

Regionalt specialitetsrådsmöte barnsjukvård

Kungsörstorp 15-16 maj 2019



Dag 1 **Onsdag 15 maj**

Tid	Aktivitet	Ansvarig	Deltagare
09.00	Samling, kaffe		
09.30	<p>Välkommen! Presentation + sen sist... (Max 5 min/landsting) Inför sommaren inkl. öppethållandeplaner Belport</p> <p>Örebro: Fn utan hälsosjukvårdsdirektör, VC slutar vid årsskiftet, rekrytering pågår (finns intern sökande). Tillskott på antal sjukskötersketjänster för kontakt-ssk för olika diagnoser, rekrytering pågår. Kontakt-ssk är bra för patienter och håller ihop verksamheten på ett bra sätt och stöd för läkargruppen. Svår infektionssäsong med hög belastning läkare + barnakuten. VC berättar om processarbete med akutens flöden där man genomfört test att ssk träffar triagerade gröna och gula barn över 6 månader. Resultatet visade att 75% av dem kunde skickas hem med egenvårdsråd. Information om sommaren, alla vårdplatser på neo öppna, två intermediärvårdsplatser har tillkommit. Stabil grund, men vissa bemanningsproblem. Samma problem som övriga, gott om sökande men brist på erfarna och vidareutbildade ssk, men alla vårdplatser är öppna och det finns en van ssk per pass i sommar.</p>	<p>SA</p> <p>PJ</p>	Gemensamt

Västerås:

Mycket tid läggs för att planera nytt akutsjukhus som ska vara klart 2026-2027 till en kostnad av 6,5 miljarder. Det finns flera oklarheter gällande bygget, man vet inte när det starta eller exakt vilka delar av barnverksamheten som kommer att involveras i bygget. Ansträngd bemanning under tuff vinter.

Pågående pilot där ständig helgtjänstgöring testas: två ssk arbetar fredagkväll, lördag och söndag, sedan ledig vardagar. Kommer troligen fortsätta under hösten. Man måste ha en ganska stabil personalgrupp för att kunna göra detta.

Rekryterar ny VC, kanske klart denna vecka.

Sommaren: besvärlig situation, sommaravtal, sålt många semesterveckor, lojal personal som försöker ställa upp, saknas seniora ssk. Neo är hyggligt optimistiska, tror att 10 vpl ska kunna vara öppna.

Uppsala:

Presenterar ny sektionschef för barnkirurgin.

De har blivit av med ett antal diagnoser, vilket är en smärtsam process, men försöker se det positiva i att kunna utveckla andra områden bättre.

Mycket bättre flöde på barnoperation, bättre tillgänglighet, generellt 80% nivå i vårdgaranti.

Hoppas kunna serva regionen på ett bra sätt i framtiden.

Neo: platsreducerade pga personalbrist, men går enligt plan och har rekryterat mycket ny personal 35 % har jobbat mindre än ett år. Tuff sommar, men hoppfullt för framtiden. Ser fram emot 2020202 när man väntas nå fullt produktionsmål. För att värna patientsäkerhet och personal kommer man troligen dra ner några fler vårdplatserplatser under sommaren. Dynamisk sommar beroende på bemanning. I nuläget 14-16 patienter på 14 öppna vpl dagligen, ständigt överbelagda.

Barnonkologen: högt patienttryck senaste halvåret, många i Uppsalabor som måste vara kvar. Inför sommaren, ser ut som vanligt, okej.

Barnkirurgen: Samma beläggning som förra sommaren, 14 vpl till en början sedan några färre pga stöttar akuten.

Paramedicin: jobbar med sommarbemanning.

Akutvårdsavdelningen: stor förändring gällande akutplatser. Neddragna platser under fyra veckor på akuten. Stort lyft hur barn IVA fungerar och stänger ej i sommar. Inom akutsjukvården innebär det att man får lite tajtare pga IVA behöver mellannivå innan hemsjukhus. Stämning och framtidstron har blivit mycket bättre.

