egen avdeling og overgangsordningen
 - Adélie Dorseuil, Hdir, Ungdomsmedisin og digitale løsninger?
 - Kristin Hodnekvam, Skien. T1D og overgangsprosjektet.
 - Diskusjon
- 3) Etterutdanning for spesialister
- 4) Tungebånd. Innledning ved Jon Grøtta
- 5) Palliasjon hos barn
- 6) Eventuelle saker og nytt fra styret

2) UNGDOMSMEDISIN OG OVERFØRING TIL VOKSENMEDISINSK OMSORG

Leder for Interessegruppen for ungdomsmedisin, Karianne Tøsse

Ahus har koordinator på BUK og koordinator på voksen. Tre faser – forberedelse 12-16 år, transisjon 17-18 år, ung voksen 19-25 år. Benytter sjekklister.

Viktig med støtte i ledelsen.

Ønske om veileder i transisjon, barneleger bør lede arbeidet. Hvem er med? IG? Ped.avd. med erfaring? Voksenavd.? Ungdomsråd? Andre?

Ligge under generell veileder? Annet dokument? Hdir?

Vanskelig å rekruttere medlemmer til IG ungdomsmedisin. Ønskes en representant fra hver avdeling/helseforetak. Mail til karianne.tosse@ahus.no.

[Mestring.no, Karianne Tøsse](#)

Jobbet for å bedre transisjon. Oppdragsdokument fra 2018, bekymring rundt denne. For lite brukermedvirkning, for lite tid og for lite samarbeid. Ingen nasjonale retningslinjer.

Jobbet for nettverk for ungdomshelse i Norge. Største utfordring er at Hdir har trukket seg ut. Det er videre planlagt møte mellom RHFene og ungdommer *uten* fagmiljøet. Film 'treff meg'.

[Erfaringer fra egen avdeling og overgangsordningen, Betty van Roy, Ahus](#)

Satsningsområde for Ahus fra 2012-16. Prosjekt ungdomsmedisin.

Sett utenlands for inspirasjon, bl.a. Australia, Storbritannia og Danmark. Opprettet ungdomsråd.

Prosjektgruppe fra fagmiljø og samarbeidspartnere, bl.a. ungdomsråd.

Viktig å forankre i avdelingen og i ledelsen. Opprettet funksjon ansvarlig ungdomsmedisin som har avsatt litt tid til å jobbe med det. Forutsetning at det ikke er for komplisert opplegg og at det ikke må ta mye ekstra tid, men være en integrert og mer systematisk tilnærming til overgang. Skal være et transisjonsløp som går over tid. Diabetes er brukt som pilot og er gullstandard.

[Erfaringer fra egen avdeling og overgangsordningen, Elisabeth Selvaag, St. Olav](#)

Tung start, voksenavdelingen så ikke behovet. Midler knyttet til pasientsikkerhet for å få implementert forløp og retningslinjer. Sjekklister revidert i samarbeid med ungdomsråd.

Hva virker? Ildsjeler for å drive hele arbeidet, kontaktspl/koordinator, ungdomskontakter, voksenklinikker med egne system og rutiner og tettere samarbeid mellom klinikkene.

Formelt er aldersgrense 16 år, men følger ungdommene til de er 18 år dersom sammensatte/kroniske sykdommer.

Ungdomskontakter rekrutteres via klinikkisjef og spl-ledere.

[Ungdomsmedisin og digitale løsninger? Adélie Dorseuil, Hdir](#)

Dorseuil leder prosjektet Digi-ung. Brukt mye tid for å finne behovet hos ungdommer alder 13-20 år.

230 sitter i fagpanelet i ung.no og svarer på alle typer spørsmål. Ungdommene er anonyme. Tre typer spørsmål: Forholdsvis enkle som kan svares ut, noen som krever litt råd/veiledning og mer komplekse problemstillinger som ikke kan løses på ung.no men hvor man oppfordrer ungdommen til å ta kontakt med eget nettverk/helseapparat.

[T1D og overgangsprosjektet, Kristin Hodnekvam, Skien.](#)

Bakgrunn økende antall barn og unge med kroniske tilstander.

Styringsgruppe/referansegruppe – prosjektet på type 1 DM.

