

## Administrasjonen

Oslo universitetssykehus HF  
Postboks 4956 Nydalen  
0424 Oslo

Vår referanse:

Deres referanse:

Dato:  
9.4.2018

---

### Utviklingsplan for OUS – Høringsuttalelse fra Sykehuset i Vestfold

Sykehuset i Vestfold (SiV) vil takke for muligheten til å komme med innspill til utviklingsplanen til Oslo universitetssykehus HF. Det er et bredt anlagt og vel gjennomarbeidet dokument, som også inneholder mange elementer som vil være nyttige og kunne gi inspirasjon til vårt interne utviklings- og forbedringsarbeid ved SiV. SiV konsentrerer likevel høringsuttalelsen primært om de delene av høringsdokumentet som dreier seg om OUS sin rolle som regionsykehus, og dermed om forholdet mellom OUS og de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst.

#### Generelt om OUS sin rolle som regionsykehus

Oslo universitetssykehus er innen de aller fleste virksomhetsområder regionsykehuset i Helse Sør-Øst, med definerte kliniske funksjoner for alle sykehusområder i regionen. Som det står i dokumentet (punkt 5.7.), vil det kunne endres over tid hva som defineres som regionsykehusoppgaver, og ikke som lokal- eller områdesykehusoppgaver. Drivere i denne endringsprosessen vil blant annet være medisinsk utvikling, teknologisk utvikling, pasientvolum og oppbygging av kompetanse og infrastruktur. Men også måten OUS samarbeider med lokal- og områdesykehusene på, vil være med på å påvirke denne arbeidsdelingen. OUS skriver blant annet dette i sin utviklingsplan: «Således må en regne med at det framover vil bli endringer i fordeling av arbeidsoppgaver mellom OUS og de andre HF-ene i regionen. Tendensen er at ny teknologi- og kompetansekrevende behandling etableres først ved OUS for senere eventuelt å bli etablert også i andre HF når kompetanse og pasientvolum tilsier at dette gir god kvalitet for pasientene» (sitat side 132).

Disse utviklingstrekkene er vi enige i. SiV savner imidlertid en mer helhetlig, strategisk og forpliktende beskrivelse av hvilken rolle OUS bør ha i forhold til de øvrige helseforetakene i Helse Sør-Øst. Det gjelder for det første oppgavedeling knyttet til pasientbehandling og spørsmålet om sentralisering vs. desentralisering av funksjoner. Hvordan kan OUS bidra til å styrke kompetansen også ved de andre helseforetakene i

---

#### Postadresse:

Postboks 2168, 3103 Tønsberg  
E-post: [firmapost@siv.no](mailto:firmapost@siv.no)  
Internett: [www.siv.no](http://www.siv.no)  
Organisasjonsnummer: 983 975 259  
Bankgiro: 1644 06 08349

#### Besøksadresser:

**Tønsberg:** Halfd Wilhelmsens allé 17  
– avd Solvang Welhavensvei 14 16  
**Sandefjord:** Skiringssalvn 26  
**Larvik:** Greveveien 16

#### Telefon/faks:

**Tønsberg:** 33 34 20 00 / 33 34 39 47  
**Sandefjord:** 33 45 65 00 / 33 46 82 22  
**Larvik:** 33 16 45 00 / 33 16 45 04

regionen, slik at det som *kan desentraliseres*, faktisk blir desentralisert? Hvilket ansvar har OUS for å dele kompetanse med øvrige foretak i regionen, slik at vi får en optimal utnyttelse av kompetanse, ressurser, infrastruktur mv? Men det gjelder også på andre områder, som for eksempel innen forskning og innovasjon. Hvordan kan tunge forsknings- og innovasjonsmiljøer ved OUS bidra til å trekke de andre helseforetakene i regionen med seg på disse viktige områdene?

Ovenstående er ment som et ønske om at det endelige plandokumentet på en tydeligere, mer helhetlig og forpliktende måte beskriver hvilken rolle OUS bør ha både som samarbeidspartner og «motor» i forhold til de andre helseforetakene i regionen, og hvilket ansvar OUS kan ta på vegne av hele foretaksgruppen. Det gjelder både innen pasientbehandling, forskning og innovasjon, og som formidler av ny kunnskap av relevans også for de andre helseforetakene i regionen. I avsnittene nedenfor vil vi kommentere enkelte temaer i høringsutkastet mer konkret.

#### Utvalgte områder av pasientbehandlingen

##### Kreftkirurgien

Utviklingsplanen oppleves som delvis motstridende i forhold til spørsmålet om sentralisering/desentralisering av kreftkirurgi. Investeringstung høyteknologi, faglig spesialisering, tilstrekkelig pasientvolum og behov for komplette multimodale team er viktige drivere for sterkere sentralisering. Samtidig så fokuseres det i kreftkapitlet på at den funksjonsfordelingen man har i dag anses som fornuftig.