Värmland:

Ny avdelningschef. Tuff RS-säsong, behövde öka personalstyrkan. Jobbar med ssk-ledd mottagning på akuten, vilket varit en nödvändighet. Det pågår mycket planering för övertagandet av 1177 som tas över i egen regi från september. Mycket osäkerhet pga fåtal sökande med barnkompetens.

Några ombyggnationer på gång, förlossning ska bygga om och först flytta för att riva befintlig byggnad - en utmaning. Erfaren personal, främst utmaning på neo. Alla vpl öppna under sommaren. Tidigt klara med schemaläggning i sommar. Man drar ner IVA-platser på vuxensidan.

Dalarna:

VC ej med idag. Ny avdelningschef. Ingen representant från neo. Bytt division, upplever mer ordning och bättre uppföljning. Det finns gott om specialister. Diagnosteam fyllda med bra läkare och specialistsjuksköterskor. FINE på neo, 12 veckors utb för ssk och bsk.

Jobbar vidare med att utveckla dagvård. I sommar kommer 12 vpl finnas öppna likt förra året. Rätt bra med ssk. Viss brist på vub. Snart beslut om neo, troligen 8-10 vpl, lite mer bekymmersamt.

Sörmland:

Ny verksamhetsutvecklare.

Sommaren, ont om erfaren personal så drar ner platser på storbarnsavdelningen, men jobbar intensivt för att slippa detta på neo. För första gången har de lämnat in avrop för hyrläkare, samtidigt som de får expandera har de ont om personal. Har startat kvällsjour i Nyköping, snitt 4 patienter per kväll men mycket bättre för barnen.

Specialister som sagt upp sig. Jobbar mycket med noll-separation, bekymrade för vad som händer när/om SKL-pengarna tar slut. Jobbar vidare med mobila team och pilot som blivit fast verksamhet i Katrineholm har påbörjats i Eskilstuna och Nyköping. Mycket positiva erfarenheter från Katrineholm. Ska bygga om i alla tre städer, helt ny neonatalavdelning 2022-2023. Jobbat med läkarna i Eskilstuna utifrån röda siffror i medarbetarenkät, identifierat tidstjuvar och slöserier, samt gjort inventering av vad alla gör. Libero lagkaptenfunktion, som hanterar alla akuta intyg och recept som ingen har tid med, har tillkommit utifrån detta arbete och har fallit väl ut.

Gävleborg:

Kommer under hösten genomgå barnanpassadvård-granskning – spännande att genomlys hela verksamheten. Mål att öka delaktigheten och inflytande bland patienter. Granskningen har byggts ihop med Framtidsbygget som går igenom verksamhetens alla flöden och matchar med barnanpassadvård-granskning. Det har tillkommit piloter utifrån detta arbete, vi har halverat antal barnplatser inför sommaren. Vi är nu nere på 10 vpl under sommaren, vilket har hjälpt oss att jobba mer i öppenvård – det är barnanpassat. Neo öppet som vanligt. Vi har tagit hem flera flöden (onk, hema, reuma) som vi tidigare har varit tvungna att lämna till Uppsala. Vi går mot att vara oberoende av inhyrning, i sept utan hyrssk, i feb utan hyrläkare utom neurologi och gastrologi, stabil sommar.

