

## Referat fra Avdelingsoverlegemøtet i NBF

**Sted:** Ullevål Business Class, Oslo

**Tid:** 20.01.16 klokken 10-16

### Tilstede:

<b>Navn</b>	<b>Arbeidssted/funksjon</b>
Anne Lindbo	Barneombud
Tone Viljugrein	Seniorrådgiver, Barneombudet
Atle Moen	OUS (Barnehelseatlas)
Gro Saltnes Lopez	Seniorrådgiver, Helsedirektoratet
Kirsten Mostad Pedersen	Seniorrådgiver, Helsedirektoratet
Per Bertelsen	Styremedlem i Vergeforeningen
Ellen Annexstad	Delegert ansvar for styret i flyktningsaken
Anders Morken	Drammen
Jon Gunnar Gausel	Skien
Randi Stornes	Skien
Kåre Edvard Danielsen	Kristiansand
Ole Bjørn Kittang	Kristiansand
Magne Berget	Stavanger
Elisabeth Siebke	Ålesund
Karl Viktor Perminow	OUS
Hans Jacob Bangstad	OUS/Ullevål
Pål Christensen	Lillehammer
Bente Askestad	Kristiansund
Ivan Pal Valter	Hammerfest
Andreas Andreassen	Haugesund
Marcus Schmidt	Østfold
Geir Joner	OUS
Angelique Tiarks	Levanger
Hans Petter Fundingsrud	Tromsø
Per Ivar Kaaresen	Tromsø
Lars Haukland	Bodø
Torstein Både Rø	St Olav
Britt Skadberg	Haukeland
Karin Tylleskâr	Haukeland
Erik Borge Skei	Ahus
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.

## 2. Sosialpediatri

### a) Sosialpediaterstillinger og Statens Barnehus

Ingebjørg Fagerli innleder: I oppdragsdokument til RHF 2015 står det at det er et mål å opprette kombinerte sosialpediater-stillinger med arbeidssted både i Statens Barnehus, og avsatt ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt oppsaksområde. Overgrepsutsatte barn som avhøres ved Statens Barnehus skal tilbys medisinsk undersøkelse. NBF ser klart behov for sosialpediatriske stillinger og for bedre tilbud om medisinsk undersøkelse til overgrepsutsatte barn. Imidlertid har det vært vanskelig å etablere et nytt tilbud uten ekstra tilførte ressurser. NBF har jobbet med finansieringen sammen med Barneombudet.

Status sosialpediatri i følge spørsmålsrunde til avdelingsoverlegene på mail:

- For de fleste avdelinger er sosialpediatri en del av den daglige driften, anslått tidsbruk ½ til 1 stilling.
- OUS er den eneste barneavdelingen som har en sosialpediatrisk seksjon
- 6 avdelinger har et sosialpediatrisk team.
- Helse-Nord avsatt ressurser til 1 stilling i Bodø og Tromsø.
- Østfold har omdisponert interne ressurser, og ansatt sosialpediater i 50% stilling.
- Lillehammer fikk bevilget kr 600 000,- til sosialpediatrisk stilling fra helseforetaket 19/1, planlegger å omdisponere midler slik at det blir en 100% stilling.
- St Olavs har fått prosjektmidler, 1 million i 3 år til sosialpediatri, og har ansatt sosialpediater i 80% stilling.

Presentasjon (vedlagt) ved barneombud Anne Lindboe om barn som utsettes for vold og overgrep. Viktig med tidlig medisinsk undersøkelse og god informasjon til barnet. Fokus på å bygge kompetanse. Stortinget har bevilget 45 millioner ekstra midler til sosialpediatriske stillinger på Barnehusene. Pengene ble ikke øremerket, men har gått inn i finansieringsrammen for helseforetakene.

### b) Andre innspill fra Barneombudet

Barneombudet har gått ut i media og reist krav om langtidsvirkende prevensjon for å få LAR. NBF vil samarbeide med Barneombudet om dette.

I ny nasjonal helseplan blir det stilt krav til at alle barneavdelinger om at det skal etableres ungdomsråd.

- ### c) Spørsmål og diskusjon: Enighet om at medisinsk undersøkelse av overgrepsutsatte barn bør være et spesialisthelseansvar. Krever spesiell kompetanse. Vanskelig for små sykehus å organisere døgntilbud på dette området. Ønskelig med fast ansatt barnelege til å gjøre medisinske undersøkelser på Barnehusene, finansiert av HOD. Behov for å avklare hvordan det kan sikres at de 45 millionene fra Stortinget kommer barneavdelingene til gode. Barneombudet holder tak i dette. Samarbeid om organisering.

