

Referat Styremøte VAL 23.09.14

Til stede: Anne Noraas Bendvold, Christian Stemme, Mikkel Høiberg, Anne Sissel Sørensen, og Brigitte Michelsen

Forfall: Jørgen Vik, Halvor Dovland, Sigurd Løvhaug, Øystein Vidar Hansen og Hans Thorvild Thomassen

Dagsorden:

1. Referat fra årsmøte: Var ikke rundsendt innen møtet, kunne derfor ikke godkjennes.
2. Diskusjon av økonomien rundt kurskomiteen. Enda en større regning har innfunnet seg. Andre lokalforeningers kurskomiteer drives med overskudd. Hva gjøres annerledes andre plasser i landet som gjør at vi har uhensiktsmessig høye kostnader / lave inntekter?

Man enes om et foreløpig brev til kurskomiteen med følgende momenter:

* Er deltakeravgiften økt med 400,-per deltaker som tidligere forespurt/forutsatt? (Anne skal forhøre seg med Legeforeningen sentralt ift. lovligheten av dette)
* Har man iverksatt egenbetaling av sekretærutgifter for Haydomkurset (såframt det går med overskudd) i framtiden?
* Ønsket utdypende informasjon om: Hvordan er kursøkonomien og oppmøte ved kurs avhengig av beliggenhet for kurset?
* Ønske om møte med kurskomiteen i fellesskap med Aust-agder Legeforening. Vi ser for oss at økonomien må komme på skinner, enten ved tiltak ift. deltakergebyr og nedleggelse av kurs / omplassering av kurs hvis geografiske forskjeller i overskudd/underskudd – alternativt må det søkes underskuddsgaranti for alle framtidige kurs og vi må da bære kostnader til sekretær og regnskap.
1. Kollegial støttegruppe. Det jobbes med saken…
2. **Nytt møte den 30.09 for hele styret (høringssak) hos Anne-Sissel kl. 18**. Nytt møte for høringssak-komiteen den 08.10 kl. 18 i Mandal.
3. OBS: alle bør overveie relevant tidspunkt for styretur til våren til neste møte!. Aktuelle helger 17.-19.04, 24.-26.04 og 08.-10.mai.
4. Osteometrisaken. Brev fra HELFO som bare forvalter bare regelverket og henviser til HOD. Brev fra HOD som har bedt om en redegjørelse fra Helse Sør-Øst. I mellomtiden er DXA-scanneren på Røntgensenteret gått i stykker. Osteoporoseforeningen skal ha styremøte den 24.09 og skal jobbe med saken. Vi tenker snart å forhøre oss hos HOD ift. redegjørelse fra Helse Sør-Øst.
5. Høringssvar: Man planlegger et ikke fullt gjennomarbeidet svar til legeforeningen med et mer finpusset høringssvar til SSHF (lengre høringsfrist). Se forneden for momenter som må med.

Som ventet blir det ikke mulig med konsensus om anbefaling av modell. En flertallsbeslutning med dissens blir aktuell. Ønskelig å medinddra synspunkter fra mindretall i høringssvaret. Man enes om at alle tenker igjennom igjen hvilken modell som er mest realistisk og melder fordeler ved denne modellen kontra de andre inn til arbeidsgruppen.

Momenter som skal med:

Svært å spå, spesielt om framtiden….fremskrivningsmodellernes holdbarhet? …i framtiden flere eldre men også yngre som stiller større krav om behandling her og nå

S. 21: Alternativ 1: Godt med planer – men planlagt aktivitet vs. akutt behov gir ikke mulighet for å utnytte kapasiteten fullt ut til enhver tid på et sykehus, noe planene bør ta høyde for, ellers gor det ut over pasientbehandling og gir ineffektiv drift.

Forskjell mellom tidsbehov avhengig av problemstilling og fag. Man planlegger med overføring av 100.000 polikliniske konsultasjoner til primærhelsetjenesten. De vanskeligste/mest komplekse problemstillinger står igjen som da også ofte krever multidisiplinær tilnærming. Er 45 min nok til disse pasientene?

For og etterarbeid med pasientene ser ikke ut til å være medtatt i modellen. Dette krever også plass og har betydning for arbeidsmiljøet og dermed arbeidskapasiteten. Per i dag finnes åpne kontormiljøer til legegruppen eks. i akuttmottaket i Kristiansand. Åpne kontormiljøer har vist seg å redusere arbeidseffektiviteten og i vårt yrke er det også problematisk ift. taushetsplikten. Er det tatt høyde for nok arbeidsrom til å imøtegå disse problemstillingene i planlegging av nytt sykehus?