10.15	Upplösning av Specialitetsrådet och formerande av RPO (Regionalt Programområde) Barn och Ungdomars hälsa.	AO	Gemensamt
	Beskrivning av RPO, uppdrag och nuläge NPO	KL, P-O G	
	Diskussion kring fortsatta former för nätverksträffar.		
	P-O G:	SA	
	Några ord om det nationella: Kritik att det är nya stuprör, ej tanken men man måste ha en indelning. Beslut i alla politiska instanser höst 2017, under 2018 har i princip alla programområden skapats. Mycket diskussioner pågår. Akutvård engagerar många, från början tänkt att inkludera även intensivvård m.m. men det håller inte så förslag diskuteras i den nationella ledningsgruppen nästa vecka. Man gör gärna ett nytt NPO som inkluderar perioperativ vård, IVA, donationer, men det är avhängigt Socialstyrelsens intentioner.		
	Fråga: Vad gäller akutvård för barn? Svar: Hela projektet med kunskapsstyrning är till för att vi ska rigga så att det blir så bra som möjligt. Akutvård är i sin linda vet ej hur det är tänkt ännu.		
	Forts. Verksamhetsplaner för 2019 finns sammanställt nationellt (se hemsida). Samverkansgrupp för forskning finns, men just nu på paus.		
	Nationell nivåstrukturering har tagit mycket tid. Får försöka hantera detta tillsammans. Försöker svara gemensamt i regionen om det går.		
	Man har bestämt SVF inom nya områden, astma/kol, diabetes m.m.		
	NKK, kliniskt kunskapsstöd. Idén kom till innan kunskapsstyrningssystemet hade börjat. Men tanken är att NPO ska ansvara för innehållet i NKK.		

Patient- och närståendemedverkan: ambition att ta fram nationella riktlinjer. Det finns förslag att de som är med i grupper får ett tydligt uppdrag, ersättningsinformation och är fullvärdiga medlemmar i grupperna.

Vad är nytt med Kunskapsstyrning?
Enkelt och strukturerat sätt att hantera kunskap och rutiner. Fokus på uppföljning och analys, inte ekonomi. Professioners möjlighet att ta kommandot, kärnuppdrag men ekonomiska ramar förstås. Fokus på hög kvalitet och minskad variation.

Använder de data som finns och som vi redan lägger in i våra system. En möjlighet att förbättra synen på hela vårdkedjan. Det är tänkt att hela vårdkedjan ska med inom hela programområdet. Kan/bör leda till effektivare vård, det undviker dubbelarbete, rätt sak vid rätt tid.

Varför sjukvårdsregional nivå? Frågan har kommit från flera chefer. En naturlig länk mellan lokal och nationell nivå. För att förankra och sprida kunskap nedåt-utåt samt för att sprida från lokal till gemensam nivå. Ibland är det lättare att göra gemensam sak i sjukvårdsregionen än nationellt. Forum för erfarenhetsutbyte och kreativitet.

RPO – uppdragsgivare: samverkansnämndens ledningsgrupp som består av HSL-direktörer eller motsvarande. Med stöd av kunskapsstyrningsgruppen.

Uppdraget RPO: När det kommer nationellt framtagna kunskapsdokument, ska det landa i motsvarande grupp på sjukvårdsregional nivå för diskussion om hur det ska genomföras i praktiken. Gruppen ska; identifiera oönskade variationer inom sjukvårdsregionen, vid behov stödja samordning av aktiviteter för implementering, utföra specifika sjukvårdsregionala uppdrag och vid behov föreslå sjukvårdsregionala arbetsgrupper.

Sammansättning: Alla regioner ska ha en ledamot, relevanta professioner från hela vårdkedjan, nationell ledamot i motsvarande nationella programområde ska ingå, samt primärvård, privata aktörer och kommuner. Sammansättningen i programområdet ska förankras i samverkansnämndens ledningsgrupp och i kunskapsstyrningsgruppen. Representant från kommunerna utses av respektive läns socialchefs nätverk. Det förutsätts att de till och från behöver och vill vara med för samverkan.

Ordförande + övrigt: En ordförande föreslås av programområdet och utses av kunskapsstyrningsgruppen för 2 år i taget, sammanträder minst två gånger per år.

Respektive region/kommun ansvarar för sina deltagares kostnader utom ordförande.

Gärna tillfälliga arbetsgrupper, permanenta beslutas av ledningsgrupp.

Samverkansavtal går ut i dec. förlägger 1 år i väntan på nytt.

Mål för samverkan: mer jämlik vård, värna inte bara universitetssjukhus utan även andra enheter i sjukvårdsregionen, effektivt nyttjande av regionens hälso- sjukvårdsresurser, värna och utveckla kompetens i varje region.

