

# Referat fra styremøte 19.04.16

Dato: 19.4 kl 17

Sted: Sigstad gård, Biri

Referent: Bente Bjørnhaug Pedersen

Tilstede Marte Kvittum Tangen (leder), Per H Christensen (OF), Martin Chapman (AF), Cecilie Blakstad Eikenes (NAMF), Signe Eriksen (PSL), Bente Bjørnhaug Pedersen (LSA), Kristine Gaarder (nestleder) og Camilla Netland Simonsen (vara YLF).

14/16: Regnskap for Gammeldoktoren.

Godkjenner søknad og gir tilskudd for 2016.

19/16: Avtale med revisor

Fornyes hvert 3.år. Ingen endring ift tidligere og ny avtale underskrives for 3 nye år.

20/16: Høringer

- Rapport fra arbeidsgruppe i Legeforeningen om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten, frist 6.juni .

Martin lager et høringsforslag til email-behandling

- Høring - Ny legespesialitet knyttet til akuttmottakene i sykehus, frist 27.mai.

Per H lager et høringsforslag til emailbehandling

- Høring - Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten, frist 25.april.

Marte lager et høringsforslag til email-behandling

21/16: Info fra leder

- Høring: Forslag om endring av funksjonsperiode for organisasjonsledd i Legeforeningen: Høringen er trukket
- Forslag til Hedmark legeforenings hederspris; tenk aktivt. Statutter ligger på nettsiden

- Årsmøte: Holdes 19.august selv om skoleferien ikke er ferdig før den helgen. Ekstern foredragsholder er booket kl 18.15-19.15.
- Øyespesialist: SI Lillehammer har fått hjemmelen. Delt den i 2. 2 leger får ½ hjemmel hver og ½ tid på sykehuset. Forutsetning: Ingen kirurgi i privatpraksis. HELF mener vanlige prinsipper ved fordeling av hjemler ikke er fulgt. Saken ble så langt vi vet, tatt opp til orientering i møte i samarbeidsutvalget høsten/vinteren 2015 uten at beslutning ble tatt der.

22/16: Felles styremøte med Oppland legeforening

Prosjektleder Roger Jensen, fagdirektør Toril Kolås og Randi Mølmen, SI, gav felles informasjon til styrene. Diskusjoner i etterkant av informasjon.

Fra styret i Oppland legeforening møtte: Jens Mørk, Tor Inge Kristianslund, Karianne Åsen, Oda Hammerstad, Stein Helge Tingvoll (leder)

Stikkord fra Roger Jensen:

- Det vil komme en formell høringsrunde.
- Nytt styre forventer raskere strukturendringer og høyt nivå på faglige tjenester innenfor budsjett. SI har en krevende struktur for å klare å levere så gode tjenester som man ønsker pr i dag.
- Endelig styrebehandling i Helse Sør-Øst er planlagt å skje nov. 2017. Høringen må være ferdig 2.kvartal 2017. Idefaseprosjekt skal være ferdig før nov-17. Det planlegges en samfunnsanalyse for å kunne gjøre avbøtende tiltak i forhold til negative virkninger. Denne skal være på plass før styrebehandling.

Stikkord fra Toril Kolås:

- Faglige utfordringer: Mange gode fagfolk og mange gode tjenester leveres. Utfordringen er strukturen. Økende utfordringer ved tidskrav og pasientforløp.
- Sliter med rekruttering pga små fagmiljøer og stor vaktbelastning. Mye vikarbruk pr nå. Mer uheldige hendelser ved stort vikarbruk.
- Samlokalisering av samhörige fag finnes ikke i ønsket grad.
- Utstyrsparken blir ikke godt nok utnyttet. Stort forbruk av pasientreiser.
- Mye legeressurser må brukes i vakt og ikke på dagtid hvor man trengs i stor grad.

- Andel av eldre i innlandet vil være relativt større enn andre steder. Lever lenger med kroniske tilstander og det vil være mye comorbiditet.

- Hva skal tenkes på ved planlegging: Tilgjengelighet, kort ventetid, rett kompetanse hele døgnet igjennom, brukerbestemmelser og valgfrihet.

- Utviklingstrekk for store fagområder:

- o Kirurgi: Større og større sentralisering med volumkrav, tverrfaglig samarbeid/samlokalisering (spes. kreft), operative metoder utvikler seg. MÅ ha tilgang til bla ingeniører

- o Indremedisin: Mer og mer subspecialisering, større krav til spisskompetanse som krever sentralisering. Samtidig kan en del ting desentraliseres.