Finansiell støtte bl.a. fra Hdir, Norsk Diabetesforbund, kvalitetsfond i legeföreningen.

Målet var å beskrive overgangen fra barne- til voksenhelsetjenesten.

Organisert under Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for diabetes hos barn og unge.

Spørreundersøkelse og medisinske data.

Kontinuitet og hyppighet av kontakter ble signifikant redusert etter overgang. De dårlig regulerte ved overgang var de som fikk senkomplikasjoner.

Sluttrapport til Hdir levert jan.-17.

[Diskusjon](#)

- Få ungdomsmedisin inn i utdanningen.

- Ungdom må få snakke med barnelege alene, også for å bevisstgjøre rundt transisjon.

- Er det greit at kopi av notatet sendes til husadressen når ungdommen er over 16 år?

- Fastleger er for lite på banen og det er få som innkaller til årskontroller. De kan være for lite informert.

- Uten nasjonale retningslinjer er det vanskelig å forespeile pasientene hva som venter når de er ferdige på barneavdelingen.

- Utfordring å engasjere voksenmedisinere, vanskelig å få dem til å forstå at en 18-åring ikke er det samme som en 40-åring. Det er ikke voksne pasienter de mottar, det er fortsatt umodne pasienter

som har andre behov. De trenger for eksempel flere kontroller enn andre voksen-pasienter. Ungdomsrådet er tydelige på at dette. Holdningsendring skjer der man får til møter med voksenmedisinerne og det er fokus på dette fra ledelsen. Aldersgruppen 12-25 år har spesielle behov.

- Må etablere faste møtepunkter med voksenmedisinerne for overgang, halvparten av møtet til fag og halvparten til diskusjon om pasienter. Spl og lege fra begge steder uten pasienter. Må prioritere møter når det er planlagt, og ikke ta poliklinikk i stedet! Fortelle pasienten på forhånd at det vil bli et møte.

- En ungdomskoordinator for hver diagnosegruppe?

- Fra 12-årsalder ha samtale alene med barnet også. Ansvarliggjøre barnet/ungdommen - få dem til å ta ansvar for egen sykdom. Lettere å åpne seg om andre bekymringer.

- Vanskelig å etablere gode overganger for barn med sammensatte helseutfordringer. Hvilke spesialister skal involveres og få hovedansvar? Barnehabilitering et eksempel. Invitere fastleger til møter om disse pasientene.

- Kombinasjonsstillinger mellom barne- og voksenmedisin?

- Flytting pga studier/jobb i 18-19-årsalderen er også en utfordring – hvor skal man ha overgang til?

- Ønsker en god overordnet retningslinje/veileder elektronisk som er lett tilgjengelig og som er lett å tilpasse til aktuelle diagnose. Må involvere voksenmedisinerne og fastleger i et slikt arbeid for å få nødvendig forankring.

- Nyoppstått sykdom hos 16-17-åring: bør man involvere voksenmedisiner fra start?

- NBF styret tar kontakt med allmennlegeforeningen og indremedisinsk forening, ev. andre aktuelle aktører for å starte arbeidet.

3) ETTERUTDANNING FOR SPESIALISTER

Status 2019: ferdig spesialist mellom 30-35 år. Subspesialisering vanlig. Generell ped.oppdatering neste 30 år?

I 2016 fattet DNLF vedtak om obligatorisk etterutdanning med poengsystem. Dette er innført for allmennleger. Arbeidsgruppe fra styret, KU og spesialitetskomite har sett på dette.

Plan: Innstilling til vårmøtet i Tønsberg, bl.a kursbehov med bakvaktskurs uke 43/44 og nytt oppdateringskurs før pediaterdagene 2020. Etterutdanningsplan: obligatorisk del og valgfri del, inkludert hospitering, kvalitetsarbeid og deltakelse i internundervisning. Skal ha totalt 300 poeng i 5 år. 1 time teller et poeng.

Diskusjon:

- En type kurs med vaktaktuelle problemstillinger og en for pol.arbeid?

- Hvilket nivå skal en legge seg på? Skal ikke være LIS kurs for spesialister.

- Drive samme kurs år etter år? Siste nytt?

- Bakvaktskurset: halv dag nyfødt, 1,5 dag simulering.