Ledningsgrupp ersätter nuvarande beredningsgrupp. Samverkansnämndens kansli leds av en administrativ chef och i övrigt bemannas med resurser från alla regioner.

Visar organisationsskiss. Tryckt mycket på verksamhetschefgrupper. Syfte med VC-grupper: De ska följa upp medicinska resultat, underlag från regionalt programområde, genomföra gemensam produktionsplanering. Remissinstans för ledningsgruppen. Implementera och verksamhetsanpassa beslutade samarbeten. Arbeta fram formerna under hösten, patientens bästa är utgångspunkt. Ledningsgrupp beslutar 23 maj vilka VC-grupper som ska finnas från början. Ett arbete där man får vara med och tycka till.

Det är bra att alla som samverkar har samma förutsättningar, annars kanske vissa regioner inte representeras lika mycket i dessa grupper. Man kan ha rekommendationer gällande tid för uppdraget t.ex.

KL tar över:

NPO barn och ungas hälsa:
Kunskapsstyrning bakgrund uppbyggnad nationellt, sjukvårdsregionalt, regionalt, lokalt.

NPO presenteras, kontaktnät presenteras.

Hur ser det ut idag? Man har arbetat med kontaktytorna mot NPO. Hur behöver man samverka? Utse nationella arbetsgrupper NAG.

Nivåstrukturering, I NPO har man lämnat förslag på bruttolista till Socialstyrelsen. Man behöver nu nominera sakkunniga till vissa områden, könsdysfori, svår leversvikt, + två till. 1-3 per sjukvårdsregion.

Viktigt att tänka hela vårdkedjan. Hur tar vi hand om patienterna både före och efter, samt att det ingår i nivåstruktureringen. Patientsynpunkter är väldigt viktiga att få med.

Kunskapsstöd neonatalvård m.m. jobba tillsammans med de kvalitetsregister som finns inom vårt område.

Nationella kunskapsstöd för barnsjukvård: lista några är granskade och klara men det finns ingenstans att lägga ut dem. De har nu skickat ut till BLF och i olika subspecialitetsföreningar. RPO måste se till att de används. Rekommenderar att använda rikshandboken för barnhälsovård. Den fungerar väldigt bra, och finns bra samarbete med redaktionsrådet.

Viktigt att inte tänka att något ska tas bort, det som finns ska användas, de arbetsgrupper som finns som träffas för astma, neo, diabetes osv.

Sammansättning RPO: Minst en ledamot från varje region.

Nationella arbetsgrupper. Experter, primär- och specialistvård, kvalitetsregister, patientföreträdare, vårdprogram, om relevant kommun. En tillfällig om nervsystemets sjukdomar om migrän, hela åldersspannet. Några stycken kommer att skapas under 2019-2020

Hur nominerar man? Nationell rutin, NPO kontaktar professionsföreningarna, se bild. Man beslutar i NPO.

Blir det bra?

I grund och botten en otrolig möjlighet, jämlikvård och fokus på kvalitet.

Fråga: Är det 2019 vi har på oss, eller kommer det ta längre tid. När ska vi gå ut i verksamheterna och prata om detta?

Svar: Det kommer ta längre tid. Men det är ändå bra att prata om detta i verksamheterna. Oro för t.ex. BLF, bra att visa att det blir en viktig kontaktyta.

Arbetsgrupper: om de arbetsgrupper som finns i dag och VC-grupp och AC-grupp, vissa kanske behövs i implementering för att vara motor, medan andra blir överflödiga.

Fråga: Var hamnar AC-gruppen i detta?

Svar: Uppmuntrar att omvårdnaden finns med i gruppen, inte bara barnläkare, eller VC. Andra professioners representation behöver diskuteras.

RPO: Ta diskussion om hur vi ska träffas i framtiden. På samma sätt tidigare, med del för RPO. Men vilka ska ses och hur ofta? Formerna behöver diskuteras.