### 3. Mindreårige asylsøkere

- a) Kort presentasjon ved Ellen Annexstad (Østfold/OUS, Dnlfs utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse) som har fått i oppdrag fra styret å fronte denne saken for NBF. 5 297 enslige mindreårige asylsøkere kom til Norge i 2015.
- b) Elisabeth Siebke (Ålesund) innleder med noen rystende historier om EMA som dannet grunnlag for at hun oppfordret NBF til å engasjere seg: Tre gutter i alderen 14-16 år med alvorlige diagnoser og hvor man under sykehusinnleggelse oppdaget at helt basale behov som klesskift, mat og psykisk støtte ikke var dekket av institusjonen som skulle stå for omsorgen for barna.
- c) Seniorrådgiver Gro Saltnes Lopez (Avdeling for minoritetshelse og rehabilitering i Helsedepartementet) går gjennom lovverk angående rett til helsehjelp for asylsøkere. Asylsøkere har i utgangspunktet samme rett som befolkningen for øvrig til helsetjenester, barn har også rett på omsorgstjenester fra kommunen. Barn uten lovlig opphold har rett til helsehjelp, men ikke rett til fastlege, dekning av helsekostnader og fastsatt frist. Asylsøkere har imidlertid ikke rett til helsehjelp hvis helsepersonellet har sikker kunnskap om at barnet snart skal forlate landet. Det skal ikke settes i gang behandling som man vet at ikke kan slutføres. Mottakspersonalet kan ”om ønskelig” være sammen med barnet på sykehuset. Den som skal yte helsehjelpen som har plikt til å skaffe tolk. Barnets beste skal ligge til grunn ved alle vurderinger.
- d) Ellen Annexstad om aldersbestemmelse av EMA (presentasjon vedlagt). NBF, Dnlf, norsk radiologisk forening og rådet for legeetikk anbefaler at leger ikke deltar i aldersundersøkelse av EMA pga at metodene er for upresise.
- e) Per Bertelsen (Tidligere leder for Veumveien asylmottak i Fredrikstad, profesjonell verge, styremedlem i Vergeforeningen) om ansvarsforhold rundt EMA (presentasjon vedlagt). EMA har krav på en verge som hjelper barnet i søknadsfasen. Barn <15 år ivaretas av barnevern og BUF-etat. >15 år EMA transitt og EMA-mottak som ikke alltid driver etter kriteriene de har fått. Asylmottaket har omsorgen for barna – også når barnet er på sykehuset.
- f) Spørsmål og diskusjon: Elisabeth Siebke spurte representantene fra Helsedepartementet om hvem som skal dekke utgifter for dyre medikamenter på registreringsfritak til asylsøkere/barn uten lovlig opphold. De kunne ikke svare på dette, og må ta spørsmålet videre til jurist i Helsedepartementet. Det ble reist spørsmål knyttet til konflikten mellom etisk forpliktelse til å sette i gang behandling for livstruende sykdom, og problemene som oppstår når man ikke kan slutføre, eller følge opp, fordi barnet blir sendt ut av landet. Barneombudet etterspurte standard for helseerklæringer ved søknad om opphold på humanitært grunnlag for asylsøkere med alvorlig sykdom. Departementet må få oppdrag fra Departementet for å sette i gang dette arbeidet.

### 4. Barnehelseatlasen

- a) Ingebjørg Fagerli orienterer kort om Barnehelseatlasen som ble offentliggjort september 2015. Innlegg som innledning til diskusjon om veien videre - hvordan vi skal bruke informasjonen i Barnehelseatlasen.