- o Psykiatri: Førings på samlokalisering av somatikk og psykiatri (morgendagens psykiatri). Mye av tilbudet kan desentraliseres.

Fagavdelingens vurdering er at skal man følge tritt og tilby gode tjenester, så må vi endre oss. Vi vil ellers ikke klare å følge med i utviklingen. Kapasitetsutnyttelse må øke. Unngå vakt i mange hus. Pr i dag er 70-75% av det vi driver med planlagt drift.

Innspill fra legeföreningen: uro rundt for få senger i 2. linjetjenesten. Vanskelig å få inn pasienter til sengeplasser fra primærhelsetjenesten. Bekymring rundt sengekapasitet.

Tilsvaer fra Roger: Det må være gode fremskrivingsvurderinger slik at man ser hva som er behovet. Det må også lages til fleksibilitet i systemet slik at ting kan endres.

Stikkord fra Randi Mølmen:

- Modeller for sykehusstruktur: Man må lære fra de andre sykehusprosjektene slik at ikke tilsvarende feil med over- og underdimensjonering gjøres.

- 2040-perspektiv med faget som perspektiv

1. Ensykehusmodell: Blir som Kalnes, Litt mindre enn St. Olav: Lite sykehus pga lav befolkningsvekst. Man må da ha spesialist-helsetjenesten i hele Innlandet i tillegg.

Hvis pasienten får et bedre tilbud i Oslo, så skal pasienten til Oslo. Man har i SI ambisjoner om bl.a. PCI-senter og trombectomi-behandling ved hjerneslag.

Det som kan desentraliseres skal desentraliseres. Se egen modell på PP. Bla tenker man sykehus uten akuttfunksjoner, men med dagbehandling og poliklinikk. Kan være samarbeidsmodeller med kommunene

Legene ønsker ved ensykehusmodell: Alt akutt skal til ett sykehus. Resten må bare være poliklinikk og elektiv behandling.

## 2. Tosykehusmodell:

Blir de 2 sykehusene like? (ett i Hedmark og ett i Oppland)

F.eks Elverum og Lillehammer. De blir ikke like. Hvordan fordele avdelingene? En del av avdelingene vil det bare kunne finnes en av. Begge foreslås med akutt indremedisin, kirurgi og anesthesiologi

Det andre alternativ er samling på ett av de 2 sykehusene der de dårligste pasienten skal. Da skal 2 av sykehusene våre beholdes. Det blir lengre kjørevei for de fleste enn i en-sykehusmodellen.

3. 3-sykehusmodellen: Elverum- Gjøvik- Lillehammer /Sanderud –Lillehammer- Gjøvik. Problem: det blir ett faglig sterkt akuttsykehus, mens de andre 2 vil være akuttsykehus med indremedisin, anesthesi og elektiv heldøgnskirurgi. Får ikke tatt ned så mange vaktordninger i dette systemet. Vil gjerne ha spesialister i front.

Trolig få som ønsker modellen

4. 4-sykehusmodellen, altså den vi har i dag: Ingen ønsker denne modellen.

- Uansett er det store utfordringer i forhold til økonomi, opprustning, bygge nytt/rehabiliterer. Godt nok i dag er ikke godt nok i 2040.
- Indremedisin og ortopedi kan/bør være flere steder. De er ikke så sårbare, men utfordringen er at de trenger støtte fra en del andre fag.
- Få støtter akuttsykehus uten gastrokirurgi

Legeforeningen ber om at man hensyntar mulighet for bruk av avtalespesialistene. Desentraliserte tjenester støttes.

Legeforeningene er enig om:

SI skal levere best mulig faglig tilbud for hele befolkningen i Innlandet

SI skal lever god kapasitet.

Kan ikke ha akuttsykehus uten gastrokirurgi

Videreutvikling av desentraliserte tjenester.

Styrene i Hedmark og Oppland ønsker å bli informert om prosessen videre og ønsker en informasjon før høringen. Vi har ambisjoner om å kunne gi en felles høringsuttalelse.

Nytt fellesmøte for styrene i Oppland og Hedmark: torsdag 29.sept kl 18 (styremøte for Hedmark legeforening starter kl 17) Sted: sigstad gård, Biri

Neste styremøte: 16. juni. Omvisning hos Gammeldoktoren og samling med mat hos Kristine etterpå.

Meldt frafall: Bente