Till AC, VC, vad är styrkorna att bevara, vad är farhågorna att tappa?

Fråga: Vi pratar mycket om vägen ner, hur får man informationen upp?

Svar: Man lyfter direkt till dem som sitter i RPO som sitter NPO som tar med sig till möte. Gärna gemensamt mail med bakgrund, man kan också gå in på SKL och säga om man vill göra en arbetsgrupp.

11.45 Specialitetsrådets arbetsgrupper o gemensamma avstämningspunkter (se lista)

SNQ:

Validerat alla data i SNQ och kan nu jämföra två epoker där man ser hur det går för barn födda före v. 27. Överlevnadsframsteg tydligast bland 22v. en oproportionerligt stor del är regionens egna barn 1/3 istället för 1/5. Färre dödfödda. Minskat antal döda barn innan inläggning på neo, inga i Uppsala. Överlevnaden ökar i landet. Minskad förekomst av PVL och BPD. Ingen skillnad IVH och ROP. Ökad förekomst av NEC men inte fler dödsfall, beror på att de yngsta barnen ökar. Svensk neonatalvård har blivit bättre de senaste 10 åren.

I sjukvårdsregionerna: Uppsala/Örebro har färre antal hjärnblödningar jämfört med Stockholm som är riksrepresentant. NEC, jämförs mot Göteborg och Uppsala där det är extra bra resultat. Vi vet inte varför NEC uppstår mer på vissa ställen, man har inte hittat orsaken. BPD, vår region ligger lite lägre än Stockholm. Infektioner (sepsis) regionen har brukat vara dålig, beror på Uppsala. ROP (behandlad) Göteborg sticker ut negativt.

Örebro ökar i antal barn. Vårddygn minskar i Uppsala. Infektioner minskar i Uppsala. Neonataluppföljning behöver registreras bättre i SNQ. Om man inte gör psykologbedömning vid 2 år kunde man tidigare inte fortsätta, det är ändrat nu.

EPIQ - ett Kanadensiskt utvecklingssystem för neonatologi, de imponerades av SNQ och bildade CNN, men de tog nästa steg direkt med att jobba med att lyfta lägstanivåerna. Systematiskt sätt för verksamhetsutveckling för att bli bättre. Intresse finns att göra detta på nationell nivå. Kanske kan vi göra det regionalt.

Transcent:

Arbetsgrupp för transporter och centralisering - nationell rekommendation i april från neonatalföreningen. Flera rekommendationer som inte alla uppfyller, men bör arbeta mot. Se rapport.

Fråga: Om man rekryterar en specialist som arbetat på ett annat regionsjukhus uppfyller inte kraven.

Svar: Detta kan tolkas så men det är upptill VC och man tänker mer att det är regionssjukhus per se inte det specifika regionssjukhuset.

Synpunkt: NEC patienter kanske inte ska vårdas på ett sjukhus där de inte kan opereras, man säger traditionellt att man inte ska övervaka trauma man inte kan hantera. Kan man ge rekommendationer för när dessa patienter ska skickas?

12.15 Lunch

13.15 Forts. Specialitetsrådets arbetsgrupper o gemensamma avstämningspunkter (se lista)

Ny riktlinje för epilepsivård finns.

Överrapporteringsmall finns framtagen för neo och för storbarnsavdelningar. Neos är uppdaterad, utifrån barn- och familjecentrerad vård och telemedicin. Tittar på denna i AC-gruppen. Behöver storbarnsavdelningarna uppdateras?

Regionsövergripande föräldrabrev framtaget av Anna Lindén utifrån Gävleborgs mall. Det är viktigt att detta är en del av överrapporteringen som får ta plats. Senast uppdaterad version kan ligga på specialitetsrådets hemsida.

Kamera på återupplivningsbordet används i Gävleborg och Värmland. Gävleborgs erfarenhet är att man måste lägga in en veckovis test, internt eller med andra kliniker för att få till arbetsättet. Utvecklingen går väldigt snabbt framåt, man kan som bakjour gå in via app och ringa in till den kameran.