- APLS sannsynligvis et av obligatoriske LIS-kurs – nesten ikke plass til spesialister eller anestesileger.

- Hvor mye generell pediatri skal ligge i etterutdanningskurset? I EAP ble det konkludert med både en del generalist og en del subspecialist.

- Akuttpediatri viktigst. Også viktig for å rekruttere leger til mindre sykehus hvor det er behov for mer bredde.

- Bruk av overlegepermisjonen? I rapport fra legeforeningen skrevet at man primært ikke skal bruke overlegepermisjon, men hospitering kan telle som en del av etterutdanningen.

- Vanskelig for ledere å sikre at alle er kompetente i bakvakt – kan komme opp i tilsynssaker hvor man må dokumentere at vaktgående leger er oppdatert ihht anbefalinger.

- Bør være flere som styrer kursene, gjerne med felles kursstruktur.

- Kan lage kurs på regionsnivå på noe av akuttpediatrien – enklere variant av bakvaktskurset og ferdigheter som kreves (øving på navlevenekateter, sepsis, hjerneblødning osv)

Forsamlingen er generelt positivt innstilt til etterutdanning.

4) TUNGEBÅND

Innledning ved Jon Grøtta, påfølgende diskusjon.

- Stor og økende interesse for stramme tungebånd. Dette merkes både hos barneleger, ØNH-leger og i sosiale medier.
- NBF har laget en veileder og det jobbes med en veileder fra nasjonalt kompetansesenter innen amming.
- Evidens mangler. Cochrane oppsummering har ikke vist effekt på spiseproblemer, men på såre brystvorter hos mor.
- Bør det undersøkes og noteres i journalen som en del av utredningen hos barn med spiseproblemer?
- Bakre tungebånd er et begrep som ikke bør brukes.
- Skal ikke klippe pga utseende, det må kun gjøres der det er et funksjonsproblem - obs placeboeffekt.
- Kan ikke klippe bare for å unngå å få fylkeslegen på nakken.
- Viktig å melde tilsynsmyndighetene dersom det oppstår komplikasjoner etter klipping. Bør få med ØNH på dette.

PALLIASJON HOS BARN

Ønsker etablering av barnepalliative team i alle regioner og kurs i barnepalliasjon. Det har vært økende oppmerksomhet om temaet. Det er en utfordring med involvert pasientforening som har stor oppmerksomhet politisk, men som arbeider parallelt med fagmiljøet. De arbeider spesielt med å etablere barnehospice. Dette støttes ikke av fagpanel i NOU-utredning om palliasjon men har stor støtte politisk lokalt og nasjonalt. Det er bevilget penger til regionalt kompetansesenter for barnepalliasjon i Helse Sør-Øst knyttet til hjemmesykehustjenesten. Dette kan brukes som argument i andre regioner når det blir forskjeller i behandlingstilbud geografisk. Styrking av barnepalliasjon bør skje som nettverksbygging og regionale tilbud. Ev. barnehospice er en liten del av det hele.

EVENTUELLE SAKER OG NYTT FRA STYRET

- Barnediabetesregisteret: blir digitalt, e-reg løsning, personvernproblemstillinger er avklart.
- Ny spesialistutdanning: settes i gang om 6 uker. I ny modell blir kursene obligatoriske og kursansvaret ligger i regionale helseforetak. Hovedansvar for pediatri ligger i Helse-Midt. Kurs i nyfødtdiagnostiske teknikker blir ikke obligatorisk pga kapasitetsproblemer, men det blir to introduksjonskurs i pediatri i stedet. Praktisk pediatri blir introduksjonskurs 1. Det blir kontaktpersoner for alle kurs. De skal opprette kurskomiteer fra alle helseregioner som skal sette sammen kursinnhold. Kursene skal holdes på faste uker for bedre forutsigbarhet. Første kurs blir uke 47 i 2019. Tildeling av kursplasser til alle sykehusene ut fra antall LIS. Introduksjonskurs 1 og 2 skal gjøres første året, deretter skal de øvrige kursene rullere.
- Barneovervåking – status: alle avdelinger har brukt standardskriv for å gå gjennom egen avdeling. Noen har etablert og andre holder på å etablere rutiner for BO. Sender ut Excel ark etter møtet med oppsummering fra hvert enkelt sykehus.