Gjennomsnittskapasitetsutnyttelse av senger er planlagt til 85 %. Et tysk registerstudie har sett på mortaliteten blant 82.280 pasienter innlagt med akutt myocardieinfarkt, hjertesvikt, gastrointestinal blødning, hoftefraktur, pneumoni og stroke. Økt dødelighet er vist for pasienter som innenfor de første syv dager av deres innleggelse ligger på en avdeling som på en av dagene har en beleggningsprosent på > 92.5 % (Kuntz L et al. Stress on the Ward. Management Science 2014, epub ahead of print), hvor beleggningsprosenten i regressionsanalyse kan forklare 14.4 % av alle dødsfall for disse pasienter. SSHF Kristiansand har i de seneste år pekt seg ut med overdødelighet netopp for disse pasientgruppene og vites samtidig å være et av de mest effektivt drevne sykehus med relativt høyt belegg. Nå planlegges nytt sykehus med gjennomsnittlig belegg tett på denne øvre grense. Det er betydelig stokastisk variasjon i innleggelsesfrekvens på sykehus for akutte problemstillinger. VAL stiller spørsmål ved om det er innlagt nok plass til fluktuasjoner i aktiviteten i modellen så man med rimelig sikkerhet har forsøkt å unngå høy beleggningsprosent og dermed forbunnet overdødelighet.

Punkt 5.3: 91 % av behov dekket av SSHF. Passer dette ift. private tilbudd og avtalespesialister?

punkt 5.3 – SSHF har lavere legedekning og lavere andel annet personell. Dette gjør at det er mindre mulighet for å heve effektiviteten ytterligere sammenlignet med andre helseforetak. Allerede i dag står legestanden for en del arbeidsoppgaver som med fordel kunne ivaretas av merkantilt personell.

s. 39: ”betydelig forbruk av bildediagnostiske tjenester i private røntgeninstitutter i Agder. SSHF bruker jo selv i stor stil røntgensenteret her grunnet dårlig kapasitet i huset. ” Truls Lohne må forhøres ift. bruk av private røntgeninstitutt her sammenlignet med andre – Anne tar du ballen?

Forbruket av private spesialisthelsetjenester innen somatikk ellers [er] relativt beskjedent” – skyldes dette lavere tilgjengelighet på disse tilbud her enn eks. i Oslo snarere enn høy tilfredshet med egendekningsgraden på Sørlandet? Det framgår jo også at det er lange ventelister og fristbrudd spesielt for dagkirurgiske inngrep og nevrologiske vurderinger.

s. 43 antall poliklinikkrom på SSF og SSK dette bilde gjenkjennes ikke av våre medlemmer som jobber på sykehusene til daglig og det stilles spørsmålstegn ved disse tal.

forskningsandelen og gruppe 1 funksjoner bør gjennomgås. Dette er kostnadsdrivende aktiviteter som bør sees på i sammenheng. Samtidig har man tanker om et ”Universitetssykehus Sørlandet”. Vanskelig å forstå at man på den ene side ønsker å gjennomgå disse funksjoner og sannsynligvis spare på kostnaderne her og samtidig har ambisjon om universitetsstatus.

”Det forutsettes at denne trenden vil fortsette ytterligere, der en stor andel av polikliniske kontroller for endokrine sykdommer kan overføres til kommunen.” Per i dag foregår en stor del av de polikliniske kontroller for diabetespasienter i kommunen. En sjenerel overførsel av polikliniske kontroller for endokrine sykdommer anses ikke som realistisk.

Psykiatrien - En avvikling av døgntilbud ved DPS og samtidig reduksjon av døgntilbud ved PSA vil ikke kunne erstattes av økt tilgang på poliklinikk. Videre er dette stikk i strid med opptrappingsplanene for psykisk helse. Kommunene er heller ikke rustet til å ivareta dette behovet for døgnopphold.

Pr i dag er det stor knapphet på døgnplasser i både DPS og PSA. Dette vil forverres ytterligere.

 Modell 2 d. 88 og modell 3 s. 91 – SSHF har ansvar for ambulerende spesialister – realistisk ift. ansettelsesavtaler i dag og spesialisters forståelse av ”et robust fagmiljø”?

Robuste fagmiljøer: en forutsetning for pasientsikkerhet og rekruttering. Nødvendig med gode vilkår for faglig utvikling, godt arbeidsmiljø.

Pasientsikkerhet: akuttfunksjoner kan lettere planlegges ift. minst mulig risiko for samtidighetskonflikter på større sykehus, da de stokastiske variasjoner i innleggelsesfrekvens relativt sett blir mindre ved større vaktteams. Mindre risiko for å ende på ”feil sykehus”.

Rekruttering i framtiden til små sykehus: usikker? Regionale helsesentre kontra små sykehus – hvor blir det lettest å rekruttere spesialister?

3a vs. 3b: blir interne stridigheter noen gang bilagt ved dette alternativet? Bygge felles kultur?

Pris 3 a vs. 3b? Realistiske forskjeller? Pris ved nytt kontra rehabilitering`?

Mikkel Høiberg