Överrapporteringar mellan sjukhus, ingen ursäkt att inte göra det. Men vi behöver nog en lista över varandras konferensutrustningar.

Telemedicin i hemsjukvården, arbetar tillsammans med Ylva, om att utöka stödet i hemmet. Återkommer om det i höst, vi behöver representanter från flera regioner som arbetar med det i så fall.

Diskussion om hur beställning av ambulanstransport mellan olika landsting ska ske. Behöver undersöka vad som gäller i respektive landsting, vem beställer, vilken information behöver ambulanspersonalen och från vem? Viktigt att enas om detta, forts. diskussion under morgondagens AC-möte för beslut.

Problem med sjukresor. Flera patienter har fått extra vård dygn i Uppsala pga sjukresor kommer utan barnstol osv. Främst problem i Sörmland och Västmanland. Alla regioner vill få rapport från Uppsala om det uppstår problem med sjukresor. Påminnelse: Det är viktigt att skriva i specialistvårdsremissen om hela familjen ska transporteras. Förslag efterfrågas från Uppsala om hur man bäst samordnar transporter. Och specialistvårdsremiss? Önskemål om att det står om hotell osv. i specialistvårdsremiss. Förslag till nästa råd.

Akuta frågor om specialistvårdsremisser som saknas. Kan man kolla om det finns en aktuell remiss när man planerar vården? Remissen kommer inte förrän nära inpå pga. det är många personer som är inblandade. Sätt datum 1 år, går de ut om tre månader hinner man inte. Kompetens på sekreterarnivå? Problem att patienter flyttar mellan län, då är det problematiskt att de har lång giltighet på specialistvårdsremisser.

Pågående regional forskning:

Hemsolningsstudien, ett regionalt misslyckande. Enstaka barn från Karlstad och Örebro. Närmar sig 100, men behöver åtminstone 125 för att bryta. Ett problem när vi säger att vi ska rekrytera från flera sjukhus och inte genomför.

Falun, Face-studien har Örebro lovat att gå med i. Randomiserad läkemedelstudie.

N-forde. Randomiserad studie som görs i Sverige, berikning av bröstmjölk, vad är bäst för tarmen ur infektionssynpunkt, NEC.

Bubit-studien: två ST allmänmedicin, pottning och förstoppning.

Psykosociala livsfaktorer vid fyra tillfällen under BVC-tiden, nedstämd, våld i hemmet, missbruk, pappor är lika nedstämde i samband med graviditet och förlösning som mammor. Barnen kommer att följas upp i skolålder om resultat.

Finns en önskan om akademisk representation i detta sammanhang? Vi borde åtminstone bli bättre på att följa upp och sprida resultat. Viktigt att vi påminner varandra om riktlinjer som uppdaterats.

15.30 Gemensamma utbildningar:

Regionutbildningar i Uppsala för neonatologi, tre dagar grundläggande och två för specialiserade, i höst för bsk. Man har frågat om erfarna ssk vill ha detta rullande i regionen, de har sagt nej. Utvärderingar är viktigt, viktigt att chefer återkopplar.

Uppsala och Falun köper specialist-skkplatser i Sthlm, med inritning mot neonatal omvårdnad. YH bsk i Karlstad rullar på, tillräckligt många sökande. Det annonseras inte men det är 70 sökande, vid annons 350 sökande, för 25 platser. Gävleborg använder

förlossningspengar och betalar usk för detta. Denna utbildning kommer gå även nästa år.

Kurs i avancerad pediatrik i Örebro, innan specialisttentan, den har fått väldigt bra kursutvärdering. Inbjudan har nyss gått ut.

Vi har pratat om att vi kan bli mer generösa att koppla upp utbildningar via länk, när vi håller utbildningar. I Örebro har alla ST-utbildningar videokonferens i utbildningssalar.

Uppdatera maillistan.