##### Akuttkirurgi og traumatologi/elektiv kirurgi

En grunnleggende kvalitet for helsetjenesten generelt, er nærhet til bruker. Dette behovet kan ikke dekkes uten robuste lokalsykehus. For å ivareta et tilfredsstillende akuttkirurgisk tilbud og traumemottak, kreves det sterke lokalsykehus med bredt sammensatt kompetanse. For å opprettholde kompetanse innen akuttkirurgi og traumatologi, må man ha en tilstrekkelig stor elektiv aktivitet av komplekse prosedyrer. For at sterke lokalsykehus skal fortsette å være sterke og utvikle seg faglig, må disse sykehusene ha en profil og arbeidsoppgaver som gjør dem attraktive for yngre medarbeidere, slik at sykehusene kan rekruttere faste spesialister.

Derfor er det nødvendig at OUS har en langt mer nyansert holdning til sentralisering enn dokumentet gir uttrykk for. Sentralisering betyr at man samler tjenestetilbudet for en gitt oppgave til et senter: Oppbygging av effektive og faglig sterke sentre kan skje ved OUS (eks kreftsentermodellen), men man kan også tenke seg sentre for ulike benigne tilstander lagt til lokalsykehus utenfor OUS. Det er sannsynlig at mer av den avanserte kreftkirurgien vil skje ved OUS, men det er også sykdomsgrupper og behandlingstilbud som kan sentraliseres til lokalsykehus utenfor OUS. Eksempel på dette er anoproktologi, benigne tilstander i øvre GI (antirefluksoperasjoner, hiatus hernie, overvekt), inflammatorisk tarmsykdom, ulike former for plastikkirurgi, brokkirurgi og flere. Man må aktivt avgi noe fra OUS, slik at sterke fagmiljøer kan utvikle seg ute i regionen som flaggskip for lokalsykehusene. Det er ikke en forutsetning at OUS har alle typer av benign kirurgi. Yngre leger ved OUS kan oppnå nødvendig kompetanse innen slik benign kirurgi, ved å rotere ut til lokalsykehus for en periode. Hvis man fremmer en slik oppbygging av sterke fagmiljøer utenfor OUS, vil disse sykehusene kunne håndtere mer utfordrende kasus og komplikasjoner fra andre sykehus på samme måte som OUS i dag gjør dette for nær sagt alle tilstander.

Å videreføre dagens tendens til skjev funksjonsfordeling vil etter hvert utarme lokalsykehusene og gjøre at man hverken klarer å beholde faglig sterke medarbeidere eller rekruttere nye. Det vil gjøre at lokalsykehusene forvitrer, og at man til sist får en ikke ønsket sentralisering av alt - smått og stort, enkelt og komplekst - til OUS, fordi man ikke har spesialister ute i regionen. Dette vil ikke tjene helsetjenesten som helhet. OUS kan ikke være lokalsykehus for hele regionen.

## Øye

Nye behandlingsmuligheter siste 10 år innen øyefaget og en aldrende befolkning vil øke denne pasientpopulasjonens behov med 25 %. Dette vil kreve økte ressurser i form av øyeleger. I tråd med at øyeavdelingen på OUS skal være en 3.-linjetjenesteavdeling, må man derfor vurdere å opprette flere avtalehjemler for øyesykdommer i HSØ, slik at Øyeavdelingen skal kunne ivareta sitt mandat og ikke drukne i «enkle» oftalmologiske problemstillinger. For at avdelingen ikke skal risikere å miste dyktige medarbeidere til avtalepraksis, må man åpne for delhjemler. Vi slutter oss til anbefalingene i teksten når det gjelder å holde øyeavdelingen samlet, og å samlokalisere den med avdelinger man ofte samarbeider med. Det vil gi et enda bedre regions – og landsfunksjonstilbud.

## Tilgang til regionale funksjoner for pasienter ved lokalsykehusene

SiV ser det som særdeles viktig at når det etableres regionale funksjoner ved OUS, så må disse ha kompetanse og kapasitet til å bistå lokale helseforetak og pasienter utover det de selv er i stand til. Vi opplever at det ikke alltid er tilfelle. Som et eksempel fra Psykisk helsevern vil vi nevne RASP (Regional Avdeling for SpiseForstyrrelser). Her opplever vi ofte å få pasienter tilbake med en begrunnelse om at vedkommende er for syk, eller at vi selv har tilstrekkelig kompetanse.

## Organtransplantasjoner

Behovet for organdonasjoner er ikke dekket i dag, og det bør settes mer ambisiøse mål enn planen tilsier. Flere land har klart å øke tilgangen til over 30 donorer per million. (Norge 20-22). En avventer resultatet politisk/juridisk i forhold til om cDCD (donor etter død pga sirkulasjonsstans) skal innføres. Men det vil ikke kunne løse/hjelp på mangelen på lunger (da en kun kan høste organer under diafragma med den metoden). Da må en få ned avslagsprosenten. OUS bør i større grad påvirke myndighetene for å få utviklet insentiver som kan øke andelen donorer fra lokalsykehus. Det bør også intensiveres kampanjer og informasjon ut i befolkningen.