- b) Atle Moen (OUS, Barnehelseatlas): Ø-hjelp varierer med 100% mellom ulike boområder. 40% variasjon i antall polikliniske konsultasjoner. 60% forskjell i sengeforbruksrate. Antall senger synes å ha betydning for innleggelsesraten.
- c) Anders Morken (Drammen): Har klart å redusere antall senger per befolkning. Overlege i tilstedevakt skal ha siste ord ved alle innleggelser. Økt snuprosent. Kanalisert tidligere langliggere til dagbehandlinger.
- d) Gunnar Gausel (Skien): På landstoppen mht antall innleggelser – totalt og øhjelp. Høyt sengeforbruk. Tradisjoner og vaner. Omorganisering mht å dreie kultur og holdninger i retning ”hjemme best”. Tilrettelegge mht logistikk, venteområder og samarbeid. Insitament til å gjennomføre endringer. Å fortsette å ligge på topp, vil kunne påvirke ressurstilgangen til avdelingen i negativ retning.
- e) Kåre Danielsen (Kristiansand): Ligger høyt på poliklinikk totalt. Tilbud skaper etterspørsel. For mange kontroller (overføre til primærhelsetjenesten). Legene selv gå gjennom egen venteliste til poliklinikken og plukke bort pasienter som likevel ikke trenger kontroll. Sosiale forskjeller og ulikheter i boområder betydning for sykelighet? Privat spesialist øker forbruket totalt (en spesialist ”står for nesten like mange konsultasjoner som barneavdelingen til sammen).
- f) Magne Berget (Stavanger): Usikkert om forbruk og helse henger sammen. Følger nasjonal prioriteringsveileder – avviser de som henvises utenfor veilederen (eks ingen enuresis nocturna <10 år får plass). Høy sosioøkonomisk status gunstig mht sykelighet? Lot foreldre og fastlege vurdere om det var behov for kontroller på allergipoliklinikken – fikk tilbake bare 10% av de som stod på venteliste. Problem: Må skyve på kronikerne for å unngå fristbrudd. Når skal de kronisk syke få garanti om fristbrudd?
- g) Diskusjon: Positive eller negative registereffekter? Hva er riktig nivå for forbruk av helsetjenester? Mangler kunnskap om dosering av helsetjenester. Ikke bruke helseatlas til å kutte i ressurser, men som et verktøy for å forsøke å forstå. Prøve å finne riktig kryssningsnivå for ressursbruk og gode resultater. Ønskelig å koble helseatlas opp mot kvalitetsregistre (eks barnediabetes). Flere innspill om behov for å tydeliggjøre at en større andel av ressursene bør brukes på kronisk syke. Et mål å få de friske barna ut av poliklinikken. Å redusere kontroller å poliklinikken sitter i hodet til hver lege. Ansvar for egen liste – legge inn noen personlige fordeler – mer tid til de sykeste, tid til fordypning – ikke fylle opp med pasientene til andre leger. Individualisere oppfølging etter hvor god kontroll pasienten selv har på behandlingen? Allmennlegene tar ansvar for oppfølging – vil ofte ha pasientene de får henvist ”tilbake”. Gjøre grep på store pasientgrupper, veiledere for grupper som kan tilbakeføres til fastlege (eks cøliaki). St Olav bra opplegg for obstipasjon. Forslag om å lage en idebank (det samme forslaget kom opp på avdelingsoverlegemøte for 2 år siden, men har ikke blitt gjennomført). Låne av hverandre. Samle informasjon om tiltak som er prøvd. Dropbox for relevante dokumenter? Felles forum? Prosedyrer og dokumentasjon som allerede finnes, veiledere for organisering av poliklinikk, tiltak for å redusere kontroller etc. Engasjere Kvalitetsutvalget? Bruke interessegruppene. Helse-Norge platformen? NPR – klinisk relevant tilbakemelding Plan om nytt barnehelseatlas om 3-4 år.

## **5. Hemangiombehandling**

Karl Viktor Peminow orienterer. Mange vet at det er et team på Rikshospitalet for komplisert hemangiombehandling. Mottar 5-600 henvisninger – ikke kapasitet for å se på så mange henvisninger. De fleste bør behandles lokalt - ikke behov for spesialisert behandling. Oppfordrer til at alle barneavdelinger skal gi tilbud om betablokkerbehandling til hemangiompasienter. Veileder for ”streng” mht utredning før oppstart og krav om innleggelse ved oppstart av behandling. Obs hypoglykemi ved langvarig faste til disse pasientene.

## **6. Nytt strategidokument**

Ingebjørg Fagerli informerer om at styret har startet arbeid med dette. Viktig prinsipp å opprettholde totalansvar for pasientene.

## **7. Intermediærpasienter**

Det er satt ned en arbeidsgruppe som skal definere intermediærpasienter og si noe om hvilke ressurser som er nødvendig for å håndtere disse pasientene i barneavdelingene. Thomas Rajka leder gruppen.

## **8. Neste møte**

Det planlegges også avdelingsoverlegemøte i tilknytning til Vår møtet i Hammerfest. Styret tar gjerne imot innspill til tema.

Leder takker for møtet.

**Vedlegg:** Presentasjoner fra de fleste av de som holdt innlegg. Atle Moen ønsket ikke at hans innlegg skulle vedlegges da deler av innholdet planlegges publisert.