Gå vidare med frågan om översyn av de vidareutbildningar där barn inte är med, vi behöver alla protestera. Vi behöver skriva från vår region. Remisstiden är redan ute dock. Ska vi bygga på det som redan är skrivet?

VC/AC möte (inkl. fika kl 15.15)

Se separata minnesanteckningar

15.40	Barnanpassad vårdgranskning i Gävleborg och Sörmland, varför och vilka effekter hoppas vi uppnå	SA, DBW, AS	Gemensamt
16.00-17.00	Ett systematiserat sätt att arbeta med lustgas	AF	Gemensamt
19.00	Middag		Gemensamt

Dag 2 Torsdag 16 maj

Tid	Aktivitet	Ansvarig	Deltagare
08.30	VC/SC - möte forts. Se separata anteckningar	AO FL, A-C L	VC/SC AC
09.30	Fika		
09.45	VC/SC - möte forts. Se separata anteckningar	AO FL, A-C L	VC/SC AC
12.15	Lunch		
13.15	VC/SC-möte AC-möte Se separata anteckningar	AO FL, A-C L	VC/SC AC
14.15	Summering och återkoppling VC/AC möten	AO, FL	Gemensamt

Återkoppling från AC-mötet. Visar SBAR för önskemål framtida upplägg.

Under nästa möte kommer en heldag att läggas på RPO, för att förstå vad det är och fånga frågorna.
15/10 Neo AC: Önskemål om att medicinskt ledningsansvariga deltar, men VC måste ta ställning till detta.

16/10 RPO + AC. RPO kommer till en början utgå från VC där varje landsting har en VC-plats, för att bli tillräckligt tvärprofessionella behövs representation från barnkirurgi, neo och barnonkologi. Till en början varken kommun- eller patientrepresentant. Akademisk företrädare för forskningen i regionen, har ej kommit fram till om det ska vara en eller två (ev. en representant för omvårdnad- och en för läkarutbildning)
Telefonuppföljning med KL i september för beslut.

17/10 Alla, vilka ska det vara? Olika åsikter om huruvida mötet blivit för stort alternativt behöver fler deltagare. Är huvudsyftet nätverkande är det viktigt med samma människor som återkommer, är det istället kunskapsutbyte som står i fokus är det bra om olika personer åker. VC och AC ska diskutera detta, viktigt att man är överens inom respektive landsting – hur många ska delta och vilka? Samma personer eller olika?

KL kommer att vara ordförande för RPO men vi behöver ordförande för nätverket, beslut om hur detta ska fördelas inför nästa möte.

Sammanfattande återkoppling från VC-möte.

Viktigt att alla uppdaterar i Belpport, både neo och ped. Många uppdaterar på morgonen, bättre senare under dagen, alternativt 2ggr/dag. Det är under jourtid man vill ha en färsk uppdatering.

14.45 Avslutning, avtackning och beslut om kommande möten

15.00 Fika och hemresa

Ansvariga och medverkande

Värdar: Barn och ungdomssjukvården Region Gävleborg

AO: Andreas Ohlin, VC Barn o Ungdomskliniken Region Örebro, ordförande
SA: Sofia Arwehed, VC Barn o Ungdomssjukvården Region Gävleborg, värd

FL: Frida Löfling, AC Barnmottagningen Hudiksvall/Bollnäs Region Gävleborg, värd
A-C L: Ann-Christin Larsson, AC Barnavdelning 19 Hudiksvall Region Gävleborg, värd
KL: Kristin Lindblom, Barnhälsovårdsöverläkare Region Dalarna, NPO representant för U-Ö regionen.

P-O G: P-O Gustavsson, Uppsala-Örebro regionens kontaktperson i kunskapsstyrningsgruppen

DBW: Diana Bornstein Welff, VC Barn och ungdomskliniken Sörmland

AS: Anna Styf Processledare BUS Gävleborg

Gäster:

Anna Flybring Barnsjuksköterska BUS Gävleborg

Varmt välkomna!

BUS Gävleborg