## Teknologisk utvikling og nye muligheter for samhandling mellom OUS og andre helseforetak

Utviklingen av digitale verktøy som beslutningsstøtte vil bli en viktig del av den medisinske teknologiske utviklingen fram mot 2035. Med økt samhandling mellom HF vil en kunne oppnå flere fordeler:

- Bedre pasientbehandling
- Felles forskningsdatabaser
- Raskere utvikling av AI fordi det krever stor mengde treningsdata for å kunne utvikle gode analyseverktøy til beslutningsstøtte

Denne utviklingen vil kunne medføre behandling der pasienten bor, da beslutningsstøtten (AI) og standardiserte pasientforløp/protokoller vil gi lik kvalitet innen diagnostikk og behandling - uavhengig av bosted.

Utviklingen av AI må være målrettet med hensyn til hva som skal optimaliseres. Hvilke behandlinger/bildedagnostiske kontroller/oppfølging av pasienter bør prioriteres, slik at pasientbehandlingen kan gjøres ved lokalsykehuset? Denne debatten blir viktig framover.

For å få til et best mulig og hensiktsmessig AI verktøy, må radiologer, klinikere og leverandører samarbeide, og i dette samarbeidet må flest mulig delta. Hovedutfordringen vil ikke ligge i å ta i bruk verktøyene, men å utvikle dem. AI systemet vil flyte inn i den daglige arbeidsrutinen og vil overta rutinearbeidet slik at en større del av kapasiteten kan brukes til pasientbehandling.

På denne måten vil den teknologiske utviklingen være et redskap til å desentralisere pasientbehandlingen og ikke til å sentralisere. Det er viktig at OUS i oppfølgingen av sin utviklingsplan tar tilstrekkelig høyde for disse mulighetene.

#### Utdanning av leger og kompetansedeling

OUS har en sentral rolle som regionalt helseforetak for å sikre utdanning av spesialister ved de øvrige helseforetakene i HSØ. Det er i utviklingsplanen beskrevet Regionalt utdanningscenter. Vi kan imidlertid ikke se noe tydelig mål bilde for OUS som sentral aktør i utdanningen av spesialister. Elementer som vil være av interesse for SiV er:

- Struktur på opprettelse av gjennomstrømmingstillinger som skal sikre sentral tjeneste for LIS fra øvrige helseforetak.
- Vurderinger av andel læringsmål OUS må påregne å ivareta i ny utdanningsstruktur for den enkelte spesialitet.
- Mulighetsbilde for bilateral rotasjon av utdanningskandidater, slik at ansatte i utdanningsløp ved OUS også kan oppnå deler av læringsmålene til spesialiteten ved øvrige helseforetak i HSØ.
- Volum på utdanningskapasiteten for de ulike spesialitetene for HSØ som helhet, sett i sammenheng med framtidig behov, gitt de føringer som foreligger nasjonalt.
- Innen noen spesialiteter er det særdeles viktig at OUS sikrer at det er kapasitet nok til gruppe 1. Dette gjelder de områdene hvor det er økende behov som følge av økende behandlingsmuligheter og økende pasienttilstrømning. Spesielt nevnes onkologi, bryst og endokrin kirurgi og øye. Her må OUS påta seg en stor andel av utdanningsansvaret.
- For å kunne opprettholde et robust faglig miljø og rekruttering i ulike spesialiteter, er SiV avhengig av at utdanningskapasiteten ved OUS er tilstrekkelig. Da er SiV i stand til å opprettholde og videreutvikle pasienttilbud som følger av oppgavefordelingen i HSØ.

Det er betydelig faglig kompetanse og utvikling ved OUS som regionsykehus. Det er lite omtalt i dokumentet hvordan en ved OUS skal legge til rette for kompetansedeling inn mot øvrige helseforetak for å sikre likeverdig behandling av alle pasienter uavhengig av lokalisasjon. Videreutdanning og kompetanseheving av ferdige spesialister ved øvrige helseforetak i HSØ, gjennom ulike ordninger, kunne også vært beskrevet i en utviklingsplan. OUS sin rolle som faglig fyrtårn og de forpliktelsene OUS har inn mot øvrige helseforetak i regionen i den sammenheng, kunne med fordel vært mer vektlagt i det foreliggende utkastet til utviklingsplan.

#### Forskning

SiV ser at OUS ønsker å fortsette sin rolle som Norges ledende forskningssykehus og ha en viktig internasjonal rolle. SiV ser det som viktig at OUS har høye ambisjoner på dette området.

I tidligere planer har imidlertid OUS sin rolle som motor (nav) i forskning for hele regionen vært sterkt fokusert. Alle helseforetakene har derfor også bidratt med ressurser inn i navet, til for eksempel regional forskningsstøtte. En rekke prosjekter har kun vært mulig å gjennomføre ved hjelp av pasienter og helsepersonell fra ikke-universitetssykehus i regionen. Samarbeidet er også viktig for forskningsprosjekter initiert i regionen, der ekspertise fra OUS har bidratt.

SiV mener at denne rollen må tydeliggjøres og markeres slik at andre helseforetak får klargjort hva de kan forvente fra OUS.

SiV håper at ovennevnte innspill kan hensyntas når den endelige utviklingsplanen for OUS skal vedtas.

Med vennlig hilsen



Stein Kinserdal  
Adm